



„Depresja – wprowadzenie” wykład nr 1

w ramach programu

„PROFILAKTYKA ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH WŚRÓD MŁODZIEŻY W WIEKU 16–17 LAT”

„DEPRESJA TO UNIWERSALNE, PONADczasowe I NIEZALEŻNE OD WIEKU CIERPIENIE PRZYPISYWANE CZŁOWIEKOWI”¹

W dyskusji prasowej², jaka miała ostatnio miejsce ujawniono następujące fakty. Prof. Tomasz Wolańczyk, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży stwierdził, że ok. 1 miliona spośród 5 milionów uczniów w Polsce ma za sobą tzw. epizod depresyjny (lęki, obniżony nastrój, utrudniony kontakt z rówieśnikami). To jest – zdaniem prof. Philipa Zimbardo – sytuacja wyjątkowa w skali świata i wymaga podjęcia kompleksowego przeglądu, a następnie reformy systemu edukacji na każdym poziomie od szkół podstawowych po uczelnie wyższe. Zmiany powinny polegać na odmiennym niż obecnie podejściu nauczycieli do pracy z uczniem. Pedagodzy powinni szukać mocnych punktów wśród uczniów, a potem je rozwijać. Zdaniem dr. Jerzego Lackowskiego, byłego wieloletniego małopolskiego kuratora oświaty, polska szkoła nie przygotowuje uczniów do zderzenia z rzeczywistością. – Mamy sytuację, w której systematycznie obniża się wymagania wobec uczniów. To prowadzi do sytuacji, że dzieci i młodzież, gdy zaczynają napotykać problemy, z którymi nie potrafią sobie poradzić, a nie potrafią, bo nikt od nich tego nie wymagał, załamują się.

W późniejszych wypowiedziach eksperci tonowali swoje opinie. Prof. Tomasz Wolańczyk w „Pierwszym Śniadaniu” w TOK FM stwierdził, że 20% dzieci i młodzieży w czasie pierwszych 21 lat swojego życia będzie przynajmniej raz miało epizod depresyjny. Jakkolwiek patrzeć, wydaje się, że około 10% polskich uczniów ma problemy z emocjami lub zachowaniem na tyle nasilone, że wymagają pomocy psychologa. 500 tys. dzieci potrzebuje pomocy, ale to nie oznacza, że ma problemy psychiczne - może to być dysleksja lub problemy adaptacyjne. O epizodach depresyjnych można mówić u 4% dzieci i młodzieży i to o wiele częściej u tych drugich.

Jeśli chodzi o osoby młode, to pamiętajmy, że pewna nierównowaga emocjonalna, skłonności do popadania w stany depresyjne, jest właściwie fizjologiczna w tym okresie życia – mówił w TOK FM psychiatra dr Sławomir Murawiec.

Celem wykładu jest pokazanie, czym się różni to, co w języku potocznym zwykliśmy nazywać depresją od depresji stanowiącej rzeczywiście doświadczaną chorobę.

Dlaczego to rozróżnienie jest ważne?

Bo – z jednej strony – jeśli mamy do czynienia z rzeczywistą chorobą, to istnieje niebezpieczeństwo bagatelizowania jej objawów, przeczekiwania, nie spostrzegania symptomów jako niebezpiecznych. Zlekceważenie choroby i nie zwrócenie się po pomoc do specjalisty może doprowadzić do dotkliwych konsekwencji.

¹ www.slownik.medyczny.edu.pl

² „Gazeta Wyborcza” 2–3.09.2013, „Rzeczpospolita” 2.09.2013.

Z drugiej strony warto wiedzieć, kiedy nie wyolbrzymiać czegoś, co jest jedynie przejściowym stanem i nie dać się wciągnąć w napędzające się koło dolegliwości, wzmacnianych przez takie reakcje na ten stan jak lęk, przewrażliwienie, nadmierne, nieracjonalne przejmowanie się tym, co się dzieje, chaotyczne zachowanie.

Depresja jako termin języka potocznego

Depresja w języku potocznym jest terminem służącym do opisu obniżonego nastroju często przeżywanego w reakcji na trudne wydarzenia zdarzające się w życiu każdego człowieka. W takich sytuacjach przejściowo obniżony nastrój może utrzymywać się kilka chwil, kilka godzin, kilka lub kilkanaście dni. Ten stan nazywany jest często „depresją normalną” i dotyczy reakcji na naturalne sytuacje, takie jak na przykład:

- strata czegoś,
- odrzucenie przez ważną dla nas osobę,
- utrata kogoś bliskiego,
- niepowodzenie w ważnej dla nas sprawie,
- pogorszenie warunków życia,
- choroba własna bądź kogoś bliskiego.

Poza powyższymi przykładami jest wiele innych sytuacji, w których może być doświadczany stan depresyjny. To, co charakterystyczne dla tego stanu, to naturalna bierność, utrata nadziei, brak motywacji do działania oraz tzw. „czarnowidztwo”. Podkreślić należy, że są to **stany przejściowe**, z którymi większość ludzi sobie radzi, potrafi je przełamać i ponownie wdrożyć się do normalnego życia.

Depresja jako termin kliniczny

W dalszej części będzie mowa o będącej chorobą depresji klinicznej. Różni się ona od „depresji normalnej” **stopniem nasilenia, długością trwania i tendencją do powtarzania się** doznawanych stanów i nastrojów. W szczególności te same przyczyny, które w poprzednim punkcie wskazano jako wywołujące przejściowe obniżenie nastroju, mogą wywołać depresję kliniczną, jeśli jednostka nie poradzi sobie i nie odzyska zdolności do efektywnego funkcjonowania psychoemocjonalnego.

Symptomy depresji klinicznej są widoczne na czterech poziomach:

- ✓ nastrój (afekt)
- ✓ funkcjonowanie poznawcze
- ✓ zachowania (doświadczenia behawioralne)
- ✓ stan fizyczny (doświadczenia somatyczne).

Depresyjna zmiana we wszystkich tych obszarach mająca długotrwałe i szkodliwe skutki dla funkcjonowania człowieka – nazywa się Zespołem Depresyjnym.

Charakterystyka zmian na poszczególnych poziomach funkcjonowania:

1. Zaburzenia nastroju (objawy afektywne)

Najbardziej typowe objawy na poziomie afektywnym to przygnębienie, obniżony nastrój, poczucie pustki, bezradność, apatia, obniżona motywacja, przeżywanie dojmującego smutku powodującego skłonność do ciągłego płaczu. Czasem zamiast obniżonego nastroju dominuje drażliwość. Niekiedy zamiast smutku, przygnębienia czy pustki możemy odczuwać brak zainteresowania tym, co do tej pory było dla nas ciekawe i angażujące. Możemy również stracić poczucie radości czy czerpania przyjemności z działań, które wcześniej dostarczały nam radości i przyjemności oraz stracić poczucie satysfakcji z działań zakończonych sukcesem.

Tak więc osoba w depresji nie musi mówić o smutku czy przeżywaniu przygnębienia. Może sygnalizować, że nic jej nie cieszy lub że nic nie jest dla niej ważne. To są równie twarde sygnały świadczące o depresji.

2. Funkcjonowanie poznawcze

Będąc w depresji można mieć taki sam problem na poziomie funkcjonowania poznawczego, jak na poziomie afektywnym. Osoba w depresji myśli negatywnie, w „czarnych barwach”, nie tylko o sobie ale również o otoczeniu, nie tylko o bieżących sprawach, ale i o przyszłości. Charakterystyczna jest niska samoocena: jestem nic niewarta/niewarty, jestem niekompetentna/niekompetentny. Krytycyzmowi często towarzyszy poczucie winy w związku z dostrzeganymi w sobie brakami.

Takie myślenie może zablokować zdolność do kierowania własnym życiem i uniemożliwić rozwiązanie najprostszych problemów.

Tym, co wyróżnia w depresji klinicznej negatywne myślenie jest całkowity brak nadziei na zmianę, zanika też nadzieja na osiągnięcie zaplanowanych celów. W konsekwencji w emocjach takiej osoby przygnębienie zamienia się w rozpacz. Ta zaś jest prostą drogą do myśli o śmierci a niekiedy do popełnienia samobójstwa.

Czarne samokrytyczne myślenie – tak typowe dla osób depresyjnych – prowadzi do pogłębienia depresji i jej przedłużenia. Wpadamy w błędne koło, z którego samodzielne wyjście jest bardzo trudne. Oczywiście takie myślenie jest zazwyczaj irracjonalne, wyolbrzymione, nieadekwatne do rzeczywistości. Przekonanie osoby w depresji, że nie ma racji jest jednak niemożliwe. Nie jest ona w stanie zmienić swojego myślenia. Patrząc na fakty interpretuje je negatywnie.

To co się jeszcze zmienia na poziomie poznawczym to zaburzenia procesów umysłowych. Pogarsza się:

- ✓ koncentracja uwagi
- ✓ pamięć
- ✓ zdolność podejmowanie decyzji.

Te zaburzenia są dodatkowym źródłem przykrych emocji. Rodzi się obawa, iż zawodzi mnie mój umysł, co wzmaga dolegliwości depresyjne.

3. Zmiany w zachowaniu

Behawioralne objawy depresji dotyczą:

- ✓ spadku aktywności w różnych obszarach:
 - unikanie ludzi (wycofania się z kontaktów społecznych)
 - utrata zainteresowania światem
 - zanik motywacji
 - ograniczenie typowych zachowań codziennych (np. brak higieny, pozostawanie w łóżku).

Co ciekawe osoby w depresji wycofują się z kontaktów społecznych, gdyż zdają sobie sprawę z tego, że przebywanie z nimi może być przykre dla otoczenia i niestety mają rację. Przy czym taka refleksja nie pomaga w tym żeby poczuć się lepiej.

- ✓ zmian psychoruchowych:
 - spowolnienie – osoby spowolnione wolniej poruszają się i mówią, mają twarz pozbawioną mimiki, brak oznak ożywienia, charakterystyczne jest opadnięcie kątek oczu i ust, monotonna mowa z dłuższymi przerwami, używanie niewielu słów
 - pobudzenie i niepokój – ciągłe poruszanie się, kręcenie się, intensywna gestykulacja.

4. Stan fizyczny (objawy somatyczne)

Na poziomie fizycznym zmienia się apetyt, sen i energia:

- ✓ **apetyt** – zwiększa się lub zmniejsza, dlatego osoby w depresji albo tyją albo chudną (choć nie stosują zamierzonej diety). Ciekawostką jest stwierdzony związek tycia ze snem – większa senność → większy apetyt → tycie,
- ✓ **zaburzony sen** – osoby w depresji mają trudności z zasypianiem, mają niedosyt lub nadmiar snu, występuje u nich syndrom „wczesnego budzenia się” - wybudzają się przed zaplanowaną godziną i mają kłopot z ponownym zaśnięciem. U 98% osób, u których wykryto depresję, występuje co najmniej jeden problem ze snem,
- ✓ **zaburzenia wzorca energetycznego** – 93% osób w depresji charakteryzuje niski poziomem energii, apatia, zniechęcenie, uczucie ociężałości. Nie są w stanie podjąć się jakichkolwiek zadań i doprowadzić ich do końca.

Pamiętajmy o tym, iż w depresji klinicznej ważne jest nasilenie, czas trwania i powtarzalność opisanych objawów. Jeszcze jednym ważnym sygnałem jest fakt, że objawy w depresji klinicznej nie występują pojedynczo.

Czynniki różnicujące depresję

Oczywiście byłoby zbyt prosto (jeśli w ogóle w depresji może być coś prostego), gdyby ta choroba zawsze przebiegała tak samo. Doświadczenie pokazuje, że są różne typy i odmiany depresji i różny w związku z tym jej przebieg. Wiedza na ten temat może pomóc w dokonaniu trafnej diagnozy oraz określeniu etapu choroby i postępowania terapeutycznego.

Generalnie depresja może różnić się tym, w jaki sposób rozpoczyna się, jak intensywne są jej objawy, jak długo trwa, jak często u danej osoby powracają epizody depresji.

1. **Początek.** Depresja może mieć ostry początek (rozwijając się w ciągu dni czy tygodni) lub zaczynać się stopniowo w ciągu miesięcy czy lat. Może rozpocząć się w każdej fazie życia jednostki, chociaż są momenty krytyczne, w których jednostka jest szczególnie podatna na depresję: wiek dojrzewania, wczesna dorosłość, zaprzestanie aktywności zawodowej w momencie przejścia na emeryturę.
2. **Nasilenie.** Osoby w depresji mogą różnić się tym, czy ich objawy są łagodne, umiarkowane czy poważne.
3. **Czas trwania.** Niektóre osoby wyjdą z depresji w ciągu tygodni lub miesięcy, natomiast u innych może ona trwać przez wiele lat w wahającej się, chronicznej formie. Wg danych statystycznych chroniczna depresja trwa ponad 2 lata i obejmuje 10% - 20% osób w depresji.
4. **Częstość.** Niektóre osoby przeżywają tylko jeden epizod depresji, inne – wiele epizodów. Nawrotów doświadcza około 50% osób.

Typy depresji

Ze względu na przyczyny rozróżnia się depresję endogenną oraz depresję reaktywną.

1. **Depresja endogenna** jest identyfikowana jako choroba o podłożu biologicznym, bez konkretnych wydarzeń życiowych, które mogłyby ją wywołać. Nie wiąże się z przeżytą traumą, jak w przypadku depresji po stracie kogoś bliskiego, utracie pracy itp. Lekarze uznają, że depresja endogenna jest wywoływana przez nieokreślone, bliżej niesprecyzowane zaburzenie funkcjonowania ludzkiego mózgu, a w szczególności systemu hormonalnego lub nerwowego. Ostatnio, w badaniach nad etiologią depresji endogennej, zakłada się jednak interakcję czynników biologicznych i psychospołecznych.
2. **Depresja reaktywna (egzogenna)** związana jest z trudnym, traumatycznym doznaniem w życiu pacjenta, w wyniku którego dochodzi do pojawienia się reakcji depresyjnej. Przyczyny depresji reaktywnej mogą być różne – od typowych (śmierć bliskiej osoby, wypadek, choroba, porzucenie) po specyficzne, związane z tym co dla danej osoby było ważne, a co utraciła (praca, zdrowie, majątek). Z reguły, depresja reaktywna, jest reakcją na utratę, choć są również formy depresji reaktywnej nieco inne – np. depresja poporodowa. Ogólnie jest to reakcja na określone wydarzenie w życiu chorego.

Ze względu na rodzaj objawów towarzyszących depresji rozróżniono dwa zasadnicze jej typy:

1. **Depresja jednobiegunowa** – w tym typie występują wyłącznie objawy depresyjne (całe spektrum objawów, o których mówiliśmy wcześniej), charakterystyczna dla 85% - 90% przypadków depresji klinicznej.
2. **Depresja dwubiegunowa** – charakteryzująca się naprzemiennymi cyklami depresji i manii, czyli obniżania się i podwyższania się nastroju. W manii następuje intensywny przyływ podniecenia, euforii, poczucia mocy (omnipotencji), złudnego poczucia siły. Objawy maniakalne zazwyczaj opisywane są przez pacjentów jako doświadczenia przyjemne; sprawiające, że czują się szczęśliwi. Są często bardzo nasilone, pojawiają się nagle po dużym spadku nastroju i energii i kończą się powrotem do poprzedniego przygnębienia i utraty siły. W efekcie następuje powrót do przeżywania głębokiego smutku i przygnębienia. Wahania nastroju następują bez żadnej wyraźnej przyczyny. Obydwie fazy są przy tym nieadekwatne do rzeczywistości. Ten typ depresji występuje u 10% – 15% osób, które zachorowały.

W przypadku depresji jednobiegunowej wyróżniono dwie główne jej formy ze względu na kryterium intensywności oraz czasu trwania objawów: dużą depresję i dystymię.

Duża depresja jest – wg Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – rozpoznawana wtedy, kiedy występuje minimum 5 objawów spośród niżej wymienionych przez okres co najmniej dwóch tygodni:

Jeden z dwóch pierwszych objawów:

1. nastrój depresyjny
2. wyraźna utrata odczuwania przyjemności.

Co najmniej cztery spośród następującej puli objawów:

3. wyraźny spadek lub wzrost masy ciała (bez stosowania diety) związany ze spadkiem lub nadmiernym apetytem
4. bezsenność lub nadmierna senność
5. pobudzenie ruchowe lub poczucie spowolnienia
6. zmęczenie lub brak energii
7. poczucie winy, obniżenie poczucia własnej wartości
8. zmniejszona zdolność koncentracji lub myślenia, trudność w podjęciu jakiegokolwiek decyzji
9. powtarzające się myśli o śmierci, myśli samobójcze, próba samobójcza lub konkretny plan samobójstwa.

Dystymia jest lżejszą, ale nie mniej poważną formą depresji, zazwyczaj obejmuje dwa lub więcej symptomów, które utrudniają osiągnięcie dobrego samopoczucia i prawidłowego funkcjonowania. Objawy dystymii – tak jak w przypadku depresji, ale o znacznie mniejszym nasileniu – utrzymują się latami. Chory jest postrzegany jako osoba ponura, bez poczucia humoru, krytyczna, sceptyczna, bierna, przeżywająca własne niepowodzenia.

Pośród innych zaburzeń depresyjnych przytaczamy dwa, charakterystyczne dla kobiet:

- ✓ **przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne** – zespół napięcia przedmiesiączkowego charakteryzujący się psychicznym napięciem, „chandrą” i poczuciem bezwartościowości własnej i świata. Zespół może być bardzo silny i może prowadzić do niezdolności do pracy oraz sprostania zadaniom domowym. Obraz zaburzenia i jego skutki bardzo przypominają więc stan osoby z depresją. Diagnozę można postawić, gdy objawy pojawią się w dwóch kolejnych cyklach miesięczkowych oraz po wykluczeniu innych zaburzeń psychicznych i somatycznych
- ✓ **depresja poporodowa** – objawy są takie same jak w przypadku zaburzeń depresyjnych typu reaktywnego, a cechą charakterystyczną depresji poporodowej jest okres jej pojawienia się – jak sama nazwa wskazuje – po urodzeniu dziecka. Depresja poporodowa dotyka nawet 20% kobiet. Oznacza to, że co piąta kobieta ma problemy psychologiczne po urodzeniu dziecka. Uważa się, iż ten rodzaj depresji występuje u kobiet, które wcześniej miały problemy emocjonalne i które nie radzą sobie w związku z tym ze stresem wywołanym porodem, koniecznością opiekowania się dzieckiem, nierzadko problemami małżeńskimi. Depresja poporodowa może się pojawić do roku po porodzie. Okres jej trwania jest różny. Nie leczona może trwać dwa, trzy lata, bądź przekształcić się w depresję reaktywną o stałym charakterze.

Mimo iż mężczyzna nie rodzi dziecka, również może cierpieć na depresję związaną z jego narodzinami. Jest to zjawisko rzadsze a depresja zazwyczaj ma łagodniejszy przebieg, ale również występuje.

Leczenie depresji

Czy można wyleczyć się z depresji? Odpowiedź na to pytanie jest twierdząca, aczkolwiek w wielu przypadkach czas leczenia jest długi i może dochodzić do nawrotów choroby. Tendencji do nawrotów sprzyja – wg danych z badań – niższy poziom dochodów rodziny, występowanie w rodzinie zaburzeń nastroju, niekorzystne stresogenne warunki życia.

Natomiast powrót do zdrowia jest bardziej prawdopodobny w przypadku lepszego funkcjonowania osoby podczas występowania depresji oraz słabszego nasilenia choroby.

Mimo, że depresję można wyleczyć, w krajach rozwiniętych nawet 90 proc. osób cierpiących na nią nie otrzymuje pomocy. Wśród przyczyn tak wysokiego odsetka chorych na depresję, którzy się nie leczą, wymienia się niską świadomość społeczną na temat objawów zaburzeń nastroju, obawę przed negatywną oceną innych osób i stygmatyzacją oraz fakt, że wielu ludziom trudno zaakceptować wizytę u psychiatry.

Metody leczenia depresji:

- ✓ **farmakoterapia**

W leczeniu depresji stosuje się powszechnie kilka typów leków przeciwdepresyjnych, czyli tymoleptyków. Działanie terapeutyczne wszystkich tych środków polega, według dzisiejszej wiedzy, na nasileniu przewodnictwa synaptycznego poprzez zwiększenie ilości neuroprzekazników – głównie serotoniny i noradrenaliny – w mózgu.

Wskazaniem do podawania leków jest rozpoznanie depresji jako endogennej lub wysoka intensywność objawów (bez względu na typ depresji).

✓ **psychoterapia**

czyli zbiór technik opartych na komunikacji werbalnej w relacji psychoterapeuta – pacjent, pozwalający leczyć zaburzenia natury psychologicznej.

Obecnie stosuje się kilkaset różnych technik psychoterapeutycznych (np. terapia interpersonalna, Gestalt). Za szczególnie skuteczną uważa się terapię poznawczo-behawioralną, polegającą na prowadzeniu pacjenta poprzez zadania terapeutyczne modyfikujące zachowania, przekonania i emocje (zamiana negatywnych myśli na pozytywne prowadząca do zmiany nastroju i zachowań).

W ramach psychoterapii, chory powinien nauczyć się rozróżniać swoje emocje i radzić sobie z nimi, zdobywając wiedzę na temat technik zapobiegania nawrotom choroby. Ważnym elementem psychoterapii jest odbudowa poczucia własnej wartości pacjenta i identyfikacja jego mocnych stron. W psychoterapii może także wziąć udział rodzina chorego, wówczas przybiera ona formę terapii wspierającej. Ważnym aspektem leczenia depresji jest także zapewnienie bezpieczeństwa choremu i zapobiegnięcie ewentualnym próbom samobójczym.

Psychoterapia ma zastosowanie w depresji egzogennej oraz jako działania wspomagające farmakoterapię.

Profilaktyka depresji

Działania profilaktyczne są działaniami wyprzedzającymi pojawienie się symptomów depresji. W odniesieniu do nastolatków powinni podejmować je rodzice, szkoła oraz sami młodzi ludzie.

Działania rodzicielskie

Istotą profilaktyki powinno być wzmacnianie czynników chroniących przed depresją oraz blokowanie lub osłabianie czynników ryzyka. Tak więc młodzi ludzie mają prawo oczekiwać ze strony rodziców:

- budowania przez rodziców wspierającej relacji. Ciepło i bliskość między rodzicami a dzieckiem istotnie i ujemnie koreluje z symptomami depresyjnymi nastolatków i zmniejsza prawdopodobieństwo występowania depresji w przyszłości,
- stosowania optymalnej kontroli. Wysoka kontrola w okresie dzieciństwa, przy jednoczesnym nacisku rodziców na osiągnięcia i przy braku emocjonalnego wsparcia wiąże się z rozwojem depresji u nastolatków. Także zbyt niski poziom kontroli i zaangażowania rodziców w relacji z dzieckiem koreluje z wyższym poziomem depresji,
- sformułowania przez rodziców jasno określonych reguł i przestrzegania ich przez wszystkich członków rodziny zarówno w domu, jak i poza nim, a także oczekiwania od dzieci dojrzałego postępowania. I choć brzmi to dość restrykcyjnie, to rodzice wcale nie muszą być surowi, a wręcz przeciwnie. Wystarczy aby wykazali się zdolnościami komunikacyjnymi, aby wytłumaczyć dziecku dlaczego powinien postępować w określony sposób, zaangażowaniem uczuciowym, a także ciepłym i przyjaznym dla dziecka sposobem wychowania. Zachowania rodziców, charakteryzujące

się krytycznym i deprecjonującym stylem wychowawczym zwiększają u nastolatków prawdopodobieństwo późniejszego występowania symptomów depresyjnych.

Z drugiej strony mogą w rodzinie pojawić się czynniki ryzyka zwiększające niebezpieczeństwo powstania symptomów depresji.

- Czynnikiem ryzyka wystąpienia symptomów depresyjnych są kary i inne restrykcyjne metody rodzicielskie, polegające na pozbawianiu społecznych, emocjonalnych oraz materialnych nagród, a także doświadczanie przemocy w domu.
- Jednym z najsilniejszych czynników mogących wywołać symptomy depresyjne u nastolatków jest odrzucenie przez jedno lub oboje rodziców.
- Depresja jednego lub obojga rodziców jest istotnym czynnikiem ryzyka depresji u ich dziecka. Stopień ryzyka depresji dla jednostek pochodzących z takich rodzin jest oceniany na 15% do 60%.
- Do rozwoju depresji u nastolatka może przyczyni się skonfliktowanie stosunków w rodzinie. Depresja może wiązać się ze zmianą struktury rodziny (utrata obojga rodziców lub jednego w związku ze zgonem, separacją lub rozwodem) oraz ze stresem rodzinnym (problemy ekonomiczne rodziny, bezrobocie oraz poważna choroba członka rodziny).

Profilaktyka szkolna

Czego młodzież powinna oczekiwać ze strony szkoły w zakresie działań mających na celu zmniejszenie ryzyka przeżywania kłopotów psychoemocjonalnych związanych z kryzysem wieku dojrzewania?

Poniżej przedstawiono dyspozycje dotyczące profilaktyki uniwersalnej oraz selektywnej (za Szymańska 2012), możliwej do prowadzenia przez szkołę.

Profilaktyka uniwersalna – kierowana do ogółu uczniów:

- Kreowanie zdrowego wspierającego środowiska w szkole. Dbanie o dobry klimat fizyczny i społeczny, w tym:
 - budowanie dobrych relacji nauczycieli z uczniami i rodzicami oraz pomiędzy uczniami (działania integracyjne zapobiegające stygmatyzacji i odrzuceniu),
 - ustalenie jasnej polityki dotyczącej zachowania się uczniów.
- Zdecydowana niezgoda na przemoc. Konsekwentne reagowanie nauczycieli na wszelkie jej przejawy, ochrona i wsparcie dla ofiar przemocy.
- Wzmacnianie odporności uczniów poprzez uczenie najważniejszych umiejętności psychologicznych i społecznych, w tym: radzenia sobie z emocjami i stresem, poszukiwania pomocy i udzielania jej; rozwiązywania konfliktów, przewidywania konsekwencji własnych działań itp.
- Podnoszenie samooceny dzieci i nastolatków poprzez dostarczanie okazji do rozwijania zainteresowań i przeżycia sukcesu. Także – na co zwracał uwagę Philip Zimbardo (o czym była mowa na wstępie) – pedagodzy powinni szukać mocnych punktów wśród uczniów, a potem je rozwijać.
- Wzmacnianie więzi ze szkołą poprzez angażowanie uczniów w szkolne projekty i wydarzenia.

- Zwiększanie kompetencji wychowawczych rodziców – spotkania poświęcone potrzebom i problemom dzieci w różnych fazach rozwojowych, treningi komunikacji budujące kontakt i więź z dzieckiem.
- Wskazanie osób, do których można się zwrócić o poradę i pomoc. Osoby te powinny być dostępne i przygotowane do udzielania pomocy.

Profilaktyka selektywna – kierowana do uczniów zagrożonych

- Pomoc w nauce, udzielanie wsparcia i budowanie motywacji, indywidualizacja nauczania – w odniesieniu do uczniów, którzy mają kłopoty z nauką.
- Włączanie w grupę rówieśniczą osób pozostających poza nią.
- Włączanie do dodatkowych programów rozwijających umiejętności psychologiczne i społeczne osób mających trudności w tych obszarach funkcjonowania.
- Zacieśnianie współpracy z rodzicami osób zagrożonych problemami psychoemocjonalnymi.

Działania profilaktyczne podejmowane wobec samego siebie

W opisie profilaktycznych działań rodziców i szkoły przedstawiono stan idealny. Rzeczywistość zazwyczaj mniej lub bardziej od niego odbiega. Na postępowanie rodziców i szkoły młodzież może próbować wpływać, choć ostateczne efekty zależą od postępowania wszystkich uczestników. Będziemy o tym rozmawiać jeszcze dzisiaj lub przy okazji następnego spotkania.

Teraz zastanówmy się co można zrobić samemu dla siebie. Poniżej przytaczamy wskazówki opracowane przez Zespół Centrum Dobrej Terapii MindArt (adres źródła informacji w bibliografii).

Nasz stan psychiczny, o ile nie dotknęła nas kliniczna depresja, w znacznej mierze jest w naszych rękach. Wiele osób może zwyczajnie skarżyć się na gorszy nastrój, nie spełniający kryteriów rozpoznania depresji czy innego zaburzenia afektywnego. Z myślą o nich prezentujemy kilka prostych, lecz ważnych wskazówek odnośnie codziennego funkcjonowania, których realizacja sprzyja utrzymaniu dobrego nastroju.

- **Zadbaj o relacje** – przykazania wybitnego filozofa prof. Leszka Kołakowskiego zaczynają się od słów „po pierwsze przyjaciele”. Niewątpliwie bliskie, szczerze i autentyczne relacje z innymi pozwalają cieszyć się lepszym zdrowiem psychicznym. Doceniając wagę relacji międzyludzkich zbudowano nawet cały system psychoterapeutyczny – psychoterapię interpersonalną, która wciąż jest jedną z najpopularniejszych i skutecznych metod leczenia m.in. depresji. Spotykaj się więc z przyjaciółmi, odśwież dawne znajomości, zadzwoń do znajomego, pamiętaj, że zarówno Ty jak i inni możecie potrzebować wsparcia tak samo jak podzielenia się czymś radosnym
- **Zadbaj o zdrowy sen** – sen jest jednym z istotniejszych czynników warunkujących dobry nastrój – ważna jest zarówno jego ilość, jakość oraz miejsce i czas zasypiania. Istotne, by twój sen był regularny, ciągły i odpowiednio długi. Więcej wskazówek odnośnie tego jak sprawić by Twój sen był zdrowy znajdziesz w artykule „Zasady higieny snu - jak się wyspać bez tabletki nasennej”.
- **Zadbaj o zdrowy ruch** – aktywność fizyczna to kolejny istotny element dobrego samopoczucia. Wyniki wielu badań potwierdzają, że osoby regularnie ćwiczące cieszą się lepszym nastrojem i mniejszą skłonnością do depresyjności, a także mają lepszą samoocenę. By zrozumieć istotę tego zjawiska wielu badaczy zwraca uwagę na endorfiny – substancje wytwarzane przez organizm podczas wysiłku fizycznego, które działają m. in. przeciwbólowo, uspokajająco i poprawiają nastrój. Ważne korzyści z regularnych ćwiczeń to także: poprawa jakości snu, redukcja lęku i cały

szereg korzyści dla zdrowia ciała. Zastanów się więc jaki rodzaj ruchu sprawia Ci lub mógłby sprawiać przyjemność, pamiętając o tym, że bardziej wskazany jest taki rodzaj ćwiczeń, który możesz wykonywać w towarzystwie innych.

- **Sprawiaj sobie (i innym) drobne przyjemności** – pierwszym krokiem może być spisanie na kartce listy aktywności, które Tobie sprawiają lub sprawiały (bo łatwo je zaniedbać) przyjemność, z nadrzędną zasadą: „im więcej tym lepiej”. Sama ta czynność może być przyjemna. Nie jest istotne czy będzie to dobra kawa i pyszne ciastko zjedzone w miłym miejscu, czy spacer w słoneczny dzień, słuchanie ulubionej muzyki, czy skok spadochronowy. Ważne jest to czy dla Ciebie te czynności niosą jakąś dozę przyjemności. Pamiętaj, że szczęście nie zależy tylko od czynników zewnętrznych, a bycie zadowolonym to rodzaj postawy wobec życia, którą można doskonalić, pielęgnować i rozwijać.
- **Rozwiąż problemy** – truizmem jest stwierdzenie, że ludzie mają problemy. Nie istnieją tacy, którzy ich nie mają. To, co ludzi wyraźnie odróżnia to sposób radzenia sobie z nimi. Pamiętaj, że rozwiązywanie problemów to umiejętność (podobnie jak jazda na rowerze), z którą nikt nie przychodzi na świat, a którą można rozwijać i doskonalić. W księgarniach można znaleźć wiele poradników na ten temat, często zawierających tytuł „problem solving” (‘rozwiązywanie problemów’). Dodatkową pomocą może być wsparcie bliskiej osoby lub profesjonalisty (np. trenera lub psychologa). Skuteczne rozwiązywanie problemów może być dodatkowym źródłem satysfakcji i wzrostu osobistego.
- **Bądź w dobrej relacji ze sobą** – niezależnie od tego, czy pomoże Ci w tym medytacja, relaksacja, modlitwa czy pisanie pamiętnika (najlepiej pisać nie o wydarzeniach, ale własnych odczuciach i myślach) – lepsza znajomość siebie, własnych uczuć i potrzeb sprzyja dobremu samopoczuciu. Jeśli trudno Ci wyobrazić sobie jak mógłbyś sam się polubić, pamiętaj że możesz skorzystać z psychoterapii, aby lepiej „dogadywać się” ze sobą. Zadaj sobie ważne pytanie: „czego potrzebuję, by czuć się dobrze?” i uważnie posłuchaj własnej odpowiedzi. Pamiętaj, że relacja ze sobą to jedna z ważniejszych relacji jakich doświadczasz, choćby dlatego, że trwa całe życie.
- **Stosuj metodę małych kroków** – „nie od razu Kraków zbudowano”. Pamiętaj, że nawet największe zadanie można podzielić na serię mniejszych i „możliwych do pokonania szczebli”, a wielu wyzwań nie podejmujemy właśnie dlatego, że możemy chcieć natychmiastowych efektów.

Rozpowszechnienie depresji

Badania epidemiologiczne wskazują, że w ciągu całego życia choruje na depresję aż 17% populacji ogólnej. Część z tych osób (8–10%) ma objawy o niewielkim nasileniu, które wystarczają jednak do klinicznego rozpoznania depresji.

Według globalnych szacunkowych danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) symptomy depresji przejawia 0,3% dzieci w wieku przedszkolnym, 2% dzieci w szkole podstawowej i 4-8% dorastających w grupie wiekowej 13–18 lat. W krajach Europy wskaźniki epidemiologiczne są znacznie wyższe. Objawy depresji występują dwukrotnie częściej u dorastających dziewcząt niż u chłopców. Przyjmuje się, że przyczyną różnic płciowych w występowaniu depresji jest to, że dziewczęta stają w obliczu większych problemów związanych z rolą płciową niż chłopcy. Epizody depresji w okresie dojrzewania zdarzają się stosunkowo często. Polskie badania epidemiologiczne wskazują na ich znaczne rozpowszechnienie w populacji nastolatków – 27–54%, różne w zależności od fazy dojrzewania i środowiska (za: Szymańska 2012).

Bibliografia

1. P. Gilbert *Przezwyciężanie depresji*, Alliance Press, Gdynia 2010.
2. E. Greszta *Depresja wieku dorastania*, Academica – wydawnictwo SWPS, Warszawa 2006.
3. C. Hammen *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
4. D.R. Rosenhan, M.E.P. Seligman *Psychopatologia* t. I, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1994.
5. J. Szymańska *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012.
6. Publikacje internetowe, m.in.:
<http://www.depresja-poporodowa.pl/fakty-i-mity.php>
<http://www.bionorica.pl/natura/PMDD.php>
<http://mamzdrowie.pl/depresja-endogenna>
<http://www.psychosfera.net/depresja-reaktywna>
<http://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy-dla-pacjentow,profilaktyka-depresji-czyli-co-mozna-zrobic-by-miec-dobry-nastroj,84.html>
<http://www.polityka.pl/spoleczenstwo/niezbednikinteligenta/11583,1,rozmowa-z-prof-leszkiem-kolakowskim-filozofem.read>

Materiał opracował zespół Fundacji Praesterno