

Lęk w zaburzeniach nerwicowych: perspektywa kliniczna

Anxiety in neurotic disorders: a clinical perspective

MARIA SIWIAK-KOBAYASHI

Z Kliniki Nerwic IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. Autorka analizuje występowanie lęku w zaburzeniach nerwicowych polemizując ze stanowiskiem rugującym pojęcie "nerwica" z nowszych klasyfikacji zaburzeń psychicznych. W jej opinii, stanowisko takie budzi wątpliwości i prowadzi do trudności interpretacyjnych. Podkreśla, że współczesny stan wiedzy psychiatrycznej, psychologicznej i neurofizjologicznej pozwala na potwierdzenie dawnego założenia, że emocje negatywne, a zwłaszcza lęk, odgrywają główną rolę w patogenezie zaburzeń nerwicowych. Poszczególne ich podgrupy różnią się między sobą stopniem nasilenia i dominującą formą reakcji lękowych. Wypływają z tego określone implikacje terapeutyczne (red.).

SUMMARY. Incidence of anxiety in neurotic disorders is analysed by the author arguing against the concept of "neurosis" exclusion from some more recent classifications of mental disorders. According to the author, such an exclusion is doubtful and leading to interpretational difficulties. It is emphasized that the state-of-the-art psychiatric, psychological and neurophysiological knowledge allows to support the earlier assumption that negative affects, and especially anxiety, play a crucial role in the pathogenesis of neurotic disorders. Particular subgroups of neurotic disorders differ from each other in respect of the predominating type of anxiety reactions and their intensity, which has some specific therapeutic implications (Eds.).

Słowa kluczowe: lęk / nerwica / zaburzenia nerwicowe / problemy kliniczne / klasyfikacja

Key words: anxiety / neurosis / neurotic disorders / clinical problems / classification

NERWICE, STRES I LĘK W KLASYFIKACJACH

Znaczenie emocji, szczególnie negatywnych, a zwłaszcza lęku w etiopatogenezie przebiegu różnych zaburzeń zdrowia jest powszechnie uznawane w chwili obecnej, w dobie holistycznego ujęcia zdrowia i choroby. Szczególnie dotyczy to zaburzeń psychicznych, a wśród nich tej grupy zaburzeń, w których patogenezie czynniki psychologiczne, emocjonalne odgrywają pierwszoplanową rolę, poza czynnikami natury genetycznej, biologicznej i społeczno-kulturowej. Chodzi tu o: *Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią objawów somatycznych*, (ICD-10). Termin *nerwica*, choć niejednoznaczny i nieprecyzyjny, był powszechnie używany

w psychiatrii dla określenia tego rodzaju zaburzeń przez prawie dwa stulecia - od czasów Cullena. Przede wszystkim ze względu na rozmaitość znaczeń nadawanych temu słowu przez przedstawicieli różnych, zwalczających się teorii, został on usunięty z amerykańskiej klasyfikacji DSM-III u progu lat osiemdziesiątych. Założeniem tego posunięcia było oparcie diagnozy psychiatrycznej na podstawach fenomenologicznych, z pominięciem teoretycznych czy ideologicznych interpretacji (Snaith 1991). Stanowisko takie reprezentują kolejne klasyfikacje amerykańskie: DSM-III, DSM-III-R i wchodząca w życie obecnie DSM-IV, jak również najnowsza klasyfikacja europejska, dziesiąta wersja ("rewizja") *Międzynarodowej klasyfikacji chorób, urazów i przyczyn zgonów*, (ICD-10). Autorom tych klasyfikacji

poza ideą fenomenologicznych podstaw diagnozy psychiatrycznej przyświecała idea porównywalności tych dwóch najpowszechniej stosowanych systemów diagnostyki psychiatrycznej.

Porównanie tych klasyfikacji nie jest celem tej pracy. Warto jedynie dostrzec, że nazwa *nerwica* w pewnej modyfikacji pozostała w ICD-10 w postaci nazwy całej grupy zaburzeń: *Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią objawów somatycznych*. Tak sformułowana kategoria diagnostyczna zakłada, że kluczowym elementem włączonych do niej zaburzeń są różne aspekty emocjonalnych reakcji na stres, w tym - różne aspekty lęku. Jak wiadomo, pojęcie stresu wprowadzone do nauk biologicznych przez Cannona (1929) i rozwinięte przez Selye'go w latach pięćdziesiątych, sprowadzało stres do reakcji fizjologicznej (głównie w zakresie czynności osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej) organizmu na szkodliwą sytuację zewnętrzną. W 1966 roku Lazarus wprowadził nową koncepcję stresu jako interakcji między osobą a otoczeniem, bliższą potocznemu rozumieniu słowa *stres*. Obok podkreślenia psychologiczno-społecznych uwarunkowań reakcji na stres, Lazarus proponował pojęcie "zagrożenia", rozumiejąc przez nie ocenę stresora przez osobę przeżywającą jako potencjalnie szkodliwego. Poczucie zagrożenia stanowiące wynik poznawczej, choć nie zawsze uświadomianej, oceny jest więc w sytuacji stresowej kluczowym bodźcem wywołującym reakcję emocjonalną - lęk lub agresję - wyrażoną zmianami neurofizjologicznymi i prowadzącą do określonego zachowania ucieczki lub walki. Widać więc, że u podłoża nowej klasyfikacji zaburzeń nerwicowych leży istotnie podejście fenomenologiczne. Pole fenomenologiczne zaburzeń psychicznych w stosunku do psychiatrii z początków naszego stulecia poszerzyło się jednak o dane z zakresu neurofizjologii, biochemii, neuroendokrynologii, psychologii społecznej, poznawczej itd. Choć więc można tej klasyfikacji wiele zarzucić, można mieć pre-

tensje o niejednolite kryteria klasyfikacyjne, należy przyznać, że stara się ona być klasyfikacją opartą na współczesnym stanie wiedzy. W klasyfikacji amerykańskiej pole fenomenologiczne poszerzone zostało jeszcze o dwie "osie" (perspektywy oceny zaburzenia), a mianowicie: o ocenę siły stresora i ocenę funkcjonowania pacjenta. Zgodnie z założeniami medycyny holistycznej, do rozwoju której przyczyniła się również koncepcja stresu i mechanizmów radzenia sobie z nim, klasyfikacja ta ma ambicję objęcia całego fenomenu zaburzenia psychicznego z jego symptomatologią, patogenezą, przebiegiem i społeczno-adaptacyjnymi skutkami.

Można mieć jednak wątpliwości, czy próba włączenia i objęcia klasyfikacją wszystkich możliwych elementów opisywanych zjawisk prowadzi rzeczywiście do ich lepszego zrozumienia. Czy poznanie idzie w parze z lepszym, głębszym zrozumieniem zjawiska i prowadzi do uściślenia pojęć, czy też czasami do ich większego skomplikowania czy też nadmiernego uproszczenia? Bliższe przyjrzenie się fenomenowi lęku tak, jak jawi się on w poszczególnych zaburzeniach zgrupowanych w rozdziale: *Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią objawów somatycznych*, potwierdza te wątpliwości.

Z jednej strony wyraźniej rzuca się w oczy jeden wspólny mechanizm etiopatogenetyczny wszystkich tych zaburzeń. Mechanizm, w którym istotną rolę odgrywa lęk i który decydował o tym, że wszystkie te zaburzenia połączone były wspólną, ogólną nazwą *nerwicy*. Z drugiej strony jednak rozdzielanie tych trzech podgrup już w tytule może sugerować, że istota tych zaburzeń jest na tyle odmienna, iż należy je traktować zupełnie inaczej. Na przykład, że zaburzenia nerwicowe nie są związane ze stresem, a z kolei zaburzenia pod postacią objawów somatycznych nie są ani związane ze stresem, ani nerwicowe. Oczywiście zapewne nie było to intencją autorów, ale przykład ten dowodzi, że poszukiwanie precyzji może prowadzić czasem do odwrotnego skutku.

Odczytując jednak tytuł tej grupy zaburzeń zgodnie z pierwszą interpretacją, zaburzenia nerwicowe można rozumieć jako formy przedłużonych i dezadaptacyjnych reakcji na sytuacje trudne. Sytuacjami tymi mogą być bieżące wydarzenia - zarówno o charakterze zewnętrznym, jak i wewnętrznym (np. wspomnienia, doznania fizyczne itp.).

"U pewnych jednostek prawdopodobnie na skutek istnienia określonego podłoża, będącego połączeniem cech genetyczno-konstytucjonalnych oraz efektów działania czynników patogennych w okresie wczesnego dzieciństwa - zarówno biologicznych, jak i społeczno-psychologicznych - istnieje większa gotowość do zareagowania na obiektywne, a zwłaszcza subiektywne, trudne sytuacje ("stresowe") zaburzeniami czynności przystosowawczych organizmu" (Leder, 1987).

Wśród cech predestynujących do wystąpienia tego rodzaju zaburzeń wymienia się - obok innych - najczęściej: lęklivość, tendencję do reagowania lękiem w różnych mniej lub bardziej określonych sytuacjach i do zachowań ucieczkowych.

Jak wynika z powyższych rozważań, lęk jako jedna z podstawowych emocji negatywnych, leży u podłoża zaburzeń mieszczących się w omawianej kategorii diagnostycznej. Dla naszych rozważań nad lękiem można zaryzykować stwierdzenie, że subklasyfikacja *zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią objawów somatycznych* opiera się na dominującej w danym zaburzeniu składowej lęku - poznawczej, wegetatywnej lub zachowaniowej. Chodzi tu nie tylko o prezentowane objawy, ale i o dominujące mechanizmy psychologiczne i neurofizjologiczne.

KATEGORIE KLASYFIKACYNE ZABURZEŃ LĘKOWYCH

Zaburzenia lękowe stanowią pierwszą kategorię w tej grupie zarówno w DSM-IV, jak i w ICD-10. Zawarte w niej jednostki odpowiadają tradycyjnemu pojęciu nerwicy lękowej. We wszystkich tych zaburzeniach lęk jest

wyraźnie obecny jako czołowy objaw. Może mieć on charakter przede wszystkim nasilonej reakcji wegetatywnej, przy - zwłaszcza na początku powstawania zaburzenia - braku uświadamiania sobie poczucia zagrożenia, jak to jest w czystej (rzadko widzianej przez psychiatrę, a częściej przez internistę czy kardiologa) postaci *zaburzenia lękowego w postaci napadów lęku (lęk paniczny)*.

Spotykani we praktyce psychiatrycznej pacjenci z tym zaburzeniem najczęściej już wiążą występujące napadowo objawy pobudzenia układu wegetatywnego i przemożnego strachu z poczuciem zagrożenia życia, lękiem przed śmiercią, przed utratą kontroli nad sobą i kompromitacją. A więc występuje u nich składowa wegetatywna i poznawcza lęku w bardzo silnym stopniu i napadowo. Często lęk ten wiąże się z obawą przed pozostawieniem bez pomocy, przed samotnością, co stanowi istotę agorafobii, wiążącej się z unikaniem sytuacji, w których pacjent spodziewa się wystąpienia napadu lęku. Unikanie jest podstawowym zachowaniowym (behawioralnym) elementem lęku. Zachowania ucieczkowe - reakcja unikania w sytuacjach zagrożenia - są zrozumiałym i uzasadnionym biologicznie, a filogenetycznie starym, jednym z podstawowych mechanizmów zachowania życia i jednym z motywów uczenia się nowych zachowań (Fonberg 1979). W przypadku zaburzeń nerwicowych często stają się one jedną z zasadniczych cech zachowania się pacjenta i prowadzić mogą do znacznej inwalidyzacji, ograniczenia funkcjonowania.

Widoczna jest różnica w rozumieniu współwystępowania mechanizmów unikania z pobudzeniem autonomicznym i przeżywaniem paniki w Europie i Ameryce. Po naszej stronie Atlantyku widoczne jest rozumienie zjawiska unikania jako immanentnej składowej przeżycia lęku. W DSM-III umieszczono jedynie *Panic Disorder* - zaburzenie, na które składały się napady objawów pobudzenia wegetatywnego i świadomego przeżycia paniki. Po kilku latach okazało się jednak, że unikanie towarzyszy im tak często, że zaistniała ko-

nieczność włączenia do tej kategorii agorafobii.

Choć nadal uważa się tam zachowanie unikające za powikłanie zaburzenia lękowego napadowego. W ICD-10 to agorafobia stanowi jednostkę diagnostyczną, w której wyróżnia się dwa subtypy: z napadami paniki - lub bez nich. Natomiast w DSM IV, *Panic Disorder* jest kategorią nadrzędną, która może mieć formę postaci z agorafobią lub bez niej. Odmienności te mogą mieć różne przyczyny, ale też i różne implikacje terapeutyczne. Wydaje się, że znaczenie mogą mieć tu przyczyny kulturowe. Na przykład społeczna akceptacja zachowań agresywnych, ekspansywnych raczej niż zachowań unikających, ucieczkowych. Z drugiej strony - być może jest to tradycja korzystania z porady psychiatry z powodu samego przykrego przeżycia (powtarzających się napadów lęku), a nie z powodu utrudniających życie zachowań unikających, inwalidyzujących pacjenta. Należy pamiętać też, że lęk paniczny jako odrębna kategoria pojawił się najpierw w DSM-III w wyniku obserwacji zapoczątkowanych odkryciem D.Kleina, który stwierdził pozytywne działanie imipraminy jako leku zabezpieczającego przed wystąpieniem napadów lęku. To psychofarmakologiczne spostrzeżenie dało impuls do szeregu badań natury biologicznej, psychofarmakologicznej, neurofizjologicznej, genetycznej i psychologicznej, mających potwierdzić nozologiczną odrębność tego zaburzenia od innych zaburzeń lękowych. Wyniki całego szeregu badań potwierdzają taką hipotezę. Niektóre badania, np. Loosena i Pranga (1982), sugerują związek tego zaburzenia z zaburzeniami afektywnymi. Jednakże istnieje też szereg badań, które podważają lub wręcz negują odrębność tej jednostki (Gelder, 1989, Margraf i in., 1986).

Problem odrębności *Panic Disorder* przedstawia być zagadnieniem ściśle teoretycznym, gdyż niesie za sobą wyraźne implikacje terapeutyczne. Obserwuje się skłonność psychiatrów do traktowania tego zaburzenia jako "lęku biologicznego" (Sheehan) i wobec tego do ograniczenia postępowania leczniczego je-

dynie do środków biologicznych. Niezależnie od podzielanych poglądów warto pamiętać, że napady paniki występują na tle uogólnionego niepokoju, że chociażby w DSM dla rozpoznania tego zaburzenia poza odpowiednią częstotliwością napadów konieczna jest obecność kilku objawów lęku uogólnionego. A więc - nawet z tego względu, gdy brak objawów agorafobii, która wymaga szczególnego behawioralno-poznawczego podejścia, zmniejszenie ogólnego poziomu lęku poprzez proste techniki psychoterapeutyczne, może mieć pożądany skutek w leczeniu tego zaburzenia, tak jak w innych zaburzeniach lękowych.

Należy też pamiętać o starannym różnicowaniu zaburzeń lękowych. Bowiem napady paniki, jak również uogólniony niepokój mogą występować również w innych zaburzeniach psychicznych, szczególnie w zaburzeniach depresyjnych, jak też w szeregu chorób somatycznych, w których mogą być dominującym objawem. Może tak być np. w nadczynności tarczycy, napadowej hipoglikemii, w guzie chromochłonny nadnerczy, w niedoczynności przytarczyc. Nasilony lęk towarzyszy też napadom astmy oskrzelowej i duszniczy bolesnej.

Zaburzenia lękowe w postaci fobii stanowią kolejną kategorię diagnostyczną. Lęk jest tu przemieszczony, "poznawczo ułokowany" w przedmiocie innym niż istotne jego źródło. Przedmiot fobii stanowi "pozorny stresor", konfrontacja z którym powoduje nasilenie lęku, czasem aż do napadu paniki. Fobie stanowią problem psychiatryczny w zależności od tego, w jakim stopniu pacjent narażony jest na stykanie się z przedmiotem fobii i do jakiego stopnia mechanizmy unikania przeszkadzają mu w normalnym funkcjonowaniu. Mniej kłopotliwa dla przeżywającego może być np. fobia pajaków czy nawet fobia latania samolotem (u kogoś, kto nie podróżuje), ale poważny problem może stanowić fobia zakażenia się u pielęgniarki lub fobia społeczna (np. lęk przed wystąpieniem publicznym u wykładowcy czy kaznodziei).

W zaburzeniu lękowym uogólnionym lęk ma charakter uogólniony i uporczywy. Mogą występować różne objawy związane z przewlekłym wzmożonym napięciem - stałe uczucie zdenerwowania, drżenia, bóle napięciowe mięśni, uczucie "niepokoj" w nadbrzuszu, obawy przed mniej lub bardziej określonymi niebezpieczeństwami zagrażającymi samemu pacjentowi lub jego bliskim. Na tle stałego ogólnego niepokoj" mogą sporadycznie występować napady lęku, ale są one rzadkie i nie prowadzą do wyraźnego unikania.

Wśród zaburzeń lękowych spotykamy też nierzadko *zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane*. Czasem jeden rodzaj objawów jest epifenomenem nakładającym się na drugi, bardziej pierwotny. Jednakże nie zawsze jest do ustalenia, które zaburzenie jest zaburzeniem wiodącym. Często jednak, zwłaszcza w rozpoczynających się zaburzeniach nerwicowych, obraz kliniczny ma charakter mieszany.

Ocena współwystępowania czy przewagi jednego z tych zaburzeń może mieć konsekwencje terapeutyczne, zwłaszcza przy wyborze farmakoterapii (anksjolityk albo lek przeciwdepresyjny). Ciekawe spostrzeżenie znajduje się w doniesieniu Dowinga i Ricklesa (1974). Analizowali oni oceny grupy pacjentów z mieszanymi objawami lękowo-depresyjnymi za pomocą kwestionariuszy wypełnianych przez psychiatrów i przez samych pacjentów. Stwierdzili, że dla samych pacjentów czynnikiem bardziej różnicującym był lęk, dla psychiatrów - depresja. Oznacza to, że już 20 lat temu psychiatrzy byli bardziej "czujni" na objawy depresji. Obecnie, gdy coraz więcej dostępnych leków przeciwdepresyjnych o wybiórczym mechanizmie serotonergicznym ma również wyraźne działanie przeciwlękowe, konsekwencje ewentualnego "nadmiernie włączającego" rozpoznawania zaburzenia mieszanego wydają się mieć mniejsze znaczenie. Oczywiście, przy traktowaniu tych leków jako leków pierwszego wyboru w takich przypadkach.

Współwystępowanie objawów depresyjnych i lękowych obserwuje się w przewle-

łych zaburzeniach związanych ze stresem, czyli w *zaburzeniu stresowym pourazowym* (ang. PTSD, *post-traumatic stress disorder*) i w *zaburzeniach adaptacyjnych*.

Odmienne niż w zaburzeniach lękowych przejawia się lęk w *zaburzeniach obsesyjno-kompulsywnych* czyli w nerwicy natręctw. Wyróżnia się dwie postaci tego zaburzenia. W postaci z przewagą myśli czy ruminacji natrętnych lęk nie jest wyrażony *explicite*. Myśli wydają się wiązać treściowo bardziej z ideacjami wzbudzającymi w pacjencie poczucie winy i mogą być interpretowane jako wyraz "lęku moralnego" lub też mają charakter niekończących się rozważań uniemożliwiających działanie. Wydaje się, że ta postać natręctw bliższa jest zaburzeniom depresyjnym. Natomiast postać z przewagą czynności natrętnych cechuje bardziej wyraźnie wyrażony lęk. Z jednej strony jest to lęk przed możliwością niebezpieczeństwa dla siebie i innych (w tym drugim przypadku bliski "lęku moralnego" wspomnianego poprzednio), a czynności natrętne mają mniej lub bardziej świadomie (poznawczo) wyrażony charakter rytuałów zabezpieczających. Z drugiej strony zaniechanie czy niemożliwość wykonania rytuału wiąże się z intensywnie przeżywanym poczuciem napięcia i lęku, często z silnie wyrażoną składową wegetatywną.

Kolejna grupa zaburzeń wymienionych w klasyfikacji to: *reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne*. Sąsiadują one z zaburzeniami lękowymi prawdopodobnie ze względu na to, że przeżycia emocjonalne (w tym lęk) uważane są za tak istotne patogenezy, iż stanowią główne kryterium diagnostyczne, a poza tym - w każdym z tych trzech zaburzeń lęk jest jednym z dominujących objawów. W *ostrej reakcji na stres* często występują znamiona panicznego lęku (przyspieszona akcja serca, poty, zaczerwienienie) (ICD-10). W *zaburzeniu stresowym pourazowym* (PTSD) "zazwyczaj występuje stan nadmiernego pobudzenia wegetatywnego z nadmierną czujnością i wzmożoną reaktywnością na bodźce", czyli fizjologiczne objawy

lęku oraz - choć najczęściej nieświadome - unikanie działań i sytuacji, które mogłyby przypomnieć przeżyty uraz. Często też - jak już wspomniano - zarówno w tym zaburzeniu, jak i w *zaburzeniu adaptacyjnym*, w którym lęk jest zbliżony do lęku uogólnionego, mogą występować również objawy depresyjne.

W kolejnej grupie zaburzeń nerwicowych - *zaburzeniach dysocjacyjnych* - podkreślany jest związek ich wystąpienia z przeżyciami stresowymi, a więc z silnymi, głównie negatywnymi emocjami. Mechanizmy dysocjacyjne, choć nie wyrażają się na ogół w bezpośrednio widocznym, objawowym lęku, wydają się wiązać z podobnymi mechanizmami psychologicznymi i neurofizjologicznymi. Wydaje się, że neurofizjologiczne zaburzenie czynnościowe dotyczy tu wyższego piętra OUN, a mianowicie nie tylko wzgórza i układu limbicznego, ale również jego połączeń z korą mózgową, szczególnie w zaburzeniach dysocjacyjnych ruchu i czucia.

Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (ang. *somatiform disorders*) różnią się między sobą zarówno postacią występującego lęku, jak i stopniem, w jakim jest on wyraźny jako objaw. W pierwszym z nich - *zaburzeniu somatyzacyjnym*, lęk nie jest wyrażony *explicite* w żadnej ze swoich form, choć można się doszukać w całości zaburzenia wyrazu obawy o swoje zdrowie i życie. Być może podobna forma lęku leży u podstaw *zaburzenia hipochondrycznego*. Czasem występuje on tam wyraźnie, ale wówczas - zgodnie z intencją autorów klasyfikacji - należy go (podobnie jak depresję) traktować jako zaburzenie dodatkowe. Jeżeli przyjęlibyśmy definicję lęku, jako stanu zorientowanego na przyszłość, zaburzenie to nie spełniałoby tego kryterium, gdyż wiąże się ono z przekonaniem o istniejącej już chorobie. Natomiast czujna samoobserwacja funkcjonowania własnego organizmu wydaje się wiązać z lękowym postrzeganiem bodźców wewnętrznych jako zagrożających.

W *zaburzeniach wegetatywnych występujących pod postacią somatyczną*, szczególnie

w pierwszej postaci, występują objawy pobudzenia układu wegetatywnego, jak: przyspieszona akcja serca, poty, zaczerwienienie, drżenie oraz towarzyszący lęk i poczucie choroby somatycznej. Lęk wyrażony jest tu więc w formie fizjologicznej i poznawczej. Natomiast w drugiej postaci - gdy niespecyficzne objawy somatyczne odnoszone są do określonego narządu czy układu, lęk nie ujawnia się bezpośrednio, a nawet pacjent neguje (tak, jak w innych zaburzeniach pod postacią somatyczną) przeżywanie jakichkolwiek negatywnych emocji, w tym lęku. Dotarcie do zaburzeń emocjonalnych leżących u podłoża skarg pacjenta wymaga dobrego kontaktu i umiejętności prowadzenia wywiadu. Najczęściej tę część pracy z pacjentem musi wykonać lekarz innej specjalności, aby skłonić go do odwiedzenia psychiatry.

Jak wynika z powyższej, nader krótkiej analizy lęku w grupie zaburzeń nerwicowych, współczesny stan wiedzy psychiatrycznej, psychologicznej i neurofizjologicznej pozwala na potwierdzenie dawnego założenia, że emocje negatywne, a zwłaszcza lęk, odgrywają główną rolę w patogenezie tych zaburzeń. Poszczególne podgrupy różnią się między sobą stopniem nasilenia i dominującą formą reakcji lękowych. Wy płynają z tego określone implikacje terapeutyczne, którym poświęcić należy osobny artykuł.

PIŚMIENNICTWO

1. Beck A.T., Emery G., Greenberg R.: *Anxiety Disorders and Phobias*. Basic Books, New York 1985.
2. Beck A.T.: *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York International Universities Press, New York 1976.
3. Dąbrowski S., Jaroszyński J., Puzyński S. (red.): *Psychiatria*. PZWL, Warszawa 1987.
4. Downig R.W., Rickels K.: *Mixed Anxiety-Depression. Fact or Myth?* Arch.Gen.Psychiatr., 1974, 30, 312-317
5. Fonberg E.: *Nerwice a emocje, fizjologiczne mechanizmy*. Osolineum, Wrocław 1979.
6. Gelder M.: *Panic Disorder: fact or fiction*. Psychol.Med., 1989, 19: 277-283
7. Kępiński A.: *Lęk*. Sagittarius, Kraków 1992.
8. Leder S. (red.): *Elementy psychiatrii i psychologii medycznej*. CMKP, Warszawa 1987.

9. Leder S.: Nerwice. W: Dąbrowski, Jaroszyński J., Pużyński S. (red.): Psychiatria. PZWL, Warszawa 1987, t.I, s.160-210.
10. Loosen P.T., Prange A.J.: Serum thyrotropin response to thyrotropin releasing hormone in psychiatric patients: a review. *Am. J. Psychiat.* 1982,139, 405
11. Margraf M., Ehlers A., Roth, W.T.: Biological Models of Panic Disorder and Agoraphobia review. *Reh.Res.Ther.* 1986,24,553-567
12. McGlynn T.J., Metcalf H.L. (Eds.): *Diagnosis and Treatment od Anxiety Disorders: A Physician's Handbook.* American. Psychiatric Press, Washington 1991.
13. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja Dziesiąta, Rozdział V: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania /FOO-F99/. ICD-10. UWM "Vesalius", Kraków 1994
14. Puri B.K., Tyrer P.J.: *Sciences Basic to Psychiatry.* Churchill Livingstone, New York, 1992.
15. Pużyński S.: *Depresje.* PZWL, Warszawa 1988.
16. Pużyński S., Beręsewicz.M. /red./: *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń Psychiczych.* IPN, Warszawa 1993.
17. Sartorius N. i wsp.: *Anxiety - Psychobiological and Clinical Perspectives.* Hemisphere Publ. Corp., New York, Washington, Philadelphia, London 1990.
18. Siwiak-Kobayashi M.: "Rozpacz i drżenie" po polsku, japońsku i angielsku. Badania transkulturowe nad poznawczymi aspektami zespołów depresyjnych i lękowych. IPiN, Warszawa 1989.
19. Snaith Ph.: *Clinical Neurosis.* Oxford Univ. Press. Oxford. New York, Tokyo 1991.
20. Spielberger, C.D. Garsuch, R.L., Lushene R.E.: *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-evaluation Questionnaire).* Consulting Psychologists Press, Palo Alto 1970.
21. Międzynarodowa Klasyfikacja chorób, urazów i przyczyn zgonów. IX Rewizja. Biuletyn IPN, Warszawa 1983
22. Wciórka, J. /red./. *Psychiatria praktyczna dla lekarza rodzinnego.* IPiN, Warszawa 1992.

*Adres: Doc. Maria Siwiak Kobayashi, Klinika Nerwic IPiN,
Al. Sobieskiego 119, 02-957.*