

One są wśród nas



DZIECKO Z ZABURZENIAMI LĘKOWYMI W SZKOLE I PRZEDSZKOLU

Informacje dla pedagogów i opiekunów

**Ida Derezińska
Monika Gajdzik**



MINISTERSTWO
EDUKACJI
NARODOWEJ



OSRODEK
ROZWOJU
EDUKACJI



Ministerstwo Zdrowia

PEŁNOMOCNIK RZĄDU
DO SPRAW RÓWNEGO TRAKTOWANIA

One są wśród nas

DZIECKO Z ZABURZENIAMI LĘKOWYMI W SZKOLE I PRZEDSZKOLU

Informacje dla pedagogów i opiekunów

**Ida Derezińska
Monika Gajdzik**



Ośrodek Rozwoju Edukacji

Warszawa 2010

© Copyright by Ośrodek Rozwoju Edukacji
Warszawa 2010

Publikacja sfinansowana przez Ministerstwo Edukacji Narodowej
w ramach rządowego programu *Bezpieczna i Przyjazna Szkoła*,
we współpracy z Ministerstwem Zdrowia

Projekt okładki, opracowanie graficzne:
Magdalena Cyrczak, www.cyrczak.com

Wydawca:



Ośrodek Rozwoju Edukacji, www.ore.edu.pl

ISBN: 978-83-62360-76-5

Druk:

TRANS-DRUK Szeplińscy i Rosińscy Sp. J., www.transdruk.pl

Szanowni Państwo,

dzieci przewlekle chore mogą i powinny uczyć się razem z rówieśnikami w szkole najbliższej ich miejscu zamieszkania. Należy jednak dostrzec ich indywidualne potrzeby oraz uwzględnić je w procesie uczenia, wychowania i budowania przyjaznych relacji z otoczeniem.

To, w jaki sposób dziecko przewlekle chore radzi sobie z chorobą w warunkach zarówno szkolnych, jak i domowych, ma ogromny wpływ na efekty leczenia, stan zdrowia i jakość życia teraz oraz w przyszłości.

Przedstawiamy Państwu kolejne publikacje z serii „One są wśród nas”, które powstały na wniosek środowiska pedagogicznego i są kontynuacją poprzedniej edycji poświęconej chorobom organicznym. Tym razem obejmują sferę życia psychicznego dzieci i młodzieży, która jest równie ważna jak ta, która obejmuje choroby opisane uprzednio. Publikacje są wynikiem prac międzyresortowego zespołu do spraw przeciwdziałania dyskryminacji dzieci przewlekle chorych, w skład którego weszli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ośrodka Rozwoju Edukacji.

Każda z tych publikacji zawiera szczegółowe informacje na temat postępowania z dzieckiem przewlekle chorym w szkole i przedszkolu, przybliży nauczycielom, rodzicom i uczniom jego specyficzne trudności funkcjonowania, a także wskazuje kierunki i sposoby rozwiązywania ewentualnych problemów.

Zostały one przygotowane w ramach rządowego programu „Bezpieczna i przyjazna szkoła”, na zlecenie Ministra Edukacji Narodowej, we współpracy z Ministrem Zdrowia oraz Pełnomocnikiem Rządu do spraw Równego Traktowania. Nakład obejmujący ponad 100 tys. kompletów trafi do wszystkich przedszkoli i szkół w Polsce.

Choroby przewlekłe, które zostały opisane w kolejnych książeczkach, nie muszą i nie powinny wykluczać z normalnego życia. Przy odpowiedniej pomocy ze strony nauczycieli i opiekunów, dzieci i młodzież mogą cieszyć się swoim dzieciństwem i okresem dorostania razem z rówieśnikami. Publikacje, które dziś Państwu prezentujemy, mogą im w tym pomóc.

*Ewa Kopacz
Minister Zdrowia*

*Katarzyna Hall
Minister Edukacji Narodowej*

*Elżbieta Radziszewska
Pełnomocnik Rządu do spraw Równego Traktowania*

„One są wśród nas” – dzieci z zaburzeniami psychotycznymi i lękowymi, z depresją i ADHD, z autyzmem i Zespołem Aspergera, z zaburzeniami odżywiania i z problemem tików. Czy je znamy? Czy rozumiemy ich trudności? Czy chcemy i potrafimy im pomóc?

Doświadczenia wielu krajów, a także nasze, polskie doświadczenia edukacji integracyjnej i włączającej wskazują, że dzieci z zaburzeniami rozwoju i przewlekle chore, a więc ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, najpełniej uczestniczą w procesie edukacji, gdy pozostają wspólnie ze swoimi rówieśnikami i w najbliższym otoczeniu. Mogą uczyć się i być razem ze wszystkimi – pod warunkiem, że będziemy chcieli je bliżej poznać, dostrzec ich indywidualne potrzeby i wykorzystać tę wiedzę w procesie uczenia, wychowania i budowania przyjaznych relacji z otoczeniem.

Obecnie przygotowane publikacje z serii „One są wśród nas” mają za zadanie przybliżyć nauczycielom, rodzicom i uczniom specyficzne problemy funkcjonowania w szkole i w przedszkolu dzieci z zaburzeniami rozwojowymi i chorobami psychicznymi, a także wskazać kierunki i sposoby pracy z nimi. Integracja dzieci w szkole, zgodne i twórcze współzycie wszystkich dzieci jest naszą wspólną szansą. Odkryjmy jej wartość.

*Zespół redakcyjny
Ośrodka Rozwoju Edukacji*

1. Wstęp	7
2. Natura lęku	8
2.1. Znaczenie adaptacyjne lęku	8
2.2. Aspekty lęku.....	9
2.3. Zniekształcenia poznawcze, czyli typowe błędy w myśleniu u dzieci z zaburzeniami lękowymi.....	10
3. Zaburzenia lękowe występujące u dzieci	10
3.1. Rodzaje zaburzeń lękowych	10
3.2. Objawy wybranych zaburzeń lękowych oraz rozpoznawanie ich wczesnych oznak przez otoczenie u dzieci chodzących do przedszkola i młodszych klas szkolnych	12
3.3. Objawy wybranych zaburzeń lękowych oraz rozpoznawanie ich wczesnych symptomów przez otoczenie szkolne u dzieci starszych	14
4. Dziecko po przeżytym stresie	17
5. Leczenie dzieci z zaburzeniami lękowymi	19
5.1. U kogo można uzyskać pomoc?.....	19
5.2. Metody leczenia	21
5.3. Wskazówki dla nauczycieli	21
6. Zakończenie	26
7. Wybrana bibliografia	27



Wstęp

Dzieciństwo jest okresem, w którym następują istotne zmiany w rozwoju fizycznym, emocjonalnym i poznawczym człowieka. Dziecko musi wówczas poradzić sobie z wieloma wyzwaniami, trudnościami oraz zupełnie dla niego nowymi sytuacjami. Rozpoczyna edukację w przedszkolu i szkole, zaczyna być oceniane przez szerszy krąg dorosłych i rówieśników, staje przed trudnymi zadaniami, oczekuje się od niego coraz większej samodzielności i zaradności. Aby poradzić sobie z codziennymi wyzwaniami, niektóre dzieci potrzebują wsparcia i dodatkowych oddziaływań. Nowe sytuacje i zmiany mogą wiązać się z przeżywanym przez dzieci lękiem. Dzieci mogą bać się rozstania z rodzicami, wywołania do odpowiedzi w klasie, publicznego występowania podczas różnych uroczystości, udziału w rywalizacji sportowej czy tego, jaką będą miały pozycję w grupie rówieśniczej.

Występowanie różnych obaw i lęków jest częścią prawidłowego rozwoju dziecka i pomaga mu we właściwej adaptacji do otoczenia zewnętrznego. Chociaż zacho-

wania lękowe są częścią normalnego rozwoju, mogą przerodzić się w zaburzenia lękowe wówczas, gdy dziecko nadmiernie przeżywa zarówno różne konkretne sytuacje, jak i tworzone przez siebie w wyobraźni scenariusze przyszłych wydarzeń.

Szacuje się, że częstotliwość występowania zaburzeń lękowych mieści się w granicach od 5 do 12% populacji dziecięcej i jest zależna od rodzaju zaburzenia i wieku dziecka. Oznacza to, że średnio w 30-osobowej klasie jest dwoje lub troje dzieci z problemami lękowymi, których natężenie osiąga poziom kliniczny, czyli wymagający interwencji specjalisty.

To, czy określone zachowania dziecka są, czy też nie są oznakami zaburzeń lękowych, ocenia się w odniesieniu do częstotliwości takich samych zachowań w obrębie danej grupy wiekowej. Bierze się pod uwagę względne nasilenie, czas trwania oraz wpływ tych zachowań na rozwój dziecka. Leczenie może być potrzebne wówczas, gdy nasilenie i długotrwałość lęków utrudnia dziecku osiągnięcie poszczególnych etapów rozwojowych i przekracza granice prawidłowej adaptacji.

2. Natura lęku

2.1. Znaczenie adaptacyjne lęku

Obawa i lęk spełniają funkcję adaptacyjną, przygotowując tym samym jednostkę na możliwe niebezpieczeństwo, i w ten sposób pomagają jej uniknąć potencjalnych zagrożeń. Lęk rozumiany jest jako naturalna reakcja na spostrzegane niebezpieczeństwo, która pozwala człowiekowi przygotować się do walki lub ucieczki. Spełnia więc bardzo ważną funkcję w życiu ludzi, gdyż uruchamia odpowiednie mechanizmy przystosowawcze, które wspomagają radzenie sobie z trudną sytuacją.

Lęk pojawia się za każdym razem, gdy dziecko rozpoznaje niebezpieczeństwo.

W sytuacji, w której nie ma rzeczywistego zagrożenia lub gdy reakcja dziecka jest nieadekwatna do zagrożenia i nadmierna, lęk przestaje pełnić funkcję adaptacyjną i może prowadzić do szkodliwych zmian w zachowaniu.

Przykłady:

Adaptacyjna funkcja lęku

8-letni chłopiec obawia się, czy dobrze zapamiętał wierszyk przygotowywany na występ podczas uroczystości szkolnej, więc dzień wcześniej jeszcze raz kilkakrotnie go powtarza.

Dezadaptacyjna funkcja nadmiernego lęku

8-letni chłopiec obawia się, czy dobrze zapamiętał wierszyk przygotowywany na występ podczas uroczystości szkolnej. Stara się powtarzać wiersz w każdej możliwej chwili, ciągle myśli o swoim występie i o tym, że może coś zapomnieć. Oczywiście wyobraźni widzi, jak inne dzieci śmieją się z niego, a mama i pani są zawiedzione. Rano przed wyjściem do szkoły boli go głowa i brzuch i czuje się na tyle źle, że mama zostawia go w domu. W efekcie nie idzie na uroczystość szkolną i nie ma okazji sprawdzić, jak poradziłyby sobie z tą sytuacją. Lęk został podtrzymany i jest bardzo prawdopodobne, że następnym razem chłopiec znowu będzie się nadmiernie bał występu.

2.2. Aspekty lęku

Aspekt fizjologiczny (procesy fizjologiczne)

Składnik fizjologiczny lęku dotyczy odczuć fizycznych, które bardzo często towarzyszą lękowi. Należą do nich między innymi spoczone dłonie, napięcie mięśni, przyspieszona akcja serca, skrócenie oddechu, bóle głowy, ściśnięty żołądek.

Aspekt poznawczy (myśli)

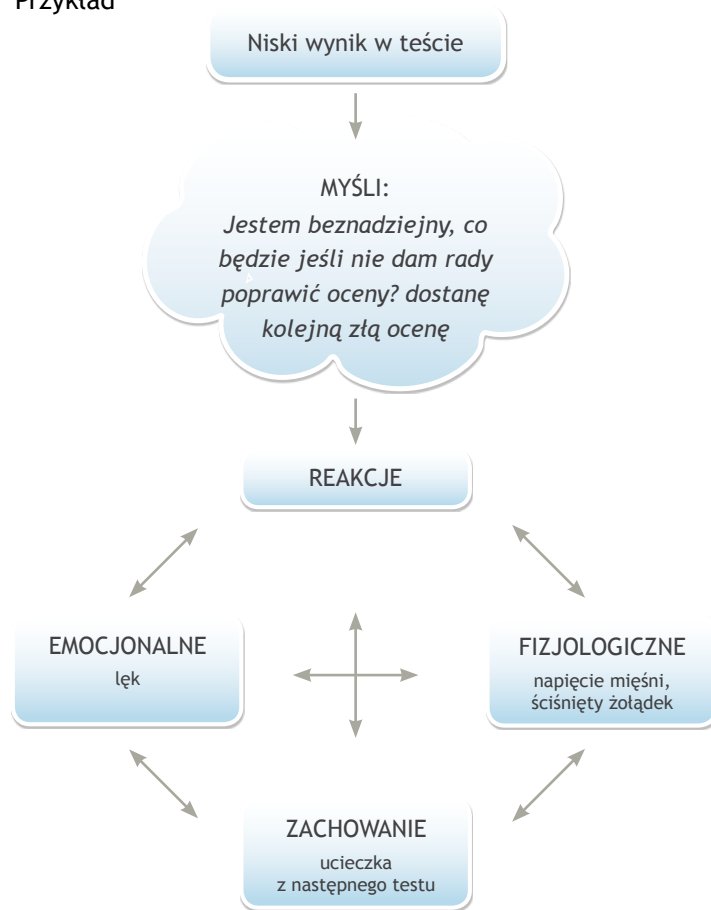
Składnik poznawczy lęku wiąże się z myślami, obawami lub przekonaniem dziecka na temat niebezpieczeństwa. Lęk jest tym większy, im bardziej prawdopodobne wydaje się dziecku zaistnienie przewidywanego niebezpieczeństwa i im gorzej postrzega ono swoją własną możliwość poradzenia sobie z nim lub uzyskania pomocy z zewnątrz. Myśli towarzyszące stanom lękowym często zaczynają się od słów „co będzie, jeżeli...”.

Aspekt behawioralny (zachowanie)

Składnik behawioralny lęku wiąże się z zachowaniami unikającymi i zabezpieczającymi przed wyobrażonym niebezpieczeństwem.

Lęk jest zjawiskiem złożonym, jego składniki – chociaż częściowo niezależne – wchodzi z sobą w interakcje. Zmiana w zakresie jednego z aspektów będzie miała wpływ na pozostałe.

Przykład



2.3. Zniekształcenia poznawcze, czyli typowe błędy w myśleniu u dzieci z zaburzeniami lękowymi

- Wyolbrzymianie negatywnych aspektów wydarzeń i nadmierne uogólnianie („jestem beznadziejny”).
- Przewidywanie klęski („co będzie, jeżeli nie dam rady poprawić oceny, zostanę na drugi rok w tej samej klasie, nigdy nie będę miał dobrej pracy, gdy dorosnę”).
- Selektywna uwaga – zauważanie głównie tych aspektów sytuacji, które mogą być związane ze zbliżającym się „niebezpieczeństwem”.

Zniekształcenia poznawcze przyczyniają się do podtrzymywania reakcji lękowych wówczas, gdy stanowią stały sposób oceny różnych sytuacji. Kształtują się one między innymi pod wpływem sposobu wyrażania krytycznych uwag, jakie dziecko słyszy na swój własny temat, a także sposobu wyjaśniania różnych okoliczności, jaki prezentują ważni dla niego dorośli: rodzice, nauczyciele, opiekunowie.

Przykład:

5-letnia dziewczynka często słyszy od opiekunów: „musisz uważać, bo zaraz się przewrócisz” lub „do czego się nie weźmiesz, są z tego tylko same kłopoty”.

Łatwo wyobrazić sobie, że jedną z reakcji dziewczynki

może być nadmierna ostrożność i obawa przed nowymi sytuacjami, a także błędy w myśleniu typu: „nic mi się nie udaje” (nadmierne uogólnianie i wyolbrzymianie), „nigdy nie wiadomo co – strasznego – może się wydarzyć” (katastrofizacja).

3. Zaburzenia lękowe występujące u dzieci

Występowanie różnego typu lęków i obaw jest częścią normalnego rozwoju dziecka. Najmniejsze dzieci mogą bać się między innymi hałasów, ciemności, potworów czy separacji od opiekunów. W miarę dorastania i nabywania kolejnych doświadczeń, zmienia się zarówno nasilenie lęku jak i jego tematyka. Nastolatki będą obawiać się przede wszystkim szeroko rozumianej oceny społecznej. Gdy nasilenie i długość lęków przekraczają granice prawidłowej adaptacji i/lub nie są zgodne z etapem rozwojowym, należy skierować dziecko do specjalisty.

3.1. Rodzaje zaburzeń lękowych

Rodzaje zaburzeń lękowych występujących u dzieci i młodzieży należą do dwóch kategorii. W pierwszej znajdują się te, które rozpoczynają się zwykle w okresie dzieciństwa i są charakterystyczne dla wcześniejszej fazy rozwojowej dziecka. Do drugiej kategorii należą zaburzenia lę-

kowe, które rozpoznajemy zarówno u dzieci i młodzieży, jak i u dorosłych (por. tabela).

Warto jeszcze wspomnieć o takich zaburzeniach, które nie należą wprawdzie do kategorii zaburzeń lękowych, ale lęk jest w nich istotnym objawem, i w związku z tym, także wymagają elementów postępowania leczniczego, analogicznego do oddziaływań proponowanych przy występowaniu zaburzeń lękowych.

UWAGA!

Obraz kliniczny zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży nie jest identyczny z tymi samymi zaburzeniami, które rozpoznajemy u dorosłych, gdyż należy wziąć pod uwagę aspekty rozwojowe, charakterystyczne dla określonej dziecięcej grupy wiekowej.

RODZAJE ZABURZEŃ LĘKOWYCH

rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie

1. lęk przed separacją
2. zaburzenie lękowe w postaci fobii w dzieciństwie
3. lęk społeczny w dzieciństwie
4. uogólnione zaburzenie lękowe w dzieciństwie

rozpoznawane u dzieci, młodzieży i dorosłych

1. agorafobia (lęk przed przebywaniem w otwartej przestrzeni)
2. fobia społeczna
3. fobie specyficzne
4. napady paniki
5. zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne
6. reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne

inne niż lękowe zaburzenia u dzieci, gdzie lęk jest istotnym aspektem

1. mutyzm wybiórczy (brak lub ograniczenie mówienia w określonych sytuacjach przy zachowaniu rozumienia mowy i możliwości porozumiewania się)
2. mieszane zaburzenia zachowania i emocji (różnego typu problemy w zakresie zachowania i/lub emocji, gdzie lęk w istotny sposób może dodatkowo zaburzać funkcjonowanie dziecka)

Obowiązująca „Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10” (1998) nie uwzględnia tak chętnie kiedyś rozpoznawanej „fobii szkolnej”.

Niektórzy autorzy uważają, że zachowania związane z faktem niechodzenia do szkoły można podzielić na dwie kategorie:

- wagarowanie, które jest bliższe zaburzeniom zachowania;
- odmowa chodzenia do szkoły, która jest bliższa lękowi separacyjnemu.

Stąd niezwykle istotna jest odpowiedź na pytanie: „dlaczego dziecko nie chodzi do szkoły?”. Czy są to zachowania opozycyjne, czy dziecko obawia się rozstania z opiekunami, a może jest to lęk przed szeroko rozumianą oceną społeczną lub przemocą ze strony rówieśników. Rodzaj interwencji terapeutycznych i możliwości oddziaływania ze strony szkoły, będą ściśle zależały od przyczyny lęku.

3.2. Objawy wybranych zaburzeń lękowych oraz rozpoznawanie ich wczesnych oznak przez otoczenie u dzieci chodzących do przedszkola i młodszych klas szkolnych

Zaburzenie lękowe w postaci fobii w dzieciństwie

Dziecko przejawia utrwalony lub nawracający lęk, który

stanowi część określonej fazy prawidłowego rozwoju psychospołecznego, lecz jest nieprawidłowy pod względem nasilenia i znacznie utrudnia funkcjonowanie dziecka.

Zachowania dziecka z tą postacią fobii można zaobserwować w środowisku przedszkolnym i szkolnym. W wieku przedszkolnym większość dzieci boi się zwierząt lub burz. Czasem możemy jednak obserwować tak znaczne nasilenie obaw dziecka w tym zakresie, że istotnie utrudnia to jego funkcjonowanie – na przykład dziecko odmawia wychodzenia na plac zabaw z obawy, że może tam spotkać zwierzęta, których się boi lub nie chce iść na spacer z grupą z obawy przed burzą.

Obawy przemijające, które są charakterystyczne dla poszczególnych etapów rozwojowych, zwykle nie wymagają leczenia. Fobie natomiast mają charakter przewlekły i nasilony, a zaburzenia funkcjonowania są u dziecka wtórnymi konsekwencjami unikania bodźca budzącego lęk.

Ważne jest, aby właściwie różnicować lęki i obawy charakterystyczne dla prawidłowego rozwoju dziecka, od tych, które są nadmiernie nasilone.

Lęk społeczny w dzieciństwie

Najczęściej występuje między drugim rokiem życia a młodszym wiekiem szkolnym i niekiedy bywa przedłużeniem normalnej fazy lęku przed obcymi, która występuje u dzieci do 30. miesiąca życia. Charakteryzuje się trwałym lub nawracającym lękiem, przejawianym w stosunku do obcych dorosłych i/lub rówieśników, przy prawidłowym przywiązaniu do rodziców lub/i członków rodziny.

Zachowania dziecka z lękiem społecznym, które można zaobserwować w środowisku przedszkolnym i szkolnym:

- w czasie kontaktów z nieznanymi osobami, dziecko jest nadmiernie zakłopotane i skoncentrowane na sobie;
- gdy doświadcza wymuszonych sytuacji społecznych (kontaktu z osobami nieznanymi), często płacze, wycofuje się, unika spontanicznych wypowiedzi.

Opisane zachowania mogą być typową reakcją dziecka w sytuacjach społecznych z udziałem osób nieznanych mu lub mało znanych, zarówno dorosłych, jak i rówieśników. W obecności osób dobrze znanych dziecku tego typu zachowania nie występują.

Lęk przed separacją

W lęku separacyjnym dziecko reaguje silnym lękiem w sytuacji rozdzielenia go z opiekunami, do których jest bardzo przywiązane. Dziecko zamartwia się o los opiekunów, przewiduje katastrofy, wypadki, zaginięcie rodziców a nawet ich śmierć. Wyobraża sobie przebieg wypadków, które doprowadziły do katastrofy. W celu pełnego kontrolowania sytuacji i zapobieżenia katastrofie, włącza mechanizmy uniemożliwiające rozstanie z rodzicami. Czasem obawy dotyczą przede wszystkim momentu rozstania z opiekunami, czasem zaś uaktywniają się przez cały okres rozdzielenia.

Zachowania dziecka z lękiem separacyjnym, które można zaobserwować w środowisku przedszkolnym i szkolnym:

- mówi o swoich obawach, że rodzice nie wrócą już, nie odbiorą go z przedszkola lub szkoły;
- dopytuje o to, czy rodzice nie umrą, albo czy nie stanie się im coś złego;
- wielokrotnie w ciągu dnia telefonuje do rodziców lub prosi nauczycieli, żeby to zrobili;
- mówi, że może już nie zobaczyć swoich rodziców, gdyż jemu samemu coś się stanie, na przykład zgubi się albo zostanie porwane;
- często jest nieobecne w szkole, albo skraca w niej pobyt (spóźnia się, wcześniej wychodzi);

- prosi opiekuna lub rodzica, żeby pozostawał w szkole w czasie, gdy ono jest na lekcjach;
- odmawia wyjazdów na wycieczki szkolne lub godzi się na nie wyłącznie w towarzystwie rodzica;
- prosi o szczególną opiekę podczas wyjazdu szkolnego (np. o to, by mogło spać w pokoju z dorosłymi opiekunami);
- w sytuacji rozdzielenia z rodzicem często zgłasza nauczycielowi nudności, bóle brzucha, bóle głowy. Wielokrotnie w ciągu pobytu w szkole chodzi do pielęgniarki szkolnej, prosi o leki i zawiadomienie rodzica o złym samopoczuciu i konieczności powrotu do domu;
- w momencie rozdzielenia z opiekunem reaguje płaczem, złością, apatią. Trzyma się kurczowo rodzica i koniecznie chce wiele razy pożegnać się albo jeszcze porozmawiać;
- w ciągu zajęć szkolnych mówi o tym, że czuje się nieszczęśliwe, nie podejmuje zabaw z innym dziećmi.

Istnieje niebezpieczeństwo oceny takich zachowań dziecka jako objawów „rozpieszczenia”, braku dobrej woli lub po prostu niesamodzielności.

3.3. Objawy wybranych zaburzeń lękowych oraz rozpoznawanie ich wczesnych symptomów przez otoczenie szkolne u dzieci starszych

Fobia społeczna

Przeważnie rozpoczyna się w końcowym okresie szkoły podstawowej i gimnazjum. Charakteryzuje się nasilonym lękiem przed uczestniczeniem w różnych sytuacjach społecznych, w których można zostać negatywnie ocenionym.

Zachowania dziecka z fobią społeczną, które można zaobserwować w środowisku szkolnym:

- ogranicza kontakty z rówieśnikami, często na przerwach siedzi samo, sporadycznie wychodzi z inicjatywą nawiązywania rozmowy lub proponowania zabawy, rzadko dołącza się do rozmowy lub zabawy innych;
- unika znalezienia się w centrum uwagi z obawy, że jego zachowanie może okazać się kompromitujące. Nie bierze zatem aktywnego udziału w uroczystościach szkolnych, rzadko zgłasza się do odpowiedzi, natomiast poproszone do odpowiedzi przez nauczyciela, odpowiada cicho i sprawia wrażenie niepewnego;
- unika takich sytuacji społecznych, jak: dyskoteki szkolne,

- przyjęcia, wspólne jedzenie;
- ubiera się w sposób jak najmniej zwracający uwagę, nie chce wyglądać ani „zbyt dobrze”, ani „zbyt źle”;
 - w sytuacjach „ekspozycji społecznej” miewa objawy somatyczne lęku, takie jak: zaczerwienienie twarzy, dygotanie, nagła potrzeba skorzystania z toalety.

Dzieci z fobią społeczną często nie uzyskują pomocy, ponieważ są spokojne, ciche i nie sprawiają kłopotu swoim zachowaniem. Czasem takie zachowanie dziecka dorośli traktują jako pożądane albo zgodne z jego temperamentem.

- unika przedmiotów i sytuacji takich, jak: zwierzęta, ptaki, owady, grzmoty, małe zamknięte przestrzenie, widok krwi, zastrzyki;
- w zetknięciu z tymi przedmiotami lub sytuacjami reaguje nadmiernym lękiem; często też samo ocenia swoją reakcję jako nadmierną lub nieracjonalną, mimo to, nie jest w stanie jej powstrzymać.

Zdarza się, że dzieci z fobiami specyficznymi są wyśmiewane oraz traktowane z ironią i dystansem. Należy pamiętać, że objawy lęku powodują u dziecka bardzo duży poziom dyskomfortu, więc wsparcie ze strony otoczenia ma duże znaczenie w jego walce z zaburzeniem.

Fobie specyficzne

Dotyczą przeżywania silnego lęku w zetknięciu z konkretnymi przedmiotami lub sytuacjami. Zazwyczaj specyficzne objawy związane są ze zwykłymi sytuacjami, które są powszechne w dzieciństwie, a dyskomfort przeżywany w sytuacji budzącej lęk powoduje istotne pogorszenie funkcjonowania dziecka i chęć unikania przez nie bodźców budzących obawy.

Zachowania dziecka z fobią specyficzną, które można zaobserwować w środowisku szkolnym:

Zaburzenia lękowe z napadami paniki

Zaburzenia te rozpoczynają się najczęściej u nastolatków. Głównym objawem zaburzenia panicznego jest występowanie okresowo ataków paniki czyli nagłych epizodów silnego lęku oraz fizycznych doznań lęku, takich jak: zawroty głowy, kołatanie serca, brak tchu. Ataki paniki wydają się występować bez wyraźnej przyczyny. Nastolatek zaczyna unikać miejsc, w których miał kiedyś atak paniki lub takich, z których – w razie ataku – byłoby mu trudno wy dostać się i uzyskać pomoc.

Zachowania nastolatka z atakami paniki, które można zaobserwować w środowisku szkolnym:

- unika wyjść do kina, podróży środkami transportu publicznego, udziału w różnych wydarzeniach szkolnych z obawy przed wystąpieniem ataku paniki i lęku przed kompromitacją w miejscu publicznym, gdyby to miało miejsce;
- unika uprawiania sportu i chodzenia na lekcje wychowania fizycznego, gdyż wysiłek fizyczny kojarzy mu się z odczuwaniem negatywnych w jego ocenie objawów, takich jak: szybsze bicie serca, przyśpieszenie oddychania.

W środowisku szkolnym łatwo zaobserwować, że młody człowiek ma napady paniki. Taki nastolatek jest bowiem mistrzem unikania sytuacji, które uznaje za zagrażające.

Uogólnione zaburzenie lękowe

Zaburzenie to charakteryzuje się występowaniem u dziecka uporczywych lęków dotyczących różnych, codziennych sfer życia lub aktywności. Proces „martwienia się” odczuwany jest przez dziecko jako trudny do opanowania. U dziecka mogą występować objawy somatyczne, takie jak: bóle głowy, bóle brzucha lub wzmożone napięcie mięśniowe.

Zachowania dziecka z zaburzeniem lękowym uogólnionym, które można zaobserwować w środowisku szkolnym:

- często martwi się o różne rzeczy, jednak głównych zmartwień nie można odnieść do jednego, ważnego tematu, tak jak w innych zaburzeniach lękowych;
- mówi o tym, że nie jest w stanie zapanować nad martwieniem się, a próby pocieszenia lub „uspokojenia” jego zmartwień kończą się niepowodzeniem;
- rodzice zgłaszają nauczycielowi, że dziecko z powodu lęku i zmartwień ma problemy z zasypianiem lub podtrzymaniem snu.

Zdarza się, zwłaszcza u starszych dzieci, że próbują one ukryć przed otoczeniem swoje liczne zmartwienia. Z jednej bowiem strony obawiają się, że „zwariują” od tego, co się z nimi dzieje, z drugiej zaś mają świadomość, że ich reakcje są nadmierne w porównaniu z reakcjami rówieśników.

4. Dziecko po przeżytym stresie

Charakterystyka rodzaju reakcji dzieci i młodzieży na traumatyczne i stresujące wydarzenia jest trudna z następujących powodów:

1. indywidualne sposoby radzenia sobie przez dziecko z sytuacją dramatyczną i stresującą zależą od jego wcześniejszych doświadczeń, cech osobowości, wieku i wsparcia społecznego, jakiego doświadcza;
2. indywidualne sposoby radzenia sobie to złożone objawy somatyczne, emocjonalne, poznawcze i behawioralne, z których wiele ma charakter niespecyficzny;
3. dzieci i młodzież doświadczają sytuacji, które mogą być bardzo stresujące, jednak nie wszystkie są traumatyczne i powstaje pytanie, jak je różnicować;
4. reakcje dziecka zależą od fazy rozwoju psychospołecznego, w tym od jego zdolności poznawczych, które pozwalają na „nadawanie sensu” i tworzenie pełnej „narracji wydarzenia” oraz od zdolności identyfikowania i regulowania emocji.

Wydarzenie życiowe o charakterze stresora jest na ogół wydarzeniem, którego wystąpienie zmienia życie dziecka i wymaga od niego podjęcia nowych działań adaptacyjnych. Takim wydarzeniem może być poważna choroba fizyczna dziecka, osierocenie czy migracja.

Negatywne wydarzenia życiowe o charakterze stresora mogą prowadzić do zaburzeń adaptacyjnych. U dzieci mogą pojawić się objawy regresji, powrót moczenia się, zachowania agresywne, drażliwość, nadmierne wycofanie się z codziennego życia i niepokój.

Innymi częstymi zaburzeniami, które pojawiają się w konsekwencji negatywnych wydarzeń życiowych (stresorów), są różnego typu zaburzenia nastroju oraz różne zaburzenia lękowe.

Wydarzenie o charakterze traumatycznym (trauma) rozumiane jako „stan psychiczny lub fizyczny wywołany działaniem realnie zagrażających zdrowiu i życiu czynników zewnętrznych (przyroda, ludzie), prowadzący często do głębokich i długo utrzymujących się zmian w funkcjonowaniu człowieka, które wyrażają się w zaburze-

niach somatycznych i psychicznych” (Zawadzki i Strelau, 2008, s.47). Wydarzeniem traumatycznym może więc być każda sytuacja, w której dziecko jako uczestnik lub świadek jest narażone na działanie czynnika psychicznego lub fizycznego o wyjątkowej sile, związanego z zagrożeniem życia, integralności fizycznej i/lub zagrożeniem zdrowia.

Rodzaje wydarzeń traumatycznych:

- klęski naturalne (huragany, powódzie, pożary i in.);
- katastrofy i wydarzenia spowodowane przez człowieka (ataki terrorystyczne, akty przemocy domowej, gwałty, wykorzystanie seksualne, wypadki komunikacyjne, napady i in.).

Z traumą spowodowaną przez człowieka, zwłaszcza związaną z przemocą czy aktem terrorystycznym, znacznie trudniej pogodzić się niż z tą, która powstała w wyniku klęski naturalnej. Dzieciom szczególnie trudno jest radzić sobie z przemocą, której doświadczyły od bliskich im osób. Specyficzny rodzaj reakcji występującej u wielu osób po doświadczeniu wydarzenia traumatycznego, określa się mianem zaburzeń potraumatycznych. Zaburzenia potraumatyczne obejmują: ostrą reakcję na stres oraz zaburze-

nie stresowe pourazowe (PTSD). U około jednej czwartej dzieci, które doświadczyły wydarzenia traumatycznego, rozwija się PTSD.

Ostra reakcja na stres to przemijające w ciągu kilku godzin lub dni zaburzenie o znacznym nasileniu, które rozwija się jako reakcja na wydarzenie traumatyczne. Objawy cechuje duża różnorodność; często jest to stan „oszołomienia” i zaburzeń orientacji, niemożność rozumienia bodźców z otoczenia, objawy panicznego lęku. Może występować też całkowita lub częściowa niepamięć wydarzenia.

Zaburzenie stresowe pourazowe (PTSD) charakteryzują trzy grupy objawów:

- powtórne przeżywanie traumy poprzez nawracające wspomnienia;
- unikanie bodźców skojarzonych z traumą;
- nadmierne wzbudzenie autonomicznego układu nerwowego (kłopoty ze snem, koncentracją uwagi, nadmierna czujność i in.).

U dziecka oznaki powtarzającego się przeżywania traumy mogą przyjąć postać zabawy odtwarzającej przebieg

traumy, wspomnień traumy, powtarzających się koszmar-nych snów czy rysunków o treści związanej z wydarzeniem traumatycznym. Dzieci mogą mieć trudności z koncentracją uwagi, być nadmiernie drażliwe, prezentować wybuchy złości, gniewu lub wyolbrzymioną reakcję przestraszenia. Często też wycofują się z relacji społecznych i rzadziej podejmują – wcześniej ważne dla nich – różnego typu aktywności. Mają poczucie braku perspektyw i zawężone zainteresowania.

Bywa, że pojawia się u nich dezorganizacja zachowania oraz zachowania regresyjne (charakterystyczne dla młodszego wieku). Mogą wystąpić także objawy somatyczne, szczególnie bóle brzucha lub głowy.

Zdarza się, że dzieci doświadczają wydarzeń traumatycznych, o których nikomu nie mówią. Każda nagła zmiana zachowania i dotychczasowego funkcjonowania dziecka, powinna być potraktowana przez dorosłych opiekunów dziecka z należytą powagą i uwagą, bo jedną z jej przyczyn może być doświadczenie wydarzenia traumatycznego.

5. Leczenie dzieci z zaburzeniami lękowymi

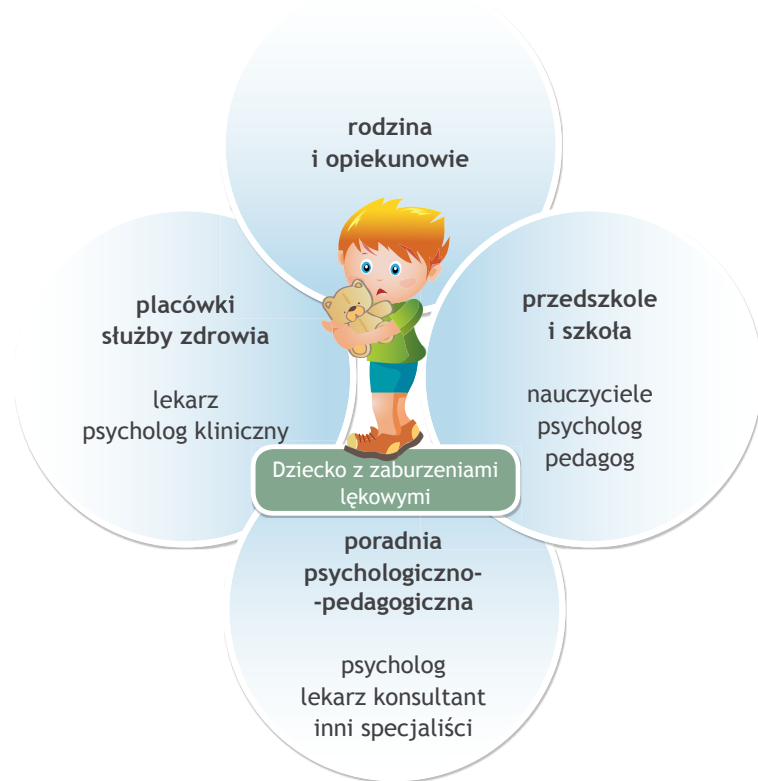
5.1. U kogo można uzyskać pomoc?

Leczeniem dzieci z zaburzeniami lękowymi zajmują się psychiatry dziecięcy a także lekarze w trakcie specjalizacji z psychiatrii, pracujący w różnego typu placówkach psychiatrii dziecięcej. Psychiatra stawia diagnozę, czyli ocenia czy i ewentualnie z jakim rodzajem zaburzenia lękowego mamy do czynienia w przypadku danego dziecka. Decyduje, czy wskazane jest leczenie farmakologiczne, a także konsultuje decyzję rozpoczęcia takiego leczenia z rodzicami dziecka. Proponuje konsultację, najczęściej u psychologa klinicznego, w razie potrzeby zaś podejmuje współpracę z innymi specjalistami – na przykład psychologami z poradni psychologiczno-pedagogicznych, nauczycielami czy pedagogami szkolnymi. Lekarz może zaproponować także leczenie psychoterapeutyczne, jeżeli zdobył w tym zakresie odpowiednią wiedzę.

Dziecko z zaburzeniami lękowymi bardzo często trafia po raz pierwszy po pomoc, także do psychologa albo pediatry czy neurologa dziecięcego. Pediatra lub neurolog dzie-

cięcy zwykle prosi o konsultację psychologiczną w celu uściślenia diagnozy dziecka a także ewentualnego objęcia go pomocą terapeutyczną. Jeżeli dziecko trafia na pierwszą wizytę do psychologa, on również – po konsultacji z lekarzem – może postawić diagnozę i zaproponować dziecku leczenie psychoterapeutyczne, jeżeli posiada w tym zakresie odpowiednie przygotowanie.

Często zdarza się, że psycholog lub lekarz proszą nauczyciela o opinię na temat funkcjonowania dziecka w przedszkolu lub w szkole. Informacje od bezpośrednich opiekunów dziecka są niezwykle istotne, gdyż poza rodzicami, to właśnie nauczyciele mają najwięcej informacji na temat rozmaitych aspektów funkcjonowania dziecka w różnorodnych sytuacjach. Skuteczna pomoc dziecku z zaburzeniami lękowymi wymaga wielomodalnej współpracy. Ilustruje to schemat.



5.2. Metody leczenia

Leczenie z zastosowaniem terapii poznawczo-behawioralnej jest wiodącym elementem leczenia zaburzeń lękowych. W terapii stosowane są następujące metody:

- psychoedukacja, zapewniająca dziecku zrozumienie natury lęku;
- kontrola objawów somatycznych, na przykład poprzez trening relaksacyjny;
- metody behawioralne, na przykład stopniowa ekspozycja na sytuacje, których nadmiernie obawia się dziecko;
- poznawcza restrukturyzacja przez identyfikowanie i weryfikowanie myśli wywołujących lęk;
- uczenie technik rozwiązywania problemów;
- zapobieganie nawrotom poprzez sprawdzanie i utrwalanie osiągnięć dziecka.

Zaangażowanie rodziców w leczenie ich dziecka może przebiegać na kilku poziomach. Postawy rodziców mogą stanowić dla dziecka wzór radzenia sobie w sytuacjach lękowych.

Rodzice, przy współpracy specjalistów, mogą pełnić funkcję trenerów dziecka podczas terapii. Sami mogą również nabywać nowe techniki postępowania rodzicielskiego.

5.3. Wskazówki dla nauczycieli

Przedszkole i szkoła są pierwszym – poza rodziną i najbliższym otoczeniem – szerokim środowiskiem społecznym dla dziecka. Jest to środowisko o ściśle określonych zasadach, wymaganiach i oczekiwaniach. Dziecko, które nie ma w ogóle doświadczeń funkcjonowania w instytucji lub szerszej grupie społecznej, dopiero wtedy zaczyna tworzyć sobie wyobrażenia i zdobywa doświadczenia, jak znaleźć się w ogromnej ilości zupełnie nowych dla niego sytuacji. Ważna rola nauczycieli i opiekunów polega więc na tym, żeby pomóc dziecku sprostać wymaganiom edukacyjnym i rówieśniczym a tym samym ułatwić jego funkcjonowanie i – być może – zapobiec rozwinięciu się u niego w przyszłości niektórych objawów lękowych. Dziecko bowiem dopiero zaczyna uczyć się strategii radzenia sobie w tych sytuacjach i pomoc ze strony dorosłych jest niezbędna po to, żeby wspierać i budować jego przyszłe kompetencje.

W „zderzeniu” dziecka i jego rodziny z szerszym otoczeniem społecznym, jakim jest przedszkole i szkoła, mogą też po raz pierwszy wyraźnie ujawnić się problemy lękowe dziecka, wcześniej niedostrzegane przez jego najbliższe otoczenie. Ważną więc rolę pedagogów i opiekunów będzie zauważenie ewentualnych objawów lękowych u dziecka i przekazanie informacji na ten temat jego rodzicom tak, by mogli oni podjąć działania zaradcze i na przykład udać się po poradę do specjalisty.

Gdy dziecko skierowane do specjalisty ma rozpoznane zaburzenie lub zaburzenia lękowe, istotną będzie współpraca szkoły zarówno z rodzicami dziecka, jak i ze specjalistami uczestniczącymi w jego leczeniu.

W sytuacjach szczególnych, gdy dziecko jest ofiarą zaniedbania czy przemocy (ze strony dorosłych lub rówieśników), szkoła jako instytucja zawiadamia o tym właściwe organy: policję, prokuraturę czy sąd rodzinny.

Ogólne wskazówki do postępowania z dziećmi z zaburzeniami lękowymi

- **normalizowanie reakcji lękowych u dzieci i pokazywanie adaptacyjnej funkcji lęku**
 - ✓ Należy rozmawiać z dziećmi o tym, że lęk jest emocją powszechnie przeżywaną, która pomaga ocenić sytuację i podjąć korzystne działania. Wyjaśniamy, że pełni on funkcję adaptacyjną, tzn. przygotowuje dziecko na niebezpieczeństwo i pomaga mu uniknąć potencjalnych zagrożeń.
 - ✓ W rozmowach z dziećmi korzystne jest posługiwanie się przykładami sytuacji z ich życia. Konkretnie przykłady pomagają dziecku lepiej zrozumieć przekazywane informacje.
 - ✓ Istotne znaczenie ma również pomoc dziecku w zauważeniu, jakie zniekształcenia poznawcze stosuje ono samo podczas oceny różnych wydarzeń, które interpretuje lękowo. Przykładem może być katastrofizowanie („na pewno stanie się coś strasznego”) lub nadmierne uogólnianie („zawsze mam pecha, więc nic dobrego zdarzyć się nie może”).
 - ✓ W pracy z dziećmi warto modelować sposób radzenia sobie z lękiem, a nie całkowite panowanie nad

nim. Pokazujemy więc, że pomyślne ukończenie zadania nie wymaga perfekcji na każdym jego etapie.

- ✓ Uczmy dzieci dostrzegania wskazówek mówiących o bezpieczeństwie, a także właściwego, znormalizowanego ustalania standardów bezpieczeństwa (dla dziecka odpowiednio samodzielnego rozsądne i konieczne jest przechodzenie przez ulicę w miejscu, gdzie są pasy, na zielonym świetle i po uprzednim sprawdzeniu czy samochody zatrzymały się, natomiast nierozsądne by już było zupełne zrezygnowanie z przechodzenia przez ulicę).

- **stosowanie strategii przeciwnych unikaniu**

- ✓ Należy pamiętać o tym, że dzieci z zaburzeniami lękowymi wypracowały sobie sposób zmniejszania lęku poprzez unikanie sytuacji, które sprawiają, że te objawy lęku pojawiają się lub nasilają. Takie unikające zachowania wzmacniają przekonania dziecka na temat grożącego mu niebezpieczeństwa i własnej niezaradności w pokonywaniu lęków, wpływają też negatywnie na samoocenę. Jeżeli chcemy pomóc dziecku w zmianie tych lękowych myśli, zachęcajmy je do konfrontacji z sytuacjami, których z powodu lęku unika.

- ✓ Ekspozycje – czyli systematyczne konfrontacje z sytuacjami, których dziecko dotąd unikało z powodu lęku – zaczynamy zawsze od tych łatwiejszych, a na trudniejszych kończymy. Tego typu konfrontacje nigdy nie mogą dotyczyć sytuacji niebezpiecznych, a jedynie takich, które realnie są bezpieczne, a lęk im towarzyszący wynika tylko z nieprawidłowej ich interpretacji przez dziecko.

- **uczenie techniki rozwiązywania problemów**

- ✓ Dzieci z zaburzeniami lękowymi często są nie tylko nadmiernie lękliwe i ostrożne, ale również – z powodu rozmaitych obaw – bywają mało samodzielne w podejmowaniu decyzji, jak się zachować w trudnej dla nich sytuacji. Ucząc dzieci technik rozwiązywania problemów, promujemy ich większą niezależność, wzmacniając równocześnie stosowanie prawidłowych strategii radzenia sobie.
- ✓ Trening rozwiązywania problemów składa się zazwyczaj z następujących kroków:
 - określenie, na czym polega problem;
 - znalezienie wielu możliwych rozwiązań;
 - wybranie dwóch lub trzech najlepszych zdaniem dziecka rozwiązań;
 - ocena zysków i strat dla każdego z tych rozwiązań;
 - wybór i zaplanowanie działania;
 - ocena efektów.

Niektóre szczegółowe wskazówki jak postępować z dziećmi z wybranymi zaburzeniami lękowymi

W przypadku objawów **lęku separacyjnego** niezwykle ważne jest, żeby nie tworzyć wokół zostawiania dziecka w przedszkolu lub w szkole zbyt dużego zamieszania i napięcia. Pierwsze rozstania dziecka z rodzicem mają prawo być trudne, nauczyciel może spodziewać się, że zarówno dziecko, jak i rodzice, będą przeżywać je w bardzo emocjonalny sposób. Jeżeli w ciągu dwóch do trzech tygodni sytuacja nie zmienia się i dziecko nadal cierpi przy rozstaniu, a w ciągu dnia jest apatyczne, nie bawi się z innymi dziećmi, zaczęło się moczyć albo jego funkcjonowanie – według relacji rodziców – również w domu zmieniło się znacznie, niewątpliwie warto zaproponować rodzicom skorzystanie z pomocy specjalisty.

Czasem pedagodzy i opiekunowie ustalają razem z rodzicami pewne etapy przyzwyczajania dziecka do nowej sytuacji. Na przykład na początku rodzic przyprowadza dziecko do sali lekcyjnej, a w momencie przyjścia nauczyciela do klasy, wychodzi. W kolejnym etapie rodzic zostawia dziecko pod salą chwilę wcześniej, zanim przy-

dzie nauczyciel, nie ulegając prośbom dziecka, by wszedł chociaż na chwilę do klasy i został na części lekcji. Dzieci z zaburzeniami lękowymi mogą bowiem eskalować zachowania, które w ich odczuciu zapewniają im poczucie bezpieczeństwa i chronią przed lękiem. Wówczas jednak, przedłużanie rozstania może powodować narastanie lęku.

Dziecko z **fobią społeczną** będzie unikało kontaktów z rówieśnikami, izolowało się, rezygnowało z odpowiedzi ustnych na forum klasy. W tym przypadku warto, żeby nauczyciel aranżował czasem sytuację, w której dziecko będzie miało okazję pokazać swoje umiejętności i talenty rówieśnikom, a równocześnie będzie mierzyło się z trudną dla niego sytuacją.

Zapewniając bezpieczną i przyjazną atmosferę, należy zachęcać dziecko do odpowiedzi, nagrodzić jego zachowanie i stworzyć mu możliwość poradzenia sobie z zadaniem. Do podejmowania kolejnych trudnych wyzwań najbardziej motywują bowiem nagroda i poczucie sukcesu.

Dziecko **po przebytej traumie** będzie wymagało szczególnej pomocy ze strony pedagogów i opiekunów. Co naj-

mniej kilka powodów sprawia, że nie zawsze w sposób właściwy tę pomoc otrzymuje.

Po pierwsze, dorosłym często sprawia dużą trudność, żeby w ogóle na temat wydarzenia traumatycznego z dzieckiem rozmawiać. O okresie dzieciństwa i dorastania jesteśmy skłonni myśleć w taki sposób, że powinien to być czas bez troski, szczęśliwy, pozbawiony wszelkich zmartwień. Gdy dziecko doświadcza wydarzenia traumatycznego, wydaje się to tak nienaturalne, trudne do zrozumienia i niezgodne z naszymi przekonaniami o radosnym dzieciństwie, że często czujemy się sami bezradni i nie wiemy, jak z dzieckiem o traumie rozmawiać.

Gdy nie rozmawiamy z dzieckiem na temat traumatycznego wydarzenia, to modelujemy ten właśnie sposób radzenia sobie z nim. Dziecko również zaczyna unikać tematu, czuje się samotne i zdezorientowane, być może winne, że dodaje trosk dorosłym. Warto więc rozmawiać z dzieckiem o tym, czego doświadczyło, słuchać uważnie co mówi i raczej towarzyszyć mu i dawać wsparcie, niż ingerować w wypowiedź, dopytywać nadmiernie lub samemu na siłę wracać do wydarzeń.

Po drugie, dorośli czasami uważają, że dzieci są zbyt małe, żeby zrozumieć co się w ich życiu stało, i w związku z tym nie przeżywają tak intensywnie wydarzeń traumatycznych jak dorośli. Rozmawiają więc nad głową dziecka o tym, co jego dotyczy w taki sposób, jakby ono nic nie rozumiało. Bywa też, że w wypowiedziach skierowanych do dziecka próbują pocieszać je i bagatelizować wręcz jego przeżycia mówiąc „nie martw się, nic takiego się nie stało”.

Ten sposób reakcji dorosłych wprowadza dodatkowe zamieszanie w życie dziecka po przeżytym urazie. Nie wie ono, czy to, co przeżywa w związku z wydarzeniem, jest normalne, czy nie. Zaczyna mieć dodatkowe trudności z „nadaniem znaczenia i sensu”, ze zrozumieniem tego, co się stało. Najlepiej więc rozmawiać z dzieckiem o wydarzeniu traumatycznym w taki sposób, żeby normalizować (a nie bagatelizować) jego przeżycia i pozwalać mu na stworzenie – adekwatnie do jego wieku – opowieści o dramatycznym doświadczeniu.

Ważne jest również, aby zachęcać dziecko do stopniowego powrotu do rutyny wcześniejszych zajęć, trybu życia,

zainteresowań, kontaktów z rówieśnikami. Wówczas będzie mu łatwiej powrócić do równowagi i budować życie po przeżytej traumie.

6. Zakończenie

Zaburzenia lękowe są jednym z częstszych powodów zgłaszania się dzieci do leczenia psychiatrycznego. Wszelkiego typu problemy zdrowotne dzieci, również – a może zwłaszcza – te z zakresu zdrowia psychicznego, mogą znacznie utrudniać rozwój dziecka i nabywanie przez nie kolejnych umiejętności rozwojowych. Bardzo ważne jest więc wczesne rozpoznawanie problemów i szybkie na nie reagowanie (na przykład zgłaszanie się po pomoc specjalistyczną).

Zdecydowana większość dorosłych leczonych z powodu zaburzeń lękowych zgłasza, że objawy lękowe pojawiły się u nich przed 18 rokiem życia. Odpowiednio wcześnie podejmowane interwencje, będą miały znaczenie profilaktyczne i oszczędzą wielu dzieciom i dorosłym niepotrzebnych cierpień.

Bryńska, A. (2005), *Zaburzenia lękowe i zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne*, w: *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, red. T. Wolańczyk, J. Komender, PZWL, Warszawa.

Derezińska, I. (2010), *Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży – diagnoza i terapia poznawczo-behawioralna*, „Klinika Pediatryczna”, Vol. 18 No 1/2010.

Goodman, R., Scott, S. (2000), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Medyczne, Wrocław.

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

Mattis, S.G., Ollendick, T.H. (2004), *Lęk i fobie nastolatków*, GWP, Gdańsk.

Namysłowska, I. (1997), *Zaburzenia emocjonalne dzieci i młodzieży*, „Klinika Pediatryczna”, Vol. 8 No 4/1997.

Popek, L. (2004), *Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się w dzieciństwie*, w: *Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. I. Namysłowska, PZWL, Warszawa.

Skowrońska, M., Wolańczyk, T. (2005), *Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne) i zaburzenia przebiegające pod postacią somatyczną*, w: *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, red. T. Wolańczyk i J. Komender, PZWL, Warszawa.

One są wśród nas

W drugiej serii
„One są wśród nas”
ukazały się:



**DZIECKO Z ZABURZENIAMI
TIKOWYMI
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z DEPRESJĄ
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z ZABURZENIAMI
PSYCHOTYCZNYMI
W SZKOLE**



**DZIECKO Z ADHD
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z AUTYZMEM
I ZESPOŁEM ASPERGERA
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z ZABURZENIAMI
ODŻYWIANIA
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z ZABURZENIAMI
LĘKOWYMI
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**