

**PORADNIA PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA NR 1**

**82-300 ELBLĄG UL. SŁONECZNA 14**

***www.ppp1.elblag.pl***

***tel. 55 625-82-30 e-mail:ppp1@elblag.eu***

**Depresja wyzwaniem dla kochającej rodziny**

**Co to jest depresja?**

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) depresja najczęściej spotykanym zaburzeniem psychicznym i stanowi czwarty największy problem zdrowotny na świecie. Choruje na nią w ciągu całego życia kilkanaście procent populacji osób dorosłych. Jedna   
na sześć osób może zapaść na depresję. Choroba ta dotyka dwa razy częściej kobiet. Statystyki alarmują, iż około dziewięćset tysięcy nastolatków potrzebuje pomocy specjalistów ze względu na problemy emocjonalne. Zaakcentować należy, że depresja jest chorobą, gdzie istnieje duże zagrożenie popełnieniem samobójstwa. Odzwierciedleniem tego problemu są niepokojące trendy w orzecznictwie poradni, związane z coraz większą liczbą uczniów, którzy ubiegają się o wydanie orzeczeń o potrzebie indywidualnego nauczania z uwagi na stan zdrowia, który   
w znacznym stopniu utrudnia lub wręcz uniemożliwia kontynuację nauki z klasą z uwagi   
na zaburzenia depresyjne. Dorastanie to czas szczególny, w którym młody człowiek doświadcza wielu nowych sytuacji związanych m.in. z koniecznością podejmowania pierwszych odpowiedzialnych decyzji, postrzeganiem świata i rzeczywistości bardziej realnie, zmaganiem się z problemami, od których wcześniej był izolowany, ogólną utratą dotychczasowej beztroski, brakiem zaspokojenia pewnych potrzeb czy sprzeciwem wobec reguł. To wszystko generuje wiele emocji, w tym wywołuje poczucie smutku, bezsensu   
i pesymizm związany z przyszłością. Ten naturalny etap zmian w życiu każdego nastolatka powoduje, że zwykły przejściowy stan przygnębienia może być mylony z przedłużającym się okresem smutku połączonym z innymi objawami i nie zostaje na czas rozpoznany jako depresja, powodując spustoszenie w organizmie i psychice młodego człowieka. Dodając do tego przejawy autoagresji, niską samoocenę, zmniejszenie łaknienia, uczucie lęku czy brak energii, mamy już do czynienia z postępującą chorobą, której istnienia nastolatek, ale też często środowisko rodzinne i szkolne nie jest świadome. Istnieją także czynniki podwyższonego ryzyka związane ze szczególnymi sytuacjami jak utrata bliskiej osoby, komponenta biologiczna (depresja w rodzinie), brak lub niedostateczne wsparcie społeczne (izolacja, osamotnienie, wycofanie), wielość trudnych doświadczeń życiowych (żałoba, utrata, przemoc). W takich przypadkach zapobieganie depresji ma szczególne znaczenie i wymaga uaktywnienia i szczególnego uwrażliwienia środowiska rodzinnego i szkolnego.

Depresja to choroba, którą można i należy leczyć, jej objawy mogą mieć charakter zarówno nawracający, jak i przewlekły. Obecnie dostępne są coraz lepsze metody terapii, które z jednej strony zapewniają większą skuteczność, a z drugiej – są coraz mniej obciążające.

Depresyjny nastrój od czasu do czasu ma każdy, mówimy mam dziś depresję. Od depresji klinicznej różni czas trwania (co najmniej dwa tygodnie), ilość objawów i ich nasilenie.

**Depresja diagnoza**

1. Występowanie objawów (ilość zależy od stopnia głębokości zaburzenia):
2. Nastrój obniżony w stopniu wyraźnie nieprawidłowym dla danej osoby, utrzymujący się przez większość dnia i prawie każdego dnia, w zasadzie niepodlegający wpływowi wydarzeń zewnętrznych i utrzymujący się przez co najmniej 2 tygodnie, **(u dzieci i osób dorastających nastrój drażliwy).**
3. Utrata zainteresowań lub zadowolenia w zakresie aktywności, które zwykle sprawiają przyjemność.
4. Zmniejszona energia lub zwiększona męczliwość.
5. Dodatkowo występują objaw lub objawy dopełniając łączną liczbę objawów:
6. Spadek zaufania lub szacunku do siebie.
7. Nieracjonalne poczucie wyrzutów sumienia lub nadmiernej a nieuzasadnionej winy.
8. Nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie, albo jakiekolwiek zachowania samobójcze.
9. Skargi na zmniejszoną zdolność myślenia lub skupienia się, albo jej przejawy, takie jak niezdecydowanie lub wahanie się.
10. Zmiany w zakresie aktywności psychoruchowej, w postaci pobudzenia lub zahamowania (zauważalne subiektywnie lub obiektywnie),
11. Zaburzenia snu wszelkiego typu.
12. Zmiany łaknienia (wzrost lub spadek) wraz z odpowiednią zmianą wagi.

**Stopniowa utrata radości życia i odczuwania przyjemności**, umiejętności cieszenia się rzeczami i wydarzeniami, które do tej pory były odczuwane jako radosne, aż do całkowitego ich zaniku (anhedonia). Obniżenie nastroju i przeżywania, połączone ze zobojętnieniem („jest mi wszystko jedno, co się dzieje i co się stanie”), poczucie pustki. Czasami zmienny (labilny), drażliwy nastrój, trudność w kontrolowaniu nastroju oraz smutek (mające głęboki i przenikliwy charakter, doświadczane przez większość czasu), płacz, który coraz trudniej kontrolować, a czasami niemożność panowania nad własnymi emocjami, impulsywność niezgodna z dotychczasowym zachowaniem.

**Ograniczenie aktywności życiowej, stopniowa utrata dotychczasowych zainteresowań, trudności w podejmowaniu różnych czynności i działań**, aż do skrajnego zaniechania tych czynności (abulia) – na przykład niemożność wstania z łóżka, wykonania najprostszych czynności higienicznych, jak ubranie się, umycie, uczesanie. Stopniowa utrata energii życiowej i zmniejszenie wrażliwości na bodźce emocjonalne (apatia). Wzmożona męczliwość, przewlekłe zmęczenie z ograniczeniem codziennej aktywności. Czasami pobudzenie psychoruchowe z poczuciem zwiększonego napięcia wewnętrznego, niepokoju oraz niemożnością znalezienia sobie miejsca.

**Myślenie depresyjne** to pesymistyczna ocena własnej przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, utrata poczucia własnej wartości, zaniżona samoocena, poczucie bycia bezwartościowym, niepotrzebnym. Czasami urojenia depresyjne (fałszywe sądy, w których prawdziwość pacjent wierzy, pomimo daremnych prób skonfrontowania go z rzeczywistością) dotyczące poczucia winy, bycia grzesznym, karanym, skazanym, czy też dotyczące biedy, ubóstwa, braku jakichkolwiek perspektyw na przyszłość dla siebie i rodziny. Obecność takich urojeniowych myśli jest bezwzględnym wskazaniem do konsultacji u psychiatry.

**Lęk** wprawdzie nie jest typowym objawem depresji, ale bardzo często jej towarzyszy. Pacjentowi, choć ma poczucie stale utrzymującego się lęku, trudno określić, czego konkretnego się boi (lęk nieokreślony). Lęk niejednokrotnie ma charakter przewlekły, jego nasilenie stopniowo narasta i zmniejsza się (lęk wolno płynący), często jest umiejscawiany przez pacjenta gdzieś w środku ciała, na przykład w klatce piersiowej.

**Narastające poczucie utraty sensu życia, bezsens życia, poczucie beznadziejności, myśli rezygnacyjne, myśli o śmierci.** Może to być pragnienie śmierci drogą naturalną („chciałbym usnąć i więcej się nie obudzić”, „proszę Boga o śmierć”, „chciałbym ulec jakiemuś wypadkowi”), aż do myśli o popełnieniu samobójstwa. Myśli samobójcze pojawiają się często wbrew woli pacjenta, który stara się sobie z nimi radzić, ignorować je, ale z czasem staje się to coraz trudniejsze. Często wtedy pacjent „woła o pomoc”, m.in. informując o tym otaczające osoby. W skrajnych przypadkach pacjent zaczyna myśleć, w jaki konkretny sposób popełni samobójstwo (tendencje samobójcze). Może być ono szczegółowo zaplanowane, ale też może być impulsywne – nieplanowane i nagłe. Myśli rezygnacyjne, o śmierci, o samobójstwie również są bezwzględnym wskazaniem do konsultacji psychiatrycznej.

W przebiegu depresji często występują też inne mniej typowe dolegliwości, które często utrudniają właściwe rozpoznanie i bywają przyczynami błędów diagnostycznych. Wśród nich należy wymienić następujące grupy objawów:

* **Zaburzenie koncentracji uwagi, poczucie pogorszenia pamięci i funkcji poznawczych**, które stopniowo ustępują wraz z postępującym leczeniem depresji i poprawą nastroju.
* **Zaburzenia snu** w depresji przejawiają się często trudnościami w zasypianiu i utrzymaniu snu, sen często jest płytki, przerywany. Charakterystyczne dla depresji jest również częste budzenie się w godzinach porannych (3.00 – 5.00 rano) z możliwością ponownego zaśnięcia przy mniejszym nasileniu depresji, albo z niemożnością ponownego zaśnięcia u osób z depresją w znacznym stopniu nasilenia. Zaburzenia snu w przypadku depresji mogą również występować pod postacią nadmiernej senności zarówno nocnej, jak i w ciągu dnia. Trudno się wtedy wybudzić ze snu nocnego, pacjenci twierdzą, że „przesypiają całą noc i cały dzień” z krótkimi przerwami.
* Często występuje **zmniejszenie lub utrata apetytu**. Pacjenci często mówią, że jedzą na siłę, zmuszają się, bo wiedzą, że trzeba, albo że jedzenie pozbawione jest smaku. Towarzyszy temu czasem znaczna utrata wagi ciała (kilka kilogramów w ciągu miesiąca). Czasami jednak depresji może towarzyszyć nadmiernie łaknienie, objadanie się nietypowe dla dotychczasowego zachowania (zwłaszcza słodkimi pokarmami), co w połączeniu z brakiem aktywności fizycznej może prowadzić do zwiększenia masy ciała. W tej sytuacji mówimy o tak zwanej atypowej depresji.
* **Spadek libido (popędu seksualnego)** – brak ochoty na seks zarówno u kobiet, jak   
  i u mężczyzn często występuje w depresji. Zmniejszenie lub utrata zainteresowań sferą seksualną może nasilać depresyjne poczucie zmniejszenia własnej wartości, kobiecości, męskości, atrakcyjności. A to z kolei zwrotnie może wpływać na jeszcze większe osłabienie libido. Życie seksualne nie sprawia przyjemności, nie daje satysfakcji. Może to dodatkowo nasilać przeżywanie depresji. Zaburzenia seksualne towarzyszące depresji najczęściej ustępują wraz z poprawą nastroju przy leczeniu odpowiednimi lekami.
* U kobiet mogą wystąpić **zaburzenia cyklu płciowego i zaburzenia miesiączkowania**
* Dla typowych postaci depresji charakterystyczne jest **tzw. dobowe wahanie samopoczucia**. Pacjenci zazwyczaj gorzej czują się w godzinach porannych, południowych i bardzo trudno im jest rozpocząć dzień. W godzinach wieczornych mają wrażenie nieco lepszego samopoczucia i aktywności. W procesie postępującego leczenia depresji wieczorne godziny lepszego samopoczucia „wydłużają się” w kierunku najpierw godzin południowych, a potem rannych. Ale są też pacjenci z depresją, którzy lepiej czują się w godzinach porannych niż wieczornych, albo też nie mają poczucia dobowych wahań swojego nastroju.

**Dlaczego ja?**

Obecnie, rozpatrując przyczyny chorób psychicznych, w tym depresji, często korzysta się z tzw. modelu biopsychospołecznego. Uwzględnia on jako przyczyny depresji m.in.:

* czynniki biologiczne (np. czynniki genetyczne, zmiany poziomu neuroprzekaźników w mózgu, stan zdrowia somatycznego, choroby przewlekłe, uzależnienia),
* czynniki psychologiczne (np. stresujące wydarzenia życiowe i sposoby radzenia sobie z nimi, relacje małżeńskie, rodzinne i relacje z innymi osobami, zawyżone standardy   
  w sytuacji w której ich realizacja jest niemożliwa, mogą być czynnikiem uruchamiającym depresję.),
* czynniki społeczne i kulturowe (np. sieć wsparcia społecznego, poczucie samotności, sytuacja zawodowa, szkolna, materialna, mieszkaniowa).

Zaleca się również badanie wzajemnych relacji wyżej wymienionych czynników, ponieważ często występują one równocześnie. Najczęściej choroba psychiczna, w tym depresja, jest efektem współdziałania kilku różnych czynników należących do kilku z wymienionych kategorii. Sama podatność nie wystarcza, ważne są jeszcze tzw. Wydarzenia krytyczne. Niektóre osoby podatne na depresję mogą na nią w ogóle nie zapaść. Jeśli jednak wydarzy się kumulacja stresujących wydarzeń lub pojawi się wydarzenie zgodne z podatnością (np. jeśli tym co spowodowało podatność na depresję była utrata rodzica, to utrata innej osoby   
w późniejszym życiu może uaktywnić depresję; albo poczucie bezwartościowości w dzieciństwie jako podatność i krytyczne uwagi jakiejś osoby mogą wywołać depresję.

**Czynniki podwyższonego ryzyka**

* *KOBIETY* zwłaszcza opiekujące się małymi dziećmi (uczennice – matki)
* *OSOBY* pozostające długo bez pracy (nieuczęszczanie do szkoły)
* *LUDZIE*, których rodzice chorowali na depresję (sytuacja rodzinna)
* *UCZNIOWIE*, którzy w dzieciństwie stracili jedno z rodziców
* *UCZNIOWIE,* którzy nie mogą liczyć na wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół (osamotnienie, izolacja, wycofanie)
* *OSOBY, które mają za sobą wiele złych doświadczeń (żałoba, utrata, przemoc, problemy rodzinne)*
* *LUDZIE, którzy cierpią na inne zaburzenia: ADHD, ODD, CD, CHAD, PTSD … (wiedza   
  o sytuacji ucznia)*

**Dziecięco – młodzieżowa manifestacja objawów:**

* Sfera poznawcza: trudności z koncentracją uwagi, problemy z podejmowaniem decyzji, zwiększone poczucie winy, gorsze wyniki w nauce.
* Sfera fizjologiczna: liczne niespecyficzne skargi somatyczne, zakłócenia apetytu, utrata energii.
* Sfera emocjonalna: wzmożona drażliwość, złość, wrogość; smutek, obawy przed śmiercią, znudzenie, utrata zainteresowań przyjemnościami lub mniejsze ich przeżywanie.
* Sfera behawioralna: zachowania ryzykowne, wybuchy krzyku, skarg, unikanie wysiłku, rezygnacja z zabaw z rówieśnikami (nie brak umiejętności).
* Relacje interpersonalne: trudności w kontaktach z ludźmi, społeczna izolacja, kłopoty   
  z komunikacją, nadmierna wrażliwość na odrzucenie, poczucie samotności przy jednoczesnym przekonaniu, że na kontakt z innymi nie zasługuje.
* ***Dlaczego ja?***
* ***Podatność, to za mało konieczne jest – wydarzenie krytyczne zgodne z podatnością – utrata bliskiej osoby, pozycji, nadmierna krytyka, wydarzenia życiowe.***

**Kiedy należy zgłosić się do psychiatry?**

Zawsze wtedy, gdy stan zdrowia psychicznego budzi szczególny niepokój danej osoby lub otaczających ją ludzi.

Jeśli objawy depresji o niewielkim lub umiarkowanym nasileniu utrzymują się przez 2 – 4 tygodnie, niezależnie od wywołujących je przyczyn, wskazana jest konsultacja psychiatryczna. Jeśli ich nasilenie jest znaczne, konsultacja psychiatryczna powinna się odbyć jak najszybciej. Jeśli objawy depresyjne utrzymują się zaledwie 2 – 3 dni, ale ich występowanie powtarza się często lub cyklicznie (np. co miesiąc), także wskazana jest wizyta u psychiatry.

Nasilone myśli i tendencje samobójcze są stanem bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia. Należy wtedy bezwzględnie zgłosić się w trybie natychmiastowym do lekarza psychiatry w poradni zdrowia psychicznego lub innej ambulatoryjnej jednostce, a jeśli nie ma takiej możliwości, należy bezpośrednio zgłosić się do izby przyjęć szpitala psychiatrycznego. W tym przypadku nie jest koniecznie skierowanie na hospitalizację psychiatryczną.

Wśród czynników ryzyka samobójstwa należy wymienić przede wszystkim duże nasilenie poczucia beznadziejności. Inne cechy depresji, które wymagają szczególnej uwagi zarówno personelu medycznego, jak i osób z otoczenia chorego, to:

**Jak lekarz stawia diagnozę?**

Rozpoznanie lub podejrzenie depresji może ustalić każdy lekarz, nie tylko psychiatra. Pomocny w tym celu może być szybki test przesiewowy złożony z 2 pytań:

1. Czy w ciągu ostatniego miesiąca odczuwał/odczuwała Pan/Pani zmniejszenie zainteresowań lub osłabienie odczuwania przyjemności?
2. Czy w ciągu ostatniego miesiąca czuł/czuła się Pan/Pani smutny/smutna, przygnębiony/przygnębiona, miał/miała poczucie braku nadziei?

Pozytywna odpowiedź na jedno pytanie powinna skłaniać do dokładniejszego badania w kierunku depresji.

W przypadku depresji podstawową metodą diagnostyczną, która pozwala ustalić rozpoznanie, jest dokładne badanie psychiatryczne i wywiad (rozmowa z pacjentem, w miarę możliwości też z jego bliskimi/opiekunami).

Ważne jest także diagnozowanie ewentualnych współistniejących zaburzeń psychicznych   
(np. lękowych, nadużywania substancji psychoaktywnych, zaburzeń osobowości). Istotna jest ocena stanu zdrowia somatycznego oraz przeprowadzenie zestawu badań laboratoryjnych w celu wykluczenia lub potwierdzenia zaburzeń ogólnomedycznych, które mogą być przyczyną depresji lub z nią współwystępować (np. niedoczynność lub nadczynność tarczycy).

W przypadku wystąpienia depresji wskazana jest także wizyta kontrolna u lekarza rodzinnego i/lub specjalistów z innych dziedzin medycyny w celu pełnej oceny stanu zdrowia chorego i oceny dotychczasowego leczenia przewlekłych chorób somatycznych występujących u pacjenta.

Niekiedy depresja bywa objawem innego zaburzenia psychicznego – w takiej sytuacji najczęściej chodzi o chorobę afektywną dwubiegunową. Na podstawie wywiadu z pacjentem wyklucza się więc lub potwierdza obecność typowych dla tej choroby, występujących poza depresją, okresów między innymi podwyższonego nastroju i zachowań związanych   
ze zwiększoną energią, aktywnością, pomysłowością, wytrzymałością na wysiłek oraz   
ze zmniejszoną potrzebą snu. Okresy takie, w zależności od nasilenia oraz ilości objawów, nazwa się hipomanią lub manią.

W diagnostyce depresji stosuje się również specjalne kwestionariusze i testy, między innymi: inwentarz depresji Becka, skalę depresji Hamiltona, skalę Montgomery – Asberg. Bez badania psychiatrycznego samo badanie kwestionariuszowe nie jest wystarczające do rozpoznania lub wykluczenia depresji, ale jest pomocne w ocenie stopnia jej nasilenia i monitorowania przebiegu jej leczenia.

**Jakie są sposoby leczenia depresji?**

Celem leczenia depresji jest ustąpienie objawów i przywrócenie funkcjonowania na poziomie sprzed choroby (remisja) oraz zapobieganie nawrotom. Pacjent podczas terapii powinien być partnerem. Lekarz powinien zachęcić go do samoobserwacji, formułowania własnych celów i zadawania pytań. Wszystko to służy lepszemu przestrzeganiu zaleceń i współpracy w procesie leczenia. Wybór metody i sposobu leczenia zależy także od preferencji pacjenta. Ważna jest również edukacja chorego i jego rodziny na temat przyczyn, objawów, przebiegu, czasu trwania i następstw tej choroby. Pacjent i jego bliscy powinni wiedzieć, jak istotne jest regularne przyjmowanie leków, ponieważ przerwa w leczeniu jest pierwszym krokiem do nawrotu.   
Do czasu uzyskania remisji objawów wizyty u lekarza powinny się odbywać nawet co 1 – 2 tygodnie, a następnie raz w miesiącu.

Wskazane jest, aby leczenie depresji było kompleksowe, tzn. łączyło zarówno metody farmakologiczne (właściwie dobrany lek/leki przeciwdepresyjne) oraz psychoterapię (i/lub inne formy terapii czy zajęć terapeutycznych) i psychoedukację.

**Podstawowe metody terapeutyczne:**

**Farmakoterapia**

Farmakoterapia (leki przeciwdepresyjne) – leki powinny być dobierane odpowiednio   
do objawów występujących u danego chorego, z uwzględnieniem profilu działań niepożądanych, chorób współistniejących oraz ewentualnych innych leków, które przyjmuje pacjent. Powinna to być wspólna decyzja lekarza i pacjenta. Należy je przyjmować codziennie zgodnie z zaleceniami lekarza. Poprawa może być odczuwana dopiero po 2 – 4 tygodniach farmakoterapii. Prawidłowo prowadzone leczenie farmakologiczne daje zadowalającą poprawę u ok. 70% pacjentów już po pierwszej kuracji. U pozostałych pacjentów w przypadku braku poprawy zmienia się lek/leki przeciwdepresyjne i czasami wprowadza leki wspomagające z innych grup. Leków nie można odstawiać bez konsultacji z lekarzem, nawet w przypadku poprawy samopoczucia, gdyż może to spowodować wystąpienie objawów odstawiennych i nawrót depresji. Łagodne działania niepożądane farmakoterapii są stosunkowo częste,   
ale zazwyczaj szybko ustępują. Wystąpienie silniejszych lub bardziej kłopotliwych działań niepożądanych wymaga konsultacji z lekarzem. Obecnie dostępne są bardzo nowoczesne i bezpieczne preparaty, które można stosować przez długi czas. Część z nich nie wchodzi w reakcje z alkoholem, a przyjmowanie wielu z nich nie stanowi przeciwwskazania   
do prowadzenia pojazdów. Stosowane lek z grupy SSRI (zwrotny wychwyt serotoniny, trójpierścieniowe, lit. **Mają za zadanie regulować aktywność związków chemicznych   
w mózgu.**

**Psychoterapia i psychoedukacja**

W epizodzie depresji szczególnie zalecana jest terapia poznawczo – behawioralna. Często pacjenci, zwłaszcza na początku leczenia depresji, nie chcą lub nie mogą podjąć psychoterapii. Czasami też, już po poprawie stanu zdrowia psychicznego w leczeniu farmakologicznym, nie mają dalszej motywacji do kontynuacji takiej psychoterapii. Rzadko, w ściśle uzasadnionych przypadkach, leczenie depresji rozpoczyna się od psychoedukacji (edukacji i rozmów z pacjentem na temat depresji) oraz/lub psychoterapii (i zajęć terapeutycznych) i czeka z włączeniem leczenia farmakologicznego. Przykładami takich sytuacji mogą być łagodna depresja i depresja w przebiegu ciąży.

modelach depresji, podają, że „schematy powstają na wczesnym etapie życia jednostki, jako rezultat nadania znaczenia doświadczeniu mającemu najczęściej charakter utraty osoby znaczącej (śmierć, rozwód)”. A. Beck w odniesieniu do depresji, wprowadził też pojęcie triady poznawczej, na którą składają się: negatywna wizja siebie, negatywna wizja rzeczywistości jak i negatywna wizja przyszłości.

Osoba, która zgłasza się na psychoterapię z powodu klinicznej depresji, jest klientem wymagającym dużej atencji, zrozumienia i akceptacji ze strony terapeuty. Pacjenci są często narażeni na nawroty tego zaburzenia, przez depresjogenne schematy, które pod wpływem negatywnego wydarzenia życiowego (np. na skutek utraty), aktywują negatywne myśli automatyczne (np. jestem głupi, do niczego się nie nadaję, jestem nikim), które z kolei układają się we wspomnianą już triadę poznawczą Becka. Przykład myśli automatycznej: **moja mama mnie nie kocha.** Niekiedy interwencje terapeuty nie udają się, bo spotykają się z odrzuceniem ze strony pacjenta. Zdarza się również, że ze względu na nasilenie objawów depresyjnych, funkcjonowanie pacjenta się pogarsza, na skutek czego, może dojść do wycofania się klienta   
z terapii, opuszczania sesji, chociażby ze względu na zniechęcenie i trudności ze snem, bądź wstaniem z łóżka.

W terapii pomagamy m.in. pacjentom w rozpoznawaniu zniekształconych treści poznawczych oraz zastępowaniu ich myślami bardziej racjonalnymi, realistycznymi, optymistycznymi. Dzięki temu mogą spojrzeć na swoje myśli z dystansem i zyskać nad nimi pewną kontrolę,   
a to podnosi ich samoocenę, poprawia nastrój oraz prowadzi do pozytywnych zmian   
w zachowaniu”.

**Typowe automatyczne myśli:**

Stracę tę pracę, Nie radzę sobie, Powinnam dawać z siebie więcej, Inni radzą sobie lepiej niż ja, To moja wina że mam teraz problemy – gdybym pracowała ciężej nie byłoby ich.

**Typowe emocje**:

Napięcie, lęk, smutek.

**Reakcje fizjologiczne**:

Uczucie ciężaru w klatce piersiowej i w kończynach, ogólne rozbicie i spowolnienie napędu psychoruchowego.

**Podstawowe strategie behawioralne (zachowania zabezpieczające)**

Zmuszanie się do jeszcze cięższej pracy, ciągłe sprawdzanie i porównywanie wyników swojej pracy z innymi.

**Przekonania kluczowe [schematy poznawcze]:**

Jestem niekompetentna, Nie radzę sobie, Jestem gorsza niż inni, W życiu mogę liczyć tylko   
na siebie; nic dobrego mnie nie spotka, nikt mnie nie lubi.

**Przekonania warunkowe, pośredniczące [zasady]:**

Jeśli nie idzie mi w szkole, to znaczy że zawiodłam/ jestem niekompetentna. W życiu nigdy   
nie wolno sobie odpuszczać.

**Zniekształcenia i ograniczenia poznawcze:**

Katastrofizacja(„jak nie zdam egzaminu na prawo jazdy za pierwszym razem, to już nigdy   
nie będę kierowcą”).

Przewidywanie przyszłości („w życiu nic dobrego mnie nie spotka”).

Myślenie dychotomiczne („albo jestem w czymś świetna, albo ponoszę całkowitą porażkę”).

Myślenie powinnościowe („powinnam zawsze pomagać przyjaciołom”).

Umniejszanie pozytywów („to że coś mi się udało to tylko znaczy że miałam szczęście”).

Wyolbrzymianie negatywów („kiepski miesiąc w szkole oznacza że jestem do niczego”).

Czytanie w myślach: (pomyślała sobie o mnie, jaka muszę być beznadziejna skoro nie umiem wykonać tego zadania).

**Typowe emocje:**

smutek, poczucie winy, niepokój

**Podstawowe strategie behawioralne stosowane przez pacjenta, i ich rola w powstaniu lub podtrzymywaniu problemu.**

Podtrzymywanie bardzo wysokich standardów osobistych w odniesieniu do większości dziedzin życia, bardzo ciężka praca, Nie pozwalanie sobie na odpoczynek, Wyczulenie   
na wszelkie niedociągnięcia, Unikanie proszenia o pomoc.

**Cele terapeuty**

Zwiększenie ilości zachowań i aktywności związanych z odpoczynkiem i przyjemnościami.

Nauczenie pacjentki korzystania z podstawowych narzędzi poznawczych – monitorowania nastroju, identyfikowania myśli automatycznych oraz pojawiających się zniekształceń, progresywne rozwiązywanie problemów.

Ograniczenie samokrytycyzmu i niesprawiedliwych dla pacjentki porównań.

Ograniczenie perfekcjonizmu, uelastycznienie oczekiwań wobec siebie i nadmiernie wysokich standardów.

**Tabela aktywności.**

**Planowanie aktywności.**

**Skalowanie.**

**Tabela MA.**

**Zadania w ramach rozwoju osobistego tzw. Praca domowa.**

**Rozpraszanie uwagi np. poszukiwanie w otoczeniu rzeczy w czerwonym kolorze, przypominanie sobie słów piosenki, uważność.**

**Za i przeciw:** Nie zawsze można orzec czy dana myśl automatyczna jest prawdziwa, czy nie. To jak z racją optymisty i pesymisty. Dla jednego szklanka do połowy jest pełna, dla drugiego pusta. Oboje mają rację Trzeba zadać sobie pytanie, który sposób widzenia sytuacji bardziej   
mi służy. Jakie są korzyści i jakie straty z danego sposobu myślenia.

**Eksperymenty behawioralne:** myśl automatyczna spacery mi nie polepszą samopoczucia. Sprawdzam to i zapisuję np. przez tydzień spaceruję po pół godziny dziennie.

**Zastosowane strategie „zapobiegania nawrotom”**

* Normalizowanie naturalnych wahań nastroju i samopoczucia
* Przypisywanie pacjentce i jej pracy zasług za osiągnięte podczas terapii rezultaty
* Promowanie postawy bycia „własnym terapeutą”- utrwalanie umiejętności rozpoznawania negatywnych automatycznych myśli i przystosowawczego reagowania na nie, planowania aktywności, ćwiczeń relaksacyjnych, strategii odwracania uwagi i skupiania jej na innej czynności.

**Nauczanie indywidualne?**

* W okresie dojrzewania, młodości wpływ rówieśników i potrzeba kontaktu z nimi jest bardzo duży im konieczny rozwojowo. Pozbawienie tego lub znaczne ograniczenie tylko do osób dorosłych (często kontrolujących i sprawujących nadzór) jest nierozwojowe i niekorzystnie wpływa na dalsze relacje ze środowiskiem społecznym. Mniej okazji do pozytywnych doświadczeń. Brak lub znacznie ograniczony kontakt ze środowiskiem szkolnym, rówieśniczym, nauczycielami, itp. podtrzymuje SMUTEK i obawy, nie daje możliwości realnych doświadczeń, zastępuje je życzeniowa wizja prawidłowego funkcjonowania w przyszłości. Nie można pozbawiać dziecka naturalnej możliwości sprawdzania swoich kompetencji oraz modelowania, zwłaszcza przy niekorzystnym obrazie rodziny. Wysoka szkodliwość dla innych uczniów o słabszej konstrukcji psychicznej, gdyż stanowi modelowanie nieadaptacyjnych sposobów radzenia sobie. Odbierania uczniowi poczucia sprawstwa – doświadczenie lęku i w konsekwencji poprzez dobranie niewłaściwych strategii pomocy (unikanie, nierozwijane umiejętności społeczne, brak wzmocnień pozytywnych   
  w trudnych sytuacjach) zamiast poczucia mocy poczucie porażki.

**Depresja to:**

* Mniejsza energia
* Mniejsza wydolność
* Wrażliwość na krytykę
* Potrzeba pomocy
* Problemy z uwagą
* Gorsza pamięć (krótko i długotrwała)
* Zalecenia w związku z tym do szkoły: kontakt z PPP i wystawienie opinii.

**Fototerapia**

Fototerapia to metoda o potwierdzonej skuteczności i dużym bezpieczeństwie, stosowana w przypadku depresji sezonowej, czyli występującej w okresie jesienno-zimowym i/lub zimowo – wiosennym. Polega na powtarzalnej ekspozycji na światło o określonym natężeniu.

**Elektrowstrząsy**

Elektrowstrząsy są skuteczną i bezpieczną metodą leczenia, zazwyczaj stosowaną w przypadku niepowodzenia prawidłowo prowadzonej farmakoterapii, także wtedy, gdy stan chorego wymaga interwencji, ale podanie leków jest przeciwwskazane lub w sytuacji, gdy depresja i jej skutki zagrażają życiu pacjenta.

**Dieta i aktywność fizyczna**

Warto także zwrócić uwagę na odpowiednie odżywianie się i aktywność fizyczną. Regularne umiarkowanie nasilone ćwiczenia fizyczne (tzn. takie, w czasie których pacjent może mówić, ale nie jest już w stanie śpiewać) mogą być skutecznym sposobem poprawy nastoju i mogą być wartościowym elementem skojarzonego leczenia depresji.

**Profilaktyka – zapobieganie depresji:**

* Dbanie o dobre relacje w rodzinie i z dzieckiem.
* Podwyższanie kompetencji rodzicielskich (np. moje doświadczenia zawodowe pokazują, jak trudno jest rodzicom chwalić swoje dziecko, albo ja często w komunikacie, który ma być pochwałą znajdują się elementy krytyki. Można korzystać z zajęć warsztatowych psychoedukacyjnych „Szkoła dla rodziców”.
* Rozwijanie zainteresowań, pasji. Ograniczanie czasu spędzanego przed internetem i innymi mediami.
* Uczenie gospodarowania czasem, budowania struktury dnia, z przeznaczeniem   
  na obowiązki i odpoczynek.
* Akcentowanie potrzeby aktywności fizycznej, właściwej diety i regularnych posiłków – dawanie własnego przykładu.
* Budowanie pozytywnych schematów u dziecka dotyczącego relacji społecznych – okazywanie radości i interesowanie się sprawami kolegów, koleżanek syna, córki.
* Budowanie pozytywnego obrazu siebie, akcentowanie mocnych stron. Spróbuj być swoim najlepszym przyjacielem.
* Spędzanie z synem, córką wspólnie czasu, codziennie przynajmniej pół godziny na wspólne aktywności, zabawy, rozmowy na tematy poruszane przez dziecko.
* Wieczorne podsumowywanie dnia z dostrzeganiem tego co było dobre, co miłego się zdarzyło.

W przypadku trudnych sytuacji życiowych jak śmierć bliskiego, nie pozostawianie dziecka samemu sobie, dbanie o jego emocje, monitorowanie stanów, rozmowy, zapoznanie się   
ze stadiami przeżywania żałoby (Stadium 1: **Zaprzeczanie i izolacja**”. To jakaś pomyłka. To nie może być prawdą”. Początkowe zaprzeczanie jest zdrowym mechanizmem, stanowi sposób radzenia sobie. Działa początkowo jak bufor, po niespodziewanej szokującej wiadomości, pozwala człowiekowi z czasem pozbierać się i zmobilizować inne mniej radykalne obrony. Stadium 2: **Gniew –** Charakterystyczny wzorzec: „Dlaczego ja?” Na tym etapie osoba nie jest w stanie dłużej zaprzeczać. Może przejawiać prócz gniewu wrogość, wściekłość, złość. Osoby pomagające muszą być świadome, że jest to naturalny mechanizm adaptacyjny. To rozpaczliwa próba zwrócenia na siebie uwagi, uzyskania zrozumienia i uzyskania choćby niewielkiej kontroli nad tym, co się dzieje. Stadium 4: **Depresja**. Stadium 4: **Akceptacja).**

Właściwa profilaktyka opiera się na psychoedukacji, wyposażeniu w umiejętności komunikacyjne i społeczne, w tym konstruktywnego rozwiązywanie problemów; modyfikacji dysfunkcjonalnych przekonań oraz rozpoznawania zniekształceń poznawczych; ukierunkowanie aktywności może zapobiec rozwojowi zaburzenia nastroju. Prawidłowo zaplanowane i przeprowadzone oddziaływania profilaktyczne, dają szansę na przeciwdziałanie zachorowaniu, a tym samym pogorszeniu jakości życia nie tylko jednostek, ale także ich rodzin i najbliższego środowiska. Zapobiegają także wykluczeniu społecznemu i sięganiu po używki (co stanowi dysfunkcjonalny sposób poradzenia sobie z trudnymi emocjami   
i niepowodzeniami). Wyposażają ponadto młodego człowieka w wiedzę i umiejętności, które pozwalają na poszerzenie horyzontów myślowych, większe czerpanie radości z życia oraz głębsze rozumienie siebie i innych ludzi.

*Opracowanie – mgr Kamila Tońska psycholog PPP1 w Elblągu*