

Reakcje Nerwicowe u dzieci

Aspekt wychowawczy i kliniczny

Niepokojąco nasilającym się zjawiskiem u małych dzieci już między 1 a 3 r. ż są zachowania i reakcje nerwicowe.

Objawiają się one najczęściej swojego rodzaju „atakami” dziecka, nagłym i nasilonym buntem, sprzeciwem, histerycznym płaczem, często wrzaskiem, wierzganiem i tupaniem nogami, rzucaniem zabawkami, agresją fizyczną oraz autoagresją. Zachowania te mają bardzo ekspresywny przebieg, dziecko prezentuje całą gamę czynności nieakceptowanych, zagrażających zarówno innym jak i własnej psychice. **Reakcje nerwicowe są następstwem: zakazu, pouczenia, egzekwowania konkretnego sposobu zachowania**, z czym dziecko absolutnie się nie zgadza, nie przyjmuje do wiadomości, nie akceptuje.

Największą trudność dzieciom, sprawia podporządkowanie się dorosłemu oraz zrozumienie słuszności podporządkowania się.

Czynnikiem warunkującym reakcje nerwicowe są najczęściej nieprawidłowe relacje dziecka z rodzicami oraz najbliższymi opiekunami w jego środowisku rozwojowym, a także czynniki sytuacyjne takie jak:

- **deprywacja**- niezaspokajanie podstawowych potrzeb psychologicznych dziecka w szczególności potrzeby bezpieczeństwa, miłości, więzi, akceptacji i uznania.
- nerwicogenne są również **-ambiwalentne układy interpersonalne** między dzieckiem jego rodzicami albo dzieckiem i jego opiekunami (równocześnie pozytywny i negatywny stosunek rodziców do dziecka i dziecka do rodziców), jak i ambiwalentne sytuacje, w których dziecko za identyczne zachowanie jest przez nich raz nagradzane a raz karane. Prowadzi to do konfliktów wewnętrznych oraz nieprawidłowego układu potrzeb dziecka.

Urazy psychiczne są silnym bodźcem warunkującym reakcje nerwicowe.

Powtarzające się sytuacje zagrożenia, stresu i zakłócenia, mogą wywoływać ujemne zmiany w funkcjonowaniu pod postacią reakcji nerwicowych: pojawieniem się silnego niepokoju, lęku obniżonego nastroju.

Podtrzymująca reakcje nerwicowe jest mała odporność na stres, uwarunkowana chociażby: chorobą, zmęczeniem, stopniem reaktywności, przeszłymi przykrymi doświadczeniami.

Reakcje nerwicowe- występują głównie w obrębie struktur popędowo-emocjonalnych i są głównie przejawem negatywnych uczuć: lęku, gniewu, zazdrości, buntu, również nieświadomie zastosowanych mechanizmów obronnych w celu zmniejszenia napięcia emocjonalnego.

Najczęstszymi wyuczonymi zachowaniami nerwicowymi wśród małych dzieci są:

Ruchy mimowolne- tzw. TIKI

Tiki są to niezależne od woli, niecelowe, wielokrotnie powtarzające się skurcze mięśni, nasilające się w stanach napięć emocjonalnych, ustępujące całkowicie w czasie snu. Są czynnościami nawykowymi, powstałe na zasadzie uczenia.

Występują również tiki wokalne-chrząkanie, wydawanie nieartykułowanych dźwięków, pohukiwania.

Trudne do leczenia zazwyczaj wymagające konsultacji neurologicznej i leczenia farmakologicznego.

Jąkanie

Jąkanie rozwojowe- u dzieci 3-4 letnich oraz jąkanie występujące w młodszym wieku szkolnym. Polega na niedostatecznej sprawności aparatu artykulacyjnego w okresie kształtowania się mowy, gdy dziecko chce szybciej się wypowiedzieć niż potrafi to wymówić. Nasila się w sytuacjach emocjonalnego stresu oraz nieprawidłowości w środowisku rodzinnym.

Moczenie mimowolne

Bezwiedne powtarzające się oddawanie moczu w dzień i w nocy u dzieci, u których nawyk kontrolowania oddawania moczu powinien być już wykształcony. U 80% dzieci jest to moczenie nocne, u 15% moczenie nocne i dzienne a u 5% moczenie dzienne. Jeżeli moczenie utrzymuje się nieprzerwanie u dzieci kilkuletnich od okresu niemowlęcego to mówimy o moczeniu pierwotnym. Moczenie wtórne pojawia się w rok lub kilka lat po opanowaniu, kontrolowaniu oddawania moczu.

U podłoża leczenia wtórnego leżą najczęściej czynniki psychogenne, sytuacje traumatyczne, stresujące, zagrażające powodujące niezaspokajanie potrzeb emocjonalnych dziecka. Może to być w syt. narodzin młodszego rodzeństwa-kiedy starsze dziecko czuje odrzucenie i zazdrość. Jeśli rodzice zauważą i odczytają intencje negatywnych odczuć dziecka skupiają się na zaspokajaniu potrzeb psychicznych dziecka, zazwyczaj moczenie mija samorzutnie. Jeżeli rodzic lub opiekun wykazują negatywny stosunek do moczenia, jest zniecierpliwiony, zły, gniewa się, krzyczy, odwołuje się do „dorosłości” 3-4 latka, moczenie może się utrwalić i nabrać charakteru przewlekłego.

Moczenie wtórne i pierwotne utrwała się jeśli jest spowodowane negatywnymi uczuciami dziecka (a nie wadami rozwojowymi lub chorobowymi) i jeśli jest

zwalczane w niewłaściwych metodami (kary cielesne, drwiny, krzyki, straszenie dziecka).

Mimowolne nietrzymanie kału

Ma również charakter pierwotny i wtórny, najczęściej jest przejawem zaburzeń emocjonalnych dziecka związanych z niezaspokajaniem jego potrzeb psychicznych. Typ reakcji agresywny- który wynika głównie z nieprawidłowych postaw emocjonalnych rodziców, uwarunkowany cechami osobowości matki, zbyt rygorystycznej i pedantycznej, wymagającej od dziecka porządku i przesadnej czystości. Budzi utajoną agresję i chęć odwetu na matce.

Typ reakcji recesywny- wynikający ze stresowych sytuacji w rodzinie. Dziecko w sposób nieświadomy chce niejako wrócić do okresu niemowlęcego, w którym było otaczane opieką i pielęgnowane.

U podstaw popuszczania kału leżą często mikrozaburzenia o.u.n, na podłożu, których łatwiej dochodzi do tego typu reakcji nerwicowych w syt trudnych i braku zaspokojenia psychicznych potrzeb dziecka (bezpieczeństwa, akceptacji, uznania). Niekiedy mimowolne nietrzymanie kału spowodowane czynnikami emocjonalnymi ma charakter retencyjny, tzn. dz. odmawia oddawania stolca mimo odczuwanego parcia i następnie popuszcza kał na skutek nadmiernego wypełnienia kałem jelita grubego. Do psychologicznej reakcji protestu dołącza się z czasem czynnik somatyczny tj. stałe rozszerzenie jelita grubego i nietrzymanie kału spowodowane zwiotczeniem odbytu.

Astma

Działania bodźców psychicznych, emocjonalnych, środowiskowych uruchamia złożone mechanizmy biologiczne wywołujące napad duszności. W napadzie astmy główną rolę odgrywa reagowanie odczynem tkankowym układu oddechowego na sytuację zagrożenia, lęku a następnie wyuczanie się uruchamiania tych biologicznych mechanizmów w podobnych warunkach na zasadzie odruchowej. Wg wielu autorów przyczyną duszności jest nieprawidłowy stosunek emocjonalny między matką a dzieckiem, polega na ambiwalencji uczuć. Matka nadmiernie lękowa nie daje dziecku poczucia bezpieczeństwa, jej postawy są pełne sprzeczności, nadmiernie troskliwa, ochraniająca, czuwająca, jednocześnie stałymi zakazami ogranicza samodzielność dziecka, żąda podporządkowania, a co najważniejsze nie w pełni akceptuje dziecko. W tym ujęciu „napad duszności” ma być wołaniem o pomoc dziecka, które pragnie zaspokojenia potrzeby miłości, czułości, pomocy, bliskiego związku z matką.

Inny pogląd mówi, że napad astmy jest wyuczoną formą wyrażania konfliktów dziecka zależnych od tłumienia negatywnych emocji, najczęściej nie uświadomionych, a związanych z licznymi zakazami, ograniczeniami, budzącymi sprzeciw a nawet agresję.

Znaczący w napadach astmy jest także poziom lęku dziecka, które wychowuje się w rodzicach gdzie obserwuje się stosowanie metod wychowawczych opartych na groźbach, karach, wymaganiach posłuszeństwa, bez umiejętności przekazu emocji i porozumienia.

Zachowania opozycyjno-buntownicze

Dziecko, któremu rodzice poświęcają zbyt mało uwagi, nie spędzają wolnego czasu bawiąc się, ucząc dziecko otaczającego świata, stopniowo zaczyna odczuwać deprivację potrzeb psychicznych.

Środowisko rodzinne o stresogennym podłożu, zbyt rygorystyczny system wychowawczy rodziców, ciągłe zakazy, ograniczenia, brak zrozumienia dziecka i jego potrzeb prowadzi do zachowań nerwicowych.

Atak nerwicowy dziecka, autoagresja, agresja fizyczna do innych, świadczy o nieprawidłowych relacjach wewnątrz rodzinnych i środowiskowych.

Napięcie wewnętrzne, złość, frustracja która narasta w dziecku kiedy jego potrzeby są ignorowane objawia się ze zdwojoną siłą, kiedy to maluch nie jest w stanie pomieścić już więcej negatywnych i zbyt obciążających odczuć, których nie rozumie. Kiedy zachowania buntownicze nasilają się, są długotrwałe, niebezpieczne dla samego dziecka oraz osób w jego środowisku, konieczna jest konsultacja psychologiczna, wsparcie terapeutyczne rodziców i samego dziecka.

Opracowała
psycholog MZŻ Małgorzata Trautman