

OGÓLNOPOLSKI DZIEŃ WALKI Z DEPRESJĄ



Na świecie w Polsce są prowadzone liczne kampanie społeczne, których celem jest zwiększenie świadomości społecznej. Od 23 lutego 2001 roku jest obchodzony Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją.

Jego celem jest upowszechnienie wiedzy na temat depresji, jej objawów i zachęcenie do podejmowania leczenia. Według najnowszych badań zachorowalność wśród dzieci i nastolatków wzrasta. Dane wskazują, że występuje częściej wśród dorastającej młodzieży niż wśród dzieci. Dane epidemiologiczne różnią się nieco w zależności od źródła. W przypadku maluchów jest to od 0,4 do 2,5 proc., a wśród młodzieży wskaźniki występowania wahają się między 2 a 8 proc. U dzieci nie ma różnic płciowych w występowaniu zaburzenia. Natomiast w wieku dojrzewania częściej występuje u dziewcząt. Podejrzewa się, że może na nią zapaść nawet 20 proc. nastolatków przed ukończeniem 18 r.ż.

http://twarzedepresji.pl/pomocpsychologiczna/?fbclid=IwAR1juIGRT4UFUqKumrqvcWI2Yg1CKEv3_zHZhWnDrtpvo1aMpaaeWApnQ7w

Czym jest depresja?

Zaliczamy ją do zaburzeń nastroju (afektywnych). Jest to grupa zaburzeń psychicznych, charakteryzująca się występowaniem w ciągu życia ekstremalnych wahań nastroju pod postacią epizodów depresji, manii lub hipomanii. Gdy mówimy mam depresję, zwykle chodzi nam o to, że jesteśmy po prostu smutni, przygnębieni. Natomiast z medycznego punktu widzenia jest to zespół objawów obejmujących sferę emocjonalną, zachowanie i funkcjonowanie poznawcze. Mogą jej również towarzyszyć objawy somatyczne. Na kliniczną depresję cierpi 1% dzieci przedszkolnych powyżej 2-, 3-go roku życia, 2% w grupie dzieci 6-12 lat oraz do 20% w grupie młodzieżowej. Charakterystyczną cechą depresji okresu dzieciństwa i dojrzewania jest wysoki współczynnik współzachorowalności. Najczęściej z depresją współwystępują zaburzenia lękowe. 30-70% dzieci z depresją spełnia równocześnie kryteria diagnostyczne zaburzeń lękowych. U młodszych dzieci z depresją myśli samobójcze rzadziej przeradzają się w konkretne plany i próby ich realizacji, natomiast u młodzieży ryzyko podjęcia próby samobójczej jest bardzo duże.

Przyczyn może być wiele. Zazwyczaj wymienia się czynniki: genetyczne, rodzinne, osobowe, stres.

Według naukowców występowanie tej choroby u rodziców aż trzykrotnie zwiększa prawdopodobieństwo jej wystąpienia u ich najmłodszych. Badania pokazują, że u 20 do 50 proc. chorych, rodzice także cierpieli na to schorzenie bądź inne zaburzenia psychiczne. Dowody na genetyczny czynnik etiologiczny są dość silne. Należy jednak zaznaczyć, iż same geny nie są jedyną przyczyną. Musi zaistnieć odpowiedni bodziec: środowisko, w którym pacjent przebywa, stresory. Dopiero takie oddziaływanie może prowadzić do zaburzenia. Istotne znaczenie ma środowisko rodzinne.

Czynnikami sprzyjającymi mogą być:

konflikty w rodzinie, śmierć bliskiej osoby, przemoc, zaniedbania czy uzależnienia rodziców.

Ważnym czynnikiem jest też jakość więzi między rodzicami a dzieckiem. Brak wrażliwości pomiędzy bliskimi, niedostateczne wsparcie czy nieprawidłowe postawy rodzicielskie mogą sprzyjać zaburzeniu. Wśród czynników psychologicznych, z kolei wymienia się wysoki poziom lęku u dzieci czy niską samoocenę. Dzieci, które są zbyt krytyczne wobec siebie, mają tendencje do perfekcjonizmu czy niskie umiejętności społeczne, są bardziej narażone na rozwój tego zaburzenia. Prowadzić do niego może również stres, jakiego doświadczyło dziecko. Przyczyny napięcia mogą być m.in. zawody miłosne, zerwane przyjaźnie, problemy w szkole, kłopoty ze zdrowiem.

Wśród czynników wpływających na wystąpienie choroby u najmłodszych, wymienia się:

genetyczną podatność, czyli epizody zaburzeń nastroju w rodzinie, zachowania rodziców lub innych dorosłych, które są zdominowane przez żądzę supremacji (przewagi nad kimś) i rywalizacji,

wczesne doświadczenie straty - może dotyczyć zdrowia, rozstania rodziców, osierocenia, problemy w kontaktach z rodzicami, którzy stosują kary, bywają krytyczni, mają autorytarny stosunek rodzicielski, uzależnienia rodziców, indywidualne cechy osobowości - tłumienie emocji, niska samoocena, szkołę z obsesją na punkcie sukcesów w nauce, z obciążeniami dodatkowymi zajęciami oraz lękiem przed porażką, przed wyobcowaniem.

Objawy opisywanego zaburzenia u dzieci mogą różnić się od tych występujących u osób dorosłych. Należy przy tym zaznaczyć, że jak wśród osób dorosłych, tak i u dzieci objawy mogą się nieco różnić, u poszczególnych osób. Przez długi czas, uważano, że dzieciom czy młodzieży nie grożą poważne zaburzenia nastroju.

Pogląd ten na przestrzeni lat ewoluował. W połowie XX wieku, po raz pierwszy została opisana tzw. depresja anaklityczna. Jej objawy mogą pojawić się u dzieci poniżej 1. r.ż. jako reakcja na oddzielenie od opiekunów.

Maluchy wówczas: są płaczliwe i kapryśne, nie chcą jeść, mniej przybierają na wadze, mają zaburzenia snu i czuwania.

U dzieci i nastolatków natomiast pojawia się zwykle m.in: drażliwość, depresyjny nastrój, niezdolność do odczuwania przyjemności, irytacja, lęk, obawa, pobudzenie lub opóźnienie reakcji psychomotorycznych, zmęczenie, zaburzenia snu, bóle brzucha, głowy - charakterystyczne dla depresji u młodych, utrata apetytu lub nadmierny apetyt, zmiana masy ciała, zmiany nastroju w ciągu dnia (rano gorsze), wycofanie się ze związków rówieśniczych, słabe wyniki w nauce, odmowa chodzenia do szkoły, negatywna ocena siebie, świata, przyszłości, poczucie winy (rzadziej u dzieci, częściej u młodzieży i dorosłych), myśli samobójcze, niemożność koncentracji, nieumiejętność podejmowania decyzji, skupianie na negatywnych aspektach sytuacji.

Warto również zaznaczyć, iż u dzieci częściej niż u dorosłych pojawia się drażliwość, rzadziej natomiast występuje nastrój depresyjny. W przypadku młodzieży choroba może mieć również charakter atypowy, gdzie występują takie objawy, jak: hipersomnia (nadmierna senność), znaczny przyrost masy ciała, uczucie ciężkości kończyn, pobudzenie.

Rodzaje depresji u dzieci i nastolatków. Jest to zaburzenie afektywne (związane z obniżeniem nastroju), które ma różne postaci. Może wystąpić jako problem przewlekły, gdzie objawy i siła ich występowania będą stałe lub mogą nawracać i przyjmować charakter: łagodny, umiarkowany, ciężki.

Wyróżniamy również m.in. cyklotymię charakteryzującą się trwającymi przez co najmniej 2 lata okresami niestabilności nastroju, łagodne epizody depresyjne występujące na przemian z hipomanią czy dystymią, czyli trwające od co najmniej 2 lat (u dzieci i nastolatków od co najmniej roku) utrwalone depresyjne zaburzenia nastroju.

Mogą również wystąpić zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane (liczne kombinacje łagodnych objawów zaburzeń lękowych i depresyjnych), czy przedłużona reakcja depresyjna. Ta ostatnia to łagodny stan depresyjny pojawiający się w odpowiedzi na przedłużające się narażenie na stresową sytuację o czasie trwania nieprzekraczającym 2 lat.

U dzieci i młodzieży występuje zwykle depresja przewlekła lub nawracająca i nie mija ona wraz z wiekiem. Młodzi cierpią również jako osoby dorosłe. Wg naukowców, jeśli dziecko doświadczyło epizodu depresyjnego, istnieje duże

prawdopodobieństwo, że wystąpi ona kolejny raz. Szacuje się, że doświadczy jej ponownie od 30 do 70 proc. dzieci jeszcze w tym samym okresie życia, podczas dorastania lub w dorosłości.

Diagnoza depresji u nastolatków i dzieci. Rozpoznanie zwykle dokonuje psycholog (lub psychiatra) na podstawie wywiadu i odpowiednich testów. Jednym z nich jest Inwentarz depresji dziecięcej CDI, służący do diagnozowania dzieci w wieku 7-12 lat. Bada on następujące czynniki: obniżony nastrój, problemy interpersonalne, nieefektywność, utratę zainteresowania, negatywną samoocenę.

Jak Leczyć depresję u dzieci?

Leczenie w zależności od stanu pacjenta obejmuje psychoterapię lub psychoterapię i farmakoterapię. W pierwszej kolejności specjalista przeprowadza wywiad z pacjentem i jego rodziną. Wykonuje testy i ustala wszystkie czynniki, jakie mogły wpłynąć na rozwój zaburzenia. Psycholog zwraca również uwagę na ewentualne współistniejące zaburzenia i odpowiednio prowadzi terapię. Jej elementami są między innymi wspieranie wewnętrznego systemu kontroli czy poprawa relacji w rodzinie. Celem działań jest m.in.: łagodzenie objawów zaburzenia, nauka metod radzenia sobie ze stresem, budowanie pozytywnego obrazu samego siebie poprawa relacji z rówieśnikami.

W przypadku leczenia wskazana jest również psychoedukacja, czyli przekazanie pacjentowi i jego rodzinie informacji o możliwych przyczynach zaburzenia, jego objawach i sposobach leczenia. W psychoterapii, która może mieć postać indywidualnej, grupowej lub rodzinnej, to właśnie ta ostatnia jest szczególnie ważna. Środowisko rodzinne może przyczyniać się do wzmacniania objawów. Co więcej, kluczowe w terapii dziecka jest również zaangażowanie rodziców.

Zaburzenia depresyjne u dzieci leczy się dwiema metodami: psychoterapia i/lub leki przeciwdepresyjne.

Terapia grupowa zalecana jest z kolei osobom, które mają problem w relacjach z rówieśnikami i tendencję do wycofywania się. Zwykle włączeniu stosuje się terapię poznawczo-behawioralną CBT, która opiera się na założeniu, że nasze emocje i zachowania są w znacznym stopniu wynikiem myślenia. Jego zmiana z kolei może poprawić komfort psychiczny i poprawić funkcjonowanie.

Jakie są rokowania?

Jest to zaburzenie, które nawet w przypadku ustąpienia objawów, może powrócić. Konieczne jest więc, aby dziecko było pod opieką psychologa. Rokowania w przypadku zaburzeń depresyjnych zależą od wielu czynników. Przede wszystkim od etapu rozwojowego, czasu trwania i nasilenia objawów zaburzenia. Jeśli objawy wystąpią w dzieciństwie lub w wieku dorastania, istnieje prawdopodobieństwo, że pojawią się one również w okresie dorosłości. Jednak jeśli choroba miała charakter jedynie sytuacyjny, prawdopodobieństwo jest mniejsze.

Jak zapobiegać dziecięcej depresji?

Nie jesteśmy bezbronni. Istnieją czynniki, które potrafią nas efektywnie chronić, a są to m.in.: czynniki biologiczne, takie jak dobry stan zdrowia, regularne ćwiczenia fizyczne, czynniki psychologiczne - wysoki poziom inteligencji, temperament, wysokie poczucie własnej wartości, wysoka ocena własnej skuteczności, optymistyczny styl postrzegania rzeczywistości, rodzina i najbliżsi, a dokładnie związki oparte na poczuciu bezpieczeństwa, dobra komunikacja, zadowolenie rodziców z małżeństwa, elastyczna organizacja rodziny, niski poziom stresu w rodzinie, dobre warunki społeczno-ekonomiczne.

Pamiętajmy, aby utrzymywać dobry kontakt z dzieckiem, rozmawiajmy z nim, obserwujmy. Pytajmy jak się czuje, jakie ma problemy, czy możemy mu pomóc.

Pamiętaj:

1. Rozmawiaj z dzieckiem o problemach, o tym, co dzieje się w domu, w szkole i poza szkołą.
2. Staraj się aktywnie słuchać dziecka i szanować jego zdanie.
3. Unikaj stresu w rodzinie.
4. Staraj się efektywnie komunikować.
5. Jeśli coś cię niepokoi w zachowaniu dziecka, rozmawiaj z zaufanymi osobami, które je znają.

6. Zwróć szczególną uwagę na dobre samopoczucie twojego dziecka podczas zmian życiowych, takich jak rozpoczęcie nowej szkoły lub okres dojrzewania.
7. Chroń dobre samopoczucie twojego dziecka podczas zmian, przed przemocą.
8. Zachęcaj dziecko do odpowiedniej ilości snu. Prawidłowego i regularnego odżywiania się, aktywności fizycznej i robienia rzeczy, które lubi.
9. Znajdź czas, aby spędzić go z dzieckiem.
10. Jeśli twoje dziecko ma myśli o wyrządzeniu sobie krzywdy lub już to zrobiło.

Szukaj natychmiast pomocy u specjalisty.(wypełnij Quiz)

Odpowiedz na następujące pytania:

Czy Twoje dziecko:

1. Jest rozdrażnione, płaczliwe?
2. Nie chce spotykać się ze znajomymi?
3. Zgłasza bóle brzucha, głowy?
4. Ma problemy z koncentracją uwagi?
5. Przejawia lęk?

Jeżeli odpowiedziałeś TAK na przynajmniej 3 z 5 pytań, zalecamy konsultację z psychologiem, ponieważ może u Twojego dziecka występować depresja. PAMIĘTAJ! Chorobie można zapobiegać i ją leczyć.

Testy na depresję pomagają klinicyście w szybszym i pewniejszym rozpoznaniu choroby. Możesz jednak samodzielnie zacząć identyfikować swój problem w zakresie samopoczucia. Najbardziej znanymi testami na depresję są Skala Depresji Becka oraz tzw. Test Dziewięciu Pytań, czyli Test PHQ-9 autorstwa doktorów Roberta L. Spitzera, Janet B.W. Williams i Kurta Kroenke.

Test Dziewięciu Pytań PHQ-9

Ten test na depresję często wykorzystują lekarze pierwszego kontaktu przy próbach wstępnego rozpoznania. Skuteczność tego narzędzia diagnostycznego sięga aż 88%. Test na depresję może być również wykorzystywany do samodzielnej analizy i oceny obecności oraz nasilenia objawów depresyjnych. Test na depresję PHQ-9 jest testem na depresję bardzo prostym, a jego wypełnienie zajmuje niewiele czasu. Czy w ciągu ostatnich dwóch tygodni doświadczyłeś(-aś) któregoś z tych problemów?

1. Niewiele mnie interesuje i mało co sprawia mi przyjemność.
 - a) nigdy
 - b) od czasu do czasu
 - c) mniej więcej przez połowę tego czasu
 - d) prawie codziennie
2. Czuję się smutny, załamany i nie mam nadziei.
 - a) nigdy
 - b) od czasu do czasu
 - c) mniej więcej przez połowę tego czasu
 - d) prawie codziennie
3. Mam trudności z zasypianiem lub śpię za dużo.
 - a) nigdy
 - b) od czasu do czasu
 - c) mniej więcej przez połowę tego czasu
 - d) prawie codziennie
4. Czuję się zmęczony, mam mało energii.
 - a) nigdy
 - b) od czasu do czasu
 - c) mniej więcej przez połowę tego czasu
 - d) prawie codziennie

5. Jem za dużo lub dokucza mi brak apetytu.
 - a) nigdy
 - b) od czasu do czasu
 - c) mniej więcej przez połowę tego czasu
 - d) prawie codziennie
6. Mam poczucie klęski i/lub winy.
 - a) nigdy
 - b) od czasu do czasu
 - c) mniej więcej przez połowę tego czasu
 - d) prawie codziennie
7. Mam problemy z koncentracją, gdy czytam gazetę lub oglądam telewizję.
 - a) nigdy
 - b) od czasu do czasu
 - c) mniej więcej przez połowę tego czasu
 - d) prawie codziennie
8. Mówię i/lub poruszam się zbyt wolno lub za szybko.
 - a) nigdy
 - b) od czasu do czasu
 - c) mniej więcej przez połowę tego czasu
 - d) prawie codziennie
9. Myślę, że byłoby lepiej, gdybym nie żył.
 - a) nigdy
 - b) od czasu do czasu
 - c) mniej więcej przez połowę tego czasu
 - d) prawie codziennie .

Opracowała: Anna Kaczmarczyk - psycholog szkolny