Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) depresja może stać się drugim co do wielkości zagrożeniem zdrowotnym. Depresja występuje najczęściej u dzieci i młodzieży w przedziale wiekowym między 9 a 17 r.ż. U młodszych dzieci również może wystąpić. Wpływ na jej rozwój ma splot wielu czynników [https://forumprzeciwdepresji.pl]

* **biologiczne**, czyli uwarunkowane genetyczne (stwierdzono, że częściej chorują dzieci, których krewni także chorowali na depresję) lub nieprawidłowe działanie neuroprzekaźników w mózgu czy zaburzenia regulacji hormonalnej w organizmie
* **psychologiczne**, które potocznie moglibyśmy nazwać cechami charakteru (np. niska samoocena, brak poczucia bezpieczeństwa, nieumiejętność radzenia sobie ze stresującymi sytuacjami, słabe umiejętności społeczne),
* **środowiskowe**, zarówno te jednoznaczne (jak trudna sytuacja rodzinna – rozwód lub separacja, utrata rodzica, zła sytuacja materialna, alkohol, przemoc, problemy szkolne, doświadczenie przemocy lub odrzucenia przez grupę rówieśniczą), ale też bardziej „ukryte” (jak nadmierne zaangażowanie rodziców w pracę lub inne aktywności, brak czasu dla dziecka, nieadekwatne oczekiwania co do jego osiągnięć).

**DLACZEGO DEPRESJA WYSTĘPUJE CZĘŚCIEJ**

**U DZIEWCZĄT NIŻ U CHŁOPCÓW?**

Dziewczęta wchodzące w okres dorastania cechują się niższą samooceną niż chłopcy oraz bardziej negatywnym obrazem siebie. Przyczyną jest ich większa podatność na **przypisywanie przyczyn** wystąpienia negatywnych wydarzeń **własnym, stałym cechom**, a nie cechom sytuacyjnym. Prócz tego poczucie nieatrakcyjności fizycznej oraz niezadowolenie ze swojej sylwetki i wyglądu mają szczególnie duży wpływ na samoocenę. Dziewczęta zaczynają porównywać obraz własnego ciała z nieosiągalnymi, wyidealizowanymi wzorcami sylwetek prezentowanych w mediach społecznościowych. Wpływ na negatywny obraz siebie mają również rodzice, którzy prezentują perfekcjonistyczny styl wychowawczy (np.: wpajanie potrzeby rywalizacji, nadmierny uporczywy kontakt oraz używanie wzmocnień negatywnych). Taka postawa rodzicielska przyczynia się do powstania negatywnego, zaniżonego obrazu swoich cech, zdolności i umiejętności, prowadząc w ostateczności do uznania siebie za osobę nieatrakcyjną fizycznie.

Także rodzice, którzy nie akceptują seksualności swoich dzieci, również budują u swoich pociech negatywny obraz swojego ciała. Kolejnym czynnikiem wpływającym na częstrze występowanie depresji u dziewcząt jest stereotypowe przypisywanie roli, jaką ma pełnić kobieta: ma być szczupła bo wtedy będzie atrakcyjna, ma być pasywna w relacjach interpersonalnych oraz ma niższy status społeczny. Przez to, że dziewczęta bardziej przejmują się swoim ciałem, zaniżona jest ich własne poczucie wartości tym samym doświadczają wielu **stresujących zdarzeń życiowych.**

**CO POWINNO ZWRÓCIĆ SZCZEGÓLNĄ UWAGĘ?**

* **WIEK 1-2 R.Ż.** problemy emocjonalne przejawiają się w formie wycofania, niepokoju   
  i smutnego afektu.
* **DO 3 R.Ż.** depresja może się objawiać problemami z karmieniem, napadami złego humoru, brakiem radości towarzyszącej zabawie i niską ekspresją emocjonalną.
* **3–5 R.Ż.** dominuje: obniżony nastrój lub drażliwość, ahedonia (*niezdolność odczuwania przyjemności*), zmniejszona energia, objawy somatyczne (zaburzenia snu i łaknienia, bóle brzucha, bóle głowy, zaparcia itd.) oraz niskie poczucie własnej wartości. W wieku 3–5 lat depresja może również przypominać różnego rodzaju fobie.
* **6–8 R.Ż.** dominują: skargi somatyczne, zmęczenie, zaburzenie snu i łaknienia oraz słaba internalizacja norm społecznych oraz agresywne zachowania. Dzieci w tym wieku mogą kurczowo trzymać się rodziców, unikać nowych wyzwań i kontaktów społecznych. Dziecko może nie mieć przyjaciela. U dzieci idących do szkoły mogą pojawiać się zaburzenia nastroju (jego zmienność, płaczliwość, smutek, przygnębienie, rozpacz, brak ekspresji radości), lęk przed podjęciem obowiązków szkolnych, zaburzenia aktywności (unika zabawy, niechęć lub odmową uczęszczania do szkoły, spadek wydolności w nauce) oraz objawy somatyczne, np. brak apetytu, bóle głowy i brzucha, nocne moczeniem się.
* **OKRES PREADOLESCENCJI (9–12 LAT)** obawy: zaburzenia snu, poczucie zmęczenia, dolegliwości bólowe. Dzieci obawiają się zachorowania i zgłaszają niesprecyzowane skargi dotyczące stanu zdrowia. Mają negatywny obraz siebie, przeżywają depresyjne myśli i kłamią, gdy są zmartwione osiągnięciami szkolnymi. Przeżywają lęk egzystencjalny oraz lęk przed zadaniami. Obwiniają się, gdy czują, że rozczarowują rodziców. Mają poczucie, że nikt ich nie kocha, jak również nie lubią samych siebie. Dorastający z depresją czasami mogą częściej przeżywać gniew niż smutek. Są małomówni, nadwrażliwi na krytykę, opryskliwi w stosunku do rodziców i innych osób. **We wczesnej fazie adolescencji spotkać się można z dwoma rodzajami depresji:**
* depresją przejawiającą się spadkiem aktywności i obniżeniem nastroju, lękiem, zaburzeniami myślenia oraz dolegliwościami somatycznymi i autodestrukcją;
* depresją, w której dominuje zmienność nastroju.
* **ŚREDNIA FAZA ADOLESCENCJI** najczęściej spotykanymi postaciami depresji jest wyżej opisana depresja z rezygnacją i depresja z niepokojem. U 13-latów są: obniżony nastrój, drażliwość, poczucie beznadziejności, obniżone łaknienie, nadmierna senność, poczucie stałego zmęczenia, spowolnienie psychoruchowe, obniżona samoocena, tendencje autodestrukcyjne i myśli samobójcze.
* **PÓŹNA FAZA ADOLESCENCJI** Objawy: smutek, zaburzenia snu, zaburzenia procesów poznawczych i zaburzenia somatyczne, ponadto negatywizm, poczucie niezrozumienia i nieakceptacji oraz tendencje izolacyjne. Młodzież może również przejawiać depresję przez agresję, reakcje impulsywne, zachowania przestępcze, ucieczki z domu, nierozważną jazdę samochodem, kradzieże, nadużywanie leków, narkotyków   
  i alkoholu.

**JEŚLI U TWOJEGO DZIECKA WYSTĘPUJE WIĘKSZOŚĆ Z PONIŻSZYCH OBJAWÓW PRZEZ CO NAJMNIEJ DWA TYGODNIE:**

* Drażliwość, chwiejność nastroju, impulsywność, pobudzenie psychoruchowe.
* Obniżony nastrój, apatia, niechęć do aktywności, które wcześniej sprawiały radość.
* Wycofanie 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.
* Zbyt mało lub zbyt dużo snu. Nocna aktywność, niechęć do wstawania rano.
* Skargi na nudę, poczucie beznadziei.
* Zaniechanie dbałości o wygląd.
* Krytycyzm wobec siebie, nadwrażliwość z powodu odrzucenia, poczucie winy.
* Nasilone skargi na dolegliwości fizyczne – bóle brzucha, głowy.
* Autoagresja, samookaleczanie się, odurzanie się (alkohol, leki, narkotyki).
* Zainteresowanie tematyką śmierci i samobójstw.

**NIE ZWLEKAJ Z REAKCJĄ JEŚLI DZIECKO:**

* mówi wprost o chęci odebrania sobie życia lub deklaruje, że lepiej byłoby gdyby nie żyło,
* interesuje się tematyką śmierci, samobójstw, ogląda strony internetowe o takiej tematyce, zamieszcza wpisy w mediach społecznościowych,
* nagle, znacząco zmienia sposób funkcjonowania,
* wycofuje się z kontaktów z rówieśnikami, izoluje się,
* gromadzi środki potencjalnie przydatne do podjęcia próby,
* samobójczej: tabletki, sznur, żyletki.

**CZYNNIKI, KTÓRE MOGĄ ZWIĘKSZYĆ TO RYZYKO:**

* impulsywność i wybuchowość dziecka,
* podjęte próby samobójcze w przeszłości,
* samobójstwa i próby samobójcze w otoczeniu (rodzina, znajomi),
* stosowanie alkoholu czy substancji psychoaktywnych,
* przykre czy trudne doświadczenie związane z przeżyciem wstydu (problemy   
  z rówieśnikami, zawiedziona miłość, niepowodzenia szkolne),
* dostęp do potencjalnie niebezpiecznych środków (leków zażywanych przez członków rodziny, broni przechowywanej w domu).

**WSPÓŁWYSTĘPOWANIE DEPRESJI Z INNYMI ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**

Istotne znaczenie dla oceny obrazu klinicznego ma fakt, że depresja u dzieci i młodzieży współwystępuje z innymi zaburzeniami, tj.:

* **Spektrum zaburzeń lękowych**, np. z lękiem separacyjnym, fobią prostą i społeczną, agorafobią oraz zespołem lęku uogólnionego.
* **ADHD** – zespół hiperkinetyczny.
* **Zaburzenia opozycyjno-buntownicze.**
* **Zaburzenia zachowania.**
* **Zaburzenia odżywiania się (anerekcja, bulimia)**.

**Zapraszam do obejrzenia filmów, które obrazują depresję**

[**https://www.youtube.com/watch?v=zvcTNfBY8As&t=30s**](https://www.youtube.com/watch?v=zvcTNfBY8As&t=30s)

[**https://www.youtube.com/watch?v=gAdMVDVWYlQ**](https://www.youtube.com/watch?v=gAdMVDVWYlQ)

**JAK ROZMAWIAĆ Z OSOBĄ CHORĄ NA DEPRESJĘ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **POWIEDZ** | **NIE MÓW!** |
| Jestem przy Tobie.  Nie ma nic złego w proszeniu o pomoc. Nie zostawię Cię.  Nie jesteś swoją chorobą.  Jak mogę Ci pomóc?  Jestem przy Tobie.  Nie rozumiem w pełni co przeżywasz, ale bez względu na to jesteś dla mnie ważny.  Potrzebujesz, żeby Cię przytulić?  Widzę, że Ci ciężko.  To nie Twoja wina.  Jesteś ważna i potrzebna.  Nawet jeśli teraz nie potrafisz tego dostrzec.  Nie jesteś porażką.  Jesteś silna/y w swojej słabości.  Jesteś czymś więcej niż opiniami na swój temat. | Nie przesadzaj!  Myśl pozytywnie.  Będzie dobrze.  Zastanów się, inni mają gorzej. Ogarnij się.  Weź się w garść.  To Twoja wina.  Przejdzie Ci.  Znów zaczynasz?  Nic Ci nie będzie.  Weź się za naukę i nie wydziwiaj Zawiodłeś mnie.  Jesteś słaby. |

**KONTAKT TELEFONICZNY**

ANTYDEPRESYJNY TELEFON **22 594 91 00 – ŚRODA I CZWARTEK 17.00-19:00.**

Antydepresyjny Telefon Zaufania Fundacji ITAKA **22 484 88 01**