

Małgorzata Talarczyk^{1,2}

LĘK NOCNY I ZABURZENIA SNU U DZIECI — MODEL PRACY TERAPEUTYCZNEJ Z DZIECKIEM I RODZICAMI

NIGHT FEARS AND CHILD SLEEP DISORDERS — THERAPEUTIC WORK MODEL WITH CHILD AND PARENTS

¹Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Rajewski

²Specjalistyczny Gabinet Psychologiczny w Poznaniu

**night fears
sleep disorder
psychotherapy**

*Autorka opisując przypadek prezentuje model psycho-
terapii łączący terapię rodzinną w podejściu systemowym
oraz terapię indywidualną w podejściu behawioralno-po-
znawczym. Przedstawia koncepcję i praktyczne zastosowanie
„nocnego łącznika” w leczeniu zaburzeń snu u dzieci.*

Summary: The article describes a therapeutic work model with children and their parents, used in cases of night fears and child sleep disorders. The submitted symptoms addressed children aged 7–12 and were based on difficulties in falling asleep without the physical proximity of a parent or waking up of the child at night identifying fear and the need to be close to their parent. The presented psychotherapy model was devised by the author, based on years of clinical practice and search for the quickest available forms of aid to both children and their parents. The psychotherapy was carried out in forms of family therapy in the systemic approach and individual child therapy, carried out in a cognitive-behavioural approach. The presented therapeutic model is based on a case study.

Wstęp

W ostatnich latach, w ramach prowadzonej praktyki ambulatoryjnej, coraz częściej zdarzało mi się pracować z rodzinami, które szukały pomocy dla swoich dzieci z powodu występujących u nich lęków nocnych i zaburzeń snu. Zgłaszane zaburzenia snu polegały na tym, że dzieci nie mogły zasnąć same lub wybudzały się w nocy z lękiem i domagały się obecności kogoś z rodziców. W sytuacji trudności z zasypianiem, potrzebowały fizycznej bliskości rodziców, przychodziły do ich łóżka lub wołały rodziców do siebie. W przypadkach samodzielnego zasypiania dziecka, nocne wybudzanie się miało zwykle miejsce w godzinach między pierwszą a czwartą w nocy. Niekiedy wybudzaniu się towarzyszyło doświadczane przez dzieci uczucie duszności. Opisane sytuacje dotyczyły dzieci w wieku od 7. do 12. roku życia. Pojawienie się objawów poprzedzał zwykle wieloletni okres samodzielnego i bezproblemowego spania dzieci w swoich pokojach.

W przypadkach zgłaszanego lęku nocnego i zaburzeń snu u dzieci, prowadziłam terapię rodzinną w paradygmacie systemowym oraz terapię indywidualną dziecka w podejściu behawioralno-poznawczym[1]. Analizując problem z perspektywy rodzinnej, wyodrębniłam trzy rodzaje sytuacji rodzinnych, w których występował zgłaszany przez dzieci lęk

oraz zaburzenia snu: zmianę struktury rodziny, zmianę miejsca zamieszkania oraz sytuacje nietypowe.

Zmiana struktury rodziny to jedna z częściej występujących sytuacji rodzinnych, z którymi się zetknęłam. Miała ona miejsce w przypadku pięciu rodzin i spowodowana była zwykle rozwodem lub separacją rodziców [2, 3, 4]. Tego typu przyczyny zmian w strukturze rodziny niewątpliwie mogły przyczyniać się do frustracji lub deprywacji zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa, a tym samym do zaburzenia poczucia bezpieczeństwa. W niektórych rodzinach zmiana struktury obejmowała również rekonstrukcję rodziny polegającą na związaniu się jednego z rodziców z nowym partnerem. Dla dziecka — w przypadku nowego związku jednego z rodziców, pod którego opieką dziecko pozostawało — sytuacja ta mogła stanowić źródło różnych trudności emocjonalnych, m.in. dotyczących konfliktu lojalności wobec rodziców, relacji z nowym partnerem czy lęku o swoją pozycję w nowej rodzinie. Niejednokrotnie zmiana struktury rodziny wiązała się również ze zmianą miejsca zamieszkania.

Zmiana miejsca zamieszkania stanowiła drugą sytuację rodzinną, poprzedzającą wystąpienie lęku nocnego i zaburzeń snu. Wyodrębnienie tego typu sytuacji, które miało miejsce w trzech rodzinach, traktuję jako sytuację niezależną oraz niezwiązaną ze zmianą struktury rodziny. Zmiana miejsca zamieszkania zwykle dotyczyła przeprowadzenia się do większego mieszkania lub domu. Przed przeprowadzką dzieci zasypiały bez problemów oraz spały same w oddzielnym pokoju.

Sytuacje nietypowe występowały w rodzinach, w których życiu nie zaszły opisane powyżej zmiany, tzn. zmiana struktury rodziny czy zmiana miejsca zamieszkania, a rozmowy z rodzicami, z dzieckiem, nie wskazywały na istnienie wyraźnie uchwytnych czynników, co do których można by postawić hipotezę o ich spustowym charakterze.

Opisaną poniżej pracę terapeutyczną z dzieckiem i rodzicami podjęłam w dwunastu przypadkach, w których: pięć rodzin było po rozwodzie, trzy po przeprowadzce, cztery rodziny nie zmieniły ani swojej struktury, ani miejsca zamieszkania. We wszystkich rodzinach zgłaszane objawy ustąpiły.

Prezentowany model pracy opisany został na podstawie psychoterapii rodziny, której sytuację można by określić jako nietypową, nie miały bowiem w niej miejsca ani zmiana struktury rodzinnej, ani zmiana miejsca zamieszkania.

I. Dylematy diagnostyczne

Lęki nocne zgłaszane przez dzieci i związane z nimi zaburzenia snu, trudno jednoznacznie zakwalifikować do określonej kategorii diagnostycznej w ramach klasyfikacji ICD-10, tego typu zaburzenia nie są bowiem w niej opisane [5]. Kategorie dotyczące zaburzeń okresu rozwojowego, tzn. „zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym” (F90-F98), nie zawierają opisu omawianego lęku nocnego.

Opis zgłaszanych objawów mógłby nasuwać przypuszczenie o separacyjnym podłożu zaburzeń. Jednakże dzieci z zaburzeniami lękowymi, z którymi pracowałam, nie spełniały wymaganych kryteriów lęku przed separacją. Lęk przed separacją w dzieciństwie (F93.0), czyli lęk przed rozstaniem, można rozpatrywać jako lęk rozwojowy, który powstaje w dzie-

ciństwie, czyli związany jest z wczesnym okresem życia dziecka. W zachowaniach dzieci uwzględniać należy kontekst rozwojowy i w tym kontekście różnicować specyficzne dla wieku funkcjonowanie z zaburzeniami okresu rozwojowego.

Dziecięcy, specyficzny dla fazy rozwoju lęk separacyjny różni od zaburzeń lękowych znaczne nasilenie, nadmiernie długie utrzymywanie się, współwystępowanie trudności utrudniających funkcjonowanie [5].

Do przejawów lęku separacyjnego u dziecka, zalicza się:

- a) nierealistyczne, dominujące zamartwianie się nieszczęściami, które mogą spotkać osoby bliskie,
- b) nierealistyczne, dominujące zamartwianie się, że jakieś zdarzenia, np. zgubienie się, porwanie, śmierć oddzielią je od bliskiej osoby,
- c) utrwalona niechęć lub odmowa chodzenia do szkoły z obawy przed rozłąką,
- d) utrwalona niechęć lub odmowa kładzenia się spać, jeżeli nie ma w pobliżu bliskiej osoby,
- e) utrwalony, utrzymujący się w domu, w ciągu dnia, strach przed przebywaniem samemu, albo bez osoby, z którą jest ono silnie związane,
- f) powtarzające się koszmary senne dotyczące rozłąki,
- g) powtarzające się objawy fizyczne (nudności, bóle brzucha, bóle głowy, wymioty itp.) w sytuacjach oddzielania od osoby, z którą jest ono silnie związane,
- h) nadmierny, nawracający distres (lęk, płacz, napady złości, apatia, społeczne wycofanie się) w oczekiwaniu na osobę, z którą jest silnie związane.

Dzieci, z którymi pracowałam, nie spełniały kryteriów lęku separacyjnego, gdyż nie zamartwiały się o bliskie osoby. Nie obawiały się też dramatycznych zdarzeń, chętnie chodziły do szkoły, nie przejawiały utrwalonej niechęci kładzenia się spać, gdyż w wcześniejszym okresie zasypiały i spały same bez zakłóceń, bez problemu zostawały same w domu w ciągu dnia, nie zgłaszały koszmarów sennych, nie przejawiały distresu w sytuacji rozstania z osobami znaczącymi. Nie przejawiały również objawów typowych dla zaburzeń lękowych w postaci fobii (F93.1), czyli lęku zogniskowanego na różnych przedmiotach i sytuacjach [5]. Chociaż opisywane zaburzenie wydaje się bliskie kryteriom diagnostycznym lęków w postaci fobii, gdyż dzieci doświadczały takich objawów jak uczucie duszności, a doznania te występowały wyłącznie w określonej sytuacji, to jednak nie odczuwały one lęku antycypacyjnego i napięcia emocjonalnego czy dyskomfortu psychicznego w trakcie omawiania oraz wizualizacji sytuacji wywołujących lęk. Dzieci o sytuacji wywołującej lęk rozmawiały spokojnie, prezentując często duży dystans, a nawet poczucie humoru związane ze zgłaszanym nocnym lękiem. Nie widziały też problemu w tym, że nie mogą zasnąć lub budzą się w nocy bez bliskiej obecności rodzica.

Zaburzenia lękowe i snu u dzieci, zgłaszane przez rodziny, nie spełniały również kryteriów zaburzeń snu opisanych w kategorii: (F50-F59), „zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi” [5].

Zaburzeń zgłaszanych przez dzieci nie można zakwalifikować do nieorganicznych zaburzeń snu (F51), gdyż nie spełniały kryteriów zarówno kategorii: (F51.0) „bezsenna nieorganiczna”, jak i kategorii: (F51.4) „lęki nocne” [5].

„Bezsenna nieorganiczna” (F51.0) to niedostateczna ilość lub/i jakość snu, trudności z zaśnięciem, trudności w utrzymaniu nieprzerwanego snu, zbyt wczesne budzenie się, odczuwany lęk, napięcie, przygnębienie, natłok myśli. Objawy niezbędne do ustalenia takiego rozpoznania to:

- a) skargi dotyczące trudności w zaśnięciu, w utrzymaniu snu, złej jakości snu;
- b) zaburzenia snu występują co najmniej trzy razy w tygodniu, przez co najmniej miesiąc;
- c) martwienie się z powodu bezsenności i nadmierna obawa dotycząca skutków tego stanu, w dzień i w nocy;
- d) niezadowolająca ilość i/albo jakość snu wywołuje znaczne napięcie lub zakłóca normalne funkcjonowanie.

Dzieci, z którymi pracowałam, nie zgłaszały skarg na trudności w zaśnięciu czy złą jakość snu, a częstotliwość występowania ich zaburzeń zależna była od fizycznej dostępności jednego lub obojga rodziców. Dzieci nie martwiły się z powodu skutków zaburzonego snu, a przerwany sen nie wywoływał napięcia i nie zakłócał normalnego funkcjonowania w ciągu dnia.

Zaburzenia moich pacjentów nie spełniały również kryteriów w kategorii: (F51.4) „lęki nocne”. Lęki nocne to epizody skrajnie nasilonego, panicznego lęku z krzykiem, pobudzeniem ruchowym i układu autonomicznego. Chory nie reaguje na próby uspokojenia, jest zdezorientowany, zwykle nie pamięta przebytego epizodu [5].

Pacjenci, z którymi pracowałam, nie skarżyli się również na koszmary senne.

W klasyfikacji ICD-10: „koszmary senne” (51.5) opisane są jako lękowe marzenia senne, których treść dotyczy zagrożenia życia, bezpieczeństwa lub godności osobistej. Często powracają te same lub podobne przerażające tematy. Po przebudzeniu pacjent jest natychmiast w pełni przytomny i zorientowany, może się swobodnie porozumiewać z otoczeniem, a treść marzenia sennego odtwarza ze szczegółami zarówno po przebudzeniu, jak i następnego dnia. W przypadku dzieci z koszmarami sennymi nie stwierdza się zaburzeń psychologicznych, gdyż treść snów związana jest z okresem rozwoju emocjonalnego. Pacjenci, z którymi rozmawiałam, nie pamiętali, czy podczas spania mieli jakiegokolwiek sny. W klasyfikacji DSM-IV wyodrębniona jest kategoria: „zaburzenia lękowe okresu dzieciństwa i adolescencji”, do której zakwalifikowany jest lęk nocny, jednak bez opisu omawianej postaci lęku.

Analizowane powyżej kategorie diagnostyczne klasyfikacji ICD-10 oraz DSM-IV nie opisują w pełni zaburzeń, z jakimi zgłaszały się rodziny na terapię z dziećmi. Prezentowane przez dzieci zaburzenia najbliższe są kryteriom takich kategorii, jak lęk separacyjny oraz zaburzenia lękowe w postaci fobii.

Rodzaj zgłaszanych problemów można by zakwalifikować do kategorii: „czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia” (Z00-Z98), a w jej ramach do kategorii: „inne problemy związane z najbliższą rodziną, łącznie z okolicznościami rodzinnymi” (Z63) [5].

Tytuł artykułu podyktowały zgłaszane przez rodziców objawy.

Znamienny był fakt, że w przypadku rodzin pełnych na pierwsze spotkanie zgłaszali się oboje rodzice z dzieckiem, co pozwala postawić wstępną hipotezę, że być może przewidywali lub dostrzegali rodzinny kontekst zaburzeń ich dziecka.

II. Metody i techniki pracy terapeutycznej

W przypadkach rodzin zgłaszających się z dzieckiem z powodu lęku nocnego oraz związanych z lękiem zaburzeń snu prowadziłam terapię rodzinną w paradygmacie systemowym oraz terapię indywidualną dziecka w podejściu behawioralno-poznawczym.

W ramach terapii behawioralno-poznawczej dziecka, stosowaną techniką był trening relaksacyjny oraz systematyczna desensytyzacja [1, 6, 7]. Większość pacjentów dziecięco-młodzieżowych, ze względu na rozwojową podatność na uleganie sugestii, dość szybko odczuwała poczucie rozluźnienia mięśniowego oraz odprężenie emocjonalne. Po uzyskanej przez dziecko zdolności do odczuwania odprężenia, stopniowo wprowadzałam wyobrażenia związane z objawem, czyli — z nocą i snem. Wyobrażenia te, od początku ekspozycji, nie wywoływały u dzieci silnych emocji. O braku silnych emocji, związanych z wyobrażaniem sobie sytuacji wywołujących lęk, wspominałam wcześniej, dzieląc się wątpliwościami diagnostycznymi, rozważając zaburzenia lękowe w postaci fobii. Praca z dzieckiem polegająca na relaksacji i desensytyzacji prowadzona była zwykle w ramach dwóch sesji i stanowiła emocjonalne przygotowanie go do samodzielnego spania. Sesje indywidualne odbywały się zwykle co dwa tygodnie.

W pracy terapeutycznej z rodziną stosowałam podejście systemowe, w ramach którego stawiałam hipotezy, związane zarówno z fazą życia rodziny, jak i z jej specyficzną sytuacją.

W przypadku koncentrowania się na fazach życia rodziny, brałam pod uwagę głównie rodziny z dzieckiem w wieku szkolnym oraz w wieku dorastania [2, 8, 9]. Rozpatrywałam ich trudności lub/i problemy, dotyczące:

- podziału obowiązków rodziców związanych z wychowaniem i nauką szkolną dziecka,
- naturalnego rozluźnienia więzi matki z dzieckiem (szczególnie, gdy dziecko nie uczęszczało wcześniej do przedszkola),
- nawiązania przez dziecko kontaktu z nowym systemem, jakim jest szkoła,
- powrotu matki do aktywności zawodowej,
- przystosowania się rodziny do procesu dorastania dzieci oraz ich odejścia,
- stopniowego przygotowywania się rodziny do fazy pustego gniazda.

Analizując specyficzną sytuację każdej z rodzin, w większości przypadków koncentrowałam się na:

- zasadach regulujących funkcjonowanie systemu rodzinnego,
- komunikacji w rodzinie, m.in. przyzwalaniu rodziców na wyrażanie tzw. negatywnych emocji przez dziecko,
- relacjach emocjonalnych między członkami rodziny, zmianie relacji małżeńskich.

Do najczęściej stosowanych technik w pracy z rodzinami należały:

- pytania cyrkularne,
- pytania reflektujące
- przeformułowanie.

Pytania cyrkularne dotyczyły m.in. relacji w rodzinie, różnic w opisach tych relacji prezentowanych przez poszczególnych członków rodziny. Natomiast poprzez pytania dotyczące przyszłości zyskiwałam nowe możliwości rozwiązań problemów oraz przygotowania systemu rodzinnego do czekających go zmian.

Pytania reflektujące skoncentrowane były na identyfikowaniu zachowań, zdarzeń i wzorców niekorzystnych dla rodziny, a celem ich było uzyskanie zmian w systemie przekonań rodzinnych dotyczących problemu.

Przeformułowanie związane było z identyfikowaniem pozytywnych aspektów objawu oraz jego funkcji w życiu rodziny [1, 2, 4].

Praca terapeutyczna z rodziną zawierała również elementy behawioralne, polegające na propozycji stosowania wzmocnień pozytywnych przy wprowadzaniu rekwizytu, nazwanego przeze mnie „nocny łącznik”. Sesje rodzinne odbywały się raz w miesiącu i obejmowały od sześciu do dziesięciu spotkań, czyli trwały zwykle od pół roku do dziesięciu miesięcy. Przypuszczam, że sposób pracy terapeutycznej z dzieckiem oraz rodziną, poza opisaną powyżej specyfiką technik stosowanych w ramach podejścia behawioralno-poznawczego oraz paradygmatu systemowego, można by również rozpatrywać w ujęciu psychoterapii integracyjnej [1, 10, 11].

III. Wprowadzenie symbolicznego rekwizytu — „nocny łącznik”

Inspiracją do wprowadzenia symbolicznego rekwizytu, nazwanego przeze mnie „nocny łącznik”, były początki pracy z rodzinami i ich dziećmi, zgłaszającymi lęk nocny oraz zaburzenia snu. Lęki nocne przejawiały się tym, że dziecko zwykle budziło się w nocy i przywoływało rodziców do swojego łóżka lub przychodziło do sypialni rodziców, mówiąc, że boi się spać samo. W obu przypadkach, zarówno wówczas, gdy rodzice przychodzili do pokoju dziecka, jak i wówczas, gdy dziecko przychodziło do sypialni rodziców, efekt był taki sam, tzn. rodzice i dziecko spali razem. Rzadsze były przypadki, w których dziecko zgłaszało problemy z zaśnięciem i prosiło o zasypianie razem z rodzicami. Natomiast we wszystkich przypadkach, przed pojawieniem się zaburzeń lękowych, przez kilka lat dzieci bez problemów same zasypiały oraz przesypiały całą noc. Wykorzystując symboliczny rekwizyt „nocny łącznik”, pracowałam z dziećmi w wieku od 7 do 12 lat. We wszystkich przypadkach problem dostrzegali — i chcieli zmienić rodzice, natomiast dzieci nie widziały problemu w tym, że nie mogą zasnąć same lub budzą się w nocy z poczuciem lęku. Niekiedy dzieci wręcz zgłaszały zadowolenie z efektów, jakie osiągały w związku z objawami. We wszystkich rodzinach rodzice spełniali oczekiwanie dziecka i spali razem z nim, co powodowało, że z chwilą odczucia ich bliskości fizycznej, lęk u dziecka ustępował i przesypiało ono noc bez zakłóceń.

1. Idea „nocnego łącznika”

Opisane sytuacje stały się inspiracją do szukania rozwiązania, które dawałoby dziecku poczucie bezpieczeństwa oraz pozwoliło zachować emocjonalną bliskość z rodzicami, przy jednoczesnej zachowanej fizycznej odległości. Przyjęłam hipotezę, że bliskość psychiczną, przy zachowanym dystansie fizycznym, może dziecku dawać poczucie więzi. Szukając odpowiedniej formy sprawdzenia tej hipotezy, uwzględniałam możliwości

rozwojowe dzieci, szczególnie w zakresie myślenia abstrakcyjnego i rozumienia znaczeń symbolicznych. Okres życia od 7 do 12 lat cechuje faza myślenia konkretnego [12, 13, 14]. Oznacza to, że wprowadzona w terapii forma symbolicznej więzi powinna jednocześnie być konkretnym rekwizytem. Przejawem więzi mogło więc być jednocześnie symboliczne połączenie oraz konkretne „związanie”. Pojęcia więzi i przywiązania mają przypisane określone znaczenia w teoriach przywiązania, opracowanych m.in. przez takich autorów, jak Bowlby, Ainsworth czy Schaffer, opisujących wczesnodziecięce relacje dzieci z osobami znaczącymi [12, 15].

Dla celów prowadzonej terapii lęku nocnego, określenie „przywiązanie” stosuję w rozumieniu konkretnym jako „połączenie” czy „powiązanie”, co oznaczać może dosłownie „związanie”, np. za pomocą liny lub sznurka. Dlatego też, jako rekwizyty służące do „nocnego połączenia” i „powiązania” dziecka z rodzicami, proponowałam sznurki lub linki. Tak też powstała idea „nocnego łącznika”. Rekwizyt ten wprowadzany był zwykle podczas pierwszej sesji terapii rodzinnej, po wcześniej przeprowadzonej z dzieckiem desensytyzacji. W trakcie pierwszych dwóch wizyt pracowałam z dzieckiem stosując desensytyzację, która dotyczyła wizualizacji samodzielnego spania. Zwykle po dwóch sesjach dziecko wyrażało zgodę na samodzielne spanie. Informacje o wprowadzeniu rekwizytu i nazwaniu go „nocnym łącznikiem”, przekazywałam rodzicom i dziecku w formie zadania. Rodzina była informowana, że wprowadzony zostanie „nocny łącznik” między dzieckiem i rodzicami, który pozwoli dziecku być w kontakcie z nimi, w każdej chwili, gdy tego zapragnie, ale bez zmiany miejsca, tzn. bez przychodzenia rodziców do pokoju dziecka lub dziecka do sypialni rodziców. Informacja o wprowadzaniu „nocnego łącznika” przekazywana była jako zadanie do wykonania zarówno dla rodziców, jak i dziecka. Propozycja stosowania „połączenia” za pomocą sznurka zwykle wywoływała pozytywne zaskoczenie rodziny i nie zdarzyło się, aby budziła niechęć czy sceptycyzm.

2. Zawieranie kontraktu przy wprowadzaniu „nocnego łącznika”

„Nocny łącznik” przydzielany był rodzicom na przemian, tzn. w jedną noc był w rękach matki, a w drugą noc w rękach ojca. Rodzice, na zmianę, przywiązywali sobie jeden koniec sznurka do palca ręki lub nadgarstka, natomiast drugi koniec sznurka dziecko przywiązywało do swojego łóżka lub szafki nocnej, w taki sposób, aby był on w zasięgu ręki. Dzieciom nie proponowałam przywiązywania sznurka do palca ręki z trzech powodów: pierwszy powód to względy bezpieczeństwa, drugi powód uwzględniał komfort spania dziecka, a trzeci powód — to założenie, że dziecko miało sięgać po sznurek, czyli po kontakt z rodzicami wówczas, kiedy poczuje potrzebę i chęć takiego kontaktu, a nie być do nich przywiązane. Natomiast przywiązanie sznurka do ręki matki lub ojca konieczne było dlatego, aby mogli oni zareagować, czując „milczące wołanie” dziecka, czyli szarpnięcia za sznurek. Zadanie rodziców polegało na odpowiedzeniu dziecku, poprzez pociągnięcie za linkę określoną ilość razy, która wcześniej została z dzieckiem ustalona. Stosowaniu „nocnego łącznika” towarzyszyło wprowadzanie w ciągu dnia atrakcyjnych zajęć dla dziecka jako nagrody za wykonanie zadania. Atrakcyjność wprowadzanych zajęć zwykle polegała na spędzaniu czasu wspólnie z jednym lub obojgiem rodziców. Rodzaj zajęć oraz sposób ich realizacji omawiane były na sesji rodzinnej za pomocą pytań cyrkularnych.

Odstąpienie przez dziecko od zawartego kontraktu wiązało się z rezygnacją z zaplanowanych zajęć. Przyjęłam hipotezę, że mobilizacją do wykonania zadania przez rodziców będzie ustąpienie objawów, co spowoduje, że zarówno rodzice, jak i dziecko spędzą noc bez zmiany miejsca. Praktyka kliniczna wydaje się potwierdzać tę hipotezę, gdyż z dwunastu rodzin, z którymi pracowałam, tylko w dwóch przypadkach rodzice nie dotrzymali kontraktu i czasowo odstąpili od wykonania zadania, co skutkowało nawrotem objawów u dziecka. Ponowne wystąpienie objawów motywowało rodziców do szybkiego powrotu do zawartego kontraktu. Natomiast dzieci we wszystkich przypadkach przestrzegały kontrakt, pociągając za sznurek i nie przywołując rodziców do siebie oraz nie przychodząc do ich łóżka.

We wszystkich rodzinach, od momentu wprowadzenia „nocnego łącznika”, dzieci spały w swoich łóżkach. W przypadku większości rodzin stosowanie rekwizytu trwało kilka tygodni, po czym dzieci spały samodzielnie bez korzystania ze sznurka, natomiast terapia rodzinna była kontynuowana i trwała zwykle od sześciu do dziesięciu miesięcy.

3. Strategiczne funkcje „nocnego łącznika”

Przyjęłam następujące hipotezy dotyczące strategicznych funkcji „nocnego łącznika”:

- A. Zachowana zostaje więź emocjonalna z rodzicami, przy braku bliskości fizycznej. Kształtowanie tego typu więzi może pełnić funkcję modelującą relację dziecko — rodzice, w fazie rodziny z dorastającym dzieckiem oraz w fazie pustego gniazda.
- B. Zachowanej więzi towarzyszy dystans, niezbędny dla przebiegu separacji. Bez poczucia bliskości emocjonalnej z jednoczesnym przyzwoleniem na oddalenie, trudne lub niemożliwe jest doświadczanie przez dziecko separacji od rodziców.
- C. Przerwana zostaje funkcja podtrzymująca objawy, jaką było spełnianie oczekiwań dziecka, tzn. spanie razem z rodzicami.
- D. Rodzice są „dostępni”, gdy dziecko tego potrzebuje. W ten sposób modelowane są relacje typowe dla fazy rodziny z dzieckiem dorastającym. W procesie terapii modelowanie to przebiega na zakontraktowanych przez rodzinę warunkach.
- E. Zaangażowanie rodziców i zawarcie kontraktu zakładającego równy udział w eksperymencie zarówno matki, jak i ojca, jest sytuacją modelującą zmiany relacji z dzieckiem.
- F. Propozycja zastosowania „łącznika” jest sytuacją zaplanowaną i dokładnie określoną przez terapeuta, co wzmacnia poczucie bezpieczeństwa zarówno dziecka, jak i rodziców.

IV. Opis przypadku

Kontekst zgłoszenia:

Na pierwszą wizytę zgłosiła się rodzina (rodzice z dzieckiem). Adres gabinetu dał ojcu jego indywidualny terapeuta, pracujący w innym ośrodku. Terapię indywidualną oraz rodzinną prowadziłam samodzielnie.

Zgłaszany przez rodziców problem to: „lęki nocne syna oraz zaburzenia snu”.

1. Pacjent identyfikowany

Chłopiec lat 12, uczeń V klasy szkoły podstawowej. Wg rodziców od urodzenia rozwijał się prawidłowo. W dzieciństwie był silnie związany emocjonalnie z mamą. Uczy się

dobrze, lubi sport oraz zwierzęta. Nie zgłasza żadnych problemów związanych z relacjami z rówieśnikami oraz rodziną. Nie widzi też problemu związanego ze snem, choć wie, że nurtuje on rodziców.

2. Rodzina

Matka ma wyższe wykształcenie, prowadzi działalność gospodarczą, czas pracy reguluje sama. Jak podaje, pracuje umiarkowanie, ale czas na pracę poświęca również w domu. Jej zainteresowania to uczenie się języków obcych oraz ogrodnictwo. Przyznaje, że ma tendencję do nadopiekuńczości, a gdy była dzieckiem — bała się zostawać w domu wieczorem.

Ojciec również ma wyższe wykształcenie, wykonuje wolny zawód. Pracy poświęca dużo czasu, w domu jest zwykle po godz. 20, często wyjeżdża służbowo. Chodzi na terapię indywidualną z powodu, jak podaje, „problemów w porozumieniu się z żoną”.

3. Przeprowadzone badania dziecka

Przed zgłoszeniem się na terapię, chłopiec z inicjatywy rodziców był badany przez psychologa w gabinecie neuropsychologicznym, gdyż rodzice szukali neurologicznych przyczyn zaburzeń lękowych. W przeprowadzonych badaniach neuropsychologicznych nie stwierdzono zmian organicznych.

Chłopiec był również konsultowany neurologicznie oraz przeszedł badanie EEG, które zostało ocenione jako: „w granicach normy wiekowej”. W swoim gabinecie, w ramach jednego ze spotkań indywidualnych, przeprowadziłam badanie projekcyjne za pomocą Testu Zdań Niedokończonych. Pokreślenia wymagają, istotne dla dalszej pracy terapeutycznej, następujące wyniki testu:

- chłopiec chciałby, aby mama częściej wspólnie coś z nim robiła, np. grała w gry planszowe,
- spostrzega matkę jako „miłą i ładną” oraz „kochającą”,
- z ojcem chciałby spędzać dużo więcej czasu, chodzić na zajęcia sportowe, więcej rozmawiać i grać w różne gry.

Test Zdań Niedokończonych ujawnił ponadto m.in. wysoki poziom aspiracji oraz tendencje do rywalizacji z rówieśnikami, których pacjent wprost nie werbalizował. Zdania dotyczące relacji rówieśniczych pokazywały również, że badany nie czuje się zintegrowany z klasą. Natomiast ujawnione lęki dotyczyły lęku przed ciemnością we wczesnym dzieciństwie, przed szybką jazdą samochodem oraz „lęku, że może uszkodzić rybę podczas łowienia”.

V. Hipotezy diagnostyczne weryfikowane w pracy terapeutycznej

1. Hipoteza pierwsza H1 — mama jest dostępna fizycznie, gdyż jest po południu w domu, ale często jest niedostępna psychicznie i emocjonalnie, ponieważ w domu również pracuje, co jest powodem frustracji potrzeby kontaktu.

Zmiana polegała na zwiększeniu emocjonalnej dostępności matki, wprowadzeniu wspólnych zajęć z synem, m.in. rozmów, gier, spacerów.

2. Hipoteza druga H2 — Mama, z powodu swojej lękowej postawy oraz nadopiekuńczości, nie zaspokaja w odpowiednim stopniu potrzeby bezpieczeństwa syna. Ponieważ w dzieciństwie sama doświadczała lęków, kłopoty syna uruchomić mogły wspomnienia i wzmocnić postawę lękową matki. Utrudnia to jej stawianie granic oraz modeluje zachowania lękowe.

Praca ukierunkowana była na rozdzielaniu aktualnych przeżyć syna od wspomnień lęków doświadczanych przez matkę w dzieciństwie, weryfikowaniu przekazów międzypokoleniowych, dotyczących lęków, oraz na stawianie granic przez oboje rodziców w relacji z dzieckiem.

3. Hipoteza trzecia H3 — określenie matki przez chłopca jako „miłej i ładnej” może być przejawem relacji nastawionej na „poprawność i grzeczność”, co może wpływać na tłumienie emocji i wywoływać złość oraz ambiwalencję pacjenta.

W pracy skoncentrowano się na umożliwieniu chłopcu wyrażania i okazywania tzw. negatywnych emocji takich, jak: złość, niezadowolenie, rozczarowanie, smutek, lęk itp. Ujawnianym emocjom towarzyszyło zainteresowanie oraz rozumienie uczuć przez oboje rodziców. Celem była poprawa komunikacji oraz akceptacja rozpoczynającego się procesu separacji i indywidualizacji.

4. Hipoteza czwarta H4 — ojciec jest mało dostępny fizycznie i psychicznie, co jest źródłem frustracji syna i ogranicza modelowanie tzw. męskich zachowań i postaw.

Praca terapeutyczna nastawiona była na zwiększenie kontaktu ojca z synem, m.in. poprzez wspólne zajęcia i tzw. męskie zainteresowania, np. sport, motoryzacja, komputer itp.

5. Hipoteza piąta H5 — wielokrotnie werbalizowany przez chłopca niedosyt kontaktu z ojcem może wzbudzać poczucie bycia mało ważnym dla niego, co z kolei wywołuje frustrację wynikającą z niezaspokojenia jego potrzeby akceptacji i miłości ze strony ojca, a także złość oraz ambiwalencję uczuć do ojca.

W pracy podkreślano znaczenie bliskiej relacji ojca z synem, paradoksalnie szukano zachowań i sytuacji, które potwierdziłyby, że chłopiec może czuć się mało ważny. Pytania cyrkularne okazały się bardzo skuteczne w weryfikacji hipotezy oraz identyfikacji problemu.

6. Hipoteza szósta H6 — wysoki poziom aspiracji oraz tendencje do rywalizacji, przy braku satysfakcjonujących relacji z rówieśnikami, stanowić mogą dodatkowe źródło napięć, które przy zachowanej formie poprawności w komunikacji ulegają tłumieniu.

W ramach sesji rodzinnych szukaliśmy sposobów realizowania aspiracji, z możliwością, akceptowanego przez rodziców, doświadczania przez dziecko porażek oraz modelowania przez nich zachowań związanych z porażkami.

7. Hipoteza siódma H7 — ujawnione lęki związane są z lubianymi przez ojca czynnościami, takimi jak: szybka jazda samochodem oraz łowienie ryb. Lęk przed szybką jazdą samochodem oraz „uszkodzeniem złowionej ryby” — może symbolizować silne uczucia ambiwalencji oraz konfliktu lojalności w wyborze między identyfikacją z postawą silnego i odważnego ojca a delikatnej i lękowej matki.

W terapii zwrócona została uwaga na ambiwalencję oraz konflikt lojalności, które chłopiec odczuwał, szczególnie w sytuacji napięcia między rodzicami. Zwracałam uwagę na poznanie przez dziecko różnych cech osobowości rodziców, bez konieczności wyboru

między postawą matki a postawą ojca. Uwaga była również poświęcona procesom separacji oraz indywiduacji, które mogłyby przebiegać bez konieczności pełnego zaspokajania oczekiwań rodziców, antycypowanych przez dziecko.

8. Hipoteza ósma H8 — noc jest jedynym czasem, kiedy rodzina jest razem i rodzice nie są zajęci swoimi zawodowymi sprawami.

Uwaga zwrócona była na możliwości reorganizacji aktywności zawodowej rodziców i zwiększenie ich fizycznej oraz emocjonalnej dostępności. Okazało się, że w nocy rodzice byli w pełni dyspozycyjni dla syna. Gdy odczuwał lęk — okazywali mu bliskość i czułość.

9. Hipoteza dziewiąta H9 — sen jest czasem, kiedy rodzice nie kłócą się.

Noc była czasem, w którym rodzice byli „neutralni emocjonalnie” i nie było napiętej atmosfery w domu. W trakcie sesji rodzinnych pracowaliśmy nad „przeniesieniem” nocnego spokoju emocjonalnego na funkcjonowanie rodziny w ciągu dnia.

10. Hipoteza dziesiąta H10 — sytuacja konfliktu małżeńskiego obniża poczucie bezpieczeństwa dziecka.

Pomimo że rodzice starali się nie sprzeczać przy synu, chłopiec doskonale wyczuwał stan napięcia i niepokoju w rodzinie oraz mógł obawiać się pogorszenia relacji między rodzicami lub ich rozstania.

Rodzice otrzymali propozycję terapii małżeńskiej, z której nie skorzystali.

11. Hipoteza jedenasta H11 — w sytuacji konfliktu małżeńskiego zgłaszane nocne lęki przypominają rodzicom o ich znaczeniu i koniecznej obecności w życiu dziecka oraz jednoczą ich w szukaniu rozwiązań dotyczących problemu syna.

„Nocne problemy” syna skłoniły rodzinę do zgłoszenia się na terapię rodzinną.

W trakcie weryfikacji hipotezy praca nastawiona była na rozpoznanie funkcji, jaką objaw pełnił w życiu rodziny. Zastosowane przeformułowanie pozwoliło na ujawnienie pozytywnych funkcji objawu, natomiast pytania reflektujące umożliwiły identyfikowanie zachowań, zdarzeń i wzorców niekorzystnych dla rodziny.

VI. Zmiany w funkcjonowaniu dziecka i rodziny

Po trzech sesjach rodzinnych chłopiec przestał używać „nocnego łącznika” i zaczął spać sam. Ale przeniósł się na noc do pokoju, w którym czasami nocował ojciec po późnych powrotach z delegacji. Takie zachowanie dziecka stało się inspiracją do postawienia i weryfikacji kolejnych hipotez, z których trzy dotyczą relacji małżeńskiej, a jedna — relacji syna z ojcem. Hipotezy poniżej przedstawione, z uwagi na dominujące w nich tematy dotyczące relacji małżeńskiej, były przeze mnie weryfikowane na spotkaniu z samymi rodzicami.

Hipoteza dwunasta H12 — osobne spanie rodziców może być przez chłopca rozumiane jako nasilanie się konfliktu lub poluznienia więzi między rodzicami.

Hipoteza trzynasta H13 — syn zajął ojcu pokój zmuszając go w ten sposób do spania razem z matką po powrocie z delegacji.

Hipoteza czternasta H14 — syn chce skłonić ojca do wcześniejszych powrotów z delegacji.

Hipoteza piętnasta H15 — syn chce zbliżyć się do ojca i bardziej się z nim identyfikować poprzez spanie na jego tapczanie.

Weryfikacja wymienionych hipotez:

H12 — Rodzice twierdzili, że wariant osobnego spania ojca po powrocie z delegacji jest ich wspólną decyzją. Chodzi o to, żeby ojciec, wracając późno, nie budził żony. W werbalizowanym przekonaniu rodziców sytuacja ta nie oznaczała konfliktu, jednak weryfikacja hipotezy zainspirowała ich do zastanowienia się nad prezentowanym przekonaniem.

H13 — Małżonkowie zgodzili się, że być może synowi zależy, aby rodzice razem spali; hipoteza ta z jednej strony zdziwiła ich, a z drugiej — wywołała pozytywne refleksje.

H 14 — Zdaniem rodziców syn na pewno chciałby, aby ojciec wcześniej wracał z delegacji, w związku z czym ojciec zaczął zastanawiać się nad zmianą organizacji swojej pracy.

H 15 — Rodzice wyrazili przekonanie, że syn chciałby być bliżej ojca, co spowodowało planowanie przez rodzinę takich form spędzania czasu, które zaspokajałyby tę potrzebę dziecka.

W trakcie prowadzonej terapii nastąpiły zmiany w funkcjonowaniu rodziny polegające m.in. na:

- zbliżeniu się ojca i syna,
- spędzaniu wspólnie więcej czasu, zarówno w diadzie ojciec — syn, jak i całej rodziny,
- poprawie komunikacji w rodzinie,
- ustąpieniu lęku nocnego i zaburzeń snu u dziecka,
- wzmocnieniu podsystemu rodzicielskiego i małżeńskiego.

Rodzice spodziewają się narodzin drugiego dziecka, o czym poinformowali na ostatniej sesji.

Podsumowanie

W opisanym powyżej przykładzie uwagę zwraca cyrkularny udział czynników rodzinnych w utrzymywaniu objawu, w związku z czym, trudno jest traktować je rozłącznie. Dlatego też, podsumowując, chciałabym skupić się nad wybranymi procesami, które były weryfikowane hipotetycznie i korygowane terapeutycznie. Praca terapeutyczna koncentrowała się na fazie życia rodziny, komunikacji oraz relacjach rodzicielskich. Rodzina z perspektywy rozwojowej dziecka funkcjonowała na granicy dwóch faz, tzn. fazy jego późnego dzieciństwa (wiek szkolny) oraz fazy adolescencji (wiek dorostania). Jest to okres cyklu życia rodziny, w którym nastolatek podejmuje nowe zadania rozwojowe, przygotowując się do przechodzenia z roli dziecka do roli dorosłego. Dla rodziców jest to czas wielu trudnych zmian, polegających m.in. na zmianie w podsystemie rodzic — dziecko, oznaczających osłabienie koalicji z dzieckiem, wzmocnienie diady rodzicielskiej z równoczesnym rozluźnieniem granic podsystemu rodziców. Zmiany w podsystemach są konieczne, aby umożliwić dziecku zachowanie prawa do zależności, kiedy tego potrzebuje, przy jednoczesnym przyzwoleniu na separację, indywidualację i autonomię. Jest to także faza zmian w podsystemie małżeńskim, związana z przewidzianym oddalaniem się dziecka i perspektywą „pustego gniazda”. Zmiany w relacjach małżeńskich są szczególnie ważne w rodzinach, w których podsystem małżeński funkcjonował nieprawidłowo.

W opisanym powyżej przypadku, poprzez regresyjny charakter objawów, rodzina w nocy była „zapraszana” do funkcjonowania typowego dla wcześniejszej fazy życia, tzn.

okresu wczesnego dzieciństwa ich dziecka. Rodzice w nocy koncentrowali swoją uwagę na dziecku, co przejawiało się tym, że „na wołanie” spali razem z synem, natomiast w ciągu dnia ich relacje z nim były z jednej strony spolaryzowane, a z drugiej — niedostosowane do jego potrzeb. Matka była dostępna fizycznie, ale niewystarczająco dostępna emocjonalnie, natomiast ojciec był niedostępny zarówno fizycznie, jak i psychicznie.

Poza trudnościami wynikającymi z fazy cyklu życia rodziny, problemy związane były również z relacjami zarówno w podsystemie dziecko — rodzice, jak i w podsystemie małżeńskim. Z powodu niedostatecznej ilości czasu i uwagi poświęcanej dziecku, chłopiec odczuwał niezaspokajanie potrzeb: znaczenia, bezpieczeństwa, akceptacji oraz kontaktu i bliskości; tych ostatnich szczególnie w relacji z ojcem. Przeżywane przez dziecko frustracje stanowiły jedno ze źródeł odczuwanej złości i lęku. Lęk znajdował ujście poprzez zgłaszane objawy, natomiast złość nie była ujawniana, a jej skrywanie i kumulowanie dodatkowo wzmacniało poczucie lęku.

Zgłaszany w nocy lęk był „kojony” przez rodziców poprzez ich zainteresowanie, troskę, bliskość, ale też dyspozycyjność, co w rozumieniu behawioralno-poznawczym stanowiło wzmocnienie objawu, natomiast w rozumieniu cyrkularnym działało na zasadzie pętli sprzężenia zwrotnego. Drugim źródłem przeżywanego lęku było doświadczenie przez dziecko konfliktu małżeńskiego rodziców oraz oddalanie się ojca, co wywoływało poczucie zagrożenia dla dalszego funkcjonowania rodziny.

Występujące w rodzinie objawy pełniły kilka funkcji, które rozpatrywać można m.in. z perspektywy relacji małżeńskich oraz rodzicielskich, a także z perspektywy rozwojowej dziecka. Z perspektywy relacji w podsystemie rodzicielskim objawy stymulowały rodziców do współpracy i szukania pomocy oraz większego zaangażowania się ojca w relacje z synem i rodziną. Natomiast w podsystemie małżeńskim objawy „prowokowały” parę do większej bliskości, co szczególnie było wyraźne po powrotach ojca z delegacji. Z perspektywy rozwojowej dziecka, objawy wstrzymywały przejście do kolejnej fazy cyklu życia rodziny, gdyż rozpoczynająca się u niego faza adolescencji, w obliczu konfliktów małżeńskich, mogłaby okazać się zbyt trudna lub groziłaby rozpadem rodziny.

Opisana powyżej psychoterapia stanowi przykład modelu pracy terapeutycznej z dzieckiem i rodziną w przypadkach zgłaszanego lęku nocnego i zaburzeń snu u dziecka. Terapia jest prowadzona przez jednego terapeutę — psychologa. Opisany model stosowałam w pracy z rodzinami, w których miał miejsce rozwód, z rodzinami, które zmieniły miejsce zamieszkania, oraz z rodzinami, w których funkcjonowaniu nie zaszły żadne formalne zmiany.

Z dwunastu rodzin, z którymi pracowałam wg opisanego modelu, cztery rodziny stanowiły przypadki, w których podobnie jak w opisanym przykładzie nie było rozwodu ani przeprowadzki. W trzech rodzinach miała miejsce przeprowadzka, pięć rodzin było po rozwodzie. W rodzinach, w których rodzice rozwiedli się, dzieci zamieszkały razem z matkami. W przypadku dwóch rodzin dziecko zamieszkało tylko z matką, natomiast w trzech rodzinach miała miejsce rekonstrukcja rodziny, przy czym w jednej rodzinie partner matki podjął rolę opiekuńczo-wychowawczą wobec dziecka, natomiast w dwóch rodzinach partnerzy nie podjęli takiej roli. Partner matki, który aktywnie uczestniczył w opiece nad dzieckiem — po potwierdzeniu przez członków rodziny chęci podjęcia aktywnej współpracy — był włączony do procesu terapii na podobnych zasadach jak ojciec biologiczny. W rodzinach rekonstruowanych, w których partner nie podejmował opieki

nad dzieckiem, terapia z zastosowaniem „nocnego łącznika” proponowana była matce i dziecku. Zdaję sobie sprawę, iż sytuacja taka mogła w niekorzystny sposób podkreślać diadę: matka — dziecko, co z kolei stanowić mogło dodatkowy czynnik, wzmacniający niechęć partnera matki do współpracy z nią w opiece nad dzieckiem. Przyjęłam jednak założenie, że przy niechęci partnera matki do współpracy, oraz jego nieobecności na sesjach rodzinnych, udzielenie pomocy w diadzie będzie korzystniejsze niż odmowa takiej pomocy. W rodzinach, w których dziecko zamieszkało tylko z matką, w procesie terapii z wykorzystaniem „nocnego łącznika” uczestniczyła matka i dziecko.

W rodzinach, które zmieniły miejsce zamieszkania, praca nad lękiem nocnym koncentrowała się na odzyskaniu poczucia bezpieczeństwa zarówno przez dziecko, jak i rodziców. W dwóch rodzinach rodzice przeżywali poczucie niepewności i obawy dotyczące przeprowadzki oraz — często towarzyszącej przeprowadzce — zmiany sytuacji finansowej, związanej m.in. z zaciągnięciem kredytu. W trakcie zmiany miejsca zamieszkania poczucie bezpieczeństwa dziecka było też obniżone z powodu znacznie mniejszej ilości czasu, jaki rodzice poświęcali mu w tym okresie w związku z urządzeniem nowego domu oraz prezentowaniem go znajomym..

Model pracy terapeutycznej z każdą rodziną był podobny, tzn. po pierwszej sesji diagnostyczno-konsultacyjnej proponowana była dziecku desensytyzacja związana z wizualizacją nocy i snu, a następnie na pierwszej terapeutycznej sesji rodzinnej wprowadzany był „nocny łącznik” i zawierany kontrakt dotyczący jego stosowania. Obserwowałam wyjątkową skuteczność działania „nocnego łącznika”, po którego wprowadzeniu dzieci pomimo że początkowo sporadycznie wybudzały się w nocy, respektując kontrakt — przespiały noc w swoich łóżkach. W większości przypadków po kilku tygodniach, „łącznik” przestawał być używany, a dzieci przespiały noc bez zakłóceń. W tym czasie kontynuowana była systemowa terapia rodzinna, której czas trwania, a także liczba i rodzaj weryfikowanych hipotez, dostosowany był do potrzeb i problemów rodziny.

Nasuwa się pytanie o udział czynników, dzięki którym możliwe było osiągnięcie leczniczego efektu. W badaniach poświęconych czynnikom leczącym w psychoterapii wyróżnia się czynniki swoiste oraz nieswoiste [1, 10, 11]. Do pierwszej grupy, czyli czynników swoistych, zalicza się podejścia teoretyczne i techniki psychoterapii. Do drugiej grupy czynników, określanych jako nieswoiste, zalicza się przede wszystkim relację terapeutyczną, dającą pacjentom poczucie bezpieczeństwa i oparcia. Jak podkreślają autorzy warunkiem efektywności każdej terapii oraz skuteczności czynników swoistych jest udział czynników nieswoistych [10].

Piśmiennictwo

1. Czabała JC. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
2. Namysłowska I. Terapia rodzin. Warszawa: Springer PWN; 1997.
3. Orwid M, Pietruszewski K. Psychiatria dzieci i młodzieży. Kraków: Wydawnictwo Collegium Medicum UJ; 1993.
4. Józefik B. Terapia rodzin. W: Namysłowska I, red. Psychiatria dzieci i młodzieży. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.

5. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
6. Kratochvil S. Podstawy psychoterapii. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2003.
7. Bryńska A. Psychoterapia behawioralno-poznawcza. W: Namysłowska I, red. Psychiatria dzieci i młodzieży. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.
8. Namysłowska I. Późne dzieciństwo — wiek szkolny. W: Namysłowska I, red. Psychiatria dzieci i młodzieży. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.
9. Namysłowska I. Adolescencja — wiek dorastania. W: Namysłowska I, red. Psychiatria dzieci i młodzieży. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.
10. Bomba J. Integracja leczenia — próba syntezy. W: Namysłowska I, red. Psychiatria dzieci i młodzieży. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.
11. Cierpiałkowska L, Czabała JC. Psychoterapia indywidualna i grupowa. W: Sęk H, red. Psychologia kliniczna. Tom 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008.
12. Namysłowska I. Wczesne dzieciństwo. W: Namysłowska I, red. Psychiatria dzieci i młodzieży. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.
13. Obuchowska I. Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży. W: Sęk H, red. Psychologia kliniczna. Tom 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008.
14. Bee H. Psychologia rozwoju człowieka. Poznań: Wydawnictwo: Zysk i S-ka; 2004.
15. Józefik B, Iniewicz G. Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.

Adres: Małgorzata Talarczyk
Specjalistyczny Gabinet Psychologiczny
ul. Husarska 3/4, 60-331 Poznań
e-mail: talarczyk@o2.pl

