

Aleksandra Kasperowicz-Dąbrowiecka

Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

Diagnozowanie zaburzeń lękowych uogólnionych i napadów lękowych

Diagnosis of generalized anxiety disorder and panic disorder

STRESZCZENIE

Celem pracy było porównanie dwóch najczęstszych zaburzeń lękowych — napadów paniki i zaburzeń lękowych uogólnionych. Występujące w obu schorzeniach objawy somatyczne sprawiają, że są one często nierozpoznawane przez lekarzy pierwszego kontaktu. Skuteczne długoterminowe leczenie tych zaburzeń obejmuje zarówno psychoterapię, jak i stosowanie leków przeciwdepresyjnych drugiej generacji, takich jak inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI) i wenlafaksyna.

Słowa kluczowe: lęk napadowy, uogólnione zaburzenia lękowe, praktyka ogólnolekarska

ABSTRACT

The aim of the paper was to compare two the most frequent anxiety disorders — panic disorder and generalized anxiety disorder. The foreground presence of the somatic symptoms in both conditions sometimes puzzle and make the diagnosis difficult for primary care physicians. Effective long-term treatment strategies include both psychotherapy and second-generations antidepressants such as SSRIs and venlafaxine.

Key words: panic disorder, generalized anxiety disorder, primary care

Adres do korespondencji:

dr med. Aleksandra Kasperowicz-Dąbrowiecka

Katedra i Klinika Psychiatrii AM w Bydgoszczy

ul. Kurpińskiego 19, 85-096 Bydgoszcz

tel. (0 prefiks 52) 585 40 39, faks (0 prefiks 52) 585 37 66

Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2002, 2, 3, 171-176

Copyright © 2002 Via Medica

Lęk stanowi przeżycie doskonale wszystkim znane. Towarzyszy nam od samych narodzin aż do śmierci i traktowany jest jako naturalny element życia. Może być odczuwany jako nieokreślone napięcie wewnętrzne, obawa przed czymś, podniecenie, lecz w przeciwieństwie do strachu nie jest spowodowany konkretną przyczyną. Również w medycynie zjawisko to opisywano już w starożytności, chociaż najczęściej nie było ono odróżniane od depresji — obie choroby określano wspólnym pojęciem melancholii. W II wieku n.e. Galen wyobrażał sobie, że z czarnej żółci z okolic wątroby unosi się do mózgu para, która wywołuje czarne myśli i strach. W XVII wieku powstała „Anatomia melancholii” Burtona, w której autor opisał różnorodne objawy lękowe, m.in. fobie. W XIX wieku pojawiło się więcej artykułów, dotyczących somatycznych objawów lękowych, m.in. lęku przedsercowego, czynnościowych zawrotów głowy, agorafobii, zaburzeń pracy serca. Autorzy prac wiązali te objawy z intensywnymi negatywnymi emocjami przeżywanymi przez pacjentów. Pod koniec XIX wieku do psychiatrii zostały wprowadzone terminy: neurastenia, nerwica lękowa, psychastenia.

Na rozumienie przyczyn powstania nerwic jako skutku nierozwiązanych konfliktów neurotycznych wpłynęła teoria psychoanalityczna Zygmunta Freuda. Jej założenia obowiązywały przez wiele dziesiątków lat, modyfikowane przez kolejnych twórców kierunków psychoterapeutycznych i teorii psychologicznych wyjaśniających genezę lęku. Dopiero w latach 70. stare pojęcie nerwicy lękowej jako jednostki nozologicznej, w świetle doniesień nauk biologicznych i badań epidemiologicznych, stało się nieaktualne.

W trzeciej edycji amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM, która ukazała się w 1980 roku, w miejsce nerwicy lękowej wprowadzono termin zaburzenia lękowe uogólnione (*generalized anxiety disorder*) oraz lęk napadowy (*panic disorder*).

W kolejnych edycjach tego systemu: DSM-III-R, DSM-IV, a także stosowanego obecnie na kontynencie europejskim ICD-10, podział ten został zachowany [1].

Zaburzenia lękowe uogólnione

W obrazie klinicznym tych zaburzeń dominuje uczucie lęku utrzymujące się stale, niezależnie od sytuacji zewnętrznej. Pacjenci przez cały czas mają przeżycie niejasnego zagrożenia, zamartwiają się codziennymi wydarzeniami, dotyczącymi zarówno ich, jak i bliskich im osób, lękają się i przeczuwają, że coś złego się stanie. Z trudnością zasypiają, skarżą się na pogorszenie koncentracji uwagi, bywają stale poirytowani. Pomimo że uczucie napięcia i lęku jest w tym zaburzeniu dominujące, to u chorych występują również objawy somatyczne, które można podzielić na 3 grupy:

- napięcie ruchowe (uczucie wewnętrznego drżenia, bóle mięśni, zwłaszcza ramion i pleców, bóle głowy, zmęczenie i niemożność zrelaksowania się, uczucie kluski w gardle lub trudności w połykaniu),
- wzmożona aktywność układu autonomicznego (kołatanie serca, silne bicie serca, tachykardia, pocenie się, wewnętrzne drżenie, suchość w ustach, uderzenia gorąca lub zimne dreszcze),
- objawy dotyczące klatki piersiowej i brzucha („niepokój” w nadbrzuszu, trudność w oddychaniu, uczucie dławienia, bóle w klatce piersiowej, nudności).

Czasami występują objawy derealizacji (oglądania świata jest nierzeczywisty) lub depersonalizacji (poczucie, że się jest innym, zmienionym), a także obawa przed utratą kontroli nad sobą lub utratą zmysłów. U dzieci może przeważać częsta potrzeba rozpraszania obaw i nawracające skargi somatyczne. Według klasyfikacji ICD-10 w celu potwierdzenia rozpoznania wymagany jest kilkumiesięczny okres trwania zaburzeń, a także co najmniej 4 z wymienionych powyżej objawów, w tym co najmniej 1 objaw wzmożonej aktywności autonomicznej [2].

Stwierdzono, że w populacji ogólnej osoby z uogólnionymi zaburzeniami lękowymi niepowikłanymi innymi schorzeniami psychiatrycznymi niezwykle rzadko zgłaszają się po pomoc lekarską. Nawet, jeśli zdają sobie sprawę ze swoich problemów emocjonalnych, to nie traktują stałego zamartwiania się o wszystko jako choroby wymagającej interwencji medycznej [3]. Z tego powodu oszacowanie rzeczywistej częstości uogólnionych zaburzeń lękowych jest dość trudne, ponadto różni się w zależności od przyjętych kryteriów diagnostycznych. Przy uwzględnieniu klasyfikacji DSM-III-R ryzyko zachorowania w ciągu

życia wynosiło około 5,1% [4], a przy zastosowaniu kryteriów ICD-10 ten sam współczynnik wzrósł do 8,9% [5]. Wśród osób zgłaszających się po pomoc psychiatryczną znajdowali się przede wszystkim ci chorzy, którzy mieli dodatkowe zaburzenia psychiczne, takie jak inne zespoły lękowe, uzależnienie od alkoholu lub depresję [6–8]. Wyniki badań przyczyniły się do częstego traktowania tego zespołu objawów za fazę prodromalną depresji, a współistnienie depresji i uogólnionego lęku okazało się rokowniczo gorsze, z długimi fazami depresyjnymi i opornością na leki [9].

W nowszych opracowaniach pojawiają się jednak sugestie, dotyczące odrębności etiologicznej uogólnionego lęku i depresji, które różnią się podstawowymi cechami klinicznymi, a także czynnikami usposabiającymi [10]. Podkreśla się również obecność napięcia mięśni jako ważnego objawu pozwalającego odróżnić lęk uogólniony od depresji albo innych zespołów lękowych [11].

Przyczyną kontaktu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej są najczęściej różnorodne objawy somatyczne występujące u osób z lękiem uogólnionym. Pacjenci ci stanowią istotne obciążenie dla lekarzy pierwszego kontaktu, ponieważ niejasno sprecyzowane dolegliwości somatyczne pochodzenia lękowego są trudne do zdiagnozowania dla lekarzy niebędących psychiatrami [12, 13].

W praktyce kardiologicznej stwierdzono, że znaczna część pacjentów, których bóle w klatce piersiowej nie miały pochodzenia wieńcowego, spełniała kryteria uogólnionych zaburzeń lękowych lub lęku napadowego [14]. W innym badaniu okazało się, że 23% osób, zgłaszających się z nietypowymi bólami klatki piersiowej do izby przyjęć szpitala, spełniała kryteria uogólnionych zaburzeń lękowych [15]. W grupie 200 pacjentów z bólami klatki piersiowej i prawidłowym EKG ponad 50% osób miało uogólnione zaburzenia lękowe, a 20% napady lękowe [16]. Najczęstsze choroby somatyczne, które współistniały z uogólnionym lękiem, to: zespół jelita drażliwego (20–30% pacjentów miało zaburzenia lękowe), wrzodziejące zapalenie jelita grubego, cukrzyca, zespół przewlekłego zmęczenia (50% pacjentów spełniało kryteria uogólnionych zaburzeń lękowych) [17]. W różnicowaniu należy zwrócić uwagę na to, że pełnoobjawowy zespół lękowy może powstać jako reakcja psychologiczna na poważną chorobę somatyczną i stanowić uzasadnioną obawę o zdrowie i życie. Jednocześnie może być jednym z symptomów na przykład nadczynności tarczycy czy innych zaburzeń endokrynnych (hiperkalcemia, rakowiak), astmy i schorzeń układu oddechowego (przewlekłe stany spastyczne oskrzeli,

zatorowość), kardiologicznych (dusznicza bolesna, arytmia, wady zastawkowe), neurologicznych (aktyzja, padaczka), metabolicznych (hipoglikemia, porfiria), a także, jak wspomniano, innych zaburzeń psychicznych: depresji, zespołu abstynencyjnego alkoholowego. Zdarza się czasami, że niesprecyzowany i trudny do zróznicowania lęk jest prodromalnym objawem schizofrenii.

Wyniki badań wskazują jednoznacznie, że przebieg uogólnionych zaburzeń lękowych jest przewlekły, nawet kilkunastoletni, a wielu pacjentów wykazuje mniej więcej stałe natężenie objawów. Remisje zdarzają się stosunkowo rzadko i często dochodzi do nawrotu choroby [18]. W badaniach epidemiologicznych, w których stosowano kryteria DSM-III-R, stwierdzono, że zaburzenie to częściej dotyczy kobiet (67%), niepracujących, w przeszłości zamężnych, mających neurotyczne cechy osobowości [4]. Przebieg choroby jest gorszy, gdy towarzyszą jej inne schorzenia psychiczne lub somatyczne, zaburzenia osobowości, nieprawidłowe stosunki małżeńskie lub rodzinne oraz złe warunki socjalne [19, 20]. W etiologii mają udział czynniki biologiczne pod postacią nieprawidłowości w neuroprzekaznictwie noradrenaliny, serotoniny, cholecystokininy i kwasu gamma-aminomasłowego, a także tzw. osi podwzgórze-przysadka-nadnercza w reakcji na sytuacje stresowe.

Czynniki psychologiczne, odgrywające istotną rolę w powstaniu zaburzeń, to przede wszystkim traumatyczne wydarzenia życiowe (np. przemoc, gwałt oraz ogólnie sytuacje związane z niebezpieczeństwem) [21, 22], a we wczesnym okresie życia niewłaściwa opieka rodzicielska (niedostateczna opieka lub nadmierna opiekuńczość). Nieprawidłowe zachowania rodziców sprzyjają zresztą zaburzeniom lękowym wszystkich typów.

W leczeniu uogólnionych zaburzeń lękowych podkreśla się skuteczność oddziaływań pozafarmakologicznych, a zwłaszcza psychoterapii poznawczo-behawioralnej, która w przeciwieństwie do tradycyjnej psychoanalizy może być prowadzona krótko, przez kilka miesięcy, co istotnie obniża koszty leczenia. W warunkach polskich, przy słabej dostępności psychoterapii, a zwłaszcza metod poznawczo-behawioralnych, podstawowym sposobem leczenia zaburzeń lękowych są farmaceutyki. Przez długie lata podstawowym sposobem leczenia pozostawały benzodiazepiny, których wadą jest szybki rozwój tolerancji na stosowane dawki i potrzeba ich zwiększania w celu utrzymania zadowalającego efektu. Podkreśla się, że leki z tej grupy nie powinny być stosowane dłużej niż przez kilka tygodni. Niebezpieczne, zwłaszcza u kierowców, a niestety często spotykane,

jest połączenie benzodiazepin nawet z niewielkimi ilościami alkoholu.

W wielu nowych opracowaniach dotyczących uogólnionego lęku podkreśla się dobrą skuteczność hydroksyzyny w dawkach do 50 mg/d., która redukuje lęk, a nie powoduje nieprzyjemnej senności w dzień. W niektórych krajach popularne są małe dawki neuroleptyków, ale na przykład po sulpirydzie często obserwuje się znaczny wzrost masy ciała, a u kobiet zaburzenia cyklu miesiączkowego, bolesne obrzmienie piersi, a nawet laktację.

W Stanach Zjednoczonych podstawowym preparatem zarejestrowanym do leczenia zaburzeń lękowych uogólnionych jest buspiron (w Polsce występuje pod nazwą Spamilan, Mabuson). Jest to anksjolityk, który nie wykazuje działania miorelaksacyjnego, wpływa na organizm inaczej niż benzodiazepiny i nie znosi ich objawów abstynencyjnych.

Ze względu na konieczność wielomiesięcznych kuracji i częste współistnienie lęku i depresji obecnie coraz większe znaczenie w leczeniu uogólnionych zaburzeń lękowych mają leki przeciwdepresyjne, zwłaszcza z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny. Wszystkie z nich, to jest fluoksetyna, paroksetyna, fluwoksamina, citalopram, sertralina, są zarejestrowane w Polsce. W badaniach z ostatnich kilku lat podkreśla się również skuteczność wenlafaksyny, która jest inhibitorem zwrotnego wychwytu serotoniny i noradrenaliny. Leki przeciwdepresyjne działają po kilkutygodniowym okresie utajenia, fluoksetyna nawet po 4–5 tygodniach, a należy również pamiętać, że po lekach o działaniu serotoninowym w pierwszym tygodniu terapii może nastąpić pogorszenie objawów lękowych.

Lęk napadowy (napady paniki)

W odróżnieniu od lęku uogólnionego napad paniki jest wydarzeniem nagłym, jego początek i koniec są wyraźnie odczuwalne. Pojawia się niespodziewanie i w ciągu kilku, kilkunastu minut osiąga największe nasilenie. Bardzo często powoduje nieodpartą chęć ucieczki z danego miejsca. W czasie napadu gwałtownie pojawia się złe samopoczucie, strach i lęk (nieradko przed śmiercią), a przeżycie jest tak intensywne, że długo nie można o nim zapomnieć. Aby rozpoznać pełnoobjawowy napad paniki według klasyfikacji DSM-IV, oprócz lęku muszą wystąpić co najmniej 4 z następujących symptomów:

- uczucie bicia lub ciężaru serca albo przyspieszenie jego czynności,
- pocenie się,
- drżenie lub dygotanie,

- wrażenie płytkiego oddechu lub duszenia się,
- uczucie dławienia się,
- ból lub dyskomfort w klatce piersiowej,
- nudności lub nieprzyjemne doznania brzuszne,
- zawroty głowy, zaburzenie równowagi, uczucie oszołomienia lub wrażenie omdlewania,
- objawy depersonalizacyjne (odczuwanie tak, jakby było się inną osobą) i derealizacyjne (otoczenie wydaje się nierzeczywiste),
- obawa utraty kontroli nad sobą lub utraty zmysłów,
- lęk przed śmiercią (zwłaszcza gdy objawy przypominają udar lub zawał serca),
- drętwienie lub mrowienie, zazwyczaj rąk, stóp albo skóry na głowie,
- dreszcze lub uderzenia gorąca [23].

Pojedyncze ataki lęku, zwłaszcza niepełnoobjawowe, zdarzają się wielu ludziom, nie wymagają interwencji lekarskiej i nie należy taktować ich jako choroby. Leczenie rozpoczyna się wtedy, gdy ich częstotliwość rośnie, a zwłaszcza, gdy powikłane są agorafobią [24]. Tym ogólnym terminem, początkowo oznaczającym obawę przed otwartą przestrzenią, określamy lęk przed opuszczeniem domu, w którym chory czuje się względnie bezpiecznie. Napady lękowe występują niespodziewanie, często nie mają związku z jakimiś szczególnymi wydarzeniami, ale mogą się pojawiać w sytuacjach i miejscach, których nie można natychmiastowo opuścić. W stosunkowo krótkim czasie od początku objawów pacjent unika podróży środkami komunikacji miejskiej, nie wchodzi do zatłoczonych sklepów, nie stoi w kolejkach, przestaje chodzić do kościoła. Wreszcie dochodzi do sytuacji, gdy pojawia się lękowe oczekiwanie kolejnego napadu, które uniemożliwia samodzielne wyjście lub pozostanie samemu w domu. Osoba chora staje się praktycznie społecznym inwalidą, nie jest w stanie dojechać do miejsca pracy, chyba że jest przez kogoś odwożona lub pracuje niezbyt daleko. Nawet oczekiwanie w długiej kolejce samochodów na zmianę świateł na skrzyżowaniu może spowodować napad lęku.

Podczas gdy w zaburzeniach lękowych uogólnionych dominują objawy psychiczne, to w lęku napadowym przeważają objawy autonomiczne. Symptomy somatyczne ataku lękowego łatwo można pomylić ze schorzeniami układu krążenia, oddechowego, endokrynnego, neurologicznego. Ponieważ napady lękowe rozpoczynają się w młodym wieku, to wiele osób cierpiących z ich powodu jest poddawanych niezwykle skomplikowanym i kosztownym badaniom diagnostycznym, takim jak: tomografia komputerowa, jądrowy rezonans magnetyczny (zawroty głowy), echokardiografia, EKG (napadowa tachykardia), spirometria (skrótowanie oddechu, duszenie się), USG tarczycy,

cy, hormony tarczycy (niepokój, pocenie się). Psychiatra jest często kolejnym, czasem trzecim lub czwartym specjalistą, do którego trafia pacjent wyposażony w gruby plik wyników wykonanych badań.

Dowodzono jednak, że obecność napadów lękowych wiąże się z większą zachorowalnością i śmiertelnością z powodu schorzeń kardiologicznych, być może z powodu częstego współistnienia objawów depresyjnych, braku ćwiczeń fizycznych, palenia tytoniu czy uzależnienia od alkoholu. W tej grupie chorych często spotyka się również wypadanie płątka zastawki mitralnej. Badania epidemiologiczne wykazały zależność pomiędzy obecnością napadów paniki a większą częstością schorzeń układu oddechowego i zaburzeń żołądkowo-jelitowych. Pacjenci z lękiem napadowym byli również bardziej chorzy somatycznie niż osoby z grupy kontrolnej [25].

Chorzy z napadami lękowymi są bardzo wrażliwi na objawy somatyczne, które interpretują jako potencjalnie groźne. Gdy zjawiają się u lekarzy pierwszego kontaktu, przekonani są o poważnej zagrażającej życiu chorobie. Nadwrażliwość na objawy somatyczne również bardzo utrudnia leczenie, ponieważ najmniejsze skutki uboczne leków, zwłaszcza przeciwdepresyjnych, powodują przerwanie terapii.

Lęk napadowy, podobnie jak zaburzenia lękowe uogólnione, bardzo często współistnieje z innymi zaburzeniami lękowymi, a także z depresją i uzależnieniami, zwłaszcza uzależnieniem od alkoholu. Depresję stwierdza się u 50–65% chorych z napadami paniki, a uogólnione zaburzenia lękowe u 25% [17]. Szacuje się, że ryzyko zachorowania w ciągu życia na lęk napadowy wynosi 1,5–3% i 2–3-krotnie częściej zdarza się u kobiet [17].

Współistnienie lęku napadowego z depresją wiąże się z większą liczbą prób samobójczych i większymi trudnościami w leczeniu [26]. Jak wspomniano, choroba rozpoczyna się w młodym wieku, między okresem dorastania a 30 rż. Pomimo leczenia u około połowy chorych występują nawroty w ciągu kilkunastu miesięcy od zakończenia kuracji. W etiopatogenezie napadów lękowych mają udział zarówno czynniki biologiczne, jak i psychologiczne, co znajduje odzwierciedlenie w terapii.

Podczas gdy nasilenie napadu lękowego można skutecznie zredukować poprzez zastosowanie benzodiazepin, to w przewlekłym leczeniu najbardziej skuteczne okazały się leki przeciwdepresyjne wpływające na neuroprzebieżność serotoniny w ośrodkowym układzie nerwowym. Z klasycznych trójpierścieniowych antydepresantów stosuje się klomipraminę i imipraminę, a z nowszych preparatów przede wszystkim paroksetynę oraz pozostałe inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny. Mniejsze znacze-

nie mają leki przeciwdrgawkowe, stosowane w lęku napadowym powikłanym zmianami organicznymi w ośrodkowym układzie nerwowym.

Z metod niefarmakologicznych za najskuteczniejszą uważa się psychoterapię poznawczo-behawioralną, która — odwrotnie niż psychoanaliza — uczy, że to świadome, ale nieprawidłowe myśli powodują katastrofalne interpretowanie objawów fizycznych. Chorym niezwykle pomaga wyjaśnienie mechanizmu kaskadowego narastania objawów somatycznych, a także zrozumienie, że nie stanowią żadnego bezpośredniego zagrożenia życia. W trakcie terapii pacjenci uczą się, jak rozpoznawać symptomy nadchodzącego ataku, oraz ćwiczą, jak sobie z nimi radzić, zanim staną się nie do opanowania [27]. Niedawno w polskim tłumaczeniu ukazał się poradnik dla pacjentów z napadami lękowymi autorstwa amerykańskich psychiatrów Rogera Graneta i Roberta Aquinas McNally'ego, zatytułowany „A jeśli to... napady paniki”. Choć autorzy podkreślają, że książka nie ma charakteru specjalistycznego, a tylko edukacyjny, warto polecić ją nie tylko pacjentom, ale również lekarzom wszystkich specjalności, spotykającym się codziennie z zaburzeniami lękowymi [28].

PIŚMIENNICTWO

1. Siwiak-Kobayashi M. Zaburzenia lękowe uogólnione i napadowe. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. *Psychiatria* t. 2, Urban & Partner 2002.
2. World Health Organization: The International Classification of Diseases, 10th revision — Classification of mental and behavioral disorder. Diagnostic criteria for research. World Health Organization, Geneva 1990.
3. Wittchen H-U., Beesdo K., Kessler R.C. The impact of generalized anxiety disorder. W: Nutt D., Rickels K., Stein D.J. red. *Generalised Anxiety disorder. Symptomatology, pathogenesis and management*, GlaxoSmithKline 2002.
4. Wittchen H.-U., Zhao S., Kessler R.C. i wsp. DSM III- R Generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994; 51: 355–364.
5. Wacker H.R., Mullejnans R., Klein K.H. i wsp. Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R using the Composite International diagnostic Interview (CIDI). *Int. J. Meth. Psychiatry Res.* 1992; 2: 91–100.
6. Breslau N. Depressive symptoms, major depression and generalized anxiety: a comparison of self-reports on CES-D and results from diagnostic interviews. *Psychiatry Res.* 1985; 15: 219–229.
7. Breslau N., Davis G.C. Further evidence on the doubtful validity of generalized anxiety disorder. *Psychiatry Res.* 1985; 16: 177–179.
8. Clayton P.J., Grove W.M., Coryell W., Keller M.B., Hirschfeld R., Fawcett J. Follow-up and family study of anxious depression. *Am. J. Psychiatry* 1991; 148: 1512–1517.
9. Petersen T., Gordon J.A., Kant A., Fava M., Rosenbaum J.F., Nierenberg A.A. Treatment resistant depression and Axis I comorbidity. *Psycholog. Med.* 2001; 31: 1223–1229.
10. Kendler K.S., Neale M.C., Kessler R.C., Heath A.C., Eaves L.J. Major depression and generalized anxiety disorder: Same genes, (partly) different environments? *Arch. Gen. Psychiatry* 1992; 49: 716–722.
11. Joormann J., Stöber J. Somatic symptoms of generalized anxiety disorder for the DSM-IV: Associations with pathological worry and depression symptoms in a nonclinical sample. *J. Anxiety Disord.* 1999; 13: 491–503.
12. Maier W., Gsaensicke M., Freyberg H. J., Linz M., Heun R., Lecrubier Y. Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatr. Scand.* 2000; 101: 29–36.
13. Roy-Byrne P., Katon W., Broadhead W.E. i wsp. Subsyndromal (“mixed”) anxiety-depression in primary care. *J. Gen. Intern. Med.* 1994; 9: 507–512.
14. Logue M.B., Thomas A.M., Barbee J.G. i wsp. Generalized anxiety disorder patients seek evaluation for cardiological symptoms at the same frequency as patients with panic disorder. *J. Psychiatr. Res.* 1993; 27: 55–59.
15. Wulsin L.R., Arnold M.L., Hillard J.R. Axis I disorders In E.R. patients with atypical chest pain. *Int. J. Psychiatry Med.* 1991; 21: 37–46.
16. Kane F.J., Harper R.G., Wittels E. Angina as a symptom of psychiatric illness. *South Med. J.* 1988; 8: 1412–1416.
17. Nutt D., Argyropoulos S., Forshall S. Generalized anxiety disorder: Diagnosis, treatment and its relationship to other anxiety disorders; Martin Dunitz 1998.
18. Yonkers K.A., Warshaw M.G., Massion A.O. i wsp. Phenomenology and course of generalised anxiety disorder. *Br. J. Psychiatry* 1996; 168: 308–313.
19. Taylor S., Livesley W.J. The influence of personality on the clinical course of neurosis. *Curr. Opin. Psychiatry* 1995; 8: 93–97.
20. Reich J.M., Vasile R.G. Effect of personality disorders on the treatment outcome of Axis I conditions: an update. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1993; 181: 475–484.
21. Blazer D., Hughes D., George L.K. Stressful life events and the onset of generalized anxiety syndrome. *Am. J. Psychiatry* 1987; 144: 1178–1183.
22. Roemer L. Molina S., Litz B.T. i wsp. Preliminary investigation of the role of previous exposure to potentially traumatising events in generalized anxiety disorder. *Depr. Anxiety* 1996/1997; 4: 134–138.
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC, APA 1994.
24. Breier A., Charney D., Heninger G. Agoraphobia with panic attacks. *Arch. Gen. Psychiatry* 1986; 43: 1029–1036.
25. Nutt D., Feeney A., Spiliou Argyropoulos. Anxiety disorders comorbid with depression: Panic disorder and agoraphobia. Martin Dunitz 2002.
26. Lecrubier Y. The impact of comorbidity on the treatment of panic disorder. *J. Clin. Psychiatry* 1998; 59 (supl.) 8: 11–14.
27. Rybakowski J. *Farmakologiczne leczenie lęku napadowego. Lęk i depresja* 1998 (supl.) 3: 99–111.
28. Granet R., McNally R.A. *A jeśli to... napady paniki*. Prószyński i S-ka. Warszawa 2001.