

Jolanta Rabe-Jabłońska

Spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego a spektrum zaburzeń impulsywnych. Miejsce agresji w obu grupach zaburzeń¹

*Spectrum obsessive-compulsive disorder and spectrum impulse control disorders.
The role of aggression in both groups of disorders*

Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrii Młodzieżowej

Streszczenie

W artykule przedstawiono cechy charakterystyczne zaburzeń psychicznych kwalifikowanych do spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego oraz do spektrum zaburzeń kontroli impulsów. Zwrócono uwagę na częste występowanie agresji przejawiającej się w różny sposób (werbalnej, autoagresji, zachowań agresywnych wobec innych ludzi) u osób z tymi zaburzeniami a także na pokrywanie się w znacznym stopniu tych spektrów, wynikające z obecności objawów z obu grup w przypadku niektórych zaburzeń psychicznych oraz zbliżone efekty ich leczenia podobnymi grupami leków.

Summary

In article was presented characteristic features of mental disorders from spectrum obsessive compulsive disorder and spectrum impulse control disorders. Author underlined frequent occurrence of various forms of aggression (auto aggression, and verbal, as well as aggressive behavior in the presence of other people) in patients with these diagnosis, and coincidence some of these disorders as well as similar effects of treatment with similar psychotropic drugs.

Słowa kluczowe: spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, spektrum zaburzeń kontroli impulsów, agresja

Key words: spectrum obsessive-compulsive disorder, spectrum impulse control disorder, aggression

Pojawienie się terminu „spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (*spectrum obsessive-compulsive disorders* – OCDs)” wynikało z wieloletnich badań dotyczących grupy heterogennych, wywołanych różnymi czynnikami zaburzeń, które mają rozmaite kliniczne postacie, lecz zawsze, oprócz innych objawów, pojawiają się w ich przebiegu obsesje i/lub kompulsje.

¹ Praca wygłoszona podczas konferencji *Wszystko o agresji*, Warszawa, 8–9 kwietnia 2005.

Podstawą wyodrębnienia tych zaburzeń w ramach OCDs były jednak nie tylko wymienione objawy (obsesje i/lub kompulsje), ale także inne podobieństwa: wczesny początek rozwoju zaburzeń (najczęściej w adolescencji), a także podobne neurologiczne podstawy: tzw. hyper- lub hypofrontalność (potwierdzona badaniami neuroobrazowymi i neuropsychologicznymi), zaburzenia w zakresie układu serotonergicznego (wzrost lub spadek jego funkcji, dobre efekty leczenia lekami z grupy SSRI, przynajmniej u części pacjentów), a także udokumentowana poprawa u istotnego odsetka pacjentów po terapii behawioralno-poznawczej (3, 7, 29).

Do czynników wywołujących zaburzenia ze OCDs, podobnie jak w przypadku OCD, zalicza się:

1. czynniki środowiskowe: toksyny, infekcje wirusowe i bakteryjne, np. beta-hemolitycznym *Streptococcus A* (18);
2. czynniki genetyczne;
3. czynniki immunologiczne;
4. zaburzenia transmisji serotonergicznej;
5. uszkodzenia struktury oun i zaburzenia czynności połączeń (kora przedczołowa, jądra podstawy, układ limbiczny);
6. być może zaburzenia immunologiczne (2).

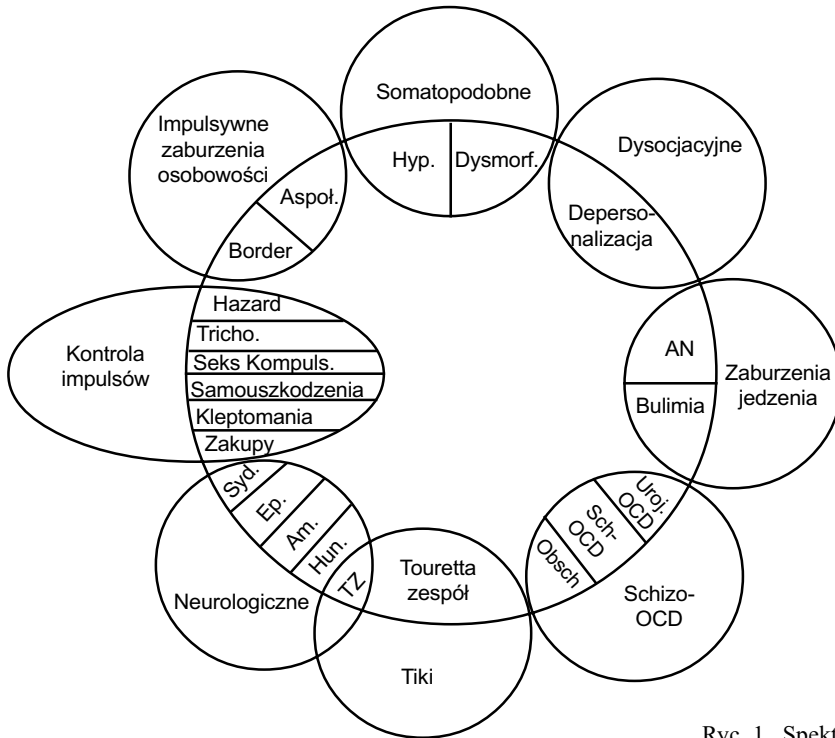
Udowodniono również, że istnieje wiele istotnych podobieństw pomiędzy pacjentami z OCD i OCDs w zakresie charakterystyki demograficznej, rodzinnego występowania zaburzeń, współchorobowości (tzn. współistnienia podobnych zaburzeń psychicznych) oraz przebiegu (1, 29).

Przeprowadzone w 1988 r. przez Epidemiologic Catchment Area – ECA) wykazały, że 10% populacji USA ma objawy OCDs, przy czym w tej grupie co najmniej kilkanaście procent stanowią osoby z rozpoznaniem schizofrenii, dziesięciokrotnie mniej – ok. 1,3%, to osoby, u których postawiono diagnozę zaburzeń schizofrenopodobnych (2, 6, 7). W skład OCDs najczęściej zalicza się:

1. schizo-OCD: urojeniowe OCD, schizotypia – OCD, schizofrenia – OCD (niektórzy ponadto wyróżniają OCD u osób ze schizofrenią spowodowane leczeniem neuroleptykami);
2. zaburzenia jedzenia: jadłowstręt psychiczny i bulimia psychiczna;
3. zaburzenia dysocjacyjne (depersonalizacja);
4. zaburzenia somatopodobne (hypochondria, dysmorfobia);
5. impulsive zaburzenia osobowości (pograniczne zaburzenia osobowości, społeczne zaburzenia osobowości);
6. zaburzenia kontroli impulsów (hazard, trichotillomania, kompulsje seksualne, samouszkodzenia, kleptomania, kompulsywne zakupy);
7. zaburzenia neurologiczne (płasawica Sydenhama, padaczka, autyzm, choroba Huntingtona, zespół Tourette'a);
8. tiki (zespół Tourette'a).

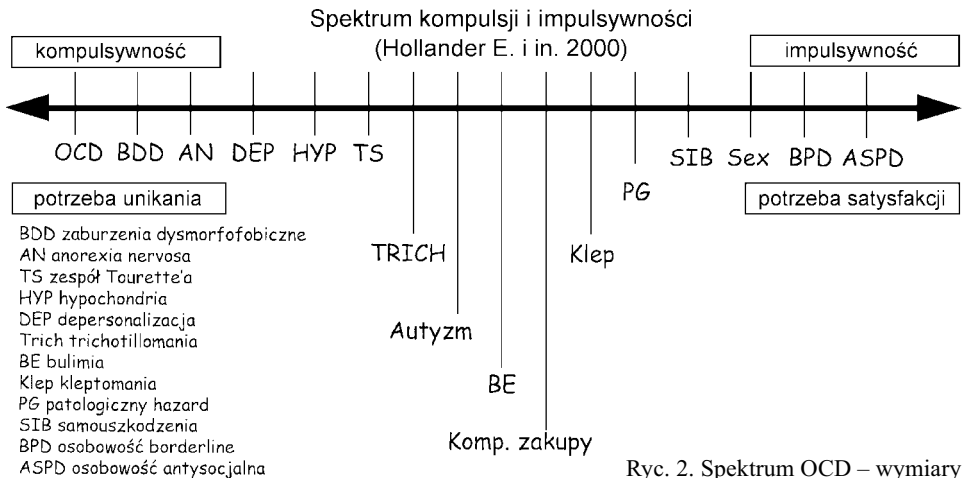
Zaburzenia wchodzące w skład OCDs można rozważać jako kontinuum od „czystych” zachowań kompulsyjnych (np. OCD, w mniejszym stopniu dysmorfobia, jadłowstręt psychiczny), wiążących się z „unikaniem” do przewagi zachowań impulsywnych (kompulsje seksualne, pograniczne i społeczne zaburzenia

Spektrum ZOK (Hollander, Benzaquen 1997)



Ryc. 1. Spektrum OCD

osobowości), charakteryzujących się „poszukiwaniem” oraz częstym występowaniem zachowań agresywnych. Zaburzenia takie jak: zespół Tourette’a czy „objadanie się” (*binge eating*) znajdują się mniej więcej pośrodku, tzn. charakteryzuje je zrównoważony udział przymusu psychicznego i działań impulsywnych oraz agresywnych (5, 14, 17, 18, 19, 20, 29).



Ryc. 2. Spektrum OCD – wymiary

Zaburzenia wchodzące w skład OCDs najczęściej rozpoczynają się w adolescencji lub wczesnej dorosłości, choć mogą już pojawić się w dzieciństwie. U krewnych pierwszego stopnia często występują podobne zaburzenia lub zaburzenia nastroju (istotnie częściej niż w populacji ogólnej). W większości przypadków zaburzenia te mają charakter przewlekły.

Wydaje się, że różne postacie OCDs z różną częstością pojawiają się zależnie od płci. Dotychczas przeprowadzone badania wykazały, że dysmorfofobia, kompulsywne zakupy i kleptomania występują częściej u kobiet niż u mężczyzn, natomiast u mężczyzn częściej stwierdza się kompulsyjny hazard, piromanię oraz tiki + OCD, szczególnie o bardzo wczesnym początku (78% przypadków dotyczy płci męskiej) (16, 29).

Spektrum zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego – OCDs

Większość zaburzeń zaliczonych przez autorów do OCDs ma w swoim obrazie klinicznym agresję przejawiającą się w różny sposób, np. wyłącznie w treściach obsesji lub w zachowaniach kompulsyjno-impulsywnych albo w obu grupach objawów. Należy jednak podkreślić, że cecha ta nie jest obecna we wszystkich zaburzeniach należących do OCDs, np. w hipochondrii.

Hipochondria jest zaburzeniem charakteryzującym się obecnością obsesji na temat bycia chorym i kompulsjami, polegającymi na sprawdzaniu zasadności kolejnej diagnozy, upewnianiu się, czy nie jest się chorym oraz przeżywaniem silnego lęku przed chorobą. Zaburzenie to występuje u ok. 2% populacji ogólnej, trzykrotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet. Przykładem przeciwnej sytuacji jest np. autyzm wczesnodziecięcy, a także jego atypowe postacie, w przebiegu których często pojawiają się zachowania agresywne o różnym obrazie i najprawdopodobniej różnej etiologii (5, 27). Autyzm wczesnodziecięcy, poważne zaburzenia neuropsychiatryczne, należące do tzw. całościowych zaburzeń rozwojowych ma w swoim obrazie klinicznym, poza szeregiem innych objawów, stereotypowe (kompulsyjne?) ruchy, zachowania, zainteresowania (obsesyjne?), potrzebę identyczności oraz różnorodne zachowania agresywne i autoagresywne i z tego powodu niektórzy autorzy skłonni są zaliczać to zaburzenie do OCDs, tym bardziej, że leczenie stosowane w większości zaburzeń kwalifikowanych do OCDs, może przynieść istotną poprawę również w zakresie wymienionych objawów (29).

Zaburzenia kontroli impulsów zaliczane do OCDs

Trichotillomania

Trichotillomania jest natomiast dobrym przykładem zaburzeń kontroli impulsów. Charakteryzuje ją powtarzające się, kompulsywne wrywanie włosów, niewynikające z żadnych rozsądnych przesłanek, prowadzące często do poważnej utraty owłosienia. Tak jak w przypadku OCD, istnieje przymus powtarzania czyn-

ności – kompulsje (wrywanie włosów), mimo martwienia się o konsekwencje takiego działania (utrata włosów), wrastające napięcie przed dokonaniem czynności i podczas próby jej odroczenia, odczuwanie uspokojenia jako gratyfikacji po wykonaniu czynności. Zaburzenia te nie wynikają z innych zaburzeń psychicznych i somatycznych (np. świąd skóry) i są przyczyną poważnego cierpienia i zaburzeń funkcjonowania społecznego (25).

Schizo-OCD

Innym interesującym zaburzeniem jest tzw. Schizo-OCD. Pierwsze doniesienia na temat częstego współwystępowania OCD i schizofrenii pochodzą z XIX wieku i zawdzięczamy je Berriosowi. Powrócono do badań tego zjawiska dopiero trzydzieści lat później. Kolejne badania wykazywały coraz wyższy odsetek pacjentów ze schizofrenią, jednocześnie mających obsesje i kompulsje – od 1% do 46% (26).

Z większości badań epidemiologicznych wynika, że w populacji ogólnej w ciągu życia na OCD cierpi 2–3% osób, natomiast na schizofrenię 1–1,5%. Analiza dokonanych badań nad rozpowszechnieniem OCD w populacji pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii wykazuje, że współistnienie tych zaburzeń jest istotnie statystycznie częstsze niż to wynika z rozpowszechnienia każdego z nich, gdy występuje pojedynczo. W ostatnich latach najczęściej stwierdzano je u kilkunastu procent pacjentów (26).

Dokonane badania neuroobrazowe i neuropsychologiczne przynoszą dowody, że schizo-OCD mogą stanowić formę pośrednią między schizofrenią i OCD, łączącą zmiany w strukturze o.u.n. i czynności, charakterystyczne dla pojedynczych zaburzeń psychicznych. Być może u niektórych pacjentów z pierwotnym rozpoznaniem schizofrenii, w wyniku trwania procesu chorobowego w o.u.n., dochodzi do zaburzeń w kolejnych strukturach i połączeniach mózgowych. Pojawiają się wówczas dodatkowo obsesje i kompulsje, u mniejszej części pacjentów od początku obecne są objawy z obu grup zaburzeń psychicznych. Wiadomo również, że u pewnej grupy pacjentów leczenie przeciwpsychotyczne (np. kłozapina) wyzwała objawy OCD (25).

Spektrum zaburzeń kontroli impulsów – ICDs

Koncepcja spektrum zaburzeń kontroli impulsów (spectrum control impulsive disorders – ICDs) jest jeszcze młodsza niż koncepcja OCDs. Jej twórcy, kwalifikując zaburzenia psychiczne do tego spektrum, kierowali się obecnością w ich obrazie klinicznym przede wszystkim zaburzeń kontroli zachowań impulsywnych. Jednak ICDs w znacznym stopniu pokrywa się ze OCDs, co powoduje, że zależnie od przyjętych kryteriów, te same zaburzenia mogą być kwalifikowane do jednej lub do drugiej grupy w trakcie prowadzonych badań, co zdecydowanie prowadzi do trudności w interpretacji i porównywaniu ich wyników.

W skład ICDs Hollander w 2004 r. zakwalifikował:

Zaburzenia kontroli impulsów:

- zaburzenia wybuchowe,
- kleptomania,
- hazard,
- piromania,
- trichotillomania,
- kompulsywne zakupy,
- hiperseksualne zaburzenia, a także uzależnienie od Internetu i inne impulsywne zachowania: używanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia jedzenia (anoreksja i bulimia psychiczna), ADHD, choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia osobowości (borderline, antyspołeczna) oraz inne neurologiczne zaburzenia wynikające z zaburzeń hamowania o.u.n (3, 9, 17, 23).

Porównując zaburzenia należące do ICDs i OCDs, można powiedzieć, że pierwszą grupę charakteryzuje brak oporu przeciw impulsom lub popędom, które są szkodliwe dla ludzi lub otoczenia, wzrost odczuwania napięcia lub pobudzenia przed działaniem, doświadczanie przyjemności, gratyfikacji lub rozładowania w czasie działania oraz niezdolność do odraczenia nagrody, natomiast OCDs przede wszystkim: uporczywe, powracające wbrew woli myśli, obawy, wyobrażenia, impulsy, a także przymus wykonywania określonych czynności, rytuałów, możliwych do powstrzymania na krótki czas, z towarzyszącym narastaniem niepokoju, lęku, rozdrażnienia. Uspokojenie doświadczane jest czasem na krótko po wykonaniu czynności przymusowych, czasem zaś – niepokój narasta.

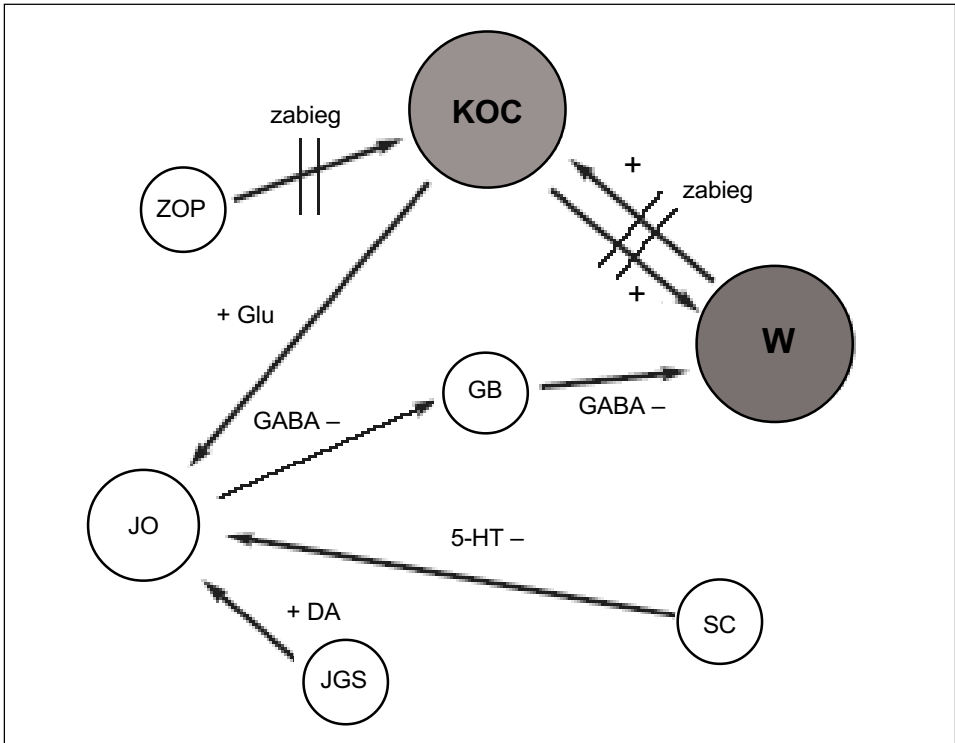
Niektórzy autorzy za typowy przykład ICDs uznają, wyróżnione w ICD-10, poważne, nawracające samouszkodzenia (*The Deliberate Self-Harm Syndrome* – DSH). Zespół tych objawów może pojawiać się samodzielnie lub w przebiegu innych zaburzeń albo współwystępować z nimi. Są to zaburzenia psychotyczne, afektywne, świadomości, zaburzenia osobowości (osobowość chwiejna emocjonalnie, aspołeczne zaburzenia osobowości, osobowość pograniczna), a także organicznie uwarunkowane zachowania agresywne.

Można założyć, że pokrywanie się istotnej części kategorii OCDs z ICDs wynika, przynajmniej w przypadku niektórych zaburzeń, ze wspólnych biologicznych uwarunkowań.

Wyniki badań neuroobrazowych osób z OCD i OCDs świadczą, że są one najprawdopodobniej związane głównie z nadmierną aktywacją jąder ogoniastych.

Wzbudzenie kory oczodołowo-czołowej i przedniej części zakrętu obręczy podstawy powoduje objawy afektywne, zaburzenia uwagi selektywnej. Nieprawidłowości w obszarze skroniowym, ciemieniowym i tylnej części zakrętu obręczy odpowiadają za pojawienie się lęku.

Zgodnie z koncepcją Baxtera, pierwotnym zaburzeniem w OCD i najprawdopodobniej również w OCDs jest nadmierna aktywacja kory oczodołowo-czołowej, co z kolei nadmiernie aktywuje jądra ogoniaste, które hamują gałkę bładą i w ten sposób znoszą jej hamujący wpływ na wzgórze. Nadmierne wzbudzone wzgórze ponownie pobudza zwrótnie korę oczodołowo-czołową (3).



Rycina 4. Obwód neuronalny prawdopodobnie związany z patogenezą OCD

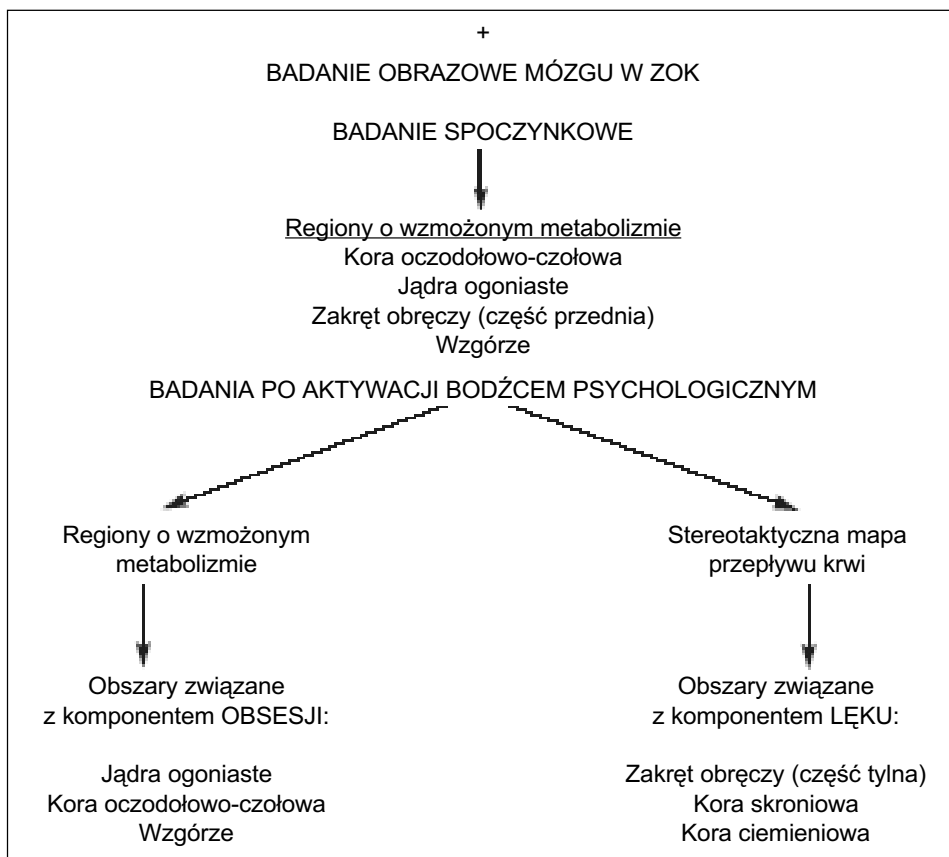
Legenda:

KOC – kora oczodołowo-czołowa;
JO – jądro ogoniaste;
GB – gałka błada;
W – wzgórze;
SC – substancja czarna;
JGS – jądro grzbietowe szwu;
ZOP – przednia część zakrętu obręczy;

Glu – kwas glutaminowy;
DA – dopamina;
5-HT – serotonina;
GABA – kwas gamma-aminomasłowy;
+ – wskazuje na pobudzający charakter przekazywanych impulsów;
- – wskazuje na hamujący charakter przekazywanych impulsów.

Uważa się, że w przebiegu ICDs dochodzi do deplecji serotoniny w o.u.n., najprawdopodobniej do spadku inhibicji serotoniny przez układ dopaminergiczny. W niektórych modelach zwierzęcych stwierdzono spadek pobudzenia receptora 5-HT_{1A} lub 5-HT_{1B} oraz wzrost pobudzenia receptora 5-HT₂. Ustalono również obecność zaburzeń w zakresie układu gabaergicznego, dopaminergicznego, noradrenergicznego i glutaminianergicznego (28).

Badania genetyczne wskazują na obecność u części osób z ICDs polimorfizmów genu hydroksylazy tryptofanowej, receptora 5-HT_{2R}, transportera 5-HT a także COMT oraz receptorów alfa₂ noradrenergicznych i dopaminergicznych. Funkcjonalne badania neuroobrazowe wskazują na zmianę aktywności następujących struktur mózgowych w ICDs: *ventral tegmental area*, *locus coeruleus*, *lateral hypothalamus*, *nucleus accumbens*, *caudate nucleus*, *raphe nuclei*, *prefrontal cortex*, *amygdala*, *ventromedian hypothalamus*, *anterior cingulate* (28).



ZOK – zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne

Rycina 5. Badania obrazowe mózgu u chorych z OCD

Leczenie OCDs i ICDs

Leczenie OCDs, podobnie jak OCD, składa się zawsze z następujących elementów:

1. długotrwałej farmakoterapii (leczenie ostrego stanu 10–12 tygodni, wielomiesięczne leczenie podtrzymujące, niektórzy autorzy zalecają 1 rok lub dłużej);
2. terapii behawioralno-poznawczej;
3. ewentualnie EW.

Z przeprowadzonych badań nad efektami leczenia lekami z grupy SSRI OCDs wynika, że podobnie jak podczas leczenia wyłącznie OCD, poprawę uzyskuje ok. 60% leczonych (poza schizo-OCD), ale u 80–90% stosowano dodatkowo następujące leki działające na układ serotonergiczny, celem wzmocnienia początkowo uzyskanych efektów monoterapii jednym z SSRI: buspiron, fenfluramina; na układ dopaminergiczny: pimozyd, haloperidol, risperidon; GABA-ergiczny: klonazepam, walproininany, rzadziej lit lub dodatkowo inne leki przeciwdepresyjne (8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 24).

W przypadku schizo-OCD najczęściej podejmowano próbę dodania leków z grupy SSRI do stosowanego leczenia przeciwpsychotycznego. Takie postępowanie przynosiło poprawę tylko u części pacjentów – ok. 30% (12, 16).

Niektórzy autorzy podkreślają, że pewne leki przeciwpsychotyczne, np. klozapina mogą wzbudzać kompulsje, rzadziej obsesje i w tym przypadku efekty leczenia objawów OCD są gorsze, czasem ustępują po odstawieniu neuroleptyku (16).

Farmakoterapia impulsywności

Zakłada się, że w ICDs mogą być skuteczne: substancje działające na układ serotonergiczny, dopaminergiczny, noradrenergiczny (działające np. na jądra migdałowate) oraz na układy GABA- i glutaminianergiczny (w obwodzie korowo-prążkowiowym).

Z przeglądu piśmiennictwa wynika natomiast, że w leczeniu ICDs stosowano: SSRI, agonistów 5-HT_{1A}, antagonistów 5-HT₂, lit, leki przeciwdrgawkowe, neuroleptyki klasyczne i leki przeciwpsychotyczne II generacji, beta-blokery, agonistów alfa₂-adrenergicznych (np. klonidynę), antagonistów opiatów (np. naltrekson), agonistów dopaminergicznych (np. stymulanty, bupropion) (13, 15, 22).

W przypadku dominującej autoagresji i agresji stosowano najczęściej pochodne kwasu walproinowego, lit i/lub leki przeciwpsychotyczne, przede wszystkim II generacji, w innych zaburzeniach podejmowano rozmaite próby farmakologiczne, np. w przypadku patologicznego hazardu stosowano naltrekson, bulimii psychicznej – topiramate. Zwykle efekty farmakoterapii dotyczyły nieco ponad 1/3 leczonych, w wyjątkowych przypadkach spostrzegano istotną poprawę u ok. 60% osób. Podobnie jak w przypadku OCDs, terapia behawioralno-poznawcza zwykle była nieodzownym postępowaniem, zdecydowanie poprawiających efekty leczenia.

Podsumowanie

Zachowania agresywne i autoagresywne mogą pojawić się w obrazie klinicznym różnych zaburzeń psychicznych. Są także składową zarówno zaburzeń zaliczanych do OCDs, jak i ICDs, przy czym istnieje stosunkowo duża grupa tych zaburzeń łącząca cechy zarówno charakterystyczne dla OCD, jak i ICD, w których agresywność przejawia się w treściach przeżyć i w działaniach. Istnieją dane wskazujące, że w tym przypadku najprawdopodobniej należy łączyć farmakoterapię zalecaną w OCD i ICD.

Piśmiennictwo

1. Baer L, Jenike MA: *Personality disorders in obsessive-compulsive disorder*, Psych. Clin. N. Am. 1992; 15 (4): 803–812.
2. Degonda M, Wyss M, Angst J: *The Zurich study XVIII. obsessive-compulsive disorder and syndromes in general population*, Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 1993; 243 (1): 16–22.

3. den Boer JA, Westenberg HGM: *Obsessive-compulsive spectrum disorders*, Synthesis, Amsterdam 1997.
4. Doubremelle CB, Millet JP, Olie P: *Schizophrenia with obsessive-compulsive symptoms: review of the different pharmacotherapeutic approaches*, *Encephale* 2000; 26: 81–89.
5. Fallon BA, Rasmussen Sa, Liebowitz MR: *Hypochondriasis*, w: E. Hollander (red.): *Obsessive-compulsive related disorders*, American Psychiatric Press, Washington 1993.
6. Fenton WS, McGlashan TS: *The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia*, *Am. J. Psychiatry* 1986; 143: 437–441.
7. Hollander E: *Obsessive-compulsive spectrum disorders: a overview*, *Psych. Ann.* 1993; 23 (7): 355–358.
8. Hollander E, Cohen L, Simeon D: *Body dysmorphic disorder*. *Psych Ann* 1993, 23 (7), 359–364.
9. Hollander E, Frenkel M, De Caria CM: *Treatment of pathological gambling with clomipramine (letter)*, *Am. J. Psychiatry* 1992;149: 710–711.
10. Hollander E, Lebowitz MR, Fallon B, Fairbanks J, DeCaria CM, Klein DE: *Treatment of depersonalization with serotonin-reuptake blockers*, *J. Clin. Psychopharm.* 1990;10: 200–203.
11. Hollander E, Liebowitz MR, Winchel R: *Treatment of body dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers*, *Am. J. Psychiatry* 1989; 146: 768–770.
12. Hwang MY, Martin AM, Lindenmayer JP, Stein D, Hollander E: *Treatment of schizophrenia with obsessive-compulsive features with serotonin reuptakes inhibitors*, *Am. J. Psychiatry* 1993; 150 (7): 1127.
13. Kavoussi RJ, Liu J, Coccaro EF: *An open trial of sertraline in personal disordered patients with impulsive aggression*, *J. Clin. Psychiatry* 1994; 55; 137–141.
14. Kolko DJ, Kazdin AE: *Prevalence of fire setting in children and adolescents*, *J. Abnorm. Child Psychology* 1986; 14: 49–61.
15. Markovitz P: *Pharmacotherapy of impulsivity, aggression, and related disorders*, w: Hollander E, Stein DJ: *Impulsivity and aggression*, John Wiley and Sons, New York 1995: 263–287.
16. McDougle CJ, Goodman WK, Price LH: *Neuroleptic addition on fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder*, *Am. J. Psychiatry* 1990; 147: 652–654.
17. McElroy SL, Keck PE, Pope HG: *Compulsive buying: a report of 20 cases*, *J. Clin. Psychiatry* 1994; 55 (5): 242–248.
18. Murphy T, Fudge M, Dalal M: *D8/17 positivity in childhood-onset OCD and or TS*, Poster of ACNP Meeting 1995, Porto Rico.
19. Rabe-Jabłońska J: *Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne u dziewcząt z zaburzeniami odżywiania*. *Psychiatr. Pol.* 1996; XXX, 2: 187–200.
20. Rabe-Jabłońska J: *Dysmorfofobia. Obraz kliniczny, kryteria rozpoznawania, rozpowszechnienie, przebieg, leczenie*, *Psychiatr. Pol.* 1998; XXXII, 2: 133–142.
21. Rabe-Jabłońska J: *Wyniki długotrwałej (3–11 lat) obserwacji osób z podwójną diagnozą: dysmorfofobii i psychozy urojeniowej, typ somatyczny*, *Psychiatr. Pol.* 1998; XXXII, 2: 143–15.
22. Sheard MH: *Lithium in the treatment of aggression*, *J. Nerv. Men. Dis.* 1975; 160: 108–118.
23. Sołtys SM: *Pyromania and fire-setting behaviors*, *Psych. Ann.* 1992; 22(2): 79–83.
24. Stein DJ, Hollander E, Anthony DT: *Serotonergic medication for sexual obsessions, sexual addictions and paraphilias*, *J. Clin. Psychiatry* 1992; 53: 267–271.
25. Stein DJ, Simeon D, Cohen L, Hollander E: *Trichotillomania and obsessiv-compulsive disorder*, *J. Clin. Psychiatry* 1995; 56 (4): 28–34.
26. Tibbo PM, Kroetsch P, Chue L, Warneke T: *Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia*, *J. Psychiatr. Res.* 2000; 34: 139.
27. Warwick HM: *Assessment of hypochondriasis*, *Beh. Res. Ther.* 1995; 33 (7): 845–853.
28. Winchel RM, Stanley M: *Self-injuries behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation*, *Am. J. Psychiatry* 1991; 148: 306–317.
29. Wong CM, Hollander E: *New dimensions in the OCD spectrum: autism, pathological gambling and compulsive buying*, *Primary Psychiatry* 1996; 3 (3): 20–38.