



Syma Marta Al Azab-Malinowska\*

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

## Rodzina z adolescentem wobec depresji – możliwe oddziaływania w systemowej terapii rodzin

### KEYWORDS

teenagers depression, family, systems theory, family and systemic therapy

### ABSTRACT

Al Azab-Malinowska Syma Marta, *Rodzina z adolescentem wobec depresji – możliwe oddziaływania w systemowej terapii rodzin* [Family with an adolescent in the face of depression – possible effects in systemic family therapy]. Kultura – Społeczeństwo – Edukacja nr 1(15) 2019, Poznań 2019, pp. 169–183, Adam Mickiewicz University Press. ISSN 2300-0422. DOI 10.14746/kse.2019.15.11.

The aim of this article is to describe the phenomenon of teenagers depression in the context of the impact of depression on the functioning of the family system. The first part shows how the family in the system theory is understood, special attention is paid to the family life cycle and the function of symptoms in the family system. The second part of the article presents the etiology, symptoms and specificity of teenagers depression. The developmental tasks characteristic for the age of adolescence were also reconstructed. The last part of the article is devoted to the ways in which depression can be understood from a systemic and family therapy perspective, also at the end of the text possible ways and directions of work with a teenager and parents was also indicated.

### Wstęp

Rodzina zmienia się wraz ze zmieniającym się światem, ponieważ mają na nią wpływ między innymi przemiany społeczno-kulturowe i wydarzenia historyczne. Na przestrzeni wieków pojawiają się również nowe problemy, przed którymi staje –

---

\* ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3869-0900>.

co wymusza nauczenie się reagowania na nie w sposób rozwojowy. Jeden z obszarów, który często generuje kryzysy w rodzinie, jest związany ze zdrowiem i chorobami – przede wszystkim dotyczy to tak zwanych, chorób cywilizacyjnych. Na liście tychże znajdujemy nie tylko choroby układu wieńcowego czy nowotwory, ale również zaburzenia psychiczne, w tym także depresję. Polska wyszukiwarka Google znajduje ponad 9 mln rekordów w odpowiedzi na hasło „depresja”. Po wpisaniu frazy „czy mam” pierwszą i czwartą sugerowaną podpowiedzią są kolejno „czy mam depresję” oraz „czy mam depresję test”. Słowo *depresja* zagościło w słowniku Polaków również za sprawą kolejnych kampanii społecznych (na przykład „Twarze depresji”, „Forum przeciw depresji” „Stop depresji”) czy ustanowienia w roku 2001 przez Ministerstwo Zdrowia dnia 23 lutego Ogólnopolskim Dniem Walki z Depresją. Problem ten, który według szacunków dotyka kilkanaście procent ludzi na świecie (w tym około 1,5 mln Polaków), jest coraz szerzej dyskutowany, jednak stosunkowo od niedawna mówi się tak dużo o depresji adolescentów, a zagadnienie to zbiega się w czasie z kryzysem w ochronie zdrowia psychicznego oraz zmianami w szkolnictwie. Na rynku wydawniczym pojawia się coraz więcej poradników dla rodziców adolescentów chorujących na depresję oraz pozycji skierowanych do samych nastolatków. Temat jest obecny w social mediach i zaczyna być podejmowany przez osoby publiczne (na temat depresji i depresji nastolatków wypowiadają się coraz częściej vlogerzy i influencerzy, którzy cieszą się popularnością wśród młodzieży).

W niniejszym artykule chciałabym przedstawić depresję nastolatków, zwłaszcza w kontekście jej wpływu na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego. Za cel pracy przyjmuję przedstawienie propozycji sposobu podejścia do problemu depresji z perspektywy systemowej i systemowej terapii rodzin. Sygnalizuję również możliwe sposoby i kierunki pracy z nastolatkiem oraz jego rodzicami, a także czynniki, które mogą mieć wpływ na pojawienie się tej choroby. Dlatego w pierwszej części pracy odwołuję się do definicji rodziny na gruncie teorii systemowej oraz omawiam cykl życia rodziny z charakterystycznymi dla fazy rozwoju „rodziny z adolescentem” zadaniami i procesami pojawiającymi się w dynamice systemu. Ważnym aspektem ze względu na ich znaczenie i pełnione w systemie funkcje jest również sposób, w jaki możemy rozumieć objawy depresji.

## **Definicja rodziny na gruncie ogólnej teorii systemów**

Rodzinę możemy definiować na gruncie różnych dyscyplin – między innymi psychologii, socjologii, pedagogiki czy prawa. Do poznania i opisanie, jak ona funkcjonuje, zaczęto wykorzystywać także myślenie systemowe, które pojawiło się wraz z rozwojem ogólnej teorii systemów, jako propozycji metateorii. Ogólna

teoria systemów rozwijana była na gruncie założeń filozofii konstruktywistycznej, która w swoim podstawowym założeniu głosi, że „żaden organizm nie jest zdolny do odzwierciedlania rzeczywistości, lecz jedynie konstruuje obraz świata, «model, który pasuje»” (Górniak, Józefik, 2003: 19). Natomiast konstrukcjonizm społeczny zakłada „iż rzeczywistość społeczna konstruowana i tworzona jest przede wszystkim przez dyskurs i wspólne działania. Poznanie i wiedza powstają w ramach określonej kultury, są wytworem tej kultury i jej języka” (Górniak, Józefik, 2003: 20). Aplikacja założeń teorii systemów do rozumienia rodzin możliwa była dzięki pracom Gregory’ego Batesona. Antropolog ten współpracował z badaczami z kręgu, między innymi, Mental Research Institute (MRI) w Palo Alto. System jako pojęcie zaczerpnięte z biologii (prace Humberto R. Maturany i Francisco Varela) oraz cybernetyki (prace Ludwiga von Bertalanffy’ego) jest rozumiany jako zbiór elementów, które tworzą coś innego niż prosta suma składowych. System charakteryzuje zestaw określonych cech, funkcjonuje w sposób specyficzny – na zasadzie mechanizmów sprzężeń zwrotnych, co sprawia, że w myśleniu systemowym przyjmuje się zasadę przyczynowości cyrkularnej (rezygnując z tradycyjnego myślenia linearnego). Systemy cechują przede wszystkim: operacyjna zamkniętość, istnienie półprzepuszczalnych granic, które, odróżniając system od tła, jednocześnie umożliwiają mu pewną wymianę informacji ze środowiskiem, homeostaza, czyli dążenie systemu do równowagi, która zapewnia stałość i chroni system przed rozpadem. W ujęciu Maturany systemy są zawsze autopoietyczne, to znaczy samoorganizujące się i samowytwarzające. „Autonomia, samoregulacja systemów powoduje, iż nie poddają się one zaplanowanemu sterowaniu z zewnątrz, mogą jednak reagować na zakłócenia i w konsekwencji przejść w inny stan. Oznacza to, że organizmy żywe podlegają tym prawom, które wynikają z ich struktury i autopoietycznej organizacji” (Górniak, Józefik, 2003: 24).

Z perspektywy teorii systemowej rodzinę możemy zdefiniować jako

(...) system o określonej strukturze, wzorach funkcjonowania, wzorach relacji, który aby trwać, musi się zmieniać. (...) Rodzina jest systemem psychospołecznym, składającym się z jednostek o uwarunkowaniach biologicznych, co sprawia, że opisując ją, musimy uwzględnić wszystkie trzy poziomy: biologiczny, indywidualny i społeczny. (Górniak, Józefik, 2003: 25)

System rodzinny jest tworzony przez podsystemy, czyli poszczególnych członków rodziny, którzy wchodzić ze sobą w interakcje, a jednocześnie mają swój unikalny punkt widzenia i indywidualny sposób przeżywania otaczającej ich rzeczywistości (również rodzinnej). Tak więc każda osoba w rodzinie oddziałuje na drugą, stan jednego członka rodziny ma zwrotny wpływ na stan pozostałych, ale sposoby interpretacji czy rozumienia sytuacji różnią się między nimi. „Każda struktura ro-

zumiana jest jako przejaw procesu, który w sobie zawiera (np. struktura rodziny w ujęciu systemowym to zespół funkcjonalnych wymagań, adresowanych wobec poszczególnych jej członków)” (Janicka, Liberska, 2014: 85). Możemy za Ludewigiem przyjąć, iż „wszystkie zachowania, jakie dzieją się między ludźmi, mogą być traktowane jako pętle sprzężenia zwrotnego” (Ludewig, 1995: 14). W konsekwencji każde zachowanie osób pozostających w interakcji „oddziałuje na zachowania partnera interakcji, a równocześnie jest modyfikowane przez reakcje tegoż partnera. Bezużyteczny wówczas staje się model linearny, w którym zachowanie traktowane jest jako skutek czegoś” (de Barbaro, 1999: 14).

Reasumując: na system składa się zbiór elementów oraz zachodzące między nimi wzajemne relacje, które są dynamiczne i sprzężone; system jest całością, która zdolna jest do funkcjonowania i pewnej zmiany. System traktujemy zawsze jako całość, a „wchodzące zaś w jego skład obiekty oraz ich atrybuty mogą być zrozumiane jedynie z punktu widzenia funkcji, jaką pełnią w systemie; granice systemu wyznaczają jego tożsamość w czasie i przestrzeni. Systemy są otwarte (elastyczne i częściowo przepuszczalne granice umożliwiają wymianę z otoczeniem) i zamknięte” (Janicka, Liberska, 2014: 75). W tej perspektywie o członkach rodziny myśleć będziemy jako o nierozzerwalnie ze sobą związanych. Zarówno ludzie, jak i ich problemy (czy rozwiązania tych problemów) nie istnieją w próżni. „Wszyscy są wpleceni w szersze systemy interakcji, z których najbardziej podstawowym jest rodzina. Rodzina jest pierwotnym i, z wyjątkiem rzadkich przypadków, najpotężniejszym systemem, do którego ludzie należą” (McGoldrick, Gerson, Shellenberger, 2007: 24–25). Rodzina nigdy nie jest zawieszona w próżni – funkcjonuje w konkretnym kontekście społecznym, ekonomicznym i politycznym. Otoczona jest przez instytucje, organizacje, a także inne rodziny, z którymi wchodzić może w interakcje. Dla pełniejszego rozumienia funkcjonowania rodziny, ale także jednostki w danej rodzinie, konieczne jest uwzględnienie wszystkich oddziałujących na nią stresorów. Mogą one być zmienne w czasie i dotyczyć rzeczywistości zarówno wewnątrzrodzinnej, jak i zewnętrznej rodzinie, czyli środowiskowej. Stresorami są między innymi: wydarzenia historyczne, sytuacja ekonomiczna i polityczna, instytucje i placówki, takie jak na przykład szkoła, ale również wydarzenia, takie jak choroba czy utrata pracy (por. McGoldrick, Gerson, Shellenberger, 2007: 26–29).

## **Objawy i ich funkcje w systemowej terapii rodzin**

Przyjęcie założeń systemowych na grunt nauki o rodzinie ma ogromne znaczenie dla rozumienia objawów zaburzeń psychicznych. Przede wszystkim w podejściu

tym rezygnuje się z traktowania psychopatologii jako tylko i wyłącznie intrapsy-  
chicznej rzeczywistości człowieka, a z poziomu jednostkowego przejść trzeba na  
poziom systemowy – objawy mogą być rozumiane poprzez funkcje, jakie pełnią  
w dynamice systemu rodzinnego, co zazwyczaj jest związane z utrzymywaniem  
równowagi wewnątrz systemu. „Podstawowym założeniem jest tutaj to, że prob-  
lemy i symptomy odzwierciedlają przystosowanie systemu do jego całkowitego,  
aktualnego kontekstu w danym momencie” (McGoldrick, Gerson, Shellenberger,  
2007: 25). Właściwie od początku stosowania myślenia systemowego do pracy  
z rodziną część pojęć z ogólnej teorii systemów została wykorzystana

(...) do wyjaśniania zachowań problemowych i objawów psychopatologicznych. Podsta-  
wowe założenie terapii rodzin brzmiało, iż patologii, problemów jednej z osób z rodziny  
nie da się wyjaśnić w kategoriach jej zaburzonych procesów intrapsychoicznych, gdyż są  
one wyrazem dysfunkcjonalności całego systemu. Symptom mógł pełnić funkcję utrzyma-  
nia *statusu quo* w rodzinie albo być sygnałem skłaniającym ją do zmiany. (...) Traktując  
rodzinę jako kulturę, która wytwarza własne opowieści i nadaje im sens, koncentruje się  
ono raczej na sposobie, w jaki członkowie rodziny i sam pacjent definiują problemy i jakie  
przypisują im znaczenie. (Górniak, Józefik, 2003: 26)

Uznaje się, że wszyscy członkowie, którzy bardziej lub mniej zaangażowani są  
w problem, tworzą nowy system – tak zwany system problemowy. Często to właś-  
nie on pozwala rodzinie skoncentrować się wokół kłopotu i zjednoczyć w walce  
z nim. Dzięki temu system rodzinny, choćby czasowo, jest chroniony przed roz-  
padem.

Nie jest więc zaskakujące, że rodziny z dziećmi, zwłaszcza w okresie dojrzewania, są tą  
grupą, do której terapia rodzin jest głównie kierowana. Wynika to z założeń systemowego  
myślenia, jakim jest uznanie, że zachowanie danej osoby jest powiązane ze wzorami relacji  
rodzinnych, wzorami więzi i że – dalej poprzez zmiany w obrębie wzorców rodzinnych  
relacji i nadawanych im znaczeń – można spowodować zmianę u danego członka rodziny.  
(Józefik, 2014: 36)

## Cykl życia rodziny a charakterystyczne zadania rozwojowe

Badacze i badaczki, śledząc losy kolejnych rodzin, zauważyli, że pewne etapy życia  
rodzinnego powtarzają się i mają charakter normatywny – jeden etap warunkuje  
i umożliwia wystąpienie kolejnego. Zjawisko to nazywa się cyklem życia rodziny.  
Za klasyczny uznaje się ośmiofazowy model zaproponowany przez Evelyn Duvall.  
Osiem kolejnych faz układa się w spójną historię życia rodziny nuklearnej, której

początek odnajdujemy w chwili, gdy dwoje dorosłych ludzi postanawia związać się ze sobą, a koniec wyznacza śmierć obu małżonków. Zaczyna się od fazy pierwszej, czyli małżeństwa (bez dzieci), następnie występują kolejne fazy: druga – rodziny wychowującej małe dzieci: trzecia – rodzina z dzieckiem w wieku przedszkolnym, czwarta – rodzina z dzieckiem w wieku szkolnym, piąta – rodzina z dorastającymi dziećmi (adolescentami), szósta – rodzina z dziećmi opuszczającymi dom (czyli stadium pustego gniazda) i wreszcie ósma, ostatnia, faza cyklu: starzejący się rodzice (aż do śmierci obojga) (por. Namysłowska, 1997: 19; de Barbaro, 1999). Wydarzenia natury biologicznej (na przykład wiek członków rodziny) i psychicznej (na przykład budowanie poczucia autonomii) zbiegają się z wydarzeniami natury formalnej (na przykład zawarcie małżeństwa).

Możemy zauważyć, że bieg życia rodziny nuklearnej układa się w dość podobny sposób – każda z omówionych faz niesie kolejne wyzwania, ale i pewne ryzyko tego, czy systemowi uda się przetrwać.

Stwierdzono, że rodzina jako system rozwija się, a więc zmienia się przy równoczesnej tendencji do zachowania równowagi. To dążenie do homeostazy służy rodzinie do ochrony systemu, do utrzymania jej własnej tożsamości. Opisano, że przejście do każdej następnej fazy w cyklu życia rodzinnego może nastąpić wówczas, gdy wszystkie zadania poprzedniej fazy zostały wykonane. W przeciwnym razie może dojść do zakłóceń, do wystąpienia u poszczególnych członków systemu rodzinnego objawów chorobowych. (de Barbaro, 1994: 19)

Tak więc przejście z jednej fazy do drugiej może być przez rodzinę (lub jednostkę) interpretowane jako kryzys. Jeżeli nie uda się członkom rodziny wypracować nowych, użytecznych sposobów radzenia sobie, może dojść do pojawienia się objawów (problemów), a nawet do rozpadu systemu. System rodzinny, dążąc do równowagi (homeostazy), będzie chronił się przed rozpadem. „System cechuje przede wszystkim tendencja do przetrwania” (de Barbaro, 1994: 15). Do rozumienia trwałości systemu niezbędne jest pojęcie homeostazy. Satir lokuje potrzebę stworzenia pojęcia homeostazy rodzinnej w odniesieniu do tego, że

(...) rodzina zachowuje się tak, jakby była jednostką. (...) Zgodnie z koncepcją homeostazy rodzinnej rodzina działa w taki sposób, by osiągnąć równowagę we wzajemnych relacjach. Członkowie rodziny pomagają utrzymać tę równowagę w sposób jawny oraz ukryty. Powtarzalne, cykliczne, przewidywalne wzorce komunikacyjne rodziny ujawniają tę równowagę. Kiedy homeostaza rodzinna jest zagrożona, członkowie rodziny wkładają dużo wysiłku w jej utrzymanie. (Satir, 2000: 17)

Zgodnie z cyklem życia rodziny, według którego kolejne etapy rozwoju są związane ze swoistym kryzysem rozwojowym, rodzina musi wprowadzić zmiany,

chcą dostosować się do zmieniających się okoliczności. „Funkcjonalność rodziny ocenia się poprzez to, jak członkowie rodziny radzą sobie ze zmianami wynikającymi zarówno z cyklu życiowego rodziny, czyli jej naturalnych procesów rozwojowych, jak i z nieprzewidywanych wydarzeń losowych” (Górniak, Józefik, 2003: 25).

Kluczowa jest tutaj właściwość systemu, która zakłada, iż wszelka zmiana w pewnej części systemu (zmiana jego elementu) wpływa na cały system (pozostałe jego elementy oraz relacje między nimi). Funkcjonowanie systemu zawiera się w dwóch zasadach: ekwipotencjalności i ekwifinalności. Pierwsza oznacza, że te same przyczyny mogą powodować różne skutki, druga zaś – że nawet, wychodząc od różnych przyczyn, możemy dojść do tego samego skutku (por. de Barbaro, 1999: 11). Pojęcia ekwipotencjalności i ekwifinalności są kluczowe w interpretowaniu zaburzeń pojawiających się w rodzinie. Niemożność wskazania jednej przyczyny pozwala uwolnić członków rodziny od poczucia winy czy przyjmowania na siebie całkowitej odpowiedzialności – co w kontekście rodziny z dzieckiem nastoletnim często jest jedną z ważniejszych interwencji, która pozwala rozpocząć oddziaływania terapeutyczne.

## **Czas dynamicznych zmian, czyli rodzina z adolescentem**

Z punktu widzenia tego artykułu najbardziej interesująca będzie faza piąta, czyli rodzina z dorastającym dzieckiem (dziećmi). Do najważniejszych zadań tej fazy należy separacja nastoletniego dziecka, gdzie udana separacja to taka, która odbywa się bez poczucia winy.

Oznacza to, że dorastający młody człowiek, odchodząc od rodziny, powinien być spokojny, że rodzice „poradzą” sobie bez niego. Na przykładzie tej fazy cyklu życia rodziny szczególnie dobrze widać, jak wszystkie składowe systemu (podsystemy) biorą udział w tym, co dzieje się z systemem jako całością. Rodzice muszą wycofywać się z pozycji autorytetu, a granice wokół ich podsystemu powinny stać się o wiele bardziej elastyczne (otwarte na przepływ informacji) niż w rodzinach z młodszymi dziećmi. (Namysłowska, 1997: 22)

Podstawowe zadanie rozwojowe, jakie musi wypełnić nastolatek, niesie pewien paradoks: dążeniu do autonomii i separacji towarzyszy jednocześnie potrzeba utrzymania więzi z rodzicami. W tej fazie obserwujemy pewne rozluźnienie granic w rodzinie, co pozwala nastolatkowi na oddalanie się i zbliżanie do rodziny. Jest to moment, w którym młodzi ludzie zyskują prawo do niezależności i eksperymentowania z rolami poza rodziną. „Równocześnie cały system rodzinny powinien stać się otwarty na nowe wartości i idee wnoszone do niego przez młodych ludzi, na ich

przyjaciół, muzykę” (Namysłowska, 1997: 22). Zwłaszcza w okresie wczesnej adolescencji mogą występować intensywne konflikty z rodzicami, zmniejsza się też ilość spędzanego z nimi czasu. „Część badaczy podkreśla jednak fakt, że proces tworzenia się tożsamości, choć często trudny i burzliwy, nie musi oznaczać drastycznego pogorszenia się relacji nastolatków z rodzicami” (Trempała, 2011: 277). Jeżeli istnieją więzi emocjonalne w rodzinie, które na owo rozluźnienie (dość swobodne oddalenie się i zbliżanie) pozwalają, wtedy nie jest konieczne burzliwe przechodzenie tego okresu. „Zdaniem Eriksona rozwiązaniem narastających konfliktów między dorastającymi a dorosłymi jest wprowadzenie zasady «delegowania autorytetu». Polega na stopniowym zwiększaniu udziału młodych w ich podmiotowych decyzjach, przy jednoczesnym utrzymaniu prawa opiekunów do kontroli tych obszarów życia, w których liczy się doświadczenie życiowe” (Trempała, 2011: 278).

Rodzina, w której wychowuje się nastoletnie dziecko, będzie przechodziła przez wiele zmian. Dotyczą one nie tylko samego nastolatka, ale zarówno jego rodzeństwa, jak i rodziców. To właśnie na rodzicach spoczywa szczególna odpowiedzialność za to, czy i jak uda się rozwiązać ten kryzys rozwojowy. Jak zawsze w wydarzenia związane bezpośrednio z jednym członkiem rodziny zaangażowany jest cały system. Na drodze do osiągnięcia autonomii i niezależności stoi wciąż silna chęć przynależności do rodziny – dlatego ważna jest pomoc w utrzymaniu więzi z rodziną i wypracowanie nowych sposobów jej realizowania. W literaturze podkreśla się, jak ważne jest, żeby nastolatek widział, że jego rodzice również realizują zadania związane z tą fazą cyklu życia rodziny. Należą do nich: przygotowanie się do fazy opuszczonego gniazda, czyli pewne powtórne zwrócenie się rodziców ku sobie – wzmocnienie czy odbudowanie siebie w roli małżonków, ale także poszerzenie swoich zainteresowań, częstsze uczestnictwo w życiu towarzyskim. Dzięki temu

(...) pozwalają córce lub synowi mieć nadzieję, że dobrze będzie im razem, gdy zostaną sami. Z kolei nieporozumienia w diadzie rodzicielskiej, rozwód emocjonalny czy znaczna dysfunkcja lub choroba jednego z rodziców pociągają za sobą dysfunkcję całego systemu, mogą znacznie spowolnić lub wręcz uniemożliwić proces zdobywania samodzielności. (...) ta bowiem faza niesie ze sobą bardzo duże ryzyko powstawania objawów u jednego z członków rodziny, najczęściej u dorastającego dziecka. Ich funkcją będzie ratowanie systemu przed podjęciem zadań zbyt trudnych w danym momencie. (Namysłowska 1997: 22)

## Rozwój nastolatka

Okres adolescencji to przede wszystkim czas wielu, często burzliwych, zmian zarówno w ciele, jak i funkcjonowaniu nastolatków (funkcjonowaniu psychicznym, spo-



łecznym). Młody człowiek, kiedy staje przed tak zwanymi zadaniami rozwojowymi, do pewnego stopnia musi się sam z nimi uporać. Do zadań tych należy kształtowanie tożsamości – odpowiedź na pytanie „kim jestem” oraz „jaki jestem”, ponadto „konfrontacja dotychczasowego obrazu samego siebie z rzeczywistością (...), akceptacja zmieniającego się wyglądu” (Miernik-Jaeschke, Namysłowska, 2016). Rozwija się również seksualność nastolatków, jest to moment eksperymentów – następuje określenie swojej tożsamości i orientacji seksualnej. Zmianom dotyczącym obrazu siebie towarzyszy moment, w którym nastolatek podejmuje pewne wybory życiowe i decyduje o swojej przyszłości – poszukuje celu w życiu, rozwija swoje pasje i zainteresowania. Dużo dzieje się w kontekście społecznym – pojawiają się nowe role oraz tworzenie bliskich, bardziej trwałych związków emocjonalnych i uczuciowych. Wzrasta ważność grupy rówieśniczej i chęć przynależenia do tejże. Kluczowym dla osiągnięcia dojrzałości jest również osiągnięcie separacji od rodziców, czyli wzrost poczucia autonomii, co daje więcej wolności, ale też zderza z poczuciem odpowiedzialności za siebie i swoje decyzje, czyny. Moment ten jest ważny i trudny dla całego systemu rodzinnego, o czym była mowa wcześniej. Jak podkreślają autorki, separacja emocjonalna od rodziców może być połączona z przeżywaniem lęku przy jednoczesnym poczuciu winy wobec nich (por. Miernik-Jaeschke, Namysłowska, 2016). Nastolatek musi sam znaleźć swój sposób na poradzenie sobie z wyzwaniem tego okresu. „«Obciążenie» zadaniami rozwojowymi w połączeniu z zachodzącymi w okresie dojrzewania zmianami hormonalnymi w organizmie skutkują często: obniżonym lub zmiennym nastrojem, rozdrażnieniem, lękiem, niską samooceną, koncentracją na swoim wyglądzie, czasem trudnymi zachowaniami (łamaniem norm społecznych, zachowaniami autoagresywnymi) – czyli tzw. depresją młodzieńczą”<sup>1</sup> (Miernik-Jaeschke, Namysłowska, 2016).

## Depresja adolescentów

W potocznym rozumieniu depresja kojarzona jest ze smutkiem, brakiem chęci do działania. Ludzie często nie traktują jej jako zaburzenia czy choroby, a raczej jako „gorszy dzień” czy „lenistwo”. Dlatego też na temat depresji powstaje wiele niekorzystnych mitów, a osoby nią dotknięte nie zawsze szukają pomocy.

---

<sup>1</sup> Depresja młodzieńcza jest „szczególną postacią zaburzeń depresyjnych (niektóre źródła podają nawet, że jest normalnym etapem rozwoju). Choć klasyfikacje zaburzeń psychicznych nie opisują jej jako odrębnej jednostki chorobowej, bardzo często używa się tego określenia w odniesieniu do zaburzeń emocjonalnych i zaburzeń zachowania występujących u nastolatków” (Miernik-Jaeschke, Namysłowska, 2016).

Depresja jest stanem charakteryzującym się długotrwałe obniżonym nastrojem oraz szeregiem innych objawów psychicznych i somatycznych. Depresja rozumiana jako choroba należy do grupy zaburzeń nastroju. Jej przebieg może być przewlekły, ze stałym nasileniem objawów lub może ona przyjmować postać nawracających epizodów o łagodnym, umiarkowanym lub ciężkim nasileniu, oddzielonych okresami dobrego samopoczucia. Objawy depresyjne często towarzyszą innym zaburzeniom psychicznym – np. zaburzeniom lękowym (rozpoznaje się wtedy zaburzenia depresyjno-lękowe) lub są reakcją na przykre, traumatyczne wydarzenia (zaburzenia adaptacyjne o obrazie tzw. reakcji depresyjnej). (Miernik-Jaeschke, Namysłowska, 2016)

Chociaż depresja znacznie częściej występuje, czy jest diagnozowana, u osób dorosłych (obecnie mówimy o około 350 mln ludzi na świecie, w tym 1,5 mln Polaków, którzy z nią się zmagają), to nie omija również dzieci i młodzieży. „Depresję stwierdza się u 2% dzieci (dotyka ona równie często dziewczynki i chłopców) oraz nawet u 8% nastolatków (częściej chorują dziewczęta). Szacuje się, że szeroko rozumiane zaburzenia depresyjne mogą występować u 20% nastolatków, a niektóre źródła podają, że objawy depresyjne stwierdza się u blisko co trzeciego nastolatka” (Miernik-Jaeschke, Namysłowska, 2016).

W przypadku depresji nastolatków mówi się raczej o wieloczynnikowym podłożu zaburzenia. Wskazuje się na trzy główne grupy czynników, które mogą i często współwystępują ze sobą: biologiczne, psychogenne oraz środowiskowe. Do pierwszej grupy należą uwarunkowania genetyczne – większe szanse na chorobę mają dzieci, które pochodzą z rodzin, gdzie wcześniej pojawiała się depresja, ale także osoby, u których występują nieprawidłowości na poziomie działania neuroprzekazników w mózgu czy zaburzenia w gospodarce hormonalnej. Do drugiej grupy zalicza się między innymi indywidualną konstrukcję psychiczną, czyli to, co związane z choćby niską samooceną, brakiem poczucia bezpieczeństwa, tendencją do obwiniania się, ponadto: „depresyjne schematy myślenia (skłonność do automatycznego interpretowania faktów i wydarzeń na swoją niekorzyść), nieumiejętność radzenia sobie ze stresującymi sytuacjami, słabe umiejętności społeczne” (Miernik-Jaeschke, Namysłowska, 2016). Wreszcie w trzeciej grupie czynników pojawiają się tak zwane „wyzwalacze”, do których mogą należeć: trudna sytuacja rodzinna (na przykład rozwód rodziców, doświadczenie przemocy w rodzinie), problemy w szkole – zarówno związane z nauką, jak i z odrzuceniem przez grupę rówieśniczą, a także inne trudne czy traumatyczne doświadczenia (na przykład nadużycia seksualne). „Często objawy zaburzeń depresyjnych ujawniają się właśnie w wyniku zadziałania czynnika środowiskowego, zewnętrznego – na przykład konfliktu w rodzinie czy niepowodzenia szkolnego” (Miernik-Jaeschke, Namysłowska, 2016).

Żeby zdiagnozować depresję, typowe dla niej objawy muszą utrzymywać się codziennie przez co najmniej dwa tygodnie. Do objawów depresji adolescentów należy między innymi: smutek, płaczliwość przygnębienie, ale również nietypowe dla osób dorosłych, rozdrażnienie, kłótniowość. Kolejnymi objawami mogą być: wycofanie z kontaktów społecznych, myśli samobójcze, zachowania autoagresywne, obniżona samoocena, poczucie zniechęcenia czy bycia nic nie wartym, obwinianie się, tak zwane myśli rezygnacyjne, myślenie depresyjne. Nastolatki często unikają czynności, które wcześniej sprawiały im radość, nie podejmują typowych dla siebie aktywności – pojawić się może zmniejszenie czy utrata radości, apatia. Depresji często towarzyszy lęk (nieokreślony, o stałym nasileniu), pojawia się uczucie niepokoju i wewnętrznego napięcia (por. Miernik-Jaeschke, Namysłowska, 2016).

Autorzy (...) opisują depresję u dzieci, wskazując na obecność typowych symptomów, które obserwujemy w przebiegu depresji u osób dorosłych (smutek, anhedonia, obniżona samoocena, objawy somatyczne). Wskazują oni jednocześnie na obecność objawów, które traktowane są jako typowe dla przebiegu depresji u dzieci i/lub adolescentów. Do tych symptomów zaliczono: wycofanie się z kontaktów społecznych, lęk, agresywność, negatywizm, zaburzenia w zachowaniu, absencję szkolną. (Rola, 2001: 14)

W „nastoletniej depresji” dominować może: „niepokój, rezygnacja, autoagresja, niestabilność nastroju. Istotną rolę w dynamice depresji odgrywają czynniki psychospołeczne. Wśród nich duże znaczenie ma sytuacja rodzin. Nie bez znaczenia, jak wskazywano powyżej, pozostają czynniki ogólnospołeczne” (Rola, 2001: 17–18).

Trudności w dostrzeżeniu depresji sprawiać może również fakt, że jest ona zaburzeniem o charakterze syndromatycznym. „Oznacza to, iż w jej obrazie klinicznym spotkać można inne, dodatkowe, jednostkowe symptomy, takie jak: zaburzenia w zachowaniu, trudności w szkole, objawy somatyczne” (Rola, 2001: 5). Objawy te często brane są za tak zwany „okres buntu” czy zwykłą niechęć dziecka do nauki. „Obecność tych i innych symptomów w jej obrazie klinicznym wpływa w sposób zasadniczy na poznawcze, emocjonalne i społeczne funkcjonowanie dzieci z diagnozą depresji” (Rola, 2001: 5). Niepowodzenia szkolne narażają dzieci na jeszcze większy stres oraz niepokój i mogą zwrócić potęgować lęk przed szkołą czy zniechęcać do nauki (może pojawić się myśl, że nie warto się starać, skoro nie widzi się efektów).

Istnieje wiele typologii depresji (por. Rola, 2001), rozważania te znacznie wybiegają poza rozmiar tej pracy. Niemniej warto przytoczyć tutaj klasyfikację autorstwa McConville’a, Boaga i Purohita (za: Rola, 2001), w której autorzy rozróżniają trzy rodzaje zaburzeń depresyjnych, jednocześnie podkreślając, że są one związane „bezpośrednio z osiągniętym przez dziecko poziomem rozwoju” (Rola, 2001: 15). Zalicza się do nich

Typ afektywny, który zdaniem autorów to typowy dla dzieci młodszych, w wieku 6–8 lat. Osioowymi symptomami są: smutek, poczucie bezradności, poczucie beznadziejności; typ poznawczy – gdzie zasadniczym symptomem depresji jest obniżona samoocena oraz często pojawiające się myśli samobójcze. Ten rodzaj depresji, zdaniem autorów, występuje często u dzieci powyżej 8. roku życia; depresja z poczuciem winy, która obecna jest tylko u dzieci powyżej 11. roku życia. (Rola, 2001: 14)

Inną klasyfikację znajdziemy u Antoniego Kępińskiego, który wyróżnia cztery podstawowe formy kliniczne depresji adolescencyjnej, to jest postać: apatyczno-abuliczną, buntowniczą, rezygnacyjną i labilną (por. Rola, 2001: 16). Z kolei Jacek Bomba wyodrębnił cztery zespoły psychopatologiczne depresji u młodzieży:

(...) depresja czysta, dla której typowe jest obniżenie nastroju, osłabienie napędu psychoruchowego, nieokreślony lęk przed przyszłością; depresja z rezygnacją, gdzie oprócz objawów depresji czystej pojawiają się: niewydolność w nauce, poczucie bezsensu życia, myśli, tendencje i próby samobójcze; depresja z niepokojem wyraża się zmiennością nastroju oraz autodestrukcyjnymi zaburzeniami zachowania występującymi na tle objawów depresji czystej; depresja hipochondryczna – mieści w sobie objawy depresji czystej oraz somatyczne manifestacje lęku i hipochondryczną koncentrację na ciele. (Rola, 2001: 17)

Według Bomby depresja u młodzieży może pojawić się jako konsekwencja trudności w realizowaniu zadań rozwojowych przewidzianych dla tego okresu.

## **Depresja nastolatka – perspektywa systemowa**

Choroba niewątpliwie utrudnia, a często wręcz uniemożliwia realizowanie zadań rozwojowych. Dotyczy to również depresji, która dotyka nastolatków. W przebiegu tego zaburzenia osoby mają trudności w realizowaniu obowiązku szkolnego, wyraźnie pogarszają się ich wyniki w nauce. Depresja ma negatywny wpływ na relacje z rówieśnikami. Okres dojrzewania powinien być czasem, w którym nastolatek w pełni realizuje kolejne role związane z życiem wewnątrz grupy rówieśniczej, jednocześnie oddzielając się od rodziny, co depresja skutecznie uniemożliwia. Ma ona również znaczący wpływ na relacje rodzinne. Możemy w tym kontekście zauważać swoisty regres – kilkunastoletnie dziecko jest zazwyczaj samodzielne w wielu obszarach, rodzice nie muszą go już pilnować czy kontrolować w kontekście ubioru, higieny, snu czy szkoły. Również relacje między rodzicami a dzieckiem się zmieniają – jest to czas, kiedy z relacji skośnej, hierarchicznej, przechodzi się w stronę relacji partnerskiej, takiej, która będzie korzystna dla wkrótce dorosłego dziecka swoich rodziców. Pojawienie się depresji zakłóca ten proces. W jej przebiegu do-

chodzi do zaburzenia rytmu dobowego, opuszczania się w nauce – to rodzice muszą przejąć, niejako powtórnie, odpowiedzialność za podstawowe funkcjonowanie dziecka i pomóc mu. Muszą zwiększyć kontrolę. Jak było pokazane wcześniej, pojawienie się problemów, zwłaszcza u dzieci, może wywołać ogromne poczucie winy – zarówno w rodzicach, jak i w samych chorych. Niestety, w kontekście depresji wciąż funkcjonuje wiele krzywdzących stereotypów, a osoby nią dotknięte często słyszą, że powinny wziąć się za siebie, bardziej postarać czy zmotywować. Takie przeświadczenie funkcjonuje często również „w głowach” osób z depresją, co potęguje poczucie winy. Dlatego tak ważna jest psychoedukacja całej rodziny w zakresie tego, czym depresja jest, oraz pokazywanie, że jest to choroba, a nie zła wola czy działanie intencjonalne – przydatna jest tutaj metafora przeziębienia czy złamanej nogi, która pozwala zobrazować i rozdzielić problem od osoby nim dotkniętej.

Z punktu widzenia teorii systemowej (czy – szerzej – w myśl założeń konstruktywizmu) powiemy, że depresja jest swojego rodzaju etykietą, nazwą, a nie realnie istniejącym bytem. Niemniej taka etykieta może być bardzo użyteczna, zwłaszcza na początku oddziaływań pomocowych. Przede wszystkim przynosi ona poczucie ulgi i zdejmuje odpowiedzialność. Daje również poczucie, że nastolatek „sam nie wymyślił” swoich objawów, a jego przeżycia zostały wcześniej opisane (uznane za realnie istniejące). Może zmniejszyć dojmujące poczucie osamotnienia wobec problemów. Słowo „choroba” zabiera również poczucie winy – potocznie mówi się przecież, że choroba nie wybiera – co pozwala zdjąć z chorego brzemię odpowiedzialności. Oczywiście kryje się w tym pewne niebezpieczeństwo. Taka opowieść może zapraszać do poczucia braku wpływu i skutecznie zniechęcać do podejmowania jakichkolwiek działań, które mogłyby pomóc czy przynieść ulgę. Przywracanie poczucia sprawczości będzie kolejnym ważnym oddziaływaniem terapeutycznym, wzmocnić należy wiarę w możliwości nastolatka i jego wpływ na własne życie. W tym celu stosuje się również technikę eksternalizacji, czyli takiej interwencji, która na poziomie językowym pozwala na oddzielenie problemu (objawu) od samej osoby. Pomaga to zobaczyć, że osoba chorująca na depresję nie jest tylko chorobą, a opowieść o zaburzeniu nie zdominowała jej życia – nastolatki i ich rodziny często rozmawiają tylko o tym, ich życie zaczyna się kręcić wokół choroby – koncentrując się wokół systemu problemowego, przestają funkcjonować poza nim lub odnoszą takie wrażenie, jakby ich całe życie sprowadzało się do choroby.

Istotnym wątkiem w pracy z rodziną z adolescentem jest temat związany z dorastaniem i usamodzielnianiem się dziecka. „Praca nad wzmocnieniem procesów separacji/indywiduacji może także stanowić wyzwanie dla tych rodziców, którzy z lękiem przyjmują próby usamodzielniania się dziecka i jego chęć podejmowa-

nia własnych decyzji” (Józefik, 2014: 40). Objawy związane z depresją mogą mieć funkcję ochroną – uniemożliwiają proces separacji, chronią rodziców przed przeżywaniem lęku w związku z nim. Dlatego ważne będzie wzmocnienie rodziców, tak, żeby byli gotowi przyjąć samodzielność dziecka.

Depresja nastolatków jest dodatkowo przeżywana jako zagrażająca ze względu na utrudnienia związane z nauką i uczęszczaniem do szkoły. Rosnąca ilość nieobecności w szkole zwiększa zaległości i tym samym pogłębia problemy w naukę.

Przykład ten dobrze pokazuje bardziej ogólną kwestię, która jest obecna w terapii rodzin nastolatków, a mianowicie presję czasu. Problemy psychiczne i emocjonalne adolescentów muszą być rozwiązywane dość szybko, aby nie utrudniały im realizowania zadań rozwojowych. Gdy tak się nie dzieje, obserwujemy efekt kuli śniegowej. (Józefik, 2014: 42)

Owa presja czasu jest odczuwana przede wszystkim przez rodziców, którzy obserwują swoje dziecko „pogrążone” w depresji, podczas gdy świat nie zwalnia ani na chwilę. Warto uwrażliwiać rodziców na ich własną hierarchę wartości – czy sukces szkolny stoi wyżej niż zdrowie psychiczne? Dodatkowo istotne jest rozmawianie o tymczasowości choroby i możliwości budowania wizji przyszłości.

Depresja, podobnie jak inne zaburzenia dzieci i nastolatków, może mieć również funkcję stabilizującą dla zagrożonego rozpadem związku rodziców. Pojawienie się problemów wymaga od rodziców poszukiwania pomocy i większej koncentracji na dziecku. Jest to kolejny argument na rzecz wzmocnienia rodziców w ich roli, ale także pokazuje, jak istotne jest, aby uwolnić nastolatka z poczucia odpowiedzialności za rodziców i rodzinę – oczywiście znaczna część tych procesów jest nieuświadomiona i odbywa się na zasadzie powiązań cyrkularnych. Dlatego też należy unikać szukania winnych, a raczej dostrzegać „złożony kontekst życia rodziny i inne współwystępujące czynniki ryzyka” (Józefik, 2014: 36). W takim rozumieniu procesu leczenia i wychodzenia z depresji nastolatka ważne jest, żeby równie mocno zaangażować rodziców (system rodzinny), co samego młodego człowieka dotkniętego depresją.

## Zakończenie

Droga wyjścia z depresji nie jest łatwa ani dla nastolatka, ani dla jego rodziny. Wymaga wielu poświęceń, cierpliwości i wytrwałości. Pierwszym i najważniejszym krokiem jest zauważenie problemu i szukanie pomocy. Jak podkreślałam wyżej, kluczowa, w kontekście depresji, wydaje się psychoedukacja – pokazanie rodzinie, że depresja to po pierwsze choroba, po drugie, że istnieje szereg dzia-

łań, które mogą być pomocne dziecku, i że wspierająca obecność rodziców jest bardzo istotna. Nastolatek często sam aktywnie nie szuka kontaktu z rodzicami oraz, zwłaszcza na początku, nie deklaruje, że potrzebuje wsparcia i obecności rodziców. Odpowiedzialność za aktywne dążenie do kontaktów z dzieckiem i organizowanie wspólnie spędzanego czasu leży znowu po stronie dorosłych. Jednym z paradoksów depresji może się okazać fakt, że na końcu drogi, którą rodzina przeszła od pojawienia się diagnozy do wyleczenia, są pozytywne zmiany w relacjach rodzinnych. W rodzinie, która doświadczyła depresji u nastolatka, pojawiają się niejednokrotnie bliższe, bardziej autentyczne niż wyjściowe relacje – w rodzinie zaobserwować można więcej zrozumienia, ciepła i otwartości.

## Bibliografia

- Amroziak K., Kołakowski A., Siwek K. (2018), *Nastolatek a depresja. Praktyczny poradnik dla rodziców i młodzieży*, Sopot.
- de Barbaro B. (red) (1999), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków.
- Górniak L., Józefik B. (red) (2003), *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin. Od metafory cybernetycznej do dialogu i narracji*, Kraków.
- Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.) (2002), *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych*, t. II. Warszawa.
- Janicka I., Liberska H. (2014), *Psychologia rodziny*, Warszawa.
- Józefik B. (2014), Terapia rodzin nastolatków – dylematy, kontrowersje, *Psychoterapia*, 3 (170).
- Ludewig K. (1995), *Terapia systemowa. Podstawy teoretyczne i praktyka*, przeł. M. Ubertowska, Gdańsk.
- McGoldrick M., Gerson R., Shellenberger S. (2007), *Genogramy. Rozpoznanie i interwencja*, przeł. M. Hartman, Poznań.
- Miernik-Jaeschke M., Namysłowska I. (2016), Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży, *Medycyna Praktyczna*, <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrics/choroby/psychiatria/81302,zaburzenia-depresyjne-u-dzieci-i-mlodziezy>, dostęp: 20.02.2019.
- Namysłowska I. (1997), *Terapia rodzin*, Warszawa.
- Parkinson M., Reynolds S. (2018), *Depresja u nastolatka. Poradnik dla rodziców*, przeł. G. Chami, Poznań.
- Rola J. (2001), *Depresja u dzieci*, Warszawa.
- Satir V. (2000), *Terapia rodzin. Teoria i praktyka*, przeł. O. Waśkiewicz, Gdańsk.
- Trempała J. (red.) (2011), *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, Warszawa.

