

Czym jest, a czym nie jest
psychoterapia poznawczo –
behawioralna dzieci i młodzieży.



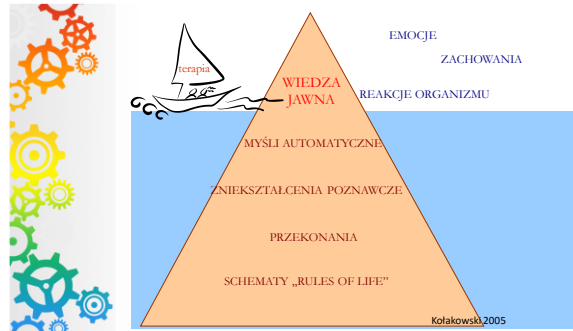
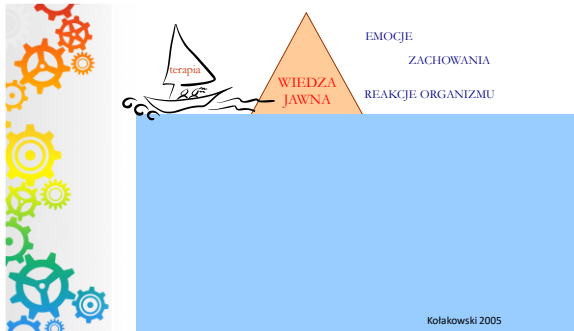
Artur Kołakowski



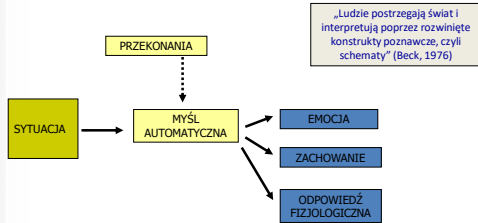
Co to jest terapia poznawczo – behawioralna?

1. Początki terapii poznawczo – behawioralnej (CBT) sięgają lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku i odkryć, między innymi Alberta Ellisa i Aarona Becka.
2. Według CBT emocje i nastroj człowieka nie zależą tylko od tego, co dzieje się w jego życiu, ale przede wszystkim w jaki sposób o tym się myśli.
3. To nie sytuacja, a myślenie o niej wpływa na stan emocjonalny i zachowanie.
4. Myśli, w ich następstwie konkretne emocje wywołują określone zachowania

(Alford, Beck 2005)

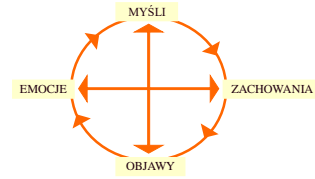


Terapia poznawcza





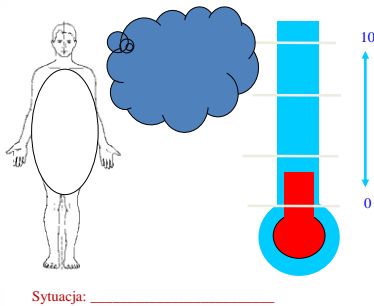
Model Padesky



Magiczne koło / Negatywna pułapka (Stallard)



Amy jest niespokojna jak ma pójść do szkoły



Przykładowa konceptualizacja w przypadku nastolatków – moje najważniejsze przekonania o sobie, świecie i innych





Idealna aktywność według McCauley E sp.:

1. Jest dla Ciebie łatwa, przyjemna i często się w nią angażowałeś
2. Tania
3. Związana z relacjami z innymi
4. Dzięki niej czujesz się lepiej i nie masz problemów by doprowadzić ją do końca.



McCauley E., Schmitt BA, Guzmanon GR, Martell GR, Davidson S. Behavioral Activation with Adolescents: A Clinician's Guide. The Guilford Press 2016



Jak planować przyjemność?

- Warto odpowiedzieć sobie na następujące pytania.
 - *Co będę robić?*
 - *O której godzinie?*
 - *Z kim?*
 - *Kiedy umówię się na to spotkanie?*
 - *Jaki mam plan B, gdyby na przykład ta osoba była zajęta?*
 - *Czy jest ktoś kogo chcę poprosić o wsparcie? Najlepiej z pewnym wyprzedzeniem.*



Jak planować przyjemność?



Czym różni się CBT dzieci i młodzieży od pracy z dorosłymi?



Istnieje kilka istotnych zasad rozwojowych, których uwzględnienie jest niezbędne w prowadzeniu CBT dzieci i młodzieży (Manassis 2015):

1. Dzieci są zależne od swojego otoczenia, nie mogą same podejmować większości wyborów.
2. Zazwyczaj nie zgłaszają się na leczenie same. Są przyprowadzane przez rodziców, kierowane przez placówki oświatowe.
3. Często nie dostrzegają problemu w odniesieniu do własnej osoby, ale umiejscawiają go w otoczeniu, rodzinie, środowisku rówieśniczym. Nie widzą potrzeby terapii ani korzyści z niej płynących.
4. Rodzina i rodzice to najważniejsze osoby i środowisko dla dziecka.



Istnieje kilka istotnych zasad rozwojowych, których uwzględnienie jest niezbędne w prowadzeniu CBT dzieci i młodzieży (Manassis 2015):

5. W miarę dorastania coraz większe znaczenie ma środowisko rówieśnicze.
6. W przypadku starszych dzieci, by terapia mogła być skuteczna rodzice muszą zaakceptować cel i sposób prowadzenia terapii.
7. U nastolatków wzrasta poczucie autonomii i potrzeba by samodzielnie zaakceptować zaproponowany przez terapeutę sposób prowadzenia terapii.
8. Dziecko i nastolatek nie może podjąć samodzielnie decyzji o opuszczeniu toksycznego środowiska (np. bulling w szkole).



Rozwój myślenia abstrakcyjnego

1. Terapia poznawcza wymaga opanowania umiejętności „myślenia o myśleniu”.
2. Różnica pomiędzy sposobem prowadzenia CBT dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych musi wynikać z faktu odmiennych etapów rozwoju myślenia w grupach wiekowych.
3. Rozwój myślenia abstrakcyjnego oraz wnioskowania u dzieci i młodzieży zachodzi w okresie operacji formalnych wg Piageta, czyli od około 11 – 13 roku życia.
4. Według niektórych badaczy granicznym wiekiem, w którym można rozpoczynać klasyczną terapię poznawczą jest 12 rok życia (np. Durlak, 1999).
5. W uproszczonej formie można prowadzić terapię poznawczo- behawioralną od około 8 roku życia (Kendall, 2010; Manassis, 2009).



Co z motywacją?

Pytanie postawione na grupowej superwizji:

Pracuję obecnie z 11 – letnim Patrykiem. Właściwie był u mnie dopiero dwa razy i zupełnie nie mam pomysłu jak dalej ma potoczyć się nasza współpraca. Chłopiec przez całą sesję siedział odwrócony do mnie bokiem, nie chciał ze mną rozmawiać. Mówił, że u mnie jest nudno, a on wolałby pograć z chłopakami w piłkę, a nawet pobawić się z młodszą siostrą. Nie chciał zrobić żadnego zadania, które mu dałam. Czy w ogóle warto zaczynać z nim terapię?



Dzieci i nastolatki w terapii

Dzieci i młodsze nastolatki	Starsze nastolatki
<ul style="list-style-type: none"> ✓ mogą mieć duże trudności w pracy poznawczej, ✓ dużo lepiej radzą sobie w strategiach behawioralnych, ✓ potrzebują większego wsparcia rodziców, ✓ trzeba poświęcić więcej czasu na rozpoznawanie emocji przed wprowadzeniem strategii behawioralnych, ✓ mniejsze niż u nastolatków ma u nich znaczenie dawania wyboru. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ potrzebują autonomii ✓ próby wpływu rodziców na cele i przebieg terapii mogą odbierać negatywnie, ✓ potrzebują „wyrafinowanych” bardziej technik poznawczych niż młodsze dzieci (np. testowania hipotez, eksperymentów behawioralnych niż prostej dyskusji z myślami automatycznymi.)



Podstawowe problemy związane z CBT dzieci i młodzieży.

1. traktowanie CBT jako zbioru technik, które mogą być stosowane w dowolny, często nieustrukturyzowany i przypadkowy sposób,
2. nadmierne lub niewłaściwe oczekiwania otoczenia dziecka (rodziców lub instytucji kierujących dziecko na leczenie), co do efektów CBT,
3. mylenie prowadzenia psychoterapii i wyłączenia rodziców w wychowywaniu dziecka,



Podstawowe problemy związane z CBT dzieci i młodzieży.

4. trudności w oszacowaniu jakie cele mogą być zrealizowane np. w trakcie kilkunastosecyjnego programu CBT opartego na podręczniku, np. do leczenia zaburzeń lękowych,
5. rola samodzielnego (lub z pomocą rodziców / koterapeutów) wykonywania technik pomiędzy sesjami.
6. odmienne możliwości dzieci, nastolatków i osób dorosłych w zaangażowanie się w psychoterapię.



Kto jest klientem w terapii?
Czyje cele terapeutyczne realizujemy?





Kontrakt terapeutyczny

1. Czy umowa terapeutyczna jest umową z dzieckiem, z rodzicami czy z obojgiem?
2. U młodszych dzieci odpowiedź jest prawie niezmienna dla obu, ponieważ rodzice są zwykle odpowiedzialni za odprowadzanie dziecka na sesję.
3. Młodzież ma większą swobodę niż małe dzieci, więc może należy umieścić dodatkowy nacisk na umowę z nastolatkiem?



Odpowiedzialność w terapii

Rodzica	Terapeuty	Nastolatka
<ul style="list-style-type: none"> • wychowuje • wyznacza granice, nagradza i karze • wspiera, akceptuje 	<ul style="list-style-type: none"> • rozpoznaje mechanizmy zaburzenia, pokazuje je • podaje, sugeruje, rozważa sposoby działania • aktywnie wyraża troskę • buduje atmosferę zrozumienia, wsparcia i akceptacji 	<ul style="list-style-type: none"> • aktywnie bierze udział w terapii, dzieli się swoim życiem • stara się wprowadzać rozwiązania wypracowane w trakcie terapii w życie



Czasami klientem nie jest dziecko?

1. W przypadku młodszych dzieci czy zaburzeń eksternalizacyjnych (ADHD, ODD, zaburzenia zachowania) odbiorcą terapii może być opiekun dziecka.
2. Praca z dzieckiem może nie dawać rezultatów jeśli objawy mają biologiczne podłoże.



Nie możemy mówić o jednym modelu terapii poznawczo - behawioralnej u dzieci i młodzieży?



Rodzaje terapii poznawczo – behawioralnych w pracy z dziećmi i nastolatkami (wybór subiektywny)

- ✓ Konsultacje dla rodziców dzieci poniżej 3 roku życia. Rola kształtowania prawidłowej więzi z dzieckiem. Przeniesienie własnych relacji z rodzicami na relacje z dzieckiem.
- ✓ Terapia behawioralna oparta na behawioralnej analizie zachowania w przypadku rozpoznania zaburzeń autystycznych
- ✓ Trening umiejętności rodzicielskim w przypadku braku zasad, zachowań opozycyjno – buntowniczych, problemów z zachowaniem itp.
- ✓ Praca nad deficytami rozwojowymi, czyli kiedy celem terapii jest zmiana otoczenia dziecka i zaakceptowanie trudności dziecka np. w przypadku objawów ADHD. Terapia ukierunkowana przede wszystkim na pracę z dorosłymi.
- ✓ Klasyczna terapia poznawczo – behawioralna w przypadku zaburzeń internalizacyjnych u dzieci i młodszych nastolatków.
- ✓ Klasyczna terapia poznawczo – behawioralna w przypadku zaburzeń internalizacyjnych u starszych nastolatków (i młodych dorosłych).
- ✓ Trening umiejętności społecznych (TUS), Trening Zastępowania Agresji (TZA) w przypadku dzieci i młodszych nastolatków.
- ✓ CBT w przypadku zaburzeń eksternalizacyjnych. Terapia indywidualna i grupowa starszych nastolatków, na przykład w oparciu o uczenie umiejętności społecznych.
- ✓ Zastosowanie trzeciej fali CBT w pracy z nastolatkami.



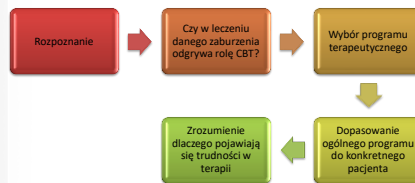
Gdy zaczynamy prowadzić terapię.



Nie można prowadzić terapii bez postawienia diagnozy.

1. Psychoterapia poznawczo – behawioralna powinna być poprzedzona wnikliwą diagnozą, ponieważ wiele programów terapeutycznych jest przeznaczonych do pracy z konkretnymi problemami klinicznymi.
2. Na przykład Katharina Manassis uważa, że diagnoza jest jednym z elementów planu terapeutycznego i jej rozpoczęcie powinno być poprzedzone procesem diagnozy nozologicznej, która choć nie wskazuje żadnej konkretnej przyczyny występujących u pacjenta objawów, to daje pewną gwarancję, że rozpoznanie opiera się na obiektywnych faktach

Terapia może być tylko częścią planu leczenia.



Wytyczne NICE w wybranych zaburzeniach a zastosowanie psychoterapii poznawczo – behawioralnej dzieci i młodzieży

Rozpoznanie	Opis	Sugerowana liczba terapii
Zaburzenie obsesyjne – kompulsyjne (OCD)	W przypadku lekkiego nasilenia objawów przekazanie pacjentowi jego rodzinie materiałów psychoedukacyjnych i samopomocowych. W przypadku umiarkowanego i ciężkiego nasilenia objawów – CBT z uwzględnieniem ekspozycji z powstrzymaniem objawów (E/RP). Terapię sesyjną powinna uwzględniać zaangażowanie w nią rodziców lub opiekunów adekwatnie do wieku dziecka – szczególnie w przeprowadzaniu E/RP.	Brak sugestii ze strony NICE, u dorosłych do 10
PTSD	Ukierunkowana na pracę z traumą terapia poznawczo – behawioralna powinna być zaproponowana pacjentom z nasilonymi objawami zaburzenia już w pierwszym miesiącu po traumatycznym zdarzeniu. Rodzice lub opiekunowie powinni być włączani w terapię starszych dzieci.	8 – 12 sesji
Lęk społeczny	Terapia poznawczo – behawioralna w oparciu o istniejące ustrukturyzowane podręczniki. Rodzice lub opiekunowie powinni być włączani w terapię starszych dzieci. NICE (lipiec 2018) nie zaleca stosowania interwencji w oparciu o mindfulness.	8 – 12 sesji
Depresja	W przypadku lekkiej depresji dziecko lub nastolatek wymaga dodatkowego wsparcia ze strony rodziców, opiekunów i otoczenia. W przypadku umiarkowanej lub ciężkiej depresji wskazane jest dołączenie do leczenia psychoterapii (indywidualnej CBT, interpersonalnej, rodzinnej lub psychodynamicznej)	Minimum 3 miesięcy – około 30 sesji

ZARADNY KOT I PROGRAM LĘK JAKO PRZYKŁAD PROGRAMU TERAPII LĘKU UKIERUNKOWANEJ NA DZIECKO



Dostępne protokoły

- <http://www.workbookpublishing.com>

Po polsku:

- www.gwp.pl
- www.zysk.com.pl
- www.wuj.pl

ADHD

- Safren S. A., Perlman C. A., Sprich S., Otto M. W.: Poskromić ADHD. Poznawczo – behawioralna terapia dorosłych. Podręcznik terapeuty. Podręcznik pacjenta. GWP Sopot 2015
- Young, Bramham: ADHD terapia poznawczo – behawioralna ADHD nastolatków i dorosłych. PWN, Warszawa 2013

OCD

- Freeman, MarrsGarcia: Terapia zaburzenia obsesyjno – kompulsyjnego małego dziecka 5 – 8 lat. Podręcznik terapeuty i zeszyt pacjenta, GWP, Gdańsk 2018
- Piacentini i sp.: Terapia zaburzenia obsesyjno – kompulsyjnego u dzieci i młodzieży 8 – 17 lat. Podręcznik terapeuty i poradnik pacjenta, GWP, Gdańsk 2018

PTSD

- Chrestman i sp. Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD nastolatków, Podręcznik terapeuty, poradnik pacjenta. GWP, Sopot 2014

Zaburzenia lękowe

- Philip C. Kendall, Kristina A. Hedtke: Terapia poznawczo behawioralna zaburzeń lękowych u dzieci. Program Zaradny Kot. Podręcznik terapeuty i zeszyt ćwiczeń GWP, Gdańsk 2013
- Philip C. Kendall, M. Choudhury, J. Hudson, A. Webb: Terapia poznawczo behawioralna zaburzeń lękowych u młodzieży. Program Lęk. Podręcznik terapeuty i zeszyt ćwiczeń GWP, Gdańsk 2013

Cele i czas psychoterapii

Mamy z góry określoną ilość sesji

- zazwyczaj psychoterapia skupia się na leczeniu konkretnego zaburzenia.
- podstawowa zasada brzmí - możemy nie zrealizować całego programu terapeutycznego (motywacja, nieobecności, dodatkowe problemy). Dojdziemy do jak dojdziemy.
- na koniec pacjenci i rodzice dostają zalecenia co do dalszego leczenia.

Pracujemy do zrealizowania założonych celów

- z góry nie jest znana ilość sesji. Terapeuta może poświęcić kilka sesji na budowanie relacji, motywacji, realizowanie dodatkowych celów.
- koniec terapii wiąże się raczej nie z ilością odbytych sesji, ale z realizacją celów - np. redukcją objawów OCD, poprawą nastroju, powrotem do szkoły.
- często w trakcie terapii pojawiają się dodatkowe cele, ponieważ nie ma presji czasu.

Zakończenie terapii a jej skuteczność

1. Terapeuta nie może obiecać, że z dziecko będzie zdrowe i nie będzie potrzeby dalszego leczenia, po zakończeniu psychoterapii.
2. Konieczna jest ocena stanu dziecka po zakończeniu CBT i przekazanie rodzinie wskazówek do dalszego leczenia (postępowania).

Dodatkowe sesje

1. Niektóre dzieci uczą się strategii CBT, ale mają problem z ich konsekwentnym stosowaniem, jeśli nie otrzymają dodatkowego wsparcia.
2. Dla tych dzieci może być pomocne wydłużenie terapii o kilka dodatkowych sesji.
3. Takie sesje są zwykle bardziej oddalone od siebie niż „zwykłe” sesje terapeutyczne (np. raz na dwa tygodnie lub raz na miesiąc).
4. Sesje te służą utrwaleniu, a nie wprowadzeniu nowych treści (materiałów, technik)

Jeżeli leczenie nie było skuteczne: warto zwrócić uwagę na czynniki rodzinne:

1. Silny konflikt rodzinny;
2. Podważanie znaczenia leczenia;
3. Odrzucenie, także emocjonalne;
4. Krytykowanie;
5. Podważanie zaangażowania nastolatka;
6. Brak leczenia problemów psychicznych rodziców;
7. Brak wsparcia rodziców i ich zaangażowania w proces leczenia.

Pochwały



Umiejętności społeczne, a terapia

1. Warto pamiętać, że dzieci, oprócz problemów typowych do pracy w CBT mogą nie posiadać wielu podstawowych umiejętności życiowych, bez nabycia których „właściwa terapia” może okazać się mniej skuteczna.
2. Dzieci, które unikają kontaktów z rówieśnikami lub są przez nich odrzucane mogą nie mieć podstawowych umiejętności społecznych – na przykład mogą nie wiedzieć jak wspólnie się bawić, dzielić zabawkami, jakie zasady panują w grach zespołowych.
3. Wiele takich dzieci nie potrafi też zachować się asertywnie w trudnej sytuacji.



Angażowanie rodziców w terapię – czy i kiedy jest dla nich miejsce na sesji?



Postawy wobec choroby



Artur, 16 lat. Uczeń 2 klasy Liceum, przed zachorowaniem trenował siatkówkę, na kilku przyjaciół, ale ostatnio ograniczył spotkania z nimi. Przygotowywał się do olimpiady z historii.

Gdzie mam go wspierać?	Gdzie akceptować trudności?	Gdzie egzekwować zasady?
<ul style="list-style-type: none"> Wychodzenie z domu i spotkania z przyjaciółmi Poranne docieranie do szkoły – zaproponowałam mu podwożenie Podkreślanie, że celem jest zdanie do 3 klasy na średniej 2,0. Dbanie o wygląd – pomogę mu w prasowaniu, praniu itp. 	<ul style="list-style-type: none"> Rezygnacja z olimpiady z historii Weekendowe poranne zaleganie w łóżku Raz ma siłę się uczyć, a raz nie Bałagan w pokoju, jeśli nie śmierdzi przez drzwi Ma trudne wieczory – rozumiem, że wtedy nie ma siły na nic 	<ul style="list-style-type: none"> Chodzenie do szkoły – akceptuję 10 % nieobecności. Zaliczanie klasówek Bycie na treningach Zero alkoholu i narkotyków Siedzenie po nocy – przestrzeganie zaleceń lekarza, lek na sen Regularne branie leków i wizyty na sesjach



Zaangażowanie rodziców w objawy dziecka

- Rodzicom może być trudno wytrzymać niepokój / lęk dziecka i nie angażować się w działania mające na celu poprawę samopoczucia dziecka.
- Niestety takie działanie może doprowadzić do nasilenia się objawów różnych zaburzeń np. lękowych czy OCD, poprzez:
 - Unikanie
 - Zapewnianie, upewnianie
 - Włączanie się rodziców w objawy dziecka (zwłaszcza w przypadku czynności natrętnych w OCD)
- Rodzice potrzebują psychoedukacji i wsparcia by odwrócić ten proces.



Wycofywanie zaangażowania rodziców w objawy dziecka

To proces. Nie wystarczy powiedzieć rodzicom, że nie powinni tego robić.

- Psychoedukacja
- Monitorowanie sytuacji w których rodzice angażują się w objawy dziecka
- Stworzenie hierarchii – w jakich sytuacjach rodzicom było by najłatwiej wyciąć swoje zaangażowanie i wytrzymać niepokój, lęk dziecka, a w jakich najtrudniej.
- Stopniowe wycofywanie zaangażowania rodziców w objawy dziecka z cotygodniowym wsparciem terapeuty.



Czy terapia może być „oszkołowana”?





„Terapeuta nie jest osobą, która zna wszystkie odpowiedzi, ale ktoś, kto ma pewne pomysły warte wypróbowania i wie jak sprawdzić, czy te pomysły mają jakąś wartość dla jednostki. Powiedzenie dziecku czy adolescentowi, co dokładnie ma robić, nie jest wartościowym pomysłem, zapewnienie mu sposobności do wypróbowania czegoś i udzielenie mu pomocy w zrozumieniu tego doświadczenia jest takim pomysłem”

Kendall 2010, s. 9



Dziękuję za uwagę

Zapraszamy na 4 letnie, akredytowane przez PTTPIB, szkolenie w psychoterapii poznawczo – behawioralnej.

Ostatnie wolne miejsca na edycje w Szczecinie – styczeń 2018
Trwa rekrutacja w Warszawie i Toruniu (jesień 2019)

www.crescentia.pl
www.uczymyterapii.pl

