

Związki pomiędzy przewlekłością choroby, nasileniem objawów lękowych i depresyjnych a mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym u pacjentów z rozpoznaniem zespołu lęku napadowego

Links between duration and severity of anxiety and depressive symptoms with defence mechanisms, coherence and family functioning in patients suffering from severe panic disorder

Anna Potoczek

Klinika Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii UJ CM
Kierownik katedry: prof. dr hab. n. med. J. Bomba
Kierownik kliniki: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

Summary

Background. Panic disorder often has a chronic course and is comorbid with depression. Many different psychological factors may have impact on both chronicity and comorbidity.

Aim. The purpose of the study was to assess the prevalence of depression among panic patients. Defence style, sense of coherence and family functioning of patients were analysed in a link with anxiety and depressive symptoms.

Methods. The author examined 75 patients suffering from severe PD. 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 depressive symptoms are often comorbid with PD, but only 17.3% of the group suffered from severe depression. Duration of PD was linked with many psychological factors. Anxiety and depressive symptoms were linked with catastrophic interpretation of bodily sensations, coherence and defence mechanisms, but not with family functioning.

Conclusion. It is possible that psychological problems affect duration and severity of PD.

Słowa kluczowe: zespół lęku napadowego, depresja, mechanizmy obronne, koherencja, funkcjonowanie rodzinne

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

Wstęp

Etiologia, a – co za tym idzie – także dynamika zespołu lęku napadowego (panic disorder, PD) nadal nie jest w pełni wyjaśniona. Spośród wielu biologicznych hipotez na

ten temat najczęściej dyskutowane są tzw. „hipotezy oddechowe”, dotyczące wpływu hiperwentylacji i wrażliwości niektórych obszarów mózgowych na powstawanie fenomenu ostrego, krótkotrwałego lęku z towarzyszącymi mu masywnymi objawami somatycznymi i wegetatywnymi [1–3]. Powraca także nurt odwołujący się do klinicznego podobieństwa ataków lęku do napadów padaczkowych [4, 5]. Jednak ostatnie dziesięciolecie przyniosło powrót zainteresowania psychologicznymi aspektami PD, co może pomóc w wyjaśnieniu specyfiki, chroniczności, współwystępowania objawów depresyjnych, a także skłonności do nawrotów, pomimo systematycznego leczenia, które cechują przebieg tej choroby [6–9]. Od dawna zwraca uwagę stała obecność w PD szczególnego rodzaju masywnych zaburzeń poznawczych określanych jako „katastroficzna interpretacja doznań somatycznych”, które sprawiają, że osoby zdrowe mają poczucie ciężkiej i bezpośrednio zagrażającej życiu choroby somatycznej [10–13]. Ostatnio rozważany jest związek pomiędzy tym rodzajem zaburzeń poznawczych a cechami osobowości, mechanizmami obronnymi stosowanymi przez chorych [14, 15] i ich funkcjonowaniem w małżeństwie i rodzinie [16]. Zwraca się także uwagę na kulturowe modyfikacje obrazu klinicznego PD [17, 18] i ich związek ze stresem związanym z przemianami społecznymi. Osobnym problemem jest współwystępowanie PD i rzeczywistych chorób somatycznych, np. astmy, co może mieć wpływ na kliniczną ekspresję objawów internistycznych [19].

Cele pracy

1. Sprawdzenie, jak często u pacjentów z PD współwystępują objawy depresyjne, a także, jakie jest ich nasilenie w związku ze stopniem jego ciężkości.
2. Zbadanie związku pomiędzy charakterem stosowanych przez pacjentów mechanizmów obronnych osobowości, ich koherencją, funkcjonowaniem rodzinnym i obecnością specyficznych zaburzeń poznawczych (katastroficzna interpretacja stanu zdrowia) a czasem trwania PD.
3. Zbadanie związków pomiędzy nasileniem objawów psychopatologicznych (lękowych i depresyjnych) a funkcjonowaniem pacjentów w wyżej wymienionych zakresach.

Material i metoda

Opis badanej grupy

Badaniem objętych zostało 75 pacjentów, w tym 53 (71%) kobiety i 22 (29%) mężczyzn z rozpoznaniem nasilonego PD, leczonych przeze mnie w Ambulatorium Przyklinicznym Kliniki Psychiatrii Collegium Medicum UJ w Krakowie w latach 2004–2007. Badanie miało charakter naturalistyczny. Kryterium doboru do grupy badanej było rozpoznanie nasilonego zespołu lęku napadowego w kolejności zgłaszania się do leczenia. Żaden z pacjentów nie odmówił udziału w badaniu.

Przed podjęciem leczenia psychiatrycznego wszyscy pacjenci byli diagnozowani internistycznie i uznani za somatycznie zdrowych.

Średni wiek w badanej grupie wynosił 44,68 roku (20–80 lat, SD = 12,68), średni czas trwania choroby 5,19 roku (1–35 lat, SD = 6,22). Średnia wartość

punktacji w skali PAS, przeznaczona do badania nasilenia zespołu lęku napadowego, wynosiła 41,05 punktu (nasilenie bardzo ciężkie) (20–67 p., SD = 12,03); średnie nasilenie depresji badane za pomocą kwestionariusza BDI wynosiło 15,36 punktu (1–41 p., SD = 10,49), średnie nasilenie katastroficznej interpretacji doznań somatycznych badane za pomocą kwestionariusza BSIQ – 4,69 (1–7 p., SD = 1,77), a średnia wartość koherencji ogólnej badanej za pomocą kwestionariusza SOC-29 wynosiła 116,45 (39–197 p., SD = 34,51).

15 osób miało wykształcenie podstawowe, 41 – wykształcenie średnie i 19 – wykształcenie wyższe. 55 osób pracowało zawodowo, na emeryturze było 10 osób, na rencie inwalidzkiej też 10.

Metody badań

Wszystkich pacjentów zbadano wszystkimi opisanymi poniżej metodami:

1. M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview, wersja polska 5.0.0). Autorzy: Lecrubier Y i wsp. 1998. Polska wersja opracowana przez: M. Masiaka, J. Przychodę, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie. M.I.N.I zostało stworzone jako krótkie, strukturalizowane narzędzie do badania głównych zaburzeń psychicznych osi I w DSM-IV. Służy do badań diagnostycznych [20].

Pięć kolejnych, opisanych poniżej, kwestionariuszy opiera się na samoocenie pacjentów, co jednostkowo dopuszcza pewien subiektywizm, ale łącznie oddaje bardzo szczegółowo ich sposób przeżywania.

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 wynika z następującej punktacji:

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

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

3. Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI). Autor: A. Beck, 1961, standaryzacja polska: T. Parnowski, W. Jernajczyk, 1977 [23].

Jedna z najczęściej używanych na świecie metod 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 – depresja głęboka.

4. Kwestionariusz do 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. Służy do badania wymiarów: 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 PD – sytuacja taka jest dopuszczalna z punktu widzenia metodologii.

5. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (The Sense of Coherence Questionnaire SOC-29) Autor: A. Antonovski, 1983. Polska adaptacja: Zakład Psychologii Klinicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zakład Psychoprophylaktyki Instytutu UAM w Poznaniu i Zakład Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, 1993 [25].

Kwestionariusz pozwala oszacować ogólny poziom poczucia koherencji, a także 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 na wielu grupach (także w Polsce), uważa się, że osoby zdrowe i prawidłowo funkcjonujące osiągają ogólny poziom koherencji około 120–130 punktów. W badaniach polskich np. zdrowi policjanci brygad antyterrorystycznych osiągnęli wyniki około 130–140 p., 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 do indywidualnej samooceny badanego i umożliwia ocenę zachowań obronnych dojrzałych i niedojrzałych.

Prace nad adaptacją do warunków polskich prowadzili: T. Bogutyn, A. Kokoszka, J. Pałczyński, P. Holas [26] oraz: A. Kokoszka, J. Roman, L. Bryła, A. Grabowski [27].

7. Ankieta życiorysowa.

8. Badanie psychiatryczne.

Użyte w badaniu metody statystyczne

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

W analizie związków występujących pomiędzy stwierdzanymi u pacjentów z PD objawami lękowymi i depresyjnymi a relacjami rodzinnymi, mechanizmami obronnymi i poczuciem koherencji zastosowano współczynnik 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. U 40 badanych (53,3%) stwierdzono obecność objawów depresyjnych, w tym przede wszystkim łagodnych i średnio ciężkich (27 osób, 36%). Występowały one **wyłącznie** w przebiegu PD o ciężkim i bardzo ciężkim nasileniu. Nasilenie objawów depresyjnych odpowiadające głębokiej depresji stwierdzono jedynie u 13 osób (17,3%) i współwystępowały one z PD o bardzo ciężkim nasileniu. Wzajemne zależności pomiędzy nasileniem objawów lękowych i depresyjnych przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Rozkład objawów lękowych i depresyjnych w badanej grupie pacjentów z zespołem lęku napadowego (PD)

Nasilenie objawów		wg BDI (ocena nasilenia depresji)				Ogółem
		Brak objawów	Depresja łagodna	Depresja średnia	Depresja głęboka	
wg PAS (ocena nasilenia zespołu lęku napadowego)	Średnio ciężki	13 17,3%	0 0%	0 0%	0 0%	13 17,3%
	Ciężki	12 16,0%	5 6,7%	6 8,0%	0 0%	23 30,7%
	Bardzo ciężki	10 13,3%	9 12,0%	7 9,3%	13 17,3%	39 52,0%
Ogółem		35 46,7%	14 18,7%	13 17,3%	13 17,3%	75 100,0%

$\chi^2 = 30,0$; $df = 6$; $p < 0,0005$; współczynnik kontyngencji $C = 0,534$

2. Analiza statystyczna związków pomiędzy czasem trwania PD a wszystkimi badanymi zmiennymi, tj. nasileniem objawów depresyjnych, koherencją, funkcjonowaniem rodzinnym, we wszystkich podskalach kwestionariusza KOR, oraz stosowanymi przez pacjentów mechanizmami obronnymi, wykazała, że istotne korelacje zachodzą w odniesieniu do licznych zmiennych, które jednak **dotyczą wyłącznie** mechanizmów obronnych i funkcjonowania w rodzinie, ale **nie dotyczą** objawów depresyjnych i koherencji. Im dłuższy był czas chorowania, tym częściej pacjenci z PD stosowali mechanizmy obronne neurotyczne i niedojrzałe (projekcja), a rzadziej dojrzałe (antycypacja) i tym gorzej funkcjonowali w aż 20 zakresach badanych za pomocą KOR. Zależności te pokazuje tabela 2.

Tabela 2. **Istotne statystycznie korelacje pomiędzy czasem trwania choroby a badanymi zmiennymi (objawami depresyjnymi, mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym) u pacjentów z zespołem lęku napadowego. Korelacje nieistotne zostały pominięte**

Skala	Czas chorowania
Antycypacja	-0,215(*)
Odczynianie	0,217(*)
Projekcja	0,306(**)
Mechanizmy neurotyczne	0,238(*)
Skala samooceny, wypełnianie zadań	0,289(*)
Skala samooceny, pełnienie ról	0,294(*)
Skala samooceny, komunikacja	0,232(*)
Skala samooceny, kontrola	0,238(*)
Skala samooceny, wartości i normy	0,298(**)
Skala samooceny, suma	0,330(**)
Skala samooceny, życzliwość	0,219(*)
Skala samooceny, pretensje	0,304(**)
Skala rodzinna, wypełnianie zadań	0,218(*)
Skala rodzinna, zaangażowanie rodzinne	0,250(*)
Skala rodzinna, kontrola	0,236(*)
Skala rodzinna, relacje negatywne	0,286(*)
Ocena diady, wypełnianie zadań	0,293(*)
Ocena diady, komunikacja	0,214(*)
Ocena diady, emocjonalność	0,221(*)
Ocena diady, zaangażowanie rodzinne	0,266(*)
Ocena diady, wartości i normy	0,381(**)
Ocena diady, suma	0,284(*)
Ocena diady, relacje pozytywne	0,217(*)
Ocena diady, relacje negatywne	0,284(*)

(*) $p < 0,05$ (test dwustronny)

(**) $p < 0,01$ (test dwustronny)

3. Z tabeli 3 wynika, że:

- im głębszy był zespół lękowy (wyższy wynik PAS), tym częściej u badanych stwierdzano zaburzenia poznawcze polegające na katastroficznej interpretacji stanu swego zdrowia (mierzone za pomocą kwestionariuszem BSIQ);
- im głębszy zespół lękowy stwierdzono u badanych, tym gorsza (niższa) była ich koherencja ogólna i we wszystkich podskalach (poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności);
- im głębszy był zespół lękowy, tym rzadziej badani używali dojrzałych mechanizmów obronnych (humor, tłumienie), a tym częściej mechanizmów neurotycznych i niedojrzałych (odczyniania, projekcji, izolacji, dewaluacji, fantazji schizoidalnych, zaprzeczenia, przemieszczenia, rozszczepienia, somatyzacji);
- korelacja cząstkowa przy kontroli BDI wskazuje, że objawy depresyjne występujące u chorych mają wpływ tylko na niektóre związki opisane powyżej:
 - a) im bardziej badani byli depresyjni, tym większa była ich skłonność do katastroficznej interpretacji stanu zdrowia, jednak z tabeli 1 wynika, że byli głęboko depresyjni tylko wtedy, gdy równocześnie cierpieli na PD o bardzo ciężkim nasileniu, trudno więc w tym wypadku jednoznacznie stwierdzić, jakie objawy przyczyniają się do rozwoju tego specyficznego lękowego zaburzenia poznawczego;
 - b) im bardziej badani byli depresyjni, tym mniejsza była ich koherencja ogólna i poczucie zaradności.
 - c) im bardziej badani byli depresyjni, tym rzadziej posługiwali się humorem (mechanizm obronny dojrzały) a częściej niektórymi mechanizmami niedojrzałymi i neurotycznymi (odczynianie, dewaluacja, somatyzacja).

Ogólnie jednak ta część analizy statystycznej wykazuje, że nasilenie objawów depresyjnych nie zmienia obrazu problemów psychologicznych, wynikających przede wszystkim z nasilenia objawów lękowych.

Tabela 3. Korelacje PAS z innymi skalami bez kontroli (liniowe) i z kontrolą (cząstkowe) skali BDI

Skala	PAS	
	Korelacja liniowa N = 75	Korelacja cząstkowa przy kontroli BDI df = 72
BSIQ (katastroficzna interpretacja doznań somatycznych)	0,465(**)	0,437(**)
PZR (poczucie zrozumiałości)	-0,498(**)	-0,178
PZ (poczucie zaradności)	-0,512(**)	-0,273(*)
PS (poczucie sensowności)	-0,430(**)	-0,191
SOC (koherencja ogólna)	-0,549(**)	-0,257(*)
Humor	-0,414(**)	-0,287(*)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Sublimacja	0,011	0,198
Antycypacja	-0,136	0,172
Stłumienie	-0,391(**)	-0,182
Odczynianie	0,379(**)	0,432(**)
Pseudoaltruizm	0,062	0,153
Idealizacja	0,116	0,106
Formacja reaktywna	0,076	0,193
Projekcja	0,373(**)	0,101
Bierna agresja	0,149	-0,042
Acting-out	0,217	-0,005
Izolacja	0,259(*)	0,232
Dewaluacja	0,420(**)	0,372(**)
Fantazje schizoidalne	0,316(**)	0,213
Zaprzeczenie	-0,283(*)	-0,221
Przemieszczenie	0,251(*)	0,104
Dysocjacja	0,001	0,163
Rozszczepienie	0,253(*)	0,131
Racjonalizacja	-0,108	0,074
Somatyzacja	0,509(**)	0,391(**)
Mechanizmy obronne dojrzałe	-0,353(**)	-0,047
Mechanizmy obronne neurotyczne	0,247(*)	0,315(*)
Mechanizmy obronne niedojrzałe	0,470(**)	0,279(*)

(*) $p < 0,05$ (test dwustronny)

(**) $p < 0,01$ (test dwustronny)

4. Z tabeli 4 wynika, że:

- pomimo nasilonych objawów lękowych stwierdzanych u badanych, funkcjonowali oni rodzinnie zdumiewająco dobrze; jedynym problemem wychwyconym w analizie wyników kwestionariusza KOR była ich niska zdolność sprawowania kontroli w skali samooceny;
- współwystępowanie objawów depresyjnych nie miało wpływu na funkcjonowanie rodzinne.

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

Skala	PAS	
	Korelacja liniowa N = 61	Korelacja częstkowa przy kontroli BDI df = 58
Skala samooceny, wypełnianie zadań	0,056	-0,125
Skala samooceny, pełnienie ról	0,097	-0,008

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Skala samooceny, komunikacja	0,068	-0,068
Skala samooceny, emocjonalność	0,002	0,015
Skala samooceny, zaangażowanie rodzinne	-0,130	-0,179
Skala samooceny, kontrola	0,254(*)	0,136
Skala samooceny, wartości i normy	0,107	0,003
Skala samooceny, suma	0,095	-0,035
Skala samooceny, życzliwość	-0,032	-0,095
Skala samooceny, troska	0,093	-0,102
Skala samooceny, pretensje	0,117	0,039
Skala rodzinna, wypełnianie zadań	0,137	0,094
Skala rodzinna, pełnienie ról	0,140	0,090
Skala rodzinna, komunikacja	-0,040	-0,076
Skala rodzinna, emocjonalność	0,029	-0,046
Skala rodzinna, zaangażowanie rodzinne	0,028	-0,040
Skala rodzinna, kontrola	0,140	0,107
Skala rodzinna, wartości i normy	-0,011	-0,029
Skala rodzinna, suma	0,075	0,022
Skala rodzinna, relacje pozytywne	0,070	0,042
Skala rodzinna, relacje negatywne	0,103	0,043
Ocena diady małżeńskiej, wypełnianie ról	-0,045	-0,066
Ocena diady, pełnienie ról	0,073	0,139
Ocena diady, komunikacja	0,107	0,102
Ocena diady, emocjonalność	0,114	0,084
Ocena diady, zaangażowanie rodzinne	0,022	-0,021
Ocena diady, kontrola	0,060	0,073
Ocena diady, wartości i normy	0,070	-0,023
Ocena diady, suma	0,062	0,046
Ocena diady, relacje pozytywne	0,011	-0,006
Ocena diady, relacje negatywne	0,102	0,125

(*) $p < 0,05$ (test dwustronny)

5. Z tabeli 5 wynika że:

- im głębsze było nasilenie zespołu depresyjnego, tym niższe (gorsze) stwierdzano wyniki w SOC (koherencja ogólna) i jego podskalach (poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności);
- im głębsze było nasilenie zespołu depresyjnego, tym rzadsze było używanie mechanizmów obronnych dojrzałych (np. humoru, antycypacji, stłumienia), a częstsze niektórych niedojrzałych (np. projekcji, biernej agresji, izolacji, dewaluacji, fantazji schizoidalnych, przemieszczenia, somatyzacji);
- korelacja cząstkowa przy kontroli PAS potwierdza, że współwystępujące objawy lękowe nasilają wpływ objawów depresyjnych na poczucie koherencji i rzadsze używanie dojrzałych mechanizmów obronnych.

Wyniki zawarte w tabeli 5 są komplementarne względem wyników tabeli 3. Świadczy to o tym, że jeśli objawy lękowe i nasilone objawy depresyjne występują razem, to wzmacniają się nawzajem. Jedynym wyjątkiem w tym względzie była katastroficzna interpretacja stanu zdrowia mierzona za pomocą kwestionariusza BSIQ, na którą nasilenie objawów depresyjnych nie miało wpływu.

Tabela 5. Korelacje BDI z innymi skalami bez kontroli (liniowe) i z kontrolą (cząstkowe) skali PAS

Skala	BDI	
	Korelacja liniowa N = 75	Korelacja cząstkowa przy kontroli PAS df = 72
BSIQ (katastroficzna interpretacja doznań somatycznych)	0,198	-0,147
PZR (poczucie zrozumiałości)	-0,534(**)	-0,374(**)
PZ (poczucie zaradności)	-0,484(**)	-0,253
PS (poczucie sensowności)	-0,404(**)	-0,260(*)
SOC (koherencja ogólna)	-0,542(**)	-0,350(**)
Humor	-0,352(**)	-0,191
Sublimacja	-0,183	-0,309(*)
Antycypacja	-0,332(**)	-0,321(*)
Słumienie	-0,372(**)	-0,265(*)
Odczynianie	0,182	-0,102
Pseudoaltruizm	-0,044	-0,076
Idealizacja	0,110	0,073
Formacja reaktywna	-0,043	-0,106
Projekcja	0,441(**)	0,299(*)
Bierna agresja	0,240(*)	0,129
Acting-out	0,216	0,145
Izolacja	0,269(*)	0,154
Dewaluacja	0,260(*)	0,035
Fantazje schizoidalne	0,251(*)	0,116
Zaprzeczenie	-0,237(*)	-0,088
Przemieszczenie	0,333(**)	0,174
Dysocjacja	-0,118	-0,237
Rozszczepienie	0,189	0,078
Racjonalizacja	-0,184	-0,149
Somatyzacja	0,342(**)	0,174
Mechanizmy obronne dojrzałe	-0,461(**)	-0,402(**)
Mechanizmy obronne neurotyczne	0,093	-0,066
Mechanizmy obronne niedojrzałe	0,415(**)	0,200

(*) $p < 0,05$ (test dwustronny); (**) $p < 0,01$ (test dwustronny)

6. Z tabeli 6 wynika, że:

- nasilenie objawów depresyjnych **nie** pogarsza w znaczący sposób bardzo dobrego funkcjonowania rodzinnego pacjentów z rozpoznaniem nasilonego PD; pogorszenie się wyników stwierdzono jedynie w 3 zakresach skali samooceny (wypełnianie zadań, sprawowanie kontroli i wyrażania troski);
- wyżej wymienione negatywne korelacje mogą wynikać także z nasilenia objawów lękowych (kontrola PAS).

Wyniki zawarte w tabeli 6 są komplementarne z wynikami z tabeli 4.

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

Skala	BDI	
	Korelacja liniowa N = 61	Korelacja częstkowa przy kontroli PAS df = 58
Skala samooceny, wypełnianie zadań	0,281(*)	0,300(*)
Skala samooceny, pełnienie ról	0,187	0,161
Skala samooceny, komunikacja	0,221	0,221
Skala samooceny, emocjonalność	-0,018	-0,023
Skala samooceny, zaangażowanie rodzinne	0,034	0,129
Skala samooceny, kontrola	0,260(*)	0,149
Skala samooceny, wartości i normy	0,188	0,155
Skala samooceny, suma	0,223	0,206
Skala samooceny, życzliwość	0,085	0,123
Skala samooceny, troska	0,313(*)	0,315(*)
Skala samooceny, pretensje	0,152	0,106
Skala rodzinna, wypełnianie zadań	0,107	0,038
Skala rodzinna, pełnienie ról	0,118	0,049
Skala rodzinna, komunikacja	0,041	0,076
Skala rodzinna, emocjonalność	0,121	0,126
Skala rodzinna, zaangażowanie rodzinne	0,109	0,112
Skala rodzinna, kontrola	0,093	0,019
Skala rodzinna, wartości i normy	0,023	0,035
Skala rodzinna, suma	0,102	0,072
Skala rodzinna, relacje pozytywne	0,064	0,030
Skala rodzinna, relacje negatywne	0,122	0,079
Ocena diady małżeńskiej, wypełnianie zadań	0,017	0,051
Ocena diady, pełnienie ról	-0,077	-0,141
Ocena diady, komunikacja	0,041	-0,023
Ocena diady, emocjonalność	0,080	0,021

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Ocena diady, zaangażowanie rodzinne	0,070	0,070
Ocena diady, kontrola	0,000	-0,040
Ocena diady, wartości i normy	0,160	0,145
Ocena diady, suma	0,043	0,010
Ocena diady, relacje pozytywne	0,030	0,028
Ocena diady, relacje negatywne	-0,004	-0,073

(*) $p < 0,05$ (test dwustronny)

Dyskusja

Z badania wynika, że u pacjentów z PD objawy depresyjne, badane za pomocą skali samooceny BDI, występowały często (u 40 osób, czyli u 53,3% wszystkich badanych), ale zdecydowanie miały charakter łagodny (u 27 osób, 36%) i towarzyszyły wyłącznie PD o nasileniu ciężkim i bardzo ciężkim. U pacjentów z PD średnio ciężkim depresja nie występowała. Natomiast nasilone objawy depresyjne towarzyszyły jedynie PD o bardzo ciężkim nasileniu i dotyczyły tylko 13 badanych, czyli 17,3% grupy badanej. Zarówno nasilenie objawów lękowych, jak i depresyjnych badane było za pomocą skal samooceny (PAS i BDI). Zwłaszcza BDI bywa krytykowany za dopuszczanie ryzyka agravacji objawów depresyjnych. Jednakże w tym badaniu pacjenci wydawali się nie tylko nie agravować, lecz wręcz zaprzeczali przeżywaniu tych objawów.

W literaturze nie ma pełnej zgodności co do tego, które z zaburzeń, PD czy depresja, występuje jako pierwsze i następnie dominuje objawowo [7, 8], zwłaszcza że wiele wskazuje, że PD i depresja nie są od siebie bezpośrednio zależne. Ryzyko ich współwystępowania jest tym wyższe, im większe jest nasilenie objawów lękowych, co potwierdza także tabela 1. Wydaje się jednak, że w odniesieniu do PD depresja jest epifenomenem, to znaczy występuje wtórnie, w miarę nasilania się objawów lękowych.

Ważne wydaje się potwierdzenie powszechnie znanego z literatury faktu, że czas trwania choroby wiąże się z niekorzystnymi dla pacjentów z PD zmianami w ich funkcjonowaniu. Z badania wynika, że im dłużej trwa choroba, tym większe następują dysfunkcje w adaptacji psychologicznej – tym częściej chorzy używają neurotycznych i niedojrzałych (projekcja, odczynianie) mechanizmów obronnych i zmniejsza się ich zdolność do korzystania z niektórych mechanizmów dojrzałych (antycypacja). Ponadto wyraźnie pogarsza się ich funkcjonowanie rodzinne w wielu zakresach (aż w 20 zakresach badanych za pomocą skali KOR). Jest to szczególnie istotne, zważywszy, że z tego samego badania wynika, że badana grupa funkcjonowała rodzinnie ogólnie dobrze, a nawet bardzo dobrze, zarówno wtedy, gdy funkcjonowanie rodzinne analizowano w korelacji z nasileniem objawów lękowych (tabela 4), jak i depresyjnych (tabela 6). Z przeprowadzonych analiz wynikać mogą dwa wnioski: funkcjonowanie rodzinne pozostaje prawidłowe, gdy choroba nie trwa zbyt długo (minimum czasu chorowania w badanej grupie wynosiło 1 rok, ale maksimum aż 35 lat), ale również, że zaangażowanie badanych pacjentów w życie rodzinne było duże, co pozwoliło im utrzymać tak dobry poziom funkcjonowania, pomimo choroby niosącej ze sobą wiele konsekwencji dotyczących zarówno bezpośredniego samopoczucia (obecność

częstych ataków lękowych, lęku antycypacyjnego, katastroficznej interpretacji stanu zdrowia), jak i mających wymiar społeczny (tendencja do rozwoju agorafobii). Hipoteza o dużym zaangażowaniu pacjentów z PD we własne życie rodzinne jest w dużym stopniu spójna z inną, omawianą w komplementarnym artykule, która sugeruje, że dla osób o wysokim ryzyku zachorowania na PD (np. związanym z posługiwaniem się niekorzystnymi mechanizmami obronnymi lub – określając tę sytuację psychologiczną w innym języku naukowym – posiadaniem tzw. negatywnego stylu poznawczego) rodzina jest potencjalnym źródłem poważnego stresu, związanego z opieką nad ciężko chorymi i /lub umierającymi bliskimi emocjonalnie osobami. Stres taki może ujawnić swoją siłę szczególnie wtedy, gdy opiekun czuje się rzeczywiście związany z rodziną i w wysokim stopniu odpowiedzialny za nią – a jest to właśnie sytuacja, którą sugerują przedstawione analizy kwestionariusza KOR.

Wyniki dotyczące wpływu czasu chorowania na stan psychiczny i funkcjonowanie pacjentów z PD są zgodne z danymi z literatury [6], z której wynika, że PD należy do zaburzeń psychicznych przewlekłych i nawet po odbyciu terapii (farmakologicznych i psychoterapeutycznych) uwięzionych doraźnym powodzeniem chorzy nadal relacjonują przeżywanie objawów lękowych z dużym komponentem wegetatywnym i somatycznym, z tendencją do ich nasilania się w sytuacjach subiektywnie trudnych. Z 15-letniej katamnezy 55 pacjentów z PD wynika, że jedynie 18% z nich po leczeniu wyzdrowiało całkowicie i nie zażywało żadnych leków, 13% nie doświadczało co prawda ataków lękowych, ale stale zażywało leki, 51% zażywało leki w sposób ciągły i pomimo to cierpiało z powodu objawów PD, choć o słabszym nasileniu aniżeli przed podjęciem leczenia.

Chroniczność PD budzi coraz większe zainteresowanie badawcze także dlatego, że jest to zaburzenie bardzo często współistniejące z rozpoznanymi i niewątpliwymi chorobami internistycznymi i mogące mieć znaczny wpływ na ich przebieg oraz skuteczność ich leczenia [20]. Choć trudno to udowodnić *ex post*, jest możliwe, że pacjenci z PD (zarówno zdrowi, jak i chorzy somatycznie) jeszcze przed pojawieniem się lęku napadowego mieli problemy w zakresie funkcjonowania psychologicznego, a rozwój PD dodatkowo je zintensyfikował, podtrzymując zaburzenia poznawcze i tendencję do używania nieprawidłowych mechanizmów obronnych, zmniejszając tym samym trwałą skuteczność leczenia.

Pojęcia mechanizmów obronnych osobowości, zaburzeń poznawczych i koherencji wywodzą się z różnych tradycji myślenia psychologicznego i psychoterapeutycznego, ale nie ma pomiędzy nimi znaczeniowych sprzeczności. Opisują one zdolność do konstruktywnego przeciwstawienia się poważnym okolicznościom stresowym, pochodzenia tak zewnętrznego, jak i wewnętrznego. Swoistym dla PD przykładem takiego stresu jest zaburzenie poznawcze określane jako „katastroficzna interpretacja doznań somatycznych i stanu zdrowia”, polegające na przekonaniu o tym, iż jest się chorym na ciężką i bezpośrednio zagrażającą życiu chorobę somatyczną, pomimo wszelkim medycznym dowodom przeciwko takiej tezie [10–13]. Wyniki zawarte w tabelach 3 i 5 potwierdzają, że to swoiste zaburzenie poznawcze ma związek raczej z nasileniem objawów lękowych, a nie depresyjnych, pomimo że jego sens może być interpretowany w kategoriach związanych z obniżeniem nastroju.

Interesujące, że zjawisko „katastroficznego interpretacji”, bardzo charakterystyczne dla PD, może podlegać wpływom kulturowym – co stanowi dodatkowy argument dla traktowania go jako zaburzenia psychologicznego, a nie objawu o charakterze biologicznym. Na przykład w Japonii, gdzie zdolność do pracy zawodowej jest bardzo cenioną wartością, katastroficzna interpretacja jest – podobnie jak to wynika z badań prowadzonych w Europie i USA – spotykana nierzadko, ale rzadziej dotyczy wprost stanu zdrowia, a zazwyczaj szkodliwego wpływu pogody, jedzenia albo rodzaju podejmowanego wysiłku fizycznego [16, 17]. Natomiast w badaniach prowadzonych w Rosji o katastroficznej interpretacji niemal się nie wspomina, natomiast podkreślana jest depresyjność i anhedonia badanych [18].

Należy pamiętać, że pomimo silnego przekonania o byciu poważnie chorym somatycznie, u badanych pacjentów z PD chorób takich nie stwierdzono. Ten ważny fakt należy uwzględnić przy interpretacji uzyskanych wyników. Analogiczne badania przeprowadzone za pomocą tych samych narzędzi, ale dotyczące osób rzeczywiście chorych somatycznie (astma ciężka współwystępująca z PD i depresją) przyniosły bowiem inne wyniki [19]. Zasadnicza różnica polegała na tym, że współwystępowanie objawów depresyjnych, nawet przy bardzo znaczącej przewadze objawów lękowych, miało zdecydowanie negatywny wpływ na wszystkie badane zmienne, to znaczy na poziom koherencji badanych pacjentów, używane przez nich mechanizmy osobowości, a zwłaszcza na funkcjonowanie rodzinne [19].

Natomiast u zdrowych pacjentów z PD wyniki analizy statystycznej były niemal identyczne (tabela 3 i tabela 5, oraz tabela 4 i tabela 6). Świadczy to, że pomimo obecności objawów depresyjnych, badanych za pomocą skali samooceny (czyli w taki sam sposób jak obecność i nasilenie objawów lękowych, jakość mechanizmów obronnych, poziom koherencji i funkcjonowanie rodzinne), funkcjonują oni na wszystkich badanych obszarach stosunkowo sprawnie, co dodatkowo potwierdza fakt, iż na rencie inwalidzkiej pozostawało tylko 10 osób (13,3% badanej grupy), a przy tym powody przyznania renty nie zawsze wiązały się bezpośrednio ze stanem psychicznym i leżeniem psychiatrycznym.

Może to świadczyć o tym, że główną osią problemów psychologicznych nurtujących badanych pacjentów z PD są te, które wynikają z funkcjonowania osobowości, co wiąże się bezpośrednio z obniżoną koherencją ogólną, poczuciem zrozumiałości świata, zaradności i sensowności swoich działań, a także z podatnością na tworzenie szczególnego rodzaju zaburzeń poznawczych, takich jak katastroficzna interpretacja stanu zdrowia, która wiąże się z tendencją do rozwijania zachowań prowadzących do agorafobii. Przypuszczenia takie są już obecne w literaturze [14, 15, 18] i wskazują na znacząco więcej cech neurotyzmu u pacjentów z PD niż w grupach kontrolnych. Wnioski tego rodzaju wskazują na potrzebę stosowania psychoterapii w leczeniu PD, co zresztą ma miejsce w praktyce.

Wnioski

Wydaje się, że cechy osobowości mają bezpośredni związek z uporczywością objawów stwierdzaną u wielu pacjentów z PD, co skutkuje chronicznym, wielolet-

nim przebiegiem tej choroby i tendencją do nawrotów w sytuacjach psychologicznie trudnych. Stosowanie nieprawidłowych mechanizmów obronnych wiąże się z obniżeniem poziomu koherencji i skłonnością do powstawania katastroficznych zaburzeń poznawczych. Równocześnie długi czas trwania choroby ma bardzo negatywny wpływ na funkcjonowanie rodzinne chorych. Nie jest jasne, czy z tym procesem związane jest także nasilanie się często współwystępujących z PD objawów depresyjnych.

Praca nie była w żadnej formie finansowana ani dofinansowana.

Связи между хроничностью болезни, утяжелением фобийных симптомов и депрессивных состояний с защитными механизмами, когеренцией и семейным положением у пациентов с диагнозом параксизмальной фобии

Содержание

Задание. Проведено психиатрическое обследование 75 пациентов с диагнозом тяжелого синдрома параксизмальной фобии (СПФ), в том числе 53 женщины (71%) и 22 мужчин (29%). Задачей исследования было определение частоты совместного появления симптомов депрессии в исследованной группе больных а также определение связи между хроничностью фобийных и депрессивных симптомов. Кроме того, связи с когеренцией, используемой пациентами защитными механизмами личности и их положением в семье.

Методы. Для исследований применены следующие пособия: Малый интернациональный нейропсихиатрический глоссарий (польская версия) 5.0.0, Шкала паники и агорафобии, Глоссарий депрессии Бека, Глоссарий функционирования семьи, Глоссарий жизненной ориентировки (SOC-29), Глоссарий защитных механизмов (DSQ-40) и Автобиографическую анкету.

Результаты. Исследование показало, что при СПФ часто совместно появляются симптомы депрессии, но редко (только у 17,3% исследованных) эта депрессия была очень тяжелой. Обнаружены связи между временем продолжительности болезни и многими изменчивыми показателями. Фобийные и депрессивные симптомы были связаны с наличием катастрофической интерпретацией соматических ощущений, когеренцией и применяемыми исследователями защитными механизмами личности, но не с положением пациента в семье и их функционированием.

Выводы. По-видимому, психологические факторы оказывают влияние на хроничность течения болезни и утяжеление синдрома параксизмальной фобии (СПФ).

Zusammenhänge zwischen dem Krankheitsverlauf, Intensität der Angst- und Depressionssymptome und Abwehrmechanismen, Kohärenz und Funktionieren in der Familie bei Patienten mit Diagnose Panikstörung

Zusammenfassung

Ziel. 75 Patienten mit der Diagnose intensifizierte Panikstörung wurden psychiatrisch untersucht. Darunter waren 53 Frauen (71%) und 22 Männer (29%). Das Ziel war die Bestimmung der Häufigkeit der Komorbidität der Depressionssymptome in der untersuchten Gruppe, die Bestimmung der Zusammenhänge zwischen dem zeitlichen Verlauf der Panik- und Depressionsstörungen und Kohärenz, zwischen den durch Patienten angewandten Abwehrmechanismen der Persönlichkeit und ihrer Funktionsweise in der Familie.

Methoden. Zur Studie wurden folgende Werkzeuge angewandt: Mini International Neuropsychiatric Interview, polnische Version 5.0.0, Panik- und Agoraphobieskala, Becks- Depression-Inventar, Fragebogen zum Familienfunktionieren, Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC-29), Fragebogen zur Erfassung von Abwehrmechanismen (DSQ-40) und Lebenslauf-Umfrage.

Ergebnisse. Die Studie erwies, dass in der Panikstörung oft die Depressionssymptome komorbid sind, aber selten (nur bei 17,3% der Untersuchten) war das eine Depression von starker Intensität. Es wurden die Zusammenhänge zwischen dem zeitlichen Verlauf der Krankheit und vielen untersuchten Variablen festgestellt. Die Angstsymptome und die Depressionssymptome waren mit der katastrophischen Interpretation der somatischen Empfindungen, Kohärenz und den durch die Untersuchten angewandten Abwehrmechanismen verbunden, nicht aber mit der Funktionsweise in der Familie.

Schlussfolgerungen. Es ist möglich, dass die psychologischen Faktoren einen wichtigen Einfluss auf den zeitlichen Verlauf der Krankheit und Intensität der Panikstörung haben.

Les relations de la durée de maladie, de l'intensité de ses symptômes dépressifs et anxieux et des mécanismes de défense ainsi que de la cohérence et du fonctionnement en famille des patients souffrant de l'attaque de panique

Résumé

Objectif. On examine le groupe de 75 patients souffrant de l'attaque de panique (53 femmes – 71%, 22 hommes – 29%) pour déterminer la fréquence des symptômes dépressifs et les relations de la durée de la maladie, des symptômes dépressifs et anxieux ainsi que de la cohérence des patients, de leurs mécanismes de défense et de leur fonctionnement en famille.

Méthodes. Pour cet examen on use les questionnaires suivants : Mini International Neuropsychiatric Interview – version polonaise 5.0.0, Panic eand Agoraphobia Scale, Beck's Depression Inventory, Family Functioning Questionnaire, Sense of Coherence Scale (SOC-29), Defence Style Questionnaire (DSQ-60) et Life Inventory.

Résultats. Cet examen démontre que les symptômes dépressifs coexistent souvent avec l'attaque de panique, pourtant ces symptômes rarement sont graves (seulement chez 17,3% de patients). On note des relations de la durée de maladie et d'autres facteurs psychologiques. Les symptômes dépressifs et anxieux se lient avec l'interprétation catastrophique des sensations somatiques, avec la cohérence et les mécanismes de défense mais non avec le fonctionnement en famille.

Conclusions. Il est possible que ces facteurs psychologiques influent sur la durée de maladie et sur sa gravité.

Piśmiennictwo

1. Vickers HK, McNally RJ. *Respiratory symptoms and panic in the National Comorbidity Survey: a test of Klein's suffocation false alarm theory.* Beh. Res. Ther. 2005; 43: 1011–1018.
2. Rassovsky Y, Abrams K, Kushner MG. *Suffocation and respiratory responses to carbon dioxide and breath holding challenges in individuals with panic disorders.* J. Psychosom. Res. 2006; 60: 291–298.
3. Friedman SD, Mathis CM, Hayes C, Renshaw P, Dager SR. *Brain pH response to hyperventilation in panic disorder: preliminary evidence for altered acid-base regulation.* Am. J. Psychiatry 2006; 163: 710–715.
4. Alvarez-Silva S, Alvarez-Rodriguez J, Perez-Echeverria MJ, Alvarez-Silva I. *Panic and epilepsy.* Anx. Disord. 2006; 20: 353–362.
5. Araszkievicz A, Rybakowski JK. *Hoigne syndrome, kindling and panic disorder.* Depr. Anx. 1996; 4: 139–143.
6. Andersch S, Hetta J. *A 15-year follow-up study of patients with panic disorder.* Eur. Psychiatry 2003; 18: 401–408.
7. Dindo L, Coryell W. *Comorbid major depression and panic disorder: significance of temporal sequencing to familial transmission.* J. Affect. Disord. 2004; 82: 119–123.

8. Biederman J, Petty C, Faraone SV, Hirschfeld-Becker DR, Henin A, Pollack MH, Rosenbaum JF. *Patterns of comorbidity in panic disorder and major depression: findings from a nonreferred sample*. *Depr. Anx.* 2005; 21: 55–60.
9. Struzik L, Vermani M, Duffin J, Katzman MA. *Anxiety sensitivity as a predictor of panic attacks*. *Psychiatry Res.* 2004; 129: 273–278.
10. Casey LM, Oei TPS, Newcombe PA. *An integrated cognitive model of panic disorder: the role of positive and negative cognitions*. *Clin. Psychol. Rev.* 2004; 24: 529–555.
11. Kessler H, Roth J, Wietersheim J, Deighton RM, Traue HC. *Emotion recognition patterns in patients with panic disorder*. *Depr. Anx.* 2007; 24: 223–226.
12. Berle D, Starcevic V, Hannan A, Milicevic D, Lamplugh C, Fenech P. *Cognitive factors in panic disorder, agoraphobic avoidance and agoraphobia*. *Behav. Res. Ther.* 2008; 46: 282–291.
13. Kipper L, Blaya C, Wachleski C, Dornelles M, Salum GA, Heldt E, Manfro GG. *Trauma and defense style as response predictors of pharmacological treatment in panic patients*. *Eur. Psychiatry* 2007; 22: 87–91.
14. Carrera M, Herran A, Ramirez ML, Ayestaran A, Sierra-Biddle D, Hoyuela F, Rodriguez-Cabo B, Vazquez-Barquero JL. *Personality traits in early phases of panic disorders: implications on the presence of agoraphobia, clinical severity and short-term outcome*. *Acta Psychiatr. Scand.* 2006; 114: 417–425.
15. Marcaurelle R, Belanger C, Marchand A, Katerelos TE, Mainguy N. *Marital predictors of symptom severity in panic disorder with agoraphobia*. *Anx. Disord.* 2005; 19: 211–232.
16. Kaiya H, Umekage T, Harada S, Okazaki Y, Sasaki T. *Factors associated with the development of panic attack and panic disorder: survey in the Japanese population*. *Psychiatry Clin. Neurosc.* 2005; 59: 177–182.
17. Watanabe A, Nakao K, Tokuyama M, Takeda M. *Prediction of first episode of panic attack among white-collar workers*. *Psychiatry Clin. Neurosc.* 2005; 59: 119–126.
18. Zvolensky MJ, Kotov R, Antipova AV, Schmidt NB. *Diathesis stress model for panic-related distress: a test in a Russian epidemiological sample*. *Behav. Res. Ther.* 2005; 43: 521–532.
19. Potoczek A, Nizankowska-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.
20. *M.I.N.I. 5.0.0 Polish version (DSM-IV) current (sierpień 1998)* – Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta I, Amorim P, Bonora LI, Lepine JP (Inserm-Paris, France), Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M (University of South Floryda – 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 Publisher; 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, Józeffik 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*. *Przeegl. Psychol.* 1993; XXXVI (4): 491–502.
26. Bogutyn T, Kokoszka A, Palczyński 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): 41–47.

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

Otrzymano: 17.11.2008
Zrecenzowano: 20.03.2009
Otrzymano po poprawie: 6.05.2009
Przyjęto do druku: 21.09.2009