

Emilia Link-Dratkowska

Zespół Specjalnego Kształcenia Podstawowego i Gimnazjalnego nr 27 w Gdańsku

Centrum Terapii Rozwojowej „Wyspa” w Gdańsku

# Depresja dzieci i młodzieży — podejście poznawczo-behawioralne. Teoria i terapia

## *Child and adolescent depression — cognitive-behavioral approach. Theory and therapy*

### Abstract

The aim of this monograph was to present cognitive-behavioral conception of depression with reference to children and adolescents. It was presented as a brief description of most important cognitive models of this disorder, its implications to psychotherapy and current research tendencies. There were also introduced main elements of structures and subjects of two propositions of depression therapy programs for children and youth. In the end there was made short presentation of research regarding to their effectiveness.

*Psychiatria* 2011; 8, 3: 84–90

**key words:** cognitive-behavioral therapy, depression, depression in children and adolescents

### Wstęp

Terapia poznawczo-behawioralna (CBT, *cognitive-behavioral therapy*) stopniowo zyskuje coraz większe uznanie wśród lekarzy i psychologów. Składa się na to kilka czynników. Po pierwsze — przedstawia dokładne modele poznawcze poszczególnych zaburzeń psychicznych oraz behawioralne czynniki podtrzymujące te zaburzenia. Umożliwia to prowadzenie badań nad tą formą pracy, co przyczynia się z kolei do ciągłego optymalizowania procedur terapeutycznych [1]. Kolejnym istotnym elementem jest klarowność i uporządkowana struktura — zarówno całego cyklu terapeutycznego, jak i pojedynczej sesji, oraz założenie współdziałania pacjenta i terapeuty w pracy nad ustalonymi celami, co ułatwia monitorowanie efektów leczenia [2]. Jednak niepodważalnym czynnikiem przysparzającym CBT zwolenników

są wyniki badań nad jej skutecznością w leczeniu wielu zaburzeń: depresji, różnorodnych zaburzeń lękowych czy schizofrenii [3].

Omawiana w niniejszej pracy depresja stanowi niezwykle często występujące zaburzenie [4]. Natomiast terapia poznawczo-behawioralna ze względu na udowodnioną wysoką skuteczność (spełnia kryteria dobrze udokumentowanego sposobu leczenia depresji) jest formą psychoterapii obecnie najczęściej zalecaną w tym schorzeniu [5, 6].

W odniesieniu do dzieci i młodzieży, zarówno kwestia częstości występowania czy rozpoznawania, jak i skuteczności stosowania CBT nie jest tak jasna i dobrze zbadana, jak w przypadku dorosłych [7–9]. Wynika to z wielu kwestii, które zostaną poruszone poniżej.

### Depresja u dzieci i młodzieży

Bardzo długo panował pogląd, że zaburzenia afektywne nie dotyczą wieku rozwojowego, mimo to w piśmiennictwie niejednokrotnie pojawiały się opisy ekstremalnych wahań nastroju u dzieci i młodzieży. Wprowadzenie przejrzystych kryteriów diagno-

### Adres do korespondencji:

mgr Emilia Link-Dratkowska  
Zespół Specjalnego Kształcenia Podstawowego  
i Gimnazjalnego nr 27 w Gdańsku  
Centrum Terapii Rozwojowej „Wyspa” w Gdańsku  
ul. Kochanowskiego 61/4, 80–402 Gdańsk  
tel.: 501 513 170  
e-mail: emilialink@wp.pl

stycznych i zasad rozpoznawania zaburzeń psychicznych w klasyfikacjach *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (obecnie ICD-10) oraz *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (obecnie DSM-IV-TR) utrwaliło rozpoznawanie depresji w wieku rozwojowym na bazie kryteriów przeznaczonych do diagnozowania dorosłych, ponieważ wiele objawów wyraża się podobnie bez względu na wiek [10, 11]. Jednak istnieje co najmniej kilka cech depresji, które są typowe dla dzieci i/lub młodzieży, co prowadzi do konieczności modyfikacji kryteriów diagnostycznych w zależności od wieku [12]. Najczęściej wymienianym objawem charakterystycznym w obrazie depresji dziecięcej jest drażliwość (czy nawet złość i wrogość), która może zastępować nastrój depresyjny, szczególnie u młodszych dzieci. Mogą się pojawiać wybuchy krzyku, żalu, niezrozumiałego rozdrażnienia czy płaczu [13]. Jeżeli już występuje obniżony nastrój, to nie wyraża się on w subiektywnych wypowiedziach, ale o przygnębieniu świadczy ogólny wygląd — wyraz twarzy i postawa ciała.

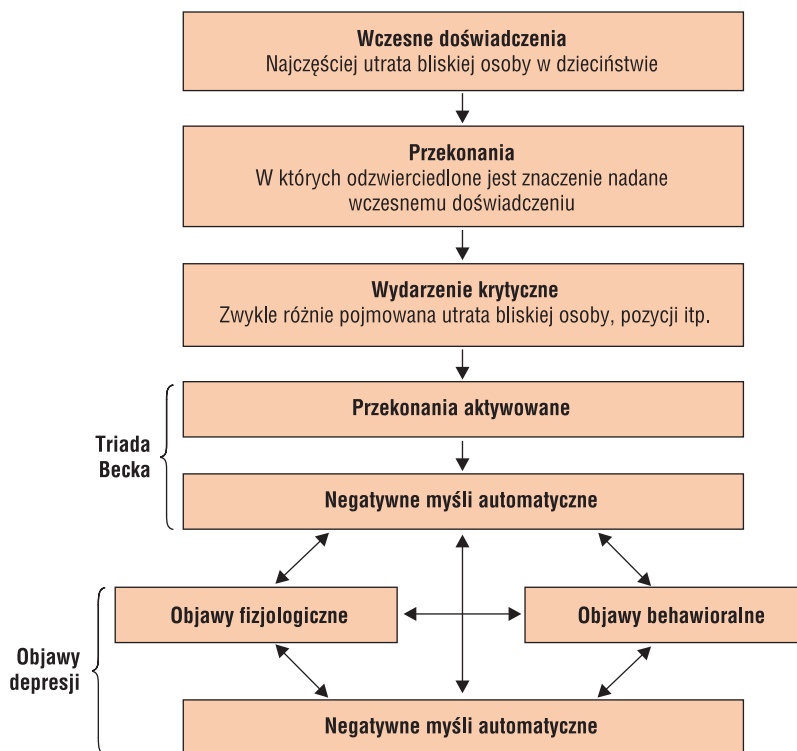
Sprawa wygląda inaczej wśród depresyjnych adolescentów, spośród których około 90% mówi o depresyjnym nastroju, smutku i pustce [14]. W tej grupie częściej też obserwuje się zahamowanie psychoruchowe, w przeciwieństwie do młodszych dzieci, gdzie dominuje wzmożona aktywność i pobudzenie. W obu przypadkach natomiast występują liczne, niespecyficzne skargi somatyczne, na przykład bóle głowy, brzucha, mięśni czy złe samopoczucie. W wieku rozwojowym znacznie rzadziej niż w dorosłym pojawia się anhedonia, chociaż obserwuje się zmniejszenie lub brak zainteresowania czynnościami, które wcześniej sprawiały przyjemność, na przykład zabawami z przyjaciółmi [15]. Inne objawy pojawiają się ze zblżyżoną częstością zarówno u dorosłych, jak i dzieci oraz młodzieży, ale manifestują się w różny sposób, charakterystyczny dla poszczególnych okresów życia. Są to: znaczące zmiany apetytu i masy ciała (u dzieci także brak oczekiwanych przyrostów wagi), bezsenność lub nadmierna senność, zmniejszona zdolność myślenia, koncentracji i podejmowania decyzji (co w wieku rozwojowym może wyrażać się pogorszeniem wyników w nauce i tendencji do unikania szkoły), brak poczucia własnej wartości oraz poczucie winy [16]. U dzieci i nastolatków dość częste są także myśli samobójcze [7]. W przypadku młodszej grupy chorych plany samobójcze rzadziej prowadzą do podejmowania realnych działań w tym kierunku. Natomiast w odniesieniu do młodzieży ryzyko odebrania sobie życia jest bardzo wysokie, a wskaźniki udanych lub

nieudanych prób samobójczych wydają się wyższe, niż wśród depresyjnych dorosłych [17, 18].

Charakterystycznym zjawiskiem w depresji wieku rozwojowego jest współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych. Na podstawie badań szacuje się, że u 40–70% depresyjnych dzieci i młodzieży pojawia się jeszcze co najmniej jedno zaburzenie psychiczne. Najczęściej są to różnorodne zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania, zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zespół hiperkinetyczny i inne [19]. U starszych dochodzą jeszcze zaburzenia odżywiania oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych [20].

Zachorowalność dzieci i młodzieży na pełnoobjawową depresję dotyczy około 2–5% tej populacji. Wskaźnik ten zwiększa się po wzięciu pod uwagę dystymii, zaburzenia afektywnego dwubiegunowego lub subklinicznych postaci zaburzeń nastroju [20, 21]. Rozpowszechnienie depresji rośnie wraz z wiekiem — u osób poniżej 12. roku życia zaburzenie dotyka około 2–3%, powyżej tego wieku wzrasta do 6–8% [22]. Dane epidemiologiczne uzyskiwane w ciągu ostatnich lat wskazują na wzrost rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych wśród dzieci i adolescentów oraz obniżanie średniej wieku, w którym pojawiają się one po raz pierwszy.

Patogeneza depresji w ogóle, a tym bardziej wieku rozwojowego, jest złożona i nie do końca wyjaśniona. Panuje pogląd, że nie jest wyrazem jednorodnego w swojej istocie zaburzenia, w związku z czym jej natura i mechanizmy są bardzo skomplikowane [23]. Nie ma jednej zmiennej, która wyjaśniałaby wszystkie przypadki depresji. Można wymienić różne czynniki ryzyka (biologiczne, psychospołeczne, rozwojowe), które wchodzą ze sobą w złożone, wielokierunkowe relacje. Udowodniono, że osoby z depresją, bez względu na wiek, wykazują charakterystyczne nieprawidłowości funkcjonowania osi: podwzgórze–przysadka–nadnercza, wpływające na zaburzenia regulacji i stężenia kortyzolu. Są one prawdopodobnie powiązane z czynnikami genetycznymi lub stanowią skutek działania stresu podczas krytycznego okresu rozwoju mózgu. W kontekście czynników biologicznych mówi się też o genetycznej podatności na zranienia oraz o specyficznych uszkodzeniach lub dysfunkcjach ośrodkowego układu nerwowego — jednak brakuje na ten temat wystarczających danych [24]. Do najczęściej wymienianych czynników psychospołecznych, zwiększających ryzyko wystąpienia depresji w wieku rozwojowym, należą: zaburzone relacje rodzinne (konflikty, brak wsparcia, przemoc, separacja od rodziców, uzależnienia



**Rycina 1.** Poznawczy model depresji A. Becka (na podstawie: [26])

**Figure 1.** Cognitive model of Beck Depression (based on: [26])

i choroby w rodzinie), ekspozycja na negatywne zdarzenia i trudności życia codziennego, niepowodzenia w szkole, śmierć lub utrata bliskiej osoby, trudności w utrzymywaniu relacji. Podkreśla się też znaczenie cech psychologicznych dziecka, takich jak słaba samoocena i niskie poczucie sprawstwa, wyuczona bezradność, deficyty samoregulacji, słabe umiejętności i brak motywacji do radzenia sobie z problemami, ruminacyjny styl myślenia i pesymistyczne style atrybucji [9, 24].

Najwcześniejsze koncepcje powiązań między rozumieniem a leczeniem depresji u dzieci i młodzieży wyrastały na teoriach psychoanalitycznych i psychodynamicznych. Współcześnie, poczynszy od podstawowego poznawczego modelu depresji Becka, podkreśla się znaczenie modeli poznawczych i wynikających z nich implikacji do terapii.

**Poznawczy model depresji Becka** (1967) charakteryzuje się trzema podstawowymi czynnikami. Główną rolę przypisuje się negatywnym, depresyjnym schematom poznawczym (które pozostają latentne w czasie remisji), następnie zniekształceniom w przetwarzaniu informacji oraz tak zwanej Triadzie depresyjnej, czyli negatywnej wizji siebie, otaczającej rzeczywistości i przyszłości [25] (ryc. 1).

Negatywne wydarzenia życiowe, najczęściej związane z utratą (np. bliskiej osoby), aktywizują depresjogenne schematy, które wpływają na obciążenie zniekształceniami poznawczymi myśli automatycznych, prowadząc do pojawienia się triady poznawczej i obniżenia nastroju. W ten sposób uruchamia się błędne koło: smutek z towarzyszącymi mu objawami fizjologicznymi wpływa na ograniczenie aktywności, a konsekwencje tego potwierdzają depresyjne myślenie o sobie, rzeczywistości i przyszłości (poczucie beznadziejności, bezwartościowości, bezradności) [27]. Wyniki badań wykazały, że poszczególne elementy modelu Becka można odnieść do dzieci i młodzieży. Wspólny jest na przykład wzorzec zniekształceń poznawczych prowadzących do wystąpienia (tak jak u dorosłych) triady depresyjnej: katastrofizacja, personalizacja, selektywna uwaga, nadmierna generalizacja. Dlatego też techniki restrukturyzacji poznawczej, prowadzące do nauczenia się przez pacjentów identyfikowania, weryfikowania i zmieniania dysfunkcyjnych myśli oraz redukcji błędów w przetwarzaniu informacji — można zastosować również w stosunku do dzieci i młodzieży. Warunkiem jest tutaj dostosowanie interwencji i materiałów do możliwości rozwojowych w danym wieku. Przełożenie pojęć abstrakcyjnych na proste, konkretne i czytelne przykła-

dy, czy metafory zrozumiałe dla dziecka. Od lat 80. ubiegłego wieku podejmuje się próby wykorzystywania klasycznych technik poznawczych wraz z interwencjami behawioralnymi w postaci CBT u dzieci i młodzieży, dokonując modyfikacji i pomiarów skuteczności [28, 29].

**Poznawcza koncepcja depresji Rehma** powstała na podstawie teorii samoregulacji Kanfera [30]. Model ten wskazuje na występujące u pacjentów z depresją deficyty w obrębie składowych samoregulacji, czyli samoobserwacji, samooceny i samo wzmacniania. Jako czynniki wywołujące i podtrzymujące depresję, wymieniane są: koncentracja na negatywnych zdarzeniach z pomijaniem pozytywnych, skupianie się na natychmiastowych skutkach zachowania z pomijaniem efektów późniejszych, zawyżanie kryteriów oceny własnych działań, przypisywaniem negatywnych cech przyczynom zdarzeń, słabe samowzmacnianie własnej motywacji do skutecznych zachowań z jednoczesnym wymierzaniem sobie nadmiernych kar za spostrzegane niedociągnięcia [9]. Podobne mechanizmy zaobserwowano u depresyjnych dzieci i nastolatków. W związku z tym terapię depresji opartą na samokontroli, która dawała pozytywne wyniki wśród dorosłych, opracowano także w wersji przeznaczony dla dzieci i młodzieży.

Przykładem CBT depresji opartej na modelu samokontroli jest **program terapeutyczny ACTION** opracowany przez Starka i wsp. [31]. Ogólna struktura programu może być używana w stosunku do dzieci i młodzieży bez względu na płeć. Jednak najdokładniej opracowana forma (materiały, przykłady, zadania) przeznaczona jest dla dziewcząt w wieku 9–13 lat. Program przewiduje 20 spotkań w grupach 2–5-osobowych, odbywających się 2 razy w tygodniu przez kolejnych 11 tygodni oraz 2 spotkania indywidualne w początkowym i końcowym etapie terapii. Każde spotkanie trwa około 60 minut. Praca przebiega na podstawie ustrukturyzowanego podręcznika terapeuty i zeszytu ćwiczeń [32, 33]. Rozpoczęcie terapii poprzedza proces diagnostyczny, opierający się na danych uzyskanych od dziecka i rodziców. Skutkiem tego jest wstępna, indywidualna konceptualizacja przełożona na cele terapii. Pierwsza część programu (sesje 1–9) jest przeznaczona na psychoedukację oraz kształcenie umiejętności radzenia sobie i rozwiązywania problemów [34, 35]. W drugim etapie (sesje 10–19) następuje utrwalenie wcześniej wyuczonych strategii oraz praca oparta na restrukturyzacji poznawczej. Poprzez psychoedukację dzieci uczą się relacji myśli–emocje–zachowanie, uproszczonego, poznawczo-behawioralnego modelu depresji oraz sposobów odniesienia go do własnych objawów i radzenia sobie z nimi. Pacjentki poznają określone sposoby przezwyciężania depresyjnego nastroju za-

warte w 3 punktach: jeśli niepożądaną sytuacją nie można zmienić, użyj strategii radzenia sobie; jeśli niepożądaną sytuację można zmienić, zastosuj rozwiązywanie problemów; złap negatywne myśli, zmień je na myśli bardziej realistyczne i pozytywne. W ramach omawianego programu wdraża się i ćwiczy 5 podstawowych strategii radzenia sobie: zrób coś zabawnego i odrywającego uwagę od zmartwień; zrób coś, co cię uspokoi i odpręży; zrób coś wymagającego wydatkowania energii; porozmawiaj z kimś; zmień sposób myślenia o tym. Wprowadza się też 5 kroków rozwiązywania problemów: definicja problemu, cel rozwiązania problemu, swobodne wymyślanie rozwiązań, analiza konsekwencji, samoocena i samonagradzanie. Mimo że elementy restrukturyzacji poznawczej (która ma pomóc w zbudowaniu pozytywnego schematu Ja) są obecne od początku cyklu terapeutycznego, to zasadnicza nauka samodzielnej restrukturyzacji odbywa się w jego drugiej części. Wymaga bowiem większego skupienia się na sobie i swoich negatywnych myślach, co może się wiązać ze wzbudzeniem i zaostreniem objawów depresji. Nabyte wcześniej umiejętności pozwalają na poradzenie sobie z tym. Na każdym etapie terapii nauka umiejętności opiera się na prezentacjach i zajęciach, z wykorzystaniem materiałów właściwych dla określonego wieku [36]. Pacjentki ćwiczą dane umiejętności w trakcie sesji i stosują je w praktyce w ramach prac domowych, dokumentując to w zeszytach ćwiczeń. Do wykonywania prac osobistych (co jest częstym problemem w pracy z dziećmi i młodzieżą) motywuje system nagród stosowany podczas spotkań. Równolegle odbywa się praca z rodzicami — 1 raz w tygodniu przez 90 minut, 8 grupowych spotkań rodziców, w tym co drugie wraz z dziewczętami, dodatkowo 2 indywidualne spotkania rodzinne. Rodzice również odbywają psychoedukację, uczą się określonych umiejętności terapeutycznych i komunikacyjnych, umiejętności rozwiązywania konfliktów oraz tej samej pięciostopniowej procedury rozwiązywania problemów co ich córki [32, 33]. W programie przewidziane są także konsultacje z wychowawcami, nauczycielami ze szkoły.

Kolejny **model depresji jest związany z deficytem rozwiązywania problemów**. Wkład w rozwój tego modelu mieli między innymi D’Zurilla, Goldfried i Nezu wyrażający pogląd, że niewystarczające umiejętności rozwiązywania problemów są czynnikiem, który — kiedy dochodzi do stresujących wydarzeń — wywołuje i utrwała objawy depresji. Rozwiązywanie problemów opiera się na dwóch procesach — nastawieniu do problemów i zdolności do racjonalnego ich rozwiązywania. Nastawienie obejmuje uświadomienie sobie problemów, ocenę własnych zdolności radzenia sobie z nimi oraz oczekiwania dotyczące efektów prób ich rozwiązywania. Z kolei

zdolność do racjonalnego rozwiązywania problemów to zdolność do ich identyfikacji i definiowania, generowania rozwiązań, analizy i oceny oraz wyboru optymalnych strategii i samoobserwacji własnej efektywności. Jeżeli w obszarach tych występują deficyty, zwiększa się ryzyko pojawienia się depresji czy nawet skłonności samobójczych. Zatem wzrost kompetencji z tego zakresu poprzez trening umiejętności rozwiązywania problemów znajduje zastosowanie w terapii depresji, zarówno dorosłych, jak i dzieci młodzieży [37].

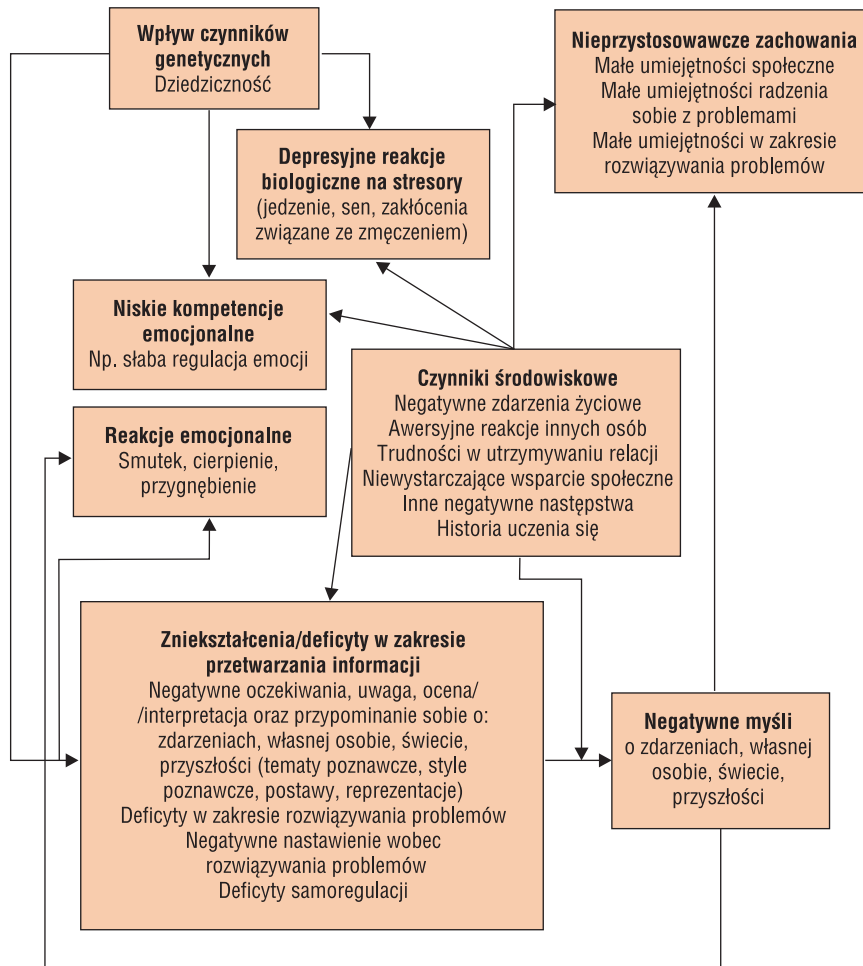
Powyższy model wraz z **modelem depresji opartym na społecznym uczeniu się** [38] oraz z poznawczym modelem Becka leżą u podstaw programu terapeutycznego **Adolescenci radzą sobie z depresją** (CWDA, *Coping With Depression for Adolescent*) stworzonym przez Clarke'a, Lewinsohna i Hopsa. Zestaw interwencji zawartych w CWDA opiera się na założeniu, iż nauczanie jednostek nowych umiejętności poznawczych i behawioralnych poszerza ich repertuar technik radzenia sobie i wspomaga je w przezwyciężaniu depresji [39]. Program jest kierowany do młodzieży w wieku 13–18 lat, realizowany w 6–10-osobowych grupach mieszanych, w ramach 16 dwugodzinnych spotkań, odbywających się 2 razy w tygodniu przez kolejnych 8 tygodni. Równoległe do tego przebiega cykl spotkań dla rodziców i opiekunów, składający się z 8 cotygodniowych, godzinnych sesji. Podczas niektórych późniejszych spotkań — obie grupy: rodzice i dzieci spotykają się ze sobą, aby ćwiczyć techniki rozwiązywania problemów rodzinnych. Pierwsza sesja, którą poprzedza indywidualna diagnoza i konceptualizacja, koncentruje się na zapoznaniu nastolatków z kursem i ogólnym modelem depresji, opartym na społecznym uczeniu się jako podstawy treningu umiejętności, który realizowany będzie później. Model ten jest powiązany z teorią behawioralną, w której zakłada się, że depresja powstaje jako rezultat małej częstości nagród i dużej częstości wzmocnień negatywnych (kar lub braku nagród). Jeśli tak, to redukcja objawów depresji jest możliwa dzięki modyfikacji 9 zachowań społecznych w ten sposób, aby prowadziły one do większego nagradzania i zmniejszenia kar. Sesje 2.–5. są zorientowane na aktywizację behawioralną poprzez ogólne zwiększenie aktywności oraz wzrost liczby zachowań przyjemnościowych. Następne spotkania (5.–10.) koncentrują się na pracy poznawczej opartej na modelach Becka i ABC Elliisa [39]. W programie wprowadza się także techniki relaksacyjne (sesje 3. i 8.), naukę podstawowych umiejętności społecznych (sesje 1.–3., 5. i 8.) oraz naukę umiejętności rozwiązywania problemów, negocjacji i komunikacji (sesje 9.–14.). Ostatnie 2 spotkania służą ugruntowaniu wiedzy i umiejętności, podsumowaniu i analizie zmian. Oprócz pracy podczas sesji przewidziane są

zadania domowe, a także stałe, codzienne monitorowanie i ocena swojego nastroju. Cały program jest opisany w podręczniku dla terapeuty, natomiast dla młodzieży stworzony został zeszyt ćwiczeń.

Oprócz opisanych, istnieje jeszcze wiele poznawczych teorii i modeli depresji, które odnoszą się także do dzieci i młodzieży. Model Seligmana odwołujący się do pojęcia wyuczonej bezradności, model Abramson oparty na beznadziejności i depresyjnym stylu atrybucji czy też, rozwijające się intensywnie w ostatnich dekadach, modele oparte na schematach poznawczych. Omawiane modele odnoszą się do różnych obszarów teorii poznawczej, tak jakby stanowiły one niezależne konstrukty. Oddzielnie do aspektów strukturalnych, do operacji i procesów poznawczych oraz do wytworów poznawczych. Wśród badaczy istnieje zgodność co do tego, że kompletny model depresji wymagałby uwzględnienia wzajemnych zależności między poszczególnymi aspektami poznania, a to wszystko w powiązaniu z innymi czynnikami psychospołecznymi i biologicznymi. Roboczy, socjopoznawczy model rozwoju depresji w dzieciństwie, integrujący różne modele poznawcze, będący efektem badań i rozważań wielu autorów proponuje Reinecke (ryc. 2).

Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu depresji w wieku rozwojowym jest powszechnie uważana za najskuteczniejszą (obok terapii zorientowanej na relację) [40]. Metaanaliza wyników leczenia psychoterapeutycznego depresji dzieci młodzieży przeprowadzona przez Sherill i Kovacs, wskazuje, że CBT prowadzi do wyleczenia w 50–87%, podczas gdy inne psychoterapie w 21–75%, natomiast depresja ustępuje bez leczenia w 5–48% przypadków [41]. Niższy wskaźnik skuteczności CBT wykazał wynik badania *Treatment for Adolescents with Depression Study* (TADS) z udziałem dużej grupy młodzieży z rozpoznaniem klinicznej depresji. W badaniu tym pokazano, że najlepsze efekty daje połączenie farmakoterapii (podawanie fluoksetyny) z CBT (71%), następnie sama farmakoterapia (60,6%), dopiero potem sama psychoterapia poznawczo-behawioralna (43,2%) oraz podawanie placebo (34,8%). Autorzy przedstawionego kursu CWDA, poddając ocenie skuteczności swój program w randomizowanej próbie, uzyskali wyższy wskaźnik wyzdrowień w grupach z terapią (67%) w porównaniu z grupą kontrolną z listy oczekujących (48%).

Jak dotąd zaprojektowano względnie niewiele kontrolnych prób klinicznych badających skuteczność CBT w leczeniu depresji dzieci i młodzieży. Dodatkowym problemem utrudniającym w miarę dokładne określenie skuteczności CBT jest ogromne zróżnicowanie w zakresie proporcji technik behawioralnych i poznawczych — deficyt konkretnych protokołów. Wskaźniki są także uza-



**Rycina 2.** Poznawcze czynniki w biopsychosocjalnym modelu depresji dziecięcej i młodzieńczej (źródło: [9])  
**Figure 2.** Cognitive factors in biopsychosocial model of child and adolescent depression

leżnione od wieku pacjentów — młodsze dzieci zyskują mniej — czy od udziału rodziców (wzrasta liczba dowodów wskazujących na to, że włączanie ich w terapię dzieci przynosi dodatkowe korzyści). Mimo to badania przeprowadzone w czasie ostatnich dwudziestu lat pokazują, że podejście poznawczo-behawioralne i wynika-

jące z niego interwencje terapeutyczne w leczeniu depresji dzieci i młodzieży są obiecujące. Natomiast obserwowana dynamika odnośnie do analiz weryfikujących skuteczność i wydajność terapii oraz identyfikujących techniki wspierające pożądane skutki leczenia daje dobre perspektywy na przyszłość.

### Streszczenie

Celem pracy było przedstawienie poznawczo-behawioralnej koncepcji depresji i jej odniesienia do dzieci i młodzieży. Zaprezentowano skrótowy opis najważniejszych modeli poznawczych tego zaburzenia, wynikających z nich implikacji do psychoterapii oraz aktualnych tendencji badawczych. Przedstawiono również najistotniejsze elementy struktury i zawartości dwóch propozycji programów terapii depresji u dzieci i młodzieży. Na koniec dokonano krótkiej prezentacji wyników badań nad skutecznością.

*Psychiatria 2011; 8, 3: 84–90*

**słowa kluczowe:** terapia poznawczo-behawioralna, depresja, depresja u dzieci i młodzieży

## Písmiennictwo

1. Clark D.M., Fairburn C.G. Wstępow. W: Clark D.M., Fairburn C.G. (red.). Terapia poznawczo-behawioralna. Badania naukowe i praktyka kliniczna. Alliance Press, Gdynia 2006: 21–41.
2. Curwen B., Palmer S., Ruddell P. Poznawczo-behawioralna terapia krótkoterminowa. Gdańskie Wydawnictwo psychologiczne, Gdańsk 2006.
3. Reinecke M.A., Clark D. A. Terapia poznawcza przez całe życie: ramy pojęciowe. W: Reinecke M.A., Clarke D.A. (red.). Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce. Gdańskie Wydawnictwo Naukowe, Gdańsk 2005: 13–24.
4. Segal Z.V., Williams J.M., Teasdale J.D. Terapia poznawcza depresji oparta na uważności. Nowa koncepcja profilaktyki nawrotów. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009: 9–11.
5. Solomon A., Haaga D.A.F. Teoria i terapia poznawcza depresji. W: Reinecke M.A., Clarke D.A. (red.). Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005: 25–53.
6. Hollon S.D., DeRubeis R.J., Evans M.D. Cognitive therapy in the treatment and prevention of depression. W: Salkovskis P.M. (red.). Frontiers of Cognitive Therapy. Guilford, New York 1996: 293–317.
7. Kashani J.H., Carlson G.A. Seriously Depressed preschoolers. American Journal of Psychiatry 1987; 144: 348–350.
8. Ryan N.D., Puig-Antich J., Ambrosini P. i wsp. The clinical picture of major depression in children and adolescents. Archives of General Psychiatry 1987; 44: 854–861.
9. Spence S.H., Reinecke M.A. Rozumienie, zapobieganie i leczenie depresji u dzieci i młodzieży. Podejście poznawcze. W: Reinecke M.A., Clarke D.A. (red.). Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005: 397–437.
10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze Kryteria Diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Instytut Psychiatrii i neurologii, Kraków–Warszawa 1998.
11. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Wciórka J. (red.). Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2008.
12. Hammen C. Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
13. Pataki C.S., Carlson G.A. Childhood and adolescent depression. A review. Harvard Rev. Psychiatry 1995; 3: 140–154.
14. Carlson G.A., Kashani J.H. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: Analysis of three studies. American Journal of Psychiatry 1988; 145: 1222–1225.
15. Rabe-Jabłońska J. Depresja u dzieci i młodzieży. Aktualne poglądy na etiologię, diagnozowanie, przebieg i leczenie. Psychiatria i psychologia kliniczna dzieci i młodzieży 2001; 7–25.
16. Komender J. Depresje u dzieci. Wiadomości psychiatryczne 2001; 4 (1): 11–16.
17. Lewinsohn P.M., Rohde P., Seeley J.R. Psychological risk factors for future adolescent suicide attempts. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1994; 62: 297–305.
18. Brzozowska A., Ciupak M. Próby samobójcze i samobójstwa u dzieci. W: Wolańczyk T., Komender J. (red.). Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 139–146.
19. Rabe-Jabłońska J. Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. W: Namysłowska I. (red.). Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 324–335.
20. Fleming J.E., Offord D.R. Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1990; 29: 571–580.
21. Lewinsohn P.M., Hops H., Roberts R., Seeley J.R., Andrews J. Adolescent psychopathology: prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. Journal of Abnormal Psychology 1993; 102: 133–144.
22. Angold A., Costello E.J. Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and methodological issues. American Journal of Psychiatry 1993; 150: 1779–1791.
23. Bomba J. Spojrzenie na depresję z perspektywy psychoterapii. Psychoterapia 2009; 1 (148): 35–42.
24. Brzozowska A., Wolańczyk T. Zaburzenia nastroju u dzieci. W: Wolańczyk T., Komender J. (red.). Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 126–138.
25. Weishaar M.E. Twórcy psychoterapii: L. Aaron T. Beck. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007: 94–103.
26. Popiel A., Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Paradigmat, Warszawa 2008.
27. Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. Cognitive therapy of Depression. Guilford, New York 1979.
28. Reinecke M.A. Childhood depression. W: Freeman A., Dattilio F. (red.). Comprehensive Case book of Cognitive4 Therapy. Plenum. New York 1992: 147–158.
29. Harrington R., Whittaker J., Shoebridge P., Campbell F. Systematic review of efficacy of cognitive-behavior therapies in childhood and adolescent depressive disorder. British Medical Journal 1998; 316: 1559–1563.
30. Kanfer F.H. Self management methods. W: Kanfer F.H., Goldstein A.P. (red.). Helping People Change. Pergamon, New York 1975: 309–455.
31. Stark K.D., Hargrave J., Sander J. i wsp. Leczenie depresji młodzieńczej — program terapeutyczny ACTION. W: Kendall P.C. (red.). Terapia dzieci i młodzieży. Procedury poznawczo-behawioralne. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010: 161–205.
32. Stark K.D., Simson J., Schnoebelen S., Glenn R., Hargrave J., Molnar J. ACTION workbook. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
33. Stark K.D., Schnoebelen S., Simpson J., Hargrave J., Molnar J., Glenn R. Treating depressed children: Therapist manual for ACTION. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
34. Ingram R.E., Kendall P.C., Chen A.H. Cognitive-behavioral interventions. W: Snyder C.R., Forsyth D.R. (red.). Handbook of social and clinical psychology: the Health perspective. Pergamon, New York 1991: 509–522.
35. Kendall P.C., Braswell L. Cognitive-behavioral therapy for impulsive children. Guilford, New York 1993.
36. Stallard P. Czujesz tak, jak myślisz. Praktyczne zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z dziećmi i młodzieżą. Wydawnictwo Zysk i S-ka. Poznań 2006: 27–39.
37. D’Zurilla T.J., Nezu A.M. Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention. Springer. New York 1999.
38. Bandura A. Teoria społecznego uczenia się. Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2007.
39. Clarke G.N., Debar L.L., Lewinsohn P.M. Poznawczo-behawioralna terapia grupowa depresji młodzieży. W: Kazdin A.E., Weisz J.R. (red.). Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2006: 134–166.
40. Weersing V.R., Rosenman M., Gonzales A. Core components of therapy in youth. Do we know what we disseminate? Behav. Modif. 2009; 33 (1): 24–47.
41. Sherril J.T., Kovacs M. Nonsomatic treatment of depression. Child. Adolesc. Psychiatry Clin. N. Am. 2002; 11 (3): 579–593.