

Konrad Ambroziak
Artur Kołakowski
Klaudia Siwek



NASTOLATEK A DEPRESJA

Praktyczny poradnik dla rodziców i młodzieży

Konrad Ambroziak
Artur Kołakowski
Klaudia Siwek

NASTOLATEK A DEPRESJA

Praktyczny poradnik dla rodziców i młodzieży



Sopot 2018

Copyright © by Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2018.

Wszystkie prawa zastrzeżone. Książka ani żadna jej część nie może być przedrukowywana ani w żaden sposób reprodukowana lub odczytywana w środkach masowego przekazu bez pisemnej zgody Gdańskiego Wydawnictwa Psychologicznego.

Wydanie pierwsze 2018 rok

Redaktor prowadzący: Patrycja Pacyniak

Redakcja i korekta: zespół

Skład: Tojza

Autorka ilustracji: Aleksandra Miąskiewicz

Projekt okładki: Monika Pollak

Zdjęcie na okładce: © Getty Images

ISBN 978-83-7489-761-7

Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne Sp. z o.o.

ul. J. Bema 4/1a

81-753 Sopot

e-mail: gwp@gwp.pl

www.gwp.pl

Skład wersji elektronicznej: Marcin Kapusta

virtualo
konwersja.virtualo.pl

Spis treści

Wstęp

Część 1

Moje nastoletnie dziecko ma depresję

Rozdział 1

Depresja wpływa na życie rodziny, czyli co się zmienia

- 1.1. Rodzina jako system, czyli każdy wpływa na każdego
- 1.2. Emocjonalne koszty depresji w rodzinie
- 1.3. Stres w życiu rodziców a dbanie o własne potrzeby
- 1.4. Czy chorowanie ma jakieś dobre strony?

Rozdział 2

Czy to moja wina, czyli wpływ sytuacji życiowej i przekonań rodziców na funkcjonowanie dziecka

- 2.1. Przemoc w rodzinie i najbliższym otoczeniu
- 2.2. Rozwód rodziców
- 2.3. Depresja rodzica
- 2.4. Przekonania rodziców i wpływ tychże przekonań na dziecko
- 2.5. Przekonania rodziców związane z chorobą dziecka
- 2.6. Kilka słów o poczuciu winy

Rozdział 3

Co warto, a czego nie warto robić

- 3.1. Niezwracanie uwagi na emocje dziecka
- 3.2. Tolerowanie afektu, czyli przyzwolenie na zły nastrój dziecka

Rozdział 4

Jak mogę pomóc?

- 4.1. Akceptowanie
- 4.2. Chwalenie i dowartościowywanie
- 4.3. Wspólny czas rodzica i dziecka
- 4.4. Egzekwowanie obowiązków

Rozdział 5

Depresja a nauka i chodzenie do szkoły

- 5.1. Rola szkoły w życiu nastolatków
- 5.2. Rozpoznanie depresji a chodzenie do szkoły
- 5.3. Powrót do szkoły po długim zwolnieniu
- 5.4. Przygotowanie do powrotu do szkoły

Część 2

Mam depresję - co mogę zrobić, żeby sobie pomóc?

Wprowadzenie

Rozdział 6

Jak rozmawiać z innymi o depresji?

Rozdział 7

Depresja a aktywność: planowanie przyjemności, przyjaciele i sport

- 7.1. Unikanie
- 7.2. Klasyczna aktywizacja behawioralna, czyli planowanie przyjemnych zajęć
- 7.3. Planowanie przyjemnych zajęć w praktyce
- 7.4. Równowaga w życiu
- 7.5. Sport, czyli dlaczego wysiłek fizyczny pomaga w leczeniu depresji

Rozdział 8

Uwaga na niebezpieczne myśli!

- 8.1. Odróżnianie myśli od faktów
- 8.2. Zniekształcenia poznawcze
- 8.3. Dyskusja z automatycznymi myślami
- 8.4. Korzyści i straty wynikające z depresyjnego myślenia
- 8.5. Tort odpowiedzialności
- 8.6. Nauka chwaleń i doceniania siebie

Rozdział 9

Ja to nie tylko moje myśli. Techniki akceptacji emocji i uważności

- 9.1. Rozpoznawanie emocji
- 9.2. Ucieczka przed emocjami
- 9.3. Akceptacja emocji
- 9.4. Rozpoznawanie przyczyn emocji
- 9.5. „Upuszczanie” emocji
- 9.6. Uważność
- 9.7. Nieosądzanie
- 9.8. Działanie pod wpływem emocji

Rozdział 10

Perfekcjonizm, czyli jak radzić sobie z nadmiernymi wymaganiami

Aneks 1

Materiały dla rodziców

Aneks 2

Materiały dla nastolatków

Bibliografia

Przypisy

Wszystkie rozdziały dostępne w pełnej wersji książki.

Moim lekarzom i terapeutom
Konrad Ambroziak

Dla Heleny, Kazika, Moniki – dziękuję, że tworzycie mój świat
Artur Kołakowski

Moim najdroższym: Sławkowi, Hani i Zoi – za to, że jesteście
Klaudia Siwek

Wstęp

Depresja jest powszechną chorobą. Pierwszy jej epizod zaczyna się najczęściej w okresie dojrzewania. Młodzież jest szczególnie narażona na depresję. Dorastanie to czas wielu zmian i wyzwań. Zmienia się nasze ciało. Zaczynamy inaczej postrzegać świat. Przestajemy być dziećmi, a jeszcze nie jesteśmy dorosłymi. Zabrano nam bezpieczeństwo, nie dając w zamian wielu przywilejów. Poza tym pojawia się mnóstwo dręczących pytań. Kim jestem? Co chcę robić w życiu i dokąd zdążam? Jaki jest świat? Czym jest dobro i czym jest zło? Nic dziwnego, że w tym okresie życia nasz nastrój może się pogarszać.

Jeżeli pogorszenie nastroju utrzymuje się przez dłuższy czas (powyżej dwóch tygodni) i przez większość dnia, to można zacząć podejrzewać, że młody człowiek cierpi na depresję. Badacze szacują, że choroba ta dotknie nawet do 5% nastolatków. To oznacza, że w przeciętnej trzydziestoosobowej klasie jedna, dwie osoby mogą mieć depresję. Do osiągnięcia pełnoletności 20% młodych ludzi będzie miało za sobą przynajmniej jeden epizod tej choroby.

Mimo że depresja jest chorobą powszechną, często nie jest rozpoznawana w okresie dorastania. Wynika to między innymi z tego, że nastolatki chorują trochę inaczej niż osoby dorosłe. Dorośli pogrążeni w depresji są spowolnieni ruchowo, smutni. Wolno się ruszają, cicho i spokojnie mówią, najchętniej nie wstawaliby z łóżka (czasem nie wstają). Nastolatek i nastolatka¹ cierpiący na depresję często są dysforyczni, czyli jednocześnie smutni, źli i rozdrażnieni, co może wiązać się z nieprzewidywalnymi wybuchami złości. Brak sił do działania może objawiać się spędzaniem wielu godzin przed komputerem lub telewizorem. Podczas spotkań z rówieśnikami wiele depresyjnych nastolatków udaje dobry nastrój i zadowolenie z życia. Pierwszymi objawami obserwowanymi przez rodziców i najbliższych są nierzadko niepokojące zmiany w zachowaniu. Młodzież cierpiąca na depresję zaczyna gorzej się uczyć. Młodzi ludzie mogą częściej wdawać się w kłótnie i pyskówki. Pojawiają się problemy ze snem. Wiele nastolatków kładzie się spać późno w nocy i rano trudno je dobudzić. Problematyczne staje się dotarcie do szkoły na początkowe lekcje. Niektórzy młodzi ludzie chcą przespać cały dzień. Przestają wychodzić z domu i spędzają coraz więcej czasu przed komputerem. Wszystkie te zmiany mogą

niepokoić dorosłych, ale rzadko są wiązane z depresją. Rodzice częściej łączą je ze złym zachowaniem, z uzależnieniem od komputera czy po prostu z trudnym okresem dorastania. Młodzi ludzie z kolei wiążą swój zły stan z domniemanymi wadami charakteru. Myślą o sobie, że są źli, leniwi i beznadziejni. Tym tłumaczą gorszy nastrój i niechęć do jakichkolwiek działań.

Rozpoznanie depresji, czy choćby dopuszczenie do siebie myśli, że możemy mieć do czynienia z tą poważną chorobą, to niezwykle ważny moment. Z jednej strony chorobę można leczyć i wyleczyć, a to daje nadzieję. Z drugiej strony zachorowanie na depresję może wywołać wiele napięcia i budzić lęk. Choroby psychiczne nadal wiążą się ze stygmatyzacją (język potoczny obfituje w okrutne określenia typu „świr”, „czubek”). Poza tym, ponieważ na pierwszy rzut oka są zupełnie niewidoczne (w odróżnieniu od złamanej nogi, stanu po operacji czy chorób, o których mogą nas poinformować na przykład badania krwi), czasami trudno nam uwierzyć, że depresja naprawdę istnieje, jest poważną dolegliwością i może skończyć się śmiercią. Nie wiemy też, jak pomóc chorej osobie. Kiedy mamy grypę, kładziemy się na jakiś czas do łóżka, unikamy wysiłku fizycznego, bierzemy leki i czekamy, aż organizm pokona wirusa. Ale co powinniśmy robić, gdy mamy depresję? Jak powinni nas traktować najbliżsi? I jak my sami powinniśmy się odnosić do bliskiej osoby, która jest pogrążona w depresji?

Wymienione zjawiska skłoniły nas do napisania popularnonaukowej książki o depresji nastolatków. W trakcie naszej pracy klinicznej wielokrotnie obserwowaliśmy, jak wiele niepokoju i bezradności wywołuje to rozpoznanie. Z praktyki doskonale wiedzieliśmy, a potwierdzają to również badania naukowe, jak istotne w leczeniu depresji jest dostarczenie chorym podstawowych informacji na jej temat. Bardzo ważne jest także udzielenie wyjaśnień dotyczących tego, jak traktować osoby pogrążone w depresji i co robić, żeby pomóc sobie samemu w leczeniu. Dlatego postanowiliśmy napisać książkę skierowaną przede wszystkim do głównych zainteresowanych: cierpiących na depresję młodych ludzi oraz ich rodziców. I jedni, i drudzy bowiem potrzebują pomocy.

Podobnie jak wiele osób chorujących na różne choroby także młodzi ludzie cierpiący na depresję często szukają informacji na temat swojej dolegliwości. Nierzadko w pierwszym odruchu sięgają do internetu. W sieci można znaleźć wiele sprawdzonych i rzetelnych danych, ale również mnóstwo wiadomości nieprawdziwych, mogących doprowadzić do pogorszenia stanu chorego. Dostarczenie prawdziwych i rzetelnych informacji o depresji było jednym z celów, jakie przyświecały nam przy pisaniu. Poza tym chcieliśmy napisać

książkę, która może służyć samopomocy, czyli włączeniu do leczenia depresji metod, które na co dzień można próbować stosować bez pomocy profesjonalnego terapeuty. Choroba zwykle wymusza zmiany w zachowaniu. Kiedy złamiemy nogę, musimy ją unieruchomić na jakiś czas, ale potem, by odzyskać sprawność, powinniśmy chodzić na rehabilitację. Z kolei osobom cierpiącym na choroby wirusowe zaleca się dużo wypoczynku i spokoju, ale także inhalacje i zmianę diety. Podobne zalecenia formułuje się w przypadku chorób psychicznych, w tym depresji (więcej piszemy o tym w drugiej części tej książki).

Również rodzice potrzebują wiedzy na temat choroby swojego dziecka. Często zadają wiele pytań dotyczących tego, jak postępować z dzieckiem w depresji, czy i jak motywować je do wysiłku, czego od niego wymagać. Staramy się odpowiedzieć na te pytania w pierwszej części niniejszej książki. Zachęcamy nastolatki i rodziców do lektury obu części. To pozwoli im lepiej zrozumieć swoje postępowanie oraz negocjować nowe zasady w rodzinie, obowiązujące przynajmniej na czas choroby.

Będziemy zaszczyceni, jeśli po naszą książkę sięgną również osoby pracujące z młodymi ludźmi na co dzień – psycholodzy, pedagogzy, psychoterapeuci. Informacje w niej zawarte mogą pomóc w stawianiu hipotez dotyczących rozpoznania depresji u młodzieży. Rady dla rodziców w kwestii wspierania, akceptowania czy chwalenia nastoletniego dziecka można wykorzystać w pracy nauczyciela i psychologa szkolnego. Lektura części samopomocowej skierowanej do młodzieży może być pomocna w planowaniu interwencji terapeutycznych w trakcie sesji i rozmów psychologicznych czy w szerszym wspieraniu procesu zdrowienia.

Ponieważ kierujemy naszą książkę do tak szerokiego grona odbiorców, zmagaliśmy się z pewnym problemem narracyjnym. W wielu miejscach chcieliśmy bezpośrednio zwracać się do czytelników i czytelniczek, dlatego bardzo często używamy formy drugiej osoby liczby pojedynczej. Nierzadko owym „ty” jest dorosły, ale może to być również nastolatek czy nastolatka. Mamy nadzieję, że to nie utrudni lektury. A może zachęci do wejścia w skórę drugiej strony i przekonania się, jak wygląda depresja z innego punktu widzenia? Rodzice spróbują wczuć się w bezsilność depresyjnego dziecka, które nawet choćby chciało, nie może pokonać swoich objawów siłą woli. Nastolatki poczują bezradność rodziców, którzy muszą z boku patrzeć na ich chorobę. W codziennej praktyce terapeutycznej gorąco zachęcamy osoby, z którymi pracujemy, do poszerzania swojej perspektywy. Umiejętność patrzenia na świat

z punktu widzenia drugiego człowieka jest bardzo ważną umiejętnością, składającą się na elastyczność psychologiczną. Spojrzenie na świat oczyma osoby chorej na depresję, jej bliskich, nastolatka czy nastolatki bądź rodzica może ułatwić wzajemne zrozumienie.

Nasza pierwsza książka – *Depresja nastolatków* – zawiera ogólne informacje na temat depresji i metod jej leczenia. Rozszerza ona wiedzę o tym, czym jest ta choroba, dlaczego na nią chorujemy i jak ją leczymy. Dokładnie opisujemy tam rozpoznanie depresji, a także jej wpływ na działanie umysłu i na zachowanie (w tym szacowanie ryzyka samobójstwa). Przedstawiamy również sposoby leczenia (leczenie farmakologiczne, wybrane oddziaływania psychoterapeutyczne, leczenie szpitalne) i wskazujemy, co warto wziąć pod uwagę, rozważając hospitalizację dziecka.

W tej książce skupiamy się bardziej na tym, jak można pomóc sobie lub bliskiej osobie w leczeniu problemów z nastrojem. Jak już wspomnieliśmy, rozpoznanie depresji może wzbudzać poczucie bezradności zarówno u rodziców, jak i u samych nastolatków. Dlatego staraliśmy się opisać rady i sposoby myślenia o tej chorobie, które mogą być przydatne dla obu tych grup. Pierwszą część książki kierujemy do rodziców nastolatków cierpiących na depresję. Zaczynamy ją od opisu wpływu depresji dziecka na funkcjonowanie całej rodziny. Choroba dowolnego członka rodziny zaburza jej funkcjonowanie i zmusza do mierzenia się z nowymi wyzwaniami. Osoba chora ma mniej obowiązków, które muszą przejąć bliscy. Chory wymaga opieki. Może złościć i irytować, a jednocześnie budzić wiele współczucia. Rodzice chorych dzieci często mają ogromne poczucie winy. Między innymi temu problemowi przyglądamy się w rozdziale 2. Uważamy, że nadmierne, wyolbrzymione poczucie winy nie przynosi żadnych korzyści. W rozdziale 3 rozważamy więź emocjonalną rodziców z dziećmi. Wyjaśniamy, jak na zdrowienie dziecka wpływa niedostępność emocjonalna rodzica. Natomiast w rozdziale 4 opisujemy podstawowe strategie postępowania z nastolatkami chorymi na depresję. Rozpoczynamy od kwestii ogólnych (takich jak akceptowanie czy dowartościowywanie chorego dziecka), by następnie przejść do zagadnień szczegółowych (takich jak wspólny czas, egzekwowanie obowiązków). Osobny rozdział poświęcamy kwestii nauki szkolnej.

Druga część książki jest skierowana do młodych osób cierpiących na depresję i ma charakter samopomocowy. Jej lektura może być wystarczająca w przypadku bardzo łagodnych postaci depresji, zachęcamy jednak, żeby zawsze oceniać to ze specjalistą. Tę część rozpoczynamy od rozważenia, jak rozmawiać

z innymi o tym, że chorujemy na depresję. Z kolei w rozdziale 7 omawiamy wpływ zachowania na nastrój. Często myśli czy emocje związane z depresją trudno jest zmienić na samym początku terapii. Większy wpływ możemy mieć na zmianę zachowania. Jeżeli jesteśmy smutni i przygnębieni i zaczynamy robić smutne rzeczy lub wycofujemy się z aktywności, to nasz nastrój prawdopodobnie się nie poprawi, a wręcz może się jeszcze obniżyć. Jeżeli zaś postaramy się zrobić coś przyjemnego lub angażującego, to może nie poczujemy radości czy zadowolenia, ale zapewne będzie nam trochę lepiej. W rozdziale 8 pokazujemy, jak można pracować ze swoimi myślami. Własny umysł często stanowi dla nas zagadkę. Nierzadko nie zwracamy uwagi na to, co przychodzi nam do głowy. Jednym ze sposobów na radzenie sobie z depresją jest nauczenie się rozróżniania tego, co dzieje się w świecie, od tego, co dzieje się w naszym umyśle, oraz dyskusowania z myślami, które podpowiada nam choroba. Kolejny rozdział tej części jest poświęcony pracy z emocjami. Smutek, tak charakterystyczny dla depresji, jest bardzo nieprzyjemną emocją, od której chcielibyśmy uciec. Taka ucieczka jednak często rodzi tylko więcej problemów. Dlatego opisujemy wybrane strategie uławiające życie ze smutkiem, uczące go znosić i przez to prowadzące do jego zmniejszenia. Natomiast w rozdziale 10 omawiamy zagadnienie perfekcjonizmu, ponieważ nadmierne wymagania wobec siebie często prowadzą do depresji.

W książce opisujemy naukowe fakty dotyczące depresji i potwierdzone naukowo sposoby leczenia tej choroby, a także podajemy propozycje ćwiczeń i zmian, które chorzy powinni wprowadzić w swoim życiu, a które są zalecane zarówno w literaturze medycznej, jak i psychoterapeutycznej i które zweryfikowaliśmy w naszej pracy klinicznej. Warto jednak pamiętać, że są to tylko ogólne przepisy i porady. Każdy skorzysta z nich na swój sposób i na własny użytek. Co więcej, lektura tej książki z pewnością nie zastąpi właściwego leczenia – wizyty u psychiatry i podjęcia terapii. Tak jak przeczytanie poradnika o zdrowym żywieniu nie zastępuje leczenia cukrzycy.

Ta książka przypomina książkę kucharską. W tej ostatniej znajdziemy pomysły na różnego rodzaju dania. Przepisy dobrze oddają smak autora książki – to, jakich przypraw lubi on używać, w jakich proporcjach lubi łączyć ze sobą różne składniki. Z pewnością wskazują ogólny sposób postępowania. Jednak korzystając z gotowych przepisów, często modyfikujemy je zgodnie z gustem własnym i swojej rodziny. Solimy trochę więcej albo mniej, oprócz papryki słodkiej dodajemy też ostrą i tym podobne. Co więcej, w książce kucharskiej rzadko znajdziemy porady dotyczące całego posiłku (na przykład: jaka zupa

pasuje do określonego drugiego dania) czy jadłospis na cały dzień lub tydzień. Podobnie jest z tą książką. Gorąco zachęcamy do tego, aby dostosowywać zawarte tu treści do własnego życia, do własnych doświadczeń i przeżyć. Depresja jest chorobą, którą można wyleczyć. Mamy nadzieję, że w osiągnięciu tego celu pomoże również nasza książka.

Część 1

MOJE NASTOLETNIIE DZIECKO MA DEPRESJĘ

Rozdział 1

Depresja wpływa na życie rodziny, czyli co się zmienia

1.1. Rodzina jako system, czyli każdy wpływa na każdego

Depresja wpływa nie tylko na funkcjonowanie osoby chorej. Ponieważ dziecko, nastolatek czy młody dorosły mieszka z bliskimi, z którymi jest silnie związany emocjonalnie, choroba dotyka całą rodzinę.

Rodzina jest niczym układ naczyń połączonych – to, co dzieje się z jednym jej członkiem, wpływa na pozostałych. Dlatego jeśli jedna osoba jest chora, na przykład dziecko ma depresję, to cały system rodzinny zaczyna inaczej funkcjonować. Można powiedzieć, że mimo iż diagnozę depresji ma jeden członek rodziny, to choroba wpływa na wszystkich. Przyjrzyjmy się temu na przykładzie.

Przykład

Rodzina państwa Kowalskich, to jest tata, mama i dwójka dzieci, wiedzie spokojne, przyjemne życie. Pewnego dnia pan Kowalski spada z drabiny i łamie nogę. Mimo że nie jest to śmiertelna choroba, a złamanie jest nieskomplikowane, to stan taty niepostrzeżenie wpływa na całą rodzinę. Pan Kowalski, dotąd aktywny zawodowo, spędza całe dnie na kanapie. Pani Kowalska musi przejąć znaczną część obowiązków męża. On sam, choć stara się pomagać, ma ograniczone możliwości, zwłaszcza fizyczne. Nie może prowadzić samochodu, dlatego nie jest w stanie odwieźć dzieci do szkoły ani odebrać ich po lekcjach, zrobić zakupów, zatankować czy pojechać do ubezpieczyciela, żeby ubezpieczyć dom. Pani Kowalska pracuje zawodowo, jednak plan jej codziennych zajęć bardzo się zmienił. Nie ma czasu nie tylko na przyjemności, ale także na zajmowanie się dziećmi. Jest zmuszona prosić o pomoc dalszą rodzinę, czego nie lubi robić. Pani Kowalska jest coraz bardziej zmęczona sytuacją. Zaczyna się denerwować i ma poczucie, że nie ma czasu na odpoczynek. Faktycznie, z powodu choroby męża spadło na nią wiele nowych obowiązków. Pan Kowalski też jest sfrustrowany, ponieważ czuje się coraz bardziej

nieprzydatny. Zmienił się również harmonogram dnia dzieci, które muszą na przykład spędzać więcej czasu w szkolnej świetlicy. Niemniej są zadowolone, ponieważ do tej pory widywały tatę przez godzinę lub dwie wieczorem, a teraz jest dla nich bardziej dostępny: pomaga im w lekcjach, ogląda z nimi telewizję, razem słuchają muzyki. Dzieci spotkały jednak ograniczenia finansowe, ponieważ pan Kowalski na zwolnieniu lekarskim otrzymuje tylko część pensji.

Z powyższego przykładu wynika, że choroba może spowodować wiele zmian w codziennym życiu całej rodziny. Wiąże się z nią szereg kosztów, choć czasami mogą jej towarzyszyć pewne zyski. Niestety konieczność dostosowania się do nowej sytuacji zazwyczaj powoduje, że rodzice i rodzeństwo pacjenta czy pacjentki czują się coraz bardziej zmęczeni bądź sfrustrowani. Choroba jednej osoby może budzić złość innych, nasilać konflikty, a w skrajnych przypadkach doprowadzić do emocjonalnego (rozpad więzi) lub rzeczywistego rozpadu rodziny. Ciężka choroba może też jednak zjednoczyć rodzinę, zmobilizować wszystkich do wspólnej pomocy choremu. Paradoksalnie może poprawić relacje bliskich osób (na przykład rodzice, koncentrując się na pomaganiu dziecku, przestają walczyć ze sobą).

Ćwiczenie dla rodziców

Zastanów się, mając w pamięci opis rodziny Kowalskich, jakie zmiany w funkcjonowaniu twoich bliskich spowodowała depresja twojego dziecka. Wypisz wszystkich członków swojej rodziny, a następnie pomyśl, jak zmieniło się ich funkcjonowanie, odkąd dziecko choruje na depresję.



1.2. Emocjonalne koszty depresji w rodzinie

Na diagnozę depresji nastoletniego dziecka rodzice często reagują szokiem. Wielu z nich ma poczucie bezradności, diagnoza wręcz ich obezwładnia. Dużą trudność może stanowić zrozumienie i zaakceptowanie tego, co dzieje się z dzieckiem. Niestety objawów depresji nie można zaobserwować tak łatwo, jak konsekwencji złamania nogi. Rodzice skarżą się, że mają kłopot ze zrozumieniem zarówno samej choroby, jak i tego, co dzieje się z ich córką czy synem. Nie mogą pojąć, jak ich dziecko może myśleć, czuć się czy zachowywać w określony sposób, dlaczego się zmieniło. W konsekwencji mogą mieć trudności z codziennym porozumiewaniem się z nastolatkiem/nastolatką, z zaakceptowaniem jego/jej stanu. Czasem chcieliby „wejść do głowy” dziecka, żeby móc je zrozumieć lub wpłynąć na jego sposób myślenia. Albo w końcu zmobilizować je do działania.

Często sposób, w jaki postępowaliśmy z nastoletnim dzieckiem, kiedy było zdrowe, okazuje się nieskuteczny, gdy dziecko zachoruje na depresję. To może budzić poczucie bezradności i niepokój.

Bezradność to jedna z najtrudniejszych emocji, z jakimi musimy się mierzyć. Jej naturalnym celem jest wskazanie sytuacji, na które nie mamy wpływu, choćby po to, żebyśmy zaczęli oszczędzać nasze, skądinąd ograniczone, siły. Dzięki temu możemy wykorzystać swoje siły tam, gdzie mogą okazać się rzeczywiście przydatne. Niestety większość z nas źle znosi poczucie, że może tylko i wyłącznie towarzyszyć dziecku w depresji. Dlatego wielu rodziców stara się, często wkładając w to dużo wysiłku, zdobyć odrobinę poczucia kontroli nad sytuacją. Utrata tego poczucia jest konsekwencją bezradności. Bardzo trudno jest pozbyć się przekonania, że możemy coś zrobić, aby nasze dziecko się zmobilizowało i „przystało” mieć depresję.

Drugą, także trudną do zaakceptowania przez większość z nas, konsekwencją bezradności jest konieczność patrzenia na cierpienie dziecka. To normalne, iż chcielibyśmy, żeby nasze dziecko przestało cierpieć. Żeby powiedzenie: „Nie przejmuj się tak bardzo” przynosiło rzeczywistą ulgę, a nie tylko budziło złość czy skutkowało trzaśnięciem drzwiami.

Jeśli nie zaakceptujemy swojej bezradności i tego, że w wielu momentach możemy tylko towarzyszyć dziecku w chorobie, to szybko możemy zacząć myśleć, że jesteśmy beznadziejnymi rodzicami. Są to bardzo przykre myśli, a towarzyszą im przykre odczucia, od których niejeden rodzic próbuje uciec. Taka ucieczka może przybrać różną formę, w tym następujące:

- niezauważanie objawów choroby, tłumaczenie ich lenistwem, trudnym wiekiem i tym podobnie;
- szukanie przyczyn choroby w „złych” nawykach, na przykład niejedzeniu mięsa;
- bagatelizowanie problemu („To nie depresja, tylko trudny wiek, a ona z tego wyrośnie”).

Myśląc w ten sposób o chorobie swojego dziecka, możemy mieć poczucie, że odzyskaliśmy kontrolę nad sytuacją. Skoro to lenistwo, to musimy lepiej nadzorować dziecko, a jeżeli trudny wiek – to przeczekać. Problem wydaje się rozwiązany. Niemniej jednak poczucie bezradności w połączeniu z lękiem rodzi **złość**. Czując, że nie ma żadnego wpływu na stan dziecka, i niepokojąc się, co

będzie dalej, rodzic może zacząć ze złością atakować dziecko, żeby je zmobilizować do działania, może je oskarżać, krytykować czy obwiniać.

bezradność + lęk = złość

Depresja w rodzinie jest niczym przybysz z obcej planety, którego wygląd i zachowanie zastanawiają i z którym nie wiadomo, jak postępować. To zupełnie normalne, że w takiej sytuacji czujemy dyskomfort i bezradność. Czy o człowieku, który spotkał przybysza z obcej planety, pomyślałbyś/pomyślałabyś, że jest beznadziejnym Ziemianinem, bo nie wie, jak się zachować w kontakcie z obcym? A może raczej byłbyś/byłabyś dla niego wyrozumiały/wyrozumiała?



Rycina 1.1. Depresja a zmiana relacji w rodzinie
Źródło: opracowanie własne.

Jak możemy zauważyć na rycinie 1.1, zachorowanie przez dziecko na depresję wpływa na to, co dzieje się z nami samymi, z całą naszą rodziną oraz z samym dzieckiem. Zmiana zachowania, myślenia czy odczuwania, którą rodzice widzą u syna czy córki, budzi niepokój. Dziecko stopniowo lub nagle wypada ze swoich ról, ma trudności z nauką i problemy w relacjach z rówieśnikami czy rodzeństwem, staje się rozdrażnione, płaczliwe, zaczyna mówić o samobójstwie. Zaobserwowane objawy budzą coraz większy niepokój

rodziców, którzy koncentrują się na poszukiwaniu pomocy. Zaabsorbowanie chorym dzieckiem sprawia, że nieco tracą z oczu potrzeby pozostałych dzieci. Rodzeństwo nie tylko dostrzega objawy brata czy siostry, których często nie rozumie, ale też otrzymuje mniej niż dotychczas wsparcia ze strony rodziców. To może rodzić frustrację i złość na chorego brata czy chorą siostrę. Niekiedy trudno jest przystosować się do tych zmian, podobnie jak do innych, które dotyczą rodzinę (takich jak na przykład nagła utrata pracy czy złamanie nogi przez współmałżonka). Adaptacja do nowej sytuacji niewątpliwie wymaga czasu oraz dostępu do informacji. Żeby zacząć radzić sobie z „obcym”, trzeba go zrozumieć.

Wiedza na temat choroby, możliwości leczenia i rokowania zmniejsza niepokój, przywraca poczucie wpływu na sytuację i obniża poziom napięcia.

Myśląc o przyszłości chorego dziecka, rodzice często odczuwają **lęk**. Im poważniejsze są objawy choroby, im trudniej jest osiągnąć poprawę oraz im bardziej dziecko przestaje funkcjonować w normalnym rytmie, tym bardziej rodzice obawiają się tego, co będzie dalej. Młodzi ludzie z depresją często przestają chodzić do szkoły. Z powodu absencji mogą mieć problemy z klasyfikacją. Nierzadko nawet po powrocie do zdrowia nie są w stanie w krótkim czasie nadrobić zaległości i muszą powtarzać klasę. Rodziców to niepokoi. Wielu z nich uważa, że dziecko doświadczy negatywnych konsekwencji tej sytuacji. Umysł podsuwa im katastroficzne obrazy przyszłości. Kiedy się boimy, wyobrażamy sobie najgorsze. Takie wyobrażenia jednak tylko wzmagają lęk. Odczuwany przez rodziców niepokój w związku z chorobą dziecka jest zrozumiały. Podobnie jak podczas spotkania z przybyszem z obcej planety nie wiadomo wówczas, czego można się spodziewać. Niektórzy jednak pod wpływem niepokoju zaczynają rozmyślać o najgorszych konsekwencjach choroby. Wyobrażają sobie, że ich dziecko nie skończy żadnej szkoły, że już zawsze będzie na ich utrzymaniu i w pełni od nich zależne, że nie poradzi sobie w życiu, nie założy rodziny, a otocznie zawsze będzie wspominać i rozpamiętywać chorobę, wytykając dziecko i rodzinę palcami. Tworząc tego rodzaju scenariusze, tylko wzmagamy odczuwany lęk. A pod wpływem lęku często podejmujemy niewłaściwe decyzje, które nie są odpowiedzią na realną sytuację, lecz na wyobrażenia powstałe w naszej głowie.

Przykład z praktyki klinicznej

Na początku drugiej klasy liceum siedemnastoletni Bartek przestał chodzić do szkoły z powodu silnej depresji. Jego rodzice, którzy przykładali dużą wagę do wykształcenia, obawiali się, że zawali rok. Stan chłopaka poprawiał się bardzo wolno. Zaniepokojeni rodzice wyobrażali sobie, że Bartek nie da rady wrócić do dobrego liceum i ukończy co najwyżej przeciętną szkołę średnią. Obawiali się także, iż będzie negatywnie oceniany w środowisku szkolnym z powodu choroby. Dlatego gdy tylko następowało nieznaczne pogorszenie jego stanu, ich lęk o przyszłość syna się nasilał. Rodzice naciskali na Bartka, by wziął się w garść i zaczął nadrabiać zaległości, co skutkowało jedynie konfliktami z chłopakiem i pogorszeniem jego samopoczucia.

Kolejnym wyzwaniem, przed którym stają rodzice nastolatków z depresją, jest **pogodzenie się z tym, że dziecko jest chore**. Znakomita większość rodziców ma wyobrażenie swojego dziecka jako zdrowego, silnego, dobrze radzącego sobie z wyzwaniami, jakie niesie życie, osiągającego kolejne cele, mającego dobre relacje z rówieśnikami i dorosłymi. Wszyscy chcemy, żeby nasi bliscy byli szczęśliwi. Diagnoza depresji, jak również innych problemów psychicznych czy somatycznych, zaburza tę wizję. Niekiedy rodzice doświadczają poczucia utraty zdrowego dziecka i odczuwają żal związany z tą stratą. Mieli nadzieję na wspaniałą przyszłość córki czy syna, a diagnoza choroby im to odbiera. Uczucie żalu jest zupełnie naturalną emocją, gdy traci się coś ważnego, a zdrowie dziecka niewątpliwie jest bardzo ważne dla większości rodziców. Niekiedy jednak poradzenie sobie z taką stratą jest trudne i wymaga czasu. Rodzice mogą chcieć uciec od tego uczucia, starając się za wszelką cenę przywrócić poprzedni stan, to jest stan sprzed zachorowania przez dziecko na depresję.

Ludzie w różny sposób radzą sobie ze stratą zdrowego dziecka i zwykle przechodzą przez wiele etapów tego procesu – od niedowierzania przez złość i rozgoryczenie po (niekiedy głęboki) smutek. Większość rodziców w końcu godzi się ze stratą oraz próbuje żyć z chorobą i jej konsekwencjami bez niepotrzebnego zaprzeczania jej istnieniu. Poszczególne etapy radzenia sobie z chorobą własną lub dziecka przedstawia tabela 1.1. Jest ona oparta na modelu Elisabeth Kübler-Ross. Lekarka ta odkryła, że wielu pacjentów, u których zdiagnozowano poważną chorobę, przechodziło przez te same procesy, zanim zaakceptowało diagnozę. Etapy godzenia się z chorobą mają bardzo różny czas trwania. Niektórzy ludzie szybko przechodzą kolejne stadia, inni długo zatrzymują się na każdym etapie.

Tabela 1.1. Etapy przystosowywania się do choroby – według modelu Elisabeth Kübler-Ross

--	--

Etap	Reakcje rodziców
Zaprzeczanie	<ul style="list-style-type: none"> • Niedowierzanie (na przykład wątplenie w diagnozę postawioną przez lekarza) • Niestosowanie się do zaleceń lub ich negocjowanie (na przykład żądanie, by sesje terapii odbywały się raz na dwa tygodnie) • Bagatelizowanie stanu dziecka, myślenie, że to nic poważnego • Poszukiwanie innych wyjaśnień objawów występujących u dziecka (na przykład tłumaczenie ich lenistwem czy brakiem dyscypliny lub szukanie choroby fizycznej)
Złość	<ul style="list-style-type: none"> • Złoszczenie się na otoczenie, zwłaszcza na ludzi, których dzieci nie chorują • Atakowanie specjalistów i podważanie ich kompetencji • Reagowanie złością, gdy ktoś zadaje neutralne pytanie dotyczące rodziny (na przykład: „Jak się mają twoje dzieci?”) • Przekonanie, że życie źle traktuje rodzinę i rodziców
Targowanie się	<ul style="list-style-type: none"> • Targowanie się z losem i/lub specjalistami o odsunięcie diagnozy, która jest postrzegana jako wyrok • Obiecywanie zmiany postaw rodzicielskich lub gwałtowna powierzchowna zmiana, nagradzanie czy nadmierne chwalenie dziecka w przekonaniu, że to pomoże odmienić los • Postawa typu: „Zrobię wszystko, byle się nie okazało, że to jednak ta choroba”
Depresja	<ul style="list-style-type: none"> • Rozmyślanie godzinami o tym, dlaczego nas to spotkało • Smutek i żal związane ze stratą zdrowego dziecka • Przekonanie, że posiadanie zdrowego dziecka jest cudem i nie jest możliwe w przypadku przeciętnego człowieka • Brak nadziei na polepszenie sytuacji • Katastroficzne wyobrażenia dotyczące konsekwencji choroby
Akceptacja	<ul style="list-style-type: none"> • Uznanie, że dziecko dotknęła choroba • Obiektywne spojrzenie na objawy i konsekwencje choroby • Konsekwentne stosowanie się do zaleceń specjalistów

Źródło: opracowanie własne.

Zapamiętaj!

Choroba, a zwłaszcza problem natury emocjonalnej, zmienia funkcjonowanie zarówno osoby chorej, jak i jej rodziny i otoczenia. Kiedy twoje dziecko wróci do zdrowia, jego życie oraz funkcjonowanie twojej rodziny zapewne się ustabilizują, ale nigdy już nie będą takie same jak przed chorobą.

Stres i napięcie towarzyszące zmaganiom z depresją dziecka wynikają również z konieczności poszukiwania pomocy i najlepszych rozwiązań oraz podejmowania trudnych decyzji. Trzeba zdecydować, jak i gdzie leczyć dziecko, jakiego specjalistę wybrać czy jak poradzić sobie z absencją szkolną. Rodzina, znajomi czy internet mogą udzielić różnych podpowiedzi, jednak to rodzice wspólnie z chorym dzieckiem dokonują niełatwych wyborów i ponoszą ich

konsekwencje. Rozważając różne możliwości leczenia, można się zetknąć z wieloma – często sprzecznymi – opiniami, radami i zaleceniami. Nadmiar informacji nierzadko przeszkadza w podjęciu decyzji. Może też budzić poczucie zagubienia, osamotnienia. Postarajcie się nie wywierać na siebie dodatkowej presji, by podjąć najlepszą decyzję. Dobry lekarz czy terapeuta to ten, którego akurat teraz potrzebuje wasze dziecko i wasza rodzina. W miarę upływu czasu, a być może także dzięki kontaktom z innymi rodzinami w podobnej sytuacji, będzie wam łatwiej podejmować wspomniane decyzje.

Oprócz konsekwencji emocjonalnych depresja ma także konsekwencje dla codziennego funkcjonowania rodziny. Mamy tu na myśli konkretne zmiany codziennych zachowań, zwyczajów, nawyków i rozkładu dnia. Dlaczego depresja skutkuje takimi zmianami? Jak już wspomnieliśmy, choroba jednego z członków rodziny powoduje swego rodzaju organizacyjne zamieszanie. Widać to wyraźnie na przykładzie pana Kowalskiego i jego bliskich. Pan Kowalski nie był w stanie wywiązać się z niektórych obowiązków, dlatego inne osoby musiały wziąć je na siebie. Taka sytuacja jest zupełnie normalna. Rodzina, której jeden z członków jest chory, nie jest w stanie funkcjonować na co dzień tak, jak funkcjonowała przed chorobą. Depresja zmienia codzienne życie, ponieważ nakłada na osobę chorą różne ograniczenia. Zwłaszcza na początku funkcjonowanie rodziny może być podporządkowane objawom choroby.

Niekorzystne zmiany wynikające z podporządkowania życia chorobie

- Zmiana codziennej rutyny.
- Rezygnacja z cyklicznych zdarzeń.
- Rozluźnienie kontaktów z dalszą rodziną.
- Wypadanie członków rodziny z ich ról.

Nastolatek i nastolatka z depresją mogą nie być w stanie na przykład zjeść tak jak zawsze śniadania ze wszystkimi domownikami, ponieważ choroba sprawia, że nie mają siły rano wstać z łóżka. Mogą też nie chcieć uczestniczyć w spotkaniach rodzinnych, wyjazdach, świętach i innych cyklicznych wydarzeniach. W rezultacie pozostali członkowie rodziny mogą również nie korzystać z zaproszeń na tego rodzaju spotkania.

Ponadto leczenie depresji, tak jak każdej innej choroby, wymaga dużego nakładu sił i czasu. Poszukiwanie specjalistów, umawianie wizyt czy rozważanie

różnych możliwości terapii pochłania wiele energii. Rodzice młodej osoby chorej na depresję, nawet jeśli na co dzień nie biegają od gabinetu do gabinetu, często są zaprzątnięci myśleniem o chorym dziecku i jego leczeniu. Dlatego mogą mieć mniej ochoty i zapału, aby uczestniczyć w rodzinnych spotkaniach. A to z kolei prowadzi do poczucia izolacji i osamotnienia oraz utraty kontaktu z dalszą rodziną.

Przykład z praktyki klinicznej

Niektórzy rodzice przyznają, że na początku leczenia dziecka nie mogli myśleć o niczym innym niż choroba, objawy i terapia. Mieli trudności z włączaniem się w rozmowę na inne tematy, ponieważ ich myśli były skoncentrowane na dziecku.

Niekiedy izolacja od dalszej rodziny jest bardziej świadoma. Mamy tu na myśli sytuację, gdy bliscy rodziców dziecka z depresją nie dają im odpocząć od myślenia o chorobie, tylko z zapałem dopytują o stan nastolatka/nastolatki i postępy w leczeniu, niekiedy doradzają, podpowiadają, podsyłają stosowne informacje. Chociaż wiadomo, że jest to podyktowane troską i chęcią pomocy, to na dłuższą metę wyczerpuje rodzinę, która być może chciałaby przez moment nie rozmawiać ani nie myśleć o chorobie i leczeniu.

Przykład z praktyki klinicznej

Oto słowa mamy nastolatki z depresją hospitalizowanej na oddziale szpitalnym: „To było strasznie męczące, gdy każdego dnia odbierałam kilka telefonów z zapytaniem, co słyhać u Kingi. Wielu osobom powtarzałam to samo. Wychodząc od córki ze szpitala, chciałam choć trochę odpocząć przed kolejnym dniem i nie myśleć o szpitalu, depresji, terapii, lekach, badaniach... Te rozmowy mi w tym nie pomagały. W końcu przestałam odbierać telefony od rodziny”.

Kolejnym wyzwaniem, przed którym mogą stanąć rodzice dziecka z depresją, jest konieczność kontrolowania jego stanu psychicznego w sytuacji, gdy dziecko ma myśli samobójcze i/lub przejawia także skłonności. Niekiedy na początku leczenia, zwłaszcza farmakologicznego, trzeba poświęcać nastolatkowi/nastolatce więcej uwagi i zadbać o jego/jej bezpieczeństwo. Wymaga to od rodziców takiego przeorganizowania planu zajęć, by mogli na zmianę opiekować się dzieckiem. Jedno z nich może być zmuszone iść w tym celu na zwolnienie.

Jak radzić sobie ze zmianami spowodowanymi przez depresję?

1. Ważne jest zaakceptowanie tego, że choroba nieuchronnie wpłynie w jakiś sposób na codzienne funkcjonowanie całej rodziny. Próby utrzymania *status quo* i życia zgodnie z założeniem, że w naszej rodzinie depresja niczego nie zmieni, nie tylko są przyczyną frustracji, ale wręcz nie mogą zakończyć się powodzeniem. Dobrze jest dać sobie oraz innym członkom rodziny trochę czasu na opanowanie sytuacji.
2. Należy zaakceptować także to, że dziecko z depresją może nie być w stanie włączyć się w codzienne funkcjonowanie rodziny. Nawet wówczas jednak rodzina nie powinna rezygnować z ważnych dla niej rytuałów, takich jak wspólne posiłki, wyjścia na spacer czy imprezy rodzinne.
3. Należy dopytać lekarza lub terapeutę, czy konieczne jest stałe towarzyszenie dziecku z depresją i jego nadzorowanie. Może się okazać, że nie ma potrzeby, aby na co dzień ktoś z rodziny zostawał w domu z dzieckiem.

Związane z chorobą zmiany w codziennym funkcjonowaniu rodziny mogą mieć także aspekty pozytywne. Depresja dziecka niekiedy zmusza rodziców czy opiekunów do zweryfikowania ich podejścia do obowiązków (zarówno swoich, jak i dziecka), relacji, jaką nawiązali z synem czy córką do tej pory, postaw wychowawczych i tym podobnych. Rodzice, dokonując swego rodzaju podsumowania czy refleksji, mogą dojść do wniosku, że zmiany, jakie wymuszają na nich choroba i leczenie nastolatka/nastolatki, są na dłuższą metę korzystne dla wszystkich. Niektóre rodziny zmieniają codzienne rytuały, żeby ich członkowie mogli spędzać ze sobą więcej czasu, na przykład wprowadzają zwyczaj spożywania wspólnie posiłków. Rodzice mogą też stwierdzić, że za bardzo poświęcają się pracy czy hobby, i zmienić styl życia tak, aby więcej czasu spędzać z potrzebującymi ich dziećmi.

Korzystne zmiany związane z chorobą

- Zmiana nastawienia i priorytetów.
- Spędzanie razem więcej czasu i jego lepsze wykorzystanie.

1.3. Stres w życiu rodziców a dbanie o własne potrzeby

Stres związany z opieką nad dzieckiem chorującym na depresję może bezpośrednio wpływać na życie rodziców. Napięcie, które opiekunowie odczuwają na co dzień, może przyczyniać się do nasilenia konfliktów, także między nimi samymi. Może również wzmacniać rozgoryczenie i żal rodzeństwa, które traci znaczną część uwagi rodziców, skoncentrowanych na pomocy choremu dziecku.

Leczenie depresji jest procesem długotrwałym, co oznacza, że energia opiekunów będzie systematycznie wyczerpywana. Radzenie sobie z emocjonalnymi trudnościami dziecka, reagowanie na okresowe kryzysy, poszukiwanie pomocy oraz kontaktowanie się z kolejnymi specjalistami może sprawić, że rodzice będą zbyt przytłoczeni, aby zaspokajać własne potrzeby. Jest to dość niebezpieczne, ponieważ podobnie jak samochód wymaga regularnego tankowania i systematycznych przeglądów, aby móc sprawnie jeździć, tak rodzic zmagający się z długotrwałą chorobą dziecka musi regularnie odbudowywać swoje zasoby, aby móc funkcjonować. Bez ładowania emocjonalnych i fizycznych „akumulatorów” rodzice nie będą w stanie wspierać swojego dziecka na dłuższą metę.

Długotrwałe zmaganie się z depresją w rodzinie i niezaspokajanie własnych potrzeb emocjonalnych może prowadzić do tak zwanej **depresji udzielonej**, kiedy to rodzic lub opiekun osoby chorej zaczyna stopniowo odczuwać różne symptomy choroby. Rodzice doświadczający „udzielonej depresji” mówią o poczuciu wypalenia, pesymizmie, braku nadziei, poczuciu bycia w dołku. Niektórzy przyznają, jak trudne są codzienne powroty z pracy do domu, gdzie zastają dziecko tak, jak je zostawili: leżące w łóżku, niepodjemujące żadnej aktywności. Takie sytuacje zniechęcają, wzbudzają niepokój i odbierają wiarę w możliwość poprawy.

Czy jestem wyczerpany/wyczerpana?²

Oto pytania, które możesz sobie zadać, żeby zrozumieć, jak depresja twojego dziecka mogła wpłynąć lub wpłynęła na ciebie.

1. Czy czuję się bardziej spięty/spięta, odkąd moje dziecko choruje na depresję?
2. Czy czasami czuję się nadmiernie przeciążony/przeciążona potrzebami dziecka?
3. Czy martwię się o swoje dziecko bardziej niż zazwyczaj?
4. Czy konflikty z partnerem mają częściej niż zazwyczaj inne powody niż obowiązki rodzicielskie?
5. Czy częściej wchodzę w konflikty z rodzeństwem chorego dziecka?
6. Czy rodzeństwo chorego dziecka mówi, że czuje się zaniedbywane?
7. Czy mam więcej żalu do dziecka, które stało się bardziej zależne ode mnie?
8. Czy zmieniły się domowe zwyczaje i rytuały, takie jak ustalone pory posiłków lub

kładzenia się spać?

9. Czy zaniedbuję przyjaciół lub inne bliskie relacje?
10. Czy mam więcej niż zazwyczaj problemów ze zdrowiem fizycznym?
11. Czy spóźniam się do pracy lub w inne ważne miejsca?
12. Czy zapominam o jakichś istotnych sprawach, które wymagały mojej uwagi (na przykład o wywiadówce, oddaniu samochodu do przeglądu)?
13. Czy czuję się bardziej osamotniony/osamotniona i wyobcowany/wyobcowana niż zazwyczaj?
14. Czy spożywam alkohol lub sięgam po inne używki częściej niż zazwyczaj?
15. Czy mam poczucie braku nadziei?
16. Czy doświadczam niektórych symptomów depresji (na przykład obniżenia nastroju, braku energii, spadku zainteresowania dotychczasowymi przyjemnościami, problemów ze snem, utraty apetytu, wzrostu lub utraty wagi, problemów z koncentracją)?

Jeśli odpowiedziałeś/odpowiedziałaś „tak” na co najmniej jedno pytanie, może to oznaczać, że ponosisz emocjonalne koszty choroby swojego dziecka. Przeanalizuj pytania, na które udzieliłeś/udzieliłaś odpowiedzi twierdzącej. Zastanów się, jakie są przyczyny danego problemu. Pomyśl, co chciałbyś/chciałabyś zmienić. Może powinieneś/powinnaś zaopiekować się sobą i zadbać o swoje potrzeby? Jeśli poczujesz się lepiej sam/sama ze sobą, to będziesz w stanie efektywniej wspierać swoje dziecko. Nie dbając o siebie odpowiednio, możesz szybko się wypalić lub doświadczyć „depresji udzielonej”.

Podobnie jak maratończyk podczas biegu uzupełnia płyny i kalorie, tak rodzic dziecka z depresją powinien dbać o swoje samopoczucie. Leczenie depresji jest niczym bieg długodystansowy, niczym maraton. Co rodzic może zrobić dla siebie? Odpowiedź na to pytanie jest prosta, choć zastosowanie się do zalecenia pewnie będzie dużo trudniejsze: rodzic dziecka z depresją powinien zachować równowagę między wspieraniem syna czy córki a dbaniem o własne potrzeby.

1.4. Czy chorowanie ma jakieś dobre strony?

Czy można w ogóle mówić o dobrych stronach choroby, która przecież zazwyczaj wiąże się z cierpieniem, bólem, poczuciem braku sensu życia? Choć na pierwszy rzut oka wydaje się to absurdalne, to jednak można. Po pierwsze, kiedy bliska nam osoba cierpi, staramy się jej ulżyć. Jesteśmy skłonni do miłych gestów czy dodatkowej opieki i wsparcia. Do robienia rzeczy, których na co dzień nie robimy. Nawet podczas przeziębienia, kiedy gorączka zmusza do pozostania w łóżku, można liczyć na to, że ktoś pójdzie do apteki, poda leki, zrobi i przyniesie herbatę z sokiem malinowym. Tym bardziej będziemy skłonni opiekować się nastoletnim dzieckiem, które poważnie zachorowało. Takie reakcje są cenne, poprawiają relacje w rodzinie i wzmacniają wzajemne więzi.

Po drugie, choroba zwalnia nas z wielu obowiązków. Chorzy dorośli nie chodzą do pracy, nie sprzątaję mieszkań, przekazują innym odwożenie dzieci do szkoły i odrabianie z nimi lekcji. Chore nastolatki zazwyczaj nie chodzą do szkoły, nie muszą się uczyć czy mierzyć z wieloma trudnościami.

Koniecznym jest tutaj podkreślić, że nawet jeśli takie korzyści są przyjemne, to nie staramy się o nie świadomie. Raczej nikt z nas nie planuje, że zachoruje na grypę, by parter przynosił mu herbatę do łóżka. Podobnie jest z nastolatkami chorymi na depresję – one naprawdę wolałyby być zdrowe. Niestety język psychologii jest pełen uproszczeń. Podkreślamy, że w kontekście korzyści z choroby psychologia opisuje procesy dziejące się poza naszą świadomością, jakby przez przypadek i mimowolnie.

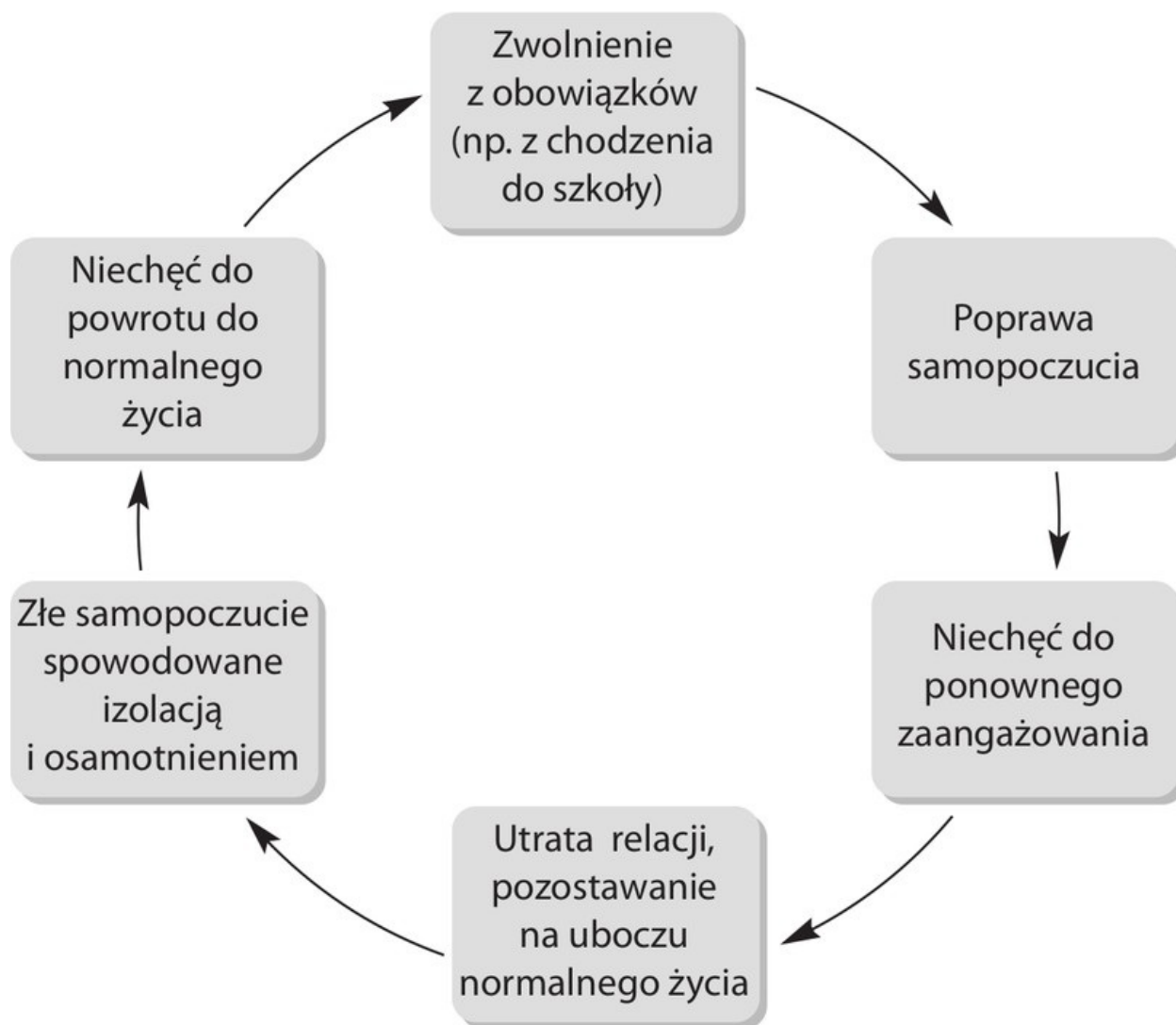
Niekiedy możemy jednak mylnie uznać, że ktoś korzysta z przywilejów chorowania. Podstawowy błąd wynika z założenia, że chory udaje albo wyolbrzymia objawy w celu uzyskania określonych korzyści. Zakładamy, że powiązanie między chorobą a tym, co dobrego ona daje, jest zupełnie świadome oraz że chorowanie jest celowym działaniem. Takie założenia są jednak błędne. Nikt nie decyduje się zachorować na depresję, żeby korzystać z jakichś przywilejów. Kiedy jednak nastolatek i nastolatka dostają w związku z depresją coś, co ma dla nich ogromną wartość (uwagę, troskę, zrozumienie, tolerancję dla błędów), uczą się, że choroba daje określone korzyści.

Uważamy, że trzeba zupełnie inaczej postrzegać wtórne korzyści z choroby w czasie, gdy występują ostre objawy, oraz w okresie rekonwalescencji, czyli dochodzenia do zdrowia. Kiedy jesteśmy chorzy, zupełnie naturalne jest to, że korzystamy z pewnych przywilejów. Na przykład dorośli mogą iść na zwolnienie. Skorzystanie z takiej możliwości świadczy o kierowaniu się zdrowym rozsądkiem i akceptowaniu naturalnych ograniczeń związanych z chorowaniem. Nastolatki chorujące na depresję przestają chodzić do szkoły, aby oszczędzić nadwątlone zasoby i energię. Ponieważ nie mają siły na zmaganie się z kolejnymi wyzwaniami, koncentrują się na regeneracji i stopniowym dochodzeniu do zdrowia.

Po powrocie do zdrowia większość z nas w dość naturalny sposób wraca do swoich codziennych obowiązków, rezygnując z przywilejów towarzyszących chorowaniu. Po pracy nie kładziemy się do łóżka i nie mówimy: „Kochanie, gdzie moja herbata z sokiem malinowym? Podaj mi też pilota”. Podobnie jest z nastolatkami, u których ustępują objawy depresji. Większość z nich stopniowo, bez poważniejszych trudności wraca do swoich obowiązków³.

Niestety czasami, a dotyczy to zwłaszcza osób, które przed zachorowaniem na

depresję zmagają się z wieloma problemami czy zaburzeniami, powrót do normalnego życia może być zdecydowanie trudniejszy (zob. rycina 1.2).



Rycina 1.2. Błędne koło wywołane chorobą
Źródło: opracowanie własne.

Cykl przedstawiony na rycinie 1.2 obrazuje przykładową sytuację, gdy mimo poprawy samopoczucia nastolatkowi/nastolatce jest trudno wrócić do normalnego funkcjonowania. Z powodu silnych objawów depresji konieczne było obniżenie wymagań wobec młodej osoby i zwolnienie jej z części obowiązków, co pozwoliło jej poczuć się lepiej i odzyskać siły. Zwolnienie z obowiązków było ewidentną korzyścią, która przyczyniła się do ustąpienia wielu objawów choroby. Myśl o powrocie do dawnych zadań może budzić niechęć. Młody człowiek może nie czuć się na siłach, by to zrobić, a także

obawiać się nawrotu objawów i chcieć się oszczędzać, ponieważ depresja kojarzy mu się z dużym wyczerpaniem i brakiem energii. Dlatego przez jakiś czas może żyć niejako w zwolnionym tempie. Jednak prowadząc taki tryb życia, nastolatek/nastolatka naturalnie wypada ze swoich ról, może stracić kontakt z grupą rówieśniczą i z klasą szkolną oraz stwierdzić, że już nie pamięta, jak to jest się uczyć. Przekonanie o utracie swojego miejsca w świecie może budzić poczucie osamotnienia i smutek, co zwiększy niechęć do powrotu do dawnych obowiązków.

Dostrzeżenie pozytywnych konsekwencji chorowania to ważny sygnał dla rodziny. Jeżeli twoje dziecko dostaje dzięki chorobie coś, czego wcześniej nie miało, może być z tego zadowolone. Jeśli tylko uda ci się dostrzec, jakie potrzeby dziecka zostały zaspokojone dzięki chorowaniu, dowiesz się, jak możesz je zaspokajać bez tego. Taka wiedza pozwala wprowadzić stosowne zmiany.

Odwołajmy się ponownie do przykładu pana Kowalskiego, przytoczonego na początku rozdziału. Czy w jego sytuacji można dostrzec jakieś zalety? Co dobrego choroba daje panu Kowalskiemu i jego rodzinie? Niewątpliwie pan Kowalski ma okazję odpocząć od codziennych obowiązków bez poczucia winy. Jest przecież chory, więc może odmówić wykonania wielu zadań. Być może dotąd nie miał czasu na czytanie ulubionych książek czy oglądanie filmów. Ponieważ teraz nie ma innych zajęć, może nadrobić wszelkie zaległości. Może także cieszyć się z troski rodziny i przyjaciół. Wiele osób dzwoni do niego, dopytuje o stan jego zdrowia, oferuje pomoc. To bardzo przyjemne uczucie, którego pan Kowalski dawno nie doświadczył. Jego dzieci są zadowolone, że mogą spędzać z tatą dużo więcej czasu na przyjemnych zajęciach. Pan Kowalski powinien jednak zauważyć, że może utrzymać korzyści, które przyniosła mu choroba, albo ciągle chorując, albo zmieniając swoje życie tak, by cieszyć się nimi nawet po wyzdrowieniu. Oto nauka, jaką może z tego wynieść: wcześniej za dużo czasu poświęcał pracy i miał za wiele obowiązków, a choroba pokazała, że odpoczynek, czas dla siebie i dla rodziny są ważnymi elementami życia, które dawniej zaniedbywał. Być może po powrocie do zdrowia będzie mógł dokonać jakichś zmian i ograniczyć liczbę obowiązków. Aby to zrozumieć, wiele nastolatków z depresją (oraz ich rodziców) potrzebuje pomocy psychoterapeuty.

1.4.1. Choroba pozwala odpuścić

Przykład z praktyki klinicznej

Bartek to wyjątkowo zdolny i obowiązkowy siedemnastolatek. Zawsze był grzecznym dzieckiem, które chętnie spełniało oczekiwania rodziców. Nie miał zwyczaju odpuszczać, w zasadzie był perfekcjonistą. Dla jego rodziców najważniejsze były nauka oraz idealne świadectwo. Liczyły się tylko wyniki najlepsze z możliwych. W prestiżowym liceum, w którym uczył się Bartek, niemożliwe było otrzymywanie samych szóstek ze wszystkich przedmiotów. Żadne argumenty jednak nie przemawiały do rodziców chłopaka, którzy uważali, że wszystko zależy od jego chęci, pracy i dobrej woli. Siedemnastolatek podobnie jak rodzice uważał, że ponosi porażkę za porażką, co przyczyniło się do epizodu depresji. W pewnym momencie objawy choroby były tak nasilone, że chłopak nie miał siły wstać z łóżka. Szkoła i nauka, a także wszystkie inne obowiązki przestały dla niego istnieć. Bartek był wyczerpany. Trudność sprawiało mu nawet wstanie z łóżka, ubranie się, umycie czy wyjście z domu.

Bartek oczywiście zachorował, a nie zdecydował się mieć depresję. Ten proces zachodzi poza świadomością. Prawdopodobnie do depresji Bartka przyczyniły się nadmierne oczekiwania rodziców i jego samego, większa liczba porażek niż sukcesów w nowej szkole oraz skrajne zmęczenie. W czasie choroby siedemnastolatek mógł inaczej spojrzeć na swoje życie. Dawniej nie był w stanie spełnić oczekiwań rodziców, a teraz zobaczył, jaką cenę musiał zapłacić za swoje wybory. W końcu miał czas na odpoczynek czy myślenie o przyjemnościach. Psycholodzy oczywiście będą starali się nazwać ten nie do końca świadomy proces psychologiczny. Mogą się zastanawiać, jakie pozytywne skutki miała choroba dla Bartka. Dzięki depresji chłopak mógł z twarzą wyjść z sytuacji bez wyjścia. Choroba umożliwiła mu odpoczynek, a także pozwoliła odpuścić, pomyśleć o sobie i własnych potrzebach. Natomiast jego rodzicom pomogła zrozumieć, że ich wymagania powinny być realistyczne. Kiedy Bartek zachorował na depresję, musieli ograniczyć swoje oczekiwania, a potem zmienić nieco podejście do obowiązków – także dlatego, że ich syn nie chciał już wracać do życia sprzed depresji, które wydawało mu się horrorem. Choroba przekazała rodzinie następujący komunikat: „Bartek nie może dłużej tak żyć. Ma też inne potrzeby”.

Czy to oznacza, że rodzice nie mogą niczego wymagać ani oczekiwać od swoich dzieci? Oczywiście nie, jednak wymagania i oczekiwania muszą być dostosowane do możliwości nastolatka/nastolatki, czyli realistyczne. Wielu opiekunów zbyt wysoko zawiesza dziecku poprzeczkę, zazwyczaj w dobrej wierze. Przekonani o tym, że dzięki ciężkiej pracy można odnieść życiowy sukces, rodzice chcą, żeby dzieci miały szansę na dobre życie. Zazwyczaj mają własne kryteria sukcesu życiowego i tego, co go zapewni. Mimo ich dobrych

intencji nastolatki często czują się traktowane przedmiotowo, mają poczucie, że muszą realizować cudzą wizję oraz że nie są zauważane jako ludzie, ze swoimi potrzebami, emocjami czy wyborami. Czasem rodzice zapominają, że dzieci różnią się od nich. Może wasze dziecko nie jest tak zdolne jak wy? Może ma inną hierarchię wartości? Albo w tym momencie pierwsza miłość jest dla niego znacznie ważniejsza niż nauka? A może ścieżki kariery możliwe dwadzieścia lat temu są już niedostępne?

1.4.2. Choroba pomaga poprawić relacje w rodzinie

Przykład z praktyki klinicznej

Jedenastoletni Damian od dłuższego czasu choruje na depresję. Pomimo leczenia farmakologicznego i psychoterapii nie udało się doprowadzić do całkowitego ustąpienia objawów. W czasie spotkania z rodzicami okazało się, że ci nie zgadzają się ze sobą w niemalże wszystkich życiowych kwestiach. Najpoważniejszy konflikt dotyczy metod wychowawczych. Oboje rodzice na co dzień prezentują zupełnie skrajne postawy, często kłócą się przy synu o to, które z nich ma rację. Zapytani przez terapeutę, czy zdarza im się zgadzać ze sobą, zauważyli, że tylko wtedy, kiedy Damian poważnie choruje. Podobnie jest teraz, gdy chłopiec od wielu miesięcy jest rozdrażniony i nie radzi sobie z objawami depresji. Wspólny wróg, jakim stała się choroba, spowodował, że rodzice Damiana działali jednomyślnie i w miarę zgodnie. Skoncentrowali się na pomocy synowi. Byli spokojniejsi.

Damian przez wiele lat był w bardzo trudnej emocjonalnie sytuacji. Chciał mieć bliską relację zarówno z mamą, jak i z tatą. Jednak spory rodziców, które dotyczyły także jego osoby, powodowały, że stawał się stroną w konflikcie. Damian miał poczucie, że musi wybierać, czy chce być po stronie mamy, czy taty, a wcale nie chciał dokonywać takiego wyboru. Chłopiec potrzebował jednomyślności rodziców i wynikającego z niej spokoju. Ponieważ opiekunowie stawali się zgodni i zawieszali konflikt, gdy chorował, Damian nauczył się, że choroba daje mu to, czego potrzebuje, oraz że dzięki niej rozwiązują się bardzo trudne problemy, a dorośli mogą całkowicie zmienić swoje zachowanie.

1.4.3. Wyrażanie troski i pozytywnych uczuć

Przykład z praktyki klinicznej

Szesnastoletnia Ania od pięciu lat ma nawroty depresji. Podczas kolejnych epizodów pojawiają się u niej myśli samobójcze, pod wpływem których dziewczyna próbuje odebrać sobie życie. Rodzice, na co dzień z rezerwą okazujący uczucia, stają się troskliwi i czuli, gdy samopoczucie córki się pogarsza lub cokolwiek zwiastuje pogorszenie jej stanu. Wówczas pocieszają i wspierają Anię oraz (zwłaszcza gdy jest hospitalizowana) poświęcają dużo czasu na rozmowy z nią.

Wiele badań potwierdza, że przynajmniej 60% docierających do nas każdego dnia komunikatów musi być pozytywnych i ciepłych, aby nasz umysł mógł chronić się przed depresją. Niestety nasza kultura i tradycja skupiają się raczej na ukrywaniu emocji oraz wskazywaniu innym błędów i niedociągnięć – także dzieciom i nastolatkom. Wydaje się nam, że łatwiej jest mówić o trudnych sprawach. Czasem jesteśmy przekonani, że musimy wskazywać innym błędy, by mogli się poprawić, o rzeczach pozytywnych zaś nie ma co mówić, lub że mówienie o pozytywach jest nieodpowiednie bądź może skutkować rozpuszczeniem dziecka.

Okazywanie uczuć, zwłaszcza pozytywnych, wielu rodzinom przychodzi z trudem. Czasem zamiast okazać uczucia wprost, skrywamy je lub wyrażamy pośrednio za pomocą prezentów, przygotowywania ulubionych posiłków czy poświęcania uwagi, gdy bliscy zmagają się z kryzysem, problemami lub chorobą. Choroba może więc stanowić okazję do okazania bliskiej osobie wszystkich ciepłych uczuć, jakimi ją darzymy. W opisanym przykładzie depresja Ani może być swego rodzaju wiadomością dla rodziców: „Potrzebuję waszej troski i czułości. Zauważcie mnie”. Osobie chorej łatwiej jest prosić o troskę, co w innych okolicznościach mogłoby stanowić pewną trudność. W wielu sytuacjach złe samopoczucie czy choroba ułatwiają nam na przykład odmowę. Choroba zwalnia z poczucia winy, gdy odmawiamy spełnienia czyjejś prośby, lub jest ważnym usprawiedliwieniem, gdy nie możemy wywiązać się z obowiązków.

Dzieci w kryzysie depresyjnym czy samobójczym często podkreślają, jak ważna jest dla nich zmiana nastawienia rodziców bądź stylu komunikowania się na partnerski, empatyczny czy współczujący. Z lęku o syna czy córkę lub z powodu poczucia winy rodzice starają się uchylić choremu dziecku nieba. Ono zaś ma poczucie, że opiekunowie chcą z nim rozmawiać, słuchają go, poświęcają mu czas. Taka zmiana jednak zwykle nie jest trwała. Po kilku tygodniach następuje powrót do poprzednich form komunikowania się.

Czy to oznacza, że dziecku w depresji nie należy okazywać troski, uwagi i czułości? Nic podobnego! Rodzice muszą jednak pomyśleć, jak robić to także

wtedy, gdy dziecko wróci do zdrowia. Być może będą musieli zmienić sposób reagowania, aby zaspokoić jego emocjonalne potrzeby. Może dziecko ma trudności z komunikowaniem swoich potrzeb, gdyż doświadczyło tego, że nie są one uznawane czy akceptowane i zaspokajane?

Nieokazywanie ciepłych uczuć i brak pozytywnych komunikatów są uznawane za czynnik zwiększający ryzyko rozwinięcia się depresji i utrudniający jej leczenie.

1.4.4. Zmiana (na lepsze) pozycji w rodzinie

Przykład z praktyki klinicznej

Piętnastoletnia Basia miała dwa lata, gdy urodziła się jej siostra Małgosia. Niestety jako wcześniak Małgosia wymagała intensywnej opieki. Wystąpiły u niej powikłania, których następstwem okazały się problemy z rozwojem. Rodzice, co jest całkowicie zrozumiałe, skupili się na rehabilitacji i leczeniu Małgosi. Młodsza córka wymagała wiele uwagi z ich strony, dlatego starszą zaczęli traktować zbyt dorośle. Basia stała się jakby niewidoczna, ponieważ siostra niemalże całkowicie absorbowwała rodziców. Nastolatka nauczyła się ze wszystkimi obowiązkami i problemami radzić sobie sama. W wieku piętnastu lat jednak zachorowała na depresję. Cała rodzina z przerażaniem przyjęła diagnozę, ponieważ Basia nigdy poważnie nie chorowała. Była pogodną, nieokazującą negatywnych emocji nastolatką. Rodzice skupili się na pomocy Basi i na jej leczeniu. Dziewczyna podczas choroby po raz pierwszy od długiego czasu czuła się zauważona i otoczona opieką (psycholog powiedziała, że wreszcie poczuła się emocjonalnie ważna dla swoich rodziców). We wspieranie Basi włączyli się także dziadkowie. Małgosia musiała podporządkować szereg swoich zajęć leczeniu i terapii siostry. Dla Basi było to tak ważne, że kiedy objawy depresji zaczęły ustępować, pojawił się u niej bardzo silny lęk. Nastolatka bała się, że straci coś, co było dla niej tak cenne. Zastanawiała się, czy kiedykolwiek będzie jeszcze mogła doświadczyć bycia w centrum zainteresowania rodziny. Na szczęście zgodziła się zaprosić na sesję rodziców i szczerze porozmawiać z nimi o swoich obawach.

Niekiedy ciężka choroba sprawia, że osoba dotychczas mająca gorszą pozycję w rodzinie staje się dla bliskich najważniejsza, tak że ci poświęcają jej najwięcej czasu i uwagi. Psycholog mógłby następująco opisać ten nieświadomy proces: „Basia zyskała ważną dla niej pozycję w rodzinie dzięki temu, że zachorowała na depresję. Przykład ten pokazuje także brak równowagi w rodzinie nastolatki”. Mówiąc prościej, niekiedy opieka nad chorym dzieckiem pochłania rodziców tak bardzo, że pozostałe dzieci czują się zepchnięte na margines rodzinnego życia. Dopiero poważna choroba lub inny życiowy kryzys pozwala im odzyskać uwagę i troskę opiekunów. Czasami dotyczy to rodzeństwa dziecka leczonego na

depresję lub inne zaburzenie psychiczne. O ile na pierwszym etapie leczenia większa koncentracja na chorym dziecku jest zupełnie oczywista, o tyle w przypadku leczenia długoterminowego ważne jest zadbanie o to, żeby wszystkie dzieci czuły się tak samo ważne i otrzymywały tyle samo troski i uwagi ze strony rodziców.

Co zrobić wówczas, gdy rodzic lub dziecko dostrzeże pozytywne strony chorowania? Jeżeli ty lub inna osoba zauważycie, że w waszej rodzinie wyniknęło z depresji dziecka coś dobrego, wiedz, że jest to bardzo ważna informacja. Takie pozytywne skutki pojawiają się nie dzięki chorobie, ale **dzięki chorowaniu**. Jest to dość istotne rozróżnienie. Choroba to stan, który rozwija się w organizmie i za który odpowiada organizm. Chorowanie to – w interesującym nas kontekście – wszystkie zmiany i procesy następujące wskutek choroby członka rodziny, a dotykające środowisko osoby chorej. Zmiany zachodzące w wyniku choroby są związane z funkcjonowaniem rodziny, z wzajemnymi relacjami wszystkich jej członków oraz z ich stosunkiem do chorowania przez jednego z nich. Dlatego odpowiedzialnością za nie nie można obarczać osoby chorej czy choroby. Nie można też winić za owe zmiany rodziców, terapeutów, dziadków ani innych osób. W **procesie chorowania uczestniczą wszyscy członkowie rodziny, ale zazwyczaj nie zdają sobie z tego sprawy**. Na zmiany następujące pod wpływem choroby jednego z nich będą mogli mieć wpływ dopiero wtedy, gdy zauważą, co się dzieje, zrozumieją, dlaczego tak się dzieje, i zaczną szukać rozwiązania (por. tabela 1.2).

Tabela 1.2. Przykład wyciągania wniosków z choroby

Co się dzieje?	Basia czuła się gorsza i mniej ważna od siostry. Kiedy zachorowała na depresję, okazało się, że rodzice mogą dać jej nie tylko tyle samo, ale nawet więcej uwagi i okazać więcej troski niż siostrze. Basia poczuła się kochana i ważna.
Dlaczego tak się dzieje?	Każde dziecko potrzebuje bezwarunkowej miłości i troski rodziców. Basia boi się, że może stracić coś, co przez całe życie dostawała jedynie wtedy, gdy chorowała.
Jakie jest rozwiązanie?	Basia potrzebuje uwagi, troski i miłości rodziców. Ci muszą nauczyć się dzielić swój czas, uwagę i ciepło między obie córki. Także wtedy, gdy Basia wyzdrowieje.

Źródło: opracowanie własne.

Zaletą dostrzeżenia pozytywnych skutków choroby jest możliwość wprowadzenia takich zmian w relacjach rodzinnych, żeby choroba nie była już nigdy więcej ani potrzebna, ani użyteczna. Innymi słowy, gdy się okaże, że droga do zaspokajania potrzeb czy wyrażania uczuć wiedzie przez chorobę, wówczas można świadomie wybrać inną drogę i nią podążać. Warto się zastanowić, jak utrzymać korzyści z chorowania po powrocie do zdrowia.

Jednak świadomość istnienia pozytywnych skutków depresji dziecka może budzić niepokój rodziców. Warto wtedy skoncentrować się na swoich myślach i zadać sobie kilka pytań.

Ćwiczenie dla rodziców

Wyobraź sobie, że twoja córka, która od kilku tygodni leczy się na depresję, z trudem wstaje z łóżka koło południa, nie chodzi do szkoły i nie sprząta swojego pokoju, ale potrafi wiele godzin czatować ze znajomymi. Albo że twój nastoletni syn twierdzi, iż źle się czuje, i nie wywiązuje się z obowiązków (po powrocie ze szkoły nie wychodzi z domu, nie odrabia lekcji, w dzień wolny nie jest w stanie skosić trawnika), jednak wyjście na spotkanie z dziewczyną nie stanowi dla niego problemu. Następnie odpowiedz na poniższe pytania:

- Co myślę o tej sytuacji?
- Co myślę o moim dziecku?
- Jakich emocji doświadczam w związku z tym, co myślę?
- Co mam ochotę zrobić?

Specjaliści pracujący z rodzicami nastolatków mających myśli samobójcze i wykazujących także tendencje zaobserwowali, że po ujawnieniu tego faktu rodzice czują złość na swoje dziecko i uważają, iż ono manipuluje nimi, wykorzystując właśnie myśli czy plany samobójcze⁴.

1.4.5. Czy potrafimy rozmawiać o swoich potrzebach wprost?

Co myślisz wówczas, gdy twoje chore na depresję dziecko mówi, że nie chce iść do szkoły, ponieważ źle się czuje? Jeśli ono czuje się źle, to ma prawo zostać w domu. Leczenie depresji obejmuje okresy lepszego i gorszego samopoczucia. Twoje nastoletnie dziecko może czuć się na siłach wyjść na spacer do parku czy na spotkanie z przyjaciółmi, ale nie być w stanie sprostać szkolnym wymaganiom. Czy w takiej sytuacji myślisz, że choroba zapewnia mu dobrą wymówkę, aby uniknąć obowiązków? Warto pamiętać o tym, że nastolatek/nastolatka może użyć takiego argumentu, gdyż nie jest w stanie otwarcie podać prawdziwego powodu niepójścia do szkoły. Zastanów się, dlaczego tak jest. Może macie problemy z komunikacją? Może twoje dziecko wie, że gdyby powiedziało prawdę, tobie i drugiemu rodzicowi mogłoby się to nie spodobać? A może wie, że nie pozwolicie mu odpuścić sobie jednej lekcji matematyki, na którą się nie przygotowało, gdyż było zbyt zmęczone? Co

musiałoby się stać, byście pozwolili mu odpuścić? Może nie pozwalacie na to nawet sobie, choć często macie ochotę odłożyć coś na później bądź wcale czegoś nie zrobić?

Z całą pewnością nie będziesz w stanie rozstrzygnąć, jaka jest prawdziwa motywacja twojego dziecka. Nikt z nas nie wie na pewno, co myśli drugi człowiek. I to niezależnie od tego, jak bliski nam jest, jak bardzo jesteśmy z nim związani. Możesz jednak spróbować zaufać swojemu dziecku. Zaufanie jest podstawą relacji i źródłem wsparcia. Oczywiście istnieje ryzyko, że się zawiedziesz. Zachęcamy jednak gorąco, żeby takie ryzyko podjąć.