

LĘK –

**– NIEODŁĄCZNY TOWARZYSZ CZŁOWIEKA
OD POCZĘCIA AŻ DO ŚMIERCI**

**LĘK –
– NIEODŁĄCZNY TOWARZYSZ CZŁOWIEKA
OD POCZĘCIA AŻ DO ŚMIERCI**

POD REDAKCJĄ

Prof. Jadwigi Joško – Ochojskiej



Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, 2013

Recenzent

Prof. dr hab. n. med. Robert Hese

Redakcja

Prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško – Ochojska

Wydanie I**Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice 2013**

Wszelkie prawa zastrzeżone

Dzieło może być wykorzystywane tylko na użytek własny,
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.

Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja,
redystrybucja lub odsprzedaż.

ISBN: 978-83-7509-232-5**Projekt okładki i skład**

Vero Graphic Design, Rybnik
www.vgd.com.pl

Druk i oprawa

PPHU TOTEM S. C.
ul. Jacewska 89
88-100 Inowrocław



PREZYDENT MIASTA RYBNIKA

Adam Fudali

Szanowni Państwo!

Współczesny Rybnik to miasto o ogromnym potencjale, przestrzeń aktywności, dużych możliwości, rozwoju i ambicji. Zmieniające oblicze miasta inwestycje, nowoczesna infrastruktura, dobre połączenia komunikacyjne, tętniące życiem centrum, bogata oferta kulturalna, wysoki, zwłaszcza dzięki skupiającemu najważniejsze uczelnie w regionie Zespołowi Szkół Wyższych, poziom edukacji – to atuty Rybnika. Do listy pozytywów dodać należy obecność w mieście firm o zasięgu ogólnopolskim i międzynarodowym. Charakterystykę tę dopełnia spełniająca standardy europejskie baza hotelowo-gastronomiczna i zróżnicowana infrastruktura sportowa, a także lokalizacja miasta wśród wód i lasów, co czyni z niego nie tylko przestrzeń dla rozwoju przedsiębiorczości, ale także prawdziwy ośrodek wypoczynku, zapewniający nieograniczone wprost możliwości rekreacji.

Aby dowiedzieć się więcej o Rybniku, zapraszam do odwiedzenia strony www.rybnik.eu. Tych, którzy w naszym mieście bywają rzadko, zachęcam do wizyt – po to, by przekonać się, że Rybnik to dobry adres – miejsce, w którym dobrze się żyje, pracuje i wypoczywa, w którym panuje przyjazna atmosfera, a ludzie są sympatyczni. Osoby, którym Rybnik jest bliski, zapraszam do odkrywania nowego oblicza w tym, co znane.

Z szacunkiem

Urząd Miasta Rybnika, ul. Bolesława Chrobrego 2, 44-200 Rybnik
tel. (+48) 32 439 20 00, fax (+48) 32 422 41 24
e-mail: rybnik@um.rybnik.pl, serwis miejski: www.rybnik.eu

Informacje o Rybniku również na:

www.kultura.rybnik.eu

bip.um.rybnik.eu

www.rsip.rybnik.eu

www.youtube.com/rybnikeu

www.investinrybnik.eu

www.dobryadres.rybnik.eu

www.edukacja.rybnik.eu

www.ekarta.rybnik.eu

www.facebook.com/rybnikeu

SPIS TREŚCI

WSTĘP	9
<i>Jadwiga Joško – Ochojska</i>	
WPŁYW DRAMATYCZNYCH PRZEŻYĆ I LĘKÓW MATKI CIĘŻARNEJ NA LOSY JEJ DZIECKA	11
<i>Jadwiga Joško – Ochojska</i>	
RÓŻNE OBLICZA LĘKU W PSYCHIATRII ROZWOJOWEJ – WYBRANE ZAGADNIENIA	37
<i>Małgorzata Janas – Kozik, Joanna Hyrnik, Ireneusz Jelonek</i>	
LĘK – CHOROBA DUSZY I CIAŁA	49
<i>Irena Krupka – Matuszczyk</i>	
LĘKI U KRESU ŻYCIA	63
<i>Jadwiga Pyszkowska</i>	
LĘK JAKO SZANSA ROZWOJU LUDZKIEGO	69
<i>Henryk Krzysteczko</i>	
MOJE SPOTKANIA Z LĘKAMI STUDENTÓW	85
<i>Rafał Śpiewak</i>	
SŁOWA LĘKIEM PODSZYTE. O NADUŻYWANIU EMOCJI W KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ	105
<i>Andrzej Ochojski</i>	
NA PROGU KOŃCA ŚWIATA. SZTUKA PRZEŁOMU XIX i XX WIEKU W PRZESTRZENI LĘKU	125
<i>Jacek Kurek</i>	
OBAWY STUDENTÓW ŚLĄSKICH PUBLICZNYCH UCZELNI WYŻSZYCH	133
<i>Urszula Marcinkowska / Karolina Lau / Janusz Kasperczyk / Mirosław Tyrpień / Henryk Krzysteczko / Monika Kornaszewska – Polak / Jadwiga Joško – Ochojska</i>	

Prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško – Ochojska

WSTĘP

Postęp w zakresie neurobiologii, neuroendokrynologii, genetyki, epigenetyki, a przede wszystkim zastosowanie metod neuroobrazowania mózgu spowodowały ewolucję poglądów na temat stresu, emocji i lęków. Dotąd, badania doświadczalne prowadzone od końca XIX wieku ograniczały się do badań eksperymentalnych u zwierząt. Zastosowanie nowoczesnych technik czynnościowego obrazowania otworzyło nowe, dotąd niespotykane możliwości badań ludzkiego, żywego mózgu i rozszerzyło horyzonty medycyny, zmuszając ją do holistycznego spojrzenia na człowieka.

Badania naukowe, przeprowadzone na tysiącach, a nawet milionach ludzi, dowodzą istnienia wieloczynnikowego mechanizmu utraty zdrowia, w którym znaczącą rolę odgrywa stres i lęk. Funkcjonuje on w całym okresie życia, począwszy od wpływu stanu emocjonalnego matki na życie jej dziecka jeszcze nienarodzonego, poprzez oddziaływania stresu, emocji i lęku na stan zdrowia dzieci, dorosłych, po okres starości, w którym istotnego znaczenia nabierają lęki przed śmiercią.

Człowiek XXI wieku, cierpiący na zaburzenia psychiczne i choroby przewlekłe, dzięki rozwojowi wiedzy epidemiologicznej, zyskuje coraz większą świadomość zagrożeń i ogromnej skali problemu. W środowisku naukowym zaczyna upowszechniać się pogląd, oparty na wiarygodnych danych szacunkowych, że w ciągu kilku najbliższych lat, depresja zajmie pierwsze miejsce na liście chorób, będących powodem zwolnień lekarskich.

Stąd zainteresowanie tematyką stresu i lęku stale rośnie i zajmuje ważne miejsce w wielu dyscyplinach naukowych. Obserwowany jest dynamiczny rozwój psychologii, psychiatrii dorosłych i psychiatrii dziecięcej. W tych dziedzinach zaczynają być rozpoznawane i definiowane nowe zaburzenia, które już staramy się leczyć, jak: stres potraumatyczny (PTSD), molestowanie moralne, mobbing i wiele innych.

Stosunkowo nową dziedziną interdyscyplinarną, zajmującą się szczególnie lękami u kresu życia jest opieka paliatywna, która łączy opiekę medyczną i niemedyczną nad chorymi z zawiązaną chorobą postępującą i wyniszczającą oraz nad chorymi umierającymi.

Środowisko współczesnego człowieka, to przede wszystkim komunikacja interpersonalna. W związku z tym, nowego znaczenia nabiera problematyka użytkowania języka, jako nośnika nie tylko informacji lecz także emocji. Dla badaczy zjawiska komunikacji językowej, jednymi z ważniejszych przedmiotów ich zainteresowania są wypowiedzi niosące ze sobą, lub mające obudzić strach i lęk. Używając bowiem komunikatów manipulujących emocjami, nasyconych słowami podszytymi lękiem i strachem, można doprowadzić do destrukcji człowieka na poziomie fizycznym, psychicznym i duchowym.

Duchowy i egzystencjalny wymiar lęku dowodzi, że jego badanie zmusza do wykroczenia poza granice medycyny.

Doniosłą rolę mają do spełnienia duchowni różnych religii i wyznań. Mogą oni być bardzo pomocni w radzeniu sobie z lękiem i stresem szczególnie wtedy, gdy lęk pojawia się w poczuciu winy, kiedy człowiek dopuszcza się czynu moralnie złego.

Nowym polem badań powinna być także sztuka, która jest wyrazem świadomości zbiorowej. Historia sztuki dowodzi, że niejednokrotnie w artystycznych wypowiedziach kumuluje się strach i przeczucie nadchodzącego nieszczęścia. Artyści, osoby obdarzone szczególną wrażliwością, często dają świadectwo obecności świadomego lub podświadomego strachu przed czymś, co nadchodzi. Być może jest już pora, by o ten aspekt twórczości artystycznej rozszerzyć zainteresowania badawcze medycyny holistycznie spoglądającej na człowieka.

Prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško – Ochojska
Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko – Dentystycznym w Zabrze
Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

WPŁYW DRAMATYCZNYCH PRZEŻYĆ I LĘKÓW MATKI CIĘŻARNEJ NA LOSY JEJ DZIECKA

Streszczenie

Wiele badań naukowych prowadzonych na całym świecie dowodzi, że negatywne emocje to stresory psychologiczne, które działając w dłuższym czasie są sprawcami przewlekłego stresu, mogącego spowodować znaczne zmiany patologiczne w biochemii, fizjologii i anatomii człowieka.

Przewlekły stres pod postacią traumatycznych przeżyć grozi szczególnie kobietom ciężarnym, a jego negatywne skutki odczuwa nie tylko matka, ale również jej nienarodzone jeszcze dziecko.

Zmiany dokonujące się w mózgu matki ciężarnej i mózgu jej dziecka są podobne, gdyż hormony i neuroprzekazniki wydzielane przez matkę oddziałują na mózg dziecka. Dochodzi wówczas do zmniejszenia neurogenezy, czyli powstawania nowych neuronów, atrofii, czyli zaniku tych neuronów, które zdążyły już powstać, zmniejszenia komunikacji pomiędzy neuronami i znaczącymi zmianami w komórkach gleju. Skutkiem powyższych zmian mogą być różne schorzenia, jak: depresja, ADHD, autyzm, choroby neurodegeneracyjne, choroby psychiczne i wiele jeszcze innych.

Stres i negatywne emocje mogą więc człowieka unicestwić, ale z drugiej strony, dobroczynne działania naprawcze w postaci autoterapii posiadają emocje pozytywne. To za ich sprawą, nawet gdy po urodzeniu, między matką i dzieckiem nie ma już fizycznych stałych powiązań, nasila się neurogeneza, czyli zwiększa się liczba neuronów, zmniejsza atrofia, polepsza się komunikacja między neuronami i komórki gleju zaczynają prawidłowo działać.

Pozytywne emocje mają potężną siłę. Dowiedziono więc naukowo, że miłość uzdrowia. Jeżeli matce uda się stworzyć silną więź ze swoim dzieckiem, to na efekty nie trzeba będzie długo czekać.

Wychodzenie z traumy nie jest ani szybkie, ani łatwe, lecz z całą pewnością jest możliwe. Wystarczy wiara, nadzieja i praca nad własnymi emocjami.

Małymi krokami należy podążać naprzód i budować nową rzeczywistość.

Omówienie

Lęk to negatywny stan emocjonalny związany z antycypacją niebezpieczeństwa nadchodzącego z zewnątrz lub pochodzącego z wewnątrz organizmu, objawiający się jako niepokój, uczucie napięcia, skrepowania, zagrożenia. W odróżnieniu od strachu jest on procesem wewnętrznym, nie związanym z bezpośrednim zagrożeniem lub bólem.

Być może człowiek jest jednym z najbardziej bojaźliwych stworzeń, ponieważ do podstawowego strachu przed drapieżnikami i wrogimi siłami natury dochodzą lęki egzystencjalne, będące wynikiem pracy umysłu (Eibl-Eibesfeldt).

Postęp w zakresie neurobiologii, neuroendokrynologii, genetyki oraz zastosowanie metod neuroobrazowania mózgu spowodowały ewolucję poglądów na temat patogenezy licznych stanów psychicznych, w tym emocji, lęków oraz chorób związanych z ośrodkowym układem nerwowym. Zastosowanie nowoczesnych technik czynnościowego obrazowania otworzyło nowe, dotąd niespotykane możliwości badań żywego mózgu i jest niewątpliwie przełomem w medycynie. Do badań tych należy między innymi:

- pozytronowa tomografia emisyjna (PET – positron emission tomography)
- tomografia emisyjna pojedynczego fotonu (SPECT – single photon emission computed tomography)
- czynnościowy rezonans jądrowy (fMRI – functional magnetic resonance imaging)
- spektroskopia rezonansu jądrowego (MRS – magnetic resonance spectroscopy)
- przeczaskowa stymulacja magnetyczna (TMS – transcranial magnetic stimulation)
- protonowa spektroskopia rezonansu magnetycznego (HMRS – ¹H magnetic resonance spectroscopy)
- i inne

Metody te pozwalają spojrzeć na strukturę oraz funkcje mózgu. Metod badania mózgu jest dziś wiele, dzięki czemu możliwe jest studiowanie różnych jego obszarów w różnych stanach fizjologii i patologii.

Fizjologia lęku

Zmiany zachodzące w czasie lęku są przedmiotem badań neuroanatomii, neurofizjologii, neurochemii i neuroendokrynologii. Dotyczą prawie całego mózgu, w szczególności podwzgórza, wzgórza, zakrętu obręczy, hipokampa, ciała migdałowatego i kory przedczołowej.

W badaniach eksperymentalnych wykazano, że osoby doświadczające większego lęku w odpowiedzi na stresujące doznania mają cieńszą korę w środkowym obszarze przedczołowym, atrofię neuronów w hipokampie i rozrost dendrytów wraz z powiększaniem się jąder migdałowatych.

Nieprzyjemne bodźce wywołujące strach powodują także zwiększenie przepływu krwi w ciele migdałowatym, hipokampie, wzgórzu, przedniej części zakrętu obręczy i dolnej korze czołowej.

Dochodzi do wzrostu aktywności układu dopaminergicznego i spadku aktywności układu serotonergicznego. Pewną rolę odgrywa również przewodność noradrenergiczna, deficyty przewodnictwa GABA-ergicznego, enzymy układu katecholaminergicznego, jak COMT (*Catechol-O-methyltransferase, catechol-O-metylotransferaza*) i MAO (*Monoamine oxidase, inhibitory monoaminooksydazy*) oraz neuromodulator – cholecystokinina.

U części osób stwierdza się nadwrażliwość układu serotonergicznego oraz zwiększoną liczbę receptorów glikokortykosteroidowych.

W mechanizmie powstawania lęku bierze udział między innymi wzgórze, z którego informacje są przekazywane bezpośrednio do ciała migdałowatego, a warunkowy bodziec strachu może wywołać reakcję lęku bez udziału kory. Informacja przenoszona tą drogą powoduje natychmiastową reakcję obronną, bez uświadomienia sobie jeszcze zagrożenia. Przykładem może być nasza reakcja na szelest liści i widok węża w lesie, powodujący nasze zatrzymanie w miejscu, bądź ucieczkę. Ze wzgórza informacja o zagrożeniu przesyłana jest również drogą dłuższą i wolniejszą do kory sensorycznej, a stamtąd do ciała migdałowatego. Ta droga, mimo że wolniejsza, pozwala nam na uświadomienie sobie zagrożenia i reakcję następnym razem, kiedy znajdziemy się w lesie, polegającą na tym, że na sam dźwięk szelestu liści (bez widoku węża) przyjmujemy reakcję obronną, ratującą życie [1].

Impulsy docierające do ciała migdałowatego najpierw dochodzą do jądra bocznego, skąd drogą bezpośrednią, bądź pośrednią przez jądro podstawne i jądro podstawne dodatkowe docierają do jądra środkowego, skąd opuszczają ciało migdałowate, rozpoczynając szereg reakcji emocjonalnych. Do reakcji tych należą: stłumienie wrażliwości na ból, wzmożenie odruchów bezwarunkowych, zastygnięcie w bezruchu, wzmożenie wydzielania hormonów stresu, przyspieszenie akcji serca, wzrost ciśnienia krwi, itd. Wszystkie te reakcje prowadzą do wielu objawów somatycznych, pod postacią: bólów brzucha, nudności, uczucia pełności w brzuchu, wzdęć, wymiotów, zgagi, duszności, bólów w klatce piersiowej, dysurii, częstego parcia na mocz, rumienia bądź blednięcia skóry, bólów kończyn, stawów, uczucia drętwienia, mrowienia, itd.

Lęk w ciąży

W jednym z ostatnich prospektywnych badań longitudinalnych przeprowadzonych na grupie 8323 ciężarnych z Anglii obserwowano kliniczne objawy lęku u 21,9% badanych. Większość z nich (64%), odczuwało również podwyższony poziom lęku po porodzie [2].

Sam fakt ciąży, zwłaszcza pierwszej, jest dla kobiety zupełnie nową sytuacją i może wywoływać lęki i obawy w procesie dostosowania się do odmiennej sytuacji. Towarzyszą temu jednak procesy fizjologiczne, które nie wywołują patologicznych następstw.

Czym innym jest jednak znalezienie się w traumatycznej sytuacji, gdyż wtedy ma się do czynienia zawsze ze stresem przewlekłym, który według profesora J. Strelau'a jest «stanem, na który składają się silne **negatywne emocje** oraz towarzyszące im zmiany fizjologiczne i biochemiczne, przekraczające normalny poziom pobudzenia» [3].

Przekroczenie norm jest patologią, która z czasem prowadzi do powstania chorób. Według «ojca stresu» H. Sely'ego **negatywne emocje** są stresorami, które powodują **distres**, czyli stan stresu przewlekłego, prowadzącego do dużych zmian w wydzielaniu hormonów [4].

W latach siedemdziesiątych XX wieku J.W. Mason stwierdził, że siła działającego stresora i czas jego działania mają mniejsze znaczenie w patologii powodowanej stresem. Nadrzędną rolę przypisał on emocjom towarzyszącym stresowi i zdolnościom jednostki do kontrolowania sytuacji stresowej. Z tego punktu widzenia, J.W. Mason podzielił stres na **stres kontrolowany** i **niekontrolowany** [5]. Świadomość tego, że tak naprawdę od naszego postrzegania będzie zależało radzenie sobie ze stresem ma znaczenie fundamentalne.

Są jednak sytuacje, kiedy ciężar nagromadzonych negatywnych emocji jest tak wielki, że stojąc w obliczu rozpacz, stajemy się bezradni. Wówczas stres, jako czynnik wywołujący szereg anomalii, prowadzi do zmian struktury ośrodkowego układu nerwowego, dotyczących jego fizjologii, a nawet anatomii. W takich sytuacjach dotyczących kobiet ciężarnych zmiany te zachodzą zarówno u matki jak u płodu.

W pracach naukowych dotyczących badań nad emocjami kobiet, które doświadczały traumatycznych przeżyć w czasie ciąży, wyszczególnia się następujące rodzaje negatywnych emocji: **smutek, rozpacz, ból straty, cierpienie, osamotnienie, niepewność, lęk, panika, pustka, gniew, złość, agresja, wrogość, poczucie winy, tęsknota, żal, bezradność, wewnętrzny chaos, napady niepokoju, bunt, zakłopotanie, roztargnienie, poczucie wstydu, negacja, niedowierzenie, protest, uczucie niesprawiedliwości, poczucie bezcelowości podejmowania działań**.

Przeżywanie tego typu emocji może doprowadzić do objawów depresji i współwystępowania nasilonych objawów lub zespołów lękowych, które będą pogarszały przebieg ciąży. Sytuacje opisane powyżej powodują gorszą reakcję na leczenie, sprzyjają występowaniu nadużywania i uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych, zwiększa ryzyko popełnienia samobójstwa oraz powoduje gorsze funkcjonowanie psychospołeczne [6].

W obliczu przeżyć o tak silnym ładunku emocjonalnym nie sposób nie pochylić się nad ciężarną aby zrobić wszystko, co możliwe, w celu udzielenia pomocy jej i jej dziecku.

Stawka bowiem jest wysoka: ratowanie życia kobiety i jej dziecka. Dodatkowym impulsem do pomocy ze strony osób wspierających niech będzie świadomość, że kobiety ciężarne przeżywające głęboką traumę czują się winne tego, że ciąża nie daje im radości, dlatego ignorują objawy swojej depresji, bojąc się, że zburzą mit idealistycznie postrzeganego macierzyństwa.

W ciąży emocje matki znacząco wpływają na kształtowanie się synaps, a wydzielane przez matkę neuroprzekazniki modyfikują rozwój mózgu dziecka.

Człowiek zaczyna odczuwać lęk już w życiu płodowym, odbierając emocje i nastroje matki. W późniejszych latach życia poziom lęku narasta systematycznie, osiągając szczyt w przedziale wiekowym 20 – 40 lat, by później ulegać zmniejszeniu do okresu starości. Wyniki badań epidemiologicznych dowodzą, że negatywne doświadczenia w dzieciństwie zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych w późniejszych latach.

Coraz więcej badań naukowych w ostatnim czasie dowodzi, że nieprawidłowości w rozwoju w życiu płodowym mają silny związek ze stanem psychicznym matki w okresie ciąży i po porodzie [7, 8]. Wśród przyczyn wywołujących negatywne emocje w okresie ciąży są również zaburzone relacje w rodzinie. Jakość związku między partnerami wpływa bowiem na ich relację z dzieckiem oraz na jego rozwój [9]. Doświadczenie negatywnych emocji w okresie ciąży mogą nasilać poprzednie niepowodzenia położnicze: utrata ciąży lub powikłania w ciąży poprzedniej mogą zwiększać zagrożenie obecnej [10]. Kobiety takie odczuwają wyższy poziom niepokoju, lęku, czasem złości, czują bezradność, smutek i poczucie winy.

Lęk jest uznawany za jedną z dominujących, niekorzystnych emocji doświadczanych w tym okresie. Wykazano, że wyższy poziom lęku pozostaje w związku z zagrożeniem przedwczesnym porodem. Mechanizm patofizjologiczny tego zjawiska wiąże się bezpośrednio ze wzrostem emocjonalnego napięcia oraz lęku, które prowadzą do pobudzenia osi podwzgórze – przysadka – nadnercza, wydzielania amin katecholowych (*adrenalina*, *noradrenalina*), a w konsekwencji wyzwolenia czynności skurczowej macicy i porodu przedwczesnego [11].

Inne jednak może być oblicze tego uczucia w sytuacji, gdy ciąży towarzyszą różne traumatyczne przeżycia związane na przykład z odejściem męża, utratą pracy i związanymi z tym problemami egzystencjalnymi, ciężką chorobą drugiego dziecka, śmiercią bliskiej osoby, itd. W każdym przypadku, odczuwanie lęku i innych negatywnych emocji przez matkę, jest szczególnym rodzajem stresu, bezpośrednio wpływającym na kształtowanie się mózgu jej dziecka. Często dziecko takie rodzi się przed terminem, ma mniejszą masę urodzeniową, mniejszą punktację w skali Apgar, obniżone stężenie serotoniny, dopaminy, katecholamin, jest bardziej niespokojne, a w przyszłości może mieć problemy emocjonalne, zaburzenia zachowania i relacji matka – dziecko [12].

Niestety następstwa silnych przeżyć matki mogą nie ograniczać się tylko do wyżej wymienionych objawów.

Wpływ dramatycznych przeżyć i lęków matki na mózg jej dziecka

Emocje, zarówno negatywne jak i pozytywne wywierają tak znaczący wpływ na organizm (matki i jej nienarodzonego jeszcze dziecka), że stają się siłą sprawczą destrukcji bądź odbudowy ośrodkowego układu nerwowego. Prowadzą do zmian w organizmie na wszystkich poziomach rozwoju człowieka we wszystkich jego strukturach anatomicznych, poprzez aktywację różnorodnych mechanizmów neuroendokrynych i immunologicznych oraz zmianę neuroprzeżywalności w mózgu [13].

Pod wpływem stresu w ciąży, organizm matki wytwarza hormony stresu, które mogą wpłynąć na całe życie dziecka, które dopiero się urodzi.

Emocje, myśli i uczucia matki wpływają bezpośrednio na ośrodkowy układ nerwowy płodu także poprzez zmianę wydzielania neuroprzekazników w jego mózgu. W zależności od tego, jak silne są negatywne emocje i jak długo trwają, dochodzi do modyfikacji synaps w mózgu płodu i destrukcyjnego wpływu na neurony i komórki gleju [14, 15].

Wpływ stresu na hipokamp, korę przedczołową i jądra migdałowe

Hipokamp (hippocampus) – zawinięty do środka półkuli fragment kory płata skroniowego na powierzchni przyśrodkowej, związany z procesami zapamiętywania nowych informacji w zakresie pamięci deklaratywnej. Odpowiada także za przeniesienie (konsolidację) pamięci krótkotrwałej do pamięci długotrwałej, ale również za rozpoznawanie stanów emocjonalnych i kierowanie nimi. W czasie przeżywania negatywnych emocji, zwłaszcza lęku, bierze udział w hamowaniu reakcji stresowej, powstrzymując wydzielanie kortykoliberyny przez podwzgórze. Uszkodzony przez stres, traci jednak tę zdolność, a pod wpływem zbyt dużego stężenia glikokortykosteroidów reakcja stresowa utrzymuje się i prowadzi do jego dalszego uszkodzenia.

Kora przedczołowa (*prefrontal cortex*) – jest okolicą związaną z najbardziej złożonymi procesami poznawczymi, takimi jak kontrola popędów, planowanie, monitorowanie przebiegu zachowania i procesów poznawczych, ogólnie – jest związana z funkcjami wykonawczymi. Tam odbywa się korowe sterowanie funkcjami autonomicznymi oraz regulacja reakcji emocjonalnych, biorących udział w mózgowym systemie nagrody. Obecnie podkreślany jest również jej udział w mechanizmach pamięci długotrwałej. Uszkodzenie tej okolicy w stresie powoduje między innymi, że człowiek nie rozpoznaje stresora, nie kontroluje przebiegu reakcji stresowej i nie utrzymuje wzbudzenia wywołanego przez stres na odpowiednim poziomie.

Jądra migdałowe, ciało migdałowe (*corpus amygdaloideum*) – są centrum przetwarzania w mózgu negatywnych emocji, jak strach czy złość. Odpowiadają za pamięć emocjonalną i biorą udział w rozpoznawaniu stresora i przypisywaniu mu znaczenia emocjonalnego. Powtarzające się silne stresy lub stres przewlekły prowadzi do nadmiernej aktywacji jąder migdałowych, co w efekcie wpływa na hamowanie czynności hipokampa, oraz na pojawienie się takich emocji, jak: lęk, wściekłość i agresja.

Powtarzające się silne stresy, czy stres przewlekły, uszkadzają hipokamp, prowadząc do hamowania neurogenezy (czyli powstawania nowych neuronów) oraz do jego atrofii (czyli zaniku).

Hamowanie neurogenezy w stresie

Za bezpośredni powód częściowego zaniku hipokampa uważa się hiperkortyzolemię (16). W pierwszej kolejności w tym procesie dochodzi do hamowania neurogenezy i zaburzeń między innymi w zakręcie zębatym hipokampa, który zmienia

swoją strukturę i ulega przebudowie, w czym kluczową rolę odgrywają właśnie glikokortykosteroidy, a głównie kortyzol [17]. Kortyzol nie ogranicza się do działania jedynie poprzez receptory glikokortykosteroidowe (GR), lecz reguluje również skład podjednostek **receptorów jonotropowych NMDA i AMPA** dla glutamianu – podstawowego neuroprzekaznika pobudzającego, nasilając jego uwalnianie. Poprzez szereg przemian w komórce dochodzi wówczas do degradacji cytoszkieletu komórki [18]. Glikokortykosteroidy wydzielane w nadmiarze w stresie hamują neurogenezę w hipokampie i zmniejszają w ten sposób możliwości zapamiętywania i uczenia się, a zaburzając rozpoznawanie i sterowanie emocjami zwiększają jednocześnie predyspozycję do depresji [19].

Stres hamuje neurogenezę nie tylko u płodu, ale również u człowieka dorosłego, szczególnie w strefie subgranularnej w hipokampie, a także w obszarach kory asocjacyjnej [20].

Stosując pozytronową tomografię emisyjną (*PET – positron emission tomography*), wielokrotnie wykazywano zaburzenia przepływu mózgowego oraz metabolizmu glukozy w strukturach układu limbicznego, zakręcie obręczy i w korze przedczołowej, co dowodzi redukcji funkcji tych struktur mózgu w stresie.

Podczas stresu zwiększone stężenia glikokortykosteroidów hamują także wydzielanie **BDNF** (*brain derived neurotrophic factor*), który odpowiada między innymi za powstawanie i **plastyczność neuronów**. W tej sytuacji zaburzona neurogeneza staje się przyczyną zmniejszenia się hipokampa i pojawienia się objawów depresji.

Kolejny dowód na udział BDNF w hamowaniu neurogenezy dostarczają najnowsze badania potwierdzające fakt, że podanie leków antydepresyjnych zwiększa stężenie BDNF, który wtedy stymuluje neurogenezę i przywraca prawidłową wielkość hipokampa, co trwa minimum 4 tygodnie, gdyż taki czas jest wymagany do powstania nowych neuronów [21].

Ostatnio wyniki innych licznych badań dostarczają nowych dowodów na kluczową rolę procesu neurogenezy w leczeniu depresji [22, 23].

Do tej pory nie wiadomo jedynie, w jaki sposób nowe neurony przyczyniają się do sukcesu terapeutycznego – czy poprzez odbudowę hipokampa, czy też dzięki wykorzystaniu specyficznych, właściwości dojrzewających, nowych komórek nerwowych [24].

Atrofia (zanik) neuronów w stresie

Oprócz hamowania neurogenezy, stres wpływa także na neurony już wykształcone, przyczyniając się do ich atrofii. Zmiana stanu emocjonalnego człowieka wpływa bowiem na zmianę neuroprzekaznictwa w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, a poprzez aktywację różnorodnych mechanizmów neuroendokrynych i immunologicznych prowadzi do trwałych zmian jego struktury [25].

W ostatnich latach wiele uwagi poświęca się zmianom morfologicznym w mózgu, związanym z działaniem czynników stresowych oraz nadmierną aktywacją osi podwzgórzowo – przysadkowo – nadnerczowej. Wykazano, że bodźce stresowe, szczególnie działające długotrwale, wywołują atrofię, czyli zanik komórek

piramidowych obszar CA3 hipokampa i zmniejszają odporność na inne czynniki uszkadzające (takie jak hipoglikemia czy niedotlenienie).

Podczas badań opartych na funkcjonalnym rezonansie magnetycznym, w przewlekłym stresie widoczne są ubytki tkanki nerwowej głównie w układzie limbicznym, szczególnie w hipokampie – **atrofia dendrytów komórek piramidalnych w regionie CA3 oraz atrofia komórek zakrętu zębatego**, czyli w ośrodkach odpowiedzialnych za rozpoznawanie i kierowanie emocjami oraz w korze przedczołowej. Stres powoduje zahamowanie aktywności proliferacyjnej komórek zakrętu zębatego i ich obniżoną przeżywalność [26]. Ten mechanizm jest między innymi przyczyną zmniejszenia się rozmiarów hipokampa i upośledzenia jego funkcji, polegającej na hamowaniu endokrynej aktywności osi podwzgórze – przysadka – nadnercza.

Spadek liczby komórek gleju w stresie

W ostatnim czasie pojawia się także wiele prac dokumentujących udział gleju w różnych neuropatologiach wywołanych stresem i negatywnymi emocjami. W najnowszych badaniach dotyczących funkcji gleju w stresie wykazano **zaburzoną komunikację pomiędzy neuronami i komórkami gleju** w korze przedczołowej, prowadzącą do immunosupresji [27].

Gęstość i liczba komórek gleju zmniejsza się głównie w układzie limbicznym i korze przedczołowej, czyli strukturach mózgu odpowiadających za emocje. Redukcja gęstości oligodendrocytów obserwowana jest także w jądrach migdałowatych [28]. Za zmiany te odpowiadają głównie glikokortkosteroidy, które zmieniają przede wszystkim ekspresję genów dla czynników neurotroficznych i transporterów komórek glejowych, co wpływa na zmiany stężenia wydzielanych przez neurony zewnątrzkomórkowych neurotransmiterów, które modyfikują liczbę komórek glejowych [28].

Komórki glejowe, dotąd uważane za mało istotne, bo odgrywające głównie rolę podporową dla neuronów, stają się ostatnio przedmiotem odkryć naukowych.

Powiększanie się jąder migdałowatych w stresie

O ile w przewlekłym stresie hipokamp i kora przedczołowa wyraźnie ulegają pomniejszeniu, o tyle jądra migdałowate, wyraźnie się powiększają. Przewlekły stres powoduje rozrost dendrytów i wzrost liczby kolców synaptycznych, co skutkuje zwiększoną siłą przewodzenia impulsów. Efektem są: zwiększona agresja, lęk, panika. Jest to działanie obronne organizmu, czynnik wykształcony ewolucyjnie, gdyż w sytuacji zagrożenia odpowiedzią jednostki może być wówczas zdeterminowana agresja, bądź ucieczka spowodowana silnym lękiem.

Le Doux uważa, że powiązanie między lękiem a sytuacją, która go wywołała, pozostaje w ciele migdałowatym na całe życie, a jedynym sposobem na pozbycie się lęku jest wygaszenie reakcji lękowej, czyli zwiększenie oddziaływania kory przedczołowej na jądra migdałowate. Jednak nawet wtedy, gdy reakcja zostanie

całkowicie wygaszona, nigdy nie ma pewności, że się nie odnowi – właśnie dlatego, że w jądrach migdałowatych stale utrzymuje się jej reprezentacja dyspozycyjna [1].

Konsekwencje traumatycznych przeżyć i lęków matki ciężarnej dla jej dziecka

Stres w czasie ciąży zwiększa ryzyko urodzenia dziecka z: depresją, autyzmem, chorobą Downa, ADHD, chorobą psychiczną i wieloma innymi jeszcze chorobami.

Najnowsze badania z ubiegłego roku potwierdzają fakt, że negatywne emocje w czasie ciąży mogą być przyczyną porodu przedwczesnego i wiążą się ze spadkiem stężenia szeregu **interleukin** (IL – 6, IL – 8, IL – 10, IL – 13 i IL – 18) we krwi pępowinowej [29].

Negatywne emocje w czasie ciąży wiążą się także ze wzrostem stężenia **kortyzolu** we krwi matki oraz we krwi pępowinowej [30].

Dzięki badaniom neuroobrazowym mózgu i wielu innym jeszcze nowoczesnym badaniom medycznym, możemy stwierdzić, że emocje negatywne mają bezpośredni wpływ na anatomiczne zmiany w korze mózgu i hipokampie.

Silny, przewlekły stres hamując neurogenezę i przyczyniając się do atrofii neuronów, powoduje liczne zmiany anatomiczne i patofizjologiczne:

- **zmniejszenie liczby neuronów**
- **zmniejszenie komunikacji między neuronami**
- **obniżenie neuroplastyczności**
- **powstanie objawów depresji**

Depresja

Depresja to najczęstsze zaburzenie psychiczne występujące u kobiet. 25% kobiet w wieku rozrodczym cierpi na zaburzenia afektywne, a ciąża i poród to jedne z głównych czynników sprzyjających wystąpieniu depresji. Jeszcze kilka lat temu szacowało się, że 10–16% kobiet w ciąży spełnia kryteria diagnostyczne depresji [31]. Obecnie odsetek matek cierpiących na depresję w ciąży szacuje się na 14 – 23%. U połowy z tych kobiet, depresja w czasie ciąży nie mija, lecz przekształca się w depresję poporodową.

W sytuacji, kiedy matka, będąc w ciąży, przeżywa depresję, jej nastrój odbija się na funkcjonowaniu płodu w sposób fundamentalny. Wówczas, między innymi hormony stresu (*glikokortykosteroidy*) matki bezpośrednio wpływają na rozwijający się mózg płodu. Oddziaływania te są najsilniejsze na początku ciąży, ponieważ bariery oddzielające dziecko od matki nie są wtedy jeszcze w pełni rozwinięte.

Nasilenie lęku kobiety ciężarnej zmienia stężenie **kortyzolu** w płynie owodniowym [32]. Może to spowodować zaburzenia poznawcze i językowe u jej dziecka w wieku późniejszym [33].

Badania naukowe udowadniają także, że depresja matki i jej lęk w czasie ciąży mogą być dziedziczone i powodować zaburzenia depresyjne i lękowe

u noworodka [34]. Okazuje się, że na ekspresję genów duży wpływ mają czynniki psychologiczne, społeczne, a w szczególności silny stres przeżywany przez daną osobę. Te zagadnienia to obszar badawczy stosunkowo nowej dziedziny nauki, jaką jest **epigenetyka**, zajmująca się zmianami ekspresji genów, które nie są związane ze zmianami w sekwencji DNA. Wspomniane powyżej badania dowodzą dziedziczenia pozagenowego. Okazuje się więc, że w ten sposób dziedziczymy **podatność** na zachorowanie.

Badania epigenetyczne dowodzą, że:

- **jesteśmy wytworem genów oraz komórkowych i środowiskowych interakcji**
- **istnieje rodzaj pamięci komórkowej, którą można przekazać do komórek potomnych**
- **noworodek dziedziczy nie tylko geny matki, ale i część historii jej życia**

Modyfikacje epigenetyczne regulują ekspresję genów, różnicowanie komórek i rozwój komórek, a wyrazem tych modyfikacji są **indywidualne różnice międzyosobnicze** dotyczące nawet par bliźniąt monozygotycznych. Nawet subtelne zmiany sprawiają, że tworzy się indywidualny fenotyp, który pogłębia się z wiekiem.

Tak więc indywidualne różnice w zachowaniu człowieka związane są z czynnikami genetycznymi i środowiskowymi. Nie działają one niezależnie od siebie. Czynniki środowiskowe mogą wpływać na ekspresję genów, lecz również genotyp może wpływać na podatność jednostki na wpływy środowiskowe [35, 36].

Dowodzono na przykład, że zmiany epigenetyczne pod postacią hiperacetytacji H3K14 w promotorze genu BDNF w **korze przedczołowej** odpowiedzialne są za **pamięć emocjonalną**. Oznacza to, że przeżycia z okresu płodowego mogą zapaść w pamięć emocjonalną na wiele lat, czasami na całe życie i być przyczyną niezrozumiałych lęków [37]. Za pamięć emocjonalną odpowiedzialna jest także fosforylacja histonów w przebiegu zmian epigenetycznych. Z badań W. B. Chwang wynika, że podczas indukowanego strachu fosforylacja H3S10 jest regulowana przez ERK/MAPK w **hipokampie**, a więc w strukturze odpowiadającej za emocje [38].

L. Dell'Osso stwierdził z kolei w swoich badaniach, że istnieje ścisła zależność pomiędzy spadkiem stężenia BDNF we krwi i nasileniem lęku oraz zaburzeniami snu w przebiegu depresji [39]. Spadek stężenia BDNF był przyczyną nasilenia objawów dysocjacyjnych – depersonalizacji/derealizacji, dowodząc tym samym zaangażowanie tej neurotrofiny w mechanizmy przewlekłego stresu związane z dysregulacją osi stresowej. Uzyskane wyniki potwierdzają rolę BDNF w patomechanizmach depresji i lęku.

Wyniki przeprowadzonych badań z wykorzystaniem analizy SNP (*single nucleotide polymorphism*) sugerują także, że **występowanie zaburzeń depresyjnych, zespołu lęku uogólnionego, agorafobii, lęku społecznego, lęku panicznego oraz schizofrenii** może być związane z nieprawidłowościami neurotransmisji kwasu gamma – aminomasłowego (*GABA – gamma – amino – butyric acid*) wynikającymi z mutacji genu dekarboksylazy kwasu glutaminowego (*GAD1 – glutamate decarboxylase*) w **przebiegu modyfikacji epigenetycznych** [40, 41]. Dochodzi wówczas do metylacji DNA oraz metylacji histonów. Nie ulega wątpliwości, że zjawiska te

stanowią jedynie drobną część szerokiego spektrum procesu etiopatogenetycznego tych schorzeń.

Badania epidemiologiczne prowadzone na całym świecie potwierdzają fakt, że depresja matki w czasie ciąży przyczynia się do wywołania depresji u jej nowo narodzonego dziecka.

Depresję u noworodka rozpoznaje się nie tyle po objawach, bo są one niecharakterystyczne (brak apetytu, zaburzony rytm snu i czuwania, mała ruchliwość, zanik ssania, brak typowej dla tego okresu rozwojowego reakcji płaczu) ile na podstawie neuroobrazowania mózgu. W funkcjonalnym rezonansie magnetycznym (fMRI) stwierdzamy wówczas **zmniejszoną objętość kory przedczołowej** po stronie lewej (ta różnica w budowie jest przekazywana genetycznie i może częściowo pośredniczyć w dziedziczości depresji), wzmożoną aktywność w brzuszno – przyśrodkowej korze przedczołowej i dziobowej części przedniego zakrętu obręczy, oraz zwiększoną objętość III i IV komory [42].

Przy udziale fMRI stwierdzono także, że dzieci kobiet, które w czasie ciąży i po porodzie przeżywały silne stresi i negatywne emocje, miały powiększone **jądra migdałowe** – struktury mózgu, które regulują reakcje emocjonalne, odpowiadają za uczucia lęku, paniki i agresji [43].

Im silniejszy stres matki, tym większa objętość jąder migdałowych dziecka [43].

Autor powyższych badań uważa, że to zjawisko ma swoje uzasadnienie biologiczne, bowiem posiadanie powiększonych jąder migdałowych może mieć znaczenie ochronne, zwiększające przystosowanie do niesprzyjających i stresujących warunków życia w przyszłości, kiedy prawdopodobnie, z racji choroby matki i jej niewystarczającej opieki, dziecko będzie zdane głównie na siebie.

U noworodków, których matki chorowały na depresję stwierdza się również zmniejszoną aktywność EEG lewej półkuli, a głównie lewego płata czołowego [44].

Im silniejsze negatywne emocje matki, tym mniejsza aktywność EEG mózgu dziecka [44].

Pojęcie depresji wczesnodziecięcej, czyli anaklitycznej nie jest nowe. Wprowadził je już w połowie XX wieku wiedeński psychoanalityk Rene Spitz i odniósł do dzieci, które zostały całkowicie odseparowane od swoich matek w ciągu drugiego półrocza życia na co najmniej 3 miesiące (np. w związku z pobytem dziecka w szpitalu, lub umieszczeniem w domu dziecka) [45].

Z powodu braku charakterystycznych objawów depresji u noworodków i niemowląt, badania neuroobrazowania przeprowadza się w celu zdiagnozowania depresji głównie u dzieci matek, które przechodziły depresję w czasie ciąży, depresję po porodzie lub depresję w obu tych okresach.

Rozpowszechnienie depresji od dzieciństwa do końca okresu adolescencji w krajach Unii Europejskiej wynosiło jeszcze kilka lat temu około 20% (46, 47). Niestety zjawisko to narasta i depresja występuje w tym okresie coraz częściej. Trzeba podkreślić, że w ostatnich latach **zachorowalność dzieci i młodzieży na depresję wzrasta**, a wiek pojawienia się pierwszego epizodu depresyjnego obniża się [48].

W warunkach polskich, dane są zatrważające, gdyż z badań R. Modrzejewskiej z 2006 roku wynika, że objawy depresyjne stwierdzono u 27,4% dziewcząt i 19,2% chłopców w wieku 15 lat [49].

Z.J. Collados, badacz i autor wielu artykułów i książek poruszających tematykę depresji u dzieci, w swojej książce opisuje dzieci depresyjne w sposób szczególnie przejmujący: «Są dzieci, które są nieszczęśliwe, mówią mało o swoich sprawach, są bardzo nerwowe, efekty ich nauki są znikome, jedzą i śpią mało... Są to objawy depresji» [42].

Rola czynników psychospołecznych uznawana jest od wielu lat za jedną z kluczowych w złożonej etiopatogenezie depresji. Wyniki niektórych badań wskazują jednak, że psychospołeczne czynniki ryzyka wydają się predysponować do choroby jedynie w połączeniu z dziedziczną predyspozycją genetyczną do depresji, a zwłaszcza interakcji polimorfizmów genów 5 – HTT, COMT, MAOA, CRHR1 i czynników środowiskowych. Jednocześnie wskazuje się na potrzebę przeprowadzenia dalszych badań uwzględniających interakcje tych genów z czynnikami stresującymi [50].

Wyniki badań epidemiologicznych dowodzą, że negatywne doświadczenia w dzieciństwie zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych w wieku dorosłym.

Uszkodzenie prawej i lewej półkuli w depresji

Najnowsze badania dowodzą, że to prawa półkula mózgu odgrywa znaczącą rolę w regulacji emocji negatywnych (głównie obszar grzbietowoboczny) i głównie w tym obszarze dochodzi do zmian w neuroanatomii w czasie depresji [51].

Na podstawie badań przy udziale rezonansu magnetycznego stwierdzono, że do najczęstszych zmian w strukturze mózgu pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi zalicza się zmniejszenie objętości płatów czołowych, oczodołowej kory przedczołowej, przedniej części zakrętu obręczy, hipokampa oraz ciał migdałowatych [52].

Badania przy użyciu pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) dowiodły także, że zmiany w neuroanatomii mózgu w przewlekłym stresie podczas odczuwania smutku są związane nie tylko z atrofią neuronów, ale także ze zwiększeniem się metabolizmu glukozy w przedniej części zakrętu obręczy oraz brzusznej, środkowej i tylnej części wyspy. W grzbietowej części kory przedczołowej półkuli prawej, dolnej części kory ciemieniowej, a także grzbietowej i tylnej części kory obręczy, metabolizm glukozy ulega z kolei zmniejszeniu [53].

Podczas działania przewlekłego stresu, uszkodzeniu ulega także lewa półkula, głównie kora przedczołowa po stronie lewej, a zmiana ta skutkuje myśleniem katastroficznym, nasilonym lękiem, skłonnością do płaczu, niepokojem o własną przyszłość, zachowaniami agresywnymi, brakiem wiary we własne możliwości i przecenianiem negatywnych skutków choroby [54].

Badania przy użyciu pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) i funkcjonalnego rezonansu magnetycznego fMRI dowiodły zaś, że przyśrodkowe części kory

przedczołowej jednej i drugiej półkuli odgrywają nadrzędną rolę w ocenie i przetwarzaniu informacji emocjonalnych [55].

Choroby psychiczne

Istnieją liczne badania naukowe, w których dowiedziono, że silny stres i lęk przeżywany przez matkę ciężarną może przyczynić się do zachorowania jej dziecka na chorobę psychiczną.

Zjawiska epigenetyczne wydają się mieć ogromne znaczenie w etiologii chorób psychicznych, potwierdzając silny wpływ stresu na modyfikacje związane z metylacją DNA i potranslacyjne modyfikacje histonów (np. acetylacja lub fosforylacja). Mamy wówczas do czynienia z interakcją czynników genetycznych i środowiskowych, a mechanizmy epigenetyczne uważa się za sprzęgający je czynnik. W badaniach molekularnych wykazano, że hipermetylacja bądź hipometylacja w regionie promotorowym genów może mieć znaczenie w przypadku genów związanych z predyspozycją do zachorowania na schizofrenię [56, 36].

Czynniki środowiska mogą modulować ekspresję i wzajemne oddziaływanie pomiędzy genami. Wykazano np., że geny (CRH1, CRHBP) związane z osią stresu (podwzgórze – przysadka – nadnercza) mogą mieć związek z ryzykiem prób samobójczych osób chorych na schizofrenię (57).

Badając wpływ stresu na zmiany epigenetyczne opisano związek polimorfizmów wielu genów (ROBO1 – ROBO2, TNF, CTXN3 – SLC12A, POU3F2, TRAF, GPC1) z aktywacją kory przedczołowej u chorych na schizofrenię. Badania te wykazały, że wskazane geny są związane z rozwojem mózgu i jego odpowiedzią na stres [58].

Badania epigenetyczne dowiodły także, że metylacja DNA genu GAD1 odgrywa rolę w etiopatogenezie schizofrenii (59). Zmiany metylacji tego genu są odpowiedzialne nie tylko za wystąpienie schizofrenii, ale również za zmniejszenie objętości substancji szarej w mózgu, jak również za pojawienie się białaczki u dzieci (60, 61).

Duże zaangażowanie w patogenezę zaburzeń psychicznych przypisuje się także czynnikowi neurotrofowemu pochodzenia mózgowego BDNF (*brain derived neurotrophic factor*). Modyfikacje histonów w postaci na przykład acetylacji, mogą spowodować zmiany w genie promotorowym BDNF. Wówczas stężenia BDNF u osób zdrowych mogą się zmieniać w sytuacjach stresogennych [62]. W 2010 roku Molendijk przedstawił wyniki swoich badań dotyczące stężenia BDNF u chorych na schizofrenię, w których wykazał, że stężenia BDNF w surowicy osób chorych były istotnie mniejsze u chorych nieleczonych w porównaniu z osobami leczonymi i osobami zdrowymi [63]. Należy dodać, że grupa badana liczyła prawie 2000 osób.

Naukownicy uważają, że choroby psychiczne zalicza się do chorób złożonych, w których ma się do czynienia z interakcją czynników genetycznych i środowiskowych, wśród których stres odgrywa dominujące znaczenie. Mechanizmy epigenetyczne uważa się zaś za sprzęgające te czynniki i odgrywające dużą rolę w etiologii

chorób psychicznych [64]. Badacze uważają także, że jednoczesne współdziałanie: czynników genetycznych i epigenetycznych, wystąpienie znacznego stresu w dzieciństwie oraz wystąpienie przewlekłego stresu w późniejszym okresie może determinować jednostkę do nadreaktywności na stres i ujawnienia się **zaburzeń psychicznych** w wieku dojrzałym [65].

Pomimo licznych odkryć nadal wiele pytań pozostaje bez odpowiedzi. Nie wiadomo w jakim stopniu mechanizmy metylacji histonów oraz bezpośredniej metylacji DNA oddziałują wzajemnie na siebie. W licznych pracach, zwraca się uwagę na to, że zastosowanie modelu badań uwzględniającego interakcję czynników genetycznych i środowiskowych jest w obecnych czasach konieczne. Efektem tych badań będzie bowiem nie tylko poznanie patofizjologii wielu schorzeń i zaburzeń na poziomie molekularnym, ale również stworzenie możliwości opracowania nowych leków.

Na całym świecie prowadzone są badania dowodzące związków pomiędzy traumatycznymi przeżyciami matek ciężarnych z występowaniem chorób psychicznych u ich dzieci. W dobie dużych badań populacyjnych, prowadzone są one na setkach tysięcy badanych i potwierdzają teraz to, co opisywali lekarze już w czasach starożytnych, choć wtedy nie mieli żadnych narzędzi do badań empirycznych [66, 67, 68]. Współczesne badania kohortowe potwierdzają na przykład, że stres ciężarnej może znacząco zwiększyć prawdopodobieństwo urodzenia dziecka chorego na schizofrenię [66].

Szczególne znaczenie mają badania kohortowe, którymi objęto 1,38 mln Duńczyków. Wyodrębniono tam grupę osób, których matki w pierwszym trymestrze ciąży utraciły kogoś bliskiego. Identyfikując przypadki schizofrenii wśród tej grupy osób stwierdzono, że dla potomstwa takich matek ryzyko wystąpienia schizofrenii i zaburzeń pokrewnych wzrastało aż o 67% [67].

ADHD

(Attention Deficit Hyperactivity Disorder – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi)

W badaniach prospektywnych, longitudinalnych dowiedziono, że stres ciężarnej zwiększa ryzyko urodzenia dziecka z **zespołem ADHD** (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) [69]. Badania te dowiodły także, że pojawienie się objawów ADHD można wiązać z interakcją środowiskową pojawienia się genotypu DRD4 [70].

Autyzm

Silny stres przeżywany przez kobietę ciężarną znacznie zwiększa prawdopodobieństwo urodzenia dziecka z **autyzmem**, bowiem w czasie stresu wzrasta wydzielanie kortyzolu i testosteronu [71]. Wzrost stężenia testosteronu dodatnio koreluje z nasileniem objawów autyzmu. Z kolei spadek stężenia testosteronu koreluje z prawidłowym rozwojem społecznym i empatią [72].

Choroby neurodegeneracyjne

Stres kobiety ciężarnej może wpłynąć na pojawienie się u jej dziecka chorób neurodegeneracyjnych. Stres w okresie prenatalnym powoduje bowiem nadreaktywność i nadwrażliwość osi stresu podwzgórze – przysadka – nadnercza na kortyzol u płodu. Ten sam mechanizm działa w czasie wpływu stresu na komórki **mikrogleju** w mózgu, które pełnią ważną rolę w mechanizmie powstawania stanów zapalnych w OUN i wiążą się z rozwojem chorób neurodegeneracyjnych [73].

Inne choroby

Stres i negatywne emocje w okresie prenatalnym zmniejszają przepływ krwi przez łożysko i macicę, co prowadzi do niedotlenienia mózgu płodu i jego uszkodzenia.

W czasie stresu przewlekłego są wydzielane glikokortykosteroidy, które oprócz licznych swoich działań patofizjologicznych, mają także wpływ na procesy transkrypcji DNA, wpływając w ten sposób na zachorowania na szereg różnych chorób.

Mechanizm tego działania jest następujący: zlokalizowane wewnątrzkomórkowo receptory glikokortykosteroidowe po uczynnieniu przez kortyzol wędrują do jądra komórkowego, gdzie działają stymulująco bądź hamująco na **procesy transkrypcji DNA** [74]. Nadmierna i długotrwała aktywacja tego procesu może prowadzić do uaktywnienia się predyspozycji genetycznych do **różnych schorzeń**.

W każdym przypadku przeżywania traumy w ciąży, pojawia się błędne koło polegające na tym, że negatywne emocje i lęk ciężarnej przyczyniają się w najgorszym wypadku do porodu przedwczesnego bądź poronienia, a te zdarzenia są kolejną przyczyną pojawienia się następnych, negatywnych emocji i lęków [75].

Najnowsze badania potwierdzają fakt, że emocje negatywne przeżywane w dzieciństwie odciskają swoje piętno w dorosłym życiu, np. dzieci maltretowane są dwukrotnie częściej zagrożone zachorowaniem na depresję w wieku dorosłym niż osoby bez takich doświadczeń [76].

Rosnąca liczba badań eksperymentalnych i klinicznych potwierdza wartość hipotezy o płodowym «pochodzeniu» szeregu chorób wieku dorosłego. Należą do nich przede wszystkim nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, cukrzyca typu 2, a prawdopodobnie również niektóre zaburzenia alergiczne, osteoporoza, nowotwory hormonozależne. U osób podlegających nadmiernej wewnątrzmacicznej ekspozycji na glikokortykosteroidy obserwowano niższą masę urodzeniową, wyższy poziom kortyzolu w surowicy oraz paradoksalnie wzmożoną reakcję na hormony steroidowe w wieku późniejszym. Świadczy to o «przeprogramowaniu» osi podwzgórzowo – przysadkowo – nadnerczowej.

Długofalowy efekt narażenia na wysoki poziom hormonów steroidowych we wczesnym okresie płodowym dotyczy nie tylko reakcji układu krążenia i metabolizmu, ale również ośrodkowego układu nerwowego.

W «programowaniu» ośrodkowego układu nerwowego biorą udział takie struktury mózgowia jak hipokamp i ciała migdałowe, gdzie dochodzi do modulacji liczby oraz funkcji odpowiednich receptorów. Kształtowanie hormonalnej i emo-

jonalnej odpowiedzi na stres nie kończy się wraz z momentem porodu, ale podlega dalszemu «programowaniu» związanemu ściśle z zachowaniami pielęgnacyjnymi matki [77, 78].

Konsekwencje stresu w postaci zmian biochemicznych, fizjologicznych i anatomicznych są na tyle duże, że mogą być przyczyną nie tylko depresji, ale również chorób psychicznych i wielu przewlekłych chorób somatycznych.

W sytuacji dziecka, zagadnienia przeżywania emocji nabierają szczególnej wagi, bowiem traumatyczne zdarzenia z okresu prenatalnego mogą determinować całe jego dorosłe życie.

Pozytywne oddziaływania na mózg

W chwili urodzenia u noworodka różnicuje się działalność płata czołowego w mózgu na: emocje negatywne – w półkuli prawej i emocje pozytywne – w półkuli lewej. W tym okresie nie są jeszcze w pełni rozwinięte wyższe ośrodki mózgowo, gdyż pomiędzy neuronami nie zostały wykształcone połączenia, które są odpowiedzialne za inteligencję emocjonalną dziecka. Inteligencja emocjonalna zaś bardziej wpływa na życiowe umiejętności, lepsze radzenie sobie ze stresem i sukcesy niż inteligencja racjonalna (np. badana testem na inteligencję IQ), ponieważ dzięki niej człowiek rozumie własne emocje, potrafi panować nad nimi i rozumie cudze emocje. Umiejętności te są podstawą empatii ułatwiającej dobre relacje z otoczeniem [79].

Mózg noworodka rozwija się w większym stopniu po urodzeniu, tak więc jest bardziej podatny na kształtowanie zarówno przez negatywne jak i pozytywne emocje [80].

Nawiązanie silnej więzi emocjonalnej z dzieckiem

Jeżeli matka, jeszcze w ciąży lub już po urodzeniu dziecka, będzie umiała nawiązać więź emocjonalną ze swoim dzieckiem i będzie w stanie pokochać swoje dziecko, to jej pozytywne uczucia, głównie miłość, będą siłą sprawczą naprawy, chociaż w części, tego wszystkiego, co wydarzyło się złego.

Silna psychiczna więź pomiędzy matką i dzieckiem, wiąże się z intensywnym odczuwaniem pozytywnych emocji, co daje poczucie siły i odporność na stres. Pojawienie się tej więzi stanowi nowe przeżycie dla matki, wzmacniane działaniem oksytocyny wydzielanej podczas karmienia piersią. Dochodzi wówczas do zmian naprawczych w mózgu dziecka, głównie pod postacią wzmoczonej neurogenezy oraz wydzielania tych neuroprzekaźników, które odpowiedzialne są za dobry nastrój. Dzięki temu matki karmiące piersią mają przewagę nad tymi, które tego nie czynią.

Siła pozytywnych emocji

Najnowsze badania dowodzą, że intensywność pozytywnych uczuć skutkuje między innymi wzrostem ekspresji **czynnika wzrostu nerwów (NGF – nerve growth**

«Jesteśmy albo pełni miłości... albo pełni lęku»

Albert Einstein

factor), który odpowiedzialny jest za neurogenezę, czyli powstawanie nowych włókien nerwowych [81, 82].

Odkrywczynią NGF jest Rita Levi-Montalcini (w ubiegłym roku skończyła 103 lata i nadal uczestniczy w pracach założonego przez siebie Europejskiego Instytutu Badań nad Mózgiem). Laureatka Nagrody Nobla w medycynie w 1986 roku głęboko wierzy w to, że pozytywne emocje stymulują wciąż powstawanie nowych neuronów: «Mój mózg nie wie, co to starość. Mam oczywiście zmarszczki i widać, że się starzeję, ale moja głowa pracuje bez zarzutu. Zawdzięczam to wielkim możliwościom regeneracyjnym naszych neuronów.»

Neurogeneza pobudzana przez pozytywne emocje doprowadza nawet do wzrostu objętości mózgu, likwidując częściowo szkody wywołane przez emocje negatywne.

Powstawanie nowych neuronów pod wpływem NGF dowodzi, że znane powiedzenie «miłość buduje a niezgoda rujnuje» nabiera nowego znaczenia.

Ostatnio duże zainteresowanie budzą badania, w których dowodzi się, że nowo powstałe na skutek działania NGF neurony, biorą udział w regulacji odpowiedzi na lęk i stres poprzez hipokamp. Mogą zapobiegać w ten sposób powstawaniu depresji, a także pośredniczyć w działaniu leków przeciwdepresyjnych [83].

O sile umysłu i sile oddziaływania pozytywnych emocji napisano już wiele ciekawych prac.

Szczególnie interesujące są badania, w których porównywano działania psychoterapii z działaniami farmakologicznymi u osób leczonych z powodu chorób afektywnych.

W ich świetle efektywność psychoterapii jest bezsporna, a jej działanie jest u niektórych osób równe efektom leczenia farmakologicznego (84, 85). Na przykład badania Baxtera i wsp. za pomocą pozytronowej tomografii emisyjnej (*PET, positron emission tomography*) wykazały, że terapia behawioralna i podawanie fluoksetyny wywoływały podobne zmiany lokalnego metabolizmu glukozy w jądrze ogoniastym. Odpowiednia psychoterapia pomaga zmienić zachowania i może uczynić nastroje bardziej stabilnymi. Jeśli takie zaburzenia jak depresja czy choroba afektywna dwubiegunowa zostaną prawidłowo zdiagnozowane i leczone, chorzy mogą prowadzić stabilne i szczęśliwe życie. Tak żyją już miliony ludzi.

Duże znaczenie poznawcze mają badania z zastosowaniem metod obrazowania, w których wykazano, że psychoterapia może prowadzić do modyfikacji funkcji mózgu u chorych na depresję. Wraz ze zmniejszeniem nasilenia depresji w trakcie stosowania psychoterapii interpersonalnej następują podobne zmiany przepływu mózgowego jak w czasie farmakoterapii, polegające na jego zwiększeniu w tylnej części płata skroniowego oraz jądrach podstawy [86].

Istnieją więc dowody na to, że leczenie psychologiczne wywołuje efekty fizjologiczne w mózgu takie same, jak w przypadku farmakoterapii.

Zapobieganie wystąpieniu reakcji stresowej i przeciwdziałanie następstwom stresu w procesie psychoterapii pomaga w usunięciu nie tylko «psychologicznych», ale i «biologicznych» objawów depresji, a następnie w uzyskaniu mniejszej podatności na nawrót choroby. Psychoterapia, w lżejszych przypadkach może być wystarczająco

«Mój mózg nie wie, co to starość. Mam oczywiście zmarszczki i widać, że się starzeję, ale moja głowa pracuje bez zarzutu. Zawdzięczam to wielkim możliwościom regeneracyjnym naszych neuronów.»
Rita Levi-Montalcini

jąca, zaś w przypadku gdy jest stosowana w leczeniu skojarzeniowym, może nawet przyczynić się do stosowania mniejszych dawek leków [87].

Istota terapii poznawczej polega na zastąpieniu «depresyjnych» schematów poznawczych nowymi, racjonalnymi strategiami myślenia i funkcjonalnymi postawami. Stanowi zatem formę nabywania nowych umiejętności, a więc uczenia się.

Mechanizm zapamiętywania nowych informacji wiąże się z następującymi zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym:

- ze zmianami **plastyczności synaps**
- z powstawaniem **nowych obwodów neuronalnych**

Procesy te zachodzą w jadrach migdałowatych, hipokampie, ciałach suteczko-watych, wzgórzu oraz korze mózgowej, w tym także korze przedczołowej. Można przypuszczać, że psychoterapia poznawcza i interpersonalna poprzez modyfikację procesu korowego (myślenia), regulują funkcje układu limbicznego i struktury podkorowe, prowadząc do zmniejszenia nasilenia objawów depresji [88].

Nawiązanie silnej więzi emocjonalnej ze swoim dzieckiem oraz rozwój we wspierającym je, kochającym środowisku rodzinnym stanowi w dalszym życiu dziecka ważny czynnik ochraniający przed depresją. W badaniach eksperymentalnych dowiedziono, że dochodzi wówczas do zwiększenia gęstości receptorów dla glikokortykosteroidów a odpowiedź osi podwzgórze – przysadka – nadnercza na stres jest osłabiona.

Goleman wyróżnia wiele pozytywnych emocji [79]: **zadowolenie, radość, szczęście, przyjemność, rozkosz, duma, uniesienie, satysfakcja, euforia, ekstaza, życzliwość, ufność, uprzejmość, uwielbienie, akceptacja, miłość.**

Efektom pozytywnych myśli, emocji i uczuć jest «odbudowa» mózgu!!!

Coraz więcej badań dowodzi, że nawet w sytuacjach skrajnie trudnych, możliwe i wskazane jest wzbudzanie pozytywnych emocji.

Neuromediatory w mózgu w czasie odczuwania pozytywnych emocji

Dopamina | Noradrenalina | Adrenalina

Kiedy ludzie przeżywają pozytywne emocje w ich mózgach wzrasta stężenie neurohormonu – *dopaminy* [89]. Na obecnym etapie wiedzy wiadomo, że neurony dopaminergiczne układu mezolimbiczno-korowego odgrywają istotną rolę w subiektywnym odczuwaniu przyjemności i aktywacji motorycznej, stanowiąc ważny element układu nagrody. Konsekwencją zwiększonego wydzielania dopaminy jest pojawienie się także następnych hormonów, jak: noradrenaliny i adrenaliny. Substancje te wprowadzają człowieka w dobry nastrój, pozwalają uśmiechać się do innych, przyspieszają bicie serca.

Oksytocyna

Dopamina, stymulując wytwarzanie oksytocyny utrzymuje człowieka w monogamii, wzmacnia więzi rodzinne i **więź pomiędzy matką i dzieckiem**. Z najnowszych badań wiadomo, że oksytocyna wpływa pozytywnie na relacje międzyludzkie,

sprzyja empatii i otwarciu na drugiego człowieka, wzmagając jednocześnie wzrost wydzielania dopaminy i serotoniny, a tym samym redukując poziom stresu [90].

Serotonina

Poczucie szczęścia lub nieszczęścia zależy także od serotoniny, która jest naturalnym antydepresantem. U osób dobrze zaadaptowanych w społeczeństwie występuje duża koncentracja receptorów serotoniny S2 w korze przedczołowej, zaś u osób agresywnych, nieskłonnych do poprawnych relacji z innymi, liczba receptorów S2 jest zredukowana. Podwyższona aktywność serotoniny wiąże się także ze spadkiem pobudliwości i niższym poziomem agresji, co ma niebagatelne znaczenie w radzeniu sobie ze stresem (91). Dzięki niej jesteśmy w stanie odczuwać przyjemność oraz euforię. Pozytywne myśli, uczucia i emocje poprawiają nam humor. Od niedawna istnieją naukowe podstawy by przypuszczać, że nie tylko serotonina oddziałuje na dobry nastrój, ale też dobry nastrój zwrotnie zwiększa poziom serotoniny [92].

Endorfiny

W ośrodkowym układzie nerwowym, w niektórych włóknach nerwowych tworzących drogi przyjemności, wydzielane są endorfiny, nazywane «hormonami szczęścia». Są silnymi agonistami receptorów opioidowych μ , których pobudzenie wywołuje stany euforyczne. Na te same receptory działają opioidy egzogenne, co wywołuje zniesienie bólu, uczucie przyjemności i dobrego nastroju.

Kwasy – Aminomasłowy (GABA)

Jest neurotransmiterem hamującym, który podnosi próg pobudliwości komórki. Działa relaksująco i umożliwia zdrowy, głęboki sen, przyczyniając się do tego, że człowiek czuje się wypoczęty i w pełni sił.

Podsumowanie

*«Lęk paraliżuje i nie pozwala ujawnić się całej potencjalności dobra, która w nas jest»
Jan Paweł II*

Wiele badań naukowych prowadzonych na całym świecie dowodzi, że negatywne emocje to stresory psychologiczne, które działając w dłuższym czasie są sprawcami przewlekłego stresu, mogącego spowodować znaczne zmiany patologiczne w biochemii, fizjologii i anatomii człowieka.

Przewlekły stres pod postacią traumatycznych przeżyć grozi szczególnie kobietom ciężarnym, a jego negatywne skutki odczuwa nie tylko matka, ale również jej nienarodzone jeszcze dziecko.

Zmiany dokonujące się w mózgu matki ciężarnej i mózgu jej dziecka są podobne, gdyż hormony i neuroprzebieżniki wydzielane przez matkę oddziałują na mózg dziecka. Dochodzi wówczas do zmniejszenia neurogenezy, czyli powstawania nowych neuronów, atrofii, czyli zaniku tych neuronów, które zdążyły już powstać, zmniejszenia komunikacji pomiędzy neuronami i znaczącymi zmianami w komórkach gleju. Skutkiem powyższych zmian mogą być różne schorzenia, jak: depresja, ADHD, autyzm, choroby neurodegeneracyjne, choroby psychiczne i wiele jeszcze innych.

Stres i negatywne emocje mogą więc człowieka unicestwić, ale z drugiej strony, dobroczynne działania naprawcze w postaci autoterapii posiadają emocje pozytywne. To za ich sprawą, nawet gdy po urodzeniu, między matką i dzieckiem nie ma już fizycznych stałych powiązań, nasila się neurogeneza, czyli zwiększa się liczba neuronów, zmniejsza atrofia, polepsza się komunikacja między neuronami i komórki gleju zaczynają prawidłowo działać. Pozytywne emocje mają potężną siłę. Dowiedziono więc naukowo, że miłość uzdrowia. Jeżeli matce uda się stworzyć silną więź ze swoim dzieckiem, to na efekty nie trzeba będzie długo czekać.

Wychodzenie z traumy nie jest ani szybkie, ani łatwe, lecz z całą pewnością jest możliwe. Wystarczy wiara, nadzieja i praca nad własnymi emocjami.

Małymi krokami należy podążać naprzód i budować nową rzeczywistość.

Piśmiennictwo

- 1 Le Doux J. *Mózg emocjonalny*. Wyd. Media Rodzina, Poznań 2000.
- 2 Heron J., O'Connor T. G., Evans J., Golding J., Glover V. *The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample*. J Affect Disord. 2004; 80 (1): 65–73.
- 3 Strelau J. *Temperament a stres: Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem*. [w:] *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*, red. Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996; 88–132.
- 4 Selye H. *Stres okiełznany*. Biblioteka myśli współczesnej. PIW, Warszawa 1978; wyd. 2.
- 5 Mason J. W. *A re-evaluation of the concept of non specificity in stress theory*. J. Psychiatric Res. 1971; 8: 323–331.
- 6 Rybakowski J., Jaracz J. *Leksykon manii i depresji*. Termedia, Poznań 2010.
- 7 Gracka-Tomaszewska M. *Czynniki psychologiczne oddziałujące na dziecko w okresie prenatalnym pozostające w związku z jego niższą wagą urodzeniową*. Pediatric Endocrinology, Diabetes and Metabolism 2010; 16, 3: 216–219.
- 8 Berle J., Mykletun A., Daltveit A. at al. *Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy*. Arch. Womens Ment. Health, 2005; 8: 191–189.
- 9 Von Kitzling K., Simoni H., Amsler F. at al. *The role of the father in early family interactions*. Infant Mental Health Journal, 1999; 20: 222–237.
- 10 Kędziora S. *Stres i radzenie sobie ze stresem przez kobiety ciężarne z niepowodzeniami położniczymi*. Klin. Perinatol. Gin., 1996; 13, 1: 178–182.
- 11 Kwaśniewska A., Krackowski J., Wartacz A. i wsp.: *Ocena lęku oraz analiza struktury osobowości kobiet zagrożonych porodem przedwczesnym oraz porodem po terminie*. Post. Psychiat. i Neurol., 1996; 5: 185–193.
- 12 Koszewska I. *O depresji w ciąży i po porodzie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- 13 Pużyński S., Robakowski J. *Neurobiologia zaburzeń psychicznych*. W: Psychiatria tom I. (red. Bilikiewicz A.). Urban&Partner. Wrocław, 2002; 151–178.
- 14 Carrion V.G., Weems C.F., Reiss A.L. *Stress predicts brain changes in children: a pilot*

longitudinal study on youth stress, posttraumatic stress disorder, and the hippocampus. Pediatrics. 2007; 119: 509–16.

- 15 Rajkowska G., Miguel-Hidalgo J. J. *Gliogenesis and glial pathology in depression*. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2007; 6: 219–33.
- 16 Herbert J., Goodyer I. M., Grossman A.B. et al. *Do corticosteroids damage the brain?* J. Neuroendocrinol. 2006; 18: 393–411.
- 17 Mirescu C., Gould E. *Stress and adult neurogenesis*. Hippocampus. 2006; 16: 233–8.
- 18 Gałecki P., Florkowski A., Mrowicka M., i wsp. *Jony wapnia, kwas glutaminowy, ós podwzgórze – przysadka – nadnercza, ATP-aza zależna od wapnia jako przyczyny uszkodzeń oksydacyjnych u chorych na depresję – Część I*. Pol. Merk. Lek. 2007; XXIII: 138–466.
- 19 Karten Y. J., Olariu A., Cameron H.A. *Stress in early life inhibits neurogenesis in adulthood*. Trends Neurosci. 2005; 28: 171–2.
- 20 Manji H. K., Drevets W.C., Charney D.S. *The cellular neurobiology of depression*. Nature Medicine. 2001; 7: 541–547.
- 21 Masi G, Brovedani P. *The hippocampus, neurotrophic factors and depression: possible implications for the pharmacotherapy of depression*. CNS Drugs. 2011; 1; 25: 913–31.
- 22 Jiang W., Zhang Y., Xiao L., et al. *Cannabinoids promote embryonic and adult hippocampus neurogenesis and produce anxiolytic – and antidepressant – like effects*. J. Clin Invest. 2005; 115: 3104–3116.
- 23 Airan R.D., Meltzer L.A., Roy M., et al. *High-speed imaging reveals neurophysiological links to behavior in an animal model of depression*. Science. 2007; 317: 819–823
- 24 Jedynak P., Jahołkowski P., Filipkowski R.K. *Neurogeneza dorosłych a depresja*. Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2007; 2, 2: 57–65.
- 25 Heim C., Nemeroff C.B. *The Role of Childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies*. Biol. Psychiatry. 2001; 49: 1023–1039.
- 26 Thomas R.M., Hotsenpiller G., Peterson D.A. *Acute psychosocial stress reduces cell survival in adult hippocampal neurogenesis without altering proliferation*. J Neurosci. 2007; 27: 2734–2743.
- 27 Zhao H., Xiao S., Kong X., at al. *Neuron-glia cell communication in the traumatic stress-induced immunomodulation*. Synapse. 2011; 65: 433–40.
- 28 Rajkowska G., Miguel-Hidalgo J.J. *Gliogenesis and glial pathology in depression*. CNS Neurol Disord Drug Targets. 2007; 6: 219–33.
- 29 Fransson E., Dubicke A., Bystrom B., Ekman-Ordeberg G., Hielmstedt A., Lekander M. *Negative emotions and cytokines in maternal and cord serum at preterm birth*. Am. J. Reprod. Immunol. 2012; 67(6): 506–14.
- 30 O'Connor T. G., Bergman K., Sarkar P., Glover V. *Prenatal cortisol exposure predicts infant cortisol response to acute stress*. Developmental Psychobiology. 2012.
- 31 Steiner M., Yonkers K. *Depresja u kobiet*. Via Medica. Gdańsk. 1999.
- 32 Glover V., Bergman K., Sarkar P., O'Connor T. G. *Association between maternal and amniotic fluid cortisol is moderated by maternal anxiety*. Psychoneuroendocrinology. 2009; 34: 430–435.
- 33 Laplante D.P., Brunet A., Schmitz N., Ciampi A., King S. *Project Ice Storm: prenatal maternal stress affects cognitive and linguistic functioning in 5½-year-old children*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2008; 47(9): 1063–1072.

- 34 Weissman M.M., Pilowsky D.J., Wickramaratne P.J., Talati A., Wisniewski S.R., Fava M., et al. *Remissions in maternal depression and child psychopathology: A STAR*D – child report*. Journal of the American Medical Association. 2006; 295(12): 1389–1398.
- 35 Caspi A., Moffitt T.E., Cannon M., et al. *Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction*. Biol Psychiatry. 2005; 57: 1117–1127.
- 36 Hauser J. *Interakcja czynników genetycznych i środowiskowych w schizofrenii*. Psychiatria. 2007; 4: 153-159.
- 37 Bredy T. W., Wu H., Crego C., Zellhoefer J., Sun Y.E., Barad M. *Histone modifications around individual BDNF gene promoters in prefrontal cortex are associated with extinction of conditioned fear*. Learn Mem. 2007; 14: 268–276.
- 38 Chwang W.B., O’Riordan K.J., Levenson J.M., Sweatt J.D. *ERK/MAPK regulates hippocampal histone phosphorylation following contextual fear conditioning*. Learn Mem. 2006; 13: 322–328.
- 39 Dell’Osso L., Del Debbio A., Veltri A., et al. *Associations between brain-derived neurotrophic factor plasma levels and severity of the illness, recurrence and symptoms in depressed patients*. Neuropsychobiology. 2010; 62: 207–212.
- 40 Hettema J.M., An S. S., Neale M.C., Bukszar J., van den Oord E.J., Kendler K.S., Chen X. *Association between glutamic acid decarboxylase genes and anxiety disorders, major depression, and neuroticism*. Mol Psychiatry. 2006; 11 (8): 752.762.
- 41 Wysokiński A., Gruszczyński W. *Rola genu GAD1 (glutamate decarboxylase 1) oraz jego regulacji epigenetycznej w etiopatogenezie schizofrenii*. Postępy Psychiatrii i Neurologii. 2008; 17 (3): 225.228).
- 42 Collados Z.J. *Depresja u dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo ESPE, Kraków 2002.
- 43 Lupien S.J., Parent S., Evans A.C., et al. *Larger amygdala but no change in hippocampal volume in 10-year-old children exposed to maternal depressive symptomatology since birth*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2011; 108: 14324-14329.
- 44 Bruder G.E., Tenke C.E., Warner V., et al. *Electroencephalographic measures of regional hemispheric activity in offspring at risk for depressive disorders*. Biological Psychiatry. 2005;57:328-335.
- 45 Spitz R.A. *Hospitalism – An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood*. Psychoanalytic Study of the Child. 1945; 1: 53–74.
- 46 Harrington R. *Adolescent depression: Same or different?* Archives of General Psychiatry. 2001; 58(1): 21–22.
- 47 Fergusson D.M., Horwood L.J., Ridder E.M., Beautrais A.L. *Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood*. Archives of General Psychiatry. 2005; 62(1): 66–72.
- 48 Kołodziejek M. *Depresja u dzieci i młodzieży: podstawy teoretyczne, psychoterapia poznawczo-behawioralna*. Psychoterapia. 2008; 2 (145): 15–33.
- 49 Modrzejewska R. *Rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychicznego wśród 15-letniej młodzieży Krakowa występowanie i współwystępowanie*. Psychiatria i Psychoterapia. 2006; 2, 3, supl.: Tu i teraz Psychiatrii Młodzieżowej.

- 50 Wurtman R.J. *Genes, stress and depression*. Metabolism. 2005; 54: 16–9.
- 51 Talarowska M., Orzechowska A., Zboralski K., Gałecki P. *Udział prawej półkuli mózgu w etiologii zaburzeń depresyjnych*. Psychiatria Polska. 2011; XLV, 4: 563–572.
- 52 Konarski J.Z., McIntyre R.S., Kennedy S.H., Rafi-Tari S., Soczynska J.K., Ketter T.A. *Volumetric neuroimaging investigations in mood disorders: bipolar disorder versus major depressive disorder*. Bipolar Disord. 2008; 10: 1–37.
- 53 Mayberg H.S., Liotti M., Brannan S.K., McGinnis S., Mahurin R.K., Jerabek P.A., Silva J.A., Tekell J.L., Martin C.C., Lancaster J.L., Fox P.T. *Reciprocal limbic-cortical function and negative mood: Converging PET findings in depression and normal sadness*. Am. J. Psychiatry. 1999; 156: 675–682.
- 54 Gainotti G. *Emotions, unconscious processes, and the right hemisphere*. Neuropsychol. 2005; 7: 71–81.
- 55 Phan K.L., Wager T., Taylor S.F., Liberzon I. *Functional neuroanatomy of emotion: a meta-analysis of emotion activation studies in PET and fMRI*. Neuroim. 2002; 16: 331–348.
- 56 Mill J., Tang T., Kaminsky Z., et al. *Epigenetic profiling reveals DNA-methylation changes associated with major psychosis*. Am J Hum Genet. 2008; 82: 696-711.
- 57 de Luca V., Tharmalingam S., Zai C., et al. *Association of HPA axis genes with suicidal behavior in schizophrenia*. J Psychopharmacol. 2008. [Epub ahead of print] (praca dostępna online).
- Potkin S.G., Turner J.A., Guffanti G., et al. *FBIRN. A genome-wide association study of schizophrenia using brain activation as a quantitative phenotype*. Schizophr Bull. 2009; 35: 96-108.
- Wysokiński A., Gruszczyński W. *Rola genu GAD1 (glutamate decarboxylase 1) oraz jego regulacji epigenetycznej w etiopatogenezie schizofrenii*. Postępy Psychiatrii i Neurologii. 2008; 17 (3): 225.228.
- 60 Addington A.M., Gornick M., Duckworth J., Sporn A., Gogtay N., Bobb A., Greenstein D., Lenane M., Gochman P., Baker N., Balkissoon R., Vakkalanka R.K., Weinberger D.R., Rapoport J. L., Straub R. E. *GAD1 (2q31.1), which encodes glutamic acid decarboxylase (GAD67), is associated with childhood – onset schizophrenia and cortical gray matter volume loss*. Mol Psychiatry. 2005; 10 (6): 581.588.
- 61 Huang H.S., Matevossian A., Whittle C., Kim S.Y., Schumacher A., Baker S.P., Akbarian S. *Prefrontal dysfunction in schizophrenia involves mixed-lineage leukemia 1-regulated histone methylation at GABAergic gene promoters*. J. Neurosci. 2007; 27 (42):11254.11262.
- 62 Mitoma M., Yoshimura R., Sugita A., et al. *Stress at work alters serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels and plasma 3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol (MHPG) levels in healthy volunteers: BDNF and MHPG as possible biological markers of mental stress?* Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2008; 32: 679–685.
- 63 Molendijk M.L., Bus B.A., Spinhoven P., et al. *Serum levels of brain-derived neurotrophic factor in major depressive disorder: state-trait issues, clinical features and pharmacological treatment*. Mol Psychiatry. 2010; 1-8 [Epub ahead of print].
- 64 Dmitrzak-Węglarz M., Hauser J. *Mechanizmy epigenetyczne w chorobach psychicznych i zaburzeniach funkcji poznawczych*. Epigenetic mechanisms in psychiatric disorders and cognitive functions. Psychiatria. 2009; 6, 2: 51–60.

- 65 Szubert S., Florkowski A., Bobińska K. *Wpływ stresu na zmiany plastyczności mózgu i rozwój wybranych zaburzeń psychicznych*. Pol. Merk. Lek., 2008, XXIV, 140, 162.
- 66 Kinney D.K. *Prenatal stress and risk for schizophrenia*. International Journal of Mental Health. 2001; 29: 62–72.
- 67 Khashan A.S., Abel K.M., McNamee R., at al. *Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events*. Arch Gen Psychiatry. 2008; 65: 146–52.
- 68 Khashan A.S., Abel K.M., McNamee R., at al. *Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events*. Arch Gen Psychiatry. 2008; 65: 146–52.
- 69 Van den Bergh B.R., Marcoen A. *High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds*. Child Development. 2004;75:1085–1097.
- 70 Grizenko N., Fortier M.E., Zadorozny C., Thakur G., Schmitz N., Duval R., Joobor R. *Maternal Stress during Pregnancy, ADHD Symptomatology in Children and Genotype: Gene–Environment Interaction*. J. Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2012; 21 (1): 9–15.
- 71 Corbett B.A., Mendoza S., Abdullah M., at al. *Cortisol circadian rhythms and response to stress in children with autism*. Psychoneuroendocrinology. 2006;31:59–68.
- 72 Ingudomnukul E., Baron–Cohen S., Wheelwright S., at al. *Elevated rates of testosterone-related disorders in women with autism spectrum conditions*. Hormones and Behavior. 2007; 51: 597–604.
- 73 Ock J., Lee H., Kim S., et al. *Induction of microglial apoptosis by corticotropin-releasing hormone*. Journal of Neurochemistry. 2006;98:962–972.
- 74 Pużyński S. *Choroby afektywne nawracające*. W: Psychiatria tom II (red. Bilikiewicz). Urban&Partner. Wrocław, 2002, 342–424.
- 75 Barton–Smoczyńska I. *Rozwój więzi psychologicznej między matką a dzieckiem w ciąży prawidłowej i powiklanej*. Życie i płodność. 2008, 4.
- 76 McCrory E., De Brito S.A., Viding E. *The impact of childhood maltreatment: a review of neurobiological and genetic factors*. Front Psychiatry. 2011; 2: 48.
- 77 Trautman P.D., Meyer–Bahlburg H.F., Postelnek J., New M.I. *Effects of early prenatal dexamethasone on the cognitive and behavioral development of young children: results of a pilot study*. Psychoneuroendocrinology. 1995, 20: 439–49.
- 78 Caldji C., Tannebaum B., Sharma S. i wsp. *Maternal care during infancy regulates the development of neural systems mediating the expression of behavioral fearfulness in adulthood rat*. Proceed Nation Acad Sci. 1998, 95: 5335–5340.
- 79 Goleman D. *Inteligencja emocjonalna*. Poznań 1997; 442.
- 80 Szubert S., Florkowski A., Bobińska K. *Wpływ stresu na zmiany plastyczności mózgu i rozwój wybranych zaburzeń psychicznych*. Pol. Merk. Lek. 2008; XXIV: 140–162.
- 81 Emanuele E. *NGF and romantic love*. Arch Ital Biol. 2011; 149 (2): 265–8.
- 82 Emanuele E., Politi P., Bianchi M., Minoretti P., Bertona M., Geroldi D. *Raised plasma nerve growth factor levels associated with early-stage romantic love*. Psychoneuroendocrinology. 2006; 31 (3): 288–94.
- 83 Duman R. S. *Depression: a case of neuronal life and death?* Biol Psychiatry. 2004, 56: 140–145.

- 84 Baxter K.R., Schwartz J.M., Bergman K.S. *Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessivecompulsive disorder*. Arch. Gen. Psychiatry. 1992; 49: 618–689.
- 85 Nunez J.F., Ferre P., Garcia E., Escorihuela R.M. *Postnatal handling reduces emotionality ratings and accelerates two-way active avoidance in female rats*. Physiology nad Behaviour. 1995; 57: 831–835.
- 86 Martin S.D., Martin E., Rai S.S., Richardson M.A. *Brain blood flow changes in depressed patients treated with interpersonal psychotherapy or venlafaxine hydrochloride*. Arch. Gen. Psychiatry. 2001; 58: 641–648.
- 87 Rzewuska M. (red). *Leczenie zaburzeń psychicznych*. PZWL. 2006.
- 88 Mayberg H.S., Liotti M., Brannan S.K. i wsp. 1999. *Reciprocal limbic cortical function and negative mood: converging PET findings in depression and normal sadness*. Am. J. Psych. 1999; 156: 675–682.
- 89 Berridge K. *Pleasure, Pain, Desire, and Dread: Hidden Core Processes of Emotion*. [w:] Kahneman D., Diener E., Schwarz N.: *Well-being: The foundations of hedonic Psychology*. The Russel Sage Foundation, New York. 1999: 525–555.
- 90 Zak P.J. *The physiology of moral sentiments*. J. Economic Behavior Organization. 2011, 77: 53–65.
- 91 Virkkunen M., Linnoila M. *Serotonin and glucose metabolism in impulsively violent alcoholic offenders*. [in:] *Aggression and Violence*. Stoff D. M., Cairns R. B. (eds). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum. 1996: 87–100.
- 92 Young S.N. *How to increase serotonin in the human brain without drugs*. Journal of Psychiatry & Neuroscience. 2007; 32(6): 394–399.

Dr hab. n. med. Małgorzata Janas – Kozik, Joanna Hyrnik, Ireneusz Jelonek
Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego
Katedra Psychiatrii i Psychoterapii
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
oraz Centrum Pediatrii w Sosnowcu

RÓŻNE OBLCZA LĘKU W PSYCHIATRII ROZWOJOWEJ – WYBRANE ZAGADNIENIA

Streszczenie

W psychiatrii rozwojowej lęk jest powszechnym objawem towarzyszącym różnym zaburzeniom psychicznym oraz jednostkom nozologicznym. Towarzyszy on m.in. zaburzeniom emocjonalnym rozpoczynającym się w tej grupie wiekowej, zaburzeniom nerwicowym związanym ze stresem i pod postacią somatyczną (somatoform). Lęk jest również grupą reakcji emocjonalnych wyzwalanych przez bodźce z zewnątrz bądź z wewnątrz organizmu. Charakterystyczne dla tych reakcji jest to, że mają specyficzne, przykre zabarwienie, są doświadczane jako coś przykrego i uporczywego, czego nie można się pozbyć, są związane, względnie wyzwalane reakcjami fizjologicznymi organizmu jednostki, a większość osób czuje się wobec nich bezradna i ma poczucie ich irracjonalności. Lęk jest emocją, która może tworzyć struktury patologiczne lub nie, może być uczuciem, które poza tworzeniem symptomatologii lękowej jest również naturalnym regulatorem funkcjonowania człowieka w jego własnym środowisku. Ze względu na wielowymiarowy obraz lęku rozpatruje się go również w wymiarze stanu i cechy. Autorem takiego ujęcia jest amerykański psycholog Charles D. Spilberger. Lęk jest objawem towarzyszącym wielu zaburzeniom psychicznym, dlatego ważna jest ocena jego natężenia i próba oddzielenia lęku ściśle związanego z obrazem psychopatologicznym zaburzenia od trwałej predyspozycji osobowości. Jako stan lęk definiowany jest jako subiektywne, świadomie postrzegane uczucie obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego. Lęk jako cecha jest definiowany jako motyw lub nabyta dyspozycja behawioralna, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa. W prezentacji przedstawiono wybrane zagadnienia z psychiatrii rozwojowej, w których lęk jest objawem zasadniczym lub towarzyszącym.

Omówienie

W psychiatrii rozwojowej lęk jest powszechnym objawem towarzyszącym różnym zaburzeniom psychicznym oraz jednostkom nozologicznym, które stanowią grupę kategoriałną. Towarzyszy on zaburzeniom emocjonalnym rozpoczynającym się w tej grupie wiekowej, które obejmują:

- Lęk przed separacją w dzieciństwie (F 93.0)
- Zaburzenia lękowe w postaci fobii w dzieciństwie (F 93.1)
- Lęk społeczny w dzieciństwie (F 93.2)
- Uogólnione zaburzenia lękowe w dzieciństwie (F 93.8) [1]

Lęk przed separacją w dzieciństwie (F 93.0)

Lęk separacyjny można rozpatrywać jako zjawisko fizjologiczne u niemowląt i dzieci w wieku przedszkolnym w obliczu realnej lub zagrażającej separacji od osób, z którymi dziecko jest związane. W populacji dzieci poniżej 12 r.ż. lęk ten jest najczęstszym zaburzeniem, a jego rozpowszechnienie maleje im dziecko staje się starsze. Największe nasilenie zachorowań przypada na wiek 7,5 lat, przy czym powyżej 6 r.ż. zaczyna dominować u dziewczynek [2]. Przejawy lęku separacyjnego obejmują: nierealistyczne zamartwianie się nieszczęściami, które mogłyby spaść na rodziców lub strach, że już nie wrócą, uporczywe myśli dotyczące ich śmierci, utrwaloną niechęć lub odmowę chodzenia do szkoły z obawy przed rozłąką z osobą, z którą dziecko jest związane, odmowę kładzenia się spać, jeżeli nie ma w pobliżu rodziców, koszmary senne, objawy somatyczne, pogorszenie samopoczucia w sytuacji spodziewanego rozdzielenia, nadmierny stres w oczekiwaniu na rodziców, w czasie rozstawania z nimi. Cechą podstawową dla rozpoznania jest nadmierny, zogniskowany lęk przed rozłąką z tymi osobami, do których dziecko jest przywiązane, uczucie to nie jest częścią lęku uogólnionego, który obejmuje wiele sytuacji. W leczeniu wykorzystuje się techniki terapii behawioralno – poznawczej oraz techniki behawioralne. Warunkiem koniecznym jest połączenie terapii prowadzonej z dzieckiem i rodzicami z psychoedukacją rodziców [2].

Zaburzenia lękowe w postaci fobii w dzieciństwie (F 93.1)

Szczyt zachorowań przypada między 5 a 13 r.ż., w okresie adolescencji częściej dotyczy płci żeńskiej. O zaburzeniach lękowych w postaci fobii mówi się wtedy, gdy ich początek przypada na odpowiedni wiek rozwojowy, a stopień lęku jest nieprawidłowy z klinicznego punktu widzenia i nie jest częścią innego zaburzenia. Łagodne fobie są przemijające, gdyż wpisują się jako element rozwoju wczesnodziecięcego. Dzieci między 2 a 4 r.ż. prezentują często obawy przed zwierzętami, natomiast między 4 a 6 r.ż. przed ciemnością. Inne częste fobie dotyczą lęku przed owadami, zastrzykami, czy hałasem. Jeżeli objawy są nasilone lub występują

przewlekłe to mogą utrzymywać się również w dorosłości. W leczeniu wykorzystuje się stopniową desensytyzację i techniki poznawcze oraz relaksacyjne. Te ostatnie szczególnie są polecane wówczas, gdy lęk wywołuje również objawy somatyczne. Równocześnie zaleca się stosowanie terapii rodzinnej, zwłaszcza u dzieci, u których prowadzona jest terapia metodą desensytyzacji [2].

Lęk społeczny w dzieciństwie (F 93.2)

Charakterystyczną cechą dla tej postaci lęku są dobre relacje z osobami dobrze znanymi dziecku (rodzice, opiekunowie, przyjaciele rodziny), natomiast unikanie kontaktu z osobami obcymi, spoza rodziny. Konsekwencją takiego zachowania mogą być poważne zaburzenia społecznego funkcjonowania. Należy pamiętać, iż zaburzenie to może rozwinąć się jako przedłużenie fizjologicznej fazy lęku przed obcymi, która ma miejsce u wszystkich dzieci do 30 mies. życia. Lęk społeczny u dzieci starszych jest częstą przyczyną odmowy chodzenia do szkoły. Zaburzenie to musi rozpoczynać się przed 6 r.ż. i nie mieć związku z bardziej uogólnionymi zaburzeniami lękowymi. Osiowym objawem jest unikanie kontaktów społecznych, które może doprowadzić do odmowy chodzenia do szkoły, izolacji i osamotnienia dziecka, jak również zaburzeń w rozwoju psychoruchowym. Jeżeli zaburzenie to przebiega z dużym nasileniem – może dać początek zaburzeniom lękowym z napadami paniki, depresji lub nawet dekompensacjom psychotycznym. Lęk społeczny w dzieciństwie jest najdłużej utrzymującym się zaburzeniem lękowym, którego konsekwencją w okresie adolescencji może być skłonność do nadużywania alkoholu, mająca na celu obniżenie progu nieśmiałości. W leczeniu stosuje się stopniową desensytyzację połączoną z terapią rodzinną. Ważnym elementem leczenia jest trening kompetencji społecznych w ramach terapii grupowej [2].

Uogólnione zaburzenia lękowe w dzieciństwie (F 93.8)

We wczesnym dzieciństwie uogólnione zaburzenia lękowe są równie częste u obojga płci, natomiast w okresie adolescencji stosunek ich występowania u dziewcząt w porównaniu z chłopcami wynosi 6:1. Wśród czynników wpływających na rozwój uogólnionego zaburzenia lękowego w dzieciństwie wymienia się predyspozycje osobowościowe, więzi, które nie dają poczucia bezpieczeństwa oraz lękowe wzorce zachowań rodziców. Do czynników osobowościowych zalicza się: unikającą, bierną postawę nacechowaną nieśmiałością i lękiem oraz małomówność w nowych sytuacjach. Rodzice dzieci z tym zaburzeniem często sami prezentują uogólnione zaburzenia lękowe lub depresyjne. W obrazie klinicznym dominują skargi natury somatycznej, zaburzenia snu, niechęć do kontaktów rówieśniczych, zamartwianie się sytuacją rodziny, depresja i myśli samobójcze. W leczeniu stosuje się edukację rodziny i terapię rodzinną [2].

Zaburzenia lękowe w klasyfikacji ICD-10 zebrane są w F 40 – F 48 jako zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną (*somatoform*) [1].

Na potrzeby niniejszego opracowania zostaną omówione jedynie zaburzenia lękowe w postaci fobii (F 40), inne zaburzenia lękowe (F 41) oraz zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (*somatoform disorders*) (F 45).

Zaburzenia nerwicowe to grupa zaburzeń niepsychotycznych o przewlekłym przebiegu, bogatej i różnorodnej symptomatologii, niekiedy intensywnej wywołującej u chorego poczucie dyskomfortu oraz znaczne cierpienie [3]. Grupa schorzeń określanych tradycyjnie jako nerwice powinna być rozumiana jako wynik skrajnego oddziaływania czynników biologicznych, społeczno-kulturowych oraz psychologicznych, które dotyczą sfery postrzegania, przeżywania, myślenia i zachowania. «Nerwica» dziecięca nie została ani włączona do powyższej kategorii, ani też z niej wyłączona. Powodem jest to, że w etiologii tych dysfunkcji odpowiedzialność przypada głównie czynnikom psychologicznym, m.in. nieprawidłowej atmosferze w domu, niekonsekwentnym postawom wychowawczym, funkcjonowaniu dziecka w procesie nauczania.

W niniejszym rozdziale zostaną omówione jedynie wybrane zagadnienia.

Zaburzenia lękowe w postaci fobii (F 40.0, F 40.1, F 40.2)

Fobia (*phobos* – strach) oznacza lęk wywołany przez określone sytuacje lub przedmioty zewnętrzne, które nie są niebezpieczne obiektywnie. Istotą jest irracjonalny lęk, o bardzo dużym natężeniu, aż do przeżywania przerażenia, pojawiający się w obecności określonych obiektów lub sytuacji. Znane są trzy rodzaje zaburzeń o charakterze fobii: agorafobia, fobie swoiste, (specyficzne), fobia społeczna. **Agorafobia** (F 40.0) związana jest ze znaczną i stale przejawianą obawą w co najmniej dwóch sytuacjach: tłum, miejsce publiczne, samotne podróżowanie lub podróżowanie z dala od domu albo unikanie tych sytuacji. Rozwijające się w konsekwencji zaburzenia unikanie może być z jednej strony związane z obawą dotyczącą danej sytuacji, a z drugiej – z obawą przed pojawieniem się somatycznych lub psychicznych objawów lęku. Agorafobia najczęściej współwystępuje z zaburzeniem lęku panicznego [3].

Fobia społeczna (F 40.1) wiąże się z odczuwaniem lęku lub dyskomfortu w jednej lub kilku sytuacjach społecznych, skrępowaniem i dyskomfortem w obecności nieznanymi rówieśników lub nieznanymi osobami dorosłymi. Dyskomfort wiąże się z obawą zrobienia czegoś zawstydzającego w miejscach publicznych, a także z obawą przed oceną ze strony innych osób. Obawy najczęściej dotyczą sytuacji jedzenia w towarzystwie innych osób, spotkania w miejscach publicznych lub przebywania w grupie osób. Objawy mogą również pojawić się jedynie w przypadku rozmyślenia o sytuacjach budzących obawę.

Specyficzne (izolowane) postaci fobii (F 40.2) najczęściej rozwijają się w stosunku do takich sytuacji lub obiektów, jak: **owady, ptaki, zwierzęta, zjawiska atmosferyczne, małe zamknięte przestrzenie, zabiegi stomatologiczne, zastrzyki, pozostanie w szpitalu, widok urazu lub krwi**. Zaburzenie to zdecydowanie częściej dotyczy dziewcząt [3]. W leczeniu stosuje się stopniową desensytyzację połączoną z terapią rodzinną.

Inne zaburzenia lękowe (F 41.0, F 41.1)

Mogą być rozpoznawane w każdym wieku i dlatego są oznaczane różnymi kodami – jako F 93.80 w dzieciństwie oraz jako F 41.1 u młodzieży i dorosłych.

Charakterystyczne objawy to lęk niezależny od sytuacji zewnętrznych i brak nasilenia tego odczucia pod wpływem wspomnianych sytuacji, tzw. lęk wolno płynący. Objawy mogą przybierać postać przewidywania nieszczęśliwych wydarzeń w przyszłości, potrzeby rozpraszania obaw, nawracających skarg somatycznych – dolegliwości bólowych żołądka, głowy. Lęk i zmartwienie trwają co najmniej 6 miesięcy i nie można nad nimi zapanować, a dotyczą zwykle osiągnięć szkolnych lub relacji rówieśniczych. Ich źródłem jest często trudna sytuacja szkolna lub rodzinna. Nierzadko można postawić także drugie rozpoznanie – lęk przed separacją w dzieciństwie, zaburzenia nastroju, izolowane fobie [3]. Badacze nie są zgodni co do występowania zaburzeń lękowych z napadami paniki (lęku panicznego) (F 41.0) w populacji dzieci i młodzieży. Najistotniejszą cechą tego zaburzenia są napady lęku panicznego, który pojawia się zwykle w sposób nieoczekiwany oraz lęk związany z sytuacją oczekiwania na kolejny atak z jego konsekwencjami. Najczęstsze objawy doświadczane przez chorego w trakcie napadu paniki to przeżywanie silnego lęku, skrócenie oddechu z uczuciem duszenia się, zawroty głowy, uczucie omdlenia, dławienia, dygotanie, nudności i inne nieprzyjemne doznania w obrębie jamy brzusznej. Pojawia się również obawa, że nastąpi śmierć lub straci się kontrolę na swoim zachowaniem. Dolegliwości nasilają się w czasie i trwają zazwyczaj kilka minut [3]. W leczeniu wykorzystuje się stopniową desensytyzację i techniki poznawcze oraz relaksacyjne.

Mówiąc o lęku w okresie rozwojowym nie sposób pominąć chorób psychosomatycznych. Przede wszystkim należy wyjaśnić co rozumie się pod tym pojęciem. Zaburzenia psychosomatyczne to choroby, w których powstawaniu i przebiegu istotną rolę odgrywają czynniki psychologiczne, na które składają się zarówno stres psychiczny, jak i pewne wymiary osobowości. Można postawić pytanie, czy wyodrębnienie grupy zaburzeń psychosomatycznych jest konieczne? Część badaczy uważa, że u każdego chorego, niezależnie od tego, czy dane zaburzenie lub choroba zaliczane jest do grupy zaburzeń psychosomatycznych, należy schorzenie rozpatrywać zawsze w wymiarach: biologicznym, psychologicznym i społecznym. Co więcej, we wszystkich chorobach somatycznych można dopatrzeć się aspektu psychosomatycznego, a fakt, czy zostanie on wyodrębniony, czy też nie, zależy jedynie od wymiaru analizy danego schorzenia, np. gdy analizie podlega jedynie obszar somatyczny, w rozumieniu narządowym lub obszar społeczny, czy też rodzinny.

Zwolennicy wyodrębnienia grupy zaburzeń psychosomatycznych przytaczają następujące argumenty:

- W grupie zaburzeń psychosomatycznych można wyróżnić czynniki psychiczne, które prowadzą do wystąpienia lub zaostrzenia procesu

- W niektórych eksperymentach (na modelu zwierzęcym) potwierdzono pojawienie się zmian organicznych, narządowych powstających pod wpływem stresu
- Istnieje związek czasowy pomiędzy czynnikiem stresotwórczym a pojawieniem się lub zaostrzeniem procesu chorobowego
- U chorych z zaburzeniami psychosomatycznymi stwierdza się wysoki poziom lęku oraz objawy zespołu depresyjnego lub schorzenia z grupy nerwic
- Zastosowanie psychoterapii ma istotny wpływ na leczenie choroby somatycznej, a jeżeli jest to zaburzenie czynnościowe, to ta metoda leczenia jest uznana za wyboru [4]

Obecnie wyróżnia się dwie grupy zaburzeń psychosomatycznych:

- Zaburzenia czynnościowe, w których czynniki psychiczne są zwykle jedyną widoczną przyczyną wystąpienia schorzenia lub objawów
- Zaburzenia psychosomatyczne organiczne, w których zarówno stres, jak i czynniki osobowościowe wraz ze zmianami morfologicznymi w tkankach i narządach występują równolegle

Rozpoznanie zaburzeń somatyzacyjnych u dzieci i młodzieży jest trudne, chociażby z powodu konieczności utrzymywania się objawów przez dwa lata (wymóg kryterialny) [4]. Zaburzenia czynnościowe są domeną psychiatrii i kryteria rozpoznawania są jasno określone. Obejmują dwie kategorie zaburzeń wg ICD-10 i DSM-IV [1,5]. Są to: zaburzenia pod postacią somatyczną oraz zaburzenia dysocjacyjne (*konwersyjne*). Klasyfikacja DSM-IV rozdziela zaburzenia dysocjacyjne od konwersyjnych. Zgodnie z ICD-10 kategoria zaburzeń pod postacią somatyczną obejmuje: **zaburzenia somatyzacyjne, zaburzenia pod postacią somatyczną nieodróżniewane, zaburzenia hipochondryczne, dysfunkcje autonomiczne przybierające postać somatyczną, uporczywe bóle psychogenne** [1]. DSM-IV dodatkowo uwzględnia **zaburzenia konwersyjne** (z zaburzeniami ruchowymi, uczuciowymi, z napadami drgawkowymi, z objawami mieszanymi), **zaburzenia bólowe i dysmorfobiczne** [5].

W zaburzeniach pod postacią somatyczną można zaobserwować trzy główne cechy kliniczne (zarówno wg ICD-10, jak i DSM-IV). Należą do nich:

- Skargi somatyczne sugerujące poważną chorobę fizyczną przy braku zaburzeń somatycznych, które mogłyby tłumaczyć objawy
- Czynniki psychologiczne i konflikty, które pozostają w związku z wystąpieniem, zaostrzeniem lub podtrzymaniem procesu
- Brak kontroli pacjenta nad objawami somatycznymi i nadmierne koncentrowanie się na sprawach zdrowia

Wspomniane zaburzenia są trudne do rozpoznania u dzieci i młodzieży (kryterium czasu). Mimo, że rzadko rozpoznawane – rozpoczynają się najczęściej w wieku dorastania i dotyczą dziewcząt, ale stają się problemem dopiero u młodych kobiet. Częściej dotyczą osób, które w dzieciństwie były narażone na negatywne przeżycia, mają niską samoocenę, negatywny obraz siebie, złe relacje z rówieśni-

kami. Wśród czynników rodzinnych wymienia się słabą ekspresję emocji, chłód uczuciowy przy jednoczesnym zwracaniu uwagi na skargi somatyczne. Przebycie choroby somatycznej przez dziecko daje dziecku doświadczenie przełamania chłodu emocjonalnego w rodzinie. Zaburzenia konwersyjne dosyć często rozpoznawane są u dzieci i młodzieży, chociaż uważa się, że rzadko występują przed 8 r.ż. Badania sugerują ich rozpowszechnienie na 1,3 – 5%, ale aż 4 – 22% pacjentów jest kierowanych na konsultację psychiatryczną przez lekarzy ogólnych. W zaburzeniach konwersyjnych brane są pod uwagę trzy grupy czynników: biologiczne (genetyczne), osobnicze i rodzinne [4]. Objawy konwersyjne u dzieci i młodzieży mają charakterystyczny przebieg i objawy kliniczne:

- są krótkotrwałe, epizodyczne
- występuje jeden lub najwyżej kilka objawów
- początek objawów jest ostry, ale ¼ z nich ustępuje w ciągu kilku tygodni
- objawy są najczęściej poprzedzone chorobą somatyczną lub urazem, a morfologia objawów może być podobna do poprzedzającej choroby dziecka lub kogoś z rodziny
- ma miejsce powiązanie objawów konwersyjnych z maltretowaniem, wykorzystaniem lub innym poważnym stresem
- obserwuje się znaczną współchorobowość z innymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak: zespół stresu pourazowego (PTSD), zaburzenia depresyjne, lęk przed separacją w dzieciństwie, zaburzenia adaptacyjne
- następstwa mogą mieć postać: uszkodzeń jatrogennych na skutek badań, leczenia, izolacji społecznej, nieosiągnięcia celów życiowych, np. wykształcenia, inwalidyzacja [4]

Model rozwoju zaburzeń konwersyjnych (*dysocjacyjnych*) przedstawia się następująco:

- Przekonania dotyczące choroby somatycznej u dziecka lub w rodzinie
- Odpowiedni poziom stresu i bodziec fizyczny wywołujący np. drgawki gorączkowe
- Lęk u dziecka i w rodzinie oraz wtórne korzyści z objawu
- Reakcje otoczenia i reakcje pracowników służby zdrowia

Rezultat: **utrzymywanie się objawu** [4].

Postępowanie w zaburzeniach pod postacią somatyczną i w zaburzeniach konwersyjnych w wieku rozwojowym obejmuje jednoznacznie diagnozę zaburzenia psychosomatycznego, przedstawioną dziecku i rodzicom z nakreśleniem perspektywy innego, ale bardzo ważnego postępowania terapeutycznego, zakończenie wszelkich prowadzonych badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych, interwencje wielopłaszczyznowe skierowane do dziecka i jego najbliższego otoczenia (dom oraz szkoła), identyfikację korzyści z obecności objawu, unikanie zarówno karan, jak i nagradzania za objaw oraz objęcie interwencjami psychoterapeutycznymi rodziny, z psychoedukacją i koncentracją rodziny na przyszłości

dziecka (plany, trudności z tym związane) [4].

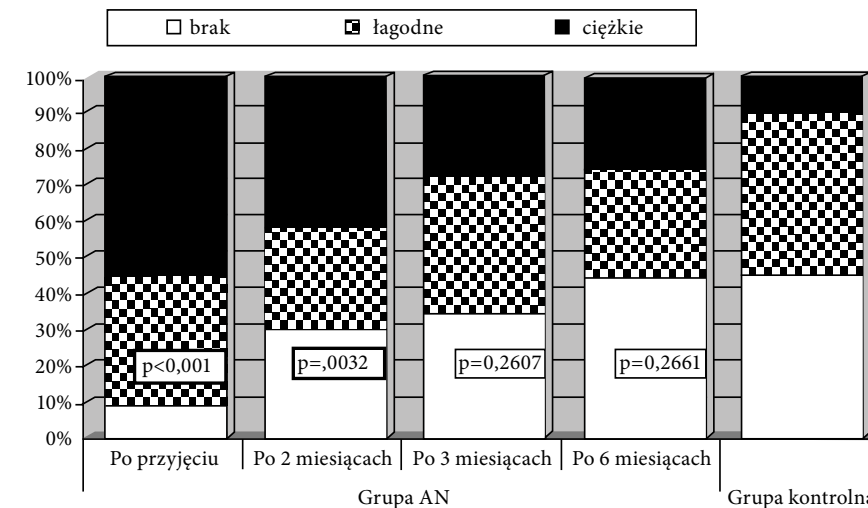
Lęk jest grupą reakcji emocjonalnych wyzwalanych przez bodźce z zewnątrz bądź z wewnątrz organizmu. Charakterystyczne dla tych reakcji jest to, że:

- Mają specyficzne, przykre zabarwienie, które prawie każdy zna z własnego doświadczenia
- Jednostka doświadcza je jako coś przykrego i uporczywego, czego nie można się pozbyć
- Większość ludzi czuje się wobec nich bezradna i ma poczucie ich irracjonalności
- Są związane, względnie wyzwalane reakcjami fizjologicznymi organizmu jednostki [6]

Lęk jest emocją, która może tworzyć struktury patologiczne lub nie, może być uczuciem, które poza tworzeniem symptomatologii lękowej jest również naturalnym regulatorem funkcjonowania człowieka w jego własnym środowisku. Ze względu na wielowymiarowy obraz lęku rozpatruje się go również w wymiarze stanu i cechy. Autorem takiego ujęcia jest amerykański psycholog Charles D. Spilberger. Opierając się na przyjętym modelu teoretycznym badacz ten wraz z współpracownikami zbudowali kwestionariusz do pomiaru lęku: **State –Trait Anxiety Inventory (STAI)** [7]. Lęk jest objawem towarzyszącym wielu zaburzeniom psychicznym, dlatego ważna jest ocena jego natężenia i próba oddzielenia lęku ściśle związanego z obrazem psychopatologicznym zaburzenia od trwałej predyspozycji osobowości. Lęk jako stan definiowany jest jako subiektywne, świadomie postrzegane uczucie obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego.

Lęk jako cecha jest definiowany jako motyw lub nabyta dyspozycja behawioralna, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa. Do «lęku jako stanu» zaliczane są objawy określane jako składowe psychologiczne (uczucie oszołomienia, zamknięcia, fantazje lękowe, zmniejszenie aktywności, unikanie, stała drażliwość), społeczne i behawioralne (wrażenie bycia wstydlivym, wycofaniem, zależnym od innych, zachowania kontrafobiczne, uczucie angażowania się w sytuacje związane z dowolnym niebezpieczeństwem), jak również składowa fizjologiczna. W przypadku rozpatrywania «lęku jako cechy» mówi się o stałym uczuciu napięcia i zagrożenia, przeżywaniu uczucia zakłopotania oraz niższości w kontaktach z innymi, jeżeli nie zapewniają całkowitej akceptacji, pewnych ograniczeniach w trybie życia wynikających z nadmiernej potrzeby bezpieczeństwa [8].

Analizując lęk jako stan u chorych z jadłowstrętem psychicznym (Anorexia Nervosa, AN) w czasie 6-miesięcznej obserwacji, w przyjętych okresach badania, stwierdzono, iż ma on statystycznie istotne nasilenie przy przyjęciu na Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego (OKPiPWR), jak również po dwóch miesiącach leczenia, w grupie chorych z AN w porównaniu z grupą kontrolną (ryc. 1).

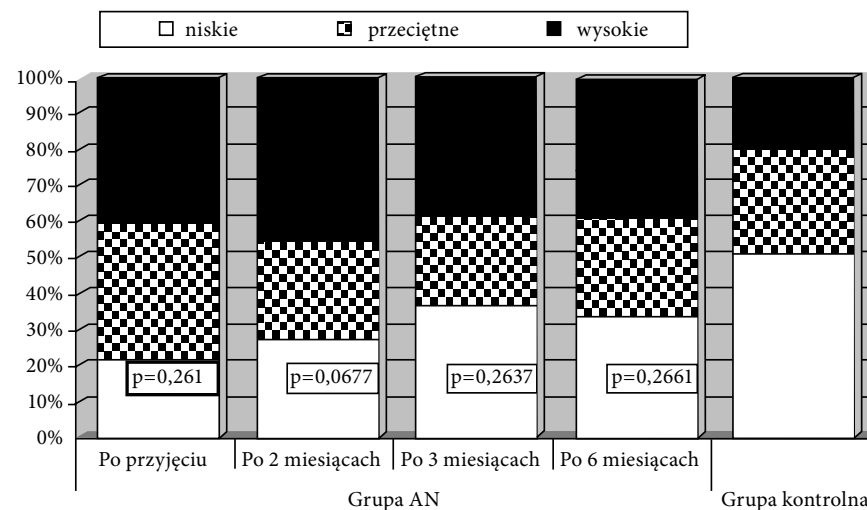


Ryc. 1. Ocena stopnia nasilenia lęku jako stanu w przyjętych okresach badania w grupie chorych z AN i grupie kontrolnej [9, 10]

Jednak w grupie chorych z AN obserwowano statystycznie istotną zmianę stopnia nasilenia lęku jako stanu w trakcie badania ($p < 0,001$) – test Chi2. W grupie badanej przy przyjęciu u ponad 50% pacjentów lęk w rozumieniu stanu miał nasilenie wysokie. Już po dwóch miesiącach leczenia odsetek osób z wysokim nasileniem lęku zmniejszył się do około 40%, natomiast ponad trzykrotnie wzrósł odsetek osób (do ponad 30%), u których lęk jako stan miał nasilenie niskie. Proporcje te były zachowane, tzn. wzrastał odsetek osób o niskim nasileniu lęku jako stanu, a malał o wysokim stopniu nasilenia (ryc.1). Przy przyjęciu do OKPiPWR wzmożone odczuwanie lęku, w rozumieniu stanu, może być związane z faktem choroby, która to sytuacja jako przewlekająca się może nieść ze sobą dużą dozę negatywnych odczuć. Jednocześnie sama konieczność pozostania w szpitalu i podjęcia leczenia w ramach OKPiPWR jest sytuacją nową, nieznaną, która może być odczuwana jako zagrażająca. Ponadto lęk i obniżony nastrój, to emocje idące zwykle w parze, stąd w stanie kryzysu, który rozumiany jest jako nasilenie choroby, aby uzyskać zmianę w objawach chorego, czasem trzeba radykalnie zmienić warunki leczenia. W przypadku niniejszego badania tą zmianą było pozostanie w szpitalu i podjęcie kompleksowej, systematycznej psychoterapii dobranej w zależności od potrzeb pacjentów. Sytuacja ta jako nowa i nieznaną sama w sobie może generować lęk. W procesie psychoterapii, która miała miejsce przez cały czas pobytu chorych w OKPiPWR, praca z jedzeniem, jako objawem, pozwoliła zredukować lęk oraz obsesyjne myśli i kompulsyjne zachowania (zarówno te związane z przygotowaniem posiłków, jak i natrętnie wykonywane ćwiczenia fizyczne). Należy również wziąć pod uwagę wyniki Pollice i wsp. [11], którzy wykazali, iż zaburzenia odżywiania nasilają lęk, a zwiększająca się masa ciała nie powoduje całkowitego jego ustąpienia, lecz jedynie

zmniejszenie stopnia nasilenia [9, 10, 11]. Lęk, tak silnie odczuwany na początku leczenia, może również mieć swoją genzę w bardzo wysokim poziomie aspiracji obserwowanych u chorych z AN, niezależnym od realnych możliwości oraz w wysokim poziomie tłumionej agresji, o czym pisał Rajewski i wsp. [12] [9, 10, 12].

Analizując lęk jako cechę, wykazano statystycznie istotną zależność pomiędzy grupą chorych z AN a grupą kontrolną jedynie przy przyjęciu do Oddziału Klinicznego Psychiatrii i Psychoterapii Wiekowej (p=0,0261) – test Chi2 (ryc. 2).



Ryc. 2. Ocena stopnia nasilenia lęku jako cechy w przyjętych okresach badania w grupie chorych z AN i grupie kontrolnej [9,10].

Począwszy od drugiego miesiąca leczenia zależności tej nie obserwowano. Należy jednak zauważyć, że lęk rozumiany jako cecha we wszystkich okresach przyjętych w badaniu utrzymywał się na tym samym wysokim poziomie u stałego odsetka osób (około 40%), natomiast w miarę trwania leczenia wzrastał odsetek chorych o niskim stopniu nasilenia lęku jako cechy [9, 10]. Istnienie owego stałego odsetka osób, u których lęk jako cechę obserwowano w trakcie badania, może prowadzić do wniosku o istnieniu pewnej charakterystycznej grupy chorych z AN, u których lęk jest jedną z zasadniczych cech osobowości kreujących specyfikę obrazu psychopatologicznego w tej grupie osób. Cecha ta świadczyłaby o istnieniu podgrupy chorych z AN – wyodrębnionej w literaturze przez Jakubczyk i wsp. [13] – jako neurotyczny rodzaj jadłowstrętu psychicznego [9, 10, 13]. Potwierdza to przeprowadzona analiza statystyczna, która wykazała, że lęk jako cecha nie zmienia się w sposób statystycznie istotny w grupie badanej (p=0,368) – test Chi2. Nasilenie lęku jako cechy w stopniu wysokim przy przyjęciu do OKPiPWR można łączyć z ostrą fazą choroby i nasileniem objawów z nią związanych. Podjęcie leczenia redukuje nasilenie lęku jako cechy, co świadczy o tym, że chorzy cierpiące na jadłowstręt psychicz-

ny nie różnią się od swoich zdrowych rówieśników postrzeganiem sytuacji, które tylko u osób podatnych powodują, iż obiektywnie niegroźne sytuacje postrzegane są przez nie jako zagrażające i dlatego reagują stanami lęku nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa. W kolejnych badaniach (w 2, 3 i 6 mies.) nie obserwowano istotnych statystycznie różnic w zakresie nasilenia lęku między grupą chorych z AN a grupą kontrolną, co świadczyć może o występowaniu komponenty lękowej jako specyficznej i niejako naturalnej wśród tzw. zdrowych nastolatków [9, 10].

Rozważania zaprezentowane w powyższym artykule prowadzą do wniosku, że w psychiatrii rozwojowej lęk występuje w jednostkach kategoryalnych, bywa postrzegany jako objaw towarzyszący innym zaburzeniom psychicznym bądź stanowi cechę konstytucjonalną. Dzięki odpowiednim metodom leczenia nasilenie lęku można zdecydowanie zmniejszyć lub nawet znacząco zredukować.

Piśmiennictwo

- 1 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 1998.
- 2 Popek L. Zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się w dzieciństwie. W: Psychiatria dzieci i młodzieży. Red. Namysłowska I., Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa. 2007; 2012: 139–150.
- 3 Bryńska A. Zaburzenia lękowe i obsesyjno-kompulsyjne. W: Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci. Red. Wolańczyk T., Komender J. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa. 2005; 147–173.
- 4 Wolańczyk T, Bryńska A. Zaburzenia psychosomatyczne w psychiatrii dzieci i młodzieży. W: Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży. Teoria i praktyka. Red. Szewczyk L., Skowrońska M., Wyd. Emu, Warszawa 2003, 25–34.
- 5 American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM IV) APA*. Washington D.C. 1994.
- 6 Siek S. *Wybrane metody badania osobowości*. Wyd. ATK, 1993
- 7 Sosnowski T. Lęk jako stan i jako cecha w ujęciu Charlesa D. Spilbergera. *Przeł. Psychol.* 1977; 20(2): 355–359.
- 8 Habrat-Pragłowska E. *Metody psychologiczne w diagnostyce psychiatrycznej*. W: Podstawy psychiatrii, t.1. Red. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J.: Wyd. Med. Urban&Partner, Wrocław 2002; 527–538.
- 9 Janas-Kozik M., Stachowiak E. *Objawy obsesyjno-kompulsyjne, depresyjność i lęk w przebiegu jadłowstrętu psychicznego. Propozycja ich rozumienia w perspektywie adolescencji*. *Psychoterapia* 2008; 3 (146): 35–60.
- 10 Janas-Kozik M., Stachowiak E. *Obsessive-compulsive symptoms, depressiveness and anxiety in the course of anorexia nervosa. Own suggestions regarding their understanding in the light of adolescence*. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2009; 4:11–30.
- 11 Pollice C., Kaye W.H., Greeno C.G., Weltzin T.E. *Relationship of depression, anxiety and*

- obsessionality to state of illness in anorexia nervosa*. Int. J. Eat Disord. 1997; 21: 367–376.
- 12 Rajewski A., Talarczyk M. *Poziom intelektu, aspiracji i samoakceptacji u chorych z restrykcyjną i bulimiczną postacią jadłowstrętu psychicznego*. Psychiatr.Pol. 1996; 30: 811–820.
- 13 Jakubczyk A., Żechowski C., Namysłowska I. *Jadłowstręt psychiczny – różne postaci, różne terapie*. W: Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy i komu. Red. Bomba J., Józefik B.: Bibl. Psychiatrii Pol., Kraków 2003; 47–53.

Prof. dr hab. n. med. Irena Krupka – Matuszczyk
Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

LĘK – CHOROBA DUSZY I CIAŁA

Streszczenie

«Rodzimy się
w lęku
i w lęku
odchodzimy
z tego świata»
prof. A. Kępiński

XXI wiek obfituje w liczne przemiany społeczno–gospodarcze i zmusza pojedynczego młodego i starszego wiekiem Polaka do gruntownej przebudowy wewnętrznej, dostosowującej go do obecnych warunków życia. Rodzi w osobie konflikty, które uwidaczniają się w postaci stresu, zagubienia, lęku czy depresji. Lęk przed niebezpieczeństwem, trudnościami, przed nieznanym jest nieodłącznym towarzyszem życia. «Rodzimy się w lęku i w lęku odchodzimy z tego świata» powiedział profesor Kępiński. «Nie chcesz zostać w tyle, lepiej przyspiesz» – takie przesłanie niesie obecna rzeczywistość, w której stres stał się syndromem naszych czasów.

Dawniej lęki były dużo bardziej zróżnicowane, bano się właściwie wszystkiego, ale zazwyczaj powiązane były z wiarą i Bogiem, ale współczesna ich postać to trwoga przed kryzysem gospodarczym i z tym związanym bezrobociem oraz lęk o zdrowie. Jaka jest ocena zadowolenia z życia przez Polaków świadczy opublikowany w styczniu 2013 roku raport CBOS dotyczący 2012 roku, a zamieszczony na stronie internetowej www.cbos.pl zadowolenie z życia Polaków.

Zaburzenia lękowe są jednym z najczęstszych zaburzeń psychicznych występujących w populacji. Szacuje się, że na przestrzeni życia mogą dotyczyć około 10% ludzi, częściej kobiet niż mężczyzn. Wspólną cechą tej grupy zaburzeń jest nadmierny, irracjonalny lęk związany z przeżywaniem dyskomfortu, niepokoju bez konkretnego powodu lub w sytuacji, która obiektywnie nie wydaje się stanowić zagrożenia.

Zgodnie z obowiązującą klasyfikacją ICD 10, lęk często ma charakter egzystencjalny i przejawia się jako:

- lęk przed losem i śmiercią
- lęk przed pustką i utratą sensu życia
- lęk przed winą, potępieniem czy samo odrzuceniem

Lęk występuje pod postacią objawów psychicznych, behawioralnych, wegetatywno – somatycznych i zmian biochemicznych.

Lęk jest także nieodłącznym objawem układowych chorób lub zmian somatycznych, ale może również odgrywać rolę w ich ujawnieniu.

Omówienie

«Nie chcesz
zostać w tyle,
lepiej przyspiesz»
prof. A. Kępiński

XXI wiek w jakim żyjemy to trudny czas, obfituje w liczne przemiany społeczno-gospodarcze i zmusza pojedynczego młodego i starszego wiekiem Polaka do gruntownej przebudowy wewnętrznej, dostosowującej go do obecnych warunków życia. Rodzi w osobie konflikty, które uwidaczniają się w postaci stresu, zagubienia, lęku czy depresji. Lęk przed niebezpieczeństwem, trudnościami, przed nieznanym jest nieodłącznym towarzyszem życia. «Rodzimy się w lęku i w lęku odchodzimy z tego świata» powiedział profesor Kępiński [1]. «Nie chcesz zostać w tyle, lepiej przyspiesz» – takie przesłanie niesie obecna rzeczywistość, w której stres stał się syndromem naszych czasów [2].

Dawniej lęki były dużo bardziej zróżnicowane, bano się właściwie wszystkiego, ale zazwyczaj powiązane były z wiarą i Bogiem, ale współczesna ich postać to trwoga przed kryzysem gospodarczym i z tym związanym bezrobociem oraz lęk o zdrowie. Raport CBOS (2012) wykazał, że najczęstsze lęki i niepokoje Polaków związane są z sytuacją ekonomiczną i jakością życia, a źródłem niepokoju społecznego jest polityka rządzących w kraju i we wspólnocie europejskiej, zagrożenie przestępczością i chorobami. 18% respondentów oceniało swoje emocje jako depresję (z przewagą kobiet), a co trzeci Polak bywa zniechęcony, 27% podaje odczucie bezradności, a 32% jest przewlekłe znużonych. Jednak zestawienie danych z ostatnich dwudziestu lat pokazuje systematyczną poprawę samopoczucia Polaków. W porównaniu z rokiem 1991 prawie czterokrotnie wzrósł odsetek ankietowanych mających pewność, że wszystko układa się dobrze, i prawie potroił odsetek zadowolonych z faktu, że coś im się w życiu udało. Znacznie większa liczba Rodaków często odczuwała zaciekawienie i podekscytowanie. Umocniło się również poczucie dumy z własnych osiągnięć i w roku 2012 było ono najwyższe w całym analizowanym okresie, wyższe nawet od tego, które towarzyszyło Polakom w pierwszych latach transformacji systemowej [3].

Strach czy lęk – różnicowanie tych stanów emocjonalnych

W psychopatologii rozróżnia się pojęcie lęku i strachu. Strach jest negatywną fizjologiczną reakcją zazwyczaj krótkotrwałą na zaistniałą sytuację, np. widzimy wypadek, który miał miejsce na jezdni, kiedy my przechodziliśmy chodnikiem, po naszym oddaleniu się od tego miejsca, strach słabnie. W przypadku strachu przyczyna jest łatwo dostrzegalna. Strach, elementarna, przykra emocja o charakterze wrodzonym, pojawia się w sytuacjach realnego, rozpoznawalnego zagrożenia i daje możliwość identyfikacji zagrażającego obiektu i to odróżnia strach od lęku. Natomiast lęk jest przykrą reakcją uczuciową (przeżywanie) na jakieś zagrożenie, w którym znajduje się człowiek. Im głębiej przeżywamy niebezpieczeństwo tym większy lęk [4]. Według Kępińskiego strach to lęk przedmiotowy, a więc związany z określoną przyczyną [1]. Uważa się, że lęk odbierany jest jako stan, emocja występująca bez zauważalnej przez człowieka, którego ona dotyczy, przyczyny, aczkolwiek obserwator może tę przyczynę dostrzegać. Stopień zaburze-

nia funkcjonowania u poszczególnych osób zależy od nasilenia lęku, umiejętności radzenia sobie z nim, a także innych czynników zewnętrznych i wewnętrznych (w tym uzależnienia od substancji psychoaktywnych czy chorób somatycznych) podtrzymujących lub zmniejszających nasilenie lęku. Jest to wzruszenie analogiczne do strachu, przeżywane bez bodźca działającego z zewnątrz, bez wyobraźnego przedmiotu połączone z szeregiem odczuć somatycznych. Jest to emocja dla której często trudne jest wyznaczenie granicy pomiędzy fizjologią a patologią. Lęk fizjologiczny powstaje w momencie zagrożenia i jego nasilenie mieści się w granicach możliwości adaptacyjnych. Lęk patologiczny jest przejawem zaburzeń emocji i ma charakter napadowy, przewlekły, wolno płynący lub ukryty. Jego nasilenie przekracza możliwości adaptacyjne, upośledza prawidłowe funkcjonowanie, a zagrożenie jest nierozpoznawalne [4, 5].

Dla rozpoznania reakcji strachu muszą być obecne wszystkie wymienione poniżej elementy:

składniki poznawcze – oczekiwania związane z zagrażającą szkodą, wyolbrzymianie rzeczywistej wielkości niebezpieczeństwa, wzrost wrażliwości sensorycznej i uwagi

składniki somatyczne – reakcja alarmowa ciała na grożące niebezpieczeństwo i zmiany w wyglądzie zewnętrznym bladość skóry, gęsia skórka, wzrost napięcia mięśniowego, mimika wyrażająca strach, przyspieszenie tętna i oddechu, wzmożona potliwość, suchość w ustach, spowolnienie perystaltyki jelit, kołatanie serca, częste parcie na mocz i stolec, zaburzenia potencji płciowej, rozszerzenie źrenic «strach ma wielkie oczy»

składniki emocjonalne – uczucie silnej obawy, przerażenia, paniki, ucisk w żołądku, dreszcze, niepokój, uczucie przestrachu, wzmożona wrażliwość na bodźce

składniki behawioralne – ucieczka lub walka, spadek apetytu, wzrost reakcji awersyjnych, wycofanie, unikanie, zastyganie w bezruchu, agresja, drażliwość, zachowanie «walczy» lub «uciekaj» [6].

W lęku widoczne są te same cztery składniki, co w zespole strachu, z jedną różnicą, która dotyczy elementu poznawczego otóż składnikiem lęku jest oczekiwanie zagrożenia „coś okropnego może mi się przydarzyć”. Somatyczny składnik lęku jest ten sam, co w przypadku strachu, a więc pojawiają się elementy reakcji alarmowej. Również behawioralne składniki lęku i strachu nie różnią się. Jednak w przypadku lęku obiekt jest pozbawiony konkretnej formy. Tak więc strach osadzony zostaje w rzeczywistości, może być odpowiedzią na wyolbrzymione, ale prawdziwe zagrożenie, natomiast lęk nie ma źródła określonego bliżej przedmiotu [7, 8].

Przykładem może być zachowanie Leszka i Mieszka w bajce A. Mickiewicza, którą przytaczam:

Przyjaciele

Nie masz teraz prawdziwej przyjaźni na świecie,
Ostatni znam jej przykład w oszmiańskim powiecie.

Tam żył Mieszek, kum Leszka, i kum Mieszka, Leszek.
Z tych, co to: gdzie ty, tam ja, co moje, to twoje.
Mówiono o nich, że gdy znaleźli orzeszek,
Ziarnko dzielili na dwoje,
Słowem, tacy przyjaciele,
Jakich i wtenczas liczono nie wiele,
Rzekłbyś, dwójduch w jednym ciełe.

O tej swojej przyjaźni raz w cieniu dąbrowy
Kiedy gadali, łącząc swoje czułe mowy
Do kukań zozul i krakań gawronich,
Alić ryknęło raptem coś koło nich.
Leszek na dąb; nuż po pniu skakać jak dzięciołek.
Mieszek tej sztuki nie umie,
Tylko wyciąga z dołu ręce: «Kumie!»
Kum już wylazł na wierzchołek.

Ledwie Mieszkowi był czas zmróżyć oczy,
Zbladnąć, paść na twarz, a już niedźwiedź kroczy,
Trafia na czoło, maca, jak trup leży...
Wnosi, że to nieboszczyk i że już nie świeży.
Więc, mruknąwszy ze wzgardą, odwraca się w knieje.
Bo niedźwiedź Litwin mięs nieświeżych nie je.

Dopieroż Mieszek odżył. — «Było z tobą krucho! —
Woła kum — szczęście, Mieszku, że cię nie zadrapał!
Ale co on tak długo tam nad tobą sapał,
Jak gdyby coś miał powiadać na ucho?»
«Powiedział mi — rzekł Mieszek — przysłowie niedźwiedzie,
Że prawdziwych przyjaciół poznajemy w biedzie».

Zachowanie obu przyjaciół spowodowane zostało strachem przed spotkaniem z niedźwiedziem i śmiercią, Leszkowi strach dodał sił w ucieczce na drzewo, a Mieszko padł na ziemię i znieruchomiał pod drzewem (w stuporze) i uratowały go zwieracze, które popuściły, co niedźwiedź skomentował: «niedźwiedź Litwin mięs nieświeżych nie je».

Natężenie strachu może ulegać zmianie, ale jest akceptowane, gdy jest proporcjonalne do wielkości zagrożenia. Jeżeli przerasta stopień bezpieczeństwa, mówimy, że ujawniła się fobia. Strach jest emocją fizjologiczną, fobia – patologiczną. Obie emocje mają takie same cechy kliniczne, lecz różnią się natężeniem reakcji [9].

Warto pamiętać, że lęk pełnił i pełni funkcję adaptacyjną, bo pojawia się jako zapowiedź zagrożenia. Przygotowuje do mobilizacji organizm w razie wystąpienia zagrożenia i pomaga walczyć z przeciwnościami losu. Patologia zaczyna się, gdy lęk zamiast służyć przetrwaniu, destabilizuje jakość funkcjonowania człowieka [1, 4].

Refleksje nad lękiem

Zaburzenia lękowe są jednym z najczęstszych zaburzeń psychicznych występujących w populacji. Szacuje się, że na przestrzeni życia mogą dotyczyć około 10% ludzi, częściej kobiet niż mężczyzn. Wspólną cechą tej grupy zaburzeń jest nadmierny, irracjonalny lęk związany z przeżywaniem dyskomfortu, niepokoju bez konkretnego powodu lub w sytuacji, która obiektywnie nie wydaje się stanowić zagrożenia [8]. Jednak pragnę zwrócić uwagę, że trapiące nas obecnie lęki nie są czymś nowym, podobne od zawsze towarzyszyły ludziom. Lęk pełnił i pełni ważną rolę biologiczną, ostrzegał przed groźącym niebezpieczeństwem, dodawał sił w walce ze zwierzętami czy w obronie własnej w czasie najazdu nieprzyjaciela. Osoba pozbawiona lęku miałaby małe szanse na przeżycie i mogła stanowić zagrożenie dla innych członków rodzin [8].

Lęk ostrzegał przed niebezpieczeństwem odczuwalnym i zrozumiałem przez wszystkich, ale może być wytworem samego człowieka albo grupy ludzi. Lęk często ma charakter egzystencjalny i przejawia się jako:

- lęk przed losem i śmiercią (jest czymś najbardziej podstawowym i nieuniknionym, bo śmierć jest ciągle obecna w naszym życiu w różnych formach i przejawach)
- lęk przed pustką i utratą sensu życia (człowiek pragnie, aby przyszłość była sensem jego życia i dlatego pojawia się tego rodzaju emocja przed bezsensem)
- lęk przed winą, potępieniem czy samoodrzućciem [8]

W życiu codziennym przeżywamy różne małe lęki. Wiele osób odczuwa lęk np. przed urzędem. Ludzie boją się przedstawicieli władzy, ale także lekarzy, a nawet księży. Ale są też lęki uwarunkowane osobowością człowieka i jego charakterem. Lęk może paraliżować działanie, a nawet rozwój człowieka i przez to może stać się destruktywny. Może opóźniać działanie lub wręcz je uniemożliwia, także wówczas, kiedy nie jest objawem psychozy [9].

Kępiński ocenia lęk jako formę agresji w następujących słowach: «agresywny stosunek do otoczenia (np. ambicja) jest źródłem lęku, ponieważ opiera się na zasadzie: zwyciężę lub zostanę zwyciężony». Owo «zostanę zwyciężony» ma w tle agresywnego, zdobywczego, nastawionego na dominację postępowania człowieka. Kępiński wymienia też inne źródła lęku. Po pierwsze wskazuje na utrwalone systemy nakazów i zakazów człowieka w zależności od jego własnych czynów. Zaabsorbowani własnym życiem stajemy się w końcu zagrożeniem dla siebie samych. Jednak nikt nie chce przyznać, że jest swoim własnym agresorem przeto samoświadomość lękającego się człowieka lokuje przyczynę lęku w przedmiocie, osobie lub sytuacji. Kępiński mówi również o osobliwym związku pomiędzy Ja a działaniem. Im bardziej człowiek angażuje się w aktywne życie, tym bardziej zapomina o sobie. W pewnej chwili czuje, że jego Ja słabnie, na skutek, czego ogarnia go poczucie nieokreślonego zagrożenia czyli lęku [1].

«Agresywny
stosunek
do otoczenia
(np. ambicja)
jest źródłem lęku,
ponieważ
opiera się
na zasadzie:
zwyciężę
lub zostanę zwyciężony»
prof. A. Kępiński

Lęk i jego obraz kliniczny

Lęk występuje pod postacią objawów psychicznych, behawioralnych, wegetatywno-somatycznych i zmian biochemicznych:

psychiczne – uczucie napięcia, niepokoju, poczucie zagrożenia. Zaburzenia skupienia uwagi i zawężenie pola postrzegania, poczucie zagrożenia z towarzyszącym oczekiwaniem, stan paniki, skłonność do wszelkiego rodzaju obaw, specyficzna czujność wobec sytuacji, nadczynność układu autonomicznego, niemożność odprężenia się

behawioralne – zmieniona charakterystyczna mimika, manipulacyjny i lokomocyjny niepokój podniecenie lub zahamowanie ruchowe, drżący głos, drżenie rąk i ciała, zaburzenia snu, najczęściej występuje utrudnione zasypianie

biochemiczne – wzrost wydzielania katecholamin i sterydów nadnerczowych (noradrenaliny i kortyzolu), podwyższony poziom glukozy, cholesterolu, kwasów tłuszczowych we krwi

Lęk jako reakcja przystosowawcza lub odpowiedź na bezpośrednie niebezpieczeństwo, konflikt lub stres, może być izolowany, a lęk związany z określonym bodźcem mający niewspółmierne nasilenie może przybierać postać lęku pierwotnie autonomicznego i nie jest związany przez pewien czas z żadnymi wyraźnymi warunkami, co występuje w napadach paniki i endogennym lęku. Natomiast lęk wtórny pojawia się jako objaw innych zaburzeń somatycznych i psychiatrycznych [8, 10].

Lęk jest nieodłącznym objawem następujących układowych chorób somatycznych lub zmian somatycznych, ale może również odgrywać rolę w ich ujawnieniu:

- choroby układu krążenia, zagrażający zawał serca, napadowa przedsionkowa tachykardia, zator tętnicy płucnej, kardiomiopatie, choroba wieńcowa
- choroby endokrynologiczne – nadczynność i niedoczynność tarczycy czy przytarczyc, guz chromochłonny nadnerczy, cukrzyca, insulinoma, zespół Cushinga
- inne przyczyny – porfiria, reakcja anafilaktyczna, hipoksja i hipowolemia, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), zespół abstynencyjny (odstawienie alkoholu, leków psychoaktywnych), rozpoczynające się majaczenie, zatrucia – amfetaminą czy kofeiną, zespół psychoorganiczny (masywne urazy narządowe, zespół pourazowy, encefalopatia)
- szkodliwe warunki zawodowe (czynniki psychofizyczne), astenia po przebytych chorobach somatycznych zwłaszcza zakaźnych, nadmierne obciążenie pracą fizyczną lub umysłową

W wyżej wymienionych chorobach lęk jest wszechobecny, ale może być nierozpoznawany i często bagatelizowany przez lekarzy. Nasilenie lęku w chorobach psychicznych i somatycznych również wiąże się u pacjenta ze świadomością ciężkości choroby [4, 8].

Leki i środki farmakologiczne wywołujące lęk: alkohol, amfetamina, aminofilina, antycholinergiczne, antyhistaminowe, bromokryptyna, digoxin, dopamina, efe-

dryna, fenylefryna, glikokortykoidy, hormony tarczycy, kofeina, kokaina, lidokaina, metylfenidat, pentazycyna, leki przeciwgruźlicze, pseudoefedryna, salicylany [8].

Zaburzenia lękowe wg ICD-10 to kategorie F40 – F48 [11]. Częstość wybranych zaburzeń lękowych, które dotyczą ludzi przedstawia się następująco: fobie 3 – 5%, lęk napadowy 2 – 4%, lęk uogólniony 2 – 6%, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne 2%, zaburzenia stresowe pourazowe 0,75%, zespół fobii społecznej 4,5% [8].

Większość zaburzeń psychicznych przebiega z objawami lęku. Dotyczy to głównie depresji w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej i dwubiegunowej, psychozy, np. psychozy schizoafektywnej, otępienia, np. Alzheimerowskiego czy następstw używania substancji psychoaktywnych, np. majaczenia [4, 8].

Schemat diagnozowania lęku polega na wykluczeniu szeregu czynników takich jak:

- somatycznego podłoża lęku
- ubocznego stosowania leków
- dolegliwości zgłaszane przez pacjenta są objawami zaburzeń nastroju depresji czy innej psychozy
- należy jeszcze ocenić istnienie związku niepokoju ze stresującymi problemem [8, 9]

Natomiast podstawowym elementem rozpoznania zaburzeń lękowych jest ocena związku lęku ze stresem, ewidentnym powiązaniem z reakcją na chorobę, zaburzeniem adaptacyjnym, ostrą reakcją na stres czy zaburzeniem stresowym pourazowym. Brak prostego związku stwierdzimy rozpoznając zaburzenia lękowe uogólnione, zaburzenia lękowe z napadami lęku (zespół lęku napadowego), zaburzenia lękowe w postaci fobii, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne.

Przykłady poszczególnych zaburzeń lękowych z podaniem dominujących objawów:

Zaburzenia lękowe uogólnione (GAD)

Lęk, w tym zaburzeniu, ma charakter wolno płynący, jest odczuwany stale i przewlekłe, niezależnie od sytuacji. Chory potwierdza nieokreślone zagrożenie i z tym związany niepokój i napięcie wewnętrzne. Towarzyszą tym objawom suchość w jamie ustnej, obfite poty i drżenie kończyn lub całego ciała, bóle brzucha i w klatce piersiowej oraz kołatanie serca, nudności, biegunki, osłabienie skupienia uwagi i pamięci. Do mniej specyficznych skarg należą: różnego rodzaju mrowienia i drętwienia, np. w kończynach, bóle i zawroty głowy i poczucie nierealności. Zawsze występuje lęk przed umieraniem. Dla rozpoznania GAD objawy muszą utrzymywać się większość dnia, co najmniej kilka tygodni, zazwyczaj kilku miesięcy [6, 11]. Występuje częściej u kobiet z początkiem zachorowania około 35 r. ż. Osoby doświadczające powyższych dolegliwości są częstymi pacjentami jednostek służby zdrowia.

Zespół lęku napadowego

Obraz kliniczny opiera się na nawracających napadach silnego lęku (paniki) z towarzyszącymi następującymi objawami: kołatanie lub częstoskurcz serca, obfi-

te pocenie się, uderzanie gorąca lub dreszcze, ból w klatce piersiowej, duszności z dławieniem się, drżenie lub drgania ciała, zawroty głowy, uczucie zachwiania równowagi lub omdlenie, ocena nierealności własnej osoby (*depersonalizacja*) lub otoczenia (*derealizacja*) oraz silne przeczucie śmierci. Napad lęku trwa kilka minut, a jego przebieg wykazuje dużą zmienność. Po napadzie pozostaje silna obawa (lęk przed lękiem, lęk oczekiwania) przed ponownym jego wystąpieniem oraz unikanie sytuacji, które mogły być jego przyczyną. Dla rozpoznania należy stwierdzić kilka napadów lęku z objawami wegetatywnymi w ciągu miesiąca w okolicznościach, w których brak obiektywnego zagrożenia [6, 11]. Pomiędzy napadami paniki następuje względne uwolnienie się od objawów lęku. Lęk napadowy występuje bez uchwytnej dla pacjenta przyczyny, ale szybko następuje powiązanie z okolicznościami, w których nastąpił pierwszy atak.

Zaburzenia lękowe pod postacią fobii

Jest to nadmierny lęk przed różnymi sytuacjami, bądź miejscami. Ujawnienie się bodźca będącego przedmiotem zaburzeń, bądź samo jego wyobrażenie wywołuje nieprzyjemne doznania emocjonalne o różnym nasileniu aż do napadu lęku włącznie. Obowiązująca klasyfikacja ICD 10 wyróżnia 3 rodzaje zaburzeń pod postacią fobii: agorafobię, fobię społeczną oraz fobie swoiste. Różnią się rodzajem bodźca, ale objawy są podobne – nasilony lęk i szereg objawów wegetatywnych: kołatanie serca, wzmożone pocenie się, zaburzenia skupienia uwagi i pamięci, zaczerwienienie lub zblednięcie twarzy, drżenie ciała (zwłaszcza rąk), duszności, kula w gardle, wzmożone parcie na mocz i stolec i suchość w jamie ustnej [6, 11].

Agorafobia

Jest to lęk przed otwartą przestrzenią, przed wszelkimi sytuacjami, z których ucieczka byłaby trudna lub niemożliwa. Taka osoba unika tłumów, miejsc publicznych, otwartych przestrzeni, oddalania się od domu i samotnego podróżowania. Potrafi latami nie opuszczać swojego domu. Bezpiecznie czuje się w obecności drugiej osoby.

Zespół lęku społecznego (fobia społeczna)

Tego rodzaju lęk wywołują wszelkie sytuacje, w których osoba cierpiąca na to zaburzenie znajduje się w obecności innych osób. W obawie przed oceną chory unika spotkań towarzyskich, wystąpień publicznych, w czasie których (jedzenia, pisania, wykład) może dojść do kompromitujących go zachowań. Towarzyszy często aktorom (określany również jako lęk sceniczny). Lęk może wyrażać się objawami wegetatywnymi: drżeniem rąk, zaczerwienieniem twarzy lub plamami na twarzy i szyi, parciem na mocz i stolec, głosem, którego nie można wydobyć z gardła. Schorzenie to może doprowadzić do poważnych trudności w życiu zawodowym i prywatnym.

Fobie specyficzne (swoiste)

Specyficzne postacie to lęk pojawiający się w odpowiedzi na konkretne bodźce lub sytuacje utożsamiane jako zagrażające, np. widok krwi, ran, zwierząt, wysokość, pewne potrawy czy lot samolotem. Opisano około 200 różnych fobii, np. karcino-

fobia (lęk przed zachorowaniem na raka), arachnofobia (lęk przed pajakiem) itp. Fobie swoiste (specyficzne) często współistnieją z innymi zaburzeniami lękowymi [12].

Zaburzenia obsesyjno–kompulsyjne (zespół natręctw)

W obrazie klinicznym dominują nawracające uporczywe myśli (*obsesje*) z towarzyszącymi przymusowymi zachowaniami (*kompulsje*). Natrętne myśli pojawiają się wbrew woli pacjenta i są wszelkiego rodzaju wyobrażeniami, ideami czy impulsami do działania i dotyczą obawy przed chorobą czy zabrudzeniem. Mogą mieć charakter seksualny, często bluźnierczy wobec dogmatów religijnych. Czynności natrętne mają charakter rytuałów, (np. liczenie kroków, rodzaj tańca przy zamykaniu drzwi mieszkania) są one podejmowane w celu uniknięcia przykrych konsekwencji lęku dla chorego. Pacjent ma świadomość bezsensowności swoich zachowań, ale ich nie wykonanie powoduje silny lęk. Przykładem tego zaburzenia jest przymusowe mycie rąk z powodu lęku przed zabrudzeniem się. Osoba chora nie jest w stanie przygotować posiłku, posprzątać mieszkanie, umyć się. Jest to najcięższa postać grupy zaburzeń lękowych [6,11].

Leczenie objawów lękowych

Farmakoterapia

jest uzależniona od planu leczenia, nasilenia objawów i ustaleń z pacjentem i przebiega jako:

- **terapia krótkotrwała:** benzodiazepiny. Należy unikać benzodiazepin, zastosować ściśle do wskazań. Ryzyko uzależnienia ze wszystkimi jego konsekwencjami!!!
- **terapia dłuższa:** buspiron lub SSRI
- **pomocniczo** stosowane są neuroleptyki (w małych dawkach) i stabilizatory nastroju [13]

Ważna jest **reguła poczwórnego «D»**: Rozpoznanie = Diagnosis, Lek = Drug, Dawka = Dose, Czas trwania leczenia = Duration w zaleceniu leków.

Najczęściej stosowane są następujące leki:

- **leki anksjolityczne** (np. benzodiazepiny)
- **leki tymoleptyczne:** trójpierścieniowe (TLPD), selektywne inhibitory wychwyty serotoniny (SSRI), odwracalne selektywne inhibitory MAO (RIMA).

Istnieje możliwość dobrania leków do poszczególnych rodzajach lęku i tak np.:

- w reakcji na silny stres sprawdzają się klasyczne leki przeciwdepresyjne (LPD: np. opipramol, amitrypylina, doxepin)
- w fobii społecznej natomiast inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI): paroksetyna 20mg/24h, citalopram 20–60mg/24h, odwracalne selektywne inhibitory MAO (RIMA): moklobemid 300–600mg/24h i B–blokery
- w lęku scenicznym, popularnie określanym tremą (rodzaju fobii społecznej): B–bloker, np. propranolol 40mg podany na 2 godziny przed występem

«Ja tutaj tylko na chwilę. Pięć minut i tyle. Powiem i już mnie nie ma. Albo nie powiem. Trema.»

M. Załucki przed każdym występem w Teatrze Satyryków odczuwał ogromną treść, żeby ją ukryć napisał sobie wiersz «Trema» [14].

M. Załucki

Zlecając przyjmowanie benzodiazepin (BDZ) należy pamiętać o profilu działania:

- silne działanie przeciwlękowe przy słabym nasennym i miorelaksacyjnym posia: oksazepam, medazepam, klobazam, prazepam
- zrównoważony profil kliniczny ma: bromazepam, temazepam
- silnie przeciwlękowo i nasennie działa: lorazepam, klorazepat

Zatem, jakie są inne niż wyżej wymienione wskazania kliniczne do stosowania u pacjenta poszczególnych preparatów BDZ:

- **w ostrym napadzie lęku:** diazepam, chlordiazepoksyd, klorazepat wszystkie podane w iniekcji
- **zaburzeniach snu:** środki o szybkim działaniu, nie mają czynnych metabolitów: estazolam (2–4 mg), lorazepam (2–7,5 mg), lormetazepam (0,5–1 mg), temazepam (10–30mg)

Przeciwwskazania do stosowania BDZ są wyraźne i wymagają przestrzegania zarówno przez zlecającego, jak zażywającego.

Do bezwzględnych przeciwwskazań należą: intoksykacja innymi środkami psychotropowymi, alkoholem, opiatami, miastenia, zaburzenia oddychania, natomiast do względnych: ciąża, uszkodzenie nerek lub wątroby, niewydolność krążenia i prowadzenie pojazdów mechanicznych [13].

Do objawów niepożądanych związanych z przyjmowaniem leków przeciwlękowych zaliczane są zmiany, które pojawiają się ze strony układu oddechowego (przy stosowaniu iniekcji dożylnych diazepam może wystąpić porażenie ośrodka oddechowego), układu krwiotwórczego, ale również mogą pokazać się odczyny zapalne w miejscu wstrzyknięcia.

Pragnę przypomnieć, że objawy odstawienne (*abstynencyjne*) mogą ujawnić się po miesiącym regularnym stosowaniu leków przeciwlękowych i nagłym ich zaprzestaniu zażywania przez chorego, jako łagodne objawy abstynencyjne, które są trudne do odróżnienia od leczonych zaburzeń lękowych lub jako nasilone objawy abstynencyjne (napady padaczkowe, stany podniecenia z zaburzeniami świadomości, depersonalizacja i derealizacja, drżenia mięśniowe, zaburzenia psychotyczne).

W takim razie jak skutecznie zredukować dawkę leku przeciwlękowego, aby nie wystąpiły objawy odstawienia. Proponuję:

zmniejszanie dawki dziennej o 1/4 dawki, co 8–10 dni lub o 23%/tydzień. Należy zwrócić uwagę na możliwość zastosowania zamiennie innego leku.

Przedstawiam ekwiwalenty dawek najczęściej stosowanych benzodiazepin: oksazepam: 15 mg, chlordiazepoksyd: 10 mg, diazepam: 5 mg, lorazepam: 1 mg, klorazepat: 7,5 mg, alprazolam: 0,25 mg.

Dla przypomnienia przedstawię, jak przebiega i jakie ma postacie zatrucie benzodiazepinami:

- ostre przedawkowanie leku: senność aż do śpiączki włącznie, apatia, spowolnienie ruchowe, osłabienie siły mięśniowej, podwójne widzenie, nudności, bóle głowy, dyzartria i amnezja następcza
- przewlekłe stosowanie dużych dawek: dysforia, osłabienie sprawności intelektualnej, siły mięśniowej, utrata apetytu, bezsenność, niepokój, pobudzenie

W terapii ostrego zatrucia ma zastosowanie flumazenil w iniekcji dożylny 0,1–0,2 mg w ciągu minuty, dawkę można powtórzyć po 20 min, nie przekraczając 3 mg w ciągu godziny.

Warto poznać zasady stosowania BZD w celu uniknięcia uzależnienia od leków lub przedawkowania (często w celach samobójczych):

- stosować, gdy zachodzą istotne wskazania
- unikać podawania u osób wcześniej uzależnionych
- przepisywać najmniejsze opakowanie leku
- zalecać małe dawki, szybko, ale stopniowo je redukować, czas stosowania określić na początku terapii
- uprzedzić, aby chory nie zwiększał sam dawki leku

Jeśli pacjent obawia się zażywania leków określanych często «chemią» albo objawy są o nieznacznym nasileniu można polecić picie naparów następujących ziół:

- melisa do 3 szklanek/dzień
- dziurawiec pamiętając, że słońce na odsłoniętych miejscach skóry pozostawia brunatne plamy, które nie znikają

Można przygotować napar z mieszanki ziół:

po 1 łyżeczce następujących ziół krwawnik, arcydzięgiel, lawenda, mięta zalać 1 l wody wrzącej, podgrzewać 20 minut, nie gotować. Pić do 3 x 1 szklankę w ciągu dnia.

Równie ważne jest przygotowanie kąpeli o działaniu antystresowym i przeciwlękowym. Do kąpeli trwającej 20–30 min należy wsypać do wanny:

- 1 kg soli Morza Martwego
- lub 1 kg soli ciechocińskiej
- lub 1 kg soli bocheńskiej lub iwonickiej
- lub przygotować napar z mieszanki ziół: 2 garści płatków nagietka + 1 garść pokruszonych korzeni łośnianu + 1 garść pokruszonego korzenia prawoślazu to zalać 2 szklankami wrzącej wody, podgrzewać przez 20 minut (nie gotować) i po odcedzeniu wlać do wanny

Psychoterapia

Przed lękiem można się bronić poprzez racjonalizowanie go we własnej świadomości, zaprzeczanie przeżywanemu lękowi, odrzucanie go czy poprzez unikanie wszystkich sytuacji, myśli czy uczuć mogących wywoływać lęk. Oddziaływania psychoterapeutyczne różnego rodzaju (ćwiczenia relaksacyjne i terapia behawioralno – poznawcza) mają również na celu: poprawę wglądu, wentylowanie emocji, elementy treningu asertywności, ćwiczenia oddechowe i naukę relaksacji. Realizacja zależy od możliwości czasowych i preferencji lekarza i chorego [15].

Terapia poznawczo – behawioralna (ang. CBT) to jedna z najskuteczniejszych i szybko przynoszących pozytywne rezultaty metod radzenia sobie z problemami emocjonalnymi. Polecana jest przez terapeutów, ponieważ umożliwia trwałe przezwyciężenie różnorodnych ograniczeń, a jej założenia zostały potwierdzone naukowo.

Pokonywanie lęku, co należy wziąć pod uwagę w trakcie psychoterapii indywidualnej i grupowej: czym jest uczucie lęku, dlaczego ludzie cierpią z powodu lęku, co wyzwala lęk, aspekt fizyczny i stawianie czoła lękom, lęk przed lękiem, jak rozładowywać stres [13, 15].

Warto w tym miejscu przytoczyć zasady pracy psychoterapeutycznej wg Kuhna [cyt. za 16]:

- 1 Nie ponaglać chorego
- 2 Akceptować i werbalizować wyrażane odczucia
- 3 Wspierać emocjonalnie wypowiedzi i zachowanie
- 4 Pomóc w rozwiązywaniu problemów osobowościowych i emocjonalnych

Jakie są ważne i skuteczne efekty psychoterapii dla osób z zaburzeniami nerwicowymi:

- zrozumienie schematów, według których aktualnie żyje pacjent, choć nie zawsze zdaje sobie z tego sprawę
- rozładowuje od lat tłumione emocje
- nauczy się wyrażać emocje i uczucia
- oswoi lęk, zaakceptuje stany lękowe i sytuacje, na które nie ma żadnego wpływu
- podniesie samoocenę
- nauczy się, jak zdrowo odreagować trudne dla siebie emocje [16]

Podsumowanie

Lęk nie jest wrogiem, jest potrzebny każdemu z nas w codziennym życiu. To dzięki niemu wiemy, kiedy zbliża się niebezpieczeństwo, pomaga w podejmowaniu decyzji, ale bywa też sygnałem, że coś jest nie porządku z naszym ciałem.

Uwaga dla czytelnika: jeśli lęk nagle pojawia się podczas zakupów w sklepie, autobusie albo w kościele, jeśli nagle odczuwać zaczynasz drętwienie rąk, ust, przyspieszone bicie serca, duszności, uczucie umierania, bóle żołądka, wewnętrzne roztrzęsienie i uczucie derealizacji, może to oznaczać napad lęku. Początkowo nie

będziesz łączył tych objawów z psychiką, skupisz się na sygnałach, które dawać ci będzie ciało. Najczęstszą reakcją obronną jest wykonanie zapisu EKG.

Proponuję 2 lektury do przeczytania (dostępne w księgarni i w Internecie):

- Terapia lęku. Podręcznik treningu opanowania lęku. Helen Kennerley. Alliance Press, Gdynia 2005
- Pokonaj depresję, stres i lęk, czyli terapia poznawczo-behawioralna w praktyce. Zmień siebie i swoje życie na lepsze! Stephen Briers. Samo Sedno, 2011

Piśmiennictwo

- 1 Kępiński A. *Lęk*. Wydawnictwo Literackie. 2012. Kraków.
- 2 Chałackiewicz M. *Stres. Syndrom naszych czasów*. OSOZ, Ogólnopolski system Ochrony Zdrowia. 2011; 10: 7–8.
- 3 CBOS Raport 2012. *Zadowolenie z życia Polaków*. www.cbos.pl
- 4 Seligman M.E, Walker E.F, Rosenhan D.L. *Psychopatologia*. Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2003. Poznań.
- 5 Kaplan H. I, Sadock B. J, Sadock V. A. *Psychiatria kliniczna* Red. wydania II polskiego: S. K. Sidorowicz. Urban i Partner. 2004. Wrocław.
- 6 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – fourth edition*. 1994. APA, Washington.
- 7 Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J. *Psychiatria. Podstawy psychiatrii. T. I*. Elsevier Urban & Partner. 2010. Wrocław.
- 8 Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J. *Psychiatria. Psychiatria kliniczna. T. II*. Elsevier Urban & Partner. 2011. Wrocław.
- 9 Aleksandrowicz J. W. *Zaburzenia nerwicowe zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych według ICD-10*. Kraków. 1997. Collegium Medicum UJ.
- 10 Krasowska A., Klimkiewicz A., *Zaburzenia lękowe – diagnostyka i leczenie*. Gabinet Prywatny. 2010; 198: 33-39.
- 11 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. 1998. UWM Vesalius, IPiN Kraków-Warszawa.
- 12 Shahrokh N.C, Hales R. E. *Amerykański słownik Psychiatryczny*. Red. Wydania I polskiego: Łoza i Czernikiewicz A. Elsevier Urban & Partner. 2009. Wrocław.
- 13 Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J. *Psychiatria. Metody leczenia. T. III*. Elsevier Urban & Partner. 2012. Wrocław.
- 14 Kern L.J. *Moje abecadłowo*. Wydawnictwo Literackie. 2000. Kraków.
- 15 Kokoszka A, Drozdowski P. *Wprowadzenie do psychoterapii*. Kraków. 1993. Collegium Medicum UJ.
- 16 Mayerscough, P.R, Ford M. *Jak rozmawiać z pacjentem*. Gdańsk. 2001. GWP.

Dr n. med. Jadwiga Pyszkowska
Poradnia Medycyny Paliatywnej SP Centralnego Szpitala Klinicznego
im. Prof. K. Gibińskiego
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

LĘKI U KRESU ŻYCIA

Streszczenie

Okres zaawansowania choroby stawia chorego, jego rodzinę i opiekunów, w tym również medycznych, w sytuacji szczególnego stresu, generującego różnorodne lęki. Progresja choroby, niemożność kontynuowania leczenia przyczynowego, obraz cierpienia fizycznego, psychicznego i egzystencjalnego, trudności w zaspokojeniu podstawowych potrzeb, pogorszenie jakości życia oraz frustracja opiekunów, to najczęstsze przyczyny występowania lęku. Często uczucia negatywne przełamywane są chwilami przeżywanej nadziei, co jeszcze potęguje rozchwianie emocjonalne. Mimo, że lęk jest uczuciem bardzo silnym i przykrym, to w procesie adaptacji ulega zwykle przetworzeniu i złagodzeniu. Najdotkliwszym objawem dezorganizacji psychicznej u chorych zbliżających się do kresu życia jest negatywny stan pobudzenia emocjonalnego, wywołany poczuciem zagrożenia i lękiem przed utratą jakichś wartości.

Lęk u chorych z niepomyślnym rokowaniem wyprzedza pogorszenie choroby i proces umierania w cierpieniu fizycznym. Jest to lęk szczególny, lęk przed śmiercią, zwany egzystencjalnym. W opiece medycznej należy pamiętać, że stany lękowe mogą być wywołane przez farmakoterapię, lub czynniki pozapsychologiczne. Zespół psychoterminalny to swoisty zespół zaburzeń przystosowawczych, będących reakcją na stres, związany z okresem daleko zaawansowanej choroby. Problemy związane z zaawansowanym stanem choroby bliskiej osoby, stanowią dla rodziny duże obciążenie fizyczne i psychiczne, generujące lęk, który jest projektowany na chorego. Nie są wolni od lęku pracownicy opieki paliatywnej. Przystosowanie do tej pracy, do profesjonalnego towarzyszenia chorym u kresu życia, wymaga stanu równowagi między stopniem zaspokojenia potrzeb osoby pracującej, a wymaganiami stawianymi przez zadania i zasady opieki paliatywnej. Gdy wymagania pracy są niewspółmiernie duże, dochodzi do przeciążenia, które może generować lęki.

Omówienie

«Pozwól mi
nie prosić,
bym unikał
niebezpieczeństw,
lecz bym bez lęku
mierzył się
z nimi.»

R. Tagore,
Bezkrzesne
owocobranie

Opieka paliatywna to aktywna, interdyscyplinarna i zespołowa opieka medyczna i niemedyczna, sprawowana nad chorymi z zaawansowaną chorobą postępującą i wyniszczającą oraz nad chorymi u kresu życia. Okres zaawansowania choroby, nie tylko nowotworowej, stawia chorego, jego rodzinę i opiekunów, w tym również medycznych, w sytuacji szczególnego stresu, generującego różnorodne lęki. Progresja choroby, niemożność kontynuowania leczenia przyczynowego, obraz cierpienia fizycznego, psychicznego i egzystencjalnego, trudności w zaspokojeniu podstawowych potrzeb, pogorszenie jakości życia oraz frustracja opiekunów, to najczęstsze przyczyny występowania lęku [1]. Przebieg choroby postępującej jest indywidualny i reakcje psychiczne, jakie determinuje, mają również charakter indywidualny. W pierwszym okresie zaawansowanej fazy choroby, chory i jego rodzina przeżywają szok, dowiadując się, że odstąpiono od leczenia przyczynowego. Chorzy reagują często przejściową dezorganizacją psychiczną, wyrażającą się zahamowaniem, milczeniem i zamknięciem się w sobie, albo wręcz przeciwnie, stają się pobudliwi i skłonni do żalów i skarg. Takie zachowania są świadectwem nagromadzenia negatywnych uczuć, takich jak lęk, gniew, przygnębienie i rozpacz. Często uczucia negatywne przełamywane są chwilami przeżywanej nadziei, co jeszcze potęguje rozchwianie emocjonalne. Łagodniejszy przebieg mają reakcje w przypadku chorych znacznie osłabionych. Ale i oni nie są wolni od lęku i innych negatywnych emocji [2, 3].

Lęk bywa również doznaniem pozytywnym wówczas, gdy ostrzega przed niebezpieczeństwem, pobudza do działań obronnych i prozdrowotnych, do podjęcia i kontynuowania leczenia objawowego. Mimo, że lęk jest uczuciem bardzo silnym i przykrym, to w procesie adaptacji ulega zwykle przetworzeniu i złagodzeniu [4, 5].

Najdotkliwszym objawem dezorganizacji psychicznej u chorych zbliżających się do kresu życia jest negatywny stan pobudzenia emocjonalnego, wywołany poczuciem zagrożenia i lękiem przed utratą jakichś wartości. Te lęki rodzą się z postępującej utraty zdrowia i urody, konieczności ograniczania aktywności zawodowej i odczuwania zmniejszającej się przydatności w rodzinie. Największym z tych lęków jest ten przed utratą życia. Lęk u chorych z chorobą nowotworową nie jest często przez nich ujawniany. Najczęściej jest wyrażany pośrednio przez nadmierne akcentowanie objawów somatycznych, lub specjalne zachowania, takie jak: unikanie spojrzeń, podchwytliwe pytania, posługiwanie się symbolami, ostrożne wypowiedzi, rzekoma bez troska lub nonszalancja. Ponadto, lęk u chorego objawia się przyspieszonym tętnem i oddechem, wzrostem ciśnienia, wzmożonym napięciem mięśniowym, trudnościami w zasypianiu, koszmarowymi snami oraz brakiem łaknienia [3, 4].

Lęk u chorych z niepomyślnym rokowaniem wyprzedza pogorszenie choroby i proces umierania w cierpieniu fizycznym (ból, duszność). Jest to lęk szczególny, lęk przed śmiercią, zwany egzystencjalnym. Świadczyć może o tym, że chory wyobraża sobie, często niesłusznie, że bliscy go odrzucili, lub przeciwnie, powodowany troską o nich, obawia się o ich przyszłość, gdy go zabraknie. W opiece

medycznej należy pamiętać, że stany lękowe mogą być wywołane przez farmakoterapię, lub czynniki pozapsychologiczne [5]. Niektórzy chorzy odczuwają lęk przed niebytem, przed sądem ostatecznym, lub inną formą życia pozagrobowego (przyczyny egzystencjalne) [3]. Zespół lękowy w różnym okresie choroby śmiertelnej, jest obrazem klinicznym zaburzeń dezadaptacyjnych. Towarzyszą mu też objawy somatyczne: ból, duszność, osłabienie itp.

Zespół psychoterminalny – zaburzenia adaptacji, to swoisty zespół zaburzeń przystosowawczych, będących reakcją na stres, związany z okresem daleko zaawansowanej choroby. Objawami zespołu psychoterminalnego są: przygnębienie, wahania nastroju, drażliwość, okresowe stany lękowe, zmniejszenie zainteresowań, skoncentrowanie się na problemach zdrowia i śmierci, unikanie wszystkiego, co łączy się z przyszłością. Zespołowi temu towarzyszą, w różnym nasileniu, zaburzenia snu, objawy wegetatywne, drażliwość. [6, 7, 8] Szczególnym objawem odczuwania lęku jest doznanie przez chorego stanu duszności, a nawet paniki oddechowej. W takiej sytuacji, oprócz leczenia farmakologicznego i fizjoterapeutycznego, należy choremu zabezpieczyć uspokajającą obecność drugiej osoby, szczególnie w okresach nasilenia duszności oraz w nocy. Pozytywną rolę w łagodzeniu stanów lękowych odgrywa rozpraszanie nieuzasadnionych obaw chorego, rozmowa i tłumaczenie przyczyn duszności.

Problemy związane z zaawansowanym stanem choroby bliskiej osoby, stanowią dla rodziny duże obciążenie fizyczne i psychiczne, generujące lęk, który jest projektowany na chorego. Do tego, dołącza się przygnębienie, współczucie i poczucie bezradności. Istotnym i szczególnie obciążającym stresem jest dla rodziny myśl o zbliżającej się rozłące, lęk przed chwilą umierania. Uczucia te są często skrywane, nie są werbalizowane, a ich tłumienie potęguje negatywne przeżywanie kresu życia bliskiej osoby [9].

Nie są wolni od lęku pracownicy opieki paliatywnej. Przystosowanie do tej pracy, do profesjonalnego towarzyszenia chorym u kresu życia, wymaga stanu równowagi między stopniem zaspokojenia potrzeb osoby pracującej, a wymaganiami stawianymi przez zadania i zasady opieki paliatywnej. Gdy wymagania pracy są niewspółmiernie duże, dochodzi do przeciążenia, które może generować lęki.

Lęk i poczucie zagrożenia są również często wynikiem błędów jatrogennych. Występują one w procesie komunikowania się z pacjentem, np. gdy informacje są niepełne, gdy przekazywane są niewłaściwie i gdy odbiór ich jest błędny, gdy zawierają określenia niezrozumiałe dla pacjenta i gdy w sposób zamierzony i bezpośredni straszą chorego. Badanie lekarskie również może być obciążone błędami jatrogennymi; najczęściej jest to: niezrozumienie konieczności całościowego podejścia do pacjenta i wytwarzanie dystansu między lekarzem a pacjentem, badanie przy innych osobach, lekceważenie poczucia skrępowania i zawstyżenia oraz pogłębianie u pacjenta fałszywego i lękotwórczego obrazu własnej choroby. Wykonywanie dodatkowych, licznych badań bez uzasadnienia, lekceważenie potrzeby przygotowania pacjenta pod względem psychologicznym do czekających go badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegu lub leczenia bez dodatkowych wskazań, lekceważenie potrzeby psychologicznego przygotowania pacjenta do za-

biegu, nieuzasadnione stosowanie leków, prowadzące niekiedy do farmakomanii, to również błędy jatrogenne, będące źródłem lęków pacjenta. Hospitalizacja, zderminowana przez sztywne trwanie przy pionowym układzie hierarchicznym i bezdusznie zredagowane regulaminy, niestety, także wpisuje się do niechlubnego rejestru błędów jatrogennych [7, 10]. Stacjonarna opieka paliatywna wymaga klimatu domowej opieki paliatywnej, redukcji źródła stresu i lęku i umożliwienia pacjentowi odpoczynku w poczuciu bezpieczeństwa.

Lęk jest reakcją uczuciową na myśl lub wyobrażenie zagrożenia możliwością utraty jakiejś ważnej dla człowieka wartości. Uczucie to spełnia ważną rolę, jako sygnał ostrzegający przed niebezpieczeństwem i skłaniający do działań pro życiowych i prozdrowotnych. Taka reakcja jest pozytywna. Nie należy jej zwalczać. Jeśli lęk wypełnia człowiekowi ponad 50% czasu aktywnego, zaliczany jest do lęku przewlekłego. Innym lękiem jest napad paniki, który charakteryzuje się nagłym, krótkotrwałym, bardzo silnym stanem lękowym z mocno wyrażonymi objawami wegetatywnymi, takimi jak: podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, szybkie tętno, tachypnoe, wrażenie zaciskania w klatce piersiowej. Po ustąpieniu napadu ostrego lęku, chory jest bardzo słaby, oddaje dużo moczu. Trzecim rodzajem lęku to lęk fobijny, nakierowany na określoną sytuację. Może on dotyczyć badań, iniekcji, leków, szczególnie analgetyków opioidowych. Lęk może też objawiać się, jako nadmierna koncentracja na objawach choroby i procesie leczenia, czego efektem jest bojaźliwe analizowanie informacji z ulotek leków i tendencja do zmiany ustalonej ordynacji leków [8, 11].

Lęk może również współwystępować z depresją, z ostrymi zaburzeniami psychicznymi, z zaburzeniami metabolicznymi (*hiperkalcemia*), elektrolitowymi, z niedotlenieniem OUN oraz w stanach duszności, silnego bólu, nagłego ustania funkcji fizjologicznych (zatrzymanie moczu, stolca) [9].

Chorzy, którzy dowiadują się, że przewidywany czas ich życia jest ograniczony, reagują w różny sposób. Niektórzy radzą sobie z bólem psychicznym, który może objawiać się w postaci złości, depresji, lęku lub poczucia winy. Przystosowują się emocjonalnie, dzięki czemu są w stanie przeżyć ostatnie tygodnie i miesiące życia w wewnętrznym spokoju. Inni pacjenci wydają się być niezdolni do radzenia sobie z tym cierpieniem. Choremu u kresu życia nie można przywrócić dobrego stanu fizycznego, ale można pomóc przeżyć życie jak najpełniej i bez lęku, aż do śmierci. Pacjent z lękiem wymaga wsparcia, profesjonalnej pomocy, opieki i leczenia, ponieważ lęk opanowany zwiększa psychiczną odporność i może przyczynić się do wzrastania podmiotowego i poprawy jakości życia u jego kresu [12].

W ciągu ostatnich dziesięcioleci nastąpiły zmiany cywilizacyjne, które w zdecydowany sposób przyczyniły się do zwiększenia lęku przed śmiercią. Zrodziła się więc konieczność lepszego zrozumienia tego lęku i odpowiedniego podejścia do osób u kresu życia. Kiedy starzejemy się, lub słabniemy z powodu choroby wyniszczającej, zaczynamy rozumieć, że nie jesteśmy tak wszechmocni, jak nam się zdawało. Nasze najsilniejsze pragnienia nie są wystarczająco mocne, żeby niemożliwe zmienić w możliwe. Rodzina umierającej osoby przeżywa strach lub lęk, że przyczyniła się do śmierci osoby kochanej, przeżywa poczucie winy irracjonal-

nej. Lęk przed śmiercią jest powszechny, choćbyśmy uważali, że został opanowany w wielu przejawach. Tymczasem, zmieniło się tylko nasze podejście do śmierci i umierania, do naszych chorych, będących u kresu życia [6, 13].

Człowiek świadomie, lub podświadomie stara się «przepracować» lęk, zmniejszając jego nasilenie. Działania tego typu są istotnym elementem przystosowania do choroby [3].

Duchowy i egzystencjalny wymiar lęku dowodzi, że nie jest on wyłącznie domeną medycyny.

Piśmiennictwo

- 1 World Health Organisation 2002 WHO definition of palliative care. Online. Available: <http://www.who.int/>
- 2 Wirsching M. *Wokół raka*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk. 1994.
- 3 de Walden-Gałuszko K. *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*. Wydawnictwo Medyczne MAKmed. Gdańsk. 1996.
- 4 Hebanowski M, de Walden-Gałuszko K, Żylicz Z. *Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa. 1998.
- 5 Breitbart W, Chochinow H.M., Passik S. *Psychiatric Aspects of Palliative Care*. W: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Doyle D., Hanks G.W.C., MacDonald N. red. Oxford University Press, Oxford. 1998.
- 6 Kübler-Ross E. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Wydawnictwo Media Rodzina. Poznań. 1998.
- 7 de Walden-Gałuszko K. *Wybrane zagadnienia z psychoonkologii i psychotanatologii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego. Gdańsk. 1992.
- 8 Vachon M. *The emotional problems of the patients*. W: D. Doyle, G.W.C. Hanks, N. MacDonald red. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, Oxford. 1998.
- 9 de Walden-Gałuszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa. 2011.
- 10 Bilikiewicz A. *Psychiatria*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa. 2004.
- 11 Kinghorn S, Gaines S. *Opieka Paliatywna*. Red. wyd. I: de Walden-Gałuszko K, Gaworska-Krzemińska A. Elsevier Urban & Partner, Wrocław. 2012.
- 12 de Walden-Gałuszko K. *Podstawy Opieki Paliatywnej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa. 2004.
- 13 Kübler-Ross E. *Śmierć. Ostatni etap rozwoju*. Wydawnictwo Laurum MT Biznes Ltd. Warszawa. 2008.

Ks. prof. dr hab. n. teol. Henryk Krzysteczko
Zakład Katechetyki, Pedagogiki Chrześcijańskiej i Katolickiej Nauki Społecznej
Wydział Teologiczny
Uniwersytet Śląski w Katowicach

LĘK JAKO SZANSA ROZWOJU LUDZKIEGO

Streszczenie

W zależności od siły i częstotliwości występowania objawów lęku możemy go rozpatrywać w kategorii zaburzeń psychicznych i wówczas wymaga on interwencji psychologa czy psychiatry. Jeśli nie pojawia się często, wystarczy pomoc wychowawcy lub rodziców. Są też sytuacje, w których pomocni są duchowni i to różnych religii i wyznań. Tak będzie wtedy, gdy lęk występuje po zaciągnięciu winy, wówczas kiedy człowiek dopuszcza się czynu moralnie złego, który bywa nazwany grzechem. W zależności od okresu rozwojowego człowieka możemy mówić o dynamice lęku, w której istotną rolę odgrywają: wiek, sytuacja życiowa realna i wyobrażona, różnego rodzaju predyspozycje, sposób reagowania osób znaczących na objawy lęku. Poszczególnym okresom rozwojowym u człowieka towarzyszą charakterystyczne potrzeby, których niezaspokojenie może być sygnalizowane lękiem.

Do takich sytuacji, które utrudniają albo wręcz uniemożliwiają gratyfikację wielu potrzeb, należy choroba, utrata bliskiej osoby i widmo własnej śmierci. Te i inne sytuacje wyzwalające lęk można jednak potraktować jako szansę rozwoju ludzkiego. Jest to możliwe wówczas, kiedy uda się dotrzeć do jego źródeł, uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych, a także odkryć jego sens, w którym istotne znaczenie ma wizja własnej przyszłości rozumianej w kategoriach czasu: «już za chwilę», «jutro», «jeszcze później», «na końcu czasów».

O ile więc przyczyn lęku dopatrujemy się w przeszłości, o tyle jego sens można odkryć dopiero w perspektywie czasu przyszłego. Co można i należy zrobić, ażeby stał się szansą rozwoju ludzkiego. Przez rozwój ludzki rozumiemy coś więcej niż «rozwój człowieka». Określenie «ludzki» wskazuje na możliwość transcendowania, niejako przekraczania natury człowieka, na co zwrócili uwagę już klasyczni psychologowie, a także humanistyczni, do których należał też Carl Rogers, do którego teorii i praktyki często się tutaj odwołujemy. Dostrzegamy tutaj rozwój psychologii: od koncentracji na zaburzeniach i ich leczeniu w sensie analizowania przeszłości do koncentracji na przyszłości – co człowiek planuje, co chce z sobą zrobić, a także: w jaki sposób? W praktyce psychiatrycznej psychologicznej, a także wychowawczej wszystko składa się na «teraz»: «Mam przed sobą człowieka z jego przeszłością i wyobrażeniem przyszłości». Jak zatem teraz pomóc, żeby lęk stał się szansą jego rozwoju?

Różne rodzaje lęku

W różnych naukach o człowieku pojęcie lęku ma odmienne znaczenie, w tym też i w psychologii, szczególnie zaś w praktyce psychiatrycznej, gdyż jest on składową niemal wszystkich objawów chorób psychicznych. Nie zawsze jednak jego występowanie musi wskazywać na chorobę czy inne zaburzenia psychiczne.

Klasyfikowanie lęku jako zaburzenie psychiczne zależy od częstotliwości i siły jego występowania. W skrajnych przypadkach wymaga on interwencji psychiatrycznej i psychologicznej. Jeśli nie pojawia się często, wystarczy pomoc wychowawcy lub rodziców. Są też sytuacje, w których pomocni są duchowni i to różnych religii i wyznań. Tak będzie wtedy, gdy lęk występuje po zaciągnięciu winy, wówczas kiedy człowiek dopuszcza się czynu moralnie złego, który bywa nazwany grzechem.

Według Biblii człowiek jest stworzony na obraz i podobieństwo Boże, a to oznacza, że przykazania moralne są zawarte w naturze człowieka. Ich przekroczenie powoduje, że natura ludzka reaguje nieprzyjemnymi uczuciami na zachowania naganne. Carl Rogers nazywa to wartościowaniem organizmicznym – wewnętrznym, w przeciwieństwie do zewnętrznego. Człowiek – według Rogersa – powinien nauczyć się kierować własnym życiem w oparciu o wartościowanie organizmiczne, w czym ma mu pomóc psycholog, przyjmujący postawy psychotherapeutyczne, jak kongruencja, empatia i bezwarunkowo pozytywne odniesienie wraz z postawą nieoceniania. Wymienione przez Rogersa postawy są aktualne nie tylko w terapii, ale w ogóle w wychowaniu. Psychotherapia, jego zdaniem, to szczególnie rodzaj wychowania: intensywnego i ograniczonego w czasie.

W niniejszym rozważaniu możemy mówić o pewnej dynamice lęku w zależności od okresu rozwojowego człowieka. Nie można jednak pominąć sytuacji specyficznych, które mogą pojawić się jakby niezależnie od wieku, choć wówczas sposób reagowania na nie uwarunkowany jest okresem rozwojowym, w jakim te sytuacje występują, na przykład choroba i pojawiające się widmo własnej śmierci, a także utrata bliskiej osoby. Poszczególne okresy rozwojowe u człowieka towarzyszą charakterystyczne potrzeby, których niezaspokojenie może być sygnalizowane lękiem.

Lęk dziecięcy

Kiedy poczyną się człowiek, naturalną reakcją powinna być radość, i tak zapewne bywa najczęściej. Skoro tutaj mówimy o lęku, to na nim się głównie skupiamy. Stan emocjonalny i uczuciowy dziecka poczętego a jeszcze nie narodzonego ściśle zależy od samopoczucia matki, jej zdrowia fizycznego i psychicznego, postawy wobec poczętego dziecka, od tego, czy w danym momencie było ono chciane i zaakceptowane. W sytuacji braku akceptacji dziecka matka przeżywa lęk, który udziela się też jemu dziecku. Kumulacja lęku może spowodować wady rozwojowe, które będą dawały znać o sobie w późniejszym okresie życia. Zalękniona matka bardziej niż inna boi się porodu, jest napięta, a wraz z nią i dziecko. To może utrudniać poród, a od jego przebiegu wiele też zależy.

Matka nieakceptująca swojego dziecka częściej sięga po papierosy i alkohol, na skutek czego istnieje większe prawdopodobieństwo, że dziecko urodzi się słabsze. To może powodować pojawienie się poczucia winy u matki, z którym będzie się borykała przez późniejsze życie. Wpłynie to na sposób jego wychowywania, który będzie balansował pomiędzy postawą zaprzeczenia i nadopiekuńczości. W ten sposób matka nieświadomie będzie próbowała zredukować poczucie winy. Zdezorientowane dziecko, podobnie jak i jego matka, będą częściej wzajemnie się obwiniali. Rodzice nieakceptujący dziecka częściej niż pozostali charakteryzują się nieprzewidywalnymi zachowaniami. Za to samo zachowanie dziecko raz jest nagradzane, innym razem karane. Niepewność budzi lęk.

Sytuacja dziecka, jego stan emocjonalny i uczuciowy zależy od relacji pomiędzy rodzicami, którzy nie zawsze są dla siebie małżonkami. Podczas psychotherapii nie raz słyszałem, jak jeden rodzic mówił o drugim: «Oprócz dziecka nic mnie z nim nie łączy». To mówienie w trzeciej osobie tutaj charakterystyczne, ponieważ nie potrafią już mówić do siebie bezpośrednio. O tym drugim mówią, jakby go nie było. I zaczyna się gra dzieckiem, zabawa w lepszego rodzica, «kupowanie» dziecka i obrzydzanie mu drugiego rodzica. A dziecko przecież kocha i chce kochać matkę i ojca. Tymczasem jest nagradzane nie za tę miłość do obojga rodziców, ale tylko do jednego, w zależności od tego, z którym w danym momencie przebywa. To jest sytuacja lękowa, w której trudno jest pomóc.

Dziecko potrzebuje obecności matki i ojca. Reaguje lękiem, gdy spodziewa się, że rodzic może odejść. Lęk i niepokój częściej pojawia się u dzieci z rodzin niepełnych. Brak ojca jest czynnikiem upośledzającym życie rodzinne, co przejawia się wysokim poziomem niepokoju u matek i dzieci, poczuciem lęku i niepewności na skutek słabości rodziny. W rysunkach dziecięcych z rodzin niepełnych częściej występują wskaźniki niepokoju aniżeli w pełnych. Istotne różnice wstępują też między dziećmi matek niezamężnych i rozwiedzionych, niepokój częściej występuje u matek niezamężnych aniżeli rozwiedzionych. Być może dlatego, że rozwód niekoniecznie musi oznaczać całkowity brak ojca. Im większy niepokój, tym większa też agresywność dziecka, bo samotne matki, chcąc zrekomensować dzieciom brak ojca, stają się nadmiernie ochraniające, co w dziecku rodzi postawę obronną, przejawiającą się nawet agresywnością wobec matki. Tendencja ta jest silniejsza w grupie dzieci matek niezamężnych niż rozwiedzionych [1].

Wprawdzie rzadziej, ale również zdarza się, że dziecko jest wychowywane tylko przez ojca. Dzieci te mają lepszą sytuację materialną niż samotnych matek, ale nie brakuje problemów wychowawczych, jak częstsze wagary i drobne kradzieże, zdarzają się też ucieczki z domu. Problemem, który wydaje się być charakterystycznym tylko dla populacji samotnych ojców, są trudności związane z wychowywaniem dorastających córek [2].

Na sytuację dziecka z rodziny niepełnej wskazuje fragment rozmowy przeprowadzonej przeze mnie w poradni z samotną matką i jej córką. Oczywiście wydaje się być zainteresowanie ojcem. Córka, zwracając się do matki, powiedziała: Pierwszy raz pytałam, gdy miałam około 10 lat i powiedziałaś mi, że to jeszcze nie pora na wyjaśnienia. Więc czekałam cierpliwie, bo obiecałaś, że jak ukończę 18 lat, wtedy

porozmawiamy. Czekałam cierpliwie aż do ukończenia 24 lat. Wtedy nie wytrzymałam i zapytałam: Jak to było? Na moje pytanie o odczucie braku ojca córka odpowiedziała: Najsilniej potrzebowałam go, gdy miałam około czterech lat, wtedy zdarzało mi się, że chcę tatusia [3].

Przeżywanie lęku nie dotyczy tylko dzieci z rodzin niepełnych i zaburzonych. Może występować u dziecka w normalnej rodzinie. Sporo sytuacji budzących w dzieciach lęk dostarcza telewizja i Internet. Obrazy, jakie tam oglądają, nierzadko dręczą dzieci, odtwarzają im się okrutne sceny, o których nie potrafią jeszcze opowiedzieć. Dziecko nie umie oddzielić fikcji od rzeczywistości. Wyrazy o znaczeniu przenośnym rozumie dosłownie. Dosłownie też odbiera zapowiedź przesadnie sformułowanej kary, o której rodzic już zapomniał, a w dziecku pozostaje w niepewność: czy i kiedy ona nastąpi? Czekanie na karę może być gorsze niż jej wykonanie. Lękiem dziecko reaguje na poczucie samotności, które może wywołać przebywanie w ciemności. Dziecko chce widzieć albo przynajmniej słyszeć osobę bliską, szczególnie wtedy, kiedy przez dłuższy czas jej nie było. Wówczas każde oddalenie może być przeżywane jako porzucenie. Lęk mogą wywoływać osoby kojarzone z opuszczeniem. Pamiętam sytuację, kiedy regularnie odwoziłem do szpitala chorą matkę. Po jakimś czasie czteroletni syn reagował lękiem na moje zjawienie się w domu: natychmiast płakał.

Lękiem napawa dzieci radykalna zmiana środowiska, wysłanie dziecka do przedszkola, a potem szkoły, szczególnie wówczas, gdy dziecko nie miało okazji do przebywania w grupie rówieśników. Wiele wtedy zależy od zachowania się wychowawców, nauczycieli. Sporo szkody w psychice dziecka wywołuje postawa oceniania dziecka i porównywania go z innymi. Gdyby chcieć użyć języka analizy transakcyjnej, dziecko najczęściej w tym czasie ma postawę: *I am not OK*, nowa sytuacja jest dla niego zaskoczeniem, niejako postawieniem «w szereg». Ma znaleźć się w grupie i robić to, co wszyscy. A dotąd często robiło to, co chciało. Na szczęście ta sytuacja dla zdecydowanej większości dzieci zmienia się. Związują się nowe relacje koleżeńskie, wychowawcy i nauczyciele stają się osobami znaczącymi.

Nauka zaspokaja naturalną ciekawość dziecka. To, co najpierw było sytuacją zagrażającą jego poczuciu bezpieczeństwa, teraz wyzwala zadowolenie. Z czasem dziecko nie tylko że nie boi się wyjść z domu, ale wręcz pragnie przebywać poza nim (najczęściej z rówieśnikami). Dotąd dorośli organizowali mu zabawę i różne zajęcia. Z czasem coraz częściej staje się ono podmiotem. Tak oczywiście jest w większości, ale może być inaczej. Po zmianach zewnętrznych związanych ze środowiskiem najpierw przedszkolnym, a potem szkolnym przychodzą zmiany związane ze środowiskiem wewnętrznym. Dokonują się one często niewidocznie dla otoczenia i mogą być równie dokuczliwe, jak nowe obce środowisko zewnętrzne. Głównie idzie tutaj o zmiany w sferze emocji i uczuć.

O ile kontroli poddawany jest rozwój intelektualny, wyrównywane są jego opóźnienia i zaległości, o tyle to, co dzieje się w emocjach i uczuciach, jest często poza obserwacją. Mało kogo interesują uczucia. Nawet trudno o nich mówić, bo często brak odpowiedniego języka. Słownictwo dotyczące tej sfery jest ubogie. Emocje i uczucia komunikowane są przez pierwszy układ sygnałowy,

jakim są gesty, mimika, intonacja głosu, przerwy w mówieniu, uśmiech czy płacz rzadko bywają właściwie postrzegane i interpretowane. Tymczasem za tymi informacjami może być ukrywany lęk – tym boleśniejszy, choć jest wprawdzie odczuwany, ale nie uświadamiany co do przyczyn. Może pojawić się postawa: boję się, czuję się źle, ale nie wiem czego; umiem materiał, nauczyłem się tego, w domu to rozwiązuję, ale przy tablicy przed nauczycielem i klasą nie umiem. Przyczyną tego stanu może być zaburzony obraz siebie, zbyt zależny od innych, który nie ma podstaw we własnym doświadczeniu. Taki lęk jest dotkliwie przeżywany w okresie młodzieńczym.

Lęk młodzieńczy

Zgodnie z teorią Alfreda Adlera w człowieku tkwi dążenie do mocy. Jest ono przeciwstawne w stosunku do poczucia małej wartości, jakiego doświadcza młody człowiek. Normalnie jest ono przewyższane poprzez osiągnięte powodzenie w różnych dziedzinach życia: w nauce, sporcie, zabawach grupowych, co bywa wzmacniane poprzez pochwały płynące ze strony rodziny, nauczycieli, grono koleżeńskie. Bywa jednak tak, że młodemu człowiekowi nie daje się przewyżżyć poczucia małej wartości poprzez osiągnięte powodzenie w jakiejś dziedzinie, a do tego dochodzą nierzadko nieprawidłowe warunki wychowawcze, jak wyśmianie, upokarzanie, uczuciowe odrzucenie. Wówczas może wytworzyć się poczucie niższości (kompleks niższości). Pozostaje jednak w nim dążenie do mocy, które może spowodować ucieczkę w chorobę. Wówczas świat zaczyna się kręcić wokół siebie. Mogą też pojawić się zachowania agresywne.

Dziecko zahamowane i silnie podporządkowane w domu może być bardzo agresywne poza domem. Młody człowiek, który sam czuje się słaby, nie zaatakuj silniejszego ale słabszego. Badania przeprowadzone wśród nieletnich przestępców wykazały, że nieletni atakowali, stosując przemoc i siłę fizyczną, często osoby znajdujące się w stanie nietrzeźwym, osoby niepełnosprawne, rówieśników, młodsze dzieci. Częściej były one popełniane w grupie, znacznie rzadziej indywidualnie. Zanim grupa weszła na drogę przestępstwa, najpierw były wspólne zabawy oraz próby zdobycia przewagi siłą nad słabszym czy uległymi. Działając w grupie, młodzi mają przeświadczenie o niekaralności swoich postępów. Badania potwierdziły, że nieletnich przestępców charakteryzuje poczucie niższości i wyobcowania ze środowiska szkolnego, niechęć do domu rodzinnego. Młodzi ci poszukują własnego środowiska, które byłoby w stanie zrekompensować im braki spowodowane osamotnieniem i izolacją oraz zapewniło im realizację podstawowych potrzeb psychicznych, jak uznanie, akceptacja, poczucie własnej wartości [4].

Dla młodego człowieka formą ucieczki od problemów może być sięganie po alkohol i narkotyki, które wprowadzają go w świat fantastyki, a który przynajmniej do pewnego czasu wydaje się piękniejszy, lepszy od tego rzeczywistego. O sytuacji życiowej młodego narkomana świadczy wywiad radiowy, jaki przeprowadziłem z 12 – letnim chłopcem (wiedział, że jego wypowiedź zostanie wyemitowana). Mówił o sobie:

— Mam 12 lat. Leczę się z moich różnych nałogów: picia alkoholu, palenia papierosów, wączania kleju i takich różnych jeszcze rzeczy. Miałem dużo kłopotów z policją, dużo kradłem i nie umiałem sobie pomóc.

— Czy mógłbyś opowiedzieć o swoich rodzicach?

— Mam tylko mamę, bo jak byłem mały, to tata rozwiódł się z mamą i już nie miałem z nim kontaktu. Mieszkałem tylko z mamą.

— Czy mama mówiła o ojcu?

— Mówiła, że nie ma z nim kontaktu. Też by chciała, żeby nawiązał kontakt z nią i ze mną, ale na razie nie może. Nie może znaleźć adresu taty. W ogóle nie wiemy, gdzie tata mieszka, gdzie pracuje ani kim jest.

— Jeszcze z nim się nie widziałeś?

— Nie.

— Co czujesz do ojca?

— Żał, że mnie odrzucił, zostawił i wcale mną się nie interesuje, tak jakby o mnie zapomniał.

— Czy kochasz?

— Tatę kocham, mamę też ...

— Mimo, że nie interesuje się tobą, to jednak go kochasz ...

— Tak i chciałbym go jeszcze kiedyś spotkać.

— Czy mógłbyś opowiedzieć o swoich kolegach, tych którzy byli ci najbliżsi?

— Moi koledzy byli mi bliscy. Najpierw chodziliśmy razem do szkoły, wszystko było normalnie, nic się złego nie działo. Potem zaczęli wpadać w złe towarzystwo, a że ja zadawałem się z nimi, więc zaczęli mnie wciągać. Dlatego przez nich wpadłem w picie alkoholu, wączanie kleju, kradzieże.

— Mimo że masz dopiero 12 lat, to jednak twoje doświadczenie życiowe jest bardzo duże. Czy na podstawie tego, co przeżyłeś, mógłbyś coś powiedzieć swoim kolegom, rówieśnikom?

— Chciałbym powiedzieć, że nie warto ufać każdemu człowiekowi. Nigdy nie wiadomo, co się może stać. On może wpaść w jakieś złe towarzystwo i ja będę się z nim zadawał, i mogę, nawet nieświadomie, wpaść w to samo co on. Trzeba uważać, w jakim otoczeniu się przebywa [5].

Podobnych wywiadów przeprowadziłem wiele. Po tym, jak wyjaśniałem młodym ludziom, że mówiąc o sobie do radia mogą pomóc swoim rówieśnikom, chętnie mówili o sobie. Ja też nie szczędziłem im za to wyrazów wdzięczności, robiłem to z przekonaniem o ich wartości i woli bycia dobrym. Wywiady radiowe, jakie przeprowadzałem z ludźmi z tzw. marginesu, osobiście uważałem za rodzaj terapii dla tych ludzi. Traktowałem ich poważnie.

Człowiekiem osamotnionym i odizolowanym od społeczeństwa zajmował się Erich Fromm. Większość wymienionych przez niego potrzeb, jak afiliacji czy transcendencji, przynajmniej w początkowej fazie zaspokaja przynależność do sekty. Młodzi, ale też i dorośli, uzyskują w niej zrozumienie siebie i własnych problemów, pełną akceptację i pomoc. Sekta zaspokaja typowe dla okresu dorastania potrzeby: silnych przeżyć i doznań, a także żywych doświadczeń religijnych, poczucia wspólnoty, wsparcia w sytuacjach trudnych. O ile w grupie przestępczej może pojawić się

refleksja, że co jest nie w porządku, bo krzywdzi się drugiego człowieka, o tyle przynależność do sekty wyzwala uczucie bycia religijnym, pobożnym, co daje poczucie bycia kimś wartościowym, moralnie dobrym – co więcej – lepszym od innych. Czyż może więc być coś lepszego na pozbycie się lęku, tym bardziej że wymagania są jasno sprecyzowane, czego – może się wydawać – nie ma w Kościele. Poza tym w sekcie interesują się pojedynczym człowiekiem. Atmosfera zdaje się być podobna do wymarzonej rodziny.

Badania wykazały, że do sekt częściej przystępują osoby, które mają za sobą bolesne doświadczenie życiowe, często związane z różnego rodzaju niepełnosprawnościami, czy zaburzeniami. Sekty niejako wychodzą wszystkim problemom i trudnościom młodzieńczym naprzeciw, czynią życie mniej trudnym i skomplikowanym. Z czasem okaże się jednak, że w miarę zacieśniania relacji w obrębie sekty, stopniowo zrywane są resztki kontaktów z innymi osobami spoza sekty, ze społeczeństwem. Dzieje się to przez daleko idącą kontrolę zachowań, myślenia, działania i informacji, tzw. «pranie mózgu». Zmierza to do zniszczenia dotychczasowej tożsamości młodego człowieka i niemalże tworzenia zeń innej istoty. Zaburzenia te są tak silne, że nawet jeśli takiemu młodemu człowiekowi uda się opuścić sektę, to wymaga on długiego specjalistycznego leczenia [6].

Grupy przestępcze czy sekty nie są oczywiście jedynymi sytuacjami zagrażającymi młodemu człowiekowi, do których przynależność często poprzedzona jest różnego rodzaju lękami, które po pewnym czasie należenia do nich wracają z jeszcze większą siłą. Epizody lękowe mogą się pojawić u tzw. normalnej młodzieży, żyjącej w pełnych rodzinach, bez większych problemów szkolnych. Są lęki typowo rozwojowe, związane z porównywaniem siebie. Potęgują się one w przypadku niepełnosprawności. Lęk takiego młodego człowieka przenosi się na rodzinę. Zaburzony zostaje proces usamodzielniania się. Bez odpowiedzi pozostają często pytania o przyszłość. Lęk może być spowodowany różnym rytmem rozwoju fizycznego, za czym idzie wygląd sylwetki ciała, a na tym punkcie młodzi są szczególnie wrażliwi. Z upływem czasu te różnice i towarzyszący im lęk najczęściej mijają.

Lęk dorosłego

Okres dorosłości – poza wypadkami przedwczesnej śmierci – obejmuje w życiu człowieka największy przedział czasowy i chociażby z tego względu jest on najbogatszy w rozmaite przeżycia, w tym również lęku. Stąd też nie sposób je w jednym opracowaniu opisać. Lęk towarzyszy człowiekowi podczas wkraczania w dorosłość. Młody człowiek przyzwyczał się do tego, że inni są zainteresowani jego rozwojem. Był obowiązek szkolny, musiał się rozwijać pod względem intelektualnym. Były obowiązkowe lekcje gimnastyki, ktoś troszczył się o jego zdrowie fizyczne. Była nauka religii i lekcje wychowawcze, ktoś dbał o jego rozwój religijny i moralny. Dla części społeczeństwa wkraczanie w dorosłość rozumianą jako przejęcie odpowiedzialności za siebie przedłużają studia. Student jest wprawdzie traktowany jako młodszy dorosły, ale tak naprawdę to jest jeszcze motywowany do rozwoju siebie zewnętrznie, jak okresowe oceny w trakcie zaliczeń i egzaminów. Przynajmniej na pierwszych

latach studiów jest jeszcze obowiązkowe wychowane fizyczne, a więc ktoś jeszcze dba o jego zdrowie fizyczne. O rozwój studenta dbają jeszcze promotorzy prac dyplomowych, magisterskich. Tak naprawdę przepustką do dorosłości staje się dyplom ukończenia studiów.

Jednak czas, gdy dyplom ukończenia studiów dawał gwarancję na lepsze życie, skończyły się. Lęki egzaminacyjne często są zastępowane o wiele poważniejszymi lękami, jakie wywołuje myśl o pracy, o przyszłym samodzielnym życiu. Dla innych, którzy z uzyskaniem wieku prawnie dojrzałego, a praktycznie po maturze, nie podjęli studiów, wizja życia samodzielnego może wywołać jeszcze większy lęk niż u ich kolegów, którzy wybrali studia. Można zatem powiedzieć, że taką granicą pomiędzy młodością a dorosłością – przynajmniej w sensie psychologicznym – jest ukończenie szkoły. Ale też należy mieć na uwadze i tych, którzy osiągnęli wprawdzie odpowiedni wiek, ale nie ukończyli żadnej szkoły. Poza nielicznymi przypadkami – tych, którzy mają opiekuńczych rodziców. Już samo nieukończenie szkoły wywołuje silny lęk. Lęk tych, którzy mają nadopieczonych rodziców, wprawdzie nieco później, ale też dosięgnie.

Lęk związany z zakończeniem szkoły i wizją przyszłego życia jest czymś naturalnym, rozwojowym. Mobilizuje on – niedawno jeszcze młodego człowieka – do intensywnego działania, poszukiwania pracy zawodowej, celem zapewnienia sobie środków do życia. Kiedy się ją znajdzie, młodemu dorosłemu zdaje się, że teraz to będzie już tylko lepiej. Tymczasem niekoniecznie tylko lepiej, bo może być gorzej, gdy jest się traktowanym, przynajmniej w odbiorze byłego ucznia, gorzej niż w szkole. Zamiast okresowych ocen wpisywanych do dziennika czy indeksów jest określona kwota pieniędzy, która nie zawsze jest, przynajmniej w świadomości pracownika, proporcjonalna do włożonego w pracę wysiłku. Kiedy było się młodszym, szkołę – jak się nie podobała – można było zmienić. Ale znaleźć nową pracę nie tak łatwo. Można sobie wyobrazić, z jakim uczuciem idzie się do pracy, która nie spełnia oczekiwań. Sytuacja się komplikuje, gdy w grę wchodzi jeszcze inne osoby, które z tej pracy żyją, a co ma miejsce w sytuacji, kiedy ma się własną rodzinę i trzeba jej zapewnić utrzymanie.

Własna rodzina, to kolejny problem – obok pracy zawodowej – człowieka dorosłego. Nie pozbawione lęku jest jej założenie, czyli znalezienie odpowiedniego partnera życiowego, małżonka. Przejawem lęku wydaje się być zbyt długie odkładanie decyzji, żyjących już praktycznie razem o zawarciu małżeństwa. Niby chcą być ze sobą na zawsze, ale nie są tego do końca pewni. Przyczyn takiego stanu rzeczy można się doszukiwać we wzorach, jakich dostarcza środowisko, nierzadko rodzice. W przypadku wspólnego życia bez ślubu lęk pojawia się najczęściej u kobiety wraz z myślą o ewentualnym czy aktualnym już dziecku. Nierzadkie są przypadki, kiedy dziecko oznacza koniec bycia razem, a dla kobiety stracony czas. Wiele bywa kobiet pozostawionych z dzieckiem faktycznym czy z myślą o dziecku. Zdarzają się przypadki, gdy dopominanie się o dziecko jest powodem odejścia. Zamiast partnera pozostaje jedynie lęk o dalszą przyszłość, niewiadoma.

Posiadanie satysfakcjonującej pracy i własnej rodziny redukuje wiele lęków, ale wcale nie oznacza to, że one się kończą raz na zawsze. Nie ma idealnej pracy i ideal-

nej rodziny. Co pewien czas pojawiają się sytuacje, które wywołują lęk. Nawet jeśli ma się pracę, to rzadko kto jest pewny tego, że się jej nie utraci. Jeśli ma się własną rodzinę, lęk może wywołać myśl o dziecku. Już samo jego posiadanie nie jest takie oczywiste, czego dowodem są coraz częstsze poczęcia *In vitro*, które już same w sobie wywołują lęk natury zdrowotnej i moralnej. Kiedy są dzieci, nie sposób uniknąć lęków, bo zaskakują zachowaniem, które może nie spełniać oczekiwań rodziców. Można powiedzieć, że lęki dzieci przenoszą się na ich rodziców. Nawet typowy lęk szkolny dziecka dotyka rodziców. Obok problemów szkolnych pojawiają się inne sytuacje wychowawcze, wobec których rodzice nierzadko są bezradni.

Wprawdzie bez problemów rodzinnych, ale nie bez lęku są osoby stanu wolnego. Łatwiejsza jest sytuacja tych, którzy wybrali ten stan. Trudniej jest tym, którzy nie mieli wyboru. Tak się po prostu stało, czas najpierw jakby się zatrzymał, a potem nagle go zabrakło i nie da się zacząć od nowa. Już to wystarczy, żeby odczuwać lęk. Do tego dochodzą wszystkie problemy typowe dla osób samotnych, również tych, którzy żyją w celibacie, a więc ze świadomością, że sami tak chcieli. Natura człowieka jest taka, że jako dorosły funkcjonuje on normalnie, gdy żyje w związku małżeńskim, lecz dziś trzeba dopowiedzieć – mężczyzny i kobiety. Dopiero w takim stanie mężczyzna i kobieta mogą w sposób naturalny zaspokajać wszystkie potrzeby ludzkie, poczynając od fizjologicznych, a skończywszy na estetycznych. Celowo pominąłem tutaj religijne, bo to są chyba jedyne, które możemy w sposób doskonały zaspokajać niezależnie od tego, w jakim żyje się stanie: w małżeństwie czy celibacie. Wszystkie inne łatwiej jest zaspokajać w stanie małżeńskim, co zresztą potwierdza Biblia: oboje stanowią jedno, czyli pewną doskonałość polegającą na wzajemnym uzupełnianiu się. Stąd też życie w stanie wolnym z natury jest bardziej narażone na lęk niż w życie w małżeństwie. A to oznacza, że decydując się na życie samemu, trzeba też wkalkulować naturalny lęk.

Moim studentom ze specjalizacji pastoralnej mówię, że decydując się na celibat wybierają stan nienaturalny, w którym wytrwać można tylko ze specjalną łaską, o co trzeba się usilnie modlić. Dodaję też, że wartość samego życia nie zależy od tego, czy spełnia się ono w małżeństwie czy celibacie. Są to dwa stany, które powinny wzajemnie się uzupełniać. Zarówno osoby żyjące w małżeństwie, jak i poza nim tworzą społeczeństwo, w którym są zadania dla jednych i drugich. Prawda jest też taka, że każdy człowiek kończy życie jako celibatariusz. Stosuje się tylko inną nazwę – wdowa albo wdowiec. Różnica jest natury psychologicznej i duchowej, a mianowicie sposób spełnienia się jako mężczyzny czy kobiety, ojca czy matki. Pytanie zasadnicze: co zrobiłem dla społeczeństwa? Trzeba powiedzieć brutalnie: kto zapłaci po moim odejściu? Dotykamy tutaj lęku najbardziej ludzkiego, bo związanego z sensem ludzkiego życia, a ściślej z jego bezsensem.

Wymienione dotąd rodzaje lęku mają charakter rozwojowy. Psychologowie i psychiatrzy chętniej mówią o patologicznym lęku, a więc takim, który towarzyszy zaburzeniom psychicznym. Zadaniem psychologa czy psychiatry jest zidentyfikować go i zaklasyfikować do konkretnej kategorii zaburzenia, ażeby na tej podstawie móc podjąć właściwą terapię. O ile psychiatrzy wydają się być bardziej zgodni w doborze odpowiednich leków w przypadku lęku towarzyszącego chorobie psychicznej,

o tyle psychologowie różnią się między sobą co do metody psychoterapii w różnych innych zaburzeniach psychicznych niż choroba psychiczna. Zależy to m.in. od preferowanego kierunku psychologicznego. Kierunki te posiadają własne antropologie, czego wyrazem są różne koncepcje osobowości. Stając się niejako wyznawcą jednego nurtu psychologii nie wolno ignorować innych. Trzeba pamiętać o tym, że nie ma nurtu psychologii, w którym wyrażałaby się pełna prawda o człowieku. Dlatego potrzebna jest pokora i świadomość, że każdy kierunek wnosi coś dobrego, a ten, który ja reprezentuje ma też swoje ograniczenia.

Lęk starzenia się

Proces starzenia się jest odczuwany jako nieprzyjemna zmiana w sferze cielesnej i psychicznej. Poruszamy się coraz wolniej, a czas biegnie coraz szybciej. Z upływem czasu zmienia się nasza sylwetka. Nie lubimy, jak nas fotografują. Zmienia się nasz obraz siebie w sensie fizycznym i psychicznym. Trudniej jest nam akceptować siebie. Złościmy się, ponieważ coraz częściej zdarza nam się zapomnieć nazwiska osób dobrze znanych, gubimy klucze. Nie pamiętamy, gdzie zostawiliśmy potrzebne w danym momencie przedmioty. Wstyd musimy zakrywać humorem, śmianiem się z samych siebie. Gorzej, gdy nie mamy poczucia humoru, bo wówczas reagujemy wycofaniem się, żeby się nie ośmieszyć.

Wraz ze starzeniem się zmienia się pozycja w rodzinie. Przykładem tego niech będą fragmenty wypowiedzi z wywiadu, jaki przeprowadziłem ze starszym rolnikiem (66 lat):

— Borykam się z chorobą, jestem po zawale, a do tego depresja mnie męczy, jeszcze dołączają się kłopoty rodzinne. Żona choruje, nie mogę nadążyć w pracy, nie starcza sił...

— Ma pan dzieci?

— Czwooro dzieci, kawałek pola. Tego pola nikt nie chce wziąć. I tak się trzeba borykać z tym, co zrobić, jak zrobić. Mieszkam w górach, w Groniu, wszystko trzeba robić ręcznie. Nie jest to łatwe życie.

— A dzieci nie chcą zająć się polem?

— Nie chcą. W całości nie chcą przyjąć. W ogóle to jest przykro.

— Rozumiem, że jest pan bardzo przywiązany do ziemi, tyle lat pan na niej pracował...

— Nie ma co teraz z tym zrobić. Jedyne wyjście, to oddać gminie, żeby się go pozbyć.

— Czy są jeszcze inne powody, że czuje się pan tak bardzo nieszczęśliwy?

— Syn się miał budować. Nie buduje, rozpił się.

— Czy syn ma dzieci?

— Troje.

— Przychodzą do pana?

— Też nie.

— Kiedy czuje się pan lepiej, podczas pracy czy po pracy?

— Czasami podczas roboty nie czuję żeby mnie bolało. Mnie wszystko razi,

wszystkim się przejmuję, zwłaszcza tym, co zrobić z polem.

— Czy rozmawiał pan z kimś na ten temat? Mówił komuś, czym się pan tak przejmuję?

— Jedyne z żoną.

— Jak żona wówczas się zachowuje?

— No cóż. Ona też cierpi. Ona chyba sobie rychlej radzi. Też jest chora, ale ja się szybciej załamuję.

— Bo pan, proszę zauważyć, szuka różnych możliwości rozwiązania, ale ich nie realizuje. Na przykład mówi pan o polu, że trzeba, wręcz należałoby je oddać gminie; dlaczego pan tego nie robi?

— Chcę tego roku zwołać dzieci, zapytać, czy biorą czy nie, bo jak nie, to oddaję gminie. Trzeba tak zrobić, innego wyjścia nie ma.

— Panu jest trudno pogodzić się z tym że będzie inaczej. Nie będzie pan miał własnego pola...

— Będzie się trudno z tym pogodzić, bo człowiek był nauczony robić jak wół, a tu naraz nie będzie co robić, będzie znowu kłopot, będzie się martwił, że nie ma co robić.

— Dotychczas pracował pan jak wół, prawda, i z tym czuł się dobrze. I nagle trzeba będzie przestać pracować i trzeba będzie inaczej żyć. To znaczy jak?

— Żeby była lżejsza praca, żeby człowiek się nie nudził [7].

W przytoczonym przykładzie dostrzegamy znaczenie pracy. Przez wcześniejsze życie długo przygotowaliśmy się do pracy. A kiedy ją wykonuje się, wydaje się, że wszystko od niej zależy. Dzięki pracy zaspokojonych zostaje wiele podstawowych potrzeb. Dzięki niej zaspokojone zostają potrzeby fizjologiczne, bezpieczeństwa. Ona warunkuje założenie i utrzymanie rodziny. Daje też poczucie sensu życia, bycia kimś ważnym, znaczącym, szanowanym. Kiedy się ją wykonuje, nierzadko wydaje się być ciężarem, ale kiedy jej nie ma, doświadcza się tego, jakim była błogosławieństwem. Jej brak sprawia, że nie zostają zaspokojone podstawowe potrzeby ludzkie. W przeszłości, gdy były gospodarstwa rodzinne, nie było emerytur. Pracowało się, dopóki były siły.

W miarę upływu czasu otoczenie przydzielało starzejącej się osobie coraz mniej zadań. W praktyce w rodzinach wielopokoleniowych nierzadko było to opiekowanie się dziećmi. Obecnie funkcję tę coraz częściej spełniają przedszkola. Dziadkowie co najwyżej zawożą wnuki do przedszkola, a potem do pierwszych klas w szkole. A to dlatego, że sami nie są w stanie realizować obowiązkowego wczesnego kształcenia wnuków. Coraz mniej okazji mają do rozmów z wnukami i własnymi dziećmi. Ich znacznie wzrasta wraz z wysokością otrzymywanej emerytury, która w miarę upływu czasu jest coraz niższa. Tak oto przyszłość człowieka starego jawi się jako zagrożenie, że nie będą mogły być zaspokojone podstawowe potrzeby ludzkie. Do tego dochodzą jeszcze konflikty rodzinne: tradycyjnie na linii teściowa – synowa, teść – zięć. Dziadkowie czują się nierzadko traktowani instrumentalnie. Są dobrzy, jeśli wykonują dokładnie to i w taki sposób, jak życzą sobie młodzi. Inne działania nawet jeśli podyktowane są chęcią pomocy, traktuje się jako ingerencję.

Coraz mniejsze znacznie ma też wykształcenie osób starszych, nawet jeśli ono jest wyższe, bo świat idzie z postępem. Starsi nie znają już tak dobrze komputera, nie istnieją w świecie wirtualnym, który dla młodych jest najbardziej rzeczywistym. Przeciwnie starym ludziom jest dzisiejsza kultura, która na piedestale stawia młodość, a starość dewaluje. Stąd też ludzie chcą długo żyć, ale boją się starości. Wyraża się to m.in. w samym unikaniu określenia «człowiek stary». Należy używać delikatniejszego określenia – «osoba starsza». Określenie «stary» staje się przezwiskiem. To wszystko sprawia, że starość skojarzona jest z lękiem.

Lęk człowieka starzejącego się wynika z tego, czego doświadcza aktualnie, ale też może być wywołany przez myślenie cofające się w przeszłość lub wybiegające w przyszłość. A to dlatego, że pojawiają się pytania o sens dalszego życia. Myślenie o przeszłości może wywoływać uczucia przyjemne, zadowolenie z tego, czego się dokonało, ale może też budzić poczucie bezsensu i winy. Kiedy było się bardzo aktywnym zawodowo, nie było czasu na takie zastanawianie się. Teraz jest na to pora. Przed takimi pytaniami trudno uciec, chociaż i tak się od nich ucieka, poprzez oglądanie telewizji czy zwykłe plotkowanie i zadowalanie się tym, że inni są jeszcze gorsi. Ale to nie likwiduje lęku, a sprawia tylko, że jego przyczyny są nierozpoznawalne. Uruchomione są jedynie mechanizmy obronne, jak: wypieranie, projekcja, racjonalizacja. Stosowanie ich poprawia wprawdzie, przynajmniej na krótką chwilę, samopoczucie, ale znacznie utrudnia życie otoczeniu, które reaguje odsuwaniem się. W rezultacie osoba stosująca te mechanizmy zostaje izolowana, nieświadoma tego, że jakby na własne życzenie. W ten sposób potęguje się poczucie osamotnienia, któremu towarzyszy lęk, tym silniejszy, im mniej uświadamiane są jego przyczyny.

Przeżywany lęk może być jednak czymś pozytywnym, gdy staje się okazją do refleksji nad swoim sposobem przeżywania starości. Jak każdy ból może doprowadzić nas do lekarza, tak nieprzyjemne uczucie, jakim jest lęk, może spowodować udanie się o pomoc do kompetentnej osoby. Tutaj pojawia się miejsce na autentyczną przyjaźń, a także fachową pomoc psychologiczną czy psychiatryczną i w ogóle medyczną. Nie da się bowiem wykluczyć znaczenia somatyki – szczególnie w tym okresie – w funkcjonowaniu psychicznym. Nie bez znaczenia jest tutaj też pomoc religijna, wyrażająca się poprzez sakramenty święte, jak sakrament pokuty i pojednania, Eucharystię, która z istoty jest przeżyciem wspólnotowym. Sakramenty bowiem łączą człowieka z Bogiem i ludźmi.

Lęk w obliczu śmierci

Lęk przed śmiercią przejawia się w różnych formach i na różnych poziomach psychiki ludzkiej. Wyodrębniamy lęk przed własną śmiercią i osób nam bliskich. Jeśli przyjmujemy kryterium czasu, możemy wyróżnić lęk przed umieraniem, któremu towarzyszy ból, różny w zależności od tego, «na co się umiera». Wprawdzie medycyna dostarcza nam coraz to lepszych środków przeciwbólowych, ale nie zawsze da się je natychmiast podać. Nie wymyślono też jeszcze idealnego środka przeciwbólowego, który odbierałby całkowicie ból przy jednoczesnym zachowaniu pełnej

świadomości. Ta oczywiście i tak jest często obniżona zarówno przez ból, jak i środek przeciwbólowy, a także przez stopniowe zanikanie funkcji układu nerwowego, co objawia się m.in. poprzez wygaszanie kontaktu z osobami otaczającymi. Osoba umierająca i osoby otaczające doświadczają oddalania się, rozstania, które jest tym trudniejsze, że na zawsze.

O ile ból fizyczny zależy od tego, «na co się umiera», o tyle ból rozstawania się zależy od rodzaju relacji osobowych pomiędzy umierającym i jego bliskimi, a także od postawy wobec śmierci, która bardziej czy mniej świadomie kształtowana jest niemal przez całe życie. Najpierw jest to postawa wobec śmierci innych osób. Nie ma chyba dziecka, które nie byłoby na cmentarzu albo nie widziało pogrzebu. Dzieci doświadczają też rozstania z bliskimi. Najczęściej są to dziadkowie, ale bywa że i rodzice. W zależności od tego, jak wytłumaczymy dziecku śmierć osób bliskich, tak też później będzie kształtowała się później jego postawa wobec własnej śmierci, która w sensie emocjonalnym balansuje pomiędzy złością i głębokim smutkiem a ufnością i nadzieją na ponowne spotkanie.

Ponieważ lęk przed śmiercią jest doświadczeniem nasilającego się bólu fizycznego i rozstania z bliskimi, a przede wszystkim kończącego się własnego życia, dlatego każdy z tych aspektów wymaga odrębnego potraktowania. Jeśli przyjąć, że każdy też kiedyś będzie umierał – a w to chyba nikt nie wątpi – możemy powiedzieć, że już teraz powinniśmy zadbać o przygotowanie się na ten moment.. Jeśli idzie o wymiar biologiczny, to jest jasne, że mamy troszczyć się o to, ażeby nie tylko nie przyspieszać końca życia, ale ten koniec oddalać poprzez zdrowy styl życia. To takie oczywiste, ale chyba przyznamy, że pod tym względem chyba każdy z nas ma w sobie coś do poprawienia. A przecież nie chcemy zbyt szybko rozstać się z naszymi bliskimi. Każdy z nas jest komuś potrzebny i warto o to zadbać, byśmy żyli jak najdłużej.

Rozstanie się na zawsze, które w sensie psychologicznym należy do istoty śmierci, w dużej mierze zależy od jakości wcześniejszych relacji. Na pewno jest tym boleśniesz, im silniejsze były więzi osobowe pomiędzy osobą umierającą a jej bliskimi. Ale to nie znaczy, że ich brak zapewnia łatwiejsze rozstanie. Jeśli dotyczy to krewnych, wówczas jakby sama natura daje w tym momencie o sobie znać. Umierający chce mieć przy sobie rodziców, rodzeństwo, dzieci, nawet wtedy kiedy wcześniej nadszarpnięte były z nimi więzi. Śmierć jest okazją do pojednania, wzajemnego przebaczenia. I to jest też powodem tego, aby w miarę możliwości nie pozbawiać umierającego świadomości i nie przesadzać z uporczywym przedłużaniem życia kosztem kontaktu z bliskimi. Znane są fakty, gdy w momencie, w którym rodzina chce być do końca z umierającym, w szpitalu, wkracza personel medyczny i wyprasza rodzinę. Na pewno są to trudne decyzje. Nie zawsze bowiem wiadomo, czy to rzeczywiście już zbliża się koniec, a może da się jeszcze życie przedłużyć. Jak się da, wszyscy są zadowoleni. Ale jak się nie da, pozostaje niesmak i żal. Lekarz może ma poczucie dobrze spełnionego obowiązku, ale rodzina zachowa niemile wspomnienie i lęk, że «a może mnie też tak potraktują».

W tym momencie chciałbym też dodać, że są to wypadki jednostkowe. Nikt nie chce oczywiście oddzielać umierającego od lekarza. Co więcej, właśnie to

lekarz w tym momencie jest bardzo potrzebny. Otaczający umierającego doznają często przykrego poczucia bezradności wobec bólu fizycznego, z jakim on się zmagają. Lekarz zapewnia umierającemu i jego bliskim poczucie bezpieczeństwa. Dzięki pomocy lekarza czy pielęgniarki możliwy jest kontakt osobowy. Z człowiekiem, którego coś bardzo boli, nie da się spokojnie rozmawiać. A ta rozmowa właśnie w tym momencie jest potrzebna umierającemu i jego bliskim. Czasami wystarczy jeden gest, ażeby uratować dobre wspomnienia po nim. W tym momencie można też z jego strony usłyszeć słowa przebaczenia, które pozostałym przy życiu mogą być pomocne. Podczas psychoterapii nierzadko się zdarza, istnieje problem pojednania się z osobami bliskimi, które już wprawdzie fizycznie nie żyją, ale pozostają żywe w świadomości.

Do tego wymiaru fizycznego i psychicznego śmierci należy też dodać jeszcze wymiar duchowy i religijny, który zakłada życie po śmierci. Należy przyznać, że mało jest osób (jeśli w ogóle takie są), które w sposób absolutny wykluczają życie po śmierci. Człowiek bowiem z natury jest religijny. Często myślimy tak, że jeśli ktoś nie deklaruje się jako wierzący, to automatycznie jakby zadeklarował się jako niewierzący. Tymczasem to nie tak. Trudniej jest bowiem być przekonanym o tym, że coś nie istnieje aniżeli istnieje. Są tacy, którzy głośno mówią, że są niewierzący, ażeby niejako ukryć wątpliwości. To trochę tak, jak na przykład homoseksualiści, którzy przychodzili do mnie do poradni tylko po to, ażeby mi powiedzieć, jak bardzo są szczęśliwi. Ludzie, ażeby uwierzyć w coś, w co trudno uwierzyć, muszą to głośno i często wypowiadać.

Jeśli mówimy o lęku w obliczu śmierci, to tym bardziej człowiek narażony jest na wątpliwości o charakterze religijnym. Gdzieś tam głęboko powstaje pytanie: «A jeśli jest życie wieczne, co będzie ze mną?» Do tego oczywiście potrzebny jest pewien komfort fizyczny, psychiczny i duchowy. Jak ciało bardzo boli, nie ma się ochoty myśleć o czymś innym, jak tylko o tym, żeby przestało boleć. Jak otoczenie nie jest zdolne do poważnych rozmów, a jedynie manifestuje swoją bezradność, wyrażaną płaczem, umierającemu wcale to nie pomaga, żeby zacząć myśleć o czymś innym, niż o tym, co dzieje się «tu i teraz». A jest to moment, kiedy właśnie poważne myślenie o przyszłości może zmienić postawę w obliczu śmierci, która w sensie religijnym oznacza nie tylko coś, ale Kogoś przychodzącego. Takie znaczenie śmierci wdaje się uzasadniać wyrażenie «w obliczu śmierci». To oczywiście może budzić lęk, ale też i nadzieję, że przekracza się pewien próg do innego życia.

Piśmiennictwo

- 1 Lachowska B, Majchrowska H. *Problemy matek samotnie wychowujących dzieci*. [W:] *Pomoc rodzinie niepełnej*. Red. T. Kukołowicz, Sandomierz. 1988. s. 27–35.
- 2 Lachowski S. *Problemy ojców samotnie wychowujących dzieci*. [W:] *Pomoc rodzinie niepełnej*. Red. T. Kukołowicz, Sandomierz. 1988. s. 37–44.
- 3 Krzysteczko H. *Pomoc w dojrzewaniu do miłości, małżeństwa i rodziny*. Katowice. 2000. s. 172–173.

- 4 Hołyst B. *Psychologia kryminalistyczna*. Warszawa. 2009, s. 410–418.
- 5 Krzysteczko H. *Pomoc w dojrzewaniu do miłości, małżeństwa i rodziny*. Katowice. 2000, s. 233–234.
- 6 Sołtysiak T. *Problemy podkultur i sekt wśród młodzieży*. [W:] *Pedagogika specjalna*. Red. W. Dykciak, Poznań. 2001, s. 428–430.
- 7 Krzysteczko H. *Pomoc w dojrzewaniu do miłości, małżeństwa i rodziny*. Katowice. 2000, s. 341–342.

Ks. dr n. hum. Rafał Śpiewak
Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

MOJE SPOTKANIA Z LĘKAMI STUDENTÓW

Streszczenie

Duszpasterstwo akademickie jest częścią misji Kościoła, którego istotą jest głoszenie Ewangelii, czyli Dobrej Nowiny. Obszarem działalności duszpasterstwa akademickiego jest szeroko pojęta uczelnia wyższa. We współczesnym świecie, w którym panuje niepewność, brak wyraźnych perspektyw i różnego rodzaju lęki, zadanie duszpasterstwa zyskuje szczególną wartość. Zadaniem uniwersytetu nie jest tylko przekazywanie wiedzy, prowadzenie badań naukowych, ale w gruncie rzeczy jest on po to, żeby człowiek, który do niego przychodzi nauczył się myśleć sam i wyzwolił swój potencjał umysłowy i duchowy. Uniwersytet to jest jakiś odcinek walki o człowieczeństwo człowieka. Chodzi o to, by pomóc młodym ludziom, na szczególnie newralgicznym etapie życia, w odkrywaniu prawdziwych wartości, uporaniu się z różnego rodzaju ograniczeniami i lękami.

Duszpasterstwo akademickie w Rybniku ma spore tradycje. W obecnym kształcie funkcjonuje od momentu utworzenia w 2002 roku tzw. Kampusu, w którym swoje ośrodki zamiejscowe znalazły trzy ważne uczelnie naszego regionu: Politechnika Śląska, Uniwersytet Ekonomiczny i Uniwersytet Śląski.

Nieliczone godziny przeprowadzonych rozmów z młodymi ludźmi, w ramach różnorodnej działalności duszpasterstwa akademickiego składają się na bogate doświadczenie i wiedzę dotyczącą ich problemów. Szczególną wartość poznawczą miały spotkania indywidualne, kiedy to młody człowiek «otwierał się» w sposób wręcz bezgraniczny.

Różnorodność problemów, z którymi przychodzą młodzi ludzie do duszpasterza, ujawnia kilka zasadniczych rodzajów lęków: lęki wobec nowej grupy, lęki z poczucia winy, lęk przed prawdą o samym sobie (w poczuciu bezradności wobec swoich słabości, ograniczeń, niemocy), lęki z powodu niepewności jutra, lęki przed definitywnymi wyborami, decyzjami na całe życie, lęki jako konsekwencja zranień z przeszłości (trudne dzieciństwo, nieudane związki, naiwność), lęk przed ujawnieniem całej prawdy o sobie przed kimś, kogo się kocha, lęki przed samotnością, lęk o kogoś bliskiego w obliczu choroby i śmierci. I wreszcie lęki urojone o podłożu chorobowym.

Jak się okazuje lęk może posiadać także walor mobilizujący i być wyznacznikiem zadań i szukania pomocy. Zasadniczo los studentów jest w ich rękach, ale i w rękach tych, którzy mogą i powinni im pomóc. Chodzi jednak nie tylko o okazjonalną i incydentalną pomoc, ale o rozwiązania systemowe, w które zaangażowane będą, współpracując ze sobą, w ramach swoich kompeten-

cji różne podmioty. Konieczne przy tym jest integralne spojrzenie na człowieka w wymiarze zarówno intelektualnym, jak i psychicznym, fizycznym i duchowym.

Duszpasterstwo akademickie i jego misja

Duszpasterstwo akademickie jest częścią misji Kościoła, którego istotą jest głoszenie Ewangelii, czyli Dobrej Nowiny [1, 2]. Obszarem działalności duszpasterstwa akademickiego jest szeroko pojęta uczelnia wyższa, a więc nie tylko studenci, ale również nauczyciele akademicy, pracownicy naukowcy [3]. Z tej racji jego formuła jest bardzo różnorodna [4]. Zawsze jednak chodzi o wspólne szukanie sensu, uzasadnienia nadziei, a także o niesienie pomocy w obliczu wielorakiej ludzkiej biedy i bezradności. Zadanie to ujawnia swą szczególną wartość w świecie, w którym panuje niepewność, brak wyraźnych perspektyw i różnego rodzaju lęki.

W czasie swej pierwszej pielgrzymki do Ojczyzny w 1979 r., podczas spotkania z pracownikami, jeszcze niedawno jego macierzystej uczelni, jaką był KUL, Jan Paweł II powiedział:

«Zadaniem uniwersytetu jest także uczyć, ale w gruncie rzeczy jest on po to, żeby człowiek, który do niego przychodzi, który ma swój własny rozum już nieco rozwinięty i pewien zasób doświadczenia życiowego, nauczył się myśleć sam. Uniwersytet jest po to, żeby wyzwolił ten potencjał umysłowy i potencjał duchowy człowieka, żeby pomógł w jego wyzwaniu się. (...) Uniwersytet to jest jakiś odcinek walki o człowieczeństwo człowieka. Z tego, że się coś nazywa uniwersyte-tem albo wyższą uczelnią, jeszcze nic nie wynika dla sprawy człowieka. Owszem, można nawet wyprodukować – złe wyrażenie, brutalne wyrażenie – można nawet wytworzyć serię ludzi wyuczonych, wykształconych, ale problem jest nie w tym, chodzi o to, czy się wyzwoliło ten olbrzymi potencjał duchowy człowieka, przez który człowiek urzeczywistnia swoje człowieczeństwo. To jest decydujące. (...) Myślę, że coraz bardziej w świecie współczesnym, w różnych tego świata systemach, wytworzonych na gruncie różnych ideologii, które zresztą mają dość wspólny korzeń, coraz bardziej będzie oczywiste, że sama tylko produkcja wykształconych, wysoko wyszkolonych, wyspecjalizowanych jednostek nie rozwiązuje zagadnienia. Nie rozwiązuje zagadnienia człowieka. (...) Uniwersytet jest wspinałym środkiem do celu, instytucja uniwersytetu jest jednym z arcydzieł ludzkiej kultury. Zachodzi tylko obawa, czy to arcydzieło nie ulega w dzisiejszej epoce odkształceniu i to w wymiarze globu... Nie wiem, już się na tym nie znam, ale boję się!» [5, 6].

To ostatnie stwierdzenie zdradza swoisty lęk papieża, w którym paradoksalnie zawiera się wyzwanie, by stawić czoła różnorodnym lękom młodych ludzi – studentów, aby wyzwolić ich potencjał ku prawdzie, dobru i pięknu. Jak się okazuje obawa ta ma tu walor mobilizujący i jest wyznacznikiem zadań, z których najważniejszym jest kształtowanie człowieczeństwa. Stąd też działalność duszpasterstwa akademickiego jest w tej materii nieoceniona. Poprzez różne formy działalności włącza się ono w sposób szczególny w misję uczelni wyższych, których celem jest nie tylko przekazywać i pogłębiać wiedzę, ale przede wszystkim kształtować młodych ludzi [7]. Chodzi o to, by pomóc młodym ludziom, na szczególnie newralgicznym

etapie życia, w odkrywaniu prawdziwych wartości, uporaniu się z różnego rodzaju ograniczeniami, a przez to uruchomić ich wewnętrzny potencjał intelektualny i duchowy. To fundamentalne zadanie w wyjątkowy sposób ujął niezwykły znawca młodzieży i ich dylematów, długoletni nauczyciel akademicki, a następnie papież – Jan Paweł II.

Jak się jednak okazuje, piękno człowieczeństwa studentów zakłócają różnego rodzaju zahamowania, stereotypy, bolesne doświadczenia, ograniczenia, trudności, które w różny sposób i w różnym nasileniu generują ich lęki. Ograniczają one niejednokrotnie twórczy potencjał młodych ludzi, który mimo zdobytej wiedzy pozostaje stłumiony lub jest wykorzystywany w niewłaściwy sposób. Z drugiej strony trzeba też pamiętać, że właściwie odczytany i przeżyty lęk może stać się bodźcem do zweryfikowania swojego życia i naprawienia dotychczasowych błędów. Z lękiem przeżyтым właściwie mamy do czynienia wówczas, kiedy człowiek nie zamyka się w nim, ale szuka pomocy. W pewnych sytuacjach z trudnościami można uporać się samemu, ale często domagają się one spojrzenia z zewnątrz i dodatkowej konfrontacji. W niektórych wypadkach głęboko przeżywane lęki wymagają ingerencji specjalistów psychiatrów bądź psychologów i długotrwałej terapii [8].

Specyfika duszpasterstwa akademickiego w Rybniku

Duszpasterstwo akademickie w Rybniku ma spore tradycje [9]. Swymi korzeniami sięga okresu tworzenia się w Rybniku przed pięćdziesięciu laty filii Politechniki Śląskiej [10]. Funkcjonowało ono głównie przy parafii św. Antoniego, a prowadzili je poszczególni wikariusze tejże parafii, bądź też ówczesni kapelani szkoły Sióstr Urszulanek.

W 2002 roku na terenie byłego szpitala przy ul. Rudzkiej utworzono nowoczesny Zespół Szkół Wyższych, czyli tzw. Kampus. Swoje ośrodki zamiejscowe znalazły w nim kolejne ważne uczelnie naszego regionu: Uniwersytet Ekonomiczny i Uniwersytet Śląski. Bardzo mocno wzrosła więc liczba studentów, która sięgała do około 6. tys. Ówczesny arcybiskup katowicki Damian Zimoń dostrzegł konieczność powołania nowego, obok Katowic, ośrodka duszpasterstwa akademickiego z oddelegowanym do niego duszpasterzem.

Studenci rybnickiego Kampusu to zasadniczo mieszkańcy okolicznych miejscowości, rzadziej sami Rybniczanie. Na zajęcia przyjeżdżają więc codziennie ze swoich rodzinnych domów. Na terenie Rybika funkcjonuje tylko jeden akademik o nazwie „Jedynaczek”, będący własnością Politechniki Śląskiej. Zamieszkuje go około stu studentów. Powoduje to, że tutejsze życie studenckie, które zazwyczaj odbywa się popołudniami czy wieczorami jest mocno okrojone. Dojeżdżający na studia do Rybnika młodzi ludzie nie mają potrzeby tworzenia nowego środowiska, ponieważ zasadniczo wystarcza im własne, rodzime w swoich miejscowościach. Specyfika ta ma także zasadnicze konsekwencje dla funkcjonowania ośrodka duszpasterstwa akademickiego.

Jestem trzecim z kolei duszpasterzem akademickim w tym ośrodku, który swą nazwę zawdzięcza być może nieprzypadkowemu zestawieniu pierwszych liter wyra-

zów określających to miejsce: duszpasterstwo akademickie Rybnik, w skrócie DAR. I faktycznie ów ośrodek jest darem dla tworzących rybnicki kampus uczelni, ich studentów i pracowników. W szerszym znaczeniu niewątpliwie jest nim także dla miasta, starającego się od lat, by stworzyć tu osobliwy ośrodek akademicki, tętniący życiem i tradycjami.

Od początku mojej posługi, raz po raz nurtuje mnie pytanie zasadnicze: co to znaczy być kapłanem kampusu? Jest to kluczowe zagadnienie, zwłaszcza w świecie, który coraz bardziej staje się indyferentny wobec wartości religijnych i duchowych. Wyjątkowo ciekawą refleksję na ten temat snuje wybitny amerykański psycholog i przewodnik duchowy wielu tysięcy młodych ludzi, Henri J. M. Nouven w książce zatytułowanej «Intymność» [11]. Dokonuje on śmiałego porównania duszpasterzowania w kampusie uniwersyteckim do tego, które towarzyszyło żołnierzom na polu walki w czasie wojny. «Na polu walki nie ma ambony, z której można wygłaszać kazanie, brakuje ołtarza, nie ma lekcji katechezy ani grup dyskusyjnych. Wielu księży czuło się jak drwale, którzy utracili swoje narzędzia... – i dalej stwierdza – ...Nasze dzisiejsze kampusy uniwersyteckie przypominają pola bitwy drugiej wojny światowej. Zwykle kanały, poprzez które działaliśmy i docieraliśmy do tysięcy studentów, nie są już tak sprawne lub całkowicie zawodzą. Religijna prasa, procesje, różańce i godziny święte to egzotyczne wspomnienia wzbudzające uśmiech. Mniej osób odwiedza kaplice, a msze i inne nabożeństwa przyciągają tylko niewielką część młodej populacji. Kluby biblijne, grupy dyskusyjne i rekolacje cieszą się powszechną popularnością, ale już się zastanawiamy, jak długo to potrwa. Z czasem zaczynamy się czuć jak ofiary religijnego striptizu, jakby studenci domagali się, abyśmy zdejmowali kolejne części ubioru i mówili do nas: chcemy was zobaczyć obnażonych, a wówczas przekonamy się, ile jesteście warci» [11]. To obnażanie się może oznaczać stawanie w prawdzie z całą szczerością i prostotą, które jest synonimem ogołocenia. Jak się okazuje jest to warunek konieczny zbliżenia, nawiązania relacji, a następnie wzbudzenia zaufania i autorytetu. Dawne formy duszpasterzowania oparte były na tworzonych grupach i różnych zadaniach. Dziś coraz częściej przybierają formę indywidualnych spotkań, często bardzo niepozornych i mało efektownych. Przed laty młodzież szukała różnych form zaangażowania, także, gdy chodzi o duszpasterstwo akademickie, dziś trzeba ich szukać na wielu drogach i na różne sposoby. Jeden ze starszych profesorów wspominając, opowiadał mi, że w przeszłości, przy ówczesnych możliwościach technicznych, kiedy to na powielaczu wydrukowano dziesięć plakatów, na spotkanie przyszło sto osób, dziś rozwiesza się sto pięknie zaprojektowanych i kolorowych plakatów, a na spotkanie przychodzi dziesięć osób.

Choć zewnętrznie często wygląda na to, że duszpasterz akademicki niewiele może działać, to biorąc pod uwagę specyfikę czasów, stoją przed nim poważne wyzwania. Obecny system edukacji, a także szkolnictwa wyższego, nie sprzyjają tak zwanemu zadomowieniu, identyfikacji, a w szerszym znaczeniu także posiadaniu tożsamości. Po sześcioletniej szkole podstawowej, w najbardziej newralgicznym momencie rozwoju, dziecko wyrywane jest z jego pierwszego, naturalnego, znanego środowiska i trafia do środowiska zupełnie nowego, do nowej szkoły,

nowej grupy rówieśników, do gimnazjum. Czasu na aklimatyzację ma niewiele, a przy ogromie nowych zadań tworzenie relacji przyjacielskich schodzi często na dalszy plan. Z konieczności relacje te bywają nieraz bardzo powierzchowne [12]. Każda wytrawna przyjaźń czy relacja wymaga bowiem wielu prób, z których najważniejsza jest próba czasu. Po trzyletnim gimnazjum przychodzi czas na kolejne wyzwanie, szkołę ponadgimnazjalną. I tu również młody człowiek ma przed sobą perspektywę tylko trzech lat. Ten mechanizm powtarza się aż po czasy studenckie, jeszcze kilka razy ze wszystkimi jego uwarunkowaniami, tyle tylko, że na studiach wiele się zmienia. Nouven mówi, że z powodu braku odpowiedniego zakotwiczenia i często bez wyraźnego celu na horyzoncie, student zaczyna dryfować [11]. «W nowym środowisku, w którym ton nadaje nauka, podstawowym sposobem dochodzenia do prawdy jest badanie naukowe, a modelem hipoteza, pewność staje się podejrzana, a znak zapytania jest najbardziej szanowanym symbolem. Jednakże zadawanie pytań napawa lękiem. Odpowiedź może brzmieć: nie» [11]. W tak zrelatywizowanym świecie trudno ukształtować trwałe i pewny fundament, trudno o psychiczną i duchową stabilizację. Niepewność zaś jest kluczowym czynnikiem tworzenia się wszelkich lęków.

Uzasadnienie podjęcia zagadnienia różnorodnych lęków, z jakimi borykają się studenci

Piętnastoletnie doświadczenie kapłańskie, w tym siedem lat pracy w środowisku akademickim, pozwala na dokonanie pewnej syntezy na temat najważniejszych problemów, z jakimi spotkałem się dzięki kontaktom z młodymi ludźmi. Na doświadczenie to składają się bezpośrednio spotkania, w grupach czy indywidualnie i niezliczone godziny przeprowadzonych rozmów. Szczególną wartość poznawczą miały spotkania indywidualne, kiedy to młody człowiek «otwierał się» w sposób wręcz bezgraniczny. Nieraz w rozmowach tych padały sformułowania: «tego, co teraz księdzu powiem, nie mówiłem (–am) nigdy wcześniej i nigdy nikomu bym nie powiedział (–a).» Często problematyka poruszana przez studentów dotyczyła najtrudniejszych i przez to najintymniejszych spraw w ich życiu. Rzeczą oczywistą i bezsporną jest, że aby do takich zwierzeń mogło dojść, konieczne jest ogromne zaufanie, ale i wielka determinacja, czyli potrzeba podzielenia się trudnym problemem, z którym człowiek samemu sobie nie radzi. Do takiego zdobycia zaufania nie wystarcza dziś piastowanie takiej, czy innej funkcji, w tym wypadku bycie duszpasterzem akademickim. Na wzbudzenie zaufania pracuje się w różny sposób miesiącami, a nawet latami. Ważny jest w tym momencie także odbiór środowiskowy danej osoby, tzn. czy na przestrzeni lat opinia środowiska o jakiejś osobie sprzyja zaufaniu. Niejednokrotnie poważnym utrudnieniem w budowaniu relacji zaufania są panujące stereotypy i zmieniające się dynamicznie tendencje społeczne. Poważnym dylematem w pracy duszpasterskiej wśród młodzieży jest ich uprzednie, często negatywne nastawienie do księdza. Wpływa na to szereg różnych czynników, zarówno indywidualnych, jak i społecznych. Bardzo poważnym problemem jest nisz-

czenie wszelkich autorytetów i podważanie zaufania do osób odpowiedzialnych za kształtowanie młodych ludzi. Funkcjonowanie autorytetów ma ogromne znaczenie zarówno dla pojedynczego człowieka, ale także dla szerszych grup, czy całego społeczeństwa [13]. Niestety ich istnienie i oddziaływanie jest stale i w różny sposób niszczone. Ten wielowymiarowy proces, który można nazwać «zatrutowaniem myśli», uderza przede wszystkim w tych, którzy szukają wzorców, potrzebują wsparcia, a którzy ostatecznie pozostają bez pomocy, gdyż do nikogo nie mają już zaufania [14]. Pomijając środki masowego przekazu, które w niejednym wypadku czynią wręcz spustoszenie w młodej, kształtującej się psychice, warto zwrócić uwagę na postawy dorosłych w środowisku rodzinnym. Częste krytyczne i nieprzebrane uwagi czynione pod adresem nauczycieli, księży, czy innych ludzi mających wpływ na młodych ludzi, powodują chaos w umyśle młodzieży. Skutkuje to poczuciem bezradności w obliczu trudności, którym można by zaradzić, w których można by pomóc. Jest to niełatwe doświadczenie, kiedy dostrzega się różnego rodzaju zagrożenia i lęki, a którym nie można bezpośrednio zaradzić z powodu braku jakiegokolwiek relacji. Paradoxem jest fakt, że spora część młodych ludzi skarży się na brak odpowiedniej, sprzyjającej atmosfery w domu rodzinnym, brak oparcia w najbliższych, albo wręcz agresywną wrogość, a jednocześnie w tych samych środowiskach odbiera się im szansę pomocy przez podważanie wszelkich autorytetów. Czasem musi upłynąć długi czas zanim młody człowiek dostrzeże wyciągniętą dłoń i sięgnie po nią. Niestety może się zdarzyć się, że nigdy jej nie dostrzeże.

Aby takich wypadków było jak najmniej, aby każdy przeżywający trudne chwile student mógł znaleźć pomoc, oparcie i schronienie muszą być spełnione odpowiednie warunki. Wspomina o nich H. J. Nouwen, a są to: **klimat, słowo, dom**. «Być może prawdziwym pragnieniem wielu studentów jest odnalezienie nie tyle odpowiedzi na głębokie i często bolesne pytania związane z sensem istnienia, ile klimatu pozwalającego na pytanie bez leku. (...) Wiemy, że najczęstszą formę cierpienia psychicznego w dzisiejszym kampusie stanowi depresja. Depresja spowodowana jest pytaniami, których nie można zadać, a których tłumienie przegradza się w głębokie poczucie winy [11].» Duszpasterz kampusu różnymi sposobami powinien komunikować swoją otwartość, aby żaden student, zwłaszcza przeżywający wyjątkowo bolesny problem nie miał poczucia, że nie może się z nim do niego zwrócić. Ksiądz musi być otwarty na wszelkie dylematy. Musi być otwarty także na ludzi niewierzących lub poszukujących a nawet wrogo nastawionych. Wobec problemów, z którymi zwracają się młodzi ludzie do duszpasterza najtrudniejsza sztuka polega na znalezieniu odpowiedniego słowa. «Wiele zakłamania w pracy duszpasterskiej wynika z nieumiejętności klinicznego rozpoznania w kontaktach i rozmowach duszpasterskich. Nie każdy potrzebuje zachęty, nie każdy wymaga korekty, nie każdy jest gotowy na modlitwę lub na słuchanie imienia Boga. Jedni wymagają ciszy, drudzy pojedynczego słowa, niektórzy potrzebują instrukcji, jeszcze inni po prostu zrozumienia, jedni chcą uśmiechu, drudzy pomocy, jeszcze inni wsparcia, a niektórzy potrzebują, żeby ich zostawić w spokoju [11].» Stąd kapłan kampusu musi zdobyć się na swoisty uniwersalizm, dystansując się od chęci szufladkowania i generalizowania. I wreszcie chodzi o stworzenie domu. Wielu

młodych ludzi może się cieszyć dobrą atmosferą domów rodzinnych. Niestety coraz częściej spotyka się takich, którzy gdy mowa o domu wymownie milczą. Są wówczas bardzo nieśmiali, wrażliwi, wyczuleni na wszelkie sygnały. Dom duszpasterza musi być wypełniony atmosferą akceptacji, ale też prawdy i miłości. Musi uśmierzać lęki a nie je potęgować. «Problem intymności jest bardzo często uznawany za podstawowy w emocjonalnym życiu młodego człowieka. Jego relacje z przyjaciółmi tej samej lub odmiennej płci mogą być podszyte bolesnym lekiem. Student pragnie bliskości, lecz równocześnie napawa go ona lękiem. Potrzebuje zatem uważnego prowadzenia, aby móc odnaleźć niezbędną równowagę prowadzącą do życia, w którym można być jednocześnie zaangażowanym i otwartym [11].» W kształtowaniu wszelkich relacji bardzo ważna jest wzajemna lojalność i odpowiedzialność, ale także poczucie wolności.

Wiedza zdobyta na przestrzeni lat w kontaktach z ludźmi to nie tylko przekazywane przez nich treści, ale także emocje, wzruszenia, nadzieje. Cała sfera doświadczeń duchowych, których adekwatne przekazanie staje się często wręcz niemożliwe. Żadna ankieta nie zastąpi i nie odda klimatu spotkania «twarzą w twarz» z problemem, który ma oblicze konkretnego człowieka. Wymaga to bezwzględnie odpowiednich dyspozycji, którymi przede wszystkim są czas, cierpliwość oraz dystans wobec chęci dokonywania wszelkich uogólnień i ocen. Każdy spotkany człowiek jest niepowtarzalny, a jego problem konkretny. Dostrzeżenie tej indywidualności i niepowtarzalności jest właśnie warunkiem wszelkiej pomocy. Wymaga to zawsze umiejętności cierpliwego słuchania, aby usłyszeć i podjąć próbę zrozumienia człowieka i jego problemu. Zawsze chodzi o spojrzenie podmiotowe, a nie przedmiotowe, o odróżnienie człowieka od tego, z czym się zmagają.

Zasadniczo duszpasterstwo akademickie kojarzy się z tym, że jego adresatami są ludzie wierzący, religijni. Tak jest w większości, ale nie obejmuje to całej złożonej rzeczywistości. Gdyby chcieć najtrafniej określić ludzi przychodzących do duszpasterstwa akademickiego, to należałoby stwierdzić, że są to w znacznej mierze ludzie poszukujący. Poszukujący zarówno Pana Boga i relacji z Nim, ale także poszukujący w szerszym znaczeniu, bo pytający o sens bolesnych doświadczeń, zmagający się z alienacją w środowisku rówieśniczym czy w rodzinie, poszukujący kogoś, kto ich wysłucha, szukający porady, zmagający się z trudnymi dylematami, takimi jak chociażby czy decyzja o wyborze danego kierunku studiów była trafna, czy poznany partner (partnerka) jest właściwym kandydatem na męża, żonę, czy starać się o dziecko metodą in vitro i wiele innych.

Różnorodność problemów, z którymi przychodzą młodzi ludzie do duszpasterza, ujawnia kilka zasadniczych rodzajów lęków: lęki wobec nowej grupy, lęki z poczucia winy, lęk przed prawdą o samym sobie (w poczuciu bezradności wobec swoich słabości, ograniczeń, niemocy), lęki z powodu niepewności jutra, lęki przed definitywnymi wyborami, decyzjami na całe życie, lęki jako konsekwencja zranień z przeszłości (trudne dzieciństwo, nieudane związki, naiwność), lęk przed ujawnieniem całej prawdy o sobie przed kimś, kogo się kocha, lęki przed samotnością, lęk o kogoś bliskiego w obliczu choroby i śmierci. I wreszcie lęki urojone o podłożu chorobowym.

Lęki wobec nowej grupy

Wraz z rozpoczęciem studiów, u progu nowego roku akademickiego, młody student zapoznaje się z całą paletą różnego rodzaju organizacji studenckich, kół naukowych. Wśród nich znajduje się także duszpasterstwo akademickie. Wydawałoby się, że nowe środowisko jest dla młodych ludzi szansą, polem samorealizacji i nawiązywania nowych kontaktów. Z relacji liderów tychże grup oraz własnego doświadczenia wynika, że nowi adepci uczelni mają poważne opory przed zaangażowaniem się w jakąkolwiek działalność i musi upłynąć wiele czasu, aby zdobyli się na ten krok. Liczebność wszelkich organizacji i kół ujawnia, że większość studentów pozostaje jednak bierna. Nasuwa się pytanie, dlaczego tak jest? Przychodzi mi na myśl studentka, która od początku studiów słyszała o duszpasterstwie akademickim, ale przez dwa lata nie zdobyła się na to, by przyjść na jakiegokolwiek spotkanie. Gdy wreszcie przełamała opory i włączyła się stopniowo w jego działalność, czuła wyjątkową satysfakcję. Po latach, gdy już kończyła pobyt na uczelni, podczas pożegnalnego spotkania wyznała, że nie mogło jej spotkać nic bardziej pięknego, jak właśnie ta wspólnota. Zapytałem ją wówczas, co stało na przeszkodzie, by przyjść prędzej? W odpowiedzi usłyszałem o lęku przed nieznanym środowiskiem, co więcej obarczonym różnego rodzaju fałszywymi stereotypami. Na podstawie tego uświadomiliśmy sobie, jak wiele można stracić w życiu z powodu nieuzasadnionego lęku. Jest to strata tym boleśniejsza, że młodzieńczego okresu studiów i wszystkiego, co się z nim wiąże, nie można już na żadnym następnym etapie życia powtórzyć. Na pytanie, jak zmienić tę sytuację i uchronić innych przed tego rodzaju mechanizmami, trudno znaleźć odpowiedź.

Kolejnym generatorem różnych lęków, przeżywanych w kontekście grupy rówieśniczej, jest obawa przed odrzuceniem, niez zaakceptowaniem. Źródłem tychże lęków u wielu młodych ludzi jest najczęściej bardzo niskie poczucie własnej wartości. Łatwiej im się zdobyć na jakąś indywidualną relację, ale w konfrontacji z większą wspólnotą trudno im się odnaleźć.

Przyczyną takiego stanu rzeczy może być także trudność w wyrażaniu swoich poglądów, o ile w ogóle jakieś posiadają [15]. Niewątpliwie przeszkodą w nawiązywaniu relacji jest nieumiejętność formułowania własnych myśli. To powoduje, że wszelkie relacje są bardzo powierzchowne i płytkie, a przez to skazane na nietrwałość. Z drugiej jednak strony istnieje wyraźny głód głębszych relacji i lęk przed samotnością i wyobcowaniem. Szuka się ich czasem za wszelką cenę. Jakimś substytutem tychże relacji są dziś wirtualne formy kontaktów [16]. Sprawiają one wrażenie posiadania tysięcy przyjaciół, podczas gdy nie ma się realnej relacji z kimkolwiek. Pewien student opowiadał mi przed laty, że zaangażował się w znajomość, którą nazwał «przyjaźnią przez Internet» z kimś, komu przez dłuższy czas pomagał finansowo. Był głęboko przekonany o wiarygodności i uczciwości tego człowieka. Dopiero gdy zwrócił się do mnie o pomoc, gdyż jak się okazało, w imię tej «przyjaźni» zaciągnął spory kredyt, uświadomił sobie absurdalność tej sytuacji.

Istnieją także inne motywy zawierania wirtualnych znajomości. Jest to podyktowane nieufnością, lękiem przed całkowitym otwarciem się i wzięciem odpowie-

działności. Wszelkie tego typu relacje powstają niepostrzeżenie i łatwo je zerwać bez konsekwencji.

Realne relacje, zwłaszcza w różnego rodzaju grupach, wymagają stałości, zaangażowania i odpowiedzialności. To wszystko składa się na uczciwość względem pozostałych członków grupy. Poważną przeszkodą jest w tym momencie tzw. «słomiany zapał» i postawa roszczeniowa. Przyczyną tego bywa często lęk przed wzięciem odpowiedzialności za jakieś zadania. Źródłem tego lęku jest niewiara we własne siły i możliwości, a także głęboko zakorzenione kompleksy. Dopóki jest się beneficjentem jakiejś grupy, to się jest jej członkiem, natomiast jeśli wymaga ona większego zaangażowania i poświęcenia, to następuje wycofanie się. Można to nazwać też lękiem przed ponoszeniem ofiar. Wszelkie zaś wielkie dzieła czy przedsięwzięcia, wymagają nieraz wielkich poświęceń i wytrwałości. W świecie, w którym liczy się zysk i natychmiastowy efekt, trudno o takie postawy. Paradoksalnie zaś okazuje się, że nie tyle zdolności, co wytrwałość jest tajemnicą wszelkiego sukcesu.

Lęki z poczucia winy

Ważną dziedziną działalności duszpasterza akademickiego jest posługa sakramentu pokuty i pojednania. Jest to dziedzina szczególnie intymna i delikatna. Wśród wielu różnych bardzo ważkich problemów, ujawnia ona lęki związane z poczuciem winy. Życie młodych ludzi często obciążone jest błędnymi decyzjami i ich konsekwencjami. W momencie ich uświadomienia często pojawia się bardzo boleśnie przeżywane poczucie winy. Ludzie pytają wówczas o przebaczenie i szanse naprawy wyrządzonych krzywd. Dla zobrazowania niniejszego zagadnienia chciałbym przytoczyć pewną historię, zmieniając niektóre aspekty. Młoda studentka poprosiła mnie kiedyś o pilne spotkanie, gdyż jak to określiła «nie ma siły normalnie żyć». Okazało się, że wcześniej dużo chorowała. W walce z chorobą ważną motywacją była jej miłość do rodziców. Kiedy po ustabilizowaniu się jej sytuacji zdrowotnej i powrocie ze szpitala wywiązała się kłótnia z ojcem, ten uderzył ją w twarz. Rozgorączkowaną, tym bardziej po przebytej chorobie, powiedziała ojcu, że nigdy mu tego nie wybaczy. Nawet jak będzie umierał. Słowa te padły pod wpływem głębokiego poczucia krzywdy. Jednak po około dwóch tygodniach od tego wydarzenia, ojciec uległ poważnemu wypadkowi samochodowemu i przebywał na oddziale intensywnej terapii, nieprzytomny. Dziewczyna ta codziennie przesiadywała w szpitalu przy ojcu, mając głęboką nadzieję, że odzyska on przytomność. Chodziło jej bowiem, jak sama podkreślała, tylko o jedno «by ojciec wiedział, że mu wybaczam». Niestety stan ojca nie ulegał poprawie mimo wysiłków lekarzy. Córka, mając w pamięci wypowiedziane kategorycznie słowa, znalazła się w szczególnie granicznej sytuacji. Szukając ratunku zadzwoniła do księdza z pytaniem, co w takiej sytuacji można zrobić. Jedyne rozwiązanie dawała wiara. I dlatego wierząc, uklękliśmy do modlitwy, podczas której dziewczyna głośno prosiła Pana Jezusa, by pośredniczył w kontakcie z jej nieprzytomnym ojcem. Okazało się, że modlitwa ta była dla niej jedyną szansą na poradzenie sobie z dramatycznym poczuciem winy i ogromnym lękiem z jego powodu. Ważnym aspektem była też sama rozmowa, podzielenie się

z duszpasterzem przeżywanym dramatem. Już samo wypowiedzenie swoich lęków przed księdzem dawało ulgę, że nie pozostanie się z nim samemu i nadzieję, że znajdzie się jakieś wyjście, którego do tej pory za nic nie można było dostrzec.

Lęki przed definitywnymi wyborami, decyzjami na całe życie

Okres studiów to czas nawiązywania szczególnych relacji, które w przyszłości owocują związkami, najpierw narzeczeńskimi, a później małżeńskimi. Duszpasterstwo akademickie stanowi niejednokrotnie sprzyjające środowisko w nawiązywaniu takich relacji. Wiele par skojarzyło się właśnie w łonie duszpasterstwa akademickiego. Wpływa na to szereg różnych czynników, z których bardzo ważnym jest wspólny system wartości. Niemniej jednak w procesie tym ujawniają się także trudności i różnorakie lęki. Duszpasterstwo akademickie, jako jedno z ważniejszych zadań, upatruje właśnie w pomocy młodym ludziom we właściwym przygotowaniu się do małżeństwa. Dwa razy w roku odbywają się dziewięciodniowe warsztaty dla narzeczonych metodą dialogową [17]. W ostatnich latach zwiększa się liczba par chcących wziąć w nich udział. Może to wskazywać na fakt, że wielu młodych rzeczywiście dostrzega potrzebę pomocy w dookreśleniu definicji małżeństwa i wynikających z niej zadań i zagrożeń [18, 19, 20].

Wiele przeprowadzonych z tego tytułu rozmów z narzeczonymi ujawnia lęk przed podjęciem definitywnych decyzji, wiążących na całe życie. Źródła tego lęku są różnorakie. Począwszy od indywidualnych, osobistych, bardzo bolesnych doświadczeń we własnej rodzinie, aż po czynniki zewnętrzne, czyli ogólnie panującą atmosferę niepewności i niestałości [21]. Obok czynników natury psychologicznej i duchowej, ważną rolę spełniają czynniki ekonomiczne, które rodzą niepewność jutra, niestabilność, a przez to budzą lęk przed zobowiązującymi decyzjami.

Przedłużający się okres narzeczeństwa generuje ostudzenie uczuć i emocji, a także motywacji do bycia razem, a to z kolei rodzi ambiwalencję uczuć. Z jednej strony lęk przed dalszym byciem razem, z drugiej lęk przed byciem opuszczonym, porzuconym, przed samotnością. Lęk ten potęguje się zwłaszcza, gdy okres narzeczeństwa w istocie nie różni się wiele od normalnie funkcjonującego małżeństwa. Strata bowiem jest tym boleśniejsza, im więcej się zainwestowało.

Zranienia miłości lub niejednokrotnie jej całkowity brak powodują, że wielu młodych ludzi odczuwa głód miłości. W takiej sytuacji nawet powierzchowne relacje nazywa miłością. Głód i tęsknota za miłością powodują tym samym, często z powodu braku doświadczenia, że najmniejsze oznaki bliskości i ciepła stają się podstawą do bezgranicznego otwarcia się, a to z kolei rodzi gorzki rozczarowania i coraz to nowe zranienia. Po wielu takich przeżyciach młodzi ludzie wątpią w sens miłości i możliwość zachowania wierności.

Lęki wywołane wydarzeniami z przeszłości

Zwykle uważa się, że wiek jest synonimem doświadczenia życiowego. Jest to twierdzenie w dużym stopniu prawdziwe. Niemniej jednak zważywszy na to, że na los

człowieka wpływa bardzo wiele różnych czynników, pomiędzy ludźmi istnieją znaczne różnice doświadczeń. I dlatego zdarza się, że pomimo młodego wieku sporo młodych ludzi zdążyło przeżyć wiele bardzo trudnych momentów. Już na początku swego życia są obarczeni bolesnymi doświadczeniami. Do najtrudniejszych należą doświadczenia z okresu dzieciństwa i wczesnej młodości. Pragnę zaznaczyć, że niejednokrotnie zdarzyło mi się usłyszeć z ust młodych ludzi bardzo dramatyczne wyznania. Kilka razy spotkałem osoby, które przyznały, że od swoich rodziców usłyszały słowa: «nie byłeś chciany», «żałuję, że się urodziłeś». Takie zdania nawet, jeśli są wypowiedziane w sposób nieprzemyślany, bądź są wypowiedziane pod wpływem silnych emocji, pozostawiają poważne pęknięcie w psychice młodego człowieka. Z lękiem, który się wówczas uwalnia, a jest to lęk wobec bycia niekochanym, trudno się uporać przez całe życie. W obliczu tak dramatycznej sytuacji, chcąc w jakikolwiek sposób załagodzić skutki tych wyjątkowych zranień, nie pozostawało mi nic innego, jak tylko przywołać prawdę o bezgranicznej i bezwarunkowej miłości Boga do każdego człowieka. Usłyszenie tego stwierdzenia nie jest tożsame z przyjęciem go. Prawda ta nie jest łatwa, gdyż zranionemu człowiekowi trudno uwierzyć w miłość Boga, ponieważ nie doświadczył jej w najbliższym środowisku. Droga do jej przyjęcia, a przez to próba odbudowania poczucia własnej wartości, jest bardzo trudna i wymaga długotrwałej terapii, w której pomoc kapłana nie wystarczy [22]. Jeśli są to głębokie zranienia, które już zaowocowały różnymi konsekwencjami i powikłaniami, potrzebna jest pomoc psychologa, a nawet lekarza psychiatry.

Inna sytuacja zachodzi wówczas, gdy młodzi ludzie, bądź to z powodu braku prawdziwej miłości, bądź z powodu lekceważenia pewnych zasad, czy też wreszcie z powodu sporej naiwności, doświadczają sytuacji, które pozostają zapisane w ich pamięci i psychice jako zawód czy rozczarowanie. Skutkiem tego jest nieumiejętność stworzenia normalnej relacji opartej na wolności i zaufaniu. Boleśnie przeżywany brak miłości ze strony rodziców w dzieciństwie ma co najmniej dwa poważne następstwa. Są to: potężny głód miłości, oraz trudność w obdarowywaniu kogoś zdrową miłością. Lęk przed byciem niekochanym generuje toksyczne związki, oparte na toksycznej miłości [23, 24]. Żeby posiadać jakąkolwiek intymną relację, sporo młodych ludzi gotowych jest cierpieć ból, czasem nawet bardzo dotkliwy, gdyż głód bliskości i samotność są dla nich dużo większym cierpieniem [25]. Niestety, na dłuższą metę taka sytuacja jest nie do utrzymania. W miarę upływu czasu potęguje się lęk i poczucie bezradności.

Pewna para narzeczonych, będących jeszcze studentami, zgłosiła się na organizowane w duszpasterstwie akademickim warsztaty dla narzeczonych metodą dialogową. Przez cały czas brali oni bardzo aktywny udział w zajęciach. Dzielili się refleksjami, zadawali pytania. Na zewnątrz okazywali wielką zażyłość i przywiązanie, czego zewnętrznym wyrazem mogło być np. częste trzymanie się za ręce podczas spotkań. Po ich zakończeniu zwrócili się do mnie o pomoc w kwestii ich relacji z rodzicami. Po wysłuchaniu ich wersji poprosiłem także o spotkanie z rodzicami, do którego doszło w niedługim czasie. Z przekazu rodziców sprawa wyglądała zgoła odmiennie. Okazało się, że narzeczona całkowicie kontrolowała wszystkie

kontakty swojego narzeczonego ze znajomymi, czas, jaki spędzał na uczelni, dojazd do domu po zakończonych zajęciach, kontakty z rodzicami, czy pozostałą rodziną. Ów naręczony szczerze kochał swoją dziewczynę i wszelkie wspomniane przejawy interpretował jako oznaki wyjątkowo silnej miłości i przywiązania. Ani on, ani ona nie byli świadomi, że łączy ich miłość toksyczna, przez co skazywali swój związek w dalszej perspektywie na niepowodzenie. Oboje przeżywali głęboki lęk przed utratą kochanej osoby, a jednocześnie poważną udrękę w podtrzymywaniu tej relacji.

Chciałbym w tym miejscu przywołać także inny przypadek pewnej studentki, która przeżywała poważny lęk wobec prawdy o samej sobie. Otóż, w okresie studiów poznała pewnego starszego mężczyznę, w którym się mocno zakochała. Nie byłoby w tym nic nadzwyczajnego, gdyby nie fakt, że był to już mężczyzna żonaty. Zmagła się więc z poważnym problemem, którym był lęk i niepewność tego związku. Przeżywała też skrupuły moralne. Z tego powodu, szukając pomocy, zwróciła się do mnie. W trakcie naszych spotkań przede wszystkim szukała swoistego usprawiedliwienia i uzasadnienia dla zaistniałej relacji. Nie potrafiła się z niej wycofać i za wszelką cenę pragnęła usłyszeć coś pozytywnego i rokującego na przyszłość. Nie chcąc jej ranić starałem się umieścić ten problem w szerszym kontekście, pokazując przede wszystkim osobę jego żony, jego zobowiązanie wyrażone słowami ślubowania, oraz ciężar odpowiedzialności, który jako młoda dziewczyna będzie musiała wziąć na siebie już na tym etapie życia. Po kilku spotkaniach kontakt się na jakiś czas urwał. Minął okres studiów i owa dziewczyna znów zwróciła się do mnie z prośbą o rozmowę. Okazało się wówczas, że w niedługim czasie po naszych spotkaniach ów człowiek, porzucając ją, wrócił z powrotem do żony. Było to dla niej wówczas bardzo bolesne przeżycie, ale nie takie jak to, z którym aktualnie zwróciła się do mnie. Chodziło o to, że studiując na nowej już uczelni, na nowym kierunku, poznała rówieśnika. Chłopaka, bardzo ułożonego, pełnego entuzjazmu, wolnego. Po czasie związali się wzajemnym uczuciem. Dramat tej dziewczyny polegał na głębokim lęku wobec swojej burzliwej przeszłości. Bała się odkryć przed nowym chłopakiem całą trudną prawdę o sobie i swojej przeszłości.

Jak się okazuje, przeżywane doświadczenia są lekcją życia, ale stanowią niejednokrotnie także bagaż trudny do uniesienia.

Lęki z powodu niepewności jutra

Młodość to czas podejmowania bardzo kluczowych decyzji, nadających kształt całemu przyszłemu życiu. Umiejętność dokonania właściwego wyboru zależy od wielu czynników. Duże znaczenie ma tu samoświadomość, czyli umiejętność określenia swoich pasji, zdolności czy predyspozycji, które muszą być uwzględnione w tworzeniu własnej wizji życiowej. Wszelkie plany powinny bowiem być osadzone nie tylko na marzeniach, czy wręcz fantazjach, ale muszą uwzględniać też realne możliwości. Owszem, na tym etapie nie można jeszcze wszystkiego przewidzieć, niemniej jednak niektóre symptomy wiele mówią i na ich podstawie można przewidywać pewne fakty. Zdolność trzeźwej oceny własnych możliwości i perspektyw na przyszłość stanowi dla wielu młodych ludzi poważny problem. Ponadto widmo bezrobocia,

brak możliwości samorealizacji i wykorzystania zdobytej wiedzy sprzyja powstawaniu wielu niebezpiecznych patologii społecznych [26].

Innym czynnikiem warunkującym dojrzały, trafny wybór, jest umiejętność oceny zewnętrznych uwarunkowań. W tak dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości jak współczesna, gdzie zmiany dokonują się we wszystkich niemalże aspektach, okazuje się, że obraz przyszłości się zaciera i jest bardzo rozmyty. Zwłaszcza w aspekcie ekonomicznym niepewność jutra stawia pod znakiem zapytania wiele ważnych decyzji. Sporo młodych ludzi boi się przyszłości, choć nie zawsze potrafią to tak zinterpretować. Znam przypadki osób, które kilka razy zmieniały kierunek studiów, a nawet uczelnię, bo nie wiedziały do końca, który z nich bardziej będzie sprzyjał znalezieniu pracy. Taka niepewność i związane z nią zagubienie powoduje, że poważnie opóźnia się start w dorosłe życie. Z moich obserwacji wynika, że niemało studentów z powodu takich nietrafionych wyborów kierunków studiów dochodzi nawet do około trzydziestego roku życia. W tej sytuacji nie trudno o frustrację zwłaszcza, gdy na rynku pracy panuje swoisty «wyścig szczurów». W poczuciu bezradności szukają oni wsparcia czy porady, a w skrajnych wypadkach domagają się wręcz podjęcia decyzji za nich. Znam chłopaka, który z pewnym poślizgiem czasowym rozpoczął studia licencjackie z fizyki. Ukończył je z wielkim trudem. Zniechęcony, nie podjął studiów drugiego stopnia. Po czasie rozpoczął zupełnie odmienny kierunek, który przerwał po dwóch latach po to, by zacząć kolejny. Mając dwadzieścia siedem lat był ciągle studentem, ale z roku na rok coraz bardziej niepewnym swej przyszłości i sfrustrowanym. Nie jest to bynajmniej odosobniony przypadek.

Niepewność jutra, a zwłaszcza brak perspektyw pracy w wyuczonych zawodach powoduje, że studenci relatywizują sam sens studiowania i uczenia się wielu różnych zagadnień na różnorodnych przedmiotach. Często stawiają pytanie: «po co mi to?», «po co mam się tego uczyć?» Zasadniczo nastawieni są na umiejętności praktyczne, a nie na wiedzę ogólną, umiejętność myślenia i syntezy. To sprowadza cały wysiłek studiowania do wyrafinowanego pragmatyzmu, przy którym trudno mówić o jakiejś pasji, czy wręcz powołaniu. Wszelkie zaś wybory dokonane według kryterium pragmatycznego sprawiają, że samo studiowanie staje się udręką, a co gorsza całe życie staje się udręką w pogoni za zyskiem. Instrumentalne traktowanie studiów oznacza w istocie instrumentalne traktowanie samego siebie i swoich talentów [27].

Lęk związany z trudnościami w znalezieniu odpowiedniej pracy po studiach zmusza wielu do emigracji zarobkowej. To z kolei generuje pojawienie się następnych lęków. Jest to zwłaszcza lęk przed nowym, nieznanym krajem, kulturą, środowiskiem. Z drugiej strony lęk przed utratą dotychczasowego środowiska, kontaktów z rodziną czy bliskimi osobami. Niejednokrotnie byłem świadkiem bolesnego zerwania szczególnych więzów, nawet narzeczeńskich. Lęk przed bezrobociem jest wyjątkowo paraliżujący i zmusza nieraz do poważnych decyzji. W takiej sytuacji pomoc duszpasterza jest wręcz nieoceniona. Byłem świadkiem wielu takich dramatów. Jeden z nich pamiętam szczególnie, gdyż dotyczył pary studenckiej, w której dziewczyna swoim niezwykłym świadectwem wiary skłoniła swojego przyjaciela do

przyjęcia chrztu. Po czasie pojawiła się perspektywa ślubu, który niestety musiał być odroczony, gdyż ich sytuacja materialna była wyjątkowo dramatyczna. Nie chcieli decydować się na założenie rodziny, skoro nie mieli żadnych warunków na wspólne zamieszkanie i utrzymanie się. Podjęli więc decyzję o wyjeździe za granicę w poszukiwaniu pracy. Okazała się ona na tyle absorbująca i ciężka, że mimo dobrej woli, rozłąka i czas działały na ich niekorzyść. Po jakimś czasie musiałem obserwować, jak rozpada się ten piękny i bardzo rokujący na przyszłość związek.

Lęk wobec bezradności

Etiologia lęków bywa bardzo różnorodna. Czasem trudno stwierdzić, co jest przyczyną pojawiających się nagle lęków. W takiej sytuacji ciężko też znaleźć odpowiednie antidotum. Towarzyszy temu poczucie bezradności. Można obmyślać taktykę walki z wrogiem pod warunkiem, że się go rozpozna i zlokalizuje.

Pewnego razu z prośbą o pomoc zwróciła się do mnie matka pewnej studentki. Jej córka od dłuższego czasu przeżywała niewyjaśnione lęki i zahamowania. Bała się wychodzić z domu, unikała kontaktu z rówieśnikami, często miała bardzo zły nastrój. Ze względu na pogarszającą się sytuację skorzystała z porady lekarza psychiatry, podjęła leczenie i terapię psychologiczną. Niestety stan owej dziewczyny nie ulegał poprawie. Rodzice i sama dziewczyna przeżywali dodatkowe obawy z powodu nieskuteczności terapii. W poczuciu bezradności matka zaczęła przychodzić do kaplicy akademickiej, usytuowanej w kampusie i uczestniczyć w codziennej eucharystii o godz. 7:30. Po kilku dniach zwróciła się z prośbą o odprawienie Mszy Św. za córkę z okazji urodzin. Ponieważ w dniu urodzin intencja Mszy Św. była już zarezerwowana, Msza za jej córkę odbyła się kilka dni po urodzinach. Na tę Mszę przysłała też owa dziewczyna. W trakcie jej odprawiania przeżyłem pewnego rodzaju olśnienie, kiedy spostrzegłem, że w czasie Liturgii Słowa przewidziany na ten dzień był:

Psalm 71

«Będę wysławiał pomoc Twoją, Panie.
W Tobie, Panie, ucieczka moja,
niech wstydu nie zaznam na wieki.
Wyzwól mnie i ratuj w Twej sprawiedliwości,
nakłoń ku mnie ucho i ześlij ocalenie.
Bądź dla mnie skałą schronienia
i zamkiem warownym, aby mnie ocalić,
bo Ty jesteś moją opoką i twierdzą.
Boże mój, wyrwij mnie z rąk niegodziwca.
Bo Ty, mój Boże, jesteś moją nadzieją,
Panie, Tobie ufam od młodości.
Ty byłeś moją podporą od dnia narodzin,
od łona matki moim opiekunem.
Moje usta będą głosiły Twoją sprawiedliwość

i przez cały dzień Twoją pomoc.
Boże, Ty mnie uczyłeś od mojej młodości
i do tej chwili głoszę Twoje cuda.»

Kiedy zacząłem go odczytywać, spoglądałem też w stronę tej studentki. Była wyraźnie poruszona jego treścią. Trudno było się oprzeć wrażeniu, że słowa psalmu nie są przypadkowe i że są skierowane właśnie do niej. Najwyraźniej korespondował on z jej stanem ducha i odpowiadał na jej wewnętrzne potrzeby. W takich przypadkach niestety ciężko obiektywnie stwierdzić, co dokonało się wówczas w przestrzeni duchowej owej dziewczyny, ale jak się po czasie okazało z relacji jej matki, wszystkie dotychczasowe lęki od tego momentu ustąpiły i zaczęła na powrót normalnie funkcjonować.

Lęk w obliczu śmierci

Bodaj jednym z najtrudniejszych i najgorzej przeżywanych lęków człowieka jest lęk w obliczu nieuchronności własnej śmierci. Choć jest to konieczność bezwzględna i oczywista, myśl o niej stale odsuwamy w naszej świadomości. Zaczyna się ona pojawiać przeważnie wraz z wiekiem, kiedy to człowiek uświadamia sobie proces przemijania. Dotyczy więc ona zasadniczo późnego okresu życia. Niemniej jednak zdarza się, że i młody człowiek z różnych powodów staje w obliczu zagrożenia życia. Dzieje się tak np. w wyniku poważnej choroby. Wydaje się, że w takim wypadku naturalny lęk przed śmiercią jest przeżywany o wiele intensywniej. W takiej sytuacji wszystko, co udało się do tej pory osiągnąć, staje pod znakiem zapytania, a najbardziej bolesna jest wówczas niepewność przyszłości. W sytuacji zagrożenia zmienia się perspektywa czasowa. Czas przyszły skraca się i dzięki temu nabiera niezwyklej wagi i intensywności [28].

Mając na myśli ten szczególny rodzaj lęku, staje mi przed oczyma pewien student. Studiował trudny kierunek na prestiżowej uczelni. Dzięki swoim zdolnościom i pracowitości wybijał się ponad przeciętność. Był laureatem różnych konkursów i stypendystą pewnej organizacji międzynarodowej. Wiązano z nim wielkie nadzieje, gdyż posiadał już pewną perspektywę pracy. Będąc na ostatnim roku studiów, dowiedział się o poważnej chorobie nowotworowej. W niedługim czasie po tym, być może nieprzypadkowo, nasze drogi się przecięły. Przyszedł do mnie, by porozmawiać. Przeżywał głęboki niepokój, gdyż całe jego życie zostało zawieszona w niepewności. W tym trudnym momencie zmagał się nie tylko z chorobą fizyczną, ale i z chyba najtrudniejszymi pytaniami o sens życia [29, 30]. «Po co te studia?», «W imię czego ten kilkuletni ogromny wysiłek, poświęcenie, wyrzeczenia?». Chyba najpoważniejsze było pytanie o Boga, «Gdzie jest Bóg?». Szukanie odpowiedzi na tak dramatyczne pytania, postawione zwłaszcza w kontekście poważnej choroby, wymaga czasu. Szybkie i łatwe odpowiedzi byłyby przekłamaniami. Muszę stwierdzić, że odpowiedzi na postawione wówczas pytania ów student szukał i znalazł wówczas sam. Ja mu tylko w tym towarzyszyłem, słuchaniem i zadawaniem innych pytań pomocniczych. Po jakimś czasie ów młody czło-

wiek uznał, że istotą wszystkiego, co do tej pory zrobił, osiągnął, był on sam i jego osobisty rozwój. Przebyte studia, poświęcenie i wyrzeczenia były po to, żeby jak najlepiej wykorzystać swój potencjał w czasie, który był dla niego przewidziany. Nie chodziło więc o dyplom, pracę, realizację własnych pomysłów, marzeń, ale chodziło o niego, o to, żeby dojrzał. Jego wiara, podobnie jak wiara wielu młodych ludzi, do tej pory była przeżywana bardzo powierzchownie. To doświadczenie spowodowało jednak, że sięgnął do najgłębszego jej motywu, którym jest wiara w zmartwychwstanie. Po jakimś czasie, w pytaniu o Boga nie było już żalu czy pretensji, ale ufność i nadzieja. Terapia trwała około roku. To była nie tylko walka o życie, ale walka o sens życia, który zdążył przed śmiercią odkryć.

Lęki urojone, chorobowe

W przeciągu siedmiu lat posługi duszpasterza akademickiego spotkałem się kilkakrotnie z przypadkami chorób psychicznych wśród studentów. Początkowo choroba przejawiała się w ich różnych dziwnych reakcjach i postawach. Po jakimś czasie ujawniały się bardzo jednoznaczne symptomy choroby. Wyjątkowo trudnym doświadczeniem było, kiedy jakiś student czy studentka, od lat należący do duszpasterstwa akademickiego, aktywnie w nim działając, nagle zaczęli dotkliwie chorować. Było to zawsze trudne przeżycie także dla pozostałych członków duszpasterstwa. Kiedy objawy choroby stawały się bardzo wyraźne, nie można było tego nie zauważyć. Muszę stwierdzić, że zawsze w takich przypadkach pozostali studenci stawali na wysokości zadania i można było liczyć na ich nieocenioną pomoc.

Pamiętam historię studenta, który przez cały okres trudnych studiów bardzo aktywnie włączał się w działalność duszpasterstwa akademickiego, szczególnie w pomoc charytatywną na rzecz innych studentów. Jednak tuż przed ich ukończeniem skarżył się na przemęczenie nauką i przeżywał lęk, czy zdoła je ukończyć. Z trudem przychodziło mu pisanie pracy dyplomowej. Kiedy ją wreszcie ukończył i obronił, zwrócił się do mnie z pomysłem zorganizowania na stadionie wielkiego koncertu. Podczas relacjonowania mi swojej wizji tego wydarzenia, zaniepokoiłem się jej całkowitą nierealnością. Z podobnymi odczuciami w kontakcie z nim zwracali się do mnie także inni studenci. Szybko się okazało, że ujawniła się u niego choroba psychiczna. W tej sytuacji konieczna stała się rozmowa z jego rodzicami i zorganizowanie pomocy lekarza psychiatry. Szybkie i zgrane działanie jego przyjaciół, rodziców i lekarzy doprowadziło do skutecznego zalecenia choroby. W tej chwili chłopak funkcjonuje zupełnie normalnie, ma dziewczynę i plany na przyszłość. Ma jednak świadomość, że to wspaniałomyślna postawa wielu ludzi była jego oparciem i pomocą.

Nieco inaczej było w przypadku studenta, który sam zwrócił się do mnie z prośbą o pomoc, gdyż jak twierdził, dostrzegał w swoim zachowaniu i stanach psychicznych pewne niepokojące sygnały. Częste, nagłe napady lęków bez wyraźnego uzasadnienia powodowały, że zaczął obawiać się o stan swojego zdrowia. Miał wielkie opory przed zwróceniem się w tej sprawie do kogokolwiek w swoim śro-

dowisku, także do rodziców. Postanowił przyjść na rozmowę z duszpasterzem. Na początku staraliśmy się dojść do tego, co może być powodem takich stanów. Wiele czasu upłynęło zanim stwierdziliśmy, że konieczne jest w tej sytuacji skorzystanie z fachowej pomocy lekarza psychiatry. Tak też się stało. I faktycznie okazało się, że lęki te miały podłoże psychiczne i wymagały leczenia farmakologicznego. Również w tym przypadku rezultat był bardzo pozytywny. Chłopak ten wrócił do zdrowia.

Refleksje końcowe

Wielu ludzi, w tym także księży, patrząc dziś na życie studenckie jest zaniepokojonych o los tych ludzi a co za tym idzie o los przyszłego społeczeństwa. To jakiś rodzaj społecznego lęku, którego istotą jest troska. Niekiedy towarzyszy temu narzekanie i poczucie bezradności. Jest to wszakże poważne wyzwanie dla duszpasterstwa akademickiego, a szerzej dla całego Kościoła, który posiada skuteczne antidotum wobec rozmaitych lęków. Jest nim stale żywa i aktualna Ewangelia Jezusa Chrystusa. W niej znajduje się klucz do pozamykanych drzwi, które są synonimem lęku. Najpierw jednak trzeba do nich zapukać. Wyjątkowo trafną ocenę frustracji wobec wszelkich niepowodzeń i trudności jakie spotyka się w pracy ze studentami wyraził wspomniany już H. J. M. Nouven: «Wielu księży jest dzisiaj głęboko zatroskanych. W obliczu ogromu zmian w postawach Kościoła martwią się, a nawet wpadają w panikę do tego stopnia, że głoszą iż czasy SA grzeszne, studenci zdeprawowani, a chrześcijaństwo się kończy. Powstaje zatem pytanie: czy te troski są rzeczywiście troskami pasterskimi czy raczej znakiem małej wiary? Być może zbyt łatwo dajemy się zwieść ciasnocie swoich teologicznych poglądów. To dlatego zdarza się, że jesteśmy niespokojni zamiast wolni, niewierzący zamiast wierzący, podejrzliwi, a nie ufni [11].» Najgorszą z możliwych jest nie tyle trudna sytuacja, co raczej nieposiadanie żadnego skutecznego narzędzia pomocy. Duszpasterz akademicki mimo, iż w pracy z młodymi ludźmi staje wobec coraz to nowych, trudnych wyzwań, ma jednak komfort z tego powodu, że zna sposób ich rozwiązania. Znajdują się one w sferze duchowej człowieka.

Środowisko akademickie odwzorowuje w sposób szczególny ogólnie społeczne i ogólnie cywilizacyjne trendy i tendencje [31]. Zarówno te pozytywne, napawające nadzieją na przyszłość, ale także bolesne, smutne, budzące z troskę. W świecie tak mocno zmaterializowanym i stechnicyzowanym łatwo zapomnieć o sferze duchowej człowieka, która zasadniczo wpływa na siłę psychiczną i wewnętrzną wolność. Mimo tego, że sfera duchowa człowieka jest współcześnie niezauważana i pomijana, nie przestaje przez to istnieć i raz po raz upomina się o właściwe jej naczelnne miejsce. Paradoksalnie, priorytet, jaki współcześnie dajemy wiedzy empirycznej i możliwościom technologicznym, nie rozwiązuje w pełni złożonych problemów ludzkich, zarówno w wymiarze społecznym, jak i indywidualnym. Co więcej, odbarcie człowieka ze sfery duchowej powoduje, że wobec wielu lęków i ograniczeń pozostajemy ostatecznie bezbronni i bezradni. Aby tak nie było, konieczne jest zawsze integralne spojrzenie na człowieka. W niezwykły sposób nadzieję na to wy-

raził na przełomie wieków Charles Joncher w książce o znamienym tytule «Życie okablowane»: «Począwszy od swego dzieciństwa w przedindustrialnym Krakowie Janina Suchorzewska, bohaterka naszego Prologu, kroczyła przez czasy, kiedy ludzkość zastosowała energię elektryczną, skonstruowała samochód i samolot, rozszczepiła atom, stworzyła radio i telewizję, odkryła DNA, spreparowała antybiotyki, rozwinęła kardiochirurgię, wyruszyła w kosmos i dowiedziała się, w jaki sposób mogłaby sama siebie unicestwić. Jednak w mojej pamięci pozostał obraz kobiety w latach dziewięćdziesiątych jej życia, siedzącej przy pianinie, w otoczeniu namalowanych przez nią obrazów, wciąż jeszcze pełnej żarliwości, choć teraz wyrażonej dźwiękami muzyki. Życie mojej babki zatoczyło pełny krąg: ponownie zwołniało swój krok do dziewiętnastowiecznego tempa; znów wypełniło się muzyką, sztuką i ideałami jej życia».

Jeśli przeżycie dziewięćdziesięciu lat najbardziej burzliwych technologicznych i społecznych przemian, jakich świat kiedykolwiek doznał, w najmniejszym stopniu nie naruszyło wartości i ideałów ani jej, ani jej współczesnych, to możemy mieć nadzieję, że dzisiejsza rewolucja techniczna również pozostawi nietknięte nasze ludzkie przymioty. Technologia zmienia scenę, ale to nie oznacza zastąpienia przez nią aktorów, którzy wciąż pozostają ludźmi – biologicznie, intelektualnie i ekonomicznie takimi samymi ludźmi, jakimi byli starożytni Grecy, renesansowi Europejczycy i Amerykanie z czasów ich rewolucji.

Wielka jest nasza nadzieja, że w XXI wieku Emma nie będzie musiała oglądać konfliktów tak przerażających, jak te, których w wieku XX doświadczyła Janina. Jednak pod pewnymi względami możemy oczekiwać, że jej życie będzie w takim samym stopniu wypełnione spektaklem człowieczeństwa, a logika komputerów nie umniejszy ani na jotę skali uczuć i dążeń, które będą kształtować zachowania otaczających ją ludzi [16].» W spełnieniu się tych nadziei kluczowym wręcz wydaje się system edukacji, w którym nie może zabraknąć spojrzenia na człowieka i jego konkretne problemy, dylematy i lęki. Współczesność ma z czego czerpać. Różnorodność bogactwo doświadczeń z przeszłości zawiera wystarczająco wiele informacji i przestróg. Pamiętać należy wszakże, że wszelkie ludzkie lęki są jak uspijony wulkan lub naładowany rewolwer. Nigdy nie wiadomo, kiedy eksplodują w postaci różnorodnych chorób, czy agresji.

Powyższe refleksje ukazują tylko mały fragment wieloaspektowej działalności duszpasterstwa akademickiego wobec środowiska studentów. W tak krótkim artykule niemożliwym było ujęcie wszystkich przypadków, z którymi dane mi było się zmierzyć. Dotyczył on przede wszystkim trudnych aspektów życia młodych ludzi, ich cierpienia i lęków. Niektóre przypadki, ze względu na szczególną swą osobliwość muszą pozostać tylko w mojej pamięci. Niemniej jednak ten aspekt misji duszpasterstwa akademickiego jest bardzo dyskretny, prawie niezauważalny. Dokonuje się z dala od uczelnianego zgiełku i młodzieńczego gwaru.

Wczytując się w niniejsze refleksje, być może, trudno oprzeć się wrażeniu, że jest to kropla w morzu potrzeb. Co więcej, niewątpliwie opisywane tu przypadki nie oddają wszystkich trudności i lęków młodych ludzi. Z całą pewnością zaś nie są odosobnione i dotyczą bardzo wielu młodych ludzi. Rodzi się zatem pytanie

o sens tych działań, skoro tylu młodych i tak pozostaje poza zasięgiem tego oddziaływania. Jakąś odpowiedzią może być pewna historia, którą chciałbym zakończyć swoje rozważania.

«Na morzu rozszalała się straszliwa burza. Ostre podmuchy wiatru przesuwały i unosiły wodę w olbrzymich falach. Jak stalowe lemieszce orały dno morskie, wyrzucając z niego na brzeg małe zwierzątka, skorupiaki. Gdy burza ucichła, woda się uspokoiła i cofnęła, na plaży znalazło się tysiące rozgwiazd. Zjawisko to przyciągnęło wielu ludzi ze wszystkich stron wybrzeża. Przyjechały nawet ekipy telewizyjne, aby sfilmować to dziwne zjawisko. Rozgwiazdy były prawie nieruchome. Umierały. Wśród tłumu stało również dziecko, trzymając ojca za rękę. Smutnymi oczyma wpatrywało się w małe rozgwiazdy. Wszyscy na nie patrzyli, ale nic nie robili. Nagle dziecko zerwało się i pobiegło na plażę. Schyliło się, brało rękami rozgwiazdy i wrzucało je z powrotem do wody. Z oddali ktoś zawołał:

— Co ty robisz, chłopczyku?

— Wrzucam do morza rozgwiazdy. W przeciwnym razie wszystkie zginą na plaży.

— Ale tu znajduje się tysiące rozgwiazd, nie zdołasz uratować wszystkich. Jest ich zbyt wiele! Tak dzieje się na tysiącach innych plażach. Nie możesz zmienić tego faktu!

Dziecko pochyliło się, chwyciło kolejną rozgwiazdę i wrzucając ją do wody zawołało:

— A jednak dla tej jednej zmieniłem ten fakt.

Mężczyzna przez chwilę milczał, potem pochylił się i zaczął zbierać rozgwiazdy i wrzucać je do wody. Dołączyli się do nich pozostali ludzie» [32].

Przemiana świata dokonuje się często w bardzo niepozorny sposób. Chodzi o to, żeby rozpocząć i nie zwątpić w sens tej misji. Los studentów jest w ich rękach, ale i w rękach tych, którzy mogą i powinni im pomóc. Chodzi nie tylko o okazjonalną i incydentalną pomoc, ale o rozwiązania systemowe, w które zaangażowane będą, współpracując ze sobą, w ramach swoich kompetencji różne podmioty. Konieczne przy tym jest integralne spojrzenie na człowieka w wymiarze zarówno intelektualnym, jak i psychicznym, fizycznym i duchowym.

Piśmiennictwo

- 1 Rak R., Żarnowiecki R. *Akademickie duszpasterstwo*, W: *Encyklopedia katolicka*, t. 1. Red. F. Gryglewicz i in., Lublin.1985.
- 2 Przybecki A. *Urzeczywistnianie się Kościoła w środowisku akademickim. W poszukiwaniu koncepcji duszpasterstwa studentów w Polsce*. Poznań. 1986.
- 3 *Nauka – Etyka – Wiara. Konferencja chrześcijańskiego forum pracowników nauki*. Red.: E. Bareła, I. Bareła, J. Keller, A. Zablotny, Warszawa 2005.
- 4 Puchała S. *Duszpasterstwo akademickie w diecezji katowickiej w latach 1947-1992*. Katowice 2007.
- 5 Jan Paweł II. *Pielgrzymka do ojczyzny. Przemówienia i homilie*. Warszawa. 1979.

- 6 Bartoszewski W. *Warto być przyzwoitym*. Poznań. 2005.
- 7 Kapias M., Kasperek K., Polok G. *Etyczne aspekty wychowania w szkole wyższej*. Katowice. 2008.
- 8 Oatley K. Jeankins J.M. *Zrozumieć emocje*. Warszawa 2005.
- 9 Puchała S. *Rozwój duszpasterstwa akademickiego w diecezji katowickiej*. Śląskie Studia Historyczno–Teologiczne 1994/95, t. 27/28.
- 10 *Politechnika Śląska. 50 lat Centrum Kształcenia Inżynierów w Rybniku*. red. S. Makosz, Rybnik. 2012.
- 11 Nouven H.J.M. *Intymność*. Kraków. 2007.
- 12 Mastalski J. *Samotność globalnego nastolatka*. Kraków. 2007.
- 13 Śpiewak R. *Na marginesie lektury: Co to jest autorytet? Ojca Bocheńskiego, w: Zawierowania wokół zaufania. Wyobrażenia i rzeczywistość*. Red. P. Prufer, J. Mariański, Zielona Góra. 2011.
- 14 *Zawierowania wokół zaufania. Wyobrażenia i rzeczywistość*. Red. P. Prufer, J. Mariański, Zielona Góra 2011.
- 15 Hartman J. *Godne, bo wygodne*. Tygodnik Powszechny. Nr 12, 12 marca 2011.
- 16 Jonscher C. *Życie okablowane*. Warszawa. 2001.
- 17 Puchała S, Maliczy T.E. *Narzeczeni czyli dziewięćtygodniowe bezpośrednie przygotowanie do małżeństwa metoda dialogową*. Katowice. 2004.
- 18 *Przygotowanie do małżeństwa*. Red.: W. Szewczyk. Tarnów. 2002.
- 19 Sujak E. *Małżeństwo pielęgnowane*. Katowice. 2001.
- 20 Meissner K, Suszka B. *O małżeństwie*. Poznań. 2001.
- 21 Skrzydlewki W. *Chrześcijańska wizja miłości, małżeństwa i rodziny*. Wrocław. 1994.
- 22 Polok G. *Rozwinąć skrzydła. Nie tylko o dorosłych dzieciach alkoholików*. Katowice. 2009.
- 23 Mellody P. *Toksyczna miłość*. Warszawa. 2005.
- 24 Mellody P. *Toksyczne związki*. Warszawa. 2008.
- 25 Glasser W. *W życiu możesz wybierać*. Warszawa. 2001.
- 26 *Raport o sytuacji polskich rodzin*. Warszawa. 1998.
- 27 Francuz G. *Wartości instrumentalne i autoteliczne a sposób bycia człowieka w świecie. W: Wartości i wartościowania*. Red.: T. Olewicz. Opole. 1997.
- 28 Kepiński A. *Rytm życia*. Kraków. 1992.
- 29 Frank V. *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa. 2009.
- 30 Frankl V. *Wola sensu. Założenia i zastosowanie logo terapii*. Warszawa. 2010.
- 31 Pawlina K. *Młodość ciągle nie znana*. Warszawa. 2005.
- 32 Ferrero B. *Czasami wystarczy promyk słońca*. Warszawa. 1999.

Mgr Filologii Polskiej Andrzej Ochojski

SŁOWA LĘKIEM PODSZYTE. O NADUŻYWANIU EMOCJI W KOMUNIKACJI JĘZYKOWEJ

Streszczenie

Język jest narzędziem nie tylko opisu, lecz przede wszystkim kreacji świata. W naturze człowieka istnieje potrzeba komunikacji językowej. Słowo w komunikacji nie tylko przenosi znaczenia, lecz także kreuje ponadjednostkową rzeczywistość. Nadawca silnie oddziałuje na odbiorcę. W celu zwiększenia skuteczności swego komunikatu nasycza go emocjami, lub konstruuje tak, by wzbudzić u odbiorcy pożądane przez siebie emocje. Służą one jako dodatkowe motywy pobudzające aktywność odbiorcy i kierujące ją ku oczekiwaniom przez nadawcę działaniom. Do tego celu najłatwiej i najskuteczniej wykorzystuje się strach i różnorodne lęki.

Od wczesnego dzieciństwa przez całe życie człowiek jest zarówno odbiorcą jak i nadawcą komunikatów wzbudzających strach. Często takie komunikaty nadawane są nieświadomie lub bez refleksji o możliwych skutkach, które mogą nawet zaskakiwać samego nadawcę. W wielu jednak wypadkach nadawca świadomie dąży do wzbudzenia strachu, a w przypadkach patologicznych jak np. mobbing, przy pomocy przekazów językowych, precyzyjnie dąży do psychicznego zdestabilizowania odbiorcy, co owocuje trwałymi lękami.

Język może być także narzędziem walki w toksycznych związkach partnerskich, gdzie oprócz komunikatów wzbudzających strach, partner zawłaszczający stosuje także «karę milczenia». W praktyce życia codziennego strach niezamierzony mogą wzbudzać komunikaty niestaranne, wynikające z lekceważenia odbiorcy przez nadawcę. Dotyczy to przekazów niezrozumiałych, a poruszających ważne, życiowe problemy, jak w sytuacji porozumiewania się lekarza z pacjentem. Jednak szczególnie negatywne skutki przynoszą świadome i precyzyjne językowe manipulacje emocjami w komunikatach adresowanych do odbiorcy masowego jak w reklamie, czy polityce. Strach i lęki są tam chętnie wykorzystywane do osiągnięcia zarówno doraźnych jak i strategicznych efektów. Historia dostarcza przykładów takich manipulacji.

Nowy świat komunikacji językowej, współcześnie rozwijający się w sposób gwałtowny i niepoahamowany, kusi niewątpliwym postępem i oczekiwaniem zwiększenia komfortu życia. Należy jednak także mieć świadomość rodzących się zagrożeń wynikających z siły nowych technologii komunikacyjnych, które bez zastanawiania się nad sposobem ich użytkowania mogą być niezwykle destrukcyjne. Przestrzeń porozumiewania się, przestrzeń językowa powinna

zostać objęta taką samą ochroną, jak chroni się wodę, ziemię i powietrze, choć ten postulat wydaje się naiwny jak hasła ekologów kilka dekad temu.

Omówienie

Uczestnictwo polonisty – językoznawcy w pracy zbiorowej o problematyce, jakby się zdawało, przede wszystkim medycznej może na początku wielu zaskoczyć i zdziwić. Wszak badania nad lękiem towarzyszącym człowiekowi przez całe życie to właściwe pole zainteresowań psychologów, lekarzy, nie tylko psychiatrów. Może się tu jeszcze znaleźć ksiądz, ale językoznawca?

Nieoczywista wartość uczestnictwa w tym dyskursie badacza języka stanie się jednak bardziej zrozumiała, jeśli już na wstępie przypomnimy, że właśnie język przez zainteresowanych badaczy używany jest jako instrument podstawowy i to nie tylko w celu przekazywania ich wiedzy i poglądów, lecz głównie jako narzędzie poznawcze, w dużej mierze jako przedmiot badań i analiz, podstawowy nośnik wiedzy o przedmiocie dociekań.

Dotyczy to takich działań jak: badania ankietowe, wywiad lekarski czy psychoterapia. W ich trakcie świadomość językowa, waga słowa, precyzja językowych sformułowań są podstawową umiejętnością naukowca, który z jednej strony jest nadawcą komunikatu językowego, a z drugiej – aktywnym odbiorcą, niemal laboratoryjnie analizującym nie tylko bezpośrednio, zwerbalizowane informacje, lecz poszerzającym je o kontekst pozawerbalny i konkretyzującym «świat przedstawiony» pacjenta w oparciu o własną wiedzę i doświadczenie naukowe.

Polem niniejszych rozważań jest jednak znacznie szersza perspektywa, bowiem dotyczą one pewnych aspektów społecznej świadomości językowej, albo lepiej – **kompetencji w komunikacji językowej**, albo jeszcze dokładniej – **kompetencji pragmatycznej**, czyli znajomości zasad budowania i organizowania wiadomości oraz stosowania ich funkcji w komunikacji [1]. Interesują nas szczególne przypadki, gdy z jednej strony występuje podporządkowanie wypowiedzi określonym przez nadawcę celom funkcjonalnym, a z drugiej recepcja przez odbiorcę zamierzonych celów i realizowanie pozawerbalnych funkcji skierowanego do niego komunikatu.

Głównym przedmiotem zainteresowania będą wypowiedzi niosące ze sobą lub mające obudzić strach i lęk – «słowa lękiem podszyte».

Język – narzędzie tworzenia świata

Język był zawsze traktowany w sposób ambiwalentny. Z jednej strony marginalnie, wyłącznie przedmiotowo, bo umiejętność mówienia, formułowania myśli, wysyłania i odbierania komunikatów uważana jest powszechnie za coś niemalże wrodzonego, tak prostego i naturalnego jak jedzenie lub picie i tak prawie odruchowego jak oddychanie, widzenie czy słyszenie. To każdy potrafi i tą umiejętnością, jak wielu wierzy, można posługiwać się nawet bezrefleksyjnie [1].

Z drugiej zaś strony język był i pozostanie podstawowym narzędziem człowieka służącym do kreacji całego świata i jego samego. Ludzka myśl w języku właśnie

się staje, zaś porozumiewanie się jest podstawą i warunkiem istnienia. Z myśli skonkretyzowanej, zwerbalizowanej, z porozumienia za pomocą języka zbudowaliśmy własne człowieczeństwo, cywilizację i świat.

Dla współczesnego humanisty świat przeszły i współczesny, stanowi system językowo ukonstytuowany oraz podatny na językowe przekształcanie [2]. Język to «warunek specyficznie ludzkiej działalności (...), fundament funkcjonowania kultury czynnik kształtujący obraz świata, wpływający na myślenie i kategoryzujący rzeczywistość (...). Jest on ponadto sposobem działania, składnikiem systemu działań społecznych oraz czynnikiem kształtującym działania jednostek (...). Jako wytwór o charakterze intersubiektywnym stanowi medium, w którym konstytuują się aspekty ludzkiego świata przekraczające zwykłe doświadczenie zmysłowe. Przy udziale języka przestają one być jedynie wytworami fantazji poszczególnych jednostek i stają się wspólnotowo podzielanymi systemami znaczeń, którym przysługuje swoista obiektywność» [2].

Ludzki świat, nieustannie porządkowany, kreowany i weryfikowany przez język, nie może być więc rozumiany jako zastana rzeczywistość, która jedynie zostaje poznawczo ujęta przy pomocy języka [2].

Dziecko poznaje świat i «oswaja» go przez nazywanie. Choć obce mu są jeszcze precyzyjne definicje pojęć, już wie, że «to» jest «dom», a «tamto» to «drzewo». Intuicyjnie budując świat z pomocą słów, w sposób naturalny zgadza się także na fakty mistyczne dziejące się za sprawą języka. Oto na przykład zaklęcia złej czarownicy usypiają piękną królową na sto lat, a magiczne słowa wypowiedziane przez Alego Babę otwierają wrota Sezamu.

Przekonanie o sile i sprawczej mocy słowa, to nie tylko dziecięca wiara, to nie tylko wiara w magię i zaklęcia wróżek i szamanów. Owo przekonanie potwierdzają fakty dowodzące siły słowa w otaczającej nas rzeczywistości, siły organizującej życie człowiekowi we współczesnym społeczeństwie. Słowo wypowiedziane w przyrzeczeniu czy przysiędze determinuje często całe życie jednostki. Jego rangę podkreśla uroczysty, czy rytualny charakter wypowiedzenia.

Zapis, utrwalenie słowa jeszcze jego siłę. Trwa ona ponad czasem w słowach wykuwanych na pomnikach i nagrobkach. Słowa zapisane w umowach, poręczeniach, gwarancjach, wekslach określają czas przyszły. Determinują konkretne działania ludzi, a nawet decydują o ich losach. Zapisy prawa, kodeksy, ustawy, zarządzenia, to stworzony przez człowieka językowy system porządkujący świat, lecz i kształtujący rzeczywistość, organizujący życie miliardom ludzi.

Siła słowa

Skąd bierze się siła słowa? Przede wszystkim z ponadjednostkowego charakteru komunikacji. Słowo wypowiedziane donikąd i do nikogo nie ma żadnego znaczenia, praktycznie nie istnieje, jest tylko nieokreślonym dźwiękiem. Podstawą jego siły jest komunikacja, interakcja pomiędzy nadawcą a odbiorcą [3]. Nawiązanie kontaktu z odbiorcą to narodziny komunikatu, sukces polegającym na osiągnięciu stanu wspólnoty woli: woli mówienia nadawcy i woli słuchania

odbiorcy. Nadawca musi być zaangażowany. Odbiorca, wystarczy, że wyrazi zgodę.

Nawiązany kontakt wzmacnia się jeśli nadawca posłuży się kodem – językiem przynajmniej w części rozumiałym dla odbiorcy. Jeśli odbiorca nie zna znaczeń języka użytego przez nadawcę w komunikacie powstają luki, których nadmiar powoduje zerwanie kontaktu. Im bardziej rozumiała język, tym większe szanse na realizację funkcji komunikatu, odczytanie znaczeń przez odbiorcę.

Stosownie do swych możliwości nadawca angażuje się w przekaz. Nie tylko dobiera słowa najbardziej dla odbiorcy zrozumiałe, lecz podkreśla ich znaczenie przez kontekst, nadaje formę, dba o ekspresję i chroni przekaz przed zakłóceniami. Nadawca może użyć wszelkich środków, także pozajęzykowych, aby dodatkowo, już w trakcie odczytywania, pobudzić zainteresowanie odbiorcy komunikatem.

Odczytanie znaczeń to aktywne działanie odbiorcy. Jego następstwem jest zbudowanie osobistego stosunku do przekazu. Przesłanie odpowiedzi jest sukcesem procesu porozumiewania się. Aktywność nadawcy za pomocą transmisji językowej pobudziła do aktywności odbiorcę – innego człowieka lub grupę ludzi.

Nadawcy jednak nie wystarczy konstatacja, że proces porozumienia nastąpił. Oczekiwany przez niego sukcesem komunikatu nie jest sam fakt pobudzenia odbiorcy do aktywności, lecz skierowanie jej w pożądanym przez siebie kierunku. Sukcesem komunikatu nauczyciela będzie zwiększenie efektywności nauczania, a sukcesem zakochanego będzie zgoda na pierwszą randkę.

W wielu jednak przypadkach nadawca dopuszcza się manipulacji językowej i emocjonalnej. Za wszelką cenę pragnie, by odbiorca przyjął jego poglądy, zamiary i sugestie za własne, by uznał, że być może dotąd ich nie zauważał, lecz dzięki nadawcy właśnie je sobie zwerbalizował. Potwierdzeniem sukcesu takiego komunikatu jest odpowiedź:

«Tak, zawsze tak myślałem! Popieram cię w pełni! Reprezentujesz moje poglądy!» Sukces takiego komunikatu daje nadawcy władzę nad odbiorcą. W skrajnych przypadkach pozwala mówcom uzyskiwać poparcie i przyzwolenie i społeczeństwa do działań obiektywnie przynoszących mu szkodę jak wojna czy terror.

W ten sposób język staje się transmitterem woli, a cywilizacyjne doświadczenia ludzkości ukazują, że rodzące się w ten sposób siły są w stanie poprowadzić narody i cały świat zarówno ku pomyślności jak i ku tragedii.

Zamiar i odpowiedzialność nadawcy

Miliony ludzi używa codziennie języka. To narzędzie, budujące człowieczeństwo, służące porozumieniu może być także niebezpieczną bronią. Słowem można człowieka okaleczyć, złamać mu życie, a bywa, że nawet zabić. Choć prawa do posiadania i używania tego narzędzia nie sposób ograniczyć to człowiek współczesny, świadomy swych poczynań powinien działać z poczuciem wielkiej odpowiedzialności za własne słowo, ze świadomością skutków nieumiejętnego użycia, pomyłek i manipulacji.

Kiedyś, co utrwalono na przykład na niemych jeszcze filmach, na zatłoczonych ulicach Nowego Jorku panował żywiołowy ruch, nie ograniczany przepisami.

Wozy konne, automobile i piesi poruszali się intuicyjnie, bez żadnych reguł i przepisów drogowych. Dzięki przyjęciu społecznie akceptowanych zasad współczesne uporządkowanie komunikacji ulicznej okazało się ratunkiem przed kataklizmem, jaki mógłby nastąpić.

Komunikacja językowa jest już wprawdzie prawnie chroniona przed najoczywistszymi i najgorszymi, jak się wydaje, zagrożeniami, lecz nadal jest obszarem pospolitych nadużyć, brutalnych kłamstw i oszustw. Choć prawo przewiduje już kary za oszczerstwo, kłamstwo przed sądem, fałszowanie dokumentów, nawoływanie do przemocy, to ochrona ta jest słaba i bywa iluzoryczna.

Brak świadomości zagrożeń językowych sprzyja bezkarności demagogii, zręcznym pomówieniom wyrażanym środkami pozajęzykowymi. Sukcesy odnoszą manipulujące wypowiedzi, dla których oceniania odczytuje się jedynie podstawowe znaczenia wyrazów pomijając wszystko inne, co da się dołączyć do komunikatu. Znani są, a często nawet podziwiani mistrzowie wypowiedzi zbudowanych na wybiórczym, tendencyjnym zestawianiu faktów. Nikły sprzeciw społeczny wobec takich praktyk językowych to efekt niskiego poziomu wiedzy o języku, jego funkcjach i sposobach komunikacji.

Wyniki badań pokazują, że świadomość językowa współczesnych Polaków opiera się najczęściej na intuicji językowej, a nie wynika niestety ze zdobytej wiedzy [4]. Tymczasem wiedza i umiejętności świadomego posługiwania się językiem są warunkiem nie tylko sprawnego porozumiewania się, lecz także unikania szkód społecznych wynikających z błędów i nadużyć popełnianych w komunikacji językowej. Tę wiedzę i umiejętności należałoby upowszechniać na wszystkich poziomach i kierunkach kształcenia. Bez podjęcia takich działań zachowania językowe będą coraz częściej przypominały przysłowiową zabawę małpy brzytwą..

Komunikaty wspomagane emocjami

Nadawcy komunikatu najczęściej bardzo zależy na jego skuteczności. Używa wszelkich, dostępnych sposobów, często intuicyjnych lub znanych z doświadczenia, by wzmocnić aktywność odbiorcy zarówno w procesie rozumienia samego przekazu, jak i w realizacji jego funkcji. Jednym z najskuteczniejszych sposobów motywowania odbiorcy jest odwoływanie się do jego emocji.

Zarówno treść jak i forma przekazu mogą być nasycone emocjami dowodzącymi zaangażowania nadawcy. Używa on emocjonalnie nacechowanych wyrazów, krzyczy lub specjalnie ścisza głos, stosuje pauzy lub mówi chaotycznie i szybko. Wykorzystuje dostępne mu środki by zaznaczyć niezwykłość, niecodzienność i przez to wielką ważność komunikatu. Przez odwołania do kontekstu sytuacyjnego wzbudza u odbiorcy dodatkowe emocje. Wzmacniają one treść przekazu i mogą prowadzić do zachowań pożądaných przez nadawcę:

«Mówię to tylko tobie, w wielkim zaufaniu! Wolę nie mówić, czym to się skończy? Nie wiem, jak ty, ale ja bym tego dłużej nie ścierpiał! Zrób coś, przecież jesteś mężczyzną, jak mi się zdaje! Jak nie ty jego, to on cię wkrótce wykończy!»

Spośród wielu emocji wykorzystywanych do wspomaganie skuteczności komunikacji, w powszechnej praktyce jako najskuteczniejsze i najszybciej przynoszące efekty wykorzystuje się strach i lęk. Emocje te, ewolucyjnie najstarsze, od początku generowały zachowania służące przetrwaniu gatunku: ucieczkę lub walkę, agresję. Przeniesienie się w bezpieczne miejsce uwalnia od zagrożenia wywołującego strach. Jeśli to nie jest możliwe, ucieczką może być zbijanie się w wielkie stada dla wspólnej obrony, jak czynią ławice ryb lub roślinożercy na sawannach Afryki. Społeczeństwa ludzkie mobilizują się szczególnie w obliczu wielkich, wspólnych zagrożeń. Gdy zaś nie ma dokąd uciec, strach rodzi zdeterminowaną agresję, której siła jest często nieprzewidywalna.

Dla człowieka słowo budzące strach lub lęk może być bardzo silnym stresorem. Jest jak trzask gałązki, czy nagły szelest zarośli podrywający stado saren do biegu. Stado saren jednak wkrótce przystanie i będzie się pasło spokojnie. Nagły wysiłek rozładował ich emocje i przeciwdziałał skutkom powstałego stresu. Niestety człowiek rzadko w ten sposób rozładowuje emocje, a często nie wie jak uchronić się przed negatywnymi skutkami stresu. Długotrwałe poddawanie się działaniu komunikatów wzmacnianych strachem niewątpliwie grozi stresem permanentnym, który niesie bardzo poważne konsekwencje [5].

Strachy w dzieciństwie

Strach towarzyszy człowiekowi przez całe życie. To dobrze, bo skutecznie pełni funkcję ostrzegającą, zapobiegając niejednokrotnie poważnym niebezpieczeństwom. To źle, gdy jego obecność staje się permanentna i coraz bardziej znacząca. Z czujnego strażnika wyrasta niepostrzeżenie na doradcę, partnera a przechodząc w lęk zawłaszcza życie człowieka, paraliżując go i odbierając mu jego podmiotowość.

Skoro zaś język, jak już wspomniano, jest czynnikiem konstytuującym świat materialny i duchowy człowieka, obecność lęku i strachu w komunikatach językowych powinna dać się łatwo zauważyć. Niestety, w codziennym potoku komunikatów nie zwracamy większej uwagi na ich nacechowania emocjonalne, których skutki powodują wielkie zagrożenia dla zdrowia. Takie rezultaty przynosi długotrwałe odbieranie komunikatów o sile oddziaływania wzmacnianej przez odwoływanie się do strachu i lęków. Zamiast funkcji pobudzania aktywności odbiorcy szkodzą one tak samo jak nadmierne dawki środków pobudzających.

Z upodobaniem straszmy siebie i innych od pierwszych chwil życia. Jeszcze w czasie ciąży przyszła matka spotyka się czasem z uwagami życzliwych osób, które chcąc jej doradzić, podają przykłady znanych im skądinąd komplikacji ciążyowych, porodowych i dzieci z wrodzonymi wadami. Dziecko zaś jest stymulowane strachem od najmłodszych lat. Gdy nie je, mówi się, że nie urośnie. Gdy jest nieposłuszne, grozi się mu: «Mamusia cię odda obcej pani!», «Przyjdzie Strach i cię zabierze!», «Mikołaj przyjdzie do ciebie z diabłem!»

Strach wzbudzany jest przez słowa nawiązujące do obcości, nieokreśloności, czegoś nieznanego. Takie słowa naruszają podstawy świata, które dziecko mozo-

nie sobie buduje. Tworzy go i porządkuje właśnie słowem przez nadawanie nazw i «oswajanie» obcości. «Obce» słowa naruszają pewność i poczucie bezpieczeństwa dziecka w jego świecie. Rodzą niepokój i strach, które wyobraźnia dziecka może łatwo rozwinąć w atmosferę grozy, pozostawiającą głębokie ślady w jego psychice.

Przykładem działania słowa przeobrażającego świat bezpieczny, bo znany i oswojony w niebezpieczną rzeczywistość grozy jest krótki film amatorski zaprezentowany w serwisie YouTube [6].

Oto spacer w parku. Alejką idzie młoda matka, przed nią biegnie radośnie kilkuletni chłopczyk o imieniu Zack. Ojciec też jest obecny – filmuje ich oboje. Spacerują w parku dinozaurów, gdzie stoją naturalnej wielkości modele, które poruszają się i warczą. Nagle chłopczyk przystanął. Zauważył wielkiego dinozaura, który skierował łeb w jego stronę i groźnie sapnął. Zack zdziwił się, lecz nie przestraszył, bo widział, że matka nadchodzi spokojnie, a ojciec nie reaguje. «Zack, co to jest?» – zapytała mama. «Co to takiego?» Dziecko stało zdziwione i nic nie odpowiedziało. Widziało przecież to zwierzę po raz pierwszy. Nie miało jeszcze żadnej wiedzy o tym, że jest ono straszne.

Wtedy właśnie matka zapytała: «Zack, boisz się?» To wystarczyło do błyskawicznej reakcji. Chłopiec dowiedział się, że powinien się bać. Odwrócił się i krzycząc wniebogłosy, natychmiast rzucił się do panicznej ucieczki, której nie powstrzymały nawoływania rodziców. Oboje, nieświadomi powagi sytuacji śmiali się z reakcji syna, traktując to jako dobry żart. Pewnie dlatego ten «dowcipny» filmik wysłali później do YouTube.

Powyższe zdarzenie może być analizowane z różnych pozycji. Tu jednak dobrze ilustruje zjawisko przemiany świata dziecka przez sprawczą moc przypadkowego słowa. Nieodpowiedzialnie rzucone pytanie: «Boisz się?» okazało się czynnikiem wyzwalającym nieoczekiwaną reakcję. Nagle, przyjazny dziecku świat zmienił się w nienawistny i groźny, gdy matka, nie zdając sobie z tego sprawy, zasiała w nim ziarno strachu. I nieważne, że później rodzice przytulą swoje dziecko. Z ziarna strachu może kiedyś, nieoczekiwanie wykiełkować lęk, z którym będzie się trzeba kiedyś borykać.

A wystarczyłoby użyć innych słów: «Zack, to model dinozaura. Zobacz jaki duży!» I choć chłopiec nie zrozumiałby co to jest «model» i «dinozaur», to nowa jakość zostałaby najpierw oswojona przez nazwanie, a następnie zaliczona do kategorii niegroźnych.

Przykładów braku refleksji nad własnym użyciem słowa może być wiele. Czasem matka, w dobrej wierze, mówi dziecku przed wizytą u stomatologa: «Nie bój się! To tylko badanie! Nie boli!» Dziwi się, gdy dziecko ze strachu zaciśka usta. Matka nie myśli o tym, że sama przywołuje pojęcia strachu i bólu jako potencjalną możliwość, a dziecko natychmiast konkretyzuje słowa «bój się» i «boli». Konkretyzacja strachu i bólu działa błyskawicznie, przesłania ekspresyjnie słabe zaprzeczenia „nie” i prowadzi do całkowitego pominięcia komunikatu: «To tylko badanie!», który w zamysle matki miał działać uspokajająco.

By nie wywoływać takich reakcji, trzeba wycofać elementy kojarzące się z negatywnymi uczuciami i emocjami, zastępując je obojętnymi lub kojarzącymi się

pozytywnie. Może lepszym byłby komunikat: «Idziemy do pana doktora, któremu pokażesz swoje ładne ząbki»? Oczywiście pod warunkiem, że nasze dziecko nie miało dotąd traumatycznych przeżyć kojarzącym się mu z «panem doktorem».

W komunikatach językowych, w czytanych dzieciom bajkach pojawiają się także elementy niesamowitości. Jednakże ich negatywne oddziaływanie łagodzone jest przez sposób odbioru. Dziecko odnosi je do pojęć znanych, które mają u niego jeszcze płytką warstwę znaczeniową, bo są głównie nazwami porządkującymi jego świat. Wiele w nich umowności, brak im odcieni, głębokich znaczeń i realizmu, który dopiero pojawi się z doświadczeniem. Samodzielne dookreślanie «świata przedstawionego» nie musi więc wzbudzać głębokiego strachu. To, że wilk zjada babcię i wnuczkę, dziecko przyjmuje mniej emocjonalnie, bo samo zjada kaszkę i «zjadanie» nie jest jeszcze dla niego straszne. W razie potrzeby podczas lektury dziecko pyta o znaczenia, wyjaśnienie zjawisk. Stąd częste pytania w rodzaju: «Czy biedronka jest dobra, czy zła?» Dopytuje się w ten sposób o stopień zagrożenia, jaki dla niego może nieść nieznaną bliżej desygnat.

Posługiwanie się słowem, czytanie dziecku bajek, poza dobroczynnym wpływem interakcji komunikacyjnej rodzic – dziecko, budującej pożądane, silne więzi, daje jeszcze możliwość bezpośredniej kontroli nad emocjonalnym napięciem odbioru młodego słuchacza i natychmiastowego złagodzenia nadmiernie silnych bodźców lub nawet przerwania lektury jeśli wywołuje strach.

Niepokoje wieku dojrzewania

Szkoła i studia to fragment życia, w którym obecny jest strach, jeszcze częściej niż w okresie poprzednim, mogący przeradzać się w lęk. Dodatkowo, motywowanie strachem jest w tym okresie bardzo powszechne i niestety od wieków służy za jedno z podstawowych narzędzi edukacji i wychowania.

Nauczycielka w szkole motywuje do pożądanych zachowań strasząc złą oceną, wezwaniem rodziców lub rozmową z dyrektorem. Rodzina, zachęcając do nauki, wywiera presję, strasząc karami lub choćby poważnymi problemami w ułożeniu sobie życia w przyszłości. Jednocześnie, za pomocą strachu, wpływa na jednostkę grupa rówieśnicza.

Młodzi ludzie, naśladowując dorosłych, łatwo przyswajają sobie sposoby użytkowania strachu w celu motywowania innych. Pojawiają się groźby wyśmiania, stygmatyzacji i odrzucenia, działające tak silnie, że zmuszają do zachowań łamiących akceptowane dotąd normy. Negatywne skutki takiego postępowania dalej wzbudzają strach przed następującą po nich odpowiedzialnością i prowadzą do błędnego koła, skąd bez pomocy trudno jest się wydostać.

W młodym wieku, z jednej strony rośnie wrażliwość na odbiór komunikatów z coraz szerszego spektrum nadawców, a z drugiej nie nadąża za tym krytycyzm i odporność na bodźce stresowe. W tym okresie wysoka jest wrażliwość nie tylko na komunikaty główne, najważniejsze, ale i na te, jakby się na pozór wydawało, tylko poboczne. Zastyszane rozmowy rodziców czy bliskich o kłopotach, trudnościach w pracy lub o groźbie jej utraty, domowe kłótnie i awantury, nasycone strachem

przekazy z telewizji lub Internetu, popularne filmy grozy, albo przerażające atrybuty multimedialnych klipów muzycznych to komunikaty wywierające silny wpływ na emocje. Młody człowiek ma trudności w ich rozładowaniu, a pozostawanie w takim stanie, bez pomocy ze strony rodziców, wychowawców, lekarzy, księży czy innych, obdarzanych zaufaniem osób, nieuchronnie prowadzi do naturalnych reakcji: ucieczki i agresji.

Ucieczka może być dosłowna, ze szkoły lub z rodzinnego domu. Ucieczką może być także przejście do innego świata, przeniesienie «własnego życia» na inne tory lub schronienie się w dających złudne poczucie bezpieczeństwa grupach nieformalnych, sektach, czy grupach przestępczych. Ucieczka może prowadzić również do innego świata – świata samotności, wyobcowania i beznadziei, z którego biegnie szybka i niebezpieczna ścieżka ku ułudnym enklawom spokoju i bezpieczeństwa z użyciem alkoholu i narkotyków.

Oprócz szeroko rozumianej ucieczki, a często wraz z nią, występuje agresja, która najczęściej zaskakuje najbliższe otoczenie i jeszcze bardziej utrudnia, a czasem uniemożliwia porozumienie. W ten sposób tworzy się ciąg akcji i reakcji, który przynosi spiralę nieszczęść, w wielu wypadkach kończących się śmiercią lub co najmniej fizycznym lub psychicznym, trwałym okaleczeniem.

Zwykle zbyt późno stawiane jest pytanie: «Jak to się stało?» Poszukując przyczyn, rodzice lub wychowawcy rzadko znajdują jakiś konkretny fakt, zdarzenie tłumaczące genealogię przyszłych następstw. Najczęściej bowiem proste wyjaśnienie nie istnieje. Jest wszakże, dowiedziona badaniami pedagogicznymi okoliczność, która zawsze występuje u podstaw takich patologicznych zdarzeń. Istnienie tej niedostrzeganej w życiu codziennym okoliczności potwierdzają doświadczenia każdego nauczyciela i wychowawcy, w tym moje własne. Są nią zakłócenia w komunikacji językowej i pozajęzykowej, brak porozumienia, a nawet całkowity zanik zjawiska porozumiewania się dziecka z rodzicami czy opiekunami.

Wcześniej prezentowane tezy o konstytutywnej funkcji języka, niezbędnej dla kształtowania się pełnego człowieczeństwa, o niezwykle znaczeniu językowego porozumiewania się i zrozumienia, znajdują tu swoje odzwierciedlenie. Brak życzliwości jest uszczerbkiem, brak porozumienia się jest kalectwem, brak rozmowy jest już katastrofą.

Mobbing – «zatrute słowa»

Jednym z drastycznych, nieznanych do niedawna zjawisk społecznych jest «wyścig szczurów», jak potocznie określa się pozbawioną sensu, dehumanizującą i niekończącą się pogoń, wyczerpujący wysiłek współczesnych ludzi, dążących do osiągnięcia materialnego i zawodowego sukcesu. [7] Sukces jest tu ukoronowaniem wszelkich wartości, a jego miernikiem jest pieniądz. Język zareagował na to wielosłowiem o pieniądzu: *hajs* (wymienne na: *haje*), *mamona*, *kasa*, *zielone*, *siano*, *sałata*, *kapucha*, *szmal*, *szmalec*, z których «kasa» odniosła chyba największy sukces. To jednak tylko najłatwiej dostrzegalna, powierzchowna warstwa przemian świadomości, zachowań i języka.

Fakt uczestnictwa w niekontrolowanym wyścigu do dóbr i ogólna akceptacja tego zjawiska, spowodowały znaczne nasycenie strachem relacji społecznych. Nieuchronnie uległ temu także język komunikacji społecznej i interpersonalnej. Choć na początku strachu nie było prawie wcale. Był za to zachwyt nad nieograniczonymi prawie możliwościami dostępnymi dla niemal każdego. Z czasem słowa: «prawie» i «niemal» uczyniły wielką różnicę.

«Problemem
w wyścigu
szczurów jest to,
że nawet jeżeli
wygrasz, to ciągle
jesteś szczurem»
Lily Tomlin

Okazało się, że ów wyścig, to nie szlachetne współzawodnictwo, lecz brutalna walka, gdzie dozwolone są wszelkie metody, a każdy uczestnik jest wrogiem, którego trzeba wyeliminować. Społeczne przyzwolenie dla tego zjawiska było wcześniejsze niż zrozumienie, że «cokolwiek byś robił w wyścigu szczurów, to sukces jest niepewny, lecz jeśli nic nie robisz – pewna jest porażka» [7] oraz, że «problemem w wyścigu szczurów jest to, że nawet jeżeli wygrasz, to ciągle jesteś szczurem» (Lily Tomlin – amerykańska aktorka). Po takim uświadomieniu zachwyt i pozytywna motywacja do wyścigu ustępuje miejsca strachowi i lękom. Bezwzględna rzeczywistość przyczyniła się do brutalizacji języka komunikatów interpersonalnych, lecz tę brutalność często uznawano za akceptowalną cechę twardego człowieka sukcesu.

Strach przed utratą pracy w sposób szczególny nasycił komunikację językową. Angielski wyraz *mob* co oznacza: tłum, natłok, banda oraz napastowanie i obleganie upowszechnił się jako *mobbing* – prześladowanie podwładnego, współpracownika lub nawet przełożonego w miejscu pracy [8]. Strach spowodował korzystne dla agresora warunki, a język stał się sprawnym narzędziem ośmieszania, poniżania, zniesławiania i innych działań mających na celu fizyczne wyeliminowanie jednostki z miejsca pracy, z wyścigu [9].

Najczęściej ofiarą jest potencjalny lub wyimaginowany konkurent do wyższego stanowiska, lepszej pracy, czy wynagrodzenia. Agresor świadomie nasycza swe komunikaty treściami i emocjami wzbudzającymi strach u odbiorcy, niszczy mu poczucie wartości i ukazuje jego zerową przydatność w środowisku, które, przerażone bezwzględnością sprawcy, najczęściej milczy ze strachu [10]. «Zatrute słowa» nie dają się rozpoznać od razu, przeciwnie, nadawca starannie dba o pozory, maskuje swoje zamiary stosując «taktikę pajęczą». Nie bez powodu istnieje w języku związek frazeologiczny «omotać kogoś», co Słownik Języka Polskiego traktuje synonimicznie z określeniem «poddąć kogoś swojemu wpływowi». Przy większym natężeniu emocjonalnym mówi się, że ktoś kogoś usidlił, uwiódł lub nawet opętał. Opętał, czyli założył mu więzy, pęta, kajdany, pozbawił go woli, zawiądnął nim.

Tak właśnie się dzieje. Początkowo celem jest uwiedzenie wybranej ofiary. Komunikaty dobierane są w ten sposób, by ją zainteresować, zachwycić, a nawet oczarować. Rzecz godna uwagi – to ostatnie słowo bardzo długo, bo prawie do końca XVIII wieku było znaczeniowo wiązane wyłącznie z praktykami magicznymi, z siłami zła, czarnoksiężskimi (wszak Czarny Książę to spersonifikowane Zło, Szatan) [11]. Na tym etapie ofiary ulegają urokowi swego przyszłego oprawcy, podziwiają go i uznają, że bliskie z nim związanie się, a nawet podporządkowanie się jego woli jest obiektywnie zgodne z ich osobistym interesem.

Jednocześnie, jak na wilczym polowaniu, zaczyna się osaczenie, oddzielanie ofiary od reszty stada. Systematycznie sączone, pozornie obiektywne komunikaty przynoszą coraz bardziej negatywne skutki dla osaczanego. Słowo, gest, czyn a nawet brak reakcji, uporczywe niedostrzeganie, pomijanie ofiary w każdej sytuacji przez swą powtarzalność i jednoznaczne ukierunkowanie systematycznie dawkuje truciznę. Patrząc z zewnątrz, nie ma jeszcze żadnego wyraźnego powodu do interwencji innych osób w obronie osoby, która już czuje się zdestabilizowana psychicznie. Agresor nasila komunikację perwersyjną, ofiara czuje się niezdolna do samoobrony, a otoczenie obojętnieje na dalszy przebieg wypadków. Finałem jest destrukcja osobowości ofiary i rozszerzanie się praktyk *mobbingu* [12].

Jednym z celów powyższej analizy jest upowszechnienie wrażliwości na takie działania, ukazanie możliwości rozpoznawania ich przez refleksję nad językiem, a także uświadomienie, że ofiarą agresji może być każdy, zaś odwrócenie spojrzenia i brak reakcji na agresję słowną jest milczącą zgodą na to, by w przypadku takiej napaści samemu pozostać bez obrony.

W tym przypadku słowo zostaje zawłaszczone przez «ciemną stronę mocy», a funkcja kreacyjna, budująca człowieka i jego świat, w tym wypadku zostaje wyeliminowana przez funkcję destrukcyjną, burzącą u człowieka poddanego owym działaniom nie tylko harmonię wewnętrzną, lecz nawet cały jego świat zewnętrzny i stawiającą pod znakiem zapytania sens dalszego istnienia. Ofiary zastosowania «zatrutych słów» pojawiają się później w gabinetach psychologów i lekarzy, a zdarza się też, że zadreżone, żegnają się z życiem.

Kara milczenia

Agresja językowa może czasem ujawniać się w zaskakujący sposób – przez milczenie. Ludzie bliscy sobie w sytuacjach konfliktu często nieoczekiwanie milkną. Bywa, że komuś po prostu «braknie słów», że woli zamilknąć, zamiast kontynuować kłótnię i powiedzieć «o kilka słów za dużo». To daje się zrozumieć.

Jednakże często milczenie używane jest jako oręż do walki. Posługuje się nim osoba bliska: mąż, żona, rodzice, dzieci, przyjaciel czy partner, a czasem nawet wychowawca wobec podopiecznych. Stajemy wtedy wobec jednej z najtrudniejszych sytuacji, bo jak tu żyć dalej, rozwiązać problem, który stał się przyczyną starcia, zapobiec mu w przyszłości, kiedy nagle brak komunikacji, możliwości wymiany poglądów.

Kiedy człowiek natyka się na mur milczenia zawsze odbiera to jako karę. To kara samotności, odosobnienia, wyizolowania, zerwania więzi z najbliższą osobą. Ukarany staje się bezradny, bo nie może dowiedzieć się, za co spotkała go kara milczenia, nie może polemizować, bronić się, usprawiedliwiać, tłumaczyć czy przeproszać. Nie może nawet wiedzieć jak długo potrwa milczenie. Bywa tak, że ludzie przestają ze sobą rozmawiać i pozostają w swym uporze aż do śmierci. Z ciszą nie można walczyć ani dyskutować. Milczenie dręczy jak cisza na bezludnej wyspie, pobyt w samotnej celi, bo człowiek potrzebuje słów jak powietrza.

W związku bliskich sobie osób strona ukarana milczeniem przeżywa rujnąjącą psychikę burzę uczuć: niepokój przechodzi w strach, bezradność staje się zagu-

bieniem i rozpaczą, a poczucie godności własnej ginie w błaganiu o choćby jedno słowo wyjaśnienia, kontakt, reakcję. Szybko rodzą się lęki: przed zerwaniem więzi, porzuceniem, samotnością. To uczucia pożądane przez każącego. Jego zamiarem jest zwycięskie wyjście z tej sytuacji, rzucenie partnera na kolana, zdominowanie. On czeka na pełne zwycięstwo, pokajanie się, błaganie o litość. Wtedy wie, że zdobył już przewagę na przyszłość. Zewnętrzny obserwator wie, że ma do czynienia z toksycznym związkiem [13], zaś ukarany nie wie już odtąd niczego na pewno. Czuje tylko, że jego los jest w rękach partnera, od którego odejść czasem nie ma już siły.

Milczenie jest zawsze niepokojącym komunikatem. Niepokój budzi nawet długa pauza, czy przeciągający się namysł nad odpowiedzią na zadane pytanie. Milczenie w funkcji komunikatu odczytywane jest jednoznacznie: «Mam cię dość! Nie zależy mi na tobie! Nie chcę z panem mieć nic do czynienia! Dla mnie nie istniejesz i lepiej, żeby cię tu nie było!»[14] W ten właśnie sposób owo formalnie puste przesłanie nabiera przeróżnych kontekstowych znaczeń i może być odbierane jako wyraz lekceważenia, agresji czy nawet obelgi. Właśnie dlatego przyjęło się, że człowiek, któremu zależy na dobrych relacjach z otoczeniem nie wysyła milczących komunikatów.

Straszny język pośpiechu i lekceważenia

Komunikaty nasycone lękiem lub wywołujące strach u odbiorcy nie zawsze są realizacją świadomego zamiaru. Czasami strach rodzi się u odbiorcy nieoczekiwanie dla nadawcy.

W pewnym szpitalu, na oddziale dziecięcym przeprowadzano poranny obchód. Ordynator, w towarzystwie innych lekarzy, podchodził do łóżek chorych i po uzyskaniu niezbędnych informacji wydawał krótkie polecenia w żargonie lekarskim. Kiedy cała grupa podeszła do łóżka małej dziewczynki, jeden z lekarzy złożył krótki raport o jej stanie. Ordynator bez chwili zastanowienia powiedział: «Rzucicie ją na siatki!» Dziewczynka zmartwiała z przerażenia i natychmiast zanosła się głośnym płaczem. Przez dłuższą chwilę nikt z lekarzy nie był w stanie pojąć co takiego się stało.

By zrozumieć to zdarzenie, trzeba wyjaśnić, że siatki centylowe to jedna z metod obiektywnej oceny rozwoju fizycznego dzieci. Są to arkusze współrzędnych, na które nanosi się dane dotyczące wieku i ocenianych parametrów: przebiegu wzrostu, przyboru masy ciała i przyrostu obwodu głowy. Coś takiego spowodowało przerażenie dziecka?

Nie, bezpośrednią przyczyną przerażenia i szloch małej pacjentki stał się niechlujny i bezduszny komunikat, wygłoszony w pośpiechu w jej obecności. Dziewczynka rozumiała dosłownie «rzucanie nią» (to dlatego przyszło tu tylu lekarzy) i jakieś «siatki», na które będzie rzucana. Wypowiedź lekarza zabrzmiała jak straszny wyrok i nieoczekiwanie przyniosła poważne szkody. Wywołała u dziecka poczucie zagrożenia i strach, a ponadto poważnie obciążyla nieufnością dalsze stosunki małej pacjentki z lekarzami.

Właściwe porozumiewanie się lekarza z pacjentem to wielka sztuka. Jej opanowanie wymaga nie tylko wiedzy medycznej, lecz także wysokiej kultury osobistej i otwartości na drugiego człowieka. Antoni Kępiński – wybitny lekarz i filozof pisał, że «stosunek lekarza do chorego nie jest tylko stosunkiem przyrodniczym – obserwującego podmiotu do obserwowanego przedmiotu – ale przede wszystkim stosunkiem humanistycznym. Ten podwójny aspekt zawodu lekarskiego, przyrodniczy i humanistyczny, jest może jedną z najpiękniejszych jego cech» [15].

W pojęciu stosunku humanistycznego mieści się przede wszystkim szacunek dla drugiego człowieka oraz staranie o jego najlepsze zrozumienie. Bezpośrednio stąd wynika równa ważność np. sprawności manualnej chirurga ze sprawnością językową, do korzystania z której zmusza go codzienna praktyka porozumiewania się z pacjentami. Są ponadto specjalności medyczne, gdzie język znaczy jeszcze więcej, bo jego codzienne użytkowanie jest nie tylko przekazywaniem komunikatów ale także częścią terapii. Czym zatem wytłumaczyć fakt, że w systemie kształcenia lekarzy na marginesie stawia się ćwiczenie fachowych umiejętności posługiwania się językiem? To prawie tak samo, jakby uczyć przyszłego taksówkarza budowy, funkcjonowania i obsługi samochodu, topografii miasta, a pomijając jego umiejętności jazdy i znajomość przepisów ruchu drogowego, bo przecież już w szkole podstawowej zdobył kartę rowerową.

Wysokie tempo życia nie omija lekarzy. Język pośpiechu, lekceważenia form wydaje się oszczędzać czas. Nic bardziej mylnego. Pomijając już nawet fakt, że bałaganiarski, lekceważący, a czasem niechlujny język jest, bo z natury swej być musi, odzwierciedleniem stanu ducha człowieka, jego osobowości, poziomu kultury i intelektu, to przecież taki język, używany w komunikacji, utrudnia jego zrozumienie, wprowadza w błąd, kieruje w inną stronę, powodując między innymi straty czasu. Te inne straty mogą być często skutkami bardzo poważnymi.

Każdy z nas był, jest lub kiedyś będzie pacjentem. Obawa o własne zdrowie, strach przed chorobą to uczucia normalne i powszechne. Problemem jest natężenie tych uczuć i ich ekwiwalentność do sytuacji zagrożenia. Sposób, forma i treść komunikacji lekarza z pacjentem jest tu nie do przecenienia

Pacjent chory na raka prostaty pyta lekarza: «Panie doktorze, jakie ja mam szanse...?» Lekarz, jakby chcąc szybko pozbyć się problemu, odpowiada nonszalancko: «Fifty, fifty...» Przerażony pacjent nie pyta o nic więcej. Jest załamany. Odbiór komunikatu był prosty – skojarzenie z loterią to pierwsze i najważniejsze znaczenie, dalej tylko procentowy wskaźnik prawdopodobieństwa. Loteria to coś, na co nie ma się wpływu. Ślepy los, ślepy traf, przypadek – takie konotacje występują natychmiast. Wskaźnik prawdopodobieństwa ma dla gracza znaczenie drugorzędne, kiedy obserwuje jak inni stale wygrywają, a on dotąd nigdy. Pacjent odchodzi w przekonaniu, że nie ma żadnego wpływu na to, co mu los przyniesie. Przecież sam lekarz przyznał się pośrednio, że pomoc, której udzieli będzie wobec wyroku losu mało znacząca. Jakże więc teraz chory ma zmobilizować się do walki z chorobą, do walki o własne życie? Przecież leczenie może być tylko próbą zwiększenia prawdopodobieństwa w loterii, gdzie zawsze miał pecha!

Szczęściem żona pacjenta wysłała go na dodatkowe konsultacje do innego lekarza. Ten, odpowiadając na podobnie zadane mu pytanie, uśmiechnął się, pomyślał i powiedział: «Wie pan, gdybym ja musiał zachorować na raka, a mógłbym wybrać jego rodzaj spośród wszystkich mi znanych, to wybrałbym chyba raka prostaty!» Pacjent odetchnął i podjął walkę z chorobą.

Porównanie obu komunikatów przynosi zaskakujące wnioski. Co do treści, oba są podobne, niekonkretne, bo przecież konkretne być nie mogą. Pierwszy podaje jakiś parametr, ale to tylko udawanie konkretności, drugi świadomie konkretności unika. Co zaś do formy, oba różnią się zasadniczo. Pierwszy przypomina blankiet totalizatora, gdzie zaznaczono jakieś liczby. Po ogłoszeniu wyników stanie się papierem wartościowym lub śmieciem. Drugi jest przykładem zrozumienia dramatycznej sytuacji odbiorcy. Nadawca, poza empatią, wzbogaca swoje przesłanie o informację o posiadaniu szerokiej wiedzy o przedmiocie – nowotworach, wiedzy, której zastosowanie ma znaczenie. Zasygnalizował, że rak prostaty – choroba jego pacjenta pozostawia większe szanse, bo sam by go sobie wybrał. Ponadto, wysyłając swój komunikat poprzedził go chwilą zastanowienia, a więc przemyślał sprawę, wie co mówi. Dodatkowo załączył do przesłania uśmiech, który znaczy: «Nie martw się tak bardzo! Jestem z tobą! Pomogę ci, bo znam się na tym!»

Powyższe przykłady nie stanowią reprezentacji problemów w porozumiewaniu się. Są przytoczone jedynie po to, by pokazać, że takie problemy istnieją, a ich waga jest niepospolita. W życiu codziennym, w różnych sytuacjach bezrefleksyjnie rzucamy słowa, zdania, gesty, które u odbiorców wywołują często nieoczekiwane skutki. Mogą siać niepotrzebny niepokój, wzbudzać zbędny strach, przerażenie, ranić, przygnębiać, obezwładniać, stygmatyzować i wykluczać, a nawet prowadzić do desperackich czynów. Odpowiedzialność za skutki tych komunikatów zawsze obciąża sumienie nadawcy. Nie na wiele się później przydadzą tłumaczenia: «Ja nie chciałem! Nie wiedziałem! Nie zdawałem sobie sprawy, że... Nie myślałem, że tak to zrozumiesz! Przecież chciałem dobrze!» Nadawca każdego słowa ma obowiązek zastanowić się, czy jego komunikat nie przyniesie jakiegokolwiek szkody. *Primum non nocere!*

Strach mówi do nas

W reklamie, polityce i działalności społecznej bardzo często użytkowane są przekazy, których treść przez nadawcę świadomie wzmacniana jest strachem. Dotyczy to głównie komunikowania perswazyjnego i prowokującego do określonych zachowań. Odwoływanie się do emocji jest tu świadome, głęboko przemyślane i bardzo skuteczne, choć nasycanie strachem bywa zręcznie kamuflowane, by upozorować obiektywizm, do którego odbiorca przywiązuje wielką wagę.

Za jeden z wyrazistszych przykładów mogą posłużyć działania promujące produkty firm farmaceutycznych. Jako motywator wykorzystują naturalną obawę o zdrowie. Schemat reklamy jest prosty: oto człowiek budzi się rano do codziennej aktywności, gdy nagle dotyka go: ból pleców, kolana, głowy, brzucha, niestrawność, wzdęcia, bóle menstruacyjne, kłopoty z pęcherzem itp. Owszem, tu właśnie pozór obiektywizmu, to wszystko jest prawdopodobne, lecz manipulacją w reklamie jest

fakt (mało prawdopodobny w życiu), że zdarza się to zawsze tuż przed szczególnie ważną, życiową próbą: egzaminem, rozmową przed przyjęciem do pracy, ważną konferencją, wizytą u szefa, ślubem itp. Motywator jest silny – strach przed porażką. Wtedy pojawia się jedyny i gwarantowany ratunek: Kup sprawdzony produkt A, B lub C!

Jeszcze skuteczniej działa strach przed porażką w życiu seksualnym. Podaje się statystyczną wielkość procentową mężczyzn cierpiących na zaburzenia erekcji. W domyśle jest motywator: «Jeśli miałeś kiedykolwiek jakieś problemy, zapewne i ty jesteś właśnie w tej grupie». Potem wystarcza już informacja o gwarantowanej skuteczności nowego, rewelacyjnego specyfiku. Strach zadziałał.

Są też strachy o zasięgu globalnym. Grypa jest znana każdemu. O grypie «hiszpance» wiadomo, że pochłonęła od 50 do 100 mln ofiar śmiertelnych na świecie. Łatwo więc wzbudziły strach doniesienia o grożących ludzkości pandemiach grypy ptasiej, świńskiej. Gdy wszyscy oczekiwali ogłoszenia lada chwila komunikatu o pandemii, nagle pojawiły się informacje, że dostępne są szczepionki, które trzeba zakupić natychmiast w ogromnych ilościach, nie licząc się z kosztami. Strach na granicy paniki zmotywował organy wielu państw do zakupu szczepionek, których działanie nawet nie zostało do końca sprawdzone.

Celem przywołania powyższego przykładu nie jest dyskusja o realności ogłoszonego zagrożenia, ani też powątpiewanie o skuteczności szczepień, lecz ukazanie szczególnie wyrazistego faktu instrumentalnego wykorzystania gigantycznej fali strachu, dla promocji specyfiku, którego przydatność mogła budzić wątpliwości.

Skuteczne i niezwykle silne w działaniu jest też użytkowanie języka «nabrzmiałego strachem» w życiu politycznym. Szczegółowe poznanie i opis nadużyć językowych i emocjonalnych manipulacji to dobry temat na osobne, interdyscyplinarne studium nad tym polem komunikacji. Zresztą codzienne komunikaty prasowe, telewizyjne czy internetowe pełne są języka polityki. Charakteryzuje go brak odpowiedzialności za słowo, prostactwo, przekraczanie norm moralnych, kłamstwo, manipulacja i odwoływanie się bez osłonek do pełnego zakresu negatywnych emocji: strachu, przerażenia, ukrytych lęków, nienawiści, agresji.

Wystarczy przytoczyć kilkanaście nacechowanych emocjonalnie określeń używanych w praktyce politycznej w Polsce: zdrada, utrata niepodległości, przemyśl pogardy, język nienawiści, zamach, programowanie wspólnoty strachu, syndrom oblężonej twierdzy, katastrofa, wojna, zniewolenie, pełzający pucz, by naprawdę zacząć się bać. To bodaj najłagodniejsze językowe przykłady emocji funkcjonujących w świecie polityki. Roznieca je i podsycą dodatkowo język przekazów medialnych, gdzie celem głównym nadawcy jest pozyskanie jak największej liczby odbiorców, bez liczenia się ze skrupułami etycznymi czy skalą szkód moralnych. Tu już nie syczy się «zatrutych słów», tutaj świadomie i sprawnie buduje się z nich świat wirtualny, który odbiorcę komunikatów wciąga, deprawuje i niszczy.

Skutki takich działań są tragiczne. Przykładem jest haniebne zabójstwo Gabriela Narutowicza pierwszego prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 grudnia 1922 roku. Dość przypadkowy i nieoczekiwany dla niego samemu wybór na prezydenta dokonany 5 dni wcześniej stał się początkiem niebywałej kampa-

nii sprzeciwu, pełnej oszczerstw, pomówień i oczywistych kłamstw. Protesty podjudzała otwarcie liczna grupa prominentnych osób, wśród których był m.in. gen. Józef Haller, Stanisław Grabski, ks. Kazimierz Lutosławski i wielu posłów. W ich publicznych przemówieniach, a także w artykułach prasowych podczas gwałtownej kampanii rościło się od epitetów i inwektyw (mason, niewierzący emigrant, nie znający stosunków w Polsce, elekt żydowski, co obraża naród polski, złodziej, żydowski pacholek). Wzywano do walki, obrony zagrożonej niepodległości, tożsamości narodowej i wiary. Podgrzewanie emocji w celu wywarcia nacisku i doprowadzenia do rezygnacji prezydenta elekta doprowadziło do demonstracji ulicznych i burzliwych zamieszek, w których jedna osoba została zabita, a 28 rannych. Ponieważ partie polityczne mobilizowały już swoje bojówki – powszechne w tym okresie narzędzie walki politycznej, istniała nawet groźba wojny domowej.

W atmosferze nagonki, groźenia prezydentowi śmiercią, szczytowych egzaltacji politycznych Eligiusz Niewiadomski, malarz znany z niezrównoważonego charakteru i ostrych artykułów na łamach prasy endeckiej, trzema strzałami z rewolweru, z bliskiej odległości zastrzelił Narutowicza. W ogólnym szoku jaki nastąpił w życiu politycznym po tej zbrodni cała winą obciążono zamachowca, a poza nim nikt nie poczuł się współwinny. Niektórzy z wcześniejszych podżegaczy wyrażali nawet zdziwienie, jak mogło dojść do tego zabójstwa [16].

Podobnie zatruta atmosfera polityczna i stale podgrzewane emocje stanowiły dobry grunt do zamachu dokonanego w 19 października 2010 roku w biurze poselskim PIS w Łodzi. Zamachowiec wykrzykując, że chce powystrzelać wszystkich z PIS-u, zastrzelił jedną osobę, a drugą poważnie ranił.

Odbyte w kilka dni po zamachu w Łodzi spotkanie Prezydenta RP z przedstawicielami KRRI, Rady Etyki Mediów, Stowarzyszenia Dziennikarzy Polskich i Stowarzyszenia Dziennikarzy RP w sprawie obniżenia poziomu agresji w życiu publicznym to wystarczający komentarz do genezy tego zdarzenia [17].

Nowy świat komunikacji językowej

Świat współczesny, jak nigdy dotąd zdominowany jest przez komunikację, wymianę myśli, porozumiewanie się. Ekspansywność tego zjawiska rozsadziła ramy rzeczywistości i tworzy na naszych oczach rzeczywistość nową, własną, świat wirtualny, w którym zanurza się, by nie powiedzieć «pogrąża» współczesny człowiek. Podstawowe narzędzie przekształcające myśl w komunikat – język – ma dziś kluczowe znaczenie.

Do osiągnięcia sprawności, a przede wszystkim efektywności komunikatów nie wystarcza już upowszechnienie wspólnego kodu, jakim jest język angielski. Nowe potrzeby spowodowały szybki rozwój nauk lingwistycznych o charakterze interdyscyplinarnym. Dobrym przykładem jest neurolingwistyka działająca na obszarach wspólnych językoznawstwa, neurobiologii, kognitywistyki, neuropsychologii czy informatyki. Dzięki analizom neurolingwistycznym, wykorzystującym m. in. neuroobrazowanie mózgu czy elektrofizjologię można już, mówiąc o emocjach w procesach tworzenia i rozumienia wypowiedzi, prezentować materialne dowody badań.

Na obrzeżach nauki powstała także dziedzina zajmująca się przede wszystkim utylitarną wartością komunikatów językowych, technikami komunikacji oraz metodami pracy z wyobrażeniami, nastawiona na tworzenie i modyfikowanie wzorców postrzegania i myślenia nazwana programowaniem neurolingwistycznym (NLP). W zamyśle twórców: Johna Grindera i Richarda Bandlera NLP miało podkreślić postulowane powiązanie między procesami neurologicznymi, językiem i wzorcami zachowań, którymi ludzie się kierują. Dzięki wysokiej efektywności manipulowania odbiorcą komunikatu, programowanie neurolingwistyczne zyskało bardzo szybko wielką popularność jako metoda w szkoleniach służących rozwojowi samomotywacji, zdolności negocjacyjnych, umiejętności uwodzenia, czy prowadzenia kampanii reklamowych lub wyborczych. Cel, bezwzględne osiągnięcie korzyści za wszelką cenę, przydaje tej metodzie wysoce dehumanizacyjny aspekt.

Ochrona przestrzeni językowej

Przedstawione przykłady użytkowania języka jako nośnika strachu czy lęków w funkcji motywatorów mogą już same przez się budzić obawę i skłaniać do niepokojącego pytania: Jak funkcjonować normalnie w przestrzeni nasyconej strachem? Jak uchronić się przed tym, by strach, jako przedłużający się ponad miarę stresor, nie stał się źródłem dominującego w zachowaniu, patologicznego lęku?

Skuteczną pomocą są różnorodne metody radzenia sobie ze stresem, rozładowywanie go i minimalizacja jego negatywnych skutków, lecz to domena innych niż językoznawca specjalistów. On zaś może poszukiwać środków zaradczych w obszarze zjawiska językowej komunikacji.

Całkowite wyeliminowanie strachu z języka jest niemożliwe, a nawet byłoby szkodliwe. Warto jednak dążyć do usunięcia jego nadmiaru, do sprawowania nad nim kontroli, a przede wszystkim zaś do rozpoznawania i oceny przywołujących strach bodźców. W medycynie znane jest pojęcie stresu niekontrolowanego i stresu kontrolowanego. Wydostanie się z oddziaływania stresu niekontrolowanego i przejście do kontrolowania stresu to działanie obronne [5].

W sferze komunikatów językowych jest potrzebne, by odbiorca «deszyfrował» nie tylko komunikat, lecz także jego kontekst, rozpoznawał próby wpływania na jego emocje. Potrzebna jest do tego świadomość językowa, umiejętność odszukania zawartego w przesłaniu ładunku emocjonalnego. Pomocne są tu pytania: «Czy ktoś mnie straszy? Jakie są jego intencje? Czy działa w moim interesie, czy też jego celem jest własna korzyść jak na przykład: sprzedaż produktu, usługi, zmuszenie do pracy ponad siły lub poza ustalonym czasem, a może nakłonienie do określonego wyboru?» Rozpoznanie intencji nadawcy ułatwi określenie, czy sugerowane zagrożenie jest realne i czy strach wzbudzony przez komunikat jest w tym wypadku naturalnym i działającym w interesie odbiorcy sygnałem ostrzegawczym. Kontrolując swój stres odsyłamy strachy działające w interesie nadawcy, do innych strachów na wróble.

Jeśli zaś nadawca nie działa w złej woli, powinien weryfikować zarówno treść jak i formę swoich komunikatów. Unikanie bezmyślnej retransmisji strachu,

świadome dostosowanie natężenia elementów emocjonalnych w komunikacji do potrzeb, zagrożeń, kontekstów i aktualnego stanu emocjonalnego odbiorcy jest kryterium jego uczciwości. Z kolei wyolbrzymianie zagrożenia, posługiwanie się strachem dla uzyskania większego efektu, nieliczenie się z aktualną sytuacją, wrażliwością i bieżącym stanem emocjonalnym odbiorcy jest równie nieetyczne jak świadoma manipulacja z chęci zysku.

Współczesny człowiek dobrze już zna zagrożenia wynikające z braku dbałości o środowisko, w którym żyje. Ceni świeże powietrze, czystą wodę i nieskażoną trawę. Trudno mu dziś zrozumieć, dlaczego kiedyś, u progu nowoczesności, bardziej od banalnego zapachu róży pociągał futurystycznych poetów aromat błękitnego obłoku spalin pierwszych automobilów, dlaczego zadymiony pejzaż Śląska był tematem poetyckich zachwytyw Juliana Tuwima.

Dziś inny obszar środowiska człowieka jest szczególnie zagrożony. Używając chętnie komunikatów manipulujących emocjami, nasyconych zatrutymi słowami, podszytymi lękiem i strachem, zanieczyszcza się, podobnie jak spalinami atmosfery, przestrzeń porozumiewania się, komunikacji społecznej i interpersonalnej, przestrzeń potrzebną człowiekowi do życia tak samo jak powietrze. Pora zadbać o ochronę także i tej przestrzeni.

Piśmiennictwo

- 1 Peruzińska I. *Świadomość językowa studentów filologii polskiej Pomorskiej Akademii Pedagogicznej w Słupsku*. Słupskie Prace Filologiczne, Seria Filologia Polska 4, Pomorska Akademia Pedagogiczna. Słupsk. 2005.
- 2 Sztejer S. *Rola języka w kształtowaniu religijnego świata*. W: Przegląd Religioznawczy. 4; (218), 2005.
- 3 Jacobson R. *Poetyka w świetle językoznawstwa*. Przeł. z ang. Krystyna Pomorska, Wrocław. 1960.
- 4 Markowski A. *O świadomości językowej współczesnych Polaków*. W: tegoż, *Polszczyzna końca XX wieku*. Warszawa 1992, s. 198–215.
- 5 Joško J. *Stres w chorobach przewlekłych*. Warszawa. 2007
- 6 <http://www.youtube.com/watch?v=Z2TcvKyKzIw> :Giant robot dinosaur scares Zack.
- 7 Ulasien P. *The Corporate Rat Race: The Rats Are Winning: A Game Plan for Surviving and Thriving in Corporate America*. PublishAmerica. 2006.
- 8 Bechowska-Gebhardt A, Stalewski T. *Mobbing. Patologia zarządzania personelem*. Warszawa. 2004.
- 9 Ger E. *Mobbing. Nowe pojęcie czy nowe zjawisko? Z pogranicza psychologii klinicznej oraz psychologii pracy*. <http://www.lgrant.com>
- 10 Hirigoyen M.F. *Molestowanie w pracy*. W Drodze. 2001.
- 11 Długosz-Kurczabowa K. *Uurok i czar*. Poradnia językowa PWN, <http://poradnia.pwn.pl/lista.php?kat=7&szukaj=eksp1resywne>
- 12 Hirigoyen M.F. *Molestowanie moralne*. W Drodze. 2012.
- 13 Melody P. *Toksyczne związki*. Warszawa. 2008.

- 14 Evans P. *Toksyczne słowa. Słowna agresja w związkach*. Warszawa. 2008.
- 15 Kępiński A. *Poznanie chorego*. Warszawa. 1978.
- 16 Ajnenkiel A, Drzycimski A, Paradowska J. *Prezydenci Polski*. Warszawa. 1991.
- 17 <http://www.prezydent.pl/aktualnosci/wydarzenia/art,1480,prezydent-z-przedstawicielami-mediow-o-obnizeniu-agresji-w-zyciu-publicznym.html>
- 18 Lévi-Strauss C. *Antropologia strukturalna*. Warszawa. 1970.

Dr n. hum. Jacek Kurek
Instytut Historii
Uniwersytet Śląski w Katowicach

NA PROGU KOŃCA ŚWIATA. SZTUKA PRZEŁOMU XIX i XX WIEKU W PRZESTRZENI LĘKU

Streszczenie

Artykuł jest refleksją na temat lęku w przestrzeni sztuki przełomu XIX i XX wieku. Impresjonizm rodził bezcenne artystyczne inspiracje, ale zarazem dawał niepokojące świadectwo rozsypania się obrazu świata, rozbicia lustra, w którym człowiek mógł zobaczyć swoje jestestwo w eschatologicznym, całościowym kontekście. Impresjonizm z godną siebie precyzją uchwycił rzeczywisty stan cywilizacji, w którym człowiek – artysta w istocie nie ma już nic ważnego do powiedzenia w epoce mnożących się ważnych pytań. Jeszcze wyraźniej przestrzeń lęku ujawniała się w sztuce lat następnych. Obraz Picassa *Les Femmes d'Alger (O. J. R. 1911-12)* powstał w 1907 roku. Gdyby jednak tę datę zastąpić niespełna pół wieku późniejszą, rokiem 1945, zainfekowany doświadczeniami minionych lat odbiorca zwróciłby być może myśli w inną stronę... W krzykliwych krzywiznach, nieregularnościach i zdeformowanej nagości bez trudu domyśliłby się raczej «Europy po deszczu», ofiar Holokaustu, a sam obraz odczytał jako wyraz i znak potwornych skutków wojennej rzeczywistości.

Muzyka, jeszcze przed 1914 rokiem wyłamująca się z rytmu, melodii i harmonii, otwierała się na nowe hałasy świata, które przyszły wraz z industrializacją i postępem technicznym XIX wieku. Premiera *Święta wiosny* Igora Strawinskiego stała się skandalem, gdy część publiczności nie była w stanie zaakceptować orgiastycznej, jej zdaniem, pogańskiej muzyki. Literatura H. G. Wellsa, B. Stokera zdawała się w proroczych wizjach kreślić zapowiedzi przyszłych katastrof. Społeczeństwo *belle époque* rozczytywało się w powieściach grozy. Wiersze Rainera Marii Rilkego i Georga Trakla, francuskich poetów wyklętych, zwłaszcza Verlaine'a, Mallarmego..., a nade wszystko Baudelaire'a i Rimbauda, puste miasta na młodzieńczych obrazach Giorgio de Chirico, rozdierane krwawymi zachodami słońca dzieła Edvarda Muchy. Niepokój i rozpacz Vincenta van Gogha, przejmująca cisza Wyspy Umarłych Arnolda Böcklina wpisują się w tę konstelację, bo nawet krzyk staje się progiem ciszy najgłębszej. Wkrótce będzie to cisza wielu milionów niewinnie pomordowanych i cisza zdumienia wobec tego, do czego zdolny jest człowiek wykształcony, wychowany na wielowiekowym dziedzictwie religii i filozofii europejskiej.

«Samotnie
krwawi brunatne
zwierzę
w zaroślach
Samotnie, Ślepiec,
który schodzi
po stopniach
zapadłych
W suchym sitowiu
ciemne flety
oblędu.
Georg Trakl

Słynne **Les Demoiselles d'Avignon** **Pabla Picassa**, ozdoba nowojorskiego Museum of Art Modern, to raczej «panienki» niż panny, jak najczęściej tłumaczy się tytuł w Polsce. Wszak obraz przedstawia nie pięć dziewcząt z francuskiego miasta, a prostytutki z domu publicznego przy ulicy d'Avignon w Barcelonie. Obraz nie bez powodów uchodzi za prawdziwy początek współczesnego malarstwa (tygodnik «Newsweek» uznał go w 2007 roku najbardziej wpływowym dziełem sztuki minionego stulecia). Radykalnie przełamuje usankcjonowany kanon piękna i proponuje zaskakujące, nowe artystyczne rozwiązania formalne na skalę, której nie sposób przypisać nawet dziełu **Impresja, wschód słońca** (1872) **Claude'a Moneta**.

«Jesteśmy tylko
listkiem, łuską
drobną.
Owoce jest ta
śmierć, co w nas
dojrzeła.
I wokół której
wszystko się
obraca.»
Rainer Maria
Rilke

Obraz Picassa powstał w 1907 roku. Gdyby jednak tę datę zastąpić niespełna pół wieku późniejszą, rokiem 1945, zainfekowany doświadczeniami minionych lat odbiorca zwróciłby być może myśli w inną stronę... W krzykliwych krzywiznach, nieregularnościach i zdeformowanej nagości bez trudu domyśliłby się raczej «Europy po deszczu», ofiar Holocaustu, a sam obraz odczytał jako wyraz i znak potwornych skutków wojennej rzeczywistości. Na przestrzeni kilku dekad wyobrażenia Europejczyków pod wpływem losów kontynentu zmieniła się radykalnie. Zmieniło się wszystko: sztuka, polityka, religia, spojrzenie na śmierć i na życie, na przeszłość...

Tutaj interesuje nas okres, w którym nieskażona jeszcze skutkami wojen światowych i totalitaryzmem europejska kultura zdaje się wyrażać przecucie nadchodzącej zapaści cywilizacyjnej. Nigdy wcześniej sztuki nie rozkwitały tak intensywnie, bujnie, polifonicznie jak wtedy – na progu końca dotychczas znanego świata, na przełomie XIX i XX wieku. Nigdy nie tworzone z taką śmiałością, a w obrębie niezliczonych –izmów łączono idee, myśli, inspiracje, definitywnie rozstając się z uświęconymi kanonami. Zdaniem prekursora litewskiej muzyki symfonicznej i symbolicznego malarstwa **Mikalojusas Konstantinasa Čiurlionisa** (1875–1911) nawet muzyka ma swoją architekturę, czemu dawał wyraz na wizjonerskich obrazach, komponując zarazem przesycone malarskością poematy symfoniczne. **Aleksandr Skriabin** (1872–1915) marzył o instrumencie, który wydawałby też z siebie światło, w tym celu klawiszom fortepianu przypisał kolory. Jego piątą symfonię **Prometeusz, Poemat ognia** (1909–1910) wykonano po raz pierwszy z użyciem fortepianu świetlnego niedługo po śmierci artysty, w Nowym Jorku w 1915 roku. **Luigi Russolo** (1885–1947) napisał w 1913 roku manifest **Sztuka hałasów** (w formie listu do przyjaciela Francesca Balilli Pratelli), a rok później po raz pierwszy użył publicznie swoich instrumentów wytwarzających hałas (*intonarumori*). Nowe wartości w literaturze, muzyce i malarstwie nie brały się z próżni. Paul Evdokimov pisał: «Nieograniczoność form wyrazu sztuki abstrakcyjnej ukazuje groźne zawężenie, ograniczoność duszy, gdyż nieograniczoność w granicach zamkniętego świata naprawdę niczego nie przekracza. Jest to sztuka Drzwi zamkniętych» [1]. A dzieje się tak, ponieważ: «Sztuka abstrakcyjna dokonuje się na tęczy, wyjętej ze swego kontekstu kosmicznego. Można więc podziwiać jej słoneczne widmo, analizować ją i mnożyć w nieskończoność jej barwy, lecz tęcza ta nie łączy już nieba z ziemią i nie mówi nic ważnego człowiekowi» (1). Zamiast nieba dawnych

artystów impresjoniści widzieli raczej refleksy świetlne zrodzone przez słońce i «franki» cirrusów. Coraz częściej też schylali głowy, zaglądając pod płatki kwiatów, zwracając się ku temu, co najdrobniejsze i najbardziej przemijalne, co chwilowe, kruche i dlatego – wedle nich – jedyne rzeczywiście warte uwagi. Nie ma w obrazowaniu impresjonistów poezji, jest raczej próba rzetelnego przedstawienia jak najwierniej tego, co przychodzi wraz z ulotną chwilą. Inni artyści właśnie dlatego uznali ją za złudną i nieprawdziwą. Pisał w 1913 roku Tadeusz Makowski: «Niebezpieczne jest chwytanie światła, jak to czynili impresjoniści. Są one zawsze przypadkowe, a nawet często układają się wbrew kształtom, odbierając im wdzięk prostoty» [2].

Impresjonizm ma niezaprzeczalne zasługi. Uwzniosił chwilę. Przekonywał, że najbardziej codzienna i drobna stać się może liturgią, intuicyjnie wyprzedzał nawet technikę tworzenia obrazów telewizyjnych, skłonił fizyków do szukania atomów (wiele impresjonistom zawdzięcza Einstein), rodził bezcenne artystyczne inspiracje, ale zarazem dawał niepokojące świadectwo rozsypania się obrazu świata, rozbicia lustra, w którym człowiek mógł zobaczyć swoje jestestwo w eschatologicznym, całościowym kontekście. Impresjonizm z godną siebie precyzją uchwycił rzeczywisty stan cywilizacji, w którym człowiek-artysta w istocie nie ma już nic ważnego do powiedzenia w epoce mnożących się ważnych pytań.

Od 1859 roku znane było już dzieło **Charlesa Darwina** (1809–1882) O powstawaniu gatunków (*On the Origin of Species*). Kuzyn Darwina, Francis Galton, wprowadził w 1883 roku pojęcie «eugenika», dotyczące selektywnego rozmnażania się zwierząt i ludzi w celu ulepszania gatunków. Galton podekscytowany możliwościami eugeniki nie brał pod uwagę możliwości negatywnego jej wykorzystania, podobnie jak Alfred Nobel (1833–1896), patentując w 1867 roku technologię i towarowy znak o nazwie «dynamit». Odkrycia małżeństwa **Curie – Pierre'a** (1859–1906) i **Marii** (1867–1934) – przyniosły światu bezcenne narzędzie do walki z rakiem, ale i źródło zniszczenia na nieznaną wcześniej skalę [3]. **Sigmund Freud** (1856–1939) bodaj najważniejsze ze swoich dzieł, *Objaśnienia marzeń sennych*, wydał w roku 1899 (ze znamieną jednak datą 1900 roku, który niektórzy chcieli widzieć jako początek nowego wieku), publikował już jednak od połowy lat osiemdziesiątych XIX wieku. Prace Freuda rodziły lęk, że podświadomość ma większą władzę nad człowiekiem niż świadomość, podważając bezpieczne fundamenty i gwarancje, jakie dawała kultura [3]. Rychło ku najgłębszemu rozczarowaniu elit okazało się, że nie obroni ona człowieka. Sam bowiem zdołał ją zakwestionować w całej rozciągłości, w niemal trzydzieści następujących po roku 1914 lat. Strach kumulujący się w artystycznych wypowiedziach sprzed roku 1914 był proroczy i owocował dziełami, które przez całe stulecie XX będą cieszyć się niezmienną popularnością. **Robert Louis Stevenson** (1850–1894) opublikował w 1886 roku nowelę «Dziwna historia doktora Jekylla i pana Hyde'a» (*Strange Case of Dr Jekyll and Mr Hyde*). Pierwsza jej wersja filmowa powstała już w 1912 roku. Dziesięć lat po ukazaniu się *Strange Case of Dr Jekyll and Mr Hyde* Herbert George Wells wydał «Wyspę doktora Moreau» (*The Island of Doctor Moreau*), w konwencji science fiction, opowieść o człowieku opętanym szaleńczą myślą stworzenia doskonałego gatunku przez krzyżowanie

z sobą zwierząt i ludzi. W 1898 roku ukazała się «Wojna światów» (*War of the Worlds*) **Herberta George'a Wellsa**, będąca pierwszą tak stanowczo wyrażoną apokaliptyczną wizją losów świata. W wizjonerskiej fabule jedni widzieli refleksję nad skutkami niepohamowanych odkryć naukowych, inni nadchodzącą katastrofę wojny, jeszcze inni dopatrywali się opowieści o współczesnych lękach. Ich swoistą emanacją była też powieść **Brama Stockera** «*Dracula*» z 1897 roku [3].

Muzyka, jeszcze przed 1914 rokiem wyłamująca się z rytmu, melodii i harmonii, otwierała się na nowe hałasy świata, które przysły wraz z industrializacją i postępem technicznym XIX wieku. Odgłosy pracujących hut i fabryk, jadącego pociągu i samochodu, telegrafu i telefonu, kinematografu i gramofonowej płyty, a także wybuchających bomb i maszynowej broni... Wszystko to było nowe, jednak już wyraźnie słyszalne. Z jednej strony powstało oniryczne, zwiewne upalne, olśniewające *Prélude à L'après-midi d'un Faune* **Claude'a Debussy'ego**, z drugiej – dzika orgia pogańskich dźwięków «*Święta wiosny*» **Igora Strawińskiego**. Utwór Debussy'ego, pochodzący z 1892 roku, wykonany został po raz pierwszy w Paryżu w grudniu roku 1894. Zupełnie nie dostrzegł tego wydarzenia korespondent krakowski «*Czasu*», pisząc 29 grudnia tegoż roku: «W świecie muzycznym i teatralnym niewiele mamy nowości. Na wielkich koncertach panuje Wagner prawie niepodzielnie. Korzystając jednak z mody rosyjskiej, usiłowali nasi dyrygenci zapoznać publiczność paryską z najnowszą muzyką rosyjską. Wykonano zatem «*Las*» **Głazunowa** i «*Tamarę*» **Bałakiriewa**. Obie kompozycje miały *un succès d'estime*, dzięki politycznym sympatiom; wątpić jednak można, czy muzycy rosyjscy znajdują w Paryżu to powodzenie, jakim się cieszą *Tołstoj* i *Dostojewski*. Teatr de l'Oeuvre wystawił kolejny ponury dramat **Strindberga** «*Ojciec*» i «*Wroga ludu*» **Ibsena** z wielkim powodzeniem» («*Czas*» 5 I 1895, nr 4). O swojej kompozycji Debussy pisał w programie inauguracyjnego koncertu: «Muzyka tego Preludium jest bardzo swobodną ilustracją poematu Mallarmego i nie pretenduje bynajmniej do jego syntezy. Są to raczej zmieniające się jedna po drugiej dekoracje, na tle których krążą pożądania i rojenia fauna w upale pewnego popołudnia. Zmęczony w końcu ściganiem uciekających przed nim bojaźliwie nimf i najad, zapada w upajający sen wypełniony ziszczonymi wreszcie marzeniami, posiadaniem wszystkiego w całej naturze» [4].

Balet *Święta wiosna* wykonano po raz pierwszy także w Paryżu, 29 maja 1913 roku, w choreografii *Wacława Niżyńskiego*. Tańczyli artyści teatru *Les Ballets Russes* *Siergieja Diaghilewa*. Obydwa utwory odwołują się do wątków pogańskich i obydwa uważa się za początek muzyki nowoczesnej. Dzieli je zaledwie dwadzieścia lat. Okres apogeum belle époque. Wymowny jest bunt części publiczności na premierze «*Święta wiosna*» (na którą m.in. przyszli zaprzyjaźni ze *Strawińskim* *Picasso* i *Debussy*). Śmietanka paryska niegotowa była na nową muzykę, a co się okaże, także na wyzwania historii najbliższych lat. Protestując przeciw muzyce *Strawińskiego*, broniła się niejako przed wyrwaniem z letargu niczym pozbawieni indywidualnych cech i sprowadzeni do teatralnych rekwizytów bohaterowie obrazu *Niedzielne popołudnie na wyspie Grande Jatte* (1884–1886) **Georgesa Seurata**. Niemi na krańdzi hekatombi. Przedstawiony na VIII wystawie impresjonistów, namalowany

Mallarme pisał w liście do Debussy'ego: «Pańska ilustracja Popołudnia fauna nie tylko nie tworzy dysonansu z moim tekstem, lecz przeciwnie – przewyższa go w nostalgii i świetle subtelnością, omdłością, bogactwem» (por. *Jarociński* 1983, s. 47)

w nowatorskiej technice puentylizmu obraz został zrazu gwałtownie skrytykowany tak jak *Święta wiosna* *Strawińskiego* ćwierć wieku później i jak większość nowoczesnych dzieł tej epoki. Ilustrujący cywilizacyjną «agonię» rozkwit sztuk jeszcze dobitniej widoczny był w Rosji, która na kilka lat przed bolszewicką apokalipsą przeżywała swój religijno – filozoficzno – artystyczny renesans. Jego pierwszoplanową postacią był *Mikołaj Bierdiajew*, który sugerował w słynnym esaju «*Nowe średniowiecze*», że tylko powrót do zapoznanych idei i wartości może ocalić Europę [5]. A w powstałej u schyłku jego życia filozoficznej autobiografii dawał świadectwo swojej przenikliwości w tamtych czasach. Wspominał: «Pisałem o wewnętrznej dialektyce humanizmu, w której humanizm przechodzi w antyhumanizm. Głoszenie samowystarczalności człowieka kończy się negacją człowieka, prowadzi do rozpadu zasady czysto ludzkiej na zasadę pretendującą do stania ponad tym, co ludzkie – «nadczłowieka» – i na zasadę bezspornie stojącą niżej niż to, co ludzkie. Zamiast Bogo – człowieczeństwa pojawia się bogo – bestializm» [6, 7]. Rosja stała na progu rewolucji, ulica petersburska burzyła się, podczas gdy niczego nieświadomi intelektualiści wciąż prowadzili swoje niekończące się dysputy przy gorących samowarach w zimnych kamienicach miasta.

Przed 1914 rokiem działali już **Arnold Schönberg**, **Alban Berg** i **Anton Webern**. Wraz z wydarzeniami drugiej dekady XX wieku coraz bardziej zmieniać się miała ich muzyka. *Toru Takemitsu* pisał: «*Lęk przed ciszą* nie jest niczym nowym. Cisza spowija ciemny świat śmierci. Bywa, że cisza przepastnego wszechświata wisi nad nami, ogarniając nas. Istnieje głęboka cisza narodzin, spokojna cisza, gdy śmierć nas zabiera z powrotem. Czyż sztuka nie była buntem istoty ludzkiej przeciwko ciszy? Poezja i muzyka powstały, gdy człowiek po raz pierwszy wydał z siebie dźwięk, opierając się ciszy» [8]. Wiersze *Rainera Marii Rilkego* (1875–1926) i *Georga Trakla* (1887–1914), francuskich poetów wyklętych, zwłaszcza *Verlaine'a* (1844–1896), *Mallarmego* (1842–1898)... a nade wszystko *Baudelaire'a* (1821–1867) i *Rimbauda* (1854–1891), puste miasta na młodzieńczych obrazach *Giorgio de Chirico*, rozdzierany krwawym zachodem słońca *Krzyk* (1893) i *Lęk* (1894) *Edvarda Muncha*. Jego *Rozpacz* (1892), *Taniec życia* (1899–1900), *Wampir* (1895), albo też *Starzec w rozpacz* (1890) i *Kruki nad polem zboża* (1890) *Vincenta van Gogha*, przerażająca ciszą *Wyspa umarłych* (1880) *Arnolda Böcklina*, *Krucjata dziecięca* (1905) *Witolda Wojtkiewicza* i w końcu trudne piękno wspomnianego obrazu *Picassa* wpisują się w tę konstelację, bo nawet *Krzyk* staje się progiem ciszy najgłębszej. Będzie to wkrótce cisza wielu milionów niewinnie pomordowanych i cisza zdumienia wobec tego, do czego zdolny jest człowiek wykształcony, wychowany na wielowiekowym dziedzictwie religii i filozofii europejskiej. To człowiek, który okiełznał ogień, z trzewi ziemi wydobywał wszelkie bogactwa, znał już wiele szczepionek na swoje choroby i ujarzmił iskrę elektryczną. Człowiek coraz powszechniejszych uniwersytetów i politechnik, praw wyborczych i pierwszego (trwającego 12 sekund) kontrolowanego lotu samolotem w 1903 roku.

Rozkwit sztuk staje się na przełomie wieków XIX i XX przejawem raczej agonii niż dobrostanu. *Lęk* dominuje nie tylko w dziełach tych lat. Będzie tak z każdym następnym dziesięcioleciem, tyle że coraz bardziej wiadomym się okaże się to, cze-

Obrazy: Krzyk, Wampir i Rozpacz mają po kilka różnie datowanych wersji.

go i kogo człowiek winien się bać. Tej praktycznej wiedzy, którą przyniosą wojny i rewolucje, człowiek nie posiadał jeszcze w pierwszym piętnastolecu XX wieku. Miał już jednak przeczucie lęku i niebezpieczeństwa, miał coraz bardziej doskwierające wątpliwości, dokąd pójść – skąd zresztą owa wielość rozpoczętych niedawno dróg. Miał poczucie znudzenia tym, co było i co jest. Owa nuda jako jedno z istotnych źródeł wojny przeraża bodaj najbardziej. Niemożność znalezienia drogi i strach przed niewiadomym stanowiły o kondycji człowieka w Europie na progu XX wieku. Było to swoiste umiowanie człowieczeństwa w procesie budowania złudnych podstaw cywilizacji. Niespotykany wcześniej XIX wieczny wzrost gospodarczy, chociaż mógł, jednak nie przekładał się na umocnienie godności ludzkiej osoby i na rozwój społeczny. Ten z kolei utracił swoje umocowanie aksjologiczne i stał się synonimem «ulepszania», przechodzenia w stan wyższego zaawansowania technologicznego, które nie zawsze służyło dobru człowieka i poprawie jakości jego życia [9]. Kiedy w roku 1906 we francuskiej kopalni w Courrières zginęło 1099 górników, w tym wiele dzieci, wdowy usłyszały od władz kopalni, że nieomal natychmiast muszą się wyprowadzić z zajmowanych domów. Nieprzypadkowo epoka ta stała się żywym polem dla powstawania powieści w rodzaju *Germinal* Émile'a Zoli (1885).

Wbrew prognozom uczonych i witalnemu optymizmowi żurnalistów artyści dawali świadectwo obecności świadomego lub podświadomego strachu przed czymś, co nadchodzi i czego słowo *dekadencja* nie jest w stanie wyczerpać. Komentując poezję Georga Trakla, Tadeusz Sławek pisał: «O Bogu nie sposób już myśleć w kategoriach czystej jasności. Bóg nie poraża, na środku drogi nie zrzuca z konia, sam zmagą się z mrokiem» [10]. W istocie. Na słynnym, namalowanym w 1601 roku i znajdującym się w rzymskim kościele Santa Maria del Popolo, obrazie Nawrócenie świętego Pawła Michelangelo Caravaggio uwiecznił św. Pawła w chwili, w której w drodze do Damaszku, w środku ciemności, zalany Boskim światłem spada z konia i w niemym zachwycie otwiera ramiona. Zachwyt obecności, jej tajemna jasność i bliskość, która nie wymaga rozumienia, a stwarza bezpieczną przestrzeń spełnienia. Szawel staje się Pawłem. Choć na jakiś czas utraci wzrok, potem widział będzie więcej, ostrzej i pewniej. Oto zachwyt rodzący poznanie, wyjście z ciemności, blask obecności – jako trwała obietnica niegasnącej prawdy stanowi o witalnym pięknie i sile wizji, która trzysta lat później nie znajdzie już odpowiednika w żadnym wybitnym dziele malarskim.

Piśmiennictwo

- 1 Evdokimov P. *Sztuka ikony. Teologia piękna*. Przeł. M. Żurowska. Warszawa. 2003, s. 80–81.
- 2 Makowski T. *Pamiętnik*. Kraków. 2003, s. 102.
Kurek J. *Doktor Moreau i pan Hyde. O zapomnianych przestrożach XIX wieku*. W: *Zwierzęta i ludzie*. Red. J. Kurek i K. Maliszewski. Chorzów. 2007, s. 85–94.
- 4 Jarociński S. *Orfeusz na rozdrożu. Eseje o muzyce i muzykach XX wieku*. Kraków. 1983, s. 47.

- 5 Bierdiajew M. *Nowe średniowiecze. Los człowieka we współczesnym świecie*. Przeł. H. Paprocki. Warszawa. 2003.
- 6 Bierdiajew M. *Autobiografia filozoficzna*. Przeł. H. Paprocki. Kęty. 2002, s. 195.
- 7 Mazurek S. *Rosyjski renesans religijno – filozoficzny. Próba syntezy*. Warszawa. 2008.
- 8 Cox Ch, Warner D. *Kultura dźwięku. Teksty o muzyce nowoczesnej*. Przeł. różni. Gdańsk. 2010, s. 22. Czas, 5 I 1895, nr 4.
- 9 Piontek F, Piontek B. *Aksjologia, niezrelatywizowane wartości paradygmaty a kształtowanie nierówności społecznych i ładu strukturalnego*. W: *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy. Spójność społeczno – ekonomiczna a modernizacja gospodarki*. Red. M. G. Woźniak. Zeszyt nr 17. Rzeszów. 2010.
- 10 Sławek T. *Kim jesteśmy. Fragmenty do poezji Georga Trakla*. Katowice. 2011, s. 131.

Dr n. hum. Urszula Marcinkowska¹
Mgr Karolina Lau¹
Dr n. med. Janusz Kasperczyk¹
Dr n. med. Mirosław Tyrpień¹
Ks. prof. dr hab. n. teol. Henryk Krzysteczko²
Dr n. hum. Monika Kornaszewska – Polak³
Prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško – Ochojska¹

1/ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
2/ Wydział Teologiczny Uniwersytetu Śląskiego
3/ Wyższa Szkoła Humanitas w Sosnowcu

OBAWY STUDENTÓW ŚLĄSKICH PUBLICZNYCH UCZELNI WYŻSZYCH

Streszczenie

Okres młodości to specyficzny czas w życiu każdego człowieka stanowiący pierwszą poważną próbę znalezienia własnego miejsca w otaczającym świecie i zdefiniowania celów życiowych. Ważnym elementem wczesnej dorosłości jest okres studiów. W ich trakcie studenci nie tylko zdobywają wiedzę i doświadczenie zawodowe oraz nawiązują relacje interpersonalne, ale często doświadczają negatywnych emocji: lęku, niepewności, frustracji.

Cel pracy

Celem pracy była ocena obaw obecnych w życiu studentów z wybranych śląskich uczelni wyższych oraz analiza objawów psychosomatycznych pojawiających się w reakcji na lęk.

Materiał i metoda

Z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety przebadano 498 studentów śląskich uczelni: Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersytetu Śląskiego i Akademii Wychowania Fizycznego; 59% kobiet oraz 41% mężczyzn. Średni wiek badanych: 24 lata.

Wyniki

Największe obawy wśród studentów wywoływała śmierć najbliższych oraz własna ciężka choroba, natomiast najmniej obaw budziło najbliższe otoczenie społeczne ankietowanych.

U kobiet istotnie większe obawy niż u mężczyzn obserwowano z powodu przyszłego wychowywania dzieci ($p=0,012$), starości ($p=0,023$), śmierci najbliższych ($p<0,0001$), własnej śmierci ($p=0,002$) oraz ciężkiej choroby ($p=0,001$).

Najczęstszymi deklarowanymi przez badanych reakcjami w sytuacji lęku były: pocenie się, trudności z koncentracją oraz problemy ze snem.

Studenci ocenili nasilenie swoich obaw odnośnie możliwości znalezienia pracy po studiach na 4,42 w 7 stopniowej skali, przy czym najmniejsze obawy deklarowali studenci Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

Wnioski

- Studenci, niezależnie od płci i kierunku studiów, najbardziej obawiają się śmierci najbliższych sobie osób oraz własnej ciężkiej choroby.
- Przyszli absolwenci kierunków medycznych w porównaniu do studiujących prawo i wychowanie fizyczne odczuwają mniejsze obawy o znalezienie pracy.
- Kobiety w porównaniu z mężczyznami, niezależnie od rodzaju uczelni, częściej odczuwają skutki lęku w postaci: problemów z koncentracją, pamięcią, snem, drżenia rąk oraz bólów jamy brzusznej i głowy.

Omówienie

Okres młodości stanowi specyficzny czas w życiu każdego człowieka. Wstępna (wczesna) dorosłość, bo takie nazwy nosi okres młodości (18–30 r. życia), stanowi pierwszą poważną próbę znalezienia własnego miejsca w otaczającym świecie i zdefiniowania celów życiowych. Wczesna dorosłość to okres zmian i poszukiwań, dokonywania wyborów dotyczących miłości, pracy, światopoglądu. «Wyłaniająca się dorosłość jest okresem, w którym wiele różnych kierunków pozostaje możliwych, gdy zapadło jeszcze niewiele ostatecznych decyzji o przyszłości, gdy zasięg niezależnych poszukiwań możliwości życiowych jest dla większości ludzi szerszy, niż będzie w jakimkolwiek innym okresie życia» [1]. Niestety otoczenie nie zawsze jest przyjazne dla młodego człowieka. Coraz mniej w nim stałych punktów odniesienia, brak autorytetów, wzorców, sprawdzonych rozwiązań. Rzeczywistość kreowana jest tu i teraz, niejednokrotnie bez odwołań do przeszłości. Współczesny świat zdominowany jest przez nieustanne przemiany i wymaga dobrze rozwiniętych zdolności przystosowawczych. Często jednak umiejętności adaptacyjne nie wystarczają, bowiem świat, w którym żyjemy jest nieprzewidywalny, niestały, płynny. Ponadto każdy z nas, w tym szczególnie młodzież musi zmagać się z konsumpcjonizmem, przymusem przyjemności i szczęścia, kultem ciała i wyglądu i szybkim tempem życia. Ktoś, kto nie nadąża za tymi wymaganiami, naraża się na śmieszność, lekceważenie a nawet odrzucenie, a jednocześnie zwiększa się ryzyko wystąpienia depresji, stanów lękowych czy zachowań autodestrukcyjnych [2].

Mimo wymienionych trudności ograniczeń, młode osoby podejmują wyzwania i kształtują swą przestrzeń życiową. Dla większości młodych dorosłych priorytetem jest rodzina, dzieci, stabilna praca zawodowa, a także wykształcenie [3, 4]. Prioryte-

tem dla studentów jest założenie rodziny i posiadanie dzieci, co deklarowało prawie 62% badanych. Posiadanie rodziny oraz zdobycie wyższego wykształcenia stanowią czynniki warunkujące udane życie [3].

Studiowanie stało się dziś nieodzownym atrybutem młodości. Świadczą o tym choćby proste zestawienia: o ile w roku akademickim 1990/91 studiowało w Polsce 330, 8 tys. młodych osób, to w kolejnym dziesięcioleciu liczba studiujących zwiększyła się do 1584,8 tys., a obecnie kształtuje się na poziomie 1930 tys. studentów. Dzięki temu udział osób z wyższym wykształceniem w pokoleniu osób do 30 r. życia jest wyższy o 35% niż w przypadku osób z przedziału wiekowego 55–64, a młodzi Polacy należą do najlepiej wykształconych w Europie [5]. Studia z pewnością dają nowe perspektywy i możliwości rozwoju osobistego, lecz nie gwarantują ich. Z pewnością nie dają pewności na znalezienie pracy, gdyż prognozuje się, że w 2013r. bez pracy może pozostawać aż 30 procent absolwentów [6]. Dlatego też osoby kończące ten etap nauki często doświadczają negatywnych emocji: lęku, niepewności, frustracji.

Cel pracy

Celem pracy była ocena najczęściej występujących obaw obecnych w życiu studentów z wybranych śląskich uczelni wyższych oraz analiza objawów psychosomatycznych pojawiających się w reakcji na lęk.

Materiał i metoda

Badaniom poddano 498 studentów śląskich uczelni wyższych: Śląskiego Uniwersytetu Medycznego (SUM), Uniwersytetu Śląskiego (US) oraz Akademii Wychowania Fizycznego (AWF) przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety, który wcześniej poddano walidacji. Przebadano 58,84% kobiet w wieku $24,05 \pm 1,189$ lat oraz 41,16% mężczyzn w wieku $24,24 \pm 1,205$ lat (tabela 1, 2).

Uczelnia	Kobiety N / % ogółu	Mężczyźni N / % ogółu	Ogółem N / % ogółu
Śląski Uniwersytet Medyczny	126 / 25,30%	50 / 10,04%	176 / 35,34%
Uniwersytet Śląski (Prawo i administracja)	92 / 18,47%	82 / 16,47%	174 / 34,94%
Akademia Wychowania Fizycznego	75 / 15,06%	73 / 14,66%	148 / 29,72%
Ogółem	293 / 58,84%	205 / 41,16%	498 / 100,00%

Tabela 1. Płeć respondentów z podziałem na uczelnie

Uczelnia	Kobiety średnia \pm SD	Mężczyźni średnia \pm SD	Ogółem średnia \pm SD
Śląski Uniwersytet Medyczny	24,55 \pm 2,323	24,60 \pm 1,086	24,57 \pm 1,259
Uniwersytet Śląski (Prawo i administracja)	23,56 \pm 0,829	24,23 \pm 1,220	23,88 \pm 1,082
Akademia Wychowania Fizycznego	23,80 \pm 1,000	24,01 \pm 1,219	23,90 \pm 1,115
Ogółem	24,05 \pm 1,189	24,24 \pm 1,205	24,13 \pm 1,200

Tabela 2. Wiek respondentów z podziałem na uczelnie

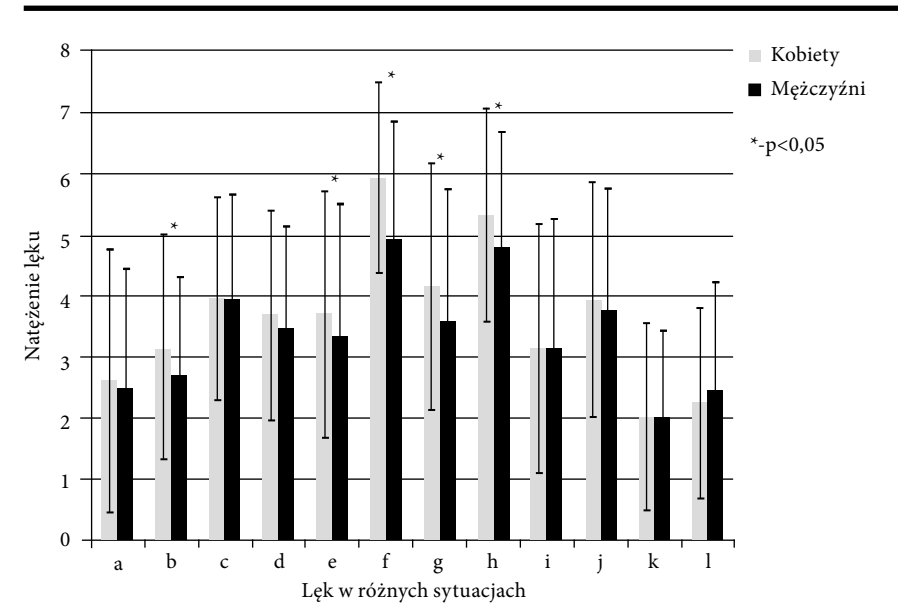
Uzyskane dane po wprowadzeniu do bazy danych i przeprowadzeniu kontroli poprawności poddano analizie statystycznej przy użyciu pakietu Statistica 10.0. Wstępnie wyliczono statystykę opisową dla badanych grup (liczebności grup, średnia, odchylenie standardowe). Dokonano również porównań międzygrupowych dla zmiennych ilościowych wykorzystując testy t lub analizę wariancji wraz testami post-hoc. W przypadku niespełnienia założeń wymienionych testów użyto ich nieparametrycznych odpowiedników. W przypadku zmiennych jakościowych hipotezy testowano za pomocą testu Chi2 wraz z odpowiednimi poprawkami wynikającymi z założeń testu. We wszystkich przypadkach za poziom istotny przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki

Respondenci mieli za zadanie ocenić jakie nasilenie lęku i obaw w skali od 1 do 7 (1- najmniejsze obawy, 7-największe obawy) wywołują u nich wymienione sytuacje (punkty od a do l).

Największe obawy wywoływała śmierć najbliższych (ogółem: 5,53 \pm 1,785; punkt f) oraz ciężka choroba (ogółem: 5,12 \pm 1,821; punkt h). Natomiast najmniej obaw budziły inne osoby, z którymi przebywa się na co dzień (ogółem: 2,02 \pm 1,471; punkt k). Graficznie zależności te przedstawiono na rycinach 1, 2.

Odpowiedzi w 5 punktach różniły się istotnie w zależności od płci respondenta. U kobiet istotnie większe obawy niż u mężczyzn obserwowano z powodu przyszłego wychowywania dzieci ($p=0,012$; punkt b), starości ($p=0,023$; punkt e), śmierci najbliższych ($p < 0,0001$; punkt f), własnej śmierci ($p=0,002$; punkt g) oraz ciężkiej choroby ($p=0,001$; punkt h). W pozostałych przypadkach płęć wydaje się nie wpływać na poziom odczuwanego lęku (rycina 1).



Rycina 1. Nateżenie lęku w różnych sytuacjach w zależności od płci

Boję się:

- a/ że nie znajdę osoby, z którą będę się mógł/ mogła związać
- b/ to, jak sobie poradzę z wychowaniem dzieci
- c/ trudności finansowych
- d/ że nie uda mi się zrealizować planów i zamierzeń
- e/ starości
- f/ śmierci najbliższych
- g/ własnej śmierci
- h/ ciężkiej choroby
- i/ nieplanowanej ciąży
- j/ to, że nie znajdę pracy
- k/ innych osób, z którymi przebywam na co dzień
- l/ swoich zachowań, myśli, poglądów

Na poziom odczuwanego lęku wpływał również rodzaj studiów. Różnice wystąpiły w 6 punktach: istotnie większe obawy wystąpiły u studentów (rycina 2):

US w stosunku do AWF odnośnie znalezienia partnera życiowego ($p=0,015$, punkt a).

SUM i US w stosunku do AWF odnośnie radzenia sobie z wychowaniem dzieci (w obu przypadkach $p=0,0006$; punkt b).

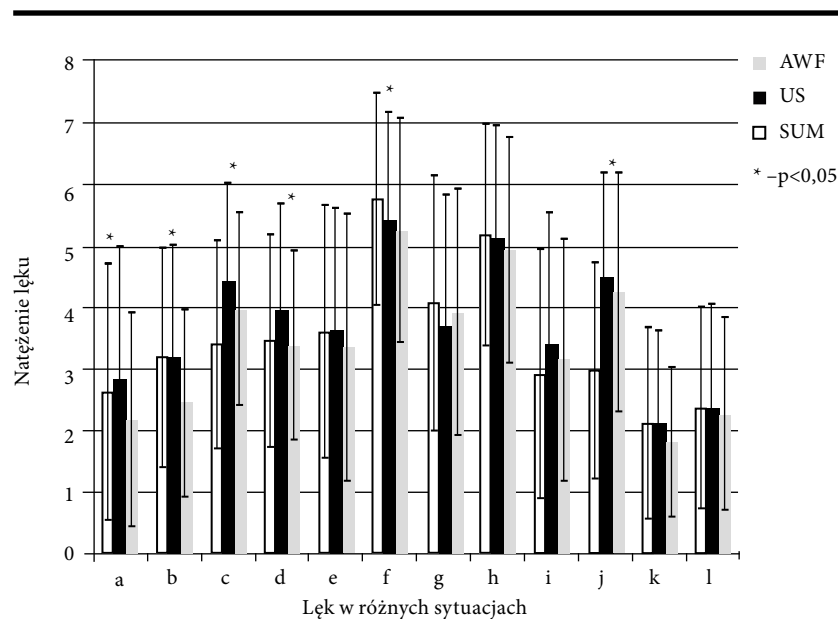
US, mniejsze u studentów AWF a najmniejsze w przypadku studentów SUM (średnie wartości ze wszystkich kierunków studiów różniły się istotnie pomiędzy sobą $p < 0,005$; punkt c).

US w stosunku do studentów SUM ($p=0,024$) oraz AWF ($p=0,008$; punkt d).

SUM w stosunku do AWF odnośnie śmierci najbliższych ($p=0,04$; punkt f).

US oraz AWF w stosunku do SUM odnośnie obaw o znalezienie pracy ($p<0,0001$; punkt j).

W pozostałych przypadkach nasilenie lęku w różnych sytuacjach nie różniło się istotnie pomiędzy uczelniami (rycina 2).



Rycina 2. Natężenie lęku w różnych sytuacjach w zależności od uczelni

Legenda – patrz rycina 1

SUM – Śląski Uniwersytet Medyczny

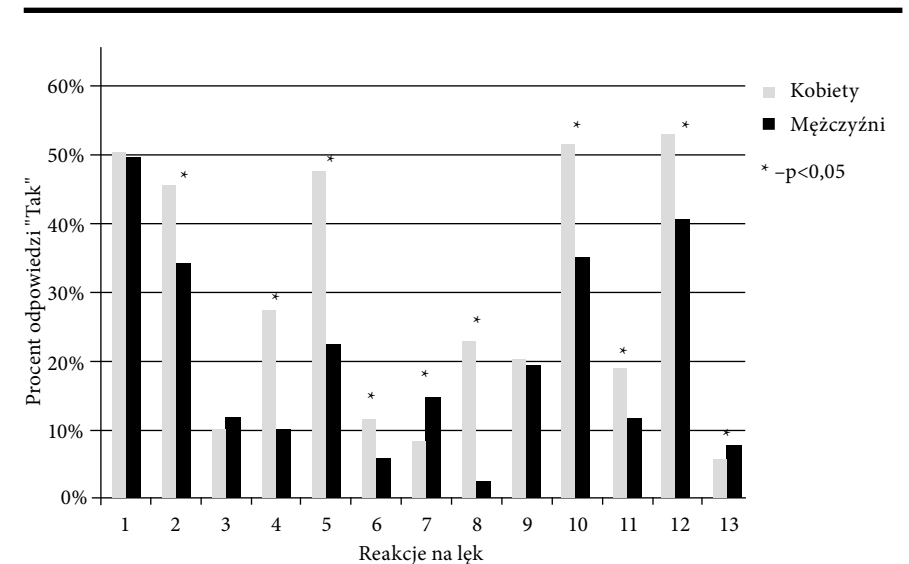
US – Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Śląskiego

AWF – Akademia Wychowania Fizycznego

Osoby badane bardzo różnie reagują na lęk. Z możliwych do wyboru 13 możliwości najczęściej zaznaczano (wielokrotny wybór) pocenie się (ogółem 50,2% osób, punkt 1), trudności z koncentracją (ogółem 44,8% osób, punkt 10) oraz problemy ze snem (ogółem 47,8% osób, punkt 12).

Reakcje różniły się w zależności od płci respondentów. Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni wskazywały na takie reakcje jak: drżenie rąk ($p=0,01$, punkt 2), bóle głowy ($p<0,0001$; punkt 4), bóle brzucha ($p<0,0001$; punkt 5), trudności ze złapaniem oddechu ($p=0,029$; punkt 6), jękanie się ($p=0,024$; punkt 7), płacz ($p<0,0001$; punkt 8), trudności z koncentracją ($p=0,0003$; punkt 10), problemy z pamięcią ($p=0,031$; punkt 11), problemy ze snem ($p=0,006$; punkt 12) oraz inne ($p=0,03$; punkt 13).

W pozostałych przypadkach takich jak: pocenie się, trudności z mówieniem, agresywność, płęć wydaje się nie wpływać na częstość odpowiedzi (rycina 3).



Rycina 3. Reakcja na lęk w zależności od płci

Reakcja na lęk:

- 1/ Pocę się
- 2/ Drżą mi ręce
- 3/ Nie mogę mówić
- 4/ Boli mnie głowa
- 5/ Boli mnie brzuch
- 6/ Trudno mi złapać oddech
- 7/ Jąkam się
- 8/ Płaczę
- 9/ Jestem agresywny/a
- 10/ Nie mogę się skoncentrować
- 11/ Mam problemy z pamięcią
- 12/ Mam problemy ze snem
- 13/ Inne

Kierunek studiów również istotnie wiązał się z reakcją badanych na lęk (rycina 4): studenci SUM częściej od studentów US wskazywali na pocenie się w reakcji na lęk ($p=0,00001$; punkt 1)

Studenci SUM częściej wskazywali na problemy z mówieniem od studentów US ($p=0,009$) i AWF ($p=0,032$; punkt 3).

Studenci AWF istotnie rzadziej zaznaczali bóle głowy w reakcji na lęk od stu-

dentów SUM ($p=0,001$) i US ($p=0,044$; punkt 4).

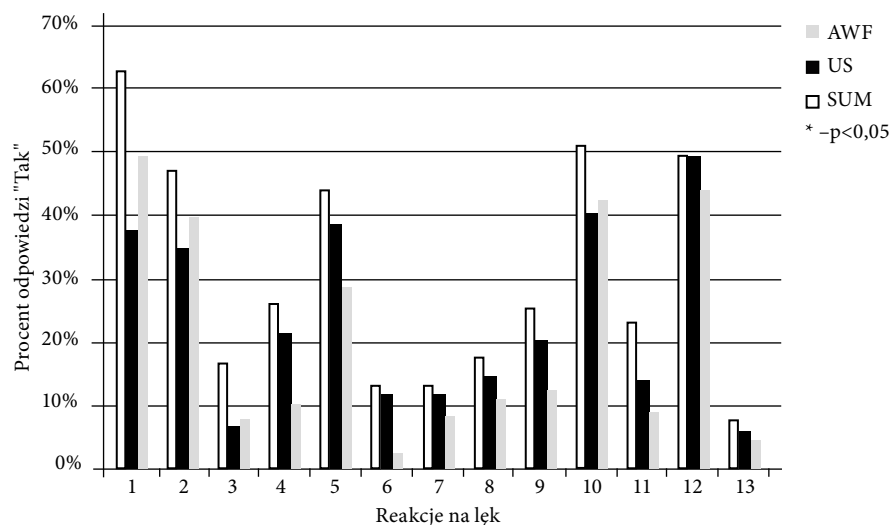
Studenci SUM istotnie częściej wskazywali na bóle brzucha od studentów AWF ($p=0,017$; punkt 5).

Studenci AWF istotnie rzadziej mieli trudności ze złapaniem oddechu od studentów SUM ($p=0,004$) i US ($p=0,017$; punkt 6).

Studenci SUM istotnie częściej wskazywali na agresywność od studentów AWF ($p=0,010$; punkt 9).

Studenci SUM częściej mieli problemy z pamięcią od studentów AWF ($p=0,002$; punkt 11).

W pozostałych przypadkach kierunek studiów nie wiązał się istotnie z rodzajem reakcji na lęk (rycyna 4).



Rycina 4. Reakcja na lęk w zależności od uczelni

Legenda – patrz rycyna 3

SUM – Śląski Uniwersytet Medyczny

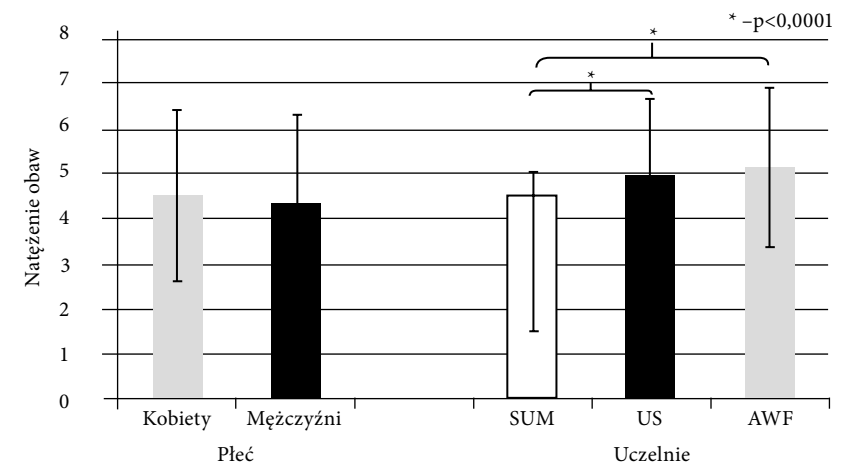
US – Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Śląskiego

AWF – Akademia Wychowania Fizycznego

Studenci oceniali również nasilenie swoich obaw odnośnie możliwości znalezienia pracy po studiach (rycyna 5). Średnio w 7 stopniowej skali obawy oceniono na $4,42 \pm 1,939$ punktu. Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami. Istotnie niższe obawy występowały u studentów SUM w porównaniu do US ($p<0,0001$) oraz AWF ($p<0,0001$).

Dyskusja

Jak wynika z przedstawionych powyżej rezultatów badań własnych, studenci do-



Rycina 5. Obawy odnośnie możliwości znalezienia pracy w zależności od płci i uczelni

SUM – Śląski Uniwersytet Medyczny

US – Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Śląskiego

AWF – Akademia Wychowania Fizycznego

świadczą obaw i lęków w swym codziennym życiu, których rezultatem jest obecność w ich życiu tzw. kryzysu ćwierćwiecza. Przyjąć można, iż jest on rezultatem wspomnianych na wstępie przemian społeczno – ekonomiczno – kulturowych i jest udziałem przede wszystkim studentów ostatnich lat studiów oraz absolwentów, którzy mają przed sobą niepewną przyszłość, gdyż « (...)to co mają, to dwadzieścia pięć lat, dyplom w kieszeni i dojmującą niepewność dotyczącą dalszej życiowej drogi» [4]. Wyniki badań własnych jednoznacznie wskazują, że wśród obaw, niezależnie od płci badanych, dominują lęk przed własną ciężką chorobą oraz śmiercią najbliższych osób.

Nie zaskakuje fakt, iż obawy kobiet koncentrują się wokół sytuacji rodzinnej (wychowanie dzieci), zdrowotnej (śmierć i choroba), czy wyglądu (starość). Jest to potwierdzeniem dla nadal obecnych w społeczeństwie polskim prawidłowości o realizowaniu przez kobiety funkcji emocjonalnych i dbaniu o zdrowie własne i najbliższych członków rodziny. To kobiety nadal są predysponowane społecznie do troszczenia się o zdrowotne i emocjonalne funkcjonowanie swoich bliskich. Dlatego też, jak wskazują badania z ośrodka warszawskiego, kobiety przywiązują większą wagę niż mężczyźni (71% wobec 62%) do zachowania harmonii między życiem zawodowym a prywatnym [7].

Jednocześnie, co interesujące, nie zauważono różnic między kobietami a mężczyznami w odniesieniu do obaw o trudności finansowe i znalezienie pracy. Wskazuje to na wysoki poziom emancypacji młodych kobiet, jak również na zmianę w podziale ról rodzinnych. Kiedyś mężczyzna zarabiający mniej niż żona/partnerka

był obiektem negatywnych komentarzy ze strony otoczenia i odczuwał z tego powodu dyskomfort, natomiast współczesnym młodym mężczyznom nie przeszkadza pozostawanie bez pracy czy zarabianie mniej niż partnerka.

Ważnym dylematem związanym z kończeniem studiów jest zaistnienie absolwenta na rynku pracy. Jak wspomniano we wstępie, nie jest to łatwe zadanie. Badani studenci, co prawda nie obawiają się w największym stopniu braku pracy, natomiast istnieją różnice pomiędzy studiującymi na różnych uczelniach – najmniejsze obawy odnośnie znalezienia pracy mają przyszli lekarze. Studenci prawa obawiają się również, co jest logiczną konsekwencją niepewności co do znalezienia pracy, niemożności zrealizowania swych planów i zamierzeń. Jest to z pewnością związane z sytuacją na rynku pracy- osoba z dyplomem lekarza często znajduje pracę natychmiast po studiach, przedstawiciele innych zawodów nie mają już takiej gwarancji. Stąd też, mimo istnienia różnic między studentami z poszczególnych kierunków studiów jeśli chodzi o natężenie lęku przed nie znalezieniem pracy, średnia dla wszystkich badanych wynosi prawie 4,5 punktu w 7 stopniowej skali.

Najczęściej wskazywanymi reakcjami somatycznymi obecnymi w sytuacjach lęku w badaniach własnych były: pocenie się, problemy z koncentracją oraz kłopoty ze snem. Wymienione objawy lękowe nie odbiegają od reakcji określonych w innych badaniach [8]. Zdecydowana większość reakcji psychosomatycznych na lęk pojawiała się częściej u kobiet. Jak wskazują badania innych autorów jest to typowa prawidłowość- kobiety dwa razy częściej niż mężczyźni deklarują, że gdy znajdują się w sytuacjach trudnych pojawiają się u nich: przyspieszony oddech, spoczone dłonie, suchość w ustach oraz bóle głowy, bezsenność lub nadmierna senność, apatia i zmęczenie [9].

Studenci nie stanowią częstej grupy badanych pod względem stanów lękowych, mimo, że wzrasta systematycznie liczba młodych osób zgłaszających się do poradni zdrowia psychicznego i wśród młodych dorosłych przypadki depresji i nerwicy dotyczą już prawie połowy pacjentów (41%), a zaburzenia psychiczne na tle uzależnień diagnozowane są u 21% [4]. Badania ośrodka gdańskiego wskazują, że wśród studentów istnieją dosyć wysokie poziomy stanów lękowych, niestety studenci niechętnie skorzystaliby z pomocy lekarza rodzinnego, psychiatry czy psychologa [10]. Konsekwencji tego typu prawidłowości jest wiele, jednak najpoważniejszymi są: obniżenie poziomu osiąganych wyników w nauce podczas studiów [11, 12] oraz pogorszenie samopoczucia i relacji z innymi ludźmi.

Istnieje więc konieczność wprowadzenia profilaktyki odnośnie zdrowia psychicznego na uczelniach wyższych oraz wprowadzenia do programów edukacyjnych kursów aktywnego radzenia sobie z negatywnymi emocjami i stresem.

Wnioski

1/ Studenci, niezależnie od płci i kierunku studiów, najbardziej obawiają się śmierci najbliższych sobie osób oraz własnej ciężkiej choroby.

2/ Przyszli absolwenci kierunków medycznych w porównaniu do studiujących prawo i wychowanie fizyczne odczuwają mniejsze obawy o znalezienie pracy, co zwią-

zane jest z obecną sytuacją na polskim rynku pracy.

3/ Kobiety w porównaniu z mężczyznami, niezależnie od rodzaju uczelni, częściej odczuwają psychosomatyczne skutki lęku w postaci: problemów z koncentracją, pamięcią, snem, drżenia rąk oraz bólów jamy brzusznej i głowy.

4/ Istnieje konieczność wprowadzenia programów ochrony zdrowia psychicznego młodych dorosłych oraz propagowania metod aktywnego radzenia sobie ze stresem i lękiem.

Piśmiennictwo

- 1 Arnett J. *Emerging adulthood: a theory of development from the teens through the twenties*. *American Psychologist*. 2000; 55(5): 469–480, cyt. za: Corey G, Schneider Corey M, *Mamy wybór. Zgłębianie osobistego rozwoju*. Poznań 2005. Wyd. Zysk; s. 103.
- 2 Ramrakha S. Paul C. Bell M. L. Dickson N. Moffitt T. E. Caspi A. *The Relationship Between Multiple Sex Partners and Anxiety, Depression, and Substance Dependence Disorders: A Cohort Study*. *Arch Sex Behav*. 2013; 2: 12.
- 3 Połtyn – Zaradna K, Waszkiewicz L, Zatońska K. *Perspektywy życiowe w opinii pełnosprawnych studentów uczelni wrocławskich*. *Probl. Hig i Epidemiol* 2008; 89 (1): 76–79.
- 4 Boni M. (red.), *Młodzi 2011*. Kancelaria Prezesa Rady Ministrów. Warszawa. 2011.
- 5 *Społeczeństwo w drodze do wiedzy. Raport o stanie edukacji*. Warszawa. 2010. IBE, s. 11.
- 6 <http://www.naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,393515,bezrobocie-wsrod-absolwentow-moze-przekroczyc-30-proc-w-2013-roku.html> (dostęp 13.02.2013)
- 7 *Pierwsze kroki na rynku pracy. Międzynarodowe badanie studentów i absolwentów*. Raport Deloitte i Katedry Rozwoju Kapitału Ludzkiego Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. Warszawa. 2011.
- 8 Wilhelm F, Roth W. *The somatic symptom paradox in DSM-IV anxiety disorders: suggestions for a clinical focus in psychophysiology*. *Biological Psychology*. 2001. 57: 105–140.
- 9 Kosmala–Anderson J, Wallace LM. *Gender differences in the psychosomatic reactions of students subjected to examination stress*. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* 2007; 5 (2): 325–348.
- 10 Marek K, Białoń P, Wichowicz H, Melloch H, Nitka-Siemińska A. *Przesiewowa ocean rozpowszechnienia objawów depresyjnych i lękowych wśród studentów Akademii Medycznej w Gdańsku*. *Psychiatria*. 2005; 2(4): 217–224.
- 11 Aris Safree M, Yasini M, Dzulikifli M. *Differences in depression, anxiety and stress*. *Journal of Sustainability Science and Management*. 2011; 6 (1): 169–178.
- 12 Lama M. Al–Qaisy. *The relation of depression and anxiety in academic achievement among group of university students*. *International Journal of Psychology and Counselling* 2011; 3(5): 96–100.

