

Dziecięce zespoły lękowe

Lęk i ból są dwoma podstawowymi stanami uczuciowymi, należącymi do uczuć negatywnych i to nie tylko u człowieka, ale też prawdopodobnie występującymi w całym świecie zwierzęcym. Wydawać by się mogło, że życie bez tych doznań byłoby rajem. Tak jednak nie jest. Życie przedstawia wiele niebezpieczeństw i każda żywa istota musi dysponować systemem alarmowym, który sygnalizuje zbliżające się niebezpieczeństwo.

Lęk działa z większej odległości przestrzennej i czasowej a ból w bezpośrednim zetknięciu z czynnikiem szkodliwym. Sygnały niebezpieczeństwa mogą pochodzić z zewnątrz jak i z własnego organizmu.[por3.str.33]

Innymi słowy lęk jest częścią naszej egzystencji i w sposób niezaprzeczalny należy do samego życia, chociaż nie jesteśmy go stale świadomi. W toku historii zmieniają się źródła lęku i metody zwalczania go. Człowiek żyjący w dawnych czasach bał się zjawisk natury, demonów itp. dzisiaj bardziej boi się drugiego człowieka, nowych chorób czy zanieczyszczenia środowiska. Postęp cywilizacyjny odejmując jedno źródło lęku rodzi nowe. Praktyki magiczne zwalczania lęku zastąpiono środkami farmakologicznymi i psychoterapią. A lęk stale nam towarzyszy i co najważniejsze każdy człowiek boi się na swój indywidualny sposób zależny od własnych okoliczności życia.[por6.str.9]

Prof. Antoni Kępiński pod względem genezy wyróżnił 4 podstawowe rodzaje lęku: lęk biologiczny, społeczny, dezintegracyjny i moralny.

Lęk biologiczny związany jest z wszelkimi zagrożeniami życia i zdrowia oraz ze sferą seksualną.

Lęk społeczny jest lękiem przed oderwaniem się od otoczenia społecznego, przed izolacją i odrzuceniem.

Lęk dezintegracyjny wynika z zachwiania orientacji w otaczającym świecie, w systemie wartości, w formach zachowania i celowości. Dezintegracja sama w sobie wywołuje silny lęk a ten z kolei nasila dezorientację, tak, że tworzy się

swoiste błędne koło lękowo-dezintegracyjne prowadzące do wewnętrznego chaosu.

Lęk moralny jest swoistą reakcją na naruszenie porządku moralnego, który jest najwyższą formą porządkowania aktywności ludzkiej i dlatego jego zakłócenie równa się naruszeniu integracji na najwyższym, najbardziej ludzkim poziomie.[por.3 str.247]

Niektórzy psychiatrzy wprowadzają rozróżnienie między lękiem a strachem. Ten ostatni ma się odnosić do sytuacji konkretnych, realnych a lęk do bardziej nieokreślonych. W języku potocznym i nie tylko, terminy te są używane zamiennie. Poza tym na konkretną sytuację można reagować nieproporcjonalnie a także granice realności zagrożenia bywają nieostre. Drobne zagrożenie może być źródłem nieproporcjonalnie silnej reakcji lękowej i odwrotnie.

Wielkość sygnału lękowego zasadniczo nie stanowi obiektywnej miary zagrożenia. Pokonywanie lęku określamy jako odwagę, a gdy zagrożenie jest szczególnie wielkie- jako bohaterstwo. Odwaga jest koniecznym warunkiem utrzymania życia własnego i gatunku.

Pierwszym odruchem jest zwykle ucieczka, wycofanie i ustąpienie przed groźbą otoczenia.

Z drugiej strony natychmiast włącza się żywy pęd do ekspansji, do przewyciężenia lęku i zmierzenia się z sytuacją. Następuje swoiste, wewnętrzne zmaganie się lęku z odwagą w imię różnych wartości i uczuć.[por.3 str.252-3]

Lęk pojawia się zawsze w sytuacjach nowych, w takich, do których jeszcze nie dorośliśmy tych, które pojawiają się po raz pierwszy i są nieznane. Sytuacje takie poza urokiem nowości i przygody niosą ze sobą ryzyko i lęk. Dlatego dojrzewanie, dorastanie do kolejnych etapów życia ma wiele wspólnego z umiejętnością przewyciężania lęku, czyli z odwagą.

Istnieją, więc lęki najzupełniej normalne, właściwe poziomowi rozwoju, z którymi zdrowy człowiek radzi sobie i których opanowanie decyduje o rozwoju fizycznym, psychicznym i społecznym. Wystarczy uświadomić sobie zmagania związane np. z opanowaniem chodzenia, mowy, wejścia w grupę rówieśniczą w przedszkolu czy pokonywanie kolejnych etapów kariery szkolnej. Z naturalnym dążeniem do rozwoju, do otwierania się na nowe zadania życiowe wiąże się konieczność podejmowania ryzyka, któremu zawsze towarzyszy lęk.[por.5 str.11-13]

Jednakże napięcie lękowe, które przekracza pewną miarę, dość indywidualną, lub trwa zbyt długo może obciążać poważnie psychikę i prowadzić do choroby.

Najgłębiej odciskają się w psychice te formy nadmiernego lęku, które przychodzi przeżywać we wczesnym dzieciństwie. Niemożliwy staje się wtedy aktywizujący, pozytywny aspekt przeżywanego lęku i dochodzi do zatrzymania rozwoju lub cofnięcia do wcześniejszych dziecięcych form funkcjonowania. Słaba struktura osobowości dziecka zmuszona do konfrontacji ze zbyt silnym lękiem, nie potrafi mu sprostać i jeśli nie otrzyma pomocy doznaje poważnych szkód psychicznych. Warto pamiętać też, że wyobraźnia dziecka jest żywsza niż człowieka dorosłego. W dzieciństwie obok struktur realnych istnieją nierealne. Dziecko łatwiej niż dorosły wkracza w krainę fantazji i baśni, ale te baśnie bywają często przerażające, nawet te dla małych dzieci, nie wspominając o grach komputerowych i innych współczesnych wytworach. Dziecko boi się szczególnie ciemności i nocy, bo w nich najłatwiej przekracza granice realnego świata.

Rozpoznawanie dziecięcych zaburzeń lękowych nie jest łatwe ze względu na trudności dziecka w relacjonowaniu swoich przeżyć psychicznych. Dotyczy to także dużym stopniu starszej młodzieży. Często powstaje rozdzźwięk między oceną kliniczną lekarza, obserwacją rodziców a dzieckiem, które słownie nie potwierdza przeżywania napięcia lękowego.

Wg. prof. J. Rabe-Jabłońskiej zaburzenia lękowe dotyczą około 20% dzieci, przy czym w okresie pokwitania występują nieco częściej u dziewcząt. Znaczna grupa dzieci z zaburzeniami lękowymi źle funkcjonuje społecznie przez cały okres dzieciństwa, dojrzewania a nawet dorosłości.

Stwierdzono swego rodzaju kontinuum objawów lękowych. I tak u dzieci, które w okresie wczesnego dzieciństwa miały objawy lęku separacyjnego, w okresie późniejszym stwierdzano objawy lęku uogólnionego lub zaburzenia paniczne.

Z wielu badań jednoznacznie wynika, że dziecięce zaburzenia lękowe, w tym szkolne, są poważnym problemem zdrowotnym i społecznym, gdyż powodują zaburzenia funkcjonowania, niskie poczucie akceptacji społecznej oraz łączą się z wysokim ryzykiem wystąpienia depresji.[por. 4]

Niektórzy autorzy uważają, że jedynym rodzajem zaburzeń lękowych specyficznym dla dzieci jest lęk separacyjny.

Międzynarodowa klasyfikacja zaburzeń psychicznych ICD-10, F 93 przy zaburzeniach emocjonalnych dziecięcych wymienia: lęk separacyjny, lęk społeczny i fobie dziecięce a na pograniczu plasuje się mutyzm wybiórczy, F94. [Por.2]

Lęk separacyjny

U niemowląt po 6 miesiącu życia i dzieci przedszkolnych normalnym zjawiskiem jest okazywanie pewnego lęku w obliczu oddzielenia od osób, z którymi dziecko jest związane, szczególnie od matki. Od normalnego lęku przed rozstaniem, lęk separacyjny różni się niezwykle nasileniem, utrzymywaniem się poza zwykłym zakresem wiekowym i występowaniem istotnych trudności w funkcjonowaniu społecznym. Kluczową cechą lęku separacyjnego jest silny, zogniskowany lęk przed rozłąką z osobami znaczącymi. Zaburzenie to rozpoczyna się zwykle między 2 a 5 rokiem życia i jest ściśle związane z nieprawidłowościami w przebiegu normalnego procesu separacji – indywiduacji dziecka. Objawia się skrajnie nasilonym lękiem, z kurczowym czepianiem matki, rozpaczliwym płaczem lub napadami złości. W skrajnych przypadkach lęk separacyjny może doprowadzić do bardzo poważnych zaburzeń psychicznych wczesnodziecięcych [por. 5, s.41). W wieku szkolnym przybiera on różne manifestacje:

- nierealistyczne zamartwianie się hipotetycznymi nieszczęściami, chorobami, które mogą te osoby spotkać w czasie pobytu w szkole,
- obawa, że osoby te gdzieś odejdą i nigdy nie wrócą, obserwuje się szczególnie w sytuacjach kryzysu lub rozpadu rodziny,
- utrwalona odmowa chodzenia do szkoły z obawy przed rozłąką,
- utrwalona niechęć kładzenia się do snu,
- utrwalony lęk przed samotnością w domu,
- koszmary nocne o treści rozłąkowej,
- powtarzające się objawy somatyczne w sytuacjach rozłąki [wymioty, bóle brzucha, głowy, omdlenia itp.],
- przedłużający się płacz, apatia, wycofanie lub napady złości w sytuacjach rozłąki.

Lęk społeczny w dzieciństwie

U małych dzieci jest zjawiskiem normalnym zachowanie pewnej ostrożności, nieufności i strach w kontaktach z obcymi oraz w nowych sytuacjach, większy niż u starszych. O rozpoznaniu lęku społecznego decyduje stopień nasilenia i przede wszystkim

towarzyszące objawy świadczące o dezorganizacji funkcjonowania społecznego, szczególnie w grupie rówieśniczej. Dzieci te często pełnią rolę kozłów ofiarnych w klasie, wycofane z grupy, nie mają przyjaciół unikają udziału w zabawach i zajęciach pozaszkolnych. W bardziej nasilonych przypadkach odmawiają chodzenia do szkoły, często za pomocą manifestacji chorób somatycznych, a w znacznych nasileniach lęku dochodzi do odmowy wychodzenia z domu. Dzieci z lękiem społecznym często uważa się za wyjątkowo wstydliwe i umyka uwadze istotny element lęku. W okresie pokwitania lęk społeczny manifestuje się często, jako silna obawa przed oceną publiczną, czy upokorzeniem. W skrajnym nasileniu lęku mówi się czasem o fobii społecznej [por. 1, str. 94].

Fobie dziecięce

Polegają na doznawaniu bardzo silnego lęku zogniskowanego na najrozmaitszych przedmiotach i sytuacjach, np. niegroźnych zwierzętach, owadach, korzystaniu z toalety itp. Zwykle występują u małych dzieci, są zwiewne i przeważnie nie wymagają leczenia, czasem pomocy psychologicznej.

Mutyzm wybiórczy

Liczni autorzy stoją na stanowisku, że zaburzenie to winno być klasyfikowane wśród zaburzeń lękowych. Stwierdzono wyraźne związki między mutyzmem wybiórczym, a lękiem społecznym.

Przejściowy, ograniczony w czasie mutyzm małych dzieci jako przejaw reakcji na separację i nową sytuację jest zjawiskiem normalnym.

W swej istocie mutyzm wybiórczy polega na tym, że dziecko mówi w pewnych sytuacjach osobami z wybranymi osobami, a w innych całkowicie milczy. Zaburzenie najczęściej rozwija się między 5-6 rokiem życia i w typowych sytuacjach dziecko rozmawia w domu, z bliskimi przyjaciółmi a milczy w szkole i w stosunku do obcych.

Rozpoznanie mutyzmu wybiórczego wymaga ustalenia, że dziecko ma prawidłowo rozwinięte rozumienie mowy, potrafi posługiwać się mową czynną, oraz że w pewnych sytuacjach potrafi mówić normalnie lub prawie normalnie, że nawiązuje komunikację werbalną. Rozpoznanie wymaga utrwalenia w czasie tego zaburzenia, zwykle kilka miesięcy. Najczęściej niestety trwa od kilku lat w chwili zgłoszenia się do leczenia. Milczenie występuje konsekwentnie stale w określonych sytuacjach i jest przewidywalne. Dzieci te są zwykle nieśmiałe, wycofane nieco depresyjne i uparte.

Utrzymywanie się mutyzmu powyżej 10 roku życia zwykle źle rokuje, dlatego wczesne podjęcie leczenia jest konieczne. Stosuje się metody psychoterapeutyczne, a w wielu przypadkach dobre efekty uzyskujemy stosując leki obniżające napięcie lękowe i przeciwdepresyjne.

Fobia szkolna

Najwięcej wątpliwości budzi odmowa chodzenia do szkoły, potocznie zwana fobią szkolną. Jest częstym powodem zgłaszania się do poradni zdrowia psychicznego. Zaburzenie to najczęściej występuje przy rozpoczęciu nauki szkolnej i zmianie szkoły, szczególnie około 13-14 roku życia. Skuteczna odmowa chodzenia do szkoły jest częstsza w szkołach ponadpodstawowych i występuje tak samo często u chłopców jak i dziewcząt. Początek może być nagły lub nasilać się stopniowo. Podstępny, narastający początek ze stopniowym wycofywaniem się z kontaktów społecznych częściej występuje u starszej młodzieży i wymaga szczególnie dokładnej diagnozy.

To, co bywa nazywane fobią szkolną należy rozumieć jako jeden z objawów bardzo różnych zespołów zaburzeń psychicznych mających różne uwarunkowania i wymagających różnych metod leczenia.

I tak powodem odmowy chodzenia do szkoły może być:

- lęk separacyjny przeżywany przez dziecko. Zwykle występuje u młodszych dzieci i nie dotyczy lęku przed szkołą, ale przed rozłąką z rodziną. Sytuacja wymaga dokładnej diagnozy rodzinnej i pediatrycznej, ponieważ często tutaj dochodzi do somatyzacji lęku tj. imitowania różnych chorób:
- lęk separacyjny przeżywany przez rodziców, szczególnie przez matki. Lękowa, wiążąca postawa matki udziela się dziecku i sankcjonuje pozostawanie dziecka w domu,
- udawanie choroby jako wyraz ucieczki przed trudnościami, brakami zadań i narosłymi zaległościami w nauce,
- uzasadniony strach w sytuacji działającego gangu szkolnego, przemocy rówieśniczej, niezrównoważonego nauczyciela itp.
- zespół dziecka nadwrażliwego, szczególnie w chorobach przewlekłych np. astma czy cukrzyca,
- nierozpoznane obniżenie sprawności intelektualnej czy deficytów parcjalnych specyficznych,
- szczególna forma buntu w przebiegu kryzysu dorostaniowego,

- lęk związany z seksualnością u starszych dzieci, zwykle zaczyna się problemami na zajęciach wf,
- ujawnienie depresji młodzieńczej manifestującej się silnym lękiem, obniżeniem nastroju poczuciem bezwartościowości, utratą celu i sensu życia z myślami samobójczymi włącznie,
- ujawnienie psychozy schizofrenicznej manifestującej się lękiem wynikającym z dezintegrujących funkcjonowanie przeżyć urojeniowo- omamowych i mniej lub bardziej nasilonego autyzmu.

Postępowanie w przypadku skutecznej odmowy chodzenia do szkoły należy rozpocząć od wnikliwego, wielostronnego rozeznania sytuacji dziecka. W każdym przypadku konieczne jest zapewnienie pomocy psychologicznej dziecku i jego rodzicom. W uzasadnionych diagnostycznie przypadkach zachodzi konieczność leczenia farmakologicznego a nawet hospitalizacji psychiatrycznej.

W każdym przypadku należy jak najszybciej doprowadzić do powrotu do szkoły. Zapewnienie nauczania w domu jest najczęściej niewłaściwe. Zmniejsza presję powrotu do normalności zarówno w stosunku do dziecka jak i rodziców, sankcjonuje nienormalną sytuację i pogłębia trudność powrotu do szkoły.

Prawdopodobieństwo powodzenia leczenia jest tym większe im młodsze dziecko, im szybciej podejmie się terapię i im objawy są mniej nasilone. Trzeba pamiętać, że mimo powrotu do szkoły u dziecka utrzymują się nadal trudności nawiązywania dobrych relacji rówieśniczych i zaburzenia emocjonalne. Chodzi o to, aby takiego dziecka nie zostawiać samemu sobie.

Ze względu na występujące często kontinuum zaburzeń lękowych przechodzących w różnych innych formach na okres dorastania i dorosłości, stanowią one poważny problem zdrowotny i społeczny. Diagnostyka ich bywa trudna. Podobnie złożone są przyczyny takie, jak: występowanie rodzinne zaburzeń lękowych, katastroficzne wydarzenia życiowe, czy też, najczęściej, kumulacja wielu sytuacji trudnych, z zaburzeniami więzi z rodzicami na czele. Dlatego wczesna diagnostyka psychologiczna i psychiatryczna zaburzeń lękowych oraz udzielenie właściwej pomocy dziecku i rodzinie ma znaczenie nie tylko terapeutyczne, ale także profilaktyczne, zapobiegające wielu poważnym zaburzeniom funkcjonowania społecznego w późniejszych okresach życia.

Literatura:

1. Goodmann R., Scott S. Psychiatria Dzieci i Młodzieży, Wyd. Med., Wrocław 2003
2. ICD-10 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych zaburzeń zachowania, Uniw. Wyd. Med. Kraków-Warszawa 2000
3. Kępiński A., Lęk, PZWL Warszawa 1987
4. Rabe-Jabłońska, Dziecięce zaburzenia lękowe, w Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży, nr3, 2001
5. Orwid M., Pietruszewski K., Psychiatria Dzieci i Młodzieży, Coll. Med. Kraków 1996
6. Riemann Fritz, Oblicza lęku, Wyd. WAM, Kraków 2005
7. Scully James H. Psychiatria, Wyd. Med. Wrocław 1998