



„Przyczyny zaburzeń nastroju, specyfika symptomów u dzieci i młodzieży” wykład nr 2

w ramach programu

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

Co jeszcze powinniśmy wiedzieć o depresji? Jest kilka ważnych rzeczy (aspektów), o których warto porozmawiać.

Skąd się bierze depresja.

Podłoże zaburzeń depresyjnych jest niejednoznaczne i niejednorodne. Brak jest badań, które ostatecznie powiedzą, co ją wywołuje. Na pewno, wbrew niektórym dość żywym jeszcze poglądom, nie występuje jedna jasno określona przyczyna depresji. Depresja jest efektem działania wielu różnych czynników, które nie muszą przy tym występować w tym samym czasie. Jeden czynnik może uruchomić mechanizm spustowy, oparty na wcześniejszym podłożu. Prowadzący do niej proces jest zwykle wieloletni. U różnych osób, które chorują na depresję, czynniki występują również w różnym nasileniu. Stąd przyjmuje się, że za depresję odpowiadają:

- ✓ **biologia**, czyli genetyczne predyspozycje do występowania depresji (do dziś jeszcze zbyt mało poznane). Wg jednej z teorii polegają one na zaburzeniu działania serotoniny, substancji ważnej dla prawidłowego funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego;
- ✓ **czynniki psychologiczne** – a w tym: szczególna emocjonalna wrażliwość utrwalająca się w toku kształtowania się osobowości, mniejsza sprawności w społecznym funkcjonowaniu, sposób myślenia nacechowany pesymizmem, niewiarą w siebie, nadmiernym krytycyzmem wobec siebie i innych, perfekcjonizmem, nadmierną zależnością od aprobaty i akceptacji innych osób, niezdolnością do wyrażania złości i kierowania jej na zewnątrz;
- ✓ **czynniki środowiskowe** – wynikające ze środowiska, w jakim żyje człowiek – stresogennego, stanowiącego często przewlekłe zagrożenie, np. wychowywanie z chorym członkiem rodziny, który chcąc nie chcąc przekazuje zaburzone wzorce (zachowań depresyjnych), trudne doświadczenia w dzieciństwie o dużej sile, powtarzające się i prowadzące do przewlekłego stresu, traumatyczne wydarzenia (np. śmierć bliskiej osoby).

To, co możemy na pewno stwierdzić, to fakt, że bardzo duże znaczenie dla powstawania depresji ma **stres**. Jak to działa u człowieka? U osób z depresją, a u niektórych na długo, zanim ona wystąpi, dochodzi do nadmiernego wydzielania hormonów wyzwalanych stresem będącym konsekwencją spostrzegania sytuacji jako zagrażającej. U człowieka najważniejszymi hormonami stresu są adrenalina i kortyzol. Adrenalina zwiększa mobilizację i przygotowuje do walki. Kortyzol wzmacnia agresję, podniecenie, niepokój, wzbudza uczucie zestresowania, tłumi libido. Zwiększa wrażliwość na ból. Przy utrzymującym się stresie długotrwałe działanie kortyzolu może wpływać toksycznie na komórki mózgowie, niszczyć kości, mięśnie i stawy, osłabiać system immunologiczny. Długotrwałe działanie kortyzolu utrzymuje chroniczny niepokój i powoduje depresję. Z tego względu ważne jest,

żeby zablokować czynniki stresogenne oraz pomóc jednostce w takiej reinterpretacji sytuacji, która spowoduje, że przestanie być spostrzegana jako zagrażająca. Pomoc może też polegać na wsparciu takich zmian w jednostce, które spowodują, że lepiej będzie radzić sobie ze stresogenną sytuacją (np. praca nad zwiększeniem poczucia własnej wartości i wiary w skuteczność własnego działania).

Płeć i wiek a depresja

Ważna jest również odpowiedź na pytanie, czy depresja ma się jakoś do płci. Czy kobiety chorują tak samo jak mężczyźni?

Badania pokazują, że płeć i wiek to dwie zmienne, które są znaczące. Otóż najbardziej na depresję narażone są dziewczyny między 15 a 19 rokiem życia. U kobiet początek depresji jest również wcześniejszy niż u mężczyzn.

I jeszcze jedno. Ryzyko depresji zarówno u kobiet jak i u mężczyzn jest największe przed 30 rokiem życia – czyli tu płeć nie ma znaczenia.

A jak to jest z depresją u dzieci i młodzieży?

W najnowszym piśmiennictwie przeważa stanowisko, że obraz kliniczny zaburzeń depresyjnych u nastolatków nie różni się istotnie od depresji dorosłych i zawsze można stwierdzić w nim podstawowe objawy: obniżenie nastroju, spadek zainteresowań, zaburzenia apetytu i snu, pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe, utratę energii, poczucie bezwartościowości, nadmierne poczucie winy, trudności w koncentracji uwagi oraz myśli samobójcze. Część autorów podkreśla jednak, że czasem ekspresja wymienionych objawów jest zmieniona w związku ze specyfiką psychologii i psychofizjologii w okresie dorastania. Istnieje przekonanie, że znaczny odsetek dorastających ma nietypowy obraz zaburzeń depresyjnych, na który składają się: hipersomnia (nadmierna senność), uczucie ciężkości w kończynach, znaczny wzrost masy ciała oraz nadwrażliwość na odrzucenie w kontaktach interpersonalnych (za: Greszta 2006).

Dalej poszedł jeden z czołowych polskich psychiatrów Antoni Kępiński, który wyodrębnił cztery różne typy depresji młodzieńczej:

I. **buntowniczą**, która charakteryzuje się nasiloną agresywnością, negowaniem autorytetów, kwestionowaniem słuszności ogólnie przyjętych norm społeczno-moralnych. Dochodzić może zarówno do gwałtownych reakcji agresywnych jak i cichej agresji w formie biernego oporu, złośliwości). Niemożność wyładowania agresji może prowadzić do przekształcenia jej w autoagresję,

II. **rezygnacyjną**, gdzie dominującym objawem jest lęk przed przyszłością, przewidywanie klęsk i niepowodzeń, niedostrzeganie perspektyw, brak sensu życia, poczucie małej wartości i bezradności. Efektem jest ograniczenie do minimum aktywności,

III. **apatyczno-abuliczną** o wyraźnym braku energii do działania, senności, pogłębionym smutku, silnym lęku przed relacjami społecznymi. Młody człowiek odczuwa pustkę i nudę, nic go nie interesuje, godzinami przesiaduje beczynnje,

IV. **labilną**, łączącą wszystkie objawy, której cechą wyróżniającą jest zmienność nastroju o dużej amplitudzie wahań, od chandry do wesołkowatości. Labilność (chwiejność) nastroju jest zjawiskiem typowym dla okresu dojrzewania. Prawdopodobnie ma ona podłoże przede wszystkim biologiczne

(przestrojenie hormonalne ustroju). W depresji wahania nastroju mają tak dużą amplitudę, że utrudniają życie.

Na co zatem warto zwrócić szczególną uwagę w przypadku dzieci i młodzieży?

Po pierwsze chodzi o to, żeby nie podjąć zbyt pochopnie decyzji o uznaniu, że to, co się dzieje z nastolatkiem czy dzieckiem to depresja kliniczna czyli choroba (mówiliśmy już trochę o tym na poprzednim wykładzie).

W związku z tym – powtórzmy za dr. Sławomirem Murawcem: „*Jeśli chodzi o osoby młode, to pamiętajmy, że pewna nierównowaga emocjonalna, skłonności do popadania w stany depresyjne, jest właściwie fizjologiczna w tym okresie życia*”. Innymi słowy zmienność nastroju u nastolatków jest naturalna.

Wspomniana wcześniej nietypowość depresji u dzieci i młodzieży może polegać na następujących cechach:

1. Dzieci młodsze i przed okresem dojrzewania nie mówią zazwyczaj o obniżonym nastroju czy braku nadziei, bo nie potrafią właściwie nazwać tego, co czują. Na to, iż przezywają nastrój depresyjny – przygnębienie – wskazuje ich wygląd, manifestuje ich twarz i postawa ciała.
2. Z tego samego powodu – niezrozumienia tego, co się dzieje lub braku umiejętności nazwania przeżyć – dzieci będą sygnalizować nie depresję a dolegliwości fizyczne.
3. Charakterystyczne w tych grupach jest również manifestowanie drażliwości zamiast obniżonego nastroju.
4. Dzieci w depresji często nie wyrażają uczuć, które w ich przekonaniu są negatywne. Tłumią je np. ze wstydu, poczucia niestosowności lub ze względu na obawę przed karą ze strony rodziców.
5. Cechą charakterystyczną u dzieci i młodzieży są zachowania niszczycielskie (zaburzenia zachowania) będące zewnętrzną manifestacją cierpienia wywołanego depresją – dlatego też znacznie łatwiej ją przegapić.
6. W przypadku młodzieży rejestrowane są również uznawane za symptom depresji zachowania antyspołeczne, agresja, drażliwość, chęć ucieczki z domu, kłopoty w szkole, nadużywanie substancji psychoaktywnych. **Tak więc zdarza się, że pod zachowaniami sygnalizującymi niedostosowanie u młodzieży skrywa się depresja.**
7. Cechą charakterystyczną u młodzieży jest również wycofanie się społeczne, zamartwianie się, narzekanie na stan zdrowia, problemy z samooceną, szczególnie dotyczące młode dojrzewające dziewczęta z negatywnym obrazem własnego ciała.
8. Próby samobójcze u nastolatków mogą mieć podłoże w czynnikach społecznych – samobójcza próba przyjaciela lub nagłośnione samobójstwo osoby publicznej.

Jeszcze raz podkreślamy, że okresowi dojrzewania towarzyszą często gwałtowne, zmieniające się emocje i nastroje. Dlatego warto poszukać innych powodów przygnębienia i innych niepokojących objawów niż depresja. Na przykład zakochanie się powoduje zagłębienie się przez nastolatka w świat marzeń i fantazji, rozkojarzenie, brak koncentracji w kontaktach społecznych itd. Albo silna emocjonalna reakcja na utratę sympatii lubianej osoby. Lub nasilone, nawarstwiający się w tym

samym czasie obowiązki szkolne (konieczność zaliczenia wielu przedmiotów pod koniec roku szkolnego) prowadzące do przeżywania silnego napięcia emocjonalnego, kłopotów ze snem itd.

Pamiętajmy, że czas przekształcania własnej tożsamości (z dziecka w kierunku dorosłości) może wywoływać bunt, odmowę współpracy, zwiększać poczucie bezradności, powodować przeżywanie bezsensu życia, utratę poczucia bezpieczeństwa i zmniejszenie poczucia własnej wartości. Te reakcje na destabilizację własnej sytuacji egzystencjalnej, pomimo ciężkich emocjonalnie przeżyć, nie muszą automatycznie świadczyć o depresji nastolatka.

Jednakże jeśli stan ten utrzymuje się lub pojawia się bez istotnej przyczyny, warto zwrócić na to uwagę, gdyż może to być sygnał rozpoczynającej się właśnie depresji.

Błędne koła depresji

Bez podjęcia kroków nakierowanych na poradzenie sobie z depresją istnieje niebezpieczeństwo pogłębienia się kłopotów ze względu na działanie mechanizmów błędnego koła.

Błędne koło 1

Osoba w depresji woli być sama, bo na cokolwiek innego brakuje jej siły. Taki stan rzeczy intensyfikuje depresję, a to zwiększa izolację. Innymi słowy odpychanie od siebie znajomych i osób najbliższych zwiększa samotność. Coraz większa samotność pogłębia depresję, itd.

Błędne koło 2

W depresji dominują negatywne myśli, tworząc wzorzec myślowy i czyniąc osobę w depresji podatną na stany depresyjne. Borykanie się z trudnościami życiowymi powoduje, że osoba w depresji czuje się poważnie przygnębiona. Przygnębienie, z kolei, napędza negatywne myśli, negatywne myśli zwiększają przygnębienie itd.

Błędne koło 3

Często osoby w depresji jedzą z poczucia konieczności. Spożywanie mniejszej ilości pokarmów i utrata masy ciała prowadzić może do nasilenia zmęczenia do takiego stopnia, że chory nie ma już ochoty na jedzenie czegokolwiek.