

# Depresja nastolatków – jak ją rozpoznać, zrozumieć i pokonać

---

Trudno jest akceptować objawy depresji, ponieważ jej konsekwencje tak mocno uderzają w wartości naszej zachodniej kultury, upośledzają funkcjonowanie w tych sferach, które uważamy za fundamentalne. Od wczesnego dzieciństwa jesteśmy uczeni, że okazywanie emocji, a zwłaszcza niekontrolowanie tych trudnych i nieprzyjemnych, świadczy o niedojrzałości, lenistwie, pobłażaniu sobie czy głupocie. Często jesteśmy zmuszani do podejmowania maksymalnego wysiłku, aby się uczyć, zdobywać wyróżnienia i nagrody oraz miejsce w najlepszej szkole, na najlepszym uniwersytecie czy w najlepszej pracy. Parafrazując pewną ważną w naszej cywilizacji myśl, można powiedzieć, że przekonuje się nas, iż jeśli zrobiłeś dzisiaj tyle samo co wczoraj, to znaczy, że się cofasz, pobłażasz sobie i stajesz nad krawędzią – tylko krok dzieli cię od katastrofy. Przyjemności się nie liczą, a prawdziwym sensem życia jest cierpienie i stawanie się coraz bardziej perfekcyjnym.

Nie dyskutując z takimi poglądami, chcemy jedynie zwrócić uwagę, że osoba chora na depresję nie może kontrolować swojego nastroju ani objawów depresji. Rodzice młodych ludzi dotkniętych tą chorobą często w pierwszej reakcji uznają objawy zaburzeń nastroju za przejawy niedojrzałości czy lenistwa i krytykują nastolatka za taką postawę. Aby pomóc swojemu dziecku, musicie jednak uwierzyć, że jest chore i że samo nie może z tym nic zrobić. Możecie pomóc mu przejść przez depresję i sprawić, że leczenie będzie łatwiejsze.

Nastolatek z depresją jest chory, nie smutny. W przypadku zwykłej chandry pomocne bywają prezent, miła niespodzianka, spędzenie razem czasu w przyjemny sposób, pozytywna uwaga rodziców. W przypadku depresji, która jest chorobą, te metody raczej nie okażą się skuteczne. I nie jest to najgorsza trudność, z jaką muszą się zmierzyć rodzice. Czasem w obrazie klinicznym depresji najsilniej widoczne są drażliwość i niechęć do kontaktu. Wtedy możemy wręcz mieć wrażenie, że ktoś podmienił nam ukochane dziecko, a w domu zamieszkał Obcy. Czasami musimy mierzyć się też z takimi problemami jak sięganie po alkohol, zażywanie narkotyków, niewstawanie do szkoły, wychodzenie do nieznanym nam „przyjaciół” i niewracanie na noc. W takich sytuacjach dość naturalnie pojawiają się strach, poczucie bezradności, złość, chęć zastosowania rozwiązań siłowych – zwykle w takiej kolejności. Depresja nie jest jednak przejawem złego zachowania, lecz poważną chorobą.

Kluczem do zrozumienia depresji jest słowo „choroba”. Powinno być dla was całkowicie jasne, że:

- macie do czynienia z objawami poważnej choroby, która może zagrażać życiu;
- depresja nie jest przejawem złego zachowania ani konsekwencją złego wychowywania;
- wasza relacja z dzieckiem może ułatwiać lub utrudniać leczenie depresji;
- gdyby wasze dziecko nie zachorowało, nie czytaliście tej książki.

Jednym z powodów minimalizowania problemu depresji i związanego z nią ryzyka samobójstwa jest błędne przekonanie rodziców, że „moje dziecko nigdy by czegoś takiego nie zrobiło”. Niestety takie przekonanie może prowadzić do bagatelizowania wagi objawów czy konieczności leczenia. Innym niebezpiecznym zjawiskiem jest lęk przed oceną innych osób: „Co pomyślą sąsiedzi i znajomi, gdy dowiedzą się, że moja córka leczy się z powodu depresji?”. Koniecznie trzeba zrozumieć, że depresja nie jest dowodem na to, iż źle opiekujemy się dzieckiem. To taka sama poważna choroba jak cukrzyca czy wada serca. Czy te choroby też ukrywalibyśmy przed światem? Czy wstydziłibyśmy się, że leczymy dziecko z powodu cukrzycy lub wady serca? █

Myślenie o depresji jako o poważnej chorobie naprawdę może pomóc. Na przykład możemy się martwić trochę mniej lub przestać w ogóle martwić się tym, co powiedzą sąsiedzi lub znajomi. Rodzice dziecka z niewydolnością nerek raczej nie zastanawiają się, co złego pomyślą sąsiedzi, widząc karetkę wożącą dziecko na dializę. Raczej też nie obwiniają siebie ani swojej pociechy o chorobę. Co najwyżej denerwują się, że sąsiad tak postawił samochód, iż karetka ma problem z zaparkowaniem.

Po postawieniu diagnozy depresji rodzice bardzo często pytają: „Dlaczego moje dziecko zachorowało?”. Zazwyczaj nie możemy jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Za depresję częściowo odpowiada predyspozycja (geny), częściowo zaś odpowiadają trudne wydarzenia, z którymi nastolatek musiał się mierzyć. Wspomniane pytanie nie jest jednak na tym etapie najważniejsze. To, na które musimy sobie odpowiedzieć i które koniecznie trzeba zadać lekarzowi czy terapeutce, brzmi: „Jak będzie wyglądać leczenie?”. A także: „Kiedy leczenie może przynieść efekty, kiedy moje dziecko poczuje się lepiej?”, „Czy w czasie leczenia mogą wystąpić jakieś powikłania?”, „Czy leki mają działania uboczne?”, „Czy konieczna jest hospitalizacja?”. Skupienie się na szukaniu przyczyn depresji zamiast na jej leczeniu może być niebezpieczne. Podjęcie decyzji o leczeniu nastolatka jest koniecznym krokiem, który rodzic powinien wykonać, aby pomóc swojemu dziecku.

### **Czy moje dziecko może mieć poważny problem z depresją?**

Żeby stwierdzić, czy dziecko może mieć wskazany problem, trzeba sobie zadać serię pytań szczegółowych:

- Czy zauważyłam (zauważyłem) u dziecka przewlekłe zmiany nastroju – dziecko jest ponure, przygnębione, drażliwe, smutne, marudne? Czy obserwuję takie zmiany przynajmniej od kilku tygodni, przez większą część każdego dnia (choć mogą być momenty, kiedy dziecko czuje się lepiej)?
- Czy dziecko straciło radość życia? Jest takie dzień po dniu, tydzień po tygodniu?
- Czy powyższe zmiany nastroju sprawiły, że moje dziecko funkcjonuje znacznie gorzej niż dotychczas?
- Czy dziecko straciło zainteresowanie rzeczami, które wcześniej sprawiały mu przyjemność?
- Czy spędza mniej czasu, zajmując się swoim hobby?
- Czy dziecko zaczęło ograniczać spotkania z przyjaciółmi, rzadziej wychodzić z domu?
- Czy pojawiły się problemy z nauką, nagle pogorszyły się oceny?
- Czy dziecko mówi, że ma kłopoty z koncentracją, nie ma sił, trudno jest mu się zmotywować? Czy podaje „słuszne” powody („Nie pójdę dziś do szkoły, by lepiej napisać to wypracowanie / nauczyć się do klasówki”), aby nie wychodzić z domu?
- Czy ma problemy z snem (zarówno trudności z zasypianiem, jak i nadmierna senność) i/lub wahania apetytu?
- Czy dziecko mówi, że nie ma energii do działania, mniej dba o siebie, ma podkrążone oczy?
- Czy dziecko gorzej mówi o sobie, widzi innych jako lepszych od siebie, obwinia się nadmierne, mówi, że życie nie ma sensu albo że nie ma po co żyć?
- Czy zaczęłam (zaczęłem) myśleć, że moje dziecko jest leniwe, zdemoralizowane, ma zaburzenia zachowania, bo jego zachowanie nagle się zmieniło?

**Uwaga:** oczywiście nie wszystkie te objawy muszą świadczyć o depresji czy innym zaburzeniu (np. uzależnieniu), ale im bardziej zachowanie dziecka odbiega od jego wcześniejszego zachowania, tym bardziej wskazana wydaje się konsultacja z psychiatrą lub psychoterapeutą. Trzeba też pamiętać, że wszystkie wskazane problemy nie zawsze występują razem. Na przykład nastolatek może się zmuszać do spotkań z przyjaciółmi i udawać dobry nastrój ze strachu przed odrzuceniem i osamotnieniem.

Depresja u każdego może objawiać się zupełnie inaczej. W naszej praktyce opisy objawów depresji często bardzo się różnią u poszczególnych pacjentów. Zdarza się, że problemy są widoczne zarówno dla rodziców, jak i dla nastolatka, ale czasami rodzice przyznają, że zapisali dziecko na konsultację, bo wierciło im o to dziurę w brzuchu, a oni nie za bardzo wiedzą dlaczego. Zdarza się też odwrotnie, kiedy to nastolatek mówi, że rodzice przyprowadzili go na konsultację, choć on nie widzi po temu żadnego powodu. W kolejnych podrozdziałach dość szczegółowo opiszemy najważniejsze objawy i skargi zgłaszane przez pacjentów z depresją.

Depresja jest chorobą, która rozwija się stopniowo. W ciągu kilku tygodni pojawiają się kolejne objawy, aż w końcu, czasami niepostrzeżenie dla otoczenia, u młodego człowieka występują już praktycznie wszystkie jej przejawy, tak że w czasie konsultacji psychiatrycznej rozpoznanie nie stanowi większej trudności.

### **Przykład z praktyki klinicznej**

Ania ma 16 lat. Na pierwszą konsultację przyszła z mamą. Psychoterapeuta po krótkim przywitaniu zapytał o powód spotkania. Pierwsza odezwała się mama nastolatki. Wyjaśniła, że o konsultację poprosiła córka, choć zdaniem jej samej, jako rodzica, nie dzieje się nic złego. Ania chodzi do szkoły, dobrze się uczy, spotyka z koleżankami. Psychoterapeuta poprosił o rozmowę w cztery oczy z nastolatką. Gdy zostali w gabinecie we dwoje, Ania się rozplakała. Od kilku miesięcy z dnia na dzień jest jej coraz trudniej mobilizować się do wypełniania codziennych obowiązków. Dziewczynie się wydaje, że nic nie ma już większego sensu. Ostatnio kilka razy nie poszła do szkoły, mówiąc mamie, że następnego dnia ma ważną klasówkę i musi się do niej lepiej przygotować. Tak naprawdę Ania nie miała sił wstać z łóżka i się ubrać. Zresztą musi się zmuszać nie tylko do chodzenia do szkoły i do nauki, ale także do spotkań z koleżankami. Przy koleżankach stara się grać dawną, wesołą Anię, ponieważ boi się zostać sama. Od pewnego czasu myśli, że nie ma sensu żyć. Nigdy nie targnęłaby się na swoje życie, ale gdyby wjechał w nią samochód na pasach, przyjęłaby to z ulgą.

### **Przykład z praktyki klinicznej**

Powodem konsultacji czternastoletniej Zosi były kłopoty szkolne. Po zmianie szkoły stopnie dziewczyny gwałtownie się pogorszyły. Uczennica, która ukończyła szkołę podstawową, otrzymując świadectwo z czerwonym paskiem, na koniec pierwszego semestru gimnazjum miała cztery jedynki. Zosia tłumaczyła rodzicom, że zupełnie nie może się skoncentrować.

Potrafiła uczyć się po pięć, sześć godzin każdego popołudnia, ale nie przynosiło to żadnych rezultatów. Rodzice zgłosili się z córką do pediatry, który po wykonaniu podstawowych badań namówił ich na konsultację u psychiatry. W czasie zbierania wywiadu okazało się, że trudności z koncentracją i nauką to nie jedyne problemy Zosi. Na złe samopoczucie nastolatki duży wpływ miały kłopoty ze snem. Zosia długo nie mogła zasnąć lub budziła się w środku nocy i nie radziła sobie z natłokiem katastroficznych myśli („Nie poradzę sobie”, „Ta szkoła jest dla mnie za trudna”, „Nikt w tej szkole mnie nie lubi”). Trudno jej było opisać swoje emocje i określić, czy jest bardziej smutna niż kiedyś. Uważała, że nic jej już nie cieszy, szukała też pretekstów, by wymówić się od spotkań z koleżankami. W ciągu ostatnich dwóch miesięcy przytyła cztery kilogramy.

### **Przykład z praktyki klinicznej**

Piętnastoletni Piotr trafił na konsultację z rozpoznaniem zaburzeń zachowania. Zarówno opinia ze szkoły, jak i wywiad zebrany od rodziców wskazywały, że chłopiec jest agresywny. Rodzicom najbardziej zależało na tym, żeby „coś zrobić” z zachowaniem syna. W czasie diagnozy psychiatra starał się zrozumieć, co oznacza stwierdzenie, że Piotr jest agresywny. Poprosił rodziców o podanie przykładów konkretnych zachowań, które miałyby o tym świadczyć. Według nich Piotr zaczął źle reagować na wszystkie polecenia – krzyczał, trząsał drzwiami, wychodził z pomieszczenia. Co więcej, takie zachowania zdarzały się w czasie zwykłej rozmowy. Piotr obrażał się i złościł z byle powodu. Psychiatra spytał rodziców, czy w takim razie właściwszym określeniem na to, co obecnie dzieje się z Piotrem, nie byłoby stwierdzenie, że stał się drażliwy. Rodzice zgodzili się z tym. Uznali, że ich syn rzeczywiście jest „niezwykle drażliwy bez powodu”. Na pytanie, czy mają też inne problemy z synem, odpowiedzieli twierdząco – od pewnego czasu Piotr nie sprząta swojego pokoju, potrafi całe popołudnie przeleżeć w łóżku i gapić się w sufit, zdarza mu się spać w ubraniu i trzeba go zmuszać, by się mył. Rano nie można go dobudzić i regularnie nie chodzi na pierwsze lekcje. Praktycznie się nie uczy.

Piotr w czasie rozmowy z lekarzem był zdenerwowany, każde pytanie go irytowało. Twierdził, że nie potrzebuje żadnej pomocy i że nikt nie może mu pomóc. Powiedział, że jest do niczego i chce, by go zostawić w spokoju.

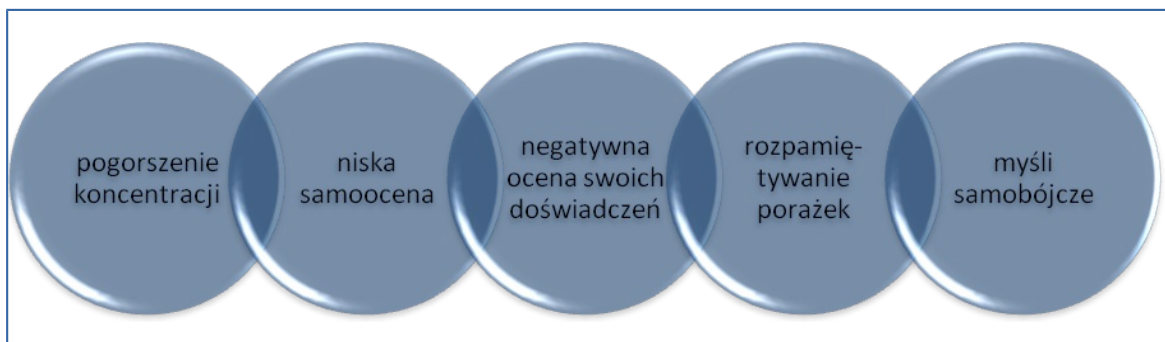
Rodzice i nastolatki mogą postrzegać objawy depresji w zupełnie odmienny sposób, ponieważ ich uwagę skupiają różne problemy (różne przejawy depresji). Dla otoczenia dużo bardziej widoczne są zmiany zachowania (kłopoty ze wstawaniem z łóżka, opuszczenie się w

nauce, odmowa chodzenia do szkoły, przesiadywanie przed komputerem) czy wpływające na relacje z ludźmi zmiany emocji (nastroju) – przede wszystkim drażliwość. Dla nastolatka ważniejsze jest to, co dzieje się z nim samym – wszechogarniający smutek, brak sił do działania, kłopoty z koncentracją, negatywne myślenie, nasilające się myśli o bezsensowności życia czy wręcz myśli samobójcze. Dlatego też nie powinno dziwić, że informacje uzyskane od młodego człowieka i te podane przez jego rodziców mogą znacznie się różnić. W trakcie konsultacji rodzice mogą mówić raczej o problemach z zachowaniem, czy wręcz o zaburzeniach zachowania, podczas gdy nastolatek skupi się na tym, że z powodu wewnętrznego cierpienia trudno jest mu przeżyć każdy dzień.

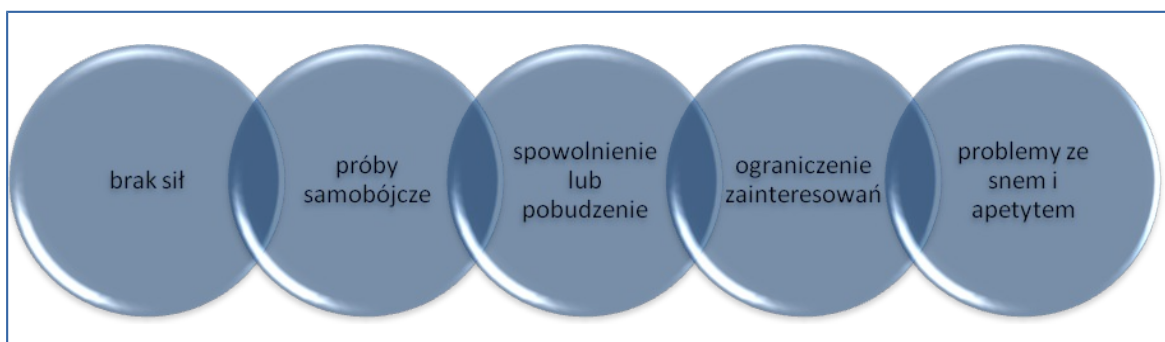
#### Emocje związane z depresją



#### Objawy poznawcze związane z depresją



#### Objawy behawioralne (dotyczące zachowania) związane z depresją



Klasycznie od, ponad dwóch wieków opisywano chorych na depresję, uwzględniając kilka podstawowych objawów:

- obniżony nastrój;
- brak sił do działania;
- obniżenie samooceny;
- wzrost krytycyzmu;
- poczucie winy z powodu popełnionych lub zaniechanych czynów;
- poczucie beznadziei i bezradności;
- myśli o śmierci, myśli samobójcze.

Współcześnie wskazuje się, że pewne podstawowe objawy, które muszą występować u danej osoby, by można było postawić rozpoznanie depresji:

- utrzymujący się przez długi czas spadek nastroju;
- brak odczuwania przyjemności (nazywany anhedonią);
- obniżenie napędu, czyli brak sił, aby wykonać najprostsze czynności życiowe<sup>1</sup>.

Trzy podstawowe objawy depresji



**Fragmenty tekstu książki *Depresja nastolatków. Jak ją rozpoznać, zrozumieć i pokonać* (GWP, 2018)**

Link <https://goo.gl/ppgKj2>

---

<sup>1</sup>Ten objaw nie jest uważany za podstawowy we wszystkich klasyfikacjach.