

Szkoła Podstawowa

Numer 9

im. Mikołaja Kopernika  
w Rogowie

# R jak REWALIDACJA

Kwartalnik dla Rodziców/grudzień, styczeń ,luty/

***Zaburzenia i stany lękowe, ataki paniki***

Zespół Redakcyjny:

Grażyna Olszewska-Drwęcka

Joanna Chmielewska

Anna Kasprzak

Adriana Straube

ROGOWO, grudzień 2022

## Kiedy mówimy o zaburzeniach lękowych?



Lęk jest naturalnym stanem emocjonalnym, który ostrzega przed potencjalnym niebezpieczeństwem i mobilizuje do poradzenia sobie z tą sytuacją. Gdy ktoś na przykład widzi agresywnego psa, zwykle odczuwa lęk i przechodzi na drugą stronę ulicy, przez co unika jego potencjalnego ataku. Jeśli uczeń obawia się sprawdzianu, to poprzedniego dnia poświęca więcej czasu na powtórzenie materiału i dzięki temu dostaje dobrą ocenę. Taki lęk pełni funkcję adaptacyjną – pomaga korzystnie rozwiązać napotykanne problemy.

Jeżeli jednak lęk:

- jest nasilony nieproporcjonalnie do okoliczności (na przykład paraliżujący lęk podczas recytowania wiersza na forum klasy),
- jest wywoływany neutralnymi, nie stwarzającymi niebezpieczeństwa bodźcami (na przykład jazdą pociągiem, widokiem śmy, wchodzeniem do budynku szkoły),
- trwa nieproporcjonalnie długo w stosunku do wywołującego go bodźca (na przykład po ominięciu agresywnego psa dziecko nie uspokaja się, ale odczuwa lęk nadal przez cały dzień),
- zaburza codzienne funkcjonowanie dziecka (na przykład dziecko boi się pójść samo do toalety, boi się wsiadać do autobusu, tramwaju),
- towarzyszą mu nasilone objawy somatyczne (przyspieszone bicie serca, pocenie się, drżenie, przyspieszony oddech, uczucie duszności, zawroty głowy),

to jest lękiem dezadaptacyjnym, czyli utrudniającym radzenie sobie z codziennością. Mówimy wtedy o zaburzeniach lękowych.

## Jakie postacie zaburzeń lękowych spotyka się u dzieci i młodzieży?

Zaburzenia lękowe mogą dotyczyć nawet do 20% dzieci i nastolatków.

W okresie dzieciństwa i dojrzewania występują następujące postacie zaburzeń lękowych:

- **lęk separacyjny**

- Jest prawidłowym zjawiskiem u dzieci do 3. roku życia, a potem stopniowo zanika do 5. roku życia.
- Lęk separacyjny rozumiany jako zaburzenie występuje u 3–5% dzieci i nastolatków, częstość występowania maleje wraz z wiekiem i częściej cierpią na niego dziewczęta.
- Dziecko odczuwa nadmierny lęk, gdy spodziewa się rozłąki z opiekunem (najczęściej matką), w trakcie okresu rozłąki lub nawet gdy tylko sobie taką rozłąkę wyobraża. Na próby separacji (na przykład wyjście matki do pracy lub jej wyjazd w delegację, gdy dziecko ma wyjść z domu i pójść do szkoły) reaguje oporem, płaczem, czasem zgłasza dolegliwości somatyczne (ból zęba, bóle brzucha), „dzięki” którym ostatecznie nie dochodzi do rozłąki (dziecko zostaje w domu z matką zamiast iść do szkoły lub matka rezygnuje z wyjścia z domu, by zaopiekować się dzieckiem). Dziecko odmawia wychodzenia z domu bez

opiekuna, nie chce wychodzić samo do szkoły (a czasem w ogóle odmawia chodzenia do szkoły), na podwórko, do kolegów; nie wyjeżdża samo na kolonie, zielone szkoły, wycieczki szkolne lub robi to z wielkimi oporami. Bezpodstawnie zamartwia się, że opiekun zachoruje, umrze, będzie miał wypadek, miewa koszmarne sny o takich treściach. Dzieci cierpiące na lęk separacyjny często również nie chcą spać same, lecz z opiekunem.

- **zaburzenie lękowe uogólnione**

- Występuje u 3–4,6% dzieci i nastolatków, w dzieciństwie równie często u dziewcząt i u chłopców, w okresie dojrzewania częściej u dziewcząt.  
- Dziecko nadmiernie zamartwia się mniej lub bardziej spodziewanymi wydarzeniami: „i co to będzie, gdy (dostanę jedynkę ze sprawdzianu/ Ania się na mnie pogniewa/ mama zachoruje,/spadnie ulewny deszcz i będzie powódź, itp.)”, wyobraża sobie tylko negatywne scenariusze dla spodziewanych sytuacji. Często szuka pociechy i zapewnień, że jego obawy się nie sprawdzą, ale nie uspokaja się, gdy je usłyszy. Odczuwa lęk o prawie stałym nasileniu (tak zwany lęk wolnoplłynący), któremu towarzyszą: niepokój, nerwowość, rozdrażnienie. Dziecko łatwo się męczy, odczuwa zwiększone napięcie mięśniowe (jest „spięte”), ma trudności z koncentracją i problemy ze snem.

- **zespół lęku napadowego (zaburzenie paniczne)**

- Zespół lęku napadowego dotyka 0,5–5% dzieci i nastolatków. Znacznie częściej występuje w okresie dojrzewania i częściej dotyczy dziewcząt.  
- Zaburzenie charakteryzuje się nawracającymi napadami paniki. Napad paniki to nagły, bardzo silny lęk z towarzyszącymi objawami somatycznymi (dusznosc, [kołatania serca](#), zawroty głowy) o dużym nasileniu. W trakcie ataku paniki dziecko ma poczucie całkowitej utraty kontroli nad sobą lub że „zaraz umrze”, co jeszcze bardziej wzmacnia jego przerażenie. Napad paniki może pojawić się „znikąd” lub może wywołać go konkretny czynnik (zobacz „fobie swoiste”). Jeśli atak wystąpił bez określonej przyczyny, dziecko zazwyczaj boi się jego nawrotu i ten lęk paradoksalnie może wywołać kolejny napad paniki.  
- Dziecko może obawiać się również, że atak paniki zdarzy mu się w miejscu publicznym (czyli na ulicy, w sklepie, w autobusie itp.) i wszyscy wokół będą na to patrzeć. Jeśli z tego powodu dziecko unika miejsc publicznych, mówimy o zaburzeniu panicznym z agorafobią.

- **fobie specyficzne**

- Zaburzenie lękowe w postaci fobii występuje u 2,5–9% dzieci i młodzieży, nieco częściej u dziewcząt.  
- Lęk dziecka skupia się wokół konkretnego przedmiotu, postaci lub sytuacji. Fobia może dotyczyć: zwierząt, owadów, zjawisk atmosferycznych (wiatr, burza, deszcz), ciemności, hałasów, wysokości, ostrych przedmiotów, zastrzyków, widoku krwi, jazdy pociągiem, latania samolotem, i wielu innych czynników. W obecności tych bodźców lub gdy dziecko spodziewa się kontaktu z nimi, odczuwa nieracjonalny i nadmierny strach, który może nawet przyjąć postać napadu paniki. Młodsze dzieci mogą reagować na obiekt fobii płaczem, wybuchem złości, zamieraniem w bezruchu lub przywieraniem do opiekuna. Dziecko stara się tak na co dzień funkcjonować, żeby unikać budzącego lęk czynnika.  
- Należy pamiętać, że w okresie wczesnodziecięcym lęki przed różnymi obiektami mieszczą się w ramach prawidłowego rozwoju. Dwulatek może bać się na przykład hałasu, trzylatek – psów, czterolatek – ciemności, ale w miarę dorastania te lęki ustępują. O zaburzeniu lękowym

w postaci fobii mówimy wtedy, gdy przeżywany przez dziecko strach przed danym obiektem nie jest zgodny z jego fazą rozwojową (na przykład gdy ciemności boi się ośmiolatek).

- zespół lęku społecznego (fobia społeczna)

- Przyjmuje się, że zespół lęku społecznego występuje u 1% dzieci i młodzieży, ale w rzeczywistości odsetek ten może być większy. Zaburzenie to występuje równie często u chłopców i u dziewcząt.



- Do 3. roku życia lęk przed obcymi jest przejawem prawidłowego rozwoju dziecka.

- Dziecko cierpiące na fobię społeczną przeżywa nasilony lęk w obecności nieznanymi osób i unika ich. Jako nieznanymi rozumie się tu osoby nie będące członkami rodziny i bliskimi przyjaciółmi dziecka. W tym znaczeniu obcymi osobami są również: nauczyciel w szkole, koleżki z klasy, sprzedawca w osiedlowym sklepie, itp. W sytuacjach społecznych (w szkole, na spotkaniu klasowym, na podwórku wśród innych dzieci, w sklepie) dziecko jest zakłopotane, ciągle zamartwia się jak postrzegają go inni i co sobie o nim pomyślą. Jest bardzo skupione na tym, żeby zachować się poprawnie. Obawia się ośmieszenia i upokorzenia, stale wyobraża sobie siebie w takich właśnie okolicznościach (na przykład gdy wybiera się na urodziny do koleżanki, wyobraża sobie, że na pewno wywróci się i obleje sokiem, a wtedy wszyscy będą się z niego wyśmiewać). Podczas rozmowy nie podtrzymuje kontaktu wzrokowego, mówi niewiele i cicho albo w ogóle unika rozmów z innymi, pozostaje „na uboczu”. W sytuacjach społecznych dziecko ma również somatyczne oznaki lęku – czerwienie się, pocenie, drżenie rąk.

W domu, wśród członków rodziny i dobrze znanych osób, dziecko zachowuje się zupełnie swobodnie i nie odczuwa lęku.

- Unikanie sytuacji społecznych prowadzi do znacznych problemów z codziennym funkcjonowaniem. Dziecko boi się chodzić do szkoły, może opuszczać lekcje, a w skrajnych przypadkach w ogóle odmówić wychodzenia z domu. Wycofanie ze środowiska rówieśniczego znacznie zaburza jego rozwój psychospołeczny.

- mutyzm wybiórczy

- Mutezm wybiórczy obserwuje się u 0,3–0,8% dzieci i nastolatków.

- Jest to postać fobii społecznej, w której lęk przed ludźmi przejawia się odmową komunikacji słownej (milczeniem), mimo że mowa dziecka i jej rozumienie są prawidłowo rozwinięte.

- Dziecko nie odzywa się do obcych osób (czyli nie będących członkami rodziny ani bliskimi przyjaciółmi), na ich pytania nie odpowiada wcale lub odpowiada gestami. Podczas rozmowy, czy raczej prób jej nawiązania, dziecko unika kontaktu wzrokowego, nie okazuje emocji mimiką twarzy, gdy się uśmiecha, to zwykle z zaciśniętymi ustami. W sytuacjach społecznych dziecko często również nie podejmuje aktywności ruchowej, w razie potrzeby wykonuje bardzo „oszczędne” ruchy. Mimo jego zewnętrznej bierności można dostrzec, że bacznie obserwuje otoczenie i słucha uważnie o czym mówią inni. W domu (lub innym dobrze znanym środowisku – na przykład u ulubionej cioci) dziecko jest swobodne, czasem wręcz nadmiernie ruchliwe, chętnie i bez problemu rozmawia z bliskimi. Opiekunowie często opowiadają, że w domu dziecko jest bardzo gadatliwe, lubi „dyrygować” otoczeniem i narzucać swoje pomysły.

- Często u dziecka cierpiącego na zaburzenia lękowe spotyka się objawy charakterystyczne dla dwóch lub więcej wymienionych wyżej jednostek. U dzieci cierpiących na fobie lub zespół lęku uogólnionego mogą występować napady paniki, a dziecko z mutyzmem wybiórczym może mieć jednocześnie objawy lęku separacyjnego.

Szczególnym rodzajem takich „mieszanych zaburzeń” jest fobia szkolna. Jej przejawem może być:

- całkowita odmowa pójścia do szkoły,
- wychodzenie ze szkoły po kilku lekcjach, ale przed zakończeniem dnia szkolnego,
- chodzenie do szkoły „pod przymusem” – po długich porannych awanturach z rodzicami/opiekunami,
- nasilone objawy somatyczne, które występują tuż przed wyjściem do szkoły (ból brzucha, biegunka, ból głowy, itp.) i często „uniemożliwiają” wyjście z domu.

Obraz fobii szkolnej jest bardzo różnorodny: obecne są objawy lęku społecznego, lęku separacyjnego, czasem lęk uogólniony, mogą występować napady paniki. Wspólnymi cechami są: nasilony stres towarzyszący przebywaniu w szkole, wymuszanie na opiekunach (płaczem, szantażem itp.), aby pozwolili na pozostanie w domu, skargi na dolegliwości somatyczne, problemy w relacjach rówieśniczych.

## Jakie są przyczyny zaburzeń lękowych?

W powstawaniu zaburzeń lękowych biorą udział czynniki biologiczne (zaburzenia równowagi neuroprzekaźników w mózgu, zaburzenia budowy anatomicznej mózgu) i genetyczne (większe ryzyko zachorowania, gdy członkowie rodziny też cierpią na zaburzenia lękowe), na których działanie nakłada się wpływ czynników środowiskowych. Należą do nich między innymi:

- zaburzenia lękowe u opiekunów – dziecko „uczy” się od nich lękowego nastawienia do otoczenia i strategii radzenia sobie z problemami opartych na unikaniu, nabiera poczucia, że jest bezradne wobec napotykanym trudności,
- styl wychowania – nadopiekuńczość, nadmierna krytyka lub nadmierne kontrolowanie dziecka,
- brak poczucia bezpieczeństwa w relacji z opiekunami – na przykład gdy opiekunowie stosują przemoc, zaniedbują dziecko, nie dają wsparcia w trudnych sytuacjach,
- doświadczenie odrzucenia lub przemocy ze strony rówieśników,
- inne traumatyczne doświadczenia – na przykład: utrata opiekuna, wypadek, choroba, nadużycie seksualne.



Bardzo często czynnikiem wyzwalającym objawy zaburzeń lękowych są zmiany w życiu dziecka: pójście do przedszkola, rozpoczęcie nauki w szkole, zmiana klasy lub szkoły, przeprowadzka do innej miejscowości, pobyt w szpitalu. Dotyczy to zwłaszcza lęku separacyjnego, lęku społecznego i mutyzmu wybiórczego.

## Jak stawia się rozpoznanie?

Lekarz psychiatra stawia rozpoznanie zaburzeń lękowych na podstawie wywiadu zebranego od dziecka i jego opiekunów oraz badania psychiatrycznego dziecka. Czasem dziecko w pierwszej kolejności trafia do psychologa, który również potrafi określić, na jakie zaburzenie cierpi młody pacjent. Zarówno lekarz, jak i psycholog, mogą posłużyć się różnymi kwestionariuszami i skalami, które są pomocne w stawianiu diagnozy oraz określaniu nasilenia zaburzeń.

Lekarz powinien wykluczyć zaburzenia somatyczne, których objawem mogą być stany lękowe. Należą do nich: choroby endokrynologiczne ([nadczynność tarczycy](#), zaburzenia czynności nadnerczy), hipoglikemia (nadmierny spadek poziomu [glukozy](#) we krwi), [astma](#), [padaczka](#), zaburzenia neurologiczne, choroby serca. Zdarza się, że w tym celu lekarz psychiatra korzysta z konsultacji innych specjalistów. Stany lękowe z towarzyszącymi objawami somatycznymi mogą pojawić się w wyniku nadmiernego spożycia kawy lub napojów energetyzujących. Występują również po odstawieniu substancji psychoaktywnych (alkoholu, marihuany, amfetaminy), dlatego lekarz może zapytać młodego pacjenta o ich stosowanie i ewentualnie zlecić testy na obecność tych substancji we krwi lub w moczu.

Zaburzenia lękowe należy różnicować także z innymi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza zaburzeniami psychotycznymi, depresyjnymi, [zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi \(ADHD\)](#), całościowymi zaburzeniami rozwoju, zespołem stresu pourazowego (PTSD; zwłaszcza, gdy dziecko doświadczyło traumy, niekoniecznie w nieodległej przeszłości).



### Jakie zaburzenia psychiczne współwystępują razem z zaburzeniami lękowymi?

Zaburzenia lękowe często występują razem z [depresją](#). W zależności od rodzaju i nasilenia stwierdzanych objawów lekarz może postawić rozpoznanie zaburzeń depresyjno-lękowych.

Zaburzenia lękowe towarzyszą, a raczej są powikłaniem tych zaburzeń psychicznych, które utrudniają dziecku funkcjonowanie w szkole i negatywnie wpływają na jego osiągnięcia w nauce. Należą do nich: ADHD, zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych, zaburzenia opozycyjno-buntownicze.

Młodzież cierpiąca na zaburzenia lękowe może szukać różnych, czasem szkodliwych sposobów na poradzenie sobie z ich objawami – na przykład: sięgać po alkohol i narkotyki. Zaburzenia lękowe (zwłaszcza fobia społeczna) zwiększają ryzyko uzależnień (zwłaszcza od alkoholu).

### Jakie są sposoby leczenia?

Podstawową metodą leczenia zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży są oddziaływania psychoterapeutyczne. Należą do nich:

- psychoedukacja dziecka i jego opiekunów – czyli zapewnienie im informacji na temat przyczyn, objawów i leczenia zaburzeń lękowych. Jest ona o tyle ważna, że niektóre objawy

wyglądają dość przerażająco (na przykład napad paniki) i młody pacjent oraz jego opiekunowie bardzo się obawiają, że świadczą one o poważnej chorobie. Niekiedy samo wyjaśnienie dziecku i jego opiekunom czym są zaburzenia lękowe znacznie zmniejsza poziom ich niepokoju i ułatwia dalsze interwencje terapeutyczne.

- psychoterapia poznawczo-behawioralna – podczas której dziecko uczy się radzić sobie samodzielnie z poszczególnymi objawami, a także odkrywa „mechanizmy myślowe” (tzw. schematy poznawcze), które powodują jego lękową postawę oraz pracuje nad ich zmianą.
- psychoterapia indywidualna o charakterze wspierającym,
- terapia grupowa – bardzo wskazana szczególnie wtedy, gdy dziecko ma objawy fobii społecznej,
- terapia rodzinna – umożliwia dostrzeżenie „lękowych wzorców myślenia” u innych członków rodziny oraz pracę nad ich zmianą, co przekłada się w pozytywny sposób na atmosferę domową i jest ważnym czynnikiem wspierającym dla dziecka; pomocna w rozwiązywaniu konfliktów i napięć w rodzinie,
- metody relaksacyjne i ćwiczenia oddechowe – wskazane zwłaszcza w zaburzeniach lękowych z napadami paniki,
- trening asertywności, treningi umiejętności społecznych – pomocne w leczeniu fobii społecznej.



Szczególnym problemem są zaburzenia lękowe, w przebiegu których dziecko odmawia chodzenia do szkoły, co skutkuje wieloma godzinami nieobecności na lekcjach. Rodzice, często po uzgodnieniach z nauczycielami, wnioskuje o nauczanie indywidualne dziecka w domu. Taka forma realizowania obowiązku szkolnego w przypadku dzieci cierpiących na zaburzenia lękowe może im jeszcze bardziej zaszkodzić!

Wycofanie dziecka ze środowiska szkolnego umacnia je w przekonaniu, że trudnych sytuacji trzeba unikać zamiast je rozwiązywać, czyli utrwała dysfunkcyjny, lękowy mechanizm radzenia sobie z problemami. Późniejsza próba powrotu do nauki razem z klasą może okazać się o wiele trudniejsza – odnalezienie swojego miejsca w żywej ze sobą społeczności klasowej po długiej nieobecności jest dużym wyzwaniem, a niepowodzenie może jeszcze bardziej nasilić lęk dziecka i jego niechęć do szkoły.

Aby skutecznie pomóc dziecku cierpiącemu na fobię szkolną, trzeba włączyć do współpracy szkołę – wychowawców, nauczycieli, pedagoga lub psychologa szkolnego. Należy dążyć do stworzenia dziecku ciepłej, życzliwej atmosfery w klasie. W początkowym okresie może być konieczne stopniowe wprowadzanie dziecka do zespołu klasowego, obniżenie wymagań, nieodpytywanie na forum klasy. Warto zadbać, aby dziecko miało możliwość zwrócenia się do psychologa lub pedagoga szkolnego, gdy nasilenie objawów lękowych będzie zbyt duże, aby samo sobie poradziło.

Farmakoterapię stosuje się wtedy, gdy same metody psychoterapeutyczne nie zapewniają wystarczających efektów (czyli gdy dziecko nadal ma problemy z codziennym funkcjonowaniem) lub gdy nasilenie objawów utrudnia rozpoczęcie jakichkolwiek oddziaływań psychoterapeutycznych. Farmakoterapia nigdy nie powinna być jedyną stosowaną metodą leczenia, tylko uzupełnieniem psychoterapii.

U dzieci i młodzieży stosuje się leki z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (leki przeciwdepresyjne nowej generacji, określane skrótem SSRI) lub – rzadziej – trójpierścieniowe (starsze) leki przeciwdepresyjne. Leki te oprócz działania przeciwdepresyjnego mają również działanie przeciwlękowe. Działania niepożądane leków oraz zasady ich stosowania opisano w artykule o depresji u dzieci i młodzieży

Leki o działaniu typowo uspokajającym – tzw. benzodiazepiny – choć są bardzo skuteczne i dają natychmiastowy efekt przeciwlękowy, należy podawać dziecku tylko doraźnie (czyli tylko w wyjątkowych sytuacjach, na przykład w napadzie paniki, gdy nie udaje się uspokoić dziecka inaczej) i po uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym. Regularne stosowanie tych leków prowadzi do tolerancji (stopniowego zmniejszenia ich skuteczności) i grozi uzależnieniem.

Bezpiecznym, choć trochę mniej skutecznym lekiem uspokajającym jest [hydroksyzyna](#).



## Czy zaburzenia lękowe można wyleczyć?

W większości przypadków zaburzenia lękowe u dzieci i nastolatków ustępują w wyniku odpowiedniego leczenia. Zdarza się, że delikatny „rys” lękowy u nich pozostaje, ale mimo tego w dalszym okresie rozwoju i dorosłości radzą sobie dobrze i funkcjonują prawidłowo.

Jeśli objawy są bardzo nasilone i uporczywe, to jest większe ryzyko, że młody pacjent nadal będzie cierpiał na zaburzenia lękowe w okresie dorosłości. Gorzej rokują również zaburzenia lękowe powikłane uzależnieniami od substancji psychoaktywnych.

### Zapamiętaj!

- Zaburzenia lękowe są częstym problemem u dzieci i młodzieży.
- Zaburzenia lękowe negatywnie wpływają na rozwój psychospołeczny i szkolny dziecka, dlatego warto jak najszybciej zasięgnąć porady lekarza psychiatry lub psychologa.



- Podstawową metodą leczenia są oddziaływania psychoterapeutyczne, które w większości przypadków przynoszą dobre efekty.
- Jeśli objawy są bardzo nasilone, stosuje się leki.
- Bardzo ważne jest, aby nie izolować dziecka od środowiska szkolnego i rówieśniczego, ale wspierać je i zachęcać do uczestniczenia w życiu dziecięcej/młodzieżowej społeczności.

Artykuł sporządzony na podstawie Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży [lek. Magdalena Miernik-Jaeschke](#), prof. dr hab. Irena Namysłowska\*\* Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawski Ośr