

## **Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu zaburzeń lęku separacyjnego u dzieci – przegląd badań i opis przypadku**

### **Cognitive behavioral therapy for the treatment of separation anxiety disorder in children – a research review and case study**

Joanna Preś<sup>1</sup>, Katarzyna Świątkowska<sup>1</sup>, Artur Kołakowski<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Klinika Psychiatrii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

<sup>2</sup> Poradnia Poza Schematami w Warszawie

#### **Summary**

The aim of this paper is to review studies available in scientific databases on the effectiveness of cognitive behavioral therapy programmes for separation anxiety disorder in children. The paper also includes a presentation of a clinical description of therapy for a 12-year-old girl with a diagnosis of separation anxiety according to ICD-10. The most widely researched and sole protocol for working with children with anxiety disorders in Poland, the Coping Cat programme, was used as the basic protocol. Its universality is both an advantage and a challenge, as it becomes necessary to adapt the protocol to work with a specific anxiety disorder. This required the authors of this article to review the scientific databases in search of examples of cognitive-behavioural protocol adaptations for treatment of separation anxiety in children. The case study describes the standard use of the Coping Cat protocol which, at some point, stopped delivering the desired results and needed to be modified based on analysis of the revisited conceptualisation together with the supervisor, which made it possible to achieve most of the assumed goals.

**Słowa kluczowe:** terapia poznawczo-behawioralna, lęk, separacja, psychologia, dzieci

**Key words:** cognitive behavioral therapy, anxiety, separation, psychology, children

#### **Wprowadzenie**

Uznaje się, że lęk separacyjny jest naturalny między 12. a 18. miesiącem życia [1]. Staje się nieprzystosowawczy, gdy utrudnia jednostce funkcjonowanie społeczne (np. nasila zachowania unikowe) lub wiąże się z utrzymującym się subiektywnym cierpieniem. Okres dzieciństwa i dorastania to czas zwiększonej podatności na wystąpienie zaburzeń lękowych [2]. Terapia poznawczo-behawioralna (*Cognitive Behavioral*

*Therapy* – CBT) jest dobrze ugruntowaną metodą leczenia zaburzeń lękowych u dzieci [3]. Jednym z najbardziej popularnych i uniwersalnych protokołów jest Zaradny Kot [4, 5]. Na świecie stosowane są także takie programy jak SAFT (*Separation Anxiety Family Therapy*) [6] czy Cool Kids [7].

### **Przegląd badań dotyczących skuteczności różnych programów terapii poznawczo-behawioralnej separacyjnego zaburzenia lękowego u dzieci**

Najszerzej przebadanym protokołem terapii zaburzeń lękowych u dzieci jest program Zaradny Kot [4, 5]. W metaanalizie Lenza z 2015 [8] roku uwzględniono 19 randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych, obejmujących łącznie 1358 uczestników (średnia wieku – 10 lat) i dotyczących skuteczności CBT w redukcji objawów lękowych u dzieci i młodzieży w porównaniu z grupą niepoddawaną terapii, oczekującą na terapię lub otrzymującą inny rodzaj terapii. Do zmierzenia wielkości efektu wykorzystano współczynnik  $g$  Hedgesa, z uwzględnieniem 95% przedziału ufności, interpretując wynik  $\geq 0,3$  jako małą,  $\geq 0,5$  jako średnią i  $\geq 0,67$  jako dużą wielkość efektu. W porównaniu z grupą niepoddawaną terapii lub oczekującą na terapię wielkość efektu w grupie uczestniczącej w terapii według protokołu Zaradny Kot wyniosła  $-0,67$  (między  $-0,88$  a  $-0,45$  przy uwzględnieniu 95% przedziału ufności;  $p < 0,1$ ;  $\tau = 0,25$ ). Natomiast w porównaniu z alternatywnymi formami terapii wielkość efektu wyniosła  $-0,15$  (między  $-0,29$  a  $-0,01$ ;  $p = 0,03$ ;  $\tau < 0,01$ ). Wyniki wskazują zatem na znacznie większą efektywność programu Zaradny Kot w redukcji objawów lękowych w zestawieniu z brakiem terapii oraz nieco większą efektywność w stosunku do uwzględnionych alternatywnych form terapii.

W 2020 roku James i wsp. [9] przeprowadzili metaanalizę dotyczącą skuteczności terapii obejmującej bezpośredni kontakt z dzieckiem, rodzicem lub obojgiem. Wyniki analizy 39 badań, w których wzięło udział 2697 uczestników i których jakość oceniono jako umiarkowaną, wskazują, że zastosowanie CBT zwiększa remisję głównego zaburzenia lękowego w porównaniu z grupą oczekującą na leczenie lub nieotrzymującą leczenia (odpowiednio 49,4% oraz 17,8%; OR = 5,45; przy 95% przedziale ufności od 3,90 do 7,60). Analiza ujawniła także możliwość istnienia małej lub żadnej różnicy między zastosowaniem CBT a innymi formami terapii, jednak uwzględnione 4 badania oceniono jako dowód o niskiej jakości (OR = 0,89; między 0,35 a 2,23 przy 95% przedziale ufności). Nie odnotowano istotnych różnic między różnymi formatami CBT. Waters i wsp. [10] sprawdzali, czy skuteczność grupowej terapii (program ACTION) jest różna w zależności od typu zdiagnozowanego zaburzenia lękowego. Przebadano 205 dzieci w wieku od 4 do 12 lat. Wyniki wskazują na wyższą skuteczność programu w wypadku dzieci z główną diagnozą fobii specyficznej lub SAD w porównaniu z dziećmi z diagnozą społecznego zaburzenia lękowego lub zespołu lęku uogólnionego. Poniżej przedstawiono też kilka interesujących badań dotyczących skuteczności innych niż Zaradny Kot programów terapii poznawczo-behawioralnej separacyjnego zaburzenia lękowego u dzieci.

Schneider i wsp. [11] opisują wyniki badania skuteczności terapii SAD w grupie 43 młodszych dzieci (5–7 lat) przydzielonych losowo do grupy otrzymującej lecze-

nie lub oczekującej na nie. U 44,18% dzieci przydzielonych do grupy otrzymującej leczenie oraz u 36,36% dzieci z grupy kontrolnej współwystępowały inne zaburzenia, najczęściej także lękowe. Badanie obejmowało początkową ocenę, a następnie 16 sesji terapeutycznych w ciągu 12 tygodni, ocenę bezpośrednio po zakończeniu leczenia oraz po miesiącu. Do terapii badacze wykorzystali protokół leczenia skonstruowany na potrzeby badania. Obejmował on cztery 50-minutowe sesje psychoedukacyjne z udziałem dziecka oraz w tym samym czasie tyle samo sesji z rodzicem. Kolejnych 8 sesji odbywało się z podziałem na 2 części: spotkanie z dzieckiem i rodzicem wspólnie oraz spotkanie tylko z rodzicami. Podczas tych sesji planowano i realizowano ekspozycje *in vivo*, z których pierwsza była przeprowadzana przez terapeutę przy obserwacji rodziców, druga przez rodziców w obecności terapeuty, a następne były przeprowadzane przez rodziców poza sesją. Wyniki pokazały, że w grupie otrzymującej natychmiastowe leczenie 76,19% dzieci przestało spełniać kryteria diagnostyczne SAD według DSM-IV, w porównaniu z 13,64% dzieci w grupie oczekującej, które osiągnęły taki rezultat. Uzyskana podczas leczenia poprawa została utrzymana po 4 tygodniach. Po zakończeniu leczenia przez obie grupy 76,74% dzieci przestało spełniać kryteria SAD, 9,30% wciąż je spełniało, a w wypadku 13,95% dane były niedostępne. Wykazano większe efekty w stosunku do wcześniejszych analiz dotyczących skuteczności CBT w zakresie leczenia zaburzeń lękowych u dzieci. Określenie elementów leczenia, które zwiększyły skuteczność, było jednak niemożliwe ze względu na zastosowane porównanie z grupą kontrolną, jaką stanowiły dzieci oczekujące na leczenie, a nie otrzymujące inny jego rodzaj. Mimo to wyniki były obiecujące w zakresie skuteczności protokołu obejmującego trening rodzicielski oraz klasyczne techniki poznawczo-behawioralne ukierunkowane na leczenie SAD.

Również Schneider i wsp. [12] przywołują wyniki badania skuteczności zastosowania rodzinnej terapii SAD (*Trennungsangstprogramm für Familien – TAFF*) u starszych dzieci (w wieku od 8 do 13 lat) w porównaniu ze skutecznością ogólnego protokołu (Zaradny Kot). Do badania zakwalifikowano 64 dzieci ze zdiagnozowanym SAD. Po czterech tygodniach od wstępnego pomiaru 52 dzieci wciąż spełniało kryteria włączające i zostało objęte 16-tygodniowym leczeniem. Wyniki pokazały nieznaczną, nieistotną statystycznie przewagę użycia TAFF w stosunku do Zaradnego Kota. Miesiąc po zakończeniu leczenia 87,5% dzieci objętych programem TAFF oraz 82,1% dzieci objętych programem Zaradny Kot przestało spełniać kryteria diagnozy SAD. Po roku wyniki te utrzymały się na poziomie 83% i 75% (TAFF vs. Zaradny Kot). Wskazuje to na brak istotnego wpływu włączenia do terapii treningu rodzicielskiego na wielkość efektu interwencji. Oba programy miały wiele elementów wspólnych, takich jak intensywny trening *in vivo* czy psychoedukacja. Dodatkowymi elementami w programie TAFF były: materiał dotyczący specyficznie lęku separacyjnego, włączenie rodzica, praca nad dysfunkcjonalnymi przekonaniami rodziców oraz trening rodziców w zakresie ekspozycji na separację. W przyszłych badaniach warto by było zatem przeanalizować skuteczność poszczególnych elementów składowych stosowanych programów terapeutycznych.

W badaniu klinicznym Afshari i wsp. [13] 15 dziewczynek oraz 15 chłopców w wieku od 9 do 13 lat ze zdiagnozowanym SAD przydzielono losowo do jednej

z trzech grup: (1) otrzymującej terapię według programu Zaradny Kot, (2) otrzymującej terapię skupioną na emocjach (*Emotion-focused Behavioral Therapy* – ECBT) oraz (3) nieotrzymującej terapii (grupa kontrolna). Program Zaradny Kot obejmował 10 cotygodniowych spotkań, podczas których dzieci uczyły się umiejętności rozpoznawania lęku i zarządzania nim, natomiast ECBT obejmowało 12 cotygodniowych sesji (spośród których w dwóch brali udział rodzice), na których rozwijano także umiejętność lepszego rozpoznawania i zarządzania różnymi emocjami (nie tylko lękiem). Analiza statystyczna wykazała skuteczność obu terapii w redukcji objawów SAD i innych objawów lękowych oraz brak istotnych różnic między nimi w tym zakresie.

W 2013 roku Santucci i Ehrenreich [14] oceniały terapię SAD w formie intensywnego, jednotygodniowego programu realizowanego w formacie grupowym. Zrekrutowały do programu 29 dziewczynek z SAD (średnia wieku – 9,18 lat;  $SD = 1,58$ ), spośród których 15 zostało objętych terapią natychmiast, a 14 trafiło na listę oczekujących. W ciągu 3 kolejnych lat przeprowadzono 6 edycji tygodniowego programu CAMP (*Child Anxiety Multi-Day Program*), w którym jednorazowo brało udział od 4 do 6 uczestników. Program terapeutyczny obejmował typowe interwencje poznawczo-behawioralne. Dodano także elementy włączające do terapii rodziców, oparte na terapii rodzinnej dla dzieci z zaburzeniami lękowymi (*the Cognitive-Behavioral Family Therapy for Anxious Children Manual*) oraz na programie *Family Anxiety Management*. Podczas tygodniowego programu odbyły się trzy 1-godzinne sesje grupowe dla rodziców. W ciągu pierwszych czterech dni sesje dla dzieci odbywały się w godzinach 10.00–15.00 i rozpoczynały się od terapii grupowej. W południe dzieci jadły lunch, po którym spędzały wspólnie czas na aktywnościach, jakich wcześniej unikały bez obecności rodziców – w ich trakcie mogły wykorzystywać w praktyce świeżo nabyte umiejętności. Coraz bardziej ograniczano przy tym udział rodziców. W piątym dniu odbyło się wieczorne spotkanie bez obecności rodziców i bez formalnych zajęć. W szóstym dniu dzieci nocowały w miejscu spotkań i uczestniczyły w towarzyskich aktywnościach. Wyniki analiz pokazały, że w porównaniu z grupą oczekującą u dzieci z grupy poddanej leczeniu nastąpiła klinicznie i statystycznie istotna redukcja nasilenia SAD, pogorszenia funkcjonowania oraz ocenianego przez rodziców lęku. Po 6 tygodniach średni poziom nasilenia SAD spadł poniżej poziomu klinicznego, a połowa osób poddanych leczeniu nie spełniała kryteriów diagnozy klinicznej. W tym samym czasie w grupie oczekującej nasilenie SAD także zmalało, choć wszystkie dziewczynki nadal spełniały kryteria diagnostyczne zaburzenia. Z czasem redukcji uległy też objawy współwystępujących zaburzeń lękowych, co wskazuje na możliwość wykorzystania nowo nabytych podczas terapii umiejętności względem podobnej psychopatologii.

Pincus i wsp. [15] opisują modyfikację terapii interakcji rodzic–dziecko (*Parent–Child Interaction Therapy* – PCIT) w celu jej dostosowania do leczenia separacyjnego zaburzenia lękowego u dzieci poniżej 7 lat. PCIT jest terapią o udowodnionej empirycznie skuteczności, pierwotnie nastawioną na redukcję niszczycielskich zachowań u dzieci. Składa się z dwóch faz: ukierunkowanej na dziecko (*Child-Directed Interaction* – CDI) oraz na rodzica (*Parent-Directed Interaction* – PDI). Pierwsza sesja w każdej z faz polega na nauczaniu rodzica odpowiednich umiejętności, które w czasie kolejnych sesji rodzic stara się wdrożyć w trakcie zabawy z dzieckiem, obserwowanej

przez terapeutę z za lustra weneckiego. Poczynione podczas badania pilotażowego obserwacje sprawiły, że badacze dodali do programu nową fazę – ukierunkowaną na odwagę (*Bravery-Directed Interaction* – BDI). Obejmuje ona psychoedukację rodziców na temat lęku oraz pokazuje im, na czym polegają „praktyki separacyjne”. Terapeuta obserwuje reakcje rodziców, które mogą wzmacniać lęk separacyjny u dziecka, oraz uczy ich przeprowadzania ekspozycji poza gabinetem. Dzieci są nagradzane naklejkami i pochwałami za udział we wcześniej unikanych sytuacjach. Pincus i wsp. [16] wykonali też kontrolowane badanie skuteczności zmodyfikowanego programu PCIT, poszerzonego o część BDI, w którym wzięło udział 38 dzieci w wieku 4–8 lat z diagnozą SAD według DSM-IV. Wyniki pokazały, że 73% dzieci uczestniczących w terapii przestało spełniać kryteria diagnozy klinicznej i efekt ten u większości utrzymał się w ciągu kolejnych 3 miesięcy. W grupie kontrolnej, w której znalazły się dzieci oczekujące na terapię, żadne z dzieci nie przestało spełniać kryteriów diagnozy SAD. Wskazuje to zatem na obiecujące efekty wzbogacenia pierwotnego programu PCIT o nową fazę BDI w terapii SAD u dzieci.

### Opis przypadku

Poniżej przedstawiono opis przypadku terapii z wykorzystaniem protokołu Zaradny Kot. Terapia oparta na standardowym protokole w pewnym momencie przestała przynosić pożądane rezultaty. Po ponownej analizie konceptualizacji problemu wspólnie z superwizorem zdecydowano o zmodyfikowaniu protokołu i wprowadzeniu interwencji polegających na zwiększeniu współpracy rodziców z terapeutą.

Rodzice wraz z 12-letnią J. zgłosili się do psychoterapeuty, ponieważ ich córka czuła lęk przed wyjazdami na zgrupowania sportowe. W trakcie ostatniego obozu sportowego dziewczynka miała problemy z zasypianiem, płakała, odczuwała silny lęk związany z oddzieleniem od rodziców. Na prośbę J. rodzice w drugim dniu trwania obozu przyjechali po córkę. Dane uzyskane w pogłębionym wywiadzie z rodzicami i dziewczynką, a także obserwacja J. w sytuacji rozłąki z rodzicami odpowiadały kryteriom diagnostycznym lęku przed separacją w dzieciństwie (według ICD-10: F93.0). Nie stwierdzono występowania zaburzeń współistniejących.

### Przebieg terapii

Pierwszym ważnym etapem było określenie wspólnie z pacjentką i rodzicami celów terapii. Cele rodziców i pacjentki, spójnie wynikające ze zgłaszanych wcześniej problemów pojawiających się we wrażliwych sytuacjach rozłąki z rodzicami (szczególnie z mamą), stały się podstawą opracowania przez terapeutkę celów strategicznych (tab.).

Tabela 1. Cele psychoterapii

Cele	Dotyczące J.	Dotyczące rodziców
Strategiczne	<p>zbudowanie relacji terapeutycznej</p> <p>redukcja objawów lękowych, przede wszystkim w momentach separacji od matki</p> <p>redukcja zamartwiania się dotyczącego przewidywanej sytuacji separacji od rodziców</p>	<p>psychoedukacja dotycząca natury lęku, znaczenia zachowań rodziców w procesie kształtowania lęku u córki</p> <p>praca nad kompetencjami rodzicielskimi dotyczącymi wzmacniania zachowań odważnych u córki</p>
Taktyczne	<p>zapewnienie pozytywnego doświadczenia bezpiecznej relacji z osobą spoza rodziny</p> <p>psychoedukacja w zakresie natury emocji, zwłaszcza lęku</p> <p>praca nad rozróżnianiem myśli i uczuć</p> <p>nauka kontrolowania zamartwiania się i redukowania czasu poświęconego na zamartwianie się (praca nad przekonaniem „jestem bezradna”)</p> <p>praca nad behawioralnymi możliwościami redukcji lęku przez wprowadzenie treningu relaksacji i uważności</p> <p>nauka radzenia sobie z lękiem z wykorzystaniem technik ekspozycyjnych i eksperymentów behawioralnych</p>	<p>praca z rodzicami nad analizą zachowań, które wzmacniają lęk separacyjny</p> <p>wsparcie rodziców w redukcji zachowań wzmacniających lęk separacyjny oraz we wprowadzaniu przez nich zachowań wzmacniających zachowania odważne u córki</p>

W początkowym okresie terapii podczas sesji u J. widoczne były objawy stresu, niepokoju. W celu wsparcia J. w trudnej dla niej sytuacji oraz podtrzymania motywacji do terapii wspólnie z dziewczynką stworzono listę „kół ratunkowych”, które może wykorzystać w trakcie sesji terapeutycznych, takich jak np. przerwa z tatą, telefon do mamy, przerwa na zabawę z terapeutą. W toku terapii J. kilkakrotnie skorzystała z opcji 5-minutowych, ani razu z dłuższej.

Jednym z kluczowych elementów programu Zaradny Kot jest nauka stosowania techniki opartej na akronimie STOP, obejmującej tworzenie myśli alternatywnych wobec lękowych oraz używanie technik pomocnych w obniżeniu napięcia somatycznego, jak również nagradzanie siebie za włożony wysiłek.

Następnie rozpoczęto pracę z wykorzystaniem ekspozycji na sytuacje wzbudzające lęk, uporządkowane według stworzonej wcześniej wspólnie z J. „drabiny lęku”. Uwzględniono poziom emocji deklarowany przez J. w owych sytuacjach, mierzony na skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza zupełny brak lęku, a 10 oznacza najwyższy lęk, który można sobie wyobrazić. Na „drabinie” dziewczynka umieściła następujące sytuacje (w nawiasach podano poziom lęku): wyjazd na obóz sportowy (9), rodzice wychodzą wieczorem (8), mama wychodzi z pokoju, gdy zasypiam (7), trener mówi o wyjeździe na obóz sportowy (6), rodzice mówią, że chcą wyjść wieczorem (5), kole-

zanka pyta mnie, czy mogę u niej nocować (4), koleżanka pyta mnie, czy może u mnie nocować (3). Praca z ekspozycją została podzielona na ekspozycję w wyobraźni oraz *in vivo* – w domu dziewczynki (bez udziału terapeuty). Jedną z najtrudniejszych dla J. wizualizacji była ekspozycja w wyobraźni dotycząca samodzielnego spania. Dzięki pracy w wyobraźni dziewczynka zdobywała gotowość do ekspozycji *in vivo*. Wspólnie z rodzicami analizowano potrzeby J. i ustalono, w jaki sposób mogą stanowić dla córki wsparcie. Sporządzono pisemnie dokładny plan ekspozycji na bodziec wywołujący lęk, a terapeuta upewnił się, że zarówno rodzice, jak i dziecko uzyskali odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące samodzielnej pracy w domu.

Umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych (np. korzystanie z metod relaksacyjnych i uważnościowych) sprawiła, że J. uspokajała się bardziej samodzielnie. Skonstruowano następujący plan: mama będzie odsuwać materac od łóżka dopiero, gdy J. będzie oceniać lęk na poziomie 4. Co wieczór J. będzie dokonywać pomiaru lęku i trudności zadania. Kolejne kroki ekspozycji obejmowały: materac przy łóżku → na środku pokoju → pod drzwiami → poza pokojem. W ciągu kilku kolejnych tygodni J. udało się przejść z sukcesem przez pierwsze trzy kroki i potrafiła już spać przy obecności mamy na materacu pod drzwiami. Regularne pomiary poziomu lęku dokonywane w gabinecie wskazywały na skuteczność metody, ponieważ dziewczynka relacjonowała jego spadek. Natomiast podczas kolejnych sesji zaczęła zgłaszać wysoki poziom lęku, zaobserwowano spadek motywacji do pracy terapeutycznej i niechęć do wykonywania kolejnych ćwiczeń behawioralnych. W tej sytuacji uznano za konieczne zorganizowanie dodatkowego spotkania z rodzicami, podczas którego ustalono, że zachowywali się oni w domu w sposób, o jakim wcześniej nie wspominali, np. zdarzało im się okłamywać córkę, że nie będą wychodzić z domu, a następnie wychodzili. Zdarzyło się także, że pod wpływem własnego zniecierpliwienia i frustracji zastosowali tzw. terapię szokową, zostawiając córkę samą niezgodnie z wcześniejszymi ustaleniami. W tej sytuacji terapeuta zdecydował o potrzebie uwzględnienia nowych informacji w konceptualizacji problemu pacjentki i wspólnie z superwizorem wprowadził modyfikację standardowego protokołu w zakresie zdecydowanego zwiększenia współpracy z rodzicami. Włączono dodatkowe cele terapeutyczne zogniskowane wokół pracy nad relacją rodzic–dziecko i nad budowaniem zaufania oraz skupione na analizie wpływu zachowań rodziców na funkcjonowanie J.

Protokół uwzględnia współpracę z rodzicami, lecz w niewielkim zakresie (przewidziano dla nich tylko 2 spośród 16 sesji). W związku z tym, żeby zrealizować ustalone cele strategiczne oraz taktyczne dotyczące rodziców, poszerzono go o materiały i ćwiczenia z książki *Lęk u dzieci. Poradnik z ćwiczeniami* [17]. Ustalono, że zachowaniem rodziców wzmacniającym lęk u J. jest obdarzanie córki dodatkową uwagą i obecnością matki w przypadku demonstrowania jego objawów. Poziom doświadczanego lęku wzmocniły także próby zastosowania przez rodziców separacji „szokowej”, czyli pozostawienia córki samej bez uprzedzenia. Wspólnie z rodzicami ustalono potrzebę redukcji powyższych zachowań oraz zaspokojenie potrzeby J. dotyczącej uwagi rodziców poprzez ich obecność i dostępność, która nie jest zwiększana przez objawy lęku separacyjnego. Przeanalizowano też negatywny wpływ okłamywania dziecka na jego zaufanie do rodziców i chęć współpracy z rodzicami i terapeutą. Wspierano i ćwiczone

wzmacnianie zachowań odważnych u córki przez jej chwalenie w trakcie stosowania ustalonej według gradacji ekspozycji. Dodatkowo pracowano nad wzmocnieniem u rodziców kompetencji obejmujących wspierającą komunikację z dzieckiem, nazywanie jego emocji, redukcję krytyki zachowań niepożądanych na rzecz chwalenia zachowań pożądanych oraz nieetykietowanie dziecka jako „strachliwego” czy „malutkiego”.

Okazało się, że zachowania rodziców wpłynęły również na nasilenie u J. zamartwiania się dotyczącego sytuacji oddzielenia. Z tego powodu powrócono do analizy myśli zgodnie z protokołem. Dużo uwagi poświęcono pracy poznawczej, obejmującej identyfikację zniekształceń poznawczych oraz tworzenie myśli alternatywnych. Ustalono przy tym, że ćwiczenia te redukują nasilenie zamartwiania się, ale nie w sposób zadowalający. Po superwizji postanowiono zatem poszerzyć podstawowy protokół terapii o pomocne w pracy nad zamartwianiem się dodatkowe materiały i ćwiczenia, które terapeuta wcześniej skutecznie wykorzystywał w pracy z innymi pacjentami. Sięgnięto po skierowaną do dzieci książkę *Co robić, gdy się martwisz* [18], z której szczególnie pomocna okazała się dla J. technika dotycząca kontrolowania czasu poświęconego na zamartwianie się na temat tego, jakie zagrożenia mogą spotkać rodziców lub J., gdy rodzice wyjdą wieczorem z domu. Ćwiczenie z książki zmodyfikowano w następujący sposób: pacjentka wspólnie z terapeutą stworzyła realne pudełko, w którym następnie umieściła zapisane na karteczkach zamartwienia. Później w domu J. mogła wyciągnąć karteczki ze zamartwieniami i porozmawiać o nich z rodzicami w wyznaczonym na to czasie lub mogła zabrać pudełko na psychoterapię. Efektem tego ćwiczenia było ograniczenie czasu poświęcanego na zamartwianie się w ciągu dnia, jak również w trakcie ćwiczeń związanych z ekspozycją na lęk, a gdy pojawiała się taka myśl lękowa, J. mogła mimo wszystko zająć się jakąś inną czynnością.

Ostatnia modyfikacja obejmowała wzbogacenie protokołu terapii o wykorzystanie technik uważnościowych, których celem jest nie tyle redukcja poziomu lęku (jak w wypadku zastosowania relaksacji), ile jego akceptacja oraz umiejętność działania pomimo jego występowania. Jak opisano wyżej, u J. zaobserwowano spadek motywacji do terapii po doświadczeniu wzrostu poziomu lęku, którego dziewczynka się przestraszyła. Wspólnie z superwizorem ustalono poszerzenie standardowego protokołu o ćwiczenia uważnościowe. W tym celu korzystano z książki *Uważność i spokój żabki* [19]. Narracja obejmująca normalizację lęku, docenienie jego funkcji oraz możliwość realizowania celów pomimo jego obecności przyniosła J. ulgę, co w efekcie spowodowało także obniżenie poziomu napięcia. Szczególnie lubiane były przez dziewczynkę ćwiczenia oddechowe. Dzięki wprowadzonym modyfikacjom udało się podtrzymać motywację J. do udziału w terapii oraz przeprowadzić dalsze etapy w pracy z ekspozycją, co poskutkowało uzyskaniem przez nią umiejętności zasypiania bez obecności mamy w tym samym pokoju i bez doświadczania wysokiego poziomu lęku (spadek z poziomu 7 na 2). J. ponownie oceniła poziom lęku w sytuacjach umieszczonych na „drabinie lęku”. Okazało się, że wszystkie wartości spadły o ponad połowę.



### Podsumowanie terapii

Podczas psychoterapii osiągnięto większość założonych celów. Cele, których nie udało się przerobić, były związane z realizowaniem planu stopniowej ekspozycji na sytuację nocowania poza domem. Terapia nie została zakończona zgodnie z planem, ponieważ rodzina nie wróciła na spotkania po przerwie wakacyjnej. Z ostatniej rozmowy telefonicznej terapeutki z rodzicami wynika jednak, że dziewczynka nocowała u koleżanki poza domem bez większych problemów i rodzina nie widzi już potrzeby korzystania z terapii. Prawdopodobnie zatem osiągnięte w toku terapii efekty zgeneralizowały się na sytuację nocowania poza domem. Terapia z wykorzystaniem protokołu Zaradny Kot z modyfikacjami ukierunkowanymi na potrzeby J. i jej rodziców przyniosła pozytywne zmiany w funkcjonowaniu dziewczynki.

### Wnioski

Ponieważ SAD jest jednym z najczęstszych zaburzeń lękowych występujących w populacji rozwojowej, należy poszukiwać jak najskuteczniejszych metod jego leczenia. Jak wynika z przeglądu badań, wskazują one na skuteczność w tym zakresie terapii poznawczo-behawioralnej, implementowanej w różnym formacie. Choć randomizowane kontrolowane badania kliniczne dowodzą skuteczności podstawowego dla zaburzeń lękowych protokołu Zaradny Kot, szczególnie w porównaniu z brakiem terapii, warto też sięgać po metody, które mają szansę zwiększyć poziom remisji objawów oraz trwałość efektów w czasie, a także rozwiązać dodatkowe problemy, często specyficzne dla SAD. W literaturze przedmiotu odnaleźć można inspirujące badania w tym zakresie, w wielu wypadkach poszerzające protokół o większy zakres współpracy z rodzicami. By można było rzetelnie ocenić ich skuteczność, potrzebne są jednak dalsze replikacje oraz analizy dotyczące szczegółowych czynników wpływających na wielkość efektu interwencji.

Badania naukowe stanowią podstawę praktyki terapeutycznej, która powinna opierać się na metodach zweryfikowanych empirycznie. Zgodnie ze swymi założeniami są one prowadzone w kontrolowanych warunkach, z udziałem wyselekcjonowanej grupy pacjentów, i opierają się na jednolitym protokole. Jak pokazuje zamieszczony w artykule przegląd badań, w takich warunkach terapia poznawczo-behawioralna SAD okazuje się satysfakcjonująco skuteczna, aczkolwiek w żadnym przypadku skuteczność ta nie wynosi 100%. Pojawia się zatem pytanie o czynniki, które decydują o niepowodzeniu terapii u części pacjentów. Niestety w opisanych badaniach nie były one szczegółowo analizowane. Być może ich uwzględnienie w podejmowaniu decyzji o ewentualnych modyfikacjach przebiegu terapii mogłoby sprawić, że także u części z tych pacjentów terapia przyniosłaby pożądane rezultaty. Jest to hipoteza, której rzetelne sprawdzenie wymagałoby dużych, kontrolowanych badań, natomiast w niniejszym artykule przedstawiamy opis przypadku, w którym modyfikacje podstawowego protokołu zgodnie z indywidualnymi, opisanymi wyżej potrzebami wynikającymi z konceptualizacji problemu pacjentki, przełożyły się na pożądany postęp terapii i redukcję objawów.

Doświadczenie kliniczne pokazuje, że do gabinetu terapeutycznego nierzadko zgłaszają się pacjenci, którzy prawdopodobnie nie spełniliby kryteriów włączających do kontrolowanego badania naukowego (np. ze względu na występowanie dodatkowych problemów oprócz głównego zaburzenia), ale potrzebują profesjonalnej, dostosowanej do ich problemu pomocy. Niekiedy zdarza się także, że wdrażana terapia oparta na podstawowym protokole w pewnym momencie „się komplikuje”, przestaje przynosić pożądane rezultaty i próby jej kontynuacji w takiej formie skutkują obserwowanym u pacjenta spadkiem motywacji i chęci współpracy. Są to bardzo wrażliwe sytuacje, w których występuje podwyższone ryzyko, że pacjent zrezygnuje z terapii. Przyczyną może być np. tempo pracy zakładane w protokole, zbyt szybkie dla danej osoby, albo niewystarczająca skuteczność proponowanych technik wobec szczególnie nasilonych, specyficznych objawów. W wypadku J. pomocne okazało się poszerzenie uniwersalnego protokołu o większy zakres współpracy z rodzicami, jak również włączenie pracy z nasilonym zamartwianiem się.

Autorzy artykułu wyrażają nadzieję, że zaprezentowane w nim pomysły mogą okazać się przydatne także dla innych specjalistów pomagających na co dzień dzieciom z nasilonym lękiem separacyjnym. Niniejsza praca stanowi również głos w dyskusji nad tym, czy terapeuta powinien zawsze trzymać się restrykcyjnie protokołu, czy też traktować go raczej jako „kręgosłup” pracy terapeutycznej. Zdaniem autorów w uzasadnionych przypadkach warto rozważyć w toku superwizji wprowadzenie modyfikacji odpowiadających na specyficzne potrzeby pacjenta, co w efekcie może zwiększyć szanse powodzenia terapii.

### Piśmiennictwo

1. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. *Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V*. Psychiatr. Clin. North Am. 2009; 32(3): 483–524.
2. Beesdo-Baum K, Knappe S. *Developmental epidemiology of anxiety disorders*. Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 2012; 21(3): 457–478.
3. Warwick H, Reardon T, Cooper P, Murayama K, Reynolds S, Wilson C i wsp. *Complete recovery from anxiety disorders following cognitive behavior therapy in children and adolescents: A meta-analysis*. Clin. Psychol. Rev. 2017; 52: 77–91.
4. Kendall PC, Hedtke KA. *Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń lękowych u dzieci. Program ZARADNYKOT. Podręcznik terapeuty*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2018.
5. Kendall PC, Hedtke KA. *Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń lękowych u dzieci. Program ZARADNYKOT. Zeszyt ćwiczeń*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2018.
6. Blatter-Meunier J, Schneider S. *Separation anxiety family therapy (SAFT): A cognitive behavioral treatment program for children suffering from separation anxiety*. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 2011; 60(8): 684–690.
7. Rapee RM, Lynham HJ, Schniering CA, Wuthrich V, Abbott MJ, Hudson JL i wsp. *The Cool Kids® Child and Adolescent Anxiety Program Therapist Manual*. Sydney, Australia: Centre for Emotional Health, Macquarie University; 2006.

8. Lenz AS. *Meta-analysis of the Coping Cat program for decreasing severity of anxiety symptoms among children and adolescents*. J. Child Adolesc. Counsel. 2015; 1(2): 51–56.
9. James AC, Reardon T, Soler A, Creswell C. *Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents*. Cochrane Database Syst. Rev. 2020; 11(11): CD013162.
10. Waters AM, Groth TA, Purkis H, Alston-knox C. *Predicting outcomes for anxious children receiving group cognitive-behavioral therapy: Does the type of anxiety diagnosis make a difference?* Clin. Psychol. 2019; 22(3): 344–354.
11. Schneider S, Blatter-Meunier J, Herren C, Adornetto C, In-Albon T, Lavallee K. *Disorder-specific cognitive-behavioral therapy for separation anxiety disorder in young children: A randomized waiting-list-controlled trial*. Psychother. Psychosom. 2011; 80(4): 206–215.
12. Schneider S, Blatter-Meunier J, Herren C, In-Albon T, Adornetto C, Meyer A i wsp. *The efficacy of a family-based cognitive-behavioral treatment for separation anxiety disorder in children aged 8–13: A randomized comparison with a general anxiety program*. J. Consult. Clin. Psychol. 2013; 81(5): 932–940.
13. Afshari A, Neshat-Doost HT, Maracy MR, Ahmady MK, Amiri S. *The effective comparison between emotion-focused cognitive behavioral group therapy and cognitive behavioral group therapy in children with separation anxiety disorder*. J. Res. Med. Sci. 2014; 19(3): 221–227.
14. Santucci LC, Ehrenreich-May J. *A randomized controlled trial of the child anxiety multi-day program (CAMP) for separation anxiety disorder*. Child Psychiatr. Hum. Dev. 2013; 44(3): 439–451.
15. Pincus DB, Santucci LC, Ehrenreich JT, Eyberg SM. *The implementation of modified parent–child interaction therapy for youth with separation anxiety disorder*. Cogn. Behav. Pract. 2008; 15(2): 118–125.
16. Pincus DB, Chase R, Chow CW, Weiner CL, Cooper-Vince C, Eyberg SM. *Efficacy of modified parent–child interaction therapy for young children with separation anxiety disorder*. Paper presented at the 44<sup>th</sup> annual meeting of the Association of Behavioral and Cognitive Therapies, San Francisco, CA; 2010.
17. Rapee R, Wignall A, Spence S, Lyneham H, Cobham V. *Lęk u dzieci. Poradnik z ćwiczeniami*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2017.
18. Huebner D. *Co robić, gdy się martwisz. Poradnik dla lękowych dzieci*. Olsztyn: Wydawnictwo Levyż; 2018.
19. Snel E. *Uważność i spokój żabki*. Warszawa: CoJaNaTo; 2016.

**Oświadczenie:** Joanna Preś, autorka pracy *Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu zaburzeń lęku separacyjnego u dzieci – przegląd badań i opis przypadku/Cognitive behavioral therapy for the treatment of separation anxiety disorder in children – a research review and case study*, w której zaprezentowano przebieg terapii poznawczo-behawioralnej, oświadcza, że uzyskała zgodę opiekunów pacjentki (opisanej w artykule jako „J.”) na publikację opisu terapii i anonimizację danych rodziny.

Adres: Joanna Preś  
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie  
e-mail: joanna.pres@gmail.com

Otrzymano: 28.07.2022  
Zrecenzowano: 17.10.2023  
Otrzymano po poprawie: 31.10.2023  
Przyjęto do druku: 22.11.2023