

Zaburzenia lękowe – psychopatologia i terapia¹

Anxiety disorders – psychopathology and therapy

BEATA JANKE-KLIMASZEWSKA

Z Kliniki Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. Autorka zestawiała poglądy na temat psychopatologii zaburzeń lękowych, charakterystyki lęku oraz najważniejszych psychologicznych i neurofizjologicznych koncepcji leżących u jego podłoża. Zgodnie z klasyfikacją ICD-10, omówiła wybrane zespoły lękowe, pod kątem objawów klinicznych, różnicowania i odrębności terapii, zgodnie z teorią i praktyką stosowaną w Klinice Nerwic.

SUMMARY. The paper presents an overview of theoretical approaches to psychopathology of anxiety disorders, anxiety characteristics, and their major psychological and neurophysiological underlying mechanisms. Selected anxiety syndromes are discussed in terms of the ICD-10, with the emphasis on clinical symptoms, differential diagnosis and treatment specificity in accordance with the theory and practice applied in the Department of Neurotic Disorders.

Słowa kluczowe: zaburzenia lękowe / ICD-10 / terapia
Key words: anxiety disorders / ICD-10 / therapy

DEFINICJA LĘKU

Lęk definiowany jest jako grupa specyficznych, wewnętrznie spójnych reakcji: poznawczych, emocjonalnych, somatycznych i behawioralnych. W zakresie sfery poznawczej charakterystyczne jest przejściowe upośledzenie funkcji intelektualnych. Myślenie cechuje sztywność, stereotypowość i zniekształcenie perspektywy (trudno oderwać się od konkretnego i zdystansować), a także pustka lub chaos. Zgodnie z teorią Becka [1] występują tu charakterystyczne błędy logiczne, takie jak:

egocentryzm (interpretowanie cudzych zachowań jako odresowanych do siebie), z czym wiążą się:

subiektywizowanie rozumowania (przypisywanie innym sprawstwa własnych przeżyć)
nadmierne uogólnianie (nigdy – zawsze)
selektywność abstrahowania (błędne interpretowanie sytuacji umożliwiające oderwaniem jej od kontekstu)
spolaryzowanie myślenia (wszystko albo nic)
arbitralność wnioskowania (konstruowanie przekonania o motywach na podstawie obserwacji zachowania)
widzenie tunelowe (wychwytywanie z napływających informacji tylko tego, co potwierdza określoną postawę czy punkt widzenia)
katastrofizowanie.

¹ Zmieniona wersja wykładu wygłoszonego na Konferencji Szkoleniowej Ordynatorów pt: *Zaburzenia nerwicowe*, w Warszawie, 1 kwietnia 1998 r.

Koncentracja uwagi na sprawach nie będących przedmiotem lęku ulega znacznemu upośledzeniu. Obniża się kreatywność, zmysł humoru i zdolność planowania.

Koloryt emocjonalny zabarwiają takie uczucia, jak: niepokój, napięcie, trwożne oczekiwanie, poczucie nieokreślonego zagrożenia, zamartwianie się, bezradność i narastające przerażenie. Człowiek skarży się na poczucie jałownienia, niezdolność do kierowania swoim życiem, czasem wręcz na utratę kontroli, wrażenie kompromitowania się i znajdowania się w centrum krytycznej uwagi otoczenia, na poczucie, że zaraz zwymiotuje, zemdleje, zwariuje lub umrze. Przeżywa stałe zmęczenie i niezdolność do odprężenia się. Miewa uczucie oszołomienia, depersonalizacji i derealizacji.

Reakcje somatyczne dotyczyć mogą wszystkich układów, ponieważ dochodzi do dysregulacji hormonalnej osi podwzgórze – przysadka – nadnercza i do nadmiernego wydzielania katecholamin i sterydów.

Zaburzenia w sferze behawioralnej obejmują różnorodne zachowania od najprostszych do bardzo złożonych. Cechować je może pobudzenie (wtedy aktywność staje się chaotyczna, stereotypowa, kompulsywna) lub zahamowanie. Człowiek w lęku poszukuje obecności innych ludzi w celu uzyskania oparcia lub izoluje się, uruchamia działania impulsywne i popędowe.

CECHY LĘKU

Irracjonalność. Nie istnieje żaden obiektywnie lękorodny bodziec. Dopiero człowiek poprzez swoje postrzeganie nadaje mu takie znaczenie. Rodzaj bodźca powodującego lęk, nie podlega zatem logice zewnętrznej, zrozumiałej ze względu na kryteria obiektywne. Indywidualne znaczenie bodźca wynika z subiektywnego doświadczenia osoby przeżywającej i staje się zrozumiałe dopiero w kontekście jednostkowej historii życia. Nie daje się w sposób prosty przełożyć na doświadczenia innych ludzi.

Przykre zabarwienie uczuciowe, jakie lęk nadaje wszystkim przeżywanym zdarzeniom, zmienia znacząco sposób widzenia. Rzutuje to na myślenie i zachowanie, powodując błędne interpretacje obronne.

Znaczne nasilenie i uporczywe trwanie. Dodatnie sprzężenie zwrotne „emocja – myśl – emocja” uruchamia mechanizm samowzmacniania i podtrzymywania lęku. Jego długie trwanie powoduje charakterystyczne zniekształcenia w postrzeganiu i myśleniu, które kumulując się wpływają na odbiór świata zewnętrznego, własnej osoby i relacji z innymi ludźmi. To lękowe zniekształcenie może być korygowane jedynie w kontaktach z innymi ludźmi, poprzez wymianę myśli i uczuć, jako że sam zainteresowany zatracza poczucie ich nieadekwatności. Służy temu zarówno terapia indywidualna, jak i grupowa, w czasie której pojawia się możliwość konfrontacji poznawczej, ale także nowego, korektywnego przeżycia swoich relacji z ludźmi.

Nieprzewidywalność. Ta cecha lęku wynika z faktu, że człowiek nie uświadamia sobie przyczyn doprowadzających do powstawania lęku, a zatem nie jest w stanie przewidywać okoliczności jego wystąpienia. Dodatkowo przeszkadza mu w tym skłonność do obiektywizowania, do odwoływania się raczej do intelektu i przysługującej mu logiki niż do emocji, stanowiących ważną składową lęku, nadającą obiektywnym faktom wymiar subiektywny.

Nieadekwatność czy wręcz nieproporcjonalność przeżywanego lęku w stosunku do obiektywnego znaczenia bodźca. Przykładem może być paraliżujący lęk, jaki występuje w fobiach specyficznych, w których konkretny bodziec sam w sobie nie stanowi sygnału żadnego zagrożenia, w porównaniu z lękiem o bardzo miernym natężeniu, który stanowi sygnał poważnej choroby somatycznej, stanowiącej często zagrożenie dla życia.

Tendencja do udzielania się. Zdolność wyczuwania emocji innych ludzi w specyficznych warunkach powoduje, że gdy pochodzą od osób bliskich, znaczących lub gdy są przeżywane przez większą grupę ludzi możemy je od nich przejmować błyskawicznie (zjawisko paniki), zanim uda się nam rozeznaczyć w sytuacji. Często wynika to z zaburzenia równowagi między składnikami poznawczymi i emocjonalnymi.

Lęk jako stan i predyspozycja osobowości

Takie dwie postaci lęku – aktualnie przeżywany stan i trwałą predyspozycję (cechę) – wyróżnił Spielberger [31]. Stan lęku jest reakcją określoną w czasie. Cechuje go nagły początek i koniec z charakterystycznym, gwałtownym narastaniem oraz powolnym spadkiem napięcia. Lęk jako cecha – to trwałe wymiar osobowości, wyrażający się gotowością do reagowania stanem lęku. Usposabiającymi do wykształcenia się cechy lęku, jako dominującej cechy osobowości, są predyspozycje wrodzone (dotyczące takich parametrów biologicznych, jak np. pobudliwość, reaktywność czy obniżony poziom czuwania o.u.n.) lub czynniki nabyte. Mogą nimi być wzorce reagowania przyjęte od środowiska drogą uczenia się, metodą prób i błędów, czyli poza świadomością. Zarówno duża dezintegracja, jak i zbyt mała zmienność otoczenia czy niska przewidywalność zachodzących w nim zmian, sprzyjają ukształtowaniu się osobowości o dominującej cesze lęku. Także wczesne uszkodzenie w obrębie struktur układu limbicznego może zadecydować o wykształceniu takiej cechy.

Według Clonningera cecha lęku stanowi rodzaj kontinuum [31]. Na jednym z jego biegunów, o największym nasileniu cechy, znajduje się osobowość lękliwa. Charakterystyczne dla niej są: wysoka reaktywność, łatwość aktywowania tzw. BSH (behawioralny system hamowania) i dominacja układu serotonergicznego. Osobowość dyssocjalna stanowi biegun przeciwny, o niskiej reaktywności, poszukiwaniu stymulacji i dominacji układu dopaminergicznego. Średnie nasilenie cechy lęku i dominacja układu noradrenergicznego charakteryzują osobowość chwiejną emocjonalnie, której aktywność zależy od dopływu wzmocnień ze strony otoczenia. Istnieje więc stałe zapotrzebowanie na uzyskiwanie podtrzymywania motywacji do działania. Przy braku jego dopływu dochodzi do spadku aktywności. Charakterystyczna dla tego typu osobowości jest praca zrywami, brak własnej motywacji i zależność od otoczenia.

Znaczenie lęku może być zarówno pozytywne, jak i negatywne. Pozytywne, gdy jego

nasilenie ma poziom optymalny i pozwala na wykształcenie reakcji przystosowawczych, np. jako sygnał ostrzegawczy w chorobach somatycznych, jako element mechanizmów adaptacyjnych, czy wreszcie jako czynnik dynamizujący, składowa każdej ludzkiej aktywności. Znaczenia patologiczne nabiera wówczas, gdy wykracza poza optimum możliwości adaptacyjnych upośledzając funkcjonowanie na skutek dodatniego sprzężenia zwrotnego: lęk, pobudzenie wegetatywno-endokrynno-motoryczne. Nie służy rozwojowi i powoduje destrukcję ze wszystkimi konsekwencjami, o których była mowa przy definiowaniu pojęcia.

KONCEPCJE POWSTAWANIA LĘKU

Badacze i klinicyści często opowiadają się za jednym z dwóch zasadniczych poglądów: neurofizjologicznym i psychologicznym. Każdy z nich cechuje własne rozumienie mechanizmu powstawania lęku, które implikuje odrębne podejście terapeutyczne. Konceptje neurofizjologiczne idą w kierunku poszukiwania przyczyn w patologii określonych struktur ośrodkowego układu nerwowego (o.u.n.) lub w układach neuroprzeźkaźników i neuromodulatorów. Konceptje psychologiczne koncentrują się na poszukiwaniu przyczyn i mechanizmów w warunkach środowiskowych i osobowościowych, w ich jakości oraz w charakterze łączących je zależności.

Konceptje neurofizjologiczne

Znaczenie układu limbicznego odkryli Papez i Mac Lean [29]. Poszczególne jego struktury stanowią morfologiczne podłoże stanów emocjonalnych obejmujących percepcję wrażeń, afekt i wolę. Przypisali mu funkcję koordynatora czynności układu somatycznego i autonomicznego. Nauta zwrócił uwagę na znaczną autonomię układu limbicznego, który ze względu na małą liczbę połączeń z korą mózgu, tylko w niewielkim stopniu podlega jej modyfikującemu działaniu. Sprzężeniowy charakter połączeń między poszczególnymi strukturami wewnątrz układu,

reguluje stany emocjonalne i popędowe. Strian [31] uważa, że neuroanatomiczne usytuowanie układu limbicznego, związane z układem neuroprzekazników i charakterystyczne właściwości neurofizjologiczne (zjawiska: torowania synaptycznego, długotrwałej potencjalizacji, rozniecania i niski próg wyzwalania objawów napadowych) sprawiają, że pełni on dobrze funkcję układu pośredniczącego w przyjmowaniu bodźców, przekazywaniu ich i różnicowaniu pod względem istotności, ciekawości, stopnia zagrożenia, uwarunkowania (bądź występowania bezwarunkowego) itp. Równocześnie źródła lęku dzieli na limbiczne i pozalimbiczne, czyli środowiskowe. Do pierwszej grupy zalicza czynniki oddziałujące bezpośrednio na układ limbiczny (źródła lęku spontanicznego), do drugiej – zagrażające spostrzeżenia zmysłowe, somatyczne i trzewne. Powiązania między nimi są dwustronne i wzajemnie wzmacniające się, dzięki czemu lęk może zostać wyzwolony w wyniku działania bodźców rzeczywiste zagrażających lub fałszywie ocenianych jako zagrażające. Prowokują one zmiany zachowania, spostrzegania i odczuwania, które uwrażliwiają na wyzwalające lęk czynniki pozalimbiczne. Wielokrotne przeżywanie lęku uwarunkowanego sytuacyjnie, uwrażliwia kanały neurofizjologiczne. Nesteros wiąże powstawanie zaburzeń emocjonalnych z dysfunkcją ośrodkowego układu GABA-ergicznego, jako układu modulującego. Grey wprowadził konstrukt teoretyczny (BSH), który ma warunkować nasilenie lęku jako cechy i umożliwić przekształcanie bodźców lękotwórczych w symptomy lęku, selekcionując przez potencjalizację lub wygaszanie lęku napływające informacje ze względu na ich znaczenie. Wzmacnianie lęku dokonuje się dzięki nasileniu transmisji serotoniny lub noradrenaliny, a wygaszanie poprzez redukcję częstotliwości rytmu theta. Jeżeli skojarzenie napływających informacji – bodźców z ich wzorcami – jest awersyjne, BSH spowoduje zahamowanie lub spowolnienie aktualnie realizowanego programu działania i równocześnie większą ostrożność

w realizacji podobnego programu w przeszłości. W ten sposób dochodzi do utrwalenia postaw prołękowych. Wg Mogensona [29] inicjacja działania następuje pod wpływem mechanizmów przekładających procesy poznawcze i emocjonalne na zachowanie motoryczne. Rolę takich mechanizmów pełnią jądra: półleżące przegrody i ogoniaste, pod kontrolą układów DA i 5-HT. Jako specyficzne „bramki” blokują dopływ informacji z jednych struktur, a torują z innych i pośredniczą w wymianie między poszczególnymi strukturami mózgu. W lęku napadowym, któremu prawdopodobnie towarzyszą zmiany organiczne, receptory rozmieszczone są w substancji szarej okołowodociągowej. Loosen i Prang dopatrują się związków lęku napadowego z chorobą afektywną. Odrębność nozologiczna tej jednostki była przedmiotem wielu dyskusji. Jako odrębna jednostka lęk napadowy został wyodrębniony po raz pierwszy w DSM-III, po ukazaniu się publikacji Kleina na temat imipraminy w 1962 r. Loosen i Prang dopatrują się związków lęku napadowego z chorobą afektywną, natomiast Sheehan i Nickell traktują go jako lęk czysto biologiczny, związany z uszkodzeniem struktur limbicznych. Nickell wiąże jego występowanie ze zjawiskiem *kindling* lub zmianami strukturalnymi dodatkowo w obrębie płata skroniowego. Natomiast Margraf i Gelder negują fakt odrębności nozologicznej lęku napadowego. Pewne światło na jego powstawanie rzuca ponadto hipoteza mleczanowa, koncepcja neuromodulatorów (adenozyna, cholecystokinina), nadaktywność noradrenergiczna, a także zwiększona wrażliwość ośrodka oddechowego na niedobór tlenu i nadmiar dwutlenku węgla.

Farmakoterapia

W świetle wymienionych neurofizjologicznych koncepcji powstawania lęku, leczeniem z wyboru będzie stosowanie *leków anksjolitycznych*. Szczególnie przydatne są do stosowania doraźnego (łatwo przerywają napad lęku, ale równie łatwo uzależniają nawet

w małych dawkach). Nie poleca się więc ich stosowania do zapobiegania napadom, ani do obniżania poziomu lęku w zespołach lęku uogólnionego. Działają one pobudzająco i modulująco na przewodnictwo GABA i dość selektywnie na struktury układu limbicznego związane z regulacją czynności emocjonalnych. Podwyższając próg pobudliwości hipokampów i jąder migdałowatych, powodują hamowanie napięcia, niepokoju i lęku. Osłabiają wzrost obrotu amin katecholowych i aktywność grup neuronów działających przez NA, DA, 5-HT, ACH. Hamują obrót 5-HT.

Leki przeciwdepresyjne. Spośród leków trójpierścieniowych warto wymienić imipraminę, klomipraminę, doksepinę i opipramol jako działające na receptory noradrenergiczne, hamujące wychwyt zwrotny w synapsach, skuteczne w różnych zespołach lęku uogólnionego z domieszką natręctw (klomipramina) i w zaburzeniach zachowania przejawiających się klinicznie podwyższonym poziomem agresji (imipramina). Ten ostatni lek stosowany jest niekiedy z powodzeniem także w lęku napadowym. Doksepina, opipramol i trazodon są skuteczne w zespołach lękowo-depresyjnych.

Z leków działających na receptory 5-HT należy wymienić buspiron, częściowy antagonistę 5-HT-1A, który nie uzależnia, ale warto pamiętać, że stosowany po benzodiazepinach (BDZ) jest źle tolerowany. Inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) – fluoksamina i fluoksetyna, są często skuteczne w lęku, szczególnie w zespołach z domieszką depresji, natręctw i zaburzeń jedzenia. Fluoksetyna oraz paroksetyna stosowane bywają także w lęku napadowym, głównie do zapobiegania napadom. Fluoksetyna nie nadaje się do monoterapii w napadach lęku i wtedy musi być wspomagana lekiem z grupy BDZ, spośród których najskuteczniejszy wydaje się alprazolam i klonazepam². Blokery receptorów beta-adrenergicznych, jak propranolol i oksprenolol, działają głównie na składnik wegetatywny i drżenie mięśniowe,

choć propranolol, poza działaniem obwodowym, wykazuje również istotne działanie hamujące lęk ośrodkowo. Beta-blokery przeciwwskazane są w bloku odnogi pęczka Hisa, przy niskim ciśnieniu i skłonnościach do reakcji spastycznych oskrzeli.

W grupie *inhibitorów MAO* na uwagę zasługują moklobemid, fenelzyna i iproniazyd, skuteczne w lęku napadowym. Wyraźną przewagę ma tu jednak moklobemid (selektywny, odwracalny). Pozostałe dwa, mimo skuteczności zbliżonej do imipraminy, ze względu na nieselektywność, nieodwracalność i związane z tym konsekwencje, nie są w Polsce stosowane. Moklobemid skuteczny jest w zespołach z nasilonym zahamowaniem, apatią i anergią. Wpływa korzystnie na procesy pamięciowe [22].

KONCEPCJE PSYCHOLOGICZNE

Koncepcje psychoanalityczne, zapoczątkowane przez Freuda, są historycznie najstarsze. Przypisują one szczególną rolę znaczeniu nieświadomości, a głównie nieświadomej motywacji oraz mechanizmom obronnym. Lęk powstaje w wyniku zaistnienia konfliktu wewnątrzpsychicznego, między 3 warstwami aparatu psychicznego (*ego, superego, i id*) oraz między świadomym i nieświadomym aspektem psychiki. Napięcie powstające wewnątrz dwubiegunowej psychiki jest, wg Junga, źródłem energii psychicznej. Proces dojrzwania psychiki na drodze możliwie największego poszerzenia pola świadomości przez stopniową integrację treści nieświadomych – to proces indywidualizacji. Oznacza daną każdemu możliwość rozwoju, który jest także celem terapii. Wyróżnia się lęk pierwotny i wtórny. Lęk pierwotny, jak uważa Freud, powstaje wtedy, gdy sytuacja nabiera cech traumy (np. moment narodzin). Grupa lęków zrodzonych w wyniku rozmaitych specyficznych konfliktów to lęki wtórne. Lęk przez Freuda nazywany wtórnym, powstaje gdy energia, nagromadzona w wyniku opozycji id-ego, nie zostaje rozładowana (rozwiązanie konfliktu) lecz uwięziona w mechanizmie

² warto pamiętać o jego dużym potencjale uzależniającym (przyp. red.).

obronnym, chroniącym przed lękiem i poczuciem winy. Lęk utrudnia przystosowanie do otoczenia i prowadzi do zaburzeń. Źródłem lęku przed *superego* staje się konflikt, jaki występuje w związku z niespójnością *superego*, gdy standardy uświadamiane stoją w opozycji do nieświadomych, uniemożliwiających kształtowanie prawidłowego stosunku do norm społecznych. Źródłem lęku kastracyjnego jest nierozwiązany kryzys edypalny, uniemożliwiający nawiązanie prawidłowej relacji między kobietą i mężczyzną. Przejawia się jako strach przed zemstą „rodzica” tej samej płci i utratą miłości osoby odmiennej płci. Klein jest autorką koncepcji lęku paranoidalnego, czyli lęku przed unicestwieniem. Jeżeli impulsy destrukcyjne nie zostaną zinternalizowane, zachodzi zjawisko projektowania ich na zewnątrz w postaci zła, jakie grozi od tej części świata. Zabezpieczają przed nim takie mechanizmy obronne, jak: introjeksja, rozszczepienie i idealizacja. Lęk depresyjny powstaje przy zakłóconym procesie syntezy miłości i nienawiści do tej samej osoby. Próbie uzewnętrznienia tych uczuć towarzyszy poczucie wyrządzonej w ten sposób krzywdy. Mahler wprowadziła pojęcie lęku separacyjnego, powstającego na etapie rozwoju osobowego, który nazwała indywiduacja – dys-tans. Krystalizowanie się w świadomości poczucia odrębności własnego „ja” jest możliwe dopiero po dokonaniu połączenia „dobrego” i „złego” obiektu w jedną pełną reprezentację i wiąże się z koniecznością rozstania się (utrąty) z obiektem symbiozy [3]. Adler źródła lęku upatruje w poczuciu niższości i kompensacyjnym dążeniu do mocy.

Koncepcje psychodynamiczne wywodzą się z psychoanalizy, ale bardziej uwzględniają wpływ kontekstu społecznego. Wg przedstawicieli tych kierunków, źródłem wszelkich lęków są konflikty wewnętrzne, które uniemożliwiają zaspokojenie podstawowych potrzeb psychicznych. Inaczej też rozumiany jest lęk podstawowy. Fromm dostrzega jego źródło w konflikcie wynikającym ze współistnienia dwóch wykluczających się wzajemnie potrzeb: aprobaty rodziców i niezależ-

ności. Wg Horney podstawowym konfliktem jest opozycja między „ja” realnym a „ja” idealnym. Lęk podstawowy prowadzi do podstawowej wrogości, której działanie kształtuje niekorzystne proporcje postaw: „do”, „od” i „przeciw” ludziom. Sullivan źródła lęku upatruje w relacjach międzyosobowych, zniekształconych na skutek słabości systemu „ja”. Tworzą go mechanizmy obronne, które w miarę narastania lęku stają się coraz bardziej dezadaptacyjne oraz obraz samego siebie, budowany z odzwierciedlonych ocen społecznych, który również ulega deformacji w lęku. W toku psychoterapii dąży się do poznania go i dokonania potrzebnych zmian w obrębie tego systemu [11], polegających na urealnieniu obrazu siebie i większej elastyczności mechanizmów obronnych, zwiększających uczucie zadowolenia i poczucie bezpieczeństwa.

Koncepcje behawioralne nawiązują do koncepcji Watsona, a także Pawłowa i Skinnera oraz ich doświadczeń z warunkowaniem klasycznym i instrumentalnym. W polu ich zainteresowań pozostają niemal wyłącznie zachowania jednostki, uformowane przez wpływ środowiska. Mimo że zarówno Tolman (rola oczekiwań w procesie uczenia się), jak i Pawłow (drugi układ sygnalizacyjny), podkreślali rolę abstrakcyjnego i symbolicznego myślenia w powstawaniu i rozwiązywaniu konfliktów, jego znaczenie w tej koncepcji jest marginalne. Wyróżnia się dwa rodzaje zachowań: typu reaktywnego (*respondent*), będące reakcją na działanie bodźca znajdującego się w otoczeniu i zachowania typu sprawczego (*operant*), które są kontrolowane przez swoje własne konsekwencje. Lęk jest reakcją na bodziec, wzmacnianą konsekwencjami. Związek bodźca lękorodnego z sytuacją pierwotnie obojętną (koncepcja styczości), prowadzi na drodze warunkowania klasycznego do przekształcenia jej w sytuację lękorodną i do generalizacji reakcji lękowych na bodźce. Dochodzi do wykształcenia się nieprawidłowego zachowania, które pod wpływem warunkowania, tym razem instrumentalnego, prze-

kształca się w błędny nawyk. Oddziaływanie terapeutyczne skupia się na rozerwaniu nieprawidłowego połączenia i na zmianie nawyku. Służą temu pozytywne i negatywne wzmocnienie, wygaszanie, powtarzanie niepożądanych reakcji, warunkowanie reakcji przeciwstawnych, procedura formowania (metoda kolejnych przybliżeń), metoda zanurzania, odgrywanie ról i ćwiczenie nowych zachowań. Ze względu na rolę środowiska w tych koncepcjach, szczególne znaczenie przypisano teorii społecznego uczenia się, które dokonuje się przez naśladownictwo. Stanowi ono ważny czynnik do modelowania nowych, bardziej funkcjonalnych zachowań. Pierwszym zadaniem terapeuty jest zidentyfikowanie aktualnego problemu pacjenta, w kategoriach jawnego, obiektywnie obserwowanego zachowania. Następnie ustalenie czynników odpowiedzialnych za jego powstanie i utrwalenie (wzmocnienia pozytywne i negatywne), z odwołaniem się do całości kształtu życia pacjenta. Kolejnym etapem jest wybór najodpowiedniejszej metody lub metod w celu uzyskania pożądanej zmiany zachowania i polepszenia funkcjonowania pacjenta [2].

Koncepcje poznawcze. Twórcy – Bruner, Kelly i Simon opisują człowieka jako układ poznawczy. Podkreślają rolę i znaczenie, jakie dla funkcjonowania człowieka mają procesy poznawcze i wytworzona na tej bazie, poznawcza reprezentacja świata. Główne znaczenie przypisuje się poznaniu aktywnemu, które zakłada intencjonalność, ze szczególnym uwzględnieniem odbioru i przetwarzania informacji, zarówno tych, które płyną ze środowiska, jak i tych, które zostały zakodowane w pamięci. Przetwarzanie informacji oznacza, że w przebiegu poznania podmiot nadaje przedmiotowi, obok obiektywnego, także osobiste „znaczenie”. Inną formą przekształcania danych jest przyswajanie sobie określonych stereotypów myślowych. Tak „zniekształcone” informacje stanowią materiał do przemyśleń i planowania działania. Wpływ na nie ma nie tylko przeszłość, ale także to, co człowiek aktualnie myśli i prze-

widuje, jakie ma hipotezy na temat relacji przyczynowo-skutkowych własnych stanów i zachowań, jak ocenia siebie jako jednostkę, jaki jest jego system wartości – główny regulator podejmowanych czynności. Źródłem lęku są nieprawidłowe, „zniekształcone” schematy poznawcze. Fundamentalną rolę w powstawaniu lęku przypisywał Ellis przekonaniom jako czynnikowi szczególnie „zniekształcającemu”. Beck opisał błędy logiczne i odkrył automatyczne ciągi myślowe rzutujące na pozostałe dwa komponenty (emocjonalne i behawioralne). Leczenie opiera się na rozpoznaniu możliwie jak największej liczby czynników „zniekształcających” poznanie oraz na wprowadzaniu zmian w postrzeganiu, będącym funkcją nastawień oraz w myśleniu o sobie i innych [27].

Koncepcje poznawczo-behawioralne. Lęk powstaje w wyniku wyuczenia się nieprawidłowych schematów poznawczo-behawioralnych. Zachowanie w odpowiedzi na bodziec przekształcony lękowo jest nieodpowiednie wobec bodźca jako takiego, co stwarza poczucie braku zrozumienia dla własnych zachowań, podkopuje zaufanie sprzyjając rozwojowi myślenia o sobie w kategoriach nieprzewidywalności i nasila lęk. Powstaje błędne koło: lękowe oczekiwanie – zniekształcenie percepcji i w konsekwencji – nasilenie lęku. Dążenie do poznania własnych ciągów myślowych i towarzyszących im emocji – a w konsekwencji zrozumienia własnych zachowań i uczenie się nowych postaw, jest przedmiotem terapii [25]. Dokonując analizy wyuczonych schematów myślowych i rozeznając emocje leżące u podłoża zachowań można oswoić własny lęk (uczynić go zrozumiałym i przewidywalnym). Obniżenie poziomu lęku sprzyja większej swobodzie w relacjach interpersonalnych, dopuszczeniu do świadomości szerszego repertuaru strategii radzenia sobie i bardziej elastycznemu dysponowaniu nimi. Umiejętność identyfikowania własnych emocji (m.in. np. przez rozpoznawanie wczesnych sygnałów z ciała) i zdolność uwalniania ich bez obaw i poczucia winy, to kolejne

efekty terapii. W terapii lęku bardzo pozytywne i stosunkowo proste w stosowaniu są techniki behawioralne. Stopniowo coraz dłuższa ekspozycja na bodziec, dokonująca się bądź małymi krokami, bądź przez gwałtowne „zanurzenie” w sytuacji konfrontacji z lękiem, odbywa się przy zapewnieniu pacjentowi maksymalnej ochrony przez uprzednie wprowadzenie w stan relaksacji. Przy dużym lęku, uniemożliwiającym podjęcie zadań treningowych, należy poprzedzić je systematyczną desensytyzacją, polegającą na wyobrazeniowej konfrontacji z lękiem w stanie maksymalnego zrelaksowania pod wpływem wyobrażenia bodźców przyjemnych. Powyższe zabiegi prowadzą do rozerwania nieprawidłowych związków między bodźcem a reakcją lękową przez zastąpienie jej reakcją odprężenia (przyjemność zmniejsza lęk).

W leczeniu zaburzeń lękowych w Klinice Nerwic IPiN w Warszawie, opieramy się w głównej mierze na teoretycznych przesłankach koncepcji poznawczo-behawioralnych. Główna rola przypada psychoterapii, a farmakoterapia jest metodą jedynie wspomagającą. W psychoterapii stosujemy metodę kompleksową łączącą osiągnięcia wszystkich koncepcji psychologicznych. W zakresie form łączymy terapię indywidualną z grupową. W terapii grupowej obok werbalnej stosujemy różne rodzaje oddziaływań niewerbalnych. Terapia indywidualna pozwala na daleko posuniętą różnorodność w doborze metody w zależności od sposobu rozumienia pacjenta i jego indywidualnych możliwości, a także osobistych preferencji terapeuty. Klinika ma dwa oddziały zorganizowane na zasadach społeczności terapeutycznej. Leczenie trwa 10 tygodni w oddziale szpitalnym a w oddziale dziennym – 9 tygodni. Farmakoterapia w przypadku zaburzeń lękowych zasadniczo nie jest stosowana. Do reguły należy niestosowanie leków z grupy BDZ, nasennych, a także przeciwbólowych u pacjentów z nasilonymi somatycznymi przejawami lęku.

Kierunki humanistyczne zapoczątkowane zostały przez Maslowa i Rogersa. Koncen-

trują się na zrozumieniu struktury i sensu życia człowieka, którego podstawową właściwością jest rozwój, czyli dążenie do samorealizacji i aktualizacji własnych potencjałów. Zwracają uwagę na fakt, że działa on w oparciu o najwyższe warstwy psychiki. Zablockowanie możliwości rozwoju (m.in. przez środowisko, w którym człowiek żyje), wywołuje lęk. Leczenie koncentruje się na odblokowaniu możliwości rozwoju. W tym celu bada się aktualne doświadczenia i bezpośrednie przeżycia jednostki, poszukuje się mechanizmów harmonijnego rozwoju, a emocjom tzw. pozytywnym przypisuje się większe znaczenie niż tzw. negatywnym. Ostatecznym celem rozwoju (i leczenia) jest ukształtowanie osobowości dojrzałej, tj. zintegrowanej, autonomicznej (niezależnej od przypadkowych bodźców zewnętrznych ani od przeszłości), o przewadze postaw allocentrycznych, zdolnej do refleksji, o sformułowanej tożsamości. W dylemacie człowieka dążącego do wolności, odczuwającego samotność i przygniatającą odpowiedzialność za realizację tego dążenia oraz trwogę, drżenie i lęk w obliczu śmierci, upatruje Kierkegaard przyczyn lęku egzystencjalnego [5]. Binswanger stworzył metodę terapii zwaną *Daseinanalyse*, dążąc do odtworzenia podmiotowo-podmiotowej relacji z drugim człowiekiem [11]. Frankl za najważniejszą potrzebę ludzką uważał potrzebę sensu, której podporządkowane są wszystkie inne potrzeby. Stworzył pojęcie lęku noogenego [8]. Jego źródła upatrywał w braku poczucia celu i sensu życia oraz spójnej z nimi hierarchii wartości. Skutkiem lęku noogenego są zaburzenia w sferze duchowej, a w konsekwencji także w sferze emocjonalnej i somatycznej. Odnalezienie poczucia sensu życia jest celem stworzonej przez niego metody leczniczej, zwanej logoterapią. Zachodzące pod wpływem lęku zaburzenia w sferze duchowej Dollard określił mianem duchowości negatywnej. Obok lęku cechuje ją brak zaufania, akceptacji siebie samego i zdolności do wdzięczności. Leczenie koncentruje się na wypracowaniu tych postaw w grupie, m.in. w programie dwunastu kroków w terapii alkoholików.

RODZAJE ZABURZEŃ LĘKOWYCH

Najnowsza klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych, ICD-10, podobnie jak wcześniejsze, ujmuje w osobne kategorie zaburzenia, w których dominuje lęk jako stan lub lęk jako cecha. Kategoria „zaburzenia lękowe”, wyodrębniona z większej grupy zatytułowanej „zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną”, odpowiada tradycyjnemu pojęciu nerwicy lękowej. Obejmuje też objawy lęku, które mogą wysuwać się na plan pierwszy w różnych zaburzeniach psychicznych i somatycznych.

Zaburzenia lękowe w postaci fobii

Najważniejszą cechą fobii jest fakt przemieszczenia lęku, który został poznawczo ulokowany w przedmiocie nie stanowiącym istotnego źródła. Bodziec wywołujący reakcję fobiczną stanowi stresor pozorny. Jest nim zawsze ten sam przedmiot lub sytuacja umieszczone zewnętrznie wobec podmiotu. Aby wystąpiła reakcja lękowa nie jest konieczne realne zetknięcie z bodźcem. Już samo wyobrażenie wzbudza reakcje emocjonalne o różnym natężeniu, od niepokoju do przerażenia, i wywala charakterystyczne dla fobii reakcje unikania. Mimo, że bodziec jest obiektywnie bezpieczny, co stanowi ważną wskazówkę diagnostyczną, reakcja nie ustępuje pod wpływem racjonalnych argumentów, gdyż bodziec jest groźny nie ze względu na swoje realne właściwości, ale z powodu znaczenia symbolicznego, jakie zostało mu nadane. Zadaniem psychoterapii jest rozszyfrowanie go. Zaburzenia lękowe w postaci fobii, z wyjątkiem fobii społecznych, częściej dotyczą kobiet. Początek choroby może sięgać bardzo młodego wieku, przebieg jest przewlekły, nawracający. Fobie rzadko występują w postaci izolowanej. W klinicznych zespołach psychopatologicznych łączą się najczęściej z depresją (powodując niekiedy znaczną inwalidyzację) i z napadami paniki, a także z natrętnymi myślami, jak i czynnościami w formie rytuałów, które paradoksalnie chronią przed lękiem. Fobiom towarzyszy ogólnie podwyższony poziom lęku pod postacią lęko-

wego oczekiwania, obawy przed utratą kontroli, przed chorobą psychiczną, ciężką chorobą somatyczną lub śmiercią. Wszystkie te obawy nasilają się w bezpośrednim zetknięciu z rodzicem. W obecnej klasyfikacji wszystkie fobie, których przedmiot mieści się w obrębie osoby przeżywającej, zostały usunięte z tej kategorii i rozpoznawane są najczęściej jako objaw zaburzeń hipochondrycznych.

Agorafobia. Stresor pozorny stanowią wszystkie miejsca, w których spowodowane lękiem zachowanie może zostać zaliczone do kategorii zachowań kompromitujących (przyrównywane najczęściej do zachowań charakterystycznych dla osoby będącej pod wpływem alkoholu), a przejawiającej je osobie pomoc nie zostanie udzielona wcale albo zostanie udzielona za późno. Najczęściej są to duże skupiska ludzkie (sklepy, gmachy użyteczności publicznej, tłum) i środki komunikacji publicznej, w których chęć ucieczki nie może być realizowana natychmiast i w dowolnym momencie. Także własny dom (samotne pozostawanie w nim lub konieczność opuszczania go), może wywołać lęk i spowodować reakcję unikania, która przyjmuje formę stałego pozostawania pod opieką najbliższych osób. Jeśli takich osób nie uda się znaleźć, pacjent może miesiącami nie wychodzić z domu, jeździć wyłącznie taksówkami lub maksymalnie odsuwać konieczność powrotu do domu. Dla rozpoznania agorafobii muszą zaistnieć przynajmniej dwie z wymienionych przyczyn o charakterze pierwotnym wobec innych objawów i bardzo wyraźna reakcja unikania.

Fobie społeczne zaczynają się w okresie dorostania, kiedy priorytetowego znaczenia nabiera strach przed oceną grupy, w której trzeba się pokazać i zaistnieć jako odrębna jednostka oraz towarzyszące takiemu wystąpieniu upokorzenie, wstyd i nasilone reakcje wegetatywne. Może obejmować szeroki wachlarz sytuacji [26]. Nie obejmuje jedynie grupy rodzinnej, co jest ważną wskazówką diagnostyczną. Przypadający na okres adolescencji początek zaburzenia wskazuje na mechanizm leżący u jego podłoża. Pozyskanie znaczenia i przynależności do grupy umożliwia

uzyskanie niezależności wobec środowiska rodzinnego. Jest ważnym sygnałem znaczenia, na którym opiera się w tym okresie budowanie poczucia własnej wartości, sprawdzianem dojrzałości i bodźcem do jej rozwoju. Przy niestabilnej samoocenie, dobre samopoczucie zależy od akceptacji otoczenia i nie ma tu znaczenia płęć. Lęk może dotyczyć ściśle określonych czynności, np. jedzenia w grupie, wypowiadania się, patrzenia w oczy albo uleg generalizacji i już samo bycie w małej grupie i potencjalna konieczność zaznaczania w jakikolwiek sposób swojej obecności rodzi lęk i reakcje unikania, prowadząc często do niemal całkowitej izolacji towarzyskiej. Przy różnicowaniu należy zwrócić uwagę, czy reakcja unikania nie jest wtórna do np. urojeń. Fobię uogólnioną trzeba różnicować z osobowością lękliwą. Wegetatywne przejawy lęku, jak duszność, czerwienie się, wzdęcia, wzmożone parcie na pęcherz czy odbytnicę, są często mylnie interpretowane przez pacjenta jako przyczyny unikania, co stanowi próbę racjonalnego wy tłumaczenia sobie niezrozumiałych często zachowań. Gdy trudne jest różnicowanie między fobią społeczną i agorafobią, rozpoznajemy agorafobię. Czerwienienie i drżenie mięśniowe występują częściej w fobii społecznej, a słabość kończyn, zaburzenia oddechow e, zawroty głowy, omdlenia i zacinanie są bardziej charakterystyczne dla agorafobii [4].

Specyficzne (izolowane) postacie fobii. Lęk ograniczony jest do jednej, określonej i zawsze tej samej sytuacji lub przedmiotu. Zaczyna się już w dzieciństwie, przebiega zawsze w ten sam sposób – każde zetknięcie z bodźcem wywołuje lęk i reakcję unikania. Często brak innych objawów towarzyszących. Przy różnicowaniu trzeba brać pod uwagę zaburzenia hipochondryczne i zespół urojeniowy.

Leczenie fobii. Dąży się do wykrycia prawdziwej przyczyny lęku ukrywającej się za pozornym stresem. Wykorzystując różne techniki psychoterapeutyczne można zaaranżować laboratoryjnie sytuację (z udziałem pacjenta i za jego zgodą), która pozwoli na uruchomienie i odreagowanie emocji. Związane z nimi skojarzenia, przypominane sytuacje, które

dawno uległy zapomnieniu, stanowią materiał do analizy i uzyskania wglądu w psychologiczny mechanizm leżący u podłoża fobii. Dla każdego pacjenta jest on inny i dlatego tak ważne w psychoterapii jest podejście badawcze, dokonujące się w ścisłej współpracy z pacjentem, co jest możliwe wyłącznie w warunkach związku terapeutycznego. Odczulający trening behawioralny, opisany powyżej, stanowi początek nowego zachowania, które najpierw jest wypróbowywane w warunkach specjalnego eksperymentu *in vitro* (opracowanego dla każdego pacjenta), a następnie kontynuowane w oddziale i stopniowo poza nim, podczas przepustek.

Inne zaburzenia lękowe

Stanowią kategorię zaburzeń, w których lęk nie jest sprowadzony do żadnej ściśle określonej sytuacji.

Zaburzenie lękowe z napadami lęku (lęk paniczny)

Lęk napadowy – to nawracające napady ostrego lęku lub dyskomfortu. Występują niespodziewanie, nie można ustalić żadnej poprzedzającej sytuacji, którą można by uznać za przyczynę. Zwraca uwagę znacznie nasilony komponent behawioralny lęku (gwałtowność zachowań) i wybitna dominacja komponenty wegetatywnej. Obecność objawów lęku uogólnionego między napadami jest dyskusyjna. Diagnostycznie ważna jest częstotliwość pojawiania się napadów – ok. cztery razy w okresie trzech tygodni. Napady występują u 3% populacji dorosłej, częściej chorują kobiety, u 0,5% poprzedzają one wystąpienie objawów depresji. Przy różnicowaniu należy wziąć pod uwagę zespoły podobne do paniki lękowej, których przyczyną są takie czynniki inicjujące lub podtrzymujące napad, jak: amfetamina, zatrucie kofeiną czy choroby somatyczne. Natomiast wypadanie płotka zastawki mitralnej nie wyklucza rozpoznania lęku napadowego. U 1/3 chorych współwystępuje on z depresją endogenną, alkoholizmem i innymi uzależnieniami oraz różnymi chorobami somatycznymi. Jeśli chodzi o poglądy na

temat oddziaływania psychoterapeutycznego w przypadku lęku napadowego, to są one podzielone tak, jak i poglądy na temat jego powstawania. Duże znaczenie terapeutyczne ma sama obecność lekarza, okazywana przez niego empatia, informacje, jakich udziela o mechanizmach powstawania napadu (z demonstracją skutków leczniczych jakie przynosi oddychanie powietrzem wydychanym do torby z papieru), o przebiegu napadu i o braku przewidywanych przez pacjenta konsekwencji, jakie dla jego życia i zdrowia mogłyby wyniknąć w następstwie napadu paniki.

Leczenie sprowadza się do: zapobiegania napadom, obniżenia ogólnego poziomu lęku i przerywania napadu gdy już wystąpi. Jeśli chodzi o zapobieganie napadom, to oprócz przekazania informacji (opisanego powyżej), ważne znaczenie ma przyswojenie sobie niektórych, najbardziej efektywnych dla danej osoby, sposobów radzenia sobie ze stresem. Poprzedzone to być musi rozeznaniem dotychczas stosowanych sposobów i powodów (psychologicznych), dla których nie mogły one być efektywne. Dobre rezultaty przynosi opanowanie kilku indywidualnie dobranych i skutecznych technik relaksacyjnych, stosowanych systematycznie także w okresie bezobjawowym. Skutecznie zapobiegają występowaniu napadów lęku wszystkie oddziaływania mające na celu wzmocnienie samooceny i poprawę jej stabilności. Aby to było możliwe pacjent musi doświadczyć siebie jako osoby aktywnej (będącej autorem swoich działań, a nie wyłącznie reaktywnej) i uzyskać większą niezależność w relacjach z innymi ludźmi. Służy temu zorganizowanie oddziały na zasadach społeczności terapeutycznej i praca w grupie terapeutycznej, która umożliwi decentrację (korekcję myślenia egocentrycznego) i przejście od fazy zależności, przez fazę buntu, do niezależności.

Zaburzenia lękowe uogólnione

Lęk nie jest tu ograniczony czasowo. Jego przebieg jest przewlekły i zmienny, poszczególne epizody są długotrwałe (minimum 6 miesięcy) i występują bez uchwytnej

przyczyny zewnętrznej, choć istnieje związek z przewlekłą sytuacją stresową. Choroba rozwija się powoli i może ujawnić się w każdym wieku, częściej u kobiet niż u mężczyzn. Znaczący jest związek czasowy z poszczególnymi etapami rozwojowymi (początek okresu socjalizacji, przejście ze szkoły do pracy, małżeństwo), ważnymi stratami, jatrogennymi zabiegami. Skargi mają charakter stały, powtarzają się codziennie lub co kilka dni, obejmują uczucie niepokoju, objawy napięcia psychomotorycznego, a w mniejszym stopniu pobudzenia wegetatywnego, objawy wzmożonej czujności, oczekiwanie niepowodzenia. U dzieci dominują nawracające skargi somatyczne i zaburzenia zachowania. Przejściowo, przez kilka dni, mogą pojawiać się i utrzymywać szczytkowe objawy charakterystyczne dla innych zespołów (depresja, fobie, panika). Lęk uogólniony może współistnieć z innymi chorobami, ale nie należy go rozpoznać jako choroby współistniejącej z inną chorobą (np. jądłowstrętem), jeżeli bodźcem wyzwalającym lęk jest np. przybieranie na wadze.

Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane

Rozpoznaje się je, gdy obecne są objawy lęku i depresji, ale żaden nie jest wystarczająco nasilony, aby przeważać. Jeżeli może być tylko jedno rozpoznanie, pierwszeństwo ma depresja. Zawsze muszą być obecne objawy wegetatywne. W leczeniu zaburzenia o znaczącym komponente depresyjnym należy zwrócić uwagę na znaczenie przeżywania straty jakkolwiekby ona była rozumiana przez pacjenta. Może dotyczyć sfery uczuciowej (tak dzieje się najczęściej), ale także materialnej czy intelektualnej (np. porażka w szkole, pracy), jeśli wpływają na relacje z osobami znaczącymi lub na kształtowanie się samooceny.

Inne mieszane zaburzenia lękowe charakteryzują się przewagą zaburzeń o cechach lęku uogólnionego oraz niepełnym i krótkotrwałym występowaniem objawów innych zaburzeń zawartych w kategoriach F40-F48. W rozpoznaniu różnicowym lęku należy wykluczyć zaburzenia psychiczne, zespoły otepienne, abstynencyjne i choroby somatyczne.

Leczeniem z wyboru zaburzeń lękowych uogólnionych i innych jest systematyczna psychoterapia wglądowa. Prowadzona może być różnie, w zależności od orientacji teoretycznej ośrodka czy indywidualnie pracującego terapeuty. W ramach określonych koncepcji, które powyżej opisałam szczegółowo, nieco inaczej rozumiane są zaburzenia lękowe i inny jest sposób leczenia. Jednak wszystkie oddziaływania terapeutyczne stawiają sobie za cel odkrycie psychologicznych mechanizmów odpowiedzialnych za powstanie zaburzeń i wprowadzenie korekty, która nawet jeśli całkowicie nie usunie objawów, to pozwoli żyć bardziej świadomie z poczuciem większej kontroli nad własnym życiem.

PIŚMIENNICTWO

1. Beck A.: Cognitive therapy and the emotional disorders. International Univ. Press, New York 1976.
2. Bigo B.: Behawioralna terapia grupowa. W: Wardaszko-Łyskowska H. (red.): Terapia grupowa w psychiatrii. PZWL, Warszawa 1980.
3. Bohomolec E.: Lęk w myśleniu psychoanalitycznym. Post. Psychiatr. Neurol. 1994, 3, 1.
4. Costa e Silva J.A.: Social phobia, a clinical review, by the WPA social phobia task force. Wyd. S.A. Montgomery, 1995.
5. Czabała J.Cz.: Lęk w ujęciu egzystencjalizmu. Post. Psychiatr. Neurol. 1994, 3, 1.
6. Dolland J.: Toward spirituality. The inner journey. Hazelden Educational Materials. Center City, MN 1983.
7. Fonberg E.: Nerwica a emocje, fizjologiczne mechanizmy. Ossolineum, Wrocław 1969.
8. Frankl V.E.: Homo patients. PAX, Warszawa 1971.
9. Fromm E.: Ucieczka od wolności. Czytelnik, Warszawa 1970.
10. Horney K.: Nerwica a rozwój człowieka. Dom Wyd. „Rebis”, Poznań 1993.
11. Jakubik A.: Histeria. PZWL, Warszawa 1979.
12. Jarema M.: Wybrane wiadomości o triazolobenzodiazepinach. Post. Psychiatr. Neurol. 1994, 3, 1.
13. Kacperczyk J.M.: Lęk w chorobach somatycznych. Post. Psychiatr. Neurol. 1994, 3, 1.
14. Kępiński A.: Lęk. Wyd. III. Sagittarius, Kraków 1992.
15. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków-Warszawa 1997.
16. Klein M.: On the theory of anxiety and guilt (1948). W: Envy and gratitude. The Hogarth Press, London 1980.
17. Leder S. (red.): Elementy psychiatrii i psychologii medycznej. CMKP, Warszawa 1987.
18. Leder S.: Nerwice. W: Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S. (red.): Psychiatria. PZWL, Warszawa 1987.
19. May R., Angel E., Ellenberger H.: Existence. Basic Books, New York 1954.
20. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja X. Rozdział V. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99). ICD-10. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Kraków 1994.
21. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów. IX Rewizja. Zaburzenia psychiczne. Biul. Inst. Psychoneurol. 1983, 1-2 (41-42).
22. Pużyński S.: Depresje i zaburzenia afektywne. PZWL, Warszawa 1996.
23. Rzewuska M.: Leczenie farmakologiczne w psychiatrii. PZWL, Warszawa 1997.
24. Schachter S., Singer J.E.: Cognitive social and physiological determinants of emotional state. Psychol. Rev. 1962.
25. Siwiak-Kobayashi M.: „Rozpacz i drżenie” po polsku, japońsku i angielsku. Badania transkulturowe nad poznawczymi aspektami zespołów depresyjnych i lękowych. IPiN, Warszawa 1989.
26. Siwiak-Kobayashi M.: Lęk w zaburzeniach nerwicowych: perspektywa kliniczna. Post. Psychiatr. Neurol. 1994, 3, 1.
27. Siwiak-Kobayashi M.: Leczenie zaburzeń lękowych. Post. Psychiatr. Neurol. 1994, 3, 1.
28. Sosnowski T.: Lęk jako stan i jako cecha w ujęciu Ch.D. Spielbergera. Przegl. Psychologiczny, Warszawa 1977.
29. Stefański R., Płaźnik A., Nazar M., Jessa M.: Neurofizjologiczne koncepcje powstawania lęku. Post. Psychiatr. Neurol. 1994, 3, 1.
30. Ślósarska M., Wójcik M.: Psychofizjologiczny wymiar lęku. Post. Psychiatr. Neurol. 1994, 3, 1.
31. Wciórka J.: Miejsce lęku w psychopatologii. Post. Psychiatr. Neurol. 1994, 3, 1.