

Zaburzenia depresyjne

Zalicza się tutaj zaburzenia depresji głównej, dystymię, zaburzenia dwubiegunowe. Wpływają one niekorzystnie na nastrój, energię, zainteresowania, sen, apetyt oraz ogólne funkcjonowanie.

W przeciwieństwie do normalnego doświadczania smutku, straty, czy przemijających stanów emocjonalnych, symptomy zaburzeń depresyjnych są ekstremalne, stałe i mogą wyraźnie wpływać na zdolność młodego człowieka do funkcjonowania w domu, szkole czy związku.

Zaburzenie depresji głównej charakteryzuje, co najmniej pięć z poniższych symptomów:

1. Stałe uczucie smutku lub poirytowania;
2. Utrata zainteresowania zajęciami wcześniej atrakcyjnymi;
3. Znacząca zmiana apetytu lub wagi;
4. Trudności w zasypianiu lub nadmierna senność;
5. Nadpobudliwość psychoruchowa lub spowolnienie;
6. Utrata energii;
7. Uczucie bezwartościowości lub nieadekwatnej winy;
8. Trudności w koncentracji;
9. Powracające myśli o śmierci lub samobójstwie

Dystymię:

Mniej wyraźna, ale bardziej chroniczna forma depresji, jest diagnozowana, kiedy nastrój depresyjny trwa przez przynajmniej jeden rok i jest połączony z innymi symptomami depresji (muszą być przynajmniej dwa). Młodzi ludzie z symptomami dystymii są zagrożeni rozwinięciem się depresji głównej.

(na podstawie materiałów opublikowanych
na stronach internetowych)

Zaburzenia dwubiegunowe maniakałno – depresyjne:

Zazwyczaj ujawnia się w późnej adolescencji lub wczesnej dorosłości. Jest coraz więcej dowodów, że ta choroba może również zacząć się w dzieciństwie.

Symptomy manii mogą zawierać:

1. Krańcową irytację lub nadmiernie głupkowaty lub podniecony nastrój;
2. Wyolbrzymioną wiarę w osobiste talenty i możliwości;
3. Wzmoczoną energię;
4. Zmniejszoną potrzebę snu;
5. Gadatliwość;
6. Rozproszenie
7. Wzmoczone myśli, uczucia i zachowania seksualne;
8. Nadmierne zaangażowanie w ryzykowne zachowania i aktywności;
9. „Nadmuchaną” samoocenę.

Jest wiele dowodów na to, że pojawiająca się w dzieciństwie depresja trwa również w dorosłym życiu. Stąd tak ważna wczesna diagnoza i leczenie.

Zaburzenia depresyjne zwiększają ryzyko zachowań samobójczych.

Wczesna diagnoza i leczenie zaburzeń depresyjnych u młodych ludzi może odegrać ważną rolę w redukcji lub prewencji zachowań samobójczych.

Zarówno leki jak i psychoterapia są skutecznymi formami leczenia.

(na podstawie materiałów opublikowanych
na stronach internetowych)

OBJAWY KLINICZNE DEPRESJI (wg APA)

1. obniżenie nastroju lub drażliwość pojawiająca się niemal codziennie i utrzymująca się przez większość dnia
2. wyraźne zmniejszenie zainteresowania czynnościami wcześniej budzącymi entuzjazm lub wykonywanie ich bez przyjemności
3. spadek lub wzrost masy ciała
4. zmiana rytmu snu i czuwania(bezsenność lub nadmierna senność)
5. zmęczenie lub utrata energii
6. poczucie braku własnej wartości lub nieuzasadnione bądź wzmożone poczucie winy
7. niemożność podjęcia decyzji lub obniżona zdolność skupienia uwagi
8. nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie

Co najmniej 5 z objawów podanych powyżej utrzymujące się co najmniej przez 2 tygodnie.

DSM definiuje choroby afektywne jako pierwotne zaburzenia nastroju i afektu.

Główne rodzaje zaburzeń afektywnych to:

- zaburzenie dwubiegunowe
- depresja endogenna
- specyficzne zaburzenia afektywne(cyklotymia, dystymia, zaburzenie spowodowane działaniem substancji psychoaktywnych)

W etiologii depresji łączą się zwykle czynniki wewnętrzne i zewnętrzne:

niesprzyjające warunki środowiskowe + predyspozycja biologiczna - wycofanie się z kontaktów społecznych+ obniżona zdolność przetwarzania informacji- nieprawidłowe zachowania społeczne+ poczucie winy i samoobwinianie się- dalsze deprecjonowanie siebie+ wycofanie się z życia społecznego- dalsze zmiany biologiczne ułatwiające wystąpienie depresji - depresja

PRZYCZYNY DEPRESJI U DZIECI I MŁODZIEŻY

1. obciążenie chorobami afektywnymi u bliskich krewnych

2. patologia rodziny:

- a. choroba alkoholowa
- b. trudności szkolne
- c. zła sytuacja ekonomiczna rodziny
- d. utraty – np. rodzica
- e. zespół dziecka maltretowanego lub zaniedbanego

3. w przebiegu chorób somatycznych:

- a. gorączka reumatyczna
- b. cukrzyca
- c. astma
- d. zaburzenia endokrynologiczne

(na podstawie materiałów opublikowanych
na stronach internetowych)

CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE Z DEPRESJĄ U DZIECI I MŁODZIEŻY

:

1. zaburzenia lękowe
2. dystymia
3. zaburzenia zachowania
4. nadużywanie środków psychoaktywnych

(Rahe- Jabłońska 2003)

DYSTYMIA – przewlekła depresja o niezbyt ciężkim przebiegu, czas trwania objawów 1 rok.

1/3 zaburzeń dystymicznych rozpoznawanych u dorosłych rozpoczyna się między 6 a 13 r.

(na podstawie materiałów opublikowanych
na stronach internetowych)

DEPRESJA OKRESU ADOLESCENCJI- DEPRESJA MŁODZIEŃCZA

1. zaburzenia koncentracji uwagi
2. obniżenie wyników w nauce
3. poczucie nadmiernego zmęczenia
4. poczucie nadmiernej senności
5. częste wahania nastroju
6. tendencje do izolacji
7. poczucie bezsensu życia
8. duże ryzyko samobójstwa

(na podstawie materiałów opublikowanych
na stronach internetowych)

TERAPIA KOGNITYWNA ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH

Ludzie interpretują informacje w określony sposób informacje na temat:

1. siebie
2. własnych doświadczeń
3. oczekiwań co do przyszłości

Model kognitywny proponuje wejście w życie osoby na poziomie myślenia.

- dotarcie, zidentyfikowanie, uświadomienie myśli automatycznych
- zademonstrowanie ludziom w jaki sposób te automatyczne myśli niszczą ich strukturę

A. **Beck-** błędy / skrzywienia/ poznawcze charakterystyczne dla osób depresyjnych

- abstrakcja selektywna / wybieranie pewnej drobnej części doświadczenia i definiowanie na niej całego doświadczenia/
- generalizowanie/ pojedyncze wydarzenie jest klasyfikowane jako klasa wydarzeń/
- wyolbrzymianie/ rozciąganie znaczenia pewnych wydarzeń/
- minimalizowanie/pozytywnych doświadczeń, a trywializowanie własnych osiągnięć/
- personalizacja
- myślenie dychotomiczne
- czytanie w myślach

Po zidentyfikowaniu skrzywień poznawczych dalsza praca terapeutyczna to:

- zademonstrowanie pacjentom połączenia między tym co myślą a co czują
- kwestionowanie myśli automatycznych

Z głębokich przekonań wychodzą myśli automatyczne.

Technika trójkolumnowa:/ może to być zadanie domowe dla pacjenta/:

I kolumna – automatyczne myśli

II kolumna- błędy poznawcze

III kolumna- inne alternatywne myśli

Pokazujemy pacjentowi związek jego własnych przekonań z depresją.

MYŚLI- UCZUCIA - ZACHOWANIA