

Depresja

Informacje dla rodziców
i opiekunów



Statystyki dotyczące depresji w naszym kraju są zatrważające:

- przynajmniej jednego epizodu depresji doświadcza 1% dzieci w wieku przedszkolnym (powyżej drugiego-trzeciego roku życia) oraz 2% dzieci (według niektórych badań nawet 4—8%) między 6 a 12 rokiem życia,
- po okresie dojrzewania ryzyko wystąpienia depresji wzrasta, osiągając ok. 20% u 18-latków, na tym też poziomie pozostaje w populacji osób dorosłych.

Warto zwrócić uwagę także na różnice w obrębie płci - przed okresem pokwitania depresja występuje równie często u dziewczynek i u chłopców, natomiast w okresie adolescencji dziewczynki chorują 2 razy częściej niż chłopcy.

Depresja jest chorobą, która rozwija się stopniowo. W ciągu kolejnych tygodni pojawiają się różne objawy sprawiające cierpienie i w destrukcyjny sposób wpływające na funkcjonowanie młodego człowieka.

Najgroźniejszą konsekwencją depresji są próby samobójcze. Każdego roku w Polsce z powodu samobójstwa umiera około 100 dzieci pomiędzy 6 a 18 rokiem życia. Statystyki te są jednak niedoszacowane - uważa się, że prób samobójczych może być 100 a nawet 200 razy więcej!

Czym jest depresja?

- Przede wszystkim - chorobą.
- Jest zaburzeniem przewlekłym, nawracającym i powszechnym.
- Nie jest fanaberią, lenistwem, słabszym miesiącem...
- Nie da się nad nią zapanować siłą woli, nie pomaga pójście na basen czy na zakupy.
- Nie wyleczą jej wielogodzinne rozmowy z dzieckiem o tym, żeby wzięło się w garść ani o tym, jakie życie jest piękne i ile dobrych sytuacji zaistniało w życiu.
- Średni czas trwania epizodu dużej depresji wynosi 3 - 8 miesięcy, ale u mniej więcej jednego na 5 nastolatków chorujących na depresję będzie ona trwała dłużej niż 2 lata.
- Epizody depresji mogą ustępować spontanicznie bez leczenia.
- Czasami pomimo ustąpienia zaburzeń nastroju, niektóre objawy

depresji (niepokój, nadmierne zmęczenie, zaburzenia uwagi, trudności z podejmowaniem decyzji, poczucie winy i myśli o śmierci) mogą się utrzymywać. Taki stan nazywamy niepełną remisją, a objawy, które pozostały - objawami rezydualnymi.

- Prawdopodobieństwo nawrotów u młodszych dzieci wynosi od 12% w ciągu pierwszego roku do 33% w ciągu czterech lat po przebyciu pierwszego epizodu depresyjnego.
- Ryzyko nawrotu depresji młodzieńczej jest oceniane na 30 do 70% w ciągu 1 - 2 lat.

Skąd wiem? Czyli pierwsze spotkanie z „wrogiem”.

Nasze dziecko się zmieniło, jest jakieś inne i inaczej funkcjonuje. Czasem mówi nam o tym samo, a czasem zauważamy to w życiu codziennym. O tym, że nasze dziecko ma depresję możemy dowiedzieć się od psychologa szkolnego lub pediatry, do którego zgłaszamy się z różnymi somatycznymi dolegliwościami dziecka.

Pierwsza myśl?

- Rany, czy to moja wina?
- Czy to się da wyleczyć?
- Jak to się stało, że moje dziecko zachorowało?
- Może to tylko gorszy czas?

U każdego człowieka pojawiają się wahania nastroju. Czasem odczuwamy szczęście, a innym razem, np. po rozstaniu z partnerem, niezdanym egzaminie czy po kłótni z szefem, mamy obniżony nastrój. Zaburzenia nastroju, o których mówimy w tym poradniku, są czymś bardziej poważnym i długotrwałym.

Jak rozpoznać depresję?

Obecnie wśród specjalistów przeważa pogląd, że obraz kliniczny depresji dziecięcej i młodzieńczej nie różni się od depresji dorosłych i spełnia diagnostyczne kryteria klasyfikacji DSM-V oraz ICD-10.

Lekarz rodzinny, psycholog czy pedagog mogą przypuszczać, że u konkretnej osoby rozwinęła się depresja, jednak ostateczna diagnoza zawsze należy do lekarza psychiatry, a w przypadku osób poniżej 18 roku życia - do psychiatry dziecięcego.

Każdy z wymienionych poniżej objawów depresji może pojawić się u zdrowej osoby. Jeśli jednak zauważasz u swojego dziecka kilka z nich (4 lub więcej) i trwają one prawie przez cały dzień, minimum przez dwa tygodnie, a to, co się z nim dzieje, sprawia mu cierpienie i zaburza jego funkcjonowanie, może to świadczyć o rozwijającej się chorobie. Przejawy depresji zależą od wieku dziecka.

Młodsze dzieci częściej mają nastrój drażliwy, a nie depresyjny, i zgłaszają więcej skarg somatycznych np. ból brzucha, głowy, kolana itp.

Główne objawy depresji to:

- utrzymujący się spadek nastroju,
- brak odczuwania przyjemności (anhedonia),
- brak siły, aby wykonywać najprostsze czynności (obniżenie napędu).

Obniżony nastrój

Nastrój to występujące przez dłuższy czas zabarwienie emocjonalne różnych przeżyć, które odczuwa dany człowiek. Prawidłowy nastrój może ulegać wahaniom i to normalne, że czasem pojawia się gorszy nastrój, jeżeli coś przykrego wydarzy się w życiu dziecka, jest zmęczone lub ktoś na nie nakrzyczy.

W fazie obniżonego nastroju młody człowiek czuje się po prostu gorzej/źle. Może mieć poczucie niezwykłego smutku i przygnębienia, które nie zależą od zewnętrznych okoliczności.

Charakterystycznym nastrojem w depresji u ludzi przed 18 rokiem życia wcale nie musi być smutek czy cierpienie. Może nim być **nastrój dysforyczny** (zwany też "gniewliwym", ze względu na silną drażliwość chorego).

Do objawów dysforii zalicza się:

- obniżony nastrój, przygnębienie;
- poczucie winy i rozżalenia;
- uczucie zniechęcenia;
- poczucie porażki i utraty własnej wartości;
- wewnętrzny niepokój i drażliwość;
- gwałtowność zachowań i niestabilność emocjonalną;
- zachowania destrukcyjne – rozżalenie i poczucie krzywdy prowokują działania agresywnie nie tylko wobec innych ludzi, ale także wobec samego siebie.

Dysforia jest jednym z podstawowych powodów mylenia depresji z nastoletnim buntem lub byciem niegrzecznym i krnąbrnym.



Anhedonia

Anhedonia to utrata zdolności cieszenia się i odczuwania przyjemności. To, co dawniej cieszyło nasze dziecko, teraz staje się nudne. Zaczyna się porzucanie nawet wieloletnich zainteresowań i aktywności. Dziecko może bronić się przed poczuciem braku przyjemności, wymyślając ciągle jakieś nowe aktywności, a następnie z nich rezygnując. Z boku może to wyglądać jak słomiany zapał.

Obniżenie napędu

Obniżenie napędu to stan, w którym osoba ciągle czuje się zmęczona, nie ma siły do działania. Wstanie z łóżka, umycie się czy wykonanie pozornie nieskomplikowanej czynności staje się wyzwaniem na skalę wszechświata. Dziecko staje się wolniejsze (niemrawe) - chodzi wolniej, myśli wolniej i wolniej mówi.

O depresji może również świadczyć szereg innych objawów.

Kłopoty ze snem

Obejmują zaburzenia takie jak:

- trudności z zasypianiem – nawet, jeżeli dziecko leży w łóżku, nie korzysta z urządzeń elektronicznych i chce zasnąć, to nie udaje mu się to przez wiele minut, a nawet całe godziny,
- częste wybudzanie się w nocy,
- zbyt wczesne budzenie się, np. 2 godziny wcześniej niż nastawiony budzik,
- nadmierna senność – dziecko może spać wszędzie i o każdej porze, ciągle jest niewyspane; czasem może zdarzyć się mu zasnąć np. na lekcji.

Zaburzeń snu nie wolno lekceważyć. Mają one negatywny wpływ na organizm. Pogarszają funkcjonowanie i stanowią istotny czynnik ryzyka zachowań samobójczych.

Wahania wagi i apetytu

Wahania wagi nie mają związku ze świadomie stosowaną dietą, a waga może się zwiększyć lub zmniejszyć nawet o kilka kilo. Wahania apetytu mogą manifestować się tym, że osoba nie ma wcale ochoty na jedzenie lub przeciwnie – ma poczucie, że ciągle jest głodna. Wahania apetytu również przyczyniają się do wzrostu lub spadku wagi.

Wahania wagi i apetytu mogą być częścią zaburzeń odżywiania się, czyli anoreksji, bulimii i kompulsywnego objadania się.

Pobudzenie

Pobudzenie to stan, w którym trudno jest usiedzieć na miejscu, dziecko się wierci i nie wie, co ze sobą zrobić, co zrobić ze swoimi rękami i nogami... Najchętniej chodziłoby w kółko albo podskakiwało. Pobudzeniu ruchowemu może towarzyszyć gonitwa myśli.

Spowolnienie

Spowolnienie to stan, w którym dziecko zachowuje się jak mucha w smole. Wolniej się porusza, wolniej mówi, wolniej myśli.

Pogorszenie pamięci, koncentracji i zaburzenia uwagi

Dzieci mają często poczucie, jakby zgłupiały. To, co kiedyś nie stanowiło dla nich kłopotu, teraz okazuje się trudne. To, co zapamiętywały w kilkanaście minut, teraz może zająć nawet kilka godzin.

W połączeniu z innymi objawami depresji (zaburzeniami snu, nadmierną męczliwością, zniechęceniem i brakiem odczuwania przyjemności z czegokolwiek) zaburzenia pamięci, uwagi i koncentracji mogą powodować zapominanie o zadaniach domowych, brak staranności i ogólne pogorszenie się wyników w szkole.



Negatywny obraz siebie, świata i rzeczywistości

W depresji pojawić się mogą negatywne myśli dotyczące samego siebie („jestem beznadziejny, jestem głupia, nie zasługuję na nic dobrego, nie da się mnie lubić...”) oraz świata („świat jest zły i niebezpieczny, ludzie są beznadziejni”). Charakterystyczne jest także pesymistyczne postrzeganie przeszłości („wszystko, co zrobiłam, nie ma sensu, nic nie osiągnęłam”), teraźniejszości („moje życie jest beznadziejne”) i przyszłości („nigdy mi się nie uda, nie warto nawet próbować, nigdy do niczego nie dojdę”).

Może pojawić się także poczucie winy i poczucie bycia ciężarem dla innych – „gdyby mnie nie było, byłoby lepiej, lżej mojej rodzinie; jestem ciężarem dla innych i nie potrafię tego zmienić”.

Wszystkie te objawy wpływają na obniżanie się poczucia wartości i pewności siebie.



Niepokój i napięcie

Osoba chora może odczuwać niepokój i napięcie. Niepokój może być większy jeżeli depresji towarzyszą zaburzenia lekowe.

Ruminacje

Prawidłowe funkcjonowanie chorego mogą zaburzać ruminacje, czyli mimowolne, wielogodzinne rozmyślania o wszelkich życiowych porażkach (tych realnych i wyobrażonych).

Urojenia depresyjne

U niektórych osób mogą pojawić się urojenia depresyjne o różnej treści, np. grzeszności, winy czy poczucia nieuchronności kary. Zdarza się także poczucie tego, że jest się bardzo chorym (hipochondria), przekonane, że nastąpi koniec świata albo - że rodzina popadnie w ruinę materialną.

Dystymia

Objawy depresyjne mogą występować w słabym nasileniu i utrzymywać się długo (u osób niepełnoletnich przynajmniej przez rok, u osób dorosłych przez 2 lata).

Wyobraźmy sobie, że depresja jest pizzą z ostrością sosu na 3 papryczki, a dystymia ma dodatek sosu z ostrością 1 papryczki. Z tego powodu dystymię dużo trudniej rozpoznać. Powoduje ona mniej problemów ze snem, mniejsze poczucie winy. Będąc na nią chorym, można odczuwać przyjemność. Badania pokazują, że 80% nastolatków chorujących na dystymię zapada później na depresję.

Choroba afektywna dwubiegunowa

Są osoby, u których obniżony nastrój pojawia się naprzemiennie z podwyższonym nastrojem - manią lub hipomanią. Taki typ depresji nazywamy chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD). Mania i hipomania manifestują się podobnie, ale objawy w hipomanii są łagodniejsze niż w stanie manii.

W obu tych stanach pojawić się może:

- nadmierna gadatliwość,
- brak potrzeby snu,
- wrażenie, że myśli pędzą,
- wzmożona aktywność psychofizyczna,
- problemy z utrzymaniem koncentracji na konkretnym zadaniu,
- zachowania ryzykowne i nieracjonalne.

Myśli rezygnacyjne i samobójcze

Jeżeli depresja trwa długo i jest nasiloną, mogą pojawić się myśli rezygnacyjne i zachowania samobójcze.

Myślenie rezygnacyjne to rozważania o bezsensie własnego życia, atrakcyjności śmierci. Mogą to być myśli o tym, że fajnie byłoby umrzeć, że kiedy się umrze, nie będzie się cierpieć. Człowiek może myśleć o tym, że innym będzie bez niego lepiej, nie wyobraża sobie długiego życia. Pojawia się myśl: „chciałbym zniknąć, mam dość”.

Myśli samobójcze to przekonanie o konieczności odebrania sobie życia i planowanie tego aktu. Około 20% zdrowych nastolatków miewa zwiwne myśli samobójcze, które nie wiążą się z żadnymi konkretnymi planami samobójczymi.

Myśli samobójcze u młodego człowieka chorego na depresję pojawiają się jako konsekwencja objawów tej choroby. Są wynikiem braku nadziei, niewiary w możliwość rozwiązania problemów, postrzeganiem przeszłości i przyszłości w czarnych barwach.

Czynnikami zaostrzającym ryzyko popełnienia samobójstwa są zaburzenia snu oraz **przyjmowanie substancji psychoaktywnych**.

Myśli samobójczych nie da się wyperswadować. Nie da się przekonać chorego na depresję chcącego odebrać sobie życie, mówiąc, że nie warto, że życie jest piękne, że rodzic będzie cierpiał.

Sygnalami myśli i planów samobójczych są:

- zainteresowanie lub nawet zaabsorbowanie śmiercią – dziecko przegląda strony internetowe dotyczące śmierci, dużo mówi i interesuje się śmiercią, rysuje śmierć, pisze opowiadania o śmierci, samobójstwie itp.,
- odrzucanie pomocy – „nikt nie może mi pomóc”, „nic już nie da się zrobić”,
- oskarżanie się, poczucie winy – „zasłużyłem sobie na to”, „sama tego chciałam”,
- komunikaty werbalne dotyczące własnej beznadziejności i bezwartościowości – „wszystko jest bezsensu”, „do niczego się nie nadaję”, „mogłoby mi się coś przydarzyć”, „lepiej by było, gdybym się w ogóle nie urodziła”,
- rozdawanie innym (w dobre ręce) swoich rzeczy, zwierząt,
- ślady po samouszkodzeniach, np. rany, blizny, opatrunki, ukrywanie ciała pod ubraniami,
- sporządzanie testamentów, listów pożegnalnych,
- gromadzenie przedmiotów, które mogą posłużyć do popełnienia samobójstwa,

- rozmowy, które przebiegają tak, jakby były już ostatnimi (np. ciągłe wspomnianie w trakcie teoretycznie zwyczajnych rozmów o tym, co zrobić z jego rzeczami),
- ciągłe opowiadanie o tym, że świat jest pozbawiony sensu, a życie nie ma żadnej wartości.

Ocena ryzyka samobójstwa oraz rozmowa z dzieckiem w kryzysie może być trudna i stresująca zarówno dla Ciebie, jak i dla niego.

Może się nam wydawać, że pytanie o myśli samobójcze doprowadzi do samobójstwa, jednak pytanie wprost o myśli samobójcze jest zwykle interpretowane przez młodych ludzi jako wyraz troski i odwagi rodzica. Daje poczucie bezpieczeństwa. Dziecko ma poczucie, że rodzic zdaje sobie sprawę z cierpienia dziecka i nie zaprzecza tej sytuacji.

Brak pytania może przyczynić się do tego, że dana osoba zostanie sama ze swoimi myślami, które w konsekwencji mogą doprowadzić do odebrania sobie życia.



Istnieje wiele mitów na temat myśli samobójczych i samego samobójstwa.

- Ten, kto ma myśli samobójcze, i tak prędzej czy później odbierze sobie życie.
- Osoba, która o tym mówi, wcale tego nie robi, a tylko chce zwrócić na siebie uwagę
- Samobójstwo popełniają tylko osoby słabe, egoistyczne, biedne, głupie, chore, „nienormalne”, odważne/tchórzliwe, itd. Moje dziecko takie nie jest.

Samobójstwo nie jest ani odwagą, ani tchórzostwem, ani głupotą, najczęściej jest po prostu konsekwencją choroby.

Badania w tym obszarze wskazują, że 80% osób, które dokonały samobójstwa informowało bliskich o swoich myślach/planach.

Wyrażanie myśli samobójczych, dawanie sygnałów może być formą wołania o pomoc.

Nawet, jeżeli dziecko mówi o tym, żeby „zwrócić na siebie uwagę” jest to istotna informacja o jego stanie psychicznym i sytuacji życiowej.

Wiedza o depresji i towarzyszących jej zachowaniach samobójczych może uratować twojemu dziecku życie.

O rany, czy to moja wina?

W świetle aktualnej wiedzy nie można wskazać jednego głównego powodu wystąpienia depresji. Czynniki mogące wywołać depresję należą do kilku grup (biologicznych, psychologicznych, społecznych i środowiskowych). Aby rozwinęła się depresja u dzieci, musi najczęściej współdziałać kilka z nich.

Czynniki biologiczne

- Czynniki genetyczne. Depresja sama w sobie nie jest dziedziczona. Dziedziczone są predyspozycje przejawiające się w większej wrażliwości na stresory, silniejsze przeżywanie lęku czy zmieniony metabolizm neuroprzekaźników. Badania naukowe wskazują, że osoby w których rodzinie (np. u rodziców lub dziadków) występowała depresja, są o 15-30% bardziej narażone na jej rozwój.
- Współistnienie innych chorób somatycznych lub psychicznych - choroby związane z hormonami, np. tarczycy czy cukrzyca, uszkodzenia układu nerwowego, urazy.
- Zaburzenia rytmu dobowego i regulacji snu.

Czynniki środowiskowe - związane z najbliższym otoczeniem dziecka (np. rodzina, grupa rówieśnicza, szkoła, przedszkole...):

- konflikty i zakłócenia relacji w rodzinie,
- niedostateczna więź z dzieckiem, brak wrażliwości na jego potrzeby, zaniedbanie, negatywne postawy rodzicielskie (chłód, odrzucenie),
- dezorganizacja życia rodzinnego i niedostępność opiekunów z powodu ich depresji lub innej choroby – także somatycznej,
- śmierć opiekuna/opiekunów,
- nadużywanie substancji psychoaktywnych przez opiekunów,
- niski status socjoekonomiczny,
- brak wsparcia,
- związek ze środowiskiem przestępczym,
- przemoc i molestowanie seksualne,
- blokowanie przez członków rodziny procesu separacji i indywidualizacji młodego człowieka, z powodu zagrożenia homeostazy systemu rodzinnego.

Czynniki psychologiczne - związane z życiem wewnętrznym dziecka:

- silny lęk, niska samoocena, poczucie beznadziei,
- wysoki samokrytycyzm, silny perfekcjonizm,
- zniekształcenia poznawcze, negatywny styl atrybucji,
- niedostateczne umiejętności społeczne.

Czynniki związane z doświadczeniem życiowym: śmierć rodzica/ przyjaciela, żałoba, samobójstwo w bliskim otoczeniu,

- rozwód,
- utrata więzi przyjacielskiej, zawód w związku romantycznym,
- trudności w kontaktach z rówieśnikami,
- niepowodzenia szkolne.

Powyższe czynniki możemy podzielić na predysponujące oraz wyzwalające.

Czynniki predysponujące to takie, które otwierają wrota depresji:

- osobiste,
- występowanie w rodzinie zaburzeń nastroju o podłożu genetycznym,
- przebyte we wczesnym dzieciństwie choroby, niepełnosprawność, niektóre leki,
- reakcje biologiczne na stresory (zaburzenia jedzenia, snu, zmęczenie),
- właściwości psychologiczne dziecka - związane z rozwojem intelektualnym, indywidualną podatnością na zranienie, zewnątrznie umiejscowionym źródłem kontroli, poznawczym depresjogennym przetwarzaniem informacji, słabą regulacją emocji, małymi umiejętnościami społecznymi, słabą umiejętnością rozwiązywania problemów,
- środowiskowe (społeczny kontekst na wczesnym etapie życia dziecka)
- niepewny typ więzi emocjonalnej z rodzicami, gdy są oni niedostatecznie dostępni i niedostatecznie wrażliwie reagują,
- lękowa reprezentacja przywiązania do rodziców,
- problemy w relacji z rodzicami: negatywne postawy rodzicielskie (chłodne, odrzucające, z dystansem) i brak rodzicielskiego wsparcia,
- nadmiernie krytyczny i kontrolujący, restrykcyjny lub niezaangażowany styl wychowawczy,
- dezorganizacja życia rodzinnego i niedostępność rodziców z powodu ich choroby (np. depresji, choroby somatycznej czy uzależnienia od alkoholu i innych środków psychoaktywnych),
- przemoc w rodzinie, wykorzystywanie seksualne,
- utrata jednego lub obojga rodziców na skutek śmierci, separacji, rozwodu,
- niski status społeczny i złe warunki socjalne rodziny.

Czynniki wyzwalające (takie, które wypychają w paszczę depresji) to aktualne, krytyczne wydarzenia w życiu dorastających:

- utrata znaczących osób,
- trudności w kontaktach z rodzicami, rówieśnikami, nauczycielami,
- niepowodzenia szkolne, brak wsparcia w placówce edukacyjnej,
- choroba, nadużywanie substancji psychoaktywnych,

- przemoc w domu, przemoc rówieśnicza,
- zmiana środowiska,
- konflikty w rodzinie,
- inne ekspozycje na negatywne sytuacje życiowe.

Wymienione wyżej czynniki zarówno sprzyjają powstawaniu depresji, jak też mogą podtrzymywać zaburzenie, tj. nasilać i utrwalają objawy depresyjne.

Jeszcze raz - co powinno zwrócić naszą uwagę?

- złe samopoczucie fizyczne; np. inne niż typowe dolegliwości bólowe, nadmierne wyczerpanie na punkcie funkcjonowania swojego organizmu (wyołbrzymianie dolegliwości fizycznych),
- zaburzenia aktywności – brak energii, szybkie męczenie się, ciągłe uczucie zmęczenia,
- zaburzenia koncentracji uwagi i zapamiętywania, które mogą powodować problemy w nauce,
- lepsze funkcjonowanie w godzinach wieczornych niż w ciągu dnia, trudności z porannym wstawaniem, zaburzenia snu i apetytu,
- rozdrażnienie, uczucie zmęczenia, przygnębienie, zmienność nastroju
- utrata zdolności do odczuwania przyjemności,
- niskie poczucie własnej wartości, negatywna ocena siebie, rzeczywistości i przyszłości,
- izolowanie się – ograniczenie kontaktów z otoczeniem, zamykanie się w sobie,
- zachowania autodestrukcyjne: używanie alkoholu, substancji psychoaktywnych, samookaleczenia, myślenie o śmierci, w tym próby samobójcze.

Jak rozpocząć rozmowę z dzieckiem?

Zadbaj o odpowiednie miejsce i czas na spokojną rozmowę, którą możesz zacząć jednym z poniższych zwrotów:

- „Widzę, że było Ci bardzo trudno/ciężko ostatnio...”,
- „Mogę się tylko domyślić, że miałeś/aś ostatnio trudny czas...”,
- „Wyobrażam sobie, że musiało Ci być ciężko/trudno ostatnio...”,
- „Wygłąda na to, że to, co dzieje się wokół Ciebie, w ostatnim czasie jest bardzo skomplikowane i może Ci być trudno sobie z tym poradzić.”.

Jak zakomunikować gotowość do rozmowy i zachęcić do podzielenia się z Tobą myślami/obawami?

- „Czy mógłbyś/mogłabyś mi opowiedzieć, co się ostatnio działo?”
- „Czy mógłbyś/mogłabyś pomóc mi zrozumieć, jak to na Ciebie wpłynęło?”
- „Czy możesz się podzielić ze mną swoimi obawami?”
- „Czy pozwolisz mi zrozumieć, z jakimi trudnościami/problemami/obawami się zmagasz?”

Jak pytać dziecko o nastrój, emocje i uczucia?

- „Jeśli pozwolisz, chciałbym/chciałabym, żebyś powiedział/a mi, jak się czujesz?”
- „Czy jest coś, co przeszkadza Ci obecnie w Twoim samopoczuciu?”
- „W jakim jesteś nastroju?”
- „Czy czujesz się nieszczęśliwy/a, bezradny/a?”
- „Czy zdarza się, że czujesz się bezwartościowy/a?”
- „Czy czujesz się winny/a z jakiegoś powodu?”
- „Czy masz trudności ze snem?”
- Czy nie masz apetytu?”

Jak pytać dziecko o zachowania samobójcze (plany, zamiary, przekonania, dostępność środków, sposoby radzenia sobie, częstotliwość)?

- „Czy czujesz/czułeś/aś, że nie warto żyć?”
- „Czy pojawiają się takie myśli, że wolałbyś/wolałabyś się nie urodzić?”
- „Czy chciałeś/aś kiedyś zasnąć i nigdy więcej się nie obudzić?”
- „Czy myślałeś/aś, że lepiej byłoby nie żyć?”
- „Czy ostatnio często myślałeś/aś o śmierci?”
- „Czy myślisz ostatnio, że ludziom byłoby bez Ciebie lepiej?”
- „Czy zdarzało się, że wyobrażałeś/aś sobie, że uczestniczysz w jakimś wypadku i umierasz?”
- „Czy myślałeś/aś o odebraniu sobie życia?”
- „Czy czujesz się tak źle, że myślisz o samobójstwie?”
- „Jak często pojawiają się te myśli? Ile razy w ciągu dnia/tygodnia? Czy przychodzą Ci do głowy, nawet wtedy, kiedy tego nie chcesz?”
- „Czy możesz je od siebie odpędzić? Czy masz na to swoje sposoby, aby sobie z nimi poradzić? Czy masz nad nimi kontrolę?”
- „Jak oceniasz te myśli? Co o nich myślisz? Czy są dobre czy złe? Dlaczego?”

- „Czy planowałeś/aś, w jaki sposób chcesz odebrać sobie życie?”
- „Czy myślisz, że to będzie skuteczna metoda?”
- „Czy przygotowałeś/aś potrzebne środki?”
- „Czy zastanawiałeś/aś się, kiedy to zrobić?”
- „Jak myślisz, na ile prawdopodobne jest to, że spróbujesz odebrać sobie życie?”
- „Co by było, gdybyś teraz odebrał/a sobie życie? Jaka byłaby reakcja otoczenia? Byłaby to forma ucieczki? Święty spokój? reinkarnacja?” itp.,
- „Dlaczego chcesz się zabić? Dlaczego chcesz umrzeć? Co jest powodem: ucieczka przed problemami, bólem, cierpieniem, choroba, brak nadziei, strata, wstyd, poniżenie, chęć wywołania określonych reakcji u innych osób...?”

Jeżeli u dziecka pojawiły się objawy depresji, w tym myśli rezygnacyjne lub myśli samobójcze bez planów samobójczych, koniecznie skonsultuj dziecko ze specjalistą – psychologiem, psychoterapeutą, lekarzem psychiatrą.
NIE ZAPRZECZAJ

Rodzicowi czasem trudno jest przyznać przed samym sobą, że jego dziecko nie chce żyć. Unikanie konfrontacji z problemem nie poprawi sytuacji. Bądź odpowiedzialny i zareaguj!

Przed wizytą u specjalisty:

- nie obiecuj, że będzie to tylko jedno spotkanie,
- nie obiecuj, że nie zgodzisz się na umieszczenie dziecka w szpitalu,
- nie szantażuj, nie przekupuj,
- nie bagatelizuj, nie żartuj, nie wyśmiewaj,
- nie zaprzeczaj słowom dziecka i nie wmawiaj mu, że tak nie myśli,
- nie wpadaj w panikę,
- nie mów, że nie przeżyjesz, jak coś się stanie dziecku – pogłębia to w dziecku poczucie winy i może nasilać myśli samobójcze,
- nie mów, że Cię wykończy itp.;
- powiedz, że się martwisz, że widzisz jak Twojemu dziecku jest trudno i że bardzo chcesz mu pomóc,
- wytłumacz, że wizyta u specjalisty to jedyna droga, żeby dziecko poczuło się lepiej, mogło zrozumieć siebie, poradzić sobie ze swoimi trudnościami

oraz emocjami, które przeżywa,

- zapewnij, że będziesz przy nim i jesteś gotowy, żeby je wspierać – tylko wtedy, kiedy naprawdę tak myślisz i czujesz,
- powiedz, że jesteś gotowy współpracować ze specjalistą dla jego dobra – jeżeli naprawdę jesteś gotów podjąć takie działania; pamiętaj, że wiąże się to często z podjęciem terapii rodzinnej lub własnej terapii,
- bądź delikatny – pamiętaj, że Twoje dziecko w tym momencie jest w wielkim kryzysie,
- bądź dyskretny – poinformuj tylko te osoby, które muszą o tym wiedzieć lub te, od których Ty potrzebujesz wsparcia.

Nie wszystkie rodziny, w których dziecko zachoruje na depresję lub podejmuje próby samobójcze są dysfunkcyjne!!! Taka sytuacja może zdarzyć się w każdej rodzinie.

Kiedy potrzebna jest hospitalizacja dziecka z myślami i tendencjami samobójczymi?

Hospitalizacja jest wskazana, gdy w ocenie ryzyka samobójstwa u dziecka stwierdza się:

- obecność silnych tendencji samobójczych,
- plan i/lub przygotowane środki do popełnienia samobójstwa,
- myśli samobójcze i duże nasilenie zaburzeń psychicznych, w tym depresyjnych,
- myśli samobójcze (lub podejrzenie zagrożenia tego typu) i objawy psychotyczne (omamy, urojenia, inne zaburzenia myślenia),
- stan bezpośrednio po próbie samobójczej lub przerwana próba samobójcza,
- obecność myśli samobójczych i zachowania impulsywne, panika i pobudzenie,
- myśli samobójcze i zmieniony stan psychiczny dziecka spowodowany intoksykacją (zażyciem substancji psychoaktywnych).

Hospitalizację można rozważyć w następujących przypadkach:

- obecność myśli samobójczych i brak wsparcia społecznego, rodziny lub brak stabilnej sytuacji życiowej,
- obecność myśli samobójczych i brak współpracy ze strony dziecka,
- obecność myśli samobójczych i zły somatyczny stan zdrowia dziecka,
- zaprzeczanie przez dziecko myślom i skłonnościom samobójczym, podczas gdy dokonana ocena ryzyka wskazuje na wysokie ryzyko próby samobójczej.

Leczenie dzieci i młodzieży z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych powinno być kompleksowe, nakierowane zarówno na objawy choroby, jak i na związane z wiekiem potrzeby rozwojowe.

Czego nie mówić i nie robić, jeżeli dziecko ma depresję?

Tego NIE mów

- „To nic takiego”,
- „Weź się za siebie”,
- „Przesadzasz”,
- „Nie przejmuj się, inni mają gorzej”,
- „Wszyscy miewają doły”,
- „Trzeba żyć dalej”,
- „Przestań w końcu marudzić”,
- „Uśmiechnij się”,
- „Jutro będzie lepiej”,
- „Wyjdź do ludzi”,
- „Nikt nie obiecywał, że życie będzie łatwe”,
- „Jak dorośniesz, to dopiero zobaczysz, jakie ludzie mają kłopoty”,
- „Twoje nastroje sprawiają, że wszyscy czujemy się gorzej”,
- „Jak będzie tak dalej, to umrę przez ciebie”,
- „Dajesz zły przykład rodzeństwu”.

Tego NIE rób:

- nie opowiadaj o ludziach, których spotkały straszne wydarzenia albo „mają gorzej”,
- NIE krytykuj z powodu jego depresyjnych zachowań i braku chęci do życia,
- nie wyśmiewaj,
- NIE bagatelizuj problemu,
- NIE ożywiaj i uszczęśliwiaj na siłę, nie zmuszaj do chodzenia na imprezy lub spotkania towarzyskie,
- NIE zrażaj się tym, że chore na depresję dziecko może negatywnie reagować na chęć niesienia mu pomocy. Poprosi o nią w innym momencie albo w inny sposób,

- Złego humoru i nastroju NIE odbieraj jako niechęci skierowanej przeciwko Tobie. To stan spowodowany chorobą,
- NIE pozbawiaj dziecka wykonywania codziennych obowiązków o ile jego stan mu na to pozwala. Możesz mu pomagać.

Możesz mówić:

- „Słyszę, co mówisz”,
- „Jestem tu dla ciebie i pomogę ci tak, jak zechcesz”,
- „Zawsze możesz na mnie liczyć”,
- „Jesteś dla mnie ważny/a”,
- „Depresja to choroba, którą można leczyć”,
- „Przykro mi, że przez to przechodzisz”.

Leczenie depresji

Leczenie powinno uwzględniać wszystkie sfery nieprawidłowego funkcjonowania:

- trudności społeczne,
- kłopoty z nauką,
- trudności w rozwiązywaniu problemów społecznych i kontrolowaniu emocji,
- nieprawidłowe relacje rodzinne,
- dysfunkcjonalne przekonania dotyczące własnej osoby i innych ludzi.

Psycholog? Psychoterapeuta? Psychiatra? Kto to? Do kogo się udać?

Psycholog (magister psychologii) to osoba, która ukończyła studia wyższe z psychologii.

Psycholog zatrudniony w poradni psychologiczno-pedagogicznej poradzi nam, jak pomóc dziecku w trudnościach szkolnych.

Psycholog na oddziale psychiatrycznym pomoże zmierzyć się z chorobą psychiczną.

Psycholog pracujący w ośrodku interwencji kryzysowej będzie przygotowany do udzielania wsparcia w kryzysie (np. ofiarom przemocy).

Psychoterapeuta to odrębny zawód. Aby się go nauczyć, trzeba mieć wyższe wykształcenie i odbyć kilkuletnie studia podyplomowe. Psychoterapeuta musi odbyć staż kliniczny oraz własną terapię, a jego praca podlega superwizji.

Psychiatra (lekarz psychiatra ze specjalnością dziecięcą) jako jedyny może przepisywać leki. Wsparcia farmakologicznego wymaga m.in. umiarkowana i ciężka depresja, napady lękowe, zaburzenia odżywiania i snu. Leki mogą być

też pomocne przy obsesyjnych myślach i natręctwach. Konsultacji lekarskiej wymagają również myśli samobójcze, okaleczanie się i wszelkie inne formy wyrządzania sobie krzywdy.

Psychoterapeuci i psychiatrzy często współpracują ze sobą. W wielu sytuacjach potrzebna będzie i psychoterapia, i leczenie farmakologiczne. Terapia może być prowadzona w różnych nurtach np. behawioralno-poznawczym, psychodynamicznym, humanistycznym, systemowym, itp.

Przed wyborem konkretnego terapeuty warto zapoznać się z informacjami o nurcie terapeutycznym, w którym ta osoba pracuje.

Terapia może mieć charakter spotkań indywidualnych, grupowych bądź rodzinnych. Im dziecko jest młodsze, tym bardziej wzrasta wartość procesu terapeutycznego prowadzonego w nurcie systemowym, czyli terapii rodzin.

Gdzie zgłosić się po pomoc?

Warto szukać pomocy. Można znaleźć ją bezpłatnie w różnych instytucjach na terenie Warszawy.

1. Na początku najlepiej zacząć od miejsc nam najbliższych - porozmawiać z psychologiem lub pedagogiem szkolnym.
2. Można również zwrócić się do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie. Więcej informacji znajduje się na stronie <http://www.pcpr.info>.
3. Celem uzyskania pomocy psychologicznej można umówić się na spotkanie ze specjalistą w poradni zdrowia psychicznego lub poradni psychologicznej. Pod adresem terminyleczenia.nfz.gov.pl dostępna jest wyszukiwarka świadczeń medycznych dostępnych na NFZ. W pole „Jakiego świadczenia szukasz?” należy wpisać „poradnia zdrowia psychicznego” lub „poradnia psychologiczna”, następnie w odpowiednie pola wpisać Warszawa.

By uzyskać wsparcie, można również zadzwonić na numer telefonu:

- Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży: **116 111**
- Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka: **800 12 12 12**
- Telefon Zaufania dla Osób Dorosłych w Kryzysie Emocjonalnym: **116 123**
- Telefon dla rodziców i nauczycieli ds. bezpieczeństwa dzieci: **800 100 100**
- Policijny Telefon Zaufania: **800 12 02 26**

Pamiętaj, w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia Twojego bądź drugiej osoby, zadzwoń na numer alarmowy – 112!

Więcej o depresji dowiesz się tutaj:

- www.forumprzeciwdepresji.pl/nastoletnia-depresja
- <https://nastoletniazyl.org/>

O tym, jak twoje dziecko może budować poczucie wartości i jak dbać o swoje zdrowie psychiczne, dowiedzie się także na Facebooku na stronie Załóż Pewność Siebie oraz Instagramie (@zalozpewnoscsiebie).

Projekt tworzą młode osoby, które same zmagają się (lub nadal się zmagają) z różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi. Piszą o sprawach trudnych i ważnych w sposób prosty, inspirują do działania i podpowiadają, co zrobić, by poczuć się lepiej. Rodziców i opiekunów dzieci i młodzieży chorującej na depresję zapraszamy również do udziału w bezpłatnych grupach wsparcia i szkoleniach prowadzonych w Fundacji Zobacz...JESTEM.



O Fundacji

Fundacja Zobacz...JESTEM zajmuje się szeroko rozumianą pomocą dzieciom i młodzieży z problemami emocjonalnymi. Specjalizuje się szczególnie w tematyce zaburzeń odżywiania się, autoagresji, depresji, zachowań samobójczych i przemocy rówieśniczej. Prowadzi działania edukacyjne i wspiera rodziców, nauczycieli oraz wszelkie instytucje pracujące na rzecz dzieci i młodzieży.

W ramach Poradni JESTEM prowadzimy psychoterapię indywidualną i grupową, zapewniamy pomoc psychologiczną, konsultacje, doradztwo. Realizujemy także zajęcia grupowe i indywidualne, szkolenia i warsztaty psychologiczne. Działamy po to, aby leczyć, wspierać, edukować. JESTEŚMY dla tych najmniejszych, trochę starszych i zupełnie dorosłych.

Kontakt

Adres korespondencyjny i siedziba:

ul. Czerniakowska 159, kl. I, domofon: 200

00-453 Warszawa Numer telefonu:

(+48) 883-337-883

E-mail:

kontakt@zobaczjestem.pl Jesteśmy

Organizacją Pożytku Publicznego

KRS 0000453024 Podaruj nam swój 1% podatku

Więcej informacji na:

www.zobaczjestem.pl lub www.zobacznikam.pl

Autor: Danuta Wieczorkiewicz psycholog, seksuolog

Projekt został sfinansowany ze środków m.st. Warszawy.

Projekt został zrealizowany w ramach konkursu: Małe dotacje w Biurze Edukacji z zakresu edukacji, nauki, oświaty i wychowania w roku 2020 ogłoszonym przez: Urząd Miasta Stołecznego Warszawy - Biuro Edukacji.

Projekt finansuje m.st. Warszawa



Zobacz...
JESTEM 