

KOMPENDIUM WIEDZY

dotyczące szkolenia pt.

„Depresja chorobą XXI wieku.

Depresja dzieci i młodzieży.”

Warszawa, 21-22.08.2023 r.

Szkolenie jest finansowane ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego. Usługa jest wykonywana w ramach zadań realizowanych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.

Kompendium wiedzy dotyczące szkolenia pt. „Depresja chorobą XXI wieku. Depresja dzieci i młodzieży” zostało opracowane przez Martę Michalską i Teresę Wagner-Tomaszewską na podstawie treści zawartych w:

1. Justyna Pełka-Wysiecka, Jerzy Samochowiec, Katedra i Klinika Psychiatrii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie: „Czy faktycznie zróżnicowana psychoterapia?” *Psychiatria* 2014; 11, 3: 141–147.
2. Pużyński S. *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa 2002.
3. Orzechowska A., Gałęcki P., *Zaburzenia psychosomatyczne w ujęciu terapeutycznym*, Wydanie 1. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2014.
4. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja, Tom I, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2012.
5. M. Sobkowiak, *Przeciwdziałanie zachowaniom suicydalnym w pracy socjalnej*, Gorzów Wlkp. 2011.
6. J. Waszczuk, *Profilaktyka presuicydalna dzieci w wieku wczesnoszkolnym i młodzieży w okresie adolescencji*, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, 2017.
7. K. Ostaszewski, A. Rustecka- Krawczyk, M. Wójcik, *Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami warszawskich gimnazjalistów klasy I – II*, Pro-M, Warszawa 2009.
8. A. Borucka, K. Ostaszewski, *Czynniki i procesy resilience wśród dzieci krzywdzonych*, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2008.
9. A. Dzielska, A. Kowalewska, *Zachowania ryzykowne młodzieży - współczesne podejście do problemu*, *Czasopismo BAS*, 2014.
10. S. Kawula, *Zachowanie samobójcze młodzieży i jej stosunek do kary śmierci*, [w:] J.A. Malinowski, A. Mandecki (red.). *Środowisko — młodzież-zdrowie*. Pedagogiczne i psychologiczne wymiary zagrożeń życia i rozwoju młodzieży, AKAPIT, Toruń 2007.
11. R. James, *Samobójstwo a dusza*, Laurum, 2022.
12. A. Kielan, D. Olejniczak, *Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży*, *Dajemy Dzieciom Siłę*.
13. J. Mellibruda, *Interwencja wobec osób o skłonnościach samobójczych*.
14. J. Różańska-Kowal, B. Izydorczyk, *Psychologiczne uwarunkowania młodzieżowych zamachów samobójczych*. W: Namysłowska I. (red.). *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
15. M. Adamiec, *Podmiotowość – formy i zmiany*, [w:] *Podmiotowość człowieka*.
16. *Szanse rozwoju i zagrożenia*, red. Z. Ratajczak, Wyd. UŚ, Katowice 1992.
17. <https://ptzs.pl/wiedza-o-samobojstwach/slownik-suicydologii/>.
18. <https://tojestgranda.pl/2021/09/09/mysli-samobojcze-a-mysli-rezygnacyjne/>.

Szkolenie jest finansowane ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego. Usługa jest wykonywana w ramach zadań realizowanych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.

19. <https://emocje.pro/samobojstwo-jak-pomoc-osobie-ktora-chce-popelnic-samobojstwo/>.
20. <https://tojestgranda.pl/2021/09/09/mysli-samobojcze-a-mysli-rezygnacyjne/>
21. <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/choroby/psychiatria/81302,zaburzenia-depresyjne-u-dzieci-i-mlodziezy>.

Spis treści:

1. Definicja i objawy depresji.
2. Przyczyny depresji.
3. Rozpowszechnienie depresji.
4. System wsparcia.
5. Zachowania samobójcze – suicydalne.
6. Co to myśli rezygnacyjne?
7. Co to myśli samobójcze?
8. Tendencje samobójcze u dzieci i młodzieży.
9. Proces suicydalny - syndrom presuicydalny, objawy syndromu presuicydalnego, pomoc osobom z syndromem presuicydalnym, zapobieganie samobójstwom, ważność kontaktu anonimowego.
10. Sygnały ostrzegawcze zachowań suicydalnych.
11. Czym jest próba samobójcza - czynniki ryzyka.
12. Czynniki wyzwalające zachowania samobójcze u dzieci i młodzieży.
13. Czym jest próba samobójcza - czynniki ryzyka ponownego aktu.
14. Czynniki chroniące przed zachowaniami samobójczymi u dzieci i młodzieży.
15. Jak reagować na myśli i deklaracje samobójcze wśród dzieci i młodzieży?
- komunikacja.
16. Jak reagować na przypadki samookaleczeń wśród dzieci i młodzieży?
17. Rodzina podatna na zachowania samobójcze – charakterystyka.
18. Czym jest postwencja?
19. Namawianie do popełnienia zamachu samobójczego.

Depresja – definicja, klasyfikacja i objawy depresji

Krótkie zdefiniowanie depresji nie jest możliwe bez świadomości istoty tego określenia. Depresja jest złożonym i wieloaspektowym stanem psychicznym, który może wpływać na różne sfery życia jednostki. Istnieje wiele perspektyw i definicji depresji. W literaturze popularyzującej wiedzę dotyczącą depresji zaburzenia depresyjne są po prostu definiowane jako choroba. Jest to podejście służące w szczególności podkreśleniu powagi tego stanu. W społecznej świadomości nadal słowo „depresja” bywa rozumiane jako potoczne określenie nieco gorsze go nastroju. Czasem jest odbierane jako rodzaj przesadnego opisywania braku motywacji czy wręcz usprawiedliwienia lenistwa. W tym kontekście określanie zaburzeń depresyjnych mianem choroby ma znaczenie edukacyjne, mające na celu położenie nacisku na złożoność tego stanu i cierpienie, którego doświadcza osoba w depresji.

Określenie depresji mianem choroby może nie być jednak bardzo precyzyjne definicyjnie. W tym ujęciu ciężko uznać „depresję” za konkretną jednostkę chorobową, ze względu na bardzo złożoną etiologię, niemożliwy do jednoznacznego określenia obraz kliniczny. W związku z tym definicyjnie zaburzenia depresyjne można określić jako zaburzenie psychiczne, w szczególności zaburzenie nastroju, czy też zaburzenie afektywne. Często używa się tych terminów zamiennie, w zależności od aspektu problemu, którym się zajmujemy.

W polskim tłumaczeniu klasyfikacji chorób ICD-10 wyróżnia się następujące jednostki:

- F31 Zaburzenia afektywne dwubiegunowe
- F32 Epizod depresyjny
- F33 Zaburzenia depresyjne nawracające
- F34 Uporczywe zaburzenia nastroju [afektywne]
- F38 Inne zaburzenia nastroju [afektywne]
- F39 Zaburzenia nastroju [afektywne], nieokreślone

Nie istnieje więc w klasyfikacji po prostu określenie „depresja”. Mówiąc o depresji najczęściej mamy na myśli epizod depresyjny (czyli pierwsze w ciągu życia zachorowanie na depresję), lub nawracające zaburzenia depresyjne (czyli sytuację, w której epizody depresyjne powtarzają się).

Epizod depresyjny charakteryzuje się uporczywym smutkiem, utratą zainteresowania życiem, spadkiem energii i trudnościami w wykonywaniu codziennych czynności. Zmniejsza się aktywność jednostki, zawężają zainteresowania. W epizodzie depresyjnym można zauważyć również obniżenie funkcji poznawczych. Pacjent może mieć problemy z koncentracją, zapamiętywaniem itp. Z poziomu funkcjonowania układu nerwowego można też zaobserwować takie objawy jak drażliwość, labilność emocjonalna (chwiejność,

określana często przez pacjentów i ich rodziny jako „huśtawka emocjonalna”), łatwe wpadanie w skrajne stany, wybuchy płaczu, złości, a nawet agresji.

Objawy można obserwować również na poziomie biologicznym – pacjent może być bardzo męczliwy – odczuwać zmęczenie nawet po małym wysiłku. Mogą pojawić się zmiany rytmu snu (najczęściej bezsenność, wczesne budzenie się, ale też nadmierna senność), apetytu (brak apetytu i spadek masy ciała, ale zdarza się też objadanie, nadmierny apetyt). Zmianom ulega rytm doboru pacjenta. Pojawia się spadek libido.

Osoby cierpiące na depresję często mają poczucie beznadziei i bezwartościowości. Mogą wykazywać poczucie winy i niemal zawsze mają obniżoną samoocenę. Obniżony nastrój zdaje się być stabilny, pozytywne wydarzenia dnia codziennego nie mają na niego większego wpływu. Pojawia się anhedonia – brak odczuwania przyjemności z czynności, które wcześniej dostarczały pacjentowi radości. Bliscy mogą zauważyć, że osoba zrezygnowała ze swojego hobby, na przykład przestała chodzić na treningi ulubionego sportu, nie interesuje się dotychczas ciekawymi dla niej zagadnieniami.

Żeby można było mówić o epizodzie depresji, taki stan musi się utrzymywać przez okres przynajmniej dwóch tygodni. Objawy mogą różnić się w zależności od tego, czy jest to epizod łagodny, umiarkowany czy ciężki. Wachlarz objawów może też różnić się w zależności od konkretnego pacjenta. Ostateczną diagnozę zawsze stawia lekarz psychiatra. Diagnoza i leczenie depresji są zadaniem specjalistów, takich jak psychiatrzy czy psychoterapeuci, którzy podejmują indywidualne podejście do każdego pacjenta.

Przyczyny depresji

Depresja jest zaburzeniem rozwijającym się na płaszczyźnie bardzo wielu zmiennych. Powodów powstawania depresji można doszukiwać się w wielu źródłach i wiele aspektów naszego życia ma wpływ na rozwój zaburzeń nastroju:

- **Aspekty biologiczne**

Depresja jest w pewnym stopniu uwarunkowana genetycznie. Badania przeprowadzone na grupach bliźniąt jednojajowych (czyli osób rodzących się z identycznym wyposażeniem genetycznym) wykazują około 50% zgodność występowania zaburzenia. Wykazano również zależność dziedziczną w badaniach nad rodzinami, w których występowały diagnozy depresji. Nie ma jednak jednego „genu depresji”, który odpowiadałby za jej wystąpienie czy zwiększenie ryzyka jej wystąpienia. Na obecnym etapie wiedzy naukowcy wyróżniają kilkadziesiąt genów, które mają wpływ na występowanie zaburzeń afektywnych. Jest to zagadnienie szczególnie zawile ze względu na interakcje genotypu i środowiska.

W depresji olbrzymie znaczenie ma poziom neuroprzekaźników w mózgu. W depresji najczęściej mówi się o niedoborach serotoniny, ale znaczenie ma też działanie

noradrenaliny czy dopaminy. Nie bez znaczenia jest też rola innych hormonów czy stanów zdrowotnych – objawy depresji mogą dawać inne zaburzenia, związane choćby z nieprawidłową pracą tarczycy, niedoborem witaminy D, stanami okołomiesiączkowymi, poporodowymi, czy zażywaniem niektórych leków. Ma to znaczenie w diagnozie, ponieważ stany te nie są klasyfikowane jako np. epizod depresyjny, ale pod innymi kodami klasyfikacji ICD.

- **Aspekty psychologiczne**

Depresja jest kojarzona często jako reakcja jednostki na traumatyczne wydarzenie lub splot wydarzeń. Wydarzenia o charakterze straty oczywiście grają istotną rolę w rozwoju depresji. Przykładami mogą być śmierć osoby bliskiej, utrata pracy, wypadek lub zachorowanie skutkujące utratą sprawności i inne wydarzenia o tym charakterze. Mogą to być też wydarzenia związane ze stratą przynależności do jakiejś grupy społecznej. Jednak depresja nie dotyczy tylko osób doświadczających takich sytuacji. Pamiętać należy, że czasem to nie pojedyncze doświadczenie powoduje kryzys psychiczny, ale często splot wielu obciążających osobę czynników.

Analizując czynniki sytuacyjne niebędące pojedynczymi ciężkimi wydarzeniami z życia danej osoby trzeba pamiętać o olbrzymim znaczeniu poczucia osamotnienia w mechanizmie powstawania depresji. W tym kontekście nie dziwi, że okres pandemii był dla wielu osób czasem szczególnie trudnym. Poczucie osamotnienia nie musi jednak wiązać się z fizyczną izolacją od innych ludzi. Ma to duże znaczenie zwłaszcza w przypadku dzieci i młodzieży. Częstym czynnikiem w mechanizmie powstawania depresji u osób młodych jest poczucie wykluczenia społecznego, nieakceptacji w doświadczeniu odmienności, niezrozumienia przez opiekunów. Znaczenie ma też sposób funkcjonowania jednostki przed zachorowaniem na depresję, jej osobowość, na przykład otwartość na doświadczenia czy poziom neurotyczności. Olbrzymie znaczenie mają też doświadczenia z dzieciństwa, jakie są udziałem danej osoby. Behawiorysty podkreślają też znaczenie wyuczonych sposobów reagowania na trudne emocjonalnie sytuacje. Wypracowane metody radzenia sobie z trudnościami, nawykowe reakcje na bodźce również mają wpływ na funkcjonowanie w obliczu sytuacji trudnych. Znaczenie przy analizowaniu mechanizmów powstawania depresji ma też poziom umiejętności interpersonalnych.

Rozpowszechnienie depresji

Depresja jest coraz bardziej rozpowszechnionym zaburzeniem na całym świecie. Zgodnie z danymi przekazywanymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) już w 2020 roku depresja była na drugim miejscu na liście najczęściej stawianych rozpoznań na świecie. Liczby stawianych diagnoz stale rosną i zgodnie z szacunkami WHO do 2030 roku depresja będzie najczęstszym schorzeniem. Skala problemu ma ogromny wpływ nie tylko na

Szkolenie jest finansowane ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego. Usługa jest wykonywana w ramach zadań realizowanych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.

jednostkę, ale i funkcjonowanie w społeczeństwie. Pacjenci z depresją są nie są w stanie być tak efektywni w pracy, jak wcześniej, nie dają sobie rady w adekwatnym pełnieniu swojej roli w środowisku rodzinnym i społecznym. Duży odsetek pacjentów korzysta z zasiłków chorobowych, nie jest w stanie pracować.

W Polsce w 2013 roku refundowane leki przeciwdepresyjne wykupiło 953 tysiące osób. W 2021 roku było to już 1,5 mln osób. Jest to olbrzymi wzrost, który częściowo wynika ze zwiększonej świadomości dotyczącej konieczności korzystania ze specjalistycznej pomocy, jednak olbrzymie znaczenie ma też sytuacja na świecie, pandemia COVID-19, która przyczyniła się do zwiększenia niepokoju o zatrudnienie, strachu o zdrowie swoje i bliskich, izolacji i wielu innych czynników, osłabiających zdrowie psychiczne.

W przypadku dzieci skala problemu jest jeszcze większa, ponieważ o ile już w 2013 roku liczba osób poniżej 18 roku życia, dla których wykupiono refundowane leki przeciwdepresyjne była olbrzymia, bo 15,9 tys. (1,7% wszystkich recept), to w 2021 roku było to już 56,7 tys. Dzieci i młodzieży (3,7% wszystkich).

Badacze z Dolnośląskiej Szkoły Wyższej przeprowadzili badania dotyczące rozpowszechnienia objawów depresji wśród dzieci i młodzieży (pokazujące skalę problemu nie tylko na podstawie zdiagnozowanych przypadków). W 2020r. aż 44% nastolatków wykazywało objawy depresji spełniające kryteria przynajmniej łagodnego epizodu depresji. Są to niezwykle alarmujące dane. W 2021r. badania wskazały na 37% młodzieży z objawami depresji. Wykrywano jednak wtedy więcej cięższych przypadków niż w 2020 roku. Pokazuje to wagę jak najszybszego udzielania pomocy. Jeśli pomoc nie jest udzielona lub jest ona niewystarczająca objawy mają tendencje do pogłębiania się.

Leczenie depresji

Leczenie depresji może odbywać się w trybie ambulatoryjnym, poprzez wizyt u lekarza psychiatry i spotkania psychoterapeutyczne. Ciężkie przypadki niestety mogą wymagać leczenia na oddziale psychiatrycznym. Przebycie jednorazowego epizodu depresyjnego znacząco zwiększa ryzyko pojawienia się następnego i zmiany rozpoznania na nawracające zaburzenia depresyjne. Z tego względu celem leczenia jest uzyskanie remisji, ale też zapobieganie nawrotowi choroby. Szczególnie istotna w tym aspekcie jest psychoterapia w ramach której pacjent jest w stanie przepracować swoje problemy, wypracować nowe mechanizmy radzenia sobie.

Niezbędne może okazać się też leczenie farmakologiczne. W łagodnych stanach zdarza się jednak, że stosowana jest sama psychoterapia. Nie można jednak demonizować leczenia farmakologicznego również u dzieci i młodzieży. W cięższych stanach farmakologia jest niezbędna, często pacjent musi otrzymać leczenie farmakologiczne, żeby w ogóle być

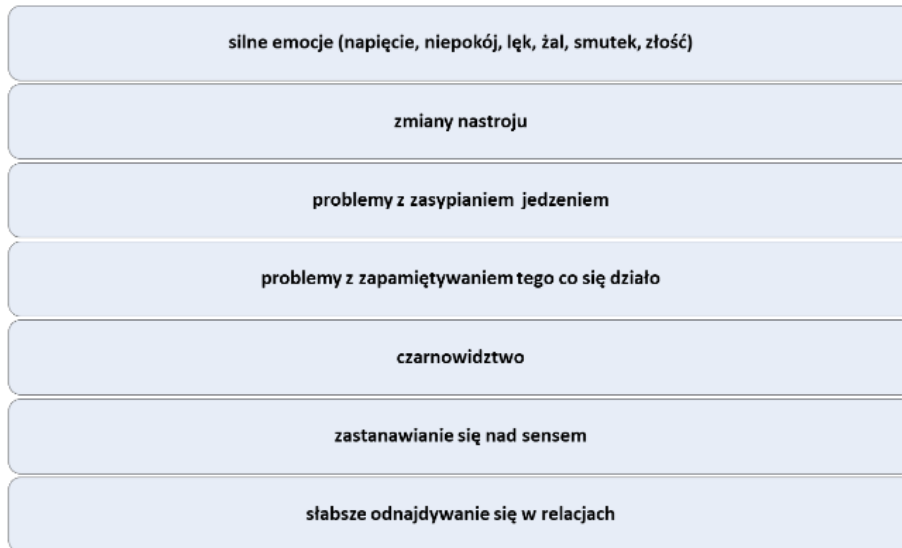
w stanie przystąpić do procesu psychoterapeutycznego. Leczenie depresji może też być wspomagane alternatywnymi metodami.

Wsparcie w depresji

W leczeniu depresji niezwykle ważne jest wsparcie otoczenia i innych specjalistów pracujących z daną osobą dorosłą, rodziną czy dzieckiem. Warto trzymać się kilku zasad komunikacji z osobą w depresji:

- Bądź empatyczny i słuchaj: Pozwól osobie wyrazić swoje uczucia i myśli bez osądzania, negowania uczuć, pocieszania „na siłę”. Bądź empatycznym słuchaczem i zrozum, że depresja może być trudnym doświadczeniem.
- Udziel wsparcia emocjonalnego: Wyraź swoje wsparcie i zainteresowanie osobą, okazując empatię i troskę. Daj jej znać, że jesteś tam, aby pomóc i wesprzeć w trudnych chwilach. Osoby z depresją często obawiają się obarczania innych swoimi problemami. Jeśli jesteś gotowy na bycie wsparciem dla osoby w depresji, okaż to.
- Zawsze zachęcaj do szukania pomocy profesjonalnej: Wspomóż osobę w znalezieniu odpowiedniej pomocy medycznej,
- Angażuj w aktywności: Zachęcaj osobę do angażowania się w aktywności, które kiedyś sprawiały jej przyjemność, nawet jeśli nie odczuwa teraz chęci do ich wykonywania. Mogą to być proste rzeczy, takie jak spacer na świeżym powietrzu czy spotkanie z przyjaciółmi. Jest to jednak niezwykle delikatny obszar, absolutnie unikaj zmuszania osoby w depresji do wykonywania takich czynności. Może ona potrzebować czasu na poprawę swojego samopoczucia. Daj przestrzeń do braku gotowości na jakiegokolwiek aktywności, które Tobie wydają się pomocne.
- Pomagaj w codziennych zadaniach: Wsparcie w wykonywaniu codziennych zadań, takich jak zakupy, gotowanie czy sprzątanie, może odciążyć osobę z depresją i pomóc jej skupić się na swoim zdrowiu.
- Unikaj bagatelizowania doświadczeń osoby z depresją. Zrozum, że depresja to poważna choroba i wymaga wsparcia i zrozumienia. Pozornie pomocne „nie martw się tak, wszystko jakoś się ułoży” może dla osoby zmagającej się z depresją być bardzo krzywdzące, bo zaprzecza powadze jej doświadczenia,
- Dbaj o siebie! Pamiętaj, że wspieranie osoby z depresją może być emocjonalnie wymagające. Dbaj o własne zdrowie i nie obawiaj się szukać wsparcia dla siebie, jeśli zajdzie taka potrzeba.

Co może pojawić się podczas kryzysu



Zachowania samobójcze – suicydalne

Klasyczne rozumienie przedstawił Emil Durkheim i określa je jako każdy przypadek śmierci będący wynikiem bezpośredniego lub pośredniego negatywnego lub pozytywnego działania, wykonanego przez samą ofiarę, która wie, jaki będzie rezultat tego działania.

Samobójstwo to proces stanowiący ciąg reakcji składających się na zachowanie samobójcze, które istnieje od momentu, gdy w świadomości człowieka odebranie sobie życia pojawia się jako cel działania.

Gdy pojawia się problem, osoba odczuwa narastające napięcie emocjonalne, ponieważ stosując dotychczasowe sposoby rozwiązywania problemu nie radzi sobie z nim. Wciąż rosnące emocje powodują odrętwienie emocjonalne. Osoba stosuje mechanizmy obronne, poszukuje uczucia ulgi podejmując działania konstruktywne, destrukcyjne. Jeżeli osoba nie znajduje pomocy dokonuje samobójstwa.

Przyczyną podjęcia próby samobójczej przez młode osoby może być każdy, nawet najbardziej prozaiczny problem, który według ofiary jest nie do rozwiązania w inny sposób lub choroba psychiczna/zaburzenia psychiczne, przemoc w rodzinie, zawód miłosny, problemy w szkole, konflikty z osobami spoza rodziny, mobbing/cybermobbing/znęcanie, śmierć bliskiej osoby.

Czynniki osobowościowe:

- mała odporność na stres powiązana z brakiem adekwatnych sposobów radzenia sobie,
- wahania samooceny,
- niska motywacja osiągnięć powiązana niejednokrotnie z zachowaniami gwałtownymi,
- drażliwość, skłonność do doznawania rozczarowań,
- wysoki poziom lęku,
- poczucie niższości,
- prowokacyjne zachowania,
- niepewność co do własnej tożsamości lub orientacji seksualnej,
- problemy o charakterze poznawczym:
 - sztywność myślenia,
 - tendencja do fantazjowania,
 - niski poziom inteligencji,
 - brak hobby, zainteresowań i przynależności do grupy dającej oparcie.

Cechy, które współwystępują z okresem adolescencji, są także powiązane z pojawieniem się ryzyka zamachu samobójczego:

- labilność emocjonalna,
- nadmierna autoanalizę,
- podkreślanie skrajnych opinii i sądów (co może przyczynić się do wyobcowania, odrzucenia, poczucia bycia niezrozumianym),
- wysoka impulsywność zachowania,
- nadmierna wrogość i agresja, często powiązana z autoagresją,
- skłonność do samookaleczania się.

Co to myśli rezygnacyjne?

Myśli rezygnacyjne to takie, w których główna informacja brzmi: „mam dość”.

- Nie jest to pragnienie śmierci – jest to sygnał, że nasze ciało i umysł są skrajnie zmęczone trwającą sytuacją.
- Często są one objawem głębokiej depresji i innych zaburzeń psychicznych i współtowarzyszą im inne symptomy, takie jak: anhedonia, utrata zainteresowań, lęk, etc.
- Myśli rezygnacyjne nie są tożsame z myślami samobójczymi, jednak mogą się w nie przekształcić, jeśli nie sięgnie się po pomoc i stan psychiczny będzie się pogarszał. Ich pojawienie się powinno być alarmujące, zarówno dla danej osoby,

Szkolenie jest finansowane ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego. Usługa jest wykonywana w ramach zadań realizowanych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.

jak i jej otoczenia.

Przykłady myśli rezygnacyjnych: „Nie chce mi się żyć”, „Mam dość”, „Jestem skrajnie zmęczony/a”, „Nie widzę sensu w życiu”, „Życie jest beznadziejne”, „Nie potrafię dłużej tego wytrzymać”, „Życie mnie przerasta”, „Wszystko mnie przytłacza”.

Co to myśli samobójcze?

- Myśli samobójcze to takie, w których wyraża się bezpośrednio chęć odebrania sobie życia.
- Nie są one objawem jedynie depresji – mogą pojawić się także przy innych zaburzeniach (np. osobowości, uzależnieniach) oraz przy permanentnym stresie.
- Pojawienie się myśli samobójczych jest stanem, którego nie należy lekceważyć i warto zgłosić się po pomoc. Tylko specjalista (psychiatra, psycholog kliniczny, psychoterapeuta) jest w stanie na podstawie badań i wywiadu określić skalę tych myśli oraz przyczynę ich pojawienia się.
- Przykłady myśli samobójczych: „Chcę się zabić”, „Zabiję się”, „Uduszę się”, „Powieszę się” (...i inne sprecyzowane formy odebrania sobie życia).

Tendencje samobójcze u dzieci i młodzieży

Czynniki rodzinne:

- rozwód rodziców, ich separację, ponowne małżeństwo,
- choroby psychiczne rodziców bądź uzależnienia, ich zachowania samobójcze,
- nasilone konflikty rodzinne, upośledzenie relacji rodzic-dziecko,
- upośledzoną komunikację wewnątrzrodzinną,
- skrajnie wysokie lub niskie oczekiwania rodziców,
- nadmierną kontrolę z ich strony,
- molestowanie w dzieciństwie.

Grupę podwyższonego ryzyka samobójczego stanowią młodzi dorośli i nastolatki z:

- kryzysem rozwojowym,
- kryzysem w relacjach międzyludzkich (osamotnienie wewnętrzne, pytania o sens życia),
- problemami narkotykowymi (inne uzależnienia),
- z problemami rodzinnymi, szkolnymi.

Proces suicydalny - syndrom presuicydalny

Kryzys presuicydalny to stan bezpośredniego zagrożenia życia. Trwa od 2 do 6 tygodni. To stan, w którym ktoś chce się zabić – zmiany samobójcze są bardzo prawdopodobne. Kryzys składa się z kilku faz, powiązanych ze sobą w czasie.

Brunon Hołyst podaje **cztery etapy**, które składają się na zamach samobójczy:

- samobójstwo wyobrażone (pojawienie się myśli o samobójstwie, jako sposobie rozwiązania problemów),
- upragnione (narastające myśli, które formułują się w konkretny zamiar, cel),
- usiłowane (próby samobójcze bez osiągnięcia celu),
- dokonane (zamach kończący się śmiercią).

Proces suicydalny - objawy syndromu presuicydalnego

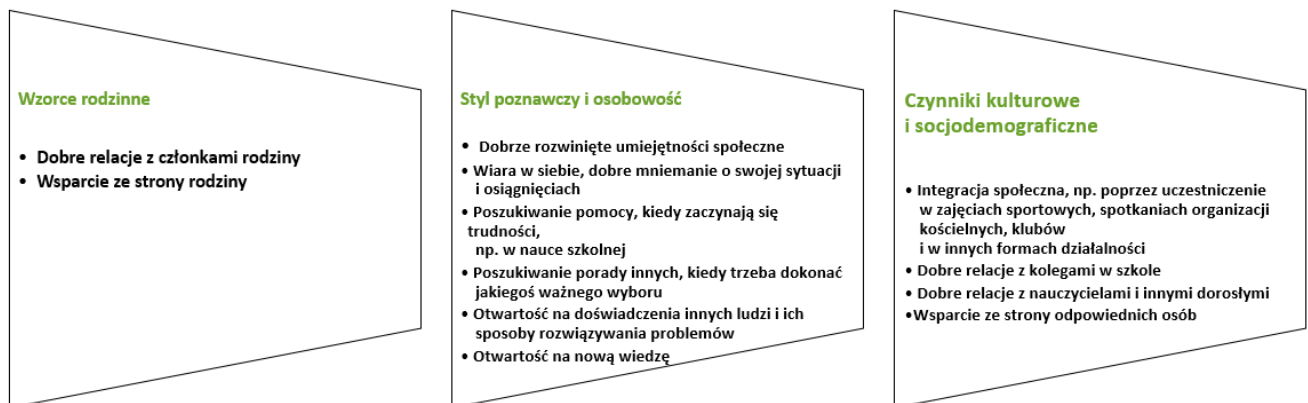
- kryzys samobójczy jest nieznośną zimową burzą nie kończącej się debaty między życiem a śmiercią,
- bywa niekiedy cichym jękiem, niekiedy przeciągłym wyciem, tak dojmującym i żądającym tak wiele, że świadomość mówi DOSYĆ,
- jest to ciągły spór oparty na argumentacji nieustannie kwestionującej i zarazem błagającej, by przerwać tę nie kończącą się walkę w wirach życia,
- w ten właśnie obszar smaganej wiatrem, płaskiej, zmarzniętej, nieprzyjaznej ziemi niczyjej umysłu samobójcy wkracza prowadzący interwencję kryzysową,
- jest to miejsce, w którym trudno wytrwać,
- niełatwo w nim przebywać bez odczuwania bólu,
- należy przede wszystkim zwrócić uwagę, na to czy osoba zaczyna się żegnać, rozdawać swoje przedmioty, wprost mówi o śmierci jako o rozwiązaniu problemu, gromadzi środki, które mogą jej posłużyć do odebrania sobie życia (np. leki, ostre narzędzia itp.),
- w grupie najwyższego ryzyka są osoby, które już wcześniej próbowały popełnić samobójstwo oraz chorujący psychicznie, szczególnie na schizofrenię oraz choroby afektywne.

Proces suicydalny - pomoc osobom z syndromem presuicydalnym

- badania American Association of Suicidology pokazują, że około 80% osób zamierzających popełnić samobójstwo, zanim zdecyduje się ostatecznie, stara się dać znać otoczeniu o swojej sytuacji i poszukuje wsparcia,

- wg Joanny Szymańskiej 25% nastolatków, po próbach samobójczych twierdziło, że pomimo poszukiwań pomocy oraz wsparcia u bliskich i znaczących osób dorosłych, jej nie otrzymało,
- biorąc pod uwagę wyniki tych badań, można założyć, że istotnym elementem profilaktyki jest psychoedukacja szeroko rozumianego otoczenia osób młodych zagrożonych popełnieniem samobójstwa,
- osoby z najbliższego otoczenia stanowią najważniejszą grupę wsparcia dla jednostki zagrożonej zamachem samobójczym,
- stąd, rozpowszechnianie rzetelnej wiedzy na temat zaburzeń psychicznych, objawów i profilaktyki zamachów, samobójczych ma kluczowe znaczenie,
- szybka i przemyślana reakcja otoczenia może być jednym z najskuteczniejszych sposobów zapobiegania, a zwłaszcza wykształcanie umiejętności rozpoznawania wczesnych objawów oraz udzielania pomocy,
- profilaktyka samobójstw powinna obejmować wiele instytucji i środowisk, a jej skuteczność zależy od wielotorowego działania,
- działania powinny być podejmowane na płaszczyźnie rodziny, szkoły, Policji, ochrony zdrowia oraz administracji rządowej i samorządowej.

Proces suicydalny - zapobieganie samobójstwom



Proces suicydalny - ważność kontraktu anonimowego

Kontrakt na niepopelnianie samobójstwa:

- po raz pierwszy opisany w 1973r. (Drye i współautorzy),
- metoda pozwalająca terapeutę i klientowi na osiągnięcie zgody w odniesieniu do zachowań samobójczych pacjenta,

Szkolenie jest finansowane ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego. Usługa jest wykonywana w ramach zadań realizowanych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.

- jego idea wynika z wiedzy na temat ambiwalentnego stosunku do życia i śmierci w kryzysie samobójczym,
- procedurę inicjuje terapeuta, gdy rozpozna istnienie fantazji samobójczych u klienta
- negocjuje z klientem warunki zapewnienia bezpieczeństwa,
- zawierany jest na określony, krótki okres czasu,
- nie jest obietnicą ani zabezpieczeniem, ale sposobem na uzyskanie czasu na przedyskutowanie decyzji samobójczej i wzmocnienie części ja opowiadającej się za życiem,
- alternatywą wobec powyższego kontraktu może być kontrakt na zaangażowanie w terapię i realizację planu działania w czasie kryzysu samobójczego.

Sygnaty ostrzegawcze zachowań suicydalnych

Maski depresyjne	Objawy
Maska somatyczna	<ul style="list-style-type: none"> • bóle brzucha i głowy • męczliwość • moczenie nocne • spadek łaknienia • trudności ze snem
Fobia szkolna	<ul style="list-style-type: none"> • niechęć do nauki oraz odmowa • trudności z koncentracją uwagi • uczęszczania do szkoły • zaniedbywanie obowiązków
Niechęć do aktywności	<ul style="list-style-type: none"> • brak zaangażowania w wykonywane czynności • izolowanie się od innych osób • poczucie bezradności • skłonność do uciekania w świat fantazji
Zachowania antyspołeczne	<ul style="list-style-type: none"> • autoagresja, np. samookaleczanie się • alkoholizm, narkomania oraz inne formy uzależnień • buntowniczność • częste wagarowanie, ucieczki z domu • zachowania agresywne w stosunku do innych

Czym jest próba samobójcza - czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka to:

- właściwości indywidualne, cechy środowiska społecznego i efekty ich interakcji, które wiążą się ze zwiększonym ryzykiem powstania: nieprawidłowości, zaburzeń, chorób, przedwczesnej śmierci. To prawdopodobieństwo wystąpienia jakiegoś zjawiska, działania, sytuacji.

Czynniki ryzyka mogą być:

- niespecyficzne – takie, których działanie może powodować wystąpienie wielu zaburzeń, np. ubóstwo,
- specyficzne – takie, których występowanie powoduje wzrost prawdopodobieństwa wystąpienia określonych typów problemów lub zaburzeń, np. dorastanie w rodzinie z problemem alkoholowym zwiększa ryzyko uzależnienia od alkoholu,
- związane z etapem rozwojowym.

Czynniki wyzwalające zachowania samobójcze u dzieci i młodzieży**Czynniki środowiskowe, które mogą wpłynąć na ryzyko samobójstwa młodej osoby:**

- niekorzystna sytuacja w środowisku rówieśniczym, szczególnie w szkole i klasie
- odrzucenie, brak akceptacji,
- przemoc fizyczna, psychiczna i seksualna,
- niekorzystny stosunek do szkoły i nauki,
- brak sukcesów,
- złe zachowanie,
- przynależność do grup zdemoralizowanych,
- brak zaangażowania w instytucje i grupy o charakterze rozwojowym, afiliacyjnym,
- niestabilny system wartości i przekonań religijnych.

Czym jest próba samobójcza - czynniki ryzyka ponownego aktu**Syndrom presuicydalny – przedsamobójczy:**

- skierowanie myśli i dążeń do spraw związanych ze śmiercią i samobójstwem,
- przekonanie o funkcjonowaniu w sytuacji bez wyjścia i braku możliwości uzyskania pomocy.

Objawy syndromu presuicydalnego:

- przekonanie, że jest się w sytuacji bez wyjścia,
- w zachowaniu dominuje lęk, bezradność, widzenie świata przez „czarne okulary”, poczucie niższej wartości, dominuje sfera emocjonalna, racjonalne myślenie spychane jest na dalszy plan,
- zawężenie stosunków międzyludzkich, hamowanie wybuchów agresji, tendencja do kierowania agresji przeciwko sobie, ucieczka od realnych trudności w świat fantazji rozważań o śmierci i samobójstwie, wypowiedanie myśli o samobójstwie i swojej śmierci, porządkowanie spraw.

Czynniki chroniące przed zachowaniami samobójczymi u dzieci i młodzieży

Czynniki chroniące - to zasoby indywidualne osoby oraz cechy środowiska, które kompensują bądź redukują wpływ czynników ryzyka, przyczyniając się do zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia zachowań problemowych lub zminimalizowania stopnia ich intensywności.

Jak reagować na myśli i deklaracje samobójcze wśród dzieci i młodzieży - komunikacja

Co mówić:

- Jesteś ważny/ważna.
- To nie twoja wina.
- Masz prawo czuć się źle.
- Nie wymyślasz.
- Depresja jest chorobą.
- Depresję można leczyć.
- Jeżeli czujesz, że coś jest tak, są ludzie, którzy Ci pomogą.

Podstawowe zasady

- Daj tej osobie odczuć, że nie jest sama, że Ci na niej zależy.
- Słuchaj, nieważne, jak bardzo dołujące jest to, co ta osoba mówi, daj jej opowiedzieć wszystko, co ją gnębi, to ważne, że wreszcie, to z siebie wyrzuci.
- Najważniejsze, że rozmawia z Tobą.
- Empatia, nie oceniaj, akceptuj i bądź cierpliwa/wy, spokojna/ny, współczująca/cy-uprawomocnij emocje.
- Nadzieja, powiedz, że ten ból, te uczucia, chociaż strasznie bolesne, kiedyś przeminą, bo taka jest natura uczuć, przemijająca (uważaj, nie popadnij w moralizatorstwo) powiedz, że możesz znaleźć pomoc, i że życie tej osoby jest dla Ciebie ważne.
- Jeśli osoba powie, mam depresję, nie daje rady, zapytaj wprost: czy masz myśli samobójcze? myślisz o zabiciu się?
Nie dajesz pomysłów, nie podpowiadasz komuś, żeby zrobił sobie krzywdę, tylko okazujesz swoją troskę, że traktujesz osobę poważnie i że chcesz naprawdę pomóc.

Czego nie wolno

- Kłócić, spierać się z osobą suicydalną - nie mów rzeczy w stylu „masz tyle życia przed sobą, masz dla kogo żyć, zranisz swoją rodzinę, musisz myśleć pozytywnie.

- Reagować szokiem, oburzeniem, moralizować na temat wartości życia, chrześcijańskich, mówić, że samobójstwo jest złe, że jest grzechem.
- Obiecywać zachowania tajemnicy, nawet psycholog i lekarz jest z niej zwolniony, jeśli życie osoby jest zagrożone, Ty również jesteś zwolniony z zachowania tajemnicy, być może będziesz zmuszona/ny do rozmowy z profesjonalistą, by ratować życie tej osoby, jeśli obiecasz zachowanie tajemnicy, złamiesz słowo i utracisz zaufanie, być może na zawsze.
- Dawać rad, próbować naprawiać problemów, dawać osobie odczuć, jakby musiała się przed tobą usprawiedliwiać, nie chodzi o winę, tylko o ból i cierpienie.
- Nie wolno Ci obwiniać samego siebie, nie możesz naprawić czyichś problemów, nie jesteś odpowiedzialny za czyjąś depresję, brak szczęścia.

Jak reagować na przypadki samookaleczeń wśród dzieci i młodzieży

- zwrócić się po pomoc do psychologa (psychoterapeuty), który specjalizuje się w pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą,
- zazwyczaj na pierwszą konsultację zgłaszają się sami rodzice (jeśli problem dotyczy dziecka przed wiekiem nastoletnim) lub rodzice wraz z nastolatkiem,
- rozmawiając z nastolatkiem o tym, że się okalecza, staraj się kontrolować swoje emocje,
- zachowaj spokój, okaż akceptację, wyraż troskę i wyznacz granicę,
- każdy pracownik (szkoły, ośrodka, placówki) ma obowiązek zareagowania na jakikolwiek sygnał o ryzyku zachowania autodestrukcyjnego u ucznia,
- w przypadku zaobserwowania lub powzięcia informacji, że uczeń planuje podjąć lub podjął próbę samobójczą każdy pracownik powinien niezwłocznie poinformować o tym właściwą osobę (dyrektora szkoły, placówki, ośrodka).

Rodzina podatna na zachowania samobójcze - charakterystyka

- jednym z podstawowych czynników ryzyka wystąpienia kryzysu suicydalnego jest sytuacja rodzinna młodego człowieka,
- najnowsze badania wskazują, że samobójstwa dotyczą nie tylko rodzin wieloproblemowych, lecz są zjawiskiem występującym w takim samym stopniu w tzw. rodzinach dobrze funkcjonujących,
- status majątkowy rodziny nie jest podstawowym predyktorem wystąpienia samobójstwa u dziecka.

Do negatywnie wpływających czynników zalicza się:

- występowanie zaburzeń psychicznych w rodzinie (przede wszystkim depresji choroby afektywnej dwubiegunowej),
- uzależnienia od środków psychoaktywnych i przemocy domowej (włącznie z używaniem przemocy fizycznej wobec dziecka oraz molestowaniem seksualnym),
- skrajne sposoby wychowywania,
- autorytarny sposób podchodzenia do dzieci,
- mało zaangażowany sposób wychowania,
- nieprawidłowe relacje z rodzicami,
- nadmiernie zaangażowana, krytyczna i kontrolująca matka przy wycofanym, cichym, niezaangażowanym ojcu,
- relacje z ojcem niewystarczające, a ojciec nie stanowi wsparcia ani autorytetu,
- klimat emocjonalny i atmosfera w rodzinie,
- brak bliskości emocjonalnej, mała ilość czasu i uwagi poświęcana dzieciom, a także niezaspokajanie podstawowych potrzeb emocjonalnych.

Czym jest postwencja?

Postwencja – pomoc psychologiczna rodzinom, które w wyniku zamachu samobójczego straciły bliską osobę.

Namawianie do popełnienia zamachu samobójczego jest karalne

- art. 151 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. 1997 r. Nr 88 poz. 553 z późn. zm), który stanowi, że ten, kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
- Biorąc pod uwagę powyższe oraz fakt, że przestępstwo określone w art. 151 k.k. ścigane jest z urzędu, funkcjonowanie stron internetowych zachęcających do podejmowania zachowań suicydalnych winno być przedmiotem szczególnego zainteresowania organów ścigania, zwłaszcza że w wielu przypadkach ofiarami są dzieci i młodzież.
- Czyn sprawcy polegający na doprowadzeniu do targnięcia się na własne życie osoby małoletniej czy niepełnoletniej. powinien być surowiej karany niż czyn sprawcy polegający na doprowadzeniu do targnięcia się na własne życie osoby mogącej w pełni rozpoznać znaczenie swojego działania.
- Gdyby w konkretnym przypadku okazało się, że zachęta do popełnienia samobójstwa ze strony internetowej mogła mieć wpływ na podjęcie decyzji i próby samobójczej,

Szkolenie jest finansowane ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego. Usługa jest wykonywana w ramach zadań realizowanych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej.

mielibyśmy ewidentnie do czynienia z przestępstwem z art. 151 k.k., choć wykazanie związku treści internetowych z próbą popełnienia samobójstwa może być trudne.

Farmakoterapia w procesie leczenia depresji u dzieci i młodzieży – zalety, wady, ograniczenia

- **Farmakoterapię** – czyli stosowanie leków – należy rozważyć, gdy nasilenie objawów utrudnia dziecku codzienne funkcjonowanie, a same oddziaływania terapeutycznie nie przynoszą zadowalających efektów.
- Oczywiście nie oznacza to, że należy wtedy zrezygnować z psychoterapii. Stosowanie leków jest metodą uzupełniającą dla psychoterapii, a nie odwrotnie. Istnieją sytuacje, gdy leczenie farmakologiczne jest konieczne. Należą do nich:
 - depresja o bardzo dużym nasileniu objawów, które uniemożliwia rozpoczęcie oddziaływań terapeutycznych (w takiej sytuacji rozpoczyna się leczenie od włączenia leków, a gdy stan psychiczny dziecka poprawi się, dołączenie psychoterapii),
 - depresja w przebiegu ChAD (choroba dwubiegunowa),
 - depresja z objawami psychotycznymi.
- Leczenie depresji u dzieci i młodzieży odbywa się zwykle w poradni zdrowia psychicznego, ale w przypadku bardzo nasilonych objawów, tendencji do zachowań autoagresywnych i zagrożenia samobójstwem może okazać się konieczna hospitalizacja na oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży.
- Stosowanie leków przeciwdepresyjnych u dzieci, a w mniejszym stopniu u młodzieży, jest ogólnie nieco mniej skuteczne niż u dorosłych.
- Wynika to prawdopodobnie z niedojrzałości ośrodkowego układu nerwowego oraz układów enzymatycznych odpowiadających za metabolizm leków.
- Najczęściej stosowanymi u dzieci i młodzieży lekami przeciwdepresyjnymi są leki z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (często określane skrótem SSRI).
- Są one stosunkowo dobrze tolerowane, a działania niepożądane (najczęściej: nudności, bóle brzucha, biegunka, bóle głowy, zaburzenia snu lub senność, suchość w ustach) są zwykle niezbyt nasilone i ustępują w po kilku/kilkunastu dniach leczenia.
- Ze względu na większe ryzyko działań niepożądanych leki przeciwdepresyjne starszej generacji stosuje się znacznie rzadziej.