

# POHĽAD NA LIEČBU CHRONICKÉHO ÚZKOSTNÉHO PACIENTA V PSYCHIATRICKEJ AMBULANCI

MUDr. Lucia Žinayová

PK FNŠP a LFUK, Bratislava

Cieľom práce bolo zmapovanie prístupu v liečbe chronického úzkostného pacienta v podmienkach súčasnej ambulantnej psychiatrie. Chronický úzkostný pacient bol definovaný podľa MKCh-10: F40-F41 podľa minimálne s dvoma dekompenzáciami úzkostnej poruchy.

**Materiál a metodika:** 61 psychiatrov (29 mužov a 32 žien) s praxou 3–42 rokov (priem. 18,9 roka) vyplnilo semištrukturovaný dotazník. Otázky sa týkali terapie chronického úzkostného pacienta a terapeutického vzťahu.

**Výsledky:** medzi chronickými úzkostnými pacientmi prevažujú ženy. Pacienti sú liečení kombináciou farmakoterapie a psychoterapie. Zo špecifickej psychoterapie bola najčastejšie použitá KBT (30 %). Pri farmakoterapii je pacient najčastejšie liečený monoterapiou antidepresívami (v 44,3 %) alebo kombináciou antidepresíva s benzodiazepínmi (36,1 %). Lekári uviedli zmeny v terapeutickom vzťahu väčšinou v zmysle zlepšenia spolupráce a dôvery.

**Kľúčové slová:** úzkostné poruchy, farmakoterapia, psychoterapia, terapeutický vzťah.

Psychiat. pro Praxi, 2006; 2: 94–97

## Úvod

Úzkostné poruchy postihujú z hľadiska celoživotnej prevalencie približne štvrtinu populácie (7, 13), majú tendenciu k dlhodobému priebehu a sú spájané s vysokou komorbiditou psychických porúch a somatických ochorení. Pri liečbe úzkostných porúch sa odporúča kombinácia farmakoterapie a psychoterapie.

Liečba v psychiatrickej ambulancii je jednou z možností liečby úzkostných pacientov. Úzkostní pacienti sú častými konzumentmi primárnej zdravotníckej starostlivosti (9, 16), ako aj špecializovanej starostlivosti. V praxi hrá dôležitú úlohu dostupnosť určitej formy terapie (10). Nedostupnosť sa v súčasnosti netýka vzdialenosti lekára alebo jeho odbornosti, ale podmienok súčasného zdravotného systému, zahŕňajúceho limity zdravotných poisťovní, posun ku kvantitatívnemu hodnoteniu práce špecialistu. Zvýšená sofistikácia v liečbe a redukcia nákladov na psychiatrickú liečbu viedla k široko zaužívanému 15-minútovému predpisaniu medikácie „medication check“ ako primárnej liečebnej intervencie (14). Z pohľadu pacienta a hlavne postoja spoločnosti je poskytovanie zdravotnej starostlivosti založené na dostupnosti. Každý má právo na zdravotnú starostlivosť, a naučili sme sa každého pacienta vybaviť nezávisle na počte pacientov pred ambulanciou.

Sociálne fungovanie ľudí s úzkostnými poruchami zodpovedá ich zvnútorneným vzťahom a úzkostiam. Týka sa to i kontaktov v rámci lekárskej starostlivosti, kde sa podieľa na výbere terapie, priebehu terapie a formovaní terapeutického vzťahu. Za prejav zlepšenia stavu človeka, ktorý trpí úzkosťou, býva považované zníženie alebo vymiznutie úzkostnej symptomatiky. Objektívne zlepšenie symptómov však nemusí viesť u pacienta k spokojnosti (3) a pacient v liečbe pokračuje. V priebehu času môžeme

spolu s pacientom dôjsť k spoločnému záveru, že by potreboval systematickú psychoterapiu, tá môže byť pre pacienta nedostupná, alebo neprijateľná, a tak pacient chodí na psychiatrickú ambulanciu ďalej.

Cieľom práce bolo zmapovanie prístupu v liečbe chronického úzkostného pacienta v podmienkach súčasnej ambulantnej psychiatrie. Sekundárnym cieľom bolo zistenie rozdielov medzi skupinami lekárov určenými na základe počtu rokov praxe, prítomnosti dlhodobého psychoterapeutického výcviku a pohlavia lekára.

## Materiál a metodika

Chronický úzkostný pacient bol vymedzený podľa MKCh-10: F40-F41 aspoň s dvoma dekompenzáciami úzkostnej poruchy v priebehu dvoch rokov.

Zdrojom údajov boli názory 61 psychiatrov (29 mužov a 32 žien) s praxou 3–42 rokov (priem. 18,9 roka). Súbory bol získaný podľa kritérií práca a s ambulantnými pacientmi, s vyváženým zastúpením podľa pohlavia, počtu rokov praxe (do 15 rokov, nad 15 rokov) a absolvovania dlhodobého psychoterapeutického výcviku (áno, nie). Cieľom bolo zachytenie širokej palety pohľadov na liečbu chronického úzkostného pacienta.

Zastúpenie psychoterapeutického vzdelania v základnom súbore (n=61): Dynamické výcviky 26,2 % (n=16), KBT 18 % (n=11), logoterapia 1,3 %, NLP 1,3 %, eriksonská. t. 1,3 % krátkodobé psychoter. kurzy 14,8 % (n=9), bez výcviku a kurzov 36,1 % (n=22).

Sledované premenné: počet rokov praxe (do 15 rokov, nad 15 r.), absolvovanie dlhodobého psychoterapeutického výcviku (áno, nie), pohlavie, zastúpenie úzkostných pacientov, zastúpenie chronických úzkostných pacientov, pohlavie chronického úzkostného pacienta, intervaly kontrol, dodržiavanie intervalov, typ terapie (farmakoterapia, psychoterapia,

kombinácia farmakoterapie a psychoterapie), typ farmakoterapie (monoterapia, kombinovaná terapia), kombinovaná terapia (antidepresíva, BZD, anxiolytika), typ psychoterapie (podporná, špecifická), dynamika vo vzťahu (áno, nie, nesleduje), dynamika vo vzťahu (zlepšovanie vzťahu, zhoršovanie vzťahu, kolísanie), emócie zo strany lekára (pozitívne, negatívne, zmiešané), dostatok času na terapiu (áno, nie), spolupráca s kolegami.

Nástrojom štúdie bol vytvorený semištrukturovaný dotazník. Pre účely štatistického spracovania boli použité t-test, chí-kvadrát, Cramer-V.

## Výsledky

Lekári odhadli percentuálne zastúpenie úzkostných pacientov vo svojich psychiatrických ambulanciách v rozmedzí 5–80 % zo všetkých pacientov a percentuálne zastúpenie chronických úzkostných pacientov v rozmedzí 1–60 % zo všetkých pacientov (graf 1). 41 lekárov (67 %) uviedlo, že medzi chronickými úzkostnými pacientmi prevažuje ženské pohlavie, 14 lekárov (23 %) uviedlo prevahu mužského pohlavia, 6 lekárov (9,8 %) sa k pohlaviu nevyjadrilo. Lekári uviedli že chronickí úzkostní pacienti chodia na kontroly v intervaloch 1–12 týždňov, najčastejšie každé štyri týždne 61,1 % (kvôli predpisu liekov). Intervaly kontrol dodržiujú v 57,6 %. Čas terapie počas psychiatrickej kontroly je v rozmedzí 5–60 minút, najčastejšie 20 minút.

V liečbe chronického úzkostného pacienta všetci lekári uviedli kombináciu farmakoterapie a psychoterapie. V rámci farmakoterapie 29 lekárov (47,6 %) používa monoterapiu, 32 lekárov (52,4 %) používa kombinovanú terapiu. Výsledky sú názorne predstavené v grafe 2.

V priebehu liečby chronického úzkostného pacienta bola najviac používaná podporná psychoterapia,

pia v 83,6 % (49 lekárov) a KBT v 29,5 % (18 lekárov). Výsledky ukazujú graf 3.

59 lekárov (96,7 %) uviedlo zmeny v terapeutickom vzťahu v priebehu liečby chronického úzkostného pacienta (graf 4). Zmeny v emočnom prežívaní v priebehu terapie chronického úzkostného pacienta uviedlo 60 lekárov (98,4 %) (graf 5).

26 lekárov (42,6 %) uviedlo, že má dostatok času, a 32 lekárov (52,5 %) uviedlo, že dostatok času na liečbu chronického úzkostného pacienta nemá. Traja lekári (4,9 %) sa k otázke nevyjadrili. Pri liečbe chronického úzkostného pacienta 48 lekárov (78,7 %) spolupracuje s kolegom, najčastejšie s psychológom. 11 lekárov (18 %) s kolegami nespôlpracuje, dvaja lekári (3,2 %) uviedli, že spolupracujú niekedy.

50 lekárov (82, %) uviedlo, že je možné chronickému úzkostnému pacientovi pomôcť. Traja lekári (4,9 %) uviedli, že nie, piati lekári (8,2 %) lekárov uviedli, že je možné pomôcť v závislosti na konkrétnom pacientovi. Traja lekári (4,9 %) sa k otázke nevyjadrili.

Pri porovnaní prístupu k chronickému úzkostnému pacientovi v závislosti na počte rokov praxe lekára, absolvovania dlhodobého psychoterapeutického výcviku a jeho pohlavia boli zistené významné rozdiely jedine v popise vnímanej emočnej reakcie na chronického úzkostného pacienta medzi lekármi do 15 rokov praxe a nad 15 rokov praxe (chí-kvadrát (2) = 15,678,  $p < 0,001$ ,  $V = 0,511$ ). Bližšie v tabuľke 1.

## Diskusia

Cieľom práce bolo zmapovanie prístupu v liečbe chronických úzkostných pacientov v podmienkach súčasnej ambulantnej psychiatrie. Práca vznikla na základe osobných výpovedí ambulantných psychiatrov, ktorí boli oslovení autorkou. Predstavuje názory približne 20 % slovenských ambulantných psychiatrov (z celkového počtu 270 ambulantných psychiatrov). Limitujúcim faktorom sa stala veľkosť súboru pre potreby štatistického spracovania. Cramerovo V väčšie ako 0,200 ale naznačuje, že by bolo možné predpokladať významné rozdiely pri väčšom súbore.

Z pohľadu súčasných klasifikačných systémov je spájanie úzkostných pacientov z rôznych diagnostických kategórií sporné. Pri použití tohto pojmu sa vychádzalo zo vzájomnej previazanosti úzkostných porúch a ich častej komorbidity (1, 4, 5, 17).

Absolvovanie dlhodobého výcviku v KBT uviedlo 18 % lekárov, použitie KBT v liečbe pacienta skoro 30 % lekárov. KBT je psychoterapiou voľby u úzkostných porúch (7, 10). Výsledky poukazujú na otvorenosť k iným psychoterapeutickým smerom a na význam absolvovania víkendových kurzov k osvojeniu si práce s pacientom s konkrétnou diagnózou.

Všetci lekári uviedli kombináciu farmakoterapie a psychoterapie pri liečbe chronického úzkostného pacienta. Pacient bol najčastejšie liečený monoterapiou

Tabuľka 1. Porovnanie prístupu k chronickému úzkostnému pacientovi v závislosti na počte rokov praxe lekára, absolvovania psychoter. výcviku a pohlavia lekára

|    | Sledovaná premenná                                                         | Porovnávané kritérium      | Chí-kvadrát                                                                 | t-test                                                         | Cramer-V                                                                      |
|----|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Zastúpenie úzkostných pacientov v psychiatrických ambulanciách             | prax<br>výcvik<br>pohlavie | U = 451,5<br>U = 454,5<br>U = 353,5                                         | $p = 0,859$<br>$p = 0,882$<br>$p = 0,108$                      |                                                                               |
| 2. | Zastúpenie chronických úzkostných pacientov v psych. ambulanciách          | prax<br>výcvik<br>pohlavie | U = 439,0<br>U = 360,0<br>U = 451,0                                         | $p = 0,720$<br>$p = 0,127$<br>$p = 0,854$                      |                                                                               |
| 3. | Pohlavie chronického úzkostného pacienta                                   | prax<br>výcvik<br>pohlavie | chí-kvadrát(2) = 2,005<br>chí-kvadrát(2) = 0,489<br>chí-kvadrát(2) = 451,0  | $p = 0,404$<br>$p = 0,851$<br>$p = 0,927$                      | $V = 0,181$<br>$V = 0,090$<br>$V = 0,052$                                     |
| 4. | Typ a kombinácia farmakoterapie pri liečbe chronického úzkostného pacienta | prax<br>výcvik<br>pohlavie | chí-kvadrát(4) = 7,993<br>chí-kvadrát(4) = 9,765<br>chí-kvadrát(4) = 3,397  | $p = 0,073$<br>$p = 0,023$<br>$p = 0,568$                      | $V = 0,362$<br>$V = 0,400$<br>$V = 0,236$                                     |
| 5. | Dynamika zo strany lekára vo vzťahu lekár – chronický úzkostný pacient     | prax<br>výcvik<br>pohlavie | chí-kvadrát(4) = 5,237<br>chí-kvadrát(4) = 4,741<br>chí-kvadrát(4) = 3,323  | $p = 0,252$<br>$p = 0,364$<br>$p = 0,624$                      | $V = 0,293$<br>$V = 0,271$<br>$V = 0,230$                                     |
| 6. | Emočné reakcie na chronického úzkostného pacienta v priebehu jeho liečby   | prax<br>výcvik<br>pohlavie | chí-kvadrát(2) = 15,678<br>chí-kvadrát(2) = 1,385<br>chí-kvadrát(2) = 0,327 | <b><math>p &lt; 0,001</math></b><br>$p = 0,502$<br>$p = 0,887$ | <b><math>V = 0,511</math></b><br>$V = 0,152$<br>$V = 0,074$                   |
| 7. | Dostatok času na terapiu chron. úzkostného pacienta zo strany lekára       | prax<br>výcvik<br>pohlavie | chí-kvadrát(1) = 0,034<br>chí-kvadrát(1) = 0,586<br>chí-kvadrát(1) = 0,056  | $p = 1,000$<br>$p = 0,598$<br>$p = 1,000$                      | $V = 0,024$<br>$V = 0,100$<br>$V = 0,031$                                     |
| 8. | Spolupráca s kolegami pri liečbe chronického úzkostného pacienta           | prax<br>výcvik<br>pohlavie | chí-kvadrát(2) = 2,700<br>chí-kvadrát(2) = 3,553<br>chí-kvadrát(2) = 2,032  | $p = 0,349$<br>$p = 0,146$<br>$p = 0,152$                      | <b><math>V = 0,210</math></b><br><b><math>V = 0,241</math></b><br>$V = 0,182$ |
| 9. | Postoj lekára k možnosti pomôcť chronickému úzkostnému pacientovi          | prax<br>výcvik<br>pohlavie | chí-kvadrát(3) = 3,046<br>chí-kvadrát(3) = 2,451<br>chí-kvadrát(3) = 0,801  | $p = 0,500$<br>$p = 0,627$<br>$p = 0,947$                      | <b><math>V = 0,223</math></b><br><b><math>V = 0,200</math></b><br>$V = 0,115$ |

piou antidepresívami (v 44,3 %) alebo kombináciou antidepresíva s benzodiazepínovými anxiolytikami (36,1 %). Získané výsledky sú zhodné s odporúčaniami pre liečbu úzkostných porúch (6, 10, 15).

Pri výbere typu a kombinácie farmakoterapie sa vyskytli rozdiely medzi skupinami lekárov. Monoterapiu AD použili častejšie lekári do 15 rokov praxe – v 50 % oproti 37,9 % lekárom nad 15 rokov praxe. Kombináciu AD a BZD-AX naopak častejšie použili lekári nad 15 rokov praxe – v 51,7 % oproti 21,9 % lekárom do 15 rokov praxe (graf 10). Ponúka sa otázka, aký význam má osvojený pohľad na úzkostné poruchy. Približne pred 15 rokmi sa v klasifikácii duševných porúch ustúpilo od pojmu úzkostná neuróza, úzkostné poruchy boli vymedzené i s odporúčaniami liečby.

Pri porovnaní lekárov na základe absolvovania psychoterapeutického výcviku monoterapiu AD použilo 60 % lekárov s psychoterapeutickým výcvikom oproti 29 % lekárom bez výcviku. Kombináciu AD a BZD-AX použilo 26,7 % lekárov s výcvikom oproti 45,2 % lekárom bez výcviku (graf 11). Znamená tu ordinácia psychofarmaka náhradu psychoterapeutického prístupu, prípadne psychoterapie? (2).

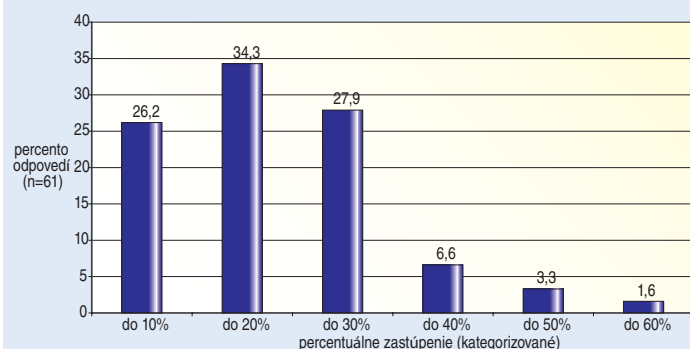
Na otázku: „Mení sa v priebehu liečby vzťah medzi vami a pacientom?“ 96,7 % lekárov uviedlo zmeny v terapeutickom vzťahu v priebehu jeho liečby a v 45,9 % označili zmeny za pozitívne („nadobudnutie dôvery, zvýšenie dôvery, zlepšenie spolupráce,

kamarátstvo...“). Pri porovnaní skupín lekárov zlepšovanie vo vzťahu uviedli skôr lekári nad 15 rokov praxe v 55 % oproti 37,5 % lekárov do 15 rokov praxe (graf 7) a skôr lekári bez výcviku v 58 % oproti 33 % lekárom s výcvikom (graf 6). Ale lekári nad 15 rokov praxe a lekári bez výcviku častejšie používali pri liečbe kombináciu AD a BZD-AX. Anxiolytiká slúžia na aktuálne ovplyvnenie symptómu, pacienti si ich sami často pýtajú, alebo sa ich nechcu vzdáť. Ponúka sa otázka, či môže preskripcia BZD-AX prispieť k spokojnosti pacienta a následne k zlepšeniu vzťahu lekár–pacient?

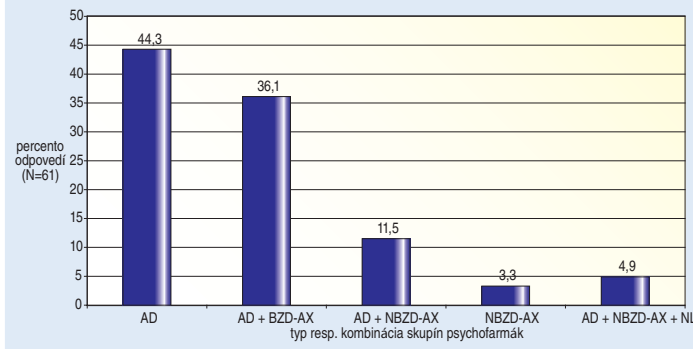
Na otázku: „Aké emócie najčastejšie prežívate pri liečbe chronického úzkostného pacienta?“ lekári do 15 rokov praxe významne častejšie popísali negatívne a nejednoznačné emočné prežívanie („hnev, frustráciu, bezradnosť...“) ako lekári nad 15 rokov praxe (graf 8). Na druhej strane nebol zistený žiadny rozdiel medzi lekármi porovnávanými na základe absolvovania dlhodobého psychoterapeutického výcviku (graf 9) a pohlavia. Výsledky vo vnímaní emočnej reakcie ako i dynamiky vzťahu lekár–pacient pri práci s chronickým úzkostným pacientom vyzdvihujú význam osobnostnej a profesionálnej zrelosti, ktorú človek dosiahne vekom a skúsenosťou. Praško napríklad hovorí o mechanickom prístupe nováčikov v terapii, ktorý patrí k dobe terapeutického vyzrievania (11).

Ak ale porovnáme výsledky týkajúce sa emočnej reakcie s typom a kombináciou farmakoterapie, lekár-

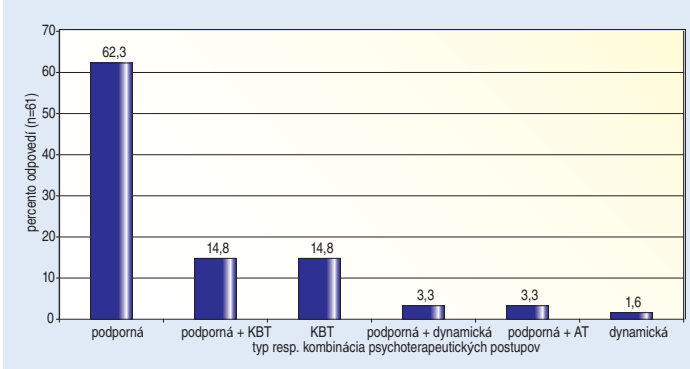
**Graf 1. Zástupenie pacientov s chronickými úzkostnými poruchami v psychiatrických ambulanciách**



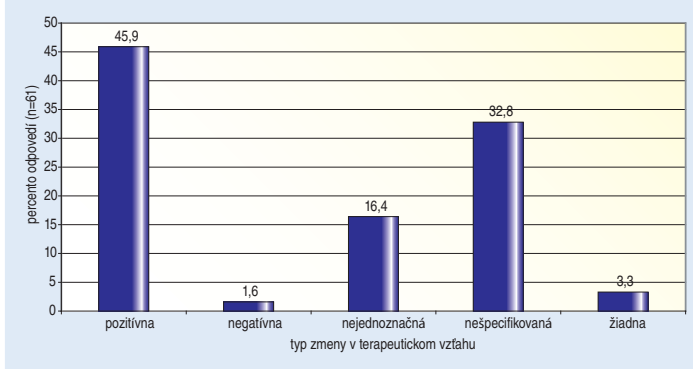
**Graf 2. Typy a kombinácie farmakoterapie využívané pri liečbe chronického úzkostného pacienta**



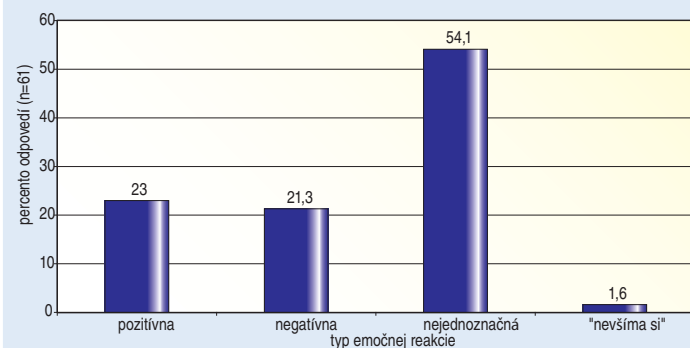
**Graf 3. Typy a kombinácie psychoterapeutických postupov využívaných pri liečbe chronického úzkostného pacienta**



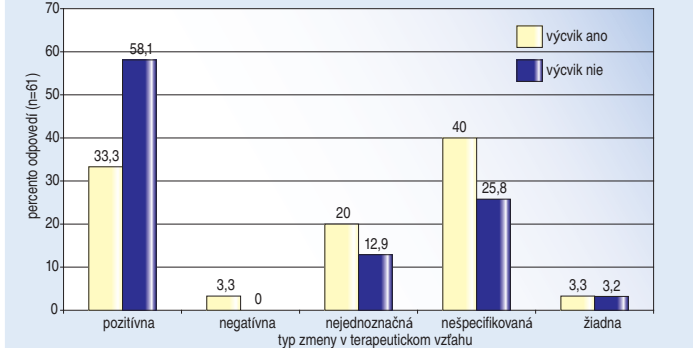
**Graf 4. Typ zmeny v terapeutickom vzťahu v priebehu liečby podľa subj. posúdenia psychiatra**



**Graf 5. Emocné reakcie na chron. úzkost. pacienta v priebehu liečby podľa subj. posúdenia psychiatra**



**Graf 6. Porovnanie typu zmeny v terapeutickom vzťahu v priebehu liečby na základe absolvovania dlhodobého psychoterapeutického výcviku**



ri do 15 rokov praxe častejšie používali monoterapiu AD a lekári nad 15 rokov praxe častejšie kombináciu AD a BZD-AX (graf 10). Lekári s výcvikom častejšie používali monoterapiu AD, lekári bez výcviku častejšie kombináciu AD a BZD-AX (graf 11). Pri takomto porovnaní výsledkov sa ponúkajú slová Berana o ordinácii farmaka ako náhrade psychoterapeutického prístupu (2). 52,5 % všetkých lekárov uviedlo, že nemá dostatok času na liečbu chronického úzkostného pacienta, zároveň 82 % lekárov uviedlo, že je možné chronickému úzkostnému pacientovi pomôcť. Akú úlohu na výsledkoch hrajú ďalšie faktory ako vyťaženosť lekára, ohodnotenie práce založené na kvantite a limity poisťovne? Neuvedomovanou motiváciou k ordinácii lieku je pranie, aby liek vyriešil určitú situáciu miesto lekára (2). Psychoterapia je málo bodovo ohodnotená, preskripcia liekov a vyšší ob-

rat pacientov, eventuálne dosiahnutie povoleného limitu za kratší čas je výhodnejšie (12).

Na psychoterapeutických konferenciách, ako i v odborných časopisoch sa môžeme stretnúť s povzdychom na tému, kam sa stráca psychoterapia, kde sú ľudia s absolvovanými výcvikmi, prečo nadobudnuté schopnosti nevyužívajú v praxi. Výsledky tejto práce ukazujú, že absolvovanie dlhodobého výcviku pravdepodobne vplyva na výber farmakoterapie, konkrétne na obmedzenie použitia benzodiazepínov, čo je pre pacienta výhodné a bezpečné.

## Záver

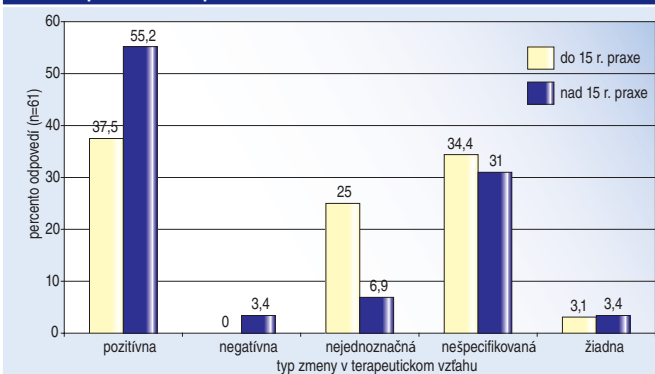
Práca ponúka sondu do ambulantnej psychiatrickej starostlivosti o chronického úzkostného pacienta.

Chronickí úzkostní pacienti tvorili 1–60 % všetkých ambulantných pacientov, častejšie sú zastúpe-

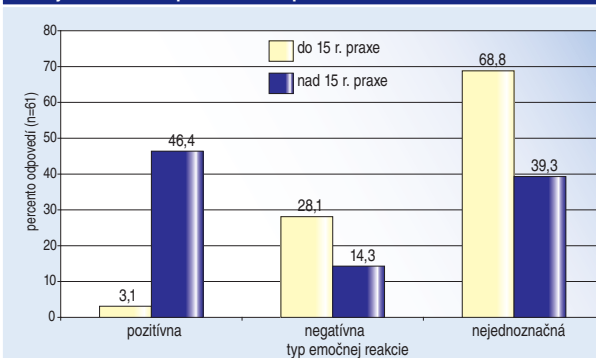
né ženy. Pri liečbe chronického úzkostného pacienta všetci lekári uviedli kombináciu farmakoterapie a psychoterapie. Zo špecifickej psychoterapie bola najviac použitá KBT. Pri farmakoterapii bol pacient najčastejšie liečený monoterapiou antidepresívami alebo kombináciou antidepresíva s benzodiazepínovými anxiolytikami. Lekári uviedli zmeny v terapeutickom vzťahu v priebehu liečby chronického úzkostného pacienta, väčšinou v zmysle zlepšenia spolupráce a dôvery.

Výsledky práce ukázali na rozdiely v prístupe k chronickému úzkostnému pacientovi medzi sledovanými skupinami lekárov na základe počtu rokov praxe a absolvovania dlhodobého psychoterapeutického výcviku. Lekári s výcvikom a lekári do 15 rokov praxe častejšie používali monoterapiu antidepresívami. Pri popise vlastnej emočnej reakcie na pacienta lekári do 15 rokov praxe signifikantne častejšie popísali

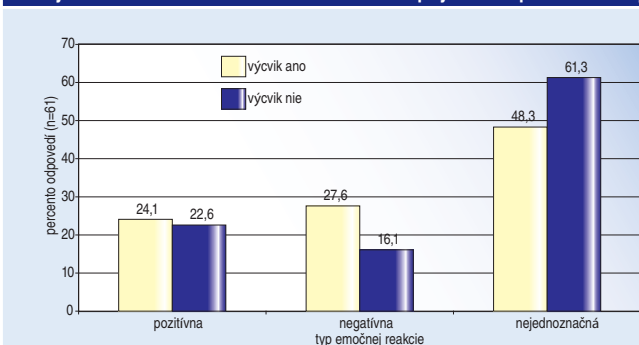
**Graf 7. Porovnanie typu zmeny v terapeutickom vzťahu v priebehu liečby na základe počtu rokov praxe**



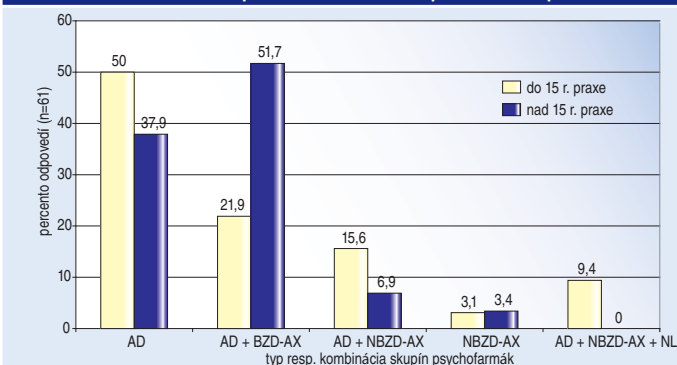
**Graf 8. Porovnanie emočné reakcie na chron. úzkost. pacienta v priebehu liečby na základe počtu rokov praxe**



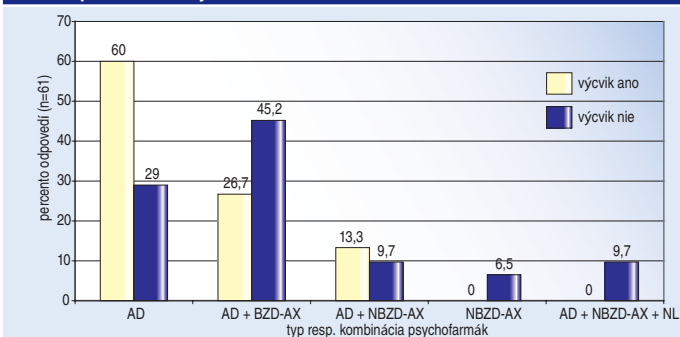
**Graf 9. Porovnanie emočnej reakcie na chron. úzkost. pacienta v priebehu liečby na základe absolvovania dlhodobého psychoterapeutického výcviku**



**Graf 10. Porovnanie typu a kombinácie farmakoterapie využívané pri liečbe chronického úzkostného pacienta na základe počtu rokov praxe**



**Graf 11. Porovnanie typu a kombinácie farmakoterapie využívané pri liečbe chronického úzkostného pacienta na základe absolvovania dlhodobého psychoterapeutického výcviku**



negatívne emočné prežívanie, ale nebol rozdiel medzi skupinami lekárov s výcvikom a bez výcviku. Výsledok ponúka význam osobnostnej a terapeutickú zrelosti súvisiacej s dĺžkou praxe a skúsenosťou. Porovnanie výsledkov týkajúcich sa dynamiky vo vzťahu lekár-pacient, emočnej reakcie a typu a kombinácie farmakoterapie ukázalo, že možnosť preskripcie farmakoterapie, zvlášť benzodiazepínov, pravdepodobne vplyva na terapeutický vzťah – na jeho zlepšenie a absolvovanie dlhodobého psychoterapeutického výcviku, pravdepodobne vplyva na výber farmakoterapie (na obmedzenie použitia benzodiazepínov). Práca slúži ako informácia z praxe a podnet k ďalšiemu štúdiu problematiky.

**MUDr. Lucia Žlnayová**  
PK FNŠP a LFUK, Bratislava  
e-mail: zlnayova@email.cz

## Literatúra

- van Balkom AJLM, Beekman ATF, de Beurs E, Deeg DJH, van Dyck R, van Tilburg V. Comorbidity of anxiety disorders in a community – based older population in The Netherlands. *Acta Psychiatr. Scand.* 2000; 101: 37–45.
- Beran J. Psychoterapeutický prístup v praxi. Vydavateľstvo H – H, Praha, 1992: 170.
- Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Springer Verlag, 1983. (slov. vydanie: Bleuler, E: *Učebnica z psychiatrie* (vybrané kapitoly). Trenčín: Vydavateľstvo F, 1998): 312–334.
- The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators: Prevalence of mental disorders in Europe: Results from European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr. Scand.* 2004; 109 (Suppl. 420): 21–27.
- The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators: 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: Results from European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr. Scand.* 2004; 109 (Suppl. 420): 28–37.
- Kořínková V. Farmakoterapia v psychiatrii. In: Dužík R, Trnovec T. *Štandardné terapeutické postupy*. Bratislava. Vydavateľstvo Osveta 2002: 642–644.
- Maršálek M. Komorbidita úzkostí a deprese. *Psychiatrie* 2003; 7(3): 203–213.
- MKN-10, Duševní poruchy a poruchy chování. (Popisy klinických příznaků a diagnostická u dětí. Geneva: WHO, 1992, Praha: PCP, 2000: 136–170.

- Nutt D, Rickels K, Stein DJ. *Generalized Anxiety Disorder. (Symptomatology, Pathogenesis and Management)*. London: Martin Dunitz Ltd, 2002: 12–26, 175–183.
- Praško J. Farmakoterapie úzkostních poruch. In: Vymětal, J. et al.: *Speciální psychoterapie (úzkost a strach)*. Praha: Jiří Kocourek – Psychoanalytické nakladatelství, 2000: 394–436.
- Praško J. Úvodní přednáška k zahájení 2. konference kognitivně-behaviorální terapie. *Psychiatrie* 2001(5); Suppl.4: 4–5.
- Praško J. Úvodník. Podzimní skepse. *Čes. a slov. Psychiatr.*, 101, 2005; No1: 5–6.
- Raboch J. Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresom a somatoformné poruchy. In: Raboch J, Zvolský P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén a Karolinum, Univerzita Karlova, 2001: 275–305.
- Tasman A. The Doctor – Patient Relationship and Psychotherapeutic Approaches in Pharmacotherapy – Improving Treatment Effectiveness. *Psychiatrie* 2001(5); 3: 144–150.
- Taylor D, Paton C, Kerwin R. The South London and Maudsley NHS Trust. 2003 Prescribing Guidelines. 7th. Edition. London: Martin Dunitz Ltd 2003: 109–168.
- Vaněk J. Naše? permanentní krize. *Čes. a slov. Psychiatr.*, 95, 1999, 1: 3.
- Witcher HU, Perkonig A, Lachner G, Nelson CB. Early Developmental Stages of Psychopathology Study (EDSP) Objectives and Design. *European Addiction Research* 4, 1998: 18–27.