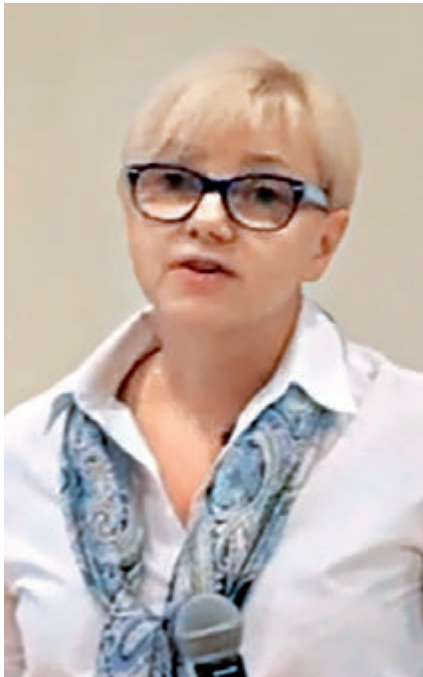


## PSYCHIATRIA W PYTANIACH I ODPOWIEDZIACH

# Nastolatek z depresją – jak mu

Objawy depresji u nastolatków są często niecharakterystyczne, a ich rozpoznanie wymaga niekiedy dłuższej obserwacji oraz wnikliwej diagnostyki psychiatry i psychologa.



Fot. Termedia

– Często rodzice zastanawiają się, czy objawy zgłaszane przez dziecko to depresja czy próba tłumaczenia niechęci do wykonywania przez nie swoich obowiązków. Czy symptomy obserwowane przez dorosłych opiekunów możemy uznać za chorobę? Może to etap rozwojowy? Wiemy przecież, że nastolatki mają specyficzne zachowania – mówi lek. Agata Ejchman-Albinowska, specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, psycholog, psychoterapeuta z wieloletnim stażem w lecznictwie zamkniętym, ambulatoryjnym i środowiskowym w Fundacji Słonie na Balkonie.

### Trudno o jednoznaczne dane epidemiologiczne

W ciągu ostatnich lat obserwuje się wyraźny wzrost występowania zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży, ponadto obniża się średnia wieku, w którym objawy pojawiają się po raz pierwszy. Trudno jest uzyskać jednoznaczne dane epidemiologiczne.

– Ogólnie mówi się, że adolescenti stanowią 4–8 proc. osób z zaburzeniami depresyjnymi. Po okresie pokwitania częściej występują one u dziewcząt niż u chłopców. Pierwszy epizod depresyjny ma z reguły miejsce między 11. a 15. rokiem życia. U nastolatków obserwujemy dużo nawrotów choroby w ciągu 5 lat – do 70 proc. – przytacza dane lek. Agata Ejchman-Albinowska.

W listopadzie 2021 r. opublikowano wyniki badania EZOP II. Jest to kompleksowe ba-

danie stanu zdrowia psychicznego polskiego społeczeństwa i jego uwarunkowań. Pierwszy raz została zbadana grupa dziecięca – między 7. a 17. rokiem życia. – Okazało się, że w tej grupie częstość występowania depresji określonej według kryteriów DSM-5 wynosi 0,4 proc., a wśród młodzieży w wieku 12–17 lat 1,5 proc. Warto zaznaczyć, że nie opierano się na badaniu klinicznym, ale na kwestionariuszach. W grupie wiekowej 12–17 lat 60 proc. kwestionariuszy było wypełniane w obecności rodzica, co niewątpliwie wpłynęło na uzyskane wyniki – zauważa lek. Agata Ejchman-Albinowska.

### Depresja oczami rodzica...

– Rodzice zgłaszają się do nas, ponieważ niepokoją się zmianą zachowania dziecka. Przychodzą też przekierowani przez psychologa czy pedagoga szkolnego lub wychowawcę, którzy zauważyli niepokojące objawy i zasugerowali pomoc specjalisty. Takim alarmującym sygnałem, o którym nauczyciele często dowiadują się od innych uczniów, są samookaleczenia. W ostatnim czasie słyszymy też, że same dzieci proszą rodziców o wizytę u specjalisty, częściej u psychologa, rzadziej u psychiatry – mówi lek. Agata Ejchman-Albinowska.

Rodzice w rozmowach ze specjalistami często koncentrują się na trudnościach wychowawczych z nastolatkiem, który nie chce wstawać z łóżka, nie sprząta pokoju,

nie uczy się. Charakterystyczne są skargi na zmienność nastroju, która może występować częściej niż smutek. Reaktywność nastroju u nastolatków nie wyklucza depresji. Do tego czasami dochodzi duża drażliwość, wybuchy złości, okresowa agresja słowna i czynna, co może skutkować pogorszeniem relacji rówieśniczych, ale też relacji w rodzinie.

Nastolatek może się zamykać w pokoju, siedzieć w ciemności, nie pozwalać nikomu wchodzić, odmawiać chodzenia do szkoły. Rodzice zgłaszają, że dziecko jest ciągle zmęczone, przestało chodzić na treningi, porzuciło naukę języków obcych. Przestało je interesować to, co wcześniej lubiło robić. Często zgłaszanym objawem są zaburzenia snu.

– Jeśli dziecko ma dobry kontakt z rodzicem, zdarza się, że ten usłyszy, że życie nie ma sensu, że jego dziecko jest „do niczego” i niczego w życiu nie osiągnie – wymienia możliwe objawy lek. Agata Ejchman-Albinowska.

### ...i dziecka

U dzieci występują trzy grupy objawów:

- w sferze emocji – smutek, przygnębienie, drażliwość, lęk, brak odczuwania przyjemności;
- w sferze poznawczej – niska samoocena, negatywna ocena dotychczasowych doświadczeń, poczucie bezradności, pesymistyczne myślenie o przyszłości, trudności w koncentracji, zapamiętywaniu, wolne



lek. Agata Ejchman-Albinowska:  
Nie zawsze pacjenci przychodzą i opowiadają o swoich objawach, często trzeba konkretnie dopytać o każdy z nich

### Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka wystąpienia depresji w grupie adolescentów są:

- separacja lub śmierć osoby bliskiej,
- dysfunkcja lub trudności ekonomiczne rodziny,
- zaniedbanie, przemoc, wykorzystanie,
- uzależnienie członków rodziny,
- choroby somatyczne lub psychiczne w rodzinie,
- trudności szkolne (nauka, relacje rówieśnicze),
- dylematy związane z tożsamością seksualną,
- wyuczona bezradność,
- autoagresja.





# pomóc

Iwona Kazimierska

tempo pracy, męczliwość, myśli rezygnacyjne i samobójcze;

- na poziomie zachowania – pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe, izolacja społeczna, utrata zainteresowań, utrata łaknienia, zaburzenia rytmu dobowego, samookaleczenia, próby samobójcze.

– *Należy pamiętać, że u dzieci i młodzieży konieczne jest dobre przeprowadzenie wywiadu. Nie zawsze pacjenci przychodzą i opowiadają o swoich objawach, często trzeba konkretnie dopytać o każdy z nich* – przypomina ekspertka.

Często obserwuje się zachowania samobójcze u nastolatków, ale również coraz częściej występują one w grupie dziecięcej. Są to myśli, plany, próby samobójcze. Aktywne myśli samobójcze z zamiarem popełnienia samobójstwa pojawiają się u ok. 6 proc. nastolatków.

– *Wcale nierzadko słyszymy od pacjentów: „chciałbym zniknąć, ale nie mógłbym się zabić”, „nie zabiję się, ale jakby na pasach przejechał mnie samochód, to byłoby dobrze” albo „żyję tylko dla moich rodziców, bo gdybym się zabił, byłoby im przykro”. Należy pamiętać, że samobójstwo jest drugą przyczyną zgonów w grupie młodzieżowej. Próby samobójcze z zamiarem zakończenia życia podejmuje 3 proc. dzieci, a ponad 1/4 z nich je ponawia. Największe ryzyko istnieje przez pierwsze 2 lata depresji. Próba samobójcza członka rodziny zwiększa ryzyko samobójstwa u dziecka* – wyjaśnia lek. Agata Ejchman-Albinowska.

## Różnicowanie depresji u adolescentów

Depresję u dzieci i nastolatków należy różnicować z zespołem stresu pourazowego

(*posttraumatic stress disorder* – PTSD), zaburzeniami uwagi i aktywności, zaburzeniami lęgowymi, uzależnieniami, zaburzeniami odżywiania, nieprawidłowo kształtującą się osobowością. Nie można zapominać o chorobach somatycznych, takich jak niedoczynność tarczycy, cukrzyca, padaczka, przewlekły ból czy anemia, które bywają przyczyną zaburzeń psychicznych.

– *Dopytajmy rodzica, jakie leki przyjmuje młody pacjent. Metylofenidat, steroidy czy izotretynoina przepisywane przez dermatologów na trądzik mogą powodować objawy depresyjne* – radzi lek. Agata Ejchman-Albinowska. – *Depresję u dzieci należy leczyć, aby uniknąć wzrostu ryzyka uzależnień, izolacji od otoczenia, pogorszenia wyników w nauce czy wystąpienia zaburzeń nastroju w dorosłości. Nieleczony epizod depresji trwa 4–8 miesięcy. To dużo czasu zaburzającego normalne funkcjonowanie dziecka* – dodaje.

## Jak leczyć młodych pacjentów?

Wczesna diagnoza i wdrożenie leczenia zapobiegają negatywnym skutkom w funkcjonowaniu i rozwoju dziecka. Optymalnie opiekę nad nim powinien sprawować lekarz psychiatra oraz psycholog, którzy wspólnie opracowują plan terapeutyczny.

– *Reforma psychiatrii dziecięcej w Polsce pozwoliła na utworzenie tzw. pierwszego poziomu opieki. Powstały ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, do których pacjenci nie muszą mieć skierowania. Niestety tych poradni jest jeszcze za mało* – zauważa lek. Agata Ejchman-Albinowska.

– *W trakcie leczenia kładziemy nacisk na psychoterapię indywidualną i rodzinną, a więc oddziaływania nefarmakologiczne, bo zawsze ostrożnie podchodzimy do włączania leków u dzieci. Niektórzy rodzice mają opór przed taką terapią. Proponujemy również psychoedukację nastawioną na pacjenta i rodziców oraz psychoterapię grupową* – dodaje ekspertka.

Jeśli wsparcie farmakologiczne jest niezbędne, należy pamiętać, że w Polsce do leczenia depresji o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego u dzieci od 8. roku życia zarejestrowana jest tylko fluoksetyna. Można ją zastosować, jeżeli nie następuje poprawa po 4–6 sesjach psychoterapii. W drugim rzucie, zgodnie ze standardami brytyjskimi (NICE), można sięgnąć po sertralinę i citalopram. – *Zawsze musimy mieć zgodę rodzica na zastosowanie tych leków, ponieważ jest to leczenie off label. W depresjach psychotycznych należy wybierać leki przeciwpsychotyczne II generacji* – przypomina lek. Agata Ejchman-Albinowska. – *Po uzyskaniu remisji leczymy dzieci przez pół roku, a leki odstawiamy, redukując dawkę. Kontrola psychiatryczna jest zalecana do 2 lat* – dodaje. Wskazaniami do leczenia szpitalnego są myśli samobójcze z tendencją do realizacji, poważne samookaleczenia, brak dbania o swoje potrzeby, brak możliwości skutecznego leczenia w innych warunkach. ■

*Tekst powstał na podstawie wykładu zaprezentowanego podczas konferencji Psychiatria w Pytaniach i Odpowiedziach, 4–5 lutego 2022 r., organizator: Wydawnictwo Termedia.*

”

lek. Agata Ejchman-Albinowska: W trakcie leczenia nacisk kładziemy na psychoterapię indywidualną i rodzinną, a więc oddziaływania nefarmakologiczne, bo zawsze ostrożnie podchodzimy do włączania leków u dzieci

## Co może wskazywać na depresję u nastolatka

Jeśli większość z poniższych objawów trwa dłużej niż 2 tygodnie, może to wskazywać na depresję:

- drażliwość, chwiejność nastroju, impulsywność, pobudzenie psychoruchowe,
- obniżony nastrój, apatia, niechęć do aktywności, które wcześniej sprawiała radość,
- wycofanie się z relacji z rówieśnikami i rodziną, brak energii, bezczynność,
- pogorszenie zdolności intelektualnych, problemy z koncentracją, pamięcią, gorsze stopnie w szkole,

- zmiana apetytu – jego brak, chudnięcie lub przeciwnie – objadanie się,
- zaburzenia snu,
- skargi na nudę, poczucie beznadziei,
- zaniechanie dbałości o wygląd,
- krytycyzm wobec siebie, nadwrażliwość z powodu odrzucenia, poczucie winy,
- nasilone skargi na dolegliwości fizyczne, np. bóle brzucha, głowy,
- autoagresja, samookaleczenie się, odurzanie (alkohol, leki, narkotyki),
- zainteresowanie tematyką śmierci i samobójstw.

## Na to warto zwrócić uwagę

W rozmowach z nastolatkiem warto zwrócić uwagę, czy nie przejawiają się u niego myśli rezygnacyjne („życie jest bez sensu”, „po co ja żyję”), fantazje na temat śmierci („co by było, gdybym umarł?”, „innym byłoby lepiej, gdyby mnie nie było”). Bardzo niepokojące są rozmyślenia czy fantazjowanie na temat odebrania sobie życia (myśli samobójcze).