

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

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

Anna Potoczek¹, Ewa Niżankowska-Mogilnicka²,
Grażyna Bochenek², Andrzej Szczeklik²

¹ 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

² 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

Background. Severe asthma, a dangerous, life-threatening lung disease is often comorbid with psychiatric problems. They in turn, could be a cause of bad asthma treatment outcome.

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

Methods. The authors examined 97 patients suffering from severe asthma. 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 70 % of the group with severe asthma suffered also from panic disorder and 35% from depression (6% with severe depression). Depression was linked with severe panic symptoms and poor asthma treatment outcome. The more severe the course of panic disorder, the more severe depression, the more frequent use of an immature defence style, lower sense of coherence and impaired family functioning.

Conclusion. It is highly possible, that psychiatric problems affect the severity of asthma.

Słowa klucze: astma ciężka, zespół lęku napadowego, depresja, mechanizmy obronne, koherencja, funkcjonowanie rodzinne

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

Wstęp

Już od ponad dziesięciu lat w literaturze psychiatrycznej pojawiają się doniesienia i wyniki badań świadczące o związkach, jakie istnieją pomiędzy astmą a zespołem lęku napadowego (ang. panic disorder) [1–7], ale lata 2002–2005 rozszerzyły zainteresowanie tym problemem także na literaturę internistyczną [8–19]. Związki te zostały dostrzeżone z dwóch perspektyw – zarówno u znacznego odsetka (6,5–24%) pacjentów chorych na astmę o różnej ciężkości stwierdzono współwystępowanie zespołu lęku napadowego [19], jak i odwrotnie, w badaniach epidemiologicznych nad zespołem lęku napadowego potwierdzono jego częste współwystępowanie z astmą [9, 13]. Charakter tych powiązań nie został wyjaśniony, ale też na razie badań na ten temat jest niewiele [8, 20–23].

Istnieje przynajmniej kilka biologicznych i psychologicznych hipotez etiopatogenezy zespołu lęku napadowego, które mogą mieć pewne znaczenie również w odniesieniu do astmy. Ich przykładem może być koncepcja wpływu ostrej hiperwentylacji na pojawianie się objawów somatycznych lęku [24, 25], tzw. hipotezy oddechowe ostrego lęku, zwłaszcza model „fałszywego duszenia się” [26–27], hipoteza mleczanowa (mała tolerancja na wysiłek fizyczny) [28] czy hipoteza rozniecania w układzie limbicznym (występowanie spontanicznego wyładowania w OUN po powtarzalnym działaniu bodźców podprogowych) [29, 30].

Wreszcie – psychologiczne, mogące przynieść wnioski wspólne dla obu chorób, próby wyjaśnienia charakterystycznego dla paniki zjawiska „katastroficznego interpretacji doznań somatycznych” [31–36], które często występuje także u pacjentów chorych na astmę. Nadmierna („katastroficzna”) interpretacja aktualnych objawów somatycznych, zwłaszcza takich, jak: duszność, uczucie ucisku w klatce piersiowej, drżenia, tachykardia itp., przez pacjentów z zespołem lęku napadowego i/lub astmą prowadzi bowiem do ich szybkiego i obiektywnie rejestrowanego nasilania się na skutek uruchomienia mechanizmu błędnego koła, w którym odgrywają rolę różne, wspierające się czynniki biologiczne i psychiczne.

Choć w sumie literatura na ten temat jest świeża i nieliczna, to sam kierunek powyższych badań stanowi postęp w nowoczesnym, interdyscyplinarnym myśleniu o astmie, które od strony psychologicznej i psychiatrycznej dotychczas zdominowane było przez różne koncepcje i drogi działania stresu [37–39]. Nowe podejście polega na tym, że bierze się w nim pod uwagę nie tylko linearną zależność pomiędzy ostrym i przewlekłym stresem a objawami astmy, lecz także cyrkularne i bardziej złożone związki, które mogą zachodzić pomiędzy astmą a lękiem na wielu poziomach: począwszy od genetycznego, przez neurochemiczną czynność mózgu, patologię oddychania, okoliczności rozwojowe, po zagadnienia będące specyficznym przedmiotem zainteresowania psychiatrii, takie jak: konflikt wewnątrzpsychiczny, struktura i mechanizmy obronne osobowości oraz funkcjonowanie rodziny. Jednakże badań nad tymi ostatnimi związkami jest w literaturze przedmiotu najmniej, co może dziwić, bo stanowią one klasyczny już obszar dociekań teoretyków i praktyków psychoterapii. Z perspektywy psychiatrii psychoterapeuty wydaje się bowiem oczywiste, że zaburzenia osobowości, stosowanie nieprawidłowych mechanizmów obronnych i niska koherencja bardzo

znacząco wpływają na podatność i rozwój zaburzeń lękowych i depresyjnych. Ten sam mechanizm dotyczy pacjentów somatycznie zdrowych, jak i chorych na astmę, choć w przypadku tych drugich może powodować skomplikowane konsekwencje zdrowotne.

Trzeba podkreślić, że te próby łącznego potraktowania astmy i zespołu lęku napadowego są możliwe dzięki wielkiemu rozwojowi całej koncepcji lęku, z którego w 1980 roku (DSM-III, [40]) wycofano kategorię „nerwicy lękowej” rozumianej zgodnie z intencjami i tradycją szkoły twórcy tego pojęcia, Zygmunta Freuda [41, 42], jako zaburzenie funkcjonalne.

Na podstawie obecnego stanu wiedzy wydaje się prawdopodobne, że objawy lękowe i depresyjne wyzwalają mechanizm błędnego koła, powodując stałe pogarszanie się funkcjonowania pacjenta w różnych sferach, co wtórnie pogłębia objawy psychopatologiczne. Te zaś mogą współdziałać na różnych poziomach z patomechanizmami astmy, przyczyniając się do powstania tzw. astmy ciężkiej [43–45], która jest chorobą bezpośrednio zagrażającą życiu. Proces powstawania wzajemnych, silnych związków pomiędzy astmą ciężką, zespołem lęku napadowego i depresją może zależeć od niedocenianych w literaturze dotyczącej astmy czynników psychologicznych [46–50].

Cele pracy

1. Sprawdzenie, jak często u pacjentów z astmą ciężką 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 astmy ciężkiej.
3. Zbadanie związków pomiędzy nasileniem objawów psychopatologicznych a funkcjonowaniem pacjentów w wyżej wymienionych zakresach.

Material i metoda

Opis badanej grupy

Charakterystyka stanu somatycznego

Badaniem objętych zostało 97 pacjentów, w tym 73 kobiety (75%) i 24 mężczyźni (25%) z rozpoznaniem astmy ciężkiej, hospitalizowanych (w większości wielokrotnie) 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. Jedynym kryterium doboru do grupy badanej było rozpoznanie internistyczne. Żaden z pacjentów nie odmówił udziału w badaniu, wielu prosiło o ponowny kontakt z psychiatrą, a część z nich po wypisie z Kliniki Pulmonologii podjęła systematyczne leczenie w Ambulatorium Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ.

Za podstawę rozpoznania przyjęto kryteria według raportu NHLBI/WHO, zwane także GINA 2002 (Global Initiative for Asthma) [43]. Raport ten stwierdza, że cięż-

kość astmy ocenia się na podstawie obrazu klinicznego przed rozpoczęciem leczenia, a jeśli chory już otrzymuje leczenie, klasyfikację przeprowadza się, uwzględniając aktualne objawy kliniczne, zużycie leku z grupy beta2mimetyków stosowanego przez pacjentów doraźnie oraz na podstawie obiektywnych parametrów czynności płuc. Za kryteria rozpoznania astmy przewlekłej ciężkiej, czyli 4. stopnia ciężkości astmy uważa się: codzienne występowanie objawów, częste zaostrzenia, częste objawy nocne, FEV1 i PEF mniejsze lub równe 60% wartości należytnej lub maksymalnej dla danego chorego.

Średni wiek w badanej grupie wynosił 49,8 lat (17–83 lata, SD = 14,1), średni czas trwania choroby 14,3 lat (1–60 lat, SD = 11,7), średnia ilość hospitalizacji 9,4 razy (2–50 razy, SD = 13,03).

Część chorych cierpiała na ciężką i oporną na leczenie farmakologiczne postać astmy. Wymagali oni stosowania przewlekłe wysokich dawek sterydów doustnych, tj. kilkanaście do kilkudziesięciu mg/dobę (najwyższa dawka 60 mg/dobę). Pomimo tego dochodziło u nich do poważnych zaostrzeń choroby, co wiązało się z wielokrotnymi hospitalizacjami, w tym często na oddziałach intensywnej terapii. Większość chorych stanowiły osoby, które przez cały okres trwania choroby wymagały zażywania glikokortykosteroidów doustnych i równocześnie dużych dawek glikokortykosteroidów wziewnych. Rozpiętość minimalnej dawki podtrzymującej wahała się u tych chorych od 2 do 16 mg/dobę w przeliczeniu na metylprednizolon. Miewali oni kilka razy do roku zaostrzenia astmy, które wiązały się z koniecznością okresowego zwiększania dawek glikokortykosteroidów doustnych w warunkach ambulatoryjnych, a czasami także z hospitalizacją. Średnia wartość IgE całkowitego w badanej grupie wynosiła 170 IU/ml, zaś eozynofilia bezwzględna 209/mm³.

Charakterystyka społeczna chorych

W grupie badanej zdecydowanie przeważały osoby mające własną rodzinę, z którą zamieszkiwały (79 chorych), w stosunku do osób samotnych (18 chorych). Przeważały (65 chorych) osoby określane według fazy rozwoju rodziny jako „małżeństwo starsze bez dziecka” i „małżeństwo starsze z dzieckiem powyżej 20 roku życia”. Sześćdziesiąt pięć osób znajdowało się na rencie inwalidzkiej, 21 osób pracowało (większość w warunkach odpowiadających tzw. pracy chronionej, to znaczy w interesach rodzinnych, umożliwiających znaczną elastyczność w wykonywaniu obowiązków), 11 było na emeryturze. Sytuacja społeczna stanowiła ważne odbicie ciężkości choroby.

Metody badań

Sześćdziesięciu sześciu pacjentów zbadano wszystkimi opisanymi poniżej metodami (kwestionariusza KOR nie używano wobec osób zamieszkujących samotnie), a u 31 (którzy byli badani jako pierwsi) w badaniu nie użyto kwestionariuszy SOC-29 i DSQ-40.

1. MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview, wersja polska 5.0.0). Autorzy: D.V. Sheehan, Y.Lecrubier 1998. Polska wersja opracowana przez: M. Maślak, J. Przychoda, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie.

MINI zostało stworzone jako krótkie, ustrukturalizowane badanie głównych zaburzeń psychicznych Osi I w DSM IV. Służy do badań diagnostycznych [51].

2. Panic and Agoraphobia Scale (PAS). Autor: B. Bandelow, Department of Psychiatry of Goettingen, wersja poprawiona 1999 [52]. 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 [53]. 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: 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).

W opisywanym badaniu rodzinę oceniał wyłącznie pacjent/pacjentka z rozpoznaniem zespołu lęku napadowego – sytuacja taka jest dopuszczalna z punktu widzenia metodologii.

Do interpretacji wyników włączono, oprócz grupy badanej, czyli pacjentów z zespołem lęku napadowego, grupę kontrolną, którą była dobrana parami grupa

rodzin funkcjonujących prawidłowo, uczestnicząca w badaniach standaryzacyjnych Kwestionariusza Oceny Rodziny. Adaptacja polska z 2002 roku [54, 55].

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 Psychoprofilaktyki Instytutu UAM w Poznaniu i Zakład Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, 1993 [56]. 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 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 na przykład zdrowi policjanci brygad antyterrorystycznych osiągnęli wyniki około 130–140, a 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, roszczenie, 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: T. Bogutyn, A. Kokoszka, J. Pałczyński, P. Holas [57] oraz: A. Kokoszka, J. Roman, L. Bryła, A. Grabowski [58].

7. Ankieta życiorysowa.

9. Badanie psychiatryczne.

Użyte w badaniu metody statystyczne

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

Do analizy związków występujących pomiędzy stwierdzanymi u pacjentów astmatycznych 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 wy-

mienionymi zmiennymi analizowano na podstawie współczynników korelacji liniowej i cząstkowej przy kontroli jednej z nich. Kontrola ta umożliwiła stwierdzenie, czy wykrywane zależności są niezależne od siebie. Na przykład, 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 z 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: MINI, PAS i BDI wykazało częste współwystępowanie zaburzeń psychicznych u pacjentów chorych na astmę ciężką, w tym zdecydowanie najczęściej – zaburzeń lękowych. Aż u 70% badanej grupy pacjentów z astmą ciężką stwierdzono obecność zespołu lęku napadowego, w tym u 47,4% był to zespół ciężki i bardzo ciężki. Depresję stwierdzono u 35% badanych, w tym depresję głęboką u 6% osób. Wzajemne zależności pomiędzy nasileniem objawów lękowych i depresyjnych przedstawia tabela 1.

Tabela 1

Rozkład objawów lękowych i depresyjnych w badanej grupie pacjentów z astmą ciężką

		BDI (depresja)				Ogółem
		Brak objawów	Depresja łagodna	Depresja średnia	Depresja głęboka	
PAS (zespół lęku napadowego)	Brak objawów	26	3	0	0	29
	Łagodny	5	2	0	0	7
	Średnio ciężki	12	1	2	0	15
	Ciężki	14	11	3	4	32
	Bardzo ciężki	6	4	2	2	14
Ogółem		63	21	7	6	97

$\chi^2 = 23,94$, $df = 12$, $p = 0,021$. Współczynnik kontyngencji $C = 0,445$.

Współczynnik korelacji liniowej między BDI a PAS wynosił $r = 0,508$ ($p < 0,0005$).

2. Analiza statystyczna związków pomiędzy czasem trwania astmy ciężkiej a wszystkimi badanymi zmiennymi (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 jedynie w odniesieniu do nielicznych

zmiennych. Wykazano, że im dłużej trwa astma ciężka, tym częściej pacjenci stają się depresyjni, tym częściej posługują się neurotycznymi i niedojrzałymi mechanizmami obronnymi osobowości (w tym zwłaszcza projekcją, izolacją, dewaluacją, fantazjami schizoidalnymi i racjonalizacją), oraz tym częściej ujawniają trudności w pełnieniu ról rodzinnych, badane przez kwestionariusz rodzinny KOR (tab. 2).

Tabela 2

Istotne statystycznie korelacje pomiędzy czasem trwania choroby a badanymi zmiennymi (objawami lękowymi i depresyjnymi, mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym) pacjentów z astmą ciężką. Korelacje nieistotne zostały pominięte

	Zmienne								
	Depresja	Projekcja	Izolacja	Dewaluacja	Fantazje schizoidalne	Racjonalizacja	Mech. neurotyczne	Mech. niedojrzałe	KOR (r) pełnienie ról
r	0,198*	0,216*	0,271*	0,373**	0,305**	0,344**	0,215*	0,388**	0,268(*)

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

** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (jednostronnie)

3. Z tabeli 3 wynika, że:

- im głębszy zespół lękowy, tym niższa (czyli gorsza, dająca mniej oparcia) koherencja ogólna, która określa sposób interpretacji dotychczasowych doświadczeń życiowych (SOC) i wszystkie jej składowe, czyli poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności (PZR, PZ, PS);
- im głębszy zespół lękowy, bez względu na występowanie (lub nie) objawów depresyjnych, tym częściej badani pacjenci z astmą ciężką posługiwali się niedojrzałymi mechanizmami obronnymi: stłumieniem, pseudoaltruizmem, projekcją, acting out, izolacją, fantazjami schizoidalnymi, przemieszczeniem (korelacje istotne na poziomie 0,05 dwustronnie).

4. W tabeli 4 przedstawiono korelację nasilenia zespołu lęku napadowego u pacjentów z astmą ciężką z wynikami skal Kwestionariusza Oceny Rodziny (KOR). Oznaczenia odnoszą się do każdej z trzech skal: samooceny, skali rodzinnej i relacji w diadzie małżeńskiej. Kolejno następują wymiary: wypełniania zadań, pełnienia ról, komunikacji, emocjonalności, zaangażowania rodzinnego, kontroli, wartości i norm, życzliwości, troski, pretensji, relacji pozytywnych i relacji negatywnych. Wyniki wskazują, że obecność samych objawów zespołu lęku napadowego (tj. bez względu na występowanie lub brak objawów depresyjnych) nie wpływa negatywnie na funkcjonowanie pacjentów chorych na astmę ciężką.

5. Tabela 5 dotyczy związku nasilenia objawów depresyjnych stwierdzonych u pacjentów z astmą ciężką, z ich poczuciem koherencji ogólnej oraz jej składowymi, czyli poczuciem zaradności, zrozumiałości i sensowności (SOC-29), a także ze stosowanymi przez nich mechanizmami obronnymi osobowości (DSQ-40). Wyniki wskazują, że obecność i nasilenie objawów depresyjnych były zdecydowanie niekorzystne dla funkcjonowania chorych w wielu zakresach. Dotyczy to zwłaszcza kohe-

Tabela 3

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

Skala	PAS	
	Korelacja liniowa N=66	Korelacja cząstkowa df=63
SOC (koherencja ogólna)	-0,631**	-0,379**
PZR (poczucie zrozumiałości)	-0,591**	-0,483**
PZ (poczucie zaradności)	-0,652**	-0,227
PS (poczucie sensowności)	-0,506**	-0,436**
Humor	-0,269*	-0,156
Sublimacja	0,257*	0,223
Antycypacja	0,127	0,211
Stłumienie	-0,436**	-0,249*
Odczynianie	0,181	0,088
Pseudoaltruizm	0,363**	0,343**
Idealizacja	-0,178	-0,088
Formacja reaktywna	0,086	0,063
Projekcja	0,515**	0,290*
Bierna agresja	0,203	0,000
Acting out	0,402**	0,262*
Izolacja	0,408**	0,267*
Dewaluacja	0,309*	0,155
Fantazje schizoidalne	0,498**	0,298*
Zaprzeczenie	-0,165	-0,157
Przemieszczenie	0,408**	0,280*
Dysocjacja	-0,196	-0,113
Rozszczepienie	-0,032	0,007
Racjonalizacja	-0,068	-0,065
Somatyzacja	0,390**	0,212
Mechanizmy dojrzałe	-0,173	-0,003
Mechanizmy neurotyczne	0,169	0,150
Mechanizmy niedojrzałe	0,493**	0,284*

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

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

Tabela 4

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

	PAS	
	Korelacja liniowa N = 66	Korelacja częściowa df = 63
Skala samooceny, wypełnianie zadań	0,117	-0,072
Skala samooceny, pełnienie ról	0,192	-0,092
Skala samooceny, komunikacja	0,135	-0,028
Skala samooceny, emocjonalność	0,117	-0,072
Skala samooceny, zaangażowanie rodzinne	0,060	-0,092
Skala samooceny, kontrola	0,203	-0,028
Skala samooceny, wartości i normy	0,138	-0,072
Skala samooceny, suma	0,180	-0,092
Skala samooceny, życzliwość	0,173	-0,028
Skala samooceny, troska	0,101	-0,072
Skala samooceny, pretensje	0,174	-0,092
Skala rodzinna, wypełnianie zadań	0,236*	-0,028
Skala rodzinna, pełnienie ról	0,167	-0,072
Skala rodzinna, komunikacja	0,181	-0,092
Skala rodzinna, emocjonalność	0,171	-0,028
Skala rodzinna, zaangażowanie rodzinne	0,107	-0,072
Skala rodzinna, kontrola	0,083	-0,092
Skala rodzinna, wartości i normy	0,132	-0,028
Skala rodzinna, suma	0,175	-0,028
Skala rodzinna, relacje pozytywne	0,215	-0,072
Skala rodzinna, relacje negatywne	0,158	-0,092
Ocena diady małżeńskiej, wypełnianie zadań	0,120	-0,028
Ocena diady, pełnienie ról	0,246*	-0,072
Ocena diady, komunikacja	0,132	-0,092
Ocena diady, emocjonalność	0,117	-0,028
Ocena diady, zaangażowanie rodzinne	0,111	-0,072
Ocena diady, kontrola	0,130	-0,092
Ocena diady, wartości i normy	0,122	-0,028
Ocena diady, suma	0,154	-0,072
Ocena diady, relacje pozytywne	0,131	-0,092
Ocena diady, relacje negatywne	0,183	-0,028

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

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

	BDI	
	Korelacja liniowa N = 66	Korelacja cząstkowa df = 63
SOC (koherencja ogólna)	-0,819**	-0,592**
PZR (poczucie zrozumiałości)	-0,711**	-0,781**
PZ (poczucie zaradności)	-0,841**	-0,642**
PS (poczucie sensowności)	-0,734**	-0,747**
Humor	-0,275*	-0,167
Sublimacja	0,131	0,001
Antycypacja	-0,106	-0,199
Słumienie	-0,489**	-0,346**
Odczynianie	0,211	0,141
Pseudoaltruizm	0,137	-0,059
Idealizacja	-0,204	-0,134
Formacja reaktywna	0,063	0,023
Projekcja	0,633**	0,503**
Bierna agresja	0,401**	0,353**
Acting out	0,382**	0,225
Izolacja	0,386**	0,227
Dewaluacja	0,365**	0,254*
Fantazje schizoidalne	0,563**	0,415**
Zaprzeczenie	-0,061	0,028
Przemieszczenie	0,359**	0,193
Dysocjacja	-0,198	-0,116
Rozszczepienie	-0,074	-0,067
Racjonalizacja	-0,023	0,013
Somatyzacja	0,447**	0,314**
Mechanizmy dojrzałe	-0,334**	-0,291*
Mechanizmy neurotyczne	0,078	-0,009
Mechanizmy niedojrzałe	0,575**	0,433**

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

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

rencji. Również szereg mechanizmów obronnych ma związek z nasileniem objawów depresyjnych. Im większe nasilenie objawów depresyjnych, tym silniej zaznacza się obecność mechanizmów projekcji, biernej agresji, dewaluacji, fantazji schizoidalnych, przemieszczenia, somatyzacji, a więc ogólnie mechanizmów niedojrzałych. Równocześnie tym rzadziej stwierdza się stosowanie mechanizmów dojrzałych, np. stłumienia. W przypadku stosowania humoru (również mechanizm dojrzały), jego związek z obecnością i nasileniem objawów depresyjnych wydaje się zależeć od nasilenia lęku (im silniejszy lęk, tym rzadziej pacjenci traktowali swoje życie z humorem).

6. Tabela 6 zawiera wyniki dotyczące relacji pomiędzy obecnością i nasileniem objawów depresyjnych a relacjami rodzinnymi. Wyniki wskazują, że nasilenie objawów depresyjnych ma zdecydowanie negatywny wpływ (korelacja istotna na poziomie 0,01) na prawie wszystkie wymiary relacji rodzinnych (bez względu na nasilenie objawów zespołu lęku napadowego).

Tabela 6

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

	BDI	
	Korelacja liniowa N = 66	Korelacja częściowa df = 63
Skala samooceny, wypełnianie zadań	0,346**	0,335**
Skala samooceny, pełnienie ról	0,512**	0,490**
Skala samooceny, komunikacja	0,311**	0,284*
Skala samooceny, emocjonalność	0,473**	0,483**
Skala samooceny, zaangażowanie rodzinne	0,310**	0,325**
Skala samooceny, kontrola	0,456**	0,418**
Skala samooceny, wartości i normy	0,414**	0,403**
Skala samooceny, suma	0,522**	0,508**
Skala samooceny, życzliwość	0,496**	0,482**
Skala samooceny, troska	0,237*	0,216
Skala samooceny, pretensje	0,522**	0,512**
Skala rodzinna, wypełnianie zadań	0,520**	0,478**
Skala rodzinna, pełnienie ról	0,431**	0,407**
Skala rodzinna, komunikacja	0,445**	0,416**
Skala rodzinna, emocjonalność	0,393**	0,361**
Skala rodzinna, zaangażowanie rodzinne	0,416**	0,422**
Skala rodzinna, kontrola	0,388**	0,403**
Skala rodzinna, wartości i normy	0,378**	0,364**
Skala rodzinna, suma	0,488**	0,470**
Skala rodzinna, relacje pozytywne	0,499**	0,463**

Skala rodzinna, relacje negatywne	0,424**	0,404**
Ocena diady małżeńskiej, wypełnianie zadań	0,368**	0,359**
Ocena diady, pełnienie ról	0,523**	0,477**
Ocena diady, komunikacja	0,404**	0,394**
Ocena diady, emocjonalność	0,310**	0,292**
Ocena diady, zaangażowanie rodzinne	0,399**	0,400**
Ocena diady, kontrola	0,382**	0,371**
Ocena diady, wartości i normy	0,315**	0,296**
Ocena diady, suma	0,427**	0,410**
Ocena diady, relacje pozytywne	0,427**	0,421**
Ocena diady, relacje negatywne	0,415**	0,380**

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

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

Dyskusja

W zbadanej grupie 97 pacjentów z astmą ciężką zaburzenia psychiczne występowały bardzo często. U 70% badanych stwierdzono obecność zespołu lęku napadowego, w tym u 47,4% był to zespół o ciężkim i bardzo ciężkim nasileniu. Wyniki te zgadzają się niemal dokładnie z uzyskanymi w grupie pilotażowej [48] i nadal są znacznie wyższe od podawanych w literaturze. Różnicę tę można tłumaczyć homogennym charakterem badanej grupy, która składała się wyłącznie z pacjentów, u których rozpoznano astmę ciężką. Nie wydaje się, by tak częste występowanie zaburzeń lękowych można było w sposób bezpośredni wiązać z ubocznymi działaniami leczenia za pomocą glikokortykoidów doustnych i wziewnych [43, 44], aczkolwiek jest sprawą powszechnie znaną, że przewlekłe stosowanie tych grup leków powoduje skutki uboczne, a nawet powikłania polekowe, pośród których do najczęstszych należą: nadciśnienie tętnicze, choroba wrzodowa, osteoporoza, miopatia, zaburzenia hormonalne, zaburzenia odporności, a także, co ma w tym wypadku szczególne znaczenie, niektóre zaburzenia psychiczne, zwłaszcza depresja. Jeśli więc farmakoterapia badanych miała wpływ na uzyskane wyniki, powinien on dotyczyć przede wszystkim stwierdzanych przewlekłych zaburzeń depresyjnych. Niestety, temat ten w ogromnej literaturze internistycznej poświęconej astmie ciężkiej niemal nie jest podnoszony i bardzo trudno wypowiadać się tu arbitralnie.

Może się więc wydawać nieco zaskakujące, że objawy depresyjne występowały w badanej grupie znacznie rzadziej niż objawy lękowe – depresję stwierdzono u 35% badanych, w tym depresję o głębokim nasileniu tylko u 6% osób. Z analizy statystycznej wynika, że objawy depresyjne pojawiały się i potęgowały w miarę nasilania się objawów lękowych. Depresja o głębokim nasileniu nie występowała u żadnego pacjenta, u którego równocześnie nie stwierdzano zespołu lęku napadowego o znacznym nasileniu. Natomiast nawet ciężkie i bardzo ciężkie zespoły lękowe często przebiegały bez obecności objawów depresyjnych lub towarzyszyła im raczej depresja o łagodnym nasileniu.

Przeprowadzona analiza współczynników korelacji liniowej i cząstkowej pomiędzy nasileniem objawów lękowych i depresyjnych a koherencją, stosowanymi przez pacjentów mechanizmami obronnymi osobowości i ich funkcjonowaniem rodzinnym dostarcza argumentów na rzecz hipotezy o genezie zaburzeń depresyjnych u pacjentów z astmą ciężką jako pochodnych w stosunku do zespołu lęku napadowego, a jednocześnie wykazujących autonomiczny wpływ na wszystkie badane zmienne. Może to świadczyć, że zespół lęku napadowego jest w tym wypadku zaburzeniem psychicznym pierwotnym, a depresja rozwija się wtórnie względem niego, to znaczy jest tzw. epifenomenem [46–48]. Niestety, bardzo trudno określić, jaki jest rzeczywisty związek pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych a stosowanym leczeniem preparatami sterydowymi.

Równocześnie jednak z badania wynika, że pojawienie się objawów depresyjnych, które traktowane są w tym wypadku jako wyznacznik ciężkości zaburzenia lękowego, jest swoistym „punktem krytycznym” w wielostronnym funkcjonowaniu chorych astmatycznych. Astmatycy z rozpoznaniem równocześnie zespołem lęku napadowego, ale bez objawów depresyjnych, rzadziej stosują nieprawidłowe mechanizmy obronne osobowości, mają wyższą koherencję i lepiej funkcjonują rodzinnie od pacjentów z współwystępującym zespołem lęku napadowego i depresją. Zwłaszcza funkcjonowanie rodzinne jest ważnym odbiciem ogólnej zdolności do skutecznego radzenia sobie z wielorakimi i skomplikowanymi problemami życiowymi. Wydaje się więc znamienne, że w badaniu nie stwierdzono ani jednej istotnej statystycznie korelacji pomiędzy nasileniem „czystych” objawów lękowych a wszystkimi skalami kwestionariusza KOR, natomiast nasilenie objawów depresyjnych miało zdecydowanie negatywny wpływ na niemal wszystkie wymiary relacji rodzinnych, które zależą w dużej mierze od rodzaju stosowanych mechanizmów obronnych osobowości. Innym prostym i wybiórczym, ale dobrze oddającym charakter tych współzależności przykładem jest np. statystyczny związek pomiędzy obecnością i nasileniem objawów depresyjnych a poczuciem zaradności (składowa koherencji). Badanie wskazuje, że nie ma podstaw do stwierdzenia samoistnego wpływu głębokości zespołu lęku napadowego na poczucie zaradności. Wpływ ten uwidacznia się dopiero w powiązaniu z nasileniem objawów depresyjnych. Można więc sądzić, że badani pacjenci astmatyczni są tym mniej zaradni, im bardziej stają się depresyjni, co jest zjawiskiem dobrze znanym z psychiatrycznych obserwacji klinicznych. Wszystkie analizowane w badaniu mechanizmy psychologiczne wiążą się ze sobą i zazębiają w podobny i spójny sposób.

Wykazano także, że czas trwania choroby (a zatem także leczenia preparatami sterydowymi) nie ma wpływu na obecność i nasilenie objawów lękowych, mimo że wielu pacjentów z badanej grupy choruje nawet do kilkudziesięciu lat. Czas ten ma jednak wpływ na pojawianie się objawów depresyjnych, co jest zrozumiałe, a zarazem, w świetle uzyskanych wyników, niebezpieczne dla wszechstronnego funkcjonowania pacjentów. Ponadto stwierdzono, że im dłużej trwa astma ciężka, tym częściej pacjenci posługują się neurotycznymi i niedojrzałymi mechanizmami obronnymi osobowości oraz mają poważne problemy z pełnieniem swojej roli w rodzinie. Może to świadczyć zarówno o tym, że osoby te niezależnie od choroby somatycznej i ewentualnych ubocznych działań leczenia farmakologicznego mają trudności psychologiczne (które mogą

wtórnie wpływać na ciężkość tej choroby), jak też o tym, że w miarę trwania choroby przeżywają siebie jako coraz bardziej bezradnych, pozbawionych rzeczywistego wpływu na własne życie, a choroba w sposób poważny izoluje ich od treści i obowiązków dotychczasowego życia i zmienia jego bieg (świadczy o tym także wysoki procent pacjentów z badanej grupy, pozostających na rencie inwalidzkiej). Oba sposoby interpretacji wyników nie wykluczają się wzajemnie, lecz raczej opisują okoliczności, które mogą potęgować bardzo trudną sytuację życiową tych pacjentów.

Stwierdzono więc – i to wydaje się najważniejszym wnioskiem z badania – że obecność zespołu lęku napadowego o ciężkim nasileniu, któremu towarzyszą objawy depresyjne, ma bardzo poważny, negatywny wpływ na całość życia pacjentów i prawdopodobnie także na ich stan somatyczny.

Na zakończenie trzeba zauważyć, że aż do późnych lat dziewięćdziesiątych ubiegłego stulecia sądzono, że częste współwystępowanie astmy i zespołu lęku napadowego może nie oznaczać jedynie przypadkowego zjawiska współlistnienia, ale być może obecność wspólnych patomechanizmów [24–26]. Najnowsze badania [6–15] zaprzeczają raczej takiemu stanowisku, zwracając uwagę na znaczenie tzw. rozwoju lękowego na dynamikę astmy. Rozwój lękowy, który polega na wzmacnianiu wielu różnych mechanizmów psychicznych podważających poczucie bezpieczeństwa człowieka, rozpoczyna się najczęściej, choć nie zawsze, we wczesnym okresie rozwojowym i kształtuje sposób wchodzenia w skomplikowane i wielorakie relacje z otoczeniem. Przedstawione badanie wpisuje się właśnie w ten nurt myślenia o astmie. Wynika z niego, że niezależnie od hipotezy o istnieniu pomiędzy astmą a zespołem lęku napadowego organicznych związków etiopatogenetycznych (co nadal nie zostało ostatecznie potwierdzone), wydaje się bardzo prawdopodobne, że występują one w sferze psychicznej i dotyczą stosowanych przez pacjentów mechanizmów obronnych, ich stosunku do doświadczeń życiowych i funkcjonowania rodzinnego. Mając to na uwadze, należy poważnie rozważyć możliwość, że rozwój zespołu lęku napadowego przyczynia się do powstania fenomenu astmy ciężkiej.

Wnioski

W badanej grupie pacjentów z astmą ciężką zaburzenia psychiczne w postaci zespołu lęku napadowego występowały powszechnie (u 70% pacjentów), a depresji często (u 35% pacjentów). Obecność i nasilenie depresji wydaje się być wyznacznikiem ciężkości zarówno astmy, jak i zespołu lęku napadowego. Im cięższy był przebieg opisanych zaburzeń psychicznych, tym częściej osoby z badanej grupy stosowały niedojrzałe mechanizmy obronne osobowości, wykazywały się niższym poziomem koherencji i miały poważne trudności w zakresie funkcjonowania rodzinnego. Wydaje się, że problemy psychiatryczne mogą poważnie wpływać na ciężkość astmy. Wyniki badań wskazują, że do kompleksowej opieki nad pacjentami z astmą ciężką, u których stwierdza się obecność tych problemów, należy celowo dołączyć specjalistyczną psychoterapię, a w uzasadnionych przypadkach także farmakologiczne leczenie przeciwłękowe i przeciwdepresyjne.

Praca nie była w żadnej formie finansowana ani dofinansowana.

Связи между синдромом параксизмального страха, депрессией, защитными механизмами, когеренцией и семейной средой у пациентов с тяжелой астмой

Содержание

Основа. Тяжелая форма астмы непосредственно угрожающая жизни человека болезнь легких часто сопутствует психическим нарушениям. По-видимому, именно они влияют на утяжеление астматического состояния.

Задание. Задачей исследования было определение частоты появления синдрома параксизмального страха и депрессии среди больных с тяжелой формой астмы. В связи с психиатрическими симптомами проведен анализ качества защитных механизмов, уровня когеренции и семейной ситуации, пациентов.

Методы. Использованы следующие пособия: Малый международный нейропсихиатрический глоссарий, польская версия 5.00, Шкала паники и агорафобии (PAS), глоссарий депрессии Бекка (BDI), глоссарий оценки семей (KOR), глоссарий жизненной ориентировки (SOC-29), глоссарий защитных механизмов (DSQ-40) и биографической анкеты.

Результаты. Исследование показало, что у 70% пациентов с тяжелой формой бронхиальной астмы одновременно присутствует синдром параксизмального страха, а у 35% депрессия (у 6% – глубокая депрессия). Наличие и утяжеление депрессии, по-видимому, может быть показателем тяжести как астмы, так и параксизмального страха. Чем тяжелее было течение психических нарушений, тем чаще пациенты исследованной группы применяли инфантильные защитные механизмы личностного характера с низким уровнем когеренции, с присутствием больших трудностей в семейной среде.

Выводы. Психиатрические проблемы могут значительным образом влиять на тяжесть астматического процесса.

Zusammenhänge zwischen dem Syndrom der Anfallangst, Depression, Abwehrmechanismen, Kohärenz und Funktionieren in der Familie der Patienten mit schwerem Asthma

Zusammenfassung

Grundsatz. Schweres Asthma, eine gefährliche Lungenkrankheit, die direkt lebensgefährlich ist, ist oft mit psychischen Störungen komorbid. Es ist möglich, dass eben diese einen Einfluss auf den Schweregrad vom Asthma haben.

Ziel. Das Ziel der Studie war die Bestimmung der Häufigkeit des Syndroms der Anfallangst und Depression unter den Patienten mit schwerem Asthma. Im Vergleich mit den psychiatrischen Symptomen wurden auch die Qualität der Abwehrmechanismen, Kohärenzlevel und familiäres Funktionieren der Patienten analysiert.

Methoden. Folgende Werkzeuge wurden angewandt: Mini International Neuropsychiatric Interview, polnische Version 5.00, Skala der Panik und Agoraphobie (PAS), Inventar der Depression von Beck (BDI), Fragebogen für Beurteilung der Familie (KOR), Fragebogen der Lebensorientierung (SOC-29), Fragebogen der Abwehrmechanismen (DSQ-40) und Lebenslaufumfrage.

Ergebnisse. Die Studie zeigte, dass bei 70% der Patienten mit schwerem Asthma auch das Syndrom der Anfallangst auftritt, und bei 35% Depression (bei 6% eine tiefe Depression). Die Anwesenheit und Intensität der Depression scheinen Marker für den Schweregrad sowohl vom Asthma als auch des Syndroms der Anfallangst zu sein. Je schwerer der Verlauf der psychischen Störungen, desto schwerer wandten die Personen aus der untersuchten Gruppe unreife Abwehrmechanismen an, zeigten einen niedrigeren Kohärenzlevel und hatten ernste Schwierigkeiten im Funktionieren in der Familie.

Schlussfolgerung. Die psychiatrischen Probleme können einen bedeutenden Einfluss auf den Schweregrad vom Asthma haben.

Les relations du syndrome de crise de panique, la dépression, les mécanismes défensifs, la cohérence et le fonctionnement en famille des patients souffrant de l'asthme grave**Résumé**

Base. L'asthme grave, dangereuse, causant le risque de mort c'est la maladie qui souvent coexiste avec les troubles psychiques. Il est possible que ce sont ces troubles qui augmentent la gravité de l'asthme.

Objectif. Définir la fréquence d'apparition du syndrome de crise de panique et de la dépression chez les patients souffrant de l'asthme grave. On essaie aussi analyser les mécanismes défensifs, le niveau de la cohérence et le fonctionnement en famille en leur relation avec les symptômes psychiatriques.

Méthodes. Les auteurs examinent 97 patients souffrant de l'asthme en utilisant les questionnaires suivants : Mini International Neuropsychiatric Interview, version polonaise 5.00, Panic and Agoraphobia Scale (PAS), Beck Depression Inventory (BDI), Family Functioning Questionnaire (KOR), Sense of Coherence Scale (Soc-29), Defense Style Questionnaire (DSQ-40) et Life Inventory.

Résultats. Cet examen démontre que chez 70% de patients souffrant de l'asthme grave on note l'apparition du syndrome de crise de panique, chez 35% – la dépression (chez 6% – grave dépression). La présence et l'intensité de la dépression semble se lier avec l'asthme grave et avec le syndrome de panique. Les troubles psychiques graves chez ces malades se lient aussi avec les mécanismes défensifs pas formés, leur niveau de cohérence et leur fonctionnement en famille sont amoindris.

Conclusion. Les problèmes psychiques peuvent influencer d'une manière importante sur la gravité de l'asthme.

Piśmiennictwo

1. Carr RE, Lehrer PM, Hochron SM. *Panic symptoms in asthma and panic disorder: A preliminary test of dyspnea-fear theory.* Behaviour Research and Therapy. 1992; 30: 251–261.
2. Shavitt RG, Gentil V, Croce J. *Panic and asthma. A dangerous mislabeling.* European Psychiatry. 1993; 8: 41–43.
3. Carr RE, Lehrer PM, Rausch LL, Hochron SM. *Anxiety sensitivity and panic attacks in an asthmatic population.* Behavior Research and Therapy. 1994; 32: 411–418.
4. Peski-Oosterbaan AS, Spinhoven P, Does W, Willems L, Sterk PJ. *Is there a specific relationship between asthma and panic disorder?* Behaviour Research and Therapy. 1996; 34: 333–340.
5. Perna G, Bertani A, Politi E, Colombo G, Bellodi L. *Asthma and panic attacks.* Biological Psychiatry. 1997; 42: 625–630.
6. Beek van N, Schruers KRJ, Griez E. *Prevalence of respiratory disorders in first-degree relatives of panic disorder patients.* Journal of Affective Disorders. 2005; 87: 337–340.
7. Hasler G, Gergen PJ, Kleinbaum DG, Ajdacic V, Gamma A, Eich D, Roessler W, Angst J. *Asthma and panic in young adults. A 20-year prospective community study.* American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2005; 171, 11: 1224–1230.
8. Beek van N, Perna G, Schruers K, Verburg K, Cucchi M, Bellodi L, Griez E. *Vulnerability to 35% CO₂ of panic patients with a history of respiratory disorders.* Psychiatry Research. 2003; 120: 125–130.
9. Mc Laughlin T, Geissler EC, Wan GJ. *Comorbidities and associated treatment charges in patients with anxiety disorders.* Pharmacotherapy. 2003; 23(10): 1251–1256.
10. Nascimento I, Nardi AE, Valenca AM, Lopes FL, Mezzasalma MA, Nascentes R, Zin WA. *Psychiatric disorders in asthmatic outpatients.* Psychiatry Research. 2002; 110: 73–80.
11. Goodwin RD, Jacobi F, Thefeld W. *Mental disorders and asthma in the community.* Archives of General Psychiatry. 2003; 60: 1125–1130.

12. Goodwin RD, Olfson M, Shea S, Latigua RA, Carrasquillo O, Gameroff MJ, Weissman MM. *Asthma and mental disorders in primary care*. General Hospital Psychiatry. 2003; 25: 479–483.
13. Goodwin RD, Pine DS. *Respiratory disease and panic attacks among adults in the United States*. Chest. 2002; 122: 645–650.
14. Goodwin RD. *The prevalence of panic attacks in the United States: 1980–1995*. Journal of Clinical Epidemiology. 2003; 56: 914–916.
15. Goodwin RD. *Asthma and anxiety disorders*. Advanced Psychosomatic Medicine. 2003; 24: 51–71.
16. Goodwin RD, Eaton WW. *Asthma and the risk of panic attacks among adults in the community*. Psychological Medicine. 2003; 33: 879–885.
17. Goodwin RD, Pine DS, Hoven CW. *Asthma and panic attacks among youth in the community*. Journal of Asthma. 2003; 40: 139–145.
18. Rietveld S, Creer TL. *Psychiatric factors in asthma: implications for diagnosis and therapy*. American Journal of Respiratory Medicine. 2003; 2: 1–10.
19. Nutt D, Ballenger J, red. *Anxiety Disorders*, Blackwell Publishing, 2003.
20. Abelson JL, Weg JG, Curtis GC. *Respiratory irregularity in panic patients may reflect excessive sighing*. Biological Psychiatry. 2000; 47 (Suppl.1): 157–158.
21. Abelson JL, Weg JG, Nesse RM, Curtis GC. *Persistent respiratory irregularity in patients with panic disorder*. Biological Psychiatry. 2001; 49: 588–595.
22. Beck JG, Ohtake PJ, Shipherd JC. *Exaggerated anxiety is not unique to CO₂ in panic disorder: a comparison of hypercapnic and hypoxic challenges*. Journal of Abnormal Psychology. 1999; 108: 473–482.
23. Kent JM, Papp LA, Martinez JM. *Specificity of panic response to CO₂ inhalation in panic disorder: a comparison with major depression and premenstrual dysphoric disorder*. American Journal of Psychiatry. 2001; 158: 58–64.
24. Gorman JM, Papp LA. *Respiratory physiology of panic*. W: *Neurobiology of panic disorder*, Ballenger JC (red.): New York, Wiley-Liss. 1990; 187–203.
25. Perna G, Ieva A, Caldirola D, Bertani A, Bellodi L. *Respiration in children at risk for panic disorder*. Archives of General Psychiatry. 2002; 59: 185–186.
26. Klein DF. *False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis*. Archives of General Psychiatry. 1993; 50: 306–317.
27. Klein DF. *Testing the suffocation false alarm theory of panic disorder*. Anxiety. 1994; 1–7.
28. Ballenger JC (red). *Neurobiology of panic disorder*/ New York, Wiley-Liss. 1990; 187–203.
29. Post RM, Weiss SRB, Pert A, Uhde TW. *Chronic cocaine administration: sensitization and kindling effect*. W: *Cocaine and Biobehavior Aspects*. Oxford University Press, New York. 1987; 109–173.
30. Araszkievicz A, Rybakowski JK. *Hoigne syndrome, kindling and panic disorder*. Depression and Anxiety. 1996; 4: 139–143.
31. Beck AT. *Cognitive Therapy and The Emotional Disorders*. Penquin Books, 1976.
32. Clark DM. *A cognitive approach to panic*. Behavior Research and Therapy. 1986; 14: 461–470.
33. Dattilio FM, Salas-Auvert JA. *Panic disorder. Assessment and treatment through a wide-angle lens*. Zeig, Tucker CO, INC, Phoenix, Arizona. 2000.
34. McNally RJ. *Panic Disorder. A Critical Analysis*. The Guilford Press, New York/London. 1994.
35. Freeman A, Dattilio FM. *Comprehensive Casebook of Cognitive Therapy*. Plenum Press, New York. 1992.

36. Hawton K, Salkovskis P, Kirk J, Clark DM. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford University Press, Oxford. 1993.
37. Wright RJ, Rodriguez M, Cohen S. *Review of psychosocial stress and asthma: an integrated biopsychosocial approach*. *Thorax*. 1998; 53: 1066–1074.
38. Klinnert MD. *Evaluating the effects of stress on asthma: a paradoxical challenge*. *European Respiratory Journal*. 2003; 22: 574–575.
39. Laube BL, Curbow BA, Fitzgerald ST, Spratt K. *Early pulmonary response to allergen is attenuated during acute emotional stress in females with asthma*. *European Respiratory Journal*. 2003; 22: 613–618.
40. *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders*. American Psychiatric Organization, Washington D.C. 1980.
41. Freud S. *The problem of anxiety*. New York, W.W.Norton and Co. 1964 (org. publ. 1927).
42. Freud S. *Wstęp do psychoanalizy*. PWN, Warszawa. 2000.
43. *Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy*. Raport NHLBI/WHO. *Medycyna Praktyczna*, wydanie specjalne, 6/2002.
44. *Astma ciężka i trudna. Zasady systemu opieki medycznej dla chorych na astmę oskrzelową o ciężkim przebiegu*. Raport projektu celowego realizowanego w latach 2001–2003 na zamówienie Ministra Zdrowia przez KBN. Realizator: II Katedra Chorób Wewnętrznych CM UJ. Kierownik projektu: prof. dr hab. med. Andrzej Szczeklik.
45. Holgate ST, Boushey HA, Fabbri LM. *Difficult asthma*. Martin Dunitz Ltd. The Livery House, London. 1999.
46. Dindo L, Coryell W. *Comorbid major depression and panic disorder: significance of temporal sequencing to familial transmission*. *Journal of Affective Disorders*. 2004; 82: 119–123.
47. Andersch S, Hetta J. *A 15-year follow-up study of patients with panic disorder*. *European Psychiatry*. 2003; 18: 401–408.
48. Potoczek A. *Depresyjne zaburzenia poznawcze w zespole lęku napadowego i dystymii*. Praca doktorska, Collegium Medicum UJ, Kraków. 1999.
49. Potoczek A. *Zespół lęku napadowego a trauma choroby i śmierci*. *Psychoterapia*. 2003; 2 (125): 47–56.
50. Potoczek A. *Astma ciężka, stres i zespół lęku napadowego*. *Psychiatria Polska*. 2005; t. XXXIX, 1: 51–66.
51. *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 Florida-TAMPA, USA). Polish translation: Masiak M, Przychoda J. (Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie, Poland).
52. Bandelow B. *Panic and Agoraphobia Scale (PAS)*, Hogrefe and Huber Publishers, Seattle, Toronto, Bern, Goettingen. 1999.
53. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. *Psychiatria Polska*. 1977; 11 (4): 417–421.
54. Namysłowska I, Paczkiewicz E, Siewierska A, de Barbaro B, Furgał M, Drożdżowicz L, Józefik B, Beauvale A. *Kwestionariusz Manfreda Cierpki Do Oceny Rodziny*. *Psychiatria Polska*. 2002; t. XXXVI, 1: 17–28.
55. Beauvale A, de Barbaro B, Namysłowska I, Furgał M. *Niektóre psychometryczne własności Kwestionariusza Do Oceny Rodziny*. *Psychiatria Polska*. 2002; t. XXXVI, 1: 29–40.
56. Koniarek J, Dudek B, Makowska Z. *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonowskiego*. *Przegląd Psychologiczny*. 1993; XXXVI (4): 491–502.

-
57. Bogutyn T, Kokoszka A, Pałczyński J, Holas P. *Defense mechanism in alexithymia*. Psychol. Rep. 1999; 84: 183–187.
58. Kokoszka A, Roman J, Bryła L, Grabowski A. *Związki poprawy objawowej ze zmianą mechanizmów obronnych w trakcie leczenia zaburzeń nerwicowych. Doniesienie wstępne*. Psychoterapia. 2003; 1: 124.

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

Otrzymano: 29.03.2006
Zrecenzowano: 24.04.2006
Przyjęto do druku: 5.06.2006