

Depresja a depresyjność u dorastających – obraz kliniczny

dr hab.n.med. Małgorzata Janas-Kozik^{1,2}

¹Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Centrum Pediatrii, Sosnowiec

²Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Katowice

1. Dorastanie czyli adolescencja. Jak rozumieć ten proces w kontekście jednostki i rodziny.

Dorastanie należy rozpatrywać w kontekście czynników indywidualnych (osobowościowych), środowiskowych (społeczno-ekonomicznych) i rodzinnych. Adolescencja (łac. adolescere) oznacza dorastanie. Jest to proces przekształcania dziecka w osobę dorosłą. Dorastanie jest rozumiane również jako kryzys życiowy jednego z członków systemu rodzinnego (1). Kryzys życiowy to osobista sytuacja, która zachodzi wtedy, kiedy wypróbowane struktury adaptacyjne i obronne nie są już dłużej adekwatne i nie wystarczają, aby sprostać nowym wymaganiom, które pochodzą zarówno z wnętrza, jak i ze świata zewnętrznego wobec jednostki. Następuje wtedy rozprężenie wraz z co najmniej częściową dezintegracją na poziomie myśli i uczuć. Towarzyszą temu lęk, dylematy a także często działanie impulsywne. Możliwe jest także pojawienie się regresji i powtórne pojawienie się silnych, prymitywnych fantazji, sposobów myślenia i odczuwania. Adolescencja jest również kryzysem życiowym i problemem całej rodziny. Wszyscy członkowie systemu rodzinnego uczestniczą na równi w realizowaniu podstawowego zadania adolescencji – procesu separacji – indywiduacji (2).

Wobec zadań stojących przed adolescentem określonych wg Havighursta (1), do których zalicza się: osiągnięcie niezależności osobistej, rozwijanie postaw wobec grup społecznych i instytucji, osiągnięcie nowych, bardziej dojrzałych więzi między rówieśnikami obojga płci, ukształtowanie roli męskiej bądź kobiecej, osiągnięcie niezależności uczuciowej od rodziców i innych osób dorosłych, przygotowanie do małżeństwa i życia w rodzinie, przygotowanie do kariery zawodowej i niezależności, rozwijanie własnego systemu wartości i dążenie do postawy odpowiedzialnej społecznie, uwikłanie, nadopiekuńczość i sztywność wydają się być kluczowe.

Adolescencja jest procesem zmiany na wielu poziomach (biologiczno – psychicznych), a poprzez to kryzysem dla młodej osoby i jej rodziny. Jest to jeden z najważniejszych i najtrudniejszych kryzysów życiowych człowieka. To czas, który wymaga stworzenia i uruchomienia nowych struktur adaptacyjnych i mechanizmów obronnych adekwatnych do zachodzących zmian zarówno wewnętrznych jak i zewnętrznych. Wobec tych trudnych zadań uruchamiają się mechanizmy

obronne uznane wg psychoanalityków za charakterystyczne postawy dla wcześniejszych okresów rozwoju.

Do zewnętrznych manifestacji adolescencji, spowodowanych wewnętrznymi konfliktami i zmianami w obrębie struktury psychicznej u dorastającego należą: maniakalny, wielkościowy nastrój jako zaprzeczenie własnym lękom co do braku kompetencji, bezradności i „utruty” opiekuńczych rodziców, zmiana idealizacyjnego stosunku do rodziców na pogardę i krytykę wobec nich i innych dorosłych, podejmowanie działań podkreślających własną niezależność i testowanie swoich możliwości, poddanie w wątpliwość spostrzeżeń i przekonań, jak również poglądów otrzymanych od rodziców i innych dorosłych w celu kształtowania osobistego sumienia i systemu wartości (3). Akceptacja przekonań rodziców musi przynajmniej częściowo zostać wewnętrznie zniszczona po to, aby adolescent mógł wypracować swoje własne wartości. Dlatego też bunt i sprzeciw młodego człowieka wobec wartości proponowanych przez „ważnych dorosłych” okazuje się być niezbędny do tworzenia zrębów własnej tożsamości. Kolejne zewnętrzne manifestacje adolescencji spowodowane wewnętrznymi konfliktami i zmianami w obrębie struktury psychicznej adolescenta to: depresyjna reparacyjna troska o rodziców jako próba poradzenia sobie z wyrzutami sumienia za destrukcyjne ataki (w rzeczywistości lub fantazji) na rodziców, co w realności psychicznej odzwierciedla się w postaci depresyjności, skłonności do melancholii czy też odczuwania niepokoju lub lęku u nastolatka. Powszechne jest w tym wieku znajdowanie substytutów modeli do naśladowania i podziwiania w ramach poszukiwania zastępczych obiektów idealizacji i identyfikacji poza rodziną, konieczne jako sposób na uzyskanie całościowego zwyczajnego obrazu rodzica, co jest warunkiem bezpiecznej separacji. Zmiany w obrębie własnej fizyczności, psychiczności oraz mieszanek różnorodnych emocji związanych z nimi prowokują młodego człowieka do skupienia się na sobie samym. Choć młoda osoba tkwi w otchłani niepewności, co do własnej wartości, wyglądu, miejsca na ziemi i innych, to przejściowe poczucie bezpieczeństwa osiąga się poprzez nadawanie wyobrażeniu self wielkiej wagi. Określane jest to często narcyzmem młodzieńczym (4). Inwestowaniu uwagi w self, w siebie, własne ciało towarzyszy jednocześnie wycofanie, aczkolwiek przejściowe, miłości dla zewnętrznych obiektów i ludzi. W realności obserwujemy u młodego człowieka okresowe wycofanie z interakcji społecznych i zainteresowanie się własną osobą. Wycofuje się by odzyskać poczucie siebie jako kogoś wyjątkowego i otwiera się z powrotem by znaleźć nowe przyjemne możliwości nawiązywania relacji z przyjaciółmi, ze światem.

Równocześnie obserwuje się silną ambiwalencję w zakresie afektu, impulsów i zachowania. Stąd częste zmiany w wymiarach: miłość – nienawiść, aktywność – pasywność, męskość – kobiecość,

fascynacja – obojętność i zależność – niezależność oraz zregresowanie się do prymitywnych, skrajnych stanów emocjonalnych wszystko – nic, dobre – złe (splitting). Ma miejsce również przechodzenie od aroganckiej złości i poczucia wielkości do poczucia bezradności i pragnienia zależności oraz przeżywanie intensywnego smutku związanego z definitywną i ostateczną rezygnacją z praktycznej i psychicznej zależności od rodziców (3).

2. Jak rozumieć depresyjność.

O depresyjności mówimy wtedy, gdy symptomy depresyjne nie układają się w obraz zespołu depresyjnego, ale pozostają na poziomie pojedynczych objawów nierzadko towarzysząc innemu, podstawowemu zaburzeniu natury psychicznej. Należy pamiętać, że aby rozpoznać depresję o nasileniu od łagodnej do ciężkiej muszą być spełnione określone kryteria diagnostyczne zarówno w klasyfikacji ICD-10, jak i DSM-IV (5, 6). Depresyjność jest okresowa doświadczana przez większość dorastających i jest konsekwencją intensyfikacji życia emocjonalnego w okresie dorastania. Depresyjność, przy dużym nasileniu objawów oraz zaburzeń funkcjonowania może osiągnąć poziom kliniczny wymagający leczenia.

Wskaźnikiem depresyjności jest poczucie badanych o obecności objawów zaliczanych do symptomów depresyjnych. Można przyjąć, iż przy silnym nasileniu depresyjności w badaniu klinicznym można stwierdzić depresję u badanych. Do mechanizmów „fizjologicznej depresyjności” u adolescentów zalicza się: poczucie utraty wyobrażenia „idealnego, onnipotentnego rodzica”, stopniową rezygnację z psychicznej i praktycznej opieki rodzica, co wiąże się z opuszczaniem rodziców jako pierwotnych obiektów miłości i autorytetu. To także pojawiające się poczucie winy za wzmagające się impulsy popędowe (konflikt między ego a superego), lęk odnośnie własnych kompetencji połączony z poczuciem bezradności i objawy dysmorfofobii (zaburzenia obrazu ciała), przeżywanie swojego ciała jako niedoskonałego, będącego źródłem lęków i niepokojów. Adolescent to ktoś, kto w swych świadomych przeżyciach obawia się, że będzie niedoskonałym dorosłym, a w nieświadomości oplakuje utracone dzieciństwo. Kolejne przejawy depresyjności w okresie dorastania to egzystencjalne rozmyślanie na temat sensu życia, śmierci, poczucia własnej wartości przejawiające się także w pisaniu wierszy i słuchanej muzyce. To również czasowe wycofywanie się z interakcji społecznych, przechodzenie od aroganckiej złości i poczucia wielkości do poczucia bezradności i pragnienia zależności oraz prowokacyjny sposób zachowania, ubierania się, podejmowanie działań ryzykownych (4). Kliniczne przejawy depresyjności w adolescencji to myśli i próby suicydalne, samouszkodzenia, uzależnienia, zaburzenia zachowania, anoreksja i objawy bulimiczne.

3. Pojęcie depresji młodzieńczej

Obecnie w literaturze przedmiotu przeważa pogląd oparty na założeniach teoretycznych o jedności wszystkich zaburzeń afektywnych, przy czym należy odróżnić je od smutku i rozpacz dziecka lub adolescenta jako odpowiedź na doświadczenia zarówno stresujące jak i traumatyczne (7). Zaburzenia o obrazie depresyjnym pojawiające się w adolescencji są zaliczane w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV bądź do kategorii zaburzeń afektywnych, zaburzeń zachowania i emocji, zaburzeń somatogennych lub posttraumatycznych, zależnie od kontekstu (8). W ICD-10 brak kategorii depresja młodzieńcza – jest ona kodowana jako depresyjne zaburzenia zachowania – F92.0.

W ujęciu Kępińskiego depresja młodzieńcza to odrębny zespół, na który składają się: zaburzenia nastroju, lęk, zaburzenia w zachowaniu, znaczne nasilenie autodestrukcji. Objawy te mogą występować w różnych konfiguracjach: postać apatyczno-abuliczna, postać buntownicza, postać rezygnacyjna, postać labilna. Objawy kliniczne depresji młodzieńczej to: zaburzenia nastroju – obniżenie nastroju, dysforia, podwyższony poziom lęku, lęk przed przyszłością, zaburzenia w sferze poznawczej – trudności funkcjonowania w roli ucznia z niepowodzeniami szkolnymi, poczucie małej wartości, przekonanie o nieuchronności niepowodzenia – błędne stereotypy poznawcze (niekoniecznie utrwalone), obniżony poziom aktywności maskowany dysforią i zaburzeniami zachowania. Najbardziej rzucającymi się w oczy objawami depresji młodzieńczej są zaburzenia w zachowaniu i autodestrukcyjne zaburzenia zachowania (9).

4. Depresja

Rozpoznając depresję zwracamy uwagę na: charakterystyczny obraz kliniczny, stopień nasilenia objawów, długość utrzymywania się zaburzeń, stopień upośledzenia dotychczasowego funkcjonowania chorego i skuteczność farmakoterapii i/lub psychoterapii.

W klasyfikacji ICD-10 brak odrębnych wskazówek diagnostycznych dla rozpoznania depresji u dzieci i młodzieży (6). Aby rozpoznać depresję niezbędne jest zaburzone funkcjonowanie w obszarach: nastroju, motoryki i rytmów biologicznych w stopniu upośledzającym prawidłowe funkcjonowanie. Czas ich trwania co najmniej 14 dni (10). W obrazie klinicznym depresji u dzieci i młodzieży można znaleźć specyficzne cechy. Do nich należą: liczne, zmienne, niespecyficzne skargi somatyczne, np. bóle głowy, ciągłe zmęczenie, gorsze wyniki w nauce, które nierzadko idą w parze z częstą nieobecnością w szkole, wybuchy płaczu, niczym nieuzasadnione rozdrażnienie, zanudzenie, chętnie omijanie wysiłku, słaba komunikacja z rówieśnikami lub izolacja od grona

rówieśników, obawa przed śmiercią, nadwrażliwość na odrzucenie, drażliwość, zachowania ryzykowne. U wielu dzieci i dorastających dominującym nastrojem jest drażliwość. W zaburzeniach snu dominuje bezsenność lub skrócenie czasu snu z przedwczesnym budzeniem się. Pojawia się utrata apetytu, a w klasyfikacji dużej depresji wystarczającym jest brak przyrostu masy ciała, a nie ubytek wagi. Pogorszenie funkcjonowanie w szkole, w relacjach z rówieśnikami, rezygnacja z dotychczasowych przyjemności i zainteresowań to częste objawy depresji u dzieci i młodzieży. W dużym odsetku u dzieci i młodzieży spotyka się zaniżoną samoocenę, negatywną ocenę przyszłości, ale również teraźniejszości i przeszłości. Plany samobójcze u dzieci rzadziej niż u dorosłych prowadzą do śmierci. W przypadku depresji u adolescenta ryzyko podjęcia próby samobójczej jest wysokie, nawet jeżeli objawy wydają się mieć charakter manipulacyjny. Im młodsze dziecko tym więcej objawów somatycznych (10).

W podsumowaniu należy podać, że obraz kliniczny depresji u dzieci i młodzieży ma charakter nietypowy, a objawy kliniczne podane w kategoriach klasyfikacyjnych zarówno ICD-10, jak i DSM-IV zawsze należy odnosić do wieku młodego człowieka.

Literatura:

1. Namysłowska I.: Adolescencja – wiek dorastania. W: (Red.) I. Namysłowska: Psychiatria dzieci i młodzieży. PZWL, Warszawa 2004, 231-246
2. Janas-Kozik M., Albert J.: Jak zrozumieć adolescenta? Adolescencja jako przełomowa faza rozwoju człowieka w ujęciu analitycznym. W: Adolescencja – szanse i zagrożenia. Praca zbiorowa. Dąbrowa Górnicza 2008, s. 173-183
3. Janas-Kozik M., Stachowiak E.: Objawy obsesyjno-kompulsyjne, depresyjność i lęk w przebiegu jądłowstrętu psychicznego. Propozycja ich rozumienia w perspektywie adolescencji. Psychoterapia 3 (146) 2008, 35-60
4. Blos E.: The adolescent passage. Int. Univ. Press, New York 1979
5. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM IV) APA. Washington D.C. 1994
6. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków – Warszawa 1998, 106
7. Bomba J., Modrzejewska R.: Prospektywne badanie dynamiki depresji u młodzieży w średniej fazie dorastania. Psychiatr. Pol. 2006; T XL, 4, 683-693
8. Bomba J., Modrzejewska R.: Prospektywne badanie dynamiki depresji u młodzieży w późnej fazie dorastania/ Psychiatr. Pol. 2006; T XL 4, 695-706
9. Bomba J.: Depresja młodzieńcza. W: (Red.) I. Namysłowska: Psychiatria dzieci i młodzieży. PZWL, Warszawa 2004; 266-278
10. Rabe-Jabłońska J.: Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. W: (Red.) I. Namysłowska: Psychiatria dzieci i młodzieży. PZWL, Warszawa 2004; 324-336

Szkolenie powstało w ramach programu Pokonać depresję w serwisie www.EdukacjaMedyczna.pl. Sponsor: Teva.