

# DEPRESJA WŚRÓD NASTOLATKÓW

OPRACOWAŁA:  
AGATA AUGUSTYN  
PORADNIA PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNA W STRZELINIE

**DPRESJA DUŻA** – epizody dużej depresji przeplatane okresami normalnego nastroju;

**DYSTYMIA** – chroniczne obniżenie nastroju, u młodych ludzi co najmniej przez rok, czemu towarzyszy mniej dodatkowych objawów poznawczych lub behawioralnych niż wymaga obraz diagnozy depresji dużej;

Relacja ilościowa między depresją młodzieńczą a dużą depresją – stanowi ona mniejszy odsetek wśród depresyjnej młodzieży;

Depresja jest powszechniejsza u nastolatków niż u dzieci, częściej występuje u dziewcząt niż chłopców (Castello i inni, 2004). Depresja często nie ustępuje po przejściu młodego człowieka w dorosłość i jest czynnikiem ryzyka dotyczącym samobójstw.

**Czynniki środowiskowe oraz czynniki genetyczne**  
**warunkują rozwój depresji**  
**Zaburzenia depresyjne reaktywne lub endogenne;**

W obrazie klinicznym zespołów depresyjnych reaktywnych (psychogennych) dominują zaburzenia nastroju (wraz z próbą samobójczą). W grupie osób z endogennym zespołem depresyjnym występuje większe obciążenie dziedziczne chorobami afektywnymi, a w obrazie klinicznym dominuje zahamowanie aktywności psychoruchowej, zaburzenia snu i dobowe wahania samopoczucia oraz depresyjne zaburzenia myślenia.

## Różnice w obrazie klinicznym depresji chłopców i dziewcząt:

- Chłopcy poza obniżonym nastrojem przejawiają przede wszystkim nadmierną męczliwość, zaburzenia zachowania i objawy psychosomatyczne.
- Zachowania dziewcząt charakteryzuje spowolnienie psychoruchowe, płaczliwość, wysoki poziom lęku, myśli i próby samobójcze.

W badaniach (Witkowska – Ulatowska, 2000) wśród uczniów z rozpoznaniem dużej depresji przewagę stanowili chłopcy. Byli najstarsi z rodzeństwa, pochodzili z rodzin o wyższym statusie społecznym, nie mieli trudności szkolnych, lecz sprawiali trudności wychowawcze i mieli tendencję do izolowania się.

Depresja w okresie nastoletnim – wynik niekorzystnych interakcji między negatywnymi wydarzeniami życiowymi, relacjami rodzinnymi, strategiami radzenia sobie ze stresem i poczuciem kontroli.

**DEPRESJA MŁODZIEŃCZA** (w ujęciu Kepińskiego) to zespół, na który składają się zaburzenia nastroju, lęk, zaburzenia zachowania oraz znaczne nasilenie autodestrukcji. Objawy mogą występować w różnych konfiguracjach, można wyróżnić jednak kilka ich postaci:

- Postać apatyczno – abuliczna: bierność, brak radości, uczucie pustki, nudy i braku sensu;
- Postać buntownicza – „przerysowania” adolescencyjnych zachowań buntowniczych i agresywnych, poczucie mniejszej wartości, brak wiary w przyszłość;
- Postać rezygnacyjna – brak wiary w siebie, brak planów życiowych;
- Postać labilna – zmienność nastroju, zachowania samobójcze w okresie jego obniżenia.

**Zespół podstawowy depresji tzw. „czystej”** tworzą: obniżenie nastroju, obniżenie napięcia, nieokreślony lęk i lęk przed przyszłością. Występują też inne objawy: niewydolność w nauce, poczucie bezsensu życia, myśli, tendencje i próby samobójcze (depresja z rezygnacją), zmienność nastroju, autodestrukcyjne zaburzenia zachowania (depresja z niepokojem), somatyczne manifestacje lęku i hipochondryczna koncentracja na ciele (depresja hipochondryczna).

Rush i Beck (1978) - cztery kategorie objawów, na podstawie których można rozpoznać depresję młodzieńczą:

1. Zaburzenia emocjonalne (obniżony nastrój, negatywna postawa wobec samego siebie, zmniejszone zainteresowanie nauką i ludźmi, utrata poczucia humoru i płaczliwość);
2. Objawy poznawcze (obniżone poczucie kompetencji, brak planów na przyszłość, niezdecydowanie, zaburzony obraz własnego ciała, tendencja do samokarania);
3. Zaburzenia motywacyjne (brak motywacji do nauki, postawa bierno – zależna, izolowanie się);
4. Zaburzenia wegetatywne (męczliwość, brak łaknienia, zaburzenia snu).

Yapko (1996) określa osiem wymiarów zaburzeń depresyjnych:

1. Fizjologiczny (zaburzenia snu, apetytu, zmęczenie);
2. Poznawczy (negatywna samoocena, trudności w koncentracji, negatywne oczekiwania);
3. Behawioralny (zaburzenia poziomu aktywności, zachowania acting out, próby samobójcze);
4. Afektywny (ambiwalencja, obniżony nastrój, utrata szacunku do siebie, bezsilność);
5. Symboliczny (destruktywne fantazje i wyobrażenia, zainteresowanie sprawami duchowymi);
6. Relacji (postawa „ofiary”, izolacja, zachowania pasywno – agresywne, nadmierna potrzeba akceptacji);
7. Kontekstowy (trudności w prawidłowej ocenie wymogów sytuacji i własnych zobowiązań, uogólnione i ograniczone odpowiedzi na określone sytuacje);
8. Historyczny (doznanie w przeszłości straty, przeszłe sytuacje braku kontroli nad wydarzeniami).

# CZYNNIKI RYZYKA MOGĄCE ODGRYWAĆ ROLĘ W ROZWOJU DEPRESJI:

- przemoc rówieśnicza;
- choroba lub uraz fizyczny
- przeprowadzka
- nieoptymalne środowisko rodzicielskie  
(konflikty w rodzinie, separacja rodziców, psychopatologia rodzicielska – depresja poporodowa, używanie substancji psychoaktywnych przez rodziców, przemoc domowa)
- ubóstwo, izolacja społeczna

# CZYNNIKI CHRONIĄCE - OSOBISTE I KONTEKSTOWE, KTÓRE MOGĄ ZMNIJSZYĆ PRAWDOPODOBIENSTWO WYSTĄPIENIA DEPRESJI LUB PRZYCZYNIĆ SIĘ DO WYJŚCIA Z CHOROBY:

- inteligencja
- umiejętność rozwiązywania problemów
- wewnętrzne umiejscowienie kontroli
- wyższe umiejętności społeczne
- pozytywne środowisko szkolne, wspierające relacje rówieśnicze



## DLA ZROZUMIENIA PRZYCZYŃ DEPRESJI WAŻNE SĄ RÓŻNICE W STYLACH PRZYWIĄZANIA W RODZINIE – stają się dla młodego człowieka modelem kształtowania się relacji interpersonalnych.

Regulacja uczuć i specyficzna ekspresja emocji w rodzinie, niekorzystne układy rodzinne powodują, że osoby znaczące są postrzegane jako niedostępne lub odrzucające, a dziecko postrzega siebie jako osobę niemłą, głupią, winną. W ten sposób kształtują się jego niska samoocena, poczucie wstydu, bezradności, beznadziejności, brak poczucia kontroli.

Według teorii systemowej pojawiające się zachowania objawowe (depresja) pełnią funkcję przywrócenia równowagi danemu systemowi rodzinnemu. Ich wystąpienie redukuje poziom lęku i stresu w rodzinie i zabezpiecza przed wkroczeniem w następną fazę cyklu życia w rodzinie. Można wyróżnić trzy typy takich zaburzeń:

1. Rodzice wchodzą w zbyt bliskie interakcje z dzieckiem w celu zapomnienia o swoich własnych problemach;
2. Jedno z rodziców tworzy przeciwko drugiemu koalicje z dzieckiem;
3. Rodzice traktują dziecko jako element rozgrywki między sobą.

## Wpływ rodzinnych urazów psychicznych na występowanie depresji:

- Rozpad rodziny;
- Naturalna lub samobójcza śmierć rodzica;
- Umieszczenie w domu dziecka;
- Jawne konflikty wewnątrzrodzinne;
- Alkoholizm rodziców;
- Nieadekwatność postaw rodzicielskich;
- Brak autorytetu ojca – wśród dorastającej młodzieży koreluje z jej depresyjnością;
- Brak przykładu dyscypliny, klarownych i konsekwentnych reguł postępowania.

Satysfakcja małżeńska, emocjonalna więź między rodzicami a rozwój dziecka (objawy chorobowe dziecka odciągają uwagę od ich konfliktu).

POSTAWY RODZICIELSKIE – utrwalone typy postaw wobec dziecka wpływają na tworzenie się specyficznych cech osobowości, zaspokajają lub frustrują psychiczne i społeczne potrzeby dziecka:

- **Postawa odtrącająca** rodziców może sprzyjać agresywności, nieposłuszeństwu, zahamowaniu rozwoju uczuć wyższych, zachowaniom aspołecznym i antyspołecznym dziecka; może być przyczyną bezradności. Odrzucenie ze strony ojca wpływa na rozwój introwertywnych zachowań córek, a zaniedbująca postawa matek znacznie koreluje z zachowaniami introwertywnymi, wrogością względem otoczenia oraz pobudliwością emocjonalną synów.
- **Postawa unikająca** – może wywoływać u dziecka tendencje do zachowań samouszkodzających, zachowań samobójczych, a także niestałości uczuciowej, nieufności, wchodzenia w konflikty i wpływać na pojawienie się lżejszych objawów zachowań antyspołecznych.
- **Postawa nadmiernie ochraniająca** – powoduje opóźnienie dojrzałości emocjonalnej i społecznej, bierność, uступliwość, zależność od matki bądź odwrotnie – nadmierna pewność siebie, zuchwalstwo, egoizm i tyranizowanie matki, a w samotności – niepewność i niepokój;
- **Postawa nadmiernie wymagająca** – częste korygowanie, krytyka – rozwijają u dziecka brak wiary we własne siły, lękliwość, podejrzliwość, uległość, mogą pojawiać się trudności z przystosowaniem społecznym.

Rozwój potrzeby autonomii, samostanowienia u dorastających ludzi może prowadzić do izolacji, społecznego wycofania i wywoływać trudności w kontaktach interpersonalnych. Adolescencja jest okresem podejmowania prób realizacji ról społecznych. Dochodzi do konfrontacji *ja* realnego z *ja* idealnym. Dlatego depresja w tym okresie może wiązać się z naturalnymi tendencjami rozwojowymi. Chęć sprawdzenia siebie może spowodować smutek i poczucie beznadziejności.

## **ZAPOBIEGANIE DEPRESJI U MŁODYCH LUDZI:**

Psychologiczne programy prewencji, programy odporności psychicznej:

- nauka samoregulacji stanów emocjonalnych;
- ćwiczenie umiejętności monitorowania własnego nastroju i związanych z nim myśli, wzorców zachowań (podważenie stylu myślenia pesymistycznego i depresyjnego, sięganie po umiejętności relaksacji, by kontrolować lęk, systemowe umiejętności rozwiązywania problemów, sposoby na pozyskiwanie wsparcia społecznego od rodziny i przyjaciół, planowanie przyjemnych wydarzeń i zapobieganie narastania stresów życiowych).

## **OCENA I LECZENIE DEPRESJI:**

- badania przesiewowe trudności w obszarze psychiki
- jeśli występują problemy z nastrojem należy przeprowadzić bardziej szczegółową ocenę pod kątem objawów depresji, można przeprowadzić ustrukturuwany wywiad pod kątem objawów depresji, następnie szerszy zakrojony wywiad, dotyczący czynników ryzyka i czynników ochrony, jak również ocenę ryzyka samobójstwa.

# SKUTECZNOŚĆ RÓŻNYCH TERAPII

**1. Terapia poznawczo – behawioralna** – leczenie depresji opiera się na hipotezie, że niski nastrój utrzymuje się pod wpływem depresyjnego stylu myślenia i życia z wieloma ograniczeniami. Programy CBT dla młodych ludzi mają dwa główne komponenty ukierunkowane na dwa utrzymujące nastroje depresyjne czynniki – stawianie wyzwań myśleniu depresyjnemu i aktywacja zachowań. Stawiając wyzwania myśleniu depresyjnemu, młodzi ludzie uczą się monitorowania nastroju i tego, jak identyfikować i podważać automatyczne, depresyjne, negatywne myśli oraz zniekształcenia poznawcze, które towarzyszą obniżonemu nastrojowi. Kiedy wprowadzamy aktywizację zachowań, młodzi ludzie przeorganizowują swoje plany dnia codziennego tak, by włączyć w to co robią pomniejsze wydarzenia, ćwiczenia fizyczne i interakcje społeczne. Rozwijają również umiejętności społeczne, relaksacyjne, komunikacyjne i rozwiązywania problemów oraz umiejętności zapobiegające nawrotom. W niektórych programach CBT leczenia depresji u młodych ludzi stosuje się okresowe interwencje z udziałem rodziców, które pomagają im zrozumieć czynniki utrzymujące depresję, dzięki czemu mogą łatwiej wspomagać aktywizację zachowań swoich dzieci.

**2. Terapia psychodynamiczna** – skupiamy się na interpretowaniu powiązań między mechanizmami obronnymi, lękiem i nieświadomymi odczuciami i impulsami w ramach kontekstu relacji przeniesienia z terapeutą, na relacjach z osobami ważnymi dla młodych ludzi na obecnym etapie życia i na wczesnych relacjach z rodzicami i opiekunami.

**3. Terapia rodzinna** – pomaga rodzinom zrozumieć powiązania pomiędzy depresją młodego człowieka, problematycznymi skryptami rodzinnymi i brakiem poczucia bezpieczeństwa we wzorach więzi rodzinnych (naprawa relacji, budowanie kompetencji rodzinnych). Interwencje w zakresie depresji młodych ludzi oparte o fundament rodzinny powinny zawierać psychoedukację rodziny, ułatwianie rodzinie zrozumienia oraz wspieranie młodego człowieka w depresji, jak również organizowanie połączeń między szkołą a domem.

### **Podsumowując:**

Istotna jest zmiana mechanizmów obronnych utrzymujących depresję, zmiana depresyjnego stylu myślenia, zmiana wzorców interakcji społecznych utrzymujących depresję, rozwój umiejętności rozwiązywania problemów oraz umiejętności przeciwdziałania nawrotom.

## **ZACHOWANIA SAMOBÓJCZE DZIECI I MŁODZIEŻY**

Samobójstwa stanowią jedną z trzech pierwszych przyczyn zgonów wśród młodych ludzi (za: WHO). Szacuje się, że wśród nastolatków jedno samobójstwo przypada na około 100-200 prób samobójczych. Najwięcej samobójstw i prób dokonywanych jest między 15 a 19 rokiem życia. W większości przypadków samobójstwa pojawiają się jako rezultat dłuższego procesu. Sytuacja trudna może prowadzić do stanu ciągłego przeciążenia emocjonalnego i depresji. Przy braku wsparcia i pomocy może uznać swoją sytuację za beznadziejną i może poszukiwać drogi ucieczki – samobójstwa.



## SYGNAŁY OSTRZEGAWCZE RYZYKA SUICYDALNEGO:

- wycofywanie się z kontaktów z rodziną;
  - zainteresowanie śmiercią;
    - zmiany nastroju;
- trudności z koncentracją, trudności w szkole, pogorszenie ocen;
- zmiana dotychczasowych zwyczajów dotyczących snu i jedzenia;
  - utrata zainteresowania rozrywkami;
- fizyczne dolegliwości, które nie mają przyczyny somatycznej (ból głowy, ból żołądka, zmęczenie, znudzenie);
  - mówienie o samobójstwie lub jego planowaniu;
  - nagłe impulsywne zachowania, zachowania agresywne;
  - zachowania opozycyjno-buntownicze, ucieczki, nieobecność w szkole;
  - odrzucanie pomocy, bezradność, poczucie, że pomoc jest niemożliwa;
- poczucie winy, oskarżanie się (komunikaty „Jestem nikim”, „Nie powinienem się urodzić”, „Lepiej, żebym przestał istnieć”, „Mogłoby mi się coś stać”);
  - mówienie o braku sensu życia;
  - odrzucanie pochwał;
  - labilność emocjonalna (od depresji do stanu zadowolenia);
- rozdawanie kolegom swoich ulubionych przedmiotów, oddawanie domowych zwierząt w dobre ręce;
- ślady po samookaleczeniach lub próbach samobójczych.

## **Materiały opracowane na podstawie:**

1. Psychopatologia okresu dorastania – pod redakcją Wioletty Radziwiłowicz i Anity Sumiły;
2. Psychiatria dzieci i młodzieży – pod redakcją Ireny Namysłowskiej;
3. Skuteczne interwencje w pracy z młodymi ludźmi z grup ryzyka – pod redakcją Kathryn Geldard

DZIĘKUJĘ