



„Wychowanie w Rodzinie” t. XVI (2/2017)

nadesłany: 07.10.2016 r. – przyjęty: 29.06.2017 r.

**Adam RACZKOWSKI\***

## **Depresja dzieci i młodzieży – zjawisko i perspektywy pomocy**

**Child and teendepression – the phenomenon and the prospect of help**

### **Streszczenie**

Depresja według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jest coraz częściej występującą chorobą współczesnego człowieka. Według niektórych prognoz – przy obecnym wzroście zachorowań na depresję – już w 2020 roku może się ona stać drugą przyczyną zgonów wśród osób dorosłych. Narastająca skala problemu nie obejmuje tylko osób dorosłych, ale coraz częściej dotyka dzieci i młodzież. Brak precyzyjnych i jednoznacznych badań powoduje, iż w danych mówiących o depresji wśród dzieci i młodzieży istnieją spore rozbieżności. Szacuje się, iż wśród dzieci zachorowalność wynosi około 2%, natomiast wśród nastolatków od 8% do 20%. Procentowo nie wygląda to niepokojąco, ale, gdy się spojrzy na zagadnienie w liczbach – według danych GUS za 2014 rok – dzieci (w wieku od 0 do 12) to około 100 500, natomiast wśród młodzieży (13–18 lat) to około 1 345 000. Wobec takich liczb należy stwierdzić, iż nie jest to zjawisko marginalne. Celem niniejszego artykułu jest nakreślenie specyfiki zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i młodzieży, poprzez podanie ogólnych cech depresji, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które są charakterystyczne dla dzieci i nastolatków, co pozwoli stworzyć sylwetkę młodego człowieka dotkniętego takimi zaburzeniami. Ponadto autor będzie się starał ukazać podstawowe błędy – szczególnie otoczenia rodzinnego – w roz-

---

\*e-mail: adamwsei@gmail.com

Wydział Pedagogiki i Psychologii, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, ul. Projektowa 4, 20-209 Lublin, Polska.

poznawaniu oraz podejściu do osób cierpiących na depresję, a także nakreśli wizję konkretnych form wsparcia, które jest niezbędne w zmaganiach z depresją.

**Słowa kluczowe:** depresja, depresja dzieci, depresja młodzieży, rodzina wobec depresji najbliższych.

### Abstract

Depression, according to the World Health Organization (WHO), is a more and more frequent illness of the contemporary man. According to some predictions, at the current increasing rate of falling ill with depression, by 2020 it might become the second biggest cause of deaths amongst adults. The growing scale of the problem does not refer to adults only, but is increasingly affecting children and teenagers. The lack of precise and explicit research into statistics about depression amongst children and teenagers causes considerable divergence. It is estimated that in the case of children, morbidity amounts to 2%, while it varies from 8% up to 20% amongst teenagers. In percentage terms it does not seem alarming, but if you look at the issue in numbers, according to GUS data for 2014, the number of children (aged 0 to 12) totals 100,500, however, amongst young people (aged 13–18) the number reaches about 1,345,000. Facing such numbers, one should admit that this is not a marginal phenomenon. The purpose of this paper is to depict the character of depressive disorders amongst children and teenagers, giving general the features of depression and concentrating in particular on the ones typical of children and teenagers. It will allow us to create the profile of a young man stricken with such disorders. Moreover, the author will try to portray basic mistakes, especially those of home environment, in identifying and in the approach to people suffering from depression and he will also frame the vision of specific forms of support, which are necessary in the struggle with depression.

**Keywords:** depression, child depression, teen depression, family facing their closest family members' depression.

## Wstęp

Analizując rokrocznie przedstawiane dane dotyczące ilości osób cierpiących z powodu mniej lub dłużej utrzymujących się stanów depresyjnych można bardzo szybko dojść do wniosku, że zjawisko depresji we współczesnym świecie w niebezpieczny sposób narasta. Różnego rodzaju analizy wskazują, iż sześć osób na sto przechodzi w swoim życiu mniejszy lub większy kryzys depresyjny<sup>1</sup>. Podczas *I Naukowego Spotkania Ekspertów Psychiatrii*, które odbyło się w 1998 r. w Monte Carlo, stwierdzono, iż *depresja* w przeciągu kolejnych dwu-

<sup>1</sup> G.I. Spielmans, M.I. Berman, E. Linardatos, N.Z. Rosenlicht, A. Perry, A.C. Tsai, *Adjunctive Atypical Antipsychotic Treatment for Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Depression, Quality of Life, and Safety Outcomes*, „PLOS Medicine” March 2013, nr 12, por. źródło: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001403> [dostęp: 02.04.2016].

dziestu lat (od tego zjazdu) stanie się jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych na świecie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że już teraz objawy depresji występują u około 350 mln ludzi, a blisko milion osób rocznie odbiera sobie życie z powodu depresji<sup>2</sup>. Analiza przeprowadzona w ramach projektu WHO pt. *Global Burden of Disease* (Globalne Obciążenie Chorobami) wykazała, że depresja jest drugą przyczyną niepełnosprawności na świecie. Ponadto, w istotny sposób przyczynia się do samobójstw oraz do rozwoju choroby niedokrwiennej serca. Szacuje się, iż w Polsce z powodu depresji cierpi 1,5 mln osób. Trzeba jednak zaznaczyć, że ta ogólna liczba nie podaje precyzyjnych danych dotyczących występowania depresji wśród dzieci i nastolatków. Statystyki dotyczące procentowej ilości zachorowań na depresję wśród dzieci i młodzieży są niestety niepełne. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest nadal wysoka ilość niezdiagnozowanych zaburzeń depresyjnych. Wynika to przede wszystkim z braku odpowiedniej ilości specjalistów, ale również jest efektem braku elementarnej wiedzy na temat depresji, jak również ignorancją co do możliwości wystąpienia depresji u dziecka lub nastolatka. W broszurze opublikowanej przez Ministerstwo Edukacji Narodowej i Ministerstwo Zdrowia *Dziecko z depresją w szkole i w przedszkolu* można znaleźć informację, iż na kliniczną depresję cierpi: 1% dzieci przedszkolnych (2–5 lat), 2% dzieci w wieku 6–12 lat oraz 4–8% a według niektórych badań nawet 20% nastolatków<sup>3</sup>.

Pomimo tego że dzisiaj nie kwestionuje się już raczej coraz szerszego rozprzestrzeniania się zaburzeń depresyjnych wśród dzieci, to jednak depresja dziecka jest nadal zjawiskiem nowym, w tym sensie, że bardzo mało się na jej temat mówi, a jeszcze mniejsza jest na jej temat wiedza. Należy zauważyć, iż wśród samych specjalistów istnieją nadal liczne rozbieżności dotyczące obrazu klinicznego takiej depresji. Wśród klinicystów istnieją bardzo często odmienne stanowiska, co do symptomatycznej charakterystyki depresji u dzieci. Należy zauważyć, że o ile objawy osiowe depresji (obniżenie nastroju połączone często z anhedonią, zaburzenia cyklu okołodobowego oraz mniej lub bardziej nasilone odczuwanie lęku) są zasadniczo identyczne u dzieci i u osób dorosłych, to jednak w przypadku dzieci bardzo często występują różnego rodzaju objawy maskujące. Jarosław Rola zwraca uwagę na to, że depresja u dzieci jest zaburzeniem o charakterze *syndromatycznym*, co oznacza, że w obrazie klinicznym depresji u dzieci można spotkać także inne dodatkowe, a czasem jednostkowe symptomy, do których zalicza się: różnego rodzaju trudności w szkole, zaburzenia w zachowaniu oraz objawy somatyczne<sup>4</sup>. Wszystko to powoduje, że obserwując różne problemy, jakie mogą się pojawić na poszczególnych etapach rozwojowych dziecka, bardzo rzadko zakłada się, że dziecko cierpi na depresję.

<sup>2</sup> Por.: źródło: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> [dostęp: 04.04.2016].

<sup>3</sup> Zob.: M. Turno, *Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010.

<sup>4</sup> Zob.: J. Rola, *Depresja u dzieci*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2001, s. 7.

Po uwagach wprowadzających autor postara się, w pierwszej kolejności, nakreślić sylwetkę dziecka i osoby młodej cierpiącej na depresję, wskazując najczęściej występujące symptomy. Następnie zostaną ukazane podstawowe perspektywy pomocy dzieciom i nastolatkom dotkniętym depresją.

## Sylwetka osoby z depresją na różnych etapach rozwojowych

Na wstępie należy zauważyć, iż w psychologii i psychiatrii w ostatnim 50-leciu dokonał się znaczący postęp dotyczący świadomości występowania depresji wśród dzieci i adolescentów. Do lat 60. XX stulecia toczyła się wśród psychiatrów dyskusja na temat tego, czy depresja w ogóle występuje przed okresem dorosłości. Większość specjalistów była zdania, iż ze względu na brak odpowiedniego stopnia dojrzałości emocjonalnej, depresja nie może występować u dzieci i młodzieży. W kolejnych latach zaczęto przyznawać, że wśród młodzieży występują pewne objawy depresyjne, których jednak nie traktowano *sensu stricto* jako symptomów depresji klinicznej, ale postrzegano je raczej jako pewne stany emocjonalne, towarzyszące okresowi dojrzewania. Spora część psychologów i psychiatrów, jeszcze w latach 80., była przekonana, iż nie powinno się poświęcać czasu na badanie zjawiska depresji u nastolatków, gdyż jest ona normalnym etapem rozwojowym. Wskazywano przy tym, że depresja u adolescentów jest procesem fizjologicznym, związanym z przemianami hormonalnymi w organizmie młodego człowieka, na co miałyby wskazywać statystycznie bardzo częste występowanie wahań nastroju, drażliwości i buntowniczności wśród młodego pokolenia. Przełomowy w tej kwestii okazał się Kongres Psychiatrów Dziecięcych w Sztokholmie w 1971 roku, gdzie podjęto poważną dyskusję na ten temat. Jednak dopiero schyłek lat 90. XX wieku przyniósł poważne badania wskazujące na depresję młodzieńczą jako na odrębną jednostkę chorobową<sup>5</sup>. Podobnie długą drogę musiało przebyć zagadnienie występowania depresji wśród dzieci. W 1946 roku René Árpád Spitz, amerykański psychiatra, wprowadził do słownika pojęcie depresji anliktycznej (ang. *Anaclitic depressive disorder*), określając tym terminem *depresję* u niemowląt<sup>6</sup>. Spitz, opracowując swoją teorię, bazował na badaniach, jakie przeprowadził obserwując 123 dzieci przebywających w przywieziennych żłobkach. Podczas badań zauważył, że aż 23 ze 123 dzieci w wieku 6–12 miesięcy, czyli 19% z badanej grupy, zapadło na ciężką depresję. U wszystkich tych dzieci bezpośrednią przyczyną depresji było

<sup>5</sup> Zob. szerzej: E. Greszta, *Depresja wieku dorastania. Zachowania rodziców jako czynnik ochronny lub czynnik ryzyka depresji u dorastających dzieci*, Wydawnictwo Academica, Warszawa 2006, s. 18–21.

<sup>6</sup> Zob.: A. Bilikiewicz, S. Puzyński, J. Wciórka, J. Rybakowski, „Psychiatria”, t. 2, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2003, s. 416.

pozbawienie opieki ze strony matek, które na skutek wejścia w konflikt z prawem, zostały umieszczone w zakładach karnych. Spitz wyodrębnił trzy podstawowe fazy depresji analiktycznej: fazę aktywnego protestu, fazę rozpacz, fazę depresyjnego zubożenia<sup>7</sup>. Trwająca przez długi czas zagorzała dyskusja na temat wyników badań Spitz – pomimo pojawiających się wątpliwości i pytań – jest zasadniczo przyjmowana i uznawana w środowisku klinicystów w odniesieniu do zaburzeń będących następstwem deprivacji opieki macierzyńskiej.

Podsumowując bogatą dyskusję oraz cały czas trwające badania naukowe na temat depresji wśród niemowląt, dzieci i młodzieży warto podjąć próbę nakreślenia – na podstawie symptomów – pewnej sylwetki dziecka z depresją, nie wchodząc przy tym w zawiłe spory specjalistów, co do niektórych zagadnień<sup>8</sup>. Pominięte tutaj zostanie jednak – ze względu na zwięzłość opracowania – zagadnienie subtypów depresji wśród dzieci, a jedynie w przypadku depresji adolescentów zaprezentowane zostanie stanowisko Antoniego Kępińskiego.

### Depresja u niemowląt

U dzieci, u których stwierdzono depresję analiktyczną można zaobserwować następujące objawy: duża płaczliwość i drażliwość, która z czasem ustępuje; ogólne pogorszenie się stanu fizycznego; zaburzenia snu i łaknienia prowadzące do utraty wagi ciała, apatia przechodząca w stupor<sup>9</sup>, widoczne zaburzenia rozwoju dziecka. Bardzo często pojawiają się objawy psychosomatyczne w postaci infekcji górnych dróg oddechowych oraz zaburzeń jelitowych (głównie biegunka).

### Depresja dziecięca

Pojedyncze objawy depresji u dzieci są zasadniczo związane z okresem rozwoju psychofizycznego, a najsensowniejsza symptomatologia w tym zakresie

<sup>7</sup> Por.: K. Walewska, J. Pawlik, (red.), *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1992.

<sup>8</sup> Warto zauważyć, że o ile klasyfikacja chorób psychicznych DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego nie wyodrębniła oddzielnych kryteriów diagnostycznych dla depresji dzieci i młodzieży, ani też zaburzeń afektywnych wieku rozwojowego, a jej autorzy odsyłają użytkowników klasyfikacji do kryteriów opracowanych dla osób dorosłych, to najnowsza klasyfikacja chorób psychicznych DSM-5, wydana 18 maja 2013 roku, wprowadza do diagnozy chorób z zakresu zaburzeń nastroju nową jednostkę chorobową, specyficzną dla dzieci, określaną jako *Disruptive mood dysregulation disorder* – DMDD (Zaburzenie o destrukcyjnej regulacji nastroju). Zespół objawów zaprezentowany w tej klasyfikacji posiada niektóre symptomy *depresji*, jednak z powodu zbyt pochopnego diagnozowania u dzieci i adolescentów choroby afektywnej dwubiegunowej i *depresji* wyszczególnione zostały konkretne różnice. Zob.: J. Heitzman (red.), *Zaburzenia depresyjne DSM-5 Selections*, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2017.

<sup>9</sup> *Stupor* to inaczej osłupienie, które jest zaburzeniem poznawczym charakteryzującym się opóźnionymi reakcjami – również ruchowymi – przeradzające się w stan apatii i braku reakcji na bodźce, przy jednoczesnym zachowaniu przytomności. Zob.: J. Pieter, *Słownik psychologiczny*, Wydawnictwo Autorskie, Katowice 2004.

została zaprezentowana przez Warrena A. Weiberga i jego współpracowników. W literaturze specjalistycznej określa się je jako *kryteria Weiberga* lub *The Bellevue Index of Depression*. Analizując te kryteria należy stwierdzić, że aby zdiagnozować depresję u dziecka, muszą wystąpić łącznie trzy: wystąpienie wszystkich symptomów głównych oraz przynajmniej dwóch spośród symptomów towarzyszących, a stan taki musi się utrzymywać co najmniej przez miesiąc. Istotny ponadto jest fakt, że nigdy wcześniej nie obserwowano u dziecka niżej wymienionych objawów. Wyróżnia się tutaj następująco:

a) *symptomy główne:*

- znaczne obniżenie nastroju określane mianem nastroju dysforycznego (depresyjnego), na co składa się często poczucie smutku i osamotnienia, zmienność nastrojów, płaczliwość,
- niska samoocena, połączona z samoobwinianiem się, które przejawiają się poczuciem bezwartościowości, przekonaniem o byciu nieatrakcyjnym, pragnieniem ucieczki lub śmierci, aż po myśli autodestrukcyjne i czyny samobójcze;

b) *symptomy towarzyszące:*

- zachowania agresywne (napady wściekłości, kłótniwość wrogość),
- zaburzenia snu,
- zmiana postawy wobec obowiązku szkolnego (nieobecności na lekcjach),
- zaburzenia w funkcjonowaniu szkolnym (pojawiające się nagle problemy z nauką, a w tym zaburzenia pamięci i problemy z koncentracją, utrata zainteresowania nauką, ale także aktywnością pozaszkolną),
- redukcja kontaktów ze środowiskiem (znaczne osłabienie dotychczasowych kontaktów rówieśniczych, zerwanie przyjaźni, postawa wycofania),
- zmniejszenie energii (męczliwość),
- dolegliwości somatyczne (ból głowy, brzucha, mięśni itd.),
- zaburzenia łaknienia lub zmiana masy ciała<sup>10</sup>.

## Depresja nastolatka

Analizując większość najnowszych opracowań dotyczących depresji adolescentów należy podkreślić, iż przeważa przekonanie, że obraz kliniczny depresji tego okresu rozwojowego nie różni się w istotny sposób od obrazu klinicznego osoby dorosłej cierpiącej na depresję. Część psychiatrów zauważa jednak, iż ekspresja niektórych symptomów depresji różni się znacząco, jeśli chodzi o adolescentów. Poszczególne objawy obserwowane u adolescentów różnią się intensywnością i częstotliwością występowania. U nastolatków można zaobserwować bardziej zmienny przebieg depresji, a do objawów, które w tej grupie wiekowej są znacznie intensywniejsze niż u dorosłych zalicza się: zaburzenia

<sup>10</sup> Zob.: W.A. Weinberg, J. Rutman, L. Sullivan, E.C. Penich, S.G. Dietz, *Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment*, "Journal of Pediatrics" Grudzień 1973, nr 83, s. 1065–1072.

snu i łaknienia, trudności w relacjach interpersonalnych oraz większą skłonność do podejmowania prób samobójczych. Zauważa się także, iż wśród symptomów depresji, charakterystycznych dla tego okresu rozwojowego człowieka, występuje także promiskuityzm<sup>11</sup>. W najbardziej rozbudowany sposób przedstawił to amerykański psychiatra Aaron Beck (twórca skali depresji, która nosi nazwę od jego imienia: ang. *Beck Depression Inventory*), wymieniając pięć grup objawowych depresji okresu dojrzewania, do których zalicza się:

1. *Symptomy emocjonalne* – adolescent wyraża nastroj depresyjny przez agresję, rozdrażnienie, złość i wybuchy gniewu, a smutek, który u dorosłych jest podstawowym symptomem, schodzi na drugi plan. Często zaobserwować można również tzw. huśtawkę nastrojów i pewną nadwrażliwość, które prowadzą do poczucia odrzucenia i bycia nieakceptowanym. Poza tym u adolescentów w bardziej intensywny sposób przejawia się lęk i niepokój z towarzyszącym im poczuciem beznadziejności i głębokiej rozpacz.
2. *Deficyty poznawcze* – podstawowe zniekształcenia w myśleniu u nastolatków to: niska samoocena, postrzeganie przyszłości w czarnych barwach, przekonanie o własnej beznadziejności, a także negatywne wyobrażenia dotyczące własnego ciała (szczególnie u dziewcząt). Ponadto, można zauważyć katastrofizowanie konsekwencji negatywnych zdarzeń oraz selektywność, polegającą na dostrzeganiu tylko tego, co jest negatywne.
3. *Deficyty motywacyjne* – występuje narastająca utrata zainteresowań oraz odczuwania przyjemności (anhedonia), prowadząca aż do całkowitej utraty radości z życia, która rozpoczyna się zazwyczaj od jakiegoś jednego obszaru (najczęściej szkoły) i rozprzestrzenia się na wszystkie dziedziny życia. Brak radości z życia towarzyskiego prowadzi do powolnego wycofywania się z kontaktów interpersonalnych, aż do całkowitej izolacji dotyczącej niejednokrotnie również środowiska rodzinnego.
4. *Objawy somatyczne* – należy zauważyć, iż u adolescentów pojawiają się one znacznie częściej niż u dorosłych. Do najczęstszych objawów somatycznych zalicza się: utratę apetytu i zaburzenia snu, które w konsekwencji prowadzą do utraty wagi oraz stanu ciągłego zmęczenia i osłabienia. Zaobserwowano także dosyć często występujące uporczywe bóle głowy, brzucha oraz mięśni.
5. *Symptomy behawioralne* – pojawiające się często napady złości, które prowadzą do kłótniowości oraz werbalnej agresji. Zaobserwować można także często występujące zachowania destrukcyjne, które mają zniwelować wewnętrzny ból oraz są niejednokrotnie rodzajem ucieczki od bolesnego uczucia przygnębienia i beznadziejności. Młodzi sięgają wtedy po alkohol oraz różnego rodzaju substancje psychoaktywne. U adolescentów zauważono także większą częstotliwość zachowań ryzykownych<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> Zob.: V.A. Sadock, H.I. Kaplan, B.J. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, (red. polskiego wydania S.K. Sidorowicz), Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2004, s. 154.

<sup>12</sup> Zob.: E. Greszta, *Depresja wieku dorastania...*, dz. cyt., s. 42–45.

Kępiński – przyznając, iż obraz młodzieńczych depresji jest bardzo zróżnicowany – dokonuje wyodrębnienia czterech, według niego, najczęściej występujących – postaci tego zaburzenia. Przy tym podziale zaznacza jednak, że składowe poszczególnych typów depresji młodzieńczej występują wspólnie, a także bardzo jasno podkreśla, że nie jest to podział „dogmatyczny”, ale raczej wstęp do dalszej dyskusji wśród specjalistów i do pogłębionych badań psychopatologicznych. Podział zaproponowany przez Kępińskiego jest o tyle istotny, że poszczególnym typom depresji przyporządkowuje konkretne działania terapeutyczne, o czym będzie mowa w kolejnej części artykułu. Wyróżnia on następujące postaci depresji u adolescentów:

1. *Postać apatyczno-bulimiczna* – młody człowiek wykazuje swego rodzaju apatię i nie ma siły zmobilizować się do jakiegokolwiek działania; następuje zaniedbanie się w nauce i spędzanie sporej ilości czasu w beczynności; zanikają wszelkie zainteresowania, a życie zamienia się w swoistą pustkę i traci sens; nuda życia bywa przerywana różnymi zachowaniami, mającymi charakter ekscesu; jest to stan obniżonego nastroju wraz z zahamowaniem aktywności<sup>13</sup>.
2. *Postać buntownicza* – jest to stan znacznego zaostrzenia się zwyczajnie występującego tzw. „buntu młodzieńczego”, któremu towarzyszą gwałtowne „wyładowania” agresji wobec otoczenia, połączone nierzadko z wyburkami chuligańskimi, ucieczką z domu czy też wejściem w konflikt z prawem; ponieważ stanowi temu towarzyszy bardzo duże nagromadzenie agresji, której młody człowiek nie potrafi w zdrowy sposób w pełni „wyrzucić z siebie”, pojawia się autoagresja, przybierająca różne formy: próby samobójcze, samookaleczenie; mogą pojawić się ponadto próby „znieczulenia” wewnętrznego bólu za pomocą znacznych ilości alkoholu i przyjmowanie narkotyków; pod powierzchnią owego buntu kryją się zazwyczaj różnego rodzaju kompleksy niższości, wszechogarniający smutek i beznadzieja, poczucie bezsensu życia<sup>14</sup>.
3. *Postać rezygnacyjna* – jest to postać depresji, u której podstaw leży całkowity brak wiary w siebie; zbyt duża rozbieżność pomiędzy snutymi marzeniami a otaczającą rzeczywistością rodzi całkowitą rezygnację i brak wiary w jakąkolwiek optymistyczną przyszłość; przyszłość jawi się jako coś nudnego i szarego, a w młodym człowieku rodzi się przekonanie, że w życiu czekają go tylko niepowodzenia i klęski; takie przekonanie powoduje, że życie zaczyna nudzić, a nastolatek rezygnuje z wszelkich zainteresowań, planów, a nawet traci wiarę w możliwość pojawienia się jakiegokolwiek miłości, czy też głębszej więzi emocjonalnej z kimkolwiek; to wszystko powoduje także głęboką niechęć do siebie i chęć zniszczenia siebie<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> Zob.: A. Kępiński, *Melancholia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1985, s. 28–29.

<sup>14</sup> Tamże, s. 29–30.

<sup>15</sup> Tamże, s. 30–31.



4. *Postać labilna* – jest to depresja, której towarzyszą patologiczne wahania nastroju, mające tak dużą amplitudę, że przeszkadzają młodemu człowiekowi normalnie funkcjonować; zazwyczaj są to trwające dosyć krótko (od kilku godzin do kilku dni) fazy ogromnego przygnębienia, rzadziej występują fazy wzmożonego nastroju, a jeśli już wystąpią, to mają charakter heberficzny (nieadekwatność reakcji emocjonalnych, absurdalność zachowań), gdzie dominuje bunt wobec najbliższych, ucieczki z domu i chęć „wygłupiania się”; wewnątrz młody człowiek odczuwa bezsens swego istnienia i pustkę uczuciową; w tym typie depresji wzrasta znacząco autoagresja, która może prowadzić do zachowań suicydalnych<sup>16</sup>.

Zaprezentowane powyżej grupy symptomów, charakterystycznych dla depresji poszczególnych okresów rozwoju, stanowią tylko fragmentaryczną analizę najbardziej rozpowszechnionych poglądów i ze względu na ograniczenia edytorskie nie stanowią kompletu dostępnej wiedzy na ten temat. W niniejszym opracowaniu pominięte zostanie tu także zagadnienie przyczyn depresji wśród dzieci i młodzieży, które może stanowić temat oddzielnych, obszernych rozważań.

## Perspektywy pomocy

Podejmując zagadnienie możliwości pomocy dzieciom i nastolatkom dotkniętym depresją można mówić o trzech perspektywach pomocy: *dalszej, bliższej i bezpośredniej*. Ponadto należy podkreślić, iż jakakolwiek pomoc dziecku czy młodemu człowiekowi wiąże się z równoczesnym objęciem wsparciem, a czasem interwencją terapeutyczną także najbliższych chorego.

Zanim nakreślone zostaną trzy wyżej wymienione perspektywy pomocy, warto spojrzeć na to zagadnienie, odpowiadając na pytanie: Jaką wiedzę na temat depresji dzieci i młodzieży posiadają pedagodzy? Autor niniejszego opracowania, na przełomie lutego i marca 2016 roku, przeprowadził wśród 220 studentów pedagogiki pierwszego i drugiego stopnia studiów niestacjonarnych z terenu Lublina badanie ankietowe dotyczące depresji. Badanie to okazało się o tyle ciekawe, że spora część ankietowanych deklarowała, że pracuje już w różnego rodzaju placówkach szkolno-wychowawczych, a także deklarowała posiadanie własnego potomstwa. Ankieta składała się z 17 pytań, z czego 11 dotyczyło zjawiska depresji, a pozostałe pięć to tzw. metryczka. Wyniki ankiety są dosyć optymistyczne. Ponad połowa ankietowanych (68%) jest przekonana, że depresja to poważna choroba psychiczna, a 96,4% deklaruje, że potrafiłoby wskazać najważniejsze symptomy depresji. Zdecydowana większość badanych (80,5%) jest przekonana, że dzieci także cierpią na depresję, a aż 98,2% zdaje sobie sprawę z występowania depresji wśród młodzieży. Równie wysoka liczba respondentów (86,8%) uważa, że w Polsce dużo osób cierpi na depresję,

<sup>16</sup> Tamże, s. 31–32.

a 65,5% wskazuje, że zna jakąś osobę z depresją. Ponad połowa ankietowanych (58,6%) zadeklarowało, że ma osobę cierpiącą na depresję w swoim najbliższym otoczeniu. Połowa badanych (50,5%) zdaje sobie sprawę, że nieleczona depresja może prowadzić do samobójstwa. Na pytanie dotyczące umiejętności pomocy osobie z depresją 52,3% uważa, że umiałoby okazać wsparcie, ale 47,7% uważa, że nie wiedziałoby co zrobić. Analiza przeprowadzonych badań ankietowych pokazuje bardzo optymistyczny obraz sytuacji. Pociuszające jest to, że znacząca większość przyszłych pedagogów zdaje sobie sprawę z faktu występowania depresji wśród dzieci i młodzieży. Optymizmem napawa także fakt, iż tak duża ilość ankietowanych potrafi wskazać główne symptomy depresji. Ponieważ pytania w ankiecie były dosyć ogólne, nie wiadomo czy również duża grupa potrafiłaby wskazać symptomy depresji specyficznej dla dzieci. Ciekawe mogłoby się okazać zweryfikowanie deklarowanej wiedzy, gdyż bardzo często przekonanie o posiadanej wiedzy nie jest tożsame z rzeczywistym jej posiadaniem. Wyzwaniem jest natomiast edukacja związana z umiejętnością pomocy osobie chorującej na depresję, gdyż prawie połowa badanych przyznaje, że nie posiada wiedzy i umiejętności, aby pomóc takim osobom. Z takim założeniem przejdźmy teraz do omówienia perspektyw pomocy.

Mówiąc o *dalszej perspektywie pomocy* – autor niniejszego artykułu – ma na myśli szeroko rozumianą edukację wszystkich, którzy w jakikolwiek sposób zawodowo zajmują się pracą z dziećmi i młodzieżą. Chodzi tu przede wszystkim o pedagogów szkolnych oraz nauczycieli i wychowawców, którzy niejednokrotnie – ze względu na sporą ilość czasu spędzaną z dzieckiem czy nastolatkiem – jako pierwsi są w stanie zauważyć niepokojące symptomy i tym samym w miarę szybko odpowiednio zareagować. Wspomniane powyżej badania ankietowe – pomimo iż ukazały świadomość występowania depresji wśród dzieci i młodzieży – pokazały braki szczegółowej wiedzy na temat symptomatologii tego typu depresji, jak również możliwości konkretnej pomocy. Narastające w ostatnich latach coraz częstsze występowanie depresji wśród młodzieży winno wpłynąć na konstruowane programy kształcenia w zakresie pedagogiki o specjalności nauczycielskiej, które powinny zawierać większą ilość treści – podejmujących od strony teoretycznej, jak i praktycznej – związanych z tym zjawiskiem. W ramach specjalności nauczycielskich – uzyskując tzw. przygotowanie pedagogiczne – studenci różnych kierunków studiów powinni także uzyskać podstawową wiedzę na ten temat. Wielu specjalistów podkreśla ponadto, że istnieje nagła potrzeba szeroko rozumianej edukacji społecznej w zakresie depresji osób dorosłych, gdyż brak odpowiedniej wiedzy na ten temat powoduje, że najbliżsi osób dotkniętych depresją nadal zamiast pomagać, potrafią niejednokrotnie pogłębić stan chorego. Wydaje się, że jeszcze w większym stopniu taka wiedza przydałaby się opinii publicznej, jeśli chodzi o depresję dzieci i młodzieży. Cieszy niewątpliwie fakt, że w roku 2016, przy okazji obchodzonego 23 lutego *Światowe-*

go Dnia Walki z Depresją, kampanię społeczną poświęcono właśnie depresji występującej wśród dzieci i młodzieży.

*Blizsza perspektywa pomocy* polegać powinna na przeciwdziałaniu depresji. Jest to kwestia szczególnie istotna w odniesieniu do tych przypadków depresji, które są wywołane przez zaniedbania w prawidłowym funkcjonowaniu. Specjaliści zajmujący się genezą depresji wśród dzieci i młodzieży podkreślają dwie zasadnicze przyczyny, które mogą leżeć u podłoża zaburzeń depresyjnych. Pierwsza to – występujący dzisiaj coraz częściej – bardzo niski poziom aktywności fizycznej, który powoduje niskie wydzielanie się endorfin i serotoniny. Niski poziom wytwarzania endorfin (zwanych „hormonem szczęścia”) i serotoniny powoduje niejednokrotnie stany długotrwałego przygnębienia, które mogą przeobrazić się w długotrwałe stany dystymii. Poza tym zauważa się, że dzisiaj młodzi ludzie coraz mniej czasu spędzają na świeżym powietrzu, poddając się działaniu promieni UV, co skutkuje bardzo niskim poziomem wytwarzania serotoniny. To właśnie pod wpływem słońca zwiększa się poziom neuroprzekazników poprawiających samopoczucie – takich jak serotonina – stąd dbanie o odpowiednią ilość czasu spędzoną na świeżym powietrzu w promieniach słońca jest jednym z najlepszych antidotum, przeciwdziałających pojawieniu się stanów depresyjnych. Niestety dzisiaj można zaobserwować coraz większą grupę dzieci i młodzi spędzającą dużą ilość czasu w pomieszczeniach zamkniętych, co skutkuje coraz większym niebezpieczeństwem pojawienia się mniej lub dłużej trwających stanów depresyjnych. Wobec tego niezbędna wydaje się walka z niezdrowymi nawykami i promocja zdrowego stylu życia. Reasumując, ćwiczenia fizyczne i odpowiednia ilość czasu spędzona w zasięgu promieni UV stanowią najskuteczniejszą profilaktykę antydepresyjną. To pokazuje pewne kierunki działań, w których pedagodzy mogą zaplanować konkretne rozwiązania w szeroko rozumianej psychoprofilaktyce. Poza tym należy podkreślić, że prewencja przeciwdepresyjna wiąże się także z pomocą dzieciom przeżywającym różnego rodzaju trudne sytuacje i wydarzenia. W sposób szczególny należy taką pomoc okazać, gdy jest to związane z przeżyciem jakiegokolwiek straty (np. śmierć kogoś bliskiego, rozstanie i rozwód rodziców etc.). Często można się spotkać z postawą otoczenia osób dorosłych, które jest przekonane, że dziecko jakoś sobie poradzi, bo przecież „wszystkiego jeszcze nie rozumie”. Jest to bardzo błędna postawa, gdyż nawet jeśli dziecko jeszcze wszystkiego w pełni nie pojmuje, to nie chroni go to przed doświadczaniem silnych uczuć związanych ze stratą, które leżą częstou podłoża zaburzeń depresyjnych. Należy zawsze pamiętać o tym, że w trudnych doświadczeniach rodzinnych czy też szkolnych dziecko zawsze – od strony emocjonalnej – jest w pełni uczestnikiem takich sytuacji, a nie tylko biernym obserwatorem, a więc wymaga odpowiedniego

wsparcia ze strony najbliższego otoczenia tak, aby potrafiło w odpowiedni sposób przeżyć taką sytuację<sup>17</sup>.

Podjmując zagadnienie *bezpośredniej perspektywy pomocy* trzeba zaznaczyć, że pomoc każdemu człowiekowi zmagającemu się z depresją nie jest łatwym zadaniem, co powoduje, że często najbliższe otoczenie popełnia liczne błędy. Wobec powyższego w pierwszej kolejności – kiedy już wiadomo, że dziecko czy adolescent – cierpi z powodu depresji, niezbędne jest otoczenie odpowiednim wsparciem jego najbliższych. To wsparcie polegać powinno przede wszystkim na odpowiedniej edukacji psychologicznej. Zdarza się niejednokrotnie – o czym mówią najbliżsi chorego – że udzielającym pomocy wydaje się, iż – podobnie jak dla nich – dla rodziców wszystko jest jasne i posiadają odpowiednią wiedzę na ten temat. Okazuje się, iż bardzo często jest to błędne założenie i należałoby zawsze przeprowadzać stosowną rozmowę edukacyjną, wskazując przy tym jakieś fachowe pomoce, aby nie skazywać najbliższych na nie zawsze prawdziwe informacje z różnego rodzaju stron internetowych. Po drugie, istotną kwestią jest diagnoza, która wskazałaby na ewentualne przyczyny pojawienia się depresji, gdyż to umożliwi skuteczną pomoc. W związku z tym nie należy nigdy zwlekać z udaniem się do specjalisty celem postawienia ewentualnej diagnozy oraz uzyskania fachowej porady. Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż w Polsce nadal – w porównaniu z innymi krajami UE – dostęp do psychiatrów dziecięcych jest znacznie utrudniony, ze względu na ich niewystarczającą ilość. W związku ze złożoną symptomatologią zaburzeń depresyjnych u dzieci nie zawsze najbliższe otoczenie zdaje sobie sprawę z potrzeby szukania fachowej pomocy, a tylko wcześniej i odpowiednio postawiona diagnoza pozwala najskuteczniej pomóc dziecku czy młodemu człowiekowi. Specjalista odkrywając – na ile to jest możliwe – przyczyny depresji – jest w stanie wskazać odpowiednie ścieżki pomocy. W literaturze fachowej można spotkać podział depresji na dwa typy: endogenną i egzogenną. Depresja endogenna jest uwarunkowana biologicznie (np. genetycznie) i wiąże się z barkiem jednoznacznej zewnętrznej przyczyny, a także dosyć wysokim nasileniem objawów depresyjnych. Natomiast depresja egzogenna – zwana także reaktywną – wiąże się z wystąpieniem zewnętrznych czynników stresujących, psychospołecznych oraz trudnymi wydarzeniami. Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż ten podział nie jest przyjmowany przez część klinicystów, którzy stoją na stanowisku, że bez względu na przyczynę jest to ta sama depresja<sup>18</sup>. Warto jednak podkreślić, iż taki podział wpływa jednak na zastosowanie najskuteczniejszych form pomocy. O ile w przypadku depresji endogennej podstawowe leczenie wiąże się z terapią farmakologiczną, o tyle w przypadku depresji egzogennej pierwszorzędna jest in-

<sup>17</sup> Zob. szerzej na ten temat: W. Lemańska, *O sile emocji pozytywnych. Zapobieganie depresji dzieci i młodzieży*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2005, s. 9–27, 60–69.

<sup>18</sup> Więcej na ten temat: J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wiórk, „Psychiatria”, t. 2, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010, s. 305–375.

terwencja psychoterapeutyczna, natomiast pomoc farmakologiczna jest wtórna, a w niektórych przypadkach może okazać się nawet niepotrzebna. Decyzję o zasadności podjęcia terapii podejmuje psychiatra lub psycholog klinicysta, który może równocześnie zaproponować konkretną formę tej terapii. W leczeniu depresji stosuje się różne rodzaje psychoterapii: terapia psychodynamiczna (jest to terapia oparta na psychologii głębi), terapia poznawczo-behawioralna, psychoterapia zorientowana na klienta (według metody Carla Rogersa), terapia interpersonalna, terapia zorientowana na rozwiązanie (według metody Insoo Kim Berg), *Mindfulness* (trening uważności). Czasem pada pytanie, która metoda terapeutyczna jest najskuteczniejsza? Trudno jednoznacznie udzielić odpowiedzi na tak postawione pytanie. Niewątpliwie psychoterapeuci, posługujący się metodami: psychodynamiczną, behawioralno-poznawczą oraz interpersonalną zaznaczają ich skuteczność, co przekłada się na finansowanie ich stosowania w leczeniu depresji w krajach Unii Europejskiej (np. Niemcy, Holandia, Anglia). Należy jednak podkreślić, iż wybór rodzaju stosowanej terapii powinien zależeć od tego, z jak ciężką formą depresji zgłasza się pacjent oraz z tym, jaką formę terapii preferuje sam pacjent<sup>19</sup>. Kępiński wskazuje bardzo trafnie na konkretne obszary pomocy, przyporządkowując je do wymienianych przez siebie postaci depresji. W przypadku postaci apatyczno-bulimicznej istotne jest pobudzenie chorego do żywszego związku uczuciowego z otoczeniem; w postaci buntowniczej czynnikiem terapeutycznym jest wzmocnienie wiary nastolatka w samego siebie, co zmniejsza agresję wobec otoczenia i autoagresję oraz praca nad własnym poczuciem wartości; w postaci rezygnacyjnej istotne jest wzmocnienie własnego „autoportretu”, powiązane z odzyskaniem wiary w samego siebie; w postaci labilnej Kępiński zaleca łagodną farmakoterapię, a psychoterapia pełni tu tylko rolę podtrzymującą<sup>20</sup>.

Pisząc o *bezpośredniej perspektywie pomocy* należy zauważyć ponadto, iż w niektórych sytuacjach zdarza się tak, że pomoc terapeutyczna dziecku lub nastolatkowi będzie skuteczna tylko i wyłącznie wtedy, kiedy terapii podda się całe najbliższe otoczenie (środowisko rodzinne). Podejście systemowe do rodziny wskazuje na to, że niektóre zaburzenia występujące w systemie rodzinnym – w tym zaburzenia depresyjne – występujące u dzieci lub adolescentów mogą być bezpośrednią konsekwencją zaburzonych relacji w rodzinie. Wskazuje się przy tym, że symbiotyczne związki pomiędzy jednym z rodziców a dzieckiem (często w relacji matka – syn), jak również zaburzenia pomiędzy *poczuciem ja* a *przynależnością do rodziny*, niejednokrotnie skutkują ukształtowaniem się niewłaściwego wzorca przywiązania i leżą tym samym u podłoża problemów depresyjnych. Podkreśla się także, iż długo utrzymujące się zaniedbywanie relacji pomiędzy członkami rodziny (bardzo często jest to brak czasu dla siebie), jak rów-

<sup>19</sup> Zob. szerzej na ten temat: H. Buijssen, *Depresja. Poradnik dla przyjaciół i rodziny*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2012, s. 63–82.

<sup>20</sup> Por.: A. Kępiński, *Melancholia...*, dz. cyt., s. 30–32.

niez rozstania związane z rozwodem rodziców, leżą u podstaw depresji w jej postaci reaktywnej. W takich – nierzadko złożonych sytuacjach – brak przyznania się do błędu/winy, jak również brak zgody na interwencję terapeutyczną w obrębie rodziny staje się przeszkodą w udzieleniu skutecznej pomocy dziecku lub nastolatkowi.

## Zakończenie

W zaprezentowanych poglądach specjalistów, co do depresji dzieci i nastolatków oraz wspomnianych wyżej perspektywach pomocy widać bardzo wyraźnie, że istnieje nagła potrzeba poszerzenia spectrum edukacji przyszłych, jak i czynnie pracujących w zawodzie pedagogów w zakresie rozpoznawania i procesów wsparcia dzieci, i młodzieży w tym zakresie. Wydaje się, że programy kształcenia – poza specjalnością pedagogiki terapeutycznej – dosyć pobieżnie traktują te zagadnienia. Należałoby programy kształcenia poszerzać o coraz bardziej potrzebne w codziennej pracy zagadnienia psychologiczne, co niewątpliwie może się stać skutecznym narzędziem w codziennej pracy pedagogicznej. Postulat ten dotyczy szczególnie pedagogiki wczesnoszkolnej i przedszkolnej oraz szeroko rozumianego programu przygotowania pedagogicznego, którego efektem końcowym jest uzyskiwanie uprawnień nauczycielskich. Ogromnym wyznawaniem w tym zakresie jest także *educatio continua* czynnie pracujących pedagogów. Bardzo skutecznym narzędziem byłyby tutaj szkoleniowe rady pedagogiczne, uzupełniające i poszerzające wiedzę nauczycieli. Kończąc omawiane zagadnienie trzeba z pewną dozą optymizmu zauważyć, że na polskim rynku wydawniczym pojawiło się już kilka poradników skierowanych do najbliższego otoczenia osób z depresją. Chociaż większość z nich poświęcona jest osobom dorosłym, to pojawiają się również takie, które wprost odnoszą się do dzieci czy adolescentów. Warta odnotowania w tym względzie jest książka znanych amerykańskich psychoterapeutów Archibalda D. Harta i jego córki Catherine Hart-Weber *Depresja nastolatka*, która w dosyć szeroki i wyczerpujący sposób podchodzi do omawianego zagadnienia, a proponując konkretne sposoby pomocy zachęca, aby najpierw zrozumieć świat nastolatka<sup>21</sup>. Tego typu zwarte wydawnictwa są bardzo pomocnym kompendium wiedzy teoretycznej, której poznanie kształtuje umiejętności praktyczne w podstawowym zakresie rozpoznawania i reagowania na coraz liczniejsze problemy dzieci i młodzieży w omawianym zakresie.

<sup>21</sup> Zob.: A.D. Hart, C. Hart-Weber, *Depresja nastolatka*, Wydawnictwo W drodze, Poznań 2007.

**Bibliografia**

- Bilikiewicz A., Pużyński S., Wciórka J., Rybakowski J., „Psychiatria”, t. 2, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2003.
- Buijssen H., *Depresja. Poradnik dla przyjaciół i rodziny*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2012.
- Greszta E., *Depresja wieku dorastania. Zachowania rodziców jako czynnik ochronny lub czynnik ryzyka depresji u dorastających dzieci*, Wydawnictwo Academica, Warszawa 2006.
- Hart A.D., Hart-Weber C., *Depresja nastolatka*, Wydawnictwo W drodze, Poznań 2007.
- Heitzman J. (red.), *Zaburzenia depresyjne DSM-5 Selections*, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2017.
- Kępiński A., *Melancholia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1985.
- Lemańska W., *O sile emocji pozytywnych. Zapobieganie depresji dzieci i młodzieży*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2005.
- Pieter J., *Słownik psychologiczny*, Wydawnictwo Autorskie, Katowice 2004.
- Rola J., *Depresja u dzieci*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2001.
- Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J., „Psychiatria”, t. 2, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.
- Sadock V.A., Kaplan H.I., Sadock B.J., *Psychiatria kliniczna*, (red. polskiego wydania) S.K. Sidorowicz, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2004.
- Spielmanns G.I., Berman M.I., Linardatos E., Rosenlicht N.Z., Perry A., Tsai A.C., *Adjunctive Atypical Antipsychotic Treatment for Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Depression, Quality of Life, and Safety Outcomes*, „PLOS Medicine” March 2013, nr 12, por. źródło: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001403> [dostęp: 02.04.2016].
- Turno M., *Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010.
- Walewska K., Pawlik J. (red.), *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1992.
- Weinberg W.A., Rutman J., Sullivan L., Penich E.C., Dietz S.G., *Depression in children referred to an educational diagnostic center: diagnosis and treatment*, „Journal of Pediatrics” Grudzień 1973, nr 83.