

Małgorzata Kołodziejek

DEPRESJA U DZIECI I MŁODZIEŻY: PODSTAWY TEORETYCZNE, PSYCHOTERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA

CHILD AND ADOLESCENT DEPRESSION: THEORY, COGNITIVE-BEHAVIOURAL PSYCHOTHERAPY

Przychodnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Warszawie

Kierownik: dr n. med. Lidia Popek

**depression
cognitive models
cognitive-behavioural
psychotherapy**

Artykuł prezentuje aktualną wiedzę na temat epidemiologii, obrazu klinicznego, przebiegu i skutków depresji dzieci i młodzieży. Autorka dokonuje przeglądu koncepcji wyjaśniających poznawcze i behawioralne mechanizmy powstawania depresji i ich implikacji klinicznych. Przedstawia podstawowe założenia, zasady i metody psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży. Omawia ograniczenia w stosowaniu tego podejścia terapeutycznego w pracy z dziećmi i młodzieżą oraz ocenę jego skuteczności.

Summary: The article presents the current knowledge of epidemiology, clinical picture, the course and effects of child and adolescent depression. The author reviews concepts explaining the cognitive and behavioural mechanisms of depression and their clinical implications. She presents the basic assumptions, principles and methods of cognitive-behavioural child and adolescent therapy. She discusses limitations of this therapeutic method and evaluation of its efficiency.

Wprowadzenie

1. Epidemiologia

Wskaźniki epidemiologiczne zaburzeń o obrazie depresji u dzieci i młodzieży zależą od stosowanych w badaniach kryteriów i metod diagnostycznych. Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych, w tym dużej depresji, dotyczy częściej adolescentów (2–15%) niż dzieci, które nie wkroczyły w wiek dorastania (0,2–2%). W ostatnich latach zachorowalność dzieci i młodzieży na depresję wzrasta, a wiek pojawienia się pierwszego epizodu depresyjnego obniża się. W wieku 18 lat aż 20% osób przeszło przynajmniej jeden epizod depresyjny. Przed okresem adolescencji depresja występuje w równych proporcjach u obydwu płci, natomiast u młodzieży wskaźnik zachorowalności jest wyższy u dziewcząt niż chłopców [1, 2, 3, 4, 5].

Badania polskie, w których przyjęto podejście anozologiczne i traktowano depresję jako zespół objawów, wskazują, że w okresie dzieciństwa objawy depresji występują częściej u chłopców, a od wieku pokwitania — u dziewcząt. Na przestrzeni 15 lat zaobserwowano spadek depresyjności u dzieci w wieku 10–13 lat, chociaż jest ona nadal

wysoka (27,7–24,6%). W całej populacji młodzieży w późnej fazie dorastania (17–19 lat) rozpowszechnienie depresji nie wzrosło, niemniej zwiększyło się ono znacząco w szkołach zawodowych [6, 7, 8, 9, 10, 11].

Depresja w okresie rozwojowym często współwystępuje z innymi dysfunkcjami, zwłaszcza z zaburzeniami zachowania, zaburzeniami lękowymi, dystymią, ADHD oraz nadużywaniem substancji psychoaktywnych [1, 2, 4, 12, 13].

2. Obraz kliniczny depresji u dzieci i młodzieży

Obecnie przeważa pogląd, że obraz kliniczny depresji dziecięcej i młodzieńczej nie różni się od depresji dorosłych [3] i spełnia diagnostyczne kryteria klasyfikacji DSM–IV [za: 2, str. 114] oraz ICD–10 [14]. Zależnie od kontekstu wystąpienia objawów depresyjnych rozpoznawane są zaburzenia afektywne, zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia somatogenne albo posttraumatyczne. Zaburzenia afektywne mogą mieć postać pojedynczego epizodu dużej depresji, nawracającej dużej depresji, dystymii.

Przejawy depresji zależą od wieku dziecka. Młodsze dzieci częściej mają nastrój drażliwy, a nie depresyjny, i zgłaszają więcej skarg somatycznych. Może pojawiać się odmowa uczęszczania do szkoły, wycofanie się z zabaw i kontaktów, zmniejszenie zainteresowań. Zaburzenia snu i apetytu są mniej powszechne u dzieci niż u osób dorosłych, rzadziej pojawia się spowolnienie psychomotoryczne i poczucie winy. U starszych dzieci wyraźne jest depresyjne zaburzenie myślenia: poczucie beznadziejności i bezradności, negatywna ocena siebie, świata i przyszłości. Plany samobójcze dzieci z depresją rzadziej prowadzą do śmierci niż u młodzieży. Adolescenci mogą myśleć o konkretnych sposobach odebrania sobie życia, przejawiać zachowania autodestrukcyjne. Ryzyko podjęcia próby samobójczej jest u nich bardzo wysokie, zwłaszcza u dziewcząt. W ostatnich latach obserwuje się obniżanie wieku młodocianych samobójców [2, 5, 15, 16, 17].

Obraz zaburzeń depresyjnych u młodzieży może mieć charakter atypowy i obejmować takie objawy, jak np. hipersomnia, wzrost masy ciała, uczucie ciężkości w kończynach, nadmierna wrażliwość na odrzucenie społeczne [3] albo pobudzenie psychomotoryczne [12]. W polskich 15-letnich badaniach prospektywnych [18] stwierdzono zmianę obrazu depresji młodzieńczej polegającą na zmniejszeniu nasilenia objawów lęku oraz eksternalizacji zachowań autodestrukcyjnych, szczególnie u dziewcząt.

3. Przebieg i skutki depresji u dzieci i młodzieży

Przebieg depresji u dzieci i młodzieży zależy od: fazy rozwojowej, nasilenia objawów oraz czasu trwania zaburzenia. Im młodsze dziecko, tym groźniejsze są skutki utrzymywania się nieleczzonego zespołu depresyjnego dla ogólnego rozwoju dziecka.

W okresie rozwojowym depresja ma często przewlekły i nawracający charakter [1, 2, 19, 20]. Prawdopodobieństwo nawrotów u młodszych dzieci sięga od 12% w ciągu pierwszego roku do 33% w ciągu czterech lat po przebyciu epizodu depresyjnego [21]. Pomimo ustąpienia zaburzeń nastroju, niektóre objawy depresji utrzymują się długo, np. niepokój, nadmierne zmęczenie, zaburzenie uwagi, trudności z podejmowaniem decyzji, poczucie winy i myśli o śmierci [22].

Depresja powoduje wiele negatywnych skutków w funkcjonowaniu rodzinnym, społecznym oraz szkolnym. Dzieci i młodzież mają słabe wyniki w nauce, trudności w kontaktach z członkami rodziny i z rówieśnikami. Badania katamnesticzne wskazują, że depresja w wieku rozwojowym jest predyktorem wystąpienia w późniejszym życiu tego zaburzenia (dla osób z „czystą” dziecięcą depresją [3]) albo innych zaburzeń psychicznych. Depresja w okresie młodzieńczym wiąże się także ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa, nadużywania substancji psychoaktywnych, z nasileniem się problemów ogólnozdrowotnych, gorszym funkcjonowaniem w pracy oraz trwałymi trudnościami interpersonalnymi w wieku dorosłym [23, 24, 25, 26].

4. Etiologia

Rozwój depresji u dzieci i młodzieży zależy od złożonego współdziałania wielu czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i środowiskowych. W ramach tzw. zintegrowanego modelu biopsychospołecznego rozpatruje się funkcje predysponujące, wyzwalające oraz podtrzymujące wchodzących ze sobą w interakcje czynników [1, 2, 5, 12, 27].

A. Czynniki predysponujące mają charakter

— osobisty:

- podatność genetyczna, występowanie w rodzinie zaburzeń nastroju, przebyte we wczesnym dzieciństwie choroby, depresyjne reakcje biologiczne na stresory (zaburzenia jedzenia, snu, zmęczenie) [m.in. 12, 20].
- właściwości psychologiczne związane z rozwojem intelektualnym, indywidualną podatnością na zranienie, zewnętrznym umiejscowieniem źródła kontroli, poznawczym depresjogennym przetwarzaniem informacji, ze słabą regulacją emocji, z małymi umiejętnościami społecznymi i w zakresie rozwiązywania problemów [1, 5, 20]

— środowiskowy (społeczny kontekst na wczesnym etapie życia dziecka):

- niepewny typ więzi emocjonalnej z rodzicami, gdy są oni niedostatecznie dostępni i niedostatecznie wrażliwie reagują — doświadczenie takiego przywiązania łączy się u adolescentów z wyższym poziomem depresji [28], wpływa na obraz siebie i zdolności regulacji stanów afektywnych [1, 29, 30]; bardziej podatni na depresję są dorastający z lękową reprezentacją przywiązania do swych rodziców; poznawcze komponenty typu przywiązania działają jako wewnętrzne struktury organizujące sposób myślenia, przeżywania i działania w zdarzeniach odnoszących się do relacji [30]
- problemy w relacji z rodzicami: negatywne postawy rodzicielskie (chłodne, odrzucające, z dystansem) i brak rodzicielskiego wsparcia [1, 2, 28]
- nadmiernie krytyczny i kontrolujący, restrykcyjny lub niezaangażowany styl wychowawczy [2, 12, 28]
- dezorganizacja życia rodzinnego i niedostępność rodziców z powodu ich choroby (np. depresji czy ciężkiej choroby somatycznej), nadużywania alkoholu i środków psychoaktywnych, przemocy w rodzinie [1, 2, 5]

- utrata jednego lub obojga rodziców na skutek śmierci, separacji, rozwodu [1, 12]
- niski status społeczny i złe warunki socjalne rodziny [m.in. 12, 28]

B. Czynniki wyzwalające

Czynniki wyzwalające to aktualne, krytyczne wydarzenia w życiu dorastających: utrata znaczących osób, trudności w kontaktach z rodzicami, rówieśnikami, nauczycielami, niepowodzenia szkolne, brak wsparcia w placówce edukacyjnej, choroba, nadużywanie substancji psychoaktywnych, przemoc, zmiana środowiska, konflikty w rodzinie i inne ekspozycje na negatywne sytuacje życiowe [m.in. 5, 27]. Do powstania depresji u adolescentów przyczynia się także blokowanie przez członków rodziny (głównie rodziców) procesu separacji i indywidualizacji młodego człowieka, z powodu zagrożenia homeostazy systemu rodzinnego [28].

C. Wymienione wyżej komponenty biologiczne, poznawcze, emocjonalne, interpersonalne oraz socjalne mogą stanowić zarówno czynniki podatności i ryzyka powstawania depresji, jak i istotne czynniki podtrzymujące zaburzenie, tj. nasilające i utrwalające objawy depresyjne u dorastających. Wszystkie te aspekty funkcjonowania dzieci i młodzieży wpływają na ukształtowanie się, aktywację i podtrzymywanie wewnętrznych struktur poznawczych organizujących ich sposób myślenia, przeżywania i działania. Podejście poznawczo-behawioralne wyjaśnia zależność między treściami poznawczymi i procesem przetwarzania informacji a symptomami emocjonalnymi i zaburzeniami zachowania w depresji. Specyficzne modele procesów poznawczych są podstawą konceptualizacji i interwencji terapeutycznych w terapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń depresyjnych.

Podstawowe założenia teorii poznawczo-behawioralnej

Teoria stanowiąca podstawę terapii poznawczo-behawioralnej zakłada, że:

- zachowanie oraz treści poznawcze nabywane są w procesie uczenia się [m.in. 31, 32]
- uczenie się następuje na drodze warunkowania klasycznego, warunkowania sprawczego oraz modelowania [29, 33, 34]
- sposób myślenia aktywowany w określonej sytuacji wpływa na nastrój, a w konsekwencji na zachowanie oraz fizjologiczne reakcje organizmu człowieka [35, 36, 37]
- treści i procesy poznawcze można monitorować (czyli identyfikować i systematycznie rejestrować) oraz zmieniać [38]
- modyfikacja poznawcza (treści myślenia i strategii przetwarzania informacji) powoduje zmianę reakcji emocjonalnych i zachowania [35, 36, 38]
- zmiana jednego z aspektów doświadczenia: otoczenia – myślenia – emocji – zachowania – reakcji fizycznych pociąga za sobą zmianę pozostałych elementów [m.in. 35, 36]
- istnieją trzy poziomy procesów poznawczych [39]:
- poziom przedświadomy, niezależny od woli, automatyczny: tzw. myśli automatyczne – mogą mieć charakter werbalny lub wyobrazeniowy – są uznawane za prawdziwe bez weryfikacji
- poziom świadomości: racjonalne reakcje – podstawowy obszar klinicznej poprawy osiągniętej w psychoterapii

- poziom metapoznawczy: struktury poznawcze zmodyfikowane i aktywność poznawcza dotycząca własnych procesów i treści poznawczych; na tym poziomie dokonywana jest selekcja, ocena i monitorowanie dalszego tworzenia adaptacyjnych, racjonalnych schematów poznawczych, regulacja funkcji poznawczych niższego rzędu
- schematy poznawcze rozwijają się od dzieciństwa, część z nich spełnia funkcje adaptacyjne w odpowiedzi na brak zaspokojenia podstawowych potrzeb dziecka; w miarę dorastania stają się one nieprzystosowawcze – bardzo silne i odporne na zmiany są zwłaszcza te schematy, które powstały w wyniku wczesnych (często prewerbalnych) doświadczeń z osobami znaczącymi: rodzicami, innymi osobami bliskimi, rówieśnikami [34, 39]; mają one charakter wiedzy ukrytej [34]
- schematy poznawcze determinują interpretację doświadczeń późniejszych, mają tendencję do samowzmacniania się [34, 38] — powoduje to, że osobom z dezadaptacyjnymi schematami trudno jest uczyć się na błędach czy zinterpretować daną sytuację w bardziej przystosowawczy sposób [40]
- schematy poznawcze są odpowiedzialne za nadawanie znaczenia, tj. zawierają przekonania dotyczące interpretacji rzeczywistości, przekonania o sobie, o relacji ja–inni [32, 39]
- zniekształcenia poznawcze, tj. błędy w myśleniu dotyczące treści poznawczej (znaczenia) oraz poznawczego przetwarzania informacji (opracowania znaczenia) doprowadzają do wnioskowania niezgodnego z rzeczywistością i są przyczyną psychopatologii, tj. dysfunkcjonalnego lub dezadaptacyjnego sposobu myślenia, strategii behawioralnych, emocji oraz zmian fizjologicznych [32, 39].

Założenia psychoterapii poznawczo-behawioralnej depresji dzieci i młodzieży

1. Ogólne założenia terapii poznawczo-behawioralnej

Poznawczo-behawioralne aksjomaty teoretyczne mają implikacje psychoterapeutyczne. Podstawowymi celami terapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży jest:

rozumienie, w jaki sposób interpretowane są wydarzenia i doświadczenia oraz rozpoznanie i zmiana zniekształceń poznawczych lub deficytów, które pojawiają się podczas przetwarzania poznawczego, na takie, które pozwalają na bardziej adekwatne postrzeganie siebie, innych ludzi, świata i umożliwiają uczenie się nowych, bardziej funkcjonalnych strategii poznawczych, np. dotyczących samowzmacniania, rozwiązywania problemów [37], rozpoznanie deficytów behawioralnych oraz modyfikacja lub zmiana określonych, dezadaptacyjnych zachowań [31, 37], rozwijanie skutecznego działania, np. trening aktywności, radzenie sobie w trudnych sytuacjach społecznych zredukowanie distressu psychicznego (dzięki zmianom procesów poznawczych oraz stosowaniu metod relaksacyjnych).

Wiedza o procesach poznawczych, stosowanych strategiach behawioralnych, czynnikach podtrzymujących zaburzenie oraz strategiach kompensacyjnych [35] pozwala na zrozumienie problemu pacjenta, ocenę możliwości zmiany i dostosowanie odpowiednich metod terapeutycznych [32]. W przypadku dzieci i młodzieży terapia powinna uwzględniać ich wiek i poziom rozwoju (intelekt, możliwości procesów poznawczych i deficyty poznawcze, poziom myślenia refleksyjnego, umiejętności językowe, krytyczne wydarzenia rozwojowe) oraz aktualny kontekst społeczny [31, 37, 41].

2. Modele presji dzieci i młodzieży

Koncepcje wyjaśniające poznawcze i behawioralne mechanizmy powstawania depresji kładą nacisk na różne komponenty tego zaburzenia. Na ich podstawie sformułowane zostały programy psychoterapii.

A. Modele behawioralne depresji i ich implikacje kliniczne

Modele behawioralne uznają, że każde zachowanie zostało wyuczone w przeszłości; podkreślana jest rola wzmocnień, przyjemnych zdarzeń i indywidualnej historii uczenia się. Uwzględniają znaczenie obecnego środowiska społecznego i interpersonalnego jako czynników wpływających zarówno na przystosowawcze, jak i zaburzone zachowanie. Otoczenie społeczne kształtuje wzory zachowań i podtrzymuje je [2, 29, 31].

Modele teorii uczenia się

Warunkowanie klasyczne: początkowo neutralny bodziec zaczyna wywoływać reakcję bezwarunkową. Mechanizm ten jest wykorzystywany do wytwarzania nowych reakcji fizjologicznych na bodźce, np. w relaksacji, w systematycznej desensytyzacji w leczeniu następstw urazów psychicznych.

Warunkowanie sprawcze: dotyczy konsekwencji zachowań, tj. prawdopodobieństwa, że reakcja nasili się lub osłabnie pod wpływem wzmocnień (kar lub nagród). Według prawa efektu Thorndike'a [za: 2], jeśli reakcje prowadzą do zadowalających konsekwencji, zostają wzmocnione i zwiększa się prawdopodobieństwo ich wystąpienia w przyszłości (i odwrotnie). Jest to mechanizm uczenia się przez dzieci zachowań pożądanym i niepożądanym.

Teoria uczenia się społecznego: uczenie się zachowań przez obserwowanie (modelowanie). Wzorowanie się na zachowaniu innych (bezpośrednio czy wyobrażeniowo) także jest mechanizmem wykorzystywanym w terapii różnych zaburzeń oraz w psychoedukacji i treningach umiejętności wychowawczych dla rodziców dzieci i młodzieży. Koniecznie należy pamiętać, że terapeuta stale jest modelem reagowania dla pacjenta.

Model depresji oparty na społecznym uczeniu się Lewinsohna [2, 21]. Model ten przyjmuje, że do emocjonalnego smutku przyczynia się rzadkie otrzymywanie wzmocnień pozytywnych i częste wzmocnienia negatywne (kary lub brak wzmocnień), ograniczenie przyjemnych wydarzeń i brak reagowania na sygnały płynące ze środowiska. Implikacją tych założeń jest to, że zmniejszenie objawów depresji można osiągnąć dzięki modyfikacji zachowań społecznych tak, żeby prowadziły one do większego nagradzania i mniejszego karania [21].

B. Modele poznawcze depresji i ich implikacje kliniczne

Poznawcze modele depresji zakładają, że przyczyną emocjonalnego i behawioralnego dyskomfortu jest funkcjonowanie poznawcze: spostrzeganie, rozpoznawanie, uwaga, rozumowanie, ocenianie. Rozwinęły się one z koncepcji Becka i Ellisa [5, 32, 42].

Modele poznawcze depresji implikują cele terapeutyczne — restrukturyzacja poznawcza, tj. zmiana przekonań na pozytywniejsze lub bardziej realistyczne, doprowadzi do osłabienia objawów zaburzenia [5, 21].

Modele oparte na negatywnym stylu myślenia i przetwarzania informacji

W poznawczym modelu Becka osiowym mechanizmem depresji jest triada depresyjna, błędne przetwarzanie informacji i negatywne schematy Ja. Triada depresyjna to negatywne poglądy na temat własnej osoby, świata i przyszłości. Przejawiają się one w takich procesach poznawczych, jak oczekiwania, interpretacje, spostrzeżenia i wspomnienia. Treść myślenia w depresji skoncentrowana jest na poniesionych stratach, autodeprecjacji i poczuciu nieadekwatności oraz oczekiwaniu niepomyślnych wyników przyszłych zdarzeń. Strata obejmuje doświadczenie fizycznej utraty związku, rozczarowania w kontaktach interpersonalnych, rozczarowania dotyczącego dotychczasowego obrazu siebie (samooceny) i pożądanego celów [2, 33, 42]. Depresja, także dziecięca, wiąże się ze zniekształceniami w procesie przetwarzania informacji. Błędne oceny poznawcze dzieci i młodzieży [za: 33, 42, 43] polegają na:

- nadmiernym uogólnianiu (przewidywanie negatywnych następstw zdarzeń)
- katastrofizacji konsekwencji negatywnych zdarzeń
- personalizacji (nieuzasadnione przyjmowanie osobistej odpowiedzialności za negatywne następstwa)
- selektywnej uwadze (wybiórcze koncentrowanie się na negatywnych aspektach zdarzeń)
- arbitralnym wnioskowaniu (konkluzje niewynikające z przesłanek)
- wyolbrzymianiu i minimalizowaniu (wyolbrzymianie drobnych niepowodzeń oraz minimalizowanie pozytywnych, znaczących wydarzeń).

Dzieci depresyjne częściej wybierają takie strategie poznawcze, jak odwracanie uwagi od negatywnych doświadczeń emocjonalnych, i rzadziej uznają, że negatywny nastrój można zmienić [2].

Irracjonalne schematy poznawcze dotyczące Ja kształtują się na bazie negatywnych doświadczeń we wczesnym dzieciństwie. Stanowią „filtr” umysłowy, decydujący o wyborze, interpretacji i przypominaniu sobie informacji. Powodują, że przyjmowane są tylko potwierdzające je informacje negatywne, a przekonania utrzymują się pomimo dowodów na to, że nie są one prawdziwe [1, 33] (vide także pkt II artykułu).

W późniejszych latach Beck [za: 43] wprowadził konstrukt trybu pierwotnej utraty w depresji. Pojęcie trybu odnosi się do zespołu spójnych systemów: poznawczego, emocjonalnego, behawioralnego i fizjologicznego, z których każdy składa się z wielu elementów. Konstrukt opisuje dynamikę zmian tych systemów. Tryb działania uaktywnia się za każdym razem, gdy dojdzie do zakłócenia pojedynczego elementu w sieci. Uaktywnienie typowego dla depresji przekonania kluczowego może zahamować pozytywne i uaktywnić latentne negatywne przekonania, postawy, odczucia i zachowania.

W depresji dysfunkcyjne schematy poznawcze należą do dwóch kategorii przekonań: 1— o własnej bezradności i 2 — o niezasługiwaniu na miłość [35]. Dominacja jednego z tych przekonań zależy od osobistego depresyjnego schematu poznawczego, odnoszącego się do socjotropii (przywiązywania nadmiernej wagi do osobistych związków) lub autonomii (nadmiernego podkreślania własnej niezależności, prawa do swobody wyboru, osobistych osiągnięć) [2, 5, 43].

Negatywne style myślenia i przetwarzania informacji pod wpływem stresu przeżywanego w trudnych sytuacjach życiowych stanowią poznawczą podatność dzieci i młodzieży na rozwój depresji [5]. Negatywne schematy aktywują się zwłaszcza w sytuacjach przypominających okoliczności, które kiedyś doprowadziły do wytworzenia negatywnego obrazu własnej osoby (model podatność—stres).

Inne modele odwołujące się do schematów poznawczych to koncepcja psychoterapii skoncentrowanej na schematach Younga [5, 34, 39, 40] oraz programy poznawczo-konstruktywistyczne Guidano [5, 34].

Zdolność dziecka do identyfikacji właściwości swoich, innych ludzi, refleksji nad własnymi motywacjami rozwija się stopniowo wraz z wiekiem. Poglądy na temat siebie u dzieci i młodzieży są podatne na wpływy zewnętrzne i wiążą się z ich zachowaniami w specyficznych okolicznościach. Dziecięce poznawcze reprezentacje własnej osoby są bardziej ograniczone, a jednocześnie bardziej elastyczne i bardziej wrażliwe na nowe informacje, oraz mniej abstrakcyjne niż reprezentacje adolescentów i osób dorosłych [5]. Implikuje to konieczność modyfikacji modeli i technik psychoterapii poznawczej z dziećmi.

Modele deficytów samoregulacji

Teoria depresji (także dziecięcej) oparta na samokontroli uznaje, że zaburzenie jest następstwem deficytów w zakresie automonitorowania, samooceny i samowzmocnienia [5].

Osoby z predyspozycją do depresji lub cierpiące na nią [5]: (1) koncentrują się na zdarzeniach negatywnych, wykluczając zdarzenia pozytywne, (2) koncentrują się na natychmiastowych konsekwencjach zachowania, zapominając o konsekwencjach późniejszych, (3) wyznaczają przesadnie wysokie standardy samooceny swoich zachowań, (4) przypisują negatywne cechy przyczynom zdarzeń, (5) w niezadowalającym stopniu wzmacniają swoją motywację do efektywnych zachowań, (6) wymierzają sobie przesadne kary, dodatkowo eliminując w ten sposób skuteczne zachowania.

W terapii opartej na modelu samoregulacji uwzględniono naukę: (1) automonitorowania, czyli monitorowania własnych myśli, emocji i zachowań, (2) rozpoznawania natychmiastowych i późniejszych konsekwencji swoich działań, (3) nadawania odpowiednich atrybucji sukcesom i porażkom, (4) wyznaczania sobie realistycznych celów, przy adekwatnej samoocenie i odpowiednio zaplanowanych działaniach, (5) nagradzania się za właściwe zachowanie [5].

Modele wyuczonej bezradności, beznadziejności i stylu atrybucji

Teoria depresji odnosząca się do beznadziejności [1, 2] jest przeformulowaniem wcześniejszego modelu wyuczonej bezradności uzupełnionego pojęciem atrybucji odpowiedzialności [5]. Osoby popadające w depresję wierzą, że są absolutnie bezradne i nie mogą kontrolować ważnych negatywnych następstw swych działań. Wynika to z dokonanej depresjogennej atrybucji odpowiedzialności: przypisują negatywnym, wymykającym się kontroli, zdarzeniom i skutkom działań przyczyny wewnętrzne, stabilne i globalne. Beznadziejność jest oczekiwaniem, że następstwa nie dojdą do skutku, że pojawią się następstwa awersyjne lub że nie da się ich poddać kontroli. Depresjogenny styl atrybucji oznacza poznawczą podatność, która w obecności negatywnych specyficznych zdarzeń

życiowych (lecz nie przy ich braku) zwiększa ryzyko zachorowania na depresję z powodu beznadziejności. Przy czym, na depresję naraża osobę nie tyle istnienie negatywnego stylu atrybucji, ile raczej brak pozytywnego stylu atrybucyjnego (uwzględniającego przyczyny zdarzeń zewnętrzne, nietrwale, o ograniczonym zasięgu) [5].

Badania dotyczące rozwoju depresji u dzieci i młodzieży wskazują, że mają one większą skłonność do przypisywania negatywnym zdarzeniom przyczyn stałych, wewnętrznych i ogólnych a zdarzeniom pozytywnym — przyczyn zewnętrznych, niestabilnych, specyficznych [2, 5, 37]. Dzieci popełniają błędy w procesie przetwarzania informacji i w sposób zniekształcony spostrzegają sytuacje i własne zachowanie: osądzają siebie tendencyjnie surowo i koncentrują się na negatywnych cechach wydarzeń [2, 37]. Szczególnie silne są błędne atrybucje dotyczące straty, rozłąki i wykorzystania [2].

Modele deficytów w zakresie rozwiązywania problemów

Model dotyczący umiejętności racjonalnego rozwiązywania problemów sugeruje, że deficyty w tym zakresie predestynują niektóre osoby do zachorowania na depresję [5]. W rozwiązywaniu problemów społecznych biorą udział dwa procesy [5]:

(1) nastawienie do problemów, które obejmuje uświadomienie sobie problemów, ocenę własnych umiejętności radzenia sobie z nimi oraz oczekiwania dotyczące efektywności prób ich rozwiązywania

(2) zdolność do racjonalnej identyfikacji i zdefiniowania problemów, generowania rozwiązań, ewaluacji i wyboru najrozsądniejszej opcji, zastosowania wybranego rozwiązania oraz monitorowania własnej efektywności.

U adolescentów nasilenie depresji, skłonności autodestrukcyjnych i samobójczych związane jest z negatywnym nastawieniem do problemów oraz unikowymi i impulsywnymi stylami ich rozwiązywania w sytuacji występowania negatywnych zdarzeń życiowych [5]. Trudności w radzeniu sobie z problemami mogą spotęgować negatywne zdarzenia losowe i zmniejszyć prawdopodobieństwo pozytywnie wzmocniających doświadczeń.

W terapii depresji stosuje się trening umiejętności rozwiązywania problemów uwzględniający naukę wyżej wymienionych aspektów.

Modele integracyjne

Zintegrowane modele depresji dzieci i młodzieży przedstawiają rozumienie tego zaburzenia w formie wieloelementowego, dynamicznego procesu, w którym wszystkie czynniki wchodzi ze sobą w interakcję, często o charakterze cyrkularnym [2, 13, 28]. Modele te implikują, że wychodzenie z depresji może przebiegać na wiele sposobów, dzięki poprawie uzyskanej pod względem jednego lub większej liczby czynników etiologicznych.

Model poznawczo-behawioralny kładzie nacisk na proces uczenia się zachowań i czynniki związane z poznawczym przetwarzaniem informacji, które mają wpływ na uczenie się.

Model podatność—stres bierze pod uwagę interakcję podatności i stresu. Podatność wyznaczana jest przez czynniki predysponujące, stres zaś jest aktualnie działającym czynnikiem środowiskowym. Tego typu modelem, uwzględniającym interaktywny wpływ wielu czynników, jest model biopsychospołeczny (vide pkt I, 4 artykułu) [1, 5, 28].

Modele umiejętności i nawyków myślowych [13] uwzględniają w etiologii depresji wieku rozwojowego: (1) małe umiejętności rozwiązywania problemów, (2) nieprzystosowaną selekcję aktywności, (3) słabą zdolność do łagodzenia napięcia, (4) nieśmiałą lub w inny sposób niezaangażowaną postawę w sytuacjach społecznych, (5) gorsze wykonywanie specyficznych umiejętności cenionych przez szkołę lub rówieśników.

Do nawyków poznawczych, które towarzyszą deficytom umiejętności i powodują, że dziecko staje się podatne na objawy depresji w sytuacji stresu, należą: (1) negatywne myślenie, (2) samotne myślenie, tj. nieumiejętność uwzględniania cudzej perspektywy, co sprawia, że negatywne myśli jednostki pozostają niezakwestionowane, (3) rozpamiętywanie przykrych wydarzeń i myśli (powtarzana ekspozycja), (4) postrzegana bezradność — beznadziejność — brak kontroli, które mogą prowadzić do małej wytrwałości w radzeniu sobie ze stresem i wymaganiami.

Model pierwotnej i wtórnej kontroli [13] opiera się na dwóch procesach: (1) kontroli pierwotnej, tj. próby radzenia sobie przez dopasowanie obiektywnych warunków do życzeń danej osoby, (2) kontroli wtórnej, obejmującej próby radzenia sobie przez dostosowanie samego siebie do warunków obiektywnych, tak, aby zmienić ich subiektywny wpływ bez zmieniania samych wydarzeń. Implikacją tego modelu jest to, że depresji można zaradzić przez nauczenie się stosowania pierwotnej kontroli w stresujących warunkach, które dają się modyfikować, oraz kontroli wtórnej w warunkach, które nie są modyfikowalne. Strategie radzenia sobie oparte na kontroli pierwotnej dotyczą deficytów umiejętności, a strategie radzenia sobie oparte na kontroli wtórnej dotyczą nawyków myślowych: przekonania, oczekiwań, interpretacji wydarzeń. Model pierwotnej i wtórnej kontroli uznaje, że indywidualna zmiana wynika ostatecznie z osobistej decyzji dotyczącej wyboru pewnych mechanizmów zmiany, zamiast innych. Zmiana jest najbardziej prawdopodobna wtedy, gdy umiejętności radzenia sobie są uczone i ćwiczony tak, aby pasowały do charakterystycznego dla danej jednostki stylu i sposobu wyrażania depresji oraz do społeczno-kulturowego i rodzinnego kontekstu życia.

3. Zasady psychoterapii poznawczo-behawioralnej

U podstaw terapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży leżą zasady analogiczne do stosowanych wobec dorosłych [33, 35, 37]. Jest to terapia:

- (1) oparta na dynamicznie tworzonej konceptualizacji problemu pacjenta i modyfikowana w zależności od jego indywidualnych potrzeb
- (2) ustrukturalizowana, dyrektywnie prowadzona przez terapeute
- (3) skupiająca się na teraźniejszości, tzn. na istniejącym bieżącym problemie i jego rozwiązaniach
- (4) psychoedukacyjna, oparta na uczeniu się nowych umiejętności (alternatywnych wzorców myślenia i zachowania) oraz eksperymentowaniu
- (5) wymagająca aktywnej współpracy i ograniczona w czasie.

Zasady te dobrze korespondują z potrzebami rozwojowymi dzieci i młodzieży. Psychoterapia poznawczo-behawioralna wyznacza granice, porządkuje wiedzę i działanie, dostarcza narzędzi poznawania siebie i świata. Dzięki temu pozwala młodemu pacjentowi zrozumieć, co się z nim dzieje oraz proces terapii, normalizuje pewne doświadczenia jako

powszechne. Struktura terapii zapewnia przewidywalność zachodzących w jej trakcie zdarzeń i potarzalność, które pomagają w uczeniu się. Względnie krótki czas trwania terapii sprzyja wytrwałości pacjentów w uczestniczeniu w niej.

Pacjenci w wieku rozwojowym mogą czuć się ważni współdecydując i uczestnicząc aktywnie w terapii oraz realizując wyzwania w formie przeprowadzanych eksperymentów. Przedmiotem pracy terapeutycznej jest obszar problemów, które aktualnie interesują dzieci i młodzież. Jednocześnie spełnione zostaje wskazanie etyczne do takiego postępowania terapeutycznego, które pozwala na osiągnięcie planowanych celów w sposób najmniej uciążliwy dla pacjenta [44].

Psychoterapia poznawczo-behawioralna dzieci i młodzieży

1. Diagnoza

Postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne w psychiatrii dzieci i młodzieży powinno być kompleksowe i zintegrowane. Warunkiem wstępnym do podjęcia tych działań jest rozstrzygnięcie, czy jakościowe lub ilościowe cechy zachowania pacjenta są nieprzystosowawcze, czy też mieszczą się w zakresie normy dla danego okresu rozwojowego [45]. Ponieważ podstawowym źródłem informacji o młodych ludziach i problemach uzasadniających terapię są rodzice, warto rozważyć, w jakim stopniu postrzeganie nieprzystosowania może wynikać z ich kultury i związanych z nią oczekiwań, przekonań oraz norm tworzących kontekst relacji rodzinnych [45].

W psychoterapii poznawczo-behawioralnej depresji wieku dorastania podstawowe znaczenie ma diagnoza funkcjonalna [za: 5]. Biopsychospołeczny model tego zaburzenia wskazuje, że w pracy z młodymi ludźmi konieczna jest ocena [5]: (1) zaburzeń poznawczych (błędów przetwarzania informacji i deficytów poznawczych), (2) nieprzystosowawczych przekonań i schematów poznawczych, (3) umiejętności społecznych i deficytów w zakresie rozwiązywania problemów, (4) stresujących wydarzeń życiowych, (5) wsparcia społecznego. Dla sformułowania konceptualizacji potrzebna jest także znajomość indywidualnej historii uczenia się emocji, zachowań oraz treści i procesów poznawczych, tj. warunków powstawania wczesnodziecięcych schematów dezadaptacyjnych. Cele psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży omówiono w pkt III, 1 artykułu.

2. Ograniczenia w psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży

Ograniczenia w stosowaniu psychoterapii poznawczo-behawioralnej u dzieci i młodzieży wynikają głównie z deficytów poznawczych i behawioralnych, które mogą dotyczyć [2, 5, 37]:

- rozwojowo niedostatecznego wykształcenia się funkcji poznawczych: spostrzegania, zapamiętywania, przypominania, zdolności do skutecznego rozumowania na temat konkretnych zagadnień, wnioskowania przyczynowo-skutkowego, procesów uwagi
- deficytów poznawczych wynikających z procesów chorobowych (w przebiegu chorób somatycznych, organicznego uszkodzenia o.u.n., zaburzeń myślenia)
- zdolności językowych i komunikatywnych
- indywidualnych błędów przetwarzania informacji

- rozwiązywania problemów
- percepcji interpersonalnej i umiejętności społecznych
- umiejętności związanych z samokontrolą.
- Poza tym, czynnikiem wpływającym na możliwości realizowania terapii jest motywacja młodych ludzi do uczestniczenia w tym procesie. Ponieważ zwykle nie szukają oni sami pomocy psychologicznej, ale są przyprowadzani przez dorosłych, ograniczenia wynikają z [37, 41, 45]:
- trudności w określeniu celów czy zmian, jakie chcieliby osiągnąć (nie dostrzegają problemów lub/ i nie podzielają obaw opiekunów)
- braku poczucia odpowiedzialności za osiągnięcie zmiany (przypisują trudności czynnikom organicznym lub zewnętrznym, które nie podlegają zmianie)
- braku motywacji do podjęcia i kontynuowania terapii oraz braku odpowiedniego poziomu samokontroli do wypełniania zadań domowych.

Czynniki te powodują, że 40–60% młodocianych pacjentów rezygnuje z terapii przedwcześnie [45].

Kolejnym aspektem rozwojowym psychoterapii dzieci i młodzieży jest aktualny kontekst społeczny w ich życiu. Znaczenie ma adekwatność postaw najbliższego otoczenia (rodziców, opiekunów, nauczycieli, także rówieśników) wobec ich potrzeb rozwojowych, ewentualnych odstępstw od oczekiwań dotyczących ich rozwoju, pojawiających się deficytów i zaburzeń itd. [44, 45].

Problemy w funkcjonowaniu środowiska rodzinnego mogą stanowić istotne czynniki nie tylko ryzyka powstania, ale także nasilania się i trwania symptomów depresyjnych u młodych ludzi [28]. W szczególności występowanie patologii rodzinnej wiąże się z wydłużeniem czasu leczenia pacjenta z zaburzeniami psychicznymi [46] i stwarza większe ryzyko przerwania terapii [45].

Rozwój dorastającego dziecka (także w przebiegu terapii) nie jest możliwy bez równoległych zmian rozwojowych w osobach tworzących system rodzinny (czy instytucjonalny) i w samym systemie [za: 44]. Dlatego konieczna jest psychoterapeutyczna pomoc rodzinie. W rodzinie nie zapewniającej wsparcia i krytycznej wobec chorego na depresję członka rodziny istnieje mniejsze prawdopodobieństwo wyzdrowienia i większe — nawrotu depresji [za: 1].

3. Specyfika psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży

A. Przebieg procesu terapeutycznego

Poziom poznawczo-rozwojowy dzieci i młodzieży oraz ich motywacja do udziału w terapii wpływa na proces terapeutyczny [41, 47]. Znaczenie ma:

- (1) ustalenie celów terapii, jej poszczególnych etapów i czasu trwania
- (2) zbudowanie relacji terapeutycznej: przeznaczenie odpowiedniego czasu na kontakt nie związany z planowanymi zadaniami terapeutycznymi, sposób nawiązywania relacji dostosowany do potrzeb rozwojowych pacjenta
- (3) podejmowanie działań podtrzymujących motywację
- (4) możliwość wdrożenia określonych technik terapeutycznych

- (5) wbudowanie zmiennych rozwojowych w strategię terapii, np. etapy rozwoju zabawy społecznej oraz relacji społecznych [41], rozwój zdolności do wyrażania i rozumienia emocji [41]
- (6) dostosowanie zakresu terapii do występujących objawów oraz deficytów poznawczych i behawioralnych [47]
- (7) elastyczność w zakresie modeli i metod oraz jakość relacji terapeutycznej: zachowanie terapeuty powinno odnosić się do etapu, na którym jest młody człowiek w swoim cyklu zmiany [37]
- (8) sposób zaangażowania rodziców
- (9) powtarzanie terapii w razie konieczności, w związku z nawracającym charakterem zaburzenia [47].

B. Podstawowe składniki programów terapii poznawczo-behawioralnej

Typowe programy terapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży uwzględniają [5, 13, 20, 21, 37]:

- (1) psychoedukację i sformułowanie problemu
- (2) edukację afektywną: różnicowanie emocji i ich fizjologicznych komponentów
- (3) naukę kontroli nastroju i redukcji napięcia: relaksację, sposoby radzenia sobie z emocjami (smutkiem, złością, lękiem), rozwój strategii zapobiegawczych
- (4) formy samoobserwacji (myśli, działania, emocji oraz ich współzależności), rozpoznawanie nieprzystosowanych aktów poznawczych, testowanie myśli, rozwijanie myślenia zrównoważonego oraz restrukturyzację poznawczą
- (5) uczenie nowych strategii poznawczych: np. rozpraszania uwagi, trening autoinstruktażowy, pozytywny, wspierający, monolog wewnętrzny („poradzę sobie”), samowzmacnianie, myślenie z uwzględnieniem konsekwencji, problem solving, trening reatrybucji
- (6) eksperymenty: wypróbowywanie przewidywań, poszukiwanie informacji
- (7) trening aktywności, maksymalizację przyjemnych zdarzeń
- (8) uczenie się nowych umiejętności społecznych, np. trening komunikacji, asertywności, trening umiejętności autoprezentacji
- (9) stopniową ekspozycję na trudne sytuacje
- (10) naukę samowzmacniania: nagradzanie siebie, kręgi wsparcia w środowisku
- (11) ćwiczenie wyznaczonych zadań w domu
- (12) rozpoznawanie nawrotu depresji i radzenie sobie z nim.

C. Metody stosowane w terapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży

Jak wspomniano wyżej, poziom rozwoju dzieci i młodzieży wymaga dostosowywania i dopasowywania pojęć i technik terapii poznawczo-behawioralnej do ich możliwości [37, 45]. Konieczne są krótkie interwencje oraz:

w pracy z młodszymi dziećmi, do 11.–12. r.ż.:

- przełożenie pojęć abstrakcyjnych na konkrety, przykłady z codziennego życia
- stosowanie form zabawowych: gier, rysunków, kukielek, odgrywanie ról

- używanie metafor, wyobrażeń, nagrań wideo
- ćwiczenie pewnych umiejętności razem z dzieckiem
- nagradzanie nowych zachowań
w pracy z nastolatkami:
- wprowadzenie technik poznawczych (model poznawczy, rozpoznawanie dysfunkcyjnych założeń, podważanie myślenia dychotomicznego, restrukturyzacja poznawcza)
- uwzględnianie potrzeb dotyczących rozwoju autonomii i określania własnej tożsamości (zwracanie uwagi na ich opinie i przeżycia)
- promowanie współpracy
- odwoływanie się do ich decyzji w dokonywaniu wyborów, przy zachowaniu zasady empirycznego obiektywizmu
- ćwiczenie umiejętności przez rysowanie „komiksów”, odgrywanie ról, wzorowanie się na innych, wizualizację (wypróbowywanie nowego zachowania w wyobraźni).

W wieku młodzieńczym zadaniem rozwojowym staje się budowa i utrzymanie relacji z rówieśnikami — potrzebne są do tego umiejętności społeczne. Deficyty w strategiach poznawczych i behawioralnych, uniemożliwiające satysfakcjonujące kontakty, przyczyniają się do konfliktów w relacjach z innymi, powodują izolację społeczną nastolatków, poczucie osamotnienia.

Depresja, nawet na poziomach subklinicznych, jest związana z istotnymi problemami interpersonalnymi i ze stresem interpersonalnym [za: 48]. Doświadczenia interpersonalne często przyspieszają początek depresji [za: 48]. Upośledzenie funkcjonowania społecznego może być także skutkiem depresji [19]. Trudności te zaburzają proces separacji i indywidualizacji adolescentów. Dlatego w terapii dzieci, a zwłaszcza młodzieży, stosowane są także grupowe programy poznawczo-behawioralne [13, 20, 21] oraz programy wieloskładnikowe, włączające w psychoterapię poznawczo-behawioralną indywidualną czy grupową elementy terapii interpersonalnej [4, 5, 48].

D. Kontekst rodzinny w psychoterapii poznawczo-behawioralnej skoncentrowanej na dziecku

Deficyty czy zniekształcenia poznawcze dziecka często odzwierciedlają ograniczone zdolności rodzicielskie lub nieadaptacyjne poglądy rodziców. Jest to powodem angażowania rodziców w psychoterapię poznawczo-behawioralną skoncentrowaną na dziecku. Poza tym, niezależnie od źródła problemu, włączanie rodziców w terapię ich dzieci jest sposobem na przeprowadzenie zmiany funkcjonowania dziecka [5, 33, 45]. Negatywne środowisko rodzinne zapowiada słabe wyniki terapii dzieci [20]. W zaawansowanej patologii rodzinnej ostateczny wynik terapii dziecka z zaburzeniami psychicznymi zależy wprost proporcjonalnie od efektywności pracy z jego rodzicami [za: 46].

W programach terapii poznawczo-behawioralnej skoncentrowanej na dziecku, rodzice mogą odegrać rolę [37]:

- facylitatora (gdy pomagają przенosić umiejętności z sesji klinicznych do środowiska domowego)
- współterapeuty (gdy współuczestniczą w wykorzystywaniu umiejętności poznawczych przez dzieci)

- współpacjenta (w terapii relacji rodzic-dziecko, rodzinnej)
- pacjenta (gdy sami uczą się nowych umiejętności i radzenia sobie z własnymi problemami).

Rodzice mogą brać udział w terapii dziecka uczestnicząc:

- w równoległych sesjach terapeutycznych rodziców i dzieci [za: 21]
- we wspólnych sesjach dzieci i rodziców [za: 1]
- w sesjach terapeutycznych dziecka (za pośrednictwem „lustra weneckiego”)
- w konsultacjach psychoedukacyjnych z rodzicami — dotyczy to zwłaszcza rodziców małych dzieci [33].

4. Skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży

Terapia poznawczo-behawioralna jest obecnie jedną z najczęściej stosowanych metod w leczeniu zaburzeń depresyjnych u grupie dzieci i młodzieży [4]. Oceny skuteczności tej formy terapii nie zawsze są jednoznacznie pozytywne [1, 5, 19]. Zebrane dane wskazują jednak, że chociaż CBT nie jest skuteczniejsza niż inne metody, jak wynika z badań katomnesticznych [20], to jest pomocna w leczeniu młodych osób cierpiących na depresję [5]. Jej efektywność zależy od wieku i możliwości poznawczo-rozwojowych dzieci [41]. Pacjentom poniżej dziewiątego roku życia przynosi ona mniejsze korzyści niż dzieciom starszym — do trzynastego roku życia [37, 41]. Wykazana została dobra skuteczność treningu samokontroli i uczenia się rozwiązywania problemów u dzieci w młodszym wieku szkolnym [2, 13].

Istotne efekty terapii stwierdzano w odniesieniu do depresyjnych adolescentów. Poprawę obserwowano w zakresie zmniejszenia się objawów (dysforii i depresji) oraz klinicznych diagnoz depresji po terapii [2]. Szczególnie korzystna okazała się terapia poznawczo-behawioralna w pracy z młodzieżą, u której współwystępują zaburzenia lękowe [20]. Niemniej, znaczna część dorastających, poddanych psychoterapii poznawczo-behawioralnej, nadal wykazuje objawy depresyjne po zakończeniu terapii (40% [za: 20]). Względna efektywność CBT spada w pracy z nastolatkami, których matki również cierpiały na depresję [5]. Stwierdzono także, że współwystępowanie zaburzeń psychicznych jest predyktorem gorszej skuteczności CBT. Nadużywanie lub uzależnienie od substancji psychoaktywnych wiązało się z wolniejszym tempem osiąganej poprawy klinicznej. Okazało się też, że nawroty depresji po zakończeniu leczenia zdarzały się częściej u pacjentów z ADHD z deficytem uwagi oraz z zaburzeniami zachowania [4].

Jayson D. i wsp. [za: 2] odnotowali remisję u 60% osób w wieku dorastania, które przeszły terapię poznawczo-behawioralną, ale u osób, które doświadczyły poważniejszego psychospołecznego stresu i z ostrzejszymi symptomami, remisja objawów występowała rzadziej.

Ponieważ zaburzenie depresyjne jest tak trudne do leczenia, podjęte zostały badania nad przedłużeniem psychoterapii poznawczo-behawioralnej dla poprawy jej skuteczności. Okazało się, że kontynuowanie CBT dodatkowo przez 6 miesięcy dało znacząco niższy wskaźnik nawrotów choroby. Czynniki decydującymi o przedłużeniu terapii było wyjściowe nasilenie depresji, współwystępujące problemy z zachowaniem niszczycielskim oraz trudności rodzinne [20].

Doniesienia dotyczące włączania rodziców w terapię CBT skoncentrowaną na dziecku na ogół informują o pozytywnych skutkach takich programów, chociaż niewielkich, zwłaszcza w odniesieniu do młodzieży [1, 21]. Zjawisko to wyjaśniane jest potrzebami rozwojowymi nastolatków — pozyskiwania autonomii i większym znaczeniem wsparcia od rówieśników, niż od rodziców. Znacząca jest jednak obserwacja, że rodzice uczestniczący w programie szkoleniowym, pod koniec kursu spostrzegali swoje potomstwo w pozytywniejszym świetle [1].

Podsumowanie i wnioski końcowe

Niniejszy artykuł syntetycznie przedstawia aktualną wiedzę o epidemiologii, obrazie klinicznym, przebiegu i skutkach depresji u dzieci i młodzieży. Przyczyny tego zaburzenia najlepiej wyjaśnia model biopsychospołeczny. Uwzględnia on interakcyjny wpływ czynników biologicznych, poznawczych, emocjonalnych, interpersonalnych i socjalnych na podatność, ryzyko wystąpienia depresji oraz nasilenie i utrwalanie symptomów depresyjnych. Wszystkie te aspekty funkcjonowania dzieci i młodzieży wpływają na ukształtowanie się, aktywację i podtrzymywanie wewnętrznych struktur poznawczych organizujących ich sposób myślenia, przeżywania i działania.

Teoria poznawczo-behawioralna wyjaśnia zależność między treściami poznawczymi i procesem przetwarzania a emocjami i zachowaniem ludzi. Zaprezentowane, specyficzne modele procesów poznawczych są podstawą conceptualizacji i interwencji terapeutycznych w CBT zaburzeń depresyjnych. Dzieci i młodzież w stanie depresji mają szeroki zakres deficytów poznawczych i nieprzystosowawczych przekonań dotyczących własnej osoby, świata i przyszłości. Wczesnodziecięce, dezadaptacyjne schematy poznawcze dotyczą obszaru własnej bezradności i/ lub niezasługiwania na miłość, i chociaż mają charakter wiedzy ukrytej — przejawiają się w obserwowanych strategiach behawioralnych i poznawczych.

W CBT depresji osób w wieku rozwojowym celem jest zmiana nieprzystosowawczych procesów poznawczych, nauka kontroli nastroju i redukcji napięcia, zastąpienie dysfunkcjonalnych umiejętności interpersonalnych oraz sposobów rozwiązywania problemów bardziej funkcjonalnymi. Interwencje muszą być dostosowane do poziomu poznawczego rozwoju dziecka i w dużym stopniu ukierunkowane na kreowanie korekcyjnych dla niego doświadczeń. Ponieważ depresja ma charakter nawracający, konieczne może być przedłużenie czy powtarzanie terapii.

W związku z tym, że dysfunkcjonalnych przekonań, stylów atrybucji, deficytów w zakresie rozwiązywania problemów oraz wzorców umiejętności regulacji afektu i innych zdolności przystosowawczych dzieci i młodzież uczą się w kontekście społecznym, w ich terapię angażowani są rodzice, czasem szkoła i inne instytucje.

Psychoterapia poznawczo-behawioralna jest skuteczna w leczeniu depresji u młodych osób. Podejmowane są badania nad efektywnością działań profilaktycznych [1]. Zwracana jest uwaga na konstrukcję bardziej elastycznych, mniej sformalizowanych, wieloskładnikowych programów, które byłyby bardziej dostosowane do złożoności i zmienności klinicznej pacjentów i ich rodzin [19, 34, 47].

Ponieważ na obecnym etapie włączanie rodziców do CBT skoncentrowanej na dziecku przynosi, zdaniem niektórych badaczy, niewielkie korzyści, uważam, że warto zwrócić uwagę na czas trwania i zakres tematyczny tych szkoleń. Być może rozszerzenie programów dla rodziców o elementy związane z przetwarzaniem poznawczym i emocjonalnym zagadnień dotyczących ich relacji z dzieckiem (zwłaszcza momentów krytycznych dla powstania dysfunkcyjnych przekonań nt. dzieci i własnych niekompetencji wychowawczych) oraz ograniczeń rodziców (wynikających z ich trudności separacyjnych czy ich depresjogennych stylów poznawczych) — przyniosłoby korekcyjne zmiany modelującego kontekstu społecznego i stworzyłoby dla dzieci lepsze warunki do uzyskania poprawy w terapii.

Piśmiennictwo

1. Hammen C. Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006.
2. Kendall PC. Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Mechanizmy zaburzeń i techniki terapeutyczne dla praktyków i rodziców. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
3. Rabe-Jabłońska J. Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. W: Namysłowska I, red. Psychiatria dzieci i młodzieży. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.
4. Remschmidt H. Skuteczność psychoterapii dzieci i młodzieży – przegląd piśmiennictwa. Curr. Opin. Psychiatrii 2004; (Wydanie polskie. Warszawa: Medical Tribune Polska).
5. Spence SH, Reinecke MA. Rozumienie, zapobieganie i leczenie depresji u dzieci i młodzieży. Podejście poznawcze. W: Reinecke MA, Clark DA, red. Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
6. Bomba J, Modrzejewska R. Prospektywne badanie dynamiki depresji u dzieci między preadolescencją a wczesną fazą dorastania. Psychiatr. Pol. 2006; 3: 481–490.
7. Bomba J, Modrzejewska R. Prospektywne badanie depresji u młodzieży w średniej fazie dorastania. Psychiatr. Pol. 2006; 4: 683–693.
8. Bomba J, Modrzejewska R. Prospektywne badanie dynamiki depresji u młodzieży w późnej fazie dorastania. Psychiatr. Pol. 2006; 4: 695–706.
9. Modrzejewska R, Bomba J. Porównanie rozpowszechnienia depresji wśród 17-letniej młodzieży krakowskich szkół średnich w latach 1984 i 2001. Psychiatr. Pol. 2004; 1: 13–28.
10. Modrzejewska R, Bomba J. Porównanie rozpowszechnienia depresji w populacji 13-letniej młodzieży krakowskich szkół średnich w latach 1984 i 2001. Psychiatr. Pol. 2006; 3: 469–479.
11. Modrzejewska R, Bomba J. Porównanie rozpowszechnienia depresji w populacji 10-letnich dzieci krakowskich szkół podstawowych w latach 1984 i 2001. Psychiatr. Pol. 2006; 6: 1117–1128.
12. Carr A. Depresja i próby samobójcze młodzieży. Sposoby przeciwdziałania i reagowania. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
13. Weisz JR, Southam-Gerow MA, Gordis EB, Connor-Smith J. Trening wzmocnienia pierwotnej i wtórnej kontroli u młodzieży z depresją. Zastosowanie modelu systematycznego wdrażania jako modelu rozwijania i testowania metod terapeutycznych. W: Kazdin AE, Weisz JR, red. Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
14. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Badawcze kryteria diagnostyczne. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.

15. Bomba J. Depresja młodzieńcza. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.
16. Dąbkowska M, Borkowska A. Czynniki demograficzno-kliniczne w grupie młodzieży podejmującej próby samobójcze w wybranych latach trzech ostatnich dekad. W: Namysłowska I, red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000.
17. Gmitrowicz A, Rabe-Jabłońska J. Zachowania samobójcze u dzieci i młodzieży a zaburzenia psychiczne — wskazówki dotyczące postępowania. W: Namysłowska I, red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000.
18. Modrzejewska R, Bomba J. Porównanie obrazu depresji młodzieńczej w populacji krakowskich uczniów szkół średnich na podstawie analizy wyników badań za pomocą inwentarza objawów IO „C1” w latach 1984 i 2001. *Psychiatr. Pol.* 2006; 1: 57-64.
19. Harrington R, Dubicka B. Depresja u młodzieży: postępowanie terapeutyczne oparte na dowodach naukowych. *Curr. Opin. Psychiatry* 2003; 1, 4: 17-23. (Wydanie polskie. Warszawa: Medical Tribune Polska)
20. Weersing VR, Brent DA. Terapia poznawczo-behawioralna depresji młodzieńczej. Porównawcza skuteczność eksperymentalna, mediatory, moderatory i skuteczność rzeczywista. W: Kazdin AE, Weisz JR, red. *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
21. Clarke GN, DeBar LL, Lewinsohn PM. Poznawczo-behawioralna terapia grupowa depresji młodzieńczej. W: Kazdin AE, Weisz JR. *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
22. Witkowska-Ulatowska H. Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. Przegląd badań. W: Namysłowska I, red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000.
23. Bomba J, Modrzejewska R, Pilecki M. Depresyjny przebieg dorastania jako czynnik ryzyka powstawania zaburzeń psychicznych — piętnastoletnie badania prospektywne. *Psychiatr. Pol.* 2003; 1: 57–69.
24. Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M. Długoterminowe, przeprowadzone w Maudsley, badanie katamnesticzne dzieci i adolescentów z depresją. Część 1. Występowanie zaburzeń psychicznych w wieku dorosłym. *Brit. J. Psychiatry*. September 2001; 179, 210-217. Streszczenie w: *Psychiatr. Pol.* 2001; 5: 318.
25. Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M. Długoterminowe, przeprowadzone w Maudsley, badanie katamnesticzne dzieci i adolescentów z depresją. Część 2. Częstość występowania samobójstw, przestępczość i zaburzenia funkcjonowania społecznego w wieku dorosłym. *Brit. J. Psychiatry* 2001; 179, 218–223. Streszczenie w: *Psychiatr. Pol.* 2001; 5: 319.
26. Rabe-Jabłońska J. Stan psychiczny osób, u których przed 15 laty (w okresie dzieciństwa i/lub dojrzewania) stwierdzono zaburzenia depresyjne. *Psychiatr. Pol.* 2001; 2: 187–198.
27. Różańska-Kowal J, Izydorzyc B. Psychologiczne uwarunkowania młodzieżowych zamachów samobójczych. W: Namysłowska I, red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000.
28. Greszta E. Rodzinne czynniki ryzyka rozwoju depresji u dorastających. *Psychiatr. Pol.* 2006; 4: 719–730.
29. Goodman R, Scott S. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2000.
30. Kozińska B. Typ przywiązania a zdrowie psychiczne. *Psychoter.* 2006; 3 (138): 5–20.

31. Kołakowski A, Pisula A. Wybrane aspekty terapii behawioralnej u dzieci. *Wiad. Psychiatr.* 2004; 7, 4: 309–316.
32. Popiel A, Prąglowska E. Podstawowe założenia psychoterapii poznawczo-behawioralnej. *Wiad. Psychiatr.* 2004; 7, 1: 71–74.
33. Bryńska A. Psychoterapia behawioralno-poznawcza. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.
34. Dowd ET. Psychoterapia poznawcza — stan obecny i kierunki rozwoju. *Psychoter.* 2000; 2 (113): 23–36.
35. Beck JS. *Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
36. Padesky CA, Greenberger D. *Umysł ponad nastrojem. Podręcznik terapeuty*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2004.
37. Stallard P. *Czujesz tak, jak myślisz. Praktyczne zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z dziećmi i młodzieżą*. Poznań: Zysk i S-ka; 2006.
38. Reinecke MA, Clark DA. *Terapia poznawcza przez całe życie: ramy pojęciowe*. W: Reinecke MA, Clark DA, red. *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
39. Alford BA, Beck AT. *Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
40. Newman CF, Ratto CL. *Osobowość narcystyczna*. W: Reinecke MA, Clark DA, red. *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
41. Holmbeck GN, Greenley RN, Franks EA. *Zagadnienia i aspekty rozwojowe w badaniach i praktyce*. W: Kazdin AE, Weisz JR, red. *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
42. Fennell M, Bennett-Levy J, Westbrook D. *Depresja*. W: Bennett-Levy J i in, red. *Oksfordzki podręcznik eksperymentów behawioralnych w terapii poznawczej*. Gdynia: Allliance Press; 2005.
43. Solomon A, Haaga DAF. *Teoria i terapia poznawcza depresji*. W: Reinecke MA, Clark DA, red. *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
44. Bomba J. *Miejsce psychoterapii indywidualnej w leczeniu dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi*. W: Namysłowska I, red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2000.
45. Kazdin AE, Weisz JR. *Kontekst i źródła opartych na dowodach metod psychoterapii dzieci i młodzieży*. W: Kazdin AE, Weisz JR, red. *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
46. Modrzejewska R, Bomba J. *Porównanie obrazu depresji młodzieńczej w populacji krakowskich uczniów szkół średnich na podstawie analizy wyników badań za pomocą inwentarza objawów IO „C1” w latach 1984 i 2001*. *Psychiatr. Pol.* 2006; 1: 57–64.
47. Weisz JR, Kazdin AE. *Stan obecny i perspektywy terapii zorientowanych na dowody w odniesieniu do dzieci i adolescentów*. W: Kazdin AE, Weisz KR, red. *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
48. Mufson L, Pollack Dorta K. *Psychoterapia interpersonalna dla depresyjnych adolescentów*. W: Kazdin AE, Weisz JR, red. *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.

Adres: Przychodnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży
ul. Puławska 87/89, 02-595 Warszawa

WAŻNY KOMUNIKAT

Przypominamy, że nowy statut Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przewiduje jedynie zwyczajne członkostwo towarzystwa. Składka roczna wynosząca w 2008 roku 100 pln, obejmuje m.in. koszt dystrybucji Psychiatrii Polskiej i Psychoterapii oraz członkostwo w sekcjach naukowych PTP.

Przypominamy wszystkim osobom, które dotychczas miały status członka nadzwyczajnego z tytułu przynależności do Sekcji Naukowych, o konieczności pilnego złożenia w stosownym oddziale terenowym PTP dokumentów koniecznych do przyjęcia ich jako członków zwyczajnych.

Zarazem informujemy, że Zarząd Sekcji Psychoterapii PTP ustalił datę 1 czerwca 2008 jako ostateczny termin wygaśnięcia statusu członka nadzwyczajnego tej sekcji.