

بررسی شیوع حملات پانیک و میزان اضطراب بیماران تحت «آزمایش عملکرد ریوی» در بیمارستان امام خمینی (ره) سال ۱۳۷۹

سیدحمزه حسینی (M.D.) * رضا رضازاده (M.D.) ** مهران کریمانی (M.D.) **

چکیده

سابقه و هدف : از آنجایی که حملات پانیک با یکسری از علائم سوماتیک از جمله تپش قلب و تکیکاردی و تنگی نفس و احساس اختناق و غیره همراه می‌باشد، غالباً بیماران پانیک را به درمانگاه‌های طبی می‌کشاند. براین اساس در پژوهش حاضر، شیوع حملات پانیک و میزان اضطراب بیماران تحت «آزمایش عملکرد ریوی» بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۳۷۹ مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها : این پژوهش به روش توصیفی- مقطعی روی افراد مراجعه کننده به مرکز اسپرومتری، در سال ۱۳۷۹ انجام گرفته است. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه‌های دموگرافیک، اضطراب اسپیلیبرگر، و حمله‌هراس ازسری پرسشنامه‌های SADS بوده است.

یافته‌ها : یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که ۵۰/۴۲ درصد (۵۸ نفر) از ۱۱۵ بیمار مراجعه کننده، حملات پانیک را تجربه کرده‌اند. همچنین از نظر بیماری ریوی، بین افرادی که حملات پانیک را تجربه کرده بودند و کسانی که چنین تجربه‌ای نداشتند اختلاف معنی داری به دست نیامد. ولی نتایج اسپرومتری ۶۷/۳ درصد افراد با حملات پانیک، به نفع COPD بود که ۴۸/۹۸ درصد آنها نمای انسدادی داشتند. همچنین از نظر میزان اضطراب و برآورد شخصی فرد از میزان اضطراب خود، اختلاف معنی داری بین افراد با حملات پانیک و غیر پانیک به دست آمد و مشخص شد افراد مراجعه کننده به اسپرومتری از میزان اضطراب بالایی برخوردارند.

استنتاج : نتایج پژوهش شیوع بالای حملات پانیک را در بیماران مراجعه کننده به اسپرومتری، به خصوص بیماران مبتلا به COPD نشان داد، همچنین مشخص شد که میزان اضطراب افراد مراجعه کننده به اسپرومتری نیز در سطح بالایی قرار دارد. پیشنهاد می‌شود حملات پانیک در افرادی که با علائم ریوی به مراکز طبی مراجعه می‌کنند مدنظر قرار گیرد تا در مراحل اولیه تشخیص داده شود و تحت درمان مناسب و کافی قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی : اختلال پانیک، اسپرومتری، تنفس سنجی (اندازه‌گیری تنفسی)

* این تحقیق طی شماره ۵۵-۷۹ در شورای پژوهشی دانشگاه ثبت گردیده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام پذیرفته است.

* استادیار روانپزشکی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران ✉ ساری- جاده نکا- بیمارستان زارع

** پزشک عمومی

مقدمه

می توان چنین نتیجه گرفت که وجود بیماری های ریوی، خطر پیشرفت علائم پانیک را افزایش می دهند. اگرچه این خطر به نشانه های شدت پاتولوژی ریوی وابسته نیست، با این حال میزان تنگی نفس و کلاً مشکلات تنفسی در بیماران مبتلا به اختلال پانیک، بیشتر است (۹، ۴). در مطالعه Stem و همکاران (۱۹۹۵)، میزان اضطراب از طریق آزمون اسپیلبرگر مورد سنجش قرار گرفته است و مشخص شده که اضطراب در افراد پانیک به مراتب بالاتر از نمونه کنترل بوده است (۱۰). در مطالعه دیگری بیان شده که پرتهوگی^۱ به همراه خلق مضطرب، مقدمه ای برای شروع حملات آسم است و همچنین شیوع اختلالات اضطرابی در بیماران مبتلا به COPD، بالاتر است (۱۱). با توجه به ماهیت و طبیعت سوماتیک این بیماری، درصد بالایی از این بیماران به مراکز طبی مراجعه می کنند و بسیاری از پزشکان در مراحل اولیه ممکن است از گذاشتن تشخیص حمله پانیک بر روی بیماران چشم پوشی کنند. در غالب موارد نیز مشکلات روانپزشکی در بیماری که با علائم جسمی مراجعه می کند فراموش و رد می شود و به دلیل تشخیص نادرست و درمان غلط یا ناکافی، این بیماران نسبت به سایر بیماران روانپزشکی، در مدت زمان بیشتری تحت درمان های پزشکی قرار می گیرند. با توجه به نکات مزبور و آمار متناقض ذکر شده و عدم انجام مطالعه ای مشابه در ایران، این مطالعه طراحی شده است.

مواد و روش ها

این پژوهش، از نوع توصیفی-مقطعی است. جامعه پژوهش را افراد مراجعه کننده به مرکز اسپیرومتری بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان ساری در سال ۱۳۷۹ تشکیل می دادند. در این مطالعه، ۱۱۵ بیمار مورد

حمله پانیک، دوره ای از ترس یا ناراحتی شدید است که ابتدا و انتهای مشخصی دارد و حداقل چهار علامت جسمی یا شناختی مانند تپش قلب، تکیکاردی، تنگی نفس و احساس خفگی و غیره با آن همراه می باشد. در مطالعات اپیدمیولوژیک، شیوع مادام العمر اختلال پانیک ۰/۵ تا ۱/۵ درصد و برای حمله پانیک ۳ تا ۵/۶ درصد گزارش شده است (۱). شیوع حمله پانیک در کشورهای مختلف از ۱/۴ درصد تا ۱۶/۵ درصد متفاوت است (۳، ۲). تنفس مشکل، یکی از موارد شایعی است که در طی حملات پانیک بروز می کند. با توجه به این نکته، تحقیقات گسترده ای در جهت کشف رابطه بین اشکال در عملکرد سیستم تنفسی و اضطراب، صورت گرفته است. اکثر این مطالعات در طی ۱۰ تا ۱۵ سال اخیر و به صورت اپیدمیولوژیک یا تجربی صورت گرفته اند. در بسیاری از موارد، از این حملات به عنوان تظاهرات شبه پانیک نام برده شده است. در مروری بر پژوهش های قبلی می توان به موارد زیر اشاره کرد.

Pollack و همکاران (۱۹۹۶) با تحت نظر گرفتن ۱۱۵ بیمار که به مرکز آزمایشات عملکرد تنفسی ارجاع داده شده بودند، شیوع ۴۱ درصد برای حملات پانیک و ۱۷ درصد برای اختلال پانیک را گزارش کردند و مشخص شد شیوع حملات پانیک در بیماران مبتلا به COPD بالاتر بوده است (۴) Yellowless (۱۹۸۷) و Karajgi (۱۹۹۰) هر یک ۵۰ بیمار مبتلا به COPD را انتخاب کردند و به ترتیب شیوع اختلال پانیک را ۲۴ درصد و ۸ درصد ذکر کردند (۵، ۶). همچنین Perna (۱۹۹۴) در مطالعه ای روی ۱۰۲ بیمار پانیک نشان داد که بیماری های تنفسی در افراد پانیک حدود ۲۹ درصد شیوع دارند (۷).

Spinhoven (۱۹۹۴) شیوع اختلال تنفسی در بیماران پانیک را کمتر از ۱۶ درصد گزارش کرد (۸). سرانجام

1. Hyperventilation

مطالعه قرار گرفتند و پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه دموگرافیک؛

۲- پرسشنامه SADS^۱: مصاحبه SADS در سال ۱۹۷۰ برای مطالعات بالینی تکامل یافت و مصاحبه‌های آن هم برای بیماران و هم گروه کنترل مورد استفاده قرار می‌گرفت. در مصاحبه ساختاری SADS، مصاحبه کننده برای اطمینان از پاسخ‌های داده شده توسط بیمار و آشنایی بیشتر با تمام زوایا و تشخیص صحیح، علاوه بر پرسشنامه‌ها، حضوراً مواردی را (چه کلی و چه جزئی) از مصاحبه شونده سوال می‌کند (۱۲).

۳- پرسشنامه حالت- خصوصیت اضطراب اسپیلبرگر^۲: این پرسشنامه، نوعی خودسنجی برای ارزیابی حالت و خصوصیت اضطراب به طور جداگانه می‌باشد. مقیاس حالت اضطراب و همچنین خصوصیت اضطراب هر کدام شامل ۲۰ سؤال و امتیاز هر یک از ۲۰ تا ۸۰ است و ۶ سطح دارد. در سؤال ۴۱، فرد به طور مستقیم اضطراب خود را مورد ارزیابی قرار می‌دهد پایائی پرسشنامه مذکور بر اساس پژوهش هنجاریابی برای اضطراب آشکار ۹۱ درصد و برای اضطراب پنهان ۹۰ درصد بوده است (۱۳). تعداد افراد مراجعه کننده در این مطالعه با توجه به فراوانی حملات پانیک در مطالعه پیشاهنگ که ۵۰ درصد بوده است و با در نظر گرفتن خطای ۱۰ درصد، تعیین شد. در این پژوهش، ابتدا پرسشنامه دموگرافیک توسط بیمار تکمیل می‌شد. سپس پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر و در نهایت پرسشنامه SADS توسط دانشجوی سال آخر پزشکی تکمیل می‌گردید. تعیین حملات پانیک براساس سیستم مصاحبه‌ای SADS بوده است. بیمار با توجه به اسپیرومتری انجام شده جهت تعیین بیماری ریوی، همزمان توسط متخصص داخلی ویزیت می‌شد. جهت

ارزیابی و تعیین یافته‌ها و آزمون فرضیه‌های آماری از روش‌های آمار توصیفی شامل مقایسه میانگین‌ها، تحلیل واریانس و آزمون کای دو استفاده شده است.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد ۴۱/۶۳ و میانگین سنی ۵۸ بیمار پانیک ۴۳/۳۳ سال بوده است. از مجموع ۱۱۵ بیمار مورد مطالعه ۶۲/۶ درصد مرد و ۳۷/۴ درصد زن بوده‌اند و از ۵۸ بیمار پانیک ۴۱ درصد زن و ۵۸/۶ درصد مرد بوده‌اند که اختلاف معنی‌داری بین افراد پانیک و غیر پانیک از نظر جنسیت به دست نیامد ($p=0/461$). ۷۱/۳ درصد افراد مراجعه کننده متأهل و ۸۲/۸ درصد از ۵۸ بیمار پانیک نیز متأهل بوده‌اند که اختلاف معنی‌داری بین افراد پانیک و غیرپانیک از نظر تأهل به دست آمد ($p=0/0004$). از نظر تحصیلات با توجه به جدول شماره ۱، اختلاف معنی‌داری بین افراد پانیک و غیرپانیک وجود نداشت ($p=0/102$).

جدول شماره ۱: سطح تحصیلات بیماران مراجعه کننده به تفکیک پانیک و غیر پانیک

سطح تحصیلات	بیمار ۱۱۵ (درصد)	بیمار ۵۸ پانیک (درصد)	بیمار ۵۷ غیرپانیک (درصد)
بی سواد	۲۲/۶	۱۹	۲۶/۳
ابتدایی	۱۴/۸	۱۵/۵	۱۴/۱
راهنمایی	۱۵/۷	۱۷/۲	۱۴/۱
دبیرستان	۳۹	۳۹/۷	۳۸/۵
دانشگاه	۷/۹	۸/۶	۷

۶۴/۳ درصد افراد ساکن شهر بودند که در افراد پانیک این میزان به ۶۷/۲ درصد می‌رسد اختلاف معنی‌داری بین افراد پانیک و غیرپانیک از لحاظ محل سکونت به دست نیامد ($p=0/714$). ۱۸/۳ درصد افراد مراجعه کننده و ۲۰/۷ درصد افراد پانیک سابقه مراجعه

1. Schedule for affective disorder & schizopheria
2. Spielberger state, trait anxiety inventory

به روانپزشک را داشته‌اند که اختلاف معنی‌داری بین این دو گروه از این نظر وجود نداشت ($p=0/21$).
 ۶۵/۲۲ درصد از کل افراد مراجعه کننده سیگاری بودند که در افراد پانیک این میزان به ۷۲/۴۱ درصد می‌رسد. اختلاف معنی‌داری بین افراد پانیک و غیر پانیک از لحاظ مصرف سیگار به دست نیامد ($p=0/271$).
 ۲۷ درصد افراد مراجعه کننده سابقه بیماری روانی ثابت شده در اعضای خانواده یا فامیل را داشتند که در افراد پانیک به ۲۹/۳ درصد می‌رسید اختلاف معنی‌داری بین افراد پانیک و غیر پانیک از لحاظ سابقه بیماری روانی ثابت شده در اعضای خانواده یا فامیل وجود نداشت

۵۱/۳ ($p=0/71$). درصد افراد مراجعه کننده سابقه بیماری ریوی داشتند که در افراد پانیک به ۵۶/۹ درصد می‌رسید. اختلاف معنی‌داری بین این دو گروه از لحاظ سابقه بیماری ریوی به دست نیامد ($p=0/58$).
 میزان اضطراب بیماران مراجعه کننده به مرکز اسپرومتری به وسیله پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر مورد سنجش قرار گرفت که با توجه به جدول شماره ۲ اختلاف معنی‌داری بین افراد پانیک و غیر پانیک از لحاظ میزان اضطراب آشکار و پنهان به دست آمد (به ترتیب $p=0/002$ و $p=0/002$).

جدول شماره ۲: میانگین و سطح اضطراب بیماران به تفکیک با و بدون حملات پانیک با و بدون مشکل اسپرومتری

گروه	تعداد	میانگین سطح اضطراب آشکار	سطح اضطراب	میانگین سطح اضطراب پنهان	سطح اضطراب
کل بیماران	۱۱۵	۴۵/۵۰	اضطراب متوسط به بالا	۴۷/۶۵	اضطراب متوسط به بالا
افراد با حملات پانیک	۵۸	۵۰/۵۰	اضطراب متوسط به بالا	۵۰/۲۰	اضطراب متوسط به بالا
افراد بدون حملات پانیک	۵۷	۴۰/۵۰	اضطراب متوسط به پایین	۴۵/۱۰	اضطراب متوسط به بالا
بیماران مبتلا به COPD	۵۷	۴۷/۷۲	اضطراب متوسط به بالا	۴۸/۱۹	اضطراب متوسط به بالا
بیماران با اسپرومتری طبیعی	۳۳	۴۵/۵۷	اضطراب متوسط به بالا	۴۹/۸۰	اضطراب متوسط به بالا

با توجه به اطلاعات به دست آمده، میانگین سطح اضطراب آشکار و پنهان در افراد پانیک بیشتر از افراد غیر پانیک می‌باشد. نتایج حاصل از برآورد فرد از اضطراب خود (در پاسخ به سؤال آیا خود را مضطرب می‌دانید؟): نشان داد که ۳۳ درصد از کل افراد، گاهی دچار اضطراب می‌شدند، ۳۸ درصد افراد با حملات پانیک، بیشتر اوقات دچار اضطراب می‌شدند و ۴۲ درصد افراد بدون حملات پانیک، گاهی دچار اضطراب می‌شدند. در این بررسی اختلاف معنی‌داری بین افراد پانیک و غیر پانیک از لحاظ برآورد شخصی افراد از میزان اضطراب خود، وجود دارد ($P=0/0001$). اگرچه

در این مطالعه میزان اضطراب در بیماران مبتلا به COPD بالاتر از افراد با اسپرومتری طبیعی بود، ولی اختلاف معنی‌داری بین این دو گروه از لحاظ میزان اضطراب آشکار و پنهان وجود نداشت (به ترتیب $p=0/15$ و $p=0/76$).
 پرسشنامه دیگری که در اختیار بیماران قرار می‌گرفت، پرسشنامه حملات هراس بود. در پاسخ به اولین پرسش حملات هراس که آیا هیچ وقت حمله‌ای داشته‌اید که در موقعیت‌هایی که بیشتر مردم نمی‌ترسند ناگهان دچار وحشت، ترس، اضطراب یا ناراحتی شوید؟ ۷۹/۳ درصد افراد پانیک به این سؤال پاسخ مثبت دادند و در پاسخ به دومین پرسش حملات هراس که آیا

خارج شدند و آمار زیر از ۹۰ فرد مراجعه کننده به دست آمد. ۶۳ درصد افراد مبتلا به COPD و ۳۷ درصد افراد اسپرومتری طبیعی داشتند. ۶۷ درصد افرادی که پرسشنامه‌های آنها به نفع حملات پانیک بود مبتلا به COPD و ۳۳ درصد آنها اسپرومتری طبیعی داشتند. از ۵۷ فرد غیرپانیک، ۵۷ درصد اسپرومتری آنها به نفع COPD بود که ۳۵/۷۱ درصد نمای انسدادی داشتند. در این مطالعه، اختلاف معنی داری بین افراد پانیک و غیرپانیک از لحاظ نوع و شدت بیماری ریوی به دست نیامد ($p=0/61$). همچنین اختلاف معنی داری بین افراد پانیک و کل افراد تحت اسپرومتری از لحاظ نوع و شدت بیماری ریوی به دست نیامد (جدول شماره ۳).

هیچ وقت حمله ناگهانی خود به خودی داشته‌اید که ضمن آن ناگهان دچار وحشت، ترس، اضطراب یا ناراحتی شوید؟ ۸۶/۲ درصد افراد پانیک به این پرسش پاسخ مثبت دادند و ۳۴/۸ درصد به هر دو سؤال پاسخ مثبت دادند.

براساس این پرسشنامه، ۵۸ نفر (۵۰/۴۳ درصد) حملات پانیک داشته‌اند که از این میان ۷۸ درصد تپش قلب، ۷۵ درصد تنگی نفس، ۶۳/۸ درصد احساس درد و فشار در قفسه سینه، ۶۵/۵ درصد تعریق زیاد و ۶۲ درصد احساس لرز و تکان را گزارش کردند. در بررسی وضعیت تنفسی با توجه به اسپرومتری افراد نتایج زیر به دست آمد. ۲۵ نفر قادر به انجام اسپرومتری نبودند و در بررسی وضعیت تنفسی، این افراد از محاسبه آماری

جدول شماره ۳: میزان نوع و شدت اختلال ریوی با توجه به حملات پانیک و عدم حملات پانیک

نوع و شدت اختلال ریوی	فرد ۴۱	درصد افراد غیرپانیک	فرد ۴۹	درصد افراد پانیک	کل افراد	کل افراد (۹۰ نفر)	به درصد
انسدادی ^(۱) خفیف	۱	۲/۴۳	۵	۱۰/۲	۶	۶/۶	۶/۶
متوسط	۷	۱۷/۱	۱۰	۲۰/۴	۱۷	۱۸/۸	۱۸/۸
شدید	۵	۱۲/۲	۹	۱۸/۳۷	۱۴	۱۵/۶	۱۵/۶
محدودی ^(۲) خفیف	۴	۹/۷۶	۵	۱۰/۲	۹	۱۰	۱۰
متوسط	۱	۲/۴۳	۲	۴/۰۸	۳	۳/۴	۳/۴
شدید	۱	۲/۴۳	۰	۰	۱	۱/۱	۱/۱
مخلوط	۳	۷/۳۱	۲	۴/۰۸	۵	۴/۵	۴/۵
طبیعی	۱۹	۴۶/۳۴	۱۶	۳۲/۶۷	۳۵	۳۸/۹	۳۸/۹
مجموع	۴۱	۱۰۰	۴۹	۱۰۰	۹۰	۱۰۰	۱۰۰

(1) Obstruactive

(2) Restrictive

بحث

همخوانی دارد (شیوع ۴۱ درصد برای حملات پانیک در ۱۱۵ بیمار مراجعه کننده) (۴) و همچنین در مطالعه مورد نظر، شیوع بالای حملات پانیک در بیماران مبتلا به COPD و نبود اختلاف معنی دار بین افراد پانیک و غیرپانیک از نظر شدت و نوع بیماری ریوی نیز به دست

در این مطالعه، شیوع بالای حملات پانیک را در بیماران مراجعه کننده به مرکز اسپرومتری، به خصوص در بیماران مبتلا به COPD یافتیم. شیوع بالای حملات پانیک در افراد مراجعه کننده به اسپرومتری، با مطالعه‌ای که Pollack و همکاران (۱۹۹۶) انجام دادند

پانیک در این بیماران نیز با مطالعه ما به طور غیرمستقیم همخوانی دارد. چون در بیماران پانیکی که اسپرومتری طبیعی داشتند، بیماران آسمی نیز می‌توانستند وجود داشته باشند که در فواصل آسم، اسپرومتری آنها طبیعی شده باشد. در مطالعه ما، شیوع بالای مصرف سیگار به دست آمده است ولی احتمالاً به علت تعداد کم نمونه‌ها معنی‌دار نبوده است. در مطالعه‌ای patton و همکاران (۱۹۹۶) نیز مشخص شد که مصرف سیگار در بیماران دارای مشکلات اضطرابی، بالاتر از افراد عادی است (۱۸). در مطالعه Klein و Breslau (۲۰۰۰) مشخص شد که سیگار کشیدن روزانه، خطر ایجاد اولین حمله پانیک را افزایش می‌دهد و حدس زده شده است که بیماری ریوی ممکن است یکی از مکانیسم‌هایی باشد که فرد سیگاری را به سمت حملات پانیک سوق می‌دهد (۱۹). در مطالعه دیگری که روی افراد مبتلا به اختلال پانیک صورت گرفت شیوع بالای مصرف سیگار به دست آمده است (۲۰). البته هنوز رابطه بین حملات پانیک و سیگار مشخص نیست ولی مطالعات صورت گرفته در این زمینه می‌توانند کمک کننده باشد. در مطالعه ما ۳۲ درصد از بیماران با حملات پانیک اسپرومتری طبیعی داشتند. درمان این بیماران بدون توجه به مشکلات روانی آنها مشکل است. در مطالعات دیگر نیز این موضوع مطرح شده است از جمله در مطالعه Thompson (۱۹۹۳) گفته شده است که درمان بیماران با علائم ریوی در صورتی که مشکلات روانی داشته باشند به مراتب مشکلتر است (۲۱). در مطالعه دیگر، بیان شده است که علائم پانیک در بیمارانی که نشانه‌های اختلال ریوی را دارا می‌باشند شخص را به سمت یک تشخیص نادرست یا یک درمان اشتباه سوق می‌دهد (۶). با توجه به مطالعه انجام شده و مطالعات قبلی می‌توان گفت که حملات پانیک در بیماران ریوی به خصوص افراد مبتلا به

آمده است که با مطالعه ما هماهنگ است. رابطه بین عملکرد ریوی با اضطراب و حملات پانیک در ۴۸ بیمار مبتلا به COPD، مورد مطالعه قرار گرفته و شیوع بالای حملات پانیک گزارش شده است و هیچ اختلاف معنی‌داری بین بیماران پانیک و غیرپانیک از لحاظ دموگرافیک و فیزیولوژیک و میزان فعالیت، وجود نداشت (۱۴). این نتایج از لحاظ شیوع بالای حملات پانیک و مشخصات دموگرافیک با مطالعه ما هماهنگی دارد. همچنین در دو مطالعه مشابه دیگر، شیوع بالای حملات پانیک در بیماران مبتلا به COPD گزارش شده است که با مطالعه ما همخوانی دارد (۶،۵). در مطالعه‌ای بیان شده که میزان ایجاد علائم پانیک در بیماران ریوی، به خصوص مبتلایان به COPD بیشتر است و بیماری ریوی می‌تواند عاملی برای ایجاد علائم پانیک و از عوامل خطر ساز برای پیشرفت حملات پانیک و تکرار تظاهرات آن و همچنین شعله‌ور شدن اختلال ریوی و علائم آن باشد (۹). این مطالعه نیز از نظر بالا بودن میزان علائم پانیک در بیماران مبتلا به COPD، با مطالعه ما هماهنگی دارد.

Van Peski معتقد است که میزان حملات پانیک در تمام بیمارانی که به اسپرومتری مراجعه کرده‌اند، برابر است (۱۵). این مطالعه با بررسی ما همخوانی ندارد ولی با توجه به مطالعات انجام شده، شیوع حملات پانیک در کشورهای مختلف و از ۱/۴ درصد در ریودوژانیرو تا ۱۶/۵ درصد در منچستر برای حملات پانیک و از صفر درصد در ریودوژانیرو تا ۳/۵ درصد در منچستر برای اختلال پانیک، متفاوت است (۳،۲) این تفاوت می‌تواند ناشی از وضعیت اجتماعی و فرهنگی باشد.

همچنین در چندین مطالعه جداگانه، مشخص شد که حملات پانیک در بیماران آسمی نیز شیوع بالایی دارد (۱۷،۱۶،۱۱). با توجه به این که بیماران آسمی نیز جزء بیماران با مشکلات ریوی هستند، شیوع بالای حملات

در این مطالعه، شیوع بالای حملات پانیک را در بیمارانی که به اسپیرومتری مراجعه کرده بودند، به خصوص در بیماران مبتلا به COPD نشان داد. هرچند که اختلاف معنی‌داری بین افراد با حملات پانیک و بدون حملات پانیک از نظر نوع و شدت بیماری ریوی به دست نیامد و مشخص شد که میزان اضطراب افراد مراجعه کننده به اسپیرومتری در سطح بالایی قرار داد و میزان اضطراب در افراد با حملات پانیک به مراتب بیشتر از افراد غیرپانیک است. امید است بیماران پانیکی که با علائم تنفسی به مراکز طبی مراجعه می‌کنند در مراحل اولیه تشخیص داده شوند (هرچند که به سبب ماهیت سوماتیک، این بیماری در تشخیص افتراقی بسیاری از بیماری‌های طبی قرار می‌گیرد) و تحت درمان کافی قرار گیرند. توصیه می‌شود با توجه به فراوانی بالای حملات پانیک در بیماران مراجعه کننده به اسپیرومتری، مطالعه‌ای جهت تعیین فراوانی اختلال پانیک در بیماران مبتلا به COPD انجام شود.

COPD از شیوع بالاتری نسبت به جامعه طبیعی برخوردار است.

در این مطالعه، میزان اضطراب و سطح اضطراب پنهان و آشکار در بیماران با حملات پانیک و همچنین بیماران مبتلا به COPD نسبت به افراد طبیعی بالاتر بوده است. و اختلاف معنی‌داری بین فرد پانیک و غیرپانیک از لحاظ میزان اضطراب به دست آمد. همچنین اختلاف معنی‌داری بین افراد پانیک و غیرپانیک از لحاظ برآورد شخصی افراد از میزان اضطراب خود به دست آمد که با مطالعات مشابه در این زمینه هماهنگ است. از جمله در مطالعه stein (۱۹۹۵) میزان اضطراب از طریق آزمون اسپیلبرگر مورد سنجش قرار گرفت و مشخص شد که اضطراب در افراد پانیک به مراتب از نمونه کنترل، بالاتر بوده است (۱۰). در مطالعه دیگری مشخص شد که پرتویگی به همراه خلق مضطرب، مقدمه‌ای برای شروع حملات آسم است و همچنین شیوع اختلالات اضطرابی در بیماران مبتلا به COPD بالاتر است (۱۱).

فهرست منابع

1. Harold Koplan, Sadocks BJ. Synopsis of psychiatry & ed. Baltimore Williams & Wilkinsco, 1998. P. 594.
2. Lecrabier Y. A worldwide primary care perspective. Paper presented at the 6th world congress of biological psychiatry. 1997 June; Nice, France.p. 22-27.
3. Ustun TB, Sortorius N. Mental illness in general health care. An International study. Chichester: wiley, 1995.
4. Pollack MH, Kradin R, Otto MW, et al. Prevalence of panic in patients referred for pulmonary function testing at a major medical center. *Am J Psychiatry*. 1996; 153(1): 110-13.
5. Yellowless PM, Alpers JH, Bowden JJ, et al. Psychiatric morbidity in patients with chronic airflow obstruction. *Med J Aust*. 1987; 146: 305-7.
6. Karajgi B, Rifkin A, Doddis Kollir. The prevalence of anxiety disorders in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Psychiatry*. 1990; 147(2): 200-1.
7. Perna G, Bertani A, Diaferia G, et al. Prevalence of respiratory disease inpatients with panic & obsessive.

- compulsive disease. *Anxiety*. 1994; 1(2): 100-1.
8. Spinhoven P, Ros M, Westgeest A, Van der Does AJM. The prevalence of respiratory disorder in panic disorder major depressive disorder and v-code patients. *Behav-Res-Ther*. 1994; 32(6): 647-9.
 9. Smoller JW, Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, Kradin RL. Panic anxiety, dyspnea, and respiratory disease, theoretical and clinical considerations. *Am- J- Respir- Crit- Care- Med*. 1996 Jul; 154(1): 6017.
 10. Stein Murray B, Millar Thomas W, Larsen, Derrick: Kryger. Meir H. Irregular breathing during sleep in patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1995 Aug; 152-116-8.
 11. Hibbert G, Pilsbury D. Demonstration and treatment of hyperventilation causing asthma. *Br J. Psychiatry*. 1988; 153: 687-9.
 12. Harold Kaplan, Sadock BJ. Comprehensive Text book of psychiatry 7th ed, Baltimore Williams & Wilking, 2000. P. 516.
 13. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RD. STAI manual. Palo Alto. Calif. Consulting psychologists press, 1970.
 14. Prozellius J, Vest M, Nochomovitz M: Respiratory Function cognitions, and panic in chronic obstructive pulmonary patients. *Behav-Res-Ther*. 1992 Jan; 30(1): 75-7.
 15. Van Peski Oosterbun AS, Spinhoven P, Vander Does Aywerai. Is there a specific relationship between asthma and panic disorders, *Behav Res Ther*. 1996; 34(4): 333-40.
 16. Butz AM, Alexander C. Anxiety in clinical with asthma. *J Asthma*. 1993; (3): 199-209.
 17. Shavitt RG, Gentil U, Mandetta R. The association of panic/agoraphobia and asthma: contributing factors and clinical implications. *Gen Hosp Psychiatry*. 1992; 14(2): 420-3.
 18. Patton GC, Hibbert M, Rosier MJ, et al. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? *Am J Public health*. 1996; 86(2): 225-30.
 19. Breslau N, Klein DF. Smoking and panic attacks: an Epidemiologic investigation. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56(2): 1141-7
 20. Bengi Biber, Tune Alkin. Panic disorder subtypes: differential responses to CO₂ challenge. *Am J Psychiatry*. 1999 May; 156(5): 739-44.
 21. Thompson WL, Thompson TL. Psychiatric disorders complicating treatment of patients with pulmonary disease. *New-Dir-Ment-Health-Serv*. 1993 Spring; (57): 117-30.