

Anksiozne motnje pri otrocih in mladostnikih

Bernarda Dobnik Renko*
Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana

Povzetek: Anksioznost je ena izmed najpogostejših duševnih motenj v otroštvu in mladostništvu. Če se anksioznih motenj ne zdravi, se simptomi sčasoma stopnjujejo in nadaljujejo v kasnejša razvojna obdobja. Pri zdravljenju je ključna čim zgodnejša obravnava, saj je za osebe z nezdravljeno anksiozno motnjo značilna manjša učna učinkovitost, opustitev šolanja in socialna izolacija. Učinkovita metoda zdravljenja je kognitivno-vedenjska terapija, glavna načela smo povzeli v tem članku.

Ključne besede: anksiozne motnje, kognitivno-vedenjska terapija, otroci, mladostniki

Anxiety disorders in children and adolescents

Bernarda Dobnik Renko*
The Counselling Centre for Children, Adolescents and Parents Ljubljana, Slovenia

Abstract: Anxiety is one of the most common mental disorders in childhood and adolescence. If it is not treated, the symptoms aggravate over time and continue into adulthood. Early treatment is important, because an untreated anxiety disorder often results in lower academic efficiency, school abandonment and social isolation. Cognitive behavioural therapy is an effective method of treatment, and the main principles thereof are presented in this article.

Keywords: anxiety disorders, cognitive-behavioral therapy, children, adolescents

*Naslov/Address: dr. Bernarda Dobnik Renko, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana, Gotska 18, 1000 Ljubljana, e-mail: bernarda.dobnik-renko@scoms-lj.si

Strah je normalno čustvo v vseh življenjskih obdobjih in lahko omogoča prilagojeno reakcijo na določeno situacijo. Devetdeset odstotkov otrok od 2. do 14. leta doživi vsaj enega od strahov. Z razvojem se določeni strahovi pojavljajo in izginjajo (npr. strah pred temo, strah pred ločitvijo od matere, strah pred tujci, strah pred mitološkimi bitji ipd.). To je posledica bogatenja otrokovih izkušenj s svetom ter vse boljše percepcije realnosti. Otroški strahovi so sprva namišljeni (tema, pošasti), nato pa postajajo bolj diferencirani, specifični in realistični (socialna sprejetost, šolska uspešnost). Nekateri strahovi niso vezani na razvojno obdobje in so pri ljudeh univerzalni (npr. strah pred hudo boleznijo, strah pred tem, da bi se kaj hudega zgodilo bližnjim ljudem). Strahovi so lahko različno močni in prehajajo od blagih do zelo intenzivnih. S starostjo se število strahov večinoma zmanjšuje (Bauer, 1976, V Kendall, 2006), kljub temu pa Ollendick s sodelavci (1994) navaja, da imajo adolescenti med 16. in 18. letom v povprečju še vedno okoli 12 strahov. Dekleta poročajo o pogostejših strahovih kot fantje, pri čemer moramo upoštevati možnost, da fantje zaradi pričakovanj okolja ne navajajo toliko strahov, čeprav jih doživljajo. Obstajajo tudi individualni dejavniki, kot so temperament, življenjske okoliščine, pretekle izkušnje, ki vplivajo na pojav strahov pri otroku.

Vsak strah pri otroku še ne izpolnjuje diagnostičnih meril za anksiozno motnjo, saj so strahovi del običajnega otroškega razvoja. Strah pred ločitvijo je tipični razvojni strah med 12. in 18. mesecem starosti, med drugim in četrtem letom se otroci pogosto bojijo strel in grmenja. Med četrtem in petim letom je običajen strah pred smrtjo, med petim in sedmim pa pred bacili, naravnimi katastrofami in pošastmi. V adolescenci (med 12. in 18. letom) je običajen strah pred zavrnitvijo s strani vrstnikov (Beesdo idr., 2009, v Raggi, 2018).

Anksioznost je multidimenzionalno stanje, ki se kaže na fiziološki, vedenjski in kognitivni ravni. K vedenjskim pokazateljem anksioznosti štejemo izogibanje, grizenje nohtov, jok, okamenelost, sesanje palca in podobno (Barrios in Hartmann, 1997). Fiziološke reakcije vključujejo povečano aktivnost avtonomnega živčnega sistema, potenje, bolečine v trebuhu, tresenje, pogosto potrebo po uriniranju ipd. Raggi s sodelavci (2018) poudarja, da lahko fiziološki znaki anksioznosti vodijo k izogibanju sprožilnih situacij. Na kognitivni ravni imajo anksiozni otroci pogosto negativna prepričanja: da se jim bo kaj neprijetnega zgodilo, misli v zvezi z nevarnostmi in pretirano samokritičnost. Anksiozna motnja se od strahu loči po tem, da so strahovi pri njej intenzivnejši, trajajo v naslednja razvojna obdobja (ko bi pričakovali, da bi le-ti že minili) in vodijo v pomembno oviranost v vsakodnevnem funkcioniranju. Oviranost se lahko kaže na področju spanja, učne učinkovitosti, socialnih odnosov in v čustvenem delovanju, pomemben vpliv pa ima tudi na delovanje družine (Raggi idr., 2018, Carr, 2016).

Anksioznost sodi med najpogostejše duševne motnje pri otrocih in mladostnikih in je pogost razlog za iskanje strokovne pomoči (Benjamin, Costello in Warren, 1990), njeno pojavnost ocenjujejo na 10–20 % (Merikangas idr., 2002, v Raggi idr., 2018). Lahko se pojavi že v otroštvu, začetek pa variira glede na to, za katero anksiozno motnjo gre (Beesdo,

Knappe in Pine, 2009, v Raggi idr., 2018). Obstaja visoka stopnja soobolevnosti (Carr, 2016), najpogosteje z depresijo (16,2 %), motnjami vedenja (14,8 %), motnjo aktivnosti in pozornosti (11,8 %) ter zlorabo substanc (11 %). Last, Strauss in Francis (1987) poročajo, da ima kar 80 % otrok z anksiozno motnjo še najmanj eno dodatno diagnozo. Študije kažejo, da se anksiozni simptomi sčasoma stopnjujejo, zato obstaja velika verjetnost, da se anksioznost, če ni zdravljena, pri otroku nadaljuje tudi v puberteto in odraslo obdobje (Kendall, 1994). Posledično je pri teh otrocih in mladostnikih pogosta manjša učna učinkovitost, opustitev šolanja in socialna izolacija (Carr, 2016), zaradi česar je ključna čim zgodnejša obravnava.

Vzroki anksioznih motenj

Anksiozna motnja je navadno posledica več dejavnikov: temperameta (negativnih čustev), zgodnjih izkušenj in specifičnih življenjskih dogodkov (Barlow, 2000).

Negativna čustva

Za otroke z različnimi tipi anksioznih motenj je značilno, da imajo povečano občutljivost za negativne dogodke, ogrožajoče objekte ali informacije. Ti otroci hitreje doživljajo žalost, strah in skrb kot ostali (Gray in McNaughton, 1996). Ta temperamentna lastnost ali zgodnja osebnostna poteza ustvarja pri otroku povečano tveganje za doživljanje negativnih čustev in razvoj anksioznih motenj. Tako kot negativna čustva so za vse anksiozne motnje značilni povečani fiziološki odzivi (tresenje, hitro bitje srca, suha usta, vrtoglavica, slabost, občutek dušenja, bolečina v prsih ipd.), kar se najmočneje pokaže pri paničnem napadu.

Zaznava nadzora

Otroci, ki imajo občutek, da ne morejo nadzirati stvari (npr. svojih reakcij, vedenja staršev ali vrstnikov, svojih igrač ali hrane), se nagibajo k bolj negativnemu odzivanju na stresne dogodke. Občutek, da stvari ni mogoče imeti pod nadzorom, se krepi z otrokovimi zgodnjimi izkušnjami, ko ni imel dovolj priložnosti za pridobivanje izkušenj o svetu, ko ni imel dovolj uspešno uresničenih izzivov ali spodbude staršev ob pravem trenutku. Te zgodnje izkušnje oblikujejo posameznikov pogled na svet. Za premagovanje anksioznosti bi moral otrok razviti občutek, da lahko obvlada negativne dogodke (Chorpita in Barlow, 1998; Kendall in Treadwell, 1996).

Specifične življenjske izkušnje

Neugodni življenjski dogodki (npr. partnerske težave, zlorabe, nevarna navezanost), čezmerna skrb staršev za otroka ali kritični starši z zelo visokimi standardi, pomanjkanje čustvene topline ali anksiozni starši (Raggi idr., 2018) so nekateri od dejavnikov v okolju, ki povečujejo verjetnost za nastanek anksiozne motnje.

Nekatere vrste anksioznih motenj

Anksiozne motnje so zelo raznolike in se lahko kažejo v različnih pojavnih oblikah. V nadaljevanju so predstavljene nekatere najpogostejše.

Separacijska anksioznost (ločitvena tesnoba)

To je za starost neznačilna tesnoba, ki se pojavi ob ločitvi od staršev. Vključuje strah pred tem, da se bo med ločitvijo od enega ali obeh staršev otroku ali staršem zgodilo kaj nevarnega (npr. poškodba, ugrabitev, umor, smrt, da se bo izgubil). Otrok lahko odklanja odhod v šolo, ne upa biti sam doma, ne upa iti spat brez spremstva staršev, ne more prespati zunaj doma, ima nočne more na temo ločitve, ob ločitvi pa doživlja hudo stisko in fiziološke simptome, kot so glavoboli, bolečine v trebuhu ipd. Za postavitev diagnoze se mora anksioznost pojaviti pred 18. letom, trajati mora vsaj štiri tedne in pomembno ovirati otrokovo vsakodnevno delovanje.

Generalizirana anksiozna motnja

Je pretirana skrb, občutek tesnobe in nemir, ki ga oseba ne more nadzorovati in ni vezana na posebne zunanje sprožilne dejavnike. Bojazen, ki je generalizirana in trajna, se lahko nanaša na družino, prijatelje, ocene, zdravje in druge, lahko manj pomembne stvari ali situacije. Otrok z generalizirano anksiozno motnjo ne more nadzirati skrbi, ko se pojavijo, in ima skrbi večino dni, vsaj šest mesecev. Otrok ima poleg skrbi enega ali več znakov povečanega fiziološkega vzburjenja, kot so nemir, utrujenost, težave s koncentracijo, razdražljivost, napetost, težave s spanjem, tresenje, mišična napetost, vrtoglavica. Pri ločevanju normalne in pretirane zaskrbljenosti upoštevamo predvsem, koliko je skrb pretirana (čezmerna) glede na situacijo. Redko se pojavi kot samostojna motnja in je pogosto del širše psihopatologije (Pine in Klein, 2015).

Socialna fobija

Socialna fobija je pretiran in hromeč strah pred socialnimi situacijami, kjer se otrok izpostavi pred vrstniki, odraslimi, nepoznanimi osebami, ki bi ga lahko ocenjevali. Kaže se lahko kot panični napad, jok, »zamrznitev«, napad besa ipd. Fobija se lahko pojavi samo v eni situaciji (npr. govorjenje pred ljudmi), lahko pa je generalizirana in se pojavlja v različnih socialnih situacijah. Fobija se lahko stopnjuje do paničnih napadov. Za potrditev diagnoze mora socialna fobija trajati vsaj šest mesecev.

Selektivni mutizem

Glavna značilnost selektivnega mutizma je, da otrok v šoli, vrtcu ali s tujci ne govori, govori pa doma ali z dobrimi prijatelji. Praviloma se motnja začne v predšolskem obdobju, povezana pa je s socialno anksioznostjo (Carr, 2016).

Specifične fobije

Specifična fobija je pretiran in hromeč strah pred določenimi objekti ali situacijami. Fobije so lahko povezane z živalmi (npr. pred psi, pajki, kačami), z naravo (npr. plavanje, višina, grmenje, letenje), s situacijami (npr. množica ljudi, zaprti prostori, uriniranje v javnih prostorih), s krvjo/poškodbami/injekcijami (pogled na kri, bakterije, obisk zobozdravnika) in druge (npr. pred klovni, določenimi jedmi). Reakcija na stresor se navadno kaže kot ekstremni strah ali se stopnjuje do panike. Za potrditev diagnoze mora specifična fobija trajati vsaj šest mesecev.

Obsesivno-kompulzivna motnja

Za obsesivno-kompulzivno motnjo so značilne ponavljajoče se neželene misli in podobe (obsesije), ki so pogosto povezane z vedenjskimi rituali (kompulzijami), katerih funkcija je zmanjšanje anksioznih misli in napetosti. Ker so obsesivne misli izjemno neprijetne, jih otrok poskuša izriniti ali potlačiti. Zmanjšati jih skuša s pomočjo kompulzij. Obsesije so lahko misli o poškodovanju drugih, natančnem urejanju stvari, stiku z bakterijami, o spremembi zunanjega videza, o izgubi ljubljenih ljudi ali stvari, bolezni. Kompulzije najpogosteje vključujejo štetje, umivanje, ponavljajoče se preverjanje stvari, večkratno ponavljanje pisanja domačih nalog, ponavljanje vprašanj, preverjanje varnosti ali kopičenje stvari. Motnja se kaže v zelo raznolikih kombinacijah: večinoma v kombinaciji obsesij in kompulzij, lahko pa tudi s samimi obsesijami ali le s kompulzijami. Študije kažejo, da ima približno 40 % otrok samo kompulzije (Pine in Klein, 2015).

Panična motnja

Pri panični motnji gre za nenaden pojav ekstremnega strahu brez znanega sprožilca. Telesni občutek (npr. povečan utrip srca, dušenje, vrtoglavica) sproži skrb za zdravje, stopnjevanje te skrbi pa vodi v stopnjevanje telesnih simptomov, dokler ne pride do paničnega napada, ko anksioznosti ni mogoče več nadzirati. Pri paničnem napadu se navadno pojavlja cela paleta simptomov fiziološkega vzburjenja, kot so hitrejši pulz, občutek dušenja, potenje, vrtoglavica, bolečina v prsih ipd. Močne fiziološke reakcije spremlja strah pred smrtjo, občutek popolne izgube nadzora in strah pred norostjo. Panična motnja se včasih povezuje z agorafobijo, saj se otrok izogiba okolju, ki bi v njem lahko sprožilo anksioznost. V literaturi je navedenih nekaj primerov, ko se je panična motnja pojavila pri otroku v predpubertetnem obdobju, načeloma pa je ta motnja pri otrocih redka. Pogosteje se pojavlja pri mladostnikih, prvi napad panike pa po navadi nastane spontano (Pine in Klein, 2015).

Posttravmatska stresna motnja

Pri posttravmatski stresni motnji gre za zastrašujoče misli in stalno naraščajoče vznemirjenje, ki je posledica izpostavljenosti travmatskemu dogodku ali dogodkom. To

so dogodki, kjer je šlo za resnično ali zaznano grožnjo smrti ali resne poškodbe sebe ali drugih (npr. prometna nesreča, družinsko nasilje). Za diagnozo je potrebno vsaj enomesečno trajanje in simptomi vsaj na treh področjih:

- podoživljanje dogodka (nočne more, vsiljivi spomini, ponavljajoča se igra na temo travme),
- čustveno ali vedenjsko izogibanje objektom ali znakom, ki spominjajo na situacijo (npr. zavračanje pogovora na temo travmatskega dogodka, izogibanje dejavnostim ali okoliščinam, ki spominjajo na travmo, čustvena otopelost, upad upanja glede prihodnosti),
- stalen občutek povečanega vznburjenja (npr. pogosta zdrznjenja, težave s spanjem ali koncentracijo).

Če simptomi trajajo krajši čas, gre najverjetneje za akutno stresno reakcijo.

Odklanjanje šole (šolska fobija)

Odklanjanje obiskovanja šole v diagnostičnih priročnikih ni navedeno kot samostojna diagnoza, vsebuje pa več simptomov anksioznosti. Navadno se pojavlja pri otrocih s separacijsko anksioznostjo, s socialno fobijo ali pri drugih diagnozah. Obravnavamo ga kot stanje, pri katerem je potrebna čim prejšnja pomoč, saj se motnja z vsakim dnem, ko otrok ostane doma, stopnjuje. Odklanjanje šole zaradi anksioznosti je lahko tako pozitivno (pri separacijski anksioznosti) kot negativno ojačevano (pri socialni anksioznosti) vedenje (Kearney, 2008). Odklanjanje šole je pogosto povezano z resnimi in neugodnimi posledicami (King in Bernstein, 2001), vključno z učnim neuspehom, družinskimi težavami, težavami v medvrstniških odnosih, pa tudi z mnogimi dolgoročnimi posledicami (Kearney in Albano, 2000).

Ocena anksiozne motnje

Ocena anksiozne motnje mora biti multidimenzionalna (upoštevati mora informacije različnih virov: otroka, staršev, učiteljev ...) in razvojno naravnana (upoštevati mora specifičnosti razvojnega obdobja otroka). Achenbach, McConaughy in Howell (1987) priporočajo uporabo kliničnih intervjujev, samoocenjevalnih lestvic, ocen staršev in vzgojiteljev/učiteljev, opazovanja vedenja, fizioloških merjenj ter ocene družinske situacije. Za terapijo anksiozne motnje je zelo pomembno, da je ocena sestavljena tako iz diagnostičnega ocenjevanja kot tudi iz funkcionalne analize vedenja (Raggi idr., 2018). Diagnostična ocena je sestavljena iz podrobnega razgovora tako s starši kot z otrokom, kadar je možno, pa pridobimo informacije tudi iz drugih virov (npr. vrtci in šole). V razgovoru moramo povprašati o telesnih dejavnikih, ki so lahko vzrok simptomov, podobnih anksioznosti (npr. moteno delovanje ščitnice), in o razvojni anamnezi, kjer iščemo druge vzroke izogibanja socialnim situacijam (npr. spekter avtističnih motenj, nižje intelektualne zmožnosti ipd.).

Z razliko od diagnostične ocene, kjer zbiramo podatke o resnosti in trajanju motnje ter o z njo povzročeni oškodovanosti, nas s funkcionalno analizo vedenja (FAV) zanima širši kontekst začetka motnje in vzdrževalnih dejavnikov (Raggi idr., 2018). Po narejenem FAV naj bi terapevt vedel, katere

situacije pri otroku zbudajo anksioznost, kaj misli, da se bo zgodilo, če se anksioznost ne bo zmanjšala, katera so varnostna ali izogibalna vedenja, kaj vzdržuje izogibalna vedenja in kako vplivajo na otrokovo življenje (katere dogodke, situacije izpušča). Ocenimo:

- čustva (negativna in pozitivna, ki razlikujejo anksiozne od depresivnih otrok),
- vedenje in simptome,
- perspektivo klienta (želje otroka in pričakovanja družine, cilji terapije),
- sprožilne dejavnike,
- okoljske dejavnike (partnerski odnos, stresorji v družini, medosebni konflikti, podporni dejavniki v družini, vzgojne metode, šolska situacija, interesna področja),
- funkcioniranje (koliko otroka motnja ovira pri šolskem delu, z vrstniki, doma).

Terapija

Vedenjsko-kognitivna terapija je učinkovita metoda obravnave anksioznih motenj. Reinecke, Dattilio, in Freeman (2003) poročajo, da kar 55–65 % otrok, ki so končali terapijo, ne dosega več diagnostičnih meril za anksioznost. Metode so primerne tudi za zelo mlade, predšolske otroke.

Začetki terapije anksioznosti pri otrocih so se pojavili kot vedenjska terapija paničnih motenj v začetku 20. stoletja. Zgodnji terapevtski pristopi so pojmovali anksioznost kot enovit sindrom, zato so uporabljali enotne terapevtske strategije (Barrios in O'Dell, 1988, V Chorpita, 2007). V zadnjih desetletjih so se glede na razlikovanje pojavnih oblik anksioznosti razvile specifične terapevtske tehnike za posamezne vrste anksioznosti, temeljni terapevtski pristopi pa so enaki za vse vrste anksioznosti.

Pri razumevanju in terapiji anksioznih motenj pri otrocih veljajo podobne zakonitosti kot pri obravnavi anksioznosti pri odraslih, seveda pa je pomembno upoštevati značilnosti otrokovega razvojnega obdobja. Zahtevnost ukrepov prilagajamo razvojni stopnji otroka (pozornosti, sposobnosti verbalizacije ipd.). Uporabljamo otrokovi starosti primerne materiale (npr. termometre strahu, poučevanje o čustvih s pomočjo risb), dolžina obravnav je prilagojena dolžini otrokove pozornosti. Pri načrtovanju domačih nalog in drugih terapevtskih ukrepov (npr. izpostavljanje) moramo upoštevati tudi pripravljenost staršev za sodelovanje (Creswell in Cartwright-Hatton, 2007). Če je le možno, naj bi obravnave potekale v otrokovem življenjskem okolju (v šoli, doma, v trgovini, na igrišču ipd). Čeprav je psihoterapija v prvi vrsti usmerjena na delo z otrokovimi mislimi, čustvi in vedenjem, je treba v terapevtskem procesu upoštevati tudi njegovo širšo življenjsko situacijo (Bronfenbrenner, 1986). Starši, učitelji, vzgojitelji, vrstniki in druge pomembne osebe v otrokovem okolju lahko vplivajo na njegovo anksioznost in so zato pomembni za terapijo. Prav tako moramo terapevtski pristop prilagoditi individualnim posebnostim otroka: starosti, spolu, diagnozi, intelektualnim sposobnostim, hobijem, socialni sprejetosti med vrstniki, družini, šolski situaciji ipd. Cilj psihoterapevtske obravnave anksioznosti ni odpraviti le-to, ampak naučiti otroka, da jo bo bolje prenašal ali obvladal.

Walkup idr. (2008, citirano v: Pine in Kleine 2015) so izvedli 12 tednov trajajočo študijo, kjer so intenzivno vedenjsko-kognitivno terapijo primerjali z jemanjem placeba. Anksioznost se je pomembno znižala pri 59,7 % primerih (v primerjavi s 23,7 % ob jemanju placeba). Pomembno pa je tudi zavedanje, da ima vedenjsko-kognitivna terapija preventivne učinke, saj otroke učimo strategije, ki jih lahko uporabijo v drugih situacijah.

Objavljeno je bilo veliko število poročil o raziskavah učinkovitosti KVT za anksiozne motnje pri otrocih in mladostnikih. Metaanalitične raziskave konsistentno kažejo, da s KVT pri anksioznih otrocih in mladostnikih dosegamo klinično pomembna in vztrajna izboljšanja, tako na ravni simptomatike kot funkcioniranja (Manassis idr., 2002, James idr., 2013, Hudson idr., 2015, van Doorn idr., 2017). Raziskava McKinnona in sodelavcev (2018) je primerjala tudi različne formate KVT (individualna, skupinska terapija, z vključevanjem staršev oz. brez njih) in rezultati kažejo na to, da je za nekatere pojavne oblike anksioznih motenj učinkovitejša individualna KVT (na primer pri specifičnih fobijah), kar velja tudi za intenzivnejše klinične slike anksioznih motenj. Vse to predstavlja pomembne implikacije za izvajanje KVT s klinično populacijo.

Najpogostejše terapevtske tehnike pri obravnavi anksioznih motenj

Učenje otroka o anksioznosti

Osnovne informacije o anksioznosti otroku podamo, da lažje razume svoje počutje, da vnesemo nekaj optimizma v njegovo doživljanje situacije in ga motiviramo za sodelovanje v terapiji. Poučimo ga, da je strah normalno čustvo, slabo pa je, če gre za lažni alarm. Spodbudimo ga, da se spomni drugih vrst alarmov in čemu so namenjeni. Pojasnimo mu, da je anksioznost posebne vrste telesni alarm, ki nas opozori na nevarnost. Predelamo možne telesne odzive na anksioznost in kognitivne znake (misli, prepričanja). Predstavimo mu, da se z določenimi vajami lahko naučimo obvladovati lažne alarme.

Delo s starši (vzgojitelji ali učitelji) – psihoedukacija o anksioznosti

Značilnosti anksioznosti pojasnimo tudi staršem, da bolje razumejo otrokovo doživljanje in vedenje ter da razumejo terapevtski pristop, v katerega so vključeni tudi oni. Pojasnimo jim, kaj *ne* pomaga zmanjšati otrokove anksioznosti (prigovarjanje, naj se sprosti; spraševanje otroka po vzrokih njegovih strahov; kaznovanje ipd.). Predstavimo strategije, ki lahko pomagajo otroku pri obvladovanju strahov. Predstavimo vlogo terapevta kot neke vrste trenerja, kot pri športu. Tudi starši bodo v terapiji neke vrste otrokov »trener«. Podobno kot otroku tudi staršem razložimo, da je anksioznost lahko normalno čustvo, slabo pa je, če gre za lažni alarm. Pojasnimo jim, da je anksioznost posebne vrste telesni alarm, ki nas opozori na nevarnost. Pojasnimo jim tri pojavne oblike anksioznosti: telesne občutke, kognitivne simptome (kako razmišljamo) in kako se obnašamo. Razložimo potek terapije

in pojasnimo, da je za številne družine delo s terapevtskimi tehnikami zahtevno. Odgovorimo na vsa vprašanja staršev v zvezi z motnjo in terapijo.

Lestvice strahov

Z otrokom naredimo seznam stvari in situacij, ki se jih boji. Cilj je zabeležiti čim več strahov, ki jih čuti (idealno je deset in več). Beležimo strahove različnih stopenj. Ker se je smiselno izogniti pretiranemu stopnjevanju anksioznosti, strahov pri prvi obravnavi ne razvrščamo po intenziteti niti jih ne razčlenjujemo podrobno (to naredimo kasneje). Če ima otrok s to nalogo težave, lahko listo dopolnjevamo v več obravnavah. Naredimo lestvice strahov znotraj diagnoze (npr. pri separacijski anksioznosti strahove, ki se nanašajo na ločitev od staršev). Če ima otrok tudi strahove drugega tipa, bomo kasneje lahko naredili še druge lestvice. Vsak strah ocenimo s pomočjo termometra strahu (1–10). Ločeno naj intenzivnost otrokovih strahov oceni tudi starš. Le-ta lahko doda še kakšen strah, ki ga otrok ni navedel. Vsak strah zapišemo na posebno kartico, skupaj z oceno intenzivnosti na čustvenem barometru. V naslednjih seansah razdelamo različne stopnje tega strahu, kar bo služilo kot osnova za izpostavljanje.

Izpostavljanje

Izpostavljanje je najpogostejša uporabljena tehnika v obravnavi anksioznih motenj. Je postopek soočanja z ogrožajočo situacijo oz. objektom, ki poteka od manj k bolj ogrožajočim situacijam. Z izpostavljanjem se otrok navadi na neprijetno situacijo in raven anksioznosti postopoma upade. Nauči se obvladovati strah, zato se njegova tesnoba in občutek nesposobnosti za nadzor zmanjšata. Izpostavljanje najprej poteka v namišljeno v terapevtski obravnavi (otrok si predstavlja situacijo, ki se je boji), nato to vadi doma in v resničnosti. Pred izpostavljanjem se mora sprostiti. Izpostavljanje se začne z najmanj ogrožajočo situacijo in se stopnjuje. Izhodiščno oceno otrokovega strahu v neki situaciji že imamo (iz lestvice strahov). Med izpostavljanjem naj otrok ponovno oceni svoj strah in vztraja v situaciji, če je ocena strahu nižja kot tri. Končamo, ko ocena otrokovega strahu pade vsaj za dve stopnji. Če je strah premočan (preplavljanje), je dovoljen umik iz situacije. Vsak, tudi majhen uspeh, je treba zelo pohvaliti. Dopusčeno je napredovanje v individualnem tempu.

Modeliranje

Bandura (1977) je že v sedemdesetih letih v okviru svoje teorije socialnega učenja vpeljal tehniko modeliranja. Otrok se uči z opazovanjem modela, ki se obnaša na določen način, kar lahko spremeni njegovo obnašanje. Ali bo prišlo do socialnega učenja, je odvisno od pozornosti otroka, zapomnitve, ponavljanja tega vedenja in motivacije. Tehnika modeliranja se najpogosteje uporablja za terapijo specifičnih fobij, kot je npr. strah pred kačami. V terapevtske namene model otroku prikaže npr. neizogibanje (izpostavljanje) v stresnih situacijah, tehnike za mirno in nevtrarno obvladovanje neprijetnih situacij

(npr. miren pogovor o konfliktu po telefonu), izražanje svojih čustev v stresni situaciji, načrtovanje zahtevnejših dogodkov ipd. Starši so v vsakdanjih življenjskih situacijah tudi sami model, kako obvladovati stresne situacije. Izpostavljenost anksioznim odzivom staršev ima na otroka večji učinek, kot je zgolj ta, da je otrok priča dogodku, ki ga je vznemiril. Ko je otrokova anksioznost pogojena tudi z aksioznostjo staršev, je poleg otroka potrebna tudi terapevtska obravnava staršev.

Sproščanje

Za sproščanje se pri otrocih večinoma uporabljata tehnika trebušnega dihanja ter progresivna mišična relaksacija. Pri progresivni mišični relaksaciji se z izmenjavo mišične napetosti in sprostitve sprostijo vse mišične skupine v telesu. Z napenjanjem in sproščanjem mišic se otrok uči zaznavanja napetosti v telesu in sproščanja le-te. V eni obravnavi z otrokom obdelamo v povprečju tri mišične skupine in mu damo domačo nalogo, da to dvakrat na dan vadi doma. Ko otrok doseže sproščeno stanje, to verbalizira z besedo (»sproščen« ali »miren«).

V zadnjem času se programi za razvijanje čuječnosti uspešno uvajajo tudi v delo z anksioznimi otroki in mladostniki. Cilj takšnih programov je vnašanje sprememb v načinu razmišljanja, čustvovanja, odzivanja, uravnavanja stresa ter sočutne interakcije z drugimi in okoljem. Kaže, da ima uporaba čuječnosti potencialno koristnost, med drugim pri obravnavi anksioznih osnovnošolskih otrok (Crescentini, Capurso, Furlan in Fabbro, 2016) ter socialne anksioznosti pri mladostnikih (Bögels, Sijbers in Voncken, 2006).

Kognitivno restrukturiranje – precenjevanje verjetnosti

Cilj kognitivnega restrukturiranja je nadomeščanje kognitivnih distorzij (napačnih prepričanj) z bolj realističnimi prepričanji o stvareh, ljudeh in dogodkih.

Otroku, ki je besedno dovolj sposoben, da razlikuje svoje misli, čustva in vedenje, pojasnimo, da se bomo ukvarjali z mislimi, ki so povezane s strahom. Pojasnimo mu, da včasih mislimo, da se bodo zgodile dobre stvari, včasih pa, da se nam bodo zgodile slabe stvari. Otroku razložimo verjetnost na primerih iz vsakdanjega življenja (npr. kolikšna je verjetnost, da zbolíš, dobiš dobro oceno na testu ipd.). Pri ocenjevanju verjetnosti uporabljamo kontinuum od 1 do 100. Nato preverimo, ali otrok prepozna, da stalno pričakovanje najslabših možnih posledic slabo vpliva nanj. Navedimo primer precenjevanja verjetnosti, da se bo nekaj neprijetnega zgodilo (npr. če bi bil na plaži in si ves dan ne bi upal v vodo, ker bi pričakoval, da ga bo požrl morski pes). Otroku naj se spomni kakšne svoje situacije, ko je pričakoval pretirane posledice, a se te niso zgodile. Naj oceni stopnjo strahu v tisti situaciji. S sokratskim spraševanjem skušamo priti do prepričanj, ki so za temi negativnimi mislimi. Otroku je treba pojasniti, da ni namen terapije, da ga nikoli ne bi bilo strah, ampak je namen zmanjšati precenjevanje verjetnosti, da se bo nekaj slabega zgodilo, kar ga ovira, da ne more biti sproščen v vsakdanjem življenju.

Kognitivno restrukturiranje – dekatastrofiziranje

Otroku predstavimo, da so nekatere misli o dobrih stvareh, druge pa so misli o tem, da se bodo zgodile slabe stvari. Nekatere misli so skrajno negativne – katastrofične. Otroci, kadar jih je strah in so zaskrbljeni, pogosto mislijo katastrofično: strah jih je, da se jim bo zgodilo nekaj skrajno hudega ali nevarnega, česar ne bodo mogli obvladati. Otroku predstavimo primere, ki se ne vežejo na njegove strahove. Pojasnimo, da katastrofične misli predvidevajo veliko hujše posledice, kot se navadno zgodijo. Prav tako otroci pogosto mislijo, da ne bodo mogli obvladati situacije, ki jo v resnici zmorejo. Obravnavamo posledice teh misli. Izberemo eno od otrokovih katastrofičnih misli iz njegove lestvice strahov. S sokratskim spraševanjem raziščemo, kako razmišlja o posledicah in kako hude predvideva. Vprašamo ga, ali bi lahko obvladal situacijo, če bi se zgodila najhujša možna posledica. Ali se mu je že kdaj zgodilo kaj podobnega? Kako drugi ljudje obvladajo takšno situacijo, kaj jim pomaga? Išče dokaze za in proti. Oblikujemo alternativno (bolj realistično) prepričanje. Ugotovimo, da se včasih ne zgodijo tako hude posledice, kot se jih bojimo oz. da neprijetne posledice lahko tudi obvladamo. Neprijetne posledice in strah trajajo nekaj časa, ne pa za vedno.

Kognitivno restrukturiranje – tehnika STOP

Uporabna je za ustavljanje negativnih misli (negativni notranji govor) pri mlajših otrocih z manj razvitimi besednimi sposobnostmi. Otroku pojasnimo, da so nekatere misli takšne, da nam pomagajo obvladovati različne dogodke, ki se nam zgodijo, druge misli pa nam povzročajo še več strahu in napetosti. Pojasnimo mu, da bomo zdaj delali na neprijetnih mislih, saj le-te mnogo otrok zelo prestrašijo. Pojasnimo otroku, da svojo zaskrbljenost lahko obvlada tako, da poišče negativne misli, ki so s tem povezane. Z otrokom vadimo pozitivne in negativne misli, da bo dobro razlikoval med njimi.

Nato izpolnimo tabelo, v katero vnašamo situacije, ki ga prestrašijo, misli, ki se mu ob tem pojavijo, druge (alternativne, bolj realistične) misli, ki bi se lahko pojavile, ter pohvale samemu sebi. Da bi si otrok te štiri korake lažje zapomnil, si lahko pomaga s priklicem slike prometnega znaka STOP ter s tabelo za vpisovanje.

Trening socialnih spretnosti

Tehniko uporabimo pri otrocih s socialno anksioznostjo, po potrebi pa tudi pri drugih otrocih, pri katerih ocenimo, da imajo šibkejše socialne spretnosti. V terapevtski seansi organiziramo igro vlog (npr. situacija, ko v šolski jedilnici srečaš otroka, s katerim bi se rad spoznal). Otroku vadi pogovor z vrstniki (odpiranje nove teme pogovora, sprememba teme, dajanje predlogov za skupne aktivnosti, izražanje nestrinjanja oz. svojega mnenja). Učimo ga prepoznavanja in izražanja znakov nebesedne komunikacije (očesni stik, razdalja do sogovornika, glasnost govora) ter asertivnih veščin.

Reševanje problemov

To je tehnika, s katero otroka učimo različnih načinov reševanja resničnih problemov. Anksiozni otroci se namreč pogosto umikajo iz ogrožajočih situacij, ker so prepričani, da ni mogoče ničesar storiti. Različnih rešitev najprej učimo otroka v neogrožujočih situacijah. Mlajši otrok si lahko zamisli junaka iz knjig ali risank, ki je pogumen in mu bo pomagal iskati in izvesti drugačno rešitev problema. Greene (2018) kot začetnik uvajanja metode reševanja problemov navaja, da se je v šolah, kjer so otroke sistematično učili veččin reševanja problemov, bistveno zmanjšalo število vedenjskih problemov, manj je bilo poslabšanj vedenja po daljšem obdobju, hkrati pa se je izboljšala tudi samopodoba učencev. Metoda reševanja problemov se uporablja tudi za analizo otrokovega preteklega izbruha, ko ni mogel regulirati svojega vedenja in pozneje umirjen išče možne strategije za reševanje.

Delo s starši, vzgojitelji ali učitelji – aktivno ignoriranje

To tehniko uporabljamo, kadar starši, vzgojitelji ali učitelji prepogosto reagirajo že na blažja nezaželeno vedenja pri anksioznem otroku (npr. krajši jok, sitnarjenje, pretirano spraševanje, pritoževanje o bolečinah, za katere menimo, da nimajo organske podlage, pogosto iskanje potrditve ali varnosti). Pojasnimo, da je vztrajanje nekega otrokovega vedenja pogosto odvisno od posledic, ki mu sledijo. Staršem razložimo načelo pogojevanja vedenja: če sledijo prijetne posledice (nagrade), se bo verjetno okrepilo; v nasprotnem primeru pa bo postajalo šibkejše. Aktivno ignoriranje pomeni zavestno umikanje pozornosti od otrokovega nezaželenega vedenja. Staršem svetujemo, da se takrat z otrokom ne spuščajo v diskusijo ali prepričevanje, ne vstopajo z njim v očesni kontakt, smiselno je, da začnejo z neko drugo aktivnostjo. Nekateri starši se ob uporabi te tehnike počutijo nelagodno, zato jim je treba pojasniti, da s tem ne ignorirajo otroka, ampak njegovo vedenje.

Delo s starši – nagrajevanje

Nagrajevanje je tehnika, ki je v vsakdanji vzgojni praksi uporabljana zelo pogosto, a žal ne vedno pravilno, zato pogosto ne da zaželenega učinka (starši ne vztrajajo pri dogovorjenem načelu nagrajevanja, nagrade otroku niso motiv, so prepogoste ali preredke ipd.). Z nagrajevanjem otroka motiviramo, da lažje zdrži v zanj neprijetnih situacijah. S starši obravnavamo načela pogojevanja otrokovega vedenja: če vedenju sledijo prijetne posledice (nagrade), se bo verjetno okrepilo; v nasprotnem primeru pa bo ugašalo. Pojasnimo, da nagrade niso le materialne, ampak tudi druge stvari, ki so otroku v korist in zadovoljstvo (npr. pozornost staršev, prijetne skupne aktivnosti). Najboljše nagrade so tiste, ki se jih ne da kupiti (npr. socialne nagrade, pohvala). Ta tehnika se uporablja za vedenja, za katera želimo, da bi se pri otroku okrepila, ter za motiviranje otroka ob izpostavljanju ogrožajočim situacijam. Staršem natančno razložimo načela nagrajevanja vedenja. Skupaj s starši in otrokom naredimo seznam možnih nagrad. Nagrajevanje vadimo v terapevtski obravnavi. Za

nagrajevanje pri mlajših otrocih uporabljamo žetone ali različne znake (nalepke, sončke, smeške), pri starejših otrocih pa točke. Predhodno mora biti dogovorjeno, koliko žetonov ali točk mora otrok zbrati, da bo dobil obljubljeno nagrado. Nagrajujemo le eno vedenje naenkrat. Sistem nagrajevanja mora biti zastavljen tako, da bo otrok lahko dosegel vsaj kakšno nagrado, sicer je naloga zanj očitno prezahtevna.

Delo s starši – time-out

Time-out je oblika pogojevanja aktivnih oblik nezaželenega vedenja (npr. izbruhi jeze, agresija, nevarna sebi ali drugim, nespoštljivo odgovarjanje), s katerim skušamo z neprijetno posledico doseči upad nezaželenega vedenja. Če je otrokovo vedenje tako moteče, da ne more sodelovati v nobeni drugi aktivnosti, je to ena od prvih tehnik, ki jo uporabimo v terapiji. Izvaja se tako, da otroka, ki izkazuje nezaželeno vedenje, hitro umaknemo v drug, miren prostor, kjer ne more početi prijetnih aktivnosti (npr. se igrati, gledati TV). Trajanje izolacije je odvisno od otrokove starosti in drugih lastnosti. Otroku naj bi ob redni uporabi te tehnike začel iskati sprejemljivejše vzorce vedenja. Tako pogojujemo eno samo vedenje, ki se pojavi vsaj enkrat na dan v domači situaciji. Tehnika je uporabna predvsem pri mlajših otrocih.

Vzdrževanje in preprečevanje poslabšanja

Vzdrževanje rezultatov dosežemo s prikazovanjem naučenih veščin, s pregledom najučinkovitejših tehnik in spodbudo za vaje tudi po končani terapiji. Otroku in staršem pojasnimo, da so blažja poslabšanja (zlasti v stresnih situacijah) naravna in da si bo otrok z naučenimi tehnikami lahko sam pomagal k izboljšanju počutja. Povemo jim, da bo obravnav proti koncu terapije manj, in načrtujemo t. i. obravnave booster po končani terapiji.

Terapevtski paketi

Različni avtorji so razvili več t. i. terapevtskih paketov, namenjenih individualnemu in skupinskemu delu z anksioznimi otroki in mladostniki. Med najbolj razširjenima in z dokazi podprta sta Coping Cat (Kendall, Choudhury, Hudson in Webb, 2002) in Cool Kids (Rapee, 2000). Medtem ko se program Coping Cat osredotoča predvsem na otroke in mladostnike in jih uči prepoznavanja in razumevanja čustvenih ter telesnih reakcij na anksioznost, educira o mislih in občutkih v tesnobnih situacijah ter opremlja s tehnikami obvladovanja in samoevalvacije in samonagrajevanja, program Cool Kids vključuje tudi svetovanje staršem.

Literatura

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. in Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213–232.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: Prentice Hall.

- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247–1263.
- Barrios, B. A. in Hartmann, D. P. (1997). Fears and anxieties. V E. J. Mash in L. G. Terdal (Ur.), *Assessment of childhood disorders* 3rd Ed. (str. 230–327). New York: Guilford Press.
- Benjamin, R. S., Costello, E. J. in Warren M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 293–316.
- Bögels, S. M., Sijbers, G. F. V. M. in Voncken, M. J. (2006). Mindfulness and task concentration training for social phobia: A pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20(1), 33–44.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723–742.
- Carr, A. (2016). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach*. London: Routledge.
- Chorpita, B. F. in Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3–21.
- Chorpita, B. F. (2007). *Modular cognitive – behavioral therapy for childhood anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- Crescentini, C., Capurso, V., Furlan, S. in Fabbro, F. (2016). Mindfulness-Oriented Meditation for Primary School Children: Effects on Attention and Psychological Well-Being. *Frontiers in Psychology*, 7, 805.
- Creswell, C. in Cartwright-Hatton, S. (2007). Family treatment of child anxiety: Outcomes, limitations, and future directions. *Clinical Child and Family Psychology*, 10, 232–252.
- Gray, J. A. in McNaughton, N. (1996). The neuropsychology of anxiety: Reprise. V D. A. Hope (Ur.), *Nebraska Symposium of Motivation*, 1995: *Perspectives on anxiety, panic and fear* (str. 61–134). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Greene, R. W. (2018) Transforming School Discipline: Shifting from power and control to collaboration and problem solving. *Childhood Education*, 94, 22–27.
- Hudson, J. L., Rapee, R. M., Lynham, H. J., McLellan, L. F., Wuthrich, V. M. in Schniering, C. A. (2015). Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 72, 30–37.
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A. in Choke, A. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Kearney, C. A. and A. M. Albano (2000). *Therapist's guide to school refusal behavior*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Kearney, C. A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: a contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 451–471.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 100–110.
- Kendall, P. C. (2006). *Child and adolescent therapy: Cognitive – behavioral procedures*. New York: Guilford Press.
- Kendall, P. C., Choudhury, M., Hudson, J. in Webb, A. (2002). “The C.A.T. Project” *Manual for the Cognitive-Behavioral Treatment of Anxious Adolescents*. Workbook Publishing, Admore.
- Kendall, P. C. in Treadwell, K. R. H. (1996). Cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety disorders. V E. D. Hibbs in P. S. Jensen (Ur.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (23–41). American Psychological Association.
- King, N. J. in Bernstein, G. A. (2001). School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 197–205.
- Last, C. G., Strauss, C. C. in Francis, G. (1987). Comorbidity among childhood anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 726–730.
- Manassis, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., ... in Owens, M. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1423–1430.
- McKinnon, A., Keers, R., Coleman, J. R., Lester, K. J., Roberts, S., Arendt, K., Bögels, S. M., Cooper, P., Creswell, C., Hartman, C. A. ... in Hudson, J. L. (2018). The impact of treatment delivery format on response to cognitive behaviour therapy for preadolescent children with anxiety disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59, 763–772.
- Ollendick, T. H., King, N. J. in Yule, W. (Ur.) (1994). *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents: Issues in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Pine, D. S. in Klein, R. G. (2015). Anxiety disorders. V A. Thapar, D. S. Pine, J. F. Leckman, S. Scott, M. Snowling in E. Taylor (Ur.) *Rutter's child and adolescent psychiatry*, 6th ed. (str. 822–840). Oxford: Wiley.
- Raggi, V., Felton, J., Berghorst, L., Loffredo, H. in Samson, J. (2018). *Exposure Therapy for Treating Anxiety in Children and Adolescents: A Comprehensive Guide*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Rapee, R. M. (2000). Group treatment of children with anxiety disorders: outcome and predictors of treatment response. *Australian Journal of Psychology*, 52, 125–130.
- Reinecke, M., Dattilio, F. in Freeman, A. (2003). *Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A Casebook for Clinical Practice*. New York: Guilford.
- Van Doorn, M. E. M., Jansen, M., Bodden, D. H. M., Lichtwarck-Aschoff, A. in Granic, I. (2017). A randomized controlled effectiveness study comparing manualized cognitive behavioral therapy (CBT) with treatment-as-usual for clinically anxious children. *Journal of Clinical Trials*, 7(5), 1–9.