

Agnieszka Orłowska-Pawliszyn, Jerzy Landowski

Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Akademii Medycznej w Gdańsku

Współwystępowanie zaburzeń osobowości i ich wpływ na obraz kliniczny zaburzenia napadowego lęku

The influence of comorbid personality disorders on the clinical presentation of panic disorder

Abstract

Introduction. This study aims to evaluate the comorbidity of panic disorder and personality disorders. The study also examines the influence of personality disorders on clinical picture of panic disorder.

Material and methods. Fifty patients with panic disorder with or without agoraphobia (40 woman and 10 man) participated in this study. SCID-I, SCID-II, PDSS were used to establish the diagnosis. The U Mann-Whitney test and χ^2 test were used for statistical analysis.

Results. 76% of panic disorders patients had at least one of the specific personality disorder. Among personality disorders the cluster C was dominant (60%). The clinical picture of panic disorder was dependant on the comorbid of personality disorder present. The severity of avoidance behaviour was statistically higher ($p < 0.05$) among patients with personality disorders. A higher level of avoidance behaviors was seen in cluster C personalities ($p = 0,04$), as compared to the control group. However, compared with patients with other personality disorders, these patients displayed a significantly lower level of anticipatory anxiety ($p = 0.049$).

Conclusions. There is a frequent comorbidity of panic disorder and personality disorders. Among these personality disorders the Cluster C is dominant. The presence of specific personality disorders, particularly Cluster C, is associated with a greater intensity of avoidance behaviour. *Psychiatria 2008; 5: 1–6*

key words: panic disorder, personality disorders

Wstęp

Zaburzenia lękowe są stosunkowo najczęściej spotykanymi zaburzeniami nerwicowymi. Według badania *National Comorbidity Survey* ich rozpowszechnienie w ogólnej populacji wynosi około 24,9%, z czego rozpowszechnienie zaburzenia napadowego lęku — 3,5% [1, 2]. Same napady paniki występują znacznie częściej — u około 10% (1,8–15,6%) [3].

Z zaburzeniem napadowego lęku często współwystępują inne zaburzenia psychiczne. U co najmniej 63,6% pacjentów obserwuje się przynajmniej jedno współistniejące zaburzenie [4, 5]. Inne dostępne prace wskazują, że wskaźniki te mogą być nawet wyższe. Szczególnie często z zaburzeniem napadowego lęku współwystępują zaburzenia osobowości — 20–76,8%, a nawet do 98% [6–18]. W populacji ogólnej częstość występowania zaburzeń osobowości oceniana jest na 11–18% [19].

Związek między zaburzeniami osobowości a zaburzeniami lękowymi jest złożony. Zaburzenia osobowości traktowane są jako czynniki ryzyka zaburzeń lękowych bądź jako ich konsekwencja. Zwraca się uwagę

Adres do korespondencji:

lek. med. Agnieszka Orłowska-Pawliszyn
Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych AMG
ul. Dębinki 7, 80–952 Gdańsk
email: A.Orłowska_Pawliszyn@poczta.fm

na wspólne podłoże genetyczne. Dotyczyć to ma szczególnie określonych typów zaburzeń osobowości [20, 21]. Obecność zaburzeń osobowości może niekorzystnie wpływać na skuteczność leczenia [22, 23]. Dotyczy to zarówno farmakoterapii, jak i psychoterapii w stosowaniu krótko- [17, 24, 25] i długoterminowym [13, 26–34].

Związek między obecnością zaburzeń osobowości a nasileniem i obrazem zespołu lękowego nie jest jednoznacznie określony [5, 35] i niewątpliwie wymaga dalszych badań uwzględniających specyfikę tych pierwszych.

Celem niniejszej pracy było określenie częstości występowania u pacjentów z zaburzeniem napadowego lęku specyficznych zaburzeń osobowości oraz ich roli w kształtowaniu obrazu klinicznego tego zespołu.

Materiał i metody

Przebadano 50 pacjentów (40 kobiet i 10 mężczyzn) z zaburzeniem napadowego lęku według kryteriów DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV Edition*), leczonych w Klinice Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych w Gdańsku lub w gdańskich Poradniach Zdrowia Psychicznego.

Diagnozę kliniczną przeprowadzono na podstawie:

- ustrukturalizowanego wywiadu klinicznego dla DSM-IV dla zaburzeń z osi I, wersji klinicznej (SCID-I, *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis I Disorders, Clinician Version*);
- ustrukturalizowanego wywiadu klinicznego dla DSM-IV dla zaburzeń z osi II, wersji klinicznej (SCID-II, *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis II Disorders, Clinician Version*).

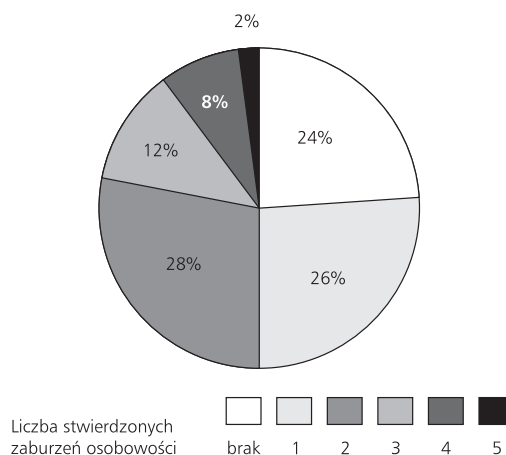
Nasilenie zaburzenia napadowego lęku oceniano za pomocą skali PDSS (*Panic Disorder Severity Scale*) składającej się z 7 podskal:

- 1) częstość występowania napadów paniki,
- 2) nasilenie distresu w czasie napadu,
- 3) nasilenie lęku antycypacyjnego,
- 4) agorafobia,
- 5) nasilenie zachowań unikających,
- 6) negatywny wpływ na pracę,
- 7) negatywny wpływ na funkcjonowanie społeczne.

Analizy statystycznej dokonano za pomocą pakietu STATISTICA 7.1. PL. Zastosowano testy — nieparametryczny U Manna-Whitneya oraz χ^2 .

Wyniki

Zbadano 50 osób, w tym 80% kobiet (n = 40) i 20% mężczyzn (n = 10). Średni wiek wynosił $35,5 \pm 10,8$ roku (18–53 lat). U 24% badanych osób nie stwierdzono obecności zaburzeń osobowości, u 26% — jedynie jedno specyficzne zaburzenie osobowości, u po-



Rycina 1. Specyficzne zaburzenia osobowości u pacjentów z zaburzeniem napadowego lęku

Figure 1. Specific personality disorders among panic disorder patients

Tabela 1. Częstość występowania zaburzeń osobowości u pacjentów z zaburzeniem napadowego lęku

Table 1. The frequency of personality disorders appearance among panic disorder patients

Typy osobowości	Liczba osób (%)
Wiązka A,	2 (4%)
w tym osobowość:	
Paranoidalna	2 (4%)
Schizoidalna	0
Schizotypowa	0
Wiązka B,	13 (26%)
w tym osobowość:	
Antysocjalna	0
Borderline	3 (6%)
Histrioniczna	5 (10%)
Narcystyczna	7 (14%)
Wiązka C,	30 (60%)
w tym osobowość:	
Unikająca	22 (44%)
Zależna	9 (18%)
Obsesyjno-kompulsywna	9 (18%)
Inne,	18 (36%)
w tym osobowość:	
Bierno-agresywna	13 (26%)
Depresyjna	10 (20%)

Tabela 2. Porównanie średniej wartości objawów zespołu lęku panicznego mierzonych w skali PDSS u osób z towarzyszącymi zaburzeniami osobowości i u osób bez zaburzeń osobowości**Table 2.** Comparison the average value of panic disorders symptoms measured in PDSS among panic disorder patients with or without comorbid personality disorders

Podskale PDSS	Osoby bez zaburzeń osobowości (n = 12)	Osoby z zaburzeniami osobowości (n = 38)
Częstość napadów	2,6 ± 1,1	2,6 ± 1,1
Distres	3,3 ± 0,8	3,2 ± 0,8
Lęk antycypacyjny	2,8 ± 0,6	2,5 ± 0,8
Agorafobia	1,4 ± 1,6	2,1 ± 1,5
Zachowania unikające*	0,5 ± 0,7	1,0 ± 0,8
Negatywny wpływ na prace	2,4 ± 0,9	2,6 ± 1,0
Negatywny wpływ na funkcjonowanie społeczne	2,5 ± 0,9	2,8 ± 0,9

* różnica istotna statystycznie $p = 0,039$ (test U Manna-Whitneya)

zostałych 50% — co najmniej dwa (ryc. 1). Podsumowując, u 76% badanych pacjentów z zaburzeniem napadowego lęku, współwystępowało co najmniej jedno specyficzne zaburzenie osobowości.

Wśród zaburzeń osobowości dominowały zaburzenia z wiązki C według kryteriów DSM-IV — 60% (30 osób) (tab. 1), ponadto osobowość histrioniczna — 10% i narcystyczna — 14%. Jedyne u 6% stwierdzono cechy osobowości borderline.

U 35 (70%) badanych osób stwierdzono współwystępującą agorafobię, u 17 (34%) — epizod dużej depresji. Nie zaobserwowano istotnego związku między obecnością któregoś z tych zaburzeń osi I a współwystępowaniem specyficznych zaburzeń osobowości (test χ^2). Obraz kliniczny zaburzenia napadowego lęku, oceniany skalą PDSS zależał od współwystępowania zaburzeń osobowości. Nasilenie zachowań unikających było wyższe istotnie statystycznie ($p < 0,05$) u pacjentów, u których były one obecne. Pod względem nasilenia innych objawów, opisanych kolejnymi podskalami PDSS, nie stwierdzono istotnych różnic między podgrupami wyodrębnionymi pod względem obecności któregośkolwiek ze specyficznych zaburzeń osobowości (tab. 2).

Istotnie wyższe nasilenie zachowań unikających w porównaniu z grupą kontrolną dotyczyło przede wszystkim pacjentów z zaburzeniem osobowości z wiązki C ($p = 0,04$). Cechowało ich z kolei w porównaniu z pacjentami z innymi zaburzeniami osobowości istotnie niższe statystycznie nasilenie lęku antycypacyjnego ($p = 0,049$).

Dyskusja

Wyniki badania dotyczących współwystępowania zaburzeń osobowości z zespołem lęku napadowego,

znacznie częstszego niż w populacji ogólnej, są zgodne z danymi z piśmiennictwa (tab. 3). W niniejszym badaniu u 76% pacjentów zdiagnozowano co najmniej jedno zaburzenie osobowości. U 50% pacjentów z zaburzeniami osobowości zdiagnozowano więcej niż jedno zaburzenie osobowości, co jest wartością bliską wcześniejszym badaniom (45%) [11].

Podobnie jak w piśmiennictwie [7, 10–12, 14, 16, 18–19, 36–38] większość przebadanych przez autorów artykułu pacjentów wykazywała zaburzenia z wiązki C według kryteriów DSM-IV. Specyficzny związek zaburzeń osobowości z wiązki C oraz zaburzeń lękowych został zasugerowany przez Tyrer w 1992 roku w postaci wspólnej nazwy: ogólny zespół nerwicy (general neurotic syndrome) [20, 21]. Obecnie ogólny zespół nerwicy uważa się za rozwijający się na podłożu genetycznie uwarunkowanej podatności zespół współwystępujących objawów: podwyższonego poziomu lęku, słabszego radzenia sobie ze stresem, zaburzeń depresyjnych, niepokoju oraz określonych zaburzeń osobowości. Koncepcja ta może być pomocna w różnicowaniu przypadków, w których należy liczyć się z przewlekłym przebiegiem zaburzeń nerwicy, oraz tych postaci, w których istnieje większa szansa na uzyskanie pełnego ustąpienia objawów [21]. W odróżnieniu od przytaczanych w literaturze wyników [7, 13, 19, 36, 37, 39] nie wykazano w opisywanym w pracy badaniu częstego występowania zaburzeń osobowości typu borderline — 6% oraz paranoidalnego — 4%. Zbliżony rezultat uzyskali Langs i wsp. [12], w których badaniu u żadnej z osób nie zdiagnozowano osobowości typu borderline. Według Langs i wsp. kryteria oceny osobowości borderline stały w ciągu

Tabela 3. Częstość występowania zaburzeń osobowości u pacjentów z zaburzeniem napadowego lęku
Tabela 3. The frequency of personality disorders appearance among panic disorder patients

Badanie	Liczba badanych pacjentów z napadami lęku bez agorafobii/z agorafobią	Narzędzia diagnostyczne	Częstość występowania (%)
Ampollini i wsp. [8]	62	SCID I, SIDP	62
Barzega i wsp. [38]	184	SCID-I, II	60,9
Berger i wsp. [17]	73	SCID-I, IPDE	31,5
Grant i wsp. [14]	281/178	AUDADIS-IV	44,1/69,4
Iketani i wsp. [10]	42/56	SCID-I, II	50/76,8
Langs i wsp. [12]	84	SCID-I, II	40,8
Latas i wsp. [11]	0/60	SCID-I, II	0/45
Marchesi i wsp. [7]	60	SCID-I, SIDP	60
Massion i wsp. [15]	73/313	SCID-I, PDE	22/20
Millord i wsp. [18]	94	SCID-I, II	49
Ozkan i wsp. [13]	122	SCID-I, II	33,9

(stosowane narzędzia badawcze: AUDADIS-IV — Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule, DSM-IV Version; PDE — Personality Disorder Examination; IPDE — International Personality Diagnostic Questionnaire; PDQ — Personality Diagnostic Questionnaire)

ostatnich lat coraz lepiej i powszechniej znane, w związku z tym osobowość ta jest częściej rozpoznawana i kierowana do leczenia w ośrodkach innych niż ośrodki leczenia zaburzeń nerwicowych.

Z kolei ślady paranoidalne w zespole lęku napadowego są uważane za efekt przewlekłości zaburzenia i trudności w akceptacji objawów ze strony innych osób [7]. Niniejsze badanie było przeprowadzone w pierwszym tygodniu po zgłoszeniu się do psychiatry, u 50% osób po wcześniejszym czasie trwania epizodu nie dłuższym niż 6 miesięcy. Zapewne jest to okres zbyt krótki do wykształcenia się cech paranoidalnych.

W badaniu autorzy artykułu nie potwierdzili częstszego występowania zaburzeń osobowości u pacjentów z dodatkowo współistniejącymi: agorafobią [12, 13, 35, 40] czy depresją [9, 37, 41–45].

W literaturze dostępna jest pewna liczba badań potwierdzająca negatywny wpływ zaburzeń osobowości [6, 13, 35, 39] na nasilenie objawów zespołu lęku panicznego. Autorom pracy udało się częściowo potwierdzić ten związek. Nasilenie jednej z badanych cech zaburzenia napadowego lęku — zachowania unikającego — było związane z częstszym współwystępowaniem zaburzeń osobowości, szczególnie z wiązki C.

Inną badaną cechą lęku napadowego była antycypacja. Jest to nie tylko lęk przed pojawieniem się kolejnego napadu paniki, ale też przed jego negatywnymi konsekwencjami dotyczącymi zdrowia fizycznego lub psychicznego. W badanej grupie pacjentów lęk antycypacyjny był mniejszy w grupie osób z zaburzeniami osobowości z wiązki C. Stwierdzano u nich, o czym już była mowa, istotnie częstsze występowanie działań unikających. Prawdopodobnie działania te w tak istotny sposób zmniejszyły lęk.

W interpretacji uzyskanych w pracy wyników należy zachować pewną ostrożność. Stosunkowo mała liczebność grupy i jej niejednorodność (pacjenci kliniczni i ambulatoryjni) pozwalają jedynie na wyciągnięcie wstępnych wniosków.

Wnioski

1. Z zaburzeniami napadowego lęku często współwystępują specyficzne zaburzenia osobowości.
2. Wśród tych zaburzeń przeważają zaburzenia zaliczane w klasyfikacji DSM-IV do wiązki C.
3. Obecność specyficznych zaburzeń osobowości, szczególnie z wiązki C, wiąże się z większym nasileniem zachowań unikających.

Streszczenie

Wstęp. Celem niniejszej pracy było określenie częstości występowania u pacjentów z zaburzeniem napadowego lęku specyficznych zaburzeń osobowości oraz ich roli w kształtowaniu obrazu klinicznego tego zespołu.

Materiał i metody. Przedmiotem badania było 50 pacjentów (40 kobiet i 10 mężczyzn) z zaburzeniem lękowym, z napadami lęku, z lub bez agorafobii. Diagnozując pacjentów, wykorzystano następujące skale kliniczne: SCID-I, SCID-II, PDSS. W ocenie statystycznej użyto testu U Manna-Whitneya oraz χ^2 .

Wyniki. U 76% badanych pacjentów z zaburzeniem napadowego lęku współwystępowało co najmniej jedno specyficzne zaburzenie osobowości. Wśród zaburzeń osobowości dominowały zaburzenia wiązki C — 60%. Obraz kliniczny zaburzenia napadowego lęku zależał od współwystępowania zaburzeń osobowości. Nasilenie zachowań unikających było istotnie statystycznie wyższe ($p < 0,05$) u pacjentów, u których były obecne zaburzenia osobowości. Istotnie wyższe nasilenie zachowań unikających w porównaniu z grupą kontrolną dotyczyło przede wszystkim pacjentów z zaburzeniem osobowości z wiązki C ($p = 0,04$). Cechowało ich z kolei, w porównaniu z pacjentami z innymi zaburzeniami osobowości, istotnie niższe statystycznie nasilenie lęku antycypacyjnego ($p = 0,049$).

Wnioski. Z zaburzeniami napadowego lęku często współwystępują specyficzne zaburzenia osobowości.

Wśród tych zaburzeń przeważają zaburzenia zaliczane w klasyfikacji DSM-IV do wiązki C.

Obecność specyficznych zaburzeń osobowości, szczególnie z wiązki C, wiąże się z większym nasileniem zachowań unikających. *Psychiatria 2008; 5: 1–6*

słowa kluczowe: zaburzenie lęku napadowego, zaburzenia osobowości

PIŚMIENNICTWO:

- Swoboda H., Amering M., Windhaber J. i wsp. The long-term course of panic disorder — an 11 year follow-up. *Anxiety Disorders* 2003; 17: 223–232.
- Bruce S.E., Yonkers K.A., Otto M.W. i wsp. Influence of Psychiatric Comorbidity on Recovery and Recurrence in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder: A 12-Year Prospective Study. *Am. J. Psychiatry* 2005; 162: 1179–1187.
- Rouillon F. Epidemiology of Panic Disorder. *Human Psychopharmacology* 1997; 12: 7–12.
- Corominas A., Guerrero T., Vallejo J. Residual symptoms and comorbidity in panic disorder. *Eur. Psychiatry* 2002; 17 (7): 399–406.
- Tsao J.C., Lewin M.R., Craske M.G. The effects of cognitive — behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions. *J. Anxiety Dis.* 1998; 12 (4): 357–71.
- Van Velzen C.J.M., Emmelkamp, P.M.G. The relationship between anxiety disorders and personality disorders: prevalence rates and comorbidity models 1999.
- Marchesi C., Cantoni A., Fonto S., Giannelli M.R., Maggini C. The effect of pharmacotherapy on personality disorders in panic disorder: a one year naturalistic study. *J. Affect. Dis.* 2005; 89 (1–3): 189–94.
- Ampollini P., Marchesi C., Signifredi R., Maggini C. Temperament and personality features in panic disorder with or without comorbid mood disorders. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997; 95 (5): 420–423.
- Marshall J.R. Comorbidity and its effects on panic disorder. *Bull Menninger Clin.* 1996; 60 (2 suppl. A): A 39–53, Review.
- Iketani T., Kiriike N., Stein M.B., Nagao K., Nagata T., Minami-kawa N., Shidao A., Fukuhara H. Relationship between perfectionism, personality disorders, and agoraphobia in patients with panic disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 2002; 106: 171–178.
- Latas M., Starcevic V., Trajkovic G., Bogojevic G. Predictors of comorbid personality disorders in patients with panic disorder with agoraphobia. *Compr. Psychiatry* 2000; 41 (1): 28–34.
- Langs G., Quehenberger F., Fabisch K., Klug G., Fabisch H., Zapotoczky H.G. Prevalence, patterns and role of personality disorders in panic disorder patients with and without comorbid (lifetime) major depression. *Acta Psychiatr. Scand.* 1998; 98 (2): 116–123.
- Ozkan M., Altindag A. Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity? *Compr. Psychiatry* 2005; 46 (1): 20–26.
- Grant B.F., Hasin D.S., Stinson F.S., Dawson D.A., Patricia Chou S., June Ruan W., Huang B. Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J. Psychiatr. Res.* 2005; 39 (1): 1–9.
- Massion A.O., Dyck I.R., Shea M.T., Phillips K.A., Warshaw M.G., Keller M.B. Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 2002; 59 (5): 434–440.
- Noyes R. Jr, Woodman C.L, Holt C.S, Reich J.H, Zimmerman M.B. Avoidant personality traits distinguish social phobic and panic disorder subjects. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1995; 183 (3): 145–153.
- Berger P., Sachs G., Amering M., Holzinger A., Bankier B., Katschnig H. Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioral treatment of panic disorder. *J. Affect. Dis.* 2004; 80 (1): 75–78.
- Millord B.L., Leon A.C., Barber J.P., Markowitz J.C., Graf E. Do comorbid personality disorders moderate panic-focused psychotherapy? An exploratory examination of the American Psychiatric Association practice guideline. *J. Clin. Psychiatry* 2007; 68 (6): 885–891.
- Noyes R. Jr, Reich J.H., Suelzer M., Christiansen J. Personality traits associated with panic disorder: change associated with treatment. *Compr. Psychiatry* 1991; 32 (4): 283–294.
- Tyrer P. Seivewright H., Johnson T. The Core Elements of Neurosis: Mixed Anxiety-Depression (Cothymia) and Personality Disorder. *J. Personal Dis.* 2003; 17 (2): 129–138.
- Kokoszka A., Krótkiewicz H., Rosati A., Oziemiński S., Stanisławski K., Sochacki J. Ogólny zespół nerwiczny — koncepcja i jej zastosowanie w praktyce ogólnolekarskiej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2005; 4 (5): 153–157.
- Bienvenu O.J., Brandes M. Cechy osobowości a zaburzenia lękowe. *Psychiatria po Dyplomie* 2006; 3 (1): 17–22.
- Cuijpers P., van Straten A., Donker M. Personality traits of patients with mood and anxiety disorders. *Psychiatry Res.* 2005; 133 (2–3): 229–237.

24. Dupuis G., Marchand A., Goyer Lysanne R., Mainguy N., Personality disorders and the outcome of cognitive-behavioural treatment of panic disorder with agoraphobia. *Canadian Journal of Behavioural science* 1998 Jan.
25. Prasko J., Houbova P., Novak T., Zalesky R., Espa-Cervena K., Paskova B., Zalesky J.V. Influence of personality disorder on the treatment of panic disorder — comparison study. *Neuro. Endocrinol. Lett.* 2005; 26 (6): 667–674.
26. Chambless D.L., Renneberg B., Gracely E.J., Goldstein A.J., Fydrich T. Axis I and II comorbidity in agoraphobia: prediction of psychotherapy outcome in a clinical setting *Psychotherapy Research* 2000; 10 (3): 279–295.
27. Tyrer P., Seivewright H., Johnson T. The Nottingham Study of Neurotic Disorder: predictors of 12-year outcome of dysthymic, panic and generalized anxiety disorder. *Psychol. Med.* 2004; 34 (8): 1385–1394.
28. Roy-Byrne P.P., Cowley D.S. Course and outcome in panic disorder: a review of follow-up studies. *Anxiety* 1994–95; 1 (4): 151–160.
29. Liebowitz M.R. Panic disorder as a chronic illness. *J. Clin. Psychiatry* 1997; 58 (supl. 13): 5–8.
30. Fava G.A., Zielezny M., Savron G., Grandi S. Long-term effects of behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia. *Br. J. Psychiatry* 1995; 166 (1): 87–92.
31. Fava G.A., Rafanelli C., Grandi S. i wsp. Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. *Psychol. Med.* 2001; 31 (5): 891–898.
32. Alneas R., Torgensen S. A 6-year follow-up study of anxiety disorders in psychiatric outpatients: Development and continuity with personality disorders and personality traits as predictors. *Nordic Journal of Psychiatry* 1999; 53 (6): 409–416.
33. Hoffart A., Hedley L.M. Personality traits among panic disorder with agoraphobia patients before and after symptom-focused treatment. *J. Anxiety Dis.* 1997; 11 (1): 77–87.
34. Martinsen, E.W., Olsen, T., Tonset, E., Nyland, K.E., Aarre, T.F. Cognitive-behavior group therapy for panic disorder in the general clinical setting: A naturalistic study with 1-year follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59: 437–442.
35. Flick S.N., Roy-Byrne P.P., Cowley D.S., Shores M.M., Dunner D.L. DSM-III R personality disorders in mood and anxiety disorders clinic: prevalence, comorbidity, and clinical correlates. *J. Affect. Dis.* 1993; 27 (2): 71–79.
36. Dyck I.R., Phillips K.A., Warsaw M.G. i wsp. Patterns of personality pathology in patients with GAD, PD with and without agoraphobia, and social phobia. *J. Personal. Dis.* 2001; 15 (1): 60–71.
37. Marchesi C., Cantoni A., Fonto S., Giannelli M.R., Maggini C. Predictors of symptom resolution in panic disorder after one year of pharmacological treatment: a naturalistic study. *Pharmacopsychiatry* 2006; 39 (2): 60–65.
38. Barzega G., Maina G., Venturello S., Bogetto F. Gender-related distribution of personality disorders in a sample of patients with panic disorder. *Eur. Psychiatry* 2001; 16 (3): 173–179.
39. Skodol A.E., Oldham J.M., Hyler S.E., Stein D.J., Hollander E., Gallaher P.E., Lopez A.E. Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *J. Psychiatr. Res.* 1995; 29 (5): 361–374.
40. Grant B.F., Hasin D.S., Stinson F.S., Dawson D.A., Goldstein R.B., Smith S., Huang B., Saha T.D. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry* 2006; 67 (3): 363–374.
41. Reich J., Perry J.C., Shera D. i wsp. Comparison of personality disorders in different anxiety disorder diagnoses: Panic, agoraphobia, generalized anxiety, and social phobia. *Ann. Clin. Psych.* 1994; 6 (2): 125–134.
42. Dunner D.L. The issue of comorbidity in the treatment of panic. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1998; 13 (supl. 4): 19–24.
43. Ballenger J.C. Comorbidity of panic and depression: implications for clinical management. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1998; 13 (supl. 4): 13–17.
44. Biederman J., Petty C., Faraone S.V. i wsp. Patterns of comorbidity in panic disorder and major depression: findings from a nonreferred sample. *Depress Anxiety* 2005; 21 (2): 55–60.
45. Biederman J., Petty C., Faraone S.V. i wsp. Moderating effects of major depression on patterns of comorbidity in patients with panic disorder. *Psychiatry Res.* 2004; 126 (2): 143–149.