

Konferencja (NIE)zauważeni - 6 listopada 2024

Podobieństwa i różnice w obrazie klinicznym depresji u dzieci i młodzieży i dorosłych

dr n. med. **Katarzyna Weterle-Smolińska**

*Psychiatra dzieci i młodzieży
Ośrodek Psychoterapeutyczny Jagiellonka
– Galileo Medical*



Rozpowszechnienie problemu

- Według statystyk kliniczną **depresję rozpoznajemy u 1% dzieci przedszkolnych, 2% w grupie dzieci 6-12 lat oraz u 20% w grupie młodzieńczej**
- Stan psychiczny dzieci i młodzieży w Polsce **pogarsza się drastycznie od czasu pandemii**
- Według danych NFZ w ciągu **ostatnich pięciu lat liczba dzieci i młodzieży, które są leczone z powodu zaburzeń depresyjnych i zaburzeń nastroju wzrosła o ponad 100 -120%**
- **W Polsce** odnotowujemy **wyższy odsetek dzieci i nastolatków**, które borykają się z **depresją i zaburzeniami psychicznymi w porównaniu do danych UNICEF zebranych z 21- krajów (13% średnio w innych krajach)**
- Dodatkowo **30-70% dzieci z depresją spełnia** równocześnie **kryteria diagnostyczne zaburzeń lękowych**

Statystyki

Raport wskazuje na **77% wzrost zachowań samobójczych** oraz o 19% wzrost śmierci samobójczych wśród nieletnich po pandemii

W 2020 roku zanotowano około **800 prób „s”**, rok później około **1400**. W **2022 i w 2023 roku prób samobójczych** wśród nieletnich było **ponad 2 tys./rok**

W **każdej 28-osobowej klasie** średnio **dwóch uczniów** podjęło taką próbę

Według UNICEF **samobójstwo** jest **czwartą najczęstszą przyczyną śmierci** wśród nastolatków

Szacunki WHO wskazują, że **do 2030 roku depresja** będzie **najczęściej występującą chorobą na świecie**

Statystyki

Spośród zgłaszanych dolegliwości **lęk i depresja stanowią największy odsetek (prawie 40 %)** wszystkich diagnozowanych **zaburzeń psychicznych**

Próby samobójcze częściej dotyczą **dziewcząt niż chłopców**. Natomiast u **chłopców** są to działania **bardziej skuteczne**

Najmłodsze dzieci ujęte w statystykach, które podjęły się próby samobójczej **miały 7 lat**

Każde samobójstwo i próba samobójcza wpływa nawet na **20 osób z najbliższego otoczenia pacjenta**

Rozumienie bio-psycho-społeczne

Depresja należy do **zaburzeń afektywnych**. Jest zespołem chorobowym, sposobem reakcji organizmu na różne czynniki, generowanym przez OUN

Znaczenie mają:

- **predyspozycja genetyczna**
- **fizyczny stan organizmu**
- **konstrukcja psychologiczna człowieka** – nieprawidłowe schematy poznawcze dotyczące samego siebie, otaczającego świata, przyszłości
- **czynniki stresowe** (wydarzenia życiowe)

Występowanie depresji u **40-50% bliźniąt monozygotycznych**

Ryzyko zachorowania dla krewnych I stopnia wynosi **10-25%**

Wydarzenia stresowe – przykłady (1/2)

1

nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych przez członków rodziny

2

przemoc w rodzinie

3

przewlekła choroba któregoś z rodziców, członka rodziny lub samego dziecka

4

utrata ukochanej bliskiej osoby spowodowana śmiercią lub np. rozwodem rodziców

5

wykorzystanie psychiczne, fizyczne lub seksualne

6

przewlekły konflikt małżeński rodziców

Wydarzenia stresowe – przykłady (2/2)

7

przemoc rówieśnicza, trudności w relacjach rówieśniczych

8

zaniedbanie, brak zainteresowania

9

emocjonalne odrzucenie, nadmierne kontrolowanie przez rodziców

10

obarczanie dziecka zbyt dużą, przerastającą jego możliwości odpowiedzialnością

11

trudna sytuacja materialna oraz społeczna izolacja rodziny

12

trudności edukacyjne dziecka



**Stres wczesnej fazy
rozwoju powoduje
zaburzenia regulacji osi
stresowej i
„uwrażliwienie” na
wydarzenia stresowe w
późniejszym okresie**

Poziom biologiczny

Poziom neuroprzekaźnikowy

Niedobór **katecholamin**
(noradrenaliny (NA), **dopaminy** (DA),
serotoniny (5HT))

Zmiany strukturalne w OUN

– redukcja liczby komórek OUN, osłabienie plastyczności neuronalnej oraz neurogenezy jako **konsekwencja zaburzeń w zakresie sygnalizacji wewnątrzkomórkowej**

Oś stresu

Poziom neurohormonalny

Zaburzenia w zakresie regulacji osi układ limbiczny - podwzgórze-przysadka- nadnercza (tzw. „oś stresu”)

- **podwyższenie poziomu kortyzolu** (*reguluje ciśnienie krwi, metabolizm glukozy, białek, tłuszczów, zwiększa poziom glukozy we krwi, hamuje odpowiedź układu immunologicznego*)
- **zaburzenie okołodobowego wydzielania kortyzolu**
 - **zwiększenie wydzielania kortykoliberyny** w podwzgórzu (*jej wzrost hamuje łaknienie*)
 - **nieprawidłowa czynność receptorów glikokortykoidowych** (gł. w układzie limbicznym)

Konsekwencją długotrwałej hiperkortyzolemii może być **uszkodzenie komórek hipokampa** (odpowiedzialnego za pamięć, konsolidację pamięci krótko i długotrwałej, pamięć przestrzenną, odczuwanie emocji)

Poziom biologiczny

Oś podwzgórze –
przysadka – tarczyca

Częste
współwystępowanie
niedoczynności
tarczycy i zaburzeń
depresyjnych

Znacząca rola
hormonów płciowych -
zwiększenie tendencji
do zaburzeń
depresyjnych w
okresie
przedmiesiączkowym,
poporodowym,
przedmenopauzalnym

Zaburzenia
aktywności układu
odpornościowego –
osłabienie aktywności
lub patologiczne
wzmożenie odczynu
zapalnego

Zaburzenia rytmów
dobowych –
sen/czuwanie,
temperatura ciała,
profil wydzielania
hormonów – kortyzol,
melatonina, prolaktyna,
tyreotropina

Dane ogólne

Według obowiązującej „starej” klasyfikacji **ICD 10**

- **Brak odrębnej klasyfikacji** dla dzieci i młodzieży
- **Objawy** trwają co najmniej **2 tygodnie**
- Podział na **epizod depresji łagodny** (co najmniej 4 objawy), **umiarkowany** (co najmniej 6 objawów), **ciężki** (co najmniej 8 objawów)
- **Głębokość epizodu** depresyjnego ma wpływ na **wybór miejsca i metody leczenia** (umiarkowany i ciężki epizod powinien być leczony stacjonarnie, zwłaszcza, gdy towarzyszą mu myśli „s”)
- Początkowo często stawiane jest **rozpoznanie zaburzeń reaktywnych**, dopiero wraz z czasem często ujawnia się, że stres był tylko czynnikiem wyzwalającym epizod na podłożu predyspozycji biologicznych

Rozpoznawanie depresji

Co najmniej 2 z 3 objawów:

- obniżony nastrój, utrzymujący się przez większość dnia nie podlegający wpływowi wydarzeń zewnętrznych
- utrata zainteresowań lub zadowolenia z aktywności, które zwykle sprawiały przyjemność
- zmniejszona energia lub zwiększona męczliwość

Co najmniej 2, 4 lub 6 kolejnych objawy spośród:

- spadek zaufania lub szacunku do siebie
- znaczne wyrzuty sumienia, poczucie winy
- nawracające myśli o śmierci, samobójstwie
- spadek funkcji poznawczych – koncentracji, pamięci, zdolności myślenia
- zmiany aktywności psychoruchowej – tj. pobudzenie lub spowolnienie
- zaburzenia snu
- zaburzenia łaknienia

Odrębności w obrazie klinicznym u dzieci i młodzieży (1/2)

1

Zaburzenia nastroju mogą mieć charakter drażliwości, dysforii, zmienności nastrojów

2

Zaburzenia zachowania

3

Podwyższony poziom lęku – w tym przed przyszłością

4

Zaburzenia poznawcze mające przełożenie na pogorszenia funkcjonowania szkolnego, spadek ocen

5

Poczucie niskiej wartości, poczucie nieuchronności niepowodzenia

6

Uczucie nudy, niemożność znalezienia przyjemności

Odrębności w obrazie klinicznym u dzieci i młodzieży (1/2)

7

Łatwe męczenie się, anergia, trudność w rozpoczynaniu aktywności

8

Eksperymentowanie z SPA, przypadkowa aktywność seksualna

9

Zaburzenia rytmów dobowych (nadmierna senność, czy późne kładzenie się spać i trudność z porannym wstawaniem)

10

Zaburzenia łaknienia – spadek lub nadmierne łaknienie

11

Dolegliwości somatyczne – poczucie choroby, skupienie się na funkcjonowaniu ciała, złe samopoczucie

12

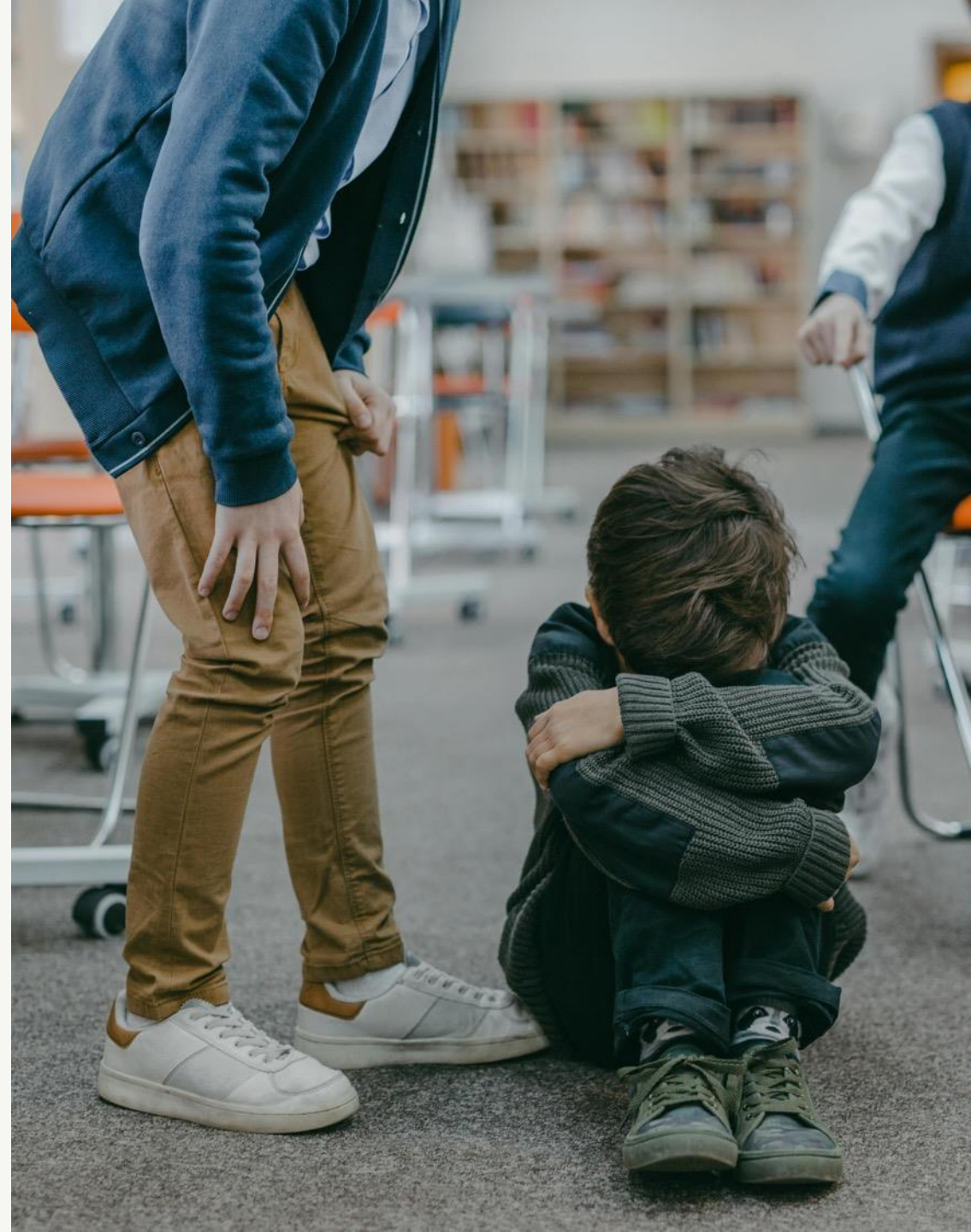
Myśli oraz plany samobójcze niezależnie od głębokości depresji

Współwystępowanie

U 40-90% dzieci i młodzieży depresji towarzyszą inne **zaburzenia** psychiczne:

- zaburzenia lękowe
- zaburzenia zachowania
- uzależnienia/szkodliwe używanie SPA
- ADHD
- całościowe zaburzenia rozwojowe
- zaburzenia odżywiania

Objawy depresji mogą być **pierwotne** lub **wtórne** do współistniejących problemów



Leczenie

Forma oddziaływań zależna od nasilenia problemów

leczenie ambulatoryjne

leczenie stacjonarne

**Leczenie kompleksowe farmakologiczne +
psychoterapia** – jako standard leczenia
pacjentów z depresją



Leczenie farmakologiczne

W leczeniu farmakologicznym istotne są:

- **skuteczność** (zależne od obecnych objawów, wieku pacjenta, chorób współistniejących)
- **dobra tolerancja leku**
- **czas prowadzonej farmakoterapii**

Obecnie na rynku polskim dostępnych jest około **30 leków p/depresyjnych**

Leczenie pierwszego epizodu – min. 6 msc, przy depresji nawracającej czas leczenia **wynosi 2-3 lata**

Osiągnięcie skuteczności wymaga czasu 2-4 tyg

Większe ryzyko zachowań samobójczych w pierwszym okresie leczenia



Psychoterapia

Psychoedukacja pacjenta i rodziny



Psychoterapia jako forma aktualnego leczenia oraz zapobiegania późniejszym zaburzeniom



Psychoterapia indywidualna



Psychoterapia grupowa



Terapia rodziny



Alternatywne metody leczenia takie jak: elektrowstrząsy, fototerapia



Opieka stacjonarna

Zapewnia większy poziom bezpieczeństwa



Zintensyfikowana - w tym diagnoza, opieka lekarska, psychoterapia



Znacząco większa możliwość obserwacji pacjenta



Szybsza i efektywniejsza w czasie



W stanach ostrych – oddziały ogólne psychiatrii



Oddziały terapeutyczne w leczeniu długoterminowym



Czynniki chroniące

Bezpieczne, wspierające
środowisko rodzinne



Stabilne otoczenie w
pierwszych latach życia



Dobre, różnorodne
relacje społeczne



Wspierające środowisko
szkolne/pedagogiczne



Satysfakcjonujące wyniki
w nauce



“Wyspy kompetencji”



Dziękuję!



dr n. med. Katarzyna Weterle - Smolińska

Psychiatra dzieci i młodzieży

Ordynator Ośrodka Psychoterapeutycznego Jagiellonka

kweterle@wp.pl