

Małgorzata Dąbkowska

Lęk separacyjny a historia życia

Separation anxiety and history of life

Katedra i Klinika Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK Toruń. Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Araszkievicz
Adres do korespondencji: Małgorzata Dąbkowska, Klinika Psychiatrii CM UMK, Oddział Dzienny Psychiatrii Dzieci i Młodzieży,
ul. Kurpińskiego 19, 85-096 Bydgoszcz, tel.: 052 585 42 56, e-mail: gosiadab@interia.pl
Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Lęk towarzyszy człowiekowi od najwcześniejszych momentów życia. Bliskość kochanej osoby, dla dziecka z reguły matki, pomaga przeciwstawić się lękowi i poznawać świat w poczuciu bezpieczeństwa. Normatywny lęk separacyjny we wczesnym okresie rozwoju u wychowywanych w bezpiecznym otoczeniu dzieci mija, nie zaburzając rozwoju dziecka. Przywiązanie niedające poczucia bezpieczeństwa nie pozwala dzieciom i młodzieży uzyskiwać autonomii i podejmować eksploracji nowych aspektów świata. Postawy rodzicielskie, zdrowie psychiczne i fizyczne rodziców, sposób postrzegania otoczenia, traumatyczne wydarzenia w rodzinie i życiu dziecka, genetyczne środowiskowe i indywidualne wpływy determinują ujawnienie się patologicznego lęku separacyjnego. W zależności od systemu opieki dzieci różnie reagują na sytuacje separacji. Rodzice, którzy nie są w stanie zapewnić dziecku poczucia bezpieczeństwa, nie są też w stanie sprawić, by poczuło się ono pewnie podczas ich nieobecności. Cechy lękowe temperamentu mogą utrudniać wyuczenie poczucia bezpieczeństwa w przypadku nieobecności rodziców. Rodzice dzieci lękowych nie dają im autonomii, sami mają wyższy poziom lęku, modelują swoim zachowaniem unikanie lękowych sytuacji. Niespodziewane rozdzielanie we wczesnym dzieciństwie sprzyja obawie przed separacją. W etiologii lęku separacyjnego odgrywają rolę zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe. Wiek i płeć wpływają na stosunek udziału czynników środowiskowych i genetycznych. Wraz z wiekiem maleje wpływ środowiska, a wzrasta rola czynników dziedzicznych. Lęk separacyjny w dzieciństwie poprzedza agorafobię i zaburzenia paniczne w dorosłości. Lęk separacyjny znacząco zaburza przechodzenie do następnych etapów rozwojowych, utrudnia, a niekiedy uniemożliwia kształcenie się, ogranicza kontakty w środowisku rówieśniczym, hamuje podejmowanie samodzielnych ról w dorosłości, powoduje subiektywne cierpienie pacjenta.

Słowa kluczowe: zaburzenia lękowe, dzieciństwo, lęk separacyjny, czynniki ryzyka, przebieg

Summary

Anxiety affects people from their earliest moments of life. The closeness of a beloved person, for the child usually its mother, helps to face the anxiety and become acquainted with the world in a sense of safety. A normative separation anxiety in the early developmental period in children brought up in a safe environment passes without disturbing the child's development. Attachment which does not give a sense of safety does not allow the children and adolescents to reach an autonomy and undertake exploration of new aspects of the world. Parental attitudes, parents' mental and physical health, the way of perceiving the environment, traumatic events in the child's family and life, genetical environmental and individual effects determine the occurrence of pathological separation anxiety. Depending on the care system, the children react differently to separation situations. The parents who are unable to provide for the child a sense of safety are not able to make the child feel confidently during their absence, either. Temperamental anxiety characteristics may inhibit

learning the sense of safety while the parents are absent. Parents of anxiety-affected children do not give them any autonomy, they exhibit a higher level of anxiety themselves and shape avoidance of anxiety-related situations by their behaviour. An unexpected separation in their childhood favours a fear of separation. Aetiology of separation anxiety is related to both genetic and environmental factors. Age and gender affect the ratio of the share of environmental and genetic factors. With age, the impact of the environment decreases, while the role of genetic factors is increased. Separation anxiety in childhood may herald agoraphobia and panic disorder in adulthood. Separation anxiety significantly disturbs passing to subsequent developmental stages and inhibits or even prevents education, limits contacts in peers environment, hampers undertaking independent roles in adulthood, and causes the patient's subjective suffering.

Key words: anxiety disorders, childhood, separation anxiety, risk factors, course

WSTĘP

Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży występują częściej niż wszystkie inne zaburzenia psychiczne^(1,2). W ciągu roku zaburzenia lękowe obecne są aż u 13% dzieci między 9. a 17. rokiem życia. Badania Poppera porównujące występowanie wszystkich zaburzeń lękowych w różnych grupach wiekowych sugerują podobną częstość w ciągu życia – około 9% w populacji zarówno dzieci, jak i młodzieży oraz dorosłych⁽³⁾. Potwierdzono udział genetycznych czynników w etiologii zaburzeń lękowych. Oprócz czynników dziedzicznych w etiologii zaburzeń biorą udział katastroficzne wydarzenia życiowe, a szczególnie niekorzystna jest kumulacja wielu sytuacji trudnych. Także niekorzystne czynniki rodzinne w rozumieniu środowiska wychowawczego odgrywają istotną rolę w powstawaniu objawów lękowych. Lęk separacyjny, który dotyczy ważnego okresu życia, może znacząco utrudnić prawidłowy proces rozwojowy i znacząco pogorszyć funkcjonowanie dziecka. Dotychczasowe obserwacje wskazują na powiązanie obecności lęku separacyjnego w dzieciństwie z różnymi zaburzeniami lękowymi w wieku dorosłym⁽⁴⁾. Wczesny lęk separacyjny jest czynnikiem ryzyka zaburzeń lękowych u dorosłych, szczególnie panicznych z agorafobią^(5,6). Znaczący niekorzystny wpływ na dalsze funkcjonowanie życiowe wymaga jak najwcześniejszej interwencji w przypadku lęku separacyjnego⁽⁷⁾.

KLASYFIKACJA ZABURZEŃ LĘKOWYCH U DZIECI

Wprowadzenie w klasyfikacji DSM-III w 1980 roku subkategorii zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży było zacznem szczegółowych badań nad zaburzeniami lękowymi u dzieci. Obecnie w klasyfikacji ICD-10 z 1992 roku znajdują się trzy kategorie zaburzeń lękowych u dzieci: lęk separacyjny, lęk społeczny, lęk fobijny. Podporządkowane są kategorii zaburzeń emocjonalnych rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie (F 93)⁽⁸⁾. Dla tej kategorii zarezerwowano te zaburzenia emocjonalne, które są specyficzne jedynie dla okresu rozwojowego, uważając chyba niesłusznie, że nie mają one kontynuacji w wieku

późniejszym, czemu zaprzeczają wyniki badań ostatnich lat, które wskazują na kontinuum zaburzeń lękowych od wieku młodzieńczego do dorosłości i wieku starszego – zmiana dotyczyła jedynie morfologii^(9,10). Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 lęk separacyjny, który pojawia się po raz pierwszy w wieku młodzieńczym, zaliczany jest nie do kategorii F 93, a do kategorii F 40-F 49, co jest niezgodne z doświadczeniem klinicystów, ponieważ początek niefizjologicznego lęku separacyjnego przypada w większości przypadków w okresie przedadolescencyjnym i adolescencyjnym, co powoduje szczególne pogorszenie funkcjonowania i negatywnie wpływa na rozwój ze względu na sprzeczność z prawidłowym etapem rozwojowym, charakteryzującym się poszerzaniem autonomii. Także wyniki badań genetycznych wskazują, iż u osób z lękiem separacyjnym mogą wystąpić zaburzenia lękowe w wieku dorosłym⁽¹¹⁾. Odwoływanie się w klasyfikacji ICD-10 do młodzieńczego lęku separacyjnego jako kategorii F 40 i powyżej nie znajduje odzwierciedlenia w symptomatologii, która i u dzieci, i u młodzieży jest zbliżona do kryteriów wymienianych w kategorii F 93.

FENOMENOLOGIA ZABURZENIA

Istotą zaburzenia jest lęk przed oddzieleniem od bliskiej osoby, do której dziecko jest przywiązane. Czas trwania zespołu objawów powinien wynosić powyżej 2 tygodni. Charakterystyczna jest niezgodność z okresem rozwojowym; lęk przed rozstaniem ma niezwykle nasilenie, trwa poza zwykły zakres wieku, powoduje zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym dziecka. Lęk separacyjny wynika z obawy przed rozłąką ze znaczącą dla dziecka osobą, najczęściej matką⁽¹²⁾. Także w literaturze psychoanalitycznej zaburzenie to wyjaśniane jest jako lęk przed utratą matki przede wszystkim. Badania nie potwierdziły, że lęk separacyjny jest formą fizjologicznego lęku przed separacją – wykazały, że stanowi raczej odrębny problem⁽¹³⁾. Do rozpoznania wymagane jest, aby natężenie lęku miało niezwykle nasilenie i wiązało się ze znaczącymi problemami w funkcjonowaniu społecznym. Kryteria klasyfikacyjne lęku separacyjnego wg ICD-10 są następujące:

1. Nierealistyczne, dominujące zamartwianie się nie-szczęciami, które mogłyby spaść na ważne dla dziecka osoby, lub strach, że osoby te wyjdą i nie wrócą.
2. Nierealistyczne, dominujące zamartwianie się, że jakieś nieszczęśliwe zdarzenia, takie jak: zagubienie się, porwanie, przyjęcie do szpitala lub śmierć, rozdzieli dziecko i najbliższą jemu osobę.
3. Utrwalona niechęć lub odmowa chodzenia do szkoły z obawy przed rozłąką (nie z powodu strachu przed różnymi wydarzeniami w szkole).
4. Utrwalona niechęć lub odmowa kładzenia się spać, jeśli nie ma w pobliżu osoby, z którą dziecko jest najbardziej związane.
5. Utrwalony, utrzymujący się w ciągu dnia strach przed przebywaniem samemu albo bez osoby, do której dziecko jest najbardziej przywiązane.
6. Powtarzanie się koszmarów nocnych na temat rozłąki.
7. Powtarzanie się objawów fizycznych (nudności, bóle brzucha, bóle głowy, wymioty itp.) w sytuacjach związanych z oddzieleniem od osoby, do której dziecko jest najbardziej przywiązane (jak np. wyjście z domu do szkoły).
8. Nadmierny, nawracający distress (przejawiający się lękiem, płaczem, napadami złości, uczuciem nieszczęścia, apatią albo wycofaniem społecznym) w oczekiwaniu na osobę, do której dziecko jest najbardziej przywiązane, albo w czasie rozstawania się z nią lub bezpośrednio potem.

CZYNNIKI RYZYKA LĘKU SEPARACYJNEGO

Jeżeli chodzi o etiologię zaburzeń lękowych, potwierdzony jest wpływ czynników rodzinnych w rozumieniu zarówno dziedziczenia zaburzeń, jak i oddziaływania środowiska rodzinnego. Obserwuje się rodzinne występowanie zaburzeń lękowych^(14,15). Czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia tych zaburzeń jest ich obecność u rodziców^(14,16,17). Rodzice dzieci z lękiem separacyjnym również doświadczali podobnych przeżyć, które wiązały się z odmową szkoły⁽¹⁵⁾. Szczególnie niekorzystnym czynnikiem są zaburzenia psychiczne u matek, a zwłaszcza depresja⁽¹⁸⁾. U rodziców – przede wszystkim u matek – dzieci z zaburzeniami lękowymi, a także w dalszej rodzinie częściej stwierdza się tego typu zaburzenia⁽¹⁹⁾. Istnieje ponadto związek między depresją u matek lub u krewnych pierwszego stopnia a większym prawdopodobieństwem wystąpienia zaburzeń lękowych u dziecka⁽²⁰⁾. Szczególnie często lęk separacyjny występuje u dzieci matek chorujących jednocześnie na depresję i zaburzenia paniczne^(21,22). Większa częstość występowania zaburzeń lękowych u dzieci matek z zaburzeniami afektywnymi dowodzi ścisłej korelacji między stanem psychicznym matki i dziecka⁽²¹⁾. Wpływ środowiska rodzinnego na lęk u dziecka mają rodzaj opieki rodzicielskiej oraz jakość przywiązania. Brak emocjonalnego związku między ro-

dzicami a dzieckiem oraz brak adekwatnej opieki z jednoczesną nadmierną ochroną i kontrolą sprzyjają powstaniu lęku separacyjnego, jak również doświadczaniu lękowego przywiązania do rodziców⁽²³⁻²⁶⁾. Środowisko rodzinne jest źródłem przykrych, stresogennych przeżyć częściej u dzieci z lękiem separacyjnym. Rodzice dzieci lękowych mają specyficzne cechy: ograniczają autonomię dzieci, sami mają wyższy poziom lęku i częściej zaburzenia nastroju oraz modelują swoim zachowaniem unikanie lękowych sytuacji przez dzieci. Z kolei dzieci lękowe mają zmieniony styl poznawczy i negatywnie oceniają sytuacje niejednoznaczne, a siebie jako mniej kompetentne. Cechy lękowe temperamentu mogą utrudniać wyuczenie poczucia bezpieczeństwa w przypadku nieobecności rodziców. W rodzinach dzieci z lękiem separacyjnym częściej występują nieprawidłowe relacje, chłód uczuciowy, napięcia w rodzinie, nadopiekuńczość i kontrola, także choroby, takie jak uzależnienie od alkoholu i depresja, objawy somatyczne oraz wzorce nieprawidłowych zachowań. W rodzinach tych reaguje się bólem somatycznym na zranienie psychologiczne. Warty podkreślenia jest fakt, że już sama poprawa atmosfery w rodzinie zmniejsza objawy somatyczne lęku separacyjnego u dziecka. Do czynników biologicznych należą przewlekłe choroby oraz większa wrażliwość OUN. W związku z przewlekłymi chorobami dzieci te narażone są na częste hospitalizacje. Sytuacja przewlekłej choroby dziecka sprzyja nadopiekuńczości matki i jej dyrektywności, powoduje też konflikty w rodzinie. Czynnikiem sprzyjającym występowaniu zaburzeń lękowych mogą być mikrouszkodzenia OUN lub obniżenie sprawności intelektualnej – obciążenia takie stwierdzano u 50% badanych z zaburzeniami lękowymi⁽²⁷⁾. W historii badań podkreślano różne podłoże lęku separacyjnego. Wyniki poświadczały wpływ czynników zarówno genetycznych, jak i środowiskowych⁽²⁸⁾, inne wskazywały głównie na podłoże genetyczne⁽²⁹⁾, jeszcze inne głównie na środowiskowe⁽³⁰⁾. Podłoże genetyczne mają cechy temperamentu. Wycofane zachowanie – cecha temperamentu małych dzieci – w późniejszym dzieciństwie sprzyja zaburzeniom lękowym⁽³¹⁾. Cecha ta jest dziedziczna⁽³²⁾. Część badań podkreśla większy udział czynników genetycznych z różnym wpływem – w zależności od płci – czynników środowiskowych^(33,34). W badaniach bliźniąt wykazano istotny wpływ płci na pierwszeństwo podłoża genetycznego czy środowiskowego. W niektórych pracach wyniki wskazywały na zdecydowanie większy udział czynników genetycznych u dziewcząt (74% udziału) niż u chłopców (5%)⁽³³⁾. Nasilenie objawów lęku separacyjnego różni się u obu płci oraz w zależności od wieku. Biologicznym markerem lęku separacyjnego może być wynik testu DST (test hamowania deksametazonem). U 60% dzieci z lękiem separacyjnym w wieku 6-12 lat test DST był dodatni, co może wskazywać na powiązanie z depresją, w której jeszcze większy procent dzieci miał wynik dodatni⁽³⁵⁾. Czynnikiem ryzyka zaburzeń lękowych są cechy osobowości i tempe-

rament dzieci. Dzieci nieśmiałe i wycofane częściej mają zaburzenia lękowe (67%) niż inne⁽³⁶⁾. Co się tyczy lęku separacyjnego, nie ma badań potwierdzających specyficzną osobowość lub profil temperamentu. Ryzyko lęku separacyjnego można przewidzieć z pewnym prawdopodobieństwem – i tak ocena lęku separacyjnego w 3. roku życia może być predyktorem lęku separacyjnego w pierwszym roku nauki, a wyraźne wycofanie społeczne widoczne do 7. roku życia może charakteryzować dzieci z późniejszym lękiem separacyjnym^(37,38). Ważnymi czynnikami ryzyka są negatywne wydarzenia życiowe i stres. Zwraca uwagę związek fobii szkolnej z przykrymi przeżyciami życiowymi, takimi jak żałoba w bliskiej rodzinie⁽³⁹⁾. U 80% dzieci niechętnie uczęszczających do szkoły w związku z lękiem separacyjnym stwierdzono w wywiadzie poważne wydarzenie życiowe, takie jak śmierć w rodzinie czy poważna choroba⁽⁴⁰⁾. Mniej dramatyczne wydarzenia, które sprzyjają ujawnieniu się lęku separacyjnego, to przeprowadzka lub zmiana szkoły. U dzieci modyfikacja odpowiedzi na stres zależy od wieku, okresu rozwojowego, cech temperamentu i genetycznej wrażliwości. Podłoże lęku separacyjnego tłumaczy teoria przywiązania, według której dzieci różnie reagują na sytuacje separacji w zależności od systemu opieki. Przywiązanie bezpieczne, zbudowane przez troskliwych, odpowiedzialnych rodziców daje dzieciom poczucie bezpieczeństwa również w momencie separacji. Przywiązanie niebezpieczne, wytworzone przez zanedbujących i nieodpowiedzialnych rodziców wywołuje u dzieci brak poczucia bezpieczeństwa; dzieci źle reagują na nieobecność rodziców, bojąc się, że już nie wrócą. Rodzice, którzy nie potrafią zapewnić dziecku poczucia bezpieczeństwa, nie są też w stanie sprawić, by poczuło się ono pewnie podczas ich nieobecności.

Doświadczanie separacji we wczesnym okresie rozwojowym może mieć zarówno negatywny, jak i protekcyjny charakter. Obawa przed separacją nie jest związana z planowanym oddzieleniem, ale z zaskakującymi dzieckiem sytuacjami, np. hospitalizacją. Im więcej ubogających doświadczeń przed 9. rokiem życia, tym mniej objawów lęku separacyjnego w 18. roku życia. Planowane separacje sprawiają, że dziecko uczy się, jak się nie bać rozdzielania⁽⁴¹⁾. Badania obejmujące dużą próbę bliźniąt i rodziców wykazały, że płeć istotnie zmienia proporcje wpływu czynników genetycznych i środowiskowych⁽⁴²⁾. Wpływ genetyki jest większy u dziewcząt, a środowiska u chłopców. Wyniki badań wskazywały na wzrost udziału czynników genetycznych wraz z wiekiem, co potwierdziło hipotezę o uaktywnianiu genotypu przez środowisko. Dojrzewanie wiąże się z selekcją środowiskowych doświadczeń. Aktywna selekcja doświadczeń ma wpływ na lęk fobijny, który skłania do aktywnego unikania. Unikanie sytuacji prowokujących lęk wzrasta, gdy zmniejsza się ochrona rodziców przed sytuacjami lękotwórczymi. Lęk separacyjny u dzieci jest bardziej manifestacją wpływu środowiska, a u adolescentów bardziej manifestacją

wpływów genetycznych. Oba czynniki – wiek i płeć – wpływają na stosunek udziału czynników środowiskowych i genetycznych⁽⁴²⁾. Fenotyp u osoby z lękiem separacyjnym zmienia się wraz z wiekiem i nie można porównywać wczesnego okresu rozwojowego do późnego⁽⁴³⁾. Inne czynniki ryzyka lęku separacyjnego to: lęk matki przed wychodzeniem samej, wczesna opieka instytucji, strach matek przed oddzieleniem od dziecka, u dziewcząt nieobecność ojca⁽⁴⁴⁾. Sprzyjają ujawnieniu się lęku separacyjnego zamknięte rodziny, uraz psychiczny lub fizyczny czy wykorzystanie seksualne. Czynniki usposabiającymi do zaburzeń lękowych są: wrodzona predyspozycja do przeżywania lęku, organiczne uszkodzenia określonych okolic mózgu, wczesne zaburzenia relacji z obiektem (matką), zaburzenie relacji i więzi w rodzinie. W genezie lęku separacyjnego może odgrywać rolę wyuczenie przez dziecko zachowań lękowych matki. O ujawnieniu się zaburzenia decydują interakcje różnych czynników, takich jak: predyspozycje genetyczne, biologiczna wrażliwość, temperament, konstytucjonalna odporność, przywiązanie w rodzinie, doświadczenia rodziny, stresujące wydarzenia. Dopiero koincydencja wszystkich czynników prowadzi do ujawnienia lęku separacyjnego⁽⁴⁵⁾.

WSPÓŁCHOROBOWOŚĆ I RÓŻNICOWANIE

Połowa pacjentów z lękiem separacyjnym ma inne zaburzenia lękowe, głównie fobie specyficzne lub lęk uogólniony, a jedna trzecia jednocześnie objawy depresji^(46,47). U pacjentów z fobią szkolną depresję obserwowano jeszcze częściej, bo u 30-80% chorych⁽⁴⁸⁾. Lęk separacyjny poprzedza zaburzenia paniczne albo agorafobię u dorosłych lub jest ich dziecięcym wariantem⁽⁹⁾. Obecność lęku separacyjnego w dzieciństwie obniża wiek wystąpienia zaburzeń panicznych i jest czynnikiem ryzyka wystąpienia więcej niż jednego zaburzenia lękowego w wieku dorosłym⁽⁴⁹⁾. Zwracano uwagę na wzrost zachowań samobójczych u młodzieży z lękiem⁽⁵⁰⁾. Chcąc odróżnić lęk separacyjny od innych zaburzeń lękowych, musimy odpowiedzieć sobie na pytanie, dlaczego dziecko tak intensywnie przeżywa oddzielenie od rodziców. W lęku separacyjnym boi się, że już nigdy nie spotka się z najbliższymi, w lęku napadowym obawia się, że nie będzie ich przy nim, by udzielić pomocy w momencie wystąpienia przykrych objawów somatycznych. Dziecko z lękiem społecznym boi się odrzucenia przez środowisko i pewniej czuje się w obecności osób bliskich, z kolei dziecko z lękiem uogólnionym martwi się o zdrowie najbliższych oraz o przyszłość rodziny w sposób ciągły, a nie tylko w sytuacji oddzielenia i realizuje kontakty poza domem.

PRZEBIEG

Według większości autorów początek zaburzenia częściej przypada przed pokwitaniem⁽⁵¹⁾. Początek objawów mo-

że być ostry lub podstępny. Ostry początek ma związek z nagłym wydarzeniem, takim jak np. zmiana szkoły, rozwód, przeprowadzka. Lęk separacyjny może rozwinąć się także w wieku dorosłym. Tak późny początek obserwowany jest w przebiegu innych zaburzeń psychicznych oraz u osób, w których rodzinach występowały choroby psychiczne. Lęk separacyjny może być traktowany jako wczesna manifestacja zaburzeń panicznych lub jako jedynie czynnik ryzyka zaburzeń panicznych wieku dorosłego⁽⁵²⁾. Prawdopodobieństwem przebiegu zaburzenia jest zmienność objawów z wiekiem. U dzieci między 5. a 8. rokiem życia objawami lęku separacyjnego są głównie koszmarne sny⁽⁵³⁾. Między 9. a 12. rokiem życia w trakcie oddzielenia od bliskiej osoby dzieci z lękiem separacyjnym doświadczają ciężkiego distressu. W okresie przedpokwitaniowym w momencie oddzielenia pojawiają się apatia, smutek, spadek koncentracji. U dzieci między 13. a 16. rokiem życia występują najczęściej objawy somatyczne. U 1/3 pacjentów bóle trwają do dorosłości w momencie oddzielenia⁽⁵⁴⁾. Przebieg lęku separacyjnego u 30-40% dzieci i młodzieży jest przewlekły. W przypadku fobii szkolnej nawet 70% pacjentów ma nadal po latach zaburzenia lękowe⁽⁵⁵⁾. Długofalowe obserwacje osób, które w młodości cierpiały na fobię szkolną będącą wyrazem lęku separacyjnego, wykazały, że osoby te osiągają niższy poziom wykształcenia, 1/3 ma stałe problemy życiowe, a mniej niż połowa osiąga dobrą adaptację społeczną⁽⁵⁶⁾.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

- Albano A.M., DiBartolo P.M., Heimberg R.G., Barlow D.H.: Children and adolescents: assessment and treatment. W: Heimberg R.G., Liebowitz M.R., Hope D.A., Schneier F.R. (red.): Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment. Guilford Press, New York 1995: 387-425.
- Keller M.B., Lavori P.W., Wunder J. i wsp.: Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1992; 31: 595-599.
- Popper C.W.: Psychopharmacologic treatment of anxiety disorders in adolescents and children. J. Clin. Psychiatry 1993; 54 supl.: 52-63.
- Silove D., Manicavasagar V., O'Connell D., Morris-Yates A.: Genetic factors in early separation anxiety: implications for the genesis of adult anxiety disorders. Acta Psychiatr. Scand. 1995; 92: 17-24.
- Bandelow B., Alvarez Tichauer G., Spath C. i wsp.: Separation anxiety and actual separation experiences during childhood in patients with panic disorder. Can. J. Psychiatry 2001; 46: 948-952.
- Balon R., Yeragani V.K., Pohl R.: Higher frequency of separation anxiety in panic disorder patients. Am. J. Psychiatry 1989; 146: 1351.
- Dadds M.R., Holland D.E., Laurens K.R. i wsp.: Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: results at 2-year follow-up. J. Consult. Clin. Psychol. 1999; 67: 145-150.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Wyd. Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 2000.
- Manicavasagar V., Silove D., Curtis J., Wagner R.: Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. J. Anxiety Disord. 2000; 14: 1-18.
- Manicavasagar V., Silove D.: Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. Aust. N.Z. J. Psychiatry 1997; 31: 299-303.
- Lipsitz J.D., Martin L.Y., Mannuzza S. i wsp.: Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. Am. J. Psychiatry 1994; 151: 927-929.
- Sylvester C.: Separation anxiety disorder and other anxiety disorders. W: Sadock B.J., Sadock V.A. (red.): Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 2770-2781.
- King N.J., Hamilton D.I., Ollendick T.H.: Children's Phobias: A Behavioral Perspective. John Wiley and Sons, Inc., Chichester 1988.
- Last C.G., Hersen M., Kazdin A. i wsp.: Anxiety disorders in children and their families. Arch. Gen. Psychiatry 1991; 48: 928-934.
- Manicavasagar V., Silove D., Rapee R. i wsp.: Parent-child concordance for separation anxiety: a clinical study. J. Affect. Disord. 2001; 65: 81-84.
- Dellisch H.: Pathologic anxiety in the family. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 1991; 40: 128-133.
- Mancini C., van Ameringen M., Szatmari P. i wsp.: A high-risk pilot study of the children of adults with social phobia. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1996; 35: 1511-1517.
- Canino G.J., Bird H.R., Rubio-Stipec M. i wsp.: Children of parents with psychiatric disorder in the community. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1990; 29: 398-406.
- Whaley S.E., Pinto A., Sigman M.: Characterizing interactions between anxious mothers and their children. J. Consult. Clin. Psychol. 1999; 67: 826-836.
- Kendler K.S., Neale M.C., Kessler R.C. i wsp.: Major depression and phobias: the genetic and environmental sources of comorbidity. Psychol. Med. 1993; 23: 361-371.
- Last C.G., Hersen M., Kazdin A.E. i wsp.: Psychiatric illness in the mothers of anxious children. Am. J. Psychiatry 1987; 144: 1580-1583.
- Weissman M.M., Leckman J.F., Merikangas K.R. i wsp.: Depression and anxiety disorders in parents and children. Arch. Gen. Psychiatry 1984; 41: 845-852.
- Parker G.: Parental Over-Protection: A Risk Factor in Psychosocial Development. Grune & Stratton, New York 1983.
- Bowlby J.: Attachment and Loss. Vol. 2: Separation: Anxiety & Anger. Basic Books, New York 1973.
- Namysłowska I. (red.): Psychiatria dzieci i młodzieży. PZWL, Warszawa 2004.
- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S.: Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Erlbaum, Hillsdale, NJ 1978.
- Florkowski A., Dietrich-Muszalska A.: Analiza rozpoznania psychiatrycznych u dzieci z objawami lęku. Psychiatr. Pol. 1995; 29: 175-180.
- Thapar A., McGuffin P.: Are anxiety symptoms in childhood heritable? J. Child Psychol. Psychiatry 1995; 36: 439-447.
- Legrand L.N., McGue M., Iacono W.G.: A twin study of state and trait anxiety in childhood and adolescence. J. Child Psychol. Psychiatry 1999; 40: 953-958.
- Eley T.C., Stevenson J.: Using genetic analyses to clarify the distinction between depressive and anxious symptoms in children. J. Abnorm. Child Psychol. 1999; 27: 105-114.
- Biederman J., Rosenbaum J.F., Bolduc-Murphy E.A. i wsp.: A 3-year follow-up of children with and without behavioral

- inhibition. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1993; 32: 814-821.
32. DiLalla L.F., Kagan J., Reznick J.S.: Genetic etiology of behavioral inhibition among 2-year-old children. *Infant Behav. Dev.* 1994; 17: 405-412.
 33. Eaves L.J., Silberg J.L., Meyer J.M. i wsp.: Genetics and developmental psychopathology: 2. The main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1997; 38: 965-980.
 34. Topolski T.D., Hewitt J.K., Eaves L.J. i wsp.: Genetic and environmental influences on child reports of manifest anxiety and symptoms of separation anxiety and overanxious disorders: a community-based twin study. *Behav. Genet.* 1997; 27: 15-28.
 35. Livingston R., Reis C.J., Ringdahl I.C.: Abnormal dexamethasone suppression test results in depressed and non-depressed children. *Am. J. Psychiatry* 1984; 141: 106-108.
 36. Hirshfeld D.R., Rosenbaum J.F., Biederman J. i wsp.: Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1992; 31: 103-111.
 37. Kagan J., Reznick J.S., Snidman N.: The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Dev.* 1987; 58: 1459-1473.
 38. Kagan J., Reznick J.S., Snidman N.: Biological bases of childhood shyness. *Science* 1988; 240: 167-171.
 39. Kendler K.S., Neale M.C., Kessler R.C. i wsp.: Childhood parental loss and adult psychopathology in women. A twin study perspective. *Arch. Gen. Psychiatry* 1992; 49: 109-116.
 40. Gittelman-Klein R., Klein D.F.: Separation anxiety in school refusal and its treatment with drugs. W: Hersov L., Berg I. (red.): *Out of School: Modern Perspectives in Truancy and School Refusal*. John Wiley and Sons, Inc., Chichester 1980: 321-341.
 41. Poulton R., Milne B.J., Craske M.G., Menzies R.G.: A longitudinal study of the etiology of separation anxiety. *Behav. Res. Ther.* 2001; 39: 1395-1410.
 42. Feigon S.A., Waldman I.D., Levy F., Hay D.A.: Genetic and environmental influences on separation anxiety disorder symptoms and their moderation by age and sex. *Behav. Genet.* 2001; 31: 403-411.
 43. Sroufe L.A., Carlson E.A., Levy A.K., Egeland B.: Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Dev. Psychopathol.* 1999; 11: 1-13.
 44. Cronk N.J., Slutske W.S., Madden P.A. i wsp.: Risk for separation anxiety disorder among girls: paternal absence, socioeconomic disadvantage, and genetic vulnerability. *J. Abnorm. Psychol.* 2004; 113: 237-247.
 45. Donovan C.L., Spence S.H.: Prevention of childhood anxiety disorders. *Clin. Psychol. Rev.* 2000; 20: 509-531.
 46. Verduin T.L., Kendall P.C.: Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2003; 32: 290-295.
 47. Jurbergs N., Ledley D.R.: Separation anxiety disorder. *Pediatr. Ann.* 2005; 34: 108-115.
 48. Kolvin I., Berney T.P., Bhate S.R.: Depression in school phobia. *Br. J. Psychiatry* 1987; 150: 268-270.
 49. Keller M.B., Lavori P.W., Wunder J. i wsp.: Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1992; 31: 595-599.
 50. Feldman M., Wilson A.: Adolescent suicidality in urban minorities and its relationship to conduct disorders, depression, and separation anxiety. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1997; 36: 75-84.
 51. Geller B., Chestnut E.C., Miller M.D. i wsp.: Preliminary data on DSM-III associated features of major depressive disorder in children and adolescents. *Am. J. Psychiatry* 1985; 142: 643-644.
 52. Matthews S., Charlton B.G.: Phenomenology of panic attacks reflects human evolutionary history of separation anxiety. *Ir. Med. J.* 2000; 93: 184-185.
 53. Francis G., Last C.G., Strauss C.C.: Expression of separation anxiety disorder: the roles of age and gender. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 1987; 18: 82-89.
 54. Werry J.S.: Physical illness, symptoms and allied disorders. W: Quay H.C., Werry J.S. (red.): *Psychopathological Disorders of Childhood*. John Wiley and Sons, Inc., New York 1986: 232-293.
 55. Berg I., Butler A., Hall G.: The outcome of adolescent school phobia. *Br. J. Psychiatry* 1976; 128: 80-85.
 56. Ohtaka K., Wakabayashi S., Enomoto K. i wsp.: A long-term follow-up study of school refusal children. *Jpn. J. Child Adolesc. Psychiatr.* 1986; 27: 213-219.

Piśmiennictwo do pracy Anny Śmiech i Jolanty Rabe-Jabłońskiej pt. „Zaburzenia psychiczne związane z antykoncepcją hormonalną” ze strony 110.

19. Calanchini C.: Development of a compulsive syndrome by ovulation inhibitors. *Schweiz Arch. Neurol. Psychiatr.* 1986; 137: 25-31.
20. Vulink N.C., Denys D., Bus L.: Female hormones affect symptom severity in obsessive-compulsive disorder. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2006; 21: 171-175.
21. DeSoto M.C., Geary D.C., Hoard M.K.: Estrogen fluctuations, oral contraceptives and borderline personality. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28: 751-766.
22. Joffe H., Cohen L.S., Harlow B.L.: Impact of oral contraceptive pill use on premenstrual mood: predictors of

improvement and deterioration. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2003; 189: 1523-1530.

23. Tuiten A., Panhuysen G., Koppeschaar H.: Stress, serotonergic function, and mood in users of oral contraceptives. *Psychoneuroendocrinology* 1995; 20: 323-334.
24. Rapkin A.J., Morgan M., Sogliano C.: Decreased neuroactive steroids induced by combined oral contraceptive pills are not associated with mood changes. *Fertil. Steril.* 2006; 85: 1371-1378.
25. Vessey M.P., Villard-Mackintosh L., McPherson K.: Mortality among oral contraceptive users: 20 year follow up of women in a cohort study. *BMJ.* 1989; 299: 1487-1491.
26. Beral V., Hermon C., Kay C.: Mortality associated with oral contraceptive use: 25 year follow up of cohort of 46 000 women from Royal College of General Practitioners' oral contraception study. *BMJ* 1999; 318: 96-100.