



Depresja

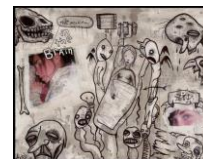
Dr n. med. Artur Kołakowski

www.pozaschematami.pl
www.crescentia.pl

Depresja jest poważną chorobą!

Dla zrozumienia depresji kluczem jest słowo „choroba”. Powinno być całkowicie jasne, że

- mamy do czynienia z objawami poważnej choroby, która może zagrażać życiu;
- depresja to nie złe zachowanie, ani konsekwencja złego wychowywania;
- wasza relacja z dzieckiem może pomagać lub utrudniać leczenie depresji



Depresja to nie lenistwo, ani defekt moralny...

- „Często jesteśmy zmuszani do podejmowania największego z możliwych wysiłku by uczyć się, zdobywać wyróżnienia, nagrody i trafiać do najlepszych z możliwych szkół, uniwersytetów czy prac. Jesteśmy przekonywani, parafrazując pewną ważną dla naszej cywilizacji myśl, że jeśli zrobisz dzisiaj tyle samo co wczoraj, to znaczy, że się cofasz, pobłażasz sobie i stajesz nad krawędzią. Już tylko krok dzieli cię od katastrofy. Przyjemności się nie liczą, a prawdziwym sensem życia jest cierpienie i stawanie się coraz bardziej perfekcyjnym i doskonalszym.”

Depresja zazwyczaj mija.

- Nieleczony epizod depresji trwa – średnio około 4 – 8 miesięcy, choć pacjenci u których problemy z nastrojem trwały dłużej niż rok zanim trafili na konsultację też nie są rzadkością.



Depresja zazwyczaj mija.

- To co ważne, nawet jeśli epizod depresji minie często pozostają po nim pewne „**objawy rezydualne**” czyli problemy, które nie zniknęły pomimo powrotu do zdrowia i w miarę dobrego samopoczucia – często takim problemem mogą być:
 - długo utrzymujące się problemy z koncentracją,
 - trudności ze zmobilizowaniem się
 - brak sił.

Konsekwencje zachorowania na depresję.

- Zachorowanie na depresję zmienia całe życie nastolatka/i i może negatywnie wpłynąć na jego/jej rozwój!
- Przykładowo jednym z ważniejszych powikłań depresji jest ryzyko samobójstwa.
- Około 80 % nastolatków, którzy podjęli próbę samobójczą i około 60 % nastolatków, którzy popełniło samobójstwo cierpiało na zaburzenia nastroju.

Konsekwencje zachorowania na depresję.

- Nieleczona lub niedostatecznie leczona depresja wiąże się z:
 - większym ryzykiem pojawienia się uzależnienia,
 - trudnościami w budowaniu i utrzymywaniu bliższych relacji z innymi ludźmi,
 - osiąganiem wyników szkolnych znacznie poniżej swoich możliwości.
 - nieleczona depresja nastolatka uważana jest też za czynniki ryzyka utrzymywania się zaburzeń depresyjnych w dorosłym życiu.

Rozpowszechnienie

- 3 % ludzi rocznie leczy się z powodu depresji
- Oznacza to 100 mln osób rocznie na Ziemi
- Rozpowszechnienie – 3–10 % pacjentów
- Stosunek kobiet do mężczyzn – 3 : 2
- **50 – 70% pacjentów – początek pomiędzy 15 a 25 r. ż.**



Zaburzenia nastroju u nastolatków

- Przez wiele lat sądzono, że nastolatki nie są w stanie doświadczać ekstremalnych wahań nastroju, mimo to w piśmiennictwie nie brakowało opisów zaburzeń nastroju w wieku rozwojowym.
- Po wprowadzeniu jasnych, ogólnie obowiązujących zasad rozpoznawania zaburzeń psychicznych i zastosowaniu kryteriów takich samych jak dla dorosłych okazało się, że depresja w tym wieku nie jest zjawiskiem rzadkim.

Rozpowszechnienie depresji u młodzieży

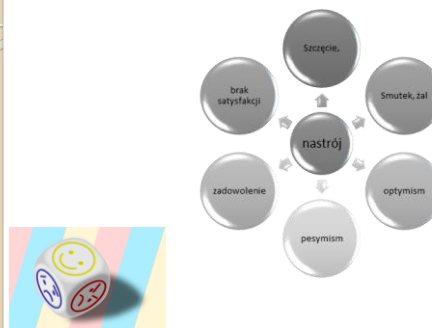
- Badania epidemiologiczne potwierdziły, że depresja młodzieńcza jest znaczącym problemem publicznego zdrowia psychicznego.
- Szacowane rozpowszechnienie depresji u adolescentów wynosi **3 – 5 %**, a wskaźnik rozpowszechnienia życiowego wynosi **20 %** do 18 roku życia

(Birmaher i in., 1996; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley i Andrews, 1993).

Ries Merikangas K., Knight E.: The epidemiology of Depression in Adolescents w: Nolen-Hoeksema S., Hilt LM.: Handbook of Depression in Adolescents; Routledge, 2009

- U dzieci depresja występuje rzadziej niż w przypadku nastolatków.
- W przypadku dzieci tak samo często chorują chłopcy, jak dziewczęta.
- W okresie dojrzewania gwałtownie rośnie częstość zachorowania na depresję
- W okresie dojrzewania (i w dorosłości) dziewczęta chorują częściej. Ta „przewaga” zachorowań wśród nastolatków zaczyna być wyraźna około 13 (12 – 15) roku życia. Na początku dorosłości kobiety chorują już dwa razy częściej na depresję niż mężczyźni.
- U około 25 % osób dorosłych cierpiących z powodu zaburzeń nastroju pierwszy epizod depresji pojawił się gdy byli nastolatkami.
- Do pierwszego w życiu epizodu depresji dochodzi najczęściej pomiędzy 11 a 15 rokiem życia, przy czym w 11 i 15 roku życia mamy wyraźny wzrost zachorowań.
- Na podstawie przeprowadzonych badań możemy szacować, że około 70 % nastolatków będzie miało nawrót depresji w ciągu następnych 5 lat.

Przykładowe rodzaje nastroju



Jaki możemy mieć nastrój?

Prawidłowy, wyrównany – przez większość czasu czujemy się dobrze i jesteśmy zadowoleni z tego co robimy i jak wygląda nasze życie. Na skutek różnego rodzaju wydarzeń robimy się na krótko smutni lub, odwrotnie euforyczni. Prawidłowy nastrój nie jest „szybki” tylko podlega niewielkim wahaniom, przed wszystkim pod wpływem zewnętrznych okoliczności.

Obniżony, depresyjny – to przede wszystkim, przewlekłe uczucie niezwykłego smutku i przygnębienia, niezależne od zewnętrznych okoliczności. Niektórzy pacjenci mówią po prostu, że nie potrafią cieszyć się z życia. Mówimy o depresyjnym nastroju, kiedy występuje on przez większość dnia, przynajmniej przez okres dwóch tygodni, choć zazwyczaj nieleczony może trwać nawet kilka miesięcy.

Dysforyczny (depresyjno – dysforyczny) – to mieszanina smutku i złości. Dla osób z boku widoczna jest przede wszystkim złość i nadmierne atakowanie innych. Dla chorej osoby – jej wewnętrzne cierpienie, którego nikt nie potrafi zrozumieć, poczucie skrzywdzenia. Bardzo częsty dla nastolatków/ek.

Podwyższony (mania, hypomania) – to nierealistyczne uczucie pobudzenia i euforii, które powoduje, że błędnie, nadmiernie optymistycznie oceniamy swoje możliwości. Niektóre osoby zamiast euforii odczuwają przede wszystkim pobudzenie i rozdrażnienie. Sygnalami, które mogą sugerować chorobowo podwyższony nastrój mogą być: poczucie własnej mocy i wielkości, nadmierna rozmowność, poczucie, że jest się w stanie pokonać każdą trudność, a wszystkie przychodzące do głowy pomysły są genialne.

Trudne pytania

- Czym różni się prawidłowe wahania nastroju od zaburzeń nastroju (depresji)?
- Czym różni się smutek, złość, żal, żaloba od depresji?



Depresja, a żaloba

Depresja	Żaloba
Depresyjny nastrój utrzymuje się przez cały czas.	Smutek się zmienia w ciągu jednego dnia, zmniejsza się z czasem.
Negatywne myśli są zgeneralizowane, dotyczą siebie, świata, przyszłości.	Negatywne myśli wiążą się ze stratą.
Nie zdarzają się lepsze momenty nastroju.	Zdarzają się lepsze momenty nastroju.
Myśli o śmierci związane z pesymistyczną oceną siebie, świata i przyszłości	Myśli o śmierci związane z chęcią połączenia się z ukochaną osobą.



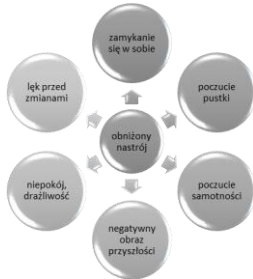
Postawmy sobie trzy podstawowe pytania?

- Co myślą osoby pogrążone w depresji:
 - o sobie
 - o świecie
 - o innych?
- Co czują?
- Jak się zachowują?

Triada depresyjna Becka to negatywny obraz:



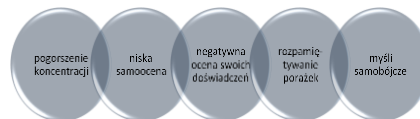
Przejawy obniżonego nastroju



Emocje związane z depresją



Objawy poznawcze związane z depresją



Objawy behawioralne (zachowania) związane z depresją



„Klasyczny” obraz depresji

Tradycyjnie w najważniejszych próbach konceptualizacji depresji uwzględniano:

- Obniżony nastrój
- Pogorszenie samooceny
- Zwiększenie krytycyzmu
- Poczucie winy z powodu popełnionych lub zaniechanych czynów
- Uczucie beznadziei i bezradności

Trzy podstawowe objawy depresji:



DSM 5

- W okresie dwóch tygodni występuje co najmniej pięć poniższych objawów, które reprezentują zmianę w dotychczasowym funkcjonowaniu; **co najmniej jeden z tych objawów to (1) nastrój depresyjny lub (2) utrata zainteresowań i przyjemności.**
- **Uwaga:** Nie zalicza się objawów, które zdecydowanie świadczą o innym schorzeniu.

DSM 5

1. Depresyjny nastrój występuje / utrzymuje się niemal codziennie przez większość dnia, na co wskazuje albo subiektywna opinia (osoba odczuwa smutek, pustkę lub brak nadziei) albo obserwacja innych osób (na przykład, „płaczliwość”). (**Uwaga:** U dzieci i nastolatków może występować rozdrażnienie).

DSM 5

2. Znaczny spadek zainteresowań oraz odczuwania przyjemności w stosunku do wszystkich (bądź niemal wszystkich) aktywności przez większość dnia, niemal codziennie (na co wskazuje subiektywna opinia lub obserwacja osób trzecich).

DSM 5

3. Znaczny spadek lub przyrost masy ciała pomimo nie stosowania diety (na przykład wahania masy ciała w granicach 5% w ciągu miesiąca) albo niemal codzienne wahania łaknienia (**Uwaga:** u dzieci należy zwrócić uwagę na brak oczekiwanego przybierania na wadze).
4. Bezsenna lub nadmierna senność występująca niemal każdego dnia.

DSM 5

5. Niemał codzienne pobudzenie lub zahamowanie psychomotoryczne (zauważalne dla innych, a nie jedynie subiektywne poczucie nerwowości lub spowolnienia).
6. Niemał codzienne zmęczenie i utrata / brak energii
7. Niemał codzienne poczucie braku własnej wartości, nadmierne lub nieadekwatne poczucie winy (wykraczające poza robienie sobie wyrzutów lub poczucie winy z powodu zachorowania; może mieć charakter urojeniowy).

DSM 5

8. Ograniczona umiejętność myślenia lub koncentracji albo brak zdecydowania, zdarzające się niemal codziennie (na co wskazuje subiektywna opinia lub obserwacja osób trzecich).
9. Nawracające myśli o śmierci (nie tylko strach przed umieraniem), nawracające myśli samobójcze bez konkretnego planu albo próby samobójcze, albo konkretny plan popełnienia samobójstwa.

DSM 5

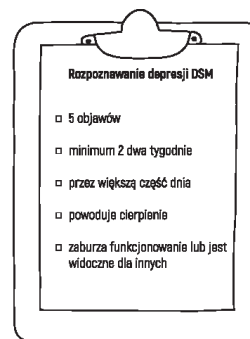
B. Symptomy wywołują istotne klinicznie cierpienie psychiczne bądź upośledzenie funkcjonowania w społecznym, zawodowym lub innym ważnym obszarze.

C. Epizody te nie są związane z fizjologicznymi działaniami zażywania środków odurzających lub innego schorzenia.

DSM 5

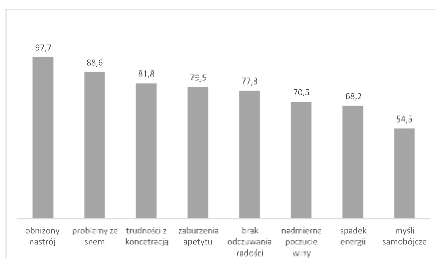
Uwaga: Kryteria A-C opisują epizody dużej depresji. Epizody te występują często w zaburzeniu dwubiegunowym typu I, nie są jednak konieczne do jego zdiagnozowania.

Uwaga: Reakcje na istotną stratę (śmierć bliskiej osoby, krach finansowy, straty wynikające z klęski żywiołowej, poważna choroba lub kalectwo) mogą obejmować opisane w kryterium A uczucia intensywnego smutku, ruminacje dotyczące straty (rozpamiętywanie), bezsennność, utratę apetytu i spadek masy ciała, przypominające epizod depresyjny. Choć występowanie takich objawów jest całkowicie zrozumiałe i uważa się je za adekwatne do straty, to jednak należy dokładnie zaobserwować, czy normalnej reakcji na istotną stratę nie towarzyszy epizod dużej depresji. Wymaga to dokonania oceny klinicznej w oparciu o historię danej jednostki oraz normy kulturowe kształtujące ekspresję cierpienia wywołanego stratą.



Najczęściej (w %) występujące objawy depresji u nastolatków

Źródło: na podstawie Lewinsohn P, Rohde P, Seeley J.: Major Depressive Disorder in Older Adolescents. Clinical Psychological Review; 1998 18 (7), s.765 – 94



Objawy depresji – relacje rodzica i dziecka



Problemy wychowawcze
Drażliwość
Unikanie wysiłku
Trudności w rannym wstawaniu
Utrata zainteresowań
Pogorszenie wyników w nauce

Smutek
Myśli samobójcze
Obniżona samoocena
Problemy ze snem

Objawy, które mogą świadczyć o tym, że dziecko ma ciężką depresję.

1. Długotrwała zmiana nastroju – nastolatka jest ponura, smutna, marudna lub rozdrażniona przez większość czasu w ciągu przynajmniej kilku tygodni.
2. Porzucenie aktywności, które wcześniej sprawiała przyjemność
3. Wyraźne i długotrwałe problemy ze snem
4. Wyraźne, niezwiązane ze stosowaniem diety zmiany apetytu i / lub wagi.
5. Zmiany w sposobie mówienia o sobie – nie jestem tak dobra jak inni, jestem leniwa i głupia, łatwiej by wam było gdybym nie żyła.
6. Wyraźne i dość nagle pogorszenie się ocen, problemy z koncentracją, skargi, że nauka czy odrabianie prac domowych stały się zbyt trudne
7. Mówienie na temat choroby, śmierci, samobójstwa.

Depresja u młodzieży może przebiegać ciężiej niż u dorosłych...

- Doświadczenie negatywnych i niekontrolowanych wydarzeń jest powiązane z beznadziejnością i apatią zarówno u ludzi, jak i u zwierząt

(Abramson, Seligman i Teasdale, 1978).



Depresja u młodzieży

- Pierwsze pojawienie się i nawroty depresji u młodzieży często są poprzedzone negatywnymi wydarzeniami psychospołecznymi, takimi jak:
 - konflikt rodzinny,
 - choroba somatyczna,
 - zerwanie z ukochaną osobą
 - utrata przyjaciela

(Lewinsohn i in., 1999).

Depresja u młodzieży

- Stres w rodzinie może odgrywać szczególnie ważną rolę!
- Stwierdzono, że
 - depresja rodziców,
 - konflikt rodzic – dziecko,
 - rozwód rodziców,
 - niska spójność rodziny
 - wysoki poziom „wyrażanych emocji”**zwiększają ryzyko depresji u młodzieży**

(np. Asarnow i in., 1993; Lewinsohn i in., 1994)

Czynniki ryzyka depresji u nastolatków (Reinecke 2006)

- Strata rodzica lub opiekuna
- Wykorzystanie lub zaniedbanie
- Problemy małżeńskie, konflikt w rodzinie
- Problemy z rówieśnikami
- Problemy z nauką
- Przewlekła choroba
- Niska samoocena
- Współwystępowanie zaburzeń lękowych
- Używanie substancji psychoaktywnych
- Negatywne wydarzenia życiowe

Odejście rodzica

- Dzieci, które straciły rodzica w wyniku śmierci lub rozwodu mogą stać się wrażliwe na depresję jeśli nie otrzymają odpowiedniej opieki ze strony drugiego rodzica lub opiekuna oraz jeśli ich środowisko i codzienna rutyna ulegnie rozpadowi.



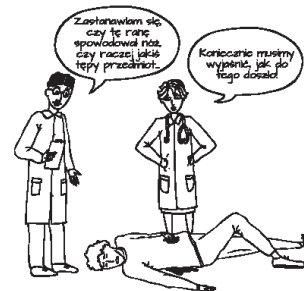
Konsekwencje nadużywania środków psychoaktywnych

- Mogą prowadzić do zachowań samobójczych poprzez wzrost impulsywności i upośledzenie zdolności do samokontroli.
- Epizod samobójczy zdarza się u 35% nastolatków mających depresję i nadużywających substancji psychoaktywnych w porównaniu z 19% nastolatków z rozpoznaniem tylko depresji.
- Działają szkodliwie na mózg, mogą prowadzić do jego uszkodzenia, co zmniejszy szansę nastolatka na dobre funkcjonowanie w okresie dorosłości. Jeśli nastolatek sięga po alkohol czy narkotyki by regulować sobie nastrój nie nauczy się innych bezpieczniejszych sposobów regulowania swoich emocji.
- Skupienie się zdobywaniu substancji psychoaktywnych często wiąże się z zaniedbaniem nauki, porzuceniem szkoły (złamanie linii życiowej),
- są nielegalne, co może prowadzić do realnych problemów z prawem
- mogą zwiększać ryzyko pojawienia się zaburzeń psychicznych (w tym depresji i schizofrenii) lub nasilać już istniejące zaburzenia psychiczne,
- niszczą ważne relacje

Konsekwencje współwystępowania depresji i uzależnienia

1. Gorsza odpowiedź na leczenie farmakologiczne depresji,
2. Nasilenie objawów depresji z powodu stosowania substancji psychoaktywnych,
3. Nasilone wahania nastroju,
4. Większe ryzyko próby samobójczej i udanego samobójstwa,
5. Negatywny wpływ na karierę akademicką,
6. Znaczne nasilenie konfliktu rodzinnego, rozpad relacji rodzinnych,
7. Pogorszenie funkcjonowania społecznego

Dlaczego moje dziecko zachorowało na depresję?



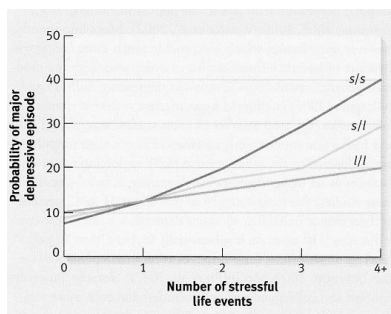
Dlaczego moje dziecko zachorowało na depresję?



Co wpływa na podatność na depresję (Reineke 2006)

1. Czynniki biologiczne / genetyczne
2. Negatywne wydarzenia życiowe
3. Rodzaj wczesnych doświadczeń i rodzaj zbudowanej więzi z opiekunem (więź bezpieczna vs. Pozabezpieczna) \
4. Sposób regulowania emocji
5. Umiejętności społeczne, możliwość otrzymywania wsparcia od innych osób
6. Zniekształcenia i deficyty poznawcze

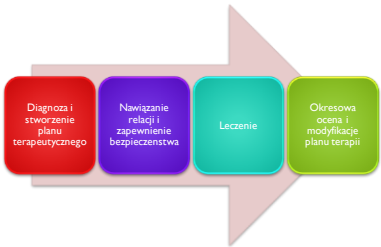
Genetyka (5-HTT), wydarzenia stresowe i depresja Moffitt i in., 2005



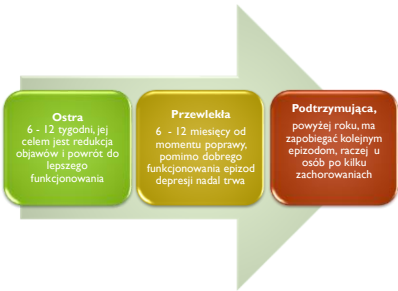
Trzy powody, dla których trzeba leczyć depresję

1. Objawy depresji powodują pogorszenie funkcjonowania nastolatków w większości ważnych sfer życia – szkolnej, rodzinnej, społecznej, budowaniu relacji intymnych. Bardzo trudno jest im potem powrócić do poprzedniego poziomu funkcjonowania.
2. Poważna depresja może stać się przyczyną dodatkowych problemów np. uzależnień. Depresyjne nastolatki (zwłaszcza dziewczęta) mają dużo większą szansę na uzależnienie się niż osoby dorosłe. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że uzależnienie przetrwa do dorosłości.
3. Depresja jest chorobą nawracającą – brak leczenia zwiększa ryzyko pojawienia się kolejnych epizodów, także w dorosłości.

Kolejne kroki w leczeniu depresji



Fazy leczenia depresji



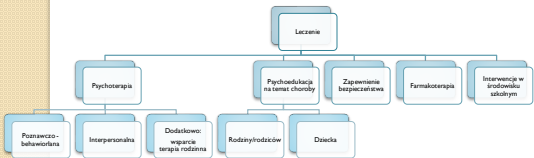
Miejsce leczenia depresji

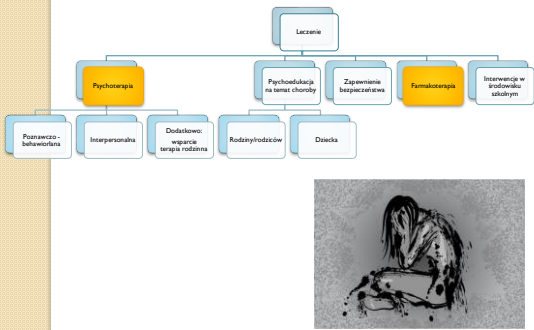
- Większość chorych na depresję może być leczona w ambulatorium.
- Wskazaniem do leczenia szpitalnego jest takie nasilenie depresji, które stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia chorego z powodu niemożności zapewnienia podstawowych potrzeb i ryzyka samobójstwa.

- Wskazania do leczenia szpitalnego:**
- Stan po próbie samobójczej
 - Nastolatka zgłasza, że ma konkretny plan popełnienia samobójstwa
 - Nasilone myśli samobójcze, zmiana charakteru myśli samobójczych
 - Brak możliwości zapewnienia bezpiecznego środowiska poza szpitalem (w domu)
 - Brak zgody nastolatki na podpisanie i przestrzeganie planu bezpieczeństwa
 - Pojawienie się objawów psychiatrycznych w przypadku ciężkiej depresji
 - Dowody lub podejrzenie jakiegokolwiek rodzaju przemocy / wykorzystania w domu



Wskazania do hospitalizacji	
BEZWZGLĘDNE	Myśli samobójcze z tendencją do realizacji
	Nasilenie objawów zagrażające życiu
	Objawy psychiatryczne
WZGLĘDNE	Włączenie leków przeciwdepresyjnych u pacjentów okaleczających się i mających myśli samobójcze
	Leczenie ambulatoryjne nie przynosi efektu
	Dziecko wypadło z dotychczasowych ról, nie jest w stanie podjąć żadnej aktywności w ciągu dnia
	Dziecko mówi że nie czuje się bezpiecznie
	Dziecko ma poczucie że dłużej sobie nie poradzi





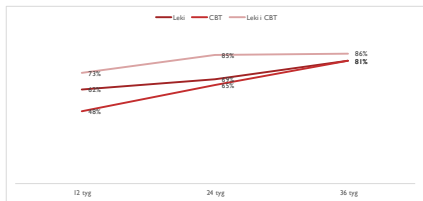
Przyjmowanie leków

TAK	NIE
• Leki trzeba przyjmować codziennie • Jeśli pojawią się jakieś działania uboczne niezwłocznie skontaktuj się ze swoim lekarzem • Jeśli idziesz na wizytę lekarską z innego powodu koniecznie powiedz jakie bierzesz leki • Koniecznie poinformuj, że bierzesz leki przeciwdepresyjne przed każdym zabiegiem – od wyrwania zęba po operację • Zanim włączysz nowy lek poproś lekarza o sprawdzenie czy może być on podawany z twoim lekiem przeciwdepresyjnym • Unikaj alkoholu i środków psychoaktywnych	• Większość leków przeciwdepresyjnych nie powinno się nagle odstawiać – ustal w jaki sposób można zmniejszać ich dawkę ze swoim lekarzem • Nie zmieniaj dawki leku bez porozumienia z lekarzem • Leki niestety nie stanowią rozwiązania wszystkich twoich problemów, nie sprawią też, że wszystkie objawy znikną • Leki przeciwdepresyjne nie działają od razu, na efekt niestety trzeba będzie poczekać

Psychoterapia o udowodnionej skuteczności w leczeniu depresji



Badanie TADS Źródło: Kennard BD i sp.: [Remission and Recovery in the Treatment for Adolescents With Depression Study \(TADS\): Acute and Long-Term Outcomes](#) Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 48, Issue 2, p.186–195 February 2009,



Zagadnienia szczegółowe związane z leczeniem.

- Bezpieczeństwo
- Psychoedukacja
- Inne oddziaływania
- Gdy leczenie nie przynosi efektów

Safety – Bezpieczeństwo jest priorytetem, gdyż depresja stanowi znaczący czynnik ryzyka samobójstwa

- Należy zadbać o wszechstronną i ciągłą ocenę ryzyka ze zwróceniem szczególnej uwagi na prawdopodobieństwo samouszkodzeń.
- Trzeba ocenić ryzyko zaniechań w stosunku do siebie lub innych osób (np. niedożywienie lub uczuciowe zaniechanie dzieci) oraz – jeśli ma ono miejsce – udokumentować sposób wypełniania obowiązków rodzicielskich.
- W przypadkach, gdy ryzyko jest duże i nie można opanować sytuacji w środowisku pacjenta, hospitalizacja może się okazać konieczna.

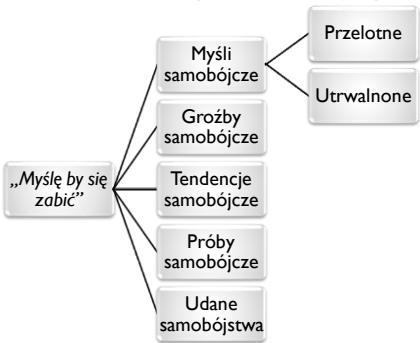
Samobójstwa dzieci i młodzieży

- 100 000 zgonów rocznie na całym świecie
- Trzecia najczęstsza przyczyna śmierci w grupie wiekowej 10-14 i 15-19 lat
- Prawie 20% nastolatków w wieku gimnazjalnym zgłasza, że w przeciągu ostatniego roku miało myśli samobójcze
- W przeciętnej klasie licealnej mamy dwie dziewczynki i jednego chłopca, którzy próbowali popełnić samobójstwo

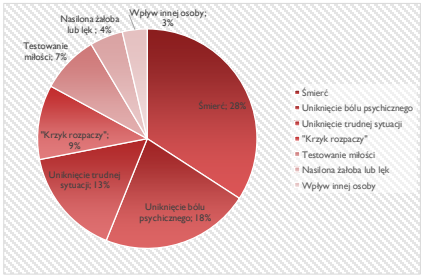
Samobójstwa dzieci i młodzieży

- Przeciętnie jedno na 20 dzieci i nastolatków w którymś okresie życia cierpi na poważne zaburzenia depresyjne
- 10% - 50% nastolatków, które podjęły próbę samobójczą, podejmuje kolejną
- 11% nastolatków, które podjęły próbę samobójczą, ginie w jej wyniku
- Często dzieci nie zastanawiają się dłużej niż 15 minut nad próbą samobójczą

Rozróżnienie myśli samobójczych



Motywacja do podejmowania prób samobójczych przez nastolatki – dane za Boergers J., Spirito A., Donaldson D.: Reasons for Adolescent Suicide Attempts: Associations With Psychological Functioning; J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, ; 37, (12), p. 1287–1293



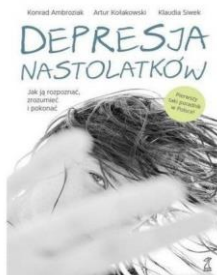
Najważniejsze obszary oceny myśli i tendencji samobójczych – na podstawie Brent DA., Poling KD., Goldstein TR.: Treating Depressed and Suicidal Adolescents, A Clinical Guide, The Guildford Press 2011



Psychoedukacja

- Psychoedukacja i ustrukturyzowane rozwiązywanie problemów są w podstawowej opiece zdrowotnej skutecznymi działaniami w przypadku depresji i należy stosować je rutynowo.
- Chorym należy zalecać zmiany stylu życia (higiena snu, regularna aktywność fizyczna, ograniczenie spożywania alkoholu, liczby wypalanych papierosów, unikanie narkotyków oraz leczenie zaburzeń lękowych), jako metody wspomagające uzyskanie remisji

Można polecić książkę do
przeczytania...



Ważnym elementem psychoedukacji na temat depresji powinno być przekazanie wiedzy na temat metod wspomagających leczenie depresji:

- higieny snu,
- regularnej aktywności fizycznej,
- ograniczenia (najlepiej zrezygnowania) ze spożywania alkoholu,
- ograniczenia (najlepiej zrezygnowania) z używania substancji psychoaktywnych,
- leczenia zaburzeń współistniejących, zwłaszcza zaburzeń lękowych.

Zmiany w życiu, które pomagają w zapobieganiu nawrotowi depresji:

1. Ograniczenie spożywania alkoholu i substancji psychoaktywnych – idealna z punktu widzenia leczenia byłaby abstinencja.
2. Dbanie o regularny i wystarczająco długi sen
3. Regularny, umiarkowany wysiłek fizyczny
4. Dbanie o regularne i odpowiednio dobrane posiłki
5. Zadbanie o równowagę pomiędzy pracą (nauką) i odpoczynkiem
6. Angażowanie się kontakty społeczne
7. Angażowanie się w zdrową, opartą na wzajemności bliską, intymną relację
8. Wygaszanie konfliktów rodzinnych, wspólne miłe spędzanie czasu

Jeżeli leczenie nie było skuteczne:

- było prowadzone zgodnie z wytycznymi;
- pacjent był leczony farmakologicznie minimum 8 tygodni, w tym minimum 4 tygodnie na zwiększonej dawce leku np. 40 mg fluoksetyny;
- nie doszło do zmniejszenia nasilenia się objawów minimum o 50 %.

Jeżeli leczenie nie było skuteczne: warto
zwrócić uwagę na czynniki rodzinne:

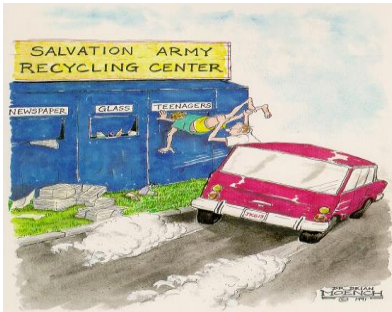
- Silny konflikt rodzinny;
- Podważanie znaczenia leczenia;
- Odrzucenie, także emocjonalne;
- Krytykowanie;
- Podważanie zaangażowania nastolatka;
- Brak leczenia problemów psychicznych rodziców;
- Brak wsparcia rodziców i ich zaangażowania w proces leczenia.

Czynnik środowiskowy	Wpływ na leczenie depresji	Podstawowa interwencja
Depresja rodzica	Pogorszenie się relacji dziecka z rodzicem, poczucie samotności, konieczności radzenia sobie ze wszystkim samemu	Leczenie depresji rodzica
Bycie ofiarą wykorzystania	Staba - odpowiedź zarówno na psychoterapię jak i farmakoterapię, trudności w relacjach z ludźmi, unikanie traumy	Przerwanie wykorzystania, jeśli było psychofarmakoterapię, ono w przeszłości, psychoterapia
Przemoc w szkole (bullying)	Znaczące nasilenie myśli i zachowań samobójczych, niska samoocena, odmowa chodzenia do szkoły	Interwencja w szkole, przerwanie przemocy
Konflikt w rodzinie	Staba - odpowiedź zarówno na psychoterapię jak i farmakoterapię, duże ryzyko przerwania leczenia – zarówno przez nastolatka, jak i przez rodzica	Mediacja rodzinna Terapia rodzinna
Orientacja seksualna	Bycie ofiarą przemocy i / lub odrzucenia zarówno w środowisku rówieśniczym, jak i szkolnym czy rodzinnym, atak obrazu siebie	Konieczność równoległej pracy nad akceptacją orientacji seksualnej
Strata	Powikłana, trwająca zbyt długo żałoba, możliwe objawy PTSD	Konieczność terapii powikłanej żałoby i / lub PTSD

W przypadku **doznawania przemocy w domu czy szkole**, warunkiem wstępnym leczenia depresji a zwłaszcza jej psychoterapii jest zaprzestanie przemocy. W takim wypadku specjalista/ka prowadzący/a terapię może zastosować środki interwencyjne:

- Skontaktować się ze szkołą (w przypadku przemocy w szkole);
- Skontaktować się z opieką społeczną, sądem rodzinnym, policją czy prokuraturą w przypadku wystąpienia przemocy w rodzinie.

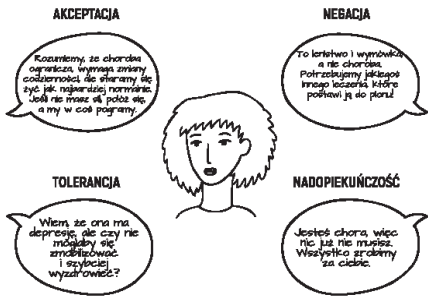
Rola rodziców w terapii



Odpowiedzialność w terapii

Rodzica	Terapeuty	Nastolatka/tki
• wychowuje • wyznacza granice, nagradza i karze • wspiera, akceptuje	• rozpoznaje mechanizmy zaburzenia, pokazuje je • podaje, sugeruje, rozważa sposoby działania • aktywnie wyraża troskę • buduje atmosferę zrozumienia, wsparcia i akceptacji	• aktywnie bierze udział w terapii, dzieli się swoim życiem • stara się wprowadzać rozwiązania wypracowane w trakcie terapii w życie

Postawy wobec choroby



Artur, 16 lat. Uczeń 2 klasy Liceum, przed zachorowaniem trenował siatkówkę, na kilku przyjaciół, ale ostatnio ograniczył spotkania z nimi. Przygotowywał się do olimpiady z historii.

Gdzie mam go wspierać	Gdzie akceptować trudności	Gdzie egzekwować zasady
• Wychodzenie z domu i spotkania z przyjaciółmi • Poranne docieranie do szkoły – zapropnowałam mu podwożenie • Podkreślanie, że celem jest zdanie do 3 klasy na średniej 2,0. • Dbanie o wygląd – pomogę mu w prasowaniu, praniu itp.	• Rezygnacja z olimpiady z historii • Weekendowe poranne zaleganie w łóżku • Raz ma siłę się uczyć, a raz nie • Bałagan w pokoju, jeśli nie śmierz przez drzwi • Ma trudne wieczory – rozumiem, że wtedy nie ma siły na nic	• Chodzenie do szkoły – akceptuję 10 % nieobecności. • Zaliczanie klasówek • Bycie na treningach • Zero alkoholu i narkotyków • Siedzenie po nocy – przestrzeganie zaleceń lekarza, lek na sen • Regularne branie leków i wizyty na sesjach

Gdy twoje dziecko jest chore:

- ✓ Nie obwiniaj siebie lub swojego dziecka za zachorowanie. To do niczego dobrego nie prowadzi.
- ✓ Nastolatek z depresją, podobnie jak z zapaleniem płuc czy cukrzycą może nie być w stanie wykonać wielu swoich zadań i obowiązków. Nawet jeśli uda jej/mu się zmobilizować zazwyczaj osiąga słabsze rezultaty. Dlatego chwal ją/go za każdy, najdrobniejszy sukces.
- ✓ Krytyka nie motywuje, a często pomaga zrezygnować z walki i przestać wierzyć w wyzdrowienie. Jeżeli chcesz pomóc swojemu dziecku, nie krytykuj go/jej.
- ✓ Depresja to choroba, która psuje relacje pomiędzy ludźmi. Dopóki Twoje dziecko nie wyzdrowieje to Ty głównie odpowiadasz za to, co dzieje się między wami.

Gdy twoje dziecko jest chore:

- ✓ Zaakceptuj (uwierz), że to choroba, a nie złe zachowanie.
- ✓ Chore osoby traktujemy trochę inaczej niż zdrowe – często do czasu wyzdrowienia zwalniamy je z pewnych obowiązków. Jeżeli twoje dziecko jest chore, możesz mu/jej trochę odpuścić, do czasu wyzdrowienia.
- ✓ Osoba z depresją nie kontroluje swojego nastroju – nie ma wpływu czy jest smutna, rozdrażniona czy właśnie poczuła się lepiej. Ją też to wkurza i często sobie z tym nie radzi, dlatego potrzebuje widzieć, że ty dajesz radę i może znaleźć w tobie oparcie. Na pewno nie oczekuj, że córka lub syn „coś w końcu z tym zrobią”.

Gdy twoje dziecko jest chore:

- ✓ Nie warto oceniać i krytykować objawów choroby. Raczej nie powiesz wahanom poziomu glukozy w cukrzycy, że są nieodpowiedzialne i mogłyby w końcu dorosnąć, złamać ręce, by wzięła się w garść, to tylko zwykłe lenistwo, czy wysokiej gorączce przy zapaleniu płuc, że dawno nie widziałas tak niedojrzałego zachowania – cały dzień w łóżku zamiast uczyć się do matury.
- ✓ Twoje dziecko oczekuje tego, że będziesz zainteresowany/a jego życiem, ale nie cierpi tego kiedy jesteś wścibski/a.
- ✓ Nastolatki w depresji wymagają kontroli, wsparcia i asertywności dorosłych, gdy ich żądanie są niedorzeczne. Z drugiej strony, jak będziesz nadopiekuńczy/a, to będą z Tobą walczyć.

Gdy twoje dziecko jest chore:

- ✓ Nastolatki nie zawsze potrafią do końca zrozumieć i opisać co się z nimi dzieje – zwłaszcza te młodsze. Postaraj się obserwować swoje dziecko i podzielić się wnioskami z jego psychiatrą lub psychoterapeutą.
- ✓ Drażliwość jest typowym objawem depresji - to taki nastoletni odpowiednik smutku. Nie przykładaj do niej zbyt dużej wagi i staraj się ignorować.
- ✓ Pogorszenie wyników w nauce to typowa konsekwencja depresji – spadku nastroju, trudności w koncentracji, poczucia, że nic nie może się udać. Twierdzenie, że Twoje dziecko jest po prostu leniwe jest dla niego bardzo krzywdzące.
- ✓ Depresja to choroba, którą się leczy jakiś czas. Dlatego prosimy cię, powstrzymaj swoją (naturalną) chęć osiągania szybkich zmian.

Jak mogę pomóc dziecku z depresją

- Słuchaj, nie zrzędz, nie krytykuj nie dawaj niechcianych rad
- Spróbuj pokazać, że starasz się zrozumieć świat z perspektywy twojego dziecka
- Wzmacniaj, zauważaj i chwal każdą zmianę i krok do przodu
- Mów dobrze o swoim dziecku, tylko dobrze
- Mów „dziękuję” i „proszę” rozmawiając ze swoim dzieckiem
- Spędzaj z nim przyjemnie czas
- Wspieraj go w wychodzeniu z domu i radzeniu sobie z zadaniami w terapii, jeśli się na to umówiliście lub Cię o to poprosi.

Rady dla rodziców dotyczące monitorowania szpitalnych znajomości:

- obserwuj z dystansem relacje, które nawiązuje twoje dziecko oraz jego zachowania,
- rozmawiaj z dzieckiem o tym, co dobrego widzi w tych znajomościach, co one mu dają, jakie potrzeby zaspokajają. Wysłuchaj i staraj się nie oceniać i nie krytykować wyborów swojego dziecka. Jeśli nastolatek otworzy się przed tobą, a ty skrytykujesz to co mówi, najprawdopodobniej już nigdy więcej nie powie ci nic ważnego o sobie,
- wiedząc jakie potrzeby ma twoje dziecko pomóż mu nawiązać satysfakcjonujące relacje poza szpitalem. Może konieczna jest zmiana szkoły? Zławsza jeśli młoda osoba jest w dotychczasowej szkole źle traktowana. Może trzeba wesprzeć nastolatkę w realizowaniu zainteresowań, na przykład na zajęciach dodatkowych i w oparciu o nie nawiązywanie nowych znajomości?
- interweniuj zdecydowanie jeśli widzisz zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa swojego dziecka. Dotyczy to sytuacji, gdy inna osoba namawia twoje dziecko do okaleczenia czy samobójstwa

Drobne podsumowanie:

1. Już nigdy nie zrzędz
2. Nie krytykuj
3. Nie dawaj niechcianych rad



1. Parafrazuj to, co słyszysz
2. Nie obwiniaj
3. Bądź sobą, nie udawaj
4. Skupiasz się na uczuciach, nazywaj je
5. Zawsze powiedz coś pozytywnego

Często największy niepokój rodziców depresyjnych dzieci dotyczy szkoły: Czy depresja zmienia obraz szkoły – czy „dzięki depresji” będę się uczyć więcej lub mniej?



Po co – z punktu widzenia terapeuty – chodzimy do szkoły.

- Zdobywanie znajomości i przyjaźni
- Nawiązywanie pierwszych romantycznych relacji
- Poznawanie swoich mocnych i słabych stron
- Uczenie się negocjowania z dorosłymi (w przyszłości przyda się w rozmowie z szefem czy policjantem)
- Rozwijanie swoich pasji i hobby
- Odnoszenie sukcesów w sporcie (lub innych dziedzinach).

Po co – z punktu widzenia terapeuty – chodzimy do szkoły.

- Nie powinno więc nas zdziwić, że jeśli nastolatek/ka na dłużej „wypadnie” z codziennego rytmu chodzenia do szkoły jego/jej rozwój, nie tylko akademicki, ale także społeczny zostanie zaburzony.
- Zwolnienie lekarskie czy inne działanie ograniczające chodzenie do szkoły jest elementem leczenia, a nie przywilejem.

Depresja, a nauka

- Hospitalizacja: na niektórych oddziałach istnieje możliwość nauki w szkole szpitalnej – o możliwości uczestnictwa w lekcjach decyduje pacjent i prowadzący go lekarz, w zależności od stanu zdrowia nastolatka itd.
- Zwolnienie lekarskie: zazwyczaj na pierwsze kilka tygodni leczenia, dopóki stan zdrowia nie poprawi się na tyle, że nastolatek/ek będzie mieć szansę na poradzenie sobie z kontaktami z innymi ludźmi, wychodzenie z domu itp.
- Nauczanie indywidualne na terenie domu
- Nauczanie indywidualne całkowite na terenie szkoły
- Nauczanie włączające na terenie szkoły – część lekcji z klasą, część indywidualnie
- „Chodzenie w kratkę” – jest to sposób raczej nieformalny, związany z umową pomiędzy szkołą, nastolatkiem i rodzicami. Część pacjentów nie chce zrezygnować z chodzenia na lekcje, a jednocześnie bycie na wszystkich z nich jest dla nich ponad siły.
- Chce chodzić do szkoły, ale pogodzić się z tym, że uczyć się na minimum wymagań, co jest i tak często ponad maksimum moich sił

Zalety i wady nauczania indywidualnego	
Zalety	Wady
Pozwala kontynuować naukę w przypadku dużego nasilenia epizodu depresji uniemożliwiającego chodzenie do szkoły.	Powoduje wypadnięcie z relacji rówieśniczych i towarzyskich. Może prowadzić do osamotnienia.
Daje szansę na poprawę ocen. Wiele osób uczy się lepiej w kontakcie z nauczycielem jeden do jeden.	W przypadku nastolatka i nastolatek z rozpoznaną fobią społeczną, czy problemami społecznymi – utrwała te problemy.
Daje szansę na powolny powrót do codziennych obowiązków (zwłaszcza po zwolnieniu czy hospitalizacji).	Może wzmacniać negatywne myślenie o sobie – „jestem inny, beznadziejna bo nie chodzę normalnie do szkoły”.
Może uspokoić sytuację rodzinną i zmniejszyć obawy związane z przyszłością edukacyjną.	Zabiera szansę na wiele doświadczeń z normalnego, nastoletniego życia.

Nastolatka z depresją, a spotkanie z nauczycielem w parku

Wśród zaleceń terapeutycznych w trakcie leczenia depresji zazwyczaj prosi się nastolatki o:

- wychodzenie z domu
- spotkania z przyjaciółmi
- wysiłek fizyczny, najlepiej z kimś, poza domem.

Dlatego jest prawdopodobne, że nauczyciel może spotkać swoją uczennicę z depresją w parku, kinie, na torze do jazdy rolkach. Nie jest to dowód na to, że nastolatka symuluje. Raczej, że stosuje się do zaleceń swojego psychoterapeuty.





www.pozza-schematami.pl
www.uczymyterapii.pl

Psychoterapia poznawczo-behawioralna



CBT depresji



Ważne założenie

- Badania pokazują, że **pozytywny rezultat w poznawczej terapii depresji jest określany przez stopień, do którego wczesne sesje skupiają się na określonych, konkretnych interwencjach.**
- Dla wielu ludzi są to sesje, w których pojawia się największa zmiana.



Zmiana aktywności

- W terapii w celu wywołania zmiany poznawczej wykorzystuje się różnorodne techniki behawioralne.
- Nakłonienie osoby z depresją, aby bardziej angażowała się w codzienne czynności, może zadać kłam przekonaniom o własnej nieudolności i wyższości pozostania w łóżku

Jak planować przyjemność?

- Teraz naszym zadaniem jest zaplanowanie przynajmniej jednej przyjemności na każdy dzień nadchodzącego tygodnia.
- Zazwyczaj prosimy by to planowanie było jak najbardziej szczegółowe, ponieważ zwiększa to szansę na doprowadzenie zadania do końca.

Idealna aktywność według McCauley E sp.:

1. Jest dla Ciebie łatwa, przyjemna i często się w nią angażowałeś
2. Tania
3. Związana z relacjami z innymi
4. Dzięki niej czujesz się lepiej i nie masz problemów by doprowadzić ją do końca.



McCauley E., Schioldt KA, Gudmundsen GR, Martell CR, Dimidjian S. Behavioral Activation with Adolescents: A Clinician's Guide; The Guilford Press 2016

Jak planować przyjemność?

- Warto odpowiedzieć sobie na następujące pytania.
 - Co będę robić?
 - O której godzinie?
 - Z kim?
 - Kiedy umówię się na to spotkanie?
 - Jaki mam plan B, gdyby na przykład ta osoba była zajęta?
 - Czy jest ktoś kogo chcę poprosić o wsparcie? Najlepiej z pewnym wyprzedzeniem.

Jak planować przyjemność?



Czasami możemy też przeszkadzać w terapii...



Przebieg terapii

- po behawioralnej aktywacji następuje faza skupiania się na nauce umiejętności oceniania myśli automatycznych.
- Polega ona na podważaniu dowodów potwierdzających myśli automatyczne oraz ustaleniu, czy możliwe są inne, uzasadnione interpretacje wydarzeń.

Niekorzystne nawyki myślowe

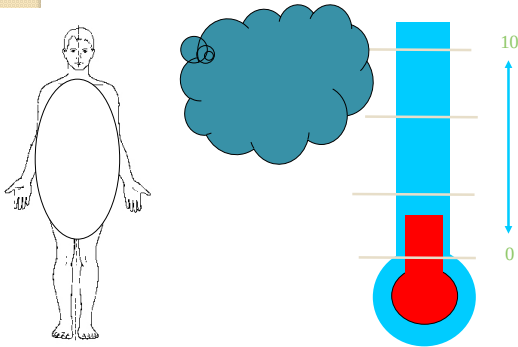
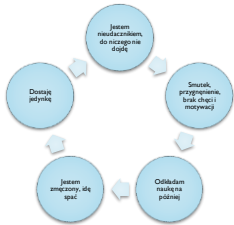
- „osamotnienie” w myśleniu – nieumiejętność uwzględniania cudzej perspektywy, co sprawia, że negatywne myśli jednostki pozostają niezakwestionowane;





Błędne koła w depresji

„Adam jest właśnie w takim stanie. Jednocześnie depresja podpowiada mu, że skoro tak jest, to pewnie jest nieudacznikiem i do niczego nie dojdzie. Co się dzieje dalej? Łatwo zrozumieć, że Adamowi w tym stanie trudno się uczyć, czy podejmować wyzwania. Coś co wcześniej przychodziło łatwo, teraz zaczyna sprawiać dużą trudność. Z tego powodu zaczyna odkładać naukę na później (każdy z nas ma tendencję do odkładania trudnych rzeczy na potem), dostaje gorsze stopnie, co „potwierdza” słowa depresji. Wpada w błędne koło i uczy się coraz gorzej.”



Sytuacja: _____

Zniekształcenia poznawcze

- Myślenie czarno – białe
- Odrzucanie pozytywów
- Perfekcjonizm

Typowe deficyty umiejętności u młodzieży

- **Słabo rozwinięta zdolność do łagodzenia napięcia**, co prowadzi do niepokoju i unikania nowych lub potencjalnie wymagających sytuacji;



- Techniki relaksacji
- Uczenie radzenia sobie z emocjami w nowych sytuacjach

Typowe deficyty umiejętności u młodzieży



- **nieśmiała postawa w sytuacjach społecznych**, która uniemożliwia satysfakcjonujące kontakty oraz powstrzymuje rozwój bliskich relacji rówieśniczych, trudności w stworzeniu związku

- Uczenie umiejętności społecznych

Typowe deficyty umiejętności u młodzieży

- **gorsze radzenie sobie w dziedzinach cenionych przez szkołę lub przez rówieśników** (np. sport), co prowadzi do niekorzystnych porównań społecznych dokonywanych przez siebie i innych oraz obniża zarówno status wśród rówieśników, jak i poczucie własnej wartości.

Budowanie wysp kompetencji



Dziękuję za uwagę



- Zapraszamy na 4 letnie, akredytowane przez PTTPiB, szkolenie w psychoterapii poznawczo – behawioralnej.
- Trwa nabór na drugą edycję w Szczecinie
- www.crescentia.pl
- www.uczmyterapii.pl