

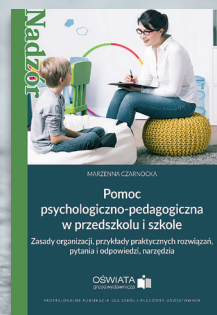
Sylwia Walerych – psycholog, psychoterapeuta poznawczo-behawioralny, pracuje z dziećmi i młodzieżą oraz osobami dorosłymi, prowadzi szkolenia i warsztaty, współprowadzi Fundację Centrum Wspierania Rozwoju „Semafor”.

Depresja to choroba, która jest uleczalna, jednak musi być odpowiednio wcześniej zdiagnozowana i prawidłowo leczona. Nieleczona może prowadzić do wielu negatywnych konsekwencji, w tym do odebrania sobie życia. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jest ona najczęściej spotykanym zaburzeniem psychicznym oraz główną przyczyną niesprawności i niezdolności do pracy na świecie. W ciągu całego życia na depresję choruje kilkanaście procent populacji osób dorosłych. Zaburzenia depresyjne coraz częściej dotyczą również dzieci i nastolatków. Niepokojącym zjawiskiem jest zwiększenie w ostatnich latach zachorowalności na depresję dzieci i młodzieży, a także obniżenie wieku pojawienia się pierwszego epizodu depresyjnego. Aż 20% osiemnastolatków doświadczyło przynajmniej jednego epizodu depresyjnego.

Niniejsza publikacja stanowi zbiór informacji dotyczących zaburzeń depresyjnych i tematów z nimi związanych, takich jak samookaleczenia i próby samobójcze oraz strata i proces żałoby dotyczący dzieci i nastolatków. Książka przeznaczona jest przede wszystkim dla rodziców i opiekunów, a także dla innych osób zainteresowanych zaburzeniami wieku rozwojowego.

Polecamy nasze pozostałe publikacje dostępne na

<http://fabrykawiedzy.com>



Cena brutto 29,90 zł

U0099



e-book

Książka dostępna jako e-book na:

FabrykaWiedzy.com

Fachowe publikacje dla specjalistów



SYLWIA WALERYCH

Depresja u dzieci i młodzieży

Poradnik dla rodziców



OŚWIATA
grupawydawnicza

PROFESJONALNE PUBLIKACJE DLA SZKÓŁ I PLACÓWEK OŚWIATOWYCH

Depresja u dzieci i młodzieży

Poradnik dla rodziców

Autor:

Sylvia Walerych

Redaktor:

Paulina Krzyżanowska

Menedżer produktu:

Paulina Krzyżanowska

Kierownik marketingu i sprzedaży:

Julita Lewandowska-Tomasiuk

Zdjęcie na okładce:

Fotolia.pl

Projekt graficzny okładki:

Piotr Fedorczyk

Korekta:

Zespół

Koordynator produkcji:

Mariusz Jezierski

Druk:

Miller Druk

Skład i łamanie:

Dariusz Ziach

ISBN 978-83-269-6203-5

Copyright by Wydawnictwo Wiedza i Praktyka sp. z o.o.
Warszawa 2017

Wydawnictwo Wiedza i Praktyka sp. z o.o.

ul. Łotewska 9a, 03-918 Warszawa,

tel. 22 518 29 29, faks 22 617 60 10, e-mail: cok@wip.pl

NIP: 526-19-92-256, KRS: 0000098264 – Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie,

XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,

Wysokość kapitału zakładowego 200.000 zł.

Publikacja „Depresja u dzieci i młodzieży. Poradnik dla rodziców” została przygotowana z zachowaniem najwyższej staranności i wykorzystaniem wysokich kwalifikacji, wiedzy oraz doświadczenia jej twórców. Zaproponowane w niej wskazówki, porady i interpretacje dotyczą sytuacji typowych. Ich zastosowanie w konkretnym przypadku może wymagać dodatkowych, pogłębionych konsultacji. Opublikowane rozwiązania nie mogą być traktowane jako oficjalne stanowisko organów i urzędów państwowych. W związku z powyższym autorzy, konsultanci oraz redakcja nie mogą ponosić odpowiedzialności prawnej za zastosowanie zawartych w publikacji „Depresja u dzieci i młodzieży. Poradnik dla rodziców” wskazówek, przykładów, informacji itp. do konkretnych przypadków.

Spis treści

1. Depresja – podstawowe wiadomości	5
1.1. Objawy depresji	5
1.2. Występowanie depresji u dzieci i młodzieży	12
1.3. Depresja u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym	12
1.4. Depresja u nastolatków	14
1.5. Przyczyny depresji u dzieci i młodzieży	17
1.6. Przebieg i skutki depresji u dzieci i młodzieży	21
1.7. Leczenie depresji u dzieci i młodzieży	21
2. Depresja – jak pomóc dziecku	26
3. Skala Depresji Becka – ankieta	29
4. Samouszkodzenia i próby samobójcze	33
5. Strata i proces żałoby	38
6. Słownik pojęć	40
7. Literatura	43



1. DEPRESJA – PODSTAWOWE WIADOMOŚCI

Depresja kojarzona jest przede wszystkim z uczuciem smutku, przygnębienia, czyli z obniżonym nastrojem. Nastroj to długotrwała emocja, która wpływa na sposób patrzenia na życie. U osoby, której nastrój jest depresyjny, depresyjne staje się postrzeganie świata, innych ludzi i samej siebie. Rozpoznawanie zaburzonego nastroju jest ważne, gdyż aż 20% dorosłych kobiet i 10% dorosłych mężczyzn doświadcza tego stanu na jakimś etapie życia. Zaburzenia depresyjne dotyczą również coraz młodszych dzieci i nastolatków, mogą występować na każdym stadium rozwoju dziecka. Charakterystyczne dla depresji dzieci i młodzieży jest to, że rzadko manifestuje się ona w klasyczny sposób – poprzez smutek, natomiast często przyjmuje różne maski. Depresja dzieci i młodzieży wciąż jest mniej poznana niż depresja u osób dorosłych, częściej pozostaje również niezauważona i niezdiagnozowana.

1.1. Objawy depresji

Obecnie przeważa opinia, iż obraz kliniczny depresji u dzieci i młodzieży nie różni się od depresji u osób dorosłych, dlatego też zaburzenia afektywne, czyli zaburzenia nastroju, u dzieci i młodzieży rozpoznaje się na podstawie kryteriów przeznaczonych do diagnozowania osób dorosłych. Zaburzenia depresyjne mogą mieć postać pojedynczego epizodu dużej depresji, nawracającej dużej depresji lub dystymii. Stosowaną klasyfikacją

w Polsce jest *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10*, na podstawie której diagnozuje się depresję według poniższych kryteriów.

Kryteria ICD 10 – Epizod depresyjny	
A.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Epizod depresyjny trwa przez co najmniej 2 tygodnie. 2. W żadnym okresie życia nie występowały dotąd objawy hipomaniakalne lub maniakalne wystarczające do spełnienia kryteriów epizodu hipomaniakalnego lub maniakalnego. 3. Przyczyny epizodu nie wiążą się z używaniem substancji psychoaktywnych ani z jakimkolwiek zaburzeniem organicznym.
B.	<p>Występują następujące objawy:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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, ● utrata zainteresowań lub zadowolenia w zakresie aktywności, które zwykle sprawiają przyjemność, ● zmniejszona energia lub zwiększona męczliwość.
C.	<p>Dodatkowo występują następujące objawy:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● spadek zaufania lub szacunku dla siebie, ● nieracjonalne poczucie wyrzutów sumienia lub nadmiernej, a nieuzasadnionej winy, ● nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie albo jakiegokolwiek zachowania samobójcze, ● skargi na zmniejszoną zdolność myślenia lub skupienia się albo jej przejawy, takie jak niezdecydowanie lub wahanie się, ● zmiany w zakresie aktywności psychoruchowej, w postaci pobudzenia lub zahamowania, ● zaburzenia snu wszelkiego typu, ● zmiany łaknienia (wzrost lub spadek) wraz z odpowiednią zmianą wagi.

W zależności od liczby objawów epizod depresji może być:

- **łagodny** – spełnione kryterium A + co najmniej 2 objawy z kryterium B + objawy z kryterium C dopełniające łączną liczbę objawów do co najmniej 4,

- **umiarkowany** – spełnione kryterium A + co najmniej 2 objawy z kryterium B + objawy z kryterium C dopełniające łączną liczbę objawów do co najmniej 6,
- **ciężki** – spełnione kryterium A + co najmniej 2 objawy z kryterium B + objawy z kryterium C dopełniające łączną liczbę objawów do co najmniej 8.

Zaburzenia depresyjne nawracające

Zaburzenia depresyjne nawracające diagnozowane są, gdy kolejny epizod depresyjny pojawia się po co najmniej dwóch miesiącach wolnych od jakichkolwiek objawów zaburzeń nastroju.

Dystymia

Dystymia to przewlekła, trwająca w przypadku dzieci i młodzieży przynajmniej rok, depresja o słabym nasileniu, niespełniająca kryteriów epizodu dużej depresji.

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe (choroba afektywna dwubiegunowa – CHAD)

Epizod depresji może pojawić się również w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. Charakterystyczne dla tej choroby jest, poza pojawieniem się objawów depresyjnych, wystąpienie objawów manii lub hipomanii. Mania wiąże się z doświadczeniem wzmożonej aktywności, niepokoju fizycznego, gonitwy myśli, zmniejszonej potrzeby snu, poczucia wyższości, wzmożonej samooceny, podejmowaniem działań ryzykownych. Hipomania to łagodniejsza wersja manii. W chorobie afektywnej dwubiegunowej obecne są okresy manii/hipomanii oraz depresji.

Specyficznym objawem manii u dzieci i młodzieży jest krótki czas trwania objawów – poniżej 7 dni oraz szybka zmiana faz. U dzieci z manią jest obserwowane przejściowe pobudzenie psychoruchowe, często drażliwy nastrój, zachowania buntownicze i ryzykowne. U nastolatków często występują objawy psychotyczne, mieszane zaburzenia nastroju (jednoczesne objawy depresji i manii) oraz wyraźne pogorszenie nastroju. Diagnoza choroby afektywnej dwubiegunowej jest trudna i wymaga od specjalisty

dużego doświadczenia. Jednocześnie jedynie prawidłowe rozpoznanie choroby pozwala na odpowiednie jej leczenie.

UWAGA



Nie wszystkie osoby potrafią rozpoznać i klarownie opisać, jak się czują. Zgłaszane objawy depresji mogą znacznie się różnić – jedna osoba może być spowolniona i płacziwa, inna może się uśmiechać i zaprzeczać złemu samopoczuciu, niektórzy jedzą i śpią więcej niż zwykle, inni cierpią na bezsenność i brak apetytu. Dzieci i młodzież mogą doświadczać jedynie rozdrażnienia lub sprawiać wrażenie drażliwych, często nie zgłaszając obniżenia nastroju.

Depresyjny umysł

Depresja wiąże się z określonymi wzorcami myślenia, które podtrzymują obniżony nastrój, jest ona traktowana nie tylko jako zaburzenie nastroju, ale również jako zaburzenie poznawcze czy związane z myśleniem. Wyróżniono trzy rodzaje myśli depresyjnych, które zostały przedstawione w poniższej tabeli.

Myślenie depresyjne – triada depresyjna	
<p>Negatywne myśli o sobie (postrzeganie siebie jako nieudacznika) – niemal każda osoba cierpiąca na depresję doświadcza samokrytycznych myśli, które przyczyniają się do obniżenia samooceny, poczucia niepewności, trudności w relacjach z innymi ludźmi.</p>	<p>Przykłady myśli: „Muszę być zupełnie beznadziejna, skoro nikt nie chce się ze mną przyjaźnić.” „Jeśli nie odniosłem sukcesu, to znaczy, że jestem do niczego.” „Nie da się mnie lubić.” „Jestem złą córką.” „Nie poradzę sobie sama, jestem bezradna.” „Nie jestem dość dobry, aby ktoś mnie pokochał/polubił.” „Jestem nieatrakcyjna.”</p>

Myślenie depresyjne – triada depresyjna	
Negatywne myśli o świecie (postrzeganie świata jako wrogiego) – osoby z depresją postrzegają swoją sytuację jako trudną, bez wyjścia, a innych ludzi jako nieprzyjaznych.	Przykłady myśli: „Inni są ode mnie lepsi.” „Nikt mnie nie lubi.” „Rodzice są mną rozczarowani.” „Nikt mi nie pomoże.” „Inni ludzie oceniają i na pewno mnie odrzucają.”
Negatywne myśli o przyszłości (postrzeganie przyszłości jako pozbawionej nadziei) – osoby pogrążone w depresji postrzegają przyszłość wyłącznie w ciemnych barwach, oczekują, że wszystko źle się skończy. Brak nadziei może być jedną z przyczyn pojawienia się myśli samobójczych.	Przykłady myśli: „Po co się męczyć i tak niczego w życiu nie osiągnę.” „Nie poradzę sobie z tym.” „Nigdy nie zdobędę przyjaciół.” „Moje życie to klęska, nie spotka mnie już nic dobrego.” „Nigdy nie będzie lepiej.”

U osoby pogrążonej w depresji następuje negatywne przesunięcie w przetwarzaniu informacji: ważne, pozytywne informacje zostają odrzucone, natomiast przyjmowane są te negatywne. Osoba w depresji częściej przypomina sobie wydarzenia zgodne z depresyjnym nastrojem, zapominając o tych pozytywnych. Dlatego osoby w depresji często skarżą się na brak pozytywnych doświadczeń, zarówno aktualnych, jak i przeszłych.

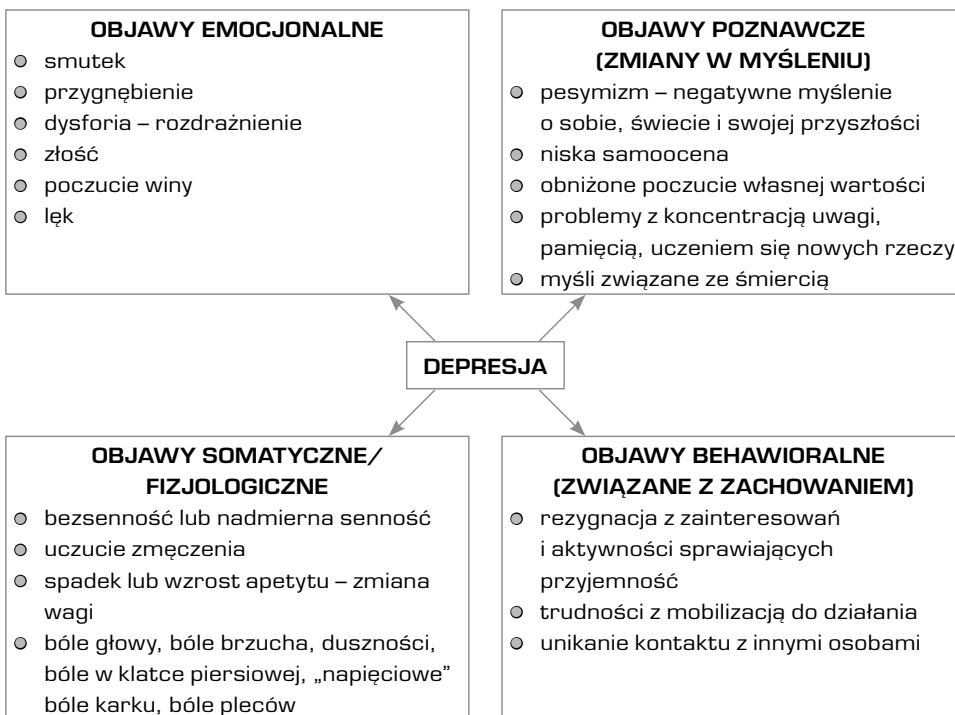
Negatywny obraz świata wyraża się poprzez zniekształcenia myślowe, które w terapii poznawczo-behawioralnej nazywane są myślami automatycznymi. Są to myśli pojawiające się spontanicznie, wiążą się one z doświadczanym nastrojem i jednocześnie wpływają na ten nastrój. Poniżej przedstawiono typowe dla osób z depresją schematy myślenia.

Błędy w myśleniu (zniekształcenia poznawcze)		
Myślenie typu „wszystko albo nic” – myślenie dychotomiczne	Przekonanie, że wszystko jest albo „czarne”, albo „białe”; albo jest się „zwycięzcą”, albo „przegrany”.	Przykład myśli: „Wszyscy się ode mnie odwrócili.” „Nic mi w życiu nie wyszło.”

Błędy w myśleniu (zniekształcenia poznawcze)		
Selektywna ocena – filtr negatywny	Wybiórcze koncentrowanie się wyłącznie na negatywnych aspektach zdarzenia, niedostrzeganie tego co dobre.	Przykład myśli: „Popatrz, ile osób mnie nie lubi.” „Skrzywił się, pewnie powiedziałam coś głupiego.”
Nadmierne uogólnianie	Przenoszenie znaczenia wydarzenia na inne sfery – budowanie na podstawie jednego niepowodzenia negatywnego obrazu świata.	Przykład myśli: „Nic mi się nie udaje, zawsze przegrywam.” „Dlaczego zawsze ja? Wciąż coś złego mnie spotyka.”
Personalizacja	Przypisywanie sobie winy za odczucia innych, za wszystkie negatywne wydarzenia.	Przykład myśli: „Jeśli się spotkam ze znajomymi, na pewno popsuję im nastrój.” „To przeze mnie rodzice się rozwodzą.”
Obwinianie innych	Przekonanie, że inni ludzie są źródłem negatywnych emocji.	Przykład myśli: „To przez byłą przyjaciółkę teraz jestem samotna.” „Przyczyną moich wszystkich problemów są rodzice.”
Umnieszczenie pozytywów	Ocenianie pozytywnych rzeczy, robionych samodzielnie lub przez kogoś innego, jako banalnych, niewiele znaczących.	Przykład myśli: „To nie ma znaczenia, że rodzice o mnie dbają, przecież to ich obowiązek.” „Sprawdzian był łatwy, dlatego dostałem dobrą ocenę.”
Etykietowanie	Przypisywanie negatywnych cech sobie i innym ludziom.	Przykład myśli: „Jestem dnem!” „On jest złym człowiekiem.”
Przepowiadanie przyszłości	Przewidywanie, że przyszłość będzie nieprzyjazna, że stanie się coś negatywnego.	Przykład myśli: „Nie poradzę sobie na konkursie.” „Zostanę wyśmiany.” „Nigdy nie będzie lepiej.”

1. Depresja – podstawowe wiadomości

Błędy w myśleniu (zniekształcenia poznawcze)		
Katastrofizacja	Wiara w to, że przyszłe wydarzenia będą tak straszne, że nie da się ich przetrwać.	Przykład myśli: „Nie zniosę rozstania z tym chłopakiem.” „Nie przeżyję, jeśli nie dostanę się na studia.”
Czytanie w myślach	Przekonanie o posiadaniu wiedzy na temat myśli innych osób, pomimo braku jakichkolwiek informacji na ten temat.	Przykład myśli: „Pewnie myśli, że jestem beznadziejna.” „Oni na pewno myślą, że jestem nieudacznikiem.” „Mają mnie za dziwaka.” „Nauczyciele na pewno myślą, że jestem głupia.”
Uzasadnienie emocjonalne	Myślenie przez pryzmat doświadczanych emocji.	Przykład myśli: „Czuję dyskomfort, więc pewnie to ja zawiniłam w tej sytuacji.”



1.2. Występowanie depresji u dzieci i młodzieży

Zaburzenia depresyjne częściej dotyczą nastolatków (2–15%) niż młodszych dzieci (0,2–2%). Niepokojącym zjawiskiem jest zwiększenie w ostatnich latach zachorowalności na depresję dzieci i młodzieży, a także obniżenie wieku pojawienia się pierwszego epizodu depresyjnego. Aż 20% osiemnastolatków doświadczyło przynajmniej jednego epizodu depresyjnego.

Depresja występuje tak samo często u dziewczynek i chłopców przed okresem dojrzewania, natomiast u nastolatków i młodych dorosłych występuje ona dwukrotnie częściej u dziewcząt. Dzieci, u których nagle rozwinął się epizod depresji, stanowią grupę wysokiego ryzyka rozwoju choroby afektywnej dwubiegunowej w okresie adolescencji lub dorosłości. Depresja u dzieci i młodzieży często wiąże się ze współwystępowaniem zaburzeń lękowych, w tym zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

1.3. Depresja u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym

Dzieciom jest trudniej niż dorosłym nazywać swoje emocje, dlatego częściej wyrażają je one poprzez swoje zachowanie. U dzieci często dominującym nastrojem jest nastrój drażliwy, a specyficzne dla depresji zaburzenia snu i apetytu są u nich mniej powszechne niż u osób dorosłych. U dzieci rzadziej pojawia się poczucie winy i beznadziejności, a także anhedonia (brak lub utrata odczuwania przyjemności i radości) i wyrażone spowolnienie psychoruchowe. Plany samobójcze u dzieci z depresją rzadziej prowadzą do śmierci niż w pozostałych grupach wiekowych, jednak częste są u nich myśli o śmierci, chęć, by zasnąć i się nie obudzić. Dzieci cierpiące na depresję często skarżą się na dolegliwości somatyczne, takie jak bóle brzucha czy głowy. Dzieci odmawiają chodzenia do szkoły czy przedszkola, wycofują się z zabaw i relacji z rówieśnikami, ograniczają swoje zainteresowania.

U młodszych dzieci objawy depresyjne często związane są z innymi zaburzeniami, takimi jak:

- nadmierny lęk separacyjny,
- ADHD,
- opozycyjno-buntownicze zaburzenia zachowania,
- mutyzm wybiórczy.

NIEPOKOJĄCE OBJAWY mogące mieć związek z depresją	
Dzieci w wieku przedszkolnym	Dzieci w wieku szkolnym
<ul style="list-style-type: none"> ○ Drażliwość ○ Apatia ○ Zahamowanie w czasie zabawy ○ Unikanie kontaktów z rodziną, rówieśnikami ○ Podniecenie ruchowe, trudności w usiedzeniu bez ruchu ○ Widoczne przejawy niepokoju, lęku, napięcia ○ Napady płaczu, krzyku ○ Zaburzenia łaknienia ○ Zanieczyszczanie się kałem, mimowolne moczenie ○ Bóle brzucha, bóle głowy 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Drażliwość ○ Niepewność ○ Poczucie braku bezpieczeństwa ○ Poczucie bezradności ○ Zahamowanie w zabawie ○ Unikanie kontaktów interpersonalnych ○ Trudności w uczeniu się, częstsze spóźnienia, wycofanie z aktywnego udziału w lekcjach, częste nieprzygotowanie do lekcji, utrata zainteresowania lekcjami ○ Moczenie nocne ○ Lęki nocne ○ Napady płaczu, krzyku, nagłe wybuchy złości ○ Bóle brzucha, bóle głowy

UWAGA



- Zarówno dzieci spokojne, wycofane, jak i te drażliwe, przejawiające wybuchy złości mogą doświadczać zaburzeń depresyjnych.
- Im młodsze dziecko, tym groźniejsze dla jego ogólnego rozwoju są skutki utrzymywania się nieleczzonego zespołu depresyjnego.

Uwaga Rodzicu!

Jeśli u swojego dziecka w wieku przedszkolnym lub wczesnoszkolnym zauważysz:

- zwiększoną drażliwość, częste wybuchy złości,
- apatię,
- utratę zainteresowania czynnościami, które wcześniej sprawiały mu przyjemność,
- utratę apetytu,
- częste skargi na bóle brzucha, głowy,

Uwaga Rodzicu!

- niechęć do kontaktów z rówieśnikami,
 - trudne zachowania (wybuchy złości, nieposłuszeństwo) mające na celu zwrócenie na siebie uwagi,
- porozmawiaj o swoich spostrzeżeniach ze swoim dzieckiem i skonsultuj się z lekarzem lub psychologiem.

Rozmawiając z dzieckiem, pamiętaj, aby dostosować słownictwo do jego wieku – młodsze dzieci nie zrozumieją terminów, takich jak: „poczucie winy”, „koncentracja uwagi” czy „apatia”. Unikaj wypytywania, wyraż swoją gotowość do wysłuchania dziecka.

Pytania, które można skierować do dziecka:

„Zauważyłam ostatnio, że jesteś smutny, nie uśmiechasz się tak często jak dawniej, mniej się bawisz. Czy coś się stało?”

„Od jakiegoś czasu jesteś bardziej smutna. Już tak chętnie nie spotykasz się z koleżankami. Co się wydarzyło?”

„Widzę, że coś Cię gnębi. Jeśli chciałbyś porozmawiać, zawsze znajdę czas, by Cię wysłuchać.”

„Wcześniej chętnie chodziłeś do szkoły, a teraz każdego ranka boli Cię brzuch. Martwię się o Ciebie. Co się wydarzyło?”

„Widzę, że trudno Ci jest poradzić sobie ze złością, gdy coś Ci nie wychodzi, szybko się denerwujesz. Co się dzieje?”

1.4. Depresja u nastolatków

Okres adolescencji (dojrzewania) wiąże się z wieloma trudnymi zadaniami rozwojowymi stawianymi przed nastolatkiem. Do tych zadań należy między innymi stopniowe zdobywanie samodzielności, separacja od rodziny oraz określenie własnej tożsamości seksualnej. Zmiany hormonalne, presja ze strony grupy rówieśniczej, stres szkolny i inne czynniki sprawiają, że w okresie dorastania częstotliwość występowania zaburzeń depresyjnych znacznie wzrasta i osiąga poziom porównywalny z zachorowalnością wśród osób dorosłych.

Obraz kliniczny depresji młodzieńczej

- obniżenie nastroju, zmienność nastroju, drażliwość,
- podwyższony poziom lęku, szczególnie lęku przed przyszłością,

Obraz kliniczny depresji młodzieńczej

- zaburzenia w sferze poznawczej – trudności w uczeniu się, w koncentracji uwagi, niepowodzenia szkolne – często to one są pierwszymi symptomami depresji młodzieńczej,
- poczucie małej wartości, przekonanie o nieskuteczności własnych działań,
- uczucie nudny i niemożność znalezienia przyjemności (anhedonia),
- zaburzenia aktywności – w depresji młodzieńczej zmniejszenie aktywności często maskowane jest dysforią i zaburzeniami zachowania,
- zaburzenia rytmu okołodobowego – trudności we wstawaniu i późne zasypianie, lepsze funkcjonowanie w godzinach wieczornych, wzmożona senność w ciągu dnia,
- zaniedbania w zakresie wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej,
- myśli, tendencje i próby samobójcze,
- dolegliwości somatyczne – dotyczą poczucia choroby somatycznej i nadmiernej koncentracji na funkcjonowaniu ciała, występują częściej u dziewcząt niż u chłopców.

Zaburzenia zachowania są najbardziej rzucającymi się w oczy objawami depresji młodzieńczej. Są one największym wyzwaniem dla rodziców, nauczycieli i innych opiekunów. Mogą obejmować zachowania związane z niepodejmowaniem określonych oczekiwanych czynności, takich jak chodzenie do szkoły czy wypełnianie obowiązków domowych i społecznych, a także zachowania związane z przekraczaniem norm i zasad społecznych. Do takich zachowań należą: eksperymentowanie ze środkami psychoaktywnymi czy chaotyczna i często przypadkowa aktywność seksualna. Nastolatki cierpiący na depresję znają normy społeczne, jednak nie znajdują podstaw do ich przestrzegania, a wewnętrzny dyskomfort i brak nadziei na samorealizację w przyszłości ułatwiają podejmowanie zachowań ryzykownych. Takie zachowania wraz z zachowaniami samobójczymi określone są **autodestrukcyjnymi zaburzeniami zachowania**.

Okres dojrzewania to czas zwiększonej koncentracji na wyglądzie, ciele. Wielu nastolatków uważa się za nieatrakcyjnych, niedopasowanych do kulturowo przyjętych standardów, promowanych przez świat mody czy gwiazdy filmowe. Szczególnie dziewczęta wrażliwe są na te procesy, mają trudności z pogodzeniem naturalnego dla procesu dojrzewania przyrostu tkanki tłuszczowej z dążeniem do utrzymania szczupłej sylwetki.

Zaburzenia odżywiania (takie jak anoreksja i bulimia) często towarzyszą depresji w populacji nastoletnich dziewcząt.

TYPY DEPRESJI U MŁODZIEŻY	
Depresja „czysta”	obniżenie nastroju, obniżenie napędu, nieokreślony lęk i lęk przed przyszłością
Depresja z rezygnacją	poczucie bezsensu życia, myśli, tendencje i próby samobójcze, trudności w nauce
Depresja z niepokojem	zmienność nastroju, autodestrukcyjne zaburzenia zachowania, niepokój, dysforia
Depresja hipochondryczna	somatyczne objawy lęku i hipochondryczna koncentracja na ciele, niepokój o własne zdrowie

UWAGA



- W przypadku depresji młodzieńczej ryzyko podjęcia próby samobójczej jest bardzo wysokie (szczególnie w grupie wiekowej 15–19 lat).

Uwaga Rodzicu!

Jeśli u swojego nastoletniego dziecka zauważysz:

- zwiększoną drażliwość, częste wybuchy złości,
 - wycofanie z kontaktów społecznych,
 - nadmierną wrażliwość na odrzucenie ze strony rówieśników,
 - utratę zainteresowania czynnościami, które wcześniej sprawiały mu przyjemność,
 - utratę apetytu lub przeciwnie – bardzo nasilony apetyt,
 - wyraźny spadek lub przyrost masy ciała,
 - wypowiedzi na temat bezsensu życia, śmierci, braku nadziei i braku planów na przyszłość,
 - problemy ze snem – skargi na brak snu lub nadmierną senność,
 - trudności w realizacji obowiązków szkolnych,
- porozmawiaj o swoich spostrzeżeniach ze swoim dzieckiem i skonsultuj się z lekarzem lub psychologiem.

1.5. Przyczyny depresji u dzieci i młodzieży

Za przyczynę depresji u dzieci i młodzieży uważa się interakcje pomiędzy czynnikami genetycznymi, biologicznymi, rozwojowymi, osobowościowymi, środowiskowymi czy poznawczymi. Czynniki te dzieli się na predysponujące, wyzwalające i podtrzymujące.

Czynniki predysponujące, czyli mogące doprowadzić do rozwoju depresji, to:

- czynniki osobiste:
 - podatność genetyczna, występowanie w rodzinie zaburzeń nastroju, choroby przebyte we wczesnym dzieciństwie, depresyjne reakcje na stresory – zaburzenia jedzenia, snu, zmęczenie,
 - właściwości psychologiczne konkretnej osoby, w tym jej umiejętności społeczne, umiejętności rozwiązywania problemów, podatność na zranienie;
- czynniki środowiskowe:
 - przemoc w rodzinie,
 - nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych przez członków rodziny,
 - sytuacje psychicznego, fizycznego lub seksualnego wykorzystywania przez opiekunów,
 - niedostępność rodziców z powodu ich choroby, np. depresji lub ciężkiej choroby somatycznej,
 - problemy w relacji z rodzicami: negatywne postawy rodzicielskie – chłodne, odrzucające, brak wsparcia i zainteresowania ze strony rodziców,
 - nadmiernie krytyczny i kontrolujący, restrykcyjny lub niezaangażowany styl wychowawczy,
 - zaniedbanie,
 - utrata jednego lub obojga rodziców na skutek śmierci czy rozwodu,
 - trudna sytuacja materialna rodziny, złe warunki socjalne życia rodziny, społeczna izolacja rodziny.

Czynniki wyzwalające, inaczej nazywane spustowymi, to aktualne wydarzenia wpływające na pojawienie się reakcji depresyjnej. U dzieci i młodzieży pojawienie się i nawroty depresji często są poprzedzone negatywnymi zdarzeniami psychospołecznymi, takimi jak:

- utrata znaczących osób – rozwód rodziców, zerwanie z ukochaną osobą,
- trudności w kontaktach z rodzicami – konflikty rodzinne,
- trudności w relacjach z rówieśnikami – odrzucenie przez grupę rówieśniczą, przemoc rówieśnicza,
- trudności w kontaktach z nauczycielami – nadmierne wymagania stawiane przez nauczycieli, przemoc stosowana przez nauczycieli,
- niepowodzenia szkolne, niesprawiedliwe ocenianie,
- brak wsparcia ze strony otoczenia,
- choroba somatyczna.

Wymienione czynniki podatności i ryzyka powstawania depresji u dzieci i młodzieży mogą stać się czynnikami podtrzymującymi zaburzenie, czyli takimi, które nasilają i utrwalają objawy depresyjne.

Depresja w chorobach somatycznych

Depresja może towarzyszyć chorobom somatycznym, szczególnie tym przewlekłym, nieuleczalnym i o ciężkim przebiegu. Wyraźne pogorszenie nastroju wiąże się z przewlekłymi schorzeniami układu pokarmowego, chorobami autoimmunologicznymi i sercowo-naczyniowymi oraz z zaawansowanymi nowotworami. Dokuczliwe dolegliwości związane z chorobą, częste hospitalizacje, separacja od rodziny, wyłączenie z naturalnego otoczenia, ograniczona aktywność życiowa, niemożność realizowania różnorodnych ról, konieczność podporządkowania się chorobie często wywołują u dzieci i nastolatków przygnębienie. Istnieje grupa chorób, które mogą wpływać na zmiany w chemicznej aktywności mózgu i przez to prowadzić do pojawienia się objawów depresyjnych. Należą do nich:

- choroby układu krążenia (choroba niedokrwienna serca),
- przewlekłe infekcje (wirusowe zapalenie wątroby, gruźlica, AIDS),

- choroby układowe (reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty),
- zaburzenia hormonalne i metaboliczne (nadczynność i niedoczynność tarczycy),
- choroby narządowe (niewydolność nerek, wątroby),
- niedożywienie,
- anemia,
- nowotwory,
- astma,
- zabiegi chirurgiczne (przeszczepy),
- stwardnienie rozsiane,
- wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
- mocznica.

Depresja, która pojawia się w przebiegu chorób somatycznych, jest zarówno problemem psychologicznym, jak i medycznym. Niekorzystnie wpływa na proces radzenia sobie z chorobą i leczenia. Dzieci, u których pojawiły się objawy depresji, nie mają motywacji do stosowania się do zaleceń lekarskich, nie chcą aktywnie uczestniczyć w procesie rehabilitacji, co znacznie wydłuża proces zdrowienia. Fizjologiczne objawy depresji, takie jak zaburzenia w funkcjonowaniu układu odpornościowego, zaburzenia rytmów okołodobowych, zmniejszona zmienność akcji serca, mogą wpływać na zdrowie somatyczne. Jednocześnie brak poprawy ogólnej kondycji wzmacnia objawy depresji. Współwystępowanie depresji i choroby somatycznej znacznie pogarsza jakość życia, powodując cierpienie fizyczne i psychiczne.

Rodzicu!

Jeśli Twoje dziecko cierpi na przewlekłą chorobę somatyczną i zauważyłeś u niego jakikolwiek objaw zaburzenia depresyjnego, zwróć się do specjalisty. Na wielu oddziałach szpitalnych dostępna jest pomoc psychologa czy możliwość konsultacji psychiatrycznej.

UWAGA



SAMOOCENA

Niska samoocena jest jednym z czynników rozwoju depresji. Samoocena wynika z dwóch sądów wewnętrznych:

- rozbieżności między tym, kim dziecko chciałoby być, a tym, kim myśli, że jest – im większa jest ta rozbieżność, tym samoocena dziecka jest niższa,
- poczucia wsparcia doświadczanego ze strony ważnych osób – rodziców, nauczycieli i rówieśników.

Dziecko, które cierpi na zaburzenia depresyjne, tłumaczy negatywne, trudne wydarzenia własnymi właściwościami – obarcza siebie winą, pomijając inne czynniki mające wpływ na dane wydarzenie, jest wobec siebie nadmiernie krytyczne. Kiedy dziecko doświadczy niepowodzenia, może je interpretować na różne sposoby: przyjąć, że zadanie było zbyt trudne, uznać, że jest za głupie, by osiągnąć sukces, lub stwierdzić, że osiągnięcie sukcesu jest możliwe, ale to, że tego nie zrobiło, nie oznacza, że jest bezwartościowe. Dziecko w depresji uzna, że niepowodzenie jest jego winą, czyli że jest głupie. Taki sposób myślenia wpływa na obniżenie samooceny i wiary we własne możliwości. Dzieci z depresją nie podejmują wyzwań, wybierają dysfunkcjonalne strategie rozwiązywania problemów, takie jak unikanie lub odwracanie uwagi.

W jaki sposób rodzice mogą budować w dziecku pozytywną samoocenę?

1. Okazuj dziecku swoje zainteresowanie i miłość.
2. Wytyczaj jasne granice, precyzuj swoje oczekiwania wobec dziecka.
3. Pokazuj, że wierzysz w jego możliwości.
4. Akceptuj własne uczucia i uczucia dziecka, te przyjemne i nieprzyjemne.
5. Stawiaj przed dzieckiem adekwatne do jego wieku i możliwości wyzwania, tak aby mogło doświadczyć sukcesu.
6. Nie wyręczaj dziecka, okaż szacunek dla jego dziecięcych zmagani i docień starania, nawet jeśli coś nie do końca mu wychodzi.
7. Nie krytykuj dziecka, ale ewentualnie jego zachowanie. Zamiast „Znowu dostałeś jedynkę z matematyki. Jesteś leniem.”, powiedz „Martwię

- mnie Twoje oceny z matematyki. Może poświęcasz na nią zbyt mało czasu. Czy potrzebujesz pomocy?”
8. Jeśli popełniłeś błąd, przyznaj się do niego i przeproś. Naucz się przyjmować krytyki na swój temat.
 9. Pokaż dziecku, że masz dystans do siebie samego i poczucie humoru na własny temat.
 10. Chwal swoje dziecko! Pochwały spełniają bardzo ważne funkcje:
 - motywują dziecko do wykonywania obowiązków,
 - budują pozytywną samoocenę dziecka,
 - informują dziecko, co jest dobrym, akceptowanym i pożądanym przez dorosłych zachowaniem,
 - utrwalają zachowania, które pojawiają się sporadycznie.

1.6. Przebieg i skutki depresji u dzieci i młodzieży

Depresja pojawiająca się u dzieci i młodzieży często ma przewlekły i nawracający charakter. Zdarza się, iż pomimo ustąpienia zaburzeń nastroju niektóre objawy depresji utrzymują się jeszcze przez długi czas, np. uczucie zmęczenia, niepokój, zaburzenia uwagi, poczucie winy, myśli o śmierci, trudności z podejmowaniem decyzji.

Zaburzenia depresyjne wiążą się z wieloma negatywnymi skutkami w funkcjonowaniu rodzinnym, społecznym i szkolnym dziecka. Do skutków depresji należą:

- trudności w funkcjonowaniu szkolnym – słabe wyniki w nauce,
- trudności w funkcjonowaniu społecznym – w kontaktach z członkami rodziny oraz rówieśnikami,
- zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia tego zaburzenia w przyszłości,
- zwiększone ryzyko samobójstwa,
- zwiększone ryzyko nadużywania substancji psychoaktywnych,
- nasilenie problemów ogólnozdrowotnych.

1.7. Leczenie depresji u dzieci i młodzieży

Depresja to poważna choroba, która wymaga odpowiedniego postępowania. Jest chorobą uleczalną, a im wcześniej podejmie się odpowiednie

działania, tym efektywniejsze będzie jej leczenie. Leczeniem depresji u dzieci i młodzieży zajmują się psychiatrzy dziecięcy, psychologowie i psychoterapeuci. Kompleksowe leczenie zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży obejmuje:

- psychoterapię,
- leczenie farmakologiczne,
- psychoedukację rodziny,
- trening umiejętności społecznych,
- zabezpieczenie potrzeb rozwojowych dzieci i nastolatków.

Leczenie powinno koncentrować się na wszystkich obszarach nieprawidłowego funkcjonowania dziecka, do których należą:

- trudności w nauce,
- trudności w relacjach społecznych,
- trudności w rozwiązywaniu problemów,
- trudności w kontrolowaniu emocji i radzeniu sobie z emocjami,
- dysfunkcjonalne (nieprawidłowe) przekonania dotyczące siebie, innych ludzi i własnej przyszłości,
- nieprawidłowe relacje rodzinne.

Dowody naukowe potwierdzają skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu depresji w odniesieniu do dzieci w wieku 8–11 lat oraz do nastolatków w grupie 12–19 lat (w formie indywidualnej i grupowej). Korzystne wyniki uzyskano również w badaniach dotyczących terapii interpersonalnej. Ogólnie można przyjąć, iż w łagodnej i umiarkowanej depresji u dzieci i młodzieży uzasadnione jest stosowanie psychoterapii. W przypadku nasilonej depresji najskuteczniejsza jest terapia skojarzona, czyli leczenie farmakologiczne i psychoterapia.

W zależności od okoliczności i potrzeb, terapia może przyjąć formę **indywidualną, grupową** bądź **rodzinną**. Czasami zalecane są równoległe dwie formy, np. psychoterapia indywidualna oraz terapia rodzinna, prowadzone powinny być one przez dwóch różnych terapeutów.

Psychoterapia poznawczo-behawioralna

Poznawczo-behawioralna terapia dzieci i młodzieży oparta jest na ustrukturyzowanych sesjach i strategiach, które wpływają na zmiany w myśleniu, uczuciach i zachowaniu. Terapia zorientowana jest na rozwiązywanie problemów, bezpośrednio zajmuje się czynnikami związanymi z myśleniem, emocjami, zachowaniem i interakcjami społecznymi dziecka czy nastolatka. Opierając się na założeniu, że myślenie człowieka wpływa na jego emocje i zachowanie, w trakcie terapii pracuje się nad zmianą dysfunkcyjnych przekonań dotyczących siebie, innych oraz świata i negatywnych wzorców myślenia. Ważnym elementem leczenia depresji w tym nurcie jest planowanie aktywności i monitorowanie nastroju.

Psychoterapia interpersonalna

Terapia interpersonalna bazuje na założeniu, iż trudności w relacjach z innymi osobami mogą powodować bądź nasilać objawy depresyjne, a sama depresja może te relacje zaburzać. Proces terapii służy nabywaniu lepszych umiejętności społecznych.

Leczenie farmakologiczne

W sytuacji znacznie nasilonych objawów depresyjnych konieczne jest włączenie leczenia farmakologicznego. W przypadku dzieci i młodzieży leki przeciwdepresyjne nie są jednak tak skuteczne jak u osób dorosłych. Nowoczesne leki przeciwdepresyjne działają bardziej wybiórczo, nie wpływając na poziom innych neuroprzekazników, ale również w trakcie ich stosowania mogą pojawić się niekorzystne efekty uboczne, takie jak: bóle głowy i brzucha, zgaga, zawroty głowy, rozdrażnienie, dolegliwości ze strony układu pokarmowego, trudności z zasypianiem. Te dolegliwości mogą dodatkowo pogorszyć funkcjonowanie dziecka, ale zwykle ustępują po pierwszym tygodniu leczenia. Ważne jest, aby uważnie obserwować wszelkie zmiany w zachowaniu i samopoczuciu dziecka. Warto również poinformować nauczyciela/wychowawcę o chorobie dziecka i przyjmowanych lekach. Czasami w leczeniu depresji u dzieci i młodzieży stosuje się leki starszej generacji, których podawanie wymaga systematycznej kontroli pracy serca poprzez wykonywanie badania EKG. Dziecko, przyjmując

te leki, może doświadczać zmęczenia, uczucia rozbicia czy zawrotów głowy.

Działanie leków przeciwdepresyjnych ujawnia się po około dwóch, trzech, a czasem nawet czterech tygodniach. Nie należy zatem oczekiwać, iż po tygodniu przyjmowania leków dziecko będzie czuło się dobrze i powróci do funkcjonowania sprzed choroby.

Ryzyko związane z leczeniem farmakologicznym wiąże się z szybszym efektem działania leku na poziom aktywności niż na nastrój, co może zwiększać prawdopodobieństwo zachowań samobójczych.

Gdzie szukać pomocy specjalisty?

- poradnia psychologiczno-pedagogiczna – psycholog – może rozpoznać objawy depresji, udzielić wsparcia dziecku, udzielić informacji rodzinie,
- psycholog, pedagog szkolny – może rozpoznać objawy depresji, pomóc dziecku w funkcjonowaniu w szkole, udzielić informacji rodzinie,
- lekarz pediatra – może rozpoznać objawy depresji, wykluczyć lub potwierdzić inne problemy zdrowotne, skierować na odpowiednie badania,
- poradnia zdrowia psychicznego – lekarz psychiatra dzieci i młodzieży diagnozuje depresję, decyduje o leczeniu farmakologicznym,
- poradnia zdrowia psychicznego – psycholog/psychoterapeuta – zajmuje się terapią depresji, psychoedukacją rodziny,
- poradnia psychologiczna – psycholog/psychoterapeuta,
- prywatne gabinety lekarskie i psychologiczne/psychoterapeutyczne.

Rodzicu!

- Planując wizytę u specjalisty, opowiedz dziecku, czym zajmuje się psycholog czy psychiatra, w czym mogą mu pomóc, jak będzie wyglądała wizyta. Porozmawiaj również z nastoletnim dzieckiem o pomocy specjalisty, zapytaj o jego oczekiwania i obawy, wyjaśnij, że korzystanie z pomocy tych specjalistów nie świadczy o tym, że ktoś jest „nienormalny”. Umawiając wizytę, zapytaj o to, czy na pierwszą wizytę mają zgłosić się tylko rodzice czy również dziecko. Na pierwszym spotkaniu

lekarz lub psycholog często najpierw rozmawia z rodzicami dziecka, a później z nim samym, dlatego w przypadku młodszego dziecka warto zabrać ze sobą babcię lub dziadka, tak by swobodna rozmowa dorosłych była możliwa, a dziecko nie spędzało samo czasu w poczekalni.

- Ty również jesteś niezbędny w leczeniu dziecka. Rola rodziców w procesie terapii jest bardzo ważna. Mogą być oni, w zależności od kontekstu i potrzeb, konsultantami (gdy pomagają określić istotę problemu), współklientami (gdy poprzez określone zachowania podtrzymują zaburzenie dziecka) bądź współpracownikami (gdy pomagają we wdrożeniu elementów programu terapeutycznego). Włączenie rodziców w proces terapii ułatwia osiągnięcie poprawy u dziecka.
- Jeśli psychiatra zaleca przyjmowanie przez Twoje dziecko leków przeciwdepresyjnych, omów z lekarzem ich działanie, możliwe objawy niepożądane, zadaj lekarzowi wszelkie trapiące Cię pytania. Uważnie obserwuj dziecko pod kątem niekorzystnych dolegliwości. Jeśli leczenie farmakologiczne trwa ponad miesiąc, a u dziecka nie nastąpiła żadna poprawa, ponownie skonsultuj się z psychiatrą. Oceniając samopoczucie dziecka, opieraj się na swoich obserwacjach, informacjach od nauczycieli i wychowawców i przede wszystkim na odczuciach samego dziecka.

2. DEPRESJA – JAK POMÓC DZIECKU

1. Zwróć uwagę na oznaki stresu czy początkowych objawów depresyjnych u dziecka.
2. Okazuj dziecku swoje zainteresowanie, ciepło i miłość. Angażuj się w jego sprawy.
3. Stawiaj przed dzieckiem wyzwania, adekwatne do jego wieku i możliwości, pozwalające na osiągnięcie sukcesu.
4. Jeśli u dziecka zdiagnozowano depresję, przestrzegaj zaleceń lekarskich, aktywnie uczestnicz w procesie terapii dziecka.
5. Zaplanuj razem z dzieckiem przyjemne zajęcia, jednak nie planuj nadmiernie jego dnia, pozostaw mu czas wolny.
6. Przypominaj dziecku o jego sukcesach, ważnych wydarzeniach.
7. Zadbaj o aktywność fizyczną dziecka i o jego właściwą dietę. Wspólne spacerowanie lub wyjścia na basen mogą być również dobrą okazją do wzmocnienia pozytywnej relacji.
8. Pozwól dziecku na wyrażanie swoich emocji – zarówno tych przyjemnych, jak i nieprzyjemnych. Rozmawiaj z nim o trudnych emocjach, takich jak złość, smutek czy lęk. W przypadku młodszych dzieci można wykorzystać w tym celu odpowiednie bajki terapeutyczne (np. „Garść radości, szczypta złości. Mnóstwo zabawnych ćwiczeń z uczuciami” z serii Wojciecha Kołyszko czy filmy animowane, np. „W głowie się nie mieści”).
9. Nie ponaglaj dziecka, nie staraj się go rozweselać wszelkimi dostępnymi sposobami, pozwól mu na doświadczenie smutku.

10. Spróbuj popatrzeć na wydarzenia, szczególnie kryzysowe, oczami dziecka, spróbuj zrozumieć, czego doświadcza. Wspólnie zastanówcie się, jak pokonać kryzys.
11. Nie włączaj dziecka w kłopoty dorosłych członków rodziny, mogą być dla niego zbyt obciążające.
12. Wzmocnij rodzinne więzi – kultywuj zwyczaje i tradycje rodzinne, takie jak wspólnie spożywane posiłki, wspólne spędzanie czasu wolnego, obchodzenie urodzin czy świętowanie sukcesu któregoś z członków rodziny.
13. Ułatwiał dziecku kontakty z rówieśnikami.
14. Naucz dziecko (szczególnie nastolatka) konstruktywnego myślenia – nazwij niekonstruktywne myśli dziecka (np. „Twoje przekonanie, że inni sądzą, iż jesteś głupia, to czytanie w myślach”), pokaż, jak takie myślenie wpływa na jego nastrój (np. „Myśląc w ten sposób, odczuwasz smutek i nie masz ochoty spotykać się z koleżankami”), zachęć do konstruktywnego myślenia (np. „Czy takie myślenie Ci pomaga? Czy nie jesteś dla siebie zbyt surowa?”).

Możesz wspólnie ze swoim nastoletnim dzieckiem stworzyć listę konstruktywnych myśli, np.:

- Popelniam błędy, ale wiele rzeczy robię dobrze.
 - Jestem dla siebie za bardzo surowa, jestem całkiem w porządku.
 - Akceptuję siebie takiego, jakim jestem.
 - Nie można być lubianym przez wszystkich. Niektóre osoby mnie lubią i to jest w porządku.
 - Są osoby, które mnie lubią i dla których jestem ważny. Mam przyjaciół.
 - Rodzice chcą mi pomóc. Czasem wydają się niesprawiedliwi, ale gdy się lepiej zastanowię, uważam, że są w porządku.
 - Nie jestem odpowiedzialny za wszystkie problemy.
 - Muszę próbować dalej.
 - Nie mam dowodów na to, że przyszłość będzie taka czarna, jak myślę.
15. Rozmawiaj ze swoim dzieckiem, słuchaj go uważnie, powstrzymaj się od „dobrych rad” i oceniania.

Rodzicu!

Jeśli czujesz, że Twoje kompetencje rodzicielskie są niewystarczające, zorientuj się, gdzie w Twojej okolicy prowadzone są treningi umiejętności wychowawczych czy warsztaty dla rodziców. Często są one oferowane przez rejonowe poradnie psychologiczno-pedagogiczne.

3. SKALA DEPRESJI BECKA – ANKIETA

Skala Depresji Becka służy do samodzielnej oceny samopoczucia, składa się z 21 pytań odnoszących się do różnorodnych objawów depresyjnych. Jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi służących ocenie nasilenia objawów depresji. Należy pamiętać o tym, że uzyskany wynik stanowi wskazówkę, a nie diagnozę. Aby uzyskać diagnozę oraz pomoc, konieczna jest wizyta u specjalisty.

Skala Depresji Becka może pomóc w ocenie, czy samopoczucie nastolatka to typowa dla okresu dojrzewania chandra czy poważniejszy problem.

Instrukcja: W każdym pytaniu wybierz tylko jedną odpowiedź, która najlepiej określa Twoje uczucia podczas ostatnich 7 dni (a nie tylko w dniu dzisiejszym). W przypadku wątpliwości zadaj sobie pytanie: Która z odpowiedzi jest najbliższa temu, co czuję i myślę?

A	<p>O. Nie jestem smutny ani przygnębiony</p> <p>1. Odczuwam często smutek i przygnębienie</p> <p>2. Przeżywam stale smutek i przygnębienie, nie mogę uwolnić się od tych przeżyć</p> <p>3. Jestem stale tak smutny i nieszczęśliwy, że jest to nie do wytrzymania</p>
B	<p>O. Nie przejmuję się zbytnio przyszłością</p> <p>1. Często martwię się o przyszłość</p> <p>2. Obawiam się, że w przyszłości nic dobrego mnie nie czeka</p> <p>3. Czuję, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni</p>

C	<p>O. Sądzę, że nie popełniam większych zaniedbań</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sądzę, że czynię więcej zaniedbań niż inni 2. Kiedy spoglądam na to, co robiłem, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań 3. Jestem zupełnie niewydolny i wszystko robię źle
D	<p>O. To co robię, sprawia mi przyjemność</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie cieszy mnie to, co robię 2. Nic mi teraz nie daje prawdziwego zadowolenia 3. Nie potrafię przeżywać zadowolenia i przyjemności i wszystko mnie nuży
E	<p>O. Nie czuję się winny ani wobec siebie, ani wobec innych</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dość często miewam wyrzuty sumienia 2. Czuję często, że zawiniłem 3. Stale czuję się winnym
F	<p>O. Sądzę, że nie zasługuję na karę</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sądzę, że zasługuję na karę 2. Spodziewam się ukarania 3. Wiem, że jestem karany (lub ukarany)
G	<p>O. Jestem z siebie zadowolony</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nie jestem z siebie zadowolony 2. Czuję do siebie niechęć 3. Nienawidzę siebie
H	<p>O. Nie czuję się gorszy od innych ludzi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zarzucam sobie, że jestem nieudolny i popełniam błędy 2. Stale potępiam siebie za popełnione błędy 3. Winię siebie za wszystko zło, które istnieje
I	<p>O. Nie myślę o odebraniu sobie życia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Myślę o samobójstwie, ale nie mógłbym tego dokonać 2. Pragnę odebrać sobie życie 3. Popełnię samobójstwo, jak będzie odpowiednia sposobność
J	<p>O. Nie płaczę częściej niż zwykle</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Płaczę częściej niż dawniej 2. Ciągle chce mi się płakać 3. Chciałbym płakać, lecz nie jestem w stanie
K	<p>O. Nie jestem bardziej podenerwowany niż dawniej</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jestem bardziej nerwowy i przykry niż dawniej 2. Jestem stale rozdrażniony 3. Wszystko to, co dawniej mnie denerwowało, teraz nic mnie nie obchodzi
L	<p>O. Ludzie interesują mnie jak dawniej</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interesuję się ludźmi mniej niż dawniej

3. Skala depresji becka – ankieta

	2. Utraciłem większość zainteresowania innymi ludźmi 4. Utraciłem wszelkie zainteresowanie innymi ludźmi
M	0. Decyzję podejmuję łatwo, tak jak dawniej 1. Częściej niż kiedyś odwlekam podjęcie decyzji 2. Mam duże trudności z podjęciem decyzji 3. Nie jestem w stanie podjąć żadnej decyzji
N	0. Sądzę, że wyglądam nie gorzej niż dawniej 1. Martwię się tym, że wyglądam staro i nieatrakcyjnie 2. Czuję, że wyglądam coraz gorzej 3. Jestem przekonany, że wyglądam okropnie i odpychająco
O	0. Mogę pracować jak dawniej 1. Z trudem rozpoczynam każdą czynność 2. Z wielkim wysiłkiem zmuszam się do robienia czegokolwiek 3. Nie jestem w stanie nic robić
P	0. Sypiam dobrze, jak zwykle 1. Sypiam gorzej niż dawniej 2. Rano budzę się 1–2 godziny wcześniej i trudno mi jest ponownie usnąć 3. Budzę się kilka godzin za wcześnie i nie mogę ponownie usnąć
Q	0. Nie męczę się bardziej niż dawniej 1. Męczę się znacznie łatwiej niż poprzednio 2. Męczę się wszystkim, co robię 3. Jestem zbyt zmęczony, aby cokolwiek robić
R	0. Mam apetyt nie gorszy niż dawniej 1. Mam trochę gorszy apetyt 2. Apetyt mam wyraźnie gorszy 3. Nie mam w ogóle apetytu
S	0. Nie tracę na wadze ciała (w okresie ostatniego miesiąca) 1. Straciłem na wadze więcej niż 2 kg 2. Straciłem na wadze więcej niż 4 kg 3. Straciłem na wadze więcej niż 6 kg
T	0. Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze 1. Martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcia, bóle 2. Stan mego zdrowia bardzo mnie martwi, często o tym myślę 3. Bardzo martwię się o swoje zdrowie, nie mogę o niczym innym myśleć
U	0. Moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom 1. Jestem mniej zainteresowany sprawami płci (seksu) 2. Problemy płciowe wyraźnie mnie nie interesują 3. Utraciłem wszelkie zainteresowanie sprawami seksualnymi

Zsumuj punkty przy poszczególnych odpowiedziach, aby uzyskać wynik testu.

Wyniki:

0–11 punktów – brak depresji

12–26 punktów – epizod depresyjny o łagodnym nasileniu

27–49 punktów – epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu

50–63 punktów – epizod depresyjny o głębokim nasileniu

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J (1961), An inventory for measuring depression, Archives of General Psychiatry, 4: 53–63

4. SAMOUSZKODZENIA I PRÓBY SAMOBÓJCZE

Według badań amerykańskich samouszkodzenia wśród młodzieży są powszechnym zjawiskiem, dotyczą od 13% do 45% nastolatków. Zwykle samouszkodzenia pierwszy raz pojawiają się w grupie wiekowej 12–14 lat. Samouszkodzenia to zamierzone, dokonane z własnej woli, stanowiące niewielkie zagrożenie życia uszkodzenia własnego ciała. Samouszkodzenie nie jest zachowaniem akceptowanym społecznie. Ma ono na celu zmniejszenie dyskomfortu psychicznego lub/i zakomunikowanie o nim. Samouszkodzenie zwykle wiąże się z regulowaniem emocji oraz zmniejszaniem stresu. Jest autodestrukcyjnym sposobem na obniżenie napięcia, na poradzenie sobie z takimi emocjami, jak: złość, smutek, wstyd czy poczucie winy, lęk, panika, frustracja, pogarda. Do najczęstszych sposobów samouszkodzeń należą:

- drapanie i przecinanie skóry,
- wycinanie wzorów na skórze,
- rozdrapywanie gojących się ran,
- uderzanie się przedmiotami,
- przypalanie skóry,
- uderzanie głową,
- samodzielnie wykonywane tatuaże,
- inne – np. gryzienie się, wrywanie włosów.

Samouszkodzenie jest istotnym czynnikiem ryzyka podjęcia próby samobójczej.

Dziecko się samookalecza – co zrobić

- Porozmawiaj z dzieckiem. Zareaguj z akceptacją, współczuciem i szacunkiem. Nie panikuj.
- Wysłuchaj swojego dziecka, potraktuj jego problemy poważnie.
- Spróbuj ustalić z dzieckiem przyczynę samouszkodzeń.
- Nie strasz dziecka, pytania „czy rozumiesz, że możesz umrzeć?” nie są pomocne.
- Nie oceniaj dziecka, nie mów „jak mogłaś zrobić coś tak głupiego!”.
- Zgłoś się wraz z dzieckiem do specjalisty.

Z zaburzeniami depresyjnymi wiąże się wysokie ryzyko popełnienia samobójstwa. Popełnienie i usiłowanie popełnienia samobójstwa poprzedzone jest okresem nieprawidłowego funkcjonowania, jednak w wielu przypadkach otoczenie – rodzina, nauczyciele, rówieśnicy, nie podejrzewa, że dziecko czy nastolatek jest bliski podjęcia próby samobójczej.

STATYSTYKI

Na świecie... (dane WHO)

- Co 40 sekund ktoś na świecie popełnia samobójstwo.
- Rok 2001 był przełomowy pod względem liczby samobójstw (849 000) – łącznie była ona większa niż liczba ofiar przemocy (500 000) i wojen (230 000).
- W większości krajów europejskich roczna liczba ofiar samobójstw jest wyższa niż ofiar wypadków samochodowych.
- 10–20% dzieci na świecie cierpi na jedną lub więcej chorób psychicznych lub ma problemy z zachowaniem.
- W 20–50% rodzin u dzieci i nastolatków cierpiących na depresję już wcześniej występowały jej przypadki.

W Polsce...

- W 2015 roku odnotowano ponad 500 czynów samobójczych wśród nastolatków.
- Najczęściej odbierają sobie życie osoby w granicach 15.–19. roku życia.

STATYSTYKI

- Próby samobójcze zdarzają się 15 razy częściej niż akty dokonane. Oznacza to, że próby samobójcze podejmuje nawet 6 tysięcy dzieci i nastolatków rocznie.
- Częściej samobójstwo popełniają chłopcy. Dziewczynki częściej dokonują prób samobójczych.

Dane statystyczne pochodzą ze strony internetowej Kampanii Zobacz... ZNIKAM mającej na celu zwrócenie uwagi na problem samobójstw wśród dzieci i młodzieży (www.zobaczznikam.pl).

Według Amerykańskiego Towarzystwa Suicydologicznego do najważniejszych sygnałów ostrzegających o ryzyku samobójstwa należą:

- myśli samobójcze,
- nadużywanie substancji psychoaktywnych,
- brak celu w życiu,
- lęk,
- poczucie bycia uwięzionym w pułapce,
- brak nadziei,
- wycofanie,
- złość,
- nieostrożność,
- zmiany nastroju.

Do innych sygnałów ostrzegawczych wysyłanych przez dziecko należą:

- zainteresowanie śmiercią, przeglądanie stron internetowych dotyczących śmierci, mówienie o śmierci, rysowanie śmierci, pisanie opowiadań o samobójstwie,
- oskarżanie się, poczucie winy,
- komunikaty werbalne związane z własną beznadziejnością i bezwartościowością – „jestem bezwartościowy”, „do niczego się nie nadaję”, „wszystko jest bez sensu”, „lepiej byłoby, gdybym się w ogóle nie urodził”,
- rozdawanie innym swoich rzeczy, zwierząt,
- sporządzanie testamentów, pisanie pożegnalnych listów,

- ślady po samouszkodzeniach,
- rozmawianie o samobójstwie lub jego planowanie,
- objawy związane z depresją – obniżenie nastroju, zaburzenia snu i jedzenia, utrata zainteresowań, wycofanie z kontaktów społecznych, skargi na dolegliwości somatyczne,
- wzrost impulsywności – stosowanie przemocy, zachowania agresywne, impulsywne,
- ucieczki z domu, wagarowanie, zachowania buntownicze,
- odrzucanie pomocy.

Jak rozmawiać z dzieckiem o samobójstwie? O co zapytać?

- „Czy czujesz się tak źle, że myślisz o samobójstwie?”
- „Czy często myślisz o śmierci?”
- „Czy czujesz, że nie warto żyć?”
- „Czy chciałeś kiedyś zasnąć i się nie obudzić?”
- „Czy myślałeś o odebraniu sobie życia?”
- „Jak radzisz sobie z takimi myślami?”
- „Jak często pojawiają się takie myśli?”
- „Co o nich myślisz? Jak je oceniasz?”
- „Czy planowałeś, jak mógłbyś odebrać sobie życie?”
- „Czy myślisz, że to będzie skuteczny sposób?”
- „Czy przygotowywałeś potrzebne środki?”
- „Czy zastanawiałeś się, kiedy to zrobić?”
- „Na ile prawdopodobne jest to, że spróbujesz dokonać samobójstwa?”
- „Co stałoby się, gdybyś teraz odebrał sobie życie? Jak zareagowałoby otoczenie?”
- „Dlaczego chcesz odebrać sobie życie? Co jest powodem?”

Jeśli ryzyko popełnienia samobójstwa jest duże, konieczne jest natychmiastowe skonsultowanie dziecka z lekarzem psychiatrą i rozważenie umieszczenia dziecka w szpitalu. Wskazania do hospitalizacji są następujące:

- obecność silnych tendencji samobójczych,
- plan oraz przygotowane środki do dokonania samobójstwa,

- myśli samobójcze i duże nasilenie zaburzeń psychicznych, w tym depresyjnych,
- myśli samobójcze i zachowania impulsywne, pobudzenie,
- myśli samobójcze i objawy psychotyczne (urojenia, omamy),
- stan po próbie samobójczej lub przerwana próba samobójcza,
- myśli samobójcze i zmieniony stan psychiczny dziecka spowodowany zażyciem środków psychoaktywnych,
- myśli samobójcze i brak współpracy ze strony dziecka,
- myśli samobójcze i choroby somatyczne dziecka,
- zaprzeczanie myślom i tendencjom samobójczym, podczas gdy ocena ryzyka wskazuje na wysokie ryzyko próby samobójczej.

5. STRATA I PROCES ŻAŁOBY

Jak dziecko rozumie śmierć?

- Do 3. roku życia dziecko nie potrafi zrozumieć pojęć abstrakcyjnych, również takich jak śmierć. Reaguje jednak na emocje otoczenia, przede wszystkim na emocje rodziców.
- Dziecko pomiędzy 3. a 5. rokiem życia przeżywa nieobecność zmarłej osoby, ale nie rozumie jeszcze znaczenia pojęć „na zawsze” czy „już nigdy”.
- U dzieci pomiędzy 6. a 7. rokiem pojawia się personifikowanie śmierci – wyobrażają ją sobie jako ducha, kościotrupa, interesują się pogrzebem.
- Pomędzy 8. a 9. rokiem życia dzieci zaczynają rozumieć nieodwracalność śmierci, ich reakcje emocjonalne mogą być bardzo intensywne, w związku z doświadczeniem straty mogą pojawić się również trudności w funkcjonowaniu szkolnym.

Jak dziecko doświadcza żałoby?

Żałoba przebiega zwykle w następujących etapach:

- a. zaprzeczanie – towarzyszy mu myślenie „to nieprawda”,
- b. poczucie winy – mogące pojawić się myśli to: „gdybym był grzeszny, to tata nie denerwowałby się i nie zachorowałby”,
- c. obwinianie innych – dziecko obwinia inne osoby za śmierć bliskiego – „jakbyś nie pyskowała, to mama wołałaby nie umierać”,
- d. niepokój – związany jest z obawami „kto nas będzie teraz odprowadzał do szkoły?”,
- e. idealizacja – przypisywanie zmarłej osobie wyłącznie pozytywnych cech – „mama na pewno kupiłaby mi ten samochód”,

- f. regres – dziecko pozornie traci wcześniej nabyte umiejętności, zachowuje się, jakby było młodsze, niż jest w rzeczywistości – „nie potrafię sama zawiązać sznurówek”.

Jak towarzyszyć dziecku w żałobie?

Aby pomóc dziecku w procesie żałoby, ważne jest, aby:

- pamiętać o różnicach w przeżywaniu straty na różnych etapach życia,
- nie ukrywać własnych emocji, powiedzieć dziecku o odczuwanym przez siebie smutku i żalu,
- pozwolić dziecku na swobodne wyrażenie smutku, żalu, rozpacz,
- częściej towarzyszyć dziecku, niekoniecznie rozmawiając o utracie, przytulać je, być blisko niego,
- wyrazić gotowość do otwartej rozmowy o stracie,
- zmniejszyć poczucie winy dziecka,
- pozwolić dziecku na wspomnienia.

Kiedy potrzebna jest pomoc specjalisty?

Pomoc psychologa może być konieczna wówczas, gdy dziecko odcina się od utraty, ma trudność w wejściu w proces żałoby, zachowuje się tak, jakby „nic się nie stało”, oraz gdy reakcja żałoby się przedłuża. Specjalista może pomóc dziecku lub nastolatkowi w ekspresji żalu i lęku, w przeżyciu poczucia osamotnienia czy poradzeniu sobie z poczuciem winy i krzywdy.

Objawy przedłużającej się reakcji żałoby

- dziecko płacze, woła i szuka nieobecnej osoby,
- dziecko odrzuca próby pocieszenia przez inne osoby,
- dziecko wycofuje się emocjonalnie – jest apatyczne, ma smutny wyraz twarzy, nie interesuje się czynnościami właściwymi dla wieku,
- dziecko ma trudności ze snem,
- dziecko ma zmniejszony apetyt,
- u dziecka dochodzi do zatrzymania rozwoju, regresji lub utraty wcześniej nabytych umiejętności,
- czynniki przypominające o utracie wywołują u dziecka nieadekwatne zachowania: dziecko „wyłącza się”, „zapomina” o utraconej osobie, jest nadmiernie wrażliwe na rzeczy przypominające o utraconej osobie.

6. SŁOWNIK POJĘĆ

ADHD

To inaczej zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi, w Klasyfikacji ICD-10 określany jako zespół hiperkinetyczny. Jest to zaburzenie neurorozwojowe, charakteryzujące się występowaniem objawów należących do trzech grup: zaburzeń koncentracji uwagi, nadruchliwości oraz nadmiernej impulsywności.

Adolescencja

To okres dorastania, między dzieciństwem a dorosłością, przypadający między 11.–12. a 17.–21. rokiem życia, charakteryzujący się nasilonymi zmianami fizycznymi i psychologicznymi, które mają charakter dynamicznego procesu.

Anoreksja

To zaburzenie odżywiania, nazywane inaczej jadłowstrętem psychicznym, w którym restrykcyjna dieta prowadzi do znacznego spadku wagi lub braku oczekiwanego przybierania na wadze. Charakterystyczne dla osób z anoreksją jest postrzeganie siebie jako osoby otyłej oraz doświadczanie strachu przez przytyciem. U dziewcząt i kobiet chorujących na anoreksję zanika miesiączkowanie, a u nastoletnich chłopców i mężczyzn występuje utrata seksualnych zainteresowań i potencji.

Bulimia

To zaburzenie odżywiania, nazywane również żarłocznością psychiczną, w którym występują nawracające epizody przejadania się, utrzymuje się uporczywa koncentracja na jedzeniu i silne poczucie przymusu jedzenia oraz przeciwdziałania efektom tycia poprzez prowokowanie wymiotów czy wprowadzanie okresów głodowania.

Choroba afektywna dwubiegunowa

Postać choroby afektywnej, charakteryzująca się występowaniem naprzemiennych okresów depresyjnych i okresów manii/hipomanii.

Choroba afektywna jednobiegunowa

Postać choroby afektywnej, w której występują wyłącznie zespoły depresyjne lub rzadziej maniakalne. Najczęściej określenie to dotyczy nawracającej depresji.

Dysforia

Zaburzenie nastroju będące przeciwieństwem euforii, charakteryzujące się występowaniem złego samopoczucia, poczucia dyskomfortu, ciągłego niezadowolenia, rozdrażnienia.

Dystymia

Dystymia to przewlekła depresja o słabym nasileniu, niespełniająca kryteriów epizodu dużej depresji.

Lęk separacyjny

Zaburzenie emocjonalne okresu dzieciństwa, polegające na trudności w rozstaniu z opiekunem (najczęściej rodzicem). Dotyczy ono zwykle sytuacji pójścia do przedszkola lub szkoły, samodzielnego spania czy innego rozdzielenia. Wiąże się z nieuzasadnionym martwieniem się o życie i zdrowie rodzica, obawami przed osamotnieniem i doświadczaniem dolegliwości somatycznych, takich jak bóle głowy, nudności i wymioty, które pojawiają się w sytuacji oddzielenia od rodzica (np. wyjazd na wycieczkę).

Mutyzm wybiórczy

To zaburzenie lękowe występujące u dzieci i młodzieży, polegające na zachowywaniu milczenia pomimo nieuszkodzonych ośrodków mózgowych mowy. Dzieci z mutyzmem wybiórczym, inaczej selektywnym, często swobodnie porozumiewają się werbalnie z najbliższą rodziną, natomiast unikają mówienia w innych środowiskach, np. w szkole.

Opozycyjno-buntownicze zaburzenia zachowania

To zaburzenie zachowania, które związane jest nieprzystosowaniem, gwałceniem podstawowych praw innych osób lub norm społecznych, obejmujące takie zachowania, jak: częste wybuchy złości, kłótnie z dorosłymi, niespełnianie reguł, częste kłamstwa, robienie rzeczy budzących gniew u innych, złośliwość i mściwość.

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne

Nazywane jest inaczej nerwicą natręctw i jest zaburzeniem polegającym na uporczywym występowaniu natrętnych myśli (obsesji) lub/i czynności (kompulsji). Obsesje i kompulsje są odbierane jako natrętne, nieprzyjemne, a osoba ich doświadczająca ma trudności w przeciwstawieniu się im. Przykładem obsesyjnych myśli mogą być myśli dotyczące zagrożenia chorobą, a związanym z nimi zachowaniem kompulsywnym wielokrotne mycie rąk.

7. LITERATURA

1. S.H. Kennedy, R.W. Lam, D.J. Nutt, M.E. Thase, Depresja – leczyć skuteczniej. Praktyczne zastosowanie zaleceń klinicznych, Via Medica, Gdańsk 2010.
2. Ch.A. Padesky, D. Greenberger, Umysł ponad nastrojem. Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
3. R.L. Leahy, Pokonaj depresję, zanim ona pokona Ciebie, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
4. J. Morrison, DSM-5 ® bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów, tłum. R. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
5. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: badawcze kryteria diagnostyczne, tłum. J. Wciórka, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”/Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 1998.
6. Psychiatria dzieci i młodzieży, red. naukowa I. Namysłowska, wyd. II rozszerzone i uaktualnione, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
7. M. Kołodziejek, Depresja u dzieci i młodzieży: podstawy teoretyczne, psychoterapia poznawczo-behawioralna, w: Depresja, Terapia poznawczo-behawioralna, nr 2, 2013, Wyd. Fundacja Centrum CBT.

8. Klasyfikacja diagnostyczna DC:0-3 R. Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa, Oficyna Wydawnicza „FUNDAMENT”, Warszawa 2007.
9. B. Ziółkowska, Dziecko chore w domu, w szkole i u lekarza. Jak wspomagać rozwój dzieci przewlekle chorych, GWP, Gdańsk 2010.
10. M. Turno, Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010.
11. M.L. Bloomquist, Trening umiejętności dla dzieci z zachowaniami problemowymi. Podręcznik dla rodziców i terapeutów, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
12. T.B. Brazelton, J.D. Sparrow, Rozwój dziecka. Od 3 do 6 lat, GWP, Sopot 2013.
13. T.B. Brazelton, J.D. Sparrow, Rozwój dziecka. Od 0 do 3 lat, GWP, Sopot 2015.
14. B.W. Walsh, Terapia samouszkodzeń, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
15. Samobójstwa dzieci i młodzieży. Materiały opracowane w ramach kampanii na rzecz przeciwdziałania samobójstwom dzieci i młodzieży „Zobacz...ZNIKAM”, Warszawa 2016.
16. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny, red. A. Bilikiewicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.