

Spis treści:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Depresja młodzieńcza, co powinno
niepokoić i skłaniać do podjęcia działań | Jolanta Sajkowska |
| 2. Depresja młodzieńcza – jak chronić przed
nią dzieci i młodzież z perspektywy
rodziny | Ewelina Pakosz-Szydłowska |
| 3. Czy dzieci też mają depresję? | Ewa Golbik-Madej |
| 4. Uczeń z depresją w szkole | Elżbieta Wystep-Kolago |
| 5. Samookaleczenia,co może mówić
zranione ciało? | Mirosława Bubak,
Magdalena Plich |
| 6. Chłopaki nie płaczą? | Małgorzata Tomaszewska |
| 7. Szczyty i doliny czyli jak żyć z osobą
w depresji | Izabela Wiltosz-Mozych |
| 8. Depresja młodzieńcza i leczenie | Artur Kulig |

Depresja młodzieńcza, co powinno niepokoić i skłaniać do podjęcia działań

Opracowanie: Jolanta Sajkowska

Jakie naturalne zmiany pojawiają się w okresie dojrzewania?

- mniejsza ilość godzin snu, wynikająca z mniejszej produkcji melatoniny
- wyraziste, zmienne emocje, będące skutkiem silnie działającego ciała migdałowatego
- przeżywanie silnych emocji, aż do załamania nerwowego jest także skutkiem działania przysadki mózgowej, która wydziela hormony płciowe
- ujawniają się deficyty motywacji, które mogą być związane z niedojrzałością jąder pólleżących mózgu
- spoidło wielkie mózgu, które odpowiada za inteligencję, świadomość wciąż będzie rozwijać u 20 –latków, zatem jest to trwający w różnym dla różnych osób proces
- dojrzewa mózdzek, który kontroluje procesy uczenia się i prawdopodobnie pomaga nastolatkom przystosować się do życia w społeczeństwie
- nie w pełni jeszcze jest dojrzały płat przedni, który odpowiada za rozumowanie, co utrudnia wydawanie osądów

Jak widać procesy przemiany, które pojawiają się z okresem pokwitania znacząco zmieniają sposób funkcjonowania młodego człowieka. Część z naturalnych przejawów dojrzewania bliska może być obrazowi depresji młodzieńczej. Mówi się nawet o naturalnych tendencjach do depresji w adolescencji (Tomkiewicz, 2007). To jednak nie powinno nigdy dawać powodu do bagatelizowania objawów i umniejszania przeżywanego przez młodą osobę cierpienia.

Według znawców przedmiotu depresję młodzieńczą przechodzi w różnym stopniu i postaci każdy m. 13 a 16 rokiem życia.

Profesor Antoni Kempański wyróżnił następujące postaci depresji młodzieńczej:

- **buntownicza** – zawiera „przerysowane” cechy dorastania, wybuchy złości, kłótniowość, negowanie autorytetów, norm; towarzyszy jej mniejsze poczucie wartości, brak wiary w przyszłość
- **rezygnacyjna** – związana z ogólnym poczuciem pustki egzystencjalnej, brakiem sensu życia, a zatem także brakiem planów życiowych, czasami próbami samobójczymi,
- **apatyczno-abuliczna** – cechuje ją bierność, nuda, zaniedbanie wyglądu, wyraźny spadek energii do działania, senność, unikanie relacji społecznych związane z silnym lękiem
- **labilna** – przejawia się zmiennością nastroju, okresami buntu, po których nasila się poczucie winy i zachowaniami samobójczymi w okresach niżki nastroju

Profesor Jacek Bomba pisał o:

- Depresji młodzieńczej czystej
- Depresji młodzieńczej z rezygnacją
- Depresji młodzieńczej z niepokojem
- Depresji młodzieńczej hipochondrycznej

Co zatem powinno niepokoić rodziców i skłaniać do podjęcia działania?

Zaburzenia nastroju

- Długotrwałe obniżenia nastroju
- Zmienność nastroju, utrudniająca funkcjonowanie, nieprzewidywalna
- Nuda i niemożność odczuwania przyjemności, zwłaszcza, gdy to co zawsze cieszyło już nie cieszy
- Rozdrażnienie, ciągła irytacja, skłonność do reagowania złością
- Podwyższenie poziomu lęku przed przyszłością

Zaburzenia sfery poznawczej

- Trudności w skupieniu się, wpływające na naukę
- Trudności w wytrwałej nauce, nie występując w tej skali wcześniej
- Poczucie nieoryginalności myślenia
- Błędne stereotypy poznawcze
 - Przekonanie o nieuchronności porażki
 - Przekonanie o nieskuteczności własnych działań

Zaburzenia aktywności

- Obniżenia aktywności maskowane dysforią i zaburzeniami zachowania
- Trudności z rozpoczęciem działania
- Łatwe męczenie się
- Zaburzenie dobowych rytmów działania
- Zaniedbanie starań o wygląd i higienę osobistą

Zaburzenia zachowania, grożące dalszej linii życiowej młodej osoby

- Odmowa chodzenia do szkoły
- Odmowa wykonywania obowiązków domowych
- Eksperymentowanie z środkami psychoaktywnymi
- Chaotyczna, przypadkowa, niepowściągliwa aktywność seksualna

Jeśli zaburzenia trwają dwa tygodnie, wywierają wpływ na funkcjonowanie młodego człowieka, drodzy rodzice nie wahajcie się skorzystać z konsultacji psychologa.

To może być depresja młodzieńcza wymagająca interwencji!

Depresja młodzieńcza – jak chronić przed nią dzieci i młodzież z perspektywy rodziny

Opracowanie: Ewelina Pakosz-Szydłowska

Wśród czynników wpływających na rozwój dziecka wyróżnia się dwa ich rodzaje:

1. czynniki biologiczne do których należą:
 - predyspozycje genetyczne (np. cechy fizyczne, wygląd, podatność na choroby, intelekt) oraz
 - predyspozycje układu nerwowego (czyli siła i szybkość procesów nerwowych, podatność na pobudzenie i zdolność jego wygaszania).
2. drugi rodzaj to czynniki psychospołeczne, czyli oddziaływania środowisk w których dorasta dziecko. Są nimi m.in.:
 - rodzina,
 - instytucje (żłobek, przedszkole, szkoła, kółka i kluby zainteresowań),
 - grupy rówieśnicze.

Niniejszy artykuł koncentruje się głównie na roli i zadaniach rodziny w kształtowaniu osobowości młodego człowieka. Osobowości, która może sprzyjać dobremu funkcjonowaniu psychicznemu, albo stwarzać podatność na różnorodne dysfunkcje psychiczne, w tym depresję. Wśród psychospołecznych czynników wpływających na rozwój dziecka, rodzinie przypisuje się najważniejszą rolę. Dzieje się tak dlatego, że jej wpływ na dziecko zaczyna się najwcześniej, bo wraz z jego przyjściem na świat. A nawet jeszcze wcześniej – od okresu prenatalnego, gdy przebywa jeszcze w łonie matki, ale jest już częścią swojej rodziny. Po drugie – rodzice stają się pierwszymi i najważniejszymi modelami zachowania i wchodzenia w relacje z innymi ludźmi. Po trzecie – rodzice zaspokajają (lub nie) najważniejsze potrzeby psychiczne dziecka od najwcześniejszego dzieciństwa. Zatem to co dziecko dostaje i wnosi ze swojej rodziny, stanowi bazę jego funkcjonowania emocjonalnego i społecznego. Może je ona chronić, lub narażać na ryzyko różnorodnych dysfunkcji.

Gdy na świat przychodzi dziecko, w rodzinie pojawiają się dwie perspektywy – rodziców oraz dziecka. Rodzice wnoszą w przestrzeń rodzinną m.in.:

- swoją osobowość, temperament, ambicje i oczekiwania,
- postawy i style wychowawcze – czyli przekonania dotyczące sposobów wpływania na dziecko, jego miejsce, pozycję i rolę w rodzinie, zakres jego swobody itp.,
- kompetencje rodzicielskie - czyli wiedzę na temat rozwoju i potrzeb dziecka, chęć uczenia się roli rodzica.

Z kolei dziecko – swój własny temperament i poziom aktywności, kształtujące się cechy osobowości, swoje możliwości rozwojowe, które określają jego potencjał intelektualny, zdolności oraz zainteresowania.

Ważne jest żeby rodzice mieli świadomość, że ich rola polega na tym, by stworzyć dobre warunki do rozwoju takiemu dziecku jakie mają, a nie takiemu, jakie chcieliby mieć. To rodzice muszą „dostosować się” do dziecka takiego jakie mają, bo dziecko nie jest w stanie stać się odbiciem rodzicielskich wyobrażeń. A to oznacza bezwarunkową akceptację wszystkich cech i właściwości dziecka, czy one się rodzicom podobają, czy nie. Łatwo jest

kochać i wychowywać dziecko, które jest spokojne, grzeczne i uzdolnione. Trudniej być rodzicem dziecka nadpobudliwego, upartego i dziecka o zaburzonym rozwoju. Ale żeby dobrze rozwijać się emocjonalnie, KAŻDE dziecko potrzebuje akceptacji i miłości swoich rodziców.

Co jeszcze potrzebne jest dziecku do prawidłowego rozwoju psychicznego?

- silna, bezpieczna więź emocjonalna z rodzicami; jest ona matrycą przyszłych relacji dziecka z innymi ludźmi w jego dorosłym życiu,
- odpowiednie do wieku granice i zasady zachowania, dające swobodę ale również obowiązki, dostosowane do jego możliwości rozwojowych,
- adekwatne wymagania, uwzględniające jego potencjał i możliwości,
- czas, uwaga i zaangażowanie w jego sprawy – by czuło się ważne i potrzebne,
- umiejętność komunikowania swoich potrzeb, myśli i emocji.

Jeśli dziecko dostaje od rodziców taki „pakiet”, to ma duże szanse rozwijać w sobie zasoby, które pozwolą mu dobrze funkcjonować w świecie. A są to:

- pozytywny obraz siebie, innych ludzi i otaczającego świata,
- zaradność, samodzielność i umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach,
- dobre mechanizmy samokontroli, które pozwalają na samoregulację emocji i kontrolę zachowania,
- wykształcone procesy motywacyjne, umożliwiające stawianie i realizowanie celów,
- dobre, satysfakcjonujące relacje z innymi ludźmi, którzy mogą być źródłem wsparcia w trudnych, kryzysowych sytuacjach.

Dzięki takim zasobom dziecko ma szansę osiągnąć coś, co nazywa się w języku psychologii pozytywną adaptacją. Jest ona definiowana jako zdolność pozytywnego przystosowania się do okoliczności świata zewnętrznego, pomimo występujących zagrożeń i przeciwności losu. A poczucie, że jest się sprawczym i skutecznym w radzeniu sobie z życiowymi problemami, jest skuteczną tarczą nie tylko przeciwko depresji.

Czy dzieci też mają depresję?

Opracowanie: Ewa Golbik-Madej

Tak! Rodzicom nie jest łatwo przyjąć do wiadomości, że ich dziecko cierpi na depresję, nie jest im też łatwo zrozumieć, czym jest depresja. Dzieje się tak z kilku powodów. Przyjęcie do wiadomości, że dziecko cierpi na depresję, wzbudza w rodzicach poczucie winy, że popełnili jakiś błąd, przeoczyli lub zlekceważyli jakieś ważne sygnały i nie zapobiegli nieszczęściu. Rodzice mogą też odczuwać lęk przed obarczeniem ich winą za cierpienie psychiczne dziecka lub przed podejrzeniami, że źle traktują dziecko. Obydwa te negatywne uczucia sprzyjają oporowi przed zaakceptowaniem myśli, że ich dziecko ma depresję. Opór ten wynika też często z niezrozumienia istoty depresji, z trudności w wyobrażeniu sobie, że taki problem może dotyczyć nie tylko dorosłych. Trudno się temu dziwić, skoro nawet specjaliści przez wiele dziesięcioleci diagnozowali i leczyli to zaburzenie tylko u osób dorosłych. (...)

Termin „depresja” w języku potocznym oznacza „smutek, przygnębienie, niemożność odczuwania radości, obniżony nastrój”, czyli stany określane inaczej jako „chandra”, „dołek psychiczny”. Przez specjalistów (psychiatrów i psychologów) termin ten bywa odnoszony do pojedynczego objawu, zespołu objawów lub do specyficznego zaburzenia psychicznego.

Depresję u dzieci rozpoznaje się według podobnych kryteriów jak kryteria diagnozowania dorosłych. Należy jednak mieć na uwadze to, że objawy depresji zmieniają się wraz z wiekiem. W Polsce rzadko diagnozuje się depresję u dzieci młodszych niż 6-, 7-letnie, lecz w niektórych krajach (np. w USA) istnieją narzędzia pozwalające na jej rozpoznanie nawet u trzylatków.

Podobnie jak u dorosłych nie u każdego cierpiącego dziecka (nastolatka) musi pojawić się pełen zestaw symptomów. Warto jednak mieć na uwadze, że jeśli depresja nie jest leczona, to w miarę upływu czasu rośnie zarówno liczba jej objawów, jak i ich nasilenie, a w konsekwencji narasta destruktywny jej wpływ na życie młodego człowieka. Inaczej mówiąc, depresja może z czasem rozwinąć się nawet w poważne zaburzenie psychiczne, nie tylko trudne do wyleczenia, lecz także bezpośrednio zagrażające życiu ze względu na skłonności samobójcze, jakie może powodować. Dlatego tak ważne jest, aby nie lekceważyć żadnych jej przejawów.

Wyróżnia się cztery grupy objawów depresji:

emocjonalne:

smutek (jako symptom dominujący), melancholia, poczucie nieszczęścia, przygnębienie, utrata radości życia;

poznawcze:

negatywny obraz swojej osoby (jestem do niczego, nic mi się nie udaje, obwinianie się) i świata, pesymizm, a także zniekształcenia poznawcze (np. nadmierna generalizacja, arbitralne wnioskowanie, ksobne myślenie);

motywacyjne:

trudności z mobilizacją, bierność, brak inicjatywy, a nawet paraliż woli utrudniający

podejmowanie najbardziej podstawowych czynności, jak wstawanie z łóżka, mycie się, jedzenie, w skrajnych przypadkach wyraźne spowolnienie ruchów, mowy;

somatyczne:

zaburzenia apetytu (zwykle utrata), zmiana wagi ciała, zaburzenia snu, zmęczenie, wyczerpanie, wolniejsza rekonwalescencja po przebytych chorobach.

Nie u wszystkich cierpiących na depresję muszą występować objawy ze wszystkich czterech kategorii, jeśli jednak tak jest, to rozpoznanie staje się łatwiejsze. Warto zatem zwrócić uwagę na najbardziej charakterystyczne oznaki depresji dziecięcej. Co powinno nas zaniepokoić:

przedszkolaki:

ponura mina, brak zainteresowania rówieśnikami, płaczliwość, drażliwość, wściekłość, jeśli coś idzie nie po jego myśli, częste negatywne wypowiedzi na swój własny temat, zachowania autodestrukcyjne;

dzieci w klasach I-IV

wybuchy wściekłości, kłopoty w nauce, kłopot w kontaktach z rówieśnikami, wzmożona drażliwość i zachowania agresywne, groźby samobójcze, nienawidzą siebie i wszystkiego dookoła.

PAMIĘTAJ ZATEM, ŻE

Depresja jest chorobą, która występuje również u dzieci

•

Drażliwość i trudne zachowania mogą świadczyć o depresji dziecięcej

•

Najczęściej chorują nastolatki, ale także choć rzadziej dzieci młodsze

•

Z depresją związane jest poważne ryzyko popełnienia przez dziecko samobójstwa

•

Główną metodą leczenia depresji u dzieci jest psychoterapia, dodatkową — leki

•

Depresja u dzieci jest chorobą uleczalną

•

Leczeniem depresji dziecięcej zajmują się psychiatrzy dziecięcy, psychoterapeuci, psychologowie

•

Pomoc dziecku z depresją zaczyna się od zrozumienia jego choroby.

Bibliografia

https://poradnia.dabrowa.pl/uploads/dopobrania/Artykuly/depresja_u_m%c5%82odzie%c5%bcy.pdf_page=11

1. Małgorzata Babiuch-Hall „Dzieciaki z zaburzeniami nastroju – jak im pomóc?”
2. „Poradnik pedagoga szkolnego. Szkoła podstawowa.
3. 2. Hammen C. Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i Pacjentów. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006.
4. 2. Kendall PC. Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Mechanizmy zaburzeń i techniki terapeutyczne dla praktyków i rodziców. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
5. 3. Rabe-Jabłońska J. Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. W: Namysłowska I, red. Psychiatria dzieci i młodzieży. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.

Uczeń z depresją w szkole

Opracowanie: Elżbieta Występ-Kolago

Depresja jest chorobą dotykającą nie tylko dorosłych, nierzadko dotyczy uczniów, także szkoły podstawowej. W ostatnich latach zachorowalność dzieci i młodzieży na depresję wzrasta, a wiek pojawienia się pierwszego epizodu depresyjnego obniża się. Zachodzące zmiany społeczno-kulturowe, szybkie tempo życia, wzrost wymagań, brak czasu dorosłych dla dzieci mogą nasilać problemy psychiczne dzieci i młodzieży. Szacuje się, że w wieku 18 lat aż 20% osób przeszło przynajmniej jeden epizod depresyjny (wśród młodzieży zachorowalności jest dwa razy większa u dziewcząt niż chłopców)¹. Z depresją u dzieci i młodzieży najczęściej współwystępują zaburzenia lękowe ale także zaburzenia zachowania, opozycyjno-buntownicze i ADHD.² Warto więc obserwować nie tylko te ciche i wycofane dzieci, ale też te sprawiające problemy wychowawcze.

U młodszych dzieci depresja częściej objawia się w postaci drażliwego nastroju, więcej jest też objawów somatycznych. Wynika to z trudności w nazywaniu emocji, dzieci więc sygnalizują swoje problemy przez zachowanie. U starszych dzieci i młodzieży częściej pojawia się poczucie beznadziejności, bezradności, negatywna ocena samego siebie, negatywne postrzeganie przyszłości. U młodzieży, zwłaszcza u dziewcząt, mogą pojawiać się zachowania autodestrukcyjne.

W szkole można obserwować sygnały alarmujące wysyłane przez młodzież do dorosłych, które dotyczą różnych sfer - funkcjonowania szkolnego, rówieśniczego, emocjonalnego a także fizycznego. Pojawiają się trudności w koncentracji i pogorszenie pamięci, stosunkowo łatwo więc można zauważyć pierwsze symptomy np. w postaci obniżenia wyników w nauce. Ponadto na funkcjonowanie szkolne będą mieć wpływ problemy z zasypianiem lub nadmierna senność, brak motywacji, objawy somatyczne, spowolnienie psychoruchowe. Można zauważyć także zmianę funkcjonowania społecznego – nadmierną drażliwość, kłótniowość lub wycofanie utrudniające kontakty rówieśnicze, a także nierespektowanie autorytetów i skłonność do popadania w konflikty z nauczycielami.

Obserwacje nauczyciela pełnią bardzo ważną rolę w rozpoznaniu zaburzeń nastroju i zwróceniu na nie uwagi rodziców. Warto wesprzeć ucznia życzliwą i spokojną rozmową na temat jego samopoczucia i problemów a rodziców powiadomić o obserwowanych objawach i zachęcić do skonsultowania z psychologiem lub lekarzem.

Nauczycieli powinny niepokoić obserwowane zmiany w zachowaniu ucznia a zwłaszcza:

- obniżenie osiągnięć szkolnych
- słabsze niż zwykle przygotowanie do lekcji, zaniedbywanie prac domowych
- opuszczanie lekcji, spóźnianie się na pierwsze lekcje
- zmęczenie, niewyspanie
- opuszczanie zajęć dodatkowych, które wcześniej były dla ucznia atrakcyjne
- bierność, apatia, zaprzestanie zaangażowania się w sprawy klasowe, szkolne
- unikanie zajęć w-f, wysiłku fizycznego, zauważalny brak siły, energii
- izolowanie się, szukanie samotności
- płaczliwość
- spowolnienie tempa pracy, spowolnienie myślenia

- zaniedbywanie wyglądu
- brak wiary w siebie
- podejmowanie zachowań ryzykownych – picie alkoholu, zażywanie narkotyków, dopalaczy
- samookaleczenia
- pojawianie się tematu śmierci w wypowiedziach, rysunkach, pracach pisemnych

W leczeniu depresji młodzieńczej ważna jest szybka interwencja, stąd istotna rola szkoły. Ważne jest wsparcie i zainteresowanie problemami dziecka, życzliwa rozmowa, kontakt z psychologiem. Potrzebny jest czas na spokojną rozmowę w ustronnym miejscu, okazanie gotowości do wysłuchania, zachęta do otwartości. W przypadku zauważenia niepokojących objawów nauczyciel nie powinien zwlekać, lecz podjąć kontakt z rodzicami i powiadomić ich o swoich obserwacjach. Należy zalecić konsultację z lekarzem, psychologiem w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. W niektórych sytuacjach potrzebne jest włączenie psychoterapii a czasem farmakoterapii. W przypadku pojawiania się myśli samobójczych konieczne bywa zabezpieczenie dziecka w placówce zamkniętej. W okresie rozwojowym depresja ma często przewlekły i nawracający charakter ale jest chorobą uleczalną a podstawowym sposobem leczenia depresji młodzieńczej jest psychoterapia.

Czasami stan zdrowia dziecka związany z problemami depresyjnymi tak poważnie utrudnia mu funkcjonowanie szkolne, że konieczne jest daleko idące dostosowanie wymagań edukacyjnych np. wyznaczanie dodatkowych terminów zaliczeń, wydłużenie czasu pracy, wykorzystanie okresów lepszego samopoczucia do zaliczania materiału.

Wymagania edukacyjne nie powinny być dodatkowym czynnikiem obciążającym ucznia w sytuacji zaostrzenia objawów depresyjnych. Wymagania dostosowane do jego aktualnych możliwości, umożliwienie osiągania sukcesów edukacyjnych mogą nawet być źródłem osiągnięć i satysfakcji, doświadczeń tak bardzo wspierających ucznia w kryzysie. Niezwykle ważne jest zauważenie i docenienie wysiłków podejmowanych przez ucznia. Warto też zadbać o integrację ucznia z rówieśnikami, nie dopuszczać do wykluczenia społecznego, tworzyć w klasie życzliwą atmosferę, włączać w ciekawe zajęcia pozalekcyjne.

W niektórych sytuacjach konieczne jest czasowe dostosowanie form edukacji w postaci nauczania indywidualnego lub zindywidualizowanej ścieżki kształcenia. W tym czasie uczeń powinien korzystać z zalecanych sposobów leczenia a szkoła stworzyć środowisko sprzyjające uzyskiwaniu osiągnięć szkolnych na miarę możliwości.

Bibliografia:

1. Małgorzata Kołodziejek „Depresja u dzieci i młodzieży: podstawy teoretyczne, psychoterapia poznawczo-behawioralna.” w: Psychoterapia 2 (145) 2008
2. http://www.bc.ore.edu.pl/Content/193/02ore_depresja.pdf
3. <https://www.portaloswiatowy.pl/organizacja-zajec-szkolnych/nie-minie-samo.-jak-pomoc-uczniowi-z-depresja-9615.html>

Samookaleczenia - co może mówić zranione ciało?

Opracowanie: Mirosława Bubak, Magdalena Plich

Wśród nastolatków coraz częściej słyszy się o samookaleczeniu, czyli celowym wyrządzaniu sobie krzywdy. W otoczeniu zachowania te budzą lęk, szokują, odpychają, przerażają, najczęściej są niezrozumiałe i złośliwe.

Zatem dlaczego to robią?

Jakie są przyczyny większej podatności na zachowania autodrestrykcyjne?

Można powiedzieć, że **osoba samookaleczająca się:**

- **nie potrafi inaczej rozwiązać problemów:** autoagresja u młodzieży najczęściej wynika z nieumiejętności radzenia sobie z problemami domowymi (rozwód, alkoholizm, kłótnie z rodzicami), a także z niewłaściwych postaw rodzicielskich (odrzućenia, zaniedbania, nadopiekuńczości, nadmiernych wymagań). Towarzyszą temu nieprzyjemne emocje: poczucie bezradności, lęk przed oceną, złość na siebie i innych, nieśmiałość. Stres, jaki z tego powodu odczuwają dzieci jest ogromny i muszą go w jakiś sposób odreagować.
- **woła o pomoc:** jeśli młody człowiek jest pozostawiony sam sobie, nie czuje wsparcia w otoczeniu, nie doświadcza zainteresowania bliskich swoją osobą, jeśli relacje z rodziną są mocno rozluźnione, to samookaleczenie może pełnić funkcję wołania o pomoc, pozyskania uwagi, wsparcia
- **czuje ból:** długi, przewlekły i trudny do zniesienia ból emocjonalny, który mają zagłuszyć samookaleczenia
- **chce coś uzyskać:** może być próbą przestraszenia kogoś, szantażu, wymuszenia czegoś
- **chce „zaszpanować” przed rówieśnikami:** coraz częściej można spotkać się z samookaleczeniem się młodzieży by zaimponować swoim kolegom, zyskać poczucie akceptacji
- **chce zapomnieć:** o problemach, kłopotach domowych lub szkolnych, kompleksach, aby w ten sposób rozładować napięcie psychiczne i uzyskać poprawę swojego samopoczucia
- **jest chora:** z możliwością samookaleczenia należy liczyć się w zespołach depresyjnych, w chorobach psychicznych (np. schizofrenii), zaburzeniach osobowości (osobowość neurotyczna, psychotyczna, borderline)

Jakie funkcje pełnią samookaleczenia?

Samouszkodzenia zawsze służą jakimś celom, dlatego tak łatwo się od nich uzależnić. W odniesieniu do osób, które ich dokonują i doświadczeń, jakie przeżyły, samookaleczenia pełnią różne funkcje, m.in.:

- redukują napięcie wewnętrzne i nieprzyjemne stany emocjonalne. Po dokonaniu samouszkodzenia osoby te często czują się lepiej i są w stanie wrócić do swojego życia.

- służą przekształceniu cierpienia psychicznego w fizyczne, czyli bardziej namacalne. Pozwala to na odzyskanie pewnej kontroli nad wewnętrznym bólem i sytuacją (funkcja ochronna).
- stanowią formę komunikowania się z otoczeniem. Osoby autoagresywne często tłumią w sobie odczucia gniewu i złości, a z czasem również innych emocji. Często dokonują ich ludzie, którzy mają trudności ze zwracaniem się o pomoc, nieufni wobec innych, wycofani. Osoba taka jest przekonana, że nie ma prawa mieć własnych potrzeb, życzeń oraz uczuć. Akt autoagresji ma więc na celu uzewnętrznienie tej wielości zakazanych emocji. Autoagresja to często także próba zakomunikowania innym o swoim cierpieniu. Często właśnie samookaleczenie się stanowi dla osoby jedyną dostępną formę komunikacji z otoczeniem.
- mogą być łącznikiem między ja duchowym i ja cielesnym. Osoby autodestrukcyjne często odnoszą wrażenie, że ich ciało jest martwe. Uszkodzenie ciała, poczucie bólu, a zwłaszcza widok czerwieni krwi, która jest symbolem życia, upewnia te osoby, że wciąż żyją, pomaga coś poczuć.
- pomagają odwrócić uwagę od problemów
- dają poczucie kontroli, korzystania z autonomii
- mogą być próbą nakreślenia swoich granic, które wcześniej zostały naruszone; stanowią próbę przekazania komunikatu; to moje ciało i ja decyduję jak będzie wyglądało
- dają okazję do zaopiekowania się sobą, poprzez opatrywanie ran. Okres następujący po samouszkodzeniu w przypadku niektórych osób może być jedyną okazją do doświadczania fizycznej troski i ukojenia.
- rany często są świadectwem i potwierdzeniem traumatycznych doświadczeń osoby, które były umniejszane i ignorowane.
- mogą pełnić funkcję samokarania lub pokuty, jeżeli dziecku wtłoczono, że jest złe, zepsute, że zasługuje na kary cielesne i przemoc. Tak ukształtowana osoba jest przekonana, że rzeczywiście zasługuje na karę z powodu własnej bezwartościowości i zepsucia. Po karze, jakimi są rany, ofiara może na chwilę sobie wybaczyć. Czasem akty autodestrukcyjne mogą mieć funkcję ukarania innych bliskich osób.
- czasem mogą być sposobem osiągnięcia celów, np. wymuszania czegoś.

Samookaleczenie mówi nam zawsze o wielkim cierpieniu, przez jakie ktoś przechodzi. Odkrycie znaczenia, jakie ukryte jest za samouszkodzeniami, może pomóc cierpiącej osobie pełniej zrozumieć siebie, swoją sytuację i w konsekwencji zaprzestać tego aktu. Dlatego naprawdę istotne jest, aby osoby samouszkodzające się pokonały barierę milczenia i udały się do psychoterapeuty. Z tego naprawdę można wyjść. Ponadto wsparcie bliskich osób jest bardzo ważnym elementem radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Dzięki pomocy życzliwych i zaufanych osób można poradzić sobie z wieloma, czasem przytłaczającymi, problemami. Dlatego warto, żeby nastolatek poszukał takiego wsparcia.

Bibliografia:

1. artykuł „Autoagresja jako forma radzenia sobie ze stresem-przegląd zagadnień”- M. Chodak, Ł. Barwiński, PSYCHIATRIA I PSYCHOTERAPIA 2010;
2. Samouszkodzenia. Istota. Uwarunkowania. Terapia- A. Suchańska, J. Wycisk

Chłopaki nie płaczą?

Opracowanie: Małgorzata Tomaszewska

O depresji można mówić wiele. Jej oblicze w równym stopniu jest różnorodne, co nieprzewidywalne. Nie powinno więc dziwić, że depresja u mężczyzn ma nieco inny „koloryt”, aniżeli depresja kobieca.

Nie żalą się, nie mówią jak bardzo źle, jak wiele ciosów od życia przyjęli już „na klatę”. Wolą zacisnąć zęby, bo przecież „mężczyźni nie płaczą” ... I tylko nie wiedzieć dlaczego, są coraz bardziej rozdrażnieni, impulsywni, agresywni, coraz więcej piją i palą.

Tak oto najprościej maluje się męska odsłona depresji. Naturalnie owe zachowania o niej nie przesądzają, lecz z pewnością odważnie wychodzą naprzeciw. Znaczący temat coraz częściej zwracają uwagę na specyficzne objawy męskiej depresji. Nierozpoznana i nieleczona może być jednym z głównych powodów samobójstw u mężczyzn. Bo wiedzieć trzeba, że to mężczyźni czterokrotnie częściej popełniają samobójstwa niż kobiety, pomimo, iż depresję dwukrotnie częściej diagnozuje się u kobiet.

Typowe objawy męskiej depresji:

- wzrost agresywności
- drażliwość
- narastająca irytacja, frustracja
- wybuchy złości, nawet w sytuacji drobnych problemów i przeszkód
- coraz większe spożycie alkoholu
- sięganie po narkotyki
- ryzykowne zachowania np. niebezpieczna jazda samochodem, przypadkowe kontakty seksualne
- problemy ze snem (sen zbyt krótki lub długi i niespokojny)
- syndrom tzw. wypalenia zawodowego
- wycofywanie z bliskich relacji
- tłumienie przykrych emocji (czasami wręcz im zaprzeczanie)

Warto podkreślić, iż samo pojawienie się wyżej wspomnianych objawów nie dowodzi jeszcze depresji. Ważne jest ich nasilenie i częstotliwość, jak również świadomość, że jest ich więcej i niejednokrotnie są bardziej czytelne.

Mężczyźni nie mówią o tym, co czują – nie wspominają o towarzyszącej im bezradności, smutku, czy poczuciu winy. Tłumienie przykrych emocji lub ich wypieranie ma miejsce najdłużej, jak się da. A konwencja robienia „dobrej miny do złej gry” staje się niemal codziennością.

Odpowiedzi na pytanie, dlaczego męska depresja jest odmienna od kobiecej, poszukamy w uwarunkowaniach kulturowych i stereotypach dotyczących płci. Zgodnie z ich teorią mężczyźni, ani nie płaczą, ani nie proszą o pomoc. Samodzielne radzenie sobie z problemami, odporność na ból, walka z codziennością - nawet za cenę agresji - to przekaz jaki płynie do wielu mężczyzn.

Ci z nich, którzy wyznają te stereotypy mogą postrzegać swoje problemy, jako przejaw słabości kulturowo typowej dla kobiet. Słowem, połączenie tychże wzorców z bieżącymi wyzwaniami życiowymi niesie ryzyko przeszkody o niewyobrażalnych rozmiarach. A stąd już bardzo bliska droga do męskiej depresji.

Jak rozwijać profilaktykę depresji u mężczyzn ?

Najprościej i najpewniej dokonamy tego poprzez zmianę świadomości społecznej zarówno otoczenia mężczyzn, ich partnerek i znajomych, jak i samych mężczyzn. Celem bowiem jest, ażeby nie obawiali się ujawniać bliskim swoich problemów, dzielić się z nimi porażkami, a także by nie wstydziło się prosić o pomoc specjalistów.

Zachowania pozornie niezrozumiałe, dziwaczne, a nawet odpychające mogą kryć u mężczyzn poważniejszy problem o symptomach depresji.

Analiza tematu skłania zatem do wniosku, który warto, ażeby na stałe nam towarzyszył – mądra troska i czujność bliskich oraz znajomych w istotnym stopniu może wspomóc chorego we wczesnym rozpoznaniu depresji. Co więcej, taka postawa jest nieodzownym warunkiem w jej diagnozie oraz okazaniu pomocy potrzebującemu.

Szczyty i doliny – jak żyć z osobą w depresji

Opracowanie: Izabela Wiltosz- Mozych

„*Koń skrzydlaty(?)*”

Depresja (w stopniu lekkim) to mały jest koń skrzydlaty- skrzydłami macha bezustannie, a choć już nie daje rady to dzielnie trzyma w swej głowie małej nadziei pokłady.

Depresja (w stopniu umiarkowanym) to też jest koń skrzydlaty. Jednak ten na swych kopytach ogromne z bólem ciągnie kajdany.

Depresja (w stopniu ciężkim) to koń, który myśli, że nic mu nie pomoże. Nic go wzruszyć nie umie. Choć kiedyś świata losem martwił się srodze, ledwo nogami powłóczy, a skrzydła swe zgubił gdzieś po drodze.

Jekaterina

Depresja jest niebezpieczna dla relacji, ponieważ powoduje izolację uczuciową chorego. Może Ci się wydawać, że twoje gesty, dobre chęci, próby wsparcia odbijają się bezowocnie od ściany obojętności i cierpienia bliskiej Ci osoby. Często im bardziej kochasz bliską osobę, tym jest Ci trudniej udzielać jej wsparcia we właściwy sposób. Wynika to głównie z Twojego buntu przeciw depresji. Nie akceptujesz zmiany, która zaszła w Twoim bliskim. A ponieważ nie możesz się z nią pogodzić, głębszy sens wszystkiego, co mówisz i robisz, zawsze jest następujący: „Bądź znowu normalny, chcę cię mieć z powrotem takiego jak dawniej”.

Żeby móc właściwie odnosić się do bliskiej osoby, należy zaakceptować jej chorobę.

Oto dziewięć podpowiedzi w jaki sposób pomóc choremu na depresję wg Deborah Serani, specjalistki w leczeniu depresji, autorki książki „Życie z depresją”, która sama zmagająca się z tą chorobą:

1. Bądź

Według Serani, najlepsze co możesz zrobić dla kogoś chorującego na depresję, to po prostu z nim być. Psycholożka cytuje swoich pacjentów: „Gdy miałam problemy z depresją, najbardziej pomagały mi momenty kiedy ktoś, kogo kocham, siedział ze mną, gdy płakałam albo bez słów brał mnie za rękę”, „Pomagało mi, gdy mąż mówił – jesteś dla mnie ważna, powiedz co mogę zrobić, aby ci pomóc, znajdę sposób, abyś poczuła się lepiej”.

2. Mały gest

Jeśli nie czujesz się najlepiej w wyrażaniu uczuć, zwłaszcza w trudnych emocjonalnie sytuacjach, możesz przekazać miłość i wsparcie poprzez gesty – ugotowanie ulubionego dania, napisanie miłego sms-a, uśmiech. Takie gesty, zdaniem Sereni, są jak promyczki światła, które pomagają wychodzić z ciemności depresji.

3. Nie oceniaj ani nie krytykuj

To, co mówisz może mieć ogromny wpływ na kogoś, kto choruje na depresję.

Mówienie truizmów typu: „Weź się w garść”, „Wymyślasz sobie to wszystko”, „Rusz się wreszcie”, „Przestań się nad sobą użalać”, sprawią że ukochana osoba jeszcze głębiej popadnie w izolację.

4. Nie prowokuj

Niektóre osoby, które chcą pomóc osobom chorym na depresję, próbują wymusić zmiany zachowania przez gruboskórność, karzącą ciszę, niecierpliwość, stawianie ultimatum typu „Jak się nie pozbierasz, odejdę”. Takie zachowanie są bezużyteczne, bolesne i szkodliwe. Podobnie jak ignorowanie problemu.

5. Nie minimalizuj bólu emocjonalnego

Kiedy mówimy: „Nie jest tak źle”, „Jutro ci przejdzie ten smutek” przeszkadzamy osobie chorej przeżyć trudne uczucia. *Depresja nie jest słabością ani wadą osobowości, to choroba wypartych uczuć, które domagają się uwolnienia.*

6. Unikaj doradzania

Może ci się wydawać naturalne, że dzielisz się swoimi radami z ukochaną osobą, która potrzebuje pomocy, bo jest chora na depresję. Jednak może to spowodować dalsze „zapadanie” się w siebie. Lepsze jest pytanie: „Co mogę zrobić, aby pomóc ci, żebyś poczuła się lepiej?”.

7. Nie porównuj

Nie mów, że wiesz jak się czuje osoba chora na depresję, nawet gdy też masz za sobą taką chorobę. Nie opowiadaj też o innych znanych ci przypadkach. Każdy z nas jest tak indywidualny, że w jedyny sposób przeżywa swoje uczucia.

8. Dowiedz się jak najwięcej o depresji

Można uniknąć powyższych błędów, jeśli dowiemy się faktów o tej chorobie. Porozmawiaj z psychologiem, czytaj książki, fora internetowe. Pomoc osobie w depresji będzie skuteczna, jeśli poznasz objawy, przebieg, następstwa choroby. Wówczas twoje wsparcie ma szansę być naprawdę skuteczne.

9. Bądź cierpliwy

Deborah Serani uważa, że cierpliwość jest kluczowym elementem pomagania ukochanej osobie w depresji. Kiedy naprawdę jesteś z kimś bliskim, nie ma znaczenia jak długo będzie trwało twoje zaangażowanie. Cierpliwość tego, kto pomaga, daje choremu nadzieję. A ona ma moc uzdrawiania.

Powtórzę, że największym **wsparciem dla chorego** będzie akceptacja jego stanu zdrowia.

Depresja nie jest lenistwem, ani wołaniem o uwagę... jest chorobą.

Należy okazywać choremu wiele życzliwości i ciepła. Będąc przekonanym o tym, że choroba minie i upewniać chorego w tym samym przeświadczeniu, że depresja jest stanem przewlekłym, ale przejściowym.

I pamiętajmy...*”nie ma ciemności tak ciemnej, by nie przeniknęło jej światło jednej świecy”.*

Święty Franciszek

Depresja młodzieńcza i leczenie

Opracowanie : Artur Kulig

Depresja młodzieńcza związana jest bezpośrednio z okresem dorastania i przypada na wiek między 12 a 19 rokiem życia. Szczególne znaczenie w tym czasie ma konfrontacja możliwości adolescenta z oczekiwaniami jego oraz rodziny i najbliższego otoczenia np. szkoły oraz okresem budowania poczucia własnej wartości. Może wiązać się również ze zmianami, których doświadczają młodzi ludzie na poziomie fizycznym.

Z psychologicznego punktu widzenia w okresie dojrzewania ogniskują się i powtarzają również wszystkie dotychczasowe okresy rozwojowe, które do tej pory przeżywał adolescent. W tym okresie, więc przeżywa on, jakby na nowo, wszystkie deficyty i konflikty z przeszłości, wszelkie urazy i traumy. Czynniki te tworzą bardzo trudne i skomplikowane tło rozwoju w tym okresie.

Rozpowszechnienie depresji wśród młodzieży sięga około 15 – 20 % populacji. Objawy depresji młodzieńczej są podobne do objawów standardowej depresji dorosłych, jednak często obraz kliniczny maskowany jest przez wybuchy złości, zmęczenie, zachowania buntownicze, autodestrukcyjne i antyspołeczne. Dodatkowo towarzyszą im mogą trudności szkolne, pogorszenie relacji z rówieśnikami i zamknięcie się w sobie.

Wiąże się z tym wiele niebezpieczeństw. Zbagatelizowana depresja może doprowadzić u nastolatka nawet do zachowań autodestrukcyjnych jak samookaleczanie czy głodzenie się a najgroźniejszym jest ryzyko podjęcia próby samobójczej przez nastolatka.

Wyróżnia się kilka postaci klinicznych depresji:

- depresja wyróżniająca się obniżonym nastrojem, napędem i lękiem dotyczącym przyszłości,
- depresja, w której występują trudności szkolne, poczucie bezsensu życia, tendencje i próby samobójcze,
- depresja z autodestrukcyjnymi zachowaniami,
- depresja, w której dominuje niepokój o własne zdrowie i somatyczne objawy lęku.

Ponieważ objawy depresji wśród nastolatków często bywają niecharakterystyczne i różnią się od tych występujących u dorosłych, są mylone z buntem młodzieńczym, będącym naturalnym etapem procesu dojrzewania. W efekcie istnieje ryzyko, że zostaną zlekceważone przez nastolatków, którzy nie są często świadomi zmian, które w nich zachodzą, ale też przez dorosłych, którzy nie wiedzą, że te zmiany w zachowaniu dziecka powinny wzbudzić ich niepokój, szczególnie jeśli utrzymują się przez dłuższy czas.

Najlepszą profilaktyką zaburzeń depresyjnych u młodzieży są dobre relacje z rodzicami. Przede wszystkim na rodzicach leży największa odpowiedzialność za budowanie od najmłodszych lat więzi z dzieckiem, bycia blisko niego, aby czuło się bezpieczne i ważne, aby wiedziało, że z każdym problemem może się zwrócić do mamy czy taty, i że jego problem zostanie poważnie potraktowany. Daje to dużą szansę na możliwie najwcześniejsze wykrycie

niepokojących objawów depresji, mądre wsparcie w chorobie, a przede wszystkim na jej zapobieganie.

Niemniej jeśli już zaobserwujemy u nastolatka niepokojące, nietypowe zachowanie, warto wtedy skonsultować się ze specjalistą np. psychologiem szkolnym lub psychologiem pracującym w poradni psychologiczno – pedagogicznej. Taka wstępna konsultacja pomoże zdiagnozować sytuację oraz ustalić dalsze kroki.

Jeśli w procesie rozpoznania (diagnozy) problemu okaże się, że nasza pociecha choruje na depresję, wtedy psychoterapia indywidualna łączona czasem z terapią rodziny, czy nawet terapią farmakologiczną stanowi najlepszą perspektywę leczenia.

Jeśli chodzi o wybór miejsca czy konkretnego psychoterapeuty, to należy przede wszystkim pamiętać, że w Polsce nie ma obecnie ustawy, która regulowałaby te kwestie. Nie ma zasad i kryteriów prawnych decydujących o tym kto jest a kto nie jest kompetentny do prowadzenia leczenia psychoterapią. Istnieje w Polsce kilkanaście dużych stowarzyszeń i organizacji, które kształcą przyszłych terapeutów. Organizacje te zrzeszone są w tzw. Polską Radę Psychoterapii, która od kilku lat próbuje ujednoczyć zasady i wymogi konieczne do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty. Ogólnie rzecz biorąc składają się na nie trzy obszary kształcenia: szkolenie teoretyczne, terapia własna oraz superwizja pracy. Całe szkolenie trwa od 5 do 8 lat i kończy się egzaminem. Tak, więc należy z dużą rozważą wybierać zarówno miejsce jak i terapeutę, któremu chcemy powierzyć leczenie.

Terapeuta powinien być przynajmniej w trakcie szkolenia teoretycznego (po 2-3 roku) i systematycznie uczestniczyć w superwizji i oczywiście dobrze jeśli ma za sobą własną psychoterapię treningową. Ważna jest również przynależność terapeuty do jednej z kilku organizacji terapeutycznych działających w Polsce np. Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego czy Psychologicznego. Zaś ośrodek stosujący psychoterapię, jako metodę leczenia, powinien być systematycznie superwizowany przez certyfikowanych superwizorów lub też superwizorów – aplikantów. Weryfikacja tych ogólnych, wstępnych zasad zwiększa gwarancję satysfakcji z leczenia, ponieważ zwiększa szansę na profesjonalną pomoc dla nastoletnich pacjentów. W związku z tym warto pytać o to, czy w poradni zdrowia psychicznego, poradni psychologicznej czy innej instytucji spełniane są powyższe kryteria.

Pamiętajmy, że depresja młodzieńcza jest zaburzeniem funkcjonowania emocjonalnego zagrażającego poważną utratą zdrowia a nawet życia, dlatego należy dołożyć starań, aby leczenie tych zaburzeń było na jak najwyższym poziomie. To dotyczy również instytucji oferujących psychoterapię, jako metod leczenia.