# Lęki i depresja – choroby naszych czasów

**Małgorzata Łuba**

Centrum CBT-EDU

(nieformalne) Stowarzyszenie Pomocy Rodzinom i Bliskim Samobójców „TABU”

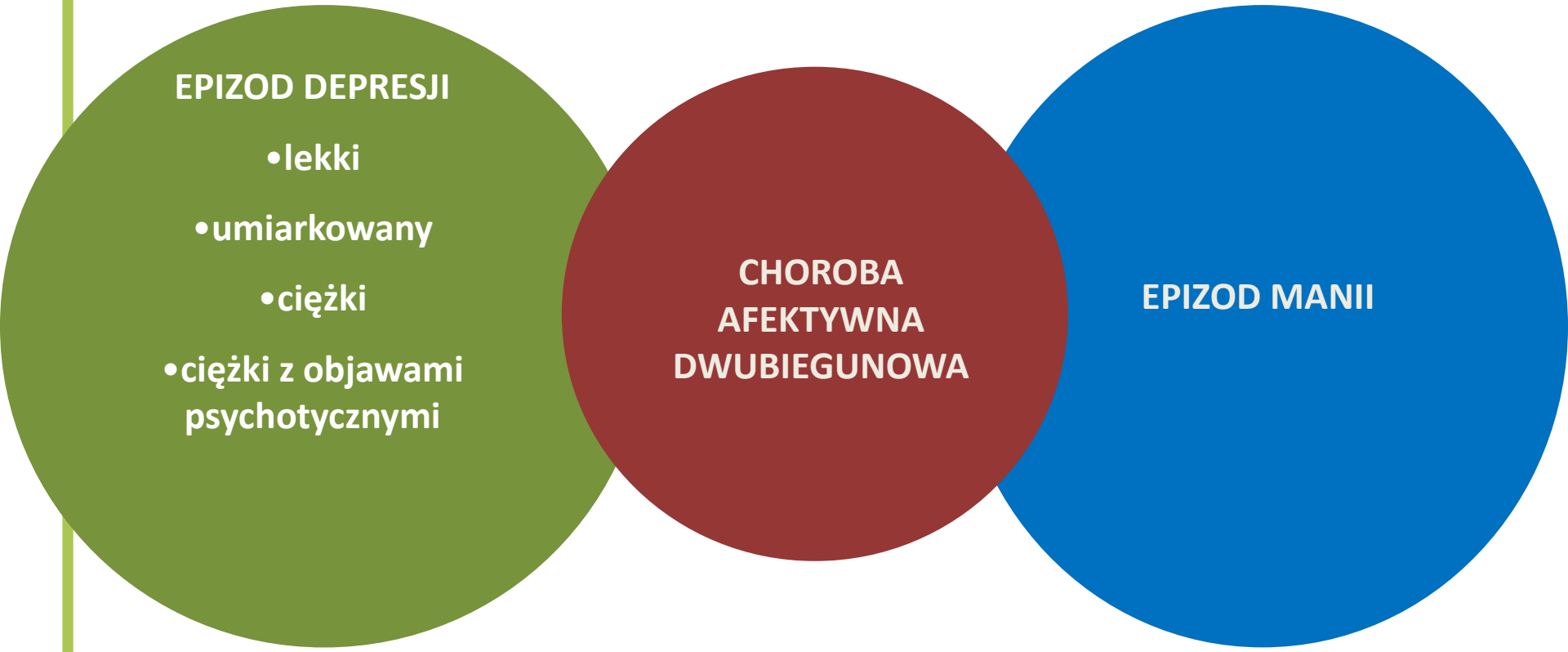
Polskie Towarzystwo Suicydologiczne

# Na sali jest blisko 270 osób…

- **Depresja dotyczy ok 10% dzieci i młodzieży (0,3% dzieci w wieku przedszkolnym, 2% dzieci w szkole podstawowej i 4-8% nastolatków).**
- Objawy depresyjne pojawiają się nawet u 27 do 54% nastolatków!

- **Różne zaburzenia lękowe są obecne u nawet 20% dzieci i młodzieży.**
- 80% dorosłych z zaburzeniami lękowymi zgłasza, że objawy pojawiły się u nich przed 18 r. ż.
- 50-70% dzieci z zaburzeniami lękowymi doświadcza dwóch lub więcej typów stanów lękowych, a także innych zaburzeń (depresja, zaburzenia eksternalizacyjne)

# Zaburzenia nastroju (afektywne)



Niska samoocena, utrata wiary w siebie, samokrytyka
Ruminacyjność, rozpamiętywanie przeszłości
Perfekcjonizm, wygórowa
Problemy z podejmowani
Poczucie odrzucenia, osa
Przekonanie o braku kont
beznadziejności, negatyw
Myśli samobójcze
Trudności z koncentracja

Obniżony nastrój, przygnębienie
Smutek (rzadziej: uczucie braku nadziei, rozpacz)
Lęk (o różnych treściach)
**Rozdrażnienie, drażliwość, złość**
Zmienność nastroju
Poczucie przymusu

niż u dorosłych)

# EMOCJE

Bierność, czekanie na motywację
Wycofanie z kontaktów społecznych, zmniejszona rozmowność
Ograniczenie aktywności, unikanie wysiłku
Rezygnacja z przyjemności, utrata zainteresowania
Niepodejmowanie prób radzenia sobie, nieradzenie sobie ze zwykłymi obowiązkami dnia codziennego
Negatywne wybory, niezdecydowanie
Skłonność do płaczu, wybuchów złości
Epizody niszczycielskie
Zachowania ryzykowne, próby samobójcze

Niespecyficzne dolegliwości somatyczne (bóle głowy, brzucha, mięśni, zmęczenie)
Zaburzenia snu (bezsenność lub nadmierna senność)
Problemy z jedzeniem (zmiana wagi lub apetytu)
Zwiększony lub obniżony napęd psychomotoryczny
Odczuwane zmęczenie lub spadek energii

# Zaburzenia lękowe

- Zaburzenia lękowe uogólnione
- Napady paniki
- Mutyzm wybiórczy
- Fobie proste
- Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
- Fobia społeczna
- Lęk separacyjny

# Lęki rozwojowe

Okres przedszkolny: separacja od opiekuna, ciemność, zwierzęta, duchy i potwory

Okres szkolny: zawstydzenie, zranienie, odrzucenie przez rówieśników

**Okres dorastania: ocena, sytuacje społeczne, wygląd**

Negatywne rozmowy wewnętrzne
Nierealistyczna samoocena
Perfekcjonistyczne standardy wykonania
Tendencyjne interpretowanie zagrożenia w niejasnych sytuacjach
Koncentrację na sobie
Nadmierny krytycyzm, nadmierne zaabsorbowanie byciem ocenianym

Niepokój i lęk (o różnych treściach)
Obniżony nastrój, przygnębienie, smutek
Poczucie przymusu
Bezradność

Deficyt umiejętności rozwiązywania problemów
Brak umiejętności pozytywnego radzenia sobie
Wycofanie się, odsunięcie się od innych
Nadmierną czujność i czułość na sygnały zagrożenia
Duża ilość zachowań nieadaptacyjnych (zachowania unikające, zabezpieczające)

**EMOCJE**

Spocone dłonie
Przyspieszona akcja serca
Ściśnięty żołądek
Skrócenie oddechu
Fizjologiczna reaktywność na nowe sytuacje
Somatyzacja objawów
Zaburzenia snu

**Zaczynamy od przedstawienia bezpośredniej przyczyny, dla której podejmujemy rozmowę, oraz od wyrażenia swojej troski i chęci pomocy.**

Ostatnio zauważyłam/em, że rzadko rozmawiasz z innymi dziećmi. Zaniepokoiło mnie to i chcę o tym z tobą porozmawiać. Jeżeli przeżywasz trudne chwile, masz jakieś kłopoty, to jestem tu po to, aby ci pomóc. Naprawdę bardzo mi na tym zależy. Zgodzisz się powiedzieć, co się u ciebie dzieje?

# Ale…

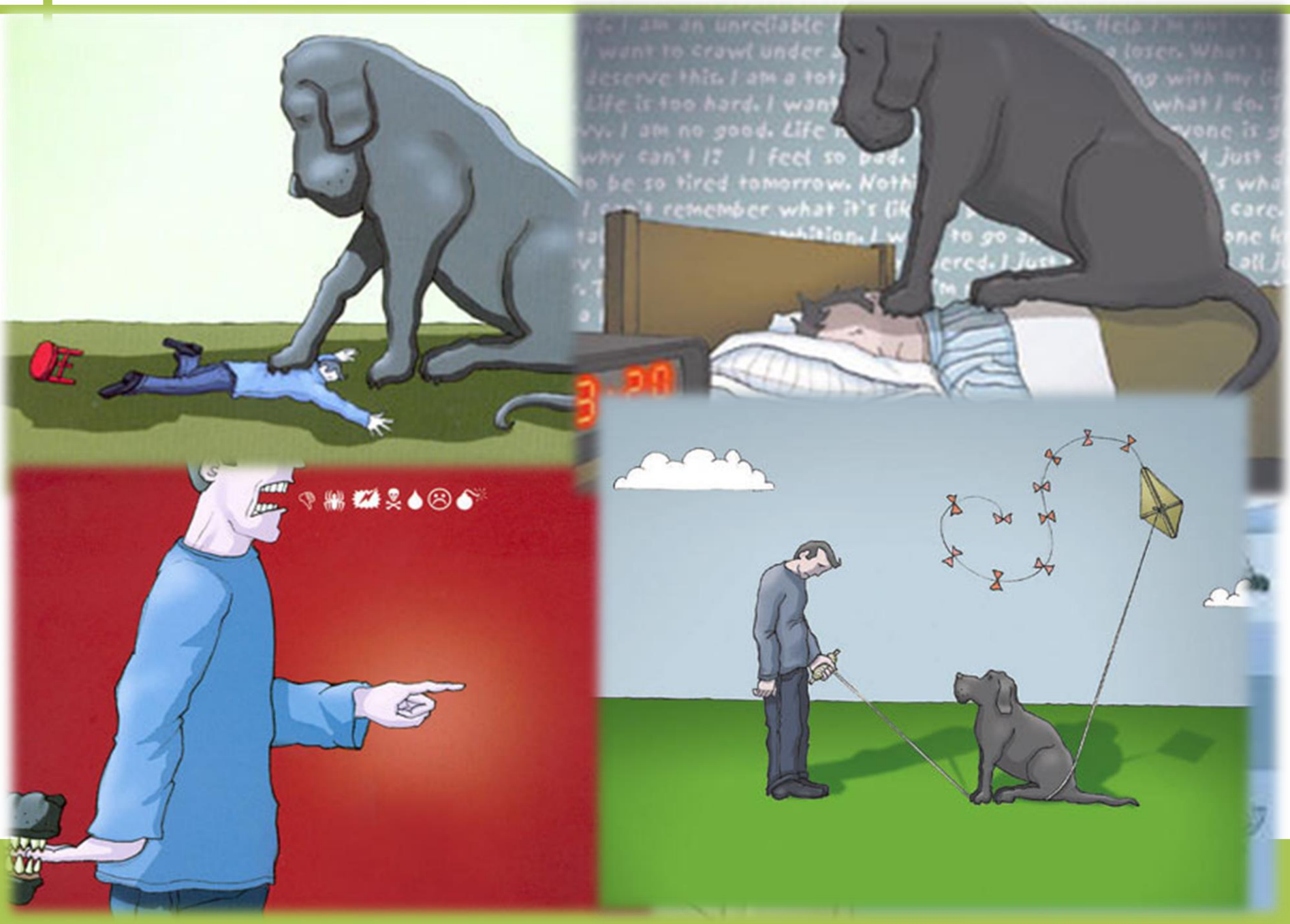
**Pamiętajmy, że problemy internalizacyjne często idą w parze, np. z atakami na siebie, byciem dla siebie niedobrym i prowokowaniem agresji otoczenia. Uczeń może zatem być nieprzyjemny, nie chcieć mówić, odrzucać pomoc. Jeśli tak się zdarzy, komunikuj mu wprost swoje zainteresowanie, życzliwość, troskę.**

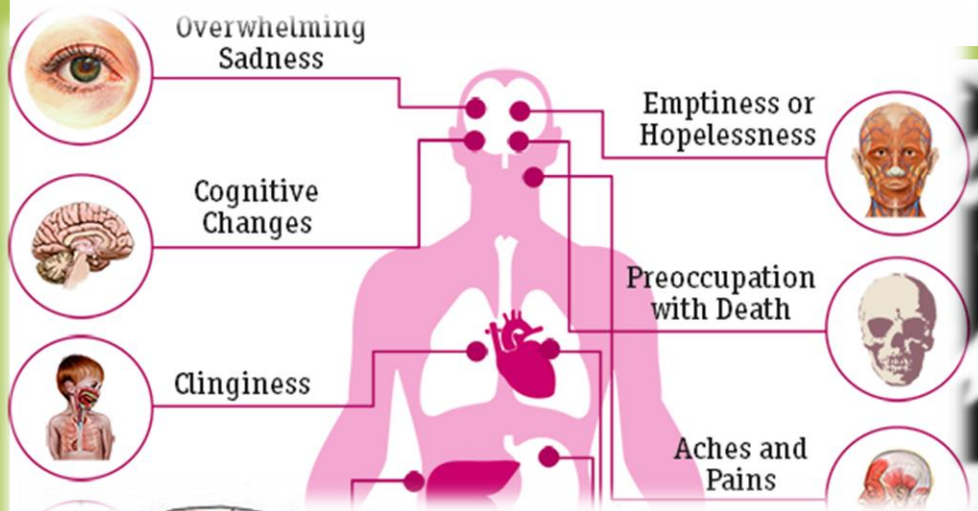
Teraz możesz nie chcieć ze mną rozmawiać.

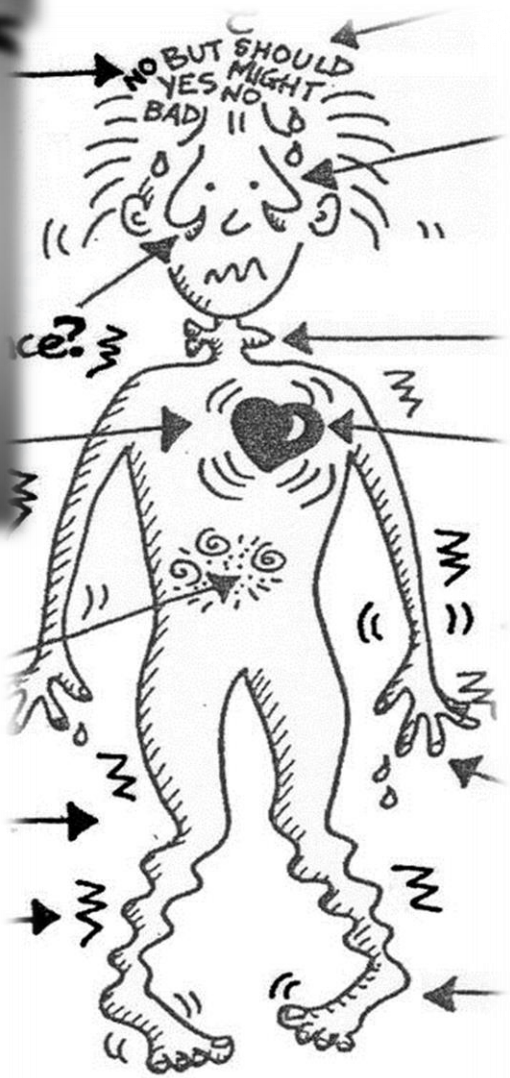
Jeśli chcesz, możemy porozmawiać, kiedy będziesz w lepszym nastroju. Poczekam, bo martwię się o ciebie i zależy mi na tym, żeby ci pomóc. Zależy mi, abyś jak najszybciej poczuł się lepiej.

**Pierwszy krok w pracy terapeutycznej to psychoedukacja.**

**Ale po co?**


I want to crawl under
deserve this. I am a tot
Life is too hard. I want
why. I am no good. Life
why can't I? I feel so bad.
to be so tired tomorrow. Nothi
I can't remember what it's lik
3:20

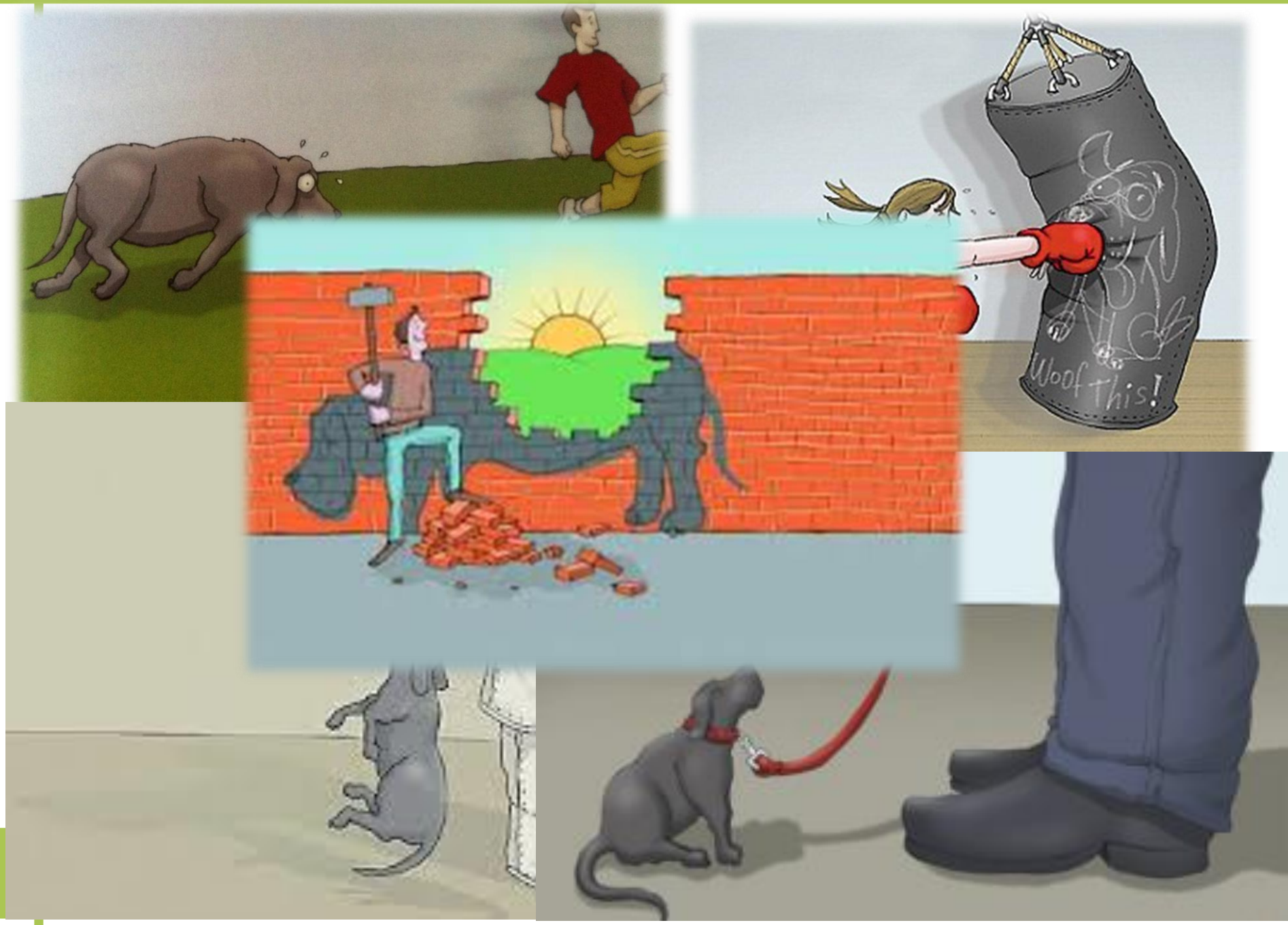

Overwhelming Sadness
Cognitive Changes
Clinginess
Emptiness or Hopelessness
Preoccupation with Death
Aches and Pains


NO BUT SHOULD
YES NO MIGHT
BAD

# Plan pracy – depresja

1. Aktywność, rutyna
2. Samoocena
3. Relacje z innymi
4. Rozwiązywanie problemów
5. Pomoc i wsparcie

1. Sprawdzam i porządkuję swoją aktywność – reguluję sen, aktywność fizyczną, proporcje obowiązków i przyjemności
2. Uczę się być swoim przyjacielem, poprawiać swój nastrój i doceniać siebie
3. Ćwiczę kontakt z innymi, pewność siebie, mówienie, czego potrzebuję, proszenie o pomoc
4. Uczę się rozwiązywać swoje problemy i planować, czyli jeść słonia po kawałku
5. Dowiaduję się jak i gdzie szukać pomocy


Woof This!

# Plan pracy – lęk

1. Kontrola objawów somatycznych
2. Poznawcza restrukturyzacja
3. Rozwiązywanie problemów
4. Ekspozycja
5. Zapobieganie nawrotom

**S – Strach mnie bierze**

**T – Teraz zdarzy się coś strasznego**

**O – Odrzucam bierność**

**P – Poradziłem sobie**

# Zastosowanie STOP

Za 2 dni będę miała referat z historii na forum klasy. Bardzo chcę dobrze wypaść, ale denerwuję się, że wszystko zapomnę i nie poradzę sobie.

S – Czy odczuwasz zdenerwowanie? Po czym je poznajesz? Co dzieje się z Twoim ciałem? **Jak możesz się rozluźnić?**

T – Co myślisz o tej sytuacji? Co do siebie mówisz? Co Cię martwi? **Co możesz mówić, żeby sobie pomóc?**

O – **Co możesz zrobić, aby mniej bać się tej sytuacji? Jakie masz pomysły? Co wyniknie z zastosowania każdego z nich? Który pomysł jest najlepszy?**

P – Jak nagrodzę siebie za to, że sobie poradziłam?

# Depresja i lęki a zachowania samobójcze

# Czynniki ryzyka samobójstwa

## Długoterminowe

Wcześniejsze zachowania samobójcze
Zaburzenia psychiczne
Inne współwystępujące choroby
Problemy w środowisku rodzinnym
Płeć
Orientacja seksualna
Przynależność do mniejszościowej grup
Status społeczno-ekonomiczny

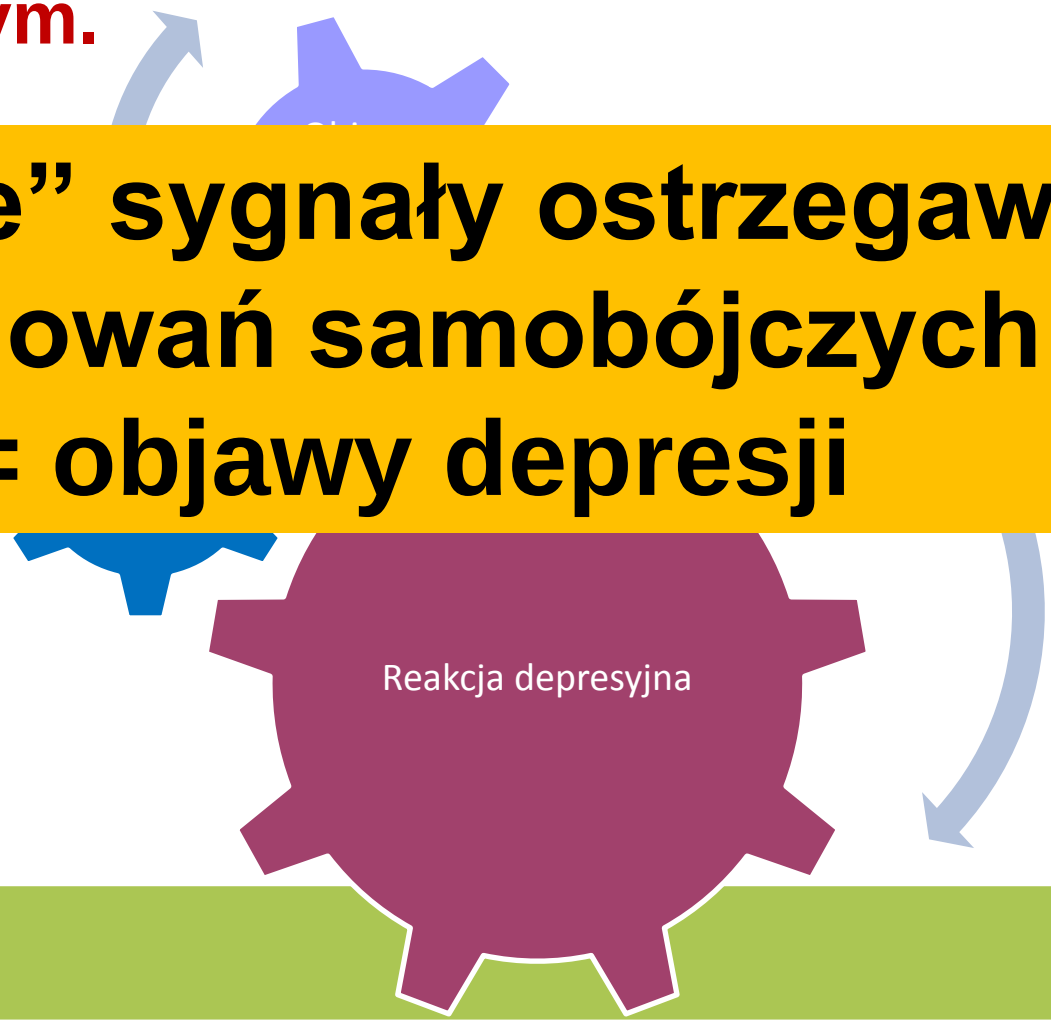
- **Depresja i lęki (49-64%)**
- Stosowanie substancji psychoaktywnych (32%)
- Zachowania impulsywne, agresywne, antyspołeczne (45%)
- Zaburzenia osobowości z pogranicza (43-53%)

## Krótkoterminowe

Stresujące wydarzenia życiowe, trudności interpersonalne
Nadużywanie seksualne i fizyczne
Problemy z nauką
Gorsze funkcjonowanie z powodu chorób somatycznych i urazów
Samobójstwo w środowisku społecznym
Dostęp do metod popełnienia samobójstwa

**Według danych Światowej Organizacji Zdrowia 90% aktów samobójczych dokonywanych jest w nastroju lub stanie depresyjnym.**

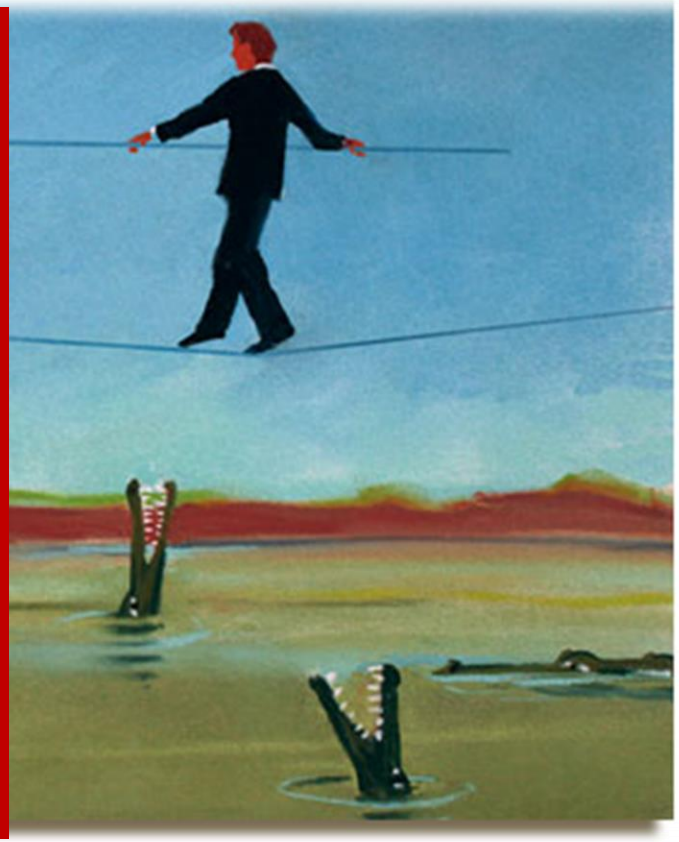
# „Typowe” sygnały ostrzegawcze zachowań samobójczych = objawy depresji



- Wycofywanie się z kontaktów, izolowanie się
- Wyraźne zmiany zachowania, osobowości i poważne, duża zmienność nastroju i emocji
- Rozmawianie o samobójstwie lub jego planowaniu
- Wzrost impulsywności, nagłe impulsywne działania, jak akty agresji i przemocy, zachowania buntownicze
- Ucieczki, absencja w szkole
- Odrzucanie pomocy, poczucie, że udzielenie pomocy jest już niemożliwe
- Wypowiadanie komunikatów na temat beznadziejności życia, braku wyjścia, własnej bezwartościowości
- Ślady po samouszkodzeniach lub próbach samobójczych

# Procedury postępowania z uczniem w stanie kryzysu suicydalnego

Jeśli uczeń, z którym pracujesz, doświadcza silnych objawów problemowych, w jego wypowiedziach pojawia się poczucie bezsilności, rezygnacji lub mówi wprost, że jest bardzo załamany, że dłużej nie da rady itp., zapytaj, czy ma myśli samobójcze.



~~Pytanie o samobójstwo może sprowokować działania samobójcze. Lepiej o nic nie pytać wprost.~~

**Pytanie o samobójstwo często zmniejsza lęk i niepokój związany z tym obszarem. Osoba taka może odczuć ulgę i poczuć, że się ją lepiej rozumie.**

# Od czego zacząć?

- **Czasem ludzie, którzy czują się źle, są przygnębieni, martwią się, zaczynają myśleć o śmierci, zaczynają myśleć, że chcieliby umrzeć. Czy ty też tak masz?**
- Czy zdarzyło ci się kiedykolwiek myśleć o śmierci, o zabiciu siebie? Czy chciałeś się zabić, chciałeś umrzeć?
- Czy zastanawiałaś się, w jaki sposób i kiedy się zabić?
- Czy planowałaś, jak można to zrobić? Czy próbował/aś się zabić?
- Czy posiadasz środki potrzebne do przeprowadzenia tego planu?
- Na jakie wsparcie możesz liczyć, aby zachować bezpieczeństwo i uzyskać pomoc?

34% myśli samobójczych → plany samobójcze

72% plany samobójcze → próba samobójcza

26% myśli samobójczych → próba samobójcz

*(Kessler et al. 1999)*

Dł

- tyg

Problemy bez myśli samobójczej lub myśli nie są sprecyzowane szczegółowo, pojawiają się rozważania o śmierci, objawy depresji, objawy uzależnień, w rodzinie występują zaburzenia psychiczne, choroby somatyczne

Kro

-

Myśli samobójcze bez tendencji (mogą przybierać formę bierną lub aktywną), objawy depresji, uzależnienia, w rodzinie występują zaburzenia psychiczne

Myśli i nasilone tendencje samobójcze, opracowany plan popełnienia samobójstwa, dostęp do śmiertelnych środków, zaburzenia psychiczne (objawy depresji, psychotyczne), dramatyczna sytuacja życiowa, poczucie braku nadziei, brak powodów, aby żyć, impulsywność, niepokój

**Ryzyko nagłe i bliskie**
**(z nasilonymi objawami)**

↓

Konieczność konsultacji specjalistycznej i/lub obserwacji w szpitalu

# W przypadku ryzyka nagłego i bliskiego

- Przebywanie z uczniem
- Dominacja „podejścia ja” (uważam, że; proponuję; zorganizuję; chcę, żebyś)
- Wyjaśnienie powodów konieczności konsultacji, kontaktu z rodzicami/ opiekunami prawnymi i przekazania im informacji o zagrożeniu samobójczym i miejscach pomocy (numery telefonu, adresy), w razie potrzeby pomoc w umówieniu wizyty
- Niezwłoczne poinformowanie rodziców oraz wezwanie pogotowia w celu doprowadzenia do konsultacji specjalistycznej
- Poinformowanie o prawdopodobnym przebiegu konsultacji psychiatrycznej (w celu obniżenia lęku z tym związanego)
- Spotkanie z uczniem po konsultacji (jako wyraz troski, zainteresowania)

# Badanie i hospitalizacja bez zgody

Zgodnie z art. 21 ustawy „osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona - także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego”. Zgodnie z art. 18 ustawy możliwe jest zastosowanie w takich przypadkach przymusu bezpośredniego.

Celem takiego badania jest określenie czy osoba stanowi zagrożenie dla własnego życia lub dla innych, przejawia zaburzenia psychiczne i czy wymagana jest hospitalizacja

Badanie takie może przeprowadzić lekarz psychiatra lub inny lekarz, w tym również podstawowej opieki zdrowotnej.

W razie potrzeby może on zarządzić przewiezienie badanego do szpitala z zastosowaniem przymusu bezpośredniego w obecności lekarza lub ratownika medycznego

Istotne jest to, aby takie badanie wraz z uzasadnieniem odnotować w dokumentacji medycznej.



Dąbrowski S, Pietrzykowski J. Ustawa o Ochronie Zdrowa Psychicznego. Komentarz. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 1997.

**Ryzyko bliskie i długoterminowe**

↓

Plan interwencji w najbliższym czasie (pomoc „z zewnątrz”), ustalenie systematycznych spotkań w celu monitorowania nastroju i zagrożenia suicydalnego

# Praca „terapeutyczna”

1. Sposoby radzenia sobie z zachowaniami „*S*”

(monitorowanie zagrożenia, plan bezpieczeństwa, regulacja emocji, tolerowanie dyskomfortu psychicznego)

2. Wzmacnianie poczucia nadziei

(wzmacnianie osoby, szukanie powodów, żeby żyć, odnajdywanie wsparcia u innych, radzenie sobie z objawami)

3. Rozwiązywanie problemów

(skuteczność w relacjach z innymi, wyznaczanie celów, planowanie)

# Kontrakt bezpieczeństwa + plan postępowania kryzysowego

Zależy mi, żebyś w trudnych dla ciebie chwilach wiedział, co możesz zrobić, żeby poczuć się lepiej, jak możesz sobie pomóc, kiedy masz problemy i czujesz się źle. To, na co możemy się umówić, to przygotowanie listy rzeczy, które możesz zrobić, kiedy będzie ci bardzo smutno i źle, kiedy będziesz czuł się beznadziejnie i zaczną przychodzić Ci do głowy myśli o śmierci.

# Kontakt telefoniczny pomiędzy spotkaniami

Jeśli pojawi się u ciebie impuls, żeby zabić się lub zrobić sobie krzywdę, chciałabym, abyś najpierw skorzystał z rzeczy, które wspólnie omawialiśmy i ćwiczyliśmy podczas spotkań. Jeśli one nie pomogą, zadzwoń, proszę do mnie, zanim zrobisz sobie coś złego. Jeśli zorientujesz się, że czujesz się źle i zadzwonisz do mnie, zanim złe samopoczucie przeważy, będziemy mogli wspólnie znaleźć sposób, co w tej sytuacji możesz zrobić, żeby poczuć się lepiej.

Dzwonię do ciebie, aby zapytać, jak się czujesz? Czy wszystko u ciebie w porządku? Jak poradziłeś sobie z sytuacją, o której ostatnio rozmawialiśmy? Przypomnij mi, kiedy się widzimy.

# Kontakt z rodzicami

# Co możemy ustalić z uczniem przed rozmową z jego rodzicami?

- Informacje o twoich problemach muszę przekazać twoim rodzicom, abyśmy mogli razem, jak najszybciej ci pomóc. Powiedz mi, z kim mogę o tym porozmawiać: z twoją mamą czy tatą? Z którym z rodziców lepiej się dogadujesz?
- Zastanówmy się wspólnie, co im powiemy.
- Czy sam chcesz to zrobić? A może wolisz, abym zrobiła to ja w twoim imieniu? Czy chcesz uczestniczyć w tej rozmowie?

# Pięć złotych zasad współpracy z rodzicami

# Po pierwsze wczuj się w sytuację rodzica

# Po drugie przekaż informacje o miejscach pomocy

- Zawsze bezpieczniej jest zakładać, że przeciętny rodzic  będzie mniej zorientowany na „rynku” miejsc pomocowych niż my.
- Podaj numery telefonów i adresy wcześniej sprawdzonych placówek.

# Po trzecie weź pisemne potwierdzenie przekazania informacji

Potwierdzamy, że zostaliśmy powiadomieni o  następujących problemach ……., jakich doświadcza nasze dziecko ……

Zostały nam przekazane numery telefonów i adresy miejsc, gdzie możemy uzyskać pomoc (dokładne adresy i numery telefonów):

Izba przyjęć szpitala psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży

Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna

Inne

Wspólnie ustalamy, że do (konkretna data)…… zostaną zrealizowane  przez nas następujące działania: ……

Data i miejscowość

……

Podpis rodziców

……

Podpis osoby pomagającej

# Po czwarte nie odpuszczaj, kiedy rodzic nie chce pomóc dziecku

- Powiedziałam państwu o problemach, jakie zauważyliśmy u państwa dziecka. Zaproponowałam, co możemy zrobić, aby pomóc mu w trudnościach. Spotkanie z lekarzem jest jednym z niezbędnych elementów pomocy. Brak zgody na konsultacje psychiatryczną oznacza, że jako rodzice nie pozwalają państwo pomóc swojemu dziecku tak, jak jest to tylko możliwe. Nie pozwalają państwo, aby wasze dziecko jak najszybciej poczuło się lepiej.
- Brak państwa zgody oznacza brak pomocy. Brak zgody na udzielenie dziecku pomocy jest zaniedbaniem, a zaniedbanie jest traktowane przez prawo jak forma przemocy. Jeśli nie zgodzą się państwo zapewnić swojemu dziecku kontaktu z lekarzem, szkoła będzie zmuszona wystąpić do sądu rodzinnego  z wnioskiem o wgląd w sytuację rodzinną.
- W ten sposób nie chcę państwa straszyć, a jedynie pokazać, że problemy państwa dziecka są wg mnie na tyle poważne, że będę robić wszystko, aby mu pomóc.

# Po piąte ucz uprawamacniania

Uprawomocnienie oznacza, że komunikuje się osobie, że w danej sytuacji jej uczucia i są w porządku (bo stały się faktem) i możliwe do przyjęcia, nawet wtedy, kiedy są dalekie od ideału i ich nie podzielamy. Uprawomocnienie redukuje pobudzenie emocjonalne i fizyczne.

| **Sytuacja dziecka** | **Unieważnianie – mówię do dziecka** | **Uprawomocnianie – mówię do dziecka** |
|---|---|---|
| Słyszy słowa krytyki od bliskiej osoby | Czemu tak się przejmujesz? To przecież nic wielkiego. | Jest ci przykro, kiedy bliska osoba cię krytykuje |
| Nauczyciele oskarżają dziecko, że jest leniwe | To niemądre, że tak się tym denerwujesz | Masz prawo do złości w związku z tym, co usłyszałeś od nauczyciela |

# Dziękuję za uwagę…

**malgorzata.luba@2be.edu.pl**

**www.2be.edu.pl**