

# Próba adaptacji programu terapeutycznego dla dzieci doświadczających traumatycznej lub powikłanej żałoby

Zofia Dołęga\*

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Zamiejscowy w Katowicach

Aneta Borucka-Iwańska

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Filia we Wrocławiu

## AN ATTEMPT TO ADAPT A THERAPEUTIC PROGRAMME FOR CHILDREN EXPERIENCING TRAUMATIC OR COMPLICATED GRIEF

Modern psychological theories of mourning suggest that child's experiences after the loss of a close relative are equally complex and multi-step as those of an adult. Moreover, clinical experience indicates that children's inability to independently deal with the loss can lead to complicated grief. This can result in a great developmental risk, because children's experiences associated with mourning are usually subtle and often not expressed explicitly by them. In practice, there is a lack of adequate tools to monitor the current well-being of a child as well as adequately evaluated therapeutic protocols applicable to children experiencing complicated grief. Meanwhile, the loss of a close relative and incomplete mourning in the case of children always lead to a serious developmental crisis involving a breach of their emotional attachment system and chronic sense of existential threat. Effective psychological assistance must take this into account as well as the age of the children, their cognitive and emotional resources and deficits, the circumstances of the loss, the family context and projected future. This article presents, in the form of a case study, a research project concerning the rarely addressed problem of child grief, the project being an attempt to adapt the therapeutic programme for children experiencing traumatic or complicated grief – Traumatic Grief Cognitive Behavioral Therapy (TG-CBT).

**Key words:** traumatic grief, childhood traumatic grief, childhood complicated grief, therapeutic programme for children, cognitive-behavioral therapy for grief

### WPROWADZENIE

Współczesne teorie dotyczące żałoby dzieci, mimo wielu dzielących ich różnic, są na ogół zgodne w twierdzeniu, że dzieci są w stanie smuć się, niezależnie od wieku. Jednak tym, co sprawia, że każde dziecko i jego doświadczenie żalu ma niepowtarzalny charakter, jest m.in. wiek oraz indywidualne, emocjonalne zrozumienie swojej sytuacji, tak osobistej, jak i rodzinnej (Keirse, 2005). W przeciwieństwie do poglądów George'a Engela (1961), który twierdził, że proces żałoby jest zbliżony do procesu zdrowienia, zdaniem współczesnych badaczy żałobę należy raczej traktować w kategorii procesu reorganizacji życia niż rekonwalescencji i powrotu do stanu pierwotnego (Engel, 1961, za: Worden, 2009).

Irvin Yalom twierdził, że być stale świadomym swojej śmierci to tak, jakby próbować „patrzeć prosto w słońce”.

\* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Zofia Dołęga, Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS, Wydział Zamiejscowy w Katowicach, ul. Techników 9, Katowice. [zdolega@swps.edu.pl](mailto:zdolega@swps.edu.pl)

Człowiek jest w stanie znieść tylko tyle, ile się da (Yalom, 2008). Można zaryzykować zatem twierdzenie, że podobnie jest w przypadku radzenia sobie z żalem po starcie bliskiej osoby. Bez względu na to, czy dotyczy dorosłego, czy dziecka, proces żałoby zawsze zależy od zasobów (m.in. intrapsychicznych, interpersonalnych, socjalnych i in.) które dana osoba posiada.

W przypadku dzieci sytuacja wydaje się być jednak trudniejsza. Niejednokrotnie niełatwym zadaniem, przed którym staje dziecko w sytuacji doznanej straty rodzica lub rodzeństwa, jest dojrzałe pojmowanie zjawiska śmierci, swobodna rozmowa o przeżywanych uczuciach, świadomość, że doświadczany ból nie trwa w nieskończoność, a także zdolność do reorganizacji relacji interpersonalnych w najbliższym otoczeniu. Trudności w realizacji wyżej wymienionych zadań polegać mogą przede wszystkim na tym, że wymagają od dziecka posiadania kompetencji, których, zgodnie ze swoim okresem rozwojowym, może jeszcze nie osiągnąć.

Przedmiotem zainteresowania badawczego była niedokończona, powikłana żałoba u dzieci po stracie bliskiej

osoby. Celem pracy był zaś opis i ocena efektywności pomocy psychologicznej udzielonej dzieciom doświadczającym traumatycznej żałoby, zgodnie z koncepcją Terapii Poznawczo – Behawioralnej Ukierunkowanej na Żałobę (*Traumatic Grief Cognitive Behavioral Therapy*, TG-CBT).

## ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE

Terapia poznawczo-behawioralna, ukierunkowana na traumę (*Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*, TF-CBT) jest programem terapeutycznym, przeznaczonym dla dzieci i młodzieży, opracowanym w Stanach Zjednoczonych, na Uniwersytecie Medycznym Południowej Karoliny, przez Judith A. Cohen, Anthony'ego P. Mannarino i Esther Deblinger. TF-CBT jest programem interwencji psychologicznej o ściśle określonej strukturze, opartym na poznawczym, behawioralnym i interpersonalnym modelu terapii traumatycznego stresu.

Początkowo terapia koncentrowała się na wspomaganie leczenia zespołu stresu pourazowego oraz innych zaburzeń emocjonalnych i behawioralnych u dzieci, które doświadczyły traumy w wyniku bycia ofiarą przemocy seksualnej (Cohen, Mannarino i Deblinger, 2011). Wyniki prowadzonych, randomizowanych badań wskazywały na dużą efektywność prowadzonej terapii, poza typowo osiąganymi korzyściami wynikającymi z niespecyficznych wskaźników leczenia, takich jak relacja terapeutyczna czy wpływ czasu (Cohen, Deblinger, Mannarino i Steer, 2004). W badaniach tych zauważono poprawę, zarówno wskaźników dotyczących PTSD, jak również tych związanych z depresją, zaburzeniami lękowymi, czy też innymi problemami emocjonalnymi i behawioralnymi.

Standardowa interwencja terapeutyczna TF-CBT trwa do 12 sesji. Struktura procedury postępowania w terapii pozwala dziecku na samopoznanie reakcji na doświadczaną traumę oraz na rozwój umiejętności radzenia sobie ze stresem. Etap ten następuje przed wprowadzeniem do terapii elementów narracji związanej z doświadczaniem traumy, która w procesie desensytyzacji pozwala na poznawczą zmianę nieadaptacyjnych myśli i przekonań. Typowo, terapia TF-CBT prowadzona jest niezależnie, dla dziecka i rodzica, aczkolwiek w tym samym czasie, poprzez realizację celów i zadań określonych w poszczególnych komponentach, aż do połączonej sesji dziecko-rodzic w końcowej fazie terapii, gdzie dziecko dzieli się z rodzicem swoją narracją na temat traumy (Cohen, Mannarino i Deblinger, 2011).

Z kolei terapia poznawczo-behawioralna traumatycznej żałoby (*Traumatic Grief Cognitive Behavioral Therapy*, TG-CBT) stanowi adaptowaną do specyficznego rodzaju traumy wersję terapii ukierunkowanej na traumę (TF-CBT). Zawiera dodatkowe cztery, ustrukturalizowane komponenty stanowiące uzupełnienie standardowej wersji TF-CBT. Owe dodatkowe komponenty, ściśle związane z tematyką żałoby, zawierają: elementy psychoedukacji na temat przeżywania żałoby, przetwarzanie negatywnych lub ambiwalentnych uczuć wobec osoby

zmarłej, konsolidowanie oraz podtrzymywanie pozytywnych wspomnień o osobie zmarłej, oraz umiejscowienie relacji z osobą zmarłą we właściwym kontekście, z naciskiem na koncentrację na bieżących relacjach z innymi (Cohen, Mannarino i Deblinger, 2011).

W ostatnim czasie, dwa, niezależne badania wykazały skuteczność zmodyfikowanej terapii ukierunkowanej na traumę (TF-CBT) o elementy terapii traumatycznej żałoby (TG-CBT) w postaci istotnego obniżenia wskaźników w ocenie zespołu stresu pourazowego, depresji oraz zaburzeń lękowych (Cohen, Mannarino i Knudsen, 2004; Cohen, Mannarino i Sharon, 2006).

### Procedura badawcza

Studium praktyczne dotyczyło dziecka w wieku 8 lat, które doświadczyło traumatycznej żałoby, manifestującego symptomy powikłanej żałoby i współtowarzyszące objawy zespołu stresu pourazowego, a także inne problemy emocjonalne, m.in. poczucie osamotnienia.

Chłopiec, wraz z najbliższym opiekunem (tj. mamą), uczestniczył w zmodyfikowanej i zaadaptowanej do warunków polskiej wersji 16 tygodniowego programu terapeutycznego, o którym mowa wcześniej. Pierwszym etapem była tzw. sesja „zerowa”, podczas której została dokonana diagnoza sytuacji dziecka w następujących obszarach:

1. Diagnoza realizacji zadań dla niepowikłanej żałoby oraz żałoby traumatycznej, a także występowania symptomów utrwalonej, złożonej żałoby (*persistent complex bereavement disorder*), zgodnie z założeniami teoretycznymi zawartymi w DSM V, z wykorzystaniem metody wywiadu ustrukturalizowanego (APA, 2013),
2. Diagnoza symptomów PTSD, z wykorzystaniem polskiej adaptacji Kwestionariusza UCLA PTSD Index for DSM IV, w wersji dla rodziców (UCLA-R) autorstwa Magdaleny Kaczmarek oraz Kwestionariusza PTSD w wersji do opisu dziecka przez rodziców autorstwa Magdaleny Kaczmarek oraz Bogdana Zawadzkiego; autorka wyraziła zgodę na wykorzystanie ww. narzędzi,
3. Diagnoza objawów lęku, z wykorzystaniem Inwentarza stanu i cechy lęku (STAIC), w wersji dla dzieci,
4. Diagnoza funkcjonowania dziecka w następujących obszarach (wywiad):
  - a) Występowanie zniekształceń poznawczych lub przekonań nieadaptacyjnych, z wykorzystaniem mini testu wiedzy i postaw, opracowanego na podstawie *Children's Survey of Rational Beliefs* autorstwa Williama J. Knausa (1977);
  - b) Problemy interpersonalne oraz problemy emocjonalne, w tym umiejętność samoregulacji negatywnych emocji oraz poczucie samotności, z wykorzystaniem zaadaptowanej do wieku dziecka Skali do Badania Samotności – SBS (Dołęga, 2003);
  - c) Problemy somatyczne lub napięcie fizyczne.

5. Diagnoza zdolności językowych (umiejętność dzielenia się własnymi przeżyciami, emocjami i myślami w kontekście niezagrażającego, przeszłego zdarzenia lub innego neutralnego tematu np. narracja na temat ulubionego zajęcia),
6. Ocena zdolności matki do pełnienia roli osoby wspierającej (wywiad).

W celu oceny skuteczności procesu terapeutycznego oraz oczekiwanej zmiany, w końcowej fazie realizacji programu terapeutycznego przeprowadzone zostało formalne badanie diagnostyczne z wykorzystaniem tych samych narzędzi.

Na proces terapeutyczny składały się sesje indywidualne z dzieckiem (CS), sesje indywidualne z rodzicem (PS) oraz sesje wspólne dziecko – rodzic (CPS) na zakończenie programu, co opisuje **Tabela 1**. Model pracy przyjęty w projekcie (opracowanie własne na podstawie: Cohen, Mannarino i Deblinger, 2011)

Warto zwrócić uwagę, że przedstawiony, modułowy charakter programu, był, zgodnie również z założeniami teoretycznymi, umowny. Pozwolił na wdrożenie poszczególnych jego elementów w ściśle zindywidualizowany sposób, tzn. zgodnie z potrzebami dziecka i jego rodziny, w dopasowanej do tych potrzeb formie, dynamice oraz czasie np. ćwiczenia poświęcone regulacji emocji zapla-

nowane na jedno spotkanie, wymagały kontynuowania na kolejnej sesji. Podobnie edukacja opiekuna w zakresie umiejętności wychowawczych, również zaplanowana na jedno spotkanie, wymagała kontynuowania podczas kilku kolejnych spotkań.

#### PYTANIA BADAWCZE I OCZEKIWANIA TERAPEUTYCZNE

1. Czy u dziecka w wieku 8 lat, uczestniczącego w projekcie badawczym, zostanie zaobserwowana zmiana jakościowa po zakończeniu programu terapeutycznego (w stosunku do stanu wyjściowego), w postaci:
  - a) obniżenia wskaźnika PTSD,
  - b) obniżenia wskaźników powikłanej żałoby,
  - c) obniżenia wskaźnika lęku, traktowanego jako stan (o ile występuje),
  - d) obniżenia wskaźnika poczucia samotności.
2. Czy u dziecka uczestniczącego w programie terapeutycznym odnotowany zostanie wzrost kompetencji w zakresie przystosowawczego przetwarzania poznawczego (test wiedzy przed i po zakończeniu programu) oraz umiejętności relaksacji (w stosunku do stanu wyjściowego).

**Tabela 1**

Model pracy przyjęty w projekcie (opracowanie własne na podstawie: Cohen, Mannarino i Deblinger, 2011)

Sesja	Sesja z dzieckiem (CS)	Sesja z rodzicem/opiekunem (PS)
0	– diagnoza dziecka	– wywiad z rodzicem w celu omówienia celów programu, wykorzystywanych narzędzi, oraz stwierdzenia przeciwwskazań do terapii (pomocniczo)
1 – 4	– psychoedukacja dotycząca problematyki traumy, – omówienie poszczególnych etapów programu  – ćwiczenia relaksacyjne oraz rozwój umiejętności regulowania emocji rodzica  – omówienie zasad przetwarzania poznawczego – wykorzystanie tzw. „trójkąta poznawczego” oraz wprowadzenie pojęcia „subiektywnej skali dystresu” (SUDS)	– psychoedukacja, podobnie jak podczas sesji z udziałem dziecka, – trening umiejętności wychowawczych, w tym zwrócenie uwagi na bycie konsekwentnym rodzicem – omówienie zasad współpracy  – omówienie sesji z dzieckiem – ćwiczenia relaksacyjne oraz rozwój umiejętności regulowania emocji rodzica  – omówienie sesji z dzieckiem – omówienie zasad przetwarzania poznawczego – wykorzystanie tzw. „trójkąta poznawczego” oraz wprowadzenie pojęcia „subiektywnej skali dystresu” (SUDS) dla rodzica
5 – 8	– narracja traumy	– omówienie sesji z dzieckiem – przygotowanie rodzica do sesji wspólnej
9 – 10	– przetwarzanie poznawcze w kontekście traumy i stworzonej przez dziecko narracji	– omówienie sesji z dzieckiem
11 – 14	– psychoedukacja na temat doświadczania żałoby – przetwarzanie negatywnych lub ambiwalentnych uczuć wobec osoby zmarłej – konsolidowanie oraz podtrzymywanie pozytywnych wspomnień o osobie zmarłej, oraz – reorganizacja relacji z osobą zmarłą, koncentracja na bieżących relacjach z innymi – omówienie sesji z dzieckiem	– omówienie sesji z dzieckiem – przygotowanie rodzica do sesji wspólnej
15	– sesja wspólna dziecko – rodzic	
16 – 17	– sesja podsumowująca program terapeutyczny, diagnoza poterapeutyczna	

W związku z charakterem prowadzonych badań, podczas analizy otrzymanych w procesie terapeutycznym wyników zwrócono uwagę na ewentualny wpływ czasu na zaobserwowaną zmianę w stosunku do stanu wyjściowego.

### STUDIUM PRZYPADKU I PRZEBIEG TERAPII

W wyniku przeprowadzonej w 2014 r., w ramach projektu badawczego poświęconego adaptacji programu terapeutycznego dla dzieci w powikłanej żałobie, akcji informacyjnej wśród przedstawicieli szkół podstawowych na terenie jednego z powiatów Polski południowej, do autorki projektu zgłosiła się Pani K.<sup>1</sup>, mama 8-letniego Michała, z prośbą o włączenie syna do udziału w pilotażowym programie. Dwa lata wcześniej, w wyniku powikłań po spożyciu alkoholu zmarł ojciec chłopca. Pani K. poinformowała, że syn był świadkiem przyjazdu karetki reanimacyjnej do ojca, znajdującego się w stanie upojenia alkoholowego oraz wszystkich czynności medycznych załogi karetki. Ostatnim wspomnieniem ojca był dla chłopca widok odjeżdżającej spod domu karetki pogotowia ratunkowego. Po kilku dniach, nie odzyskawszy przytomności, ojciec chłopca zmarł w szpitalu. Przez kilka tygodni od śmierci chłopiec był wciąż przekonany, że tata przebywa na oddziale szpitalnym. Od kiedy jednak dowiedział się prawdy, tj. od momentu wizyty z mamą na cmentarzu, oskarżał mamę o kłamstwo, „wciąż nie wierzy, że jego tatuś mógł umrzeć”.

W okresie pierwszych miesięcy po śmierci ojca chłopiec korzystał z pomocy psychologicznej, oferowanej przez pracowników przyszłolnej poradni psychologiczno-pedagogicznej oraz pomocy duchowej, realizowanej w ramach posługi duszpasterskiej przez księży z lokalnej parafii. Pomoc psychologiczna, zgodnie z informacją uzyskaną od mamy chłopca, koncentrowała się przede wszystkim na rozmowie o okolicznościach śmierci taty, wspomnianiu przeszłości oraz planowaniu przyszłości. Dokonując oceny efektywności udzielonych świadczeń mama chłopca wielokrotnie podkreślała w rozmowie, że według niej, mimo dużego zaangażowania pedagoga szkolnego, a także samej terapeutki z poradni psychologiczno-pedagogicznej, była to „strata czasu”. Po kilku spotkaniach, mama, na prośbę chłopca, zrezygnowała z kolejnych sesji terapeutycznych w poradni.

### OCENA SYTUACJI I WSTĘPNA DIAGNOZA PSYCHOLOGICZNA

Pani K. podczas spotkania diagnostycznego, opisała okoliczności śmierci męża oraz funkcjonowanie syna w okresie ostatnich dwóch lat. Ze względu na tematykę spotkania oraz wiek chłopca, rozmowa diagnostyczna z mamą odbyła się jako pierwsza w kolejności.

Do celów diagnozy ewentualnej powikłanej żałoby wykorzystano formularz wywiadu ustrukturalizowanego,

<sup>1</sup> Imię oraz pierwsza litera nazwiska chłopca uczestniczącego w projekcie badawczym oraz jego mamy zostały zmienione w celu ochrony ich prywatności.

opartego o zestaw kryteriów diagnostycznych zespołu utrwalonej, złożonej żałoby, zawartych w klasyfikacji DSM-V.

Zgodnie z uzyskaną informacją, chłopiec wciąż bardzo cierpiał z powodu nieobecności ojca, często płakał. Nie było dnia, w którym nie wspominałby ojca oraz nie zadawał pytań w rodzaju „dlaczego tata odszedł?” czy „kiedy wróci?”.

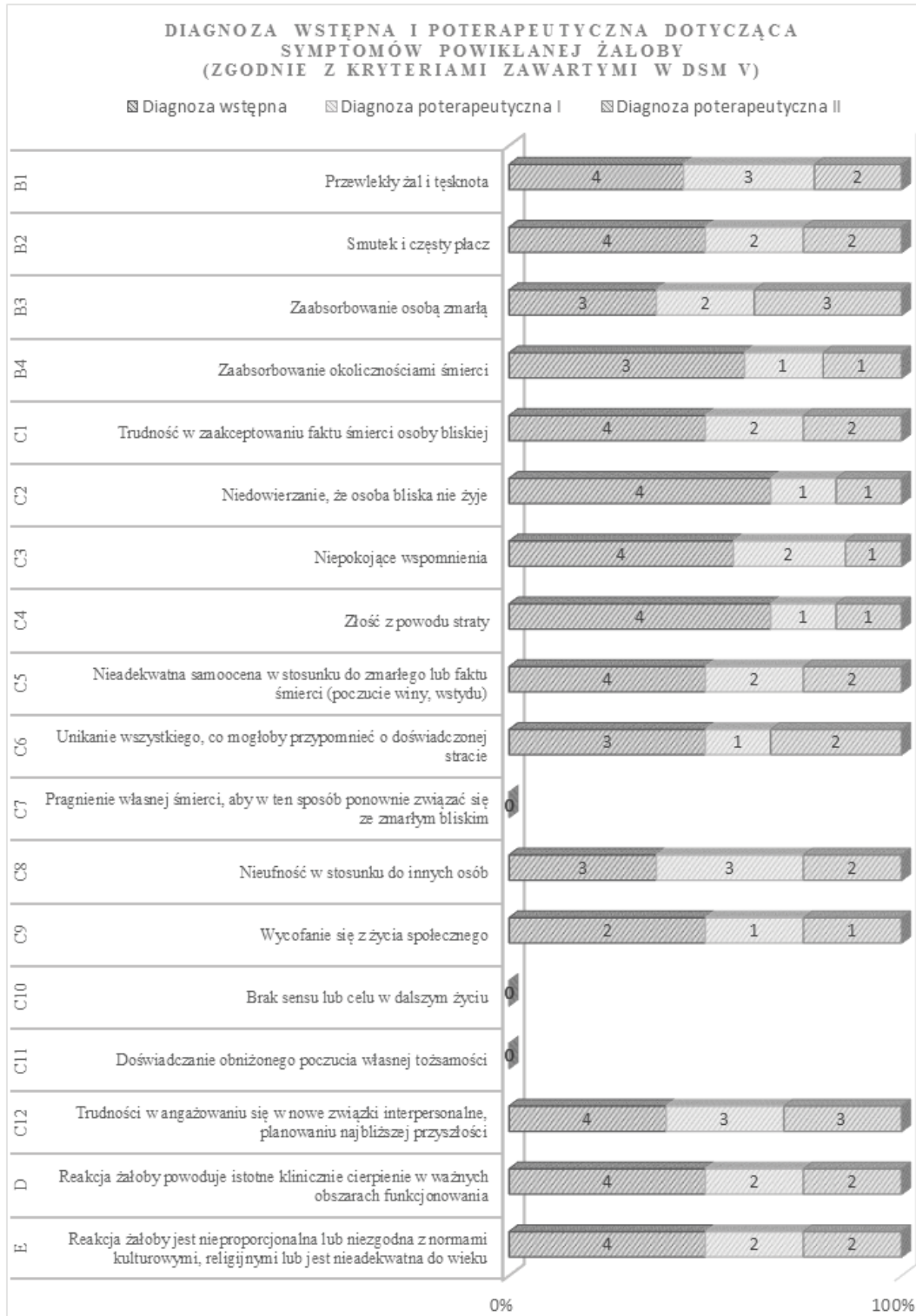
Jednocześnie, w ostatnim czasie, mama zaobserwowała częstsze wybuchy złości chłopca w stosunku do nieżyjącego ojca z powodu jego uzależnienia od alkoholu, przy równoczesnym obwinianiu się z powodu niemożności udzielenia ojcu pomocy np. „gdybym był większy, nie pozwoliłbym tacie pić” lub „gdybym mógł pójść do szpitala, to mógłbym go potrzymać za kciuka, i może wtedy by wyzdrowiał”. Pani K. opowiedziała również o dość często występującym, radykalnym obniżeniu nastroju syna, w sytuacji jego powrotu ze spotkań z rówieśnikami, których obydwój rodziców żyje. Obecność oraz nasilenie symptomów zespołu powikłanej żałoby na etapie wstępnej diagnozy przedstawia **Rycina 1**.

Z kolei w celu zidentyfikowania obecności oraz nasilenia ewentualnych symptomów zespołu stresu pourazowego, w drugiej części spotkania Pani K. została poproszona o wypełnienie dwóch kwestionariuszy, tj. Kwestionariusza UCLA-PTSD-R w wersji dla rodziców, w adaptacji Kaczmarek oraz Kwestionariusza PTSD, autorstwa Kaczmarek i Zawadzkiego.

Otrzymane wyniki w skali UCLA-PTSD Index dla DSM-4 w wersji dla rodziców, zgodnie z wytycznymi Rodrigueza, Steinberga i Pynoosa (1999), nie pozwoliły na postawienie diagnozy w zakresie doświadczania przez chłopca zespołu stresu pourazowego. Jedynymi, obecnymi symptomami były: wystąpienie traumatycznego zdarzenia jakim może być nagła śmierć rodzica, spełniające kryterium A1 oraz częste występowanie u chłopca zdenerwowania, zasmucenia lub uczucia przestraszenia, w sytuacji, gdy coś przypomina mu o tym, co się wydarzyło, spełniające kryterium B (Intruzja) w skali UCLA-PTSD (**Tabela 2**).

Na szczególną uwagę zasługuje jednak bardzo wysokie nasilenie obecności dwóch innych objawów, występujących w skali UCLA-PTSD jako nie diagnostycznych. Odpowiedzi „bardzo często” do stwierdzeń: „Moje dziecko boi się, że ta zła rzecz ponownie się wydarzy” oraz „Moje dziecko ma poczucie, jakby to, co się wydarzyło, stało się częściowo z jego winy”, korespondują z informacjami uzyskanymi wcześniej w wywiadzie identyfikującym obecność i nasilenie kryteriów zespołu powikłanej żałoby.

Również wyniki otrzymane w poszczególnych skalach kwestionariusza PTSD w wersji czynnikowej, jak i wynik ogólny, są zdecydowanie poniżej średniej uzyskanej w badaniach Kaczmarek (2004) na grupie dzieci w wieku szkolnym, doświadczających konsekwencji psychologicznych w postaci zespołu stresu potraumatycznego w następstwie kataklizmu powodzi (Kaczmarek, 2004, s. 129).



Ryc. 1. Ewaluacja programu terapeutycznego w zakresie spełniania kryteriów powiklanej żałoby (obserwowalna zmiana poterapeutyczna 8-letniego chłopca uczestniczącego w pilotażowym programie terapeutycznym, badana z wykorzystaniem wywiadu ustrukturalizowanego opartego o kryteria klasyfikacyjne utrwalonej, złożonej żałoby, zawarte w DSM-V)

Po zakończeniu rozmowy z Panią K. poproszono o rozmowę Michała K. Podczas spotkania chłopiec zaprezentował się jako inteligentny, nieśmiały 8-latek. Po kilkunastu pierwszych minutach spotkania był w stanie samodzielnie odpowiadać na zadawane pytania, choć preferował odpowiedzi krótkie, kilkuwyrazowe. Po zapewnieniu przez prowadzącą projekt o poszanowaniu jego uczuć i wolności w zakresie wszystkich tematów, które będą poruszane podczas najbliższych spotkań, chłopiec wyraził swoją chęć do uczestnictwa w projekcie. Wraz z upływem czasu trwania spotkania, wypowiedzi Michała stawały się coraz bardziej rozbudowane. Na przykład na pytanie, co najbardziej lubi robić w wolnych chwilach Michał wymieniał rysowanie, malowanie farbami oraz jazdę na rowerze. Opowiedział o swojej ostatniej przygodzie jaką była samodzielna podróż na rowerze do sklepu, w tym o swoich emocjach towarzyszących temu wydarzeniu. Prowadząca projekt postanowiła wykorzystać zainteresowanie rysunkiem do pracy terapeutycznej (mama chłopca wspominała podczas pierwszego spotkania, iż syn żalił się, że podczas wcześniejszych spotkań z terapeutką nie mógł rysować ani malować).

Na zakończenie spotkania poproszono Michała o wypełnienie serii kwestionariuszy. Były to skale: SBS w wersji eksperymentalnej po dużym pilotażu, STAIC oraz Test Racjonalnych Przekonań (Tabela 2).

Niskie i bardzo niskie wyniki otrzymane w kwestionariuszu STAIC pozwoliły na wykluczenie zaburzeń lękowych, traktowanych zarówno jako stan, jak i jako cecha. Wynik testu przekonań racjonalnych, na poziomie 55.5%, pozwolił na zidentyfikowanie średniego nasilenia występowania zniekształceń poznawczych lub przekonań nieadaptacyjnych. Na szczególną uwagę zasługuje jednak obecność symptomów samotności społecznej (wynik surowy: 42 pkt.), co stanowi wynik średni z tendencją do wyższego w porównaniu z wynikami otrzymanymi w badaniu pilotażowej grupy kontrolnej. Wynik ten również koresponduje z informacjami uzyskanymi wcześniej w rozmowie z mamą chłopca (Tabela 2).

Podsumowując, w trakcie wywiadu z Panią K. wykluczono jej ewentualną niezdolność do pełnienia roli osoby wspierającej w terapii. Zdecydowana przewaga objawów sugerowała obecność u chłopca powiklanej, przedłużającej się żaloby z elementami żaloby traumatycznej oraz doświadczanie osamotnienia w wymiarze społecznym. Powyższe trudności adaptacyjne stały się zatem głównymi celami programu terapeutycznego.

Zgodnie z wstępnymi założeniami, mimo zgody autorów oryginalnej wersji terapii na dokonywanie zmian w kolejności wdrażanych modułów, podjęto decyzję o implementacji protokołu terapeutycznego w wersji klasycznej, tj. zgodnej z wytycznymi Cohen, Mannarino

Tabela 2

*Dane ewaluacyjne programu terapeutycznego (obserwowalna zmiana poterapeutyczna 8-letniego chłopca uczestniczącego w pilotażowym programie terapeutycznym)*

Osoba udzielająca odpowiedzi	Skala lub Kwestionariusz	Stan przed-terapeutyczny		Stan po-terapeutyczny	
		Wynik surowy	Wynik przeliczony	Wynik surowy	Wynik przeliczony
Rodzic	UCLA-R-B Intruzja	3		1	
	UCLA-R-C Unikanie	6		5	
	UCLA-R-D Pobudzenie	7		5	
	UCLA-R WO	16		11	
	UCLA-R Q.AF1	4		2	
	UCLA-R Q.AF2	4		1	
	PTSD-R Intruzja/Pobudzenie		3		2
	PTSD-R Pobudzenie		7		6
	PTSD-R WO		10		8
Dziecko	SBS/sp	42		32 <sup>1)</sup>	
	SBS/se	26		28	
	SBS/seg	27		23	
	SBS/total	95		83	
	STAIC-C1		2 <sup>2)</sup>		
	STAIC-C2		3 <sup>2)</sup>		
	Test Racjonalnych Przekonań (TRP)		55.5%		83.3%

<sup>1)</sup> obniżenie symptomów samotności społecznej o ponad 1 odchylenie standardowe (w porównaniu do grupy kontrolnej dużego pilotażu)

<sup>2)</sup> wartość wyrażona w stenach

i Deblinger (2011) oraz według opisanego wcześniej modelu pracy w projekcie (Tabela 1). Ponadto, w celu zapewnienia chłopcu poczucia bezpieczeństwa, podjęto decyzję o prowadzeniu terapii w miejscu zamieszkania dziecka.

#### PROGRAM TERAPEUTYCZNY (SESJE 1 – 4)

Pierwsza sesja, po części dotycząca wzajemnego poznania się i przedstawienia zarysu programu terapeutycznego, koncentrowała się głównie na wprowadzeniu elementów psychoedukacji w celu normalizacji reakcji poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych chłopca w kontekście doświadczanej straty. Zaobserwowano wyraźną ulgę u mamy po uzyskaniu zapewnienia terapeutki, że mimo, iż Michał w konfrontacji z doświadczeniem straty może zachowywać się w sposób nietypowy dla siebie, jest to zjawisko zupełnie normalne.

W pierwszym kroku udzielono Michałowi i jego мамie ogólnych informacji na temat dramatycznego zdarzenia, w tym typowych, emocjonalnych reakcji dzieci na doświadczaną stratę, która stała się również jego udziałem. Jako pomoc edukacyjną, podczas całego procesu terapeutycznego wykorzystywano materiały zawarte w specjalnie do tego celu opracowanym zeszycie ćwiczeń.

Z kolei podczas pierwszej sesji z mamą przekazano wstępne dane dotyczące wyników przeprowadzonej tydzień wcześniej diagnozy chłopca. Oprócz udzielenia informacji na temat nasilenia objawów powikłanej żaloby oraz poczucia samotności w wymiarze społecznym, poinformowano mamę Michała, że dostępne dane empiryczne z międzynarodowych wdrożeń niniejszego programu terapeutycznego potwierdzają skuteczność tej metody.

W związku z brakiem wystarczających przesłanek świadczących o występowaniu u Michała zaburzeń zachowania, udzielono мамie chłopca ogólnych wskazówek dotyczących rozwoju umiejętności wychowawczych. Uzgodniono, że istnieje możliwość powrotu do tego zagadnienia na każdym etapie terapii, stosownie do bieżących potrzeb.

Sesje od 2 do 4 koncentrowały się z kolei na rozwoju umiejętności relaksacji i regulacji emocji oraz służyły opisowi tych poznawczych elementów radzenia sobie, które będą wykorzystywane później, tj. w trakcie i po zakończeniu budowy narracji na temat doświadczanej straty. Terapeutka nauczyła chłopca wykorzystywać procedury kontrolowanego oddechu i wizualizacji oraz treningu relaksacyjnego, w wersji dostosowanej do wieku chłopca. Z informacji uzyskanych na późniejszych etapach realizacji projektu, bezpośrednio od Michała, ale również od Pani K., chłopiec często wykorzystywał opanowaną podczas tych zajęć technikę oddechu oraz relaksacji mięśni, zwłaszcza w chwilach gdy doświadczał uczucia złości lub smutku.

Do ulubionych ćwiczeń Michała, wykorzystywanych wielokrotnie podczas sesji, należała progresywna relaksacja mięśni z elementami wizualizacji. Na koniec każdej sesji, aż do zakończenia projektu, Michał otrzymywał zadanie domowe w celu ćwiczenia nabytych umiejętności.

#### PROGRAM TERAPEUTYCZNY (SESJE 5 – 9)

Podczas 5 i 6 sesji, dokonując bieżącej oceny sytuacji, zdecydowano się na wprowadzenie do terapii elementów poznawczego radzenia sobie. Zaprezentowano w jaki sposób można zmienić początkowe myśli, tak, aby doprowadzić do bardziej pozytywnych efektów (lepszego samopoczucia, zmiany zachowania). Wykorzystując typowe, szkolne przykłady, omówiono zjawisko pojawiania się tzw. myśli automatycznych, oraz kilku, najczęściej spotykanych rodzajów nieadekwatnych i niekonstruktywnych myśli. Ponadto, Michał nauczył się swobodnie korzystać z termometru uczuć.

Z kolei sesje 7 do 9 koncentrowały się na budowaniu osobistej narracji na temat doświadczanej straty. W celu oswojenia lęku przed konfrontacją ze wspomnieniami na temat dramatycznego zdarzenia, zapoznano chłopca oraz jego mamę z teoretycznymi podstawami interwencji tego typu. Wykorzystano przy tej okazji sformułowane przez Deblinger i Heflin uzasadnienie tworzenia narracji, polegające na porównaniu tego doświadczenia do sytuacji upadku na rowerze, w wyniku którego dziecko doznaje stłuczenia kolana (Cohen, Mannarino i Deblinger, 2011).

Zapewniono chłopca, że proces budowania opowieści na temat doświadczonej straty będzie przebiegał w tempie dostosowanym do jego indywidualnych możliwości, a także, że on sam będzie miał wpływ na przebieg każdego z najbliższych spotkań. W każdej chwili będzie mógł poinformować prowadzącą projekt, że tempo pracy jest za szybkie, co powoduje np. wzrost niepokoju lub cierpienia.

Podczas tworzenia swojej historii Michał spontanicznie wykonywał rysunki związane bezpośrednio z tematem wypowiedzi. Chłopiec, podczas narracji traumy, wykonał m.in. rysunek przedstawiający dwie splecione dłonie, gdzie jedna dłoń trzyma kciuka drugiej dłoni.

Fragment narracji na temat doświadczonej straty został przytoczony poniżej:

1. Moja rodzina: „(...) Mój tata zmarł a moja mama jest najlepsza na świecie. Bardzo lubię się do niej przytulać. Jest bardzo kochana. (...)”.
2. Mój tata: „Najlepiej pamiętam go jak mu siadałem na szyi. Albo kiedy musiałem go trzymać za kciuka, bo miał dużą rękę (...)”.
3. Mój tata nie żyje: „(...) Kiedy tata zachorował, mama była u niego w szpitalu, a ja czekałem przed szpitalem w aucie. Mama powiedziała, że nie mogę wejść do szpitala. Potem pamiętam, jak mama siedziała w kuchni przy stole i bardzo płakała. Nie byłem na pogrzebie taty. Jest mi z tego powodu nadal bardzo smutno. Często płaczę. Gdybym mógł przywrócić czas, zabroniłbym tacie pić. Smutno mi było, gdy nie mogłem się z tatą pożegnać (...)”.

Na zakończenie 9 sesji Michał zdecydował się na przeczytanie swojej historii мамie oraz pokazanie jej wszystkich rysunków powstałych podczas tworzenia opowieści. Była to wyjątkowo wzruszająca sesja, która jednocześnie potwierdziła już wcześniej wielokrotnie obserwowany silny związek emocjonalny mamy z synem.

PROGRAM TERAPEUTYCZNY (SESJE 10 – 12)

Naturalną kontynuacją wcześniejszych sesji było zidentyfikowanie, zanalizowanie oraz skorygowanie zniekształceń poznawczych, związanych z doświadczeniem straty. Przykładem może być przekonanie chłopca, że śmierć ojca to „moja wina, bo nie mogłem być u niego w szpitalu i potrzymać go za rękę”, albo „wciąż boję się, że moja mama też umrze, a ja będę się musiał wtedy zabić, bo nikt mnie nie będzie chciał”. Wyjaśniono chłopcu między innymi, że czasem złe rzeczy zdarzają się dobrym osobom, i nie ma w tym niczyjej winy.

Podczas kolejnych spotkań podjęto próbę pracy z bodźcami budzącymi szczególnie niepokój chłopca, zwłaszcza tymi, które w sposób bezpośredni przypominają o przeszłych doświadczeniach. Z wywiadu przeprowadzonego z mamą chłopca uzyskano informację, że od dnia śmierci taty Michał przejawia wzmożony niepokój w sytuacjach wymagających (poza czasem szkolnym) rozstania z mamą, zwłaszcza nocą. Chłopiec obawia się, że mama może umrzeć we śnie. Mimo skończenia ósmego roku życia chłopiec nadal śpi razem z mamą. Wszystkie wcześniejsze próby zmiany tego przyzwyczajenia zakończyły się niepowodzeniem. Opracowano zatem plan ekspozycji *in vivo*, którego głównym celem było obniżenie niepokoju Michała związanego z nieobecnością matki (zwłaszcza w nocy).

Pierwszym etapem realizacji planu (podzielonego na dwie fazy) było zapewnienie Michała przez mamę, że zarówno w ciągu dnia jak i nocą będzie potrafiła zadbać o swoje bezpieczeństwo, oraz, że nic złego jej się nie przydarzy. Kolejnym etapem było stopniowe odzwyczajanie chłopca od zasypiania w sypialni mamy. Ustalono, że w miarę upływu czasu (tydzień po tygodniu) Michał będzie coraz częściej spał sam (1 × w tygodniu, 2 × w tygodniu, w dni parzyste itd.). Na dzień zakończenia niniejszego programu udało się zrealizować ten cel jedynie połowicznie. Chłopiec w porozumieniu z mamą „zarezerwował sobie” w każdym tygodniu 2 dni na zasypianie w jej sypialni.

Ciekawym ćwiczeniem, w tej części realizowanego programu terapeutycznego, było m.in. stworzenie tzw. „sieci wsparcia”. Przy współudziale mamy chłopca stworzono krąg bezpieczeństwa i wsparcia, w podziale na osoby udzielające wsparcia zadaniowego oraz emocjonalnego. Uświadomienie Michałowi jak wiele wokół niego jest życzliwych mu osób było szczególnie cenne w kontekście zdiagnozowanego, na etapie tzw. sesji zerowej, dość wysokiego poziomu odczuwanej samotności społecznej.

PROGRAM TERAPEUTYCZNY (SESJE 13 – 16)

Ostatnia część programu terapeutycznego obejmowała następujące zagadnienia:

1. Psychoedukację na temat żałoby,
2. Pracę z doświadczaniem żalu po stracie oraz ambivalentnych uczuć wobec zmarłego ojca,
3. Pracę nad podtrzymywaniem pozytywnych wspomnień o zmarłym ojcu, oraz

4. Pracę nad redefiniowaniem relacji ze zmarłym ojcem i angażowanie się w bieżące relacje społeczne.

Jako pomoc edukacyjno – terapeutyczną wykorzystano książkę autorstwa Leo Buscaglia pt. „Jesień liścia Jasia”, która została przeczytana przez prowadzącą projekt, na prośbę Michała, w obecności mamy. Również rozmowa na temat emocji, które mogą się pojawić u dzieci, które doświadczają starty rodzica, odbyła się przy współudziale mamy, która swoją obecnością udzielała chłopcu wsparcia emocjonalnego. Mama potwierdziła prawdziwość zapewnień prowadzącej projekt, że wszystkie myśli, uczucia oraz zachowania, o których rozmawialiśmy, są normalne, a Michał ma pełne prawo do ich wyrażania.

Podczas kolejnej sesji chłopiec musiał kilkakrotnie, z pomocą prowadzącej projekt, pokonywać wewnętrzny opór oraz niepokój związany z tematyką rozmowy, zwłaszcza, gdy omawiano takie zagadnienia jak „za czym nie tęsknię” oraz „o czym nie chcę pamiętać”.

Z kolei z wyjątkowo pozytywną reakcją, zarówno Michała jak i jego mamy, spotkało się zadanie polegające na pisaniu listu do taty na dostarczonych przez prowadzącą projekt lampionach. Po napisaniu listu, lampiony, na znak pożegnania się chłopca z tatą, zostały wypuszczone w niebo. Z całego zdarzenia został nagrany mini-film, a zdjęcie z kadru tego filmu zostało później umieszczone jako jeden z elementów pamiątkowej skrzynki wspomnień.

PROGRAM TERAPEUTYCZNY (SESJA 17)

Ostatnia sesja terapeutyczna poświęcona została w całości na podsumowanie realizacji programu oraz przeprowadzenie diagnozy poterapeutycznej. Program terapii powikłanej żałoby został przeprowadzony zgodnie z wstępnymi założeniami oraz zakończony w terminie. Napotykanne trudności były każdorazowo analizowane i omawiane podczas spotkań superwizyjnych.

Oceny sytuacji oraz diagnozy poterapeutycznej, dokonano podczas ostatniej sesji, z wykorzystaniem tych samych narzędzi diagnostycznych, których użyto na początku programu. Jednocześnie, biorąc pod uwagę chęć weryfikacji osiągnięcia celu strategicznego projektu, jakim było uzyskanie trwałej w czasie zmiany w zakresie doświadczania objawów powikłanej, przedłużającej się żałoby, po upływie trzech miesięcy od dnia ostatniego spotkania jeszcze raz poproszono mamę chłopca o dokonanie oceny aktualnego nasilenia u syna ww. symptomów. W celu zapewnienia maksymalnej obiektywizacji oceny skuteczności wdrażanego projektu, o obliczenie wyników w poszczególnych skalach na etapie diagnozy poterapeutycznej poproszono osobę trzecią.

WYNIKI

Obecność oraz stopień nasilenia symptomów zespołu powikłanej żałoby bezpośrednio po zakończeniu programu terapeutycznego (Diagnoza poterapeutyczna I) oraz w odstępie czasu wynoszącym 3 miesiące od dnia ostatniego spotkania (Diagnoza poterapeutyczna II) przed-



stawia Rycina 1. Dokonując analizy wyżej wymienionego wykresu można zaobserwować, że z wyjątkiem kryterium dotyczącego „zaabsorbowania osobą zmarłą” oraz „unikania wszystkiego, co mogłoby przypominać o doświadczonej stracie”, które nieznacznie wzrosły po upływie 3 miesięcy w stosunku do pierwszej diagnozy terapeutycznej, zmianę, polegającą na obniżeniu nasilenia pozostałych kryteriów można traktować jako względnie stałą w czasie. Co istotne, uczestnictwo w programie terapeutycznym pozwoliło na znaczną redukcję części z najbardziej niepokojących objawów tj. w zakresie „nie-dowierzania, że osoba bliska nie żyje”, „złości z powodu starty”, „nieadekwatnej samooceny w stosunku do zmarłego lub faktu śmierci” (poczucia winy), oraz obecności „niepokojących wspomnień”.

Zaobserwowano również zmniejszenie częstotliwości występowania u chłopca zdenerwowania, zasmucenia lub uczucia przestraszenia, w sytuacji, gdy coś przypomina mu o tym, co się wydarzyło (kryterium B dla PTSD) oraz obniżenie nasilenia dwóch objawów, występujących w skali UCLA-PTSD jako nie diagnostycznych. Co istotne, odpowiedź „rzadko” dla stwierdzenia: „Moje dziecko boi się, że ta zła rzecz ponownie się wydarzy” oraz „czasami” do stwierdzenia „Moje dziecko ma poczucie, jakby to, co się wydarzyło, stało się częściowo z jego winy”, koresponduje z informacjami uzyskanymi wcześniej w wywiadzie weryfikującym nasilenie kryteriów zespołu powiklanej żałoby. Również wyniki otrzymane w poszczególnych skalach kwestionariusza PTSD w wersji czynnikowej, jak również wynik ogólny, uległy nieznacznemu obniżeniu.

Podczas re-diagnozy chłopca ponownie otrzymano niskie i bardzo niskie wyniki w kwestionariuszu STAIC. Pozwoliło to na całkowite wykluczenie występowania u chłopca zaburzeń lękowych, traktowanych jako cecha. Jednocześnie, niski poziom lęku traktowanego jako stan, w pewien sposób potwierdził, że zakres tematyczny oraz wachlarz wykorzystanych narzędzi terapeutycznych nie spowodował potencjalnej powtórnej traumatyzacji.

Z kolei wynik testu przekonań racjonalnych na poziomie 83.3 % świadczy o zdecydowanym obniżeniu liczebności zniekształceń poznawczych oraz przekonań nieadaptacyjnych, ale również, w sposób pośredni, o efektywności wdrożonych działań w zakresie przetwarzania poznawczego. Warto jednak w tym miejscu zwrócić szczególną uwagę na uzyskany wynik w powtórnym badaniu wskaźnika samotności społecznej, gdzie wynik surowy w wysokości 32 pkt. stanowi wynik o ponad jedno odchylenie standardowe niższy w porównaniu z wcześniejszym badaniem (gdzie grupą odniesienia były rezultaty badania pilotażowej grupy kontrolnej).

## PODSUMOWANIE

Warto podkreślić, że w wyniku realizacji pilotażowego programu terapeutycznego, w większości uzyskano istotne obniżenie nasilenia objawów, co stanowiło główny cel pracy badawczej.

Ponadto, wydaje się, że optymistyczne wyniki programu, mimo, że ze względu na swój jednostkowy charakter nie pozwalają na dokonanie generalnych konkluzji, dają podstawy do wskazania kierunków dalszych badań poświęconych ewaluacji i ocenie jego skuteczności. Badania te winny obejmować zarówno kontekst zróżnicowania samych uczestników tj. dzieci oraz adolescentów, miejsca prowadzenia terapii, tj. w poradni lub miejscu zamieszkania dziecka, jak również występowania innych rodzajów żałoby.

Podobnie, otrzymane rezultaty w zakresie obniżenia poczucia samotności u dzieci skłaniają do podjęcia dalszych wysiłków w celu rozpoznania zarówno charakteru ww. poczucia osamotnienia w określonych sytuacjach doświadczanych strat życiowych, jak również technik to poczucie osamotnienia obniżających.

## LITERATURA

- American Psychiatric Association (2013). *Kryteria Diagnostyczne wg DSM-V*. Waszyngton: American Psychiatric Publishing.
- Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P., Steer, R. (2004). A multi-site, randomized controlled trial for children with abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 4, 393-402.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Knudsen, K. (2004). Treating childhood traumatic grief: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 10, 1225-1233.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Staron, V. (2006). A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 12, 1465-1473.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Deblinger, E. (2011). *Terapia traumy i traumatycznej żałoby u dzieci i młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Dołęga, Z. (2003). *Samotność młodzieży – analiza teoretyczna i studia empiryczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Kaczmarek, M. (2004). *Środowiskowe i temperamentalne uwarunkowania nasilenia objawów zespołu stresu pourazowego u dzieci w wieku szkolnym w następstwie katastrof powodzi*. Warszawa: Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej.
- Keirse, M. (2005). *Smutek dziecka. Jak pomóc dziecku przeżyć stratę i żałobę*. Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne.
- Knaus, W.J. (1977). *Rational emotive education*. <http://www.rebntnetwork.org/>.
- Rodriguez, N., Steinberg, A., Pynoos, R.S. (1999). *UCLA PTSD INDEX FOR DSM IV (Revision 1). Instrument Information: Child Version, Parent Version, Adolescent Version*. UCLA Trauma Psychiatry Service.
- Worden, W.J. (2009). *Grief counseling and grief therapy. A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Yalom, I.D. (2008). *Patrząc w słońce*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, PTP.