

Anna Meslin-Kuźniak¹, Katarzyna Nowicka-Sauer²

Psychoterapia poznawczo-behawioralna zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży ze szczególnym uwzględnieniem zaburzenia lękowego uogólnionego

Cognitive behavioural psychotherapy for anxiety disorders in children and adolescents with particular focus on generalised anxiety disorder

¹ Gabinet terapii psychologicznej, neurologopedycznej, integracji sensorycznej, Gdańsk, Polska

² Katedra Medycyny Rodzinnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska; ORCID: 0000-0002-7510-5478

Adres do korespondencji: Anna Meslin-Kuźniak, ul. Leszczyńskich 3/95, 80-464 Gdańsk, e-mail: annameslin@gmail.com

Streszczenie

Artykuł prezentuje problematykę zaburzeń lękowych wśród dzieci i młodzieży ze szczególnym uwzględnieniem zaburzenia lękowego uogólnionego i zastosowania psychoterapii poznawczo-behawioralnej u osób nim dotkniętych. Zawiera dane dotyczące epidemiologii, etiologii i diagnozowania zaburzeń lękowych oraz specyfiki i ograniczeń prowadzenia terapii poznawczo-behawioralnej wśród młodszych pacjentów. Statystyki pokazują, że problem zaburzeń lękowych dotyka coraz liczniejszą grupę dzieci i młodzieży. Diagnoza lęku uogólnionego u dzieci i młodzieży bywa czasochłonna, wymaga dużej uważności w trakcie zbierania wywiadu i obserwacji zachowań w różnych sferach funkcjonowania. Zdarza się, że symptomy wskazujące na zaburzenie lękowe uogólnione są bagatelizowane lub pomijane przez osoby dorosłe z najbliższego otoczenia dziecka. Wczesna i trafna diagnoza zaburzenia jest istotna również dlatego, że może ono stać się podłożem zaburzeń depresyjnych czy przyczynić się do podjęcia próby samobójczej. Badania dowodzą, że psychoterapia poznawczo-behawioralna, często wspierana farmakoterapią, należy do najskuteczniejszych i najpopularniejszych form terapii wykorzystywanych w pracy z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniem lękowym uogólnionym. W artykule zawarty został opis modeli teoretycznych zaburzenia, jego implikacji dla psychoterapii i aktualnych tendencji badawczych. Zaprezentowano także programy terapeutyczne w nurcie terapii poznawczo-behawioralnej przeznaczone do pracy z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniem lękowym. Z przeglądu literatury wynika, iż wciąż brakuje badań i protokołów poświęconych wyłącznie terapii lęku uogólnionego u dzieci i młodzieży. Dlatego, zwłaszcza u dzieci starszych, często wykorzystuje się protokoły leczenia dorosłych, które dostosowuje się do wieku i poziomu rozwoju poznawczego pacjenta.

Słowa kluczowe: psychoterapia poznawczo-behawioralna, lęk, lęk u dzieci i młodzieży, zaburzenie lękowe uogólnione

Abstract

The paper presents the issue of anxiety disorders among children and adolescents with particular focus on generalised anxiety disorder and the use of cognitive behavioural psychotherapy in the affected patients. Data on epidemiology, aetiology and diagnosis of anxiety disorders, as well as the specificity and limitations of cognitive behavioural therapy among younger patients are presented. Statistical data show that the group of affected children and adolescents is growing. The diagnosis of generalised anxiety in children and adolescents may take time. It requires careful collection of history and observation of behaviours in different functioning domains. It may happen that symptoms indicative of generalised anxiety disorders are underestimated or missed by adults from the child's immediate environment. Early and accurate diagnosis is important also because the disorder may give rise to depressive disorders or contribute to suicide attempts. Research shows that cognitive behavioural psychotherapy, often aided by pharmacotherapy, is one of the most effective and popular forms of therapy in children and adolescents with generalised anxiety disorders. The paper describes the theoretical models of the disorder, as well as its implications for psychotherapy and current research trends. Cognitive behavioural therapeutic programs intended for children and adolescents with anxiety disorders are also presented. The literature review shows that studies and protocols devoted exclusively to the treatment of generalised anxiety in children and adolescents are still missing. Therefore, treatment protocols for adults, which are appropriately adjusted to age and cognitive development of the child, are often used, especially for older children.

Keywords: cognitive behavioural therapy, anxiety, anxiety in children and adolescents, generalised anxiety disorders

Zaburzenia lękowe są najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi wśród dzieci i młodzieży (James *et al.*, 2015; Odgers *et al.*, 2020). W ostatnich dekadach ich rozpowszechnienie rośnie i sięga 5–20% (Ćwiklińska-Zaborowicz, 2010; James *et al.*, 2015; Odgers *et al.*, 2020; Polanczyk *et al.*, 2015). Z metaanalizy opublikowanej w 2015 roku wynika, że na świecie zaburzenia nastroju dotyczyć mogą około 13,4% dzieci i młodzieży, a zaburzenia lękowe – około 6,5% populacji do 18. roku życia (Polanczyk *et al.*, 2015). Uważa się także, iż zaburzenia lękowe wśród dzieci i młodzieży wciąż pozostają niedodiagnozowane (James *et al.*, 2015). Co więcej, 80% dorosłych pacjentów z zaburzeniami lękowymi twierdzi, że pierwszych objawów doświadczyło przed 18. rokiem życia (Reinecke i Clark, 2005). Jak wskazują badania, chroniczne zaburzenia lękowe okresu dzieciństwa i adolescencji mogą prowadzić do poważnych zakłóceń funkcjonowania w wieku dorosłym i być czynnikiem ryzyka innych zaburzeń psychicznych (Odgers *et al.*, 2020; Rachman, 2005).

Niniejsza praca koncentruje się na zaburzeniu lękowym uogólnionym (*generalised anxiety disorder*, GAD), które najczęściej ma swój początek między 8. a 9. rokiem życia, z tendencją do nasilania się z wiekiem. W dzieciństwie występuje z tą samą częstotliwością u obu płci, a w okresie dojrzewania stosunek dziewcząt do chłopców wynosi 6:1 (Popek, 2012). Dane z roku 2017 wskazują, że rozpowszechnienie GAD wśród dzieci i młodzieży w Polsce wynosi 0,5–7,1% (Popek, 2017). U około 50% dzieci z rozpoznaniem GAD współwystępują inne zaburzenia psychiczne, najczęściej inne zaburzenia lękowe (lęk napadowy, fobie), a także depresja czy uzależnienia, a u dzieci młodszych typowe jest współwystępowanie lęku separacyjnego (Connolly i Bernstein, 2007). Ustalenie rozpoznania GAD u dzieci i młodzieży następuje pewnych trudności i jest bardziej czasochłonne niż u dorosłych. Wynika to z niezakończonego procesu kształtowania się osobowości, labilności emocjonalnej, występowania lęku jako prawidłowego zjawiska rozwojowego oraz z braku wpływu na czynniki środowiskowe (Kendall, 2016; Odgers *et al.*, 2020; Popek, 2017). Ponadto nadal brakuje szczegółowych kryteriów diagnozy GAD u dzieci.

Do specjalistycznej diagnozy zaburzeń lękowych wykorzystuje się kryteria diagnostyczne zawarte w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) oraz w *Diagnostycznym i statystycznym podręczniku zaburzeń psychicznych* DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Wiele objawów zaburzeń lękowych wyraża się podobnie bez względu na wiek. Korzystanie z kryteriów ułatwiło ustalanie rozpoznania w wieku rozwojowym. W klasyfikacji ICD-10 zaburzenie lękowe uogólnione znajduje się pod kodami F41.1 – dla osób dorosłych oraz F93.80 – dla dzieci i młodzieży, jako uogólnione zaburzenie lękowe w dzieciństwie. W niniejszym artykule omówione zostaną kryteria F93.80.

Do cech charakterystycznych GAD u dzieci i młodzieży należy nierealistyczny, nadmierny lęk niepowiązany ze stresem ani z żadną konkretną sytuacją, który występuje przez co najmniej 6 miesięcy, przez większość dni i jest odczuwany jako trudny do opanowania. W diagnozie lęku uogólnionego u dzieci i młodzieży trzeba uwzględnić złożoną strukturę lęku, na którą składają się trzy aspekty: fizjologiczny, behawioralny i poznawczy. Chociaż składniki te są częściowo niezależne, wchodzą ze sobą w interakcje, co oznacza, że zmiana w zakresie jednego będzie miała wpływ na pozostałe (Kendall, 2016; Kołakowski, 2020).

Aspekt fizjologiczny dotyczy odczuć fizycznych, które bardzo często towarzyszą lękowi. Są to: pocenie się dłoni, napięcie mięśni, przyspieszona akcja serca, skrócenie oddechu, bóle głowy czy uczucie ściśniętego żołądka. Wymienione objawy znacząco wpływają na samopoczucie dziecka i bardzo często wywołują problemy z zasypianiem (dzieci młodsze, do 12. roku życia), poczucie zmęczenia i bólu ciała czy zaburzenia łaknienia (najczęściej po 12. roku życia) (Popek, 2010).

W obszarze zachowania (aspekt behawioralny) dostrzega się u młodych pacjentów – w związku ze stale odczuwanym niepokojem – trudność ze znalezieniem sobie miejsca. W rezultacie zajmują się oni czymkolwiek, co odwraca uwagę (np. powtarzają sobie: „Nie martw się”, „Nie myśl o tym”) albo zabezpiecza przed katastrofą (np. bycie pod telefonem podczas nieobecności rodziców, czytanie kilka razy jednej strony w książce, by czegoś nie przeoczyć) (Rapee *et al.*, 2017). Dzieciom wydaje się wtedy, że mają kontrolę nad lękiem i go redukują, ale w rzeczywistości lęk rośnie, a problem nie zostaje rozwiązany. Subiektywne odczuwanie spadku poziomu lęku tłumaczy dwuetapowa teoria lęku Mowrera, który wskazał, że strach jest główną przyczyną stosowania zachowań o charakterze unikania (Popiel i Pragłowska, 2008). Zachowanie, które prowadzi do redukcji lęku, utrwała się, a redukcja lęku działa jako wzmocnienie i prowadzi do wzmocnienia samego zachowania unikania. W diagnozie GAD u dzieci i młodzieży należy zwrócić szczególną uwagę na aspekt poznawczy lęku. Wiąże się on z przekonaniami, obawami lub myślami na temat niebezpieczeństwa. Odczuwany lęk jest tym bardziej nasilony, im bardziej prawdopodobne wydaje się dziecku zaistnienie przewidywanego niebezpieczeństwa i im gorzej postrzega ono swoje możliwości poradzenia sobie albo uzyskania pomocy z zewnątrz. Dzieci młodsze (między 6. a 12. rokiem życia) prowadzą najczęściej negatywne dialogi wewnętrzne, zawierające liczne zniekształcenia poznawcze, które przyjmują formę destruktywnych i krytycznych uwag typu: „Nigdy się tego nie nauczę”, „Nigdy nie zadowolę mamy”, „Znów nawaliłam”. Do typowych dla GAD zniekształceń poznawczych występujących u dzieci i młodzieży (od około 6. do 17. roku życia) zalicza się wyolbrzymianie negatywnych aspektów wydarzeń i nadmierne uogólnianie („Jestem beznadziejny”, „Nic mi nie wychodzi”, „Zawsze robię coś nie tak”), przewidywanie klęski („Jeśli dostanę złą ocenę ze sprawdzianu, nie zdam do następnej klasy”)

i selektywną uwagę, czyli koncentrowanie się na tych aspektach sytuacji, które wiążą się z potencjalnym niebezpieczeństwem (przykładowo szybkie kręcenie się na karuzeli może się skończyć wypadkiem lub śmiercią). Dodatkowo zniekształcenia poznawcze podtrzymują reakcje lękowe, gdy dziecko słyszy na swój temat krytyczne uwagi („Znowu ci nie wyszło”, „Mogłeś się bardziej postarać”) od ważnych dla niego dorosłych – rodziców czy nauczycieli. W rezultacie cechy myślenia charakterystyczne dla GAD nie tylko stają się demotywuujące i rozpraszaają uwagę, ale również przyczyniają się do spadku poczucia własnej skuteczności i kształtowania się nierealistycznej samooceny. To z kolei prowadzi do powstawania i utrzymywania się dezadaptacyjnych przekonań kluczowych na własny temat, które mogą być wzmacniane w życiu dorosłym (Bourne, 2011).

W GAD myśli towarzyszące stanom lękowym często rozpoczynają się od słów: „Co będzie, jeśli...”. Zjawisko to określane jest mianem zamartwiania się – można je zdefiniować jako proces myślowy dotyczący najczęściej drobnych, do których osoby z GAD przywiązują zwiększoną wagę, przez co istnieje bardzo dużo prawdopodobieństwo, że staną się one problemem, choć nie muszą. W życiu codziennym przejawia się to martwieniem z powodu czegośkolwiek. Pacjent z GAD wierzy, że prawie wszystkie przyszłe wydarzenia będą negatywne, a on sobie nie poradzi. Określa się to mianem lękowego pojmowania (*anxious apprehension*), które skutkuje obciążeniem lękiem wypełniającym większość czasu w ciągu dnia (Kendall, 2016) – co sprzyja obniżeniu nastroju i może powodować rozdrażnienie. Proces martwienia się odczuwany jest, zwłaszcza przez młodsze dzieci (w 6.–12. roku życia), jako trudny do opanowania. Nie potrafią one kontrolować swoich zmartwień. Dorosli bardzo często próbują pocieszać lub uspokajać dziecko, lecz zazwyczaj kończy się to niepowodzeniem i nasila objawy fizjologiczne i behawioralne lęku. Dzieje się tak, ponieważ dzieci mogą zmagać się z dużym cierpieniem wewnętrznym, którego dorośli nie są w stanie zrozumieć. Dzieci młodsze najczęściej martwią się zagrożeniem rozstania z rodzicami czy utraty bliskiej osoby, obawiają się o swoje zwierzęta lub zabawki, a także boją się wystąpień na forum klasy, otrzymania złej oceny, uzyskania słabego wyniku w rywalizacji sportowej, zagrożenia pozycji w grupie rówieśniczej. Podłożem lęku mogą być również sytuacje, których dorośli – ze względu na różnice w rozwoju poznawczym i emocjonalnym – nie są w stanie przewidzieć (np. dziecko martwi się, że zniszczy się jego ulubiona zabawka). Starsze dzieci (powyżej 12. roku życia) bardzo często próbują ukryć przed otoczeniem liczne zmartwienia. Odczuwają swoisty dysonans poznawczy: z jednej strony obawiają się, że „zwarują” przez to, co się z nimi dzieje, a z drugiej strony mają – większą niż dzieci młodsze – świadomość, że ich reakcje są nadmierne w porównaniu z reakcjami rówieśników. W efekcie pojawia się myślenie typu: „Coś jest ze mną nie tak?”. U młodzieży (powyżej 14. roku życia) najwięcej zmartwień dotyczy sfery społecznej: jakości relacji rówieśniczych, akceptacji przez grupę, zmian

zachodzących w społeczeństwie, planowania przyszłości, a także wyglądu fizycznego i akceptacji własnego ciała. Ponadto cechą charakterystyczną funkcjonowania młodzieży z GAD jest wyznaczanie sobie perfekcjonistycznych standardów wykonania. Z reguły dotyczą one osiągnięć szkolnych albo spełniania oczekiwań dorosłego w określonej sferze funkcjonowania (Bourne, 2011; Popiel i Pragłowska, 2008; Rapee *et al.*, 2017).

Trudności z zaprzestaniem zamartwiania się wynikają z ukrytych – przede wszystkim dla samego pacjenta – pozytywnych przekonań dotyczących zamartwiania się. Osoba z GAD bez względu na wiek uważa, że martwienie się pomaga rozwiązywać problemy („Jak będę gotowy, to nic mnie nie zaskoczy”), zapobiegać negatywnym zdarzeniom („Im więcej się martwię, tym mniejsze ryzyko, że to mnie spotka”), jest pozytywną cechą („Jeśli się martwię, to znaczy, że się troszczę”) i formą poznawczego unikania („Dzięki martwieniu się nie myślę o swoich strasznych myślach”). Zamartwianie się przypomina więc kołowrotek negatywnych myśli, które tworzą kolejne czarne scenariusze. Osoba próbująca odpowiedzieć na zmartwienia pacjenta z GAD najczęściej słyszy w odpowiedzi: „Tak, ale co, jeśli...”, po czym generowany jest następny straszny pomysł. Czyni to cały proces bardzo czasochłonnym i emocjonalnie wyczerpującym. Wywołuje również zmęczenie osób z najbliższego otoczenia pacjenta, którzy coraz częściej wygłaszają komentarze w rodzaju: „Już nie przesadzaj”, „Znowu to samo”, „Mam dość tego czarnowidztwa”, co może wzmacniać poczucie osamotnienia, szczególnie u nastolatków (Wells, 2010).

Metody diagnostyki zaburzeń lękowych, w tym GAD, obejmują miary samoopisowe, ustrukturyzowane wywiady, a także oceny dokonywane przez rodziców i nauczycieli. Najczęściej wykorzystywanymi narzędziami oceny objawów lękowych są: Inwentarz Stanu i Cechy Lęku dla Dzieci (State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAI-C), Poprawiona Skala Jawnego Lęku u Dzieci (Revised Children's Manifest Anxiety Scale, RCMAS), Wielowymiarowa Skala Lęku u Dzieci (Multidimensional Anxiety Scale for Children, MASC), Schemat Wywiadu dla Zaburzeń Lękowych (Anxiety Disorders Interview Schedule – Child Version, ADIS-C), częściowo ustrukturyzowany wywiad kliniczny (dla dziecka i rodzica), Lista Zachowań Dziecka (Child Behavior Checklist, CBCL). Ważnym dopełnieniem diagnozy jest obserwacja zachowania dziecka w różnych warunkach (Bourne, 2011).

Etiologii GAD, podobnie jak innych zaburzeń lękowych, upatruje się w czynnikach biologicznych (w tym genetycznych), poznawczych, behawioralnych i rodzinnych (Kendler *et al.*, 1992; Torgersen, 1983). Wskazuje się, że dzieci o behawioralnie zahamowanej ekspresji temperamentu są bardziej podatne na rozwój zaburzeń lękowych. Mają tendencję do wycofywania się, unikania lub milczenia, ale również często poszukują wsparcia i pocieszenia u innych ludzi. Interesujące jest to, że dzieci z zaburzeniami lękowymi rozpoznają swoje emocje, ale nie potrafią sobie z nimi poradzić

i sprawić, żeby nie wywierały one negatywnego wpływu na codzienne funkcjonowanie (Kendall i Southam-Gerow, 1996). Badania wykazały, iż umiejętność regulacji emocji jest niezbędna do poradzenia sobie z odczuwanym niepokojem, a jej brak prowadzi do unikania, które podtrzymuje objawy (Compas *et al.*, 2017; Goger *et al.*, 2020).

Inny ważny czynnik to modelowanie, uczenie się unikania poprzez doświadczenie zastępcze (Barrett *et al.*, 1996). Badania systemu rodzinnego wskazują, że u dzieci, których rodzice cierpią na zaburzenia lękowe, prawdopodobieństwo rozwoju podobnych zaburzeń jest 7-krotnie większe (Siqueland *et al.*, 1996; Yap i Jorm, 2015). Rodziny dzieci z zaburzeniami lękowymi są bardziej konfliktowe i kontrolujące, a takie środowisko nie sprzyja rozwijaniu samodzielności, niezależności i poczucia sprawstwa (Rapee, 1997). Badanie rodzinnego wzmacniania reagowania unikającego (*family enhancement of avoidant responding*, FEAR) wykazało, że efekt FEAR utrzymuje się zwłaszcza w rodzinach o wysokim poziomie lęku rodziców (Rapee, 1997; Rapee *et al.*, 2017; Siqueland *et al.*, 1996; Yap i Jorm, 2015). Obserwacja i modelowanie zachowań rodziców odgrywają istotną rolę w rozwoju lęku uogólnionego zarówno u dzieci, jak i u nastolatków. Dorośli bardzo często zaszczepiają w nich lęk, stosując komunikaty typu: „Załóż czapkę, bo będziesz chory”, „Nie dotykaj psa, bo cię ugryzie”, „Zejdź z krawężnika, bo spadniesz i złamiesz nogę”. Komentarze te dotyczą różnych sfer funkcjonowania i mogą prowadzić do zamartwiania się, a więc objawu charakterystycznego dla GAD (Kendall, 2016). Rozwojowi GAD u dzieci i młodzieży bardziej niż innym zaburzeniom lękowym sprzyjają czynniki stresogenne występujące w najbliższym otoczeniu, które zwiększają uważność na symptomy lęku w różnych obszarach życia. Ponadto badania wskazują na wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń lękowych u dzieci, które doświadczyły przeżyć traumatycznych (Elmore i Crouch, 2020). Nastolatki z zaburzeniami lękowymi należą do grupy wysokiego ryzyka stosowania substancji psychoaktywnych (Popek, 2010).

Dzieciństwo i adolescencja to czas istotnych zmian w rozwoju fizycznym, emocjonalnym i poznawczym człowieka. Przede wszystkim uczy się on, jak radzić sobie z rozmaitymi trudnościami oraz zupełnie nowymi sytuacjami społecznymi i rolami, w które wchodzi na co dzień. Dziecko rozpoczyna edukację w przedszkolu i szkole, co wiąże się z nieustannym procesem oceny jego zachowania przez dorosłych i rówieśników. Wymagania stawiane przez otoczenie są coraz wyższe, przede wszystkim w zakresie samodzielności. Zmiany i nowe sytuacje najczęściej wiążą się z przeżywanym przez dzieci lękiem. Występowanie lęków i obaw jest wpisane w prawidłowy rozwój człowieka, ponieważ pomagają mu we właściwej adaptacji do otoczenia. Lęk może jednak przerodzić się w zaburzenie, jeśli dziecko nadmiernie przeżywa konkretne sytuacje lub martwi się tworzonymi przez siebie scenariuszami przyszłych zdarzeń. Aby można było rozpoznać którekolwiek z zaburzeń lękowych, muszą wystąpić somatyczne lub psychopatologiczne

oznaki lęku. Najpierw należy określić jego nasilenie, którego wyznacznikiem jest destabilizacja lub uniemożliwienie funkcjonowania pacjenta w danym wieku rozwojowym. Następnie trzeba ustalić czas trwania objawów od wystąpienia pierwszego epizodu i zweryfikować, czy nie są to objawy innego zaburzenia lub reakcja na traumatyczną sytuację (Kendall, 2016; Kołakowski, 2020).

Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej Wielkiej Brytanii (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) opublikował wytyczne dotyczące opieki nad dorosłymi z zaburzeniami lękowymi i stworzył odrębne zalecenia dla dorosłych pacjentów z GAD. Niestety, eksperci NICE nie przygotowali rekomendacji odnoszących się do dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia (National Institute for Health and Care Excellence, 2020). Z kolei Amerykańska Akademia Psychiatrii Dzieci i Młodzieży (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP) opracowała ogólne wytyczne dotyczące pracy z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami lękowymi, w których zawiera się GAD. AACAP zaleca przede wszystkim zadawanie pytań przesiewowych – sformułowanych w języku odpowiednim do etapu rozwoju dziecka – na temat objawów lęku. Zwraca się również uwagę na to, że dzieci (zwłaszcza te cierpiące na GAD) mogą być bardziej świadome swojego wewnętrznego cierpienia, a rodzice czy nauczyciele nie doceniają siły objawów lękowych u dziecka. Dorosłym zdecydowanie łatwiej niż dzieciom jest ocenić wpływ lęku na ich funkcjonowanie, np. w rodzinie czy szkole (zaburzenie lęku separacyjnego, fobia społeczna) (Connolly i Bernstein, 2007). W planowaniu leczenia AACAP zaleca ocenę ciężkości zaburzeń lękowych i uwzględnienie chorób współistniejących. Innowacyjne wydaje się wskazanie, że w farmakoterapii zaburzeń lękowych u nastolatków można wykorzystywać leki z innej grupy niż selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitors*, SSRI). Wstępne ustalenia z kontrolowanych badań wenlafaksyny o przedłużonym uwalnianiu w leczeniu młodzieży z GAD sugerują, iż może być ona dobrze tolerowana i skuteczna (Rynn *et al.*, 2002). AACAP wskazuje również, że w pracy z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami lękowymi powinno się stosować podejście multimodalne, obejmujące edukację rodziców i dziecka na temat zaburzeń lękowych, konsultacje ze specjalistami czy nauczycielami zajmującymi się dzieckiem, psychoterapię poznawczo-behavioralną (*cognitive behavioural therapy*, CBT), terapię rodzinną i farmakoterapię (Connolly i Bernstein, 2007). Jest to zgodne z częstym w literaturze fachowej wskazaniem, że niezależnie od wieku pacjenta psychoterapia w nurcie CBT jest i nadal powinna być najczęściej zalecana w przypadku GAD (Popiel i Pragłowska, 2008).

CBT cieszy się w ostatnich latach dużym zainteresowaniem psychiatrów i psychologów, a pacjenci coraz częściej sami poszukują takiej terapii. Wynika to m.in. z faktu, że CBT charakteryzuje się ustrukturyowanym, zorientowanym na określone cele i problemy sposobem współpracy terapeuty z pacjentem. Terapeuta, korzystając z charakterystycznych

technik poznawczych i behawioralnych (dialog sokratejski, zapis myśli, zadania domowe, eksperymenty itp.), wspólnie z pacjentem identyfikuje nieoptymalne sposoby myślenia, czucia i zachowania, by jak najskuteczniej je zmienić (Leahy, 2008). Jest to metoda krótkoterminowa, dysponująca szeregiem protokołów terapeutycznych o udowodnionej skuteczności. W literaturze wskazuje się na trzy fale CBT. Pierwsza to behawioryzm, druga – terapia poznawcza włączająca techniki behawioralne, a trzecia – rozwijające się od lat 90. XX wieku terapie trzeciej fali: terapia poznawcza oparta na uważności (*mindfulness-based cognitive therapy*, MBCT), terapia akceptacji i zaangażowania (*acceptance and commitment therapy*, ACT), terapia schematów (*schema therapy*, ST), terapia dialektyczno-behawioralna (*dialectical behaviour therapy*, DBT) (Popiel i Pragłowska, 2008). CBT dzieci i młodzieży oraz CBT dorosłych opierają się na wspólnych założeniach teoretycznych. Jednak patrząc na psychoterapię jak na proces, dostrzega się istotne różnice w sposobie jej prowadzenia. Wynikają one z wieku pacjenta i zachodzących zmian w rozwoju poznawczym (Kendall, 2016). Dziecko sześciolatnie potrzebuje w pracy terapeutycznej przede wszystkim ważnego dorosłego, z którym może uczyć się nowych rzeczy i wspólnie ćwiczyć nabywane umiejętności. Myślenie jedenastolatka wciąż cechuje się konkretnością, a najlepszą formą nauki jest tu doświadczanie – samodzielne lub z udziałem osoby dorosłej. Z kolei czternastolatek myśli już bardziej abstrakcyjnie, lecz nie jest na tyle autonomiczną jednostką, by radzić sobie w wielu sytuacjach bez udziału rodziców czy opiekunów. Istotne zmiany zachodzą u młodych dorosłych (około 16.–17. roku życia), którzy budują swoją autonomię i niechętnie angażują dorosłych w proces terapii. Szczególnie ważne jest dla nich to, by samodzielnie wyznaczać cele terapeutyczne i określać przyczyny swoich problemów. To wszystko znacząco wpływa na strukturę sesji, a więc rodzaj wykonywanych z pacjentem zadań, proporcje pracy poznawczej i pracy behawioralnej (przewaga technik behawioralnych nad poznawczymi dotyczy zwłaszcza dzieci między 6. a 12. rokiem życia), używany język, wprowadzanie zabawy, stopień zaangażowania rodzica w proces terapeutyczny (im dziecko starsze, tym mniejszy udział rodzica). Praca z dziećmi młodszymi wymaga większego zaangażowania terapeuty: rysowania, układania autorskich historyjek, grania wspólnie w gry itp. (Kołakowski, 2020).

Badacze wskazują, że klasyczną terapię poznawczą można prowadzić u dzieci od 12. roku życia, a w uproszczonej formie – od około 8. roku życia (Durlak *et al.*, 1991; Manassis, 2016). Decyzję o rozpoczęciu psychoterapii do 16. roku życia dziecka podejmują wyłącznie rodzice lub opiekunowie, natomiast starsi pacjenci do osiągnięcia pełnoletniości współdecydują o tym z osobą dorosłą (Kołakowski, 2020). Ponadto istnieje kilka zasad rozwojowych, o których należy pamiętać, prowadząc psychoterapię z dziećmi i młodzieżą. Jak już wspomniano, dziecko nie zgłasza się na leczenie samo. Wynika to z faktu, że nie dostrzega problemu w sobie, ale umiejscawia go w otoczeniu – rodzinie

czy rówieśnikach. Gdy przychodzi na pierwsze spotkanie, często nie widzi potrzeby terapii ani potencjalnych korzyści. Dlatego ważne jest nawiązanie relacji terapeutycznej opartej na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa oraz rozbudzenie motywacji do działania, która najczęściej pojawia się dopiero po kilku sesjach. Im dziecko młodsze, tym ważniejsze jest dla niego środowisko rodzinne. Wraz z wiekiem na znaczeniu zyskuje środowisko rówieśnicze. Trzeba jednak zaznaczyć, że młody człowiek jest zależny od swojego otoczenia, co ogranicza jego decyzyjność w różnych obszarach, przykładowo w zakresie opuszczenia toksycznego środowiska szkolnego/domowego. Środowisko, w którym dziecko lub adolescent przebywa, istotnie wpływa na jego funkcjonowanie i skuteczność terapii (Manassis, 2015).

W CBT do opisu zaburzenia wykorzystuje się modele terapeutyczne. Pacjentowi ułatwiają one zrozumienie problemu, a dla psychoterapeuty stają się drogowskazem. Model najczęściej wykorzystywany w przypadku zaburzeń lękowych (także GAD) u dzieci i młodzieży stworzyli Perini i Rapee (Hudson i Rapee, 2004). Wskazuje on na wagę czynników genetycznych, rolę podatności na lęk i stanu wzbudzenia układu autonomicznego. Lęk jest tu rozumiany jako cecha (*trait anxiety*), czyli gotowość do reagowania lękiem w pewnych sytuacjach (Mielimąka *et al.*, 2017). Istnieją zarówno pozytywne, jak i negatywne aspekty nadmiernej emocjonalności. W codziennym funkcjonowaniu dzieci te przejawiają wiele zachowań opiekuńczych, są życzliwe, ale też częściej się martwią, rozpamiętują czy odczuwają przygnębienie. Model wyjaśnia, że podatność na lęk staje się podłożem negatywnych myśli, które zazwyczaj wynikają z nadmiernej koncentracji dziecka na różnych potencjalnych zagrożeniach (Hudson i Rapee, 2004; Torgersen, 1983). Dziecko, które cierpi z powodu lęku, najczęściej wybiera strategię unikania, która może być zauważalna (np. dziecko unika chodzenia do szkoły) lub bardziej subtelna (np. dziecko bardzo długo się zastanawia, co założyć, żeby nie wyglądać źle). Może występować unikanie poznawcze (odwracanie uwagi od myślenia o czymś) albo emocjonalne (służące temu, by nie doświadczać przykrych emocji). Niestety, unikanie zawsze prowadzi do podtrzymywania lęku. Ważną składową modelu są reakcje otoczenia – najczęściej rodziców – na zachowanie dziecka. Dzieci naśladują to, w jaki sposób rodzice podchodzą do świata, dlatego też postawa rodziców często przyczynia się do rozwoju GAD lub podtrzymywania lęku (Hudson i Rapee, 2004; Kendall, 2016; Torgersen, 1983). Ponadto autorzy podkreślają, że rodzice w nadopieczni sposób reagują na niepokoje dziecka, spiesząc mu za każdym razem z pomocą. W rezultacie dziecko nie konfrontuje się ze światem, przez co nie może podważyć swoich dysfunkcyjnych przekonań. Do wystąpienia i utrzymywania się GAD przyczyniają się także trudne wydarzenia życiowe (np. śmierć kogoś bliskiego, rozwód rodziców) i czynniki stresujące (np. pogorszenie ocen, kłótnie z rówieśnikami) (Hudson i Rapee, 2004).

W modelu metapoznawczym (*metacognitive therapy*, MCT) Wells zaproponował dwa typy zamartwiania się: typ 1.

to zamartwianie się codziennymi zdarzeniami zewnętrznymi, a typ 2. – metazamartwianie się, ukierunkowane na same pojawiające się myśli; kryją się tu przekonania na temat procesu zamartwiania. Metapoznawczy model zamartwienia wskazuje na istnienie przekonań podtrzymujących objawy lękowe. Pacjent przypisuje zamartwianiu się dwojakie właściwości: uznaje je za czynnik chroniący przed konsekwencjami przyszłych problemów, wspomagający ich przewidywanie i przygotowujący do radzenia sobie z nimi, a jednocześnie za zagrożenie dla integralności zdrowia somatycznego i psychicznego. „Zamartwianie się zamartwianiem” skutkuje wzrostem napięcia i poczuciem bezradności wobec objawów (Popiel i Pragłowska, 2008; Wells, 1999, 2010). W przypadku leczenia GAD u dzieci i młodzieży podejście metapoznawcze (MCT-children, MCT-c) opiera się na dostosowaniu technik wykorzystywanych w leczeniu GAD u dorosłych do poziomu rozwoju pacjenta i jest uzupełnione o dodatkowe procedury: sesje razem z rodzicami, warsztaty dla rodziców, techniki zauważania myśli wywołujących zamartwianie czy trening uwagi (Esbjörn *et al.*, 2018). W trakcie terapii, zwłaszcza ze starszą młodzieżą (od około 15. roku życia), wskazane jest wykorzystywanie Skali Uogólnionego Zaburzenia Lękowego Wellsa (Generalized Anxiety Disorder Scale) w celu ukierunkowania uwagi terapeutycznej (Wells, 2010). Prezentowany model terapeutyczny stosowany jest przede wszystkim wtedy, gdy u dzieci występuje wiele różnorodnych zamartwień (Beesdo *et al.*, 2009). Badania pokazują, że MCT-c przynosi wówczas w GAD dobre rezultaty. Wciąż jednak brakuje analiz porównawczych, które rozstrzygałyby, co jest skuteczniejsze: MCT-c czy CBT (Esbjörn *et al.*, 2018; Walczak *et al.*, 2019). Badacze przypuszczają, że efektywność obu terapii może być podobna. Potwierdza to m.in. badanie porównawcze programu CBT „Cool Kids” i terapii MCT-c, które wykazało, że obie metody są równie efektywne w leczeniu GAD u dzieci, niezależnie od wieku, płci czy nasilenia objawów (Rapee *et al.*, 2006).

Model unikania obaw Borkovca w integracyjny sposób opisuje mechanizm GAD, uwzględniając wpływ procesów poznawczych i behawioralnych, czynniki somatyczne, emocjonalne oraz interpersonalne. Opisuje dwie funkcje martwienia się, rozumianego jako proces werbalny. Po pierwsze jest to poznawcza próba generowania sposobów na zapobiegnięcie negatywnym zdarzeniom lub na przygotowanie się („A co, jeśli stanie się...?”). Po drugie martwienie się ma charakter unikania poznawczego (Behar *et al.*, 2009; Borkovec *et al.*, 2004; Popiel i Pragłowska, 2008). Oznacza to, że pacjent przetwarza na abstrakcyjnym poziomie tematy emocjonalne, dzięki czemu na krótko może uniknąć silnego wzbudzenia autonomicznego i negatywnych emocji. Ma to pełnić funkcję przystosowawczą, ale ostatecznie powoduje, że lęk zostaje wzmocniony przez unikanie bodźca, który go wywołał. Istotne w terapii dzieci i młodzieży jest to, że model Borkovca uwzględnia styl przywiązania w dzieciństwie jako element procesu powstawania zaburzeń lękowych. Funkcjonowanie dziecka w systemie rodzinnym, którego styl przywiązania

nie daje poczucia bezpieczeństwa, skutkować może kształtowaniem się przekonań predysponujących do zaburzeń lękowych. To kolejny argument potwierdzający zasadność włączania rodziców w proces psychoterapii (Behar *et al.*, 2009; Borkovec *et al.*, 2004).

Model Dugasa i Robichaud – oparty na nietolerancji niepewności (*intolerance of uncertainty*, IU) – zakłada, że niepewne i dwuznaczne sytuacje są stresujące, a pacjenci doświadczają chronicznego zamartwiania się w reakcji na nie. Zamartwianie się wraz z towarzyszącym mu uczuciem lęku prowadzi do powstawania pozytywnych przekonań o zamartwieniach (*positive beliefs about worry*, PBW), negatywnej orientacji na problem (*negative problem orientation*, NPO) i poznawczego unikania (*cognitive avoidance*, CA). Osoby, które doświadczają negatywnej orientacji na problem, mają ograniczone zaufanie do własnych możliwości radzenia sobie i z reguły postrzegają problemy jako zagrożenie, dlatego łatwo się frustrują, gdy muszą się z nimi zmierzyć (Behar *et al.*, 2009; Dugas *et al.*, 1998). Rośnie liczba badań nad stosownością modelu Dugasa i Robichaud w leczeniu GAD u pacjentów w różnym wieku, a w szczególności nad rolą nietolerancji niepewności w dzieciństwie (Laugesen *et al.*, 2003). Badania Fialko i wsp. (2012) wykazały, że IU jest czynnikiem zwiększającym podatność na poznawcze unikanie i pozytywne przekonania dotyczące zamartwiania się u nastolatków w wieku 13–19 lat, a wszystkie trzy zmienne razem wpływają na wzrost nasilenia zgłaszanego niepokoju, który wywołuje GAD. Modyfikacja modelu dopasowana do dzieci w wieku 7–12 lat ma zbliżoną strukturę hierarchiczną, nie obejmuje jedynie PBW. Donovan i wsp. (2016) wykazali, iż IU, CA, NPO, PBW i negatywne przekonania o zamartwianiu (nieuwzględnione w pierwotnej wersji modelu) są składowymi zamartwiania się u dzieci w wieku 8–12 lat. Według Dugasa i wsp. (2012) IU i zamartwianie się oddziałują na siebie wzajemnie, co oznacza, że zmiany w IU skutkują zmianami w zamartwianiu się i odwrotnie. Wahlund i wsp. (2020) przeprowadzili 12-sesyjny program CBT skoncentrowany na IU wśród nastolatków w wieku 13–18 lat z diagnozą GAD, uzupełniony sesjami internetowymi z psychoedukacją dla rodziców. Okazał się on skuteczny u większości pacjentów (Wahlund *et al.*, 2020). Niedawna metaanaliza 31 badań nad związkiem między IU a zamartwianiem się (Osmanağaoğlu *et al.*, 2018) wykazała, że jest to związek istotny oraz że procesy zawarte w modelu są ważnymi celami interwencji w leczeniu dzieci i młodzieży z GAD (Osmanağaoğlu *et al.*, 2018; Perrin *et al.*, 2019).

Najwyższą skuteczność leczenia GAD uzyskuje się, łącząc krótkoterminową psychoterapię CBT z farmakoterapią (Bear *et al.*, 2020; Kendall *et al.*, 2006; Sigurvinsdóttir *et al.*, 2020). W większości przypadków w pracy z dziećmi i młodzieżą wdrożenie farmakoterapii poprzedza praca psychoterapeutyczna, a decyzja co do sposobu leczenia powinna być podejmowana wspólnie przez psychiatrę i psychoterapeutę. Jednym z randomizowanych badań oceniających skuteczność wybranego rodzaju psychoterapii i farmakoterapii u dzieci i młodzieży z GAD było badanie

Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS), w którym badano skuteczność stosowania samej CBT lub sertraliny oraz ich kombinacji w porównaniu z placebo w tabletkach (Saunders *et al.*, 2018). Wykazano, że u pacjentów między 7. a 17. rokiem życia z diagnozą GAD stosowanie terapii skojarzonej (CBT + sertralina) jest najbardziej efektywne i znacznie łagodzi objawy lęku (Saunders *et al.*, 2018). Dodatkowo z wcześniejszych badań wynika, że sertralina w dawce dobowej 50 mg jest bezpieczna i skuteczna w leczeniu GAD u dzieci i młodzieży (Rynn *et al.*, 2001). Celami CBT w przypadku GAD są z jednej strony usprawnianie regulacji emocjonalnej, tak by pacjent wzmocnił swoją zdolność rozpoznawania, akceptacji, rozumienia, a także konstruktywnego wykorzystywania własnych emocji, z drugiej zaś – poznawcza konceptualizacja i zmiana metaprzekonań odgrywających pośredniczącą rolę w podtrzymywaniu objawów (Ćwiklińska-Zaborowicz, 2010; Kendall, 2016; Popek, 2012). Istotne są ponadto: psychoedukacja pacjenta (a w pracy z dziećmi i młodzieżą – również rodziców), stosowanie metod behawioralnych, przede wszystkim ekspozycji (by pacjent konfrontował się z sytuacjami, których chciał uniknąć), oraz nauka technik relaksacyjnych i trening rozwiązywania problemów. W tym miejscu trzeba wspomnieć, że nieleczone GAD może przyczynić się do rozwoju depresji i podejmowania prób samobójczych. Stąd do celów terapii należą też zapobieganie rozwojowi innych zaburzeń oraz minimalizowanie ryzyka suicydalnego. Zatrważające są statystyki, które wskazują, że samobójstwa to trzecia przyczyna zgonów wśród młodzieży (Namysłowska, 2013). W 2019 roku w Polsce w grupie wiekowej 13–18 lat aż 94 osoby dokonały zamachu samobójczego zakończonych zgonem, a 905 osób podjęło próbę odebrania sobie życia (Zamachy samobójcze, 2020). W psychoterapii CBT prowadzonej z dziećmi i młodzieżą wykorzystuje się protokoły, których skuteczność została potwierdzona badaniami. W przypadku starszej młodzieży używa się protokołów dla dorosłych, które podlegają modyfikacji i są dostosowywane do indywidualnego pacjenta (Kołakowski, 2020). Nie stworzono dotąd protokołów terapeutycznych przeznaczonych wyłącznie dla dzieci i młodzieży z GAD, stosuje się więc protokoły opracowane dla całej grupy zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży. Warto wspomnieć o programie autorstwa Kendalla (1992), zaadaptowanym do warunków polskich i wydanym przez Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Program „Zaradny Kot” (Coping Cat) przeznaczony jest dla dzieci w wieku 8–13 lat, a „Lęk” (The C.A.T.) – dla młodzieży w wieku 14–17 (Kendall i Hedtke, 2013; Kendall *et al.*, 2013). W obu programach pacjent samodzielnie układa plan radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Na polskie potrzeby akronim FEAR, wskazujący cztery kroki postępowania w sytuacji trudnej, zastąpiono słowem STOP: S – „Strach mnie bierze?”, T – „Teraz wydarzy się coś złego!”, O – „Odrzucam bierność”, P – „Poradziłem sobie!”. Program z reguły realizowany jest w terapii indywidualnej, ale autorzy wskazują na możliwość wykorzystania go również w grupie. Ogólnym

celem jest tu nauczenie pacjenta rozpoznawania sygnałów niechcianego pobudzenia wywołanego przez lęk, co staje się pierwszym krokiem do poradzenia sobie z lękiem. Dzieci i młodzież ćwiczą poznawcze strategie radzenia sobie, przechodzą trening behawioralny i relaksacyjny. Istotne jest wykonywanie zadań domowych PŻP („Pokażę, że potrafię”). Dwie sesje w trakcie terapii przeznaczone są na spotkania z rodzicami (Kendall i Hedtke, 2013; Kendall *et al.*, 2013). Badania Kendalla nad skutecznością programu Coping Cat wykazały, iż stosowanie transdiagnostycznych programów CBT w leczeniu lęku w dzieciństwie odzwierciedla ogólny konsensus, że chociaż u dzieci i młodzieży diagnozuje się określone zaburzenia lękowe, można je skutecznie leczyć za pomocą szeroko zakrojonego protokołu skoncentrowanego na lęku. Dlatego omawiany program może być prowadzony i jest skuteczny u dzieci i młodzieży z GAD (Hudson *et al.*, 2015).

Obecnie pojawia się coraz więcej badań nad skutecznością innych, nieklasycznych form CBT w leczeniu GAD. Obiecujące efekty przynosi stosowanie ACT, która – jak pokazują badania – jest skuteczna przede wszystkim u dorosłych, ale także u starszej młodzieży od około 16. roku życia. W pracy z młodzieżą z GAD włącza się takie elementy ACT, jak technika oddzielenia, akceptacji i „ja” jako kontekstu, co pozwala na uzyskanie decentracji poznawczej i dystansu do własnych przekonań (Apolinário-Hagen *et al.*, 2020; Legierski, 2018; Walczak *et al.*, 2019). Metaanaliza badań, w których stosowano MBCT, wskazuje natomiast na ograniczoną efektywność terapii w odniesieniu do dzieci i młodzieży (Odgers *et al.*, 2020). Choć z badań wynika, że prowadzenie MBCT sprzyja obniżeniu poziomu lęku i zmniejszeniu objawów lękowych, efekt ten zaobserwowano głównie wśród dzieci, nie zaś wśród adolescentów. Ponadto wskazuje się na ograniczoną skuteczność MBCT w perspektywie długoterminowej, różnice kulturowe w zakresie przydatności terapii i konieczność prowadzenia dalszych badań prospektywnych (Odgers *et al.*, 2020; Ruiz-Íñiguez *et al.*, 2020).

Podsumowując, należy podkreślić, że w przypadku terapii dzieci i młodzieży praca musi uwzględniać aktualny poziom rozwoju poznawczego oraz indywidualne potrzeby pacjenta, a proponowane programy traktuje się jako szablony, a nie bezwzględne wskazania. Ponadto skuteczność poszczególnych metod terapii i programów jest nadal dyskutowana w literaturze (Chu i Kendall, 2004; Hudson *et al.*, 2001; James *et al.*, 2015; Kallapiran *et al.*, 2015; Kendall i Southam-Gerow, 1995; Odgers *et al.*, 2020; Oldham-Cooper i Loades, 2017; Ruiz-Íñiguez *et al.*, 2020; Southam-Gerow i Kendall, 2000). Podkreśla się, że – zwłaszcza w Polsce – niezbędne są dalsze badania nad skutecznością różnych form terapii GAD.

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- Apolinário-Hagen J, Drüge M, Fritsche L: Cognitive behavioral therapy, mindfulness-based cognitive therapy and acceptance commitment therapy for anxiety disorders: Integrating traditional with digital treatment approaches. *Adv Exp Med Biol* 2020; 1191: 291–329.
- Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM: Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 333–342.
- Bear HA, Edbrooke-Childs J, Norton S et al.: Systematic review and meta-analysis: outcomes of routine specialist mental health care for young people with depression and/or anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020; 59: 810–841.
- Beesdo K, Knappe S, Pine DS: Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clin N Am* 2009; 32: 483–524.
- Behar E, DiMarco ID, Hekler EB et al.: Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 1011–1023.
- Borkovec TD, Alcaine OM, Behar E: Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS (eds.): *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. Guilford Press, New York 2004: 77–108.
- Bourne EJ: Lęk i fobia. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
- Chu BC, Kendall PC: Positive association of child involvement and treatment outcome within a manual-based cognitive-behavioral treatment for children with anxiety. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 821–829.
- Compas BE, Jaser SS, Bettis AH et al.: Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: a meta-analysis and narrative review. *Psychol Bull* 2017; 143: 939–991.
- Connolly SD, Bernstein GA; Work Group on Quality Issues: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 267–283.
- Ćwiklińska-Zaborowicz A: Charakterystyka oraz terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży. *Wiad Psychiatr* 2010; 13: 200–204.
- Donovan CL, Holmes MC, Farrell LJ: Investigation of the cognitive variables associated with worry in children with Generalised Anxiety Disorder and their parents. *J Affect Disord* 2016; 192: 1–7.
- Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R et al.: Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behav Res Ther* 1998; 36: 215–226.
- Dugas MJ, Laugesen N, Bukowski WM: Intolerance of uncertainty, fear of anxiety, and adolescent worry. *J Anorm Child Psychol* 2012; 40: 863–870.
- Durlak JA, Fuhrman T, Lampman C: Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: a meta-analysis. *Psychol Bull* 1991; 110: 204–212.
- Elmore AL, Crouch E: The association of adverse childhood experiences with anxiety and depression for children and youth, 8 to 17 years of age. *Acad Pediatr* 2020; 20: 600–608.
- Esbjörn BH, Normann N, Christiansen BM et al.: The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: an open trial. *J Anxiety Disord* 2018; 53: 16–21.
- Fialko L, Bolton D, Perrin S: Applicability of a cognitive model of worry to children and adolescents. *Behav Res Ther* 2012; 50: 341–349.
- Goger P, Rozenman M, Gonzalez A: The association between current maternal psychological control, anxiety symptoms, and emotional regulatory processes in emerging adults. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2020; 68: 101563.
- Hudson JL, Rapee RM: From anxious temperament to disorder: an etiological model. In: Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS (eds.): *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. Guilford Press, New York 2004: 51–74.
- Hudson JL, Krain AL, Kendall PC: Expanding horizons: adapting manual-based treatments for anxious children with comorbid diagnoses. *Cogn Behav Pract* 2001; 8: 338–346.
- Hudson JL, Rapee RM, Lyneham HJ et al.: Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behav Res Ther* 2015; 72: 30–37.
- James AC, James G, Cowdrey FA et al.: Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 2015: CD004690.
- Kallapiran K, Koo S, Kirubakaran R et al.: Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis. *Child Adolesc Ment Health* 2015; 20: 182–194.
- Kendall PC: *The Coping Cat Workbook*. Workbook Publishing, Ardmore 1992.
- Kendall PC: Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Mechanizmy zaburzeń i techniki terapeutyczne dla praktyków i rodziców. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2016.
- Kendall PC, Hedtke KA: *Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń lękowych u dzieci. Podręcznik terapeuty. Program „Zaradny Kot”*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2013.
- Kendall PC, Southam-Gerow MA: Issues in the transportability of treatment: the case of anxiety disorders in youths. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 702–708.
- Kendall PC, Southam-Gerow MA: Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 724–730.
- Kendall PC, Aschenbrand SG, Hudson JL: *Terapia lęku ukierunkowana na dziecko*. In: Kazdin AE, Weisz JR (eds.): *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006: 90–111.
- Kendall PC, Choudhury MA, Hudson J et al.: *Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń lękowych u młodzieży. Podręcznik terapeuty. Program „Lęk”*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2013.
- Kendler KS, Neale MC, Kessler RC et al.: Generalized anxiety disorder in women. A population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 267–272.
- Kołakowski A: Praktyczne różnice między psychoterapią dzieci i młodzieży a psychoterapią osób dorosłych. In: Kołakowski A (ed.): *Psychoterapia poznawczo-behawioralna dzieci i młodzieży. Przewodnik praktyka*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2020: 37–51.
- Laugesen N, Dugas MJ, Bukowski WM: Understanding adolescent worry: the application of a cognitive model. *J Abnorm Child Psychol* 2003; 31: 55–64.
- Leahy RL: *Techniki terapii poznawczej. Podręcznik praktyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
- Legierski J: *Terapia akceptacji i zaangażowania w leczeniu zaburzeń lękowych w relacji do klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej*. *Psychiatr Psychol Klin* 2018; 18: 290–295.
- Manassis K: *Cognitive Behavioral Therapy with Children. A Guide for the Community Practitioner*. Routledge, New York 2016.
- Manassis K: *Opracowanie przypadku w terapii dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015.
- Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K et al.: Lęk-cecha i lęk-stan u pacjentów leczonych intensywną, krótkoterminową psychoterapią grupową z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 1165–1179.
- Namysłowska I: *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość*. *Post Nauk Med* 2013; 26: 4–9.
- National Institute for Health and Care Excellence: *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management*. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113> [cited: 13 November 2020].
- Ogders K, Dargue N, Creswell C et al.: The limited effect of mindfulness-based interventions on anxiety in children and adolescents: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2020; 23: 407–426.
- Oldham-Cooper R, Loades M: Disorder-specific versus generic cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and young people: a systematic narrative review of evidence for the effectiveness of disorder-specific CBT compared with the disorder-generic treatment, *Coping Cat*. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2017; 30: 6–17.

- Osmanağaoğlu N, Creswell C, Dodd HF: Intolerance of uncertainty, anxiety, and worry in children and adolescents: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2018; 225: 80–90.
- Perrin S, Bevan D, Payne S et al.: GAD-specific cognitive behavioral treatment for children and adolescents: a pilot randomized controlled trial. *Cognit Ther Res* 2019; 43: 1051–1064.
- Polaczyk GV, Salum GA, Sugaya LS et al.: Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56: 345–365.
- Popek L: Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się w dzieciństwie. In: Namysłowska I (ed.): *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012: 139–150.
- Popek L: Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży – kiedy można stwierdzić objawy somatyczne i psychopatologiczne. *Psychiatr Dypł* 2017; 5.
- Popek L: Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży. Postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne. *Stand Med Pediatr* 2010; 7: 616–623.
- Popiel A, Pragłowska E: *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Paradygmat, Warszawa 2008.
- Rachman S: *Zaburzenia lękowe. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2005.
- Rapee RM: Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clin Psychol Rev* 1997; 17: 47–67.
- Rapee RM, Lyneham HJ, Schniering CA et al.: *The Cool Kids: Child & Adolescent Anxiety Program. Therapist Manual*. Centre for Emotional Health, Macquarie University, Sydney 2006.
- Rapee RM, Wignall A, Spence SH et al.: *Lęk u dzieci. Poradnik z ćwiczeniami*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017.
- Reinecke MA, Clark DA (eds.): *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2005.
- Ruiz-Íñiguez R, Santed Germán MÁ, Burgos-Julián FA et al.: Effectiveness of mindfulness-based interventions on anxiety for children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry* 2020; 14: 263–274.
- Rynn M, Kunz N, Lamm L et al.: Venlafaxine XR for treatment of GAD in children and adolescents. Presented at the 49th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, San Francisco, October 22–27, 2002.
- Rynn MA, Siqueland L, Rickels K: Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of children with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 2008–2014.
- Saunders D, Martin A, Taylor JH: Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety: CAMS. In: Bhalla IP, Tampi RR, Srihari VH (eds.): *50 Studies Every Psychiatrist Should Know*. Oxford University Press, New York 2018. *Oxford Medicine Online*, 2018. DOI: 10.1093/med/9780190625085.003.0010.
- Sigurvinsdóttir AL, Jensínudóttir KB, Baldvinsdóttir KD et al.: Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for child and adolescent anxiety disorders across different CBT modalities and comparisons: a systematic review and meta-analysis. *Nord J Psychiatry* 2020; 74: 168–180.
- Siqueland I, Kendall PC, Steinberg I: Anxiety in children: perceived family environments and observed family interaction. *J Clin Child Psychol* 1996; 25: 225–237.
- Southam-Gerow MA, Kendall PC: A preliminary study of the emotion understanding of youths referred for treatment of anxiety disorders. *J Clin Child Psychol* 2000; 29: 319–327.
- Torgersen S: Genetic factors in anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1085–1089.
- Wahlund T, Andersson E, Jolstedt M et al.: Intolerance of uncertainty-focused treatment for adolescents with excessive worry: a pilot feasibility study. *Cogn Behav Pract* 2020; 27: 215–230.
- Walczak M, Breinholst S, Ollendick T et al.: Cognitive behavior therapy and metacognitive therapy: Moderators of treatment outcomes for children with generalized anxiety disorder. *Child Psychiatry Hum Dev* 2019; 50: 449–458.
- Wells A: A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clin Psychol Psychother* 1999; 6: 86–95.
- Wells A: *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
- Yap MB, Jorm AF: Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2015; 175: 424–440.
- Zamachy samobójcze. Available from: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> [cited: 16 November 2020].