

Elżbieta Nowak, Przemysław Nowak, Wojciech Nowak

Zakład Chorób Układu Nerwowego

Instytutu Kształcenia Medycznego Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach

Kierownik: prof. dr hab. n. med. S. Nowak

Dyrektor: prof. dr hab. W. Dutkiewicz

**LĘK JAKO PROBLEM INTERDYSCYPLINARNY I SPOŁECZNY
(CZEŚĆ 1)****STRESZCZENIE**

Autorzy opisują lęk jako zjawisko interdyscyplinarne i społeczne.

Słowa kluczowe: lęk, interdyscyplinary, społeczny.**SUMMARY**

The authors describe anxiety as an interdisciplinary and social phenomenon.

Key words: anxiety, interdisciplinary, social.

Lęk (pavor, anxietas, timor), podobnie jak niepokój i strach, jest rodzajem emocji towarzyszącej także ludziom zdrowym w określonych sytuacjach stresowych (zdawanie egzaminu, pojawienie się niespodziewanego wydarzenia). Zwykle wyprzedza on zdarzenia, nawet jeśli są one tylko prawdopodobne, natomiast strach zjawia się zazwyczaj w sytuacjach w jakimś stopniu zagrażających człowiekowi. Obydwa zjawiska mają charakter powszechny i w zasadzie dotyczyć mogą każdego z nas. Często jednak są objawem psychopatologicznym tak w zaburzeniach czynnościowych, jak i organicznych. Zaburzenia lękowe manifestować się mogą jako fobia (krytyczne podejście do lęku) prosta, społeczna, zespół paniki, zespół lęku uogólnionego, zespół natręctwa (zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne), lęk przed pozostawieniem „samemu sobie” w sytuacji bez wyjścia (agorafobia). W fobii społecznej istnieje ciągła obawa, lęk oczekiwania przed publicznym wystąpieniem, np. u uczniów w czasie lekcji. W fobii prostej pojawia się m.in. lęk wysokości, ciemności, przed zakażeniem, zachorowaniem na określone choroby, przed zabrudzeniem się, zaczerwienieniem w niespodziewanych okolicznościach, zaginięciem, wypadkiem. Wyjątkowa fobia występuje w czystej formie, zazwyczaj towarzyszy natręctwom i nerwicy lękowej.

Napady lęku mogą przejść w zespół paniki. Zespół uogólnionego lęku charakteryzuje się ciągłym niepokojem cielesnym, somatycznym, bez innych objawów

poprzedzających, takich jak: fobia, panika, natręctwa. Lęki nocne, występujące głównie u dzieci, charakteryzują się gwałtownym siadaniem, z głośnym krzykiem, objawami neurovegetatywnymi, rozszerzeniem źrenic. Z upływem lat zwykle ustępują, ale wymagają różnicowania z częściowymi złożonymi napadami padaczkowymi, w czym pomocne jest badanie EEG.

Zespół obsesyjno-kompulsyjny prawdopodobnie występuje częściej, niż się zwykle przyjmuje, wiele osób bowiem nie przyznaje się do natręctw polegających m.in. na: częstym, uporczywym myciu rąk, ciągłym, przesadnym kontrolowaniu się, analizowaniu czynności, zwątpieniu, poczuciu grzesznego życia, prowadzącym nieraz do prób samobójczych. Zdarza się również przymus picia alkoholu lub obżarstwo. Jest to jednak grupa ludzi zwykle bardzo inteligentnych, zdolnych, perfekcyjnie i z uporem podchodzących do wykonywania obowiązków życiowych. We wstępnej fazie konieczne jest nieraz w rozpoznaniu różnicowym uwzględnienie m.in. zespołu Tourette'a. Napady lęku towarzyszyć mogą tzw. nerwicy lękowej, w której właśnie lęk jest objawem dominującym. Pojawiać się on może także w chorobach psychicznych, w tym depresji oraz zespołach klinicznych będących następstwem organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Organiczne zaburzenia lękowe zwykle są o charakterze napadowym (panika), nawracającym i mogą się pojawiać bez uchwytej zewnętrznej przyczyny (ujemna autosugestia) [1]. W takich przypadkach przeważają zaburzenia neurovegetatywne, obejmujące głównie układ krążeniowo-oddechowy. Istnieje także lęk przed nawrotem napadu paniki oraz lęk śmierci. Wolno płynący, uogólniony lęk dotyczy bardziej kobiet i obejmuje obawy przed możliwymi wydarzeniami, ze znacznymi objawami neurovegetatywnymi [2–4]. W części przypadków lęk narasta z wiekiem i obejmuje głównie obawy o los własny i najbliższych, możliwość osamotnienia i bezradności. Nakładają się na to czynniki psychiczno-społeczne związane z nową sytuacją zawodową, a często i życiową. Troska ta nasyciona lękiem ma charakter stały i często progresywny, na co ma wpływ pogarszający się zwykle z czasem stan zdrowia, rzutuający na ograniczenie dotychczasowej samodzielności i samowystarczalności [5–9].

W zespole pourazowym dominować może stres ze składową lęku, a nawet depresji [10]. Dokonano także obserwacji u osób mieszkających w pobliżu linii wysokiego napięcia (do 50 m), u których stwierdzono m.in. lęk i depresję [11].

Mechanizm zaburzeń lękowych jest zróżnicowany i nie do końca jeszcze wyjaśniony. Podkreśla się rolę układu GABA-ergicznego i serotonergicznego w regulacji zachowań lękowych i ich leczenia [12].

W zaburzeniach lękowych ma dochodzić do zmniejszenia gęstości receptorów GABA – A, z udziałem układu serotonergicznego. Pobudzenie jednak tych obszarów zależy od struktury odpowiedniego regionu mózgu i typu receptora. Ważna jest interakcja między tymi neuroprzekaznikami. Stosowane są leki, selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny, SSRI, benzodiazepiny, mające wpływ na przekazywanie GABA-ergiczne i serotonergiczne – agonistów receptora 5 – HT 1 A.

Podkreśla się także rolę układu cholinergicznego w reakcjach lękowych, a zwłaszcza rolę receptorów cholinergicznym, antagonistów i agonistów cholinergicznym, receptorów nikotynowych, także w terapii. Niektórzy badacze zwracają szczególną rolę na układ dopaminergiczny w zachowaniach lękowych [13]. Podkreśla się także rolę neuropeptydu Y (NPY) w lęku [14]. Badano także rolę kortykotropiny (ACTH) oraz receptorów kortykoliberyny w lęku, pełniących rolę antagonistów i inhibitorów, łącznie z płynem mózgowo-rdzeniowym, w tym także w zespole abstynencyjnym, w czasie stosowania leków [15]. W badaniach na zwierzętach spostrzegano przeciwłękowe działanie ligandów receptorów glutaminergicznym [16]. Akcentuje się rolę biologicznym elementów w lęku napadowym i fobiach, m.in. cholecystokininy, inhibitorów oksydazy monoaminowej, GABA [17].

Prowadzono badania na zwierzętach w celu określenia tzw. substancji alarmowych maksymalnego stanu emocjonalnego, sygnalizującego zgon zwierzęcia. Narastały behawioralne wykładniki zagrożenia u zwierząt pod wpływem działania bodźców czuciowych i stosowania procedur warunkujących lęk. W węchomózgowiu obserwowano wzrost stężenia glutaminianu oraz innych związków organicznym, mogących odpowiadać substancjom alarmowym, osobliwym feromonom, sygnalizującym zejście śmiertelne [18].

Według Kostowskiego [19] w mechanizmach lęku ważną rolę odgrywa neuroprzewodnictwo w układzie limbicznym, głównie neurony serotoniczne 5 – HT, GABA-ergiczne oraz noradrenergiczne, a być może także układy glutaminergiczne i CCK. Mechanizmy te odgrywają znaczącą rolę w działaniu stosowanym w takich przypadkach leków, zachowujących się jako agoniści receptora, częściowi agoniści, selektywni agoniści. Niektóre leki działają bezpośrednio na system 5 – HT lub jako antagoniści wychwyty 5 – HT, z blokowaniem przenoszenia serotoniny. Jedna z prac [20] podkreśla rolę sertraliny, będącej w grupie selektywnym inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI). W oparciu o kontrolowane badania kliniczne akcentowano rolę tego leku w terapii m.in. zespołów lękowych, głównie lęku napadowego i fobii społecznej.

Lęk bywa też oceniany z punktu widzenia filozofii, gdzie traktowany jest jako zjawisko egzystencjonalne, związane bezpośrednio z bytem człowieka, jego osobowością. Ten związek spostrzegął już Arystoteles. Kierkegaard uważał, że istotą bytu ludzkiego jest „lęk istnienia” motywujący ludzką egzystencję. Istnieje zawsze lęk o niespodziewane, pozornie przypadkowe działanie losu oraz lęk śmierci [21].

Niektórzy z badaczy podkreślają wpływ postawy religijnej chorych na powstawanie i nasilanie lęku, w tym i w chorobach nowotworowych [22]. Prowadzono także badania m.in. nad poziomem lęku u osób prześladowanych politycznie, który rzutował na ich interpersonalne funkcjonowanie [23]. Badano także te zagadnienia wśród matek dzieci niepełnosprawnych [24].

Dotychczas przeprowadzono wiele badań nad poziomem lęku o charakterze przejściowym, warunkowanym określoną sytuacją, oraz względnie stałym jako

cechą osobowości. Obejmowały one pacjentów: leczonych stomatologicznie zachowawczo i chirurgicznie (w tym dzieci), z chorobami nowotworowymi, w grupie dorastającej młodzieży, wśród studentów medycyny, w grupie kobiet w ciąży, w wieku podeszłym, z nadciśnieniem tętniczym, w schorzeniach kardiologicznych, naczyniowych uszkodzeniach mózgu, hematologicznych, kamicy żółciowej, przed badaniami diagnostycznymi, w tym koronografią, wśród dzieci z nadwagą, dychawicą oskrzelową, u kobiet po histerektomii, w guzach mózgu, chorobach tarczycy, zespole pourazowym, w zespole nadpobudliwego jelita, twardzinie układowej, w koszmarach sennych, w cukrzycy, uzależnionych od alkoholu, odbywających zasadniczą służbę wojskową, u osób starszych. Oceniano także poziom lęku i aktywność seksualną kobiet w czasie ciąży. Najwięcej badań nad lękiem obejmowało osoby leczone stomatologicznie tak dzieci, jak i dorosłych. Omawiane były różnorodne sposoby leczenia. Posługiwano się rutynowymi testami badań: Inwentarzem do Pomiaru Lęku jako Stanu i jako Cechy według C. D. Spielberga (State – Trait Anxiety Inventory: Arkusz X – 1 do pomiaru lęku jako stanu i Arkusz X – 2 do pomiaru lęku jako cechy), profilem osobowości w oparciu o Arkusz Samopoznania opracowany przez Catella. W grupie badanych studentów stosowano także Kwestionariusz Objawowy „O” według Aleksandrowicza. Depresje oceniano według Skali Depresji Becka, a głębokość uzależnienia alkoholików za pomocą Michigan Alcoholism Screening [25–33].

Zaburzeniom lękowym poświęcono wiele prac uwzględniających nie tylko aspekty kliniczne. Omówione zostały: lęk paniczny, zaburzenia paniczne i lękowe uogólnione, lęk społeczny, zaburzenia lękowo-depresyjne mieszane, fobie oraz lęk separacyjny u dzieci. Podkreślono znaczenie „współchorobowości” zaburzeń lękowych [34].

Terapia lęku uzależniona jest od czynników go wywołujących. Muzykoterapia jest jedną z wspomagających metod leczenia, głównie w chorobach z podrażnieniem lub zajęciem ośrodkowego układu nerwowego, w tym również w przypadkach z dominowaniem bólu. Uwzględnia się tu nie tylko terapeutyczne działanie muzyki, ale także wibracji (metoda akustyczno-wibracyjna) oddziałującej bezpośrednio na organizm chorego [35]. Lęk jest rzeczywiście zagadnieniem interdyscyplinarnym, którym zajmują się różnorodne dziedziny nauki i kliniki, a ze względu na jego rozpowszechnienie stanowi także ważki problem społeczny.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Bilikiewicz A.: Podstawowe objawy i zespoły psychopatologiczne w chorobach układu nerwowego. W: Choroby układu nerwowego. W. Kozubski, P. P. Liberski (red.). PZWL. Warszawa 2004: 634–644.

- [2] Walsh K.: *Neuropsychologia kliniczna*. PWN. Warszawa 1998.
- [3] Łuczywek E.: *Podstawy neuropsychologii klinicznej*. W: *Choroby układu nerwowego*. W. Kozubski, P. P. Liberski (red.). PZWL. Warszawa 2004: 645–651.
- [4] Pużynski S., Beresiewicz M. (red.): *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych*. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 1993.
- [5] Meyer R.: *Psychopatologia*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2003.
- [6] Jarosz M. W.: *Podstawy psychiatrii*, pod red. M. Jarosza, S. Cwynara. PZWL. Warszawa 1983.
- [7] Bilikiewicz T.: *Psychiatria kliniczna*. PZWL. Warszawa 1973.
- [8] Fry J. M.: *Zaburzenia snu*. W: *Neurologia Merrita*, pod red. L. P. Rowlanda. Wyd. 1 polskie pod red. H. Kwiecińskiego i A. Kamińskiej. Wyd. Med. Urban & Partner. Wrocław 2004.
- [9] Jarosz M.: *Psychologia starzenia się i starości oraz niektóre zasady postępowania z ludźmi w wieku podeszłym*. W: *Neurogeriatria*. A. Prusiński (red.). Wyd. Czelej. Lublin 2004: 19–27.
- [10] Rutkowski K.: *Lęk i depresja w zespole stresu pourazowego*. *Psychiat. Pol.* 2000; 34(6): 971–981.
- [11] Zyss T.: *Badania epidemiologiczne nad rozpowszechnieniem zaburzeń nerwicowych oraz lęku i depresyjności wśród osób zamieszkujących w pobliżu linii elektroenergetycznej 400 kV*. *Psychiat. Pol.* 1999; 33(4): 535–551.
- [12] Wisłowska A., Zienowicz M., Lehner M., Taracha E., Maciejak P., Płaźnik A.: *Rola układu GABA-ergicznego i serotoninergetycznego w regulacji zachowań lękowych i terapii zaburzeń lękowych*. *Post. Psychiat. i Neurol.* 2003; 12(2): 201–210.
- [13] Siemiątkowski M.: *Wpływ układu dopaminergicznego na zachowanie lekowe: praca doktorska*. Promotor: A. Płaźnik. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zakład Farmakologii i Fizjologii Układu Nerwowego (2002).
- [14] Krysiak R., Obuchowicz E., Zbigniew S.: *Rola neuropeptydu Y w lęku*. *Psychiat. Pol.* 2001; 35(5): 731–742.
- [15] Krysiak R., Obuchowicz E., Herman Z. S.: *Role of corticotropin – releasing factor (CRF) in anxiety*. *Pol. J. Pharmacol.* 2000; 52(1): 15–25.
- [16] Chojnacka-Wójcik E., Tatarczyńska E.: *Lęk i działanie przeciwlękowe ligandów receptorów glutaminergicznych u zwierząt*. *Farm. Pol.* 2000; 56(14): 707–713.
- [17] Rybakowski J.: *Biologiczne elementy zespołów lęku napadowego i fobii społecznej*. *Medipress Psychiat.-Neurol.* 1999; 3(2): 3–8.
- [18] Hauser R., Gos T., Marczak M., Janicki J., Wiergowski M., Jankowski Z., Karaszewski B., Łuczak N., Krzyżanowski M., Wodniak-Ochocińska Ł.: *Substancje alarmowe jako wykładnik stanu emocjonalnego poprzedzającego zgon*. *Arch. Med. Sąd.* 2002; 52(4): 287–293.
- [19] Kostowski W.: *Farmakologiczne podstawy działania leków anksjolitycznych*. *Wiad. Psychiat.* 1999; 2(2): 137–147.
- [20] Rybakowski J.: *Spektrum klinicznego działania sertraliny w zespołach depresyjnych i lękowych*. *Lęk i Depresja* 1999; 40–48.
- [21] Tomczak A. A., Rudnik-Szałaj I., Szulc A.: *Lęk w ujęciu filozofii egzystencjalnej*. *Wiad. Psychiat.* 2001; 4(1): 45–48.
- [22] Janiszewska J.: *Wpływ postawy religijnej na poziom lęku u pacjentek z guzem sutka w różnych etapach choroby nowotworowej*. *Adv. Clin. Exp. Med.* 2001; 10(2) suppl. 1: 119–124.
- [23] Czaja I., Gierowski J. K.: *Zaburzenia funkcjonowania interpersonalnego oraz poziomu lęku, depresji i agresji u osób prześladowanych politycznie w Polsce w latach 1944–1956*. *Psychiat. Pol.* 1999; 33(3): 309–319.
- [24] Siek S.: *Poziom agresywności i lęku matek dzieci niepełnosprawnych*. *Stud. Psychol. ATK* Warszawa 1999; 9: 49–56.
- [25] Fenczyn J.: *Obawa i lęk przed samotnością u współczesnej młodzieży polskiej w okresie dorastania*. *Psychiat. Psychol. Klin.* 2003; 3(1): 4–10.
- [26] Imieliński A. K.: *Aktywność seksualna kobiet w ciąży a poziom lęku jako stałej cechy osobowości: praca doktorska*. Akademia Medyczna – Katedra i Klinika Ginekologii w Lublinie (2003).

- [27] Parnowski T.: Komentarz do artykułu pt. Współwystępowanie depresji i lęku u osób w wieku podeszłym. *Med. Dypł.* 2003; 12(9): 137–139.
- [28] Łada D., Gulcz M.: Podejście poznawczo-behawioralne w leczeniu koszmarów. *Psychoterapia* 2003; 2: 57–61.
- [29] Nasiłowska-Barud A.: Poziom niepokoju i lęku u chorych po zawale serca w okresie pięcioletniej rehabilitacji. *Ann. UMCS. Sect. D* 2002; 71(4/5): 505–513.
- [30] Badura K., Brzoza Z., Gorczyca P., Matysiakiewicz J., Hese R. T., Rogala B.: Lęk i depresja u chorych na astmę oskrzelową. *Psychiat. Pol.* 2001; 35(5): 763–769.
- [31] Marek K., Dimter A., Jawor M., Dudek D.: Zaburzenia depresyjno-lękowe u kobiet po histerektomii – przegląd piśmiennictwa. *Psychiat. Pol.* 2001; 35(5): 763–769.
- [32] Podwińska E., Niemiec A., Bednarski P., Grzela A.: Próba oceny poziomu leku u kobiet leczonych chirurgicznie z powodu wola guzkowatego obojętnego i nadczynnego. *Anest. Intens. Ter.* 2000; 32(2): 87–90.
- [33] Mazurek J., Kiejna A.: Skale pomiaru depresji i lęku. *Sztuka Leczenia* 2000; 6(3): 45–52.
- [34] Rabe-Jabłońska J.: Zaburzenia lękowe. Klasyfikacja, rozpowszechnienie, obraz kliniczny, przebieg, etiologia. *Aktual. Neurol.* 2003; 3(1): 16–22.
- [35] Kucharski Z.: Terapia akustyczno-somatosensoryczna i możliwości jej zastosowania w stomatologii – przegląd piśmiennictwa. *Czas. Stom.* 2003; 56: 137–140.