

## Związki pomiędzy zespołem lęku napadowego i depresją a mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym u pacjentów z rozpoznaniem ciężkiej POChP

### Links between panic disorder, depression, defence mechanisms, coherence and family functioning in patients suffering from severe COPD

Anna Potoczek<sup>1</sup>, Ewa Niżankowska-Mogilnicka<sup>2</sup>, Grażyna Bochenek<sup>2</sup>,  
Andrzej Szczeklik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii CM UJ  
Kierownik katedry: prof. dr hab. n. med. J. Bomba

Kierownik kliniki: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

<sup>2</sup>Klinika Pulmonologii II Katedry Chorób Wewnętrznych CM UJ

Kierownik katedry: prof. dr hab. n. med. A. Szczeklik

Kierownik kliniki: prof. dr hab. n. med. E. Niżankowska-Mogilnicka

#### Summary

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a slowly progressive lung disorder characterised by airflow obstruction. It is one of the major causes of morbidity, disability and mortality in the older population. Comorbid psychiatric and psychological impairments (depression and anxiety, most often panic disorder) are common in COPD. They impair the quality of life in COPD severely and are often not fully explored in the clinical management of COPD patients.

**Aim.** The aim of our study was to assess the prevalence of anxiety (especially panic disorder) and depression among patients with COPD. A secondary objective was to find out a correlation between the psychological aspects (defence style, sense of coherence and family functioning) and psychiatric symptoms.

**Methods.** The authors examined 45 patients suffering from severe COPD (according to GOLD classification) during their present hospitalisation. There were 19 women (42%) and 26 men (58%). The average age was  $M=64.56$  years ( $SD=10.64$ ), and the average duration of illness was  $M=10.53$  years ( $SD=10.18$ ). Mini International Neuropsychiatric Interview, Polish version 5.0.0, Panic and Agoraphobia Scale, Beck's Depression Inventory, Family Functioning Questionnaire (KOR), Sense of Coherence Scale (SOC-29), Defence Style Questionnaire (DSQ-40) and Life Inventory were used.

**Results.** The study revealed that 44.4% of the group with severe COPD were patients who suffered also from panic disorder and 40% from depression. Depression was linked with more severe panic symptoms. All psychiatric symptoms were associated with a psychological problems.

**Conclusion.** It is highly possible, that psychiatric and psychological problems affect the quality of life, self-management and treatment outcome in patients with COPD.

*Słowa klucze:* POChP, zespół lęku napadowego, depresja, mechanizmy obronne, koherencja, funkcjonowanie rodzinne

*Key words:* COPD, panic disorder, depression, defence mechanisms, coherence, family functioning

## Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (pol. POChP, ang. COPD) jest stanem chorobowym, który charakteryzuje się nieodwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Ma on charakter przewlekły i postępujący. Towarzyszy mu nieprawidłowa odpowiedź zapalna płuc na szkodliwe pyły i gazy, której najważniejszą przyczyną jest dym tytoniowy [1]. Najważniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania na POChP jest palenie tytoniu, jednak choroba ta rozwija się tylko u ok. 15% palaczy, co świadczy o udziale innych czynników zewnętrznych, a także genetycznych, w rozwoju jej pełnego obrazu klinicznego [2]. Uważa się, że obecnie POChP jest jedną z najważniejszych przyczyn niesprawności i umieralności w wieku starszym – wg prognoz opartych na badaniach epidemiologicznych do roku 2020 stanie się ona piątym co do znaczenia czynnikiem wpływającym na jakość życia chorych [3], co będzie się też wiązało z wysokimi kosztami leczenia.

Literatura internistyczna dotycząca POChP oraz coraz liczniejsza literatura psychiatryczna na ten temat podkreślają znaczną częstość występowania u pacjentów cierpiących z powodu POChP zespołów depresyjnych i lękowych (stwierdzono współwystępowanie depresji u około 40% i zaburzeń lękowych również u blisko 40% pacjentów z tym rozpoznaniem) [3–19]. Początkowo uważano, że fakt ten wiąże się bezpośrednio z prowadzonymi do ciężkiego inwalidztwa objawami choroby podstawowej, jednak już od ok. 10 lat sami interniści traktują taką interpretację za nadmiernie uproszczoną [4–6].

Literatura internistyczna podkreśla zgodnie, że zaburzenia psychiczne, w tym zwłaszcza lękowe, mają bardzo negatywny wpływ na całość obrazu klinicznego, zwłaszcza pacjentów z ciężką POChP, to znaczy takich, których aktywność życiowa jest już bardzo znacznie ograniczona. Pacjenci tacy, w trakcie długotrwałej choroby, stają się stopniowo szczególnie podatni na wystąpienie głębokich objawów depresyjnych, które zdają się zwiększać przeżywanie objawów choroby podstawowej, a być może nawet ich obiektywnie rejestrowane nasilenie. Problem ten uznany został za tak poważny, że w leczeniu średnio ciężkiej i ciężkiej POChP proponuje się wprowadzenie psychoterapii jako ważnego elementu terapii kompleksowej [8, 10, 12–13]. Postawa taka opiera się na badaniach [6–7, 9, 11–16] wskazujących, że jakość życia pacjentów z POChP oraz ich motywacja do systematycznego leczenia zależy od związku objawów choroby z dość szeroko rozumianymi problemami psychologicznymi, spośród których wymienia się m.in. niewystarczające strategie radzenia sobie z sytuacjami życiowymi, brak wsparcia społecznego i problemy w funkcjonowaniu rodzinnym. Wydaje się prawdopodobne, że w czasie wieloletniego trwania choroby początkowo to właśnie niedostatki w harmonijnym funkcjonowaniu psychicznym mają większy wpływ na jakość życia chorych od „czystych” objawów POChP, stosownych do fazy choroby. Mają one przy tym tendencję

do stopniowego nasilania się wg modelu „błędnego koła”, wchodząc w interakcje ze sobą, oraz – co oczywiste – z konsekwencjami choroby somatycznej.

Poniższa praca dołącza do tego właśnie nurtu badawczego, który przyniósł bardzo podobne, nowatorskie obserwacje i wnioski, niezależne od miejsca, kraju, a nawet kultury, z których pochodzili autorzy badań oraz ich pacjenci chorzy na POChP (m.in. USA, Japonia, Australia, Nowa Zelandia, Brazylia, Wielka Brytania, Włochy, Holandia, Norwegia, Dania).

### Cele pracy

1. Sprawdzenie, jak często u pacjentów z POChP występują zaburzenia psychiczne, w tym szczególnie zespół lęku napadowego i depresja, a także, jakie jest ich nasilenie.
2. Zbadanie związku pomiędzy charakterem stosowanych przez pacjentów mechanizmów obronnych osobowości, ich koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym a czasem trwania POChP.
3. Zbadanie związków pomiędzy nasileniem objawów psychopatologicznych a funkcjonowaniem pacjentów w wyżej wymienionych zakresach.

### Material i metoda

#### Opis badanej grupy

Badaniem objętych zostało 45 pacjentów, w tym 19 (42%) kobiet i 26 (58%) mężczyzn z rozpoznaniem POChP o ciężkim nasileniu, hospitalizowanych (w większości kilkakrotnie) w Klinice Pulmonologii II Katedry Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum UJ w Krakowie, w roku 2003–2004 i w pierwszej połowie 2005. Badanie miało charakter naturalistyczny. Kryterium doboru do grupy badanej było rozpoznanie POChP w stadium ciężkim lub bardzo ciężkim. Żaden z pacjentów nie odmówił udziału w badaniu.

Średni wiek w badanej grupie wynosił 64,56 roku (41–83 lata, SD = 10,6), średni czas trwania choroby 10,53 roku (1–40 lat, SD = 10,18).

Przeważająca większość badanych miała wykształcenie podstawowe (32 osoby), 10 osób miało wykształcenie średnie i 3 osoby wykształcenie wyższe. Pomimo choroby pracowało zawodowo 5 osób, na rencie inwalidzkiej było 31 osób, na emeryturze 9. Niemal wszyscy badani palili przez wiele lat duże ilości papierosów, a 35% (16 osób) wykonywało w życiu pracę w warunkach szkodliwych dla zdrowia, a przede wszystkim dla płuc (zakłady młynarskie, tytoniowe, betoniarnie, koksownie, wytwórnie farb i klejów, wylewanie asfaltu itp.)

Zmienna	Średnia	Błąd standardowy	Odchylenie standardowe
Wiek	64,56	1,587	10,648
Czas trwania choroby	10,53	1,518	10,182
PAS	14,33	2,215	14,858
BDI	10,67	1,032	6,925

PAS – kwestionariusz badający występowanie i nasilenie zespołu lęku napadowego

BDI – kwestionariusz badający występowanie i nasilenie depresji

## Metody badań

Wszystkich pacjentów zbadano opisanymi poniżej metodami:

1. M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview, wersja polska 5.0.0). Autorzy: Sheehan D.V., Lecrubier Y. 1998. Polska wersja opracowana przez: M. Masiaka, J. Przychodę, z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie. M.I.N.I został stworzony jako krótki, ustrukturalizowany kwestionariusz głównych zaburzeń psychicznych Osi I w DSM-IV. Służy do badań diagnostycznych [20].
2. Panic and Agoraphobia Scale (PAS). Autor: B. Bandelow, Department of Psychiatry of Goettingen, wersja poprawiona 1999 [21]. Służy do oceny głębokości zespołu lęku napadowego. Składa się z dwóch skal, z których jedną wypełnia lekarz, a drugą pacjent.

Ocena wyniku z następującej punktacji:

Wersja lekarza: 0–6 punktów: remisja; 7–17: przebieg łagodny; 18–28: przebieg średnio ciężki; 29–39: przebieg ciężki; 40 i więcej punktów: przebieg bardzo ciężki.

Wersja pacjenta: 0–8 punktów: remisja; 9–18: przebieg łagodny; 19–28: przebieg średnio ciężki; 29–39: przebieg ciężki; 40 i więcej punktów: przebieg bardzo ciężki.

3. Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI), autor: A. Beck, 1961, standaryzacja polska: T. Parnowski, W. Jernajczyk, 1977 [22]. Jedna z najczęściej używanych na świecie metoda badania głębokości depresji. Tworzy 21-punktowy inwentarz objawów depresyjnych. Sposób oceny: 0–9 punktów: brak objawów depresji; 10–19: depresja lekka; 20–25: depresja średnia; powyżej 25 punktów: depresja głęboka.
4. Kwestionariusz Oceny Rodziny (KOR), polska adaptacja kwestionariusza M. Cierpki i G. Frevent, opartego na tzw. modelu procesu rodzinnego H. Steinhauera, który stanowi modyfikację kanadyjskiego narzędzia Family Assessment Measure – FAM III. Bada wymiary: wypełniania zadań, pełnienia ról, komunikacji, emocjonalności, zaangażowania uczuciowego, kontroli, wartości i norm, oraz zbiorczo: reakcji pozytywnych i negatywnych w funkcjonowaniu całej rodziny, diady (pary małżeńskiej) i konkretnej osoby w ramach tej rodziny. Złożony jest z trzech osobnych kwestionariuszy: samooceny (s), oceny relacji dwuosobowych (d) i oceny rodziny (r); adaptacja polska 2002 [23, 24]. W opisywanym badaniu rodzinę oceniał wyłącznie pacjent/pacjentka z rozpoznaniem POChP – sytuacja taka jest dopuszczalna z punktu widzenia metodologii.
5. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (The Sense of Coherence Questionnaire SOC-29) Autor: A. Antonovsky, 1983. Polska adaptacja: Zakład Psychologii Klinicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zakład Psychoprofilaktyki Instytutu UAM w Poznaniu i Zakład Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, 1993 [25]. Kwestionariusz pozwala oszacować ogólny poziom poczucia koherencji, a także poziom trzech jego wymiarów: poczucia zrozumiałości (PZR), zaradności (PZ) i sensowności (PS). Składa się z 29 pytań, przy czym na każde pytanie możliwych jest siedem odpowiedzi, punktowanych odpowiednio od 1 do 7. Obliczanie wyników polega na sumowaniu wartości odpowiedzi, zgodnie z kluczem.

Nie określono ścisłych norm polskich. Na podstawie wielokrotnych badań wykonywanych w wielu krajach w wielu grupach (także w Polsce), uważa się, że osoby zdrowe i prawidłowo funkcjonujące osiągają ogólny poziom koherencji około 120–130. W badaniach polskich np. zdrowi policjanci brygad antyterrorystycznych osiągnęli wyniki około 130–140, osoby chore na depresję około 70–80. Wyniki maksymalne (około 200 punktów) uważane są za mało wiarygodne, wynikające z mechanizmów dyssymulacji i falsyfikacji.

6. Kwestionariusz Mechanizmów Obronnych (Defense Style Questionnaire DSQ-40) G. Andrews, M. Singh i M. Bonda z 1993 roku. Opisuje takie mechanizmy obronne, jak: sublimacja, humor, antycypacja, stłumienie, pseudoaltruizm, idealizacja, formacja reaktywna, odczynianie, projekcja, bierna agresja, przemieszczenie, acting-out, izolacja, dewaluacja, fantazje schizoidalne, zaprzeczenie, dysocjacja, rozszczepienie, racjonalizacja, somatyzacja, oraz zbiorczo: mechanizmy dojrzałe, neurotyczne i niedojrzałe. Przy każdym z 40 zdań kwestionariusza znajduje się skala szacunkowa od 1 do 9 punktów, interpretowanych według klucza. Służy on indywidualnej samoocenie badanego i umożliwia ocenę zachowań obronnych dojrzałych i niedojrzałych. Prace nad adaptacją do warunków polskich prowadzili: Bogutyn T., Kokoszka A., Pałczyński J., Holas P. [26] oraz: Kokoszka A., Roman J., Bryła L., Grabowski A. [27].
7. Ankieta życiorysowa.
8. Badanie psychiatryczne.

#### Użyte w badaniu metody statystyczne

Do analizy współwystępowania objawów lękowych i depresyjnych użyto testu  $\chi^2$  oraz współczynników korelacji czteropolowej i kontyngencji.

Do analizy związków występujących pomiędzy stwierdzanymi u pacjentów z POChP objawami lękowymi i depresyjnymi, relacjami rodzinnymi, stosowanymi mechanizmami obronnymi i poczuciem koherencji zastosowano obliczenia współczynników korelacji liniowej (Pearsona) i korelacji cząstkowej. Za główne zmienne uznano nasilenie objawów lękowych i depresyjnych. Ich związki z pozostałymi wymienionymi zmiennymi analizowano na podstawie współczynników korelacji liniowej i cząstkowej przy kontroli jednej z nich. Kontrola ta umożliwiała stwierdzenie, czy wykrywane zależności są niezależne od siebie. Np. jeżeli objawy lękowe istotnie statystycznie korelowały liniowo z somatyzacją (jeden z mechanizmów obronnych osobowości), a jednocześnie ich współczynnik korelacji cząstkowej z somatyzacją (przy kontroli objawów depresyjnych) był wyraźnie niższy i statystycznie nieistotny, to oznaczało, że korelacja liniowa była związana ze współwystępowaniem objawów depresyjnych.

Korelacja liniowa nie pozwala na stwierdzenie niezależności badanego związku od zmiennej kontrolowanej, natomiast korelacja cząstkowa wskazuje na jego niezależne istnienie. Czasem statystycznie istotny jest tylko współczynnik korelacji cząstkowej (przy nieistotnym współczynniku korelacji liniowej). Oznacza to, że w rzeczywistości poszukiwany związek istnieje, ale jest maskowany przez zmienną kontrolowaną.

## Wyniki badań

1. Badanie za pomocą skal: M.I.N.I, PAS i BDI wykazało: u 19 badanych (42,2%) brak objawów zaburzeń psychicznych, u 18 badanych (40%) obecność objawów depresyjnych, w tym przede wszystkim łagodnych (13 osób, 28,8%). Przy braku objawów depresyjnych zespół lęku napadowego stwierdzono u 8 badanych (17,7%), a ogółem zespół lękowy u 20 (44,4%). Zaburzenie lękowe (zespół lęku napadowego) miał u większości badanych charakter łagodny i średnio ciężki (11 osób, 24,4%), a u 9 osób (20%) ciężki i bardzo ciężki. Wzajemne zależności pomiędzy nasileniem objawów lękowych i depresyjnych przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Rozkład objawów lękowych i depresyjnych w badanej grupie pacjentów z POChP

		BDI (depresja)				Ogółem
		Brak objawów	Depresja łagodna	Depresja średnia	Depresja głęboka	
PAS (zespół lęku napadowego)	Brak objawów	19	4	2	0	25
	Łagodny	2	2	0	0	4
	Średnio ciężki	4	2	1	0	7
	Ciężki	2	3	1	0	6
	Bardzo ciężki	0	2	0	1	3
Ogółem		27	13	4	1	45

$\chi^2 = 23,40$ , d.f. = 12,  $p = 0,025$ . Współczynnik kontyngencji  $C = 0,585$ .

Współczynnik korelacji liniowej między BDI a PAS wynosił  $r = 0,481$  ( $p = 0,001$ )

2. Analiza statystyczna związków pomiędzy czasem trwania POChP a wszystkimi badanymi zmiennymi, tj. nasileniem objawów lękowych i depresyjnych, funkcjonowaniem rodzinnym, we wszystkich podskalach kwestionariuszy KOR, poziomem koherencji oraz stosowanymi przez pacjentów mechanizmami obronnymi wykazała, że istotne korelacje zachodzą w odniesieniu do nielicznych, ale znaczących zmiennych. Im dłużej trwało POChP, tym niższa była u badanych koherencja ogólna (która oznacza zdolność radzenia sobie i przystosowania do zmieniających się okoliczności życia) i jej podskale (poczucie zaradności i sensowności), oraz tym większa skłonność do stosowania przez nich mechanizmów obronnych projekcji, dewaluacji i fantazji schizoidalnych – co pozostaje we wzajemnie logicznym związku ze sobą. Zależności te pokazuje tabela 2. Natomiast **nie stwierdzono**, by czas trwania choroby był związany z nasileniem się objawów depresyjnych i lękowych.
3. Z tabeli 3 wynika, że:
  - im głębszy był zespół lękowy (wyższy PAS), tym częściej badani podawali katastroficzną interpretację stanu swego zdrowia (ocenianą na podstawie kwestionariusza BSIQ)
  - im głębszy zespół lękowy, tym częstsze używanie przez badanych niektórych nieprawidłowych i neurotycznych mechanizmów obronnych osobowości (projekcji, biernej agresji, dewaluacji, rozszczepienia)

Tabela 2. Analiza statystyczna związków pomiędzy czasem trwania POChP a wszystkimi badanymi zmiennymi

Zmienne	Korelacje liniowe					
	PZ	PS	SOC	Projekcja	Dewaluacja	Fantazje schizoidalne
Czas chorowania	-0,355*	-0,335*	-0,336*	0,330*	0,338*	0,340*

\* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (jednostronnie)

PZ – poczucie zaradności

PS – poczucie sensowności

SOC – koherencja ogólna

Tabela 3. Korelacja PAS z innymi skalami bez kontroli (liniowa) i z kontrolą (cząstkowa) skali BDI

Skala	PAS	
	Korelacja liniowa N = 45	Korelacja cząstkowa d.f. = 42
BSIQ (katastroficzna interpretacja stanu zdrowia)	0,545**	0,432**
SOC (koherencja ogólna)	-0,548**	-0,330*
PZR (poczucie zrozumiałości)	-0,617**	-0,447**
PZ (poczucie zaradności)	-0,487**	-0,278
PS (poczucie sensowności)	-0,399*	-0,093
Humor	-0,245	-0,164
Sublimacja	-0,104	0,126
Antycypacja	0,019	0,246
Słumienie	-0,382**	-0,159
Odczynianie	0,187	0,118
Pseudoaltruizm	0,101	0,269
Idealizacja	-0,170	-0,015
Formacja reaktywna	0,269	0,272
Projekcja	0,481**	0,346*
Bierna agresja	0,320*	0,341*
Acting out	0,122	-0,035
Izolacja	0,148	0,021
Dewaluacja	0,349*	0,303*
Fantazje schizoidalne	0,020	-0,068
Zaprzeczenie	-0,272	-0,130
Przemieszczenie	0,237	0,239
Dysocjacja	-0,331*	-0,210
Rozszczepienie	0,452**	0,444**

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Racjonalizacja	-0,331*	-0,130
Somatyzacja	0,192	0,102
Mechanizmy osobowości dojrzałe	-0,269	0,003
Mechanizmy neurotyczne	0,139	0,278
Mechanizmy niedojrzałe	0,264	0,209

\* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie)

\*\* Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

- w powiązaniu z nasileniem objawów depresyjnych (mierzonych za pomocą BDI), nasilenie objawów lękowych (mierzonych za pomocą PAS) koreluje ujemnie również z koherencją ogólną i wszystkimi jej podskalami (SOC, PZR, PZ, PS), oraz niektórymi mechanizmami obronnymi neurotycznymi, w szczególności stłumieniem, dysocjacją i racjonalizacją.
4. Z tabeli 4 wynika że:
- im większe nasilenie zespołu lękowego, tym wyższe (czyli gorsze) wyniki w wielu zakresach funkcjonowania rodzinnego, badanego za pomocą kwestionariusza KOR. Dotyczy to zwłaszcza: pełnienia ról rodzinnych (kwest. samooceny), wypełniania zadań, pełnienia ról, komunikacji, emocjonalności, relacji pozytywnych i nasilenia relacji negatywnych (kwest. rodzinny) oraz pełnienia ról i kontroli w rodzinie (kwest. diadyczny). Im większe nasilenie objawów depresyjnych, tym gorzej oceniana jest również komunikacja w rodzinie.

Tabela 4. **Korelacje PAS ze skalami KOR bez kontroli (liniowe) i z kontrolą (częstkowe) skali BDI**

Skala	PAS	
	Korelacja liniowa N = 29	Korelacja częstkowa d.f. = 26
Skala samooceny, wypełnianie zadań	0,366	0,269
Skala samooceny, odgrywanie ról	0,409*	0,323
Skala samooceny, komunikacja	0,267	0,237
Skala samooceny, emocjonalność	0,266	0,283
Skala samooceny, zaangażowanie rodzinne	0,210	0,225
Skala samooceny, kontrola	0,105	-0,126
Skala samooceny, wartości i normy	0,273	0,274
Skala samooceny, suma	0,334	0,267
Skala samooceny, życzliwość	0,304	0,285
Skala samooceny, troska	0,272	0,205
Skala samooceny, pretensje	0,323	0,217
Skala rodzinna, wypełnianie zadań	0,432*	0,312
Skala rodzinna, odgrywanie ról	0,411*	0,334
Skala rodzinna, komunikacja	0,406*	0,375*
Skala rodzinna, emocjonalność	0,475**	0,322

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie



Skala rodzinna, zaangażowanie rodzinne	0,329	0,280
Skala rodzinna, kontrola	-0,356	-0,206
Skala rodzinna, wartości i normy	-0,119	0,044
Skala rodzinna, suma	0,424*	0,321
Skala rodzinna, relacje pozytywne	0,379*	0,273
Skala rodzinna, relacje negatywne	0,436*	0,308
Ocena diady, wypełnianie zadań	0,270	0,048
Ocena diady, odgrywanie ról	0,383*	0,151
Ocena diady, komunikacja	0,290	0,096
Ocena diady, emocjonalność	0,342	0,253
Ocena diady, zaangażowanie rodzinne	0,263	0,162
Ocena diady, kontrola	0,382*	0,219
Ocena diady, wartości i normy	0,268	0,040
Ocena diady, suma	0,338	0,147
Ocena diady, relacje pozytywne	0,325	0,152
Ocena diady, relacje negatywne	0,308	0,077

\* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie)

5. Z tabeli 5 wynika, że:

- im głębsze nasilenie zespołu depresyjnego, tym bardziej nasiloną katastroficzną interpretacją stanu zdrowia (BSIQ), tym niższe (gorsze) wyniki w SOC (koherencja ogólna) i jego podskalach (poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności), tym rzadsze używanie mechanizmów obronnych dojrzałych (np. sublimacji, antycypacji, stłumienia), a częstsze niektórych niedojrzałych (np. projekcji, acting-out)
- interesujące wydaje się równoczesne zmniejszenie tendencji do posługiwania się niektórymi mechanizmami neurotycznymi i niedojrzałymi (racjonalizacja, zaprzeczenie, pseudoaltruizm, idealizacja), co zapewne wiąże się z tzw. wglądem depresyjnym i płynącą z niego pesymistyczną oceną własnej sytuacji życiowej i zdrowotnej.

Tabela 5. Korelacja BDI z innymi skalami bez kontroli (liniowa) i z kontrolą (częstkowa) skali PAS

Skala	BDI	
	Korelacja liniowa N = 45	Korelacja częstkowa d.f. = 42
BSIQ (katastroficzna interpretacja stanu zdrowia)	0,417**	0,211
SOC (koherencja ogólna)	-0,725**	-0,629**
PZR (poczucie zrozumiałości)	-0,697**	-0,579**
PZ (poczucie zaradności)	-0,611**	-0,491**
PS (poczucie sensowności)	-0,710**	-0,644**
Humor	-0,217	-0,117
Sublimacja	-0,422**	-0,427**
Antycypacja	-0,376*	-0,440**

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Stłumienie	-0,553**	-0,455**
Odczynianie	0,178	0,102
Pseudoaltruizm	-0,264	-0,358*
Idealizacja	-0,329*	-0,286
Formacja reaktywna	0,066	-0,076
Projekcja	0,429**	0,257
Bierna agresja	0,043	-0,134
Acting out	0,315*	0,294
Izolacja	0,272	0,232
Dewaluacja	0,183	0,018
Fantazje schizoidalne	0,163	0,175
Zaprzeczenie	-0,343*	-0,252
Przemieszczenie	0,058	-0,066
Dysocjacja	-0,325*	-0,201
Rozszczepienie	0,139	-0,101
Racjonalizacja	-0,481**	-0,389**
Somatyzacja	0,217	0,145
Mechanizmy osobowości dojrzałe	-0,564**	-0,514**
Mechanizmy neurotyczne	-0,206	-0,315
Mechanizmy niedojrzałe	0,174	0,056

\* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie)

\*\* Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

6. Z tabeli 6 wynika, że:

- im bardziej nasilone objawy depresyjne, tym większe problemy w funkcjonowaniu rodzinnym – dotyczy to zwłaszcza zmniejszenia się kontroli widocznej w kwestionariuszu samooceny KOR, trudności w zakresie wypełniania zadań i pełnienia ról, sprawowania kontroli i nasilenia się relacji negatywnych wykazanych w kwestionariuszu rodzinnym, oraz znacznych trudności w zakresie wypełniania zadań, pełnienia ról, komunikacji, sprawowaniu kontroli, określaniu wartości i norm, nasileniu ogólnych relacji negatywnych i obniżeniu się zdolności do nawiązywania relacji pozytywnych.

Tabela 6. Korelacje BDI ze skalami KOR bez kontroli (liniowe)  
i z kontrolą (cząstkowe) skali PAS

Skala	BDI	
	Korelacja liniowa N = 29	Korelacja cząstkowa d.f. = 26
Skala samooceny, wypełnianie zadań	0,291	0,142
Skala samooceny, odgrywanie ról	0,288	0,113
Skala samooceny, komunikacja	0,127	-0,002

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Skala samooceny, emocjonalność	0,038	-0,107
Skala samooceny, zaangażowanie rodzinne	0,026	-0,087
Skala samooceny, kontrola	0,425*	0,430*
Skala samooceny, wartości i normy	0,069	-0,074
Skala samooceny, suma	0,219	0,070
Skala samooceny, życzliwość	0,118	-0,035
Skala samooceny, troska	0,199	0,081
Skala samooceny, pretensje	0,293	0,165
Skala rodzinna, wypełnianie zadań	0,369*	0,204
Skala rodzinna, odgrywanie ról	0,402*	0,244
Skala rodzinna, komunikacja	0,241	0,138
Skala rodzinna, emocjonalność	0,268	0,087
Skala rodzinna, zaangażowanie rodzinne	0,170	-0,032
Skala rodzinna, kontrola	0,468*	0,311
Skala rodzinna, wartości i normy	0,183	0,029
Skala rodzinna, suma	0,328	0,156
Skala rodzinna, relacje pozytywne	0,316	0,165
Skala rodzinna, relacje negatywne	0,390*	0,228
Ocena diady małżeńskiej, wypełnianie zadań	0,484**	0,420*
Ocena diady, odgrywanie ról	0,570**	0,476*
Ocena diady, komunikacja	0,446*	0,365
Ocena diady, emocjonalność	0,265	0,122
Ocena diady, zaangażowanie rodzinne	0,262	0,159
Ocena diady, kontrola	0,434*	0,308
Ocena diady, wartości i normy	0,495**	0,433*
Ocena diady, suma	0,465*	0,367
Ocena diady, relacje pozytywne	0,425*	0,325
Ocena diady, relacje negatywne	0,520**	0,445*

\* Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie)

\*\* Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

### Dyskusja

W przedstawionym badaniu chorych na ciężką lub bardzo ciężką postać POChP stwierdzono współwystępowanie zaburzeń lękowych pod postacią zespołu lęku napadowego u 44,4% i zespołu depresyjnego u 40% chorych. Są to wyniki niemal dokładnie zgodne z danymi uzyskanymi w wielu ośrodkach w różnych krajach na świecie. Trzeba jednak zauważyć, że wyniki takie uzyskano tam, gdzie stosowano metody diagnostyczne podobne lub takie same (zwłaszcza ocenę stanu psychicznego dokonywaną przez lekarza psychiatrę i użycie 21-czynnikowego Kwestionariusza Depresji Becka – BDI – który jest uznanym w psychiatrii kwestionariuszem oceny objawów depresyjnych) jak w naszym badaniu. W publikowanych artykułach

dotyczących współwystępowania POChP i zaburzeń psychicznych istnieje bowiem pewien chaos związany ze stosowaniem różnych metod diagnostycznych, zwłaszcza kwestionariuszowych. Rzadko się zdarza, by badania takie przeprowadzali wykwalifikowani lekarze psychiatry, oceniający stan chorych na podstawie obrazu klinicznego, wywiadu oraz uznanych kwestionariuszy specjalistycznych. Najczęściej stosuje się różne, bardzo uproszczone narzędzia badawcze, które zajmują zaledwie kilka minut – nie wymagając wysiłku pacjenta, ale też powierzchownie ujmując jego stan – a samo badanie wykonywane jest zazwyczaj przez przeszkolonych pracowników, nie będących lekarzami. Najliczniejsze osobowo badania oparte są na wywiadzie telefonicznym. Te okoliczności mogą tłumaczyć bardzo znaczne różnice w wynikach uzyskiwanych w niektórych pracach. Na przykład w ogromnym badaniu przeprowadzonym w Teksasie, USA [11], obejmującym 1334 pacjentów leczonych ambulatoryjnie z powodu POChP, u części badanych stosowano uproszczoną metodę PRIME-MD i rozpoznano zaburzenia depresyjne i lękowe u 80%, a u części, badanych za pomocą kwestionariusza SCID, rozpoznania te postawiono u 65%. Tak wysoki odsetek sami autorzy pracy określili jako „zaskakujący”.

Niestety, w większości publikacji na ten temat nie określono nasilenia stwierdzanych objawów depresyjnych i lękowych, co zapewne również wynika z wymienionych wyżej powodów. Trudno więc porównać z danymi z literatury tę część uzyskanych przez nas wyników, które wykazują, że u zbadanych pacjentów z POChP przeważa łagodny zespół depresyjny (28,8%) i łagodny oraz średnio ciężki zespół lęku napadowego (24,4%). Tylko u jednego pacjenta stwierdzono głęboki zespół depresyjny, współistniejący z zespołem lęku napadowego o bardzo ciężkim nasileniu.

Nasze wyniki wydają się sugerować, że stwierdzone nasilenie zespołu lękowego i depresyjnego nie ma bezpośredniego związku z ciężkością POChP ani też z czasem trwania choroby. Jest to zgodne z niektórymi wynikami z literatury [16], które wskazują, że częstość występowania i nasilenie wspomnianych zaburzeń psychicznych nie różni się znacznie w wielu przebadanych grupach pacjentów w różnym wieku, chorych na łagodną, średnio ciężką i ciężką postać POChP, podczas gdy równocześnie stwierdza się nieporównywalne różnice pomiędzy tymi stadiami choroby w zakresie wielu parametrów wydolności płuc, nasilenia stałej duszności i zdolności do aktywnego życia. Włoskie badanie 202 pacjentów cierpiących z powodu POChP o różnej ciężkości [16] wykazało, że u każdej z przebadanych podgrup (POChP łagodna, o średnim i ciężkim nasileniu) zaburzenia lękowe stwierdzono u 28,2%, a depresję u 18,8% badanych. W dobrej grupie kontrolnej osób zdrowych częstość występowania obu rodzajów zaburzeń psychicznych wynosiła odpowiednio 6,1% i 3,5%. Wyniki te wskazują, że być może na wystąpienie i rozwój objawów lękowych i depresyjnych u pacjentów z POChP o różnej ciężkości mają wpływ inne czynniki, aniżeli sam fakt chorowania na przewlekłą chorobę internistyczną oraz jej objawy. Jest to w pełni zgodne z perspektywą psychologiczną, zgodnie z którą zaburzenia lękowe i depresyjne w znacznym stopniu zależą nie od obiektywnego stanu somatycznego, ale od czynników wewnątrzpsychicznych i środowiskowych.

W naszym badaniu poświęciliśmy tym kwestiom szczególną uwagę i zbadaliśmy związki zachodzące pomiędzy nasileniem objawów lękowych i depresyjnych,

stwierdzonych u pacjentów z POChP, a ich katastroficzną interpretacją stanu zdrowia, mechanizmami obronnymi osobowości, koherencją (zdolnością do elastycznego przystosowania się do zaistniałej sytuacji) oraz wieloma aspektami sytuacji rodzinnej.

Uzyskane wyniki wskazują, że czas trwania choroby nie wpływa na ujawnianie się i nasilenie objawów lękowych i depresyjnych. Związki pozytywne uzyskano raczej w odniesieniu do stopniowego rozwijania się takich mechanizmów obronnych osobowości, które, niestety, nie tylko nie pomagają w radzeniu sobie z chorobą, ale mogą wtórnie, niezależnie od samej choroby somatycznej, pogarszać relacje pacjentów z własną rodziną i światem zewnętrznym, co może prowadzić do powstania błędnego koła złej sytuacji społecznej i braku właściwej współpracy w leczeniu choroby podstawowej – co w dalszym ciągu niekorzystnie wpływa na dynamikę POChP. Natomiast już obecne objawy lękowe i depresyjne mają wpływ na cały szereg czynników wewnątrzpsychicznych i rodzinnych (jest prawdopodobne, że zachodzi tu także reakcja zwrotna, sięgająca okresu sprzed choroby): im głębszy zespół lękowy, tym częściej badani ulegają katastroficznemu interpretacji swego zdrowia, co nie ma związku z obiektywnie ocenianym stanem klinicznym; tym częściej używają nieprawidłowych i neurotycznych mechanizmów osobowości oraz mają niską koherencję (trudności w dostosowaniu się i akceptacji realnej sytuacji); tym gorsze jest ich funkcjonowanie rodzinne w wielu różnych zakresach.

Z psychologicznego punktu widzenia są to zależności niezmiernie ważne. Pozwalają one spojrzeć na problem niskiej jakości życia pacjentów z POChP (oraz jej konsekwencji) z perspektywy nieco różnej od tej, jaka jest zazwyczaj prezentowana w literaturze (czyli linearnego związku pomiędzy istnieniem ciężkiej choroby somatycznej a powodowanego nią złego samopoczucia psychicznego). Perspektywa nasza akcentuje podmiotową rolę i konieczność wykazania czynnej motywacji poważnie chorych pacjentów we współtworzeniu relacji i środowiska, w którym żyją, i potrzebę pomocy psychologicznej w tych zakresach, w których wspomniane relacje okazują się wyraźnie dysfunkcjonalne.

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów stwierdzono, że objawy lękowe występują u pacjentów z POChP jako pierwsze, i dopiero później (jeśli w ogóle) dołączają do nich objawy depresyjne. Pojawienie się objawów depresyjnych jest wyznacznikiem ciężkości stanu psychicznego pacjenta i ma zasadniczo negatywny wpływ na jego funkcjonowanie, tak indywidualne, jak i w obrębie rodziny. Pogarszają się bardzo znacznie uzyskiwane wyniki, dotyczące podobnych zakresów, jak te cytowane w związku z objawami lękowymi.

Uzyskane przez nas wyniki są zasadniczo zgodne z danymi z literatury australijskiej [6–7], aczkolwiek w naszym badaniu stosowaliśmy metody czysto psychologiczne, a badacze australijscy psychospołeczne, badające takie czynniki, jak poziom samowystarczalności, radzenie sobie z objawami i oparcie społeczne. Stwierdzili oni, że istnieje negatywny związek pomiędzy badanymi przez nich czynnikami a nasileniem objawów lękowych u pacjentów z POChP, zwłaszcza jeśli dołączają się do nich objawy depresyjne.

W związku z powyższym, nasuwają się pytania mające charakter hipotez badawczych. Po pierwsze, czy można przyjąć, że obecność zaburzeń psychicznych ma wpływ

na pogorszenie się stanu somatycznego chorych, a leczenie psychiatryczne może ten stan poprawić? Odpowiedź bezpośrednia, choć możliwa, jest trudna, ponieważ także w najliczniejszych prowadzonych dotąd badaniach [11] stwierdzono, że nawet jeśli u pacjentów z POChP stawiana jest wiarygodna diagnoza psychiatryczna, to jedynie 31% tej podgrupy, w której rozpoznano problem psychiatryczny, otrzymuje jakiegokolwiek leczenie farmakologiczne przeciwdepresyjne i przeciwłękowe, i to prawdopodobnie w niedostatecznych dawkach. Istnieją także doniesienia o stosowaniu psychoterapii w POChP i jej niewielkich osiągnięciach – czemu trudno się dziwić, ponieważ stosowano psychoterapię krótkotrwałą (około 10 sesji terapii poznawczo-behawioralnej), co również stanowi leczenie niewystarczające. Natomiast odpowiedź pośrednia może być taka: skoro udowodniono, że obecność zaburzeń psychicznych u pacjentów z POChP znacząco obniża jakość ich życia, a ta ma bezpośredni związek ze wskaźnikiem umieralności, to profesjonalne leczenie psychiatryczne tych pacjentów (psychofarmakologiczne i za pomocą specjalistycznej psychoterapii) powinno być brane pod uwagę przez internistów jako pomocne, a nawet konieczne.

### Wnioski

W badanej grupie pacjentów z POChP zaburzenia psychiczne w postaci zespołu lęku napadowego występowały u 44,4%, a depresji u 40% chorych. Jednakże nasilenie zarówno objawów lękowych, jak i depresyjnych było w większości łagodne. Zazwyczaj jako pierwsze występowały objawy lękowe, a ich stopniowemu nasilaniu się towarzyszyło występowanie objawów depresyjnych. Im cięższy był przebieg opisanych zaburzeń psychicznych, tym częściej osoby z badanej grupy stosowały niedojrzałe i neurotyczne mechanizmy obronne osobowości, wykazywały się obniżonym poziomem koherencji i miały poważne trudności w zakresie funkcjonowania rodzinnego. Wydaje się, że opisane zależności mają poważny wpływ na jakość życia pacjentów i w konsekwencji na wyniki uzyskiwane w ich leczeniu internistycznym. Należy wziąć pod uwagę potrzebę leczenia chorych na POChP za pomocą psychofarmakoterapii i psychoterapii.

*Praca nie była w żadnej formie finansowana ani dofinansowywana.*

**Связи между синдромом пароксизмальной фобии, депрессией, защитными механизмами, когеренцией и семейным функционированием у пациентов с диагнозом, хронической обтурационной болезнью легких (ХОБЛ)**

### Содержание

Хроническая обтурационная болезнь легких (ХОБЛ) протекает длительно, с утяжелением общего состояния легочной ткани, которая приводит к постепенному сужению дыхательных путей. Это заболевание принадлежит к главным смертельным исходам и инвалидности среди людей старшего возраста. Сосуществующие психиатрические и психологические проблемы (депрессия, фобии, а особенно синдром пароксизмальной фобии) часто играют значительную роль в клинической картине нарушений. Они влияют на ухудшение качества жизни больного с ХОБЛ, хотя редко учитываются при лечении этой болезни.

**Задание.** Установление частоты появления фобийных нарушений (особенно синдрома параксимальной фобии) и депрессии у пациентов с диагнозом ХОБЛ. Вторым заданием исследования было установление связей между психологическими факторами (защитными механизмами личности, когеренцией и семейным функционированием) и психиатрическими симптомами.

**Методы.** Исследовано 45 пациентов с диагнозом ХОБЛ с тяжелым течением этой болезни (по классификации GOLD) во время их лечения в Клинике пульмонологии II Кафедры внутренних болезней Мед. факультета Ягеллонского университета в Кракове. Среди исследованных было 19 женщин (42%) и 26 мужчин (58%). Средний возраст в этих группах равнялся 64,56 лет (СД = 10,64), а средняя продолжительность болезни 10,53 года (СД = 10,18).

Для исследования использованы следующие пособия: Малый международный нейропсихиатрической глоссарий, польская версия 5.0.0, Шкала фобии и Агорафобии, Глоссарий депрессии Бекка, Глоссарий функционирования семьи, Глоссарий жизненной ориентировки (СОЦ-29), Глоссарий защитных механизмов (DSQ-40) и Автобиографическую анкету.

**Результаты.** Проведенные исследования показали, что 44% группы больных с тяжелым течением ХОБЛ страдало синдромом параксимальной фобии и 40% депрессией. Появление депрессивных симптомов было связано с более глубокими фобийными состояниями. Утяжеление всех психиатрических симптомов было связано с появлением разнородных психологических трудностей.

**Выводы.** Можно сказать, что, по-видимому, обнаруженные психиатрические симптомы и психологические проблемы могут влиять на качество жизни больного, его приспособление в среде и на результаты интернистического лечения при ХОБЛ.

### **Zusammenhänge zwischen dem Angstsyndrom, Depression, Abwehrmechanismen, Kohärenz und Funktionsweise in der Familie bei Patienten mit der Diagnose schwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung**

#### **Zusammenfassung**

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung ist eine chronische und fortschreitende Erkrankung, die sich mit der Verengung der Atemwege charakterisiert. Sie gehört zu Hauptursachen der Sterblichkeit und Behinderung bei älteren Menschen. Die koexistierenden psychiatrischen und psychologischen Probleme (Depression, Angst, besonders Panikstörung) spielen oft eine bedeutende Rolle in ihrem klinischen Bild. Sie beeinflussen auf eine signifikante Senkung der Lebensqualität der Patienten mit der Diagnose COPD, obwohl sie selten bei der Behandlung dieser Krankheit berücksichtigt werden.

**Ziel.** Die Studie an der Häufigkeit der Angststörungen (besonders Panikstörung) und Depression in der Gruppe der Patienten mit der Diagnose schwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Dann wollte man den Zusammenhang zwischen den psychologischen Faktoren (Abwehrmechanisme der Persönlichkeit, Kohärenz, Funktionsweise in der Familie) und psychiatrischen Symptomen finden.

**Methoden.** Es wurden 45 Patienten mit der Diagnose schwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung untersucht (nach GOLD-Klassifizierung). Die Patienten hielten sich zur Behandlung in der Klinik für Lungenerkrankungen - Klinika Pulmonologii II Katedry Chorób Wewn. trznych CM UJ in Kraków auf. Unter ihnen waren 19 Frauen (42%) und 26 Männer (58%). Das Durchschnittsalter lag bei 64.56 Jahren (SD=10.64), und die durchschnittliche Zeitdauer der Krankheit bei 10.53 Jahren (SD=10.18). Zur Studie wurden angewandt: Mini International Neuropsychiatric Interview, polnische Version 5.0.0., Panik - und Agorafobie - Skala, Beck - Depression - Inventar, Fragebogen zur Funktionsweise der Familie, Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC-29), Fragebogen zur Erfassung von Abwehrmechanismen (DSQ-40) und Lebenslaufumfrage.

**Ergebnisse.** Die Studie hat bewiesen, dass 44% der Patienten mit der Diagnose schwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung unter Angstsyndrom, und 40% unter Depression litten. Die Symptome der Depression waren mit den tieferen Angstsymptomen verbunden. Die Intensität

aller psychiatrischen Symptome hing mit den unterschiedlichen psychologischen Problemen zusammen.

**Schlussfolgerungen.** Man kann vermuten, dass die festgestellten psychiatrischen Symptome und psychologischen Probleme einen Einfluss auf die Lebensqualität, allgemeine Selbsthilfe im Leben und Wirksamkeit der Behandlung der Patienten mit der schweren chronisch obstruktiven Lungenerkrankung haben.

### **Les liaisons de la crise de panique, dépression, mécanismes de défense, cohérence et le fonctionnement en famille des patients souffrant de la BPCO (la Broncho-Pneupathie Chronique Obstructive) sévère**

#### **Résumé**

La BPCO est la maladie chronique des poumons qui cause la successive obstruction d'écoulement d'air. Cette maladie est une des causes majeures de la mort des personnes âgées. La dépression, l'anxiété, la crise de panique coexistent souvent avec la BPCO et elles influent négativement sur la qualité de vie des patients bien qu'elles soient souvent négligées.

**Objectif.** Analyser la fréquence des troubles anxieux (surtout de la crise de panique) et de la dépression accompagnant la BPCO. Trouver des liaisons des facteurs psychologiques (mécanismes de défense, cohérence, fonctionnement en famille) et des symptômes psychiatriques.

**Méthodes.** On a examiné 45 patients souffrant de la BPCO sévère (classification GOLD) pendant leur hospitalisation à Cracovie. Ce groupe se compose de 19 femmes (42%) et de 26 hommes (58%), leur moyenne de l'âge – 64.56 (SD=10.64), durée de la maladie – 10.53 (SD=10.18). Ils étaient examinés avec des questionnaires suivants : Mini International Neuropsychiatric Interview, version polonaise 5.0.0, Panic and Agoraphobia Scale, Beck's Depression Inventory, Family Functioning Questionnaire(KOR), Sense of Coherence Scale (SOC-29), Defence Style Questionnaire (DSQ-40), Life Inventory.

**Résultats.** On note que 44% de patients souffrant de la BPCO souffrent aussi du syndrome de panique et 40% – de la dépression. Les symptômes de la dépression se lient avec les symptômes anxieux plus forts. L'intensité de tous les symptômes psychiatriques se lient avec plusieurs difficultés psychologiques.

**Conclusions.** Il est très probable que les symptômes psychiatriques et psychologiques examinés influent sur la qualité de vie, le fonctionnement en famille et la thérapie de la BPCO des patients souffrant de cette maladie.

#### **Piśmiennictwo**

1. (GOLD), aktualizacja 2003. Med. Prakt. (wydanie specjalne) 2003; 7.
2. Szczeklik A, red. *Choroby wewnętrzne*. Warszawa: PZWL; 2005.
3. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. *Depression and anxiety in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Age and Ageing 2006; 35: 457–459.
4. Eiser N, West C, Evans S, Jeffers A, Quirk F. *Effects of psychotherapy in moderately severe COPD*. Eur. Respir. J. 1997; 10: 1581–1584.
5. Hajiro T, Nishimura K, Tsukino M, Ikeda A, Oga T. *Stages of disease severity and factors that affect the health status of patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Respir. Med. 2000; 94: 841–846.
6. McCathie H, Spence S, Tate R. *Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors*. Eur. Respir. J. 2002; 19: 47–53.
7. Crockett AJ, Cranston JM, Moss JR, Alpers JH. *The impact of anxiety, depression and living alone in COPD*. Qual. Life Res. 2002; 11: 309–316.



8. Godoy DV, Godoy RF. *A randomized controlled trial of the effect of psychotherapy on anxiety and depression in COPD*. Arch. Phys. Med. Rehab. 2003; 84: 1154–1157.
9. Mikkelsen R, Middleboe T, Pisinger C, Stage K. *Anxiety and depression in patients with COPD. A review*. Nord. J. Psychiatry 2004; 58; 1: 65–70.
10. Dowson C, Town GI, Frampton C, Mulder RT. *Psychopathology and illness beliefs influence COPD self-management*. J. Psychosom. Res. 2004; 56: 333–340.
11. Kunik ME, Roundy K, Veazey C, Soucek J, Richardson P, Wray N, Stanley M. *Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders*. Chest 2005; 127: 1205–1211.
12. Burgess A, Kunik ME, Stanley M. *Assessing and treating psychological issues in patients with COPD*. Geriatr. 2005; 60, 12: 18–21.
13. Wagena EJ, Arrindell WA, Wouters EFM, Schayck van CP. *Are patients with COPD psychologically distressed?* Eur. Respir. J. 2005; 26: 242–248.
14. Cully JA, Graham DP, Stanley MA, Ferguson CJ, Sharafkhaneh A, Soucek J, Kunik ME. *Quality of life in patients with COPD and comorbid anxiety and depression*. Psychosom. 2006; 474: 312–319.
15. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Lindberg E, Ulrik CS, Brøndum E, Nieminen MM, Aine T, Hallin R, Bakke P. *Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: A multicentre study in the Nordic countries*. Respir. Med. 2006; 100: 87–93.
16. Di Marco F, Verga M, Reggente M, Casanova FM, Santus P, Blasi F, Allegra L, Centanni S. *Anxiety and depression in COPD patients: the roles of gender and disease severity*. Respir. Med. 2006; 100: 1767–1774.
17. Kowalczyk-Sroka B, Marmurowska-Michałowska H. *Poziom lęku i depresji w ocenie pacjentów hospitalizowanych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc*. Psychiatr. Pol. 2005; 1: 41–49.
18. Potoczek A, Niżankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Szczeklik A. *Związki pomiędzy zespołem lęku napadowego, depresją, mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym u pacjentów z rozpoznaniem astmy ciężkiej*. Psychiatr. Pol. 2006; 6: 1097–1116.
19. Potoczek A, Niżankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Szczeklik A. *Astma ciężka i pleć chorych a obecność doznanych urazów psychicznych*. Psychiatr. Pol. 2006; 6: 1081–1096.
20. *M.I.N.I. 5.0.0 Polish Version (DSM-IV) current (sierpień 1998)*. Lecrubier Y., Weiller E., Hergueta I., Amorim P., Bonora L.I., Lepine J.P. (Inserm-Paris, France); Sheehan D., Janavs J., Baker R., Sheehan K.H., Knapp E., Sheehan M. (University of South Florida-TAMPA, USA). Polish translation: Masiak M., Przychoda J. (Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie, Poland).
21. Bandelow B. *Panic and Agoraphobia Scale (PAS)*. Seattle, Toronto, Bern, Goettingen: Hogrefe and Huber Publishers; 1999.
22. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatr. Pol. 1977; 11, 4: 417–421.
23. Namysłowska I, Paczkiewicz E, Siewierska A, de Barbaro B, Furgał M, Drożdżowicz L, Józe-fik B, Beauvale A. *Kwestionariusz Manfreda Cierpki do Oceny Rodziny*. Psychiatr. Pol. 2002; XXXVI, 1: 17–28.
24. Beauvale A, de Barbaro B, Namysłowska I, Furgał M. *Niektóre psychometryczne własności Kwestionariusza do Oceny Rodziny*. Psychiatr. Pol. 2002; XXXVI, 1: 29–40.
25. Koniarek J, Dudek B, Makowska Z. *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonowskiego*. Przegl. Psychol. 1993; XXXVI (4): 491–502.
26. Bogutyn T, Kokoszka A, Pałczyński J, Holas P. *Defense mechanism in alexithymia*. Psychol. Rep. 1999; 84: 183–187.

- 
27. Kokoszka A, Roman J, Bryła L, Grabowski A. *Związki poprawy objawowej ze zmianą mechanizmów obronnych w trakcie leczenia zaburzeń nerwicowych. Doniesienie wstępne.* Psychoter. 2003; 1 (124).

Adres: Anna Potoczek  
Klinika Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum UJ  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21

Otrzymano: 15.02.2008  
Zrecenzowano: 16.04.2008  
Przyjęto do druku: 6.07.2008