

Centrum Kreatywności Talent

we Wrocławiu

Zaburzenia depresyjne u dzieci i adolescentów

Przyczyny, objawy, leczenie a rzeczywistość szkolna

Jacek Schodowski

Psycholog

Jeszcze do niedawna sądzono, że depresja jest przypadłością, z którą zmagają się wyłącznie osoby dorosłe. Ostatnie dekady, obfitujące w tragiczne przypadki prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży, skłoniły badaczy i praktyków zdrowia psychicznego do zmiany poglądów. Dziś już powszechnie uważa się, że osoby młode mogą w znacznym stopniu cierpieć psychicznie oraz rozwinąć pełne objawy depresji klinicznej, która zgodnie z polskim ustawodawstwem, jest chorobą psychiczną.

Jedną z przyczyną dawnego poglądu na temat zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży było akcentowanie np. zaburzeń zachowania, jako dominującego problemu w charakterystyce dziecka zmagającego się z jakimś zaburzeniem. Skupiając się na działaniach korekcyjnych zachowań nieakceptowalnych społecznie, zupełnie pomijano fakt, że owe zachowania mogą być skutkiem większego problemu – innymi słowy, są wtórne do zaburzeń depresyjnych. Dziś już wiemy, że depresja wieku dziecięcego i młodzieńczego jest jak najbardziej realnym zjawiskiem, które może mieć tak poważane konsekwencje, jak pogorszenie przystosowania społecznego, problemy z nauką, czy, w ostateczności, ryzyko samobójstwa (Kendall, 2000).

Problemem jest fakt, że zaburzenia depresyjne, zwłaszcza u dzieci młodszych objawiają się często pod postacią chronicznego bólu głowy, brzucha, kołatania serca, bólu w klatce piersiowej, większej drażliwości, nie zaś obniżonego nastroju. (Jerzak, 2016).

OBJAWY

Klasyfikacja diagnostyczna DSM stwarza możliwość stosowania kryteriów zaburzenia depresyjnego, obowiązujących dla osób dorosłych, również w stosunku do dzieci. Niemniej jednak, występują nieznaczne różnice: dzieci młodsze mogą częściej skarżyć się na objawy fizyczne, przejawiać dużą drażliwość. Obraz kliniczny dzieci starszych może być z kolei zdominowany przez poczucie bezradności i pesymizm (Jerzak, 2016). Za wyjątkiem takich różnic uważa się jednak, że depresja, niezależnie od wieku jednostki, ma bardzo zbliżony obraz kliniczny.

Klasyfikacja DSM mówi o konieczności wystąpienia pięciu lub więcej objawów, przejawiających się przez dwa tygodnie oraz stanowiących zmianę w stosunku do poprzedniego funkcjonowania jednostki. Koniecznym objawem do stwierdzenia depresji jest obniżenie nastroju, utrata zainteresowań bądź zdolności do odczuwania przyjemności. Ponadto, istotnym kryteriami są:

- depresyjny nastrój przez większość dnia, występujący prawie codziennie; zarówno według subiektywnych relacji (tj. „czuję smutek”, „jestem przygnębiona”, „jestem nic nie warty”), jak i zaobserwowany przez innych (płacz, rozdrażnienie, wycofanie);
- znaczne zmniejszenie zainteresowań i zdolności odczuwania przyjemności, niemal we wszystkich obszarach aktywności, występujące niemal cały dzień, prawie codziennie (jak wyżej – tak odczuwane subiektywnie, jak i zaobserwowane przez innych);
- istotny spadek lub przyrost wagi, niezależny od stosowanej diety. Zmiana powinna być większa aniżeli 5% miesięcznie. Tym samym również na codzienny wzrost bądź spadek apetytu należy zwrócić baczną uwagę. W przypadku dzieci należy mieć na względzie, że przyrost wagi, ze względu na dynamiczny rozwój organizmu, może nie nastąpić;

- bezsenność bądź nadmierna potrzeba snu, wstępujące codziennie;
- pobudzenie bądź spowolnienie psychoruchowe. Występujące codziennie, zaobserwowane przez innych;
- codzienne poczucie zmęczenia, utraty energii;
- poczucie braku własnej wartości czy też nadmiernej, bezzasadnej winy, również w codziennym natężeniu;
- obniżone możliwości poznawcze, zaburzenia koncentracji uwagi czy też niemożność podejmowania decyzji – wszystkie elementy obecne codziennie;
- częste myśli o śmierci (niekoniecznie sam lęk przed śmiercią) nawracające myśli samobójcze, próby samobójcze czy też szczegółowe planowanie popełnienia samobójstwa.

Aby zdiagnozować depresję, objawy nie mogą być spowodowane bezpośrednim skutkami substancji psychoaktywnych czy stanem medycznym (m.in. niedoczynność pracy tarczycy może doprowadzić do objawów depresyjnych), czy też nie mogą być wyjaśnione żałobą po bliskiej osobie. Istotną kwestią jest stwierdzenie, że symptomy kliniczne powodują znaczące cierpienie lub zaburzenia funkcjonowania społecznego, szkolnego.

Z kolei obowiązująca w krajach Unii Europejskiej klasyfikacja ICD-10 do spełnienia kryteriów epizodu depresyjnego, wymaga spełnienia przynajmniej dwóch z wymienionych objawów:

- obniżony nastrój, w stopniu wyraźnie nieprawidłowym dla danej osoby, utrzymujący się przez większość dnia i niemal każdego dnia, który nie jest zależny od wydarzeń zewnętrznych. Taki stan musi się utrzymywać co najmniej dwa tygodnie;
- spadek zainteresowania, zadowolenia z aktywności, które niedawno jeszcze sprawiały przyjemność;
- zmniejszona energia, męczliwość.

Poza w/w objawami, ICD-10 wyróżnia siedem dodatkowych wskaźników, z których również przynajmniej dwa muszą zostać spełnione aby mówić o depresji:

- spadek zaufania, szacunku do własnej osoby;
- nie dające się racjonalnie wyjaśnić wyrzuty sumienia, poczucie winy;
- nawracające myśli o śmierci, samobójstwie, czy też zachowania samobójcze;
- zaburzenia poznawcze takie jak zmniejszona zdolność myślenia, koncentracji, nadmierne niezdecydowanie czy wahanie się;
- nadmierne pobudzenie bądź zahamowanie psychofizyczne;
- nadmierna senność bądź bezsenność;
- zaburzenia łaknienia wraz ze zmianą wagi.

Choć obraz kliniczny jest bardzo podobny u dzieci, młodzieży i dorosłych, to wciąż jednak zbyt mało wiemy o występowaniu depresji u osób młodych i najmłodszych. Zostało jednak wyróżnionych kilka faktów klinicznych. Przede wszystkim owe zaburzenie rzadko występuje we wczesnym dzieciństwie, częściej zaś w starszym wieku. W przypadku dzieci w wieku przedszkolnym liczby plasują się na poziomie 1%, w wieku 6-12 lat wzrasta do 2%, powyżej 13 lat wskaźniki bardzo rosną, między 4% a 8% (Wolańczyk, 2002). Wszystkie liczby dotyczą przypadków depresji dającej się zdiagnozować klinicznie, co sprawia, że wskaźniki u młodzieży plasują się niemal na takim samym poziomie jak u osób dorosłych (Kendall, 2000).

Czynnikami ryzyka jest często występowanie innych zaburzeń takich jak zaburzenia lękowe, ADHD. U 43% osób w wieku dojrzewania, z rozpoznaną depresją, zdiagnozowano co najmniej jedno zaburzenia współwystępujące: najwięcej stwierdzono zaburzeń lękowych (18%), związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (14%) oraz zaburzeń związanych z zachowaniami niszczycielskimi (8%) (Clarke i in., 1992; Kendall, 2000).

Okazuje się, że w zakresie depresji istnieją różnice płciowe, obrazujące pewien wzorzec rozwojowy: proporcja 1:1 w dzieciństwie (chłopcy – dziewczynki) zmienia się w proporcję 1:2 w okresie dojrzewania. Istnieją badania, gdzie wskaźnik depresji wielkiej wynosi 4,5% dla dziewcząt oraz 2,9% dla chłopców, co odzwierciedla też rosnącą liczbą zachorowań wśród kobiet (Kendall, 2000; Whitaker i in., 1990).

Choć nie ma jeszcze takiej ilości danych, które pozwoliłyby zaobserwować wyraźne tendencje to podejrzewa się, że mamy do czynienia z tendencją wzrostową, co znaczy, że osoby urodzone w późniejszych dekadach częściej spełniają kryteria depresji (Klerman, 1986). Nie jest jednak do końca oczywiste czy cyfry odzwierciedlają faktyczny wzrost zachorowań na depresję, czy też jest to efekt pracy badaczy i klinicystów poszukujących tego zaburzenia.

PRZYCZYNY

Źródła depresji są wieloczynnikowe. Istnieją badania stwierdzające istotny komponent genetyczny, który może się przyczyniać do współwystępowania objawów depresyjnych i antyspołecznych (Kendall, 2000; Paykel, 1992). Do czynników biologicznych zalicza się również uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w czasie ciąży, porodu czy w wyniku choroby wczesnodziecięcej, uszkodzenia i dysfunkcje mózgu, wybrane choroby somatyczne oraz nieprawidłowości w funkcjonowaniu osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (Wolańczyk, 2002).

Nurty zorientowane poznawczo skupiają się na modelach atrybucji, które jednostki stosują wyjaśniając negatywne skutki zdarzenia. Wszystkie one w większej bądź mniejszej mierze odwołują się do modelu depresji sformułowanego przez Becka, który to zakłada, że depresja jest powiązana z negatywnym stosunkiem do *siebie* (np. „jestem nic nie wart/a”, „to wszystko moja wina”, „nie pasuję tutaj”), *świata* (np. „wszystko dzieje się nie tak jak powinno”, „nic już nie będzie lepiej”, „nie pokonam tych problemów”) i *przyszłości* (np. „nic nie wato robić, i tak poniosę porażkę”, „nie czeka mnie nic dobrego”) (Beck, 1967). Dominującymi tematami w myśleniu są wówczas kwestie związane z utratą, poczuciem własnej nieadekwatności, jak również brakiem nadziei na pomyślny obrót wydarzeń. Toteż w sytuacji braku nadziei na lepszą przyszłość, negatywna ocena otaczającej rzeczywistości oraz własnej

osoby *podtrzymują mechanizm błędnego koła*. Smutek, który częstokroć występuje w połączeniu z objawami fizjologicznymi, uniemożliwia podjęcie jakiegokolwiek działania, co prowadzi do zaniebywania obowiązków, a to z kolei przyczynia się do podtrzymywania negatywnego myślenia o sobie. W ramach takiego błędnego koła nasze negatywne myślenie o sobie znajduje potwierdzenie, co prowadzi tylko do większego cierpienia.

Nurty zbliżone do modelu poznawczego, akcentują poczucie beznadziejności i generujący depresję styl atrybucji, co oznacza, że w obliczu negatywnych wydarzeń, dzieci z takimi skłonnościami będą przypisywały przyczyny stałym, wewnętrznym i ogólnym właściwościom *Ja*. Szczególnie silnie przejawiają się takie mechanizmy w obliczu straty, rozłąki czy wykorzystywania (Kendall, 2000). Dzieci depresyjne również bardziej krytycznie oceniają siebie aniżeli niedepresyjni rówieśnicy. Na potwierdzenie tej hipotezy, badane dzieci były również oceniane przez nauczycieli w ramach „ślepej próby” (nauczyciel nie wiedział czy dziecko jest depresyjne), których oceny, dla dzieci depresyjnych i niedepresyjnych, były zbliżone. Stąd też wniosek, że dzieci depresyjne oceniały się w sposób tendencyjnie surowy (Kendall, 2000).

Depresja może się również wiązać ze zniekształceniami w procesie przetwarzania informacji. Dzieci niedepresyjne potrafią poradzić sobie z dyskomfortem emocjonalnym. Dzieci depresyjne natomiast wybierają raczej strategię odwracania uwagi, rzadziej również myślą o negatywnych emocjach jako o czymś, co może podlegać jakiegokolwiek zmianie (Garber i in., 1991; Kendall, 2000).

Modelem, który w tym momencie cieszy się największym uznaniem, jest model *podatność – stres*, gdzie czyni się założenie, że zarówno biologiczne jak i genetyczne predyspozycje współdziałają z problemami rodzinnymi oraz zniekształceniami poznawczymi jednostki (Kendall, 2000). W tym modelu, do wystąpienia depresji, przede wszystkim potrzebny jest udział stresu. Czynnikiem generującym stres może być rozpad rodziny, relacje między rodzicami/opiekunami (szczególnie niepewny typ więzi emocjonalnej), odrzucenie, zaniebywanie przez opiekunów, brak zainteresowania, wrogość czy też restrykcyjny styl wychowawczy opiekunów. Z licznych badań wyłania się obraz rodzin osób depresyjnych zdominowany przez wrogość, kłótnie, wzajemną niechęć (Hammen, 2013; Kendall, 2000). Do czynników psychospołecznych częstokroć włącza się również ubóstwo, niewystarczające warunki socjalne oraz niski status społeczny rodziny (Wolańczyk, 2002).

CO ROBIĆ?

Dzieci przejawiające dużą absencję szkolną czy pogorszenie wyników w nauce, powinny zwrócić szczególną uwagę. Utrata sensu aktywności szkolnej, celowości podejmowanego wysiłku edukacyjnego, wycofywanie się z realizacji wykonywania planów życiowych może być przejawem błędnego koła depresyjnego (Jerzak, 2016).

Drażliwość, złość, wrogość powinny być również istotnymi wskaźnikami, przede wszystkim, w przypadku dzieci młodszych. Wybuchy złości, zarówno w stosunku do rówieśników jak i osób starszych, często są postrzegane jak zaburzenia zachowania. Tymczasem takie problemy mogą maskować typowe objawy depresyjne. I znów mamy do czynienia z błędnym kołem. Informacje płynące z otoczenia: „jesteś niedobry, do niczego w

życiu nie dojdiesz”, potwierdzają jedynie negatywne myślenie o sobie, wskutek czego młode osoby częstokroć myślą o sobie, że są po prostu złe (Jerzak, 2016). Podobną uwagą powinna zostać również objęta cała sfera kontaktów społecznych ucznia (skłonność do izolacji, trudność w nawiązywaniu relacji, słabe zdolności komunikacyjne). Osoby depresyjne częstokroć myślą, że są głupsze od innych, mniej atrakcyjne, nielubiane, co prowadzi do wycofywania się z kontaktów społecznych, które ma na celu uniknięcie konfrontacji i porównywania się z innymi osobami (Jerzak, 2016).

Wszelkie objawy fizjologiczne również powinny zwrócić uwagę. Przede wszystkim bóle brzucha, głowy, męczliwość, duszności, zawroty głowy, znaczące spowolnienie fizyczne bądź nadmierne pobudzenie, zaburzenia łaknienia (brak łaknienia bądź nadmierny apetyt), czy zaburzenia snu.

Wskaźnikami oczywistymi są brak zauważalnego przeżywania radości, szczęścia, zadowolenia, poczucie bezwartościowości, nadmiernej winy czy, w ostateczności, myśli o śmierci czy samobójstwie.

Stosowanie substancji psychoaktywnych również jest w przypadku depresji młodych osób bardzo istotnym wskaźnikiem. Warto w tym przypadku spojrzeć na ten problem poza wymiarem normatywnym (to czy dana osoba jest zdemoralizowana, przestrzega zasad społecznych etc.). Zażywanie substancji, tak dorosłym jak i osobom młodszym, służy do *regulowania emocji*, przynosi ulgę w sytuacji przeżywania długotrwałego smutku. Zwłaszcza dla nastolatków, żyjących „tu i teraz” jest to powszechne rozwiązanie. Nie są w stanie zrozumieć, że taki sposób rozwiązywania problemów, długofalowo przynosi jedynie pogorszenie stanu psychicznego (Jerzak, 2016).

W sytuacji potwierdzonej diagnozy depresji, edukacja siłą rzeczy musi zejść na dalszy plan. W kontakcie z dzieckiem zawsze należy okazywać bezwarunkowy szacunek, chęć zrozumienia, a przede wszystkim zwykłą serdeczność (nie mylić z pocieszaniem, to nigdy nie jest dobre rozwiązanie).

Istotne jest stosowanie *wzmocnień pozytywnych* tj. dostrzegania wszelkich pozytywów, chwaleń, gdy jest po temu powód, jednakże tylko jeśli jesteśmy do tego przekonani. Nieautentyczna pochwała jest gorsza od jej braku. Zatem chwalimy dziecko za wszystko, co wykonało lepiej aniżeli ostatnim razem. Przy zmniejszonych wymaganiach, należy jednocześnie zwracać szczególną uwagę na każdy przejaw jego aktywności (nawet jeśli do końca nie spełniają pokładanych oczekiwań).

W rozmowie z dzieckiem nie pouczamy, nie osądzamy, nie stawiamy pod ścianą pytań. Zamiast tego wykażmy się postawą otwartą, gotowością do wysłuchania dziecka.

Nigdy nie lekceważmy dziecka, tego co czuje, nawet jeśli to, co mówi wydaje się niepoważne czy irracjonalne. W żadnym wypadku nie można bagatelizować tego, co dziecko mówi – te przeżycia mogą wydawać się nam niepoważne, dla dziecka jednak są jak najbardziej autentyczne.

LECZENIE

W przypadku dzieci okazało się, że jeden z głównych sposobów leczenia – farmakoterapia – nie był aż tak skuteczny jak w przypadku dorosłych, co oznacza, że działanie placebo i leków okazało się być zbliżone (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1996).

Terapeutycznie stosuje się wiele podejść, ale ocena osiągniętych efektów rzadko podlega szczegółowym badaniom. Istotne korzyści dawały terapie prowadzone w podejściu poznawczo-behawioralnym, skupiające się na uczeniu umiejętności kierowania własnym zachowaniem, samokontroli, czy umiejętności rozwiązywania problemów społecznych. Dzieci uczestniczące w takich programach nauczyły się planować i opracowywać harmonogram sprawiającej im przyjemność aktywności, stały się mniej krytyczne w samoocenie, zaczęły również postrzegać konflikty z otoczeniem jako coś, co można rozwiązać (Butler i in., 1980; Kendall, 2000).

PODSUMOWANIE

Dzieci mogą doświadczać depresji i chorować na nią tak, jak osoby dorosłe. Depresja nieleczona w dzieciństwie, z dużym prawdopodobieństwem zaowocuje depresją w dorosłości dlatego tak istotne jest podejmowanie działań pomocowych na samym początku wystąpienia problemu. W takim przypadku obowiązek edukacyjny powinien zejść na dalszy plan, a na pierwszym miejscu powinno znaleźć się działanie pomocowe. Istotna jest zatem modyfikacja wymagań względem ucznia i nieustanne monitorowanie jego funkcjonowania.

GDIE SZUKAĆ POMOCY?

Kiedy zaobserwujemy niepokojące objawy warto przede wszystkim skontaktować się z lekarzem pierwszego kontaktu, psychiatrą czy psychologiem np. w ramach poradni psychologiczno-pedagogicznej. Poza tym można skorzystać z telefonów zaufania:

- 116 111 – Bezpłatny telefon zaufania dla dzieci i młodzieży, czynny całą dobę przez 7 dni w tygodniu
- 22 594 91 00 – Antydepresyjny Telefon Forum Przeciw Depresji
- 22 484 88 01 – ITAKA – Antydepresyjny telefon zaufania
- 22 484 88 04 - ITAKA – Telefon Zaufania Młodych
- 22 837 55 59/535 430 902 – Interwencja Kryzysowa i Krótkoterminowa Pomoc Psychologiczna
- 22 425 98 48 - Telefoniczna Pierwsza Pomoc Psychologiczna

LITERATURA CYTOWANA

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Butler, L., Mieziotis, S., Friedman, R., & Cole, E. (1980). The Effect of Two School-based Intervention Programs on Depressive Symptoms in Preadolescents. *American Educational Research Journal*, 17(1), 111–119.
- Clarke, G., Hops, H., Lewinsohn, P. M., Andrews, J., Seeley, J. R., & Williams, J. (1992). Cognitive-behavioral group treatment of adolescent depression: Prediction of outcome. *Behavior Therapy*, 23(3), 341–354.
- Garber, J., Braafladt, N., & Zeman, J. (1991). The regulation of sad affect: An information-processing perspective. W J. Garber & K. A. Dodge (Red.), *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation* (1. wyd., s. 208–240). Cambridge University Press.
- Hammen, C. (2013). *Depression Runs in Families: The Social Context of Risk and Resilience in Children of Depressed Mothers*. Springer Science & Business Media.
- Jerzak, M. (2016). *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe dzieci a szkolna rzeczywistość*. dawnictwo Naukowe PWN.
- Kendall, P. C. (2000). *Childhood Disorders*. Psychology Press.
- Klerman, G. L. (1986). Evidence for Increase in Rates of Depression in North America and Western Europe in Recent Decades. W H. Hippius, G. L. Klerman, & N. Matussek (Red.), *New Results in Depression Research* (s. 7–15). Springer.
- Paykel, E. S. (1992). *Handbook of affective disorders*. Churchill Livingstone.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (1996). Efficacy of antidepressant medication with depressed youth: What psychologists should know. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(2), 145–153.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J. L., Kalikow, K., Walsh, B. T., Davies, M., Braiman, S., & Dolinsky, A. (1990). Uncommon Troubles in Young People: Prevalence Estimates of Selected Psychiatric Disorders in a Nonreferred Adolescent Population. *Archives of General Psychiatry*, 47(5), 487–496.
- Wolańczyk, T. (2002). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce*. Akademia Medyczna.