**DEPRESJA WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY**

Depresja może pojawić się w każdym okresie życia człowieka, także u dzieci oraz u osób w wieku starszym. Około 10-15% całkowitej populacji świata miało, ma lub będzie miało jeden lub więcej epizodów depresyjnych w ciągu życia. Rozpowszechnienie depresji waha się w zakresie 14,4-18%. Występuje ona w okresie dzieciństwa z równą częstotliwością u obu płci, po okresie dojrzewania płciowego dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Z orientacyjnych danych WHO wynika, że w chwili obecnej cierpi na nią co najmniej 350 milionów ludzi na całym świecie. W grupie dzieci i młodzieży symptomy depresji przejawia 0,3% dzieci w wieku przedszkolnym, 2% dzieci w szkole podstawowej oraz 4-8 % dorastających w grupie wiekowej 13- 18 lat (w ostatnich latach notuje się wysokie tendencje wzrostowe). Polskie badania epidemiologiczne wskazują na rozpowszechnienie depresji spełniającej kryteria tzw. epizodu depresyjnego u 27- 54% populacji nastolatków w zależności od fazy dojrzewania i środowiska wychowawczego. Warto podkreślić, że w grupie tej nie obserwujemy jeszcze zjawiska braku tolerancji i stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi, do zmiany obrazu tych osób dochodzi w końcowym okresie adolescencji.

Mówiąc o młodym, człowieku chorującym na depresję, nie przedstawiamy jednoznacznego obrazu. Chory może przeżywać łagodne stany przygnębienia, odczuwać nieznaczny niepokój, czy tzw. „złe samopoczucie”. Może także doświadczać ciężkich stanów psychotycznych, być zalękniony, podejmować skuteczne próby samobójcze, nie widząc sensu życia. Chorujący na depresję nie zawsze są w stanie zwerbalizować swój stan. Mają bowiem problemy z formułowaniem wypowiedzi, myślą w sposób spowolniały, nie mają woli podjęcia rozmowy, nie zawsze rozumieją co się z nimi dzieje. Bardzo ważna jest obserwacja, wychwycenie sygnałów wskazujących na obecność objawów depresji, która przejawia się, np. ubogą mimiką, smutnym wyrazem twarzy, monotonnym, ściszonym głosem, wolnym tempem wypowiedzi. Ruchy są spowolniałe, pojawia się wrażenie ociężałości, często obserwuje się tzw. niepokój ruchowy, czyli niespokojne, niekontrolowane ruchy kończynami, manipulowanie palcami, częstą zmianę pozycji ciała. U osób młodych manifestacja objawów zależy od etapu rozwoju. Im dziecko jest młodsze, tym trudniej jest mu określić i opisać swój stan emocjonalny. Kilkulatki zgłaszają zwykle niecharakterystyczne objawy – często po prostu mówią lub sygnalizują w inny sposób, że źle się czują i nie potrafią określić, czy takie samopoczucie wynika z dolegliwości somatycznych, czy cierpienia psychicznego.

Przejawy depresji w okresie dzieciństwa i młodości są często niedojrzałe, niecharakterystyczne, przypominają przejawy innych stanów i zaburzeń, a ich rozpoznanie wymaga niekiedy znacznego wysiłku. **Diagnoza depresji u dziecka może być trudna, ze względu na podobieństwo objawów zarówno do zachowań i emocji towarzyszących okresowi dojrzewania, jak i innych zaburzeń takich, jak ADHD czy zaburzeń odżywiania**

**Objawami depresji** u dzieci i młodzieży, poza wyżej opisanymi są:

• smutek, przygnębienie, płaczliwość; w  odróżnieniu od dorosłych często pojawia się drażliwość, dziecko łatwo wpada w  złość lub rozpacz, może demonstrować wrogość wobec otoczenia – zachowuje się w sposób odpychający, zniechęcający do nawiązania kontaktu

 • zobojętnienie, apatia, utrata zdolności do przeżywania radości, czyli anhedonia; dziecko przestaje cieszyć się z rzeczy lub wydarzeń, które wcześniej sprawiały mu radość

• poczucie znudzenia, zniechęcenia; ograniczenie lub zaprzestanie aktywności, które wcześniej były dla dziecka ważne lub przyjemne; dziecko może np. odmówić chodzenia do szkoły, wychodzenia z  domu, zaniedbywać higienę osobistą, naukę

• wycofanie się z życia towarzyskiego, ograniczenie kontaktu z rówieśnikami

• nadmierna reakcja na uwagi, krytykę

• depresyjne myślenie („wszystko jest bez sensu”, „i tak nic mi się nie uda”), niska samoocena; nieproporcjonalnie pesymistyczna ocena rzeczywistości, własnych możliwości, przyszłości

• poczucie bycia bezużytecznym, niepotrzebnym; nadmierne obwinianie się nawet za te wydarzenia i okoliczności, na które nie ma się wpływu (np. obwinianie się za konflikt między rodzicami)

• w ciężkich przypadkach depresji mogą wystąpić objawy psychotyczne (charakteryzujące się nieprawidłowym, zniekształconym przeżywaniem rzeczywistości): omamy (inaczej halucynacje), i/lub urojenia (fałszywe przekonania na temat samego siebie i/lub otoczenia); objawy psychotyczne w przebiegu depresji u dzieci są rzadkością, natomiast mogą występować u nastolatków

• uczucie niepokoju, napięcia wewnętrznego; lęk – niemal nieustający, o stałym nasileniu, nieokreślony – trudno wskazać przyczynę lub obiekt takiego lęku („sam nie wiem, czego się boję”)

• podejmowanie impulsywnych, nieprzemyślanych działań; picie alkoholu, stosowanie innych środków psychoaktywnych (narkotyki, „dopalacze”) – często w celu złagodzenia lęku, napięcia, smutku

• działania autoagresywne, np.: samookaleczenia (rozmyślne uszkadzanie swojego ciała przez cięcie się ostrymi przedmiotami, przypalanie zapalniczką, papierosem, drapanie, gryzienie i tym podobne), rozmyślne zadawanie sobie bólu

• myśli rezygnacyjne („życie jest bez sensu”, „po co ja żyję”) fantazje na temat śmierci(„co by było, gdybym umarł?”, „innym byłoby lepiej, gdyby mnie nie było”)

• myśli samobójcze (rozmyślanie, fantazjowanie na temat odebrania sobie życia), tendencje samobójcze (planowanie lub czynienie przygotowań do popełnienia samobójstwa), a w skrajnych przypadkach – próby samobójcze, czyli podejmowanie bezpośrednich działań mających na celu odebranie sobie życia.

Inne objawy i problemy, które mogą w przebiegu depresji występować, obejmują u młodych ludzi:

• zaburzenia koncentracji i trudności z zapamiętywaniem, często skutkujące problemami z nauką i pogorszeniem wyników w szkole

• pobudzenie psychoruchowe, często wynikające z przeżywanego lęku i napięcia – dziecko wierci się, nie może się skupić na konkretnej czynności, podejmuje bezwiednie bezcelowe działania, np. skubie ubranie, zamazuje długopisem kartkę, obgryza paznokcie

• podejmowanie niektórych aktywności w nadmiarze – np. gra na komputerze, oglądanie TV

• zwiększenie lub zmniejszenie apetytu, a w efekcie - zmiany masy ciała

• problemy ze snem: trudności z zasypianiem, wybudzanie się w nocy, budzenie się wcześnie rano, nadmierna senność.

Opierając się na wynikach badań ustalono pewne **czynniki ryzyka depresji** dla dzieci i młodzieży. Wymienia się tu m.in:

* konflikty i niezgodę w rodzinie,
* niski status socjoekonomiczny,
* śmierć jednego z opiekunów,
* przemoc i nadużycia seksualne,
* zaniedbanie,
* przestępczość,
* nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców.
* Ważną rolę odgrywa także niepewny typ więzi emocjonalnej z rodzicami (rodzice niedostatecznie dostępni i wrażliwi na potrzeby dziecka), lękowa reprezentacja przywiązania, negatywne postawy rodzicielskie (rodzice chłodni, odrzucający), brak wsparcia, nieprawidłowy styl wychowawczy, dezorganizacja życia rodzinnego i niedostępność rodziców z powodu ich choroby (także somatycznej).
* U nastolatków do wystąpienia depresji predysponują dodatkowo stany lękowe, zaburzenia zachowania, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia odżywiania się, końcowa faza okresu dojrzewania (15 - 19 lat), posiadanie depresyjnych rodziców, stresujące wydarzenia życiowe, niska samoocena, słaba samokontrola, brak kompetencji społecznych, ubogie relacje z rówieśnikami, zmiany hormonalne w okresie pokwitania.

Analizując najczęściej obserwowaną symptomatologię, wyróżniono następujące obrazy depresji u młodzieży:

**1. Postać apatyczno- abuliczna**, w której młody człowiek ulega wewnętrznemu rozprężeniu. Nic go nie interesuje, odczuwa pustkę i nudę, godzinami przesiaduje bezczynnie lub słucha muzyki. Nudę życia usiłuje przerwać przez odurzanie się, ekscesy seksualne lub zachowania niszczycielskie.

**2. Postać buntownicza**, z przejawami gniewu i agresji. Wyładowywanie agresji na zewnątrz dokonuje się w formie gwałtownych reakcji lub cichej agresji (bierny opór). Gdy agresja nie może być wyładowana na zewnątrz, przekształca się w autoagresję (niszczenia własnej kariery życiowej, próby samobójcze, alkoholizm, narkomania, samookaleczanie).

**3. Postać rezygnacyjna**, w której dominuje lęk przed przyszłością, przewidywanie klęski, niepowodzeń, poczucie bezradności i małej wartości własnej osoby. Efektem jest ograniczenie własnej aktywności do minimum.

**4. Postać labilna** charakteryzująca się dużą chwiejnością nastroju o dużej amplitudzie wahań (od chandry po wesołkowatość). Depresje wieku dziecięcego i młodzieńczego mogą przyjmować postać tzw. depresji maskowanej. Dominują wówczas objawy pozapsychiatryczne – m. in. zaburzenia łaknienia (w tym anoreksja, bulimia), zaburzenia snu, bóle głowy, bóle brzucha, nadmierna męczliwość, fobie (np. fobia szkolna), zachowania niszczycielskie.

Ważnym jest fakt, iż atypowa depresja u dziecka często przyjmuje **postać zaburzeń** **somatycznych**, zaś u nastolatków **zaburzeń zachowania**.

Podłoże zespołów depresyjnych może być bardzo zróżnicowane. Najprostszy podział obejmuje przyczyny:

• biologiczne (genetyczne; tzw. depresje endogenne, w przebiegu chorób afektywnych jedno- i dwubiegunowej)

• psychologiczne (konsekwencje działania stresorów psychospołecznych i psychologicznych; tzw. depresje reaktywne, zaburzenia adaptacyjne)

• somatyczne (uwarunkowane rozwijającą się chorobą fizyczną, działaniem czynników zewnętrznych np. leków, różnorodnych substancji chemicznych, narkotyków, alkoholu, leków itp.; tzw. depresje organiczne).

Opracowanie: Piotr Król w oparciu o opracowanie Justyny Pełki-Wysieckiej „Depresja a zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży”