

# Depresja

Informacje dla rodziców  
i opiekunów



# Statystyki dotyczące depresji w naszym kraju są zatrważające:

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

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

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

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

## Czym jest depresja?

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

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

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

## Skąd wiem? Czyli pierwsze spotkanie z „wrogiem”.

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

## Pierwsza myśl?

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

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

# Jak rozpoznać depresję?

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

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

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

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

## Główne objawy depresji to:

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

### Obniżony nastrój

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

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

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

## Do objawów dysforii zalicza się:

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

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



## Anhedonia

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

## Obniżenie napędu

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

O depresji może również świadczyć szereg innych objawów.

## Kłopoty ze snem

Obejmują zaburzenia takie jak:

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

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

## Wahania wagi i apetytu

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

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

## Pobudzenie

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

## Spowolnienie

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

Pogorszenie pamięci, koncentracji i zaburzenia uwagi

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

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



## Negatywny obraz siebie, świata i rzeczywistości

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

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

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



## Niepokój i napięcie

Osoba chora może odczuwać niepokój i napięcie. Niekpokój może być większy jeżeli depresji towarzyszą zaburzenia lekowe. Ruminacje. Prawidłowe funkcjonowanie chorego mogą zaburzać ruminacje, czyli mimowolne, wielogodzinne rozmyślanie o wszelkich życiowych porażkach (tych realnych i wyobrażonych).

## Urojenia depresyjne

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

## Dystymia

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

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

## Choroba afektywna dwubiegunowa

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

W obu tych stanach pojawić się może:

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

## Myśli rezygnacyjne i samobójcze

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

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

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

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

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

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

## Sygnalami myśli i planów samobójczych są:

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

samobójstwa,

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

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

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

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



## Istnieje wiele mitów na temat myśli samobójczych i samego samobójstwa.

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

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

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

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

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

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

## O rany, czy to moja wina?

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

### Czynniki biologiczne

- Czynniki genetyczne. Depresja sama w sobie nie jest dziedziczona. Dziedziczone są predyspozycje przejawiające się w większej wrażliwości na stresory, silniejsze przeżywanie lęku czy zmieniony metabolizm neuroprzekaźników. Badania naukowe wskazują, że osoby w których rodzinie (np. u rodziców lub dziadków) występowała depresja, są o 15-30% bardziej narażone na jej rozwój.
- Współistnienie innych chorób somatycznych lub psychicznych - choroby

związane z hormonami, np. tarczycy czy cukrzyca, uszkodzenia układu nerwowego, urazy.

- Zaburzenia rytmu dobowego i regulacji snu.

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

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

### **Czynniki psychologiczne - związane z życiem wewnętrznym dziecka:**

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

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

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

**Powyższe czynniki możemy podzielić na predysponujące oraz wyzwalające.**

### **Czynniki predysponujące to takie, które otwierają wrota depresji:**

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

- trudności w kontaktach z rodzicami, rówieśnikami, nauczycielami,
- niepowodzenia szkolne, brak wsparcia w placówce edukacyjnej,
- choroba, nadużywanie substancji psychoaktywnych,
- przemoc w domu, przemoc rówieśnicza,
- zmiana środowiska,
- konflikty w rodzinie
- inne ekspozycje na negatywne sytuacje życiowe.

### **Wymienione wyżej czynniki zarówno sprzyjają powstawaniu depresji, jak też mogą podtrzymywać zaburzenie, tj. nasilać i utrzymywać objawy depresyjne. Jeszcze raz - co powinno zwrócić naszą uwagę?**

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

### **Jak rozpocząć rozmowę z dzieckiem?**

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

- „Widzę, że było Ci bardzo trudno/ciężko ostatnio...”
- „Mogę się tylko domyślić, że miałeś/aś ostatnio trudny czas...”
- „Wyobrażam sobie, że musiało Ci być ciężko/trudno ostatnio...”

- „Wygląda na to, że to, co dzieje się wokół Ciebie, w ostatnim czasie jest bardzo skomplikowane i może Ci być trudno sobie z tym poradzić....”

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

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

## **Jak pytać dziecko o nastrój, emocje i uczucia?**

- „Jeśli pozwolisz, chciałbym/chciałabym, żebyś powiedział/a mi, jak się czujesz?”
- „Czy jest coś, co przeszkadza Ci obecnie w Twoim samopoczuciu?”
- „W jakim jesteś nastroju?”
- „Czy czujesz się nieszczęśliwy/a, bezradny/a?”
- „Czy zdarza się, że czujesz się bezwartościowy/a?”
- „Czy czujesz się winny/a z jakiegoś powodu?”
- „Czy masz trudności ze snem? Czy nie masz apetytu?” Jak pytać dziecko o zachowania samobójcze (plany, zamiary, przekonania, dostępność środków, sposoby radzenia sobie, częstotliwość?)
- „Czy czujesz/czułeś/aś, że nie warto żyć?”
- „Czy pojawiają się takie myśli, że wolałbyś/wolałabyś się nie urodzić?”
- „Czy chciałeś/aś kiedyś zasnąć i nigdy więcej się nie obudzić?”
- „Czy myślałeś/aś, że lepiej byłoby nie żyć?”
- „Czy ostatnio często myślałeś/aś o śmierci?”
- „Czy myślisz ostatnio, że ludziom byłoby bez Ciebie lepiej?”
- „Czy zdarzało się, że wyobrażałeś/aś sobie, że uczestniczysz w jakimś wypadku i umierasz?”
- „Czy myślałeś/aś o odebraniu sobie życia?”
- „Czy czujesz się tak źle, że myślisz o samobójstwie?”
- „Jak często pojawiają się te myśli? Ile razy w ciągu dnia/tygodnia? Czy przychodzą Ci do głowy, nawet wtedy, kiedy tego nie chcesz?”
- „Czy możesz je od siebie odpędzić? Czy masz na to swoje sposoby, aby sobie z nimi poradzić? Czy masz nad nimi kontrolę?”
- „Jak oceniasz te myśli? Co o nich myślisz? Czy są dobre czy złe?”

Dlaczego?”

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

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

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

### **Przed wizytą u specjalisty:**

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

się lepiej, mogło zrozumieć siebie, poradzić sobie ze swoimi trudnościami oraz emocjami, które przeżywa,

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

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

## **Kiedy potrzebna jest hospitalizacja dziecka z myślami i tendencjami samobójczymi?**

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

- obecność silnych tendencji samobójczych,
- plan i/lub przygotowane środki do popełnienia samobójstwa,
- myśli samobójcze i duże nasilenie zaburzeń psychicznych, w tym depresyjnych,
- myśli samobójcze (lub podejrzenie zagrożenia tego typu) i objawy psychiatryczne (omamy, urojenia, inne zaburzenia myślenia),
- stan bezpośrednio po próbie samobójczej lub przerwana próba samobójcza,
- obecność myśli samobójczych i zachowania impulsywne, panika i pobudzenie,
- myśli samobójcze i zmieniony stan psychiczny dziecka spowodowany intoksykacją (zażyciem substancji psychoaktywnych).
- Hospitalizację można rozważać w następujących przypadkach:
- obecność myśli samobójczych i brak wsparcia społecznego, rodziny lub brak stabilnej sytuacji życiowej,
- obecność myśli samobójczych i brak współpracy ze strony dziecka,
- obecność myśli samobójczych i zły somatyczny stan zdrowia dziecka,

- zaprzeczanie przez dziecko myślom i skłonnościom samobójczym, podczas gdy dokonana ocena ryzyka wskazuje na wysokie ryzyko próby samobójczej.

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

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

### Tego NIE mów

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

### Tego NIE rób:

- nie opowiadaj o ludziach, których spotkały straszne wydarzenia albo „mają gorzej”
- NIE krytykuj z powodu jego depresyjnych zachowań i braku chęci do życia
- nie wyśmiewaj
- NIE bagatelizuj problemu
- NIE ożywiaj i uszczęśliwiaj na siłę, nie zmuszaj do chodzenia na imprezy lub spotkania towarzyskie

- NIE zrażaj się tym, że chore na depresję dziecko może negatywnie reagować na chęć niesienia mu pomocy. Poprosi o nią w innym momencie albo w inny sposób.
- Złego humoru i nastroju NIE odbieraj jako niechęci skierowanej przeciwko Tobie. To stan spowodowany chorobą.
- NIE pozbawiaj dziecka wykonywania codziennych obowiązków o ile jego stan mu na to pozwala. Możesz mu pomagać.

### Możesz mówić:

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

## Leczenie depresji

**Leczenie powinno uwzględniać wszystkie sfery nieprawidłowego funkcjonowania:**

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

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

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

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

Psycholog na oddziale psychiatrycznym pomoże zmierzyć się z chorobą psychiczną.

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

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

**Psychiatra** (lekarz psychiatra ze specjalnością dziecięcą) jako jedyny może przepisywać leki. Wsparcia farmakologicznego wymaga m.in. umiarkowana i ciężka depresja, napady lękowe, zaburzenia odżywiania i snu. Leki mogą być też pomocne przy obsesyjnych myślach i natręctwach. Konsultacji lekarskiej wymagają również myśli samobójcze, okaleczanie się i wszelkie inne formy wyrządzania sobie krzywdy.

Psychoterapeuci i psychiatrzy często współpracują ze sobą. W wielu sytuacjach potrzebna będzie i psychoterapia, i leczenie farmakologiczne.

Terapia może być prowadzona w różnych nurtach np. behawioralno-poznawczym, psychodynamicznym, humanistycznym, systemowym, itp. Przed wyborem konkretnego terapeuty warto zapoznać się z informacjami o nurcie terapeutycznym, w którym ta osoba pracuje.

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

## Gdzie zgłosić się po pomoc?

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

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

**By uzyskać wsparcie, można również zadzwonić na numer telefonu:**

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

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

### Więcej o depresji dowiesz się tutaj:

- [www.forumprzeciwdepresji.pl/nastoletnia-depresja](http://www.forumprzeciwdepresji.pl/nastoletnia-depresja)
- <https://nastoletniazyl.org/>

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

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



## O Fundacji

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

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

### Adres korespondencyjny i siedziba

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

00-453 Warszawa Numer telefonu:

(+48) 883-337-883

### E-mail:

[kontakt@zobaczjestem.pl](mailto:kontakt@zobaczjestem.pl) Jesteśmy

Organizacją Pożytku Publicznego

KRS 0000453024 Podaruj nam swój 1% podatku

### Więcej informacji na:

[www.zobaczjestem.pl](http://www.zobaczjestem.pl) lub [www.zobacznikam.pl](http://www.zobacznikam.pl)

**Autor opracowania : psycholog Beata Samociuk**

