

III

STANY DEPRESYJNE U DZIECI I MŁODZIEŻY

LILIAN BLÖSCHL

Uniwersytet w Grazu, Austria

Dysfunkcje interpersonalne a stany depresyjne u dzieci i młodzieży

1. Wprowadzenie

W ciągu ostatniej dekady problem stanów depresyjnych u młodych ludzi stał się przedmiotem szerokiego zainteresowania jako jeden z zasadniczych problemów zdrowia psychicznego. Jak pokazują ostatnie studia epidemiologiczne częstość pojawiania się takich zaburzeń w okresie wczesnej młodości jest istotnie większa niż pierwotnie zakładano. Kontrolując poważne zaburzenia depresyjne stwierdzono ich występowanie w przypadku 2–3% dzieci w wieku szkolnym i 5–7% w okresie adolescencji. W przypadku subklinicznych stanów depresyjnych wskaźniki te są oczywiście wyższe w obu grupach. Uznając istotne pogorszenie jakości życia i funkcjonowania zwykle powiązanego z zaburzeniami depresyjnymi, stają się zrozumiałe poważne wysiłki podejmowane w psychologii klinicznej dziecka, w psychologii młodzieży i w innych dyscyplinach pokrewnych w celu bardziej precyzyjnego określenia warunków przyczyniających się do pojawienia się i rozwoju takich zaburzeń i w celu konstruowania skutecznych metod leczenia i zapobiegania (Cantwell, 1990; Goodyer, 1992; Blöschl, 1992). Rozpowszechniony jest dzisiaj pogląd, według którego początek i przebieg depresji powinien być ujmowany na wszystkich etapach życia, w kontekście wieloczynnikowych uwarunkowań; to jest z uwzględnieniem wpływu różnorodnych czynników społeczno-środowiskowych, psychologicznych i biologicznych. Doceniając potencjalny wpływ zmiennych psychospołecznych, dowiedziono w wielu pracach empirycznych, że świat społeczny

osób z depresją, zarówno dorosłych jak dzieci i młodzieży, jest często charakteryzowany poprzez ogromny zakres stresorów. Towarzyszy temu wyraźny brak czynników stanowiących oparcie i wzmocnienie pozytywne (Becker & Kleinman, 1991; Gotlib & Hammen, 1992). Równocześnie zachowanie interpersonalne osób z depresją, dla nich samych, wydają się być charakteryzowane przez właściwości niekorzystne dla efektywnego radzenia sobie z problemami i zadaniami życia. Uporządkowanie naszej wiedzy o takich czynnikach związanych z jednostką oraz ich związkach z niekorzystnymi warunkami społeczno-środowiskowymi stanowi istotne wymaganie, zarówno z punktu widzenia badań podstawowych w psychologii klinicznej, jak i ze względów praktyczno-terapeutycznych.

Celem tego artykułu jest dokonanie przeglądu i dyskusji, w skrócie, znaczenia takich interpersonalnie dysfunkcyjnych zachowań – znaczenia niedostatków społecznych nawyków i kompetencji – w zaburzeniach depresyjnych dzieci szkolnych i adolescentów. Podobnie jak w innych obszarach badań nad depresją, większość istotnych prac wykonano w odniesieniu do dorosłych (Blöschl, 1993; Feldman & Gotlib, 1993). Jakkolwiek ostatnio ilość badań empirycznych nad zależnością pomiędzy dysfunkcjami interpersonalnymi a depresją u dzieci i młodzieży gwałtownie wzrosła, obejmując zarówno badania młodych pacjentów z klinicznymi objawami depresji, jak i badania młodych osób z subklinicznymi stanami depresyjnymi. W tym opracowaniu chciałabym po pierwsze przedstawić krótki przegląd aktualnego stanu badań empirycznych w tym rozległym i zróżnicowanym obszarze badań odnosząc się do literatury międzynarodowej, jak również wskazując kilka prac z naszego wydziału w Grazu. Następnie wskażemy na implikacje, teoretyczne i praktyczno-kliniczne, jak również implikacje odnoszące się do przyszłych badań.

2. Aktualny stan badań empirycznych

Dane empiryczne dotyczące zachowań dysfunkcyjnych społecznie w zaburzeniach depresyjnych w wieku szkolnym i adolescencji pochodzą z jednej strony z wielu studiów opartych na subiektywnych miarach szacunkowych, to znaczy kwestionariuszach i skalach szacunkowych do oceniania umiejętności społecznych, kompetencji społecznej i innych powiązanych z nimi konstruktów. Powinniśmy z góry uprzedzić, iż terminologiczne ustalenia w tym obszarze nie są do końca jednoznaczne. Najczęściej terminu „umiejętności społeczne” bądź „umiejętności interpersonalne” używa się w celu denotowania specyficznych składników odnoszących się do ogólnych poznawczo-behawioralnych układów „kompetencji społecznej” lub „kompetencji interpersonalnej” (dyskusja tych problemów terminologicznych oraz przegląd istotnych miar znajduje się w: Spitzberg & Cupach, 1989). W ostatnich latach wiele badań tego typu przeprowadzono w grupach klinicznych i subklinicznych. Odnosiły się one, w wielu aspektach, do zachowań społecznych

młodych ludzi (ocenianych przez nich samych) z objawami depresji w rodzinie, w grupach rówieśniczych i w innych sferach życia, np. w kontaktach z obcymi. Wyniki przeważnie sugerują, w porównaniu z grupami kontrolnymi osób bez depresji, że dzieci i adolescenty z depresją oceniają swoją aktywność społeczno-behawioralną i społeczno-poznawczą jako istotnie zaburzoną (Blöschl & Ederer, 1986; Kennedy, Spence & Hensley, 1989; Marton, Connolly, Kutcher & Korenblum, 1993; Ofner, 1994). Jak się oczekuje biorąc pod uwagę kliniczną symptomatologię depresji, właściwości związane z biernością społeczną i brakiem poczucia bezpieczeństwa z powodu braku inicjatywy interpersonalnej i asertywności, mają decydujące znaczenie w takim kontekście. Równocześnie ostatnio staje się coraz bardziej oczywiste, że w grupie dzieci z depresją nie pojawia się irytacja i wrogość wobec innych (Garber, Quiggle, Panak & Dodge, 1991; Reicher & Blöschl, 1994).

Oczywiste jest, że dane samoobserwacyjne są ważnymi faktami psychologicznymi związanymi z obrazem samego siebie i z autoprezentacją młodych ludzi z objawami depresji. Pomimo tego, zostaną uzupełnione, ze zrozumiałych powodów, przez dane z innych źródeł, np. przez dane dotyczące konkretnych manifestacji takich zachowań w codziennych kontaktach jednostki. Z badań nad depresją o poznawczo-psychologicznej orientacji wiadomo, że tendencje w kierunku „negatywnych poznawczych zniekształceń” są często obserwowane w kontekście stanów depresyjnych. Stąd też, możliwe, że pogorszenie funkcjonowania interpersonalnego (stwierdzane w danych samoobserwacyjnych) osób z depresją pochodzi z właściwego depresji negatywnego nastawienia w samoocenie bez równoczesnego posiadania jakiegokolwiek podstawy w ocenach innych osób rozważanych na poziomie zewnętrznego rejestrowania zachowania jednostki. Jak wskazują istotne badania nad depresją młodych pacjentów i nad ich stanami depresyjnymi na tę kwestię można spojrzeć jeszcze inaczej. Wyniki kilku badań zawierające oceny dokonywane przez rodziców, nauczycieli i rówieśników pokazują, że w takich ocenach również, społeczne zachowanie dzieci i młodzieży z depresją jest często oceniane jako istotnie zaburzone (Ryan et al., 1987; Bell-Dolan, Reaven & Peterson, 1993). Ponadto dane referowane przez Altmanna i Gotliba (1988) i pochodzące z bezpośredniej obserwacji zachowania w grupie rówieśniczej również przemawiają na rzecz tezy, iż zachowania interpersonalne młodych osób z depresją są charakteryzowane przez właściwości raczej niekorzystne dla ustanowienia i utrzymywania pozytywnych kontaktów społecznych. W zgodzie z ustaleniami opartymi na miarach samoobserwacyjnych, w interpretacji tych danych podkreśla się znaczenie wycofania jako głównego zachowania charakteryzującego depresyjny wzór zachowania. Autorzy ci podkreślają również, że wskazane zachowania są nierzadko powiązane z „aktywnymi negatywnymi” zachowaniami wobec innych, np. z tendencjami wrogo-agresywnymi. Najwyraźniej stopień współwystępowania uzewnętrzania i uzewnętrzniania problemów u młodych ludzi z depresją jest wysoki

zarówno na „subiektywnym” jak i na obiektywnym poziomie (porównaj występowanie podobnego trendu w badaniach dorosłych; Blöschl, 1994).

Podsumowując, istnieją istotne empiryczne dowody na to, że braki w interpersonalnym funkcjonowaniu znacząco często występują w przypadkach depresji dzieci i młodzieży jak również w przypadkach subklinicznych (stany depresyjne). Braki te można identyfikować nie tylko przez stosowanie metod samoobserwacyjnych, ale również poprzez odwoływanie się do ocen innych osób i do behawioralnych danych obserwacyjnych. Podobnie jak to ma miejsce w przypadku dorosłych, stwierdzenia te powinny zostać uzupełnione pewnymi zastrzeżeniami. Otóż, chociaż większość wyników wskazuje na taki kierunek interpretacji, to istnieją również studia bądź częściowo tylko potwierdzające bądź też nie potwierdzające referowanych zależności; dodatkowo korelacje pomiędzy dysfunkcjonalnymi społecznie zachowaniami i stanami depresyjnymi występują w stopniu umiarkowanym. Oczywiście znaczenie i rodzaj takich problemów w depresji różni się w zależności od liczby czynników jak dotąd w większości nie zbadanych. Ponadto „kwestia specyficzności” – pytanie, czy te zaburzenia są specyficznie zrelatywizowane do zaburzeń depresyjnych, czy też raczej stanowią wyraz ogólnej psychopatologizacji – jest dzisiaj daleka od zamknięcia. Pomimo tego jednak związek pomiędzy przejawami dysfunkcji interpersonalnych – zachowaniami związanymi z biernością-niepewnością, i częściowo zachowaniami związanymi z irytacją-wrogością – a depresją u dzieci i adolescentów może być rozumiany, ogólnie, jako dobrze ugruntowany trend, wymagający uwzględniania zarówno w jego teoretycznych jak i praktycznych aspektach.

3. Implikacje teoretyczne i praktyczno-kliniczne

3.1. Zachowanie dysfunkcjonalne interpersonalnie: przyczyna, zmienna współwystępująca lub konsekwencja depresji u młodych ludzi?

Zastanawiając się nad możliwościami integracji tych rezultatów w postaci zwartej teoretycznej koncepcji, trzeba stwierdzić po pierwsze, że większość referowanych powyżej studiów zostało przeprowadzonych na różnych poziomach. Oznacza to, że korelacje stwierdzone w tych studiach mogą oznaczać, że dysfunkcje interpersonalne poprzedzają depresję, bądź też że stanowią one zmienną współwystępującą z objawami depresji, albo stanowią one konsekwencje depresji. W stosunkowo wąskiej grupie wyników opierających się na procedurze badań longitudinalnych można znaleźć dane wskazujące na rolę problemów interpersonalnych jako czynników poprzedzających; inne dane wskazują na te zachowania jako czynnik współwystępujący bądź konsekwencję, to znaczy na współzmiennność społecznie dysfunkcjonalnych zachowań z zaburzeniami depresyjnymi. Podsumowując, o ile dalsze badania ukierunkowane na identyfikację tych sekwencyjnych

zależności są w sposób oczywisty konieczne, to bieżące dane empiryczne wydają się sugerować, że te relacje w obydwu kierunkach powinny być brane pod uwagę (Gotlib & Hammen, 1992). Z jednej strony niedokształcone umiejętności interpersonalne i braki w kompetencji interpersonalnej w znaczeniu długotrwałej nieprawidłowości w uczeniu społecznym może w pewnych przypadkach przyczynić się do rozwoju zaburzeń depresyjnych (mogą one działać jako czynnik szczególnej wrażliwości i w interakcji z niekorzystnymi zdarzeniami środowiskowymi mogą podwyższać stres życia prowadząc do zaburzeń depresyjnych). Z drugiej strony, w pewnych przypadkach dysfunkcje interpersonalne mogą reprezentować braki w społecznych zachowaniach wynikające z rozwoju depresji. Niekiedy obydwa procesy mogą zachodzić równocześnie, to znaczy wydaje się możliwe, że w przypadku młodych ludzi z raczej ograniczoną kompetencją społeczną ryzyko rozwoju depresji jest podwyższone i w następstwie tego ich zachowania interpersonalne – i ich relacje interpersonalne ulegają głębszemu zaburzeniu czemu towarzyszy wzrost zaburzeń emocjonalnych.

Pomimo tego, że wszystkie wskazane możliwości są warte rozważenia, chciałabym dodać jedynie kilka słów dotyczących potencjalnego pogorszenia się funkcjonowania interpersonalnego w toku trwania depresji, ponieważ takie procesy do niedawna często pomijano. Patrząc na główne objawy zaburzeń depresyjnych w aspekcie poznawczo-afektywnym i w aspekcie somatycznym staje się jasne, że – zarówno w okresie dorosłości jak i w wieku szkolnym i młodości – ma miejsce, na poziomie poznawczo-afektywnym, znaczący wzrost samokontroli skierowanej na własne niepowodzenia, braki i nieefektywność; równocześnie występuje istotne obniżenie zainteresowania otoczeniem. Równoległe, na poziomie somatycznym, istotną rolę odgrywają objawy poważnego zmęczenia, utraty energii. (Patrz przeglądy: Stark, 1990; Rossmann, 1991). W takim stanie psychologicznej i biologicznej słabości oczywiste staje się narastanie trudności w adekwatnym radzeniu sobie z innymi ludźmi. W takich warunkach będą zaburzone nie tylko steniczo-asertywne zachowania w konfliktogennych sytuacjach społecznych. Należy podkreślić, że również w neutralnych i przyjacielskich kontaktach z innymi wymagany jest wyższy poziom aktywności i płynności, wraz z narastaniem objawów depresji te wymagania mogą stać się źródłem istotnego dodatkowego stresu. Podobnie nie jest zaskakującym fakt, iż może mieć miejsce nasilenie się bierności społecznej i wycofania, czasem wraz z narastaniem drażliwości-wrogości co jest reakcją na narastające napięcie w kontaktach interpersonalnych i stanowi też próbę uniknięcia lub zredukowania dalszego napięcia tego rodzaju. Jak już wskazano, w szczególności w podejściu prezentowanych przez Coyne'a i jego współpracowników (Coyne, Burchill & Stiles, 1991) – ludzie w otoczeniu społecznym reagują na te zmiany w zachowaniu; w krótkim okresie nierzadko z uwagą i pomocą; w dłuższym okresie zachowania te stają się awersyjnymi dla innych powodując w konsekwencji wycofanie bądź odrzucenie w kontakcie. W ten sposób powstaje błędne koło pro-

wadząc często do poważnej izolacji młodocianego i przez to powoduje pogłębienie zaburzeń depresyjnych.

3.2. Aspekty terapeutyczne

Przechodząc krótko do implikacji klinicznych, powinno się podkreślić, że obydwie aspekty poruszonych wyżej problemów dysfunkcji interpersonalnych zasługują na uwagę w procesie leczenia i poradnictwa dzieci i młodzieży z depresją. Jeżeli dysfunkcje interpersonalne stanowią wynik długotrwałego deficytu w uczeniu – jeżeli ma miejsce stosunkowo długa historia problemów w kontakcie poprzedzająca pojawienie się poważnych zaburzeń emocjonalnych – wtedy wskazany jest trening podstawowych kompetencji społecznych, prowadzony na poziomie poznawczym i behawioralnym. Z drugiej strony, jeżeli dysfunkcje interpersonalne pojawiły się w toku rozwoju depresji – jeżeli ma miejsce względnie długa historia pozytywnych społecznych kontaktów zaburzona dopiero w momencie pojawienia się depresji – pomoc terapeutyczna może być także wymagana. W takich wypadkach wysiłki powinny być ukierunkowane na odbudowę poprzedzającego zachowanie statusu społecznego młodocianego, często dramatycznie zaburzonego w okresie depresji i na odbudowanie utraconej wiary w bycie zdolnym do skutecznego radzenia sobie z innymi ludźmi.

Powyższe uwagi znajdują swoje potwierdzenie w powszechnej akceptacji faktu, iż sposoby leczenia ukierunkowane na modyfikowanie niekorzystnych warunków życia (poprzez terapię rodzin, poprzez zmianę szkodliwych warunków w środowisku szkolnym lub z pomocą innych metod) powinny być uzupełniane poprzez podejścia skoncentrowane na dostarczeniu dziecku bądź adolescentowi z depresją bardziej adekwatnych interpersonalnych strategii radzenia sobie z zadaniami i problemami życia. Rzeczywiście, metody dotyczące treningu umiejętności społecznych i kompetencji społecznej zajmują wyjątkowe miejsce w większości programów poznawczo-behawioralnej terapii depresji dla młodych ludzi; zakres tych metod zawiera, aby nazwać tylko niektóre z nich, strategie usprawniania spostrzegania społecznego i społecznego rozwiązywania problemów, jak również metody treningu asertywności i metody konstruowania programów działania (Blöschl, 1988; Matson, 1989; Stark, 1990; Schrod, 1992; Kendall, 1993). Zrozumiałe, że dla identyfikowania specyficznych celów leczenia konkretnego klienta szczególnie ważna jest precyzyjna ocena zachowania uwzględniająca wieloczynnikowy charakter roli dysfunkcji interpersonalnych w depresji. Wyniki pierwszych kontrolowanych studiów empirycznych badających skuteczność terapii takich treningów działają zachęcająco, to znaczy, że metody usprawniania społecznej kompetencji mogą przyczynić się do poprawy w stanach depresyjnych u dzieci w wieku szkolnym i adolescentów. Podobnie, jak w przypadku badań podstawowych, w tym względzie również znacznie więcej badań będzie koniecznych w nadchodzących latach. W szczególności powinny zostać podjęte wysiłki mające na celu

precyzyjne empiryczne badania specyficznych dróg prowadzących do wskazanych zmian terapeutycznych.

4. Uwagi końcowe

Konkludując powtórzmy, że problem dysfunkcji interpersonalnych nie jest oczywiście jedynym, który należałoby rozważać, gdy podejmujemy próbę wyjaśniania i modyfikowania zaburzeń depresyjnych u młodych ludzi. Pomimo tego, kontakt społeczny stanowi zasadniczą sferę życia dla większości ludzi w każdym przedziale wiekowym, szczególnie w młodości, waga sukcesu bądź porażki w radzeniu sobie z gwałtownie rozszerzającym się społecznym światem nie może być pomijana. Zwięźle mówiąc, w ostatnim dziesięcioleciu celem badań empirycznych było wykazanie, że stany depresyjne u dzieci i młodzieży są często powiązane ze, znaczącym zaburzeniem interpersonalnych strategii radzenia sobie na poziomie poznawczym i behawioralnym. Równocześnie dowiedziono, że związki pomiędzy depresją i dysfunkcjami interpersonalnymi w dzieciństwie i młodości są wysoce złożone i że znajdujemy się dopiero na początku ich rozumienia. Eksploracja tych wieloczynnikowych wzajemnych zależności oparta na bardziej zróżnicowanych sposobach i nawiązująca do dobrze ugruntowanych teoretycznie podstaw stanowić będzie zadanie przyszłych badań.

tłum. Wojciech Czajkowski

Literatura

- Altmann E.O., Gotlib I.H., *The social behavior of depressed children: An observational study*, Journal of Abnormal Child Psychology 1988, 16, 29–44
- Becker J., Kleinman A. (red.), *Psychosocial aspects of depression*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum, New Jersey 1991
- Bell-Dollan D.J., Reaven N.M., Peterson L., *Depression and social functioning: A multidimensional study of the linkages*. Journal of Clinical Child Psychology 1993, 22, 306–315
- Blöschl L., *Verhaltenstherapeutische Ansätze zur Depression im Kindes- und Jugendalter*, [w:] J.-J. Friese, G.-E. Trott (red.), *Depression in Kindheit und Jugend*, Bern, Huber 1998
- Blöschl L., *Depresja u dzieci i młodzieży – aktualne trendy w badaniach psychologicznych i w terapii*, Nowiny Psychologiczne 1988, 3, 95–102
- Blöschl L., *Interpersonelles Verhalten und Depression: Befunde, probleme, Perspektiven*, [w:] L. Montada (red.), *Bericht über den 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier 1992*, (t. 2), 134–140, Hogrefe, Göttingen 1993
- Blöschl L., *Zur Rolle hostiler Tendenzen in der Depression: Verhaltensdiagnostische Aspekte*, [w:] D. Bartussek, M. Amelang (red.), *Fortschritte der Differentiellen Psychologie und Psychologischen Diagnostik*. Festschrift zum 60. Geburtstag von Kurt Pawlik (w druku) 1994
- Blöschl L., *Zusammenhänge zwischen Depressivität und selbstberichteten Aktivitäts- und Kontaktdefiziten in der frühen Adfoleszenz*. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 1986, 34, 32–40

- Cantwell D.P., *Depression across the early life span*, [w:] M. Lewis, S.M. Miller (red.), *Handbook of developmental psychopathology*, Plenum, New York 1990
- Coyne J.C., Burchill S.A.L., Stiles W.B., *An interactional perspective on depression*, [w:] C.R. Snyder, D.R. Forsyth (red.), *Handbook of social and clinical psychology. The health perspective*, Pergman, New York 1991
- Feldman L.A., Gotlib I.H., *Social dysfunction*, [w:] C.G. Costello (red.), *Symptoms of depression*. Wiley, New York 1993
- Garber J., Quiggle N.L., Panak W., Dodge K.A., *Agression and depression i children: comorbidity, specificity, and social cognitive processing*, [w:] C. Cicchetti, S.L. Toth (red.), *Internalizing and externalizing expression of dysfunction: Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*, (Vol. 2). Hillsdale, Lawrence Erlbaum, New Jersey 1991
- Goodyer I.M., *Depression in childhood and adolescence*, [w:] E.S. Paykel (red.), *Handbook of affective disorders*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1992
- Gotlib I.H., Hammen C.L., *Psychological aspects of depression. Toward a cognitive-interpersonal integration*, Wiley, Chichester 1992
- Kendall P.C., *Cognitive-behavioral therapies with youth: Guiding theory, current status, and emerging developments*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993, 61, 235–247
- Kennedy E., Spence S.H., Hensley R., *An examination of the relationship between childhood depression and social competence amongst primary school children*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1989, 30, 561–573
- Marton P., Connolly J., Kutcher S., Korenblum M., *Cognitive social skills and social self-appraisal in depressed adolescents*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry* 1993, 32, 739–744
- Matson J.L., *Treating depression in children and adolescents*, Pergamon, New York 1989
- Ofner P., „Depressive Verstimmung und selbsteinge-schätzte Kompetenzen bei 10–12 jährigen Kindern“, nie publikowana praca magisterska, Graz Universität 1994
- Reicher H., Blöschl L., *Externalisierende und internalisierende Verhaltensauffälligkeiten im Jugendalter Ein Beitrag zum Komorbiditätsproblem. Paper presented at the 12th Symposium for Clinical-Psychological Research*, May 12–14, Fribourg/Switzerland 1994
- Rossmann P., *Depressionsdiagnostik im Kindesalter. Grundlagen, Klassifikation, Erfassungsmethoden*, Huber, Bern 1991
- Ryan N.D., Puig-Antich J., Ambrosini P., Rabonovich H., Robinson D., Nelson B., Iyenger S., Twomey J., *The clinical picture of major depression in children and adolescents*, *Archives of general psychiatry* 1987, 44, 854–861
- Schrodt G.R., Jr. *Cognitive therapy of depression*, [w:] M. Shafii, M.L. Shafii (red.), *Clinical guide to depression in children and adolescents*. D.C. American Psychiatric Press, Waschington 1992
- Spitzberg B.H., Cupach W.R., *Handbook of interpersonal competence research*, Springer, NewYork 1989
- Stark K.D., *Childhood depression. School-based intervention*, Guilford, New York 1990