

# **MASKI ZESPOŁU DEPRESYJNEGO U DZIECI I MŁODZIEŻY**

**Ksymena Urbanek, Małgorzata Janas – Kozik**

**Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku  
Rozwojowego SUM  
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu**

# Depresja

- Szacuje się, że dotyka ok. 18% populacji na różnych etapach życia
- Rozpowszechnienie depresji dużej (wg APA) w badaniach na świecie zostało określone w wieku przedpokwitaniowym na 1-2%, natomiast w grupie adolescentów na 3-8%  
(Costello 2003, Harrington 2002, Fleming 1990)
- Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych u dzieci wzrasta, obniża się średnia wieku, w którym pojawiają się one po raz pierwszy  
□ (Modrzejewska, Bomba 2006 )
- Zmieniające się warunki społeczne mają stosunkowo niewielki wpływ na obraz objawowy depresji u dzieci w okresie preadolescencji

# Depresja anaklityczna

Przebiega ona w trzech fazach:

1. **Aktywnego protestu**
2. **Rozpaczy**
3. **Depresyjnego zwątpienia**

Wg L. Kreislera zachowania regresywne u dziecka są nie tylko skutkiem separacji od matki – na rozwój depresji u dziecka ma wpływ również stan psychiki matki (depresja matki).

Proponuje on podział obserwowanych objawów depresji niemowląt na następujące grupy:

**Atonia nastroju**, czyli zimna obojętność, bez płaczu, co właściwie pozwala mówić o bezobjawowej czystej depresji

**Atonia motoryczna** – charakteryzująca się spowolnieniem ruchowym dziecka, oszczędnością ruchów, ich monotonią, ubogą mimiką. Wszystkie te symptomy kontrastują z normalną ruchliwością dziecka w tym wieku.

Ubóstwo interakcji, co objawia się często zerwaniem komunikacji, brakiem gotowości do komunikowania się, brakiem reakcji ożywienia na widok osób opiekujących się dzieckiem.

**Wrażliwość psychosomatyczna** – prowadzi w konsekwencji do wielu zaburzeń u dziecka o etiologii psychosomatycznej, takich jak: biegunka, zapalenia górnych dróg oddechowych, zaburzenia apetytu.

# Objawy kliniczne depresji u dzieci wg Wienberga

## 1. Dysforyczny nastrój

Obniżonemu nastrojowi dziecka towarzyszy poczucie smutku, samotność, poczucie bycia nieszczęśliwym, poczucie beznadziejności i (bądź) pesymizmu. U dziecka występuje zmienność nastrojów, irytacja, płaczliwość, a także niezdolność do przeżywania radości. Jednak nie u wszystkich dzieci z diagnozą depresji obserwuje się obniżenie nastroju.

## 2. Samoobwinianie się

Dziecko ma poczucie bezwartościowości, bezużyteczności, czuje się nieatrakcyjne, głupie. Odczuwa, że jest prześladowane. Może pojawić się pragnienie śmierci, bądź pragnienie ucieczki z domu (ewentualnie chęć pozostawania w domu). Dziecko ma myśli samobójcze, które czasami prowadzą do zachowań suicydalnych.

# Objawy kliniczne depresji u dzieci wg Wienberga

**Dodatkowo powinno się stwierdzić występowanie dwóch lub więcej objawów brzeżnych:**

1. Zachowania agresywne zaczepne (trudności w radzeniu sobie, kłótniowość, nieuznawanie autorytetów, wrogość, napady wściekłości),
2. Obniżenie poziomu uspołecznienia (nieuczestniczenie w aktywności grupy rówieśniczej, wycofywanie się z kontaktów społecznych, utrata przyjaciół, dotychczasowych zainteresowań, brak czerpania radości z aktywności szkolnej, absencja na zajęciach szkolnych),
3. Pogorszenie wyników w nauce wraz ze zmianą postaw wobec szkoły (marzenia na jawie, trudności w koncentracji, zaburzenia pamięci, utrata zainteresowania przedmiotami szkolnymi, aktywnością pozaszkolną),
4. Zaburzenia snu,
5. Dolegliwości somatyczne (ból głowy, brzucha, mięśni, inne dolegliwości fizyczne),
6. Utrata energii (utrata zainteresowania tym, co dotychczas było przedmiotem troski, męczliwość),
7. Zmiany apetytu i wagi ciała.

# Depresja u adolescentów

## trudności diagnostyczne

- Odmienność objawów psychopatologicznych w porównaniu do osób dorosłych
- Zjawiska psychiczne charakterystyczne dla fazy przejścia w dorosłość
- Bogaty obraz trudności psychicznych adolescencji jako swoistych dla tej fazy rozwoju, nieuchronnych, koniecznych do osiągnięcia zdrowia psychicznego w dorosłości
- Zakończenie fazy rozwoju, „kryzys dorastaniowy”, burzliwość przemian hormonalnych

# Depresja młodzieńcza

- ▣ Zaburzenia nastroju
  - ▣ Obniżenie napędu
  - ▣ Lęk nieokreślony
  - ▣ Lęk przed przyszłością
  - ▣ Zaburzenia zachowania
  - ▣ Zachowania autodestrukcyjne  
(depresja z niepokojem)
- 
- ▣ Niewydolność w nauce
  - ▣ Somatyczne manifestacje lęku
  - ▣ Hipochondryczna koncentracja na ciele

# Postacie depresji (wg Kępińskiego)

- - postać apatyczno – abuliczna: bierność, brak radości, uczucie pustki, nudy, brak sensu
- - postać buntownicza – przerysowanie adolescentnych zachowań buntowniczych i agresywnych, poczucie mniejszej wartości i brak wiary w przyszłość
- - postać rezygnacyjna – przejawiająca się brakiem wiary w siebie, brakiem planów życiowych, poczucie oczywistości i pesymistyczne spojrzenie na własną przyszłość
- - postać labilna – cechuje ją zmienność nastroju i zachowania samobójcze w okresach jego obniżenia



# Objawy

## 1. Zaburzenia nastroju:

- ✓ Obniżenie nastroju
- ✓ Zmienność nastroju
- ✓ Dysforia  
( częściej tak przejawia się u osób młodszych i wolniej dojrzewających )

## 2. Podwyższony poziom lęku

- ✓ Lęk przed przyszłością, brakiem perspektywy zdobycia wykształcenia, pozycji społecznej

# Objawy c.d.

- ▣ 3. Zaburzenia w sferze poznawczej:
  - ✓ Trudności w uczeniu się
  - ✓ Trudności w skupieniu się
  - ✓ Brak wytrwałości w nauce
  - ✓ Poczucie nieoryginalności myślenia
  
- ▣ 4. Uczucie nudy, niemożność znalezienia przyjemności

# Objawy c.d.

## ▣ 5. Zaburzenia aktywności

**Bardzo często maskowane dysforią  
i zaburzeniami zachowania!**

- ✓ Trudności w rozpoczynaniu działania
- ✓ Łatwe męczenie się
- ✓ Zaburzenia rytmów dobowych, trudności w rannym wstawaniu, późne kładzenie się spać, lepsze funkcjonowanie w godzinach wieczornych
- ✓ Brak dbania o wygląd zewnętrzny i higienę

# Objawy c.d.

## ▣ 5. Zaburzenia zachowania

- ✓ Niepodejmowanie czynności, których oczekuje się od adolescenta (chodzenie do szkoły, nauka, obowiązki domowe, społeczne)
- ✓ Zachowania łamiące normy i zakazy społeczne
- ✓ Eksperymentowanie ze środkami psychoaktywnymi
- ✓ Przypadkowa, niepowściągliwa aktywność seksualna

# Objawy – zaburzenia zachowania

Bardzo ważne jest aby pamiętać, że :

- ▣ **Depresyjni adolescenty znają normy i zasady życia społecznego !**

Wewnętrzne poczucie dyskomfortu i brak nadziei na przyszłość ułatwiają podejmowanie **aktywności ryzykownych** dających natychmiastowe i doraźne poczucie zmiany

# Zachowania samobójcze

- Pojawiają się we wczesnej fazie dorastania lub nawet w fazie preadolescencji, szczyt ich nasilenia przypada na pierwszą połowę trzeciej dekady życia – późna adelescencja, wczesna dorosłość
- Częstsze u dziewcząt
- Badania pokazują, że częstość występowania okresowych myśli samobójczych u adolescentów znacznie przewyższa częstość występowania zachowań samobójczych

# Zachowania samobójcze cd.

- ▣ Kiedy więc zachować szczególną ostrożność?

Młodzież „podwyższonego ryzyka”

- Używająca alkoholu i innych substancji psychoaktywnych
- Rodziny rozbite, konflikty między rodzicami, brak ciepła, twarda dyscyplina, brak wsparcia
- Duży związek pomiędzy występowaniem próby samobójczej u dzieci a przypadkami samobójstwa w rodzinie
- Wykorzystanie seksualne, znęcanie, poniżanie itp.

# Zachowania samobójcze cd.

- ▣ Ale młodzież „podwzszzonego ryzyka” to również młodzież:
  - ▣ - u której stwierdza się sztywność myślenia
  - ▣ -deficyty w zakresie samoregulacji emocji
  - ▣ -deficyty w zakresie strategii radzenia sobie w sytuacjach stresowych
  - ▣ -skłonność do izolowania się
  - ▣ -impulsywną agresję
  - ▣ -samookaleczenia ???



# Rozumienie samobójstwa w okresie adolescencji

**Samobójstwo w adolescencji to najczęściej stwierdzenie, że moje życie nie ma już wartości dla innych**

- „Nikt mnie nie pokocha”
- „Nie jestem godny, żeby żyć”
- „Nie będę nigdy kimś”
- „Nigdy nie poradzę sobie w życiu”
- **Samobójstwo jako ucieczka przed niemożnością rozwiązania sytuacji konfliktowej**
- **Samobójstwo jako samoukaranie**
- **Samobójstwo jako niemożność spełnienia pragnień rodziców przeżywanych jako własne ( niemożność uniezależnienia się)**

# Dolegliwości somatyczne jako maski depresji

- ▣ Poczucie choroby somatycznej
- ▣ Upatrywanie przyczyn spadku aktywności i złego samopoczucia w chorobach somatycznych
- ▣ Skupienie się na funkcjonowaniu ciała
- ▣ Częściej dotyczy dziewcząt
- ▣ Zaburzenia snu, bezsenność

- ▣ W porównaniu z rokiem 1984 w 2001r. można odnotować ( KID AO „B1”):
- ▣ 1. Nasilenie objawów zaburzeń nastroju zmniejszyło się u dziewcząt, a zwiększyło u chłopców
- ▣ 2. Nasilenie objawów zaburzeń poznawczych zwiększyło się u chłopców
- ▣ 3. Nasilenie objawów zaburzeń napędu bardziej różnicowało płcie, zwiększając się u chłopców
- ▣ 4. Nasilenie objawów somatycznych zmniejszyło się u chłopców, wyraźniej różnicując płcie

(Modrzejewska, Bomba 2009)

# Objawy psychotyczne a nastrój

- ▣ **Objawy psychotyczne zgodne z nastrojem:**
- ▣ Urojenia i omamy o treści zgodnej z typowymi objawami depresji, jak niedostosowane reakcje afektywne , poczucie winy, obecności choroby, śmierci, nihilistyczne, chęć bycia ukaranym
  
- ▣ **Objawy psychotyczne niezgodne z nastrojem:**
- ▣ Urojenia i omamy o treści niezgodnej z typowymi objawami depresji, jak urojenia prześladowcze, przesyłanie myśli, nasyłanie myśli, urojenia kontroli

# Objawy depresji psychotycznej

Parker 1991

- Urojenia i omamy
  - Znaczne nasilenie poczucia winy
  - Nasilone zaburzenia ruchowe (zahamowanie lub agitacja)
  - Nieobecność wahań dobowych objawów
  - Nasilone zaburzenia procesów poznawczych (funkcje wykonawcze, słowna pamięć deklaratywna, uwaga)
  - Nasilone skargi somatyczne
  - Myślenie paranoiczne
  - Nasilone poczucie beznadziejności
  - Zwiększona hipochondria (zespół Cotarda)
  - Wysoki poziom lęku
  - Nasilenie zaburzeń zasypiania i bezsenność w nocy
- Odmienność w porównaniu z depresją niepsychotyczną

# Objawy depresji o późnym początku

- ▣ Poczucie winy
- ▣ Nasilona symptomatologia depresji (poczucie beznadziejności, bezradności i bezwartościowości)
- ▣ Zaburzenia funkcji poznawczych
- ▣ Urojenia somatyczne (zespół Cotarda)
- ▣ Urojenia katastroficzne
- ▣ Myślenie symboliczne i magiczne
- ▣ Omamy wzrokowe i słuchowe o treści oskarżającej

# Rola rodziny w obszarze depresji

Niezapewnienie dziecku odpowiedniej liczby doznań sensorycznych koniecznych do zaspokojenia potrzeb emocjonalnych,  
hamowanie w dziecku potrzeby wyrażania i odbierania emocji,  
zniechęcanie do reagowania,  
brak wyraźnego modelu rozwojowego (osoba, z którą dziecko mogłoby się wzorować),  
dostarczanie wzorców zachowań niepozwalających na przystosowanie się do zachodzących zmian.

# Leczenie depresji u dzieci i młodzieży

▣ nasilenie łagodne                      psychoterapia

brak efektu

SSRI (TLPD)

▣ nasilenie duże

SSRI + psychoterapia

brak efektu

TLPD + psychoterapia

brak efektu

strategie wzmacniające (np. lit)

brak efektu

EW



