

## Nerwice – ICD-10 a praktyka psychiatryczna

*Neuroses – ICD-10 and psychiatric practice*

MARIA M. SIWIAK-KOBAYASHI

Z Kliniki Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**STRESZCZENIE.** *Autorka dyskutuje kontrowersyjne rozwiązania ICD-10, związane z pozycją i koncepcją zaburzeń nerwicowych. Jednocześnie wprowadza do tematyki innych, poświęconych nerwicom opracowań zamieszczonych w tym zeszycie (red.).*

**SUMMARY.** *Controversial ICD-10 solutions concerning the position and concept of neurotic disorders are discussed. The paper provides also an introduction to issues dealt with in other articles on neurotic disorders in this volume (ed.).*

---

**Słowa kluczowe:** nerwice / klasyfikacja / ICD-10

**Key words:** Key words: neuroses / classification / ICD-10

---

Wprowadzenie w Polsce na początku tego roku nowej, dziesiątej wersji „Międzynarodowej klasyfikacji chorób” (ICD-10) spowodowało wśród psychiatrów dużo dyskusji, zamieszania i nieporozumień. Szczególną uwagę zwrócił dział zaburzeń zwanych dotychczas nerwicami, a w nowej klasyfikacji rozbitych na trzy grupy: zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i występujące pod postacią somatyczną. Istotna zmiana dotknęła też jeszcze jednej postaci zaburzenia uważanego za postać nerwicy – mianowicie depresji nerwicowej, która została zupełnie z tego działu wykluczona, a odpowiedniki jej znalazły się w dziale chorób afektywnych [1, 6, 10].

Wielu psychiatrów – w przekonaniu, że idą z duchem czasu – zaczęło głosić, że nerwice przestały istnieć. Niektórzy zaczęli nawet zmieniać nazwy oddziałów czy ośrodków leczenia nerwic na oddziały leczenia zaburzeń lękowych, jak gdyby odzegnując się tym samym od leczenia (najczęściej również psychoterapeutycznego) innych zaburzeń nerwicowych. Wydaje się – na szczęście – że stosunkowo mniej gwałtownie zareagowali na nową klasyfikację lekarze ogólni, do

których – jak wiadomo – przede wszystkim trafiają pacjenci z rozpoznaniami klasyfikowanymi uprzednio (ICD-9) jako nerwicowe [2, 8]. Może to oznaczać, że ich postępowanie terapeutyczne wobec tej grupy pacjentów nie zmieniło się tak drastycznie (co zresztą nie znaczy, że było ono zawsze najbardziej odpowiednie). Niemniej jednak wydaje się, że dyskusja nad problemami związanymi z klasyfikacją – a więc i diagnozą tej grupy zaburzeń – jest potrzebna, a nawet konieczna i to nie tylko w kręgach psychiatrów.

Zasadniczo, celem klasyfikacji chorób jest umożliwienie komunikacji pomiędzy lekarzami na temat objawów, prognozy i postępowania terapeutycznego wobec pacjentów. A więc wydaje się, że – choćby pośrednio – system klasyfikacji zaburzeń psychicznych musi wpływać na postępowanie terapeutyczne. W świecie współczesnym klasyfikacje spełniają również rolę narzędzi umożliwiających porównywanie wyników badań oraz prowadzenie statystyki. Stąd tendencja do zbliżania kategorii diagnostycznych w różnych klasyfikacjach na tyle, na ile tylko pozwala odrębność tradycji diagnostycznych (np. po wschodniej i zachodniej stronie

Atlantyku) oraz do prób opierania się raczej na fenomenologii zjawisk patologicznych niż na koncepcjach teoretycznych (na ile tylko pozwala na to współczesna wiedza).

Pojęcie nerwicy, choć niejednoznaczne, jest w psychiatrii zadomowione od dwustu lat. Początkowo zostało zastosowane przez Cullena na określenie chorób układu nerwowego. Obejmowało takie choroby neurologiczne, jak apopleksja czy epilepsja, jak również poważne zaburzenia psychiczne (zwane przez niego, za Lineuszem, *vesaniae* [5, s. 59]). Stopniowo termin ten ulegał zawężeniu, choć jeszcze Feuchterleben w 1845 r. uważał, że termin „psychozy” określa ciężkie zaburzenia psychiczne w ramach ogólniejszej kategorii zaburzeń nazywanych „neurozami” (nerwicami) [5 s. 61]. W drugiej połowie dziewiętnastego stulecia te dwie szerokie kategorie diagnostyczne zaczęły określać odmienne zjawiska chorobowe, a termin „nerwica” zaczął być powszechnie używany na określenie zaburzeń o rozmaitej symptomatologii, najczęściej mniej ciężkich niż psychozy i charakteryzujących się objawami bliższymi normalnym przeżyciom (np. lęk), choć wiążących się najczęściej z wyraźnym poczuciem choroby i przysparzających pacjentom często znacznych cierpień. Zaburzenia te – w odróżnieniu od wielu innych – wyróżniały się brakiem możliwości do stwierdzenia badaniem patologii, usprawiedliwiającej te dolegliwości. Z tego względu zwano te zaburzenia czynnościowymi, funkcjonalnymi czy psychogennymi. Równocześnie jednak wartość klasyfikacyjną tego pojęcia budziła wątpliwość ze względu na różnorodność obrazów klinicznych zaburzeń zaliczanych do nerwic. Twórcom współczesnych klasyfikacji wydaje się, że większą zgodność w rozumieniu poszczególnych rozpoznań zapewni używanie bardziej specyficznych diagnoz, opartych na dominujących objawach, jak: zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, dysocjacyjne czy zaburzenia występujące pod postacią somatyczną albo też opartych na najbardziej oczywistym mechanizmie etiopatogenetycznym – zaburzenia związane ze stresem.

Zmiany, jakim ulegały poglądy na nerwicę, równoległe do etapów rozwoju wiedzy medycznej i dominujących w danym okresie prądów w psychologii, psychoterapii, a nawet filozofii, wiązały się najczęściej z określonym wyborem ideologicznym czy teoretycznym. I tak na wiele dziesięcioleci pojęcie „nerwica” związało się – zwłaszcza w psychiatrii amerykańskiej – z teoriami psychoanalitycznymi czy psychodynamicznymi. Stało się to jednym z głównych powodów rezygancji z używania tego terminu w trzeciej wersji amerykańskiej klasyfikacji DSM, powodując często u psychiatrów amerykańskich odczucia podobne do tych, jakie my przeżywamy obecnie.

Jeden z amerykańskich psychiatrów pisał wówczas w *Archives of General Psychiatry* [Janulis 1982, za: 16, s. 2] w stylu nostalgicznego pożegnania przemówienia.

*„Czy naprawdę musimy się pożegnać, drogie słowo? Czy nigdy nie będę mógł pozwolić, abyś dodawało głębi, zręczności i znaczenia do sformułowania diagnozy. Czy już nigdy nie pozwolą ci opisać tego, coś oznaczało tak dobrze przez prawie sto lat? Czy DSM-III na zawsze już wypędziła Cię z kronik diagnozy psychiatrycznej? Twoje korzenie przecież tkwią w romantycznych dziejach całej ery. Samo wypowiedzenie Ciebie u wielu z nas z miejsca przywołuje całe dziesięciolecia psychoanalitycznych wypraw w głębinę podświadomości. Freud, Jung, Adler, Sullivan i Horney – czy to wszystko odejdzie wraz z Tobą?”*

Wydaje się, że w 15 lat później można powiedzieć, że obawy autora tej wypowiedzi nie sprawdziły się. Idee psychodynamiczne wraz z innymi teoriami psychoterapeutycznymi nadal stanowią podstawę do rozumienia tej grupy zaburzeń i w dużym stopniu wpływają na praktykę terapeutyczną, niezależnie od tego, że zaburzenia te przestały funkcjonować pod jednym tytułem w kolejnych amerykańskich klasyfikacjach (DSM-III-R, DSM-IV) [por. 3]. Przywiązanie wielu psychiatrów do rozpoznawania nerwic wynikało

więc nie tylko z przywiązania do określonej tradycji diagnostycznej i teoretycznej, ale z dostrzegania pewnej rzeczywistości klinicznej odpowiadającej temu rozpoznaniu.

Za jedną z podstawowych cech klinicznych tej grupy zaburzeń uważano przeżywanie silnych emocji negatywnych – przede wszystkim lęku. Znaczenie lęku jako podstawowego wyróżnika nerwic podkreślała teoria Freuda. Lęk i obrona przed nim – ma tu charakter zarówno objawu, jak i przyczyny innych objawów. Odżegnanie się od dominacji tej teorii w DSM-III nie oznaczało zmiany poglądów na znaczenie lęku jako kształtującego objawy „nerwicowe”. Odkrycia farmakologiczne również wpływały na teorię i praktykę psychiatryczną. Początkowo w zaburzeniach nerwicowych – tak zresztą, jak i w innych zaburzeniach psychicznych – stosowano głównie leki sedatywne. Odkrycie benzodwiazepin z ich specyficznym przeciwłękowym działaniem jako leków przynoszących zdecydowaną ulgę w objawach uważanych za „nerwicowe” potwierdzało znaczenie lęku jako podstawowej emocji w tych zaburzeniach. Wprowadzenie pierwszych leków przeciwdepresyjnych i odkrycie ich skuteczności w niektórych postaciach lęku (doniesienie Kleina o skuteczności imipraminy w leczeniu tego zaburzenia) spowodowało bardziej szczegółowe opisywanie zespołów lękowych, m.in. w celu dokładniejszego ustalania wskazań do podawania leków jednej lub drugiej z powyższych grup [4, 7, 14, 17]. Podjęto badania dostarczające argumentów natury nie tylko farmakologicznej, ale również psychologiczno-rozwojowej (np. zaburzone środowisko i lęk separacji w historii życia pacjentów z napadami paniki – Raskin 1982), obrazu klinicznego (więcej objawów somatycznych u pacjentów z napadami lękowymi – Hoehn-Sarick 1982) i osobowościowych (wyższy poziom introwersji mierzonej testem Eysencka – Crowe i wsp. 1983) [cyt. za 13]. Innowacją DSM-III w zakresie klasyfikacji zaburzeń nerwicowych była nie tylko rezygnacja z pojęcia nerwica, ale również

wprowadzenie lęku napadowego jako odrębnego zespołu.

Kolejne lata i kolejne klasyfikacje przyniosły dalsze rozróżnienia nie tylko pomiędzy zaburzeniami lękowymi a depresyjnymi, ale również uszczegółowienie podziałów w zakresie zaburzeń nerwicowych [14]. Zaburzenia te charakteryzują się różnorodnymi objawami psychicznymi i somatycznymi. Objawy psychiczne mogą obejmować: nasilony lęk, smutek, rozdrażnienie, nadwrażliwość na bodźce zewnętrzne, myśli i czynności natrętne, zaburzenia uwagi i pamięci i in.). Objawy somatyczne to m. in. bóle głowy, inne bóle, zaburzenia układu wegetatywnego, dolegliwości ze strony różnych układów ciała, męczliwość, zaburzenia snu, zaburzenia czucia i ruchu. Charakterystyczny jest brak przyczyn somatycznych lub niewspółmierność objawów do nich, jeśli przyczyny somatyczne istnieją. Istotne jest też nasilenie i długotrwałe utrzymywanie się objawów oraz ich przeżywanie jako choroby [9, 11, 15].

Kategorie diagnostyczne, które w ICD-9 wyodrębniono na podstawie objawowej, to „zaburzenia lękowe” oraz „zaburzenia występujące pod postacią somatyczną”. Wydaje się dość oczywiste, że stanowią one wyraz nasilonego przeżywania lęku, a różnią się między sobą sposobem przejawiania go – bardziej lub mniej oczywistym dla samego pacjenta lub dla obserwatora.

Na podstawie kryterium przyczynowego wyodrębniono kategorię „zaburzenia związane ze stresem”. Wydaje się, że kryterium to zastosowano nie tylko ze względu na stopień oczywistości powiązania zachorowania z sytuacją doraźnego lub przewlekłego stresu, ale z uwagi na znaczenie poznanych już neurofizjologicznych skutków działania stresu [12]. Symptomatologia tych zaburzeń może być różnorodna, analogicznie do wymienionych powyżej innych zaburzeń nerwicowych. W ostrej reakcji na stres – zbliżona do zaburzeń dysocjacyjnych, w reakcjach o charakterze przewlekłym – najczęściej o charakterze mieszanych zespołów depresyjno-lękowych.

Psychologiczno-społeczne i fizjologiczne mechanizmy innych zaburzeń z tej grupy, nie wiązanych przez twórców ICD-10 bezpośrednio z sytuacjami stresowymi wydają się podobne, choć manifestacja ich może być różna, a dominujący zespół objawów bardziej określony. Mechanizmy psychologiczne zaś mogą być zdecydowanie trudniejsze do wysłedzenia i proces ten wymaga często długiej i mozolnej pracy ze strony samego pacjenta i psychiatry czy psychoterapeuty.

Praca ta polega na analizowaniu historii życia pacjenta, jego dotychczasowych doświadczeń w radzeniu sobie z różnymi sytuacjami trudnymi, również tymi dotyczącymi zdrowia własnego i najbliższych. Dotyczy również tego, w jakim stopniu pacjent czerpał satysfakcję z kontaktów z innymi i z własnych dokonań, czy przeżywał poczucie krzywdy, żalu, winy lub lęku przed odrzuceniem, osamotnieniem czy kompromitacją. Uwidacznia też to, że w utrwalaniu zaburzenia znaczenie mają również reakcje otoczenia na chorobę pacjenta. Mogą one stanowić źródło zadowolenia, zwiększać poczucie bezpieczeństwa, zapewniać zainteresowanie i opiekę. Z drugiej strony brak zainteresowania czy opieki albo odrzucenie ze strony otoczenia może stanowić czynnik nasilający niepokój, złość, poczucie krzywdy i inne negatywne emocje wpływające na nasilenie i utrwalenie objawów na zasadzie mechanizmu błędnego koła.

Ze względu na znaczny i niekwestionowany udział czynników psychologicznych w etiopatogenezie tych zaburzeń nerwicowych wielu psychiatrów i psychologów stworzyło więc – od momentu wprowadzenia tego terminu – szereg różnych teorii próbujących wyjaśnić etiopatogenezę zaburzeń nerwicowych na gruncie psychologii.

Wśród tych teorii znajdują się takie, które przyczynę zaburzeń widzą w urazowych przeżyciach z bardzo odległych czasów, z wczesnego dzieciństwa pacjenta, a objawy uważają za wyraz działania w psychice nierozwiązanych wczesnych konfliktów. Należą do nich teorie wyrastające z psychoanalizy.

Inne teorie uważają, mówiąc ogólnie, że człowiek uczy się zachowań, przeżywania uczuć i sposobów widzenia rzeczywistości i że te nabyte cechy myślenia, przeżywania i zachowania predestynują w określonych warunkach, szczególnie w sytuacjach trudnych, do reagowania objawami nerwicowymi (teorie behawioralne i poznawcze). Inne jeszcze zwracają uwagę na takie elementy egzystencji ludzkiej, jak: osamotnienie, poczucie bezsensu istnienia (teorie egzystencjalne). Jednakże postępowanie lecznicze w nerwicach obejmuje szereg możliwości terapeutycznych, których stosowanie zależy od indywidualnych charakterystyk każdego pacjenta, jego objawów, cech jego osobowości i sytuacji życiowej, a więc od oceny tzw. mechanizmów patogenetycznych istotnych w danym przypadku.

Cytowana wcześniej wypowiedź amerykańskiego psychiatry pokazuje, że diagnozowanie pewnych zaburzeń jako nerwicowe miało istotną konsekwencję terapeutyczną. Mianowicie – mimo wielu różnic w rozumieniu zarówno pozycji nozologicznej jak i etiopatogenezy tej grupy zaburzeń – na ogół psychiatrzy, zwłaszcza od pojawienia się fenomenu psychoanalizy, byli zgodni co do tego, że nerwica stanowi jedno z podstawowych wskazań do leczenia środkami psychologicznymi, a więc do psychoterapii, i że psychoterapia (choć już nie tylko analityczna) jest w tych przypadkach metodą leczniczą z wyboru. Postrzegali więc czasem rezygnację z terminu „nerwica” jako rezygnację z brania pod uwagę czynników psychologicznych w powstawaniu tych zaburzeń, a – co za tym idzie – zagrożenie rezygnacją z psychoterapii jako metody leczniczej w tych przypadkach.

Wydaje się, że część naszych psychiatrów obecnie może myśleć podobnie. Tymczasem jednak sędzę, że klasyfikacja ICD-10 w odniesieniu do zaburzeń psychicznych skłania do widzenia ich w sposób bardziej holistyczny. O ile przez prawie sto lat za wskazanie do psychoterapii uważano przede wszystkim nerwice, obecny układ klasyfikacyjny może skłaniać do bardziej holistycznego sposo-

bu widzenia wszystkich zaburzeń zdrowia i wszystkich zaburzeń psychicznych. W oparciu o obecną wiedzę zarówno psychologiczną, jak i biologiczną (neurofizjologiczną, immunologiczną, farmakologiczną i in.) próbuje klasyfikować zaburzenia ze względu na ich biologiczny i psychologiczno-społeczny charakter. Oczywiście taki podział nie może być w zupełności rozłączny i jednoznaczny. Budzi to oczywiście nasze zastrzeżenia. Jednakże wydaje się ważne, że pewne rozproszenie zaburzeń, które uważaliśmy za jednorodne pod pewnym względem (np. ze względu na ich „psychogenność”) zwraca uwagę na inne, równie ważne mechanizmy w ich genezie. Za tym idzie sugestia bardziej całościowego widzenia pacjenta i mniej ortodoksyjnego podejścia do terapii.

Leczenie zaburzeń nerwicowych może i powinno składać się z elementów, których proporcja i kolejność zależą od indywidualnej starannej oceny pacjenta, jego objawów i ich przyczyn oraz sytuacji, w której się znajduje.

Składowe te, to przede wszystkim:

1. *Prawidłowy kontakt terapeutyczny* z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Trafia do niej większość pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi, z depresjami, z nasilonymi reakcjami emocjonalnymi na chorobę somatyczną. Należy pamiętać, że reakcje te nie tylko wpływają na przebieg i prognozę choroby zasadniczej, ale mogą stać się same dodatkowym zaburzeniem wymagającym specyficznego leczenia.
2. *Psychoterapia krótkoterminowa*, obejmująca odreagowanie i takie techniki behawioralne, jak: relaksacja, wygaszanie lęku poprzez tzw. trening behawioralny (stopniowa ekspozycja na bodziec lękorodny) oraz techniki poznawcze mające na celu zwiększenie umiejętności rozwiązywania problemów, zwiększenie zdolności adaptacyjnych, poprawienie umiejętności komunikowania się z innymi, radzenie sobie w sytuacjach trudnych.

3. *Psychoterapia restrukturująca*, celowana w kierunku zmianę cech osobowości.
4. *Farmakoterapia*, obejmująca leczenia środkami z repertuaru leków przeciwłękowych i przeciwdepresyjnych, odpowiednio do dominujących objawów pacjenta i – oczywiście – z zachowaniem zasad zapobiegania uzależnieniu.

Nie wchodząc w tym miejscu w bliższe opisy zarówno oddziaływań psychoterapeutycznych, jak i farmakoterapii, chciałabym jedynie zwrócić uwagę na to, że w ostatnich latach obserwuje się coraz szersze stosowanie również metod psychoterapeutycznych w zaburzeniach, które dotychczas uważano za stanowiące jedynie wskazanie do farmakoterapii, jak np. głęboka depresja czy psychozy schizofreniczne. Odzwierciedleniem tego w nowej klasyfikacji chorób jest brak rozgraniczenia między „psychozą” a „nerwicą”. Wydaje się, że może to mieć wpływ na dalsze spopularyzowanie możliwości stosowania oddziaływań psychologiczno-społecznych w tych chorobach.

Z drugiej strony wydaje się, że w leczeniu zaburzeń nerwicowych, w których i tak najpowszechniej stosowanymi środkami leczniczymi były środki farmakologiczne, zwrócenie uwagi na znaczenie zjawisk związanych ze stresem, jak również uwrażliwienie na staranną diagnozę obrazu chorobowego (np. elementy depresji) może wpłynąć na bardziej racjonalne stosowanie leków, jak też – przede wszystkim – na dostrzeganie konieczności psychoterapii, chociażby w poczuciu, że może ona coś zmienić w radzeniu sobie pacjenta ze stresem.

Tak więc – paradoksalnie – wydaje mi się, że wykreślenie nerwicy z klasyfikacji może przynieść efekt taki, że w myśleniu lekarzy mechanizmy, uważane dotąd za zastrzeżone dla patogenezy tej niejednoznacznie określonej choroby ulegną uniwersalizacji, że mechanizmy psychologiczne i społeczne zaczną być doceniane szerzej również w patogenezie innych zaburzeń psychicznych (i somatycznych), co może wpłynąć nie na zapomnienie

twórczych i głębokich teorii psychologicznych, ale na ich wyjście z „getta nerwicy” i wejście do „medycyny holistycznej”.

Na zakończenie chciałabym podziękować redakcji *Postępów Psychiatrii i Neurologii*, która postanowiła udostępnić swe łamy psychiatrom, od lat zajmujących się teoretycznie i klinicznie problematyką nerwic i ich leczenia. Wykorzystali oni tę okazję dla przedstawienia własnych poglądów na temat patogenyzy i psychoterapii, dla wypowiedzenia oceny i przedstawienia źródeł nowych klasyfikacji tych zaburzeń oraz przypomnienia historii poglądów na nerwice. Mam nadzieję, że stanie się to pobudką do szerszej dyskusji na temat zaburzeń nerwicowych i ich leczenia.

## PIŚMIENNICTWO

1. Aleksandrowicz J.W.: Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (wg ICD-10) – psychopatologia, diagnostyka i leczenia. CM UJ, Kraków 1997.
2. Casey P.R.: A Guide to Psychiatry in Primary Care. Wrightson Biomedical Publ. Ltd., Petersfield, U.K. 1993.
3. DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington, D.C. 1994.
4. Ellison J.M. (red.): Integrative Treatment of Anxiety Disorders. American Psychiatric Press, Inc., Washington D.C. 1996.
5. Gelder M., Gath D., Mayou R.: Oxford Textbook of Psychiatry. Third Edition. Oxford University Press, Oxford 1996.
6. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków–Warszawa 1997.
7. Kostowski W.: Leki przeciwdepresyjne: współczesne poglądy na mechanizm działania. Nowa Medycyna. Psychiatria 1995, 2, 9, 2–9.
8. Leder S. (red.): Elementy psychiatrii i psychologii medycznej w praktyce ogólnolekarskiej. Regionalny Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych, Warszawa 1987.
9. Leder S.: Nerwice. W: Dąbrowski S. i wsp. (red.): Psychiatria. T. 1. PZWL, Warszawa 1987, 160–210.
10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja Dziesiąta. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Kraków 1994.
11. Pużyński S., Beręsewicz M.: (red.): Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych. IPiN, Warszawa 1993.
12. Siwiak-Kobayashi M.: Leczenie nerwic. *Biuletyn Leków* 1996, 5, 4, 3–14.
13. Siwiak-Kobayashi M.: Lęk w życiu człowieka. Lęk i Depresja 1996, 1, 8–15.
14. Siwiak-Kobayashi M.: Depresja a lęk. W: Przewłocka B. (red.): Depresja i leki przeciwdepresyjne 10 lat później. XII Zimowa Szkoła Instytutu Farmakologii PAN, Mogilany 1996. Inst. Farm. PAN, Kraków 1996.
15. Siwiak-Kobayashi M.: Zaburzenia nerwicowe. W: Wciórka J. (red.): Psychiatria praktyczna dla lekarza rodzinnego. IPiN, Warszawa 1992.
16. Snaith P.: Clinical Neurosis. Second Edition. Oxford Univ. Press, Oxford, N.Y., Tokyo 1991.
17. Stahl S.M.: Phenomenology of Anxiety Disorders: Clinical Heterogeneity and Comorbidity. W: Westenberg, Den Boer and Murphy (red.): Advances in the Neurobiology of Anxiety Disorders. Wiley, Chichester 1996, 21–38.

*Adres: Prof. Maria Siwiak-Kobayashi, Klinika Nerwic IPiN,  
Al. Sobieskiego 1/9, 02957 Warszawa*