

## Kognitivno-vedenjska terapija depresivne motnje pri otrocih in mladostnikih

Simona Sanda<sup>1\*</sup> in Tinkara Smeh<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zdravstveni dom Celje

<sup>2</sup>Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika

**Povzetek:** Kognitivno-vedenjska terapija (KVT) se je uveljavila kot priznana terapevtska metoda za zdravljenje depresivne motnje pri otrocih in mladostnikih. Članek je pregled kognitivno-vedenjske terapije depresivne motnje pri tej populaciji. Predstavlja nekaj osnovnih teoretičnih izhodišč z opisom simptomov v različnih razvojnih obdobjih, opis kognitivno-vedenjskega modela, na katerem slonijo terapevtske usmeritve, opis terapevtskega načrta in ciljev, posameznih ključnih in učinkovitih terapevtskih tehnik, ki se uporabljajo v KVT pri otrocih in mladostnikih, s poudarkom na depresivni motnji. Vključena je problematika ocene samomorilnega vedenja pri otrocih in mladostnikih. Glede na to, da dandanes vemo več o depresivni motnji pri otrocih in mladostnikih kot v preteklosti in se zavedamo dejstva, da le-ta ni redka, je pomembno, da smo seznanjeni s teoretično in praktično kognitivno-vedenjsko paradigmo, na osnovi katere lahko gradimo svoje lastne strokovne izkušnje in terapevtske uspehe.

**Ključne besede:** otrok, mladostnik, depresivna motnja, kognitivno-vedenjska terapija

## Cognitive-behavioral therapy of depressive disorder in children and adolescents

Simona Sanda<sup>1\*</sup> and Tinkara Smeh<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Community Health Centre Celje, Slovenia

<sup>2</sup>University Medical Centre Ljubljana, Division of Paediatrics, Slovenia

**Abstract:** Cognitive-behavioral therapy (CBT) has emerged as a recognized therapeutic method for treating depression in children and adolescents. This article examines the use of CBT for the treatment of depression in children and adolescents. It provides some basic theoretical concepts along with the description of the symptoms of depression in different developmental stages, the description of the therapeutic plan and goals, the description of the key and effective CBT techniques, which are used with children and adolescents with depression. The issue of evaluating suicidality is also presented. In view of the fact that nowadays we know much more about depressive disorder in children and adolescents than we did in the past, and that we are aware of the prevalence of this disorder, it is important to be acquainted with some theoretical and practical guidelines regarding CBT that can provide us with opportunities for our own professional experience and therapeutic success.

**Keywords:** child, adolescent, depressive disorder, cognitive-behavioral therapy

---

\*Naslov/Address: Simona Sanda, Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov, Zdravstveni dom Celje, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, e-mail: simonasanda.sanda@gmail.com

Članek je licenciran pod pogoji Creative Commons Attribution 4.0 International licence. (CC-BY licenca).  
The article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC-BY license).

## Definicija in simptomi depresivne motnje

Dolgo časa je veljajo prepričanje, da depresivne slike, kot jih vidimo pri odraslih, pri otrocih ne obstajajo. Depresivnost se je pri mladostnikih pogosto ocenjevala kot običajni del razvojnega obdobja. Hitre spremembe razpoloženja, nizko razpoložensko lego in razdražljivost so strokovnjaki videli kot posledico razvojnih sprememb v adolescenci in kot prilagoditvene spremembe pri separacijskih težnjah in spremembah vlog. Klinične izkušnje in raziskave na tem področju so pokazale, da so lahko resno depresivni že prav majhni otroci in da lahko depresija resno ogroža njihovo vsakdanje delovanje na različnih področjih tudi za daljše obdobje. Večina otrok z depresivno motnjo ozdravi, vendar še vedno petina otrok oboleva dve leti po začetku motnje. Danes je tudi znano, da se depresija z začetkom v zgodnjem otroštvu pogosto nadaljuje v odrasli dobi (Verduyn idr., 2009).

Depresija je jasno definirana. Merila določajo, kateri simptomi morajo biti prisotni, koliko jih je in koliko časa trajajo. Pri nas opredeljujemo depresijo po merilih Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene – Deseta revizija (MKB-10) (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005).

Depresija ne vključuje samo depresivnega razpoloženja, temveč serijo emocionalnih, kognitivnih, vedenjskih in fizioloških simptomov (tabela 1), ki posameznika ovirajo pri delovanju v vsakdanjem življenju in pomembno vplivajo na njegovo vključevanje v socialne interakcije in delo. Trajati morajo najmanj dva tedna (Verduyn, Rogers in Wood, 2009).

Občasno imamo ljudje depresivne simptome, kot so brezvoljnost, otožnost, nespečnost, vendar zato še nismo depresivni. Zaradi nekega objektivnega razloga v okolici, na primer izgube, lahko reagiramo depresivno, vendar depresije ne moremo enačiti z žalostjo ali obupom, kar je normalen odziv na izgubo. Reakcija na zunanje objektivne okoliščine je odvisna od naravnosti posameznika oziroma osebnostnih potez, zato je lahko nekdo glede na svoje osebnostne poteze bolj depresivno naravnan in tako tudi deluje v svojem življenju. Z etiološkega vidika je pri depresivni motnji poudarek na multikavzalnosti, pomembna je vloga biokemičnih, genetskih, psihosocialnih in socioekonomskih dejavnikov (Verduyn idr., 2009).

Iz tabele 1 je razvidno, da se simptomi depresije kažejo v obliki emocionalnih, kognitivnih, vedenjskih in fizioloških simptomov. Razberemo lahko tudi najpogostejše simptome v posamezni kategoriji.

Glede na intenzivnost izraženosti simptomov po merilih Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene – Deseta revizija (MKB-10) (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ RS), 2005) ločimo lažjo, zmerno in težjo depresijo. Slednja je lahko s psihotičnimi simptomi ali brez njih. Pri zdravljenju se priporočajo različni psihološki ukrepi, samostojno ali v kombinaciji z zdravili (Živčič Bečirević, 2004).

Razširjenost depresije pri otrocih je okrog 1 do 2 % in je enako pogosta pri deklicah in dečkih. Pri mladostnikih naraste na 3 do 8 % in je v tem obdobju pogostejša pri deklicah. Ob koncu adolescence naraste na 20 %. Največji

Tabela 1. Simptomi depresije

Emocionalni simptomi	potrtost
	brezupnost
	anhedonija
	zaskrbljenost
	občutek nemoči
	tesnoba
	razdražljivost
Kognitivni simptomi	jeza
	občutki krivde
	pesimizem
	samokritične misli
	brezupne misli
	samooboževanje
	nizko samospoštovanje
Vedenjski simptomi	vsesplošni negativizem
	motnje koncentracije
	težave pri odločanju
	motnje spomina
	samomorilne misli
	umik iz socialnih stikov
	izguba zanimanja za vsakdanje dejavnosti
Fiziološki simptomi	pasivna drža
	utrudljivost
	motnje apetita
	motnje spanja
	sprememba telesne teže
	izražene razne bolečine
	motnje kardiovaskularnega sistema
respiratorne motnje	
znižana spolna sla	

porast pogostosti depresije je po 13. letu, vrh pa je med 14. in 16. letom (Konec Juričič, Roškar in Jelenko Roth, 2016). Depresijo lahko redko vidimo kot izolirano motnjo. Okoli 50 % otrok ali mladostnikov z depresijo zadosti merilom še za kakšno drugo motnjo. Pogosto se pojavi komorbidnost s čustvenimi in z vedenjskimi motnjami, 17 % jih je povezanih z anksioznimi motnjami, s hiperaktivnostjo prav tako 17 %. 24 % jih ima pridružene motnje vedenja. Pogosta je še komorbidnost z učnimi težavami, motnjami hranjenja ter odvisnostjo od prepovedanih substanc (Živčič Bečirević, 2004).

## Značilnosti depresije pri otrocih in mladostnikih

Depresija se pri otrocih manifestira nekoliko drugače kot pri odraslih. Pogosto govorimo o t. i. maskirani depresiji, saj se kaže v znakih, ki niso tipični za depresijo, ki jo srečamo pri odraslih. Slika depresije je v otroštvu odvisna od otrokove

starosti in razvojnega obdobja, v katerem se nahaja. Stopnja kognitivnega razvoja pomembno vpliva na profil simptomov, tako se lahko šele v poznejši adolescenci pojavljajo občutki krivde, morbidno introspektivno razmišljanje, nihilizem in vprašanja eksistence (Verduyn idr., 2009). Ker se otrokove vedenjske značilnosti med različnimi razvojnimi obdobji spreminjajo, je pogosto težko ločiti depresijo od zgolj prehodne krize pri otroku.

Otrok še ni sposoben svojega duševnega stanja, stiske in nerazrešenih konfliktov izražati neposredno. Abstraktnega razmišljanja še ni sposoben, svoje lastno počutje in notranje stanje z razumom slabo prepozna, prav tako ga njegov skromnejši besednjak omejuje v bolj zapletenih sporočilih o sebi (Tomori, 1999). Pri otroku v zgodnji starosti, nekje med 6. in 8. letom, prevladujejo afektivni simptomi, psihomotorični nemir, telesne pritožbe v smislu glavobolov in kot bolečine v trebuhu, posledično z umikom v bolezen in nemoč ter separacijske težave (Živčič Bećirević, 2004). Od čustev je najbolj izražena disforija in jeza, tudi v obliki besa. Pozorni moramo biti, če je otrok apatičen, zavrača hrano, je razdražljiv, na videz nesrečen, pretirano jokav in se prepogosto zateka k samotolažilnim navadam. Tak otrok ne kaže zanimanja za igro, izgubi svojo značilno otroško radovednost, se umika pred vrstniki in dejavnostmi, ki se jih je prej veselil. Na spremembe se lahko odziva s pretirano vznemirjenostjo ali z brezbriznostjo. Telesno slabo uspeva, možen je zastoj v rasti. Diferencialno diagnostično moramo pomisliti na možnost, da je v ozadju lahko zanemarjanje otroka ali nasilje nad njim, čustveno in razvojno za otroka nespodbudno okolje ali kronična telesna bolezen.

V šolskem obdobju lahko depresija pomembno vpliva na otrokov učni uspeh, je pa tudi posledica učnih težav, ki jih ima otrok v šoli in niso bile prepoznane ali pa so bile napačno obravnavane. Otrok ima motnje pozornosti, lahko začne izgubljati zanimanje za različne stvari, motive in energijo. Depresivna motnja vpliva na medosebne odnose s prijatelji in z družino. Otrok deluje bolj razdražljivo, večkrat je jezen, preobčutljiv ter žalosten, kar lahko okolico zavede, še posebej, če se začne umikati vase in odrine vse sebi pomembne osebe. Odklanja obiskovanje šole (kar se lahko razvije v šolsko fobijo), pojavi se odvisnost od staršev (»visi« na starših). Pogosto se zaradi notranje razdražljivosti pojavijo tudi vedenjski izbruhi močnih čustev, kar starši in učitelji interpretirajo kot manipulativno vedenje in vedenjsko motnjo in ne kot resnega opozorila. Vsi ti zamaskirani znaki samo poslabšujejo depresivnost in vplivajo na razvijanje otrokove samopodobe v negativni smeri. Otrok začne dobivati predstavo o sebi, da je slab in neljubljen, razvija se nizko samospoštovanje (Živčič Bećirević, 2004).

V adolescenci je klinična slika že bolj podobna klinični sliki odraslih. Največ težav nastane pri ločevanju med za adolescenco značilnimi spremembami v vedenju in depresijo. V glavnem je za mladostnike značilno, da so bolj razdražljivi, bolj občutljivi, spremembe razpoloženja so hitre, postanejo pretirano kritični, upade samospoštovanje, pojavijo se občutki manjvrednosti. Depresivnemu mladostniku primanjkuje energije in volje, deluje in počuti se z dolgočasno. Stvari ga ne zanimajo in ne veselijo tako kot prej, zato opušča dejavnosti, ki so bile pred tem zanj privlačne. Možne so težave s spanjem, zgodaj se prebuja ali obratno: zateka

se v spanec in se tako izogiba aktivnostim. Lahko se pojavijo tudi težave s prehranjevanjem: pretirana ješčnost s porastom telesne teže ali pomanjkanje apetita in izguba teže (Verduyn idr., 2009). Depresivni mladostnik se pretirano ukvarja z negativnim razmišljanjem o lastni neuspešnosti, o neprivlačnem zunanjem videzu, nesprijetosti, nevednosti in nepriljubljenosti med vrstniki. Pojavijo se lahko še učna neuspešnost in somatske težave, za katere ne moremo najti organskega ozadja. V adolescenci pogosto prihaja do zlorabe PAS (psihoaktivna snov) in tveganih oblik vedenja, pri dekletih tudi potreba po analgetikih in anksiolitikih. Pozorni moramo biti, če se v ozadju anksioznosti pojavi depresivno razpoloženje, še posebej pri dekletih. Pomisliti moramo tudi na samomorilnost in samopoškodbeno vedenje, verjetnost tega je treba natančno oceniti.

Okolica pogosto hitro prepozna depresivnega otroka in mladostnika. Lahko pa se zgodi ravno obratno, da starši, učitelji ali drugi odrasli ne prepoznajo znakov depresije. V teh primerih najprej opazijo spremembe vrstniki, zato je dobro, da vedo, kje lahko poiščejo pomoč.

## Kognitivno-vedenjski model depresivnosti

Danes je med najbolj uveljavljenimi in najpogosteje uporabljenimi Beckova kognitivna teorija (Beck, 1976) nastanka depresivne motnje. Temeljna predpostavka je, da so pri nastanku in vzdrževanju depresije pomembne tri glavne komponente: negativne avtomatske misli, kognitivne distorzije, bazična prepričanja oziroma sheme. Začaran krog depresije se vzpostavi, ko postanejo simptomi depresije samovzdrževani (Verduyn idr., 2009). Depresivna motnja je po tem modelu rezultat kognitivnih distorzij, pri katerih prevladuje depresivna vsebina. Interpretacija preteklih dogodkov, aktualnih dogodkov in pogled v prihodnost je zasičena z vsebino, ki se nanaša na lastno nevednost, samopodcenjevanje in pesimizem. Kognitivne distorzije se vsebinsko nanašajo na:

1. negativno percepcijo samega sebe – nevednost, neadekvatnost, nezaželenost;
2. negativno percepcijo okolja – sveta;
3. negativno percepcijo prihodnosti – v prihodnosti vidi oseba neuspehe in probleme, ki se jih ne bo dalo rešiti.

Med kategorijami kognitivnih distorzij se pri depresiji največkrat pojavlja dihotomno ali črno-belo ali mišljenje vse ali nič, povečevanje negativnega in minimaliziranje pozitivnega, generalizacija oz. posploševanje in selektivna abstrakcija. Zaradi negativnih dejavnikov v okolju se oblikujejo negativne bazične predpostavke. Kritični dogodek sproži bazične predpostavke, ki aktivirajo negativne avtomatske misli in simptome. Raziskave kažejo, da imajo lahko že otroci kognitivne deficite in distorzije, na primer selektivno pozornost na negativne vidike nekega dogodka. Pri depresivnih otrocih prevladuje negativni atribucijski slog pri oceni nekega dogodka, kar pomeni, da pripisujejo razloge za pozitivno dogajanje nestabilnim zunanjim razlogom namesto svojemu prizadevanju, negativno dogajanje pa notranjim (Verduyn idr., 2009).

Poleg Beckove kognitivne teorije poznamo tudi Lewinsohnovo vedenjsko teorijo (Lewinsohn in Hoberman, 1982), Seligmanovo teorijo naučene nemoči (Seligman, 1975) in Rehmanovo teorijo samonadzora (Rehm, 1977). Po Lewinsohnu je depresija posledica pomanjkanja pozitivnih podkrepitev in pretirane količine kaznujočih dražljajev (Lewinsohn in Hoberman, 1982). Seligman (1975) pojasnjuje, da se depresija razvije in vzdržuje kot prilagajanje stresnim življenjskim dogodkom. Posamezniki, ki imajo slabše spretnosti samoregulacije vedenja, imajo ob stresnih dogodkih večjo verjetnost razvoja depresije. Depresivna oseba pripisuje pojavnost za negativne dogodke notranjim in globalnim vzrokom, za pozitivne pa zunanjim, nestabilnim in specifičnim vzrokom. Večjo verjetnost pripisuje pojavljanju negativnih dogodkov, nizko pa pozitivnim. Rehm (1977) predpostavlja, da je depresija posledica pomanjkanja večšin samoopazovanja, samoocenjevanja in samopodkrepljevanja.

## Potek KVT pri depresivni motnji pri otrocih

Potek KVT je jasno strukturiran in vsako srečanje sledi določenemu zaporedju dogodkov (Beck, 1995). Obstaja prilagojeno sosledje (struktura srečanja), ki ga je izpostavila J. Beck (1995) in je bilo kasneje prilagojeno razvojni stopnji otrok (Stark idr., 2006). Če sledimo ustaljenemu sosledju, imajo udeleženci občutek varnosti, vedo, kaj lahko pričakujejo od srečanja, to jim pomaga, da se osredotočijo na relevanten terapevtski material.

Obravnavanje depresije pri otrocih se po KVT začne z evalvacijo in natančno oceno simptomatike, nato sledi postavljanje ciljev. Pri začetnih obravnava se osredotočimo na aktivacijo in načrtovanje aktivnosti, ki so za otroka zadovoljujoče, ter na poučevanje o čustvih. Že začetni vedenjski ukrepi lahko bistveno izboljšajo otrokovo počutje. V tej fazi ocenimo otrokovo stopnjo kognitivnega delovanja in sposobnost ozaveščanja ter spreminjanja negativnih misli. Med terapijo otrokom predstavimo uporabo različnih kognitivnih in vedenjskih tehnik. Pomembno je, da najprej izkusijo in vidijo učinek tehnike, da verjamejo v njeno delovanje in razmišljajo o njeni uporabi. Izkušnja o prednostih/koristih posamezne tehnike jim pomaga pri preoblikovanju prepričanja, da ne obstaja nič, kar jim lahko pomaga, da bi se počutili bolje (Stark idr., 2006). Pomembno je, da otrokom predstavimo uporabo različnih KVT-tehnik. Na začetku obravnave jih naučimo strategij spoprijemanja, saj jim to omogoča, da izboljšajo svoje počutje. Boljše počutje jim omogoča, da se lažje naučijo kognitivnih tehnik, kot so reševanje problemov in kognitivna restrukturacija. Na začetku uporabe kognitivnih tehnik se najpogosteje osredotočimo na tehniko reševanja problemov v medvrstniških odnosih in pri problemih v šoli. V nadaljevanju terapije se bolj usmerjamo na učenje in uporabo kognitivne restrukturacije. Tehniko kognitivne restrukturacije učimo kot zadnjo, saj otroci potrebujejo vse ostale tehnike, da lahko zaznajo pozitivne vidike samega sebe (Kendall, Stark in Adam, 1990).

Pri depresivnih otrocih se pogosto dogaja, da se faze depresivnega doživljanja ponavljajo, zato je za daljše vzdrževanje terapevtskega učinka pomembno, da je otrok

pripravljen na soočanje s stresom in z depresivnimi simptomi tudi v prihodnosti. Ob koncu terapije obnovimo pridobljena znanja in tehnike, ocenimo napredek in rezultat zastavljenih ciljev. Priporoča se, da se sestavi seznam učinkovitih tehnik za soočanje z depresivnimi simptomi s poudarkom na tistih, ki so se že izkazale za uspešne. Pomembno je, da otrok ohrani vse svoje zapiske, ki si jih je napravil med terapijo, ohrani tudi vse zapisane spodbudne in pozitivne misli. Spodbujamo otrokovo lastno aktivnost pri presoji specifičnih tem in potencialnih problematičnih situacij, s čimer želimo preprečevati morebitno poslabšanje otrokovega stanja. Prepričanje o lastnih sposobnostih reševanja prihodnjih problemov in obvladovanja depresivnih simptomov zmanjšuje verjetnost pojava novih depresivnih obdobji pri otroku. Ob koncu terapije načrtujemo obnovitvena (booster) srečanja, namenjena preprečevanju ponovitve simptomov, še posebej pri tistih, pri katerih ocenimo, da so občutljivi za pojav ponovnih depresivnih obdobji. Obnovitvena srečanja so po navadi mesečna, obravnava pa se otrokove tekoče probleme ob vključevanju vseh do sedaj naučenih tehnik, tako vedenjskih kot kognitivnih (Verduyn idr., 2009).

Iz tabele 2 lahko razberemo, da je potek KVT depresije pri mladih sestavljen iz uvodnega, začetnega, osrednjega in sklepnega dela. Razvidno je tudi, da ima vsak izmed delov posamezne korake, ki jim sledimo pri poteku terapije.

## Začetna evalvacija

V prvi vrsti je v KVT pomembna natančna začetna evalvacija otrokovih težav v vedenjsko-kognitivnih terminih. Oceniti je treba vsa področja otrokovega delovanja. V intervjuju natančno in jasno ocenimo določene otrokove probleme s pomočjo liste simptomov, intenzivnost ter trajanje simptomov. Pomembno je, da poskušamo prepoznati negativne avtomatske misli, ki so povezane z otrokovimi problemi. Identificiramo modulirajoče in sprožilne dejavnike in ocenimo otrokovo reaktivnost na zunanje dogodke, kar nam pomaga pri oceni stopnje apatije in anhedonije. Ocenimo deficite na področju socialni veščin, veščin spoprijemanja (kako je obvladoval določene probleme pred depresivnostjo), koliko je fleksibilen (koliko se je sposoben prilagajati), koliko je sposoben iskati podporo v svojem socialnem okolju. Pridobimo informacije o otrokovem delovanju v šoli in o njegovih akademskih dosežkih, temperamentu in delovanju v medvrstniških odnosih. Pomembno je, da ocenimo stopnjo samomorilne ogroženosti, preverimo, ali ima otrok samomorilne misli ali samomorilni načrt. Nadalje opredelimo otrokova močna področja. V začetnem intervjuju so skoraj vedno vključeni tudi starši, ki nam predstavijo svoje videnje otrokovih težav, otrokovih močnih področij ter njihov medsebojni odnos. Ocenimo lahko stresne dejavnike v družini. Pri tem moramo jasno razmejiti zaupnost v terapevtskem procesu, zato se z otrokom in s starši pogovorimo, kdaj ne velja pravilo zaupnosti. Pojasniti moramo, da so obravnave zaupne narave, razen ko je ogrožena otrokova varnost ob samomorilni ogroženosti, ob fizičnem nasilju do njih in obratno. Starši so velikokrat tisti, ki znajo najbolje opredeliti otrokovo moteče vedenje in prisotnost drugih simptomov, saj se otroci ne zavedajo ali pa ne znajo natančno opredeliti svojih težav. Začetna evalvacija je hkrati tudi začetek terapevtske obravnave, saj se otrok in

Tabela 2. Prikaz poteka terapije

Uvodni del	začetna evalvacija, opredelitev problema kognitivna konceptualizacija otrokovih težav seznanitev otroka in družine s kognitivno konceptualizacijo ter razlaga osnovnega modela KVT načrtovanje ciljev obravnave psihoedukacija
Začetni del	delo na čustvih beleženje in načrtovanje aktivnosti obrnava težav s spanjem samoopazovanje, samopodkrepljevanje
Osrednji del	vedenjske tehnike kognitivne tehnike tehnika reševanja problemov trening asertivnosti, trening razvijanja komunikacijskih veščin
Sklepni del	ponovna ocena problemov in doseženih ciljev, ocena napredka v terapiji preventiva pred ponovno depresivno fazo pregled vseh obravnavanih tehnik in vseh dosedanjih obravnav booster srečanja

starši prvič srečajo z natančno opredelitvijo težav, s svojimi pričakovanji in z možnostmi za spremembe, z odgovornostjo za probleme, s čimer že vplivamo na določene spremembe v simptomatiki. Pomembna je izgraditev dobrega odnosa in sodelovalnega vzdušja (Verduyn idr., 2009). V KVT je evalvacija nenehen terapevtski proces, ki teče v vseh fazah terapije. Nanaša se na sprotno evalvacijo glavnih problemov, novonastalih problemov in napredka v terapiji. Pri evalvaciji uporabljamo različna psihodiagnostična sredstva, med drugim tudi vprašalnike za oceno depresivnega razpoloženja, kot so Kovacseva lestvica depresivnosti za otroke – CDI (Kovacs, 1981), Beckova lestvica samomorilnih misli (Beck in Steer, 2013), Vprašalnik travmatiziranosti za otroke – VTMT (Briere, 1996), Vprašalnik prednosti in težav – SDQ (Goodman, 1997), Achenbachove ocenjevalne lestvice – ASEBA (Achenbach in Rescorla, 2017) ipd.

Ob začetni oceni otrokove depresije terapevt pridobi vpogled v pomen in funkcijo depresivnih simptomov oziroma skuša ugotoviti, zakaj se v danem trenutku simptomi pri otroku manifestirajo v določenih problemih. Pridobi vpogled v sprožilne in vzdrževalne dejavnike, v otrokova močna in šibka področja in otrokov ožji in širši sistem, ki mu lahko v terapiji ponuja oporo ali pa je izvir težav. Vse pridobljene informacije strnemo v kognitivno konceptualizacijo, ki jo primerno predstavimo otroku in družini. Zelo pomembno je, da otrok in starši razumejo, da njegove težave izhajajo iz določenih kognitivnih distorzij in deficitov določenih spretnosti – v kontekstu njihovih dosedanjih življenjskih izkušenj. Namen kognitivne konceptualizacije je, da otrok bolje razume naravo svojih težav, kar lahko privede do prvega čustvenega olajšanja in pri otroku zbudi upanje za nadaljnje izboljšanje.

Pomembno je poudariti osnovna načela KVT, ki vključujejo aktiven in sodelovalen odnos otroka v terapiji ter delo na lastnih problemih zunaj terapevtske obravnave. Domače naloge so pomemben del vsake KVT, vendar se pri otrocih dogaja, da jih povezujejo s šolsko domačo nalogo in jim dajejo negativno konotacijo. Veliko otrok ne želi delati domačih nalog, zato jih motiviramo s sistemom nagrajevanja.

Pomembno je, da otrokom razložimo namen določene domače dejavnosti (Stark idr., 2006).

Zavedati se moramo, da pri depresivnih otrocih pritožba ob prihodu v obravnavo ni vedno depresivno razpoloženje. Pogosto so to neuspeh v šoli, vedenjske težave, somatski problemi in ne sama depresija. Prav tako otroci in mladostniki niso tisti, ki bi dali povod za obravnavo. K terapiji jih privedejo največkrat starši, ki opazijo spremembe v razpoloženju in vedenju otroka, ali pa te spremembe opazijo vzgojitelji ali učitelji. Motivacija za obravnavo in spremembe je praviloma nizka. Velikokrat otroci ne zaznavajo svojih problemov – bodisi jih minimalizirajo ali celo negirajo, nimajo ciljev, težko govorijo o svojih čustvih in jih slabo prepoznajo. Cilj evalvacije je tudi predstaviti otroku, kako mu kot terapevti lahko pomagamo in kaj lahko pridobi pri terapiji (Verduyn idr., 2009).

Po diagnostični oceni, ki zajema tudi oceno indikacije za vključitev v terapevtsko obravnavo, je pomembno, da si terapevt zastavi naslednja vprašanja, ki so pomembna za presojo potrebe po vključitvi drugih strokovnjakov (na primer pedopsihiatra) v pomoč otroku in morebitnih ukrepih za zaščito otroka ob samomorilni ogroženosti (Verduyn idr., 2009):

1. Kako intenzivna je depresivnost pri otroku?
2. Ali ima otrok samomorilne misli, ideje ali načrte?
3. Kateri problemi so za otroka najbolj vznemirjujoči?
4. Katere probleme in področja je možno hitro rešiti ali vsaj delno spremeniti?
5. Ali je otrok dovolj kognitivno opremljen, da lahko sodeluje v KVT?
6. Ali je otrok motiviran za obravnavo?

Cilje KVT depresivnosti pri otrocih in mladostnikih lahko razdelimo na glavne in operativne (Dudley, 1997). Glavni cilji so predvsem zmanjšanje simptomov depresivnosti, prepoznavanje in spreminjanje napačnega razmišljanja in disfunkcionalnega vedenja ter prepoznavanje in spreminjanje kognitivnih struktur, ki vodijo k disfunkcionalnim idejam in vedenju.

Operativni cilji, ki večinoma predstavljajo posamezne ukrepe, so predvsem naslednji:

- spodbujanje zadovoljujočih aktivnosti,
- razvijanje sposobnosti prepoznavanja različnih čustev,
- zmanjševanje tesnobe in napetosti z učenjem sproščanja,
- izboljšanje razpoloženja z zmanjševanjem depresivnosti,
- odpravljanje samomorilnih misli in vedenja,
- ugotavljanje sprožilnih dejavnikov depresije,
- iskanje opozorilnih oziroma prvih znakov,
- spodbujanje različnih vidikov objektivnega in realnega razmišljanja,
- izboljšanje samospoštovanja,
- izboljšanje verbalne komunikacije,
- razvijanje ustreznih strategij reševanja problemov,
- razvijanje in spodbujanje socialnih veščin,
- spodbujanje pozitivnih socialnih stikov.

## Psihoedukacija

Psihoedukacija je komponenta KVT, ki udeležence poučuje o depresiji in njenem obvladovanju. Poteka predvsem v začetnih srečanjih in je pomemben del KVT, saj pomaga pri razumevanju narave težav. Vanjo vključimo otroke in starše. Pozorni smo, da razvojni stopnji otroka primerno in staršem razumljivo ter brez negativnega predznaka podamo vse pomembne informacije o naravi depresije. S podajanjem dejstev z edukativnega vidika se otrokom omogoči, da se nekoliko oddaljijo od svojih težav in tako zmanjšajo del notranje napetosti (Stark idr., 2006).

Pomemben del psihoedukacije je predstavitev kognitivno-vedenjskega modela nastanka in vzdrževanja depresije. Razložimo, da so misli, vedenje in odzivi telesa neprekinjeno povezani v sedanosti. Poudarimo, da situacija ne določa otrokovih čustev, ampak so le-ta odvisna od načina interpretacije dane situacije. Negativne izkušnje v otroštvu (npr. slabi družinski odnosi, pogoste kritike, neuspeh v šoli itd.) se izrazijo kot negativna predstava o samem sebi. Negativne misli in miselne distorzije vplivajo na razpoloženje, ki posledično postaja vse bolj depresivno. Sčasoma otroci večino situacij interpretirajo negativno, več negativnih misli pa vzdržuje depresijo (Verduyn idr., 2009).

## Oprelitev terapevtskih tehnik

Kot smo že omenili, je potrebno prilagajanje značilnostim razvojnega obdobja, v katerem je otrok. Otroku moramo enostavno predstaviti osnovne koncepte, uporabljamo lahko različne ilustracije in zgodbe ter različen slikovni material. Poleg individualne obravnave so uspešne tudi skupinske oblike terapije po KVT-modelu, kjer pri vsaki obravnavi ob koncu vključujemo tudi starše.

Kognitivne tehnike:

- predstavitev kognitivnega modela depresije in kognitivne triade,
- poučevanje o čustvih,
- beleženje situacij, misli in čustev za spodbujanje samozavedanja,
- učenje reševanja problemov,

- evalvacija negativnih avtomatskih misli – presojanje in spreminjanje negativnih misli po Sokratovi metodi, iskanje dokazov za negativne misli in proti njim, iskanje alternativnih razmišljanj,
- prepoznavanje disfunkcionalnih predpostavk.

Vedenjske tehnike:

- beleženje in načrtovanje zadovoljujočih aktivnosti,
- učenje samopodkrepitev,
- vedenjski eksperimenti z namenom testiranja disfunkcionalnih misli,
- učenje specifičnih veščin sproščanja, asertivnosti in socialnih veščin,
- igre vlog, modeliranje in učenje tehnik spoprijemanja.

Na kratko bomo opredelili posamezne tehnike.

## Poučevanje o čustvih

Pomemben del terapije je, da naučimo otroke prepoznavanja različnih čustev, saj imajo mnogi težave pri poimenovanju in razlikovanju med različnimi vrstami čustev. Mnogo otrok izraža depresivnost z jezo in ne z žalostjo, kar lahko vidimo ob vsebini misli, ki jih izražajo. Težave imajo tudi pri doživljanju več čustev hkrati in pogosto ne zmorejo prepoznati, da lahko do iste osebe čutijo tako pozitivna kot negativna čustva. Prav tako so pogosto prepričani, da čustev nimajo pod nadzorom. Poudarimo, da čustev ne moremo videti, ker so znotraj nas, da pa jih lahko opredelimo iz vsebine izpovedi in iz neverbalne komunikacije. Otroke naučimo poimenovanja različnih čustev, razširimo njihovo besedišče na omenjenem področju (Živčič Bećirević, 2004). Vsako čustvo opredelimo in ga dopolnimo s specifičnimi neverbalnimi znaki (obrazno mimiko, držo telesa in kretnjami). Pri mlajših otrocih uporabimo enostavnejši način, z manj izrazi naenkrat, saj zmorejo prepoznati le enostavnejša čustva. Oprelitev čustev otrokom omogoča, da začnejo razlikovati med svojimi čustvi in mislimi, kar jim omogoči lažje usvajanje kognitivnih tehnik med nadaljnjim potekom terapije. Pri čustvenem poučevanju otroke učimo prepoznavanja intenzivnosti čustev, kar jim omogoča, da postanejo občutljivejši za čustvene spremembe.

Med poučevanjem o čustvih postopno uvajamo povezovanje čustev in misli z vedenjem v določeni situaciji. Otroci imajo na splošno velike težave pri razločevanju čustev in misli, zato moramo v terapiji temu nameniti več časa. V pomoč pri razumevanju povezave jim je konkretni material, kot so na primer osnovne tabele za beleženje situacij, misli in čustev, ki jih uporabljamo pri KVT.

Obstajajo že izdelani sistemi za učenje čustev, eden med njimi je CAT KIT (Attwood, Callesen in Møller, 2008).

## Prva pomoč pri obvladovanju negativnih čustev

Depresivni otroci pogosto poročajo o doživljanju intenzivnih čustev, ki jih težko nadzirajo. Pri tem jim pomagajo tehnike preusmerjanja pozornosti, ki omogočajo zmanjšanje intenzivnosti občutkov in izboljšanje samonadzora nad njimi.

Tehnike preusmerjanja pozornosti (Verduyn idr., 2009):

1. Usmerjanje na zunanje predmete, pri čemer otroci natančno opišejo predmete glede na obliko, barvo, velikost in druge značilnosti.
2. Ozaveščanje občutkov se nanaša na osredotočanje na trenutne dražljaje iz okolja. Še posebej lahko otroke usmerimo, da se osredotočajo na zvoke in jih poskušajo opisati.
3. Tehnika stop pomaga pri prekinjanju ruminirajočih misli in negativnih občutkov. Z omenjeno tehniko si otrok ustvari pozitivno misel ali sliko (npr. sliko počitnic), kar mu omogoča, da z besedo stop preklopi na določeno pozitivno misel in sliko vsakič, ko se pojavijo negativne misli in občutki.

Priporočajo se tudi različne tehnike čuječnosti.

### Beleženje in načrtovanje zadovoljujočih in k cilju usmerjenih aktivnosti

Tehnika beleženja in načrtovanja aktivnosti se uporablja v začetni fazi terapije in predstavlja tehniko vedenjske aktivacije depresivnih otrok in mladostnikov. Mnogo depresivnih otrok se zapira vase, postanejo socialno manj vključeni ter opuščajo različne aktivnosti, ki jim nudijo zadovoljstvo in izpolnitev. Prevladuje občutek, da imajo malo nadzora nad svojimi težavami in življenjem nasploh, podcenjujejo svoje sposobnosti za uresničitev različnih dosežkov, kar krepí njihovo nizko samospoštovanje. Prvi korak k dvigu razpoloženja je aktivacija, s čimer se prekine negativni krog pasivnosti in dolgočasja. Ker otroka veseli malo stvari in je za dejavnosti premalo motiviran, ga s pomočjo omenjene tehnike učimo prepoznavati nova področja zanimanja ali pa ga spodbujamo, da obudi področja, ki so ga zanimala pred depresijo. Beleženje aktivnosti nam daje pomemben vpogled v delovanje posameznika na različnih področjih. Raziskujemo, pri kateri dejavnosti bi se lahko otrok dobro počutil, pri čem je dober in uspešen. Pomembno je, da so pri tem vključeni tudi starši, ki otroka spodbujajo k rednemu izvajanju različnih dejavnosti ali z njim sodelujejo. Načrtovanje aktivnosti je proces v dveh fazah. V prvi poskušamo pridobiti čim več informacij o otrokovih resničnih aktivnostih, zato si mora zapisovati vse svoje vsakodnevne dejavnosti. Bistveno je, da povežemo pomanjkanje aktivnosti z depresivnim razpoloženjem, saj se lahko s pomočjo zviševanja ravni aktivnosti razpoloženje dviguje. V drugem koraku se usmerimo na načrtovanje aktivnosti: otrok vsak dan načrtuje eno od dogovorjenih aktivnosti. Hkrati poskuša opredeliti, koliko zadovoljstva in prijetnega počutja mu sproža, saj se poskušamo usmeriti na aktivnosti, ki so za posameznika zadovoljujoče in smiselne ter mu dajejo občutek, da je nekaj dosegel. Upoštevamo dejstvo, kaj otrok v določenem trenutku zmore, ter postopoma povečujemo dnevne obremenitve (Verduyn idr., 2009).

### Trening samonadzora

S pomočjo treninga samonadzora pri otroku razvijamo sposobnost obvladovanja težav in izboljšanja samopodobe. Pomembno je, da otroka naučimo samopodkrepitev, to je

samonagrajevanja za izvedbo želenega vedenja. Depresivni otroci so odvisni od pohvale drugih, večina se jih ne zna sama pohvaliti ali pa se temu izogibajo. Otroka učimo prepoznavati lastne dosežke in podajanja samopohvale, kar ima enak učinek kot zunanje nagrajevanje. Otroku razložimo, zakaj je samopodkrepitev potrebna. Učimo ga razvijati pozitivni notranji govor, da se pohvali, kadar se ustrezno sooči s težavami, ter da se pohvali tudi za malenkosti. Otroci, ki niso depresivni, lahko občutijo zadovoljstvo ob majhnih korakih, medtem ko depresivni tega ne zmorejo. Posledično je pomembno, da depresivni otroci ob svojih dosežkih spet začutijo zadovoljstvo. S samopodkrepitevijo se večja otrokova lastna avtonomija oziroma pozitivna slika o sebi, postopoma se dvignejo samospoštovanje in pozitivna čustva. Otroke najlažje naučimo samopodkrepitev, če jo med obravnavo večkrat prikažemo. V okviru tehnike skupaj z otrokom pripravimo primere pozitivnih misli in jih zapišemo na kartico obvladovanja (coping card), kasneje pa otroci za domačo nalogo večkrat na dan izrečejo zapisane stavke (Stark idr., 2006).

Primeri podkrepljujočih misli: Rad imam samega sebe. Sem čisto O. K. Ponosen sem nase. Sem tako v redu kot ostali otroci. Lahko sem uspešen, če poskusim. Dal sem vse od sebe. Dobro opravljeno.

Z razvojem tehnike samonadzora otrokom omogočimo, da ponovno vzpostavijo in vzdržujejo pozitivno razpoloženje (Stark idr., 2006).

### Samoopazovanje (self monitoring)

Samoopazovanje je pogosto uporabljena tehnika in je pomemben del KVT tako v fazi začetne evalvacije kot v fazi spremljanja napredka v terapiji. Je pomemben del pri začetku dela z mislimi. Tehnika poudari pomen samopomoči v KVT in spodbuja sodelovalni vidik otroka in terapevta. Pri prvem delu otroka učimo samoopazovanja s pomočjo zaznavanja njegovih neprijetnih občutij in vedenj. Naučimo ga prepoznavati njegove misli in jih nato tudi zapisati. Otroku moramo natančno razložiti postopek prepoznave in zapisovanja misli, občutkov in dogodkov. Postopek je zanj lahko zelo zahteven, večkrat otroku koristi, da ga podkrepimo s primeri, ki ga poveže s pomenom vpliva misli na počutje in vedenje. Pri samoopazovanju je zelo pomembna zaupnost v terapevtskem odnosu, saj mnoge otroke skrbi, da bodo zapise brali starši ali kdo drug. Z usmerjanjem na samovrednotenje pri otrocih spodbujamo razvijanje objektivnejšega in racionalnejšega ocenjevanja samega sebe, kar že predstavlja del kognitivne restrukturacije otrokovega miselnega sistema (Verduyn idr., 2009).

### Kognitivna restrukturacija

Ena izmed osnovnih aktivnosti pri KVT depresije pri otrocih je kognitivna restrukturacija, ki omogoča, da posameznik spremeni negativne izkrivljene misli v pozitivnejše in bolj realistične (Stark idr., 2006). Osredotočimo se na tehnike dela na avtomatskih mislih in trening ustreznega prevzemanja odgovornosti (reatribucija). Delo na avtomatskih mislih je podobno kot pri delu z odraslimi. Negativne avtomatske misli povežemo z depresivnim razpoloženjem in otroka učimo

prepoznavati kognitivne distorzije ter spreminjati negativne avtomatske misli v funkcionalnejše in realnejše. Kognitivne distorzije so pri otrocih podobne kot pri odraslih. Negativno procesiranje informacij pri otrocih srečamo v obliki mišljenja vse ali nič, pri posploševanju, mentalnem filtru, neupoštevanju pozitivnih vidikov, branju misli in napovedovanju prihodnosti, negativnem označevanju, povečevanju negativnega in minimaliziranju pozitivnega, emocionalnem presojanju, pri stavkih z »morati« in personalizaciji. Pri otrocih poskušamo razviti realnejše in objektivnejše misli, do katerih jih vodimo s pomočjo iskanja dokazov za in proti, razširjamo možnosti drugačne razlage, otroka spodbujamo k razmišljanju o tem, kaj se bo najverjetneje zgodilo, ga spodbujamo, da zavzame perspektivo druge osebe ali da poskuša rešiti problem, ki je v ozadju. Pri preverjanju točnosti negativnih avtomatskih misli uporabimo vedenjski eksperiment. Kognitivno restrukturacijo pri otrocih izvajamo postopneje kot pri odraslih, saj otroci zelo težko diferencirajo med čustvi in mislimi. Temu moramo v terapiji nameniti veliko časa. Pomagamo si lahko z igro vlog, vizualizacijo neprijetnega dogodka in s tehniko, ki jo lahko poimenujemo videoposnetek. Gre za to, da si otrok predstavlja, da se neprijetni dogodek dogaja sedaj in da ga lahko poljubno vrta naprej in nazaj kot videoposnetek. Pri odraslih se v terapiji osredotočamo tudi na bazična prepričanja, ki ležijo v osnovi posameznikovega kognitivnega sistema. Pri otrocih to pogosto ni možno, saj se bazična prepričanja šele razvijajo. Izkušnje dela z otroki kažejo, da so že sposobni povezati, kako lastne življenjske izkušnje vplivajo na razvoj njihove depresivne motnje. Pri depresivnih otrocih so pogosti občutki krivde, zato trening reatribucije temelji na prevzemanju realne odgovornosti za pretekle negativne dogodke ter do nekaterih oseb ali samega sebe. Na primer pri učni neuspešnosti se pogosto dogaja, da vso odgovornost prevzamejo nase. Velikokrat je potrebna psihoedukacija o učnih težavah, saj je v ozadju predpostavka, da so edini, ki jih imajo. Prevzemajo tudi odgovornost za čustva in probleme staršev, saj ob depresivnem otroku velikokrat srečamo tudi depresivnega starša. Če je depresivna otrokova mati, je zmanjšana njena čustvena zmožnost za navezovanje stika z otrokom, prav tako pa je zmanjšana njena zmožnost kot modela pri učenju čustev. Z zmanjšanjem občutka odgovornosti dosežemo določeno čustveno razbremenitev. Težnja k perfekcionizmu je zlasti v sodobnem svetu skoraj stalnica v ozadju depresivnih simptomov. Otroci si zase in za druge postavljajo previsoke standarde, nato pa svoje dosežke vrednotijo s temi standardi, kar se kaže v različnih kognitivnih distorzijah. Priznavanje lastnih dosežkov in nagrajevanje za manjše uspehe dviguje občutek kompetentnosti ter razvija zdrav perfekcionizem (Verduyn idr., 2009).

Kognitivna restrukturacija negativnih misli je sklenjena tako, da otroke naučimo identifikacije, ocenjevanja in zamenjave negativnih misli z ustrežnejšimi, realnejšimi in pozitivnejšimi. Te tehnike se lotimo v sredini terapije, saj morajo otroci najprej prepoznati svoje depresivne simptome, drugače ima tehnika lahko negativen učinek. Poleg tega je to ena od strategij spoprijemanja, ki otrokom služi kot model »kako se lahko počutim bolje« (Stark idr., 2006).

## Reševanje problemov

S tehniko reševanja problemov pomagamo otroku pri iskanju različnih poti pri reševanju vsakdanjih problemov, pri izboljšanju veščin, ki jih potrebuje v medosebnih odnosih z drugimi, in pri uvidu, da so vzrok slabega počutja problemi, ki jih je možno reševati. Otroka učimo prepoznavati probleme, usmerjamo ga v iskanje različnih rešitev po metodi možganske vihre, v tehtanje za in proti pri vsaki od rešitev in v izbor najboljše možne rešitve. Osredotočamo se na trenutne situacije, ki so za otroka moteče, ter na fazo učenja in reševanja problemov, ki jih je lažje rešiti. Otroke moramo spodbujati k iskanju alternativnih rešitev, saj so mnogi depresivni otroci rigidni v svojem razmišljanju. Velikokrat precenijo pomen svojih problemov, zato jih s to tehniko opogumljamo, da jih vrednotijo kot rešljive. Problemi jim dajejo občutek lastne nesposobnosti, zato spodbujamo vsak napredek, ki ga dosežejo, s čimer povečujejo občutek lastne kompetentnosti in občutek moči (Živčič Bečirević, 2004).

## Trening socialnih veščin

Mnogi depresivni otroci imajo slabše razvite socialne veščine, kar je razlog za slabšo komunikacijo z drugimi. Večinoma so socialno zavrti in imajo slabše medosebne odnose z vrstniki, s starši in z odraslimi, zato je namen učenja socialnih veščin izboljšanje socialnega položaja otroka in preprečevanje socialnega umika (Živčič Bečirević, 2004). Otrokom je pomembno predati sporočilo, da se je možno socialnih veščin naučiti in da se z izboljšanjem socialnih kontaktov izboljša tudi depresivno razpoloženje. Kot terapevti moramo ločevati med resničnim pomanjkanjem socialnih veščin pri depresivnem otroku ter med pomanjkanjem motivacije za navezovanje stikov z drugimi in izogibanjem socialnim stikom zaradi doživljanja anksioznosti. S socialnimi veščinami se pri terapiji ukvarjamo na več ravneh. Lahko se usmerjamo v učenje vzpostavljanja očesnega kontakta, obrazne mimike, ustrezne višine glasu in vzdrževanja ustrezne socialne razdalje. Nekatero socialne veščine so bolj odvisne od kognitivnih elementov kot na primer napačna interpretacija namenov drugih ljudi, načrtovanje reševanja težavne medosebne konfliktno situacije, zato dodajamo elemente drugih kognitivnih tehnik. Učenje socialnih veščin najlaže poteka v skupini in z igro vlog. Prvi korak pri učenju socialnih veščin se osredotoča na izboljšanje osnovnih komunikacijskih veščin, kot so poslušanje drugih, kako začeti pogovor, kako vzdrževati pogovor, kako se predstaviti ipd. Nadaljnji koraki pa razvijajo zahtevnejše veščine pri medosebnih odnosih, ki se nanašajo na vključevanje posameznika v skupino, kako deliti svoje mnenje z drugimi, na dajanje pohval in nudenje pomoči drugim ter na načrtovanje naslednjih srečanj (Živčič Bečirević, 2004).

## Trening asertivnosti

Pri treningu asertivnosti razvijamo spretnosti, pri katerih se otroci naučijo, kako se lahko ustrezno postavijo zase. V okviru te tehnike so pomembni vedenjski eksperimenti,



s pomočjo katerih otroci preizkušajo naučene tehnike v vsakdanjih situacijah. Trening asertivnosti se najlažje izvaja v skupini, v individualni situaciji pa preigramo različne tehnike z igro vlog (Živčič Bećirević, 2004).

## Sproščanje

Sproščanje je namenjeno zmanjšanju telesnih simptomov depresivnosti. Uporabljajo se tehnike trebušnega dihanja, otroku prilagojeni načini progresivne mišične relaksacije in tehnike vizualizacije (Živčič Bećirević, 2004).

## Vključevanje družine in širšega socialnega sistema v obravnavo

Na otrokov potek depresije pomembno vpliva sprejemanje v družini. Nekateri starši zmorejo otroku ustrezno pomagati in ga podpreti, drugi otroka bolj kritizirajo, mnogokrat ni ustrezne podkrepitve s strani staršev. Kot terapevti do staršev ne smemo biti direktivni (ne konfrontiramo). Najbolje je, da čim več sprašujemo s sokratskim načinom. Ves čas jim verbalno in neverbalno sporočamo, da jih razumemo. Ne smemo jih obsojati, izogibamo se vsaki kritiki. Najbolje je, da sprejmemo njihovo razmišljanje in nato skupaj poiščemo še druge alternative. Starši so v terapiji pomočniki oziroma koterapevti (Verduyn idr., 2009). Usmerjamo jih v učenje pozitivnih vzgojnih prijemov, kar vključuje manj kritike do otroka, usmerjanje na otrokove pozitivne lastnosti in pozitivne vidike, v pohvalo. Starši pomagajo otroku pri izvrševanju terapevtskih nalog. Spodbujajo otrokovo asertivnost in mu pomagajo pri restrukturiranju misli.

Woolpert idr. (2005, citirano v Verduyn idr., 2009) so izpostavili tri glavne probleme, ki se lahko pojavijo pri vključevanju staršev v terapijo:

- Pojavijo se lahko težave pri usklajevanju ciljev otroka in staršev.
- Izvor otrokovih problemov lahko izhaja iz družinskih težav, ki jih moramo izpostaviti.
- Težko je razviti pristen in zaupen odnos s starši in otrokom.

Osnovni problem, ki se pojavi pri vključevanju staršev v terapijo, je sodelovanje pri postavljanju ciljev in vprašanje, ali se otroci res doživljajo kot glavni akter v terapiji. Omenjeno lahko privede do napetosti. Če imajo starši in otroci različne cilje, se pojavi prvo neskladje in vprašanje, komu slediti (Royal College of Psychiatry, 1997, citirano v Stallard 2002). Pri vključevanju staršev v terapijo je pomembno izpostaviti zaupnost. Terapevt mora pri pogovoru s starši vključiti otroka, saj slednjemu to omogoča realen pogled v to, kaj starši vedo o njegovih težavah in poteku terapije. Določeni starši potrebujejo jasna pravila, kako in kdaj lahko kontaktirajo terapevta. Težava se pojavi tudi, če starši zmanjšujejo pomen otrokovih doseženih ciljev oziroma otrokovega napredka. Vseeno je bolje, da jih vključimo v obravnavo in to zaznamo ter jih s tem tudi soočimo (Verduyn idr., 2009). Naloga terapevta je, da uskladi razlike v ciljnih terapije staršev in otroka. Terapevt objektivno izpostavi interese obeh strani in poskuša ozavestiti glavni cilj terapije. Pomembno je, da

se terapevt odziva na otrokove želje in cilje terapije, saj mu s tem daje občutek, da je njegova vloga v procesu terapije pomembna (Stallard, 2002).

Včasih je lahko dinamika odnosov v družini zapletena in je zaznava otroka neustrezna. Če družina zaznava otroka kot odgovornega za družinske težave, potem ni primerno izvajati individualne KVT, saj tako ne moremo nasloviti širših družinskih problemov (Kaplan idr., 1995, v Stallard, 2002).

Obstaja veliko študij, ki so raziskovale povezavo med depresijo pri starših (večinoma mamah) in povečanim tveganjem za depresijo pri otrocih (Radke-Yarrow, 1998, citirano v Verduyn idr., 2009). V klinični praksi je pogosto, da se terapevt hkrati sooča z depresivnim otrokom in depresivnimi starši. Pomembno je, da staršev ne okrivimo za otrokovo depresijo. Starši se večinoma počutijo krive za otrokove težave in sebi pripisujejo krivdo, kar negativno vpliva na potek terapije. Hkratna vključitev staršev v terapijo poveča možnost njihovega pozitivnega vključevanja in delovanja pri terapiji otroka (Verduyn idr., 2009).

## Ocena in obravnava samomorilnosti in samopoškodbenega vedenja

Samomor je v obdobju mladostništva med tremi najpogostejšimi vzroki umrljivosti. Čeprav je število samomorov med mladimi manjše kot pri starejši populaciji, ne smemo spregledati zaskrbljujočega podatka iz številnih raziskav, da se v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami prebivalstva, povečuje delež mladih, ki končajo svoje življenje s samomorom. Med mladostniki je samomorilnih poskusov brez smrtnega izida več kot resničnih samomorov, nekatere raziskave nakazujejo, da celo dvajsetkrat več. Na samomorilne poskuse je treba biti pozoren, saj približno 10 % posameznikov, ki so samomor v preteklosti že poskušali izvesti, kasneje tudi zares stori samomor. Samomorilne misli in vedenje se redko pojavljajo pred 12. letom, vrh dosežejo v mladostništvu med 14. in 18. letom. Tako slovenske kot tuje raziskave kažejo, da v primerjavi z dekleti fantje skoraj štirikrat pogosteje storijo samomor, medtem ko je obraten trend opazen pri samomorilnih poskusih. Za razlike med spoloma obstajajo številne razlage. Možno je, da do razlik med spoloma prihaja, ker ima samomorilno vedenje pri dekletih drugačno funkcijo kot pri fantih. Pri dekletih večkrat služi izražanju stiske, začasnemu umiku pred negativnimi občutki ali sprostitev napetosti, zato so pri njih pogostejše samomorilne misli in samomorilni poskusi. Pri fantih, ki za soočanje s stresom pogosteje kot dekleta uporabljajo navzven usmerjene načine, kot so delinkventno vedenje, pretepanje ali druge oblike nasilja, pa je samomor pogosto zadnji korak, ki ni namenjen klicu na pomoč. Fantje hkrati pogosteje izbirajo smrtonosnejše metode samomorilnega vedenja (obešanje, uporaba strelnega orožja) (Konec Juričič idr., 2016).

Vsako leto v Sloveniji samomor stori okrog dvajset mladostnikov (Konec Juričič idr., 2016). Pred desetimi leti je bila izvedena obsežna raziskava o samomorilnem vedenju med slovenskimi srednješolci (Tomori, 1999, citirano v Konec Juričič, idr., 2016). Pokazala je, da je kar 31,1 % fantov in 45,1 % deklet že razmišljalo o samomoru, 6,8 % fantov in 13,5 % deklet v starosti od 14 do 19 let pa je poročalo o tem,

da so samomor že poskušali izvesti. Treba je poudariti, da v raziskavo niso bili zajeti mladostniki, ki se ne šolajo, zato je podatek za splošno populacijo mladostnikov pri nas verjetno še višji. Število mladostnikov, ki ob samomorilnih krizah poiščejo pomoč, je nizko in naj bi se gibalo okoli 50 %. Poleg tega mladostniki, ki poiščejo pomoč, v polovici primerov opustijo terapijo (White, 2014).

Samomorilnost in samopoškodbeno vedenje sta večinoma povezana z resnimi psihiatričnimi motnjami, najpogosteje z depresijo, ki povečuje verjetnost za pojavnost samomorilnega vedenja, še posebej med mladimi. Zgodnji ukrepi pri obravnavi depresivnega razpoloženja lahko preprečijo pojavnost samomorilnosti pri otrocih in mladostnikih. Raziskave predvidevajo, da bi lahko z ustreznimi preventivnimi programi in zgodnjimi ukrepi pri depresivnih otrocih in mladostnikih zmanjšali pojavnost samomorilnega vedenja za 50 %. Poleg zgodnje obravnave depresije so pomembni tudi preventivni ukrepi za preprečevanje samomora (Barrera, Torres in Muñoz, 2007).

Kognitivni model samomorilnega vedenja (Wenzel idr., 2008, citirano v Wenzel in Beck, 2008) zajema tri glavne konstrukte, ki so osnova samomorilnega vedenja iz kognitivnega vidika. Ti konstrukti so kognitivni procesi, povezani s psihiatričnimi motnjami, kognitivni procesi, povezani s samomorilnim vedenjem, in samomorilno vedenje samo. Predispozicijski dejavniki so lastnosti, ki so stabilne in prispevajo nepojasnen delež tveganja za psihiatrične motnje in prav tako za samomorilno vedenje. Kognitivni procesi, povezani s psihiatričnimi motnjami, so neprilagojene kognitivne vsebine (npr. kaj posameznik misli) in načini pristranskega procesiranja informacij, ki so povezani s številnimi različnimi psihiatričnimi motnjami in simptomi (Ingram in Kendall, 1986, citirano v Wenzel in Beck, 2008). Verjetnost samomorilnega vedenja se povečuje s hkratnim naraščanjem pogostosti, intenzitete in/ali trajanja izkrivljenih kognitivnih procesov. Kognitivni procesi, ki jih povežemo s samomorilnim vedenjem, so neprilagojene kognitivne vsebine in informacije, ki se pojavijo pri posamezniku, ko nastopi samomorilna kriza. Avtorji (Wenzel idr., 2008, citirano v Wenzel in Beck, 2008) opisujejo samomorilno krizo kot stanje, ko oseba doživlja samomorilne ideje ali predstave o samomoru ali pa izvaja samopoškodbeno vedenje z namenom samomora. Število predispozicijskih dejavnikov tveganja se povezuje s količino stresa, ki je pri posamezniku potrebna, da se sproži samomorilna kriza (Wenzel in Beck, 2008).

Opisan model lahko služi kot začetna točka pri obravnavi posameznikovega samomorilnega vedenja. Vsaka oseba ima drugačne predispozicijske dejavnike tveganja in kognitivne procese, ki so povezani s psihiatričnimi motnjami, več kot je teh dejavnikov, večje je tveganje za pojav samomorilnega vedenja, ob stresnih dogodkih (Rudd, 2004). Kljub temu pa se moremo zavedati, da ne glede na količino dejavnikov verjetnost samomorilnega vedenja izrazito niha med posamezniki, saj na verjetnost samomorilnega vedenja vplivajo tudi drugi zunanji dejavniki, kot je na primer raven socialne podpore (Joiner in Rudd, 2000).

KVT-konceptualizacija samomorilnega vedenja temelji na informacijah začetne ocene. Zajema ključne vsebine, ki pojasnjujejo kognitivne in vedenjske dejavnike, ki so igrali

pomembno vlogo pri razvoju in vzdrževanju otrokovega samomorilnega vedenja. Hkrati v konceptualizacijo vključimo zunanje dejavnike okolja, kot so družinske težave ali težave v socialnih odnosih z vrstniki. Na osnovi konceptualizacije oblikujemo KVT (Harrington in Saleem, 2006). Za otroke in mladostnike, ki so depresivni in se soočajo s samomorilnim vedenjem, je bilo oblikovanih več specifičnih pristopov KVT (Harrington idr., 1998d, citirano v: Harrington in Saleem, 2006). Večina KVT za samomorilno ogrožene in depresivne otroke najpogosteje vključuje kombinacijo vedenjskih in kognitivnih tehnik (Harrington in Saleem, 2006). Kognitivna komponenta zajema številne tehnike, s katerimi otroke in mladostnike naučimo obvladovanja disfunkcionalnih misli, povezanih s samopoškodbenim vedenjem. Vedenjska komponenta KVT otrokom in mladostnikom pomaga, da premostijo socialne in osebne težave, ki so povezane s samopoškodbenim vedenjem. Tehnike, kot sta reševanje problemov in trening asertivnosti, so pomemben del terapije pri samomorilnem vedenju. KVT je prav tako učinkovit pristop pri zdravljenju psihiatričnih motenj, ki so močno povezane s samopoškodbenim vedenjem (Harrington in Saleem, 2006).

V terapevtskem pristopu je treba oceniti in obravnavati širok spekter različnega samomorilnega in samopoškodbenega vedenja. Pri samomorilnosti se vedno bolj uveljavlja koncept kontinuum samomorilnih vedenj, ki se razteza od ideje do poskusov samomora in v končni fazi zaključenega samomora. Mnogi samomorilno vedenje štejejo med samopoškodbeno vedenje. Oblike samopoškodbenega vedenja delimo na dve skupini (Verduyn idr., 2009), to so samopoškodbe (rezanje, požiranje različnih predmetov, uporaba strelnega orožja, zažiganje, obešanje, ustrelitev, skok z višine in pod avtomobile) in samozastrupitve (predoziranje z zdravili in zaužitje strupenih substanc). Druga tvegana vedenja so še kajenje, uživanje alkohola in drugih psihoaktivnih substanc, čezmerno uživanje hrane, stradanje in promiskuitetno vedenje. V različnih terapevtskih fazah je treba ocenjevati tveganje za samomorilno in samopoškodbeno vedenje. Dejavniki tveganja za samomorilno vedenje so (Verduyn idr., 2009): zgodovina preteklih poskusov samomora, resne samopoškodbe, močna namera umreti, kronične bolečine, zloraba psihoaktivnih substanc, duševna motnja (še posebno depresija), antisocialna osebnostna motnja, brezup in pesimizem, slab samonadzor, izkušnja spolne in fizične zlorabe, boleča izguba ali travmatična osebna izkušnja. Pri otrocih se svetuje najprej samostojna ocena otroka in nato skupna s starši. V intervjuju se pozanimamo o ideji za samomor ter o njegovem načrtu za izvedbo. Pogovor o tem ne poveča možnosti za samomor. Zelo pomembno je ugotoviti, ali ima mladostnik željo in namen umreti. Večja nevarnost je jasno izdelan načrt, ki zajema izvedbo v izolirani situaciji, kjer je malo možnosti, da se otroka ali mladostnika najde, daljša priprava metode ter pospravljanje svojih osebnih stvari. Nevarna je tudi impulzivnost, saj lahko privede do naključne smrti (Verduyn idr., 2009).

KVT se pri obravnavi samomorilnosti in samopoškodbenega vedenja ocenjuje kot uspešna metoda, ki vključuje delo na preusmerjanju samomorilnih misli in razvijanju alternativnih načinov obvladovanja močnih čustev, ki spremljajo te misli

in ideje. Delo s starši pa je usmerjeno v boljše prepoznavanje dejavnikov tveganja, sprememb v vedenju in učenju ustreznih odzivov na otrokovo samomorilno vedenje. Pri obravnavi otroka ali mladostnika s samomorilno ogroženostjo moramo pojasniti, da načelo zaupnosti ni prednostna naloga. Otroku je treba razložiti, da ga moramo ob visoki ogroženosti zaščititi in varovati. Starši morajo biti seznanjeni, potrebujejo pa tudi nasvete glede načina odzivanja. V stanju akutne ogroženosti je treba zagotoviti stalen nadzor nad otrokom, prav tako pa moramo starše podučiti o ukrepih za zaščito otroka. Včasih se moramo odločiti tudi za bolnišnično zdravljenje. Terapevt naj izbere podpirajoč pristop in ne kritizirajočega. Z otrokom skupaj postavimo cilje pri reševanju njegovih težav. Za mnoge mlade ljudi je samopoškodbeno vedenje način reševanja svojih težav, zato se moramo v terapiji osredotočiti na učenje alternativnih načinov. Uspešni smo lahko le v tesnem sodelovanju s starši in z za otroka pomembnimi ljudmi v za otroka varnem okolju (Verduyn idr, 2009).

## Sklep

Zavedati se moramo dejstva, da je depresivnost pri otrocih in mladostnikih pogosta in da lahko pomembno vpliva na njihovo delovanje na različnih področjih učenja, zato je pomembno, da smo terapevti podučeni tudi o obravnavi teh motenj pri mlajši populaciji. Treba je upoštevati, da je klinična slika depresivnosti pri otrocih nekoliko drugačna kot pri odraslih. Vsekakor je terapevtski proces zahteven, še posebej ob znakih samomorilnega vedenja. V obravnavo ne smemo pozabiti vključiti staršev in otrokovega širšega socialnega sistema. Temeljna načela obravnave depresivnosti pri otrocih so enaka tistim pri odraslih. Terapevtske tehnike prilagajamo otrokovi razvojni stopnji, predvsem kognitivnim zmožnostim. Kombiniramo različne vedenjske in kognitivne tehnike, obravnava pa lahko poteka individualno ali skupinsko.

## Literatura

- Achenbach, T. M. in Rescorla, L. A. (2017). *Navodila za uporabo Achenbachovega sistema empirično utemeljenega ocenjevanja: integriran sistem ocenjevanja na osnovi ocen več ocenjevalcev*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Attwood, T., Callesen, K. in Møller Nielsen, A. (2008). *The CAT-kit: Cognitive Affective Training*. Arlington, Future Horizons.
- Barrera, A. Z., Torres, L. D. in Muñoz, R. F. (2007). Prevention of depression: The state of the science at the beginning of the 21st century. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 655–670.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. in Steer, R. A. (2013). *Priročnik: Beckova lestvica samomorilnih misli BSS [Manual: Beck scale for suicide ideation BSS]*. Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Briere, J. (2000). *Vprašalnik travmatiziranosti za otroke: VTMT: priročnik [Trauma symptom checklist for children]*. Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva.
- Dudley, C., D. (1997). *Treating Depressed Children*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586.
- Harrington, R. in Saleem, Y. (2006). Cognitive behavioral therapy after deliberate self-harm in adolescence. V R. A. King in A. Apter (ur.), *Suicide in Children and Adolescents* (str. 251–270). Cambridge: University Press.
- Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (2005). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene : MKB-10: deseta revizija*. Ljubljana: IVZ RS.
- Kendall, P. C., Stark, K. D. in Adam, T. (1990). Cognitive deficit or cognitive distortion in childhood depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(3), 255–270.
- Konec Juričič, N., Roškar, S. in Jelenko Roth, P. (2016). *Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika, Priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46(5-6), 305–315.
- Joiner, T. E. in Rudd, M. D. (2000). Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 909–916.
- Lewinsohn, P. in Hoberman, H. (1982). Depression. V A. Bellack, M. Hersen in A. Kazdin (ur.), *International Handbook of Behavior Modification and Therapy* (str. 397–431). New York: Plenum.
- Rehm, L. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8(5), 787–804.
- Rudd, M. D. (2004). Cognitive therapy for suicidality: An integrative, comprehensive, and practical approach to conceptualization. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(1), 59–72.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Stallard P. (2002). *Think Good – Feel Good: A Cognitive Behaviour Workbook for Children and Young People*. England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Stark, K. D., Hargrave, J., Sander, J., Custer, G., Schnoebelen, S., Simpson, J. in Molnar, J. (2006). Treatment of Childhood Depression: The ACTION treatment program. V P. H. C. Kendall (ur.), *Child & Adolescent Therapy: Cognitive Behavioral Procedures* (str. 169–217). New York: The Guilford Press.
- Tomori, M. (1999). Duševne motnje v razvojnem obdobju. V M. Tomori in S. Zihlerl (ur.), *Psihiatrija* (str. 317–353). Litterapicta: Ljubljana.
- Verduyn, C., Rogers, J. in Wood, A. (2009). *Depression: Cognitive Behavior Therapy With Children and Young People*. New York: Routledge.

- Weersing, R. V. in Brent, D. A. (2006). Cognitive behavioral therapy for depression in youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 15(4), 939–957.
- Wenzel, A. in Beck, A. T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 189–201.
- White, J. (2014). *Practice guidelines for working with children and youth at risk for suicide in community mental health settings*. British Columbia: Ministry of Children and Family Development.
- Živčič Bećirović, I. (2004). Kognitivno-vedenjska obravnava depresije otrok in mladostnikov. V N. Anić (ur.), *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije – zbornik 1* (str. 226–237). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.