

URSZULA JAKUBOWSKA
WSP w Bydgoszczy

NIEKTÓRE PRZEJAWY LĘKU U DZIECI - OPIS PRZYPADKU

Reakcje lękowe są zjawiskiem często u dzieci spotykanym. Mają one charakter na tyle powszechny, iż traktowane są w kategoriach prawidłowości rozwojowych (Hurlock 1985, Marks 1987, Orton 1982, Popielarska 1981). Zaobserwowano również, iż treść obaw przeżywanych przez dziecko zmienia się w zależności od jego wieku. I tak, zgodnie z doniesieniem np. Marksa (1987) specyficzny dla dzieci w wieku od 8 do 24 miesięcy jest lęk separacyjny oraz obawa przed osobami obcymi. U dzieci w wieku od 2 do 4 lat dominuje lęk przed zwierzętami, zaś dzieci w wieku od 6 do 12 lat przeżywają głównie lęki o charakterze mistycznym. Jak wynika z badań Ortona (1982) mogą być to także obawy związane z zagrożeniem fizycznym, chorobą, śmiercią własną lub kogoś z rodziny, włamaniem, porwaniem itp. Lęki tego rodzaju zanikają na ogół spontanicznie po upływie kilku miesięcy lub lat od momentu wystąpienia (Beck i in. 1985, Chapman 1973, Mark 1987, Popielarska 1981). Jednakże w niektórych przypadkach, lęk występujący w sposób naturalny nie zmniejsza się, lecz utrwała i nasila, przekształcając się w lęk patologiczny - najczęściej o charakterze lęku separacyjnego lub fobii (Beck i in. 1985, Marks 1987). W obu kategoriach zaburzeń lęk ma charakter przedmiotowy, tzn. skojarzony z określonymi sytuacjami i obiektami (Popielarska 1981). W przypadku lęku separacyjnego jest to np. rozstanie z rodzicami, niezdolność do samotnego pozostania w domu, zaś w fobiach lęk wywoływany bywa np. przez ciemność, zwierzęta, osoby nieznajome (DSM-III, 1980, Międzynarodowa klasyfikacja chorób, przyczyn urazów i zgonów, 1973).

Jak dotąd, nie ustalono jednoznacznie, jakie warunki decydują o rozwoju lęku patologicznego u dzieci. Jedną z hipotez mówi o istnieniu okresu sensytywnego w kształtowaniu się niektórych form zaburzeń lękowych. Mianowicie, zadziałanie czynnika urazowego związanego specyficznie z treścią lęku przeżywanego w danym wieku (np. pogryzienie przez psa w okresie, gdy dziecko przeżywa lęk przed

zwierzętami) może stanowić przyczynę fiksacji doświadczanych obaw (Marks 1987). Na podstawie wyników badań empirycznych wiadomo również, iż tylko niektóre bodźce posiadają zdolność wyzwalania reakcji lękowych. Na przykład, Dawson i współautorzy (1986) w warunkach eksperymentu laboratoryjnego wytworzyli u osób zdrowych psychicznie fobie węży, pajaków itp.; nie udało się natomiast wyuczyć osób badanych reagowania lękiem na widok kwiatów, jeziora, czy grzybów. Przypuszcza się, iż innym z czynników wyzwalających lęk patologiczny może być stopień nasycenia środowiska, w jakim żyje dziecko - bodźcami lękotwórczymi. Proces rozwoju zaburzeń lękowych w takich warunkach bywa najczęściej długotrwały i przebiega w utajeniu, przy czym lęk patologiczny ujawnia się nagle, z dużą intensywnością, często w okolicznościach dość przypadkowych (Marks 1987). Klinicyści nawiązujący do teorii uczenia się - odpowiedzialność za występowanie zaburzeń lękowych skłonni są przypisywać interakcji czynników biologicznych, środowiskowych i osobowościowych. I tak, wśród właściwości konstytucjonalnych organizmu predysponujących do rozwoju lęku patologicznego wymienia się np. zaburzenia metabolizmu (Obuchowska 1981), wysoką reaktywność układu nerwowego i labilność procesów nerwowych (Eysenck 1973), chroniczny stan pobudzenia autonomicznego układu nerwowego (Michelson i in. 1986), mikrodysfunkcje organiczne c.u.n. (Popielarska, Mazurowa 1982, Schmidt i in. 1987). Wymienione właściwości organizmu sprawiają, iż proces nabywania reakcji lękowych zachodzi łatwiej w porównaniu z osobami nie przejawiającymi tych cech.

Charakteryzując warunki środowiskowe sprzyjające kształtowaniu się lęku patologicznego, autorzy zwracają uwagę, iż m.in. czynniki kulturowe mogą różnicować treść oraz nasilenie lęku u dzieci (Marks 1987, Richmond i in. 1984). Na przykład badania Richmonda i współautorów (1984) wykazały, że dzieci amerykańskie cechuje wyższy poziom lęku społecznego niż dzieci japońskie i kanadyjskie. Fakt ten zdaniem autorów, należy wiązać z odmiennymi kulturowo wymaganiami stawianymi tym dzieciom. W poszukiwaniu czynników patogennych o charakterze środowiskowym uwaga autorów - w największym jednakże stopniu - koncentruje się wokół rodziny dziecka. Stwierdzono, iż lęk patologiczny u dziecka rozwija się najłatwiej, gdy w jego najbliższym otoczeniu znajduje się osoba znacząca przejawiająca zaburzenia lękowe. Osoba taka - najczęściej matka - demonstrując objawy lękowe stanowi model analogicznych zachowań dla dziecka, które nabywa je przez naśladownictwo, (Beck i in. 1985, Chapman 1973, Marks

1987, Obuchowska 1981, Popielarska 1981). Innym, wymienianym czynnikiem patogennym są postawy nadopiekuńcze rodziców (Beck i in. 1985, Marks 1987). Postawy nadopiekuńcze - wyrażanie obaw o dziecko, ograniczanie jego aktywności - mogą prowadzić do kształtowania się nieprawidłowego obrazu własnej osoby u dziecka, predysponując do rozwoju lęku patologicznego. U dziecka pozbawionego bowiem satysfakcji z samodzielnych działań i pokonywania trudności powstaje łatwo przekonanie o własnej nieadekwatności, bezradności i braku możliwości wpływu na przebieg zdarzeń życiowych. Rezultatem takiej postawy wobec własnej osoby jest przejawiana przez dziecko tendencja do koncentrowania się na sygnałach zwiastujących zagrożenie. Tym samym znacznie częściej i intensywniej przeżywa ono lęk w porównaniu z rówieśnikami o wysokiej samoocenie, ufnych we własne siły i możliwości uporania się z trudnościami (Beck i in. 1985, Marks 1987). Podobna, lękotwórcza postawa wobec własnej osoby i otoczenia społecznego może kształtować się także i wówczas, gdy dziecko jest obserwatorem konfliktów między rodzicami, rywalizuje z rodzeństwem o ich uczucia, czy też wychowywane jest w atmosferze wrogości, lub chłodu uczuciowego (np. Obuchowska 1981). Warunki takie nie sprzyjają zaspokojeniu potrzeby bezpieczeństwa u dziecka, wyzwalając u niego lęk i niepokój. Przemiana lęku normalnego w patologiczny może być także rezultatem błędów wychowawczych, wynikających z braku wiedzy rodziców o prawidłowościach psychicznego rozwoju dziecka. Rodzice, obserwując u swego dziecka występowanie lęków naturalnych dla określonych faz rozwojowych, mogą je traktować jako objaw choroby, co prowadzi do nadmiernej koncentracji na symptomach lęku. Koncentrowanie uwagi na symptomach lęku posiada dla dziecka wartość gratyfikującą, czego rezultatem jest ich utrwalenie (Beck i in. 1985).

Jak się wydaje, ilustratywny dla opisywanych przez autorów zależności może być następujący przypadek kliniczny.

Maciek D., lat 10;4 (nr historii choroby 14/86 - Poradnia Leczenia Nerwic i Rozwoju Osobowości w Bydgoszczy) zgłoszony został przez matkę na konsultację psychologiczną z powodu nasilających się od kilku tygodni lęków. Jak wynikało z relacji matki, były to głównie obawy przed samotnym pozostaniem w domu, ciemnością, wejściem do piwnicy. Lęki te w znacznym stopniu dezorganizowały życie dziecka i jego bliskich. Gdy zachodziła konieczność samotnego przebywania w domu, chłopczyk spędzał czas beczynnie - zamknięty w swym pokoju. Potrafił nieruchomo siedzieć w fotelu przez kilka godzin, czekając na kogoś z domowników.

Matka zmuszona była zwalniać się z pracy, by skłonić go do wyjścia do szkoły. Po skończonych wcześniej lekcjach Maciek nie wracał do domu (chodził najczęściej bez celu po ulicach), dopóki nie miał pewności, że zastanie kogoś w mieszkaniu. Kilka dni przed zgłoszeniem się do Poradni chłopiec doznał złudzeń wzrokowych. Wydawało mu się, iż piosenkarz przedstawiony na plakacie wiszącym w jego pokoju poruszył się, chcąc do niego podejść. Chłopczyk płakał, przerażony uciekł do pokoju matki i tam zamknął się w oczekiwaniu na jej powrót. Równocześnie z obawą przed samotnym pozostaniem w domu ujawnił się lęk przed ciemnością - Maciek zasypiał tylko przy zapalonym świetle. W tym samym okresie wystąpiła również obawa przed wejściem do piwnicy, w której przechowywał rower. Z tego powodu zaniechał całkowicie jazd na rowerze, co dotychczas stanowiło jego ulubione zajęcie.

Zdaniem matki, objawy lękowe wystąpiły nagle i w dużym nasileniu, bez związku z jakimś konkretnym wydarzeniem w rodzinie lub szkole. Dotychczas Maciek nie sprawiał żadnych trudności: był zawsze samodzielny, uczy się dobrze, lubiany przez kolegów, choć w relacjach z nimi raczej bierny, podporządkowany innym. Matka określa go jako chłopca uczuciowego, skłonnego do wzruszeń, który długo i intensywnie przeżywa np. losy bohaterów filmowych, czy też inne - z pozoru nieistotne zdarzenia. Akcentuje podobieństwo między sobą a synem w sposobie emocjonalnego reagowania. Siebie również charakteryzuje jako osobę nadwrażliwą, lękową - obawia się burzy, ciemności, piwnicy, nowych sytuacji itd. Synów (Maciek ma 14-letniego brata) wychowuje sama; mąż zginął wypadku samochodowym, gdy Maciek miał 3 lata. Okres ciąży wspomina jako bardzo niespokojny. Chorowała na gripę - podawano jej w tym czasie antybiotyki. Przeżywała potem duży niepokój o to, czy urodzi zdrowe dziecko. Miewała ponadto liczne konflikty z mężem, który nadużywał alkoholu. Pożycie z mężem aż do jego tragicznej śmierci było niezgodne; synowie byli świadkami wielu kłótni, a nawet bijatyk. Obecnie matka z synami żyją w spokoju, w dobrych warunkach materialnych.

Podczas rozmowy Maciek siedział w bezruchu, usztywniony, wpatrzony w jeden punkt. Fizycznie - rozwinięty ponad wiek, o masywnej budowie ciała. Odpowiada tylko na pytania. Wypowiedzi są krótkie, lakoniczne, następują po długim milczeniu. Pytania dotyczące treści przeżywanych lęków kwituje stwierdzeniem: "strasznie denerwuję się i boję". Mówiąc o sobie i szkole podkreśla, że jest najsilniejszy w klasie i najlepiej pływa. Lubi grać w piłkę z kolegami i jeździć na rowerze.

W badaniu zastosowano test Bender-Koppitz oraz testy projekcyjne: *Moja rodzina*, *Autoportret*, *Drzewo*. W teście *Moja rodzina* Maciek obok matki, brata i siebie narysował także ojca. Wszystkie postaci - kolorowe, uśmiechnięte, umieszczone blisko siebie, na górze kartki. Zarówno rysunki figur geometrycznych w teście Bender-Koppitz jak i sylwetki członków rodziny - małe, naszkicowane cienką kreską. Autoportret chłopiec rysował niechętnie, zaznaczył tylko kontury grubą, brązową linią - tworzyły one dość dużą postać. Natomiast rysunek drzewa - bogaty w szczegóły, dokładny, kolorowy.

Wyniki testu Bender-Koppitz nie wskazywały na możliwość występowania mikrodysfunkcji organicznych c.u.n. Analiza graficznych właściwości narysowanych figur oraz testów projekcyjnych wskazywała na nieśmiałość, niepewność, ambiwalentny stosunek wobec własnej osoby, niezaspokojoną potrzebę bezpieczeństwa i emocjonalnej więzi z ojcem, skłonność do marzycielstwa, upór, wysoki poziom napięcia emocjonalnego.

Zgodnie z przyjętą behawioralno-poznawczą koncepcją rozwoju lęku patologicznego (patrz s. 137-139), podjęto psychoterapię ukierunkowaną na zmniejszenie objawów lękowych. (Dodatkowym argumentem przemawiającym za wyborem tej formy pracy był fakt, iż matka chłopca - zdając sobie sprawę z przeżywanych przez siebie trudności - nie wyraziła zgody na uczestniczenie w psychoterapii). Posłużono się tu dwiema metodami. Pierwsza z nich, to technika zbliżona do wolnych skojarzeń, przeprowadzona w stanie głębokiego relaksu mięśniowego^{*}. Jej celem było dotarcie, przy zachowanym poczuciu bezpieczeństwa u chłopca, do doświadczeń, fantazji i wyobrażeń o charakterze lękotwórczym. Zastosowano również metodę sugestii^{**} realizowaną także w stanie głębokiego relaksu, która zmierzała do obniżenia poziomu lęku, wzmocnienia poczucia bezpieczeństwa i ufności we własne siły. Przebieg sesji terapeutycznych był następujący. Spotkania z chłopcem rozpoczynano od krótkiej rozmowy na temat zwykłych, codziennych wydarzeń, w których uczestniczył on w ciągu kilku ostatnich dni oraz przeżywanych w tych momentach uczuć. Próbował on także opisać doznawane przez siebie w toku rozmowy z terapeutą - emocje. Następnie, po uzyskaniu przyzwolenia od dziecka na zastosowanie relaksacji, wprowadzono je

* Szczegółowy opis wymienionej strategii terapeutycznej zawarty jest w pracy Becka i współautorów /1985/

** Por. obszernie o zastosowaniu sugestii w leczeniu zaburzeń lękowych - Meyer i Chesser /1973/

w stan głębokiego odprężenia. Stan ten osiągnano poprzez koncentrowanie uwagi chłopca na rytmie oddychania oraz sugerowaniu uczucia ciężkości, bezwładności i ciepła w całym ciele. Po kilkunastu minutach wydawano dziecku polecenie, aby wypowiadało wszystkie, pojawiające się w danym momencie myśli. Wyrażane przez chłopca treści pogłębiane były pytaniami terapeuty. Wypowiadany ciąg skojarzeń przerywano, gdy chłopczyk zaczynał przejawiać symptomy pobudzenia emocjonalnego (przyspieszony oddech, zblednięcie, naprężenie mięśni). Wszystkie fantazje Macka nacechowane były bowiem lękiem - przedmioty i postaci pojawiające się w jego wyobrażeniach atakowały go, sam zaś czuł się bezbronny, uciekał lub szukał pomocy u osób dorosłych (mężczyzn). Wypowiedzi takie przerywano, odwołując się do sytuacji terapeutycznej, tj. "tu i teraz" i ponownie wprowadzano chłopca w stan relaksu. Pojawiające się objawy odprężenia (powolny rytmiczny oddech, rozluźnienie mięśni itd.) były sygnałem do wydawania sugestii wzmacniających "ja" pacjenta. Sugerowano zatem brak lęku, poczucie bezpieczeństwa, siłę, spokój i zaufanie do własnych możliwości poradzenia sobie z niebezpieczeństwem. Po wyprowadzeniu ze stanu relaksu chłopczyk relacjonował pojawiające się w toku sesji przeżycia. Każde spotkanie terapeutyczne trwało 1 godzinę i odbywało się raz w tygodniu. Przeprowadzono 6 sesji, przy czym już po trzecim spotkaniu zarówno chłopiec jak i matka dziecka zgłosili poprawę objawową; chłopiec sam pozostawał w domu i samodzielnie wychodził do szkoły. Opisaną powyżej procedurę terapeutyczną zastosowano na pięciu kolejnych sesjach, zaś na ostatniej - Maciek rysował przeżywane dotychczas obawy, opowiadając o nich w atmosferze zabawy i żartu. Spotkaniem tym zakończono pracę z chłopcem. W rozmowie z matką dziecka wyjaśniono mechanizm zaburzenia - zgodnie z interpretacją przedstawioną w niniejszym tekście (patrz - Omówienie). W ciągu dwóch lat od zakończenia psychoterapii nie było sygnałów o nawrocie objawów lękowych.

Omówienie

W toku sesji terapeutycznych ujawniono, iż Maciek wielokrotnie słyszał komentarze wypowiedziane przez różne osoby na temat napadu dokonanego w sąsiednim mieszkaniu. Obawiał się, iż podobne zdarzenie może mieć miejsce także i u niego w domu. Pozostając samotnie w mieszkaniu oczekiwał więc pojawienia się włamywacza; każdy szelest interpretował jako potwierdzenie swych przewidywań. Wydawało mu się, że jeśli wyjdzie ze swego pokoju, to zostanie zauważony przez bandytę i zabity. Dlatego godzinami trwał w bezruchu, nie opuszczając

pokoju. Natomiast ciemność sprawiała, iż sprzęty, ubrania itp. przybierały kształty dziwaczných stworów. Wyobrażał sobie, iż te nierealistyczne postaci mogą go porwać. Miewał także fantazje ciemnego lasu - poruszającego się i atakującego go. Natomiast będąc w piwnicy lękał się żyjących tam dzikich kotów, o których słyszał, że rzucają się na ludzi.

Obawy te, zawierające treści nierealistyczne wydają się typowe dla wieku dziecka (por. Marks 1987, Orton 1982). Jednakże, stopień ich nasilenia - tak duży, iż dezorganizujący funkcjonowanie chłopca, pozwala wnioskować o patologicznym charakterze przeżywanego lęku. Przypuszczać można, iż lęk - ujawniony nagle i z dużą intensywnością - rozwijał się przez dłuższy czas. Natomiast usłyszane opowieści były tylko czynnikami wyzwalającymi niepokój, dotychczas tłumiony i niekontrolowany. Źródła tego niepokoju należy poszukiwać, jak się wydaje, w warunkach wychowawczych nie zapewniających dziecku poczucia bezpieczeństwa (por. Obuchowska 1981). Składało się na nie: konfliktowe pożycie rodziców, w późniejszym okresie - brak ojca i opieka matki demonstrującej lękliwość oraz niepewność. Równocześnie reakcje matki mogły stanowić model zachowań lękowych dla chłopca (por. Beck i in. 1985, Marks 1987). Opisane warunki wychowawcze prawdopodobnie wpłynęły na ukształtowanie się nieprawidłowego obrazu własnej osoby u dziecka: niespójnej samooceny (chłopiec pozytywnie wartościował sprawność fizyczną, przy równoczesnym braku zaufania do możliwości poradzenia sobie w sytuacjach trudnych), niepewności, nieśmiałości. Właściwości te nie sprzyjały wytworzeniu się konstruktywnych sposobów uporania się z własnym lękiem. Zamiast nich - pojawiły się reakcje unikania sytuacji lękotwórczych. Sądzić można, iż nie bez znaczenia w rozwoju lęku patologicznego był również fakt, iż treść zasłyszanych przez chłopca opowieści dotyczących możliwych zagrożeń, tj. porwania, zabicia, zranienia, odpowiadała treści obaw przeżywanych zwykle w tym okresie rozwojowym przez dzieci. Przypadały więc one na okres sensytywny dla rozwoju tego rodzaju zaburzeń (por. Marks 1987). Równocześnie, nadmierna reaktywność emocjonalna chłopca oraz wybujała fantazja były - jak można przypuszczać - czynnikami facylitującymi wystąpienie lęku patologicznego.

Na zakończenie warto raz jeszcze podkreślić, iż problem lęku patologicznego przedstawiono tylko z jednej perspektywy teoretycznej, tj. poznawczo-behawioralnej, nie wyczerpując tym samym innych - możliwych interpretacji podjętego w niniejszym doniesieniu zagadnienia. Wydaje się także, iż wyniki przeprowadzonej w omawianym nurcie teoretycznym psychoterapii, potwierdzają dane wielu

autorów o znacznej efektywności terapii objawowej w porównaniu z przyczynową (np. Beck i in. 1985, Eysenck 1973, Meyer i Chesser 1973, Wolpe 1973). Opisana procedura terapeutyczna doprowadziła bowiem w krótkim czasie do istotnej poprawy funkcjonowania pacjenta.

LITERATURA

- Beck A., Emery G., Greenberg R.: *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. Basic Books, Inc. Publishers, New York 1985
- Chapman A.H.: *Leczenie zaburzeń emocjonalnych*. Warszawa PZWL 1973
- Dawson M.E., Schell A.M., Banis H.T.: Greater resistance to extinction of electrodermal responses conditioned to potentially phobic CSs: a noncognitive process? *Psychophysiology* 1986, 5: 552-561
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III), Washington D.C., American Psychiatric Association. 1980
- Eysenck H.J.: *Behaviour therapy: present and future*. W: J.C. Brengelman, W. Tunner (ed.): *Behaviour therapy*. Munchen-Berlin-Wien Urban & Schwarzenberg. 1973:5 - 28
- Hurlock E.: *Rozwój dziecka*. Warszawa PWN 1985
- Marks I.: The development of normal fear: a review. *Journal Child Psychology and Psychiatry* 1987, 5: 667 - 697
- Meyer V., Chesser E.S.: *Terapia behawioralna w psychiatrii klinicznej*. Warszawa PZWL 1973
- Michelson L., Maviskalin M., Marchione K., Daum C., Greenwald M.: The role of self-directed in vivo exposure in cognitive, behavioral and physiological treatments of agoraphobia. *Behaviour Therapy* 1986, 17: 91 - 101
- Międzynarodowa klasyfikacja chorób, przyczyn urazów i zgonów. Warszawa PZWL 1973
- Wolpe J., *The practice of behavior therapy*. New York Pergamon Press. 1973