

ANDRZEJ ĆWIKLIŃSKI
ORCID: 0000-0003-3638-6665
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
E-mail: andrzej.cwiklinski@amu.edu.pl

DEPRESJA DZIECI I MŁODZIEŻY JAKO SKUTEK PROBLEMÓW OSOBNICZEGO I SPOŁECZNEGO ROZWOJU

Termin „depresja” jest pojęciem ogólnie znanym, a współczesne społeczeństwo często bywa określane mianem społeczeństwa depresyjnego¹. Realia, w jakich żyjemy, są pełne niepewności, obaw o przyszłość, stresu i problemów. Takie warunki społecznej egzystencji stanowią podatne podłoże dla występowania zachowań depresyjnych czy innych zaburzeń psychicznych. Według Światowej Organizacji Zdrowia obecnie depresja jest drugą najczęściej występującą chorobą i tylko choroby krążenia nadal przeważają w tych statystykach. Określa się, iż ponad 10% ludzi choruje na depresję, zaś liczba osób dotkniętych tym schorzeniem w przedziale wiekowym 15–30 lat zdecydowanie dominuje. Problem ten dotyczy także dzieci i młodzieży i jest szczególnie niebezpieczny w okresie adolescencji, kiedy w wielu przypadkach depresja prowadzi do zachowań autodestrukcyjnych, których skutkiem może być samobójstwo. W Polsce ten problem ma wymiar szczególnie duży, bowiem z jednej strony notujemy wzrost zachorowań na depresję wśród młodzieży, gdy tymczasem z drugiej strony polski system opieki zdrowotnej, szczególnie opieki psychiatrycznej, jest ubogi i często dla młodych ludzi niedostępny poprzez brak specjalistycznych szpitali oraz wykształconej i przygotowanej w tym zakresie kadry medycznej, szczególnie lekarzy psychiatrów i terapeutów. Stanowi to istotny problem, ponieważ depresja wymaga nie tylko trafnej diagnozy, ale przede wszystkim właściwej i często długotrwałej terapii. Składa się na nią zespół doświadczeń obejmujących nie tylko nastrój, ale również zaburzenia fizyczne, psychiczne, czy behawioralne, które oznaczają długotrwały, poważny i szkodliwy stan, mogący zostać klinicznie uznany za zespół depresyj-

¹ M. Johnston, A. Johnston, *Życie pod psem, który wabi się depresja*, Media Rodzina, Poznań 2010.

ny². Celem uniknięcia nieściłości języka potocznego, w którym termin ten może występować w różnych konotacjach, należy stwierdzić, iż depresja zasadniczo jest to stan przygnębienia w stopniu nienormalnym, patologicznym. Nie wolno jej mylić z lękiem, gdyż ma ona szczególne cechy charakterystyczne, bardziej znaczące i jakościowo różniące się od przeciętnego doświadczania złego nastroju czy zniechęcenia³.

Psychiatria termin depresji stosuje do określania szczególnego rodzaju zaburzeń emocji oraz nastroju, to znaczy takich, które można uznać za zjawisko chorobowe, czyli wymagające pomocy lekarskiej. Granica pomiędzy przygnębieniem a depresją jako stanem chorobowym nie jest ostra. Jednak, jak twierdzi S. Pużyński, nie oznacza to zupełnej bezradności diagnostycznej⁴. Objawia się ona szczególnie silnym przebiegiem zaburzeń, ich długotrwałością, a także daleko idącym wpływem na funkcjonowanie jednostki w życiu codziennym, a więc w szkole lub pracy.

Depresję w dzieciństwie oraz wieku młodzieńczym określa się jako depresję dziecięcą-młodzieńczą i termin ten został użyty stosunkowo późno, bo dopiero w 1966 roku. W tych grupach wiekowych została ona przebadana głównie przez psychoanalityków, psychiatrów oraz psychologów rozwojowych. Wyniki ich badań nie są jednorodne, lecz gromadzą dostatecznie wiele informacji na temat depresji dziecięcej, jej znaczenia w pierwszych etapach życia i odkrywają, że narasta wraz z wiekiem⁵. Biorąc zaś pod uwagę depresję młodzieńczą, warto zauważyć, iż jest ona odrębnym symptomem, w skład którego wchodzi zaburzenia nastroju, zaburzenia zachowania, lęk oraz zachowania autodestrukcyjne. Różni się od depresji u osób dorosłych przebiegiem, a także tym, że krócej trwa oraz ma odmienny obraz psychopatologiczny. Antoni Kępiński (za: Jundziłł⁶) dzieli ją na cztery odmienne postacie:

- apatyczno-abuliczną – młodzi ludzie nie radzą sobie z życiowymi kryzysami, nie potrafią zmobilizować się do wysiłku, który ma na celu rozwikłanie problemu, tracą ochotę do nauki, nie dbają o wygląd zewnętrzny;
- buntowniczą – objawiającą się biernym oporem, przeciwstawianiem się wymaganiom otoczenia, robieniem na złość, może również mieć miejsce

² C. Hammen, *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, s. 13.

³ G. Jervis, *Depresja – w poszukiwaniu drogi wyjścia*, Księgarnia Świętego Wojciecha, Poznań 2005, s. 12.

⁴ S. Pużyński, *Depresje i zaburzenia afektywne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s. 19.

⁵ J.C. Zorraquino, *Depresja u dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo eSPe, Kraków 2002, s. 42–43.

⁶ E. Jundziłł, *Depresja wśród młodzieży studenckiej – pedagogiczna próba analizy zjawiska*, [w:] *Zjawiska patologiczne wśród studentów*, red. T. Sołtysiak, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2008, s. 99–100.

działanie, w którym część energii zostaje skierowana ku sobie w postaci okaleczeń czy podjęcia próby samobójczej;

- rezygnacyjną – gdzie główną jej przyczyną jest brak wiary w siebie, powstaje w wyniku rozbieżności w realizacji potrzeb, między otaczającą młodych rzeczywistością a marzeniami o niej. Przyszłość postrzegana jest jako szara, nudna, bez szans na osiągnięcie sukcesów;
- labilną – w której życie młodych ludzi zostaje utrudnione przez chwiejność nastrojów, fazy depresyjne o krótkim interwale czasowym.

Powyższe ustalenia uświadamiają, że zróżnicowane postaci kliniczne depresji adolescencyjnej wymagają wyboru najbardziej trafnego modelu pracy z młodym człowiekiem chorym na depresję.

Podobnie pokazuje Jacek Bomba, na podstawie obszernych wyników badań, że depresja u młodzieży może manifestować się w postaci jednego z czterech wyodrębnionych zespołów psychologicznych:

- depresji czystej – w której typowym objawem jest obniżenie nastroju, osłabienie napędu psychoruchowego i nieokreślony lęk przed przyszłością;
- depresji z rezygnacją – gdzie oprócz powyższych objawów pojawiają się także niewydolności w nauce, poczucie bezsensu życia oraz myśli, tendencje i próby odebrania sobie życia;
- depresji z niepokojem – wyrażającej się zmiennością nastroju i autodestrukcyjnymi zaburzeniami zachowania;
- depresji hipochondrycznej – objawiającej się skojarzeniem symptomów depresji czystej z somatyczną manifestacją lęku, a także hipochondryczną koncentracją na ciele⁷.

Zaprezentowane typologie depresji młodzieńczej ukazują ich szeroką gamę, wymagającą indywidualnego podejścia terapeutycznego, a wcześniej trafnej psychologicznej diagnozy, od której zależy skuteczność oddziaływań terapeutycznych.

Depresja u młodych ludzi pojawia się jako konsekwencja problemów w realizacji zadań rozwojowych okresu dojrzewania. Dotyczą one między innymi rozwiązania zależności emocjonalnej od rodziców, procesu formowania adekwatnej samooceny, jak również nawiązywania osobistych, bliskich kontaktów z osobami płci przeciwnej.

Badania na temat depresji dzieci i młodzieży dowodzą, że psychopatologiczna manifestacja zaburzeń depresyjnych w okresie dorastania jest znacząco bogatsza niż w dzieciństwie. U dzieci jej obraz ograniczony zostaje z reguły do symp-

⁷ J. Rola, *Melancholia rodzinna. Psychologiczne uwarunkowania zaburzeń depresyjnych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2004, s. 15.

tomów somatycznych oraz spadku aktywności psychomotorycznej i społecznej, natomiast u młodzieży objawia się niepokojem, autoagresją, rezygnacją, czy niestabilnością nastroju. Ważna jest również konstatacja, że istotną rolę w rozwoju depresji odgrywają czynniki psychospołeczne, a wśród nich szczególną rolę pełni sytuacja rodzinna⁸.

Umiejętność rozpoznawania i trafnego diagnozowania objawów depresji stanowi podstawę skutecznych oddziaływań terapeutycznych. Stąd, tak ważne w tej dziedzinie są kompetencje zawodowe lekarzy, psychiatrów, psychologów, czy terapeutów. Należy jednak podkreślić potrzebę kształtowania kompetencji w tym zakresie również przez pedagogów – nauczycieli, którzy poprzez codzienny kontakt z dziećmi i młodzieżą winni posiadać umiejętność odczytywania symptomów depresji u swoich wychowanków. Oczywiście jest, iż kompetencje w tej dziedzinie powinni mieć rodzice.

Warto więc wskazać podstawowe symptomy depresji adolescencyjnej, ponieważ zbyt późne lub niewłaściwe rozpoznanie jej objawów jest niezwykle ryzykowne, ze względu na możliwe następstwa, jakimi są próby samobójcze czy wręcz samobójstwa.

Jednym z najważniejszych objawów depresji jest melancholijny nastrój, charakteryzujący się przejawami smutku, samotności, pesymizmem, nieszczęściem oraz płaczliwością. Pojawiają się zarazem swoiste myśli autodeprecjacyjne, objawiające się poczuciem niewydolności, bezużyteczności, brzydoty, poczuciem winy, czy pragnieniem śmierci, a także pokusą odebrania sobie życia. Obraz symptomów depresji wzmacniają zachowania agresywne, które demonstrują się trudnościami w relacjach interpersonalnych, kłótlivością, wrogością oraz małym szacunkiem do autorytetów. Charakterystyczne dla stanów depresyjnych są zaburzenia snu czy wręcz bezsenność, a także trudności z przebudzeniem oraz porannym wstawaniem. Towarzyszy jej prawie zawsze pogorszenie wyników szkolnych, występują permanentne żale dotyczące relacji z nauczycielami, słaba koncentracja, pamięć, mniejsze zaangażowanie, czy wręcz jego brak w pracy lekcyjnej, utrata normalnego zainteresowania zajęciami szkolnymi, a także zmniejszona socjalizacja, objawiająca się izolacją, mniejszym udziałem w życiu grupy, wycofywaniem się ze społeczności. Współwystępującym symptomem depresji są też dolegliwości i niepokoje o zdrowie, zaburzenia apetytu, zmiany aktualnej wagi, także utrata życiowej energii, brak zainteresowania rozrywką oraz sportem⁹.

Można więc powiedzieć, że depresja niszczy różne wymiary dziecięcego i młodzieńczego życia, prowadząc do zaburzeń emocjonalnych, poznawczych,

⁸ Tamże, s. 18.

⁹ Tamże, s. 34–35.

motywacyjnych i wegetatywnych. Nie oznacza to, że sposobem walki z nią ma być ochrona młodych ludzi przed przeżywaniem różnego rodzaju emocji.

Przeżywanie całego spektrum różnych emocji, zarówno pozytywnych – radości, przyjemności, rozkoszy, ekstazy, jak i negatywnych – złości, smutku, strachu, lęku jest zjawiskiem nie tylko normalnym, lecz wręcz pożądanym. Świat jest ciekawszy i bardziej pociągający, a życie atrakcyjniejsze i bardziej sensowne, gdy człowiek w sposób spontaniczny doświadcza tych wszystkich uczuć, które po pewnym czasie przemijają, zostawiając miejsce dla następnych. Jeśli jednak smutek i przygnębienie trwają zbyt długo, a w dodatku współwystępują z nimi konkretne zmiany w różnych sferach funkcjonowania jednostki, to stan taki rozpoznany może być jako depresja¹⁰.

Podczas gdy z radością można obserwować, jak wielu nastolatków odbywa swą podróż w dorosłość prawie bezboleśnie, to jako pedagodzy musimy też dostrzec innych, dla których podróż ta pełna jest problemów egzystencjalnych, na bazie których popadają w depresję. Nasuwa się pytanie o przyczyny tego stanu rzeczy.

Niewątpliwie nastolatki dorastają obecnie w innym świecie aniżeli wcześniejsze pokolenia. W młodszym wieku stają przed wyzwaniem i mają poważniejsze problemy ze stresem i depresją, częściej diagnozuje się u nich problemy psychologiczne. Wewnętrzna szamotanina będzie zakłócać ich beztrudne młodzieńcze lata uważane za „najlepszy okres w życiu”. Lekarze zwracają uwagę, że coraz więcej młodych ludzi doświadcza stresu, depresji i niepokoju, a z tym wiąże się rosnąca liczba zachowań suicydalnych. Psychiatrzy uważają, że zaburzenia te przybierają charakter epidemii, która będzie miała poważne konsekwencje dla przyszłego pokolenia osób dorosłych¹¹.

Charakterystyka przyczyn depresji nie może uwzględniać jedynie zmienności warunków życia młodych ludzi, gdyż obraz przyczyn będzie niepełny i zafałszowany. W literaturze medycznej coraz częściej zwraca się uwagę na przyczyny biologiczne, w tym przyczyny genetyczne, w których uczestniczy centralny układ nerwowy. Przyczyny genetycznych zaburzeń nastroju u dzieci opierają się na hipotezie zakładającej taką właśnie etiologię depresji, choć mechanizmy jej przenoszenia nie zostały jeszcze do końca poznane. Stąd, podejmując problematykę przyczyn depresji, należy przede wszystkim wskazać na pewne doświadczenia w życiu o patogennym charakterze, które powodują zaburzenia w procesie adolescencji. Owe doświadczenia można podzielić na dwa typy – doświadczenia o etiopatologii społecznej i kontekstowej oraz doświadczenia o charakterze indy-

¹⁰ L. Cierpiałkowska, *Psychopatologia. Wykłady z psychologii, tom 15*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009, s. 240.

¹¹ A.D. Hart, C. Hart-Weber, *Depresja nastolatka*, Wydawnictwo Polskiej Prowincji Dominikanów „W Drodze”, Poznań 2007, s. 93.

widualnym. Te ostatnie, a szczególnie te o charakterze emocjonalnym, takie jak pozbawienie czegoś, utrata, separacja i inne mają ogromne znaczenie destabilizujące. Swoje konsekwencje przejawiają w postaci zaburzeń psychosomatycznych, a więc depresji. Wówczas, gdy tego typu doświadczenia wypełniają życie dziecka czy nastolatka, mówimy o tak zwanych *life events* (życiowych doświadczeniach).

Obecność niektórych z tych życiowych doświadczeń dla młodych ludzi może mieć silny charakter stresujący, prowadzący do depresji, strachu, zaburzeń zachowania. Z kolei doświadczenia typu społecznego, ponieważ tak określa się przyczyny społeczne powodujące psychopatologiczne zaburzenia i prowadzące do depresji, wynikają z różnego rodzaju interakcji, współuczestnictwa w funkcjonalnej zależności od środowiska, w którym żyją adolescenti, a więc środowiska rodzinnego, szkolnego, czy ulicy. Duża częstotliwość lub powtarzanie się frustrujących doświadczeń, które nawarstwiają się w postaci strachu towarzyszącego zazwyczaj tym wydarzeniom, może przyczynić się do pojawienia się u dzieci zachowań depresyjnych, spotęgowanych przez sytuacje bezbronności i bezradności, która je otacza.

Jednym z doświadczeń kontekstowych, które w najwyższym stopniu decydują o problemach występujących w środowisku dziecka, jest rodzina. Wynika to z faktu, iż to właśnie ona szczególnie mocno wpływa na postępowanie jej członków, a na łonie rodziny kształtowana jest cała sieć stosunków oraz relacji interpersonalnych i grupowych¹². Ryzykiem depresji objęte są dzieci samotnych matek, w sytuacji adopcji, bez rodzeństwa, kiedy nieobecny jest ojciec, źle prowadzący się rodzice, z rodzin rozbitych, dzieci emigrantów, gdzie funkcjonuje odwrócony model rodziny (silna matka, słaby ojciec), autorytarnych rodziców, a także rodziców nadopiekuńczych. Dzieci zdiagnozowane jako depresyjne najczęściej pochodzą z rozbitych rodzin, wychowywane bez ojca, a także dzieci rodziców będących w separacji bądź po rozwodzie, kiedy współwystępują kłótnie i niestałość pożycia małżeńskiego.

W największym stopniu narażone są dzieci, których rodzice są bezrobotni, bądź których kariera zawodowa ograniczyła czas, jaki powinien być poświęcony rodzinie. Ponadto czynnikiem sprzyjającym występowaniu depresji u młodych ludzi są ogromne ambicje rodziców. Chcą, aby ich dziecko, tak jak oni, bądź w przeciwieństwie do nich, dało sobie radę w życiu, aby było lepsze od innych i spełniło nadzieję na wielką karierę. Młode osoby odczuwające, że nie dają rady sprostać wymaganiom rodziców, popadają w depresję, przejawiają zmienne nastroje, często występują u nich myśli samobójcze. Towarzyszy im lęk, że nie sprostają rodzicielskim oczekiwaniom, boją się uczestnictwa w zajęciach lekcyjnych, na których sobie nie potrafią poradzić. Nie wszystkie dzieci mówią o swoich proble-

¹² J.C. Zorraquino, *Depresja u dzieci i młodzieży...*, dz. cyt., s. 72–73.

mach i lękach rodzicom i nie wszyscy rodzice są na tyle czujni, aby zauważyć, że z ich dzieckiem dzieje się coś niedobrego. Rodzice często nie rozumieją, dlaczego dziecko nagle zaczęło gorzej radzić sobie w szkole i w konsekwencji tego próbują zmusić je do nauki. Sytuację pogarsza fakt, że szkoły również nie sygnalizują rodzicom, że ich dziecko ma problemy. Młodzi ludzie z depresją zwykle nie eksponują samych siebie w środowisku szkolnym, nie angażują się w konflikty, są spokojni i nie przeszkadzają w zajęciach lekcyjnych.

Często przyczyną depresji u dzieci jest postawa odrzucenia i zachowania kontrolujące rodziców, które mogą mieć wpływ na formowanie cech ich osobowości¹³. Postawa odtrącająca rodziców wobec dzieci może sprzyjać pojawieniu się takich zachowań, jak: agresywność, nieposłuszeństwo, zachowania społeczne i antyspołeczne czy prowadzić do zahamowania rozwoju uczuć wyższych.

Jeśli chodzi o ochraniającą postawę rodzicielską, może wywoływać ona opóźnienie dojrzałości emocjonalnej oraz społecznej, ustępliwość, bierność lub odwrotnie – nadmierną pewność siebie, egoizm i zuchwalstwo.

Reasumując, trzeba zgodzić się z twierdzeniem, iż w patomechanizmie depresji dzieci i młodzieży, obok przyczyn konstytucjonalnych oraz częstego występowania podłoża biologicznego, ważną kwestię stanowią negatywne układy rodzinne i postawy rodzicielskie, metody wychowawcze, złe relacje między rodzicami, osobowość oraz znaczący stopień neurotyczności matki lub obojga rodziców¹⁴. Jeśli najważniejsze środowisko, jakim jest rodzina, ulega dezorganizacji, to oczywiste staje się, że u dzieci wystąpią zaburzenia emocjonalne, prowadzące często do depresji.

Szkoła, tak jak rodzina, może stanowić inne istotne środowisko o znaczeniu patogennym. Może to budzić zdziwienie, że środowisko szkolne, w którym realizowany jest proces dydaktyczno-wychowawczy, często w znaczący sposób wpływa na zachowania depresyjne dziecka. Kiedy trafiają one do szkoły, doświadczają uczuć niepewności, stresu z negatywnymi skutkami powodującymi trudności w nauce i relacjach z rówieśnikami, wywołanymi brakiem motywacji i zaufania do siebie samego. Spadek wyników szkolnych po początkowych sukcesach w nauce jest jednym z najlepszych wskaźników ewentualnego pojawienia się objawów depresyjnych. Dziecko doznające niepowodzeń szkolnych czuje się odpowiedzialne za konflikty rodzinne z tym związane, postrzegając siebie jako winne wszystkiego co w domu negatywne, zmniejsza się jego szacunek do samego siebie, obniża ono poziom swoich aspiracji, stroni od relacji z kolegami, którzy otrzymują lepsze oceny od niego, zmniejsza swoje zaangażowanie społeczne, traci naturalną spon-

¹³ M. Ziemska, *Postawy rodzicielskie*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1973.

¹⁴ A. Popielarska, *Zaburzenia psychiczne*, [w:] *Dojrzewanie*, red. A. Jarczewski, B. Woynarowska, WSiP, Warszawa 1982, s. 391.

taniczność, a w konsekwencji może nawet podejmować działania o charakterze autodestrukcyjnym. Obecnie dowodzi się, że szkolne niepowodzenia mogą warunkować lub wzbudzać pojawienie się zachowań depresyjnych w dzieciństwie.

Szkola bowiem jest naturalną sceną, w której dziecko dokonuje autoafirmacji poprzez naukę, miejscem, gdzie integruje się z ludźmi podobnymi do siebie, i wspólnotą, w której się zakorzenia, gdzie stara się o akceptację ze strony nauczycieli i kolegów. A szkolna porażka blokuje wiele z tych funkcji i wywołuje ponadto konsekwencje niekorzystne dla jego zdrowia¹⁵.

Środowisko życia, poza rodziną i szkołą, w którym toczą się procesy socjalizacyjne, również dostarcza całą gamę różnorodnych bodźców psychospołecznych, bardzo trudnych do zidentyfikowania i opanowania przez dziecko lub nastolatka. Jest środowiskiem, w którym istnieje mnóstwo mechanizmów naśladowania, odrzucenia, gdzie występują zaburzenia i zniekształcenia normalnej dynamiki osobowości, a dziecko może w nim być w szczególnie sposób narażone na zranienie. W konsekwencji takich czynników środowiskowych możliwe jest pojawienie się zaburzeń psychopatologicznych, a następnie zachowań depresyjnych. Można więc powiedzieć, że depresja dziecięca jest skutkiem całej sieci zmiennych typu socjokulturowego.

Trudno więc wskazać jakiś zasadniczy czynnik wywołujący zachowania depresyjne. Należy raczej mówić o współwystępujących czynnikach w etiologii depresji.

Trzeba również zwrócić uwagę na występowanie pewnych czynników ryzyka, które trudno nazwać czynnikami przyczynowymi, a jednak należy je uwzględnić, ponieważ pośrednio istnieją jako elementy współprzyczynowości depresji.

W okresie dorastania znaczącą rolę odgrywają różnice płciowe. O ile w depresji dziecięcej trudno dostrzec różnice w częstotliwości jej występowania między chłopcami i dziewczętami, proporcje w okresie adolescencji ulegają zmianie na niekorzyść dziewcząt.

Badania pokazują, że na trzy chorujące na depresję dziewczęta przypada jeden chłopiec. Przyjmuje się, że dziewczęta są bardziej narażone na depresję niż chłopcy, ponieważ stają w obliczu większych biologicznych, psychologicznych i społecznych zmian związanych z rolą płciową. W przeciwieństwie do chłopców dziewczęta odczuwają zmiany swojego ciała jako niepożądane, ponieważ w okresie dojrzewania z reguły tracą szczupłą sylwetkę tak bardzo preferowaną w przekazach medialnych kultury zachodniej, co w linii prostej prowadzi do zaniżania samooceny i negatywnej percepcji własnego ciała. Związki między negatywnym obrazem ciała i symptomami depresyjnymi zostały potwierdzone w wielu bada-

¹⁵ J.C. Zorraquino, *Depresja u dzieci i młodzieży...*, dz. cyt., s. 74–77.

niach prowadzonych na populacji adolescentów¹⁶. Sytuacja taka zmierza często do zaburzeń łaknienia. Anoreksja, czyli jadłowstręt psychiczny może nastąpić w całym okresie dojrzewania. Jej źródłem jest zaburzone wyobrażenie własnego ciała w konfrontacji z wzorcami wyglądu obowiązującymi w świecie mody. Drugą chorobę będącą skutkiem zaburzeń łaknienia stanowi bulimia, objawiająca się z kolei nadmiernym apetytem, gdzie zaznacza się sprzeczność między pragnieniem schudnięcia a niepohamowanym spożywaniem dużej ilości pokarmów. Te jednostki chorobowe leczone są poprzez unormowanie procesów metabolicznych, psychoterapię, a także podawanie leków przeciwdepresyjnych.

Okres adolescencji to również moment przeżywania pierwszych miłości, uczenia się relacji partnerskich, którym nie zawsze towarzyszą pozytywne emocje. Często relacje z osobami płci przeciwnej są źródłem emocji negatywnych, nierzadko prowadzących do zachowań depresyjnych.

Obecnie dojrzewanie człowieka staje się coraz bardziej skomplikowane, z uwagi na zmieniające się obyczaje i występujące sprzeczności w głoszonych ideach oraz preferowanych systemach wartości. Przeobrażenia te stanowią przyczynę powstających trudności oraz niespójności, generujących indywidualne konflikty jednostki zarówno w prawidłowym, jak i zaburzonym depresją rozwoju.

Trudności w okresie adolescencji znajdują ciekawe ujęcie w koncepcjach psychoanalitycznych:

Człowiek w okresie adolescencji to takie hybrydalne stworzenie: ani dziecko, ani dorosły. W swoich świadomych przeżyciach obawia się, że będzie niedoskonałym dorosłym, zaś w nieświadomości oplakuje utracone dzieciństwo. Dorośli wymagają, by młody człowiek był dorosłym w pracy, obowiązkach oraz w myśleniu na temat przyszłości, zaś pozostał dzieckiem w sprawach dotyczących posłuszeństwa, niewinności i bycia grzecznym¹⁷.

Praktyka życia społecznego pokazuje, że młodzież preferuje jednak często odmienną wizję swojego życia. Popada w konflikty nie tylko z otoczeniem, ale co zdecydowanie trudniejsze – z samym sobą. Siła tych konfliktów często rodzi depresję. Należy pamiętać, że depresja może przytrafić się zarówno najlepszym uczniom, jak również tym o niskiej samoocenie, sądzącym, że nie pasują do otoczenia, nie lubią siebie i stają się tym, kim nie chcą być. Dużą grupę osób cierpiących na depresję dopełniają nastolatki, którym świat się zawalił z powodu rozpadu rodziny, w wyniku choroby lub innych zdarzeń. Mają głębokie poczucie wyobcowania oraz tego, że nic nie znaczą. Kluczem do przetrwania ich zmagają i najkorzystniejszą rzeczą dla dorastających nastolatków są dobre relacje z rodzi-

¹⁶ E. Greszta, *Depresja w wieku dorastania*, Academic Press, Warszawa 2006, s. 35–36.

¹⁷ K. Walewska, J. Pawlik (red.), *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*, PWN, Warszawa 1992, s. 115.

cami, choć czas ten jest okresem częstych konfrontacji międzypokoleniowych; dorośli winni pamiętać, iż dzieci potrzebują najczęściej rodzicielskiej miłości wówczas, kiedy na nią najmniej zasługują.

Aby wyjść z depresji, swoistego stanu rozpacz, i powrócić do życia młodemu człowiekowi potrzebny jest krąg bliskich osób, które razem pomogą nieść ciężar cierpienia. Przez życie bowiem człowiek nie może iść sam. Zarówno w szczęściu, jak i w nieszczęściu potrzebujemy drugiego człowieka¹⁸. „Dla cierpiącego fizycznie potrzebny jest lekarz, dla cierpiącego psychicznie przyjaciel”¹⁹. Człowiek bez tej siły, jaką dają inni ludzie, nie jest w stanie przetrwać trudów życia, których przysparza depresja. Każdy jednak rodzaj cierpienia słabnie w kontaktach międzyludzkich, ponieważ „fundamentalnym faktem egzystencji ludzkiej nie jest człowiek sam w sobie, lecz człowiek z drugim człowiekiem”²⁰.

BIBLIOGRAFIA

- Ambroziak K., Kołakowski A., Siwek K., *Nastolatek a depresja. Praktyczny poradnik dla rodziców i młodzieży*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2018.
- Cierpiakowska L., *Psychopatologia. Wykłady z psychologii, tom 15*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009.
- Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006.
- Greszta E., *Depresja wieku dorastania*, Academic Press, Warszawa 2006.
- Hammen C., *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Hart A.D., Hart-Weber C., *Depresja nastolatka*, Wydawnictwo Polskiej Prowincji Dominikanów „W Drodze”, Poznań 2007.
- Jervis G., *Depresja – w poszukiwaniu drogi wyjścia*, Księgarnia Świętego Wojciecha, Poznań 2005.
- Johnston M., Johnston A., *Życie pod psem, który wabi się depresja*, Media Rodzina, Poznań 2010.
- Jundziłł E., *Depresja wśród młodzieży studenckiej – pedagogiczna próba analizy zjawiska*, [w:] *Zjawiska patologiczne wśród studentów*, red. T. Sołtysiak, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2008.
- Kowalczyk K., Krajewska-Kułał E., Cybulski M. (red.), *Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2016.
- Menander [w:] *Księga aforyzmów*, red. E. Rezler, oprac. K. Janus, M. Ludynia, Wydawnictwo Buchmann, Warszawa 2008.
- Popielarska A., *Zaburzenia psychiczne*, [w:] *Dojrzewanie*, red. A. Jarczewski, B. Woynarowska, WSiP, Warszawa 1982.
- Pużyński S., *Depresje i zaburzenia afektywne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

¹⁸ J. Vanier, *Depresja – dlaczego?*, Wydawnictwo Kos, Katowice 2001, s. 16.

¹⁹ Menander [w:] *Księga aforyzmów*, red. E. Rezler, oprac. K. Janus, M. Ludynia, Wydawnictwo Buchmann, Warszawa 2008.

²⁰ *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006, s. 595.

- Raczkowski A., *Depresja dzieci i młodzieży – zjawisko i perspektywy pomocy*, „Wychowanie w Rodzinie” 2017, t. XVI, 2, s. 315–329.
- Rola J., *Melancholia rodzinna. Psychologiczne uwarunkowania zaburzeń depresyjnych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2004.
- Święcicki Ł., *Depresja. Jednak niezwykła choroba*, Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
- Vanier J., *Depresja – dlaczego?*, Wydawnictwo Kos, Katowice 2001.
- Walewska K., Pawlik J. (red.), *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*, PWN, Warszawa 1992.
- Ziemska M., *Postawy rodzicielskie*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1973.
- Zorraquino J.C., *Depresja u dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo eSPe, Kraków 2002.

Author: Andrzej Ćwikliński

Title: Depression in Children and Adolescents as a Result of Personal and Social Development Problems

Keywords: depression of children and adolescents, causes of depression, individual problems, social development

Discipline: Pedagogy

Language: Polish

Document type: Article

Summary

The article deals with the issue of depression in children and adolescents as a shortcut to problems of individual and social development. It presents the concept of depression and its typologies, showing depression as a disease increasingly common among children and adolescents. The biological and social causes of depression among young adolescents are indicated and other sources of depressive behaviors are also described. A particular role of the family in overcoming the symptoms of depression is highlighted.

