

Przewodnik po Zaburzeniach Lękowych

Wstęp

Strach i lęk są niezbędne w życiu człowieka, ponieważ pełnią rolę sygnalizacyjną, mobilizacyjną i motywacyjną. Strach związany jest z sytuacją bezpośredniego zagrożenia, lęk z kolei stanowi reakcję na przewidywane zagrożenie.

Różne rodzaje lęków są typowe dla danej fazy rozwojowej dziecka i mają charakter przemijający. Należą do nich:

- lęk przed nieznanymi – 6-9 miesiąc życia
- lęk przed separacją – 8-24 miesiąc życia
- lęk przed wyimaginowanymi postaciami/potworami, duchami, ciemnością, burzą – 3-6 rok życia
- lęk przed ciężką chorobą, śmiercią, katastrofą, która może dotknąć jego lub bliskie mu osoby – 6-12 rok życia
- lęk przed zwierzętami – 7-10 rok życia
- lęk przed niepowodzeniami, oceną, krytyką, upokorzeniem, ośmieszeniem – 11-17 rok życia

O patologicznym charakterze odczuwanego lęku świadczy jego nasilenie (nadmierne i nieproporcjonalne do wywołującego go bodźca), utrudniający funkcjonowanie charakter oraz utrzymywanie się w czasie. Towarzyszą mu objawy somatyczne (fizjologiczne), psychologiczne, społeczne i behawioralne.

W zaburzeniach lękowych wiodącym objawem jest lęk, który jest nadmierny w stosunku do sytuacji, nie znajduje racjonalnego wytłumaczenia i nie jest kontrolowany. Można wyróżnić 3 główne obszary, w których lęk ma swoje odbicie:

psychiczny – odczuwanie nerwowości, niepokoju, drażliwości, poczucia zagrożenia, trudność w odprężeniu się, zmęczenie, obecność negatywnych myśli, obaw, przekonań o zagrożeniach, ruminacji (uciążliwych, nawracających myśli o charakterze lękowym, które znacząco angażują procesy uwagi), koszmary senne;

fizjologiczno-somatyczny – odczuwanie objawów ze strony wielu układów biologicznych:

- układu krążenia (uczucie kołatania, tachykardia),
- układu oddechowego (skrócony, szybki oddech, niemożność nabrania głębokiego oddechu, dławienie się),
- układu pokarmowego (ból brzucha, nudności, wymioty, biegunka, uczucie „guli w gardle”),
- układu ruchu (drżenie mięśni, drętwienia, skurcze i ból mięśni),
- objawów skórnych (gęsia skórka, zaczerwienienia, bladość, wykwity na skórze, wysypka),
- innych objawów, jak ból i zawroty głowy, omdlewanie, zaburzenia równowagi, suchość w jamie ustnej, osłabienie, pobudzenie, trudności z zasypianiem, nadmierne pocenie się;

behawioralny – wycofanie się z relacji społecznych, nadmierna zależność od innych, unikanie sytuacji związanych z niebezpieczeństwem lub przeciwnie, poszukiwanie takich sytuacji.

Epidemiologia

Zaburzenia lękowe to jedne z najczęstszych zaburzeń psychicznych wśród dzieci.

Rozpowszechnienie w populacji ogólnej szacuje się na 2-10%, nawet do 33,7%.

Mowa tu o osobach, u których w ciągu całego życia chociaż raz wystąpiły zaburzenia lękowe.

Wśród nastolatków, podobnie jak u dorosłych, zaburzenia lękowe stanowią najczęstszą grupę zaburzeń psychicznych z 12-miesięcznym rozpowszechnieniem i wynoszą 24,9% (dotyczy to wszystkich osób, u których w chwili badania

populacyjnego lub w ciągu 12 miesięcy przed badaniem wystąpiło 1 z zaburzeń lękowych).

W grupie dzieci poniżej 12 roku życia dominuje lęk separacyjny (4%), a u starszych dzieci częściej obserwowane są uogólnione zaburzenia lękowe (1-7%), fobie proste (2,5-9%) oraz lęk społeczny (1-13%). W przypadku lęku napadowego u około 40% populacji do 18 r.ż. stwierdzono przynajmniej jeden atak paniki. Natomiast zaburzenie paniczne diagnozowane jest u 0,5-5% dzieci i młodzieży.

Rozpowszechnienie mutyzmu wybiórczego jest stosunkowo małe i wynosi w populacji ogólnej 0,02%, a w populacji psychiatrycznej 0,2%.

U osób z zaburzeniami lękowymi wzrasta ryzyko rozwoju innych zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nastroju, depresji, nadużywania substancji psychoaktywnych czy zaburzeń osobowości. Ponadto są one obarczone wysokim ryzykiem chronicznego przebiegu i niepełnosprawności.

Etiologia

Przyczyna zaburzeń lękowych jest wieloczynnikowa i mówimy tu o skojarzonym działaniu czynników. Przy czym te same zaburzenia lękowe, ujawniające się w różnych okresach życia, mogą mieć inną konstelację czynników etiologicznych.

Do czynników ryzyka rozwoju zaburzeń lękowych u dzieci należą:

czynniki biologiczne:

genetyczne – związane m.in. z genem transportera dopaminy – DAT1, genami biorącymi udział w wydzielaniu kortykotropin oraz genami transportera serotoniny – HTT;

związane z ekspresją temperamentu – tzw. zahamowaniem behawioralnym, czyli obawą przed nowymi sytuacjami i związaną z tym niechęcią do zdobywania nowych doświadczeń

czynniki społeczno-kulturowe:

mechanizmy behawioralne – warunkowanie klasyczne, warunkowanie instrumentalne, modelowanie.

czynniki psychologiczne:

rodzinne – nieadekwatne wymagania otoczenia, atmosfera lęku i nadmiernej kontroli, nadopiekuńczość, niekonsekwentne postawy wychowawcze, brak „granic”, dostosowanych do poziomu rozwoju i potrzeb dziecka, brak zachęcania dzieci do większej samodzielności, ale i nadmierne wymagania. Podkreśla się tutaj znaczenie obecności zaburzeń lękowych u opiekunów dziecka, które uczy się od nich interpretować świat jako zagrażający, niebezpieczny oraz uczy się strategii radzenia sobie z trudnościami poprzez unikanie. „Lękowi” opiekunowie mogą wielu sytuacjom nadawać lękowe znaczenie („uważaj, bo się przewrócisz”, „nie wchodź, bo spadniesz”), co może odbierać dziecku radość z eksplorowania świata, wzbudzać w nim niepokój, ograniczać jego sprawczość i chęć do podejmowania nowych wyzwań oraz wzmacniać bezradność i unikanie, jako strategię radzenia sobie z trudnościami. A ulga wynikająca z uniknięcia nieprzyjemnej, budzącej niepokój, sytuacji stanowi pozytywne wzmocnienie.

rówieśnicze – brak akceptacji, wykluczenie i odrzucenie, hejt, przemoc ze strony rówieśników (również w przestrzeni wirtualnej);

szkolne – doświadczenie porażki, upokorzenia, wstydu, ośmieszenia;

inne trudne/traumatyczne doświadczenia życiowe – np. uczestniczenie w katastrofie naturalnej lub wypadku, doświadczenie wojny, hospitalizacja, choroba kogoś bliskiego, wykorzystanie seksualne, istotne zmiany w sytuacji życiowej, takie jak przeprowadzka, pójście do nowej szkoły, zmiana klasy, rozwód rodziców.

Czynniki ochronne

Czynniki, które zmniejszają ryzyko rozwoju zaburzeń lękowych:

- wsparcie społeczne;
- umiejętność radzenia sobie w różnych trudnych sytuacjach życiowych – ważne jest tutaj kształtowanie strategii rozwiązywania problemów, umiejętność relaksacji;
- zdolność do odwracania uwagi od czynników wywołujących lęk.

Klasyfikacja zaburzeń lękowych

Według aktualnie obowiązujących klasyfikacji diagnostycznych ICD-11 (*International Classification of Diseases and Related Health Problems* – Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych) i DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych) do zaburzeń lękowych, należą:

- separacyjne zaburzenie lękowe;
- zaburzenia lękowe uogólnione;
- fobie proste (specyficzne);
- agorafobia;
- społeczne zaburzenie lękowe (fobia społeczna);
- zespół lęku napadowego;
- mutyzm wybiórczy;
- zaburzenia lękowe wywołane przyjmowaniem leków lub substancji psychoaktywnych;
- zaburzenia lękowe wywołane stanem ogólnym;
- inne zaburzenia lękowe określone i nieokreślone (specyficzne i niespecyficzne).

Należy pamiętać, że zaburzenia lękowe mają tendencję do współwystępowania, a poszczególne zaburzenia różnicuje:

- bodziec wywołujący lęk (źródło lęku);
- charakter nieprzyjemnego doznania emocjonalnego;
- reakcja na lęk.

Lęk przed separacją w dzieciństwie

Jest jednym z najczęściej rozpoznawanych zaburzeń lękowych wśród młodszych dzieci. Rozpowszechnienie szacowane jest na 3-5% populacji i maleje z wiekiem (4,1% dzieci 7-11 lat, 1,3% dzieci 14-16 lat).

Zaburzenie to rozpoczyna się najczęściej między 2 a 5 r.ż. (do 6 r.ż. częściej u chłopców, w późniejszym okresie zaczynają dominować dziewczynki) i od

prawidłowego lęku przed rozstaniem różni się niezwykle dużym nasileniem, czasem trwania oraz występowaniem trudności w funkcjonowaniu społecznym dziecka.

Kluczowym objawem jest nadmierny i zogniskowany lęk przed rozłąką z osobami, z którymi dziecko jest najbardziej związane. Dzieje się tak, gdy dziecko spodziewa się takiej rozłąki, gdy ją sobie wyobraża oraz podczas nieobecności opiekuna. Lęk ten trwa co najmniej 4 tygodnie i utrudnia, a czasem uniemożliwia edukację szkolną, ogranicza kontakty rówieśnicze, hamuje samodzielność i autonomię.

Objawy to:

- zamartwianie się nieszczęściami, które mogłyby przydarzyć się rodzicom (porwanie, wypadek, zaginięcie, choroba);
- uporczywe myśli o śmierci rodziców;
- obawa, że rodzice nie wrócą i już nigdy się z nimi nie spotka;
- zamartwianie się, że nieszczęśliwe zdarzenie rozdzieli go z najbliższymi osobami;
- niechęć do chodzenia do szkoły lub odmawianie chodzenia do szkoły z obawy przed rozłąką;
- reagowanie oporem, płaczem na próbę rozłąki;
- zgłaszanie różnych objawów somatycznych w sytuacji rozłąki (np. przy rozstaniu w szkole) lub gdy się jej spodziewa;
- odmawianie samodzielnego chodzenia do szkoły, na podwórko, do kolegów/koleżanek;
- odmawianie samodzielnego wyjazdów na wycieczki szkolne, kolonie;
- odmawianie kładzenia się spać lub robienie tego niechętnie;
- niechęć do samodzielnego spania, częste spanie z opiekunem;
- niechęć do spania poza domem;
- zgłaszanie lęku przed przebywaniem samemu lub bez rodziców;
- koszmary nocne o tematyce rozłąki.

Czynniki zwiększające ryzyko rozwoju zaburzeń lęku separacyjnego, to:

- poważna choroba lub śmierć w rodzinie;
- nagła istotna zmiana w rodzinie lub szkole;

- występowanie zaburzeń lękowych u innych członków rodziny.

Według niektórych badań lęk przed separacją w dzieciństwie zwiększa ryzyko wystąpienia w przyszłości m.in. zaburzenia lęku uogólnionego czy fobii społecznej.

Leczenie polega przede wszystkim na stosowaniu programów terapeutycznych obejmujących dziecko i jego rodzinę.

Uogólnione zaburzenia lękowe

Najczęściej mają początek między 8 a 9 r.ż. i mają tendencję do nasilania się. Rozpowszechnienie wśród dzieci szacuje się na 2-5%. Częstość występowania rośnie z wiekiem i w okresie dojrzewania wynosi 3-7%. W okresie dorastania stosunek dziewcząt doświadczających tego typu zaburzeń do chłopców to 6:1.

Najczęściej lęk uogólniony ma charakter przewlekły o zmiennym nasileniu i często jest obecny w okresie dojrzewania.

Charakterystyczną cechą jest tutaj obecność nadmiernego lęku, który jest niezależny od jakiegokolwiek sytuacji zewnętrznej (lęk wolnopłynący) i nie nasila się pod jej wpływem. Jednocześnie nie sposób nad nim zapanować. Taki lęk powinien pojawiać się przez większość dni przez co najmniej 6 miesięcy. Charakterystyczne jest również zamartwianie się. A częstym jego tematem są osiągnięcia szkolne, relacje rówieśnicze i rodzinne, ale i zjawiska pogodowe czy historyczne. Towarzyszy temu przewidywanie nieszczęśliwych wydarzeń w przyszłości. Dziecko wyobraża sobie tylko negatywne scenariusze dla sytuacji, którymi się zamartwia. Często szuka zapewnień, że jego obawy się nie spełnią, ale nie uspokaja się pod ich wpływem. Dziecko zgłasza też nawracające skargi somatyczne, najczęściej dotyczące dolegliwości bólowych, takich jak np. bóle brzucha, głowy. W takiej sytuacji ciągłego odczuwania lęku i zamartwiania się organizm utrzymywany jest w ciągłej gotowości do reakcji na przewidywane trudności lub niebezpieczeństwa.

Dodatkowo towarzyszą temu zaburzeniu takie objawy jak zmęczenie, niemożność odprężenia się, stale odczuwany niepokój, niemożność usiedzenia w miejscu, trudności w koncentracji uwagi, drażliwość, zaburzenia snu.

Zazwyczaj obecne są również objawy pobudzenia układu autonomicznego (zawroty głowy, pocenie się, przyspieszona czynność serca, przyspieszony oddech, suchość w jamie ustnej).

Zaburzenia lęku uogólnionego często towarzyszą innym zaburzeniom lękowym, poprzedzają je lub następują po nich. Współwystępują z zaburzeniami depresyjnymi oraz nadpobudliwością psychoruchową (ADHD).

Leczenie obejmuje przede wszystkim psychoterapię indywidualną oraz pracę z rodziną.

Zaburzenia lękowe w postaci fobii

Istotą jest tutaj nadmierny, irracjonalny, nieuzasadniony lęk pojawiający się regularnie w obecności określonych obiektów/sytuacji lub w momencie wyobrażenia go sobie. Prowadzi to do unikania obiektów czy sytuacji, których dotyczy lęk. A to powoduje istotne pogorszenie funkcjonowania społecznego.

Rozpoznanie fobii u dzieci zawsze wymaga uwzględnienia występowania specyficznych w danej fazie rozwojowej lęków i obaw (np. lęk przed ciemnością, zwierzętami, potworami, śmiercią). W zaburzeniu tym lęk jest nadmiernie nasilony i towarzyszy mu istotne upośledzenie funkcjonowania społecznego.

Trzy rodzaje zaburzeń o charakterze fobii:

Fobie proste – pojawiają się najczęściej między 7 a 10 r.ż. i występują u 2-4% dzieci i nastolatków. Najczęściej rozwijają się w odniesieniu do takich sytuacji czy obiektów, jak:

- zwierzęta, ptaki, owady,

- wysokość,
- zjawiska atmosferyczne, np. burza, grzmoty,
- latanie samolotem,
- małe zamknięte przestrzenie, np. winda,
- widok krwi, zastrzyki,
- zadławienie się.

Młodsze dzieci mogą reagować płaczem, wybuchem złości, zamieraniem w bezruchu czy przywieraniem do opiekuna w sytuacji zetknięcia się lub spodziewając się kontaktu z obiektem/sytuacją, względem której odczuwają nadmierny lęk. W związku z tym, dziecko koncentruje się na unikaniu takiego obiektu/sytuacji.

By rozpoznać zaburzenie w postaci fobii prostej objawy muszą występować minimum 6 miesięcy, co u dzieci pozwala na odróżnienie objawów przewlekłych, od tych, które pojawiają się okresowo i mają tendencję do zanikania.

1. Agorafobia – tutaj lęk dotyczy otwartej przestrzeni, przebywania w tłumie, w miejscach publicznych, ale i takich bez możliwości łatwej ucieczki lub uzyskania pomocy, samotnego podróżowania lub podróżowania daleko od domu. Dziecko może w związku z tym odmawiać pójścia do szkoły, wychodzenia z domu, czy korzystania z komunikacji miejskiej. Objawy muszą trwać co najmniej 6 miesięcy.

Leczenie fobii prostych, w tym agorafobii polega przede wszystkim na zastosowaniu oddziaływań psychoterapeutycznych, głównie o charakterze behawioralnym.

2. Fobia społeczna – jest jednym z najczęstszych zaburzeń psychicznych i jest obarczona wysokim ryzykiem zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym. Objawy dotyczą głównie sytuacji oceny dokonywanej przez innych (zarówno dorosłych, jak i rówieśników), możliwości znalezienia się w centrum uwagi i bycia obserwowanym (wystąpienie publiczne, jedzenie w obecności innych osób) lub zachowania się w sposób, który okaże się

kłopotliwy czy kompromitujący, co w konsekwencji prowadzi do unikania sytuacji społecznych. Lęk może się również pojawiać na skutek rozmyślenia o sytuacjach budzących obawę. Unikanie i przeżywanie obaw zazwyczaj jest oceniane przez dziecko jako nadmierne i nieracjonalne. Jednak nasilenie zazwyczaj jest duże i może prowadzić do nawet całkowitej izolacji. Charakterystyczne są tutaj:

- trudności w wysławianiu,
- skargi na czerwienienie się,
- drżenie rąk, dygotanie, nudności z towarzyszącą obawą przed zwymiotowaniem, częsta i nagła potrzeba oddawania moczu lub stolca,
- pocenie się.

Dziecko myśli, że jego zachowanie lub objawy niepokoju zostaną negatywnie odebrane przez innych, a przez to poczuje się ono odrzucone, zawstydzone, a nawet poniżone.

Objawy fobii społecznej najczęściej pojawiają się w okresie dzieciństwa lub dorastania (większość przypadków fobii społecznej ma początek przed 18 r.ż.) i mogą dotyczyć 3% populacji ogólnej. Jej cechy mogą się rozwijać powoli lub ujawnić gwałtownie po obiektywnym doświadczeniu poniżenia lub problemów w relacjach społecznych (np. odrzuceniu przez rówieśników). Aby rozpoznać to zaburzenie, objawy muszą trwać co najmniej 6 miesięcy. Często zdarza się jednak tak, że cierpienie dziecka związane z doświadczaniem objawów trwa znacznie dłużej, nim zostanie ono dostrzeżone przez otoczenie. W związku z tym wiele dzieci, nastolatków, ale i dorosłych pozostaje niezdiagnozowanych i nie otrzymuje adekwatnej pomocy. A w przypadku przewlekłego przebiegu zaburzenia z czasem dołączają się inne zaburzenia lękowe czy depresyjne. Zwiększa się też ryzyko uzależnień, zwłaszcza od alkoholu i substancji psychoaktywnych, które redukują lęk (opioidy, THC – tetrahydrokannabinol), co można rozumieć jako próbę samoleczenia.

Leczenie fobii społecznej polega na skojarzonym stosowaniu metod farmakologicznych i psychoterapeutycznych (skuteczna jest zwłaszcza terapia poznawczo-behawioralna).

Zaburzenie lęku panicznego

Ujawnia się w postaci nawracających, nagłych i niespodziewanych ataków silnego lęku (paniki), którym towarzyszą nasilone objawy somatyczne (uczucie duszności, omdlenia, kołatanie serca, ucisk w klatce piersiowej, zawroty głowy, szybki i płytki oddech – hiperwentylacja, pocenie się, nudności). Myślenie koncentruje się wokół utraty kontroli, a nawet śmierci czy poczucia, że zaraz „zwariuję”, co jeszcze bardziej wzmacnia lęk. Dziecko doświadczające ataków paniki obawia się, że nikt mu nie udzieli pomocy. Napad paniki może się pojawić bez uchwytniej przyczyny lub może być wyzwolony przez konkretny czynnik. Może być również reakcją na rzeczywiste zagrożenie lub stres związany z sytuacją społeczną, np. w trakcie lekcji, klasówki, odpowiedzi ustnej. Po doświadczeniu takiego napadu dziecko może odczuwać niepokój przed kolejnym atakiem paniki. Może reagować niepokojem na jakiegokolwiek objawy somatyczne. Może również zacząć unikać sytuacji, w których przewiduje, że może takiego ataku doświadczyć, np. unikać ćwiczeń fizycznych czy nowych sytuacji. Dziecko w obawie przed nawrotem napadu paniki paradoksalnie może go doświadczać kolejnych napadów.

Choć zaburzenie paniczne diagnozowane jest najczęściej w okresie wczesnej dorosłości, to u wielu pacjentów pierwsze ataki pojawiały się już w dzieciństwie. Całkowita remisja jest rzadka, jednak zdarzają się długie okresy bez ataków.

Mutyzm wybiórczy

Zazwyczaj rozwija się we wczesnym dzieciństwie, między 5 a 6 r.ż., przy czym granice wiekowe mogą być między 2 a 8 r.ż.

Rozpowszechnienie zaburzenia szacowane jest na poziomie 0,03-1%. Częściej u młodszych dzieci niż u nastolatków. Z taką samą częstotliwością u chłopców

i dziewcząt. A jednym z najczęściej towarzyszących mutyzmowi zaburzeń jest zespół lęku społecznego, którego cechy nierzadko wyprzedzają pojawienie się odmowy mówienia.

Cechą charakterystyczną jest milczenie dziecka w określonych sytuacjach społecznych (np. podczas pobytu w szkole), w trakcie interakcji z konkretnymi osobami (np. nauczycielami), podczas gdy w innych sytuacjach dziecko nie ma problemu ze swobodną wypowiedzią (np. w domu z rodzicami, z rówieśnikami w szkole/na placu zabaw). W typowym obrazie klinicznym mutyzmu wybiórczego dzieci:

- najczęściej nie mówią w środowisku szkolnym,
- częściej rozmawiają na przerwie niż w klasie,
- mają trudność w mówieniu do osób obcych,
- łatwiej rozmawia im się z rówieśnikami niż z osobami dorosłymi.

Kolejną cechą charakterystyczną dla dziecka z mutyzmem wybiórczym jest jego sylwetka (trzymanie głowy i ramion przygiętych do przodu, prosty, sztywny kręgosłup, napięte kończyny) i zachowanie (brak kontaktu wzrokowego z rozmówcą – wzrok skierowany w bok lub w dół, uboga mimika twarzy, baczne obserwowanie otoczenia i brak reakcji emocjonalnej na to, co się dzieje). Dziecko w środowisku zewnętrznym jest wycofane i bierne, gdy tymczasem w domu potrafi być aktywne, rozmowne, a nawet sprawia trudności wychowawcze. Zahamowaniu mowy może towarzyszyć zahamowanie aktywności ruchowej.

Do rozpoznania mutyzmu wybiórczego niezbędny jest prawidłowy rozwój mowy u dziecka (lub bliski prawidłowemu) oraz musi ono uczestniczyć w sytuacjach, w których mówi normalnie. Rzadką postacią zaburzenia jest sytuacja, kiedy dziecko nie rozmawia z rodziną lub jednym z jej członków. Ponadto odmowa mówienia utrzymuje się ponad miesiąc, z wyłączeniem pierwszego miesiąca pobytu w przedszkolu, nauki w szkole, gdyż w tym czasie może być to objaw trudności w adaptacji do nowej sytuacji.

To lęk przed mówieniem jest przyczyną mutyzmu wybiórczego. Dziecko nie boi się konsekwencji wynikających z niemówienia, ale sam akt mówienia wiąże się z pojawieniem silnego, irracjonalnego lęku. Jednocześnie dziecko ma zdolność do nawiązywania relacji z rówieśnikami, przy czym ograniczają się one do wybranych osób i często są w formie komunikacji niewerbalnej.

Dzieci imigrantów, które nie znają dobrze języka, mogą odmawiać posługiwania się nim, np. w szkole. Objawy powinny jednak być nieobecne w sytuacji, gdy dziecko będzie mogło odpowiedzieć nauczycielowi w swoim ojczystym języku.

Zaburzenie to może trwać kilka miesięcy lub lat, zanim dziecko trafi na diagnozę i terapię, ponieważ zarówno rodzina, jak i środowisko szkolne, mają tendencję do dostosowywania się do objawów dziecka i mają dobrze wypracowany system komunikacji pozawerbalnej. A to może utrudniać również proces leczenia.

Przykładem takiego dostosowania się środowiska do objawów dziecka będzie:

- zgoda na udzielanie odpowiedzi pisemnie na kartce, zamiast ustnie,
- niepytanie dziecka przy klasie,
- sprawdzanie wiadomości dziecka po lekcjach, w obecności rodzica,
- odsłuchiwanie nagrań / oglądanie filmików nagranych w domu przez rodziców, potwierdzających umiejętność czytania przez dziecko,
- zwalnianie przez rodziców dziecka z wszelkich wyjść/wycieczek szkolnych,
- zwolnienie dziecka z lekcji WF.

Z drugiej strony zmuszanie dziecka na siłę do mówienia, np. poprzez straszenie konsekwencjami, może doprowadzić do nasilenia objawów.

W tej sytuacji podkreślić należy, że wczesne rozpoznanie i interwencja są kluczowe w skutecznej terapii mutyzmu wybiórczego, ponieważ im krócej dziecko radzi sobie z lękiem poprzez milczenie, tym słabszy jest nawyk korzystania z tej strategii, która ma na celu redukcję napięcia i dyskomfortu.

Standardy NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) rekomendują terapię poznawczo-behawioralną i behawioralną. W tym Zintegrowaną Terapię Behawioralną dla Mutyzmu Wybiórczego (*Integrated Behavior Therapy for Selective Mutism, IBTSM*), która zakłada współpracę przedstawicieli szkoły w procesie leczenia dziecka.

Współpraca z placówką, do której uczęszcza dziecko, jest ważnym elementem jego terapii i dotyczy m.in. wtórnych korzyści, jakie dziecko ma z nieodzywania się (m.in. inne traktowanie podczas lekcji, zmniejszone wymagania) oraz przeprowadzania ekspozycji, mających na celu naukę swobodnego mówienia w sytuacjach społecznych. Ekspozycje te mogą polegać np. na rozmowie z terapeutą, wychowawcą w pustej klasie, dalej na czytaniu w obecności nauczyciela, innego dziecka, aż po mówienie do innych w sposób słyszalny, odpowiadanie na pytania w klasie, czy inicjowanie kontaktu z rówieśnikami i nauczycielami. Ekspozycje krok po kroku są planowane przez terapeutę. Zależą one od stopnia nasilenia lęku i wymagają zaangażowania innych osób.

Negatywne nastawienie dziecka do kontaktu z innymi może prowadzić do podobnej reakcji otoczenia względem niego. A to z kolei może wzmacniać w dziecku, z zaburzeniami lękowymi, niechęć do wchodzenia w interakcje z ludźmi. Praca w środowisku szkolnym będzie polegała na przerwaniu „błędnego koła” i zmianie nastawienia względem dziecka, ale i na włączaniu go w działania grupy (np. w prace zespołowe w trakcie lekcji, zabawę na przerwach).

Brak interwencji w szkole oraz wtórne korzyści, np. inne wymagania w stosunku do dziecka, mogą powodować przejście zaburzeń w formę przewlekłą, co potwierdza potrzebę i zasadność współpracy zespołu leczącego dziecko ze szkołą.

Zaburzenia lękowe wywołane substancją/lekiem

Objawy lęku lub atak paniki pojawiają się bezpośrednio po przyjęciu substancji/leku, podczas lub bezpośrednio po intoksykacji.

W przypadku dzieci możemy mieć do czynienia z dwiema sytuacjami, których raczej nie spotyka się w przypadku dorosłych. Mowa tu po pierwsze o przypadkowym przyjęciu leków przez dziecko, a po drugie o ukrywaniu przez nastolatka faktu używania nielegalnych substancji psychoaktywnych.

Objawy lękowe mogą się pojawić również po spożyciu legalnych substancji, takich jak kawa czy napoje energetyzujące.

Zaburzenia lękowe spowodowane stanem ogólnomedycznym

W wieku rozwojowym może się zdarzyć, że lęk jest wywołany przez schorzenie somatyczne. Ważny jest tutaj związek czasowy między nim a objawami lęku, które muszą być na tyle nasilone, że stają się źródłem problemu w funkcjonowaniu dziecka. Do somatycznych przyczyn występowania lęku należą m.in.:

- arytmia, nadciśnienie tętnicze, choroby zastawek serca,
- astma oskrzelowa, odma opłucnowa, zatorowość płucna,
- hipoglikemia, nadczynność tarczycy, zaburzenia elektrolitowe, guz insulinowy, choroba Cushinga,
- stwardnienie rozsiane, padaczka, encefalopatia, choroba Wilsona,
- inne zaburzenia psychiczne, w tym zaburzenia psychotyczne, depresyjne, nadpobudliwość psychoruchowa (ADHD), zespół stresu pourazowego.

Inne zaburzenia lękowe określone i nieokreślone

Kategoria ta zarezerwowana jest dla wszystkich tych objawów lękowych, które powodują znaczne trudności w funkcjonowaniu, a nie spełniają kryteriów wyżej przedstawionych zespołów.

Leczenie

Jak już wspomniano wielokrotnie, leczenie dzieci z zaburzeniami lękowymi polega przede wszystkim na zastosowaniu metod psychoterapeutycznych. Niekiedy

oddziaływania te skojarzone są z farmakoterapią, która powinna być zastosowana, jeśli nasilenie objawów i dyskomfort, jaki powodują, utrudnia funkcjonowanie dziecka. Wdrożenie farmakoterapii jest niezbędne, gdy zaburzeniom lękowym towarzyszy depresja oraz gdy podjęta psychoterapia nie przynosi wystarczających efektów.

Według autorów przytoczonych powyżej standardów NICE jest kilka zasad, które powinny charakteryzować profesjonalne leczenie zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży. Po pierwsze leczenie powinno być poprzedzone wnikliwą diagnozą, która określa obecność danego zaburzenia, jego nasilenie oraz poziom zaburzenia funkcjonowania. Po drugie leczenie powinno zaczynać się od metod najmniej inwazyjnych, a najbardziej skutecznych. Metody psychologiczne powinny poprzedzać zastosowanie farmakoterapii. Interwencjami stosowanymi w pierwszej kolejności powinny być monitoring stanu psychicznego i psychoedukacja.

Za najskuteczniejsze, według standardów NICE, uznawane są różne formy psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Efektywność tych oddziaływań, w zakresie ustąpienia objawów, szacowana jest na poziomie 50-60% w chwili zakończenia procesu psychoterapii i zwiększa się do poziomu 70-80% po upływie roku.

Rodzinne uwarunkowania powstawania zaburzeń lękowych oraz korzystny wpływ zaangażowania rodziny na przebieg terapii wskazują na znaczenie terapii rodzinnej w procesie leczenia dziecka.

Stosowana może być również terapia psychodynamiczna i psychoanalityczna, szczególnie u dzieci w młodszym wieku oraz u tych, których objawy nie mieszczą się jednoznacznie w kryteriach diagnostycznych.

W przypadku braku wystarczającej poprawy w funkcjonowaniu dziecka, pomimo zastosowania metod psychoterapeutycznych należy wdrożyć farmakoterapię.

Niezależnie od stosowanych metod leczenia należy dołożyć wszelkich starań, aby dziecko podczas procesu leczenia nie było odizolowane od środowiska szkolnego i rówieśniczego.

Bibliografia:

Bryńska, A. (2020). Zaburzenia lękowe: lęk separacyjny, lęk uogólniony, fobie. W: B. Remberk (red.), *Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży* (s. 183-190). Warszawa: PZWL.

Brzóska-Konkol, E., Lorek-Groniewska, A., Orlecka, N. (2020). Mutyzm wybiórczy. W: B. Remberk (red.), *Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży* (s. 441-449). Warszawa: PZWL.

Kendall, P. C. (2004). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*. Gdańsk: GWP.

Kołąkowski, A., Dąbrowska, I. (2020). Mutyzm wybiórczy. W: I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A. R. Borkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* (s. 512-519). Warszawa: PWN.

NICE (2014). *Anxiety disorders*. Pobrano z: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs53> (2023).

Pilecki, M., Łucka, I. (2021). Zaburzenia lękowe. W: M. Janas-Kozik, T. Wolańczyk (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży* Tom I. (s. 545-587). Warszawa: PZWL.

Radziłłowicz, W. (2020). Zaburzenia emocjonalne (internalizacyjne). W: I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A. R. Borkowska (red.). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* (s. 426-434). Warszawa: PWN.

Literatura polecana dodatkowo

Bourne, E. J. (2023). *Lęk i fobia. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi*. Kraków: WUJ.

Hofmann, S. G. (2021). *Ponad lękiem. Strategie terapii poznawczo-behawioralnej i uważności pozwalające przezwyciężyć lęk, strach i zamartwianie się*. Sopot: GWP.

Pittman, C., Karle, E. M. (2018). *Zalękniony mózg*. Kraków: WUJ.

Rapee, R. M., Wignall, A., Spence, S. H. i in. (2017). *Lęk u dzieci. Poradnik z ćwiczeniami*. Kraków: WUJ.

Schab, L. M. (2017). *Lęk i zamartwianie się u nastolatków. Poradnik z ćwiczeniami*. Kraków: WUJ.