

DEPRESJA I ZABURZENIA NASTROJU

Magdalena Śniegulska

I. ASPEKTY DEFINICYJNE

Czy poniższe zdanie jest prawdą, czy fałszem?

Depresja i zaburzenia nastroju to grupa zaburzeń psychicznych, które nie mają nic wspólnego z chorobą ciała.

Zdanie jest **fałszywe**. Zaburzenia nastroju, takie jak depresja, to rzeczywiście choroby związane przede wszystkim z układem nerwowym. Jednak poza sferą psychiczną dotyczą one również funkcjonowania somatycznego. Często mogą im towarzyszyć uporczywe dolegliwości, takie jak bóle brzucha, głowy, mięśni, kręgosłupa, poczucie ciągłego zmęczenia i niewyspania, bóle w klatce piersiowej, zawroty głowy, wahania wagi, suchość w ustach czy kołatanie serca. Zaburzenia nastroju mogą być zarówno przyczyną, jak i skutkiem wielu chorób somatycznych.

W latach 70. ubiegłego wieku w podręcznikach psychiatrii pojawiły się pierwsze opisy i próby klasyfikacji zaburzeń nastroju (dawniej: afektywnych) u dzieci i młodzieży. Co ciekawe, zaliczana do tej grupy depresja została opisana wcześniej (w latach 40.) przez René A. Spitz – austriacko-amerykańskiego psychoanalityka, który obserwował specyficzne reakcje dzieci w sytuacji oddzielenia ich od matek. Pomimo tych doniesień do początku lat 80. powszechnie uważano, że depresja dotyczy jedynie osób dorosłych. Obecnie nie ma wątpliwości, że dzieci i młodzież też cierpią na różnego rodzaju dolegliwości psychiczne. Depresja i zaburzenia nastroju są chorobami, o których mówi się nie tylko w gabinetach lekarskich, ale i w mediach, szkołach czy na spotkaniach towarzyskich.

Zaburzenia nastroju są opisywane jako grupa zaburzeń internalizacyjnych, to jest takich, w których doświadczane przez osobę chorą problemy znacząco wpływają na jej przeżycia wewnętrzne („wewnętrzny świat”) i powodują cierpienie oraz uczucie dyskomfortu psychicznego. Charakterystyczne są tu okresowe silne wahania nastroju, a także zmienna intensywność przeżywanych emocji i ich walencja (czyli ocena, na ile są przyjemne i pożądane, a na ile trudne, niechciane). Te wahania są źródłem psychicznego cierpienia. Niejednokrotnie

młodzi ludzie opisują swoje doświadczenia jako niezwykle silne i nieprzewidywalne. Emocje ich „zalewają”, często przestaniając świat. Wielu z nich mówi o tym w następujący sposób: *„Budzę się rano i wiem, że moje życie jest beznadziejne”, „Patrzę w lustro i to, co widzę, tylko to potwierdza, na co nie spojrzę i czego nie dotknę... chce mi się wyć... to boli tak bardzo, że czasem myślę, że tylko ból fizyczny może mi przynieść ulgę. A potem to wszystko mija... I naprawdę jest OK. Choć wiem, że ten ból wróci... tego boję się najbardziej; i tego, że wariuję”* (fragmenty wywiadu wstępnego z 15-letnią uczennicą, publikowany za zgodą pacjentki). Zaburzenia te mogą skutkować stopniowym wycofywaniem się z życia. Często towarzyszą im symptomy somatyczne (np. bóle głowy lub brzucha), pojawiają się lub nasilają rozmaite lęki. Czy sobie poradzę, czy się nie ośmieszę? Czy wszyscy widzą, jak beznadziejną osobą jestem? – takie lub podobne pytania zaczynają dominować w myśleniu młodych ludzi cierpiących na zaburzenia nastroju. Oczywiście zmiany te będą wpływały nie tylko na kondycję psychiczną czy emocjonalną, ale i na codzienną aktywność chorego. W ostateczności doświadczane cierpienie może nawet doprowadzić do śmierci.

Do zaburzeń nastroju zalicza się m.in. zaburzenia depresyjne (*depressive disorders*), zaburzenia dwubiegunowe i inne z nimi związane (*bipolar or related disorders*) z okresami manii i hipomanii, sezonowość wahań nastroju (*rapid cycling, melancholia*) lub mieszane zaburzenia depresyjne i lękowe (*mixed depressive and anxiety disorder*). Każde z nich ma swoją specyfikę.

Mania to zaburzenie afektywne, w którym osoba chora doświadcza podwyższonego bądź drażliwego nastroju bez związku z kontekstem, w którym funkcjonuje. Niezależnie od tego, co dzieje się w jej życiu, emocje zaczynają być dominujące. Stan maniakalny zazwyczaj jest opisywany przez pacjentów i pacjentki jako bardzo przyjemny – czują się wtedy szczęśliwi, mają poczucie mocy, wręcz omnipotencji. Stan taki utrzymuje się co najmniej tydzień i znacznie utrudnia funkcjonowanie w codziennym życiu. W przypadku drażliwej odmiany manii doświadczenia nie są miłe. Często pojawiają się gniew i frustracja. Osoby nieraz próbują rozładować nadmiar energii w sposób destruktywny, np. wyrzucając cenne rzeczy lub niszcząc ważne dokumenty, aby „zrobić porządek”. W hipomanii z kolei nastrój jest łagodnie podwyższony, często pojawia się też większa drażliwość. Stan taki utrzymuje się przez kilka dni. Funkcjonowanie pacjenta lub pacjentki jest wyraźnie utrudnione, jednak nie w takim stopniu jak w manii.

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe, czasem nazywane chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD), to grupa nawracających zaburzeń psychicznych, w których występują zespoły depresyjne i maniakalne lub hipomaniakalne (okresy silnego pobudzenia) rozdzielone (lub nie) okresami bez objawów. Stany te mogą się zmieniać nawet z dnia na dzień.

Inaczej jest z sezonowymi zaburzeniami afektywnymi. Tutaj depresja pojawia się każdego roku około października lub listopada i utrzymuje się przez całą zimę, aż do całkowitej remisji około marca lub kwietnia, kiedy dni stają się wyraźnie dłuższe. Niestety czasem sezonowa depresja zamienia się w okresy manii.

Z kolei mieszane zaburzenia depresyjne i lękowe charakteryzują się współwystępowaniem depresji i lęku (zazwyczaj o stosunkowo łagodnym charakterze). Ich poziom uniemożliwia uznanie któregośkolwiek z tych objawów za dominujący. Często mówi się, że do rozpoznania mieszanych zaburzeń depresyjno-lękowych niezbędne jest przynajmniej okresowe występowanie objawów wegetatywnych, takich jak np. przyspieszone bicie serca, zaburzenia pracy przewodu pokarmowego (biegunki, zaparcia), drżenie czy suchość w ustach. Pacjenci i pacjentki skarżą się na drażliwość, płaczliwość, nadmierną pobudliwość i pesymistyczny sposób wyjaśniania rzeczywistości: „na pewno wydarzy się coś strasznego”.

Dostępne obecnie metody leczenia zaburzeń psychicznych są dość skuteczne. Wciąż jednak mamy poważny kłopot z właściwą diagnozą, szczególnie w grupie dzieci i młodzieży (Avenevoli i in. 2015). Tymczasem nieleczona depresja i inne zaburzenia nastroju mogą mieć szereg negatywnych skutków. Nieraz powodują istotne trudności z nauką i niepowodzenia szkolne, narażają też na doświadczanie lub bycie sprawcą przemocy. Mogą prowadzić do samookaleczania, nadużywania substancji psychoaktywnych i alkoholu, do zachowań samobójczych czy nawet śmierci (Adams 2002). Warto pamiętać, że skutki cierpienia dziecka dotyczą również najbliższe mu osoby i środowisko, w którym żyje.

Depresja jest chorobą ogólnoustrojową o bardzo złożonej etiologii. Wiemy już, że nie jest to zwykły smutek, spadek motywacji czy chwilowa niechęć do życia. Depresja obejmuje szereg objawów i należy do zaburzeń psychicznych. Współcześnie opisuje się jej różne typy, co wiąże się z wieloczynnikowym podłożem, zarówno biologicznym, jak i psychospołecznym. Wśród czynników biologicznych najczęściej wskazuje się uwarunkowania i predyspozycje genetyczne (obserwujemy częstszą zapadalność na tę chorobę, jeśli któreś z rodziców również cierpi z powodu zaburzeń nastroju), uszkodzenia okołoporodowe, niektóre przebyte choroby somatyczne, a także uszkodzenia lub dysfunkcje mózgu powstałe w wyniku doświadczania trudnych sytuacji lub związane z cechami indywidualnymi osoby (np. niektórymi typami osobowości). Kolejne czynniki to: nadmierne wytwarzanie kortyzolu, zwiększona aktywność osi podwzgórze – przysadka – nadnercza związana z długotrwałym stresem w okresie krytycznym rozwoju mózgu i długotrwałe podawanie glikokortykoidów (Budziszewska 2016). Do psychospołecznych czynników ryzyka możemy zaliczyć problemy w relacjach z innymi, szczególnie bliskimi ludźmi, dezorganizację życia rodzinnego, utratę bliskich, trudne lub traumatyczne zdarzenia, wzrastanie w niewystarczających warunkach socjalnych i niedostępność opiekunów z powodu choroby lub nadużywania środków psychoaktywnych (Jerzak 2016).

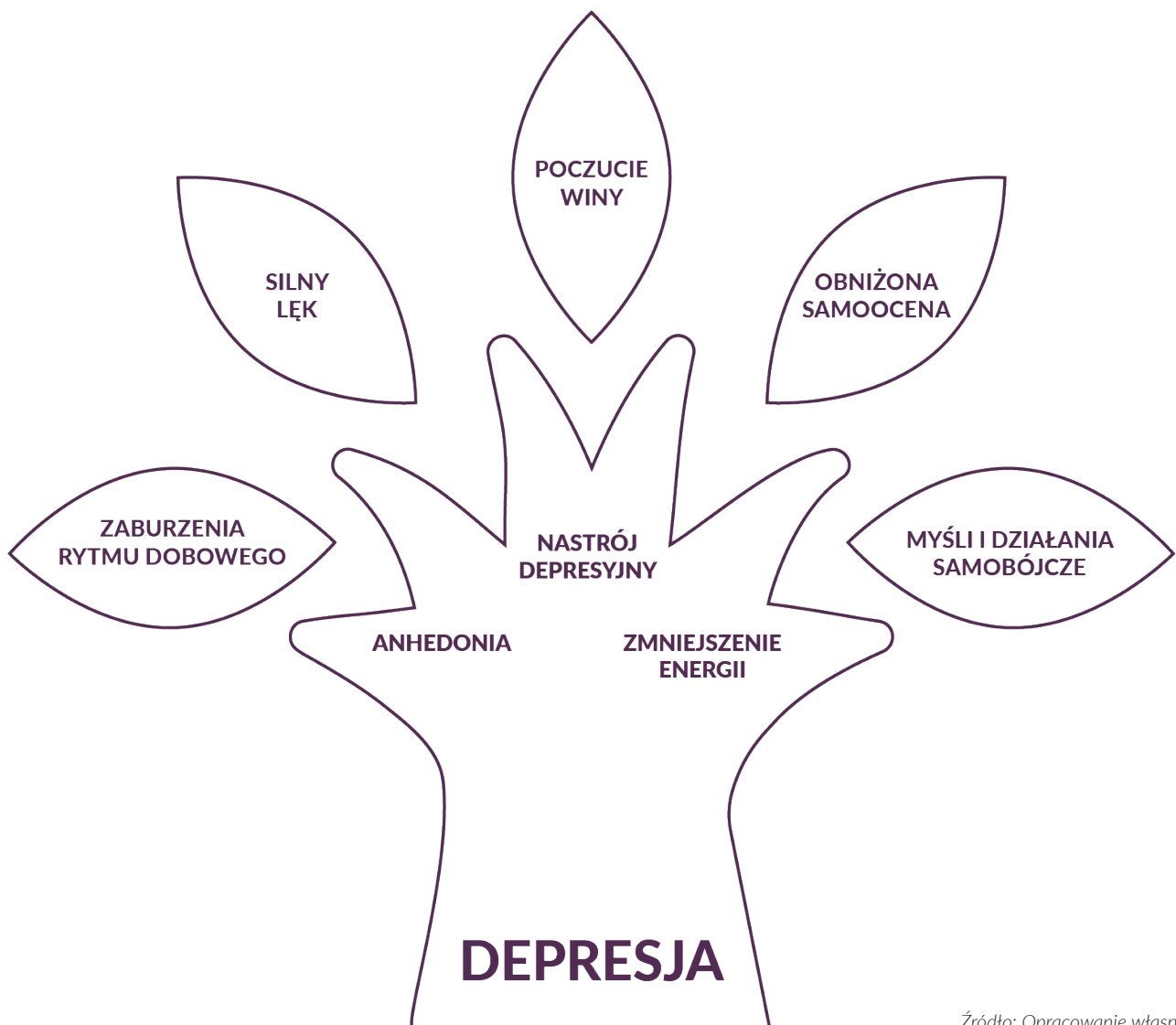
Zaburzenia depresyjne charakteryzują się przede wszystkim: utrzymującym się obniżonym nastrojem, ograniczeniem zainteresowań i utrudnioną zdolnością do przeżywania przyjemności, zmniejszeniem energii i zwiększeniem męczliwości (Radziwiłłowicz 2020).

Aby można było postawić diagnozę, wymienione objawy muszą się utrzymywać przynajmniej przez 2 tygodnie, choć z reguły stan ten trwa znacznie dłużej. Tak więc trzy podstawowe kryteria diagnostyczne to:

- nastrój depresyjny,
- anhedonia (niezdolność do odczuwania przyjemności),
- zmniejszenie energii.

Prócz nich często współwystępują takie objawy jak: zaburzenia rytmów dobowych (snu, apetytu, libido, zaburzenia miesiączkowania), silny lęk, poczucie winy, obniżona samoocena, myśli lub działania samobójcze. Charakterystyczną cechą depresji okresu dzieciństwa i dojrzewania jest częste współwystępowanie z nią wielu innych chorób czy zaburzeń. Niejednokrotnie można spotkać dodatkowo diagnozę ADHD, spektrum autyzmu, dysleksji czy przewlekłych chorób somatycznych.

DRZEWO ZABURZEŃ NASTROJU U DZIECI I MŁODZIEŻY



Źródło: Opracowanie własne.

Szczególnie niepokojąca wydaje się tu wzrastająca liczba hospitalizacji dzieci i młodzieży. A przecież pobyt w szpitalu psychiatrycznym jest zwykle traktowany jako ostateczność i wiąże się z poważnym stanem osoby (Marcus i in. 2012). Obserwacja ta dowodzi, że problem jest wart głębszej analizy.

Jeśli zagadnienia opisane w tekście szczególnie Cię interesują, lub sam(a) mierzysz się z podobnym problemem w Twojej szkole, zachęcamy do zapoznania się z poniższymi materiałami.

Bibliografia

Adams C.D. i in. (2002). *Living with a chronic illness: a measure of social functioning for children and adolescents*, „*Journal of Pediatric Psychology*”, nr 27 (7), s. 593–605.

Avenevoli S. i in. (2015). *Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: Prevalence, correlates, and treatment*, „*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*”, s. 54 (1), s. 37–44.

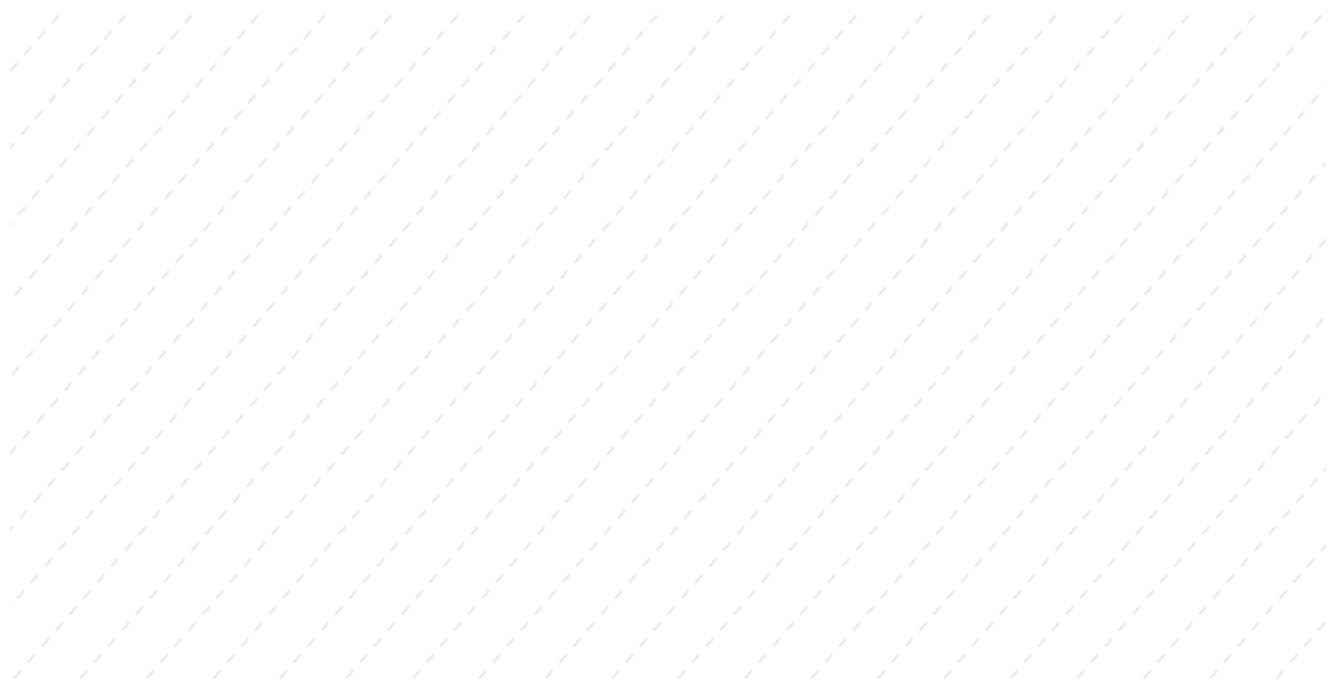
Budziszewska B. (2016). *Stres a depresja*, „*Wszechświat*”, nr 117 (1–3), s. 5–11.

Jerzak M. (2016). *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a szkolna rzeczywistość*, Warszawa: PWN.

Keeley B. i in. (2022). *The State of the World's Children 2021: On my mind. Promoting, protecting and caring for children's mental health*, <https://www.unicef.org/lac/en/reports/state-of-the-worlds-children-2021-on-my-mind> (dostęp: 30.03.2022).

Marcus M. (2012). *Depression. A global Public health Concern*. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse, „*World Health Organization*”.

Radziwiłłowicz W. (2020). *Zaburzenia emocjonalne (internalizacyjne)* [w:] Grzegorzewska I., Cierpiątkowska L., Borkowska A.R. [red.], *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, Warszawa: PWN.



Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0).

Projekt Szkoła Dobrostanu korzysta z dofinansowania o wartości 127 000 euro otrzymanego od Islandii, Liechtensteinu i Norwegii w ramach Funduszy EOG. Celem projektu jest stworzenie innowacji pedagogicznej, która podniesie świadomość roli szkoły we wzmacnianiu zdrowia psychicznego uczniów.

Projekt współfinansowany przez Polsko-Amerykańską Fundację Wolności.

Lider programu:



Partner:



Finansowanie:

