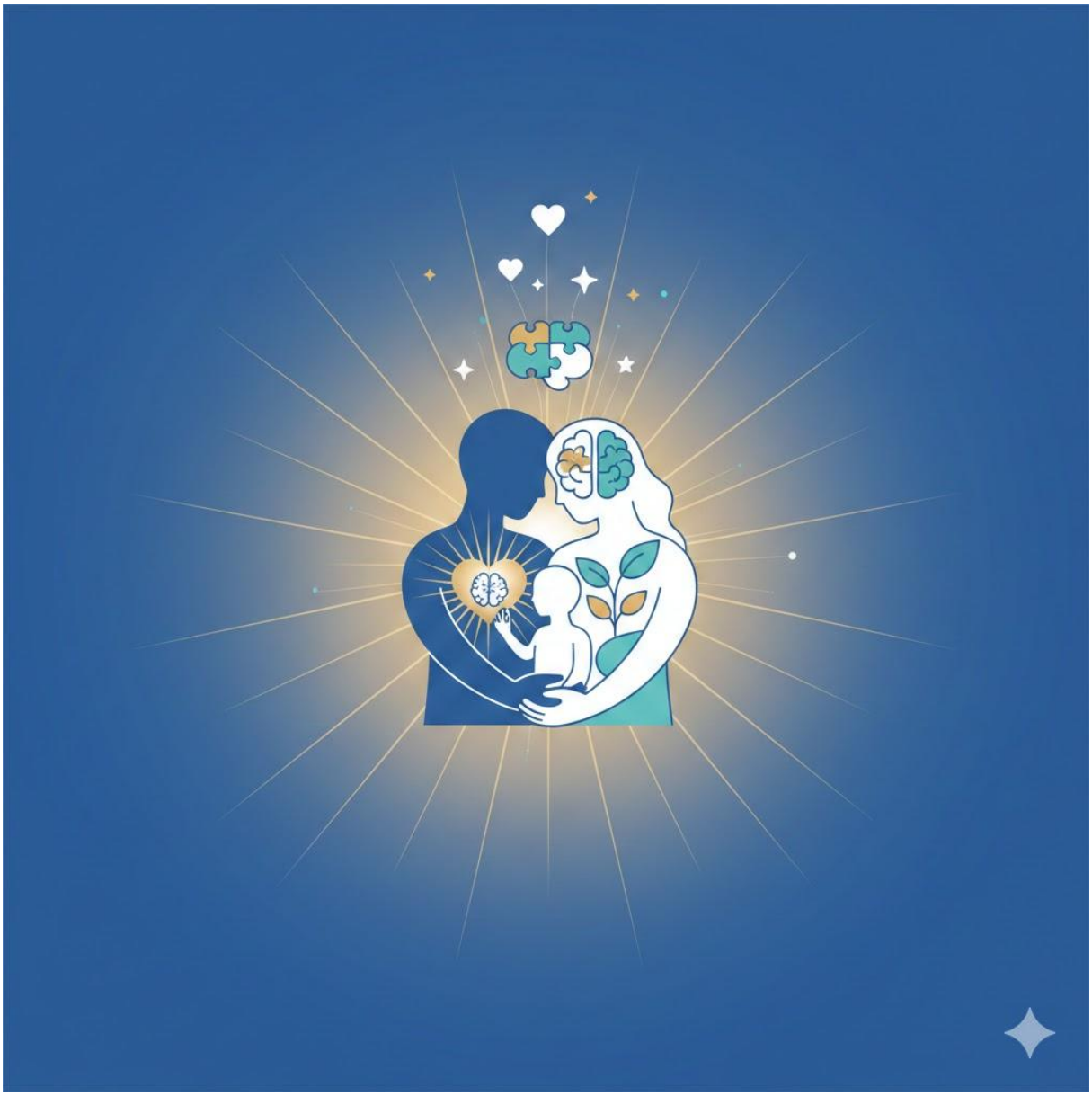
Role i zadania rodziców w terapii poznawczo – behawioralnej depresji dzieci i młodzieży

KAMIL LESIAK



Role i zadania rodziców w terapii poznawczo – behawioralnej depresji dzieci i młodzieży (Parental roles and support in cognitive-behavioral therapy for depression in children and adolescents)

Słowa kluczowe: rodzice, psychoterapia poznawczo - behawioralna, depresja dzieci i młodzieży (**Keywords:** parents, cognitive-behavioral psychotherapy, child and adolescent depression)

Streszczenie: Artykuł prezentuje problematykę roli rodziców w terapii zaburzeń depresyjnych dzieci i młodzieży ze szczególnym uwzględnieniem terapii poznawczo – behawioralnej. Opisuje epidemiologię, symptomatologię oraz wielopłaszczyznową etiologię depresji uwzględniając aspekt rodziny w rozwoju i podtrzymywaniu zaburzenia u dzieci i młodzieży po stronie pacjenta jak i osoby dorosłej. Wskazuje na terapię poznawczo – behawioralną jako rekomendowany model leczenia depresji będący obszarem wymagającym dalszych badań, poszukiwania czynników zwiększających jej skuteczność. Obniża się bowiem wiek pierwszego epizodu depresji u dzieci przy ogólnym wzroście zachorowalności. Artykuł wskazuje możliwy kierunek zwiększenia skuteczności terapii poprzez opis wspierających form zaangażowania rodziców: od inicjowania terapii dziecka przez rodzica i psychoedukacji poprzez wspieranie dziecka w trakcie terapii, jej podtrzymania w obliczu trudności i dalszego wspierania go po zakończeniu oddziaływań. Opisuje trzy główne role rodziców (facylitatora, współterapeuty i współklienta) w procesie terapii indywidualnej dziecka, ich zakres, korzyści w terapii oraz wyzwania po stronie pacjenta, rodzica i terapeuty. Z uwagi na zależność dzieci i młodzieży od rodziców niezbędne jest określenie stopnia współpracy z rodzicami. Artykuł odpowiada na pytanie czy włączać rodzica do terapii dzieci i młodzieży, w jakim stopniu i w którym momencie aby zwiększyć efektywność oddziaływań u pacjenta ponieważ w niektórych przypadkach włączanie rodziców jest niewskazane i może zaburzać proces terapeutyczny.

Depresja

W klasyfikacjach DSM 5 oraz ICD 10 / 11 depresja jest złożonym zaburzeniem nastroju o wielopłaszczyznowej etiologii, występuje pod postacią epizodu lekkiego, umiarkowanego oraz ciężkiego w zakresie nasilenia objawów przerywanych poprawą samopoczucia, aż do przewlekłego, wysokiego nasilenia objawów włączając tło psychotyczne (Popek, Remberk w: Janas-Kozik, Wolańczyk, 2021; Zabel w: Kołakowski, 2023). American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2023) wskazuje, iż obniża się wiek pierwszego epizodu depresyjnego wśród dzieci przy ogólnym wzroście zachorowalności na depresję. Częstość występowania u dzieci w wieku przedszkolnym szacuje się na poziomie 1-2%, w wieku 6 – 12 lat - 1,8-2%, by w okresie adolescencji wynieść 15-20% (Kołodziejek, 2013; Popek, Remberk w: Janas-Kozik, Wolańczyk, 2021; Zabel w: Kołakowski, 2023). Symptomy uzależnione są od etapu rozwojowego dziecka (Verduyn, Rogers, Wood, 2022). U dzieci młodszych dominują objawy fizjologiczne, rozdrażnienie objawiające się separowaniem od rówieśników, utratą zainteresowań czy absencją szkolną (Popek, Remberk w: Janas-Kozik, Wolańczyk, 2021). U nastolatków częściej są to objawy bliższe osobom dorosłym: nadmierne poczucie winy, samoobwinianie, triada depresyjna - negatywna wizja siebie, świata i przyszłości (Ambroziak, Kołakowski, Siwek, 2021a; Kołodziejek, 2013; Popek, Remberk w: Janas-Kozik, Wolańczyk, 2021). We wszystkich grupach wiekowych zbliżony jest natomiast wzorzec zniekształceń poznawczych (Spence, Reinecke w: Reinecke, Clark, 2005).

Diagnoza depresji u dzieci i młodzieży wskazuje na trudności dotyczące całego systemu rodzinnego (Kołakowski, Ambroziak, Zabel w: Kołakowski, 2023) przekładając się na poczucie bezradności u rodziców i nastolatków (Ambroziak, Kołakowski, Siwek, 2021b). Jest najczęściej wiązana z poczuciem porażki, zaburzonych relacji rodzinnych (Stallard

w: Graham, Reynolds, 2013) bądź, jak podkreśla Beck, straty (Reynolds, Clark w: Graham, Reynolds, 2013). Zakłóca codzienne życie rodziny, może prowadzić do konfliktów, podporządkowywać funkcjonowanie całej rodziny objawom zaburzenia, sprzyjać rozpadowi więzi, a nawet całej rodziny (Ambroziak i in., 2021b). Hammen (za: Verduyn i in., 2022) zaznacza, że z uwagi na negatywną ocenę kompetencji rodzicielskich, może prowadzić do rozwoju depresji rodzica napędzając dysfunkcyjny cykl interakcji.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2019) zaleca cyfrową, grupową bądź indywidualną terapię poznawczo – behawioralną (CBT) w przypadku epizodu łagodnego. W przypadku epizodu depresji umiarkowanej bądź ciężkiej – od wieku 5-11rż, 12-18rż - zaleca się podjęcie indywidualnego CBT, wspieranego przez terapię rodzinną z ewentualnym wdrożeniem farmakoterapii. CBT jest również rekomendowane w przypadku wysokiego ryzyka nawrotów (Popek, Remberk w: Janas-Kozik, Wolańczyk, 2021).

Terapia poznawczo – behawioralna

CBT jest procesem opartym na współpracy, angażuje dzieci, nastolatków oraz umożliwia włączenie w proces leczenia rodziców (Stallard, 2024). Jest terapią partnerską, opartą na dowodach naukowych i dialogu – wymaga natomiast dostosowania języka, metod oddziaływania i narzędzi do możliwości rozwojowych i kontekstu społecznego pacjenta (Kołodziejek, 2013; Stallard w: Graham, Reynolds, 2013; Stallard, 2024). Według Verduyn (za: Stallard, 2024) już w wieku 7-12 lat możliwe jest skuteczne angażowanie dzieci w podstawowe zadania CBT, a w przypadku nastolatków w rozpoznawanie dysfunkcjonalnych przekonań oraz restrukturyzacja poznawcza.

Praca skupiona jest na eliminowaniu bieżących trudności – im młodsze dziecko, tym większy nacisk położony jest na sytuacje „tu i teraz” (myśli automatyczne) i wyrównywanie deficytów w rozwiązywaniu problemów (Kendall, 2010). W mniejszym stopniu polega na

modyfikowaniu głębokich schematów poznawczych, wynikających m.in. z adaptacji wskutek braku zaspokojenia przez rodziców podstawowych potrzeb dziecka (Kołodziejek, 2013). Spence i Reinecke (za: Kołodziejek, 2013) zauważają iż u dzieci poznawcze założenia o sobie są bardziej ograniczone, elastyczne oraz podatne na nowe informacje niż w przypadku adolescentów czy osób dorosłych. Myśli automatyczne manifestują się jako odbicie przekonań pierwotnych, kształtowanych w dzieciństwie pod wpływem dominujących środowisk – systemu rodzicielskiego czy domowo – szkolnego, z naciskiem na rodzicielski (Kołakowski i in. w: Kołakowski, 2023; Stallard, 2024).

Główny nacisk w CBT dzieci i młodzieży kładzie się na krótkoterminowe interwencje, w których rozwija się poznawcze umiejętności radzenia sobie oraz strategie rozwiązywania problemów (Stallard, 2024; Stark i in. w: Kendall, 2010**).** McCarty i Weisz (za: Curry, Meyer w: Kendall, 2018) wskazują, iż skuteczna praca w nurcie CBT powinna uwzględniać psychoedukację, wyznaczanie celów, rozwijanie samokontroli, umiejętności społecznych lub komunikacyjnych, aktywizację behawioralną, rozwiązywanie problemów i restrukturyzację poznawczą. Curry i Meyer (w: Kendall, 2018) wyróżnili natomiast strategie szczególnie istotne w terapii depresji nastolatków (tab. 1).

Tab. 1 Strategie w CBT dla depresji młodzieńczej

Niezbędne warunki	Umiejętności wstępne	Podstawowe umiejętności	Opcjonalne umiejętności uzupełniające
- Relacja terapeutyczna z nastolatkiem - Relacja robocza z rodzicem (rodzicami) - Psychoedukacja o depresji i CBT	- Wyznaczanie celów - Monitorowanie nastroju	- Aktywizacja behawioralna - Rozwiązywanie problemów - Restrukturyzacja poznawcza	- Umiejętności społeczne - Komunikacja - Asertywność - Regulacja afektu - Regulacja snu

Źródło: Curry, Meyer (Kendall, 2018, s. 101)

Dzięki elastyczności, ustrukturalizowanemu rytmowi, stosunkowo krótkiemu czasowi trwania oraz partnerskiej relacji CBT odpowiada potrzebom rozwojowym adolescencji, pozwala zrozumieć funkcjonowanie nastolatka, normalizować trudności (Kołodziejek, 2013; Verduyn i in., 2022).

Aspekt rodziny w CBT

Dzieci i nastolatki funkcjonują w zakresie przeplatających się systemów społecznych, są emocjonalnie, finansowo i organizacyjnie zależne od środowiska rodzinnego (Kołakowski i in. w: Kołakowski, 2023), w którym rozwijają umiejętności poznawcze i interpersonalne (Stark i in. w: Kendall, 2010). Niezbędne jest angażowanie tychże systemów w zakres pomocy (Stallard, 2024). Rodzice najczęściej wykazują się wczesną motywacją do zmian zauważając problem, inicjując spotkanie z psychologiem – dzieci samodzielnie zazwyczaj nie zwracają się z prośbą o pomoc profesjonalną, najczęściej też nie mają wpływu na zakończenie spotkań (Ambroziak i in., 2021a; Kendall, 2010; Kołakowski, 2023a). Rozpoczęcie terapii wymaga ponadto zgody ze strony rodziców (do 18 roku życia) bądź po przekroczeniu 16 roku życia zarówno nastolatka i rodziców (Ambroziak i in., 2021b; Kołakowski i in. w: Kołakowski, 2023). Według Reynolds i Clark (w: Graham, Reynolds, 2013) w trakcie terapii środek ciężkości odpowiedzialności za sukces terapeutyczny przesuwany jest z rodziców (inicjatorów spotkań) na dziecko. W przypadku ograniczonej współpracy ze strony rodziców poszukuje się innej, bliskiej osoby, która może wspierać terapię (Ambroziak i in., 2021a). W niektórych sytuacjach włączenie rodziców do terapii może przynieść odwrotny skutek nasilając konflikty w domu oraz utrudniając nabywanie nowych umiejętności, rozwiązywanie problemów (Rohde w: Weisz, Kazdin, 2020). Terapeuta omawia z dzieckiem na jaką realną pomoc może liczyć ze strony rodziców oraz z jakimi wyzwaniami może się ta współpraca wiązać (Ambroziak i in., 2021a).

Niezbędne jest określenie stopnia dysfunkcji rodziny – wg Kaplan (za: Stallard, 2024) i Kołakowskiego (2023a) w przypadku bezpośredniej deprywacji potrzeb emocjonalnych bądź bezpośrednio wrogiej postawy obejmuje się dziecko i rodzinę interwencją kryzysową. Po ustabilizowaniu się sytuacji rodzinnej możliwe staje się wdrożenie CBT (Verduyn i in., 2022). W przypadku niskiego poziomu konfliktu na linii dziecko – rodzice wskazane jest uzupełnienie CBT terapią rodzinną (Ambroziak i in., 2021a; Verduyn i in., 2022). Silna dysfunkcja rodziny wpływa na powstawanie, podtrzymanie zaburzenia, wydłuża czas terapii, zwiększa szansę jej przerwania (AACAP, 2023; Ambroziak i in., 2021a; Spence, Reinecke w: Reinecke, Clark, 2005) i ryzyko nawrotu depresji (Kołodziejek, 2013). Wierzbicki i Pekarik szacują (za: Creswell i in. w: Graham, Reynolds, 2013) iż 40-60% dzieci rezygnuje z terapii przed jej ukończeniem, gdzie wg Kazdin (za: Creswell i in. w: Graham, Reynolds, 2013**)** odpowiada za to w największym stopniu triada relacyjna rodzic – dziecko - terapeuta oraz psychopatologia i podejście rodzica do terapii. Przerwanie terapii może być też wynikiem przekonań rodzica, nie zaś przekonań czy potrzeb dziecka (Ambroziak i in., 2021a). Jednocześnie pozytywna relacja dziecka z rodzicem sprzyja przeniesieniu jej na grunt relacji z terapeutą, ułatwiając budowanie relacji, motywowanie do terapii oraz pozwala włączać rodzica do przepracowywania trudności w jej trakcie celem kontynuacji terapii (Verduyn i in., 2022). Bordin (za: Reynolds, Clark w: Graham, Reynolds, 2013) podkreśla, że silna relacja terapeutyczna z dzieckiem jest kluczowa dla sukcesu terapeutycznego z uwagi na emocjonalną więź oraz ukierunkowanie na zadania w jej trakcie.

Już więc na etapie wywiadu i budowania wstępnego sformułowania problemów pacjenta określić możemy adresata interwencji oraz format realizowanej terapii (Bryńska, 2020), omawiać zgłaszane trudności systemowe mogące podtrzymywać zaburzenie u dziecka (Stallard w: Graham, Reynolds, 2013).

Wywiad i konceptualizacja

Współpraca z rodzicami rozpoczyna się na etapie wywiadu i budowania konceptualizacji problemów pacjenta – sformułowanie stanowi warunek skutecznej interwencji (NICE, 2019; Stark i in. w: Kendall, 2010). Jak podkreśla Bryńska (2020), diagnozę nozologiczną należy uzupełnić, obok psychologicznych czynników indywidualnych, o sytuację rodzinną / szkolną. Skuteczna interwencja powinna uwzględniać funkcję objawu w środowisku rodzinnym co implikuje współpracę z rodzicami i innymi specjalistami zdrowia psychicznego, np. terapeutą rodzinnym (Reynolds, Clark w: Graham, Reynolds, 2013; Spence, Reinecke w: Reinecke, Clark, 2005). Rodzice i dziecko uczestniczą w diagnozie skalami objawowymi i wystandaryzowanymi narzędziami, np. CDI-2 (Friedberg, McClure, Garcia, 2014). Terapeuta korzysta z wiedzy i głębszego zrozumienia funkcjonowania dziecka, a pozyskane od rodziców informacje zaliczane są do kluczowych dla sukcesu terapeutycznego (Creswell i in. w: Graham, Reynolds, 2013). Wykorzystywane są m.in. do określenia zasobów i słabych stron pacjenta i rodziny, wzajemnych interakcji (Verduyn i in., 2022). Na każdym etapie terapii istotne jest zatem budowanie i podtrzymywanie równoległej relacji z dzieckiem i rodzicami (Curry, Meyer w: Kendall, 2018). Dzięki omówieniu zasad i planu terapii buduje się relację z rodzicami umożliwiającą udzielanie im wsparcia i wzmocnienia (Creswell i in. w: Graham, Reynolds, 2013) co może przełożyć się na większe zaangażowanie w proces terapeutyczny dziecka. Depresja może bowiem wpływać na poprawę relacji bliskich osób, zmobilizować system do wspólnej pomocy dziecku (Ambroziak i in., 2021b). Jednocześnie, budowanie relacji z rodzicami, zaopiekowanie się ich emocjami przez terapeutę ogranicza deprecjonowanie osoby terapeuty bowiem przekonania rodziców wpływają na proces terapii i klimat emocjonalny, w jakim terapia przebiega (Ambroziak i in., 2021b).

Ujęcie kontekstu rodziny (oczekiwań i przekonań, norm rodzinnych) pozwala

zrozumieć czy nieprzystosowanie dziecka jest problemem jednostki, czy systemu (Kołodziejek, 2013). Nawiązanie kontaktu z rodzicami jest niezbędne szczególnie kiedy dziecko przeżywa sytuację rodzinną (np. rozwód, separacja, żałoba) celem wypracowania zachowań wspierających dziecko (Ambroziak i in., 2021b; NICE, 2019). Umożliwia to przekazanie rodzicom informacji dotyczących najkorzystniejszych metod wspierania terapii dziecka (Verduyn i in., 2022).

Po zdefiniowaniu trudności następuje wyznaczenie możliwych do zrealizowania celów, ujmujących potrzeby i cele nastolatka, które terapeuta komunikuje rodzicom (Ambroziak i in., 2021a; Stallard, 2024). Terapeuta zachęca rodziców do ich przyjęcia i wspierania w ich realizacji (Stark i in. w: Kendall, 2010) jednocześnie stawiając wyraźne granice, by zachowując autonomiczną postawę, nie realizować poleceń dziecka (Kołakowski i in. w: Kołakowski, 2023) i nie wchodzić w koalicję z rodzicami. Terapeuta występuje jako konsultant dzieląc się perspektywami osób zaangażowanych w terapię (Kendall, 2018). Na prośbę pacjenta może pośredniczyć lub przekazywać ustalone z dzieckiem informacje rodzicom (Kołakowski i in. w: Kołakowski, 2023).

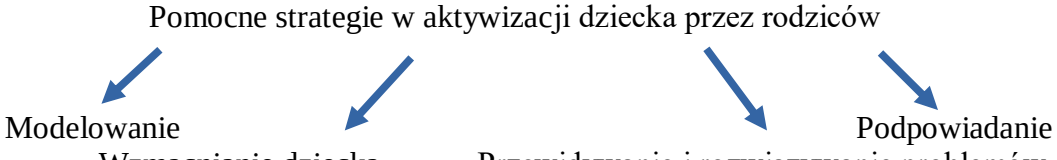
W dalszej kolejności następuje wybór programu terapeutycznego, który uwzględni specyfikę rozwojową pacjenta i poziom współpracy z systemem rodzinnym – oddziaływania mogą być ukierunkowane bezpośrednio na dziecko – we współpracy z rodziną lub bez (AACAP, 2023) lub pośrednio – poprzez rodziców (Bryńska, 2020). Warunkiem niezbędnym do rozpoczęcia terapii, oprócz postawienia diagnozy, jest świadomość problemów, adekwatny poziom motywacji oraz akceptacja planu terapii przez pacjenta i jego rodziców (Kołakowski, 2023b). Dobrze zbudowany plan terapii uwzględnia funkcjonowanie dziecka na wielu poziomach, m.in. domowym z rodzicami (Ambroziak i in., 2021a), ujmuje potrzeby dziecka i rodziny (AACAP, 2023). Wdrożony zostaje kontrakt terapeutyczny z dzieckiem wraz

z omówieniem zasad poufności - nie uwzględnia on informacji dla rodziców na temat rokowania, aktualnego nasilenia objawów, dalszego planu leczenia (Ambroziak i in., 2021a) czy zagrożenia dla zdrowia i życia (Kołakowski i in. w: Kołakowski, 2023; Verduyn i in., 2022). Z rodzicami, za wiedzą dziecka, omówione zostają sposoby i zakres ich kontaktu z terapeutą pomiędzy sesjami (Verduyn i in., 2022)

Udział rodziców w początkowych etapach terapii poznawczo - behawioralnej

W początkowej części terapii, szczególnie podczas sesji klinicznych, rodzice stanowią zazwyczaj aktywniejszą część systemu, dostarczając informacji o dziecku i jego problemach (Stallard, 2024). Uczestniczą w psychoedukacji na temat zaburzenia, modelu poznawczego i jego skuteczności w terapii depresji, planowanego przebiegu leczenia (Kendall, 2018; Stallard w: Graham, Reynolds, 2013; Stark i in. w: Kendall, 2010; Verduyn i in., 2022). W przypadku niskiego poziomu konfliktu na linii nastolatek – rodzice zaleca się prowadzenie spotkania w sesji łączonej, modelując pracę zespołową. Rodzice uzyskują ponadto informacje dotyczące wspierania terapii dziecka poprzez docenianie postępów, budowania relacji opartej na bezpieczeństwie i bliskości – dostosowując zalecenia do etapu rozwojowego dziecka (Ambroziak i in., 2021b). Dostarcza się zindywidualizowane materiały psychoedukacyjne (Friedberg i in., 2014) - zawierające np. pomocne strategie aktywizacji dziecka (ryc. 1).

Ryc. 1 Pomocne strategie w aktywizacji dziecka przez rodziców



Źródło: (Friedberg i in., 2014, s. 118)

Psychoedukacja rodziców obejmuje ponadto sposób odżywiania, higienę snu, potrzebę wdrożenia aktywności w celu powrotu do zdrowia (Ambroziak i in., 2021b). Zgody rodzica wymagać będzie również odejście od standardowego przebiegu sesji w celu budowania

relacji, np. wyjście z gabinetu na spacer, odwiedzenia parku czy cukierni związane z kosztami finansowymi (Kołakowski, 2023a; Stallard, 2024; Verduyn i in., 2022).

Role i formy wsparcia rodziców w terapii poznawczo - behawioralnej

Forma wsparcia rodziców: zakres, rola – powinna zostać określona na początku terapii (Stallard, 2024), na etapie formułowania trudności pacjenta (Creswell i in. w: Graham, Reynolds, 2013). Pomimo ogólnego zalecenia włączania rodziców do CBT dzieci i młodzieży brakuje jednoznacznego modelu określającego rolę i formy wsparcia (Kołakowski i in. w: Kołakowski, 2023; Rohde w: Weisz, Kazdin, 2020). Wskazówką ma być rozpoznanie, wiek dziecka oraz współwystępowanie zaburzeń u rodziców (Kołakowski i in. w: Kołakowski, 2023). Stallard wyróżnił 3 główne role: facylitatora, współterapeuty i współklienta zaś stopień zaangażowania rodziców w odpowiednie role uzależnił od rodzaju trudności i wieku dziecka, uwzględniając relację dziecka z rodzicami, poziom zdrowia psychicznego rodziców czy ich problemy rodzicielskie (Kendall, 2010; Stallard w: Graham, Reynolds, 2013). Khanna i Kendall (2023) wyróżnili rolę trenera, który modeluje i wzmacnia postępy dziecka. Cechą pożądaną rodzica w CBT dzieci jest wg Manassis (Kołakowski i in. w: Kołakowski, 2023) m.in. rozumienie przez rodzica swojej roli i odpowiedni poziom zaangażowania. W zależności od etapu terapii, stopnia zaangażowania rodziców w model CBT oraz ich wpływu na zaburzenie dziecka zmieniają się podejmowane przez nich role (Creswell i in. w: Graham, Reynolds, 2013).

Rodzic jako facylitator

Kiedy młody pacjent jest w stanie zaangażować się w terapię, przy towarzyszących w miarę postępów rodzicach, wystarczy podstawowa rola rodzica - facylitatora (Creswell i in. w: Graham, Reynolds, 2013). Niezbędnym wymaganiem jest jednak niewielkie nasilenie trudności po stronie rodziców (Stallard w: Graham, Reynolds, 2013). Po uczestniczeniu w 1 –

2 sesjach i zapoznaniu z modelem CBT, ich głównym zadaniem jest dbałość o regularne uczestnictwo dziecka w terapii, zaznajomienie z rodzajem zadań domowych oraz zachęcanie do ich wypełniania poprzez praktykowanie umiejętności nabywanych na sesjach (Stallard, 2024; Verduyn i in., 2022) oraz udzielanie informacji, mogących wspierać rozumienie problemu dziecka (Kendall, 2010). Sprzyja to generalizacji technik i umiejętności terapeutycznych poza sesją (Friedberg i in., 2014). Rodzic jako facylitator monitoruje aktualny poziom motywacji dziecka, zachęca do dalszej terapii poprzez stosowanie wzmocnień pozytywnych (Stark i in. w: Kendall, 2010), co w zależności od wieku może być zmienne i pojawić się dopiero po kilku spotkaniach (Kołakowski, 2023a). Wspiera normowanie cyklu dobowego poprzez wybudzanie dziecka i wzmacnianie wstawania o wyznaczonej porze (Verduyn i in., 2022). Zaangażowanie rodzica w ramach sesji może być źródłem zarówno bieżących informacji dotyczących funkcjonowania dziecka ale i stanowić odmienną perspektywę, przekładając się na elastyczniejszą pracę poznawczą (Stallard, 2024). Rodzic może wspierać pozyskiwanie informacji pomiędzy sesjami, zachęcać do notowania, tłumaczyć wagę podejmowanego wysiłku. Uczestniczy w budowaniu pozytywniejszego obrazu Ja (tzw. mapa Ja) uzupełniając wiedzę dziecka na temat jego zalet w różnych sferach życia (Stark i in. w: Kendall, 2010). Whitaker (za: Stallard, 2024) wskazuje, iż rodzice wspierają wykrywanie trudności w realizowaniu zadań domowych i dostarczają informacji mogących usprawnić i wzmocnić ich atrakcyjność w oczach dziecka. Wykorzystują metody wizualne, dostosowują język, zamieniają pojęcia abstrakcyjne na konkretne, zgodnie z zainteresowaniami dziecka.

Rodzice angażowani są w proces nagradzania, wymyślania i modyfikowania nagród szczególnie pożądanych przez dziecko (Creswell i in. w: Graham, Reynolds, 2013; Friedberg i in., 2014), uczestniczą w opracowywaniu systemu wzmocnień i uczą się konsekwencji w ich

stosowaniu (Friedberg i in., 2014, Kendall, 2018). Są psychoedukowani na temat konieczności zauważania i wzmacniania postępów (Verduyn i in., 2022).

Rodzic jako współterapeuta

Rolą nadrzędną i angażującą rodzica w większym stopniu niż facylitator jest rola współterapeuty (Stallard w: Graham, Reynolds, 2013). Jego zadaniem jest bardziej aktywne monitorowanie, zachęcanie oraz recenzowanie podejmowanych wysiłków (Kendall, 2010). Rodzic tworzy z dzieckiem zespół, uczestnicząc w planowaniu i wdrażaniu interwencji biorąc bezpośredni udział w redukowaniu psychicznego dystresu (Stallard, 2024; Stark i in. w: Kendall, 2010). W zależności od wieku dziecka różni się stopień zaangażowania rodzica jako współterapeuty. Kołakowski i in. (w: Kołakowski, 2023), Stallard (w: Graham, Reynolds, 2013) i Verduyn i in. (2022) wskazują, iż u młodych dzieci rodzic zapraszany jest na każde spotkanie, wspólnie z terapeutą i dzieckiem tworząc zespół aktywnie uczestnicząc w terapii – najlepiej od początku terapii (Kendall, 2018). U młodych pacjentów zaangażowanie rodziców umożliwia włączenie oddziaływań terapeutycznych do codziennego funkcjonowania, sprzyjając pogodzeniu wykonywania zaleceń terapeutycznych z jednoczesnym realizowaniem zadań życia codziennego (Creswell i in. w: Graham, Reynolds, 2013). W przypadku młodszych nastolatków kontakt z rodzicami jest rzadszy do co 2-3 spotkania celem omówienia postępów i psychoedukacji nt. dalszego wspierania dziecka. Spotkania muszą być jednak poprzedzone omówieniem z nastolatkiem tematów do poruszenia z rodzicami, wskazaniem jego wagi dla dalszego procesu terapeutycznego (Ambroziak i in., 2021a). W przypadku starszych nastolatków zaproszenie rodziców jest konsekwencją wspólnego ustalenia z pacjentem, celem natomiast jak wspomniał Rohde (w: Weisz, Kazdin, 2020) i Kołakowski i in. (w: Kołakowski, 2023), jest rozwój autonomii.

Rodzic może na bieżąco towarzyszyć dziecku w rozpoznawaniu aktów poznawczych

w momencie ich wystąpienia w środowisku naturalnym, nakierowywać na możliwą do podjęcia reatrybucję poznawczą (Stallard, 2024; Stark i in. w: Kendall, 2010). Rodzice mogą wspierać dziecko w rozpoznawaniu założeń i przekonań, nazywać zniekształcenia poznawcze oraz stabilizować nastrój, który wskutek podjęcia pracy poznawczej może w początkowym etapie terapii prowadzić do przytłoczenia (Verduyn i in., 2022).

Współterapeuta może uczestniczyć w planowaniu aktywizacji behawioralnej w domu i poza nim (Ambroziak i in., 2021b), budując relację z dzieckiem, modelując postawy (Kołakowski i in. w: Kołakowski, 2023) oraz wpływając aktywnie na normowanie się nastroju wskutek podejmowanych przyjemnych czynności. Ponadto może uruchomić pozytywne skojarzenia bazując również na wcześniej podejmowanych, wspólnych aktywnościach – rytuałach rodzinnych, dostosowując własny rytm dnia by spędzić z dzieckiem więcej czasu (Ambroziak i in., 2021b; Verduyn i in., 2022). Jednocześnie terapeuta zachęca rodziców do częstszego spędzania wolnego czasu wspólnie np. poprzez zabawę, monitorując ich relację, promując częstsze stosowanie pozytywnych komunikatów zamiast stosowania kar (Stark i in. w: Kendall, 2010).

Rodzic może wspierać stosowanie relaksacji poprzez dostosowanie skryptu do środowiska domowego (wykorzystując znane dziecku przedmioty i bazując na znanych sytuacjach), towarzyszyć dziecku podczas procesu czytając skrypt (Friedberg i in., 2014).

W terapii niezbędne mogą okazać się wielokrotne powtórzenia – rodzic może być spoiwem ułatwiającym wytrwanie i osiągnięcie sukcesu (Stallard, 2024), przeciwdziałać unikaniu (Ambroziak i in., 2021b), dzięki większej wiedzy na temat aktualnego funkcjonowania dziecka i wypracowanych strategii przezwyciężania trudności (Creswell i in. w: Graham, Reynolds, 2013). W przypadku trudności rodzic może wspierać dostrzeganie pozytywów modelując postawy jak i wzmacniać rozumienie i wykorzystywanie metod CBT

(Ambroziak i in., 2021a).

Rodzic jako współklient

Gdy zachowania rodziców stanowią mechanizm podtrzymujący problemy dziecka bądź mają istotny wpływ na jakiś aspekt jego zaburzenia – mogą zostać włączeni do terapii dziecka w roli współklientów (Kendall, 2010; Stallard w: Graham, Reynolds, 2013), płynnie przechodząc z sesji indywidualnych na rodzinne (Verduyn i in., 2022). W trakcie sesji indywidualnych z dzieckiem terapeuta wychwytuje rozbieżności w przekonaniach rodziców i dziecka, które na sesji rodzinnej mogą zostać przepracowane, kwestionując kluczowe przekonania dziecka - umożliwiając przezwyciężenie podtrzymywania objawów depresyjnych, budując obraz rodzica jako osoby wspierającej (Verduyn i in., 2022). Innymi wskazaniami do podjęcia terapii indywidualnej przez rodziców są m.in. obniżony nastrój, wysoki poziom lęku, negatywne style poznawcze, które mogą niwelować postępy dziecka bądź czynić terapię niemożliwą do zrealizowania (Creswell i in. w: Graham, Reynolds, 2013; Popek, Remberk w: Janas-Kozik, Wolańczyk, 2021). Depresja dziecka może bowiem wpływać na kondycję psychiczną rodzica wskutek przesunięcia osi uwagi na dziecko i zaniedbywania własnych potrzeb emocjonalnych (Ambroziak i in., 2021b). Brak jest jednak dowodów empirycznych wskazujących jak najlepiej włączać sesje dla rodziców jako klientów do terapii dziecka – nie mogą one natomiast zakłócać toku indywidualnej CBT dziecka ani sojuszu terapeutycznego z dzieckiem – a służyć jedynie wypracowaniu strategii uzupełniających (Curry, Meyer w: Kendall, 2018).

W trakcie terapii dziecka rodzice rozwijają umiejętności rozwiązywania własnych problemów, redukcji stresu (Kołodziejek, 2013) – w protokołach Coping with depression for adolescents (CWD-A) i ACTION usprawniają komunikację i nabywają umiejętności tożsame z wypracowanymi w terapii przez nastolatki (Rohde w: Weisz, Kazdin, 2020; Stark i in.

w: Kendall, 2010). Zachęca się rodziców by modelowali rozwiązywanie własnych problemów poprzez werbalizowanie rozwiązania przy dziecku (Friedberg i in., 2014). Według Cobham, Dadds i Spence (za: Stallard, 2024) interwencje są ukierunkowane na zmniejszenie napięcia u samych rodziców i poznanie oraz ograniczenie wpływu ich własnych trudności na funkcjonowanie dziecka. Wykorzystywane są materiały samopomocowe oraz programy komputerowe (Verduyn i in., 2022). Zastosowanie prostych interwencji CBT w przypadku zachowań rodziców podtrzymujących problem dziecka czasami wystarcza do przepracowania trudności (Creswell i in. w: Graham, Reynolds, 2013), choć w przypadku znacznego ich nasilenia rola klienta w terapii dziecka nie zastąpi profesjonalnej pomocy - wskazane jest podjęcie terapii własnej (Verduyn i in., 2022). Jeśli niepowodzenie w terapii wynika z zaburzonych relacji i komunikacji wewnątrz rodziny uzupełnia się ją o równoczesną terapię systemową (Kołakowski i in. w: Kołakowski, 2023). W przypadku zaburzeń współwystępujących u dziecka, np. ADHD, wskazane jest uzupełnienie terapii dziecka treningiem umiejętności rodzicielskich (Kołakowski i in. w: Kołakowski, 2023).

Terapeuta omawia z rodzicami mechanizmy podtrzymujące objawy u dziecka: unikania, nadmiernego udzielania zapewnień oraz angażowania się w objawy (Kołakowski i in. w: Kołakowski, 2023). Jednocześnie zaleca się identyfikowanie i podkreślanie konkretnych działań rodziców, mających pozytywny wpływ na dzieci – co wzmacnia motywację rodziców i ich udział w terapii dziecka (Creswell i in. w: Graham, Reynolds, 2013). Terapeuta wyposaża rodzica w narzędzia, np. materiały psychoedukacyjne czy naklejki motywacyjne (Creswell i in. w: Graham, Reynolds, 2013; Stark i in. w: Kendall, 2010), informuje rodziców o dynamice terapii, gdzie postępy i sukcesy przeplatają się z sytuacjami trudnymi i regresem (Ambroziak i in., 2021a; Creswell i in. w: Graham, Reynolds, 2013).

W przypadku samouszkodzeń i myśli samobójczych NICE (2022) rekomenduje

włączenie rodziców do zespołu przeciwdziałania kryzysom. Rodzic kontroluje stan psychiczny dziecka pomiędzy sesjami w celu zapewnienia bezpieczeństwa (Ambroziak i in., 2021b; Verduyn i in., 2022) odwracając uwagę, wspierając stosowanie alternatywnych strategii regulacji napięcia.

Na końcowym etapie terapii wzmacnia się rodziców ponownie podkreślając ich rolę w procesie odzyskiwania zdrowia przez dziecko, omawia się możliwe dalsze trudności oraz strategie zaradcze (Creswell i in. w: Graham, Reynolds, 2013). Rodzic wspólnie z dzieckiem opracowuje profilaktykę nawrotów depresji uwzględniając potencjalny wpływ czynników środowiskowych (Verduyn i in., 2022).

Podsumowanie

Szacuje się, iż ok. 40 % dzieci nie osiąga poprawy wskutek zastosowania CBT czy farmakoterapii (Ambroziak i in., 2021a), co implikuje zasadność poszukiwania metod zwiększających skuteczność terapii (Popek, Remberk w: Janas-Kozik, Wolańczyk, 2021). Niezbędne jest więc angażowanie rodziców jako czynnik wspierający terapię depresji dzieci i młodzieży, natomiast forma i zakres tej współpracy wymaga dalszych badań (Kendall, 2010; Rohde w: Weisz, Kazdin, 2020). Nieistotne statystycznie okazały się różnice pomiędzy terapią nastolatków prowadzoną z udziałem i bez udziału rodziców (Rohde w: Weisz, Kazdin, 2020), brakuje badań określających wpływ relacji rodziców z terapeutą na efekty terapii dziecka (Creswell i in. w: Graham, Reynolds, 2013). Zdaniem niektórych badaczy skuteczność CBT dzieci nie jest wyraźnie wyższa od innych metod opartych na dowodach naukowych (Rohde w: Weisz, Kazdin, 2020). Badań wymaga triada relacyjna rodzic – dziecko – terapeuta, która może mieć istotne znaczenie dla efektywności profilaktyki i CBT depresji dzieci i młodzieży.

Bibliografia

Ambroziak, K., Kołakowski, A., Siwek, K. (2021a), *Depresja nastolatków. Jak ją rozpoznać, zrozumieć i pokonać*. Sopot: GWP

Ambroziak, K., Kołakowski, A., Siwek, K. (2021b), *Nastolatek a depresja. Praktyczny poradnik dla rodziców i młodzieży*. Sopot: GWP

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2023) *Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Major and Persistent Depressive Disorders* . Pobrane z: https://www.jaacap.org/action/showPdf?pii=S0890-8567%2822%2901852-4 (11.03.2025)

Bryńska A. (2020). Konceptualizacja problemu i planowanie interwencji w przypadku pacjenta w wieku rozwojowym. *Terapia poznawczo behawioralna. Depresja*, *2*, 107-126.

Creswell, C., Cartwright-Hatton, S., Rodriguez, N. (2013). Working collaboratively with parents and carers in cognitive behaviour therapy (CBT). W P. Graham, S. Reynolds (Red), *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (s. 91-109). Cambridge: Cambridge University Press

Curry, J. F., Meyer, A. E. (2018). Treatment of Depression. W P. C. Kendall (Red), *Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A Casebook for Clinical Practice* (s. 94-121). New York: The Guilford Press

Friedberg, R. D.., McClure J. M., Garcia, J. H.. (2014), *Cognitive Therapy Techniques for Children and Adolescents: Tools for Enhancing Practice*. New York: The Guilford Press

Kendall, P.C. (2010). Teoria przewodnia w terapii dzieci i młodzieży. W P.C. Kendall (Red.), *Terapia dzieci i młodzieży. Procedury poznawczo - behawioralne* (s. 3–28). Kraków: WUJ

Kendall, P. C. (2018). Working with youth. W P. C. Kendall (Red), *Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A Casebook for Clinical Practice* (s. 1-14). New York: The Guilford Press

Khanna, S. K., Kendall, P. C. (2023). *Dziecko odporne psychicznie. Jak wychować odważne i otwarte dzieci w świecie pełnym lęku? Terapia CBT*. Gdańsk: GWP

Kołakowski, A. (2023a). Praktyczne różnice między psychoterapią dzieci i młodzieży a psychoterapią osób dorosłych. W A. Kołakowski (Red.), *Psychoterapia poznawczo – behawioralna dzieci i młodzieży. Przewodnik praktyka* (s. 37–49). Poznań: GWP

Kołakowski, A., Ambroziak K., Zabel M. (2023). Rodzice i opiekunowie: planowanie ich udziału w psychoterapii w zależności od rozpoznania i wieku dziecka. W A. Kołakowski (Red.), *Psychoterapia poznawczo – behawioralna dzieci i młodzieży. Przewodnik praktyka* (s. 67–83). Poznań: GWP

Kołakowski, A. (2023b). Skuteczność i ograniczenia psychoterapii dzieci i młodzieży, czyli co i w jakim stopniu możemy zmienić w trakcie psychoterapii. W A. Kołakowski (Red.), *Psychoterapia poznawczo – behawioralna dzieci i młodzieży. Przewodnik praktyka* (s. 51–66). Poznań: GWP

Kołodziejek M. (2013). Depresja u dzieci i młodzieży: podstawy teoretyczne, psychoterapia poznawczo - behawioralna. *Terapia poznawczo behawioralna. Dziecko w psychoterapii, 12,* 5-26.

National Institute for Health and Care Excellence (2019) *Depression in children and young people: identification and management.* Pobrane z: https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/chapter/Recommendations *(06.03.2025)*

National Institute for Health and Care Excellence (2022) *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence.* Pobrane z: https://www.nice.org.uk/guidance/ng225 (09.03.2025)

Popek, L., Remberk, B. (2021). Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży. W M. Janas – Kozik, T. Wolańczyk (Red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży. Tom 1* (s. 472–493). Warszawa: PZWL

Reynolds, S., Clark, S. (2013). Depressive disorders. W P. Graham, S. Reynolds (Red), *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (s. 292-307). Cambridge: Cambridge University Press

Rohde, P. (2020). Terapia poznawczo – behawioralna depresji młodzieńczej. W J.R. Weisz, A.E. Kazdin (Red), *Metody w psychoterapii dzieci i młodzieży oparte na dowodach* (s. 79-100). Kraków: WUJ

Spence, S. H., Reinecke, M. A. (2005) Rozumienie, zapobieganie i leczenie depresji u dzieci i młodzieży. Podejście poznawcze. W M.A. Reinecke, D.A. Clark (Red), Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce (s. 397-437). Gdańsk: GWP

Stallard, P. (2013). Adapting cognitive behaviour therapy for children and adolescents. W P. Graham, S. Reynolds (Red), *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (s. 22-33). Cambridge: Cambridge University Press

Stallard P. (2024), *Czujesz tak, jak myślisz. Praktyczne zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z dziećmi i młodzieżą.* Poznań: Zysk i S-ka

Stark, K.D., Hargrave, J., Sander, J., Custer, G., Schnoebelen, S., Simpson, J., Molnar, J. (2010). Leczenie depresji młodzieńczej – program terapeutyczny ACTION. W P.C. Kendall (Red.), *Terapia dzieci i młodzieży. Procedury poznawczo - behawioralne* (s. 161–205). Kraków: WUJ

Verduyn, C., Rogers, J., Wood, A. (2022), *Depresja. Terapia poznawczo – behawioralna dzieci i młodzieży*. Warszawa: Difin

Zabel, M. (2023). Depresja dzieci i młodzieży. W A. Kołakowski (Red.), *Psychoterapia poznawczo – behawioralna dzieci i młodzieży. Przewodnik praktyka* (s. 259–276). Poznań: GWP