

FEATURES CHILD'S ACQUISITION OF MORAL EXPERIENCE.

This article explores the psychological aspects of moral – ethical ideas of parents, which is an important component in the formation of the person preschooler. The results of a study on the value orientations of the parents and the study of the relationship in the family.

Keywords: *family, moral education, values, moral feelings, moral qualities, parenting, preschooler.*

**TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA ZABURZEŃ LĘKOWYCH
U DZIECI I MŁODZIEŻY. STUDIUM PRZYPADKU**

**ПІЗНАВАЛЬНО-БИХЕВІОРАЛЬНА ТЕРАПІЯ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ І
МОЛОДІ, ЩО ВИКЛИКАНІ СТРАХОМ. ДОСЛІДЖЕННЯ ВИПАДКУ**

**Dr Celina Timoszyk-Tomczak
dr Adam Kucharski**

Celem pracy było przedstawienie zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży oraz modelu terapii w nurcie poznawczo-behawioralnym. Na początku opisano rodzaje dziecięcych zaburzeń lękowych oraz istotę lęku. W kolejnej części skupiono się nad specyfiką terapii dzieci i młodzieży oraz zaprezentowano przebieg terapii indywidualnej, rodzinnej oraz terapeutycznego programu edukacyjnego w ujęciu poznawczo-behawioralnym. W uzupełnieniu dokonano krótkiej prezentacji studium przypadku.

Słowa kluczowe: *zaburzenia lękowe, terapia poznawczo-behawioralna, dzieci i młodzież, psychoterapia.*

Doświadczenie przez człowieka lęku bądź strachu jest naturalnym elementem życia. W psychologii wskazuje się na fazy przeżywanych w trakcie rozwoju stanów lękowych. I tak w okresie przedszkolnym dzieci obawiają się obcych ludzi i nowych sytuacji, ciemności, wymaganych potworów oraz zwierząt. W okresie szkolnym niepokój wzbudza możliwość odrzucenia przez rówieśników, zawstydzenie, a także różne sytuacje trudne. Czas dorastania to moment, w którym wygląd, antycypowane bądź rzeczywiste niepowodzenia oraz sytuacje społeczne stanowią źródło intensywnych obaw (Bryńska, 2005). Im człowiek jest młodszy, tym bardziej przewidywalne są jego lęki, a im starszy tym mniej są typowe, a ich źródła stają się bardziej zróżnicowane i zależne od osobistej historii (Matuszczak, 2002). Większość przeżywanych przez dzieci i młodzież lęków znika w miarę jak młodzi ludzie rozpoznają zasady życia społecznego, otoczenie, w którym funkcjonują, a także w miarę nabywania umiejętności radzenia sobie z trudnościami. Czasem jednak dzieje się tak, że lęki nie mijają, a wręcz ich doświadczanie nasila się i niekorzystnie wpływa na aktywność dziecka.

Zaburzenia lękowe to jedna z najczęstszych form psychopatologii występująca u dzieci i młodzieży (Kendall, Aschenbrand, Hudson, 2006), pojawiają się u jednej szóstej młodych ludzi (Farrell, Barret, Ollendick, 2007). Wskaźniki rozpowszechnienia tego rodzaju trudności są wysokie i z reguły oscylują w populacji ogólnej między 2-10% (Bryńska, 2005) a 2,4-17% (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler i Angold, 2003). Badania na duńskiej próbie pokazują, że zaburzenia lękowe homotypowe występują na poziomie 5,7%, natomiast heterotypowe (takie, przy których pojawiają się zaburzenia współwystępujące) na poziomie, aż 42,9% (Esbjörn, Hoeyer, Dyrborg, Leth, Kendall, 2010). Samo zaburzenie lękowe (anxiety disorder) jest terminem ogólnym, oznaczającym cały szereg dezadaptacyjnych objawów, w których lęk odgrywa dominującą rolę (Reber, 2000). Do zaburzeń lękowych rozpoznawanych w dzieciństwie zalicza się: lęk separacyjny, zaburzenie lękowe w postaci fobii, lek społeczny oraz uogólnione zaburzenie lękowe. Do zaburzeń rozpoznawanych w dzieciństwie, młodości oraz w dorosłości włącza się: agorafobię, fobię społeczną, napady paniki, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, reakcję na ciężki stres oraz zaburzenie adaptacyjne. Wśród innych zaburzeń lękowych, gdzie lęk jest istotnym aspektem wymienia się mutyzm wybiórczy oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji (Derezińska i Gajdzik, 2010, Bryńska, 2005, 2007). Zaburzenia lękowe obok depresyjnych zaliczane są do grupy zaburzeń zinternalizowanych, dotyczących problemów skierowanych na przeżycia wewnętrzne (Kazein i Weisz, 2006). Ten typ zaburzeń wiąże się zazwyczaj z błędnym interpretowaniem lub błędnym postrzeganiem otoczenia społecznego. Co oznacza, że u osób lękowych mamy do czynienia z aktywnym przetwarzaniem informacji, ale jest ono zniekształcone np. nielogiczne czy nieracjonalne. Można podkreślić, że zaburzenia internalizacyjne są w większym stopniu powiązane z nieadaptacyjnym, zniekształconym przetwarzaniem danych, podczas gdy eksteranlizacyjne są częściowo odzwierciedlaniem deficytów przetwarzania informacji (Kendall, 2010).

Lęk separacyjny, separacyjne zaburzenie lękowe (separation anxiety disorder SAD), inaczej określane jako lęk przed separacją w dzieciństwie

rozpoczyna się między 2 a 5 rokiem życia (o wczesnym początku) lub przed 18 rokiem życia. Od normalnego lęku przed rozstaniem odróżnia go nasilenie, nieadekwatność do sytuacji, czas trwania oraz współwystępowanie innych trudności w funkcjonowaniu społecznym i innym dziecka (Wciórka, 2008; Bryńska, 2005). Jest to jedno z najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń lękowych, którego doświadczają małe dzieci, jednak badań z tego zakresu jest niewiele (Pincus, Santucci, Ehrenreich, Eyberg, 2008).

Zaburzenia lękowe w postaci fobii, lęk fobiczny (phobic anxiety), czy fobia swoista to znaczny i utrwalony, nadmierny, irracjonalny oraz nieuzasadniony lęk o różnym natężeniu, aż do przerażenia pojawiającego się w obecności określonych obiektów lub sytuacji (Bryńska, 2005). U dzieci może być wyrażony płaczem, złością, zastygnięciem, kurczowym przywarciem do bliskiej osoby. Dzieci raczej nie rozpoznają, że jest on nieadekwatny do sytuacji (Wciórka, 2008).

Zespół lęku uogólnionego, inaczej uogólnione zaburzenie lękowe (generalized anxiety disorder GAD), obejmujące nadmiernie lękowe zaburzenie wieku dziecięcego charakteryzuje się występowaniem niepokoju, niezależnego od jakichkolwiek sytuacji zewnętrznych oraz nie nasilającego się pod ich wpływem. Często towarzyszy mu negatywne przewidywanie przyszłości, obawy dotyczące własnego zachowania w przyszłości, potrzeba rozpraszania niepokojów oraz problemy somatyczne (Bryńska, 2005). Osoba odczuwa trudności w zapanowaniu nad zamartwianiem się, które utrudnia jej normalne funkcjonowanie. Lękowi uogólnionemu może towarzyszyć podenerwowanie, męczliwość, trudności w koncentracji, drażliwość, napięcie mięśniowe czy trudności ze snem (Wciórka, 2008).

Lęk społeczny, czy fobia społeczna (social anxiety disorder) jest jednym z najczęstszych, przewlekłych i trwałych zaburzeń psychicznych. Jest ona prekursorem zarówno depresji jak i nadużywania substancji psychoaktywnych. Największe nasilenie zaburzenia przypada na okres dojrzewania i w próbkach klinicznych jest na równi rozpowszechniona u mężczyzn jak i u kobiet. Badania epidemiologiczne wykazały jednak, że stale rośnie odsetek kobiet spełniających

kryteria zespołu lęku społecznego (Aule, 2011).

Etiologia zaburzeń lękowych jest różnorodna. Uwzględnia się wpływ czynników genetycznych, biologicznych, środowiskowych i psychologicznych, a w tym związanych z rodziną i temperamentem dziecka (Bryńska, 2005). Badania wykazały, że młodzież z trudnościami w nauce jest w grupie zwiększonego ryzyka jeśli chodzi o możliwość wystąpienia zaburzeń lękowych (Thaler, Kaziem, Wood, 2010). Predyktorem tych zaburzeń u dzieci mogą być także ich wypowiedzi na własny temat, które związane są z negatywnym dialogowaniem wewnętrznym (Kendall, Treadwell, 2007). Istotny jest proces socjalizacji emocji mający miejsce w rodzinie. Okazuje się, że rodzice dzieci z zaburzeniami lękowymi mniej angażują się w dyskusje wyjaśniające doświadczanie takich emocji jak lęk, gniew czy też szczęście (Suveg, Sood, Barmish, Tiwari, Hudson, Kendall, 2008). Czynnikiem ryzyka dla rozwoju zaburzeń lękowych u młodzieży są przewlekłe choroby. Zaburzenia te mogą wystąpić w odpowiedzi na chorobę, pobyt w szpitalu, częste doświadczanie bólu na początku swojego życia, przebycie wielu procedur i zabiegów medycznych (Pao, Bosk, 2011).

Analiza zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży oraz ich terapii wydaje się zasadna nie tylko ze względu na częstotliwość pojawiania się tego typu problemów, ale również z powodu negatywnych następstw, które po przebyciu tych zaburzeń pojawiają się w młodości, a także w dorosłości. Konsekwencje te, to między innymi trudności w nauce, relacjach społecznych oraz pogorszenie stanu zdrowia emocjonalnego. Zaburzenia lękowe zwiększają ryzyko zachorowalności na depresję i nadużywania substancji psychoaktywnych. Doświadczanie nasilonego, nieadekwatnego lęku w dzieciństwie i młodości niesie ryzyko chorób współistniejących i psychopatologii w życiu dorosłym (Kendall, Furr, Podell, 2010). Badania sugerują związek czasowy między występowaniem lęku i depresji, a dokładniej zaburzenia lękowe często poprzedzają depresję, a nawet pozwalają ją przewidywać (Farrell, Barret, Ollendick, 2007). Z uwagi na konsekwencje istotne jest opracowywanie i ewaluacja skutecznych metod leczenia tego rodzaju zaburzeń.

Lęk. Definiując szeroko lęk jest niejasnym, nieprzyjemnym stanem emocjonalnym, który charakteryzuje się przeżywaniem obaw, strachu, stresu i przykrości. Lęk często przeciwstawiany jest strachowi (Reber, 2000). Z perspektywy klinicznej lęk i strach obejmuje trzy aspekty – subiektywne doświadczenie, które najczęściej opisywane jest werbalnie, reakcje fizjologiczne, przejawiające się zarówno w sferze somatycznej jak i autonomicznej oraz przejawy behawioralne obejmujące ucieczkę i unikanie (Öhman, 2005). Różnica między pojęciem strachu a lęku najczęściej łączona jest z odniesieniem do bodźca – obiektu. W najprostszej wersji lęk jest stanem pozbawionym obiektu, a strach jest zawsze związany z kimś, czymś lub jakimś zdarzeniem (Reber, 2000). W nieco bardziej złożonym rozumieniu strach stanowi silne, przykre uczucie przeżywane w sytuacji realnego zagrożenia. Jest reakcją wrodzoną na obiektywne niebezpieczeństwo, która mobilizuje cały organizm do obrony lub ucieczki. Lęk natomiast jest szczególną formą strachu, inaczej jest stanem emocjonalnego niepokoju pojawiającego się jako reakcja na zagrożenie, którego źródło nie jest dokładnie znane, a sygnały zagrożenia nie są tak oczywiste i jednoznaczne. Lęk pojawia się gdy przewidujemy niebezpieczeństwo (Matuszczak, 2002). Strach może być adaptacyjny, jak w przypadku gdy osoba zaczyna walczyć w sytuacji niebezpieczeństwa. Lęk pojawia się wtedy gdy strach związany z sytuacją lub obiektem jest nieproporcjonalnie intensywny i długi w porównaniu z zagrożeniem (Furr, Tiwari, Suveg, Kendall, 2009). Pogłębiając analizę różnic można powiedzieć, że lęk ma najczęściej charakter „przedbodźcowy”, czyli antycypacyjny w stosunku do mniej lub bardziej realnego – bodźca zagrażającego. Strach natomiast jest „pobodźcowy” to znaczy wywołany przez określony czynnik. Jednak to nie wystarcza do odróżnienia strachu od lęku. Epstein (1972, za Öhman, 2005) zaznacza, że strach wiąże się z zachowaniami zaradczymi, zwłaszcza z ucieczką i unikaniem. Jeśli natomiast próby radzenia sobie z trudną sytuacją zawodzą, strach przeradza się w lęk. Lęk jest więc nierozwiązanym strachem, albo inaczej stanem nieukierunkowanego pobudzenia, który następuje po spostrzeżeniu zagrożenia.

Lęk/strach można różnicować biorąc pod uwagę różnorakie kryteria. Skupiając się na genecie lęku można mówić o źródłach zewnętrznych (fobie) bądź wewnętrznych (lek uogólniony). Odwołując się do czasu trwania można wyróżnić lęk w formie epizodów (ataki paniki) lub stałego psychicznego zaabsorbowania mniej lub bardziej realnym zagrożeniem (lęk uogólniony). Wreszcie można lęk/strach opisywać jako stan emocjonalny bądź cechę osobowości. Kliniczny niepokój w odróżnieniu od tego, który przeżywa większość z nas jest nawracający i uporczywy, a jego intensywność jest nieadekwatna do sytuacji. Taki lęk paraliżuje człowieka, co w konsekwencji prowadzi do bezradności, niezdolności do poradzenia sobie, a także do upośledzenia funkcjonowania psychospołecznego lub fizjologicznego (Öhman, 2005).

Objawy lęku można podzielić na trzy grupy somatyczne, psychologiczne oraz społeczne i behawioralne. Symptomy somatyczne mogą obejmować zmiany krążeniowe, oddechowe, skórne, mięśniowo-szkieletowe, żołądkowo-jelitowe i inne, takie jak np. bóle czy zawroty głowy, zaburzenia równowagi, bezsenność, osłabienie. Oznaki lęku o charakterze psychologicznym są związane z subiektywnie odbieranym stanem psychicznym. Jest to więc werbalizowany lęk. Osoby go doświadczające skarżą się na bycie prześladowanym, czy napiętnowanym. Mówią o swojej nerwowości, odczuwanym napięciu, czy niemożności odprężenia się. W sensie psychologicznym lęk może się objawiać jako uczucie oszołomienia, „bycia na krawędzi” lub odczucia „pustki w głowie”. Osoby będące w stanie lęku doświadczają często ruminacji, a w lęku panicznym może towarzyszyć im poczucie umierania, zwariowania, utraty kontroli nad sobą czy derealizacji. Lękowi towarzyszą koszmary senne i fantazje związane z niepokojem. Często jest także przekonanie o byciu odmiennym oraz depersonalizacja. Odczuwaniu lęku może również towarzyszyć stała drażliwość. Objawy lęku społeczne i behawioralne wiążą się z wrażeniem bycia wstydlivym, wycofanym i zależnym od innych. Łączą się także z pojawieniem się trudności w sytuacjach społecznych, nadmierną lub zmniejszoną aktywnością oraz unikaniem zaangażowania w okoliczności, które mogą się wiązać z dowolnym

niebezpieczeństwem, a czasami przeciwnie z szukaniem ryzyka (Bryńska, 2005).

Specyfika pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą. Dzieci i młodzież doświadczają różnych problemów, często trudności te nakładają się na siebie lub ujawniają się na różnych etapach rozwoju. Można przypuszczać, że wielu młodych ludzi mogłoby skorzystać z rozmaitych interwencji. Terapia dzieci i młodzieży ma swoją specyfikę, która wynika z konieczności identyfikacji problemów uzasadniających terapię, oceny funkcjonowania dziecka, kierunku terapii oraz kwestii związanych z udziałem dziecka oraz jego rodziny w procesie terapeutycznym (Kazein i Weisz, 2006). Identyfikacja problemów wiąże się z odpowiedzią na pytanie na ile zachowania dziecka są nieprzystosowawcze, a na ile mieszczą się w zakresie normy dla danego okresu rozwojowego. Ocena dysfunkcji jest trudna ze względu na konieczność uwzględnienia różnych źródeł informacji odnośnie funkcjonowania dziecka. Samo dziecko nie zawsze może opowiedzieć o swoich objawach i działaniu, ze względu na wiek czy poziom rozwoju. Często najważniejsze dane uzyskuje się od rodziców, jednak ich interpretacja zachowań dziecka, także nastęcza trudności. W procesie diagnozy problemów dziecka wykorzystuje się więc różne metody takie jak samopis, wywiady – ustrukturyzowany bądź nieustrukturyzowany oraz metody obserwacyjne. Kolejna kwestia w terapii dzieci i młodzieży to jej ukierunkowanie. Ze względu na szeroki kontekst funkcjonowania dzieci i młodzieży, i to dynamicznie zmieniający się w trakcie ich rozwoju, ważne jest zidentyfikowanie kierunku w jakim powinna przebiegać terapia. A ten nie zawsze jest łatwy do określenia. Wynika to ze szczególnej zależności dzieci od dorosłych, co czyni je bardziej podatnymi na wpływy, na które mają niewielką kontrolę. Odrębne zagadnienie stanowi motywacja do uczestnictwa w leczeniu. Dzieci nie zawsze są świadome swojego problemu. Na terapię często przyprowadzają je dorośli. Stąd dziecko może terapię traktować jako karę, albo nie być nią zainteresowane ze względu na atrakcyjność innych działań. Problem może również dotyczyć środowiska, w którym rozwija się dziecko, a które nie koniecznie może dostrzegać sens terapii, albo może nie być pewne jej skutków. Nawet jeśli dziecko czy adolescent na terapię zgłosi się sam

lub w trakcie uzna za ważne pracę nad zmianą własnego funkcjonowania, to i tak utrzymanie motywacji do terapii z reguły jest bardzo trudne (Kazein i Weisz, 2006). W terapii poznawczo-behawioralnej ważna jest również ocena poziomu rozwoju dziecka, zarówno w sferze poznawczej, emocjonalnej jak i społecznej. Daje to możliwość zastosowania adekwatnych interwencji terapeutycznych. Główna zasada zakłada stosowanie większej ilości metod behawioralnych przy mniejszych możliwościach poznawczych. Im większe zaś są możliwości poznawcze tym więcej można wprowadzać metod poznawczych (Popiel i Pragłowska, 2008).

Terapia dzieci i młodzieży wymaga teorii przewodniej, która według P.C. Kendalla (2010) powinna być: zorientowana na rozwiązywanie problemów, uwzględniająca proces przetwarzania poznawczego, zwracająca uwagę na emocje, zajmująca się sferą społeczną i interpersonalną, a także powinna być ustrukturyzowana oraz kłaść nacisk na interwencje ukierunkowane na wykonanie. Stąd terapia poznawczo-behawioralna dzieci i młodzieży może być określana jako racjonalne połączenie aspektów behawioralnych, poznawczych i emocjonalnych, inaczej jako celowa próba podtrzymania dowiedzionych pozytywnych skutków procedur behawioralnych oraz włączenia czynności poznawczych i doświadczeń emocjonalnych pacjenta w proces zmiany terapeutycznej (Kendall i Hollon, 1979).

Ze względu na szczególny rodzaj terapii jaką stanowi terapia dzieci i młodzieży ważne wydaje się określenie w niej roli rodziców oraz terapeuty. I tak rodzice mogą być konsultantami, gdy dostarczają informacji na temat problemu dziecka. Mogą stać się współpacjentami, jeśli istnieje podejrzenie, że mają wpływ na jakiś aspekt trudności dziecka, albo jeżeli podtrzymują jego zaburzenie. Rodzice mogą także odgrywać rolę współpracowników jeżeli pomagają wprowadzać elementy programu terapeutycznego (Kendall, 2010). Istotna jest również pozycja terapeuty, którą Kendall porównuje do bycia trenerem. Tak określona postawa zawiera trzy cechy: bycie konsultantem -współpracownikiem, diagnostą i wychowawcą.

Metody terapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń lękowych. W ramach

terapii poznawczo – behawioralnej można wyróżnić trzy rodzaje interwencji: indywidualna terapia poznawczo – behawioralna (individual child cognitive-behavioral therapy) ICBT, rodzinna terapia poznawczo-behawioralna (family cognitive-behavioral therapy) FCBT oraz rodzinna edukacja/ wsparcie/ uwaga (family-based education/ support/ attention) FESA. Te trzy formy oddziaływań pod względem skuteczności porównali P.C. Kendall, J.L. Hudson, E. Gosch, E. Flannery-Schroeder i C. Suveg (2008). Badania wykazały, że największe korzyści, to znaczy największą redukcję objawów głównych zaburzeń lękowych, odniosły dzieci z terapii indywidualnej i rodzinnej. W sprawozdaniach nauczycieli symptomy lęku najbardziej malały u młodych ludzi po zastosowaniu terapii indywidualnej. Natomiast terapia rodzinna okazała się najefektywniejsza gdy oboje rodzice cierpieli na zaburzenia lękowe. Badania J. Wood, B.D. McLeod, J.C. Piacentini, M. Sigman (2009) pokazują, że rodzinna terapia poznawczo-behawioralna może dać lepsze wyniki niż ta skoncentrowana na dziecku pod warunkiem, że trwa co najmniej rok. Analizy te przeprowadzone zostały na grupie 35 dzieci w wieku 6-13 lat. Inne dane wskazują, że to terapia indywidualna CBT w porównaniu do rodzinnej jest bardziej efektywna i mniej kosztowna. Badania wykonano na dzieciach w wieku 8-18 lat, które losowo przydzielono albo do terapii zorientowanej na osobę albo na rodzinę. Stan uczestników programów terapeutycznych oceniany był przed leczeniem, po jego zakończeniu oraz 3 miesiące i rok po ustaniu terapii (Bowden, Dirksen, Bögels, Nauta, De Haan, Ringrose, Appelboom, Brinkman, Appelboom-Geerts, 2008). Różnice pojawiające się w wynikach badań mogą być związane z wiekiem dziecka. I tak u młodszych dzieci bardziej efektywna może być terapia rodzinna, a u starszych indywidualna (Wood, McLeod, Piacentini, Sigman, 2009). Niemniej jednak ze względu na pojawiające się rozbieżności nadal warto eksplorować skuteczność różnych form terapii. W ramach terapii poznawczo behawioralnej bada się ponadto terapię grupową zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży oraz rozważa się wspomaganie komputerowo protokoły CBT.

Indywidualna terapia poznawczo – behawioralna (ICBT) zaburzeń lękowych

u dzieci i adolescentów – ogólna procedura

Terapia CBT zaburzeń lękowych przeznaczona dla dzieci i młodzieży stanowi połączenie sprawdzonych technik behawioralnych oraz poznawczych ukierunkowanych na modyfikację przetwarzania informacji związanego z istotą problemów. Model poznawczo – behawioralny podkreśla znaczenie poznania, emocji i zachowania, a także czynników społecznych, integrując je w jedną całość (Kendall, Aschenbrand, Hudson, 2006). W terapii tej podstawowym celem jest nauczenie pacjenta rozpoznawania oznak wzbudzenia lękowego po to aby mógł zastosować ukształtowane w trakcie procesu strategie radzenia sobie z trudnościami (Kendall, Suveg, 2010). Standardowy program terapeutyczny składa się z części obejmującej trening umiejętności (zajmujący z reguły osiem sesji) oraz części koncentrującej się na trenowaniu umiejętności (także około ośmiu sesji). Kształtowanie nowych umiejętności obejmuje kilka elementów. Jest to: nauka rozpoznawania reakcji organizmu na charakterystyczne dla lęku emocje i objawy fizyczne, odczytywanie i ocena „mowy wewnętrznej”, czyli tego co dziecko samo do siebie mówi w trakcie odczuwania lęku, dalej – jest to nauka rozwiązywania problemów oraz samoocenia i samonagradzania (Kendall, Suveg, 2010). W części poświęconej ćwiczeniu dzieci mają okazję trenować swoje umiejętności w rzeczywistych sytuacjach, czyli podczas zadań o charakterze ekspozycyjnym.

Na terapię poznawczo - behawioralną składa się kilka istotnych elementów, które są wykorzystywane w trakcie procesu inicjowania i wspierania zmiany. Należą do nich psychoedukacja, trening relaksacyjny, budowanie poznawczego schematu radzenia sobie z sytuacją wzbudzającą lęk, uczenie strategii rozwiązywania problemów, a także przyswajanie procedury funkcjonalnie zależnego wzmacniania zachowań. Procedury te oparte są na zasadach warunkowania sprawczego i ułatwiają reakcję zbliżania się za pomocą odpowiednich nagród oraz wzmocnień. Tego rodzaju postępowanie mniej koncentruje się na redukowaniu samego lęku. Inne elementy terapii poznawczo - behawioralnej to modelowanie oraz metody ekspozycyjne (Kendall, Suveg, 2010).

Program Terapeutyczny „Coping Cat”- przykład terapii indywidualnej

Program leczenia „Coping Cat” (Zaradny kot) został opracowany dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami lękowymi w Klinice Zaburzeń Lękowych Dzieci i Młodzieży na Uniwersytecie Temple i jest przeznaczony do terapii dzieci w wieku 7(9)-13 lat (Kendall, Furr, Podell, 2010). Istnieje również program dla nastolatków o nazwie „Projekt C.A.T. Program składa się z podręcznika dla terapeuty i skoroszytu dla dziecka. Materiały dostosowane są przede wszystkim do leczenia lęku separacyjnego, uogólnionego oraz fobii społecznej. Strategie opisane w podręczniku mogą być również wykorzystane do leczenia innych zaburzeń lękowych takich jak: fobie specyficzne, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne oraz stres pourazowy. Wielu młodych ludzi z zaburzeniami lękowymi jednocześnie choruje na zaburzenia uwagi, aktywności czy na depresję. Program Cat może być stosowany także w tych przypadkach, pod warunkiem, że zaburzenie lękowe jest głównym przedmiotem diagnozy. Program ten nie jest odpowiedni w przypadku psychoz czy obniżonej sprawności intelektualnej (IQ poniżej 80).

Program Cat jest syntezą behawioralnych i poznawczych strategii, uwzględnia również aspekty społeczne i emocjonalne. Zawiera kilka elementów, które zostały uznane za aktywne składniki leczenia. W programie tym wykorzystuje się odpowiednie do wieku gry i zabawy, a także ekspozycje in vivo i we wyobraźni. Jego celem jest ukształtowanie umiejętności zarządzania lękiem (Podell, Martin, Kendall, 2009). Cześć pierwsza, zgodnie z ogólnymi zasadami terapii CBT ukierunkowana jest na kształtowanie umiejętności i budowaniu planu FERR. Jest to akronim pomagający w zapamiętaniu tego co należy robić w stanie lęku. F czyli feeling frightened? (Odczuwasz przerażenie?) - Skupia się na zwiększeniu świadomości fizjologicznych symptomów lęku. E expecting bad things to happen? (Oczekujesz, że zdarzy się coś złego?) - Wiąże się z rozpoznawaniem lękowych rozmów wewnętrznych. A attitudes and Actions that will help. (Postawy i działania, które mogą pomóc.) - Pomaga przezwyciężyć lęk dialogi wewnętrzne i zachowania. R results and rewards. (Efekty i nagrody.) - Czyli ta cześć, która wiąże się z samooceną siebie i własnego postępowania oraz wzmocnieniem działania. Druga połowa terapii to przeprowadzanie ekspozycji i

ćwiczenia (Kendall, Aschenbrand, Hudson, 2006). Część ekspozycyjna terapii wzmacnia lęk dlatego często jako element wprowadzający rozpoczyna się od ekspozycji we wyobraźni, która nie zawsze powoduje powstanie jawnego niepokoju. Ekspozycje in vivo zwykle planowane są hierarchicznie, od tych które wywołują słabsze nasilenie lęku do tych, które go mocno wzmagają. Jednak autorzy programu sugerują elastyczność terapeuty – trenera, oznacza to, że czasami warto wykorzystywać te sytuacje, które stwarza na bieżąco życie i plany terapeutyczne dostosować do aktualnych problemów dziecka (Kendall, Suveg, 2010). Na zakończenie terapii dziecko bierze udział w zaprojektowaniu i wykonaniu „reklamy” poświęconej jego doświadczeniom w programie. Ma to kilka celów, jednym z nich jest wzmocnienie osiągniętych sukcesów, innym utrwalenie osiągnięć i wreszcie możliwość propagowania programu przez pacjentów.

Program „Coping Cat” oparty jest na modelu poznawczo- behawioralnym i z tego powodu koncentruje się na udzielaniu pomocy dziecku tak aby opanowało ono inne sposoby myślenia i zachowania. Jednak w trakcie terapii przewidziane są dwie sesje dla rodziców (4 i 9). Służą one do przedstawienia planu terapii i podtrzymania współpracy oraz wsparcia opiekunów. Spotkania te mają także dodatkowe znaczenie związane z możliwością wyrażenia przez rodziców własnych obaw, a także dostarczeniem dodatkowych informacji, które mogą okazać się przydatne w procesie terapii. Rola rodziców w trakcie tego programu wiąże się z byciem doradcą i współpracownikiem. Rodzice nie są współpacjentami, nie jest to forma terapii rodzinnej. Jednak terapeuta wykorzystujący program Cat uwzględni problemy, które w rodzinach dzieci lękowych mogą mieć miejsce np. nadopiekuńczość, brak tolerancji, podwyższony poziom lęku, narzucanie nadmiernych ograniczeń, czy też poczucie winy z powodu problemów dziecka (Kendall, Aschenbrand, Hudson, 2006).

Radomizowane badania kliniczne programu Cat wykazały wysoką jego skuteczność wynoszącą 64% (Barrett, Farrell, 2009). Rezultaty pokazują, że w zestawieniu z dziećmi z grupy kontrolnej, oczekującymi na leczenie, te które je

otrzymały doświadczyły pozytywnej zmiany własnego funkcjonowania. Wynika to z relacji rodziców oraz z obserwacji behawioralnej (Kendall, Aschenbrand, Hudson, 2006).

Studium przypadku – zastosowanie indywidualnego programu do terapii fobii społecznej. Prezentowaną pacjentką jest 8 letnia dziewczynka Ania. Do gabinetu zgłosili się rodzice dziewczynki. Przedstawili problem dziecka z występami publicznymi w szkole muzycznej. Zaznaczyli również, że dziewczynka „nie jest duszą towarzystwa”, jest nieśmiała, „bardzo podporządkowana”, „bardzo karna”, „ma problemy z wyborem”, „nie potrafi powiedzieć, że jest smutna”, „rzadko się zgłasza” na lekcjach. Zwrócili uwagę, że na lekcjach języka angielskiego nawet jak wie, to nie udziela odpowiedzi. Sama dziewczynka na początku nie zgłaszała trudności, ale w trakcie rozmowy udało się ustalić, że obawia się odpowiedzi w szkole i grania na pianinie przed publicznością.

Informacje ogólne: Ania uczęszcza do szkoły muzycznej połączonej z podstawową. Według nauczycieli ma dar, talent muzyczny, łatwo się uczy i dobrze jej to wychodzi. Gra na pianinie. W szkole nie ma problemów z nauką. Dobrze się czuje w klasie, ma przyjaciółkę. Rodzice pracują, prowadzą własną firmę. Sytuacja materialna rodziny jest dobra. Ania ma młodszą, 5 letnią siostrę. Relacje w rodzinie są bardzo dobre.

W trakcie badania dziewczynka małomówna, odpowiada cicho i bardzo zwięźle na pytania. Nie pytana milczy lub mówi bardzo niewiele. Potrzebuje dużo czasu na oswojenie się z nową sytuacją. Zahamowana.

Diagnoza - zaburzenie lękowe – fobia społeczna. Dodatkowe informacje - dziewczynka od 4 roku życia nosi okulary, poza tym brak chorób somatycznych. Brak stresorów, chociaż można do nich zaliczyć konieczność publicznych występów. Dość dobre funkcjonowanie psychospołeczne.

Typowe sytuacje trudne dla dziewczynki to pytanie na lekcjach, zgłaszanie się do odpowiedzi, czekanie na panią przed klasą, konkursy i egzaminy w szkole muzycznej.

Konceptualizacja na pierwszym poziomie pokazuje, że typowe myśli

automatyczne dziewczynki to „nic nie powiem”, „nie dam sobie rady”, powiązane z nimi emocje to lęk i strach, dziewczynka odczuwa wówczas duszności i stosuje strategię behawioralną unikanie, tzn. odmawia uczestnictwa w występach.

Dugi poziom konceptualizacji pozwala zidentyfikować przekonania pośredniczące takie jak: „Jak powiem coś źle to się będą ze mnie śmiać”, „Jak będę musiała długo czekać na swoją kolej to mi się nie uda zagrać”, „Jak czegoś zapomnę to inni będą o mnie źle myśleć”. Nie udało się określić u Ani przekonani kluczowych, co jest związane z wiekiem i rozwojem poznawczym dziecka. Zniekształcenia stosowane przez dziewczynkę to uogólnianie i katastrofizacja. Typowe emocje to lęk i strach, a strategie behawioralne to unikanie.

Profil rozwojowy. Ania pierwsze lata życia spędzała z mamą, potem z nianiami. Jak urodziła się siostra Ania znowu była w domu z mamą. W wieku 5 lat trafiła do pierwszego przedszkola, tam była rok i po aklimatyzacji (dość długiej - ponad pół roku) funkcjonowała dobrze, tzn. dziewczynka w miarę chętnie chodziła do placówki. Do zerówki Ania chodziła przedszkolnej, ale rodzice zapisali ją już do innej placówki ze względu na przeprowadzkę. Początkowo było jej trudno, ponieważ zmieniło się otoczenie oraz sposób wymagań w przedszkolu, ale stopniowo Ania się przyzwyczaiła i chodziła chętnie. Powtórzył się schemat długiego przystosowania, ale potem ponownie dziewczynka polubiła uczęszczanie na zajęcia. W zerówce zwrócono uwagę na jej zdolności muzyczne i rodzice zdecydowali o takim profilu szkoły. Wychowawczynie w przedszkolu, a potem w zerówce, nie miały uwag jeśli chodzi o zachowanie dziewczynki. Chwały Anię bo była cicha, posłuszna, bezkonfliktowa. Ania praktycznie nie chorowała, poza zwykłymi, niezbyt częstymi infekcjami. Około 4 roku życia u dziecka ujawniła się wada wzroku i od tego czasu Ania nosi okulary. Regularnie musi wykonywać ćwiczenia oczu (codziennie poświęca na to 20-30 minut).

Rodzice wspominają, że dziewczynka zawsze wymagała stymulowania do zabawy, nie potrafiła powiedzieć co lubi, czekała na ukierunkowanie aktywności. To raczej oni musieli wymyślać jej różne zadania i zajęcia, albo się z nią bawić. Do tej pory jest tak, że praktycznie Ania (według rodziców) nie ma zainteresowań

i trzeba jej wiele rzeczy podpowiadać. Sama dziewczynka zapytana mówi o tym, że lubi zwierzęta, a szczególnie koty i nimi się interesuje. Opowiada również o tym, że lubi rysować.

Relacje Ani z rówieśnikami są dość ograniczone, tzn. obecnie, w szkole dziewczynka ma jedną ulubioną koleżankę. Z nią siedzi w ławce i bawi się na przerwach. Kłopot pojawia się gdy koleżanki nie ma w szkole. Wtedy dziewczynce trudniej się odnaleźć. Nie zawsze nawiązuje kontakty z dziećmi, a jeśli tak to też są to dwie wybrane osoby, do innych Ania się nie odzywa lub odzywa się niewiele. Wygląda to tak, że zapytana odpowiada, ale sama nie inicjuje kontaktu.

Do pań w szkole Ania musiała się przyzwyczaić. Lubi swoją wychowawczynię i panią od gry na pianinie, ale mimo tego, że już dość długo z nimi pracuje trudno jej samej panią o coś poprosić, albo coś jej przekazać (np. narysowany dla pani rysunek). Wyręcza się w takich sytuacjach rodzicami.

Pierwsze koncerty w szkole nie stanowiły dla dziewczynki problemu, dopiero koncert na koniec pierwszej klasy, był dla niej trudny. W komisji było kilka pań, Ania się bardzo zdenerwowała i zagrała dużo poniżej swoich możliwości, a potem zapowiedziała, że nie chce więcej występować.

W domu dziewczynka zachowuje się inaczej jest gadatliwa, ruchliwa i często kłóci się z siostrą. Wobec rodziców jest posłuszna i karna, ale z siostrą nieustannie sobie dokuczają, choć też potrafią się bawić. Ania chętnie opowiada o zabawach z siostrą i o tej relacji. Porównuje się do siostry, zaznacza w czym jest lepsza i jakie ma przywileje, których siostra nie ma. Rodzice zgłaszają, że trudno im czasem różnicować podejście do dziewczynek, na przykład ze względu na wiek, ponieważ one się potem kłóca.

Rodzice w zasadzie uznali, że Ania taka po prostu jest, czyli cicha, mało pomysłowa, potrzebująca dużo czasu na przyzwyczajenie się do sytuacji, potrzebująca wsparcia i wyręczenia w sytuacjach dla niej trudnych. Ale nauczycielka przekonała ich, że warto coś zrobić, bo Ania ma duże zdolności muzyczne, a jej nieśmiałość i tendencje do wycofywania uniemożliwiają jej wykorzystanie talentu. Dlatego rodzice postanowili zgłosić się do psychologa.

Wcześniej nie szukali pomocy.

Podsumowując Ania przeżywa silny lęk w sytuacjach publicznej ekspozycji takich jak występy związane z grą przed publicznością, ale także w sytuacjach odpowiedzi na lekcjach, a nawet rozpoczęcia rozmowy z kolegami czy koleżankami, z którymi z reguły nie rozmawia. Odczuwany przez dziewczynkę lęk wpływa na jej zachowanie i sprzyja wycofaniu się z takich sytuacji. Ania szczególnie intensywnie reaguje, gdy ma się odbyć koncert w jej szkole muzycznej, albo ocena umiejętności gry na pianinie. Wtedy strach się nasila, szczególnie jak ma występować pod koniec przesłuchań i musi długo czekać na swoją kolej. W takich sytuacjach Ania zaczyna myśleć, że na pewno nie uda się jej poprawnie i ładnie zagrać. Taki sposób interpretowania sytuacji nasila jej niepokój, wiąże się z odczuciem dolegliwości płynących z ciała, takich jak poczucie ciężkości w klatce piersiowej i niemożności nabrania powietrza. Dziewczynka wówczas próbuje wycofać się z sytuacji, a jeśli nie może, to ogranicza swoje działanie do niezbędnej konieczności, np. wykonuje tylko utwór obowiązkowy. Podobny mechanizm zahamowania działania pojawia się w innych sytuacjach społecznych, gdzie ekspozycja publiczna odbywa się na mniejszą skalę. I tak Ania wycofuje się z odpowiadania na lekcjach ze względu na obawę przed wymianieniem przez rówieśników. Nawet jeśli wie co powiedzieć, woli się nie zgłaszać, aby nie narazić się na śmieszność. Podobnie jest w sytuacji zabawy z rówieśnikami. Ania swobodnie się czuje tylko w obecności swojej bliskiej przyjaciółki. Jeśli ma rozmawiać, a przede wszystkim sama nawiązać kontakt z kimś z kim raczej nie rozmawia wtedy woli się wycofać. Nawet za cenę, że nie będzie uczestniczyć w zabawie. U dziewczynki istnieje silny związek między spostrzeganiem sytuacji jako zagrażającej („będą się ze mnie śmiać”), a emocją lęku i unikaniem sytuacji trudnych.

Planowane cele terapii to zwiększenie odwagi i zminimalizowanie reakcji lękowych, co oznacza: zgłaszanie się na lekcjach co najmniej 2 razy dziennie, zmniejszenie lęku przed graniem dla publiczności, odpowiadanie na języku angielskim i częstsze rozmowy z innymi dziećmi, a nie tylko przyjaciółką.

Plan terapii obejmował budowanie zaufania i motywacji do zmiany, psychoedukację na temat lęku zarówno dziecka jak i rodziców. Naukę technik relaksacyjnych z włączeniem rodziców. Rozwijanie umiejętności radzenia sobie z lękiem oraz trenowanie tych umiejętności poprzez eksperymenty wyobrazeniowe i in vivo.

Realizacja planu terapii podzielona została na spotkania z rodzicami i dzieckiem. Odbyły się 3 spotkania z rodzicami oraz 10 spotkań z Anią.

Spotkania z rodzicami:

Rozmowa na temat problemów dziecka oraz wywiad rozwojowy

(po 3 spotkaniach z dzieckiem) Przedstawienie wniosków z pracy z Anią. Psychoedukacja na temat lęku i wspólne ustalenia – zalecenia co do dalszego postępowania.

Wśród zaleceń: 1) usamodzielnianie – opracowanie razem z Anią tabeli jej sukcesów, np. sama idzie do biblioteki, albo sama prosi o coś swoją panią; 2) „trenowanie wystąpień”, tzn. aranżowanie grania w domu przed dalszą rodziną lub znajomymi jeśli zdarzy się okazja; 3) stymulowanie rozwoju zainteresowań, np. książki, filmy o kotach; 4) modelowanie i rozmowy na temat uczuć, np. po obejrzanej wspólnie bajce, albo po jakiejś sytuacji, która miała miejsce w domu.

(po kolejnych 3 spotkaniach z dzieckiem) Podsumowanie pracy zarówno w trakcie spotkań z Anią, jak i podsumowanie pracy rodziców. Przedstawienie technik relaksacyjnych, których uczyła się Ania. Opracowanie dalszego planu postępowania: kontynuacja „usamodzielniania”, ćwiczenia relaksacyjne, dalej aranżowanie sytuacji gry na pianinie przed różnymi osobami.

(po kolejnych 3 spotkaniach) Wnioski z pracy, omówienie przebiegu terapii, Omówienie zmian w zachowaniu Ani – rodzice dostrzegli większą otwartość dziecka, Ania częściej sama „załatwia” swoje sprawy w szkole, tzn. rozmawia z panią, potrafi sama kupić coś w kiosku, chodzi do biblioteki, opowiada o swoich aktywności na lekcjach, częściej rozmawia z innymi dziećmi. Ustalenie wizyty kontrolnej po konkursie, w którym mała ma brać udział.

Spotkania z Anią

Spotkanie poświęcone na budowanie porozumienia, zaufania i motywacji do pracy.

Rozmowa na temat celów terapii, próba identyfikowania różnych emocji – zadanie „balony emocji”. Praca domowa - próbować się zgłaszać 2 razy w ciągu dnia.

Omówienie zadania domowego. Psychoedukacja na temat lęku, rozróżnianie uczuć lękowych od innych – zadanie „magiczne koło” i zabawa w odgrywanie ról w szkole. Praca domowa dalej zgłaszanie się na lekcjach co najmniej 2 razy.

Omówienie pracy sprzed tygodnia. Psychoedukacja na temat lęku – historyjka o dziewczynce, która miała kłopot z odpowiedziami na lekcjach. Wspólne poszukiwanie zakończeń. Praca domowa – komiks o radzeniu sobie z lękiem, bohaterowie: kot i pies.

Omówienie komiksu przygotowanego przez Anię i przypominanie najważniejszych informacji o naturze lęku. Uczenie się oddechu relaksacyjnego i ćwiczenie wyobrażania sobie bezpiecznego miejsca. Rysunek tego miejsca. Praca domowa ćwiczenie oddechu.

Powtórka ćwiczenia oddechowego. Nauka nowej techniki relaksacyjnej polegającej na naprzemiennym napinaniu i rozluźnianiu mięśni. Zabawa w odgrywanie ról – Ania grała koncert przed „widownią”, z próbą pomiaru lęku. Praca domowa ćwiczenie nowej techniki i utrwalanie oddechu przed ćwiczeniami na pianinie.

Sprawdzenie jak dziewczynka radzi sobie z oddechem oraz z naprzemiennym napinaniem i rozluźnianiem mięśni. Usystematyzowanie tego co do tej pory robiłyśmy, czyli magicznego koła, cech i natury lęku. Porządkowanie sposobów, których nauczyłyśmy się, a które mogą być przydatne w chwili odczuwania lęku (oddech, przypominanie bezpiecznego miejsca, pozytywna rozmowa ze sobą „dam dobie radę”, odwracanie uwagi). Ćwiczenie ekspozycyjne gra na pianinie w obecności terapeuty. Planowanie zadania domowego – próba zastosowania wyuczonych sposobów w sytuacji odpowiedzi na lekcji.

Rozmowa na temat zadania domowego. Spisywanie dotychczasowych

sukcesów. Utrwalenie wiadomości o lęku w oparciu o nową historyjkę. Ćwiczenie odwracania uwagi, np. przez skupianie się na różnych elementach w najbliższym otoczeniu (np. czerwonych, bardzo dużych itp.), a także przez myślenie o kotach. Zadanie domowe – zastosowanie dystraktora uwagi w postaci myślenia o kotach w sytuacji czekania na swoją kolej przed występem w klasie. Notowanie swoich sukcesów np. zgłoszenia się do odpowiedzi, samodzielnego pójścia do biblioteki itp.

Rozmowa na temat zadania domowego i ostatnich wydarzeń. Przygotowanie własnego notesu, który ma przypominać o tym czego się uczyliśmy i co trenowaliśmy podczas spotkań. Ćwiczenie gry na pianinie przed trzema osobami. Wklejanie komiksu o lęku, zapis sposobów radzenia sobie oraz sporządzenie otwartej tabeli sukcesów. Ania swój notes zabrała ze sobą.

Spotkanie kontrolne po miesiącu od ostatniego widzenia. Sesja miała miejsce po ważnym dla dziewczynki konkursie. Analiza tego co się działo z dziewczynką w trakcie wystąpienia. Okazało się, że Ania bardzo dobrze poradziła sobie z grą, zagrała dwa utwory poprawnie. Nie denerwowała się bardzo, przed wystąpieniem wykorzystwała odwracanie uwagi i choć nie zajęła miejsca to była z siebie zadowolona.

Na podstawie analizy przebiegu terapii można stwierdzić, że wypadła ona pomyślnie. Cele terapii zostały zrealizowane, tzn. cele postawione sobie przez Anię w pełni, natomiast oczekiwania rodziców częściowo. Opiekunowie chcieliby aby ich córka była jeszcze bardziej samodzielna i otwarta, ale zdali sobie również sprawę z predyspozycji dziecka, oraz własnego postępowania, które nie ułatwiało Ani samodzielnego działania. Rodzice w trakcie trwania terapii byli zaangażowani i starali się postępować zgodnie z zaleceniami, dostrzegali też zasadność zmian w swoim postępowaniu. Można w związku z tym powiedzieć, że rodzice uzyskali większą świadomość wpływu własnego zachowania na funkcjonowanie dziecka. Zdobyli też więcej wiedzy na temat rozwoju dziecka i jego potrzeb, co wraz z doświadczeniem pozytywnych zmian w zachowaniu Ani, może być dobrym

predykatorem na przyszłość.

Z punktu widzenia przeprowadzenia terapii można byłoby się zastanowić nad zwiększeniem ilości ćwiczeń o charakterze ekspozycyjnym w trakcie terapii i przez to nad większym utrwaleniem uzyskanych efektów.

Bibliografia

1. Aune, T. (2011). Social anxiety disorder in children and youth. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(1), 52-56.
2. Barrett, P., Farrell, L., (2009). Prevention of child and youth anxiety and anxiety disorders. W: M.M. Antony, M.B. Stein, (red.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. 497-511. New York, NY, US: Oxford University Press.
3. Bodden, D.H.M., Dirksen, C.D., Bögels, S.M., Nauta, M.H., De Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., Brinkman, A.G., Appelboom-Geerts, K.C.M.M.J., (2008). Costs and cost-effectiveness of family CBT versus individual CBT in clinically anxious children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(4), 543-564.
4. Bryńska, A. (2005). Zaburzenia lękowe i zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. W: T. Wolańczyk i J. Komender (red.), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. 147-173. Warszawa: Wydawnictwa Lekarskie PZWL.
5. Bryńska, A. (2007). *Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Rozpoznanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
6. Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.
7. Derezińska, I., Gajdzik, M. (2010). Dziecko z zaburzeniami lękowymi w szkole I przedszkolu. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
8. Esbjorn, B.H., Hoeyer, M., Dyrborg, J., Leth, I., Kendall, P.C. (2010). Prevalence and co-morbidity among anxiety disorders in a national cohort of psychiatrically referred children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 866-872.
9. Farrell, L., Barrett, P., Ollendick, T. (2007). School-based interventions for anxiety disorders in children and youth. W: S.W. Evans, M.D. Weist, Z.N. Serpell, (red.), *Advances in school-based mental health interventions: Best practices and program models*, Vol II. 1-20. Kingston, NJ, US: Civic Research Institute.
10. Furr, J.M., Tiwari, S., Suveg, C., Kendall, P.C. (2009). Anxiety disorders in children and adolescents. W: M.M. Antony, M.B. Stein, (red.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. 636-656. New York, NY, US: Oxford University Press.
11. Kazein, A.E., Weisz, J.R. (2006). Wprowadzenie. Kontekst i źródła opartych na dowodach metod psychoterapii dzieci i młodzieży. W: A.E. Kazein i J.R. Weisz (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. 3-22. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
12. Kendall, P.C. i Hollon, S.D. (1979). Cognitive-behavioral interventions: Overview and current status. W: P.C. Kendall i S.D. Hollon (red.), *Cognitive behavioral interventions: Theory, research and procedures*. 1-13. New York: Academic Press.
13. Kendall, P.C. (2010). Teoria przewodnia w terapii dzieci i młodzieży. W: P.C. Kendall (red.), *Terapia dzieci i młodzieży. Procedury poznawczo-behawioralne*. 3-30. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
14. Kendall, P.C., Aschenbrand, S.G., Hudson, J.L. (2006). Terapia lęku ukierunkowana na dziecko. W: A.E. Kazein i J.R. Weisz (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. 90-111. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

15. Kendall, P.C., Furr, J.M., Podell, J.L. (2010). Child-focused treatment of anxiety. W: J.R. Weisz, A.E. Kazdin, (red.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (2nd ed.)*. 45-60. New York, NY, US: Guilford Press.

16. Kendall, P.C., Hudson, J.L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 282-297.

17. Kendall, P.C., Suveg, C. (2010). Leczenie zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży. W: P.C. Kendall (red.), *Terapia dzieci i młodzieży. Procedury poznawczo-behawioralne*. 232-282. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

18. Kendall, P.C., Treadwell, K.R.H. (2007). The role of self-statements as a mediator in treatment for youth with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 380-389.

19. Matuszczak, M. (2002). Lęk. W: Encyklopedia rodzice i dzieci. 713-722. Bielsko-Biała: „Park”.

20. Öhman, A. (2005). Strach i lęk z perspektywy ewolucyjnej, poznawczej i klinicznej. W: M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji*. 719-744. Gdańsk: GWP.

21. Pao, M., Bosk, A. (2011). Anxiety in medically ill children/adolescents. *Depression and Anxiety*, 28(1), 40-49.

22. Pincus, D.B., Santucci, L.C., Ehrenreich, J.T., Eyberg, S.M. (2008). The implementation of modified parent-child interaction therapy for youth with Separation Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(2), 118-125.

23. Podell, J.L., Martin, E.D., Kendall, P.C. (2009). Incorporating play within a manual-based treatment for children and adolescents with anxiety disorders. W: A.A. Drewes, (red.), *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques*. 165-178. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

24. Popiel, A., Pragłowska, E. (2008). Psychoterapia poznawczo – behawioralna.

Teoria i praktyka. Warszawa: Wydawnictwo PARADYGMAT.

25. Reber, A.S. (2000). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

26. Suveg, C., Sood, E., Barmish, A., Tiwari, S., Hudson, J.L., Kendall, P.C. (2008). "I'd rather not talk about it": Emotion parenting in families of children with an anxiety disorder. *Journal of Family Psychology*, 22(6), 875-884.

27. Thaler, N.S., Kazemi, E., Wood, J.J. (2010). Measuring anxiety in youth with learning disabilities: Reliability and validity of the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC). *Child Psychiatry and Human Development*, 41(5), 501-514.

28. Wciórka, J. (2008). (red. wydania polskiego). Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

29. Wood, J.J., McLeod, B.D., Piacentini, J.C., Sigman, M. (2009). One-year follow-up of family versus child CBT for anxiety disorders: Exploring the roles of child age and parental intrusiveness. *Child Psychiatry and Human Development*, 40(2), 301-316.

ПОЗНАВАТЕЛЬНАЯ ДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БЕСПОЯРДКОВ БЕСПОКОИСТВА В ДЕТАХ И ЮНОШАХ. ПРИМЕР ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ

Цель этого изучения должна была представить беспоярдки беспокойства в детях и юношах и познавательной динамической модели терапии. В первых частях изучения я описал виды беспоярдков (беспоярдок separation беспокойства, обобщил беспоярдок беспокойства, страдающий фобией беспоярдок, социальный беспоярдок беспокойства) беспокойства детей и субстанцию беспокойства. В следуюцих частях я сосредоточился на специфических терапиях в детях и юношах и представил курс индивидуальной терапии (индивидуальный детский познавательнo-динамический терапия ICBT), фамильной терапии (фамильный познавательнo-динамический терапия FCBT) и образовательной

программы, в познавательного-динамическом подходе (фамильно-основанное образование / поддержка / внимание FESA). Кроме того я сделал короткое представление примера для изучения.

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY OF ANXIETY DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS.CASE STUDY

The aim of this study was to present anxiety disorders in children and adolescents and cognitive behavioral model of therapy. In the first parts of the study I described the types of children's anxiety disorders (separation anxiety disorder, generalized anxiety disorder, phobic disorder, social anxiety disorder) and the substance of anxiety. In the next parts I focused on specific therapies in children and adolescents and presented the course of individual therapy (individual child cognitive-behavioral therapy ICBT), family therapy (family cognitive-behavioral therapy FCBT) and educational program in cognitive-behavioral approach (family-based education/ support/ attention FESA). In addition I made a short presentation of the case study.

УДК 159.922.73–053.4(043.3)

БАТЬКІВСЬКА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА СОЦІАЛЬНУ АДАПТАЦІЮ ДИТИНИ ДО ШКІЛЬНОГО ЖИТТЯ

**О. Федорчук, Інститут психології
імені Г. С. Костюка
НАПН України**

У статті проаналізовано роль батьків в процесі соціальної адаптації дитини до шкільного життя та формування психологічної готовності до навчання в умовах шкільного соціуму. Підкреслена залежність соціальної компетентності дошкільника від типу і характеру взаємин в сім'ї. Зроблено висновки, що батьківська відповідальність за соціальну адаптацію дитини набувається з досвідом, здатна розвиватись і вдосконалюватись.

Ключові слова: батьківська відповідальність, соціальна адаптація, ціннісні орієнтації, соціальна компетентність, самосвідомість дитини, взаємовідносини батьків і дитини, соціалізація особистості.

Актуальність дослідження. Сучасний соціокультурний простір значно підсилює актуальність проблеми соціальної адаптації дошкільника. Це виявляється, перш за все, в підвищенні вимог до сформованості вже у першокласника певних моделей соціальної поведінки, усвідомлення базової системи ціннісних орієнтацій. Це вимагає сьогодні серйозного переосмислення задач виховання та соціалізації в період дошкільного дитинства. Дорослі мають чітко усвідомлювати, чи достатньо готова дитина до активного включення в широкий соціальний простір, яким є сьогодні шкільне життя.

Дошкільне дитинство – це період інтенсивного фізичного, психічного,