

Lęk i depresja u chorych na astmę oskrzelową

Anxiety and depression in bronchial asthma

Karina Badura¹, Zenon Brzoza², Piotr Gorczyca¹,
Jerzy Matysiakiewicz¹, Robert T. Hese¹, Barbara Rogala²

¹Z Katedry i Oddziału Klinicznego Psychiatrii w Tarnowskich Górach, ŚAM w Katowicach
Kierownik: dr hab. med. R. T. Hese

²Z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Alergologii i Immunologii Klinicznej w Zabrze,
ŚAM w Katowicach

Kierownik: prof. ŚAM dr hab. med. B. Rogala

U 57 chorych, leczonych ambulatoryjnie z powodu astmy oskrzelowej atopowej i nieatopowej, oceniano metodą ankietową poziom lęku i depresji, stwierdzając w grupach badanych większą częstotliwość występowania powyższych zaburzeń w porównaniu z grupami kontrolnymi.

astma oskrzelowa
lęk
depresja

Higher prevalence of anxiety and depression, assessed by questionnaires, was established in a group of 57 patients suffering from atopic and nonatopic bronchial asthma in comparison to control groups.

bronchial asthma
anxiety
depression

Wstęp

W myśl definicji sformułowanej w 1992 roku przez Międzynarodową Grupę Ekspertów, uzupełnionej w 1995 roku w ramach programu GINA (Global Initiative for Asthma), astma oskrzelowa jest przewlekłą chorobą zapalną dróg oddechowych, w której bierze udział wiele komórek, a szczególnie: komórki tuczne, eozynofile i limfocyty T. U osób z predyspozycją genetyczną do atopii zapalenie to powoduje epizody nawracających świstów, duszności, uczucia „ciasnoty w klatce piersiowej” i kaszlu, szczególnie w nocy i/lub wczesnie rano. Objawy te są powiązane z rozległym zwężeniem oskrzeli, które przynajmniej częściowo jest odwracalne samoistnie lub w wyniku leczenia. Przewlekły stan zapalny oskrzeli powoduje wzrost reaktywności oskrzeli na różne bodźce. Jak wynika z danych statystycznych, astma oskrzelowa jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób przewlekłych, schorzenie to dotyczy około 5% populacji ogólnej [1].

Uwzględnienie determinacji genetycznej przemian będących podstawą rozwoju choroby, wraz z uznaniem roli immunoglobuliny E w reakcji zapalnej, umożliwiło dokonanie podziału na:

1) astmę oskrzelową atopową (dawniej określaną mianem zewnątrzpochodnej) – objawy pojawiają się na ogół przed 35 rokiem życia u osób z cechami atopii, obciążonych dziedzicznie chorobami alergicznymi; czynnikiem wyzwalającym są najczęściej alergeny wziewne;

2) astmę oskrzelową nieatopową (dawniej określaną mianem wewnątrzpochodnej) – której w etiologii nie zawsze udaje się ustalić rodzaj czynnika wyzwalającego; w rozwoju choroby duże znaczenie przypisuje się zakażeniom bakteryjnym i wirusowym; choroba ujawnia się na ogół po 35 r.ż. [2].

Z klinicznego punktu widzenia astmę oskrzelową (zgodnie z kryteriami American Thoracic Society) podzielono na epizodyczną i przewlekłą, w postaci lekkiej, umiarkowanej i ciężkiej.

Duży wpływ na przebieg astmy oskrzelowej mają czynniki psychologiczne i emocjonalne, które mogą wyzwoić bądź zaostrzyć dolegliwości. W latach 30. ubiegłego stulecia, gdy rozwijał się nurt medycyny psychosomatycznej, zaliczano astmę oskrzelową do chorób psychosomatycznych, obok takich schorzeń, jak nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca czy choroba wrzodowa żołądka. Zgodnie z definicją chorób psychosomatycznych ostry lub przewlekły uraz psychiczny jest podstawowym czynnikiem odpowiedzialnym za ich wystąpienie bądź zaostrzenie [3].

Współczesne koncepcje etiopatogenezy chorób zakładają współistnienie czynników biologicznych, psychicznych i środowiskowych [4]. Bez względu na to, jaką teorię etiopatogenezy astmy przyjmujemy, niewątpliwie czynniki psychiczne w dużym stopniu stanowią o przebiegu choroby [5].

Celem pracy była ocena lęku i depresji w grupie chorych na astmę oskrzelową, z uwzględnieniem podziału na astmę oskrzelową atopową i nieatopową.

Material

Badaniem objęto 57 pacjentów Wojewódzkiej Poradni Alergologicznej w Zabrze, leczonych z powodu astmy oskrzelowej o lekkim lub umiarkowanym przebiegu, wśród których wyodrębniono chorych na:

- astmę oskrzelową atopową (12 kobiet i 25 mężczyzn – śr. wieku $31,86 \pm 11,28$) oraz
- astmę oskrzelową nieatopową (12 kobiet i 8 mężczyzn – śr. wieku: $55,15 \pm 8,65$).

Chorobę rozpoznano na podstawie wywiadu, obrazu klinicznego oraz wyników testów skórnych. Pacjenci obu grup wykazywali podobny średni czas trwania choroby – ok. 17 lat. Ze względu na duże różnice wiekowe obu grup badanych, dobrano dwie grupy kontrolne, odpowiednie pod względem wieku i płci. Do grup kontrolnych kwalifikowano osoby bez cech atopii, u których nigdy nie występowały przewlekłe schorzenia układu oddechowego.

Wszyscy badani byli na wstępie poinformowani o celu i rodzaju badań, na które wyrazili zgodę.

Metody

W celu oceny poziomu depresji użyto Inwentarza Objawów Depresyjnych (Beck Depression Inventory – BDI). Przyjęto następującą punktową skalę oceny stopnia nasilenia depresji: 0–11 pkt. – brak depresji, 12–26 pkt. – depresja łagodna, 27–49 pkt. – depresja umiarkowana, 50–60 pkt. – depresja ciężka [6].

Nasilenie lęku badano za pomocą Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) wg Spielbergera, w opracowaniu Wrześniewskiego i Sosnowskiego. Inwentarz zawiera 40 stwierdzeń, z których połowa ocenia lęk jako względnie stałą cechę osobowości (STAI-X2), pozostałe – jako stan uwarunkowany sytuacyjnie (STAI-X1) [7]. Dodatkowo, w celu oceny lęku i depresji użyto Skali Lęku i Depresji HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), składającej się z dwóch niezależnych, zawierających po 7 stwierdzeń, podskal, z których jedna ocenia lęk (HADS-A), a druga depresję (HADS-D). Osiągnięcie w każdej z podskal 0–7 pkt. uznawane jest za normę, 8–10 pkt. za łagodne zaburzenia, 11–14 pkt. – zaburzenia umiarkowane, 15–21 pkt. – zaburzenia ciężkie [4].

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej za pomocą testu Manna-Whitneya, testu Chi² i testu Spearmana (Statistica, STATSOFT INC.). Za znamienne statystycznie przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Korzystając z otrzymanych danych, dokonano także próby oceny zgodności wyników różnych skal lęku i depresji.

Wyniki

W grupie badanej, zarówno z rozpoznaniem astmy oskrzelowej atopowej, jak i nieatopowej, zaobserwowano większe nasilenie lęku i depresji, ocenianych za pomocą wszystkich skal (tab.1).

Tabela 1

Średnie wartości (\pm SD) nasilenia lęku i depresji u chorych na astmę oskrzelową (AA – astma oskrzelowa atopowa, AN – astma oskrzelowa nieatopowa) w porównaniu z grupami kontrolnymi (KAA – gr. kontrolna dla AA, KAN – gr. kontrolna dla AN)

RODZAJ CHOROBY	liczba pacjentów	Średni wiek	STAI-X1	STAI-X2	HADS-A	HADS-D	BDI
			$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$
AA	37	31,86 \pm 11,3	39,03 \pm 10,41	42,67 \pm 9,71	7,24 \pm 4,98	4,84 \pm 3,95	9,35 \pm 9,97
KAA	31	25,6 \pm 5,01	34,40 \pm 7,99	37,61 \pm 5,83	4,48 \pm 2,71	2,03 \pm 1,80	4,06 \pm 3,52
AN	20	55,15 \pm 3,65	43,60 \pm 11,78	47,60 \pm 3,39	7,80 \pm 4,43	8,40 \pm 4,23	15,50 \pm 3,78
KAN	22	51,00 \pm 5,16	40,45 \pm 3,44	41,23 \pm 9,89	6,77 \pm 3,52	5,45 \pm 3,84	7,95 \pm 7,43

Spośród 37 pacjentów z rozpoznaniem astmy oskrzelowej atopowej objawy depresji miało 12 osób. Średnia w skali Becka wynosiła 9,35 punktów (tab.1, tab. 2).

Odpowiednio w grupie kontrolnej z 31 osób objawy depresji miały 2 – średnia

Tabela 2

Częstość występowania poszczególnych stopni nasilenia depresji ocenianej za pomocą skali Becka (BDI) w grupach badanych i kontrolnych

STOPIEŃ NASILENIA DEPRESJI	AA		KAA		AN		KAN	
	p<0,05				p<0,05			
	Liczba pacjentów	%N	Liczba pacjentów	%N	Liczba pacjentów	%N	Liczba pacjentów	%N
Brak depresji	25	67,67	29	93,55	9	45,00	20	90,91
łagodna	9	24,32	2	6,45	8	40,00	1	4,54
Umiarkowana	3	8,11	0	0,00	3	15,00	1	4,54
Ciężka	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

w skali Becka 4,06 punktów. Różnice te były znamienne statystycznie. W grupie pacjentów z rozpoznaniem astmy oskrzelowej nieatopowej z 20 osób objawy depresji miało 11 osób – średnia w skali Becka 15,50 pkt. Odpowiednio w grupie kontrolnej wśród 22 osób objawy depresji miały 2 osoby – średnia w skali Becka 7,95 pkt. Różnice były znamienne statystycznie. Porównano także między sobą dwie grupy badane, wykazując znamienne statystycznie większe nasilenie oraz częstość występowania objawów depresji w grupie pacjentów z rozpoznaniem astmy oskrzelowej nieatopowej (tab.1, tab. 2, tab. 3).

Zanotowano również większy poziom lęku w grupach badanych w porównaniu

Tabela 3

Częstość występowania poszczególnych stopni nasilenia depresji ocenianej za pomocą skali HADS-D w grupach badanych i kontrolnych

STOPIEŃ NASILENIA DEPRESJI	AA		KAA		AN		KAN	
	p<0,05				p<0,05			
	Liczba pacjentów	%N	Liczba pacjentów	%N	Liczba pacjentów	%N	Liczba pacjentów	%N
Brak depresji	28	75,67	31	100	7	35,00	16	72,73
łagodna	3	8,11	0	0,00	8	40,00	4	18,18
Umiarkowana	6	16,22	0	0,00	4	20,00	2	9,09
Ciężka	0	0,00	0	0,00	1	5,00	0	0,00

z grupami kontrolnymi. Znamienne statystycznie były jedynie różnice między wartościami określającymi lęk jako cechę osobowości, znamienności takiej nie wykazano

porównując wyniki oceny lęku jako cechy i jako stanu między grupami badanymi, tj. chorymi atopowymi i nieatopowymi, pomimo większego poziomu lęku u pacjentów nieatopowych (tab.1). Stopień nasilenia oraz częstość występowania lęku i depresji ocenianych za pomocą skal BDI oraz HADS przedstawiono w tab. 2, tab. 3 oraz tab. 4.

Tabela 4

Częstość występowania poszczególnych stopni nasilenia lęku ocenianego za pomocą skali HADS-A w grupach badanych i kontrolnych

STOPIEŃ NASILENIA LEKU	AA		K.AA		AN		KAN	
	p<0,05				p<0,05			
	Liczba pacjentów	%	Liczba pacjentów	%	Liczba pacjentów	%	Liczba pacjentów	%
Brak lęku	21	56,76	26	83,87	10	50,00	15	68,18
łagodny	4	10,81	4	12,90	4	20,00	4	18,18
Umiarkowany	7	18,92	1	3,23	4	20,00	2	9,09
Ciężki	5	13,51	0	0,00	2	10,00	1	4,54

Ponieważ lęk i depresję mierzono za pomocą trzech niezależnych narzędzi, dokonano próby oceny ich zgodności, wykazując silne dodatnie korelacje między wynikami uzyskanymi w poszczególnych kwestionariuszach w ocenie lęku i depresji we wszystkich grupach.

Omówienie

Uzyskane wyniki świadczą o większym nasileniu lęku i depresji w grupie chorych na astmę oskrzelową (niezależnie od obecności cech atopii) w porównaniu z grupami kontrolnymi. Pomimo różnic znamiennej statystycznie, stopień nasilenia objawów nie był wysoki. Większość pacjentów wykazywała cechy łagodnych lub umiarkowanych zaburzeń. Większe nasilenie objawów w grupie pacjentów nieatopowych może wynikać z zaawansowanego wieku tych chorych oraz większej liczby chorób współistniejących. Przyjmuje się, że im mniejszy jest udział czynnika alergicznego w wyzwalaniu duszności astmatycznej, tym większy udział czynnika psychologicznego. Im późniejszy jest wiek ujawnienia się choroby, tym udział czynnika emocjonalnego jest większy, stąd duże zaburzenia emocjonalne stwierdzone są szczególnie u chorych z postacią nieatopową astmy [8]. Objawy depresji mogą być spowodowane powtarzającymi się dolegliwościami, poczuciem braku kontroli nad objawami choroby, upośledzeniem codziennej aktywności. Wszystko to może prowadzić do poczucia małej wartości, przygnębienia i depresji [9, 10, 11]. Objawy lęku mogą być indukowane przez nagłość ataku i zagrożenie dla życia, jaki czasami powoduje

[10]. Znamienne statystycznie większe nasilenia lęku jako cechy może przemawiać za określonym profilem osobowości chorych na astmę oskrzelową [5].

Z danych z literatury wynika, że stan psychiczny ma ścisły związek z funkcjonowaniem układu oddechowego [9, 10, 11, 12]. Niektórzy autorzy podkreślają częste występowanie zaburzeń psychicznych u osób ze schorzeniami alergicznymi, jednakże duże nasilenie lęku i depresji oraz obecność innych zaburzeń psychicznych notowano jedynie w astmie o ciężkim przebiegu z licznymi stanami zagrożenia dla życia [12, 13, 14]. W przebiegu lekkim i umiarkowanym nasilenie objawów jest średnie i wynika raczej z przewlekłego charakteru choroby [15]. Beel i wsp. [16] wysunęli hipotezę, że nasilenie objawów depresji w astmie i innych chorobach alergicznych może wynikać z pewnych zaburzeń immunologicznych, co wiązałoby się z jedną z teorii dotyczących etiopatogenezy depresji, która przyczyn zachorowania na depresję upatruje w zaburzeniach funkcji układu odpornościowego. Z kolei rodzinne występowanie zaburzeń afektywnych i chorób atopowych było powodem wysunięcia hipotezy istnienia wspólnych genetycznych uwarunkowań tychże chorób [17, 18]. Za wspólnym podłożem zaburzeń afektywnych i chorób alergicznych mogłyby również przemawiać spostrzeżenia występowania (w niektórych przypadkach) równoczesnej poprawy stanu psychicznego i ustępowania objawów alergicznych po podaniu leków psychotropowych [17, 19].

Związek zaburzeń lękowo-depresyjnych z astmą oskrzelową jest niewątpliwie wieloczynnikowy. Ponieważ objawy zarówno lęku, jak i depresji mogą pogarszać jakość życia chorych na astmą oskrzelową [20], utrudniać proces leczenia, z powodu braku współpracy z lekarzem, odmawiania przyjmowania leków (depresja) czy też ich nadużywania, i częstych hospitalizacji (lęk) – należy ich otoczyć szczególną opieką [9, 10, 11, 13, 21, 22, 23].

Wnioski

1. Istnieje potrzeba diagnozowania zaburzeń emocjonalnych u chorych na astmę oskrzelową oraz stosowania oddziaływań psychoterapeutycznych i adekwatnych form farmakoterapii w celu obniżenia poziomu lęku i depresji, szczególnie w grupie osób starszych.
2. Krótka skala oceny lęku i depresji HADS mogłaby ułatwić diagnozowanie ogólnych zaburzeń emocjonalnych u chorych na astmę oskrzelową i dalsze, odpowiednio ukierunkowane, postępowanie specjalistyczne.

Summary

The aim of the study was to establish the frequency and follow the clinical course of depression and anxiety in patients with bronchial asthma. 57 patients (37 atopic and 20 nonatopic) with mild and moderate bronchial asthma and 53 subjects matched for age and sex as control groups were included in the study. The following questionnaires: Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used to evaluate anxiety and mood state. The level and prevalence of anxiety and depression were significantly higher in both groups of asthmatics in comparison to healthy subjects. Symptoms were mild and moderate. Nonatopic patients were more depressed and anxious than atopics.

Ôiãc' ç äld'dlînnç' ó äiëüüó ädiöçrëüüé rññéé

Niãlçrîçl

Çrãrîçlë d'rãññü äüëi óñññiãëliçl ÷rñññü d'rî äëliç', ÷ ñrççl ññl'd'liç óñçëliç' ôiãçëiüó iřdó-
rliçé ç äld'dlînnç' ó äiëüüó ädiöçrëüüé rññéé. Ä çññëläiãrîç' ó d'dçl'ëi ó÷rññçl 57 äiëüüó (37
rñid'iaüó ç 20 il rñid'iaüó) ñ ëläçé ç óëldliüé ôidëfëç ädiöçrëüüé rññëü, ÷ ñrççl 53 ÷lëiãlëř ä
ëiñd'iëüüé ädó'd'l. Äë' iöliçç ôiãçç ç äld'dlînnçç çñd'iëüçiaríü: N'd'ëñë äld'dlînnçëiüó ñçëd'ñiëiã
Älëçř (ÄÄÇ), Äëiññrdçë ñrëñöliçř R'd'çëü, İdãř (NNRÄ) ç řëřëř ôiãçç ç äld'dlînnçç (İRDS).

Ä ôiãl çññëläiãrîçé iñël÷liü nóülnññaliü ññrñçññç÷lñççl äiëll ÷rññil d'rî äëliçl
ñ'çlëüó ñçëd'ñiëiã ôiãçç ç äld'dlînnçç ä ädó'd'l äiëüüó ädiöçrëüüé rññéé
ä ñd'rãilîçl ñ ç'iñd'iëüüé ädó'd'ié, ÷ ñrççl ilãiëüril óñ'çlëliçl ñçëd'ñiëiã ä
ädó'd'l äiëüüó ñ äçrãiççé il rñid'iaüé ädiöçrëüüé rññëü ä ñd'rãilîçl ñ d'röçlîñřç
ñ rñid'iaüé ôidëfë ýñié äiëliçé.İd'çñüãrlëül d'ñçöç÷lñççl iřdórlîç' iñççç ëläççé ç óëldliüé ôřdř-
ñlđ.

Angst und Depression bei Kranken an Asthma bronchiale

Zusammenfassung

Die Arbeit hatte am Ziel, das Auftreten und die Intensität der Angst- und Depressionsstörun-
gen bei den Patienten mit der Diagnose Asthma bronchiale zu bestimmen. An den Untersu-
chungen nahmen 57 Kranke teil (37 atopisch und 20 nicht atopisch), die an mildes und mäßiges
Asthma bronchiale krank waren. Die Kontrollgruppe bildeten 53 gesunde Personen. Zur Beur-
teilung von Angst und Depression wurden angewandt: Inventar der Depressionssymptome von
Beck (BDI), Fragebogen der Selbstbeurteilung von Spielberger (STAI) und Skala der Angst und
Depression HADS. Im Vergleich mit der Kontrollgruppe stellte man in der Gruppe der Kranken
an Asthma bronchiale ein häufigeres Auftreten der Symptome der Angst und Depression fest.
Eine größere Intensität der Symptome wurde in der nicht atopen Gruppe im Vergleich mit den
atopen Patienten festgestellt. Die Störungen hatten einen milden und mäßigen Charakter.

L'anxiété et la dépression des patients souffrant de l'asthme bronchiale

Résumé

Ce travail vise à établir la fréquence d'apparition et le degré d'intensité des troubles anxieux
et dépressifs des malades souffrant de l'asthme bronchiale. Le groupe de patients compte 57
personnes (37 atopiques et 20 non atopiques) qui souffrent de l'asthme bronchiale légère et le
groupe de contrôle compte 53 personnes. Pour examiner l'anxiété et la dépression on utilise:
Inventaire des Symptômes Dépressifs de Beck (BDI), Questionnaire de Spielberg STAI - State-
Trait Anxiety Inventory), Echelle de Dépression et d'Anxiété (HADS – Hospital Anxiety and
Depression Scale). On constate la plus grande fréquence d'apparition des symptômes dépressifs
plus graves de l'anxiété et de la dépression dans le groupe de patients avec l'asthme que dans
le groupe de contrôle et la plus grande intensité de ces symptômes dans le groupe de l'asthme
non atopique que dans le groupe de l'asthme topique. Ces troubles anxieux et dépressifs sont
de caractère faible et léger.

Piśmiennictwo

1. Zawisza E. *Etiopatogeneza chorób alergicznych górnych dróg oddechowych*. W: Płusa T, red. *Postępy w alergologii – II*. Warszawa: Medpress; 1997; s. 98–101.
2. Szczeklik A. *Choroby alergiczne narządów wewnętrznych*. W: Kokot F, red. *Choroby wewnętrzne*. Warszawa: PZWL; 1991; s. 474–480.
3. Rydyński Z. *Medycyna psychosomatyczna, choroby psychosomatyczne, zakres pojęć*. W:

- Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S, red. *Psychiatria* t. 1. Warszawa: PZWL; 1997, s. 249–254.
4. Karakuła H, Grzywa A, Śpila B, Baszak J, Gieroba A, Kosikowski W, Jędrych M. *Zastosowanie Skali Lęku i Depresji – HADS w chorobach psychosomatycznych*. *Psychiatr. Pol.* 1996; XXX, 4: 653–668.
 5. Ciesielska-Kopacz N. *Psychologiczne aspekty chorych na dychawicę oskrzelową*. *Wiad. Lek.* 1986; 23: 1624–1627.
 6. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. *Psychiatr. Pol.* 1977; XI, 4: 417–421.
 7. Wrześniewski K, Sosnowski T. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Polska adaptacja STAI – Podręcznik*. Warszawa 1987.
 8. Teiramaa E. *Psychosocial and psychic factors and age at onset of asthma*. *J. Psychosom. Res.* 1979; 23: 27.
 9. Carr RE. *Panic disorder and asthma: causes, effects and research implication*. *J. Psychosom. Res.* 1998; 44, 1: 43–52.
 10. Howard L. *Psychiatric aspects of asthma*. *Chest.* 1992; 101 (supl.): 415–417.
 11. Janson Ch, Bjornsson E, Hetta J, Boman G. *Anxiety and depression in relation to respiratory symptoms and asthma*. *Am. J. Respir. Crit. Care. Med.* 1994; 149: 930–934.
 12. Garden GMF, Ayres JG. *Psychiatric and social aspects of brittle asthma*. *Thorax* 1993; 48: 501–510.
 13. Rubin NJ. *Severe asthma and depression*. *Arch. Fam. Med.* 1993; 2 (4): 433–440.
 14. Vamos M, Kolbe J. *Psychological factors in severe chronic asthma*. *Aust. N Z J. Psychiatry* 1999; 33 (4): 538–544.
 15. Badoux A, Levy DA. *Psychologic symptoms in asthma and chronic urticaria*. *Ann. Allergy* 1994; 72: 229–234.
 16. Bell IR, Jasnowski ML, Kagan J, King DS. *Depression and allergies: Survey of non clinical population*. *Psychother. Psychosom.* 1991; 55: 24–31.
 17. Dietrich-Muszalska A, Buczyłko K. *Zaburzenia depresyjne u osób z alergią pyłkową*. *Psychiatr. Pol.* 2000; 4: 106–111.
 18. Nasr S, Altman E, Meltzer H. *Concordance of atopic and affective disorders*. *J. Affect. Dis.* 1991; 3: 291–296.
 19. Bilikiewicz A, Landowski J, Szlabowicz JW. *Znaczenie tymoleptyków w leczeniu objawów psychosomatycznych w przebiegu depresji*. *Pamiętnik XXXII Zjazdu Naukowego Psychiatrów Polskich*. Szczecin 1976; s. 175.
 20. Mancuso CA., Peterson MG., Charlson ME. *Effects of depressive symptoms on health-related quality of life in asthma patients*. *J. Gen. Intern. Med.* 2000; 15 (5): 301–310.
 21. Bosley CM, Fosbury JA, Cochrane GM. *The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma*. *Eur. Respir. J.* 1995; 8: 889–904.
 22. Sommaruga M, Spanevello A, Migliori GB, Neri M, Callegari S, Majani G. *The effects of a cognitive behavioural intervention in asthmatic patients*. *Monaldi Arch. Chest. Dis.* 1995; 50: 398–402.
 23. Centanni S, Di Marco F, Castagna F, Boveri B, Casanova F, Piazzini A. *Psychological issues in the treatment of asthmatic patients*. *Respir. Med.* 2000; 94 (8): 742–749.

Otrzymano: 21.05.2001

Zrecenzowano: 18.06.2001 Adres: Karina Badura

Przyjęto do druku: 1.08.2001 Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tarnowskich Górach