

**Bożena Banasiak**

Uniwersytet Łódzki

## **NAUCZYCIEL WOBEC ZABURZEŃ LĘKOWYCH WYSTĘPUJĄCYCH U UCZNIÓW**

Współczesna szkoła stawia przed nauczycielami różne wyzwania. Jednym z nich jest tendencja do kształcenia w szkołach masowych wszystkich dzieci, również tych, u których występują zaburzenia rozwojowe. Nauczyciel musi zmierzyć się z problemami wychowawczymi oraz uwzględnić szczególnie typ nauczania uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Myron Dembo podkreśla, że zakres działań nauczyciela w stosunku do tej grupy uczniów jest bardzo szeroki. Nauczyciel zarówno uczestniczy w zespołach oceniających rodzaj i stopień zaburzeń, jaki i opracowuje metody oceny umiejętności szkolnych oraz podejmuje ważne decyzje dotyczące dalszego nauczania i postępowania terapeutycznego (Dembo, 1997). Problemy związane z nauczaniem dzieci z objawami lękowymi są stosunkowo powszechne, wg badań epidemiologicznych ok. 9,7% uczniów spełnia kryteria diagnostyczne zaburzeń lękowych (Carson i in. 2003).

### **Dezadaptacyjne właściwości lęku**

Prowadzone w ostatnich latach badania dotyczące roli i przebiegu procesów emocjonalnych wykazują, że emocje odgrywają centralną rolę w psychice uczniów i są równie ważne jak procesy poznawcze (Ekman, Davidson, 1998). Podjęto próbę wyjścia poza opis sfery funkcjonowania poznawczego i wprowadzono pojęcie inteligencji emocjonalnej. Traktujemy ją jako zdolność świadomej regulacji emocji, rozumienia i analizy tych procesów oraz umiejętność ich wyrażania poprzez adekwatną ekspresję, a także nawiązywanie i podtrzymywanie pozytywnych związków emocjonalnych z innymi ludźmi. Powyższe zdolności są ważnymi zasobami ucznia, dzięki nim może osiągać sukcesy w codziennym życiu, nawiązywać pozytywne kontakty interpersonalne w szkole i w domu.

Emocje mobilizują zasoby uczniów i pozwalają im optymalnie reagować w danej sytuacji. Dzięki nim skutecznie przystosowują się do środowi-

ska szkolnego i pozaszkolnego, podejmują adekwatne działania. Czy istnieją w takim razie emocje dysfunkcjonalne i na czym polega ich dysfunkcjonalność? Większość autorów podkreśla, że to nie emocje są dysfunkcjonalne, ale ich pewne właściwości, takie jak: natężenie, nasilona częstość i czas trwania emocji negatywnych (Ekman, Davidson 1998).

W ten sposób możemy traktować emocje lęku i strachu. Z jednej strony pełnią one ważną, przystosowawczą rolę w zachowaniu ucznia, ale bardzo nasilone i utrwalone mogą stać się dezadaptacyjne. Zarówno lęk, jak i strach pojawiają się w chwilach zagrożenia i zawierają trzy podstawowe składniki: poznawczo-subiektywny, fizjologiczny i behawioralny, które wchodzi z sobą we wzajemne interakcje (Carson i in. 2003). Na poziomie poznawczo-subiektywnym uczeń zdaje sobie sprawę, że się boi, spostrzega niebezpieczeństwo. Fizjologiczne zmiany w jego organizmie np. podwyższone tętno, spłylenie oddechu, pozwalają mu przygotować się do stawienia czoła niebezpieczeństwu. Procesy fizjologiczne, które towarzyszą lękowi często są nieprzyjemne, natomiast dzieci bardzo się na nich koncentrują np. zgłaszają bóle brzucha, czy uporczywe bóle głowy. Na poziomie behawioralnym uczeń podejmuje określone działania, w przypadku omawianych emocji są to reakcja walki lub ucieczki, zabezpieczanie się przed niebezpieczeństwem. I tutaj możemy zaobserwować znaczące różnice pomiędzy lękiem i strachem. Lęk jest często bliżej nieokreślony, dziecko nie potrafi dokładnie sprecyzować, czego się boi. Natomiast strach pojawia się w wyniku realnego zagrożenia i pełni ważną funkcję przystosowawczą nakłaniając ucznia do przeciwdziałania zagrożeniu - walcz lub uciekaj. Lęk nie uruchamia reakcji walki i ucieczki tylko mobilizuje ucznia, aby się do nich przygotował (Carson i in. 2003). Stąd nieznaczne nasilenie lęku jest korzystne, pozwala dziecku lepiej się uczyć i skutecznie działać, ale silny i przewlekły lęk jest szkodliwy i dezadaptacyjny. Na poziomie subiektywno - poznawczym lęk generuje różne negatywne myśli, jak obawy o przyszłość, poczucie, że nie możemy przewidzieć zagrożenia lub nad nim zapanować. Uczniowie wówczas wyolbrzymiają negatywne aspekty wydarzeń i tylko na nich się koncentrują, są przekonani, że nie podołają stawianym im wymaganiom.

Rozpoznanie zaburzeń na tle lękowym wymaga ustalenia, czy lęk ma charakter irracjonalny i jest bardzo nasilony oraz długotrwały. Szczególnie istotne wydaje się uwzględnienie kryterium nasilenia objawu. Ważnym jest fakt, że dziecko zdaje sobie sprawę z występujących dolegliwości, cierpi, jest nieszczęśliwe i zagubione.

Wg współczesnej klasyfikacji DSM-IV i ICD-10 do zaburzeń na tle

lęgowym występujących zarówno u dzieci, młodzieży i dorosłych zaliczamy: fobie specyficzne i społeczne, zespoły paniki, zespół uogólnionego lęku, zaburzenia obsesyjno – kompulsywne oraz zespół stresu pourazowego. W przypadku dzieci i młodzieży uwzględniamy specyfikę rozwojową zaburzeń lęgowych i zaliczamy do nich również lękowe zaburzenia separacyjne oraz mutyzm wybiórczy.

Warto dodać, że u dzieci objawy lęku mogą współwystępować z innymi zaburzeniami wieku rozwojowego np. tikami.

### **Specyficzne zachowania ucznia z zaburzeniami lęgowymi**

Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży mogą przyjmować różną postać. Jednym wspólnym objawem jest znacznie nasilony lęk, który ma wpływ na zachowanie ucznia. Nieprawidłowe funkcjonowanie emocjonalne zakłóca przebieg nauki szkolnej, utrudnia uczenie się, występują kłopoty z koncentracją uwagi, pojawia się słabsze zapamiętywanie materiału oraz gorsze odpowiedzi na lekcjach. Mimo że większość dzieci z zaburzeniami lęgowymi to cisi i wycofani uczniowie, to nieadekwatne reakcje czy nasilona tendencja do unikania kontaktów społecznych może stać się źródłem nieporozumień w kontaktach z rówieśnikami i nauczycielami.

Poniżej przedstawiona zostanie specyfika zachowań uczniów z różnymi rodzajami zaburzeń lęgowych. Warto dodać, że w pewnych okresach rozwojowych dzieci i młodzież odczuwają lęki i obawy, ale nie jest to zawsze równoznaczne z rozpoznaniem zaburzeń, gdyż może mieć krótkotrwały i przemijający charakter.

Zaburzenia lękowe pod postacią fobii swoistych występują u 2-4% uczniów (Goodman, Scott 2000). Fobie to uporczywy, silny lęk przed określonymi przedmiotami, zjawiskami, sytuacjami, które w danej chwili nie stanowią realnego zagrożenia. Uczniowie cierpiący na takie zaburzenia stale unikają kontaktu np. z niektórymi zwierzętami, wodą, zamkniętymi pomieszczeniami. Obawa dziecka jest wyolbrzymiona, pojawia się przymus unikania tej sytuacji, co zakłóca jego normalne funkcjonowanie.

Należy jednak pamiętać, że w pewnych okresach rozwojowych pojawiają się typowe dla danego wieku obawy, które nie są fobiami np. dziecko boi się ciemności, czy gwałtownej burzy, obawia się wejść do wody, ale ma to charakter przemijający. Przy właściwym postępowaniu wychowawczym rodziców i nauczycieli uczeń po jakimś czasie pokonuje swoje niepokoje i chętnie podejmuje określone działania np. pływa na basenie.

Odmienne zachowania prezentują uczniowie z fobiami społecznymi. Fobia społeczna polega na silnym lęku przed negatywną oceną społeczną,

a tym samym uczestniczeniem w różnych interakcjach społecznych. Może przejawiać się silnym lękiem przed określonymi, konkretnymi sytuacjami np. jedzenie posiłku w stołówce szkolnej. W większości przypadków ma jednak charakter uogólniony, uczeń boi się wszystkich sytuacji społecznych, które wymagają kontaktów interpersonalnych czy wystąpień publicznych. Zaburzenia tego typu rozpoznawane są dopiero w okresie pokwitania, kiedy uczeń uświadamia sobie swoje obawy. We wcześniejszych okresach rozwojowych często traktujemy tę grupę dzieci jako wyjątkowo nieśmiałe (Bandelow 2011). Uczniowie nieśmiali czują się nieustannie obserwowani, wmawiają sobie, że ktoś ich stale krytykuje i ocenia, nie czują się dobrze w towarzystwie innych. Jednocześnie Borwin Bandelow podkreśla ich zasoby, takie jak perfekcjonizm, czy skromność. Perfekcjonizm sprzyja osiągnięciom szkolnym ucznia, natomiast skromne pozostawanie na drugim planie jest odbierane przez otoczenie społeczne, jako grzeczne i właściwe zachowanie (Bandelow 2011). Silna obawa przed krytyką powoduje, że uczniowie bardzo starannie wykonują swoje obowiązki tak, żeby nikt nie miał do nich zastrzeżeń. Ich zachowanie jest pozytywnie oceniane przez nauczycieli, gdyż są spokojni, nie sprawiają żadnych kłopotów wychowawczych poza jednym, unikaniem kontaktów społecznych. Stawianie sobie dużych wymagań, ciągłe dążenie do doskonałości może sprzyjać występowaniu objawów silnego zmęczenia, niemożności odprężenia, poczucia presji czasu.

U dzieci nieśmiałość jest zjawiskiem normalnym, jednak kiedy objawy unikania kontaktów z ludźmi bardzo się nasilają i utrudniają właściwe funkcjonowanie społeczne możemy podejrzewać, że przyjmują już formę zaburzeń. Warto dodać, że u uczniów z zaburzeniami fobii społecznej występuje szczególnie podatność na współwystępowanie innych trudności rozwojowych np. uzależnienia od internetu, od środków psychoaktywnych lub zaburzeń depresyjnych.

Podatność na uzależnienie od sieci internetowej jest w tym przypadku próbą ucieczki dziecka nieśmiałego od świata rzeczywistego, kontakt z ludźmi staje się czynnością neutralną, nie wywołuje tak silnego lęku, jak kontakt bezpośredni (Bandelow, 2011).

Zaburzenia lękowe mogą występować u niektórych dzieci pod postacią napadów paniki. Zaburzenia te również najczęściej pojawiają się dopiero u nastolatków i polegają na występowaniu bez wyraźnej przyczyny nieoczekiwanych napadów paniki. W trakcie napadu występują liczne objawy fizjologiczne, takie jak bóle w okolicy serca, zawroty głowy, pocenie się, a także bardzo silny lęk np. przed śmiercią (Carson 2003). Często uczniowie z na-

padami paniki są kierowani do szpitala, na badania medyczne w celu wykluczenia poważnej choroby somatycznej. Ataki paniki wydają się nie mieć wyraźnej przyczyny, jednocześnie dziecko unika miejsc, gdzie pojawił się atak. Stąd uczniowie nie chcą uczestniczyć w pewnych zajęciach szkolnych, unikają sytuacji, które wg nich są zagrażające, gdyż często boją się kompromitacji w oczach kolegów i nauczycieli.

Nieco inaczej zachowują się dzieci z zespołem uogólnionego lęku. Charakteryzuje się on wzmożonym, przewlekłym napięciem emocjonalnym, ciągłym lękiem, niepokojem, drażliwością, kłopotami z koncentracją uwagi, częstym uczuciem pustki w głowie czy zakłóceniami snu. Dziecko ciągle się martwi bliżej nieokreślonymi problemami, nie jesteśmy w stanie go uspokoić, a także zgłasza uporczywe dolegliwości bólowe czy wzmożone napięcie mięśniowe. Uczniowie mogą mieć trudności w nauce wynikające ze słabej koncentracji uwagi i kłopotów w podejmowaniu decyzji. Często pojawiają się obawy, że mogą się pomylić, długo analizują każdy błąd i przewidują jedynie negatywne konsekwencje swojego działania.

Kolejną postacią zaburzeń lękowych wstępującą u uczniów są zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Polegają one na przymusowych, powtarzających się czynnościach i myślach, które utrudniają funkcjonowanie ucznia w szkole i w domu. Celem działań kompulsywnych jest zmniejszenie napięcia emocjonalnego lub zapobieganie przerażającym wydarzeniom (Carson i in.2003). Najczęstsze czynności przymusowe dotyczą mycia, powtarzania, liczenia, sprawdzania, przyjmują często formę rytuałów. Natomiast natrętne myśli koncentrują się na obawie przed zakażeniem, zabrudzeniem czy katastrofą (Goodman, Scott 2000). Rozpoznanie zaburzeń wiąże się z dużym nasileniem i intensywnością objawów, które uniemożliwiają normalne funkcjonowanie dziecka. Pojawienie się u ucznia tendencji do powtórzenia czynności szczególnie w sytuacji, kiedy nie jest on pewny, czy o czymś nie zapomniał, nie świadczy o istnieniu zaburzeń. Należy także uwzględnić zwyczaj, powtarzające się zachowania czy przesady u dzieci, które są typowe i prawidłowe dla pewnych okresów rozwojowych.

Udział w traumatycznych zdarzeniach losowych lub obserwowanie ich może wywołać u dzieci zespół stresu pourazowego. Do zdarzeń tych zaliczamy wszelkie sytuacje zagrażające życiu i zdrowiu np. przemoc, napad, wypadek drogowy, pożar. Dziecko dotknięte tym zaburzeniem ciągle odtwarza traumę i ją na nowo przeżywa, ale jednocześnie unika bodźców związanych z urazem. Występują także zakłócenia funkcjonowania emocjonalnego i społecznego. Czasami zdarza się, że uczeń, który przeżył traumę nie mówi o tym zdarzeniu, ale możemy zaobserwować wyraźne zmiany

w jego zachowaniu. Szczególnie istotne jest wówczas uważne zainteresowanie się sytuacją dziecka i zapewnienie mu wsparcia społecznego.

Lęk separacyjny należy do najbardziej powszechnych zaburzeń występujących u dzieci w okresie przedpokwitaniowym. Uczeń z obawami i niepokojem nieustannie myśli o rodzicach i rodzinie. W czasie pobytu w szkole jest nieszczęśliwy, nie chce uczestniczyć we wspólnych zajęciach z kolegami, często odmawia udziału w wycieczkach szkolnych. Kiedy jest poza domem stale koncentruje na sobie uwagę dorosłych i opiekunów oraz wymaga opieki. W sytuacji rozdzielenia z rodzicem ma często silne objawy somatyczne np. bóle brzucha, głowy reaguje płaczem, złością, apatią (Goodmann, Scott 2000).

Do zaburzeń lękowych zaliczamy również mutyzm wybiórczy. Dotyczy on dzieci, które pomimo prawidłowo rozwiniętej mowy i rozumienia języka nie nawiązują kontaktu werbalnego z otoczeniem, a odzywają się jedynie do wybranego wąskiego kręgu osób i tylko w określonych okolicznościach (Goodman, Scott 2000). Obserwuje się te zaburzenia u młodszych uczniów i często występują one po silnych traumatycznych przeżyciach. Czasami mutyzm pojawia się w momencie rozpoczęcia nauki w szkole, ale ma wówczas charakter okresowy i przemijający, nie wymaga interwencji leczniczych tylko podjęcia właściwego postępowania wychowawczego.

### **Odmowa chodzenia do szkoły czy fobia szkolna**

Obecna klasyfikacja zaburzeń nie uwzględnia rozpoznania fobii szkolnej, gdyż odmowa chodzenia do szkoły jest raczej spowodowana obawą przed opuszczeniem domu niż lękiem przed szkołą. Poza tym „odmowa uczęszczania do szkoły nie jest rozpoznaniem tylko objawem, który może odzwierciedlać różnorodne problemy dotyczące dziecka, jego systemu rodzinnego i szkolnego” (Goodman, Scott 2003, s.82).

Z jednej strony możemy odmowę chodzenia do szkoły traktować, jako przejaw zaburzeń zachowania, wówczas współwystępują inne objawy aspołecznych zachowań. W tych przypadkach uczeń nieobecny na zajęciach szkolnych najchętniej przebywa poza domem, w grupach rówieśników, angażuje się w inne zajęcia bez zgody i wiedzy rodziców. Często jest to młodzież pochodząca ze skrajnie niestabilnych środowisk wychowawczych z długotrwałymi przypadkami rozstań. Czynnikiem ryzyka mogą być m. in. trudna sytuacja społeczno – ekonomiczna, konflikty w rodzinie, słabe osiągnięcia szkolne, brak konsekwentnej dyscypliny i słaby nadzór. Wskazana jest w tym przypadku edukacja rodziców w zakresie umiejętności wychowawczych.

Z drugiej strony odmowa chodzenia do szkoły może być związana z tzw. zespołem lęku separacyjnego. Wówczas u uczniów możemy zaobserwować inne formy zachowań. Uczeń jest grzeczny, cichy, chętnie współpracuje z nauczycielem, ale jest nadmiernie lękliwy i zahamowany w kontaktach interpersonalnych. W rodzinie występują silne więzi interpersonalne pomiędzy jej członkami. W tym przypadku rodzice wiedzą o nieobecności dziecka w szkole, ponieważ jawnie o tym mówi i oczekuje pomocy. Uczeń najchętniej pozostaje w domu lub w jego pobliżu, gdzie czuje się najbezpieczniej (Meyer 2003).

Najczęściej jednak „odmowa chodzenia do szkoły przybiera postać tzw. „maski somatycznej”, bez jawnie wyrażonego lęku uczeń skarży się na liczne dolegliwości somatyczne” (Goodman, Scott 2003, s.83). Badania wykazują, że czynnościowe objawy somatyczne zgłasza ok. 10-30% uczniów i są to najczęściej bóle: głowy, brzucha, kostno-stawowe, w klatce piersiowej, uczucie zmęczenia, zawroty głowy, które nie mają uzasadnienia organicznego. Czynnikiem wyzwalającym objaw może być zmiana nauczyciela, zmiana szkoły, utrata kolegów, choroba somatyczna lub inne. Zaburzenia psychosomatyczne mają złożoną etiologię, w której uwzględniamy zarówno pewne predyspozycje osobowościowe ucznia, specyficzne wzorce rodzinne, jak również zewnętrzne czynniki stresogenne (Banasiak 2009). Np. odmowa chodzenia do szkoły może wynikać ze strachu przed przemocą, do której dochodzi na jej terenie. Znacznie częściej jednak do czynników stresogennych na terenie szkoły zaliczymy trudności szkolne i dokuczanie ze strony rówieśników tzw. bulling. Jednak najważniejszą rolę odgrywają czynniki związane bezpośrednio z sytuacją rodzinną ucznia. Stąd w przypadku występowania zaburzeń lęku separacyjnego czy zaburzeń psychosomatycznych konieczne jest podjęcie właściwej psychoterapii z udziałem całej rodziny.

### **Przyczyny zaburzeń lękowych**

Zaburzenia lękowe przyjmują różną postać, objawem dominującym jest lęk o dużym nasileniu, który utrudnia prawidłowy rozwój dziecka. Przyczyny zaburzeń obejmują szeroki wachlarz czynników począwszy od warunków osobniczych po złożone zależności środowiskowe. Badacze zwracają uwagę na wzmożoną wrażliwość konstytucjonalną dziecka, pewne predyspozycje osobnicze ujawniające się już we wczesnych okresach rozwojowych.

Często omawianą przyczyną jest również przebyty uraz powodujący ból i cierpienie u dziecka. Mogą to być różne zdarzenia traumatyczne, jak roz-

wód rodziców, konflikty w rodzinie, zmiana miejsca zamieszkania, zmiana szkoły, nagły niespodziewany wypadek czy poważna choroba w rodzinie. Zwraca się również uwagę na cechy i właściwości funkcjonowania psychicznego rodziców, szczególnie, gdy przejawiają oni pewne dysfunkcje w tym zakresie. Opieka nadmiernie lękowych i nadopiekuńczych rodziców może generować podobne objawy u dziecka. Również obojętność i brak zaangażowania rodziców, tendencja do odrzucania dziecka wpływa zakłócająco na jego rozwój.

Zaobserwowano również pewne różnice kulturowe dotyczące częstości występowania zaburzeń lękowych u dzieci. W kulturach, w których pozytywnie ocenia się powściągliwość, posłuszeństwo i uległość w relacjach interpersonalnych, częściej występują zaburzenia lękowe, istnieje większe niebezpieczeństwo przemocy w rodzinie (Carson i in. 2003).

### **Rola nauczyciela w postępowaniu terapeutycznym wobec ucznia z zaburzeniami lękowymi**

Uczniowie z objawami zaburzeń lękowych powinni być pod stałą opieką lekarza psychiatry i psychologa klinicznego. Wymagają często uczestniczenia w terapii indywidualnej, jak również terapii rodzinnej. W wielu przypadkach stosowana jest farmakoterapia. Dostosowanie właściwej metody leczniczej zależy od indywidualnego przypadku, nasilenia objawów, długości ich trwania, sytuacji rodzinnej ucznia. Czasami konieczne jest podjęcie leczenia w warunkach szpitalnych.

Najistotniejszą rolę odgrywa jednak najbliższe otoczenie społeczne ucznia, dotyczy to zarówno rodziny, jak i szkoły. Efektywność leczenia zależy w dużym stopniu od tego, jak uczeń jest spostrzegany przez rówieśników, na ile jest przez nich lubiany i akceptowany. Warto również dodać, że wsparcie społeczne ze strony nauczycieli, opiekunów czy wychowawców istotnie wspomaga podstawowe postępowanie lecznicze. W zależności od przebiegu interakcji społecznej wyróżniamy różne rodzaje wsparcia społecznego: emocjonalne, poznawcze, instrumentalne, duchowe, materialne, podtrzymujące nadzieję lub samoocenę (Sęk, 2005). Każda z w/w form wsparcia ma istotne znaczenie w postępowaniu z uczniem z zaburzeniami lękowymi, który często jest niepewny siebie, wycofany z sytuacji społecznej i cierpiący. Nauczyciel wspierający proces leczenia zaburzeń lękowych, to nauczyciel, który w różnych, trudnych sytuacjach szkolnych okaże empatię i zrozumienie uczniowi, wzmocni jego poczucie bezpieczeństwa, przekaże mu informacje wyjaśniające, ułatwiające zrozumienie problemu i przedyskutuje sposoby rozwiązania. Nauczyciel powinien wykazać się podstawową wiedzą na temat



zaburzeń lękowych oraz posiadać umiejętność obserwacji zachowań ucznia w sytuacjach szkolnych, a także podejmować właściwe działania wychowawcze. Bardzo istotna jest także stała współpraca z rodziną ucznia, z psychologiem i psychiatrą.

### **Bibliografia**

1. Banasiak B. (2009) Uczniowie z objawami psychosomatycznymi a stres szkolny, w: (red.) J.Piekarski, E. Czarnecka, A.Głowala, Pedagogika tom 8, część II O efektywności w procesie kształcenia, Zeszyty Naukowe PWSZ w Płocku, Płock
2. Bandelow B. (2011) Nieśmiałość, czym jest i jak ją pokonać, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot
3. Carson R., Butcher J., Mineka S. (2003) Psychologia zaburzeń, tom I , rozdz. 5, tom II, rozdz. 14, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
4. Dembo M.H. (1997) Stosowana psychologia wychowawcza, rozdz.11, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa
5. Ekman P., Davidson R.J. (1998) Natura emocji, podstawowe zagadnienia, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
6. Goodman R., Scott S. (2000) Psychiatria dzieci i młodzieży, Wydawnictwo Medyczne Urban i Partner, Wrocław
7. Meyer R. (2003) Psychopatologia, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
8. Sęk H. (2005) Pomoc psychologiczna w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych w: Sęk H. (red) Psychologia kliniczna, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa

### **Summary**

#### **Teacher in front of pupils' fear disorder**

**Key words:** special needs pupils, fear, fear disorder

In the paper one of the important problem in contemporary school is discussed, namely teaching pupils with special needs. The author concentrates on children with fear disorder, that is more and more common (according to epidemiological research 9,7% pupils fulfills diagnosis criteria for fear disorder).

In the paper children with fear disorder are characterized, categories of fear disorder, some causes of the problem and specific children behavior. Then teacher's role is pointed, how to work with those children.