

بررسی شیوع حملات پانیک و میزان اضطراب بیماران تحت

«آزمایش عملکرد ریوی» در بیمارستان امام خمینی (ره) سال ۱۳۷۹

مهران کریانی **(M.D.)

رضا رضازاده **(M.D.)

سید حمزه حسینی *(M.D.)

چکیده

سابقه و هدف : از آنجایی که حملات پانیک با یکسری از علایم سوماتیک از جمله تپش قلب و تاکیکاری و تنگی نفس و احساس اختناق و غیره همراه می‌باشد، غالباً بیماران پانیک را به درمانگاه‌های طبی می‌کشانند. 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- مقطعي روی افراد مراجعه کننده به مرکز اسپریومتری، در سال ۱۳۷۹ انجام گرفته است. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه‌های دموگرافیک، اضطراب اسپلیبرگر، و حمله‌هراس از سری 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 معنی‌داری به دست نیامد. ولی نتایج اسپریومتری 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 معنی‌داری بین افراد با حملات پانیک و غیر پانیک به دست آمد و مشخص شد افراد مراجعه کننده به اسپریومتری از میزان اضطراب بالایی برخوردارند.

استنتاج : نتایج پژوهش شیوع بالای حملات پانیک را در بیماران مراجعه کننده به اسپریومتری، به خصوص بیماران مبتلا به COPD نشان داد، همچنین مشخص شد که میزان اضطراب افراد مراجعه کننده به اسپریومتری نیز در سطح بالایی قرار دارد. پیشنهاد می‌شود حملات پانیک در افرادی که با علایم 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، اسپریومتری، تنفس سنجی (اندازه‌گیری تنفسی)

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

* استادیار روانپردازی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

✉ ساری-جاده نکا-بیمارستان زارع

** پزشک عمومی

مقدمه

می‌توان چنین نتیجه گرفت که وجود بیماری‌های ریوی، خطر پیشرفت عالیم پانیک را افزایش می‌دهند. اگرچه این خطر به نشانه‌های شدت پاتولوژی ریوی وابسته نیست، با این حال میزان تنگی نفس و کلاً مشکلات تنفسی در بیماران مبتلا به اختلال پانیک، بیشتر است (۹،۱۰). در مطالعه Stem و همکاران (۱۹۹۵)، میزان اضطراب از طریق آزمون اسپلیبر گر 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 پرتهویگی^۱ به همراه خلق مضطرب، مقدمه‌ای 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 می‌کنند و بسیاری از پزشکان در مراحل اولیه ممکن است از گذاشتن تشخیص حملة پانیک بر روی بیماران چشم پوشی کنند. در غالب موارد نیز مشکلات روانپزشکی در بیماری که با عالیم جسمی مراجعه می‌کند فراموش و رد می‌شود و به دلیل تشخیص نادرست و درمان غلط یاناکافی، این بیماران نسبت به سایر بیماران روانپزشکی، در مدت زمان بیشتری تحت درمان‌های پزشکی قرار می‌گیرند. با توجه به نکات مذبور و آمار متناقض ذکر شده و عدم انجام مطالعه‌ای مشابه در ایران، این مطالعه طراحی شده است.

مواد و روش‌ها

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

حمله پانیک، دوره‌ای از ترس یا ناراحتی شدید است که ابتدا و انتهای مشخصی دارد و حداقل چهار علامت جسمی یا شناختی مانند تپش قلب، تاکیکاردنی، تنگی نفس و احساس خفگی وغیره با آن همراه می‌باشد. در مطالعات اپیدمیولوژیک، شیوع مادام العمر اختلال پانیک ۵/۰ 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 می‌کند. با توجه به این نکته، تحقیقات گسترشده‌ای 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 گرفته‌اند. در بسیاری از موارد، از این حملات به عنوان تظاهرات شبه پانیک نام برده شده است. در مروری بر پژوهش‌های قبلی می‌توان 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 (۶،۵). همچنین Perna (۱۹۹۴) در مطالعه‌ای روی ۱۰۲ بیمار پانیک نشان داد که بیماری‌های 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

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 ($p=0/461$).¹ (p=۰/۴۶۱).² ۷۱/۳ درصد افراد مراجعه کننده متأهل و ۸۲/۸ درصد از بیمار پانیک نیز متأهل بوده‌اند که اختلاف معنی‌داری بین افراد پانیک و غیرپانیک از نظر تأهله 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=۰/۱۰۲).

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

	سطح تحصیلات	۱۱۵ بیمار (درصد)	۵۸ بیمار (درصد)	۵۷ بیمار پانیک (درصد)	۲۲/۶ سواد
۲۶/۳		۱۹	۲۲/۶		
۱۴/۱	ابتدا	۱۴/۸	۱۵/۵	۱۵/۵	
۱۴/۱	راهنما	۱۵/۷	۱۷/۲	۱۷/۲	
۳۸/۵	دیبرستان	۳۹	۳۹/۷	۳۹/۷	
۷	دانشگاه	۷/۹	۸/۶	۸/۶	

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 ($p=0/714$).³ (p=۰/۷۱۴). ۱۸/۳ درصد افراد مراجعه کننده و ۲۰/۷ درصد افراد پانیک سابقه مراجعه

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

۱- پرسشنامه دموگرافیک:

۲- پرسشنامه SADS¹: 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 جزیی) از مصاحبه شونده سوال می‌کند.¹²

۳- پرسشنامه حالت- خصوصیت اضطراب اسپلبرگر²: 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 پایانی پرسشنامه مذکور بر اساس پژوهش هنجرایی برای اضطراب آشکار ۹۱ درصد و برای اضطراب پنهان ۹۰ درصد بوده است.¹³ تعداد افراد مراجعه کننده در این مطالعه با توجه به فراوانی حملات پانیک در مطالعه پیشانگ 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 اسپلبرگر 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

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

۵۱/۳ 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=۰/۵۸).

میزان اضطراب بیماران مراجعه کننده به مرکز اسپریومتری به وسیله پرسشنامه اضطراب اسپلیبر گر مورد سنجش قرار گرفت که با توجه به جدول شماره ۲ اختلاف معنی‌داری بین افراد پانیک و غیرپانیک از لحاظ میزان اضطراب آشکار و پنهان به دست آمد (به ترتیب ۰/۰۰۰۲ و p=۰/۰۰۲).

به روانپزشک را داشته‌اند که اختلاف معنی‌داری بین این دو گروه از این نظر وجود نداشت (p=۰/۲۱).

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 غیرپانیک از لحاظ مصرف سیگار به دست نیامد (p=۰/۲۷۱). ۲۷ درصد افراد مراجعه کننده سابقه بیماری روانی ثابت شده در اعضاء خانواده یا فامیل را داشتند که در افراد پانیک به ۲۹/۳ درصد می‌رسید اختلاف معنی‌داری بین افراد پانیک و غیرپانیک از لحاظ سابقه بیماری روانی ثابت شده در اعضاء خانواده یا فامیل وجود نداشت.

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

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 اسپریومتری طبیعی	۳۳	۴۵/۵۷	اضطراب متوسط به بالا	۴۹/۸۰	اضطراب متوسط به بالا

در این مطالعه میزان اضطراب در بیماران مبتلا به COPD بالاتر از افراد با اسپریومتری طبیعی بود، ولی اختلاف معنی‌داری بین این دو گروه از لحاظ میزان اضطراب آشکار و پنهان وجود نداشت (به ترتیب p=۰/۱۵ و p=۰/۷۶). 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

با توجه به اطلاعات به دست آمده، میانگین سطح اضطراب آشکار و پنهان در افراد پانیک بیشتر از افراد غیرپانیک می‌باشد. نتایج حاصل از برآورده فرد از اضطراب خود (در پاسخ به سؤال آیا خود را مضطرب می‌دانید؟) نشان داد که ۳۳ درصد از کل افراد، گاهی دچار اضطراب می‌شوند، ۳۸ درصد افراد با حملات پانیک، بیشتر اوقات دچار اضطراب می‌شوند و ۴۲ درصد افراد بدون حملات پانیک، گاهی دچار اضطراب می‌شوند. در این بررسی اختلاف معنی‌داری بین افراد پانیک و غیرپانیک از لحاظ برآورده شخصی افراد از میزان اضطراب خود، وجود دارد (P=۰/۰۰۰۱). اگرچه

خارج شدند و آمار زیر از ۹۰ فرد مراجعه کننده به دست آمد. ۶۳ درصد افراد مبتلا به COPD و ۳۷ درصد افراد اسپیرومتری طبیعی داشتند. ۶۷ درصد افرادی که پرسشنامه‌های آنها به نفع حملات پانیک بود مبتلا به COPD و ۳۳ درصد آنها اسپیرومتری طبیعی داشتند. از ۵۷ فرد غیرپانیک، ۵۷ درصد اسپیرومتری آنها به نفع COPD بود که از ۳۵/۷۱ درصد نمای انسدادی داشتند. در این مطالعه، اختلاف معنی‌داری بین افراد پانیک و غیرپانیک از لحاظ نوع و شدت بیماری ریوی به دست نیامد ($p=0.61$). همچنین اختلاف معنی‌داری بین افراد پانیک و کل افراد تحت اسپیرومتری از لحاظ نوع و شدت بیماری ریوی به دست نیامد (جدول شماره ۳).

هیج 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 اسپیرومتری افراد نتایج زیر به دست آمد. ۲۵ نفر قادر به انجام اسپیرومتری 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	غیرپانیک	درصد افراد غیرپانیک	فرد ۴۱	فرد ۴۹	درصد افراد پانیک	کل افراد پانیک	کل افراد (نفر ۹۰)	کل افراد به درصد	کل افراد
انسدادی ^(۱) خفیف	۱	۲/۴۳	۴۹	۵	۱۰/۲	۶	۶	۶/۶	۶
متوسط	۷	۱۷/۱	۴۱	۱۰	۲۰/۴	۱۷	۱۷	۱۸/۸	۱۷
شدید	۵	۱۲/۲	۴۱	۹	۱۸/۳۷	۱۴	۱۴	۱۵/۶	۱۴
محددی ^(۲) خفیف	۴	۹/۷۶	۴۱	۵	۱۰/۲	۹	۹	۱۰	۹
متوسط	۱	۲/۴۳	۴۱	۲	۴/۰۸	۳	۳	۳/۴	۳
شدید	۱	۲/۴۳	۴۱	۰	۰	۱	۱	۱/۱	۱
مخلط	۳	۷/۳۱	۴۱	۲	۴/۰۸	۵	۵	۴/۵	۵
طبیعی	۱۹	۴۶/۳۴	۴۱	۱۶	۳۲/۶۷	۳۵	۳۵	۳۸/۹	۳۵
مجموع	۴۱	۱۰۰	۴۹	۱۰۰	کل افراد پانیک	کل افراد (نفر ۹۰)	کل افراد به درصد		(1) Obstructive
									(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 معنی‌دار 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 اسپیرومتری، به خصوص در بیماران مبتلا به COPD یافتیم. شیوع بالای حملات پانیک در افراد مراجعه کننده به اسپیرومتری، 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 اسپیرومتری طبیعی داشتند، بیماران آسمی نیز می‌توانستند وجود داشته باشند که در فواصل آسم، اسپیرومتری 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 Breslau و Klein (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 اسپیرومتری 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 عالیم ریوی در صورتی که مشکلات روانی داشته باشند به مراتب مشکلتر است (۲۱). در مطالعه دیگر، بیان شده است که عالیم پانیک در بیمارانی که نشانه‌های اختلال ریوی را دارا می‌باشند شخص را به سمت یک تشخیص نادرست یا یک درمان اشتباه سوق می‌دهد (۲۶). 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 عالیم پانیک در بیماران ریوی، به خصوص مبتلایان به COPD بیشتر است و بیماری ریوی می‌تواند عاملی برای ایجاد عالیم پانیک و از عوامل خطرساز برای پیشرفت حملات پانیک و تکرار تظاهرات آن و همچنین شعله‌ورشدن اختلال ریوی و عالیم آن باشد (۹). این مطالعه نیز از نظر بالا بودن میزان عالیم پانیک در بیماران مبتلا به COPD، با مطالعه ما هماهنگی دارد.

معتقد است که میزان حملات پانیک Van Peski در تمام بیمارانی که به اسپیرومتری 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 بالای دارد (۱۷،۱۶،۱۱). با توجه به این که بیماران آسمی نیز جزو 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 بالای قرارداد و میزان اضطراب در افراد با حملات پانیک به مراتب بیشتر از افراد غیرپانیک است. امید است بیماران پانیکی که با عالیم 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 اسپلیبرگر 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 پرتهویگی 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

- Harold Koplan, Sadochs BJ. Synopsis of psychiatry & ed. Baltimore Williams & Wilkinsco, 1998. P. 594.
- Lecrabier Y. A worldwide primary care perspective. Paper presented at the 6th world congress of biological psychiatry. 1997 June; Nice, France.p. 22-27.
- Ustun TB, Sortorius N. Mental illness in general health care. An International study. Chichester: wiley, 1995.
- 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.
- Yellowless PM, Alpers JH, Bowden JJ, et al. Psychiatric morbidity in patients with chronic airflow obstruction. *Med J Aust*. 1987; 146: 305-7.
- 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.
- 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, Bltimor Williams & wilking, 2000. P. 516.
 13. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RD. STAI manial. Polo 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.