

Psichogeninis dusulys

Ilova Laukienė

LSMU MA Psichiatrijos klinika

Reikšminiai žodžiai: psichogeninis dusulys, dispnėja, nuotaikos sutrikimai, nerimas.

Santrauka: Psichogeninis dusulys (psichogeninė dispnėja) – kvėpavimo funkcijų sutrikimai, sąlygoti psichinių priežasčių. Jie dažnai nediagnozuojami, nes pacientų nurodomi simptomai labai panašūs į organinio dusulio simptomus ir nėra vienos standartizuotos metodikos, kuri padėtų atlikti tikslią diagnostiką. Straipsnyje aptariamos psichogeninio dusulio priežastys, diagnostikos aspektai ir pagalbos pacientams būdai.

ĮVADAS

Psichogeninis dusulys (psichogeninė dispnėja) – kvėpavimo funkcijų sutrikimai, sąlygoti psichinių priežasčių. Jau 1928 m. W. B. Cannon atlikti eksperimentai atskleidė, kad emocinės problemos gali neigiamai veikti kūno funkcijas. Dusulys be organinio pagrindo įvairiais laikotarpiais buvo aprašytas įvairių autorių: 1941 m. Paul Wood, 1943 m. Lewis, 1950 m. Rice rašė apie kvėpavimo sutrikimus be somatinės ligos. Buvo pastebėta, kad psichogeninis komponentas gali sustiprinti dėl organinės patologijos kylantį dusulį [1]. Burns ir Howell 1969 m. aprašė 31 lėtinio bronchitu sergantį pacientą, patiriantį dusulį, kuris neproporcingai stiprus. Nepaisant to, kad šis reiškinys pastebėtas gana seniai, iki dabar jis dažnai nediagnozuojamas, nes pacientų nurodomi simptomai labai panašūs į organinio dusulio simptomus ir nėra vienos standartizuotos metodikos, kuri padėtų atlikti tikslią psichogeninio dusulio diagnostiką. Du žmonės, patyrę tą pačią psichotraumą, sergantys ta pačia plaučių ar širdies ir kraujagyslių sistemos liga, gali patirti visiškai skirtingo stiprumo ir pobūdžio dusulį, o tas pats žmogus skirtingomis aplinkybėmis gali jausti skirtingą diskomfortą kvėpuodamas [2]. Dispneja yra ir gana dažnas psichosomatinis simptomas [3]. Pacientų vartojami apibūdinimai subjektyvūs: sunkus, nemalonus, paviršutiniškas, reikalingas pastangų, negilus kvėpavimas, dusinimas, smauginimas ir pan.; jie nepadaeda atskirti dusulio priežasties. Andreas von Leupoldt ir Bernhard Dahme (2007), nagrinėję psichologinius dusulio (nepriklausomai nuo jo priežasties) aspektus, teigia, jog dusulio suvokimą lemia sąveika tarp daugybės fiziologinių, socialinių, psichologinių ir aplinkos veiksnių [4]. Tai yra, kad subjektyviai patiriamas diskomfortas kvėpuojant

priklauso ne tik nuo objektyviai išmatuojamų kūno fiziologijos pokyčių, bet ir nuo žmogaus asmenybės savybių (jautrumo kūno pojūčiams, polinkio į somatizaciją, gynybinių mechanizmų ir kt.), nuo asmens individualios patirties, jo šeimos istorijos (ar būta panašių atvejų šeimoje), net nuo kultūrinės aplinkos (kai kuriose šalyse psichikos sutrikimų turintys asmenys patiria stigmą ir tai skatina emocines problemas neigti, išgyventi jas per kūno negalavimus). Dusulio priežasties nustatymas ne tik leidžia pasirinkti tikslesnį gydymą, bet ir užtikrina paciento pasitikėjimą gydytoju, didesnę saugumo jausmą, mažesnę nerimą, kas didina bendrą gydymo efektyvumą.

Straipsnio tikslas – aptarti psichogeninio dusulio ir psichogeninio komponento, atsiradusio šalia somatinės ligos, priežastis, diagnostikos aspektus ir pagalbos pacientams būdus. Analizuoti MEDLINE, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *Health Source: Nursing/Academic Edition*, *Health Source – Consumer Edition* duomenų bazių straipsniai pagal reikšminius žodžius: *Psychogenic dyspnea*, *Breathlessness*, *Sighing dyspnea*, *Hyperventilation*.

PSICHOGENINIO DUSULIO PRIEŽASTYS

Dusulio diferencinė diagnostika literatūroje dažniausiai apima kelias dideles ligų grupes: plaučių ligas, širdies ir kraujagyslių ligas ir kita (medžiagų apykaitos, neurologiniai sutrikimai, psichogeniniai veiksniai ir pan.). Psichogeninė dispnėja dažniausiai pastebima dviem klinikiniais atvejais: panikos sutrikimai (su agorafobija ir be jos), kuriems būdingi ūminės dispnejos simptomai, ir generalizuotas nerimo sutrikimas, kurio vienas pagrindinių simptomų – lėtinė dispnėja [5]. Tačiau kartais dusulio simptomus patiria pacientai, turintys kitų psichikos ir elgesio sutrikimų:

nuotaikos (afektyvūs) sutrikimus, somatoforminius sutrikimus ir kt. Psichogeninis komponentas gali sustiprinti pulmonologinių ir kardiologinių ligų sukeltą dusulį, kita vertus – dusulys gali rodyti nerimą arba kitas psichikos ir elgesio ligas. Galimas ir somatinių bei psichikos sutrikimų egzistavimas kartu.

Ryškiausiai psichogeninė dispnėja pasireiškia **panikos sutrikimų atveju** (TLK-10 šie sutrikimai dar vadinami **epizodiniu paroksizminiu nerimu**) – kvėpavimas tampa nereguliarus krūtininis vietoj ramaus pilvino. Pradžią būna labai staigi arba laipsniška. Kaip ir kitų nerimo sutrikimų atveju, vyraujantys simptomai gali būti skirtingi kiekvienam pacientui, tačiau dažniausios trys pakopos:

1. Pirmieji/ankstyvieji panikos požymiai: galvos svaigimas/sukimasis, smarkus širdies plakimas (tachikardija), padidėjęs kraujo spaudimas, nenormaliai greitas, netolygus kvėpavimas, prakaitavimas.
 2. Tarpiniai: dusulys, smaigimo jausmas, pykinimas, pilvo skausmas, drebulys („krečia šaltis“), krūtinės skausmas.
 3. Vėlesnieji: galūnių tirpimas ir dilgčiojimas, baimė numirti, baimė išprotėti, pakitusios realybės jausmas [3].
- Jei panikos priepuolis įvyksta specifinėje situacijoje, pvz.: minioje, autobuse, pacientas gali pradėti vengti tokių situacijų. Dažni neprognozuojami panikos priepuoliai sukelia baimę, kad priepuolis gali pasikartoti, todėl vengiama išeiti iš namų, būti vienam ar viešose vietose. Taip gali išsivystyti **agorafobija** – fobinis nerimo sutrikimas, kai nerimą sukelia mažiausiai dvi iš šių situacijų: minia, vieša vieta, išėjimas iš namų, kelionė vienam [6]. Dažnai panikos priepuolius patiriantiems pacientams nustatomas padidėjęs jautrumas CO₂ ir nerimo sutrikimai šeimų istorijose.

Generalizuotas nerimo sutrikimas pasireiškia nuolatinio nerimu, kuris trunka ilgai – kelias savaites ar mėnesius iš eilės. Šalia blogos nuojautos, dėmesio koncentracijos sunkumų, raumenų įtampos, būna vegetacinis (autonominis) hiperaktyvumas: galvos svaigimas, prakaitavimas, tachikardija, silpnumas, burnos džiūvimas ir padažnėjęs kvėpavimas [6].

Afektiniai sutrikimai – lengvos, vidutinės ir sunkios depresijos epizodai, taip pat įvairaus sunkumo pasikartojančios depresijos epizodai gali pasireikšti kartu su somatiniu sindromu. Pacientų nusiskundimai labai įvairūs: galvos skausmai ir svaigimas, raumenų įtampa, silpnumas, taip pat ir kvėpavimo sutrikimai [7]. Galimi depresijos atvejai, kai pirmiausia išryškėja ne nuotaikos sutrikimai, o somatiniai simptomai, pavyzdžiui, vazomotorinis alerginis variantas (sunku kvėpuoti, užgula nosį, degina nosies gleivinę, pakinta balso tembras) arba pseudoastmos variantas (sutrunka kvėpavimo ritmas, gilumas, dažnis). Dažniausiai tokie pacientai neakcentuoja blogos nuotaikos, o jei ją ir pripažįsta, tai aiškina somatiniais negalavimais („kokia gali būti nuotaika, kai sergu“). Vieni autoriai šį reiškinį sieja su aleksitimija (negebėjimu išreikšti savo emocijų ir jausmų) ir išstūmimo, neigimo, somatizacijos tendencijomis, kiti – su kultūrinėmis tradicijomis, kurios „neleidžia“ reikšti jausmų arba stigmatizuoja asmenis, turinčius psichikos sutrikimus [8].

Disociaciniai (konversiniai) sutrikimai kyla dėl psichiką traumuojančių įvykių, neišsprendžiamų arba nepakeičiamų problemų ar tarpasmeninių santykių sutrikimų;

jų atsiradimo laikas glaudžiai susijęs su traumavusia patirtimi. Jie išnyksta per kelias savaites ar mėnesius, jei priežastis buvo konkretus įvykis. Esant santykių problemoms ar neišsprendžiamoms situacijoms, jie gali užsitęsti kelis metus ir tada labai sunkiai gydomi. Pacientai patiria pačius įvairiausius simptomus ir jais aiškina bet kokias problemas, kurias pripažįsta patys, o realius sunkumus, kurie akivaizdūs aplinkiniams, neigia [6]. Nors dažniausieji sutrikimai yra atminties praradimas, jutimų ir judesių sutrikimai, stuporo simptomai, traukuliai, tačiau galimi ir kiti nusiskundimai, įskaitant kvėpavimo sutrikimus. Kenneth R. Kaufman su kolegomis 2007 m. pateikė analizę atvejo, kai neišsąmoninto psichologinio skausmo fizinė išraiška buvo susijusi su gedėjimu ir liūdesiu [9]. Tarp 6 ir 8 gyvenimo metų berniukas, kurio atvejis analizuojamas straipsnyje, neteko keturių giminaičių ir mylimo šuns, o, praėjus metams po paskutinės netekties, kartu su tėvais pateko į dramatišką eismo įvykį. Po medicininės apžiūros, neradus reikšmingų sužeidimų, berniukas išvyko į namus; jo tėtis turėjo likti ligoninėje dėl patirtų traumų. Berniuko kvėpavimas buvo normalus, kol paguldintas į lovą miegoti jis pajuto ūmų dusulį. Disociacinis sutrikimas buvo diagnozuotas atmetus organines priežastis ir surinkus anamnezę, o praėjo po to, kai berniukui buvo atlikta krūtinės rentgenograma ir parodyta, kad nėra lūžusių šonkaulių bei paaiškintos tikrosios dusulio priežastys. Rentgenograma buvo atlikta dėl psichologinių priežasčių (nebuvo jokių įtarimų, kad krūtinės ląsta gali būti pažeista) [9]. Šis psichogeniniu dusuliu pasireiškęs disociacinio sutrikimo atvejis iliustruoja ir vieną iš pagalbos tokiems pacientams būdų – greitą intervenciją, informacijos suteikimą, priežastį ir pasekmių paaiškinimą.

Somatoforminiai sutrikimai (kaip antai somatizacinis sutrikimas, hipochondrija, somatoforminė vegetacinė disfunkcija) pasireiškia nuolatiniais somatiniais simptomais, dėl kurių reikalaujama medicininio ištyrimo, nepaisant pakartotinių neigiamų tyrimų rezultatų bei gydytojų įtikinėjimų, kad simptomai neturi somatinio pagrindo. Pacientai kategoriškai atsisako kalbėti apie galimas psichologines sutrikimų priežastis ar juos susieti su esamais socialinio ir šeimyninio funkcionavimo sunkumais [6]. Šių sutrikimų atveju dažnai pastebimas ir dėmesio siekiantis elgesys. Psichiatrų konsultacijos dažniausiai vengiama.

Psichogeninis dusulio komponentas sergant kvėpavimo takų, plaučių ir širdies bei kraujagyslių sistemos ligomis gana plačiai aptiriamas mokslo literatūroje ir dažniausiai siejamas su nerimu, panika, depresija, išprovokuota pagrindinės ligos [4, 10, 11, 12] bei tam tikromis asmenybės savybėmis [13]. Lėtinėmis kvėpavimo takų ligomis (ypač lėtine obstrukcine plaučių liga (LOPL) ir astma) sergantiems pacientams depresija nustatoma apie keturis kartus dažniau nei kontrolinėje grupėje [12]. Depresijos ir nerimo sutrikimus turinčių pacientų dusulio simptomai yra dažnesni ir stipresni nei tų, kurie minėtų sutrikimų neturi [13]. Tačiau tokie pacientai labai retai ieško pagalbos. Galimai nenoras pripažinti emocines problemas ir kreiptis į psichiatrą ar psichologą sąlygoja didesnę dėmesio sutelkimą ties somatiniais nusiskundimais. Negydoma depresija

ir nerimas tarp pacientų, sergančių LOPL ir astma, yra labiau taisyklė nei išimtis [11, 12]. **Afektiniai sutrikimai** ne tik sunkina pagrindinės ligos simptomus, bet neigiamai veikia bendrą paciento gyvenimo kokybę, sąlygoja bejėgiškumo jausmą. Tokie pacientai neadekvačiai sumažina savo fizinį aktyvumą, turi įvairių baimių, suvokia save kaip neįgalius [10]. Autoriai, nagrinėję LOPL sergančių pacientų asmenybės profilius ir psichologinius gynybos mechanizmus, nurodo, jog LOPL ligonių asmenybės struktūra skiriasi nuo sveikų asmenų. Jie kur kas dažniau naudoja neigimo ir somatizacijos gynybas, o asmenybė dažniau pasižymi neurotizmu, pesimizmu ir pasyvumu [13].

PSICHOGENINIO DUSULIO DIAGNOSTIKA

Dauguma autorių sutaria, kad diagnozuoti psichogeninį dusulį yra sunku. Dažniausiai siūloma kruopščiai ir detalai išsiaiškinti paciento istoriją.

B. Niggemann [1] pateikia klausimus, kurie gali padėti surinkti reikalingą informaciją apie pacientą ir galimus psichogeninio dusulio požymius:

1. *Kuo tiksliau apibūdinkite savo simptomus įkvėpimo, iškvėpimo metu; ar jaučiamas skausmas, koks dusulio stiprumas, pobūdis ir pan.* Psichogeninis dusulys paprastai apibūdinamas visada tais pačiais nekintančiais žodžiais, kas nebūdinga organiniams sutrikimams. Galimi atipiniai psichogeninės dispnejos apibūdinimai, pvz.: „gumulas gerklėje“, „kaip gyvatė apsvijusi kaklą“ ir pan.
2. *Ar koks nors garsas – duslus, šaižus – yra girdimas kvėpavimo sutrikimo metu? Ar aplinkiniai jį girdi?* Paprastai aplinkiniai negirdi jokio garso, nebent kartu pasireikštų balso stygų disfunkcija.
3. *Ar dusulys pasireiškia tuo pačiu paros metu: rytais, vakarais, kažkuriuo konkrečiu paros metu? Ar galima stebėti paros ritmą?* Psichogeninis dusulys neturi „ritmo“ – gali pasireikšti bet kada.
4. *Ar dusulys pasireiškia jums miegant? Ar pabundate naktį dėl dusulio?* Psichogeninis dusulys „neprikelia“ miegančių pacientų. Klausimas: „Ar būna simptomai naktį?“ nėra tikslus, nes psichogeninis dusulys galimas ir nakties metu, bet tik tada, kai pacientas dar nemiega.
5. *Kokia buvo dusulio pradžia? Ar jis prasidėjo po kvėpavimo takų infekcijos ar po kokio kito konkretaus įvykio?* Dažnai psichogeninis dusulys pasireiškia po įprastinio peršalimo ar bronchito. Pacientui pasveikus, kvėpavimo sunkumai pasilieka jau be aiškios priežasties. Kitos priežastys – psichiką traumuojantys įvykiai (netektis, skyrybos ir pan.).
6. *Kas dažniausia išprovokuoja dusulį? Ar galima susieti kvėpavimo problemas su konkrečia situacija?* Fizinis krūvis gali sustiprinti tiek psichogeninį dusulį, tiek organinį, tačiau psichosocialinis stresas arba jokio trigerio nebuvimas rodo psichogeninę dispnejos priežastį.
7. *Ar simptomai pasireiškia esant ramybės būklės, ilsintis? Ar būna dusulio simptomai žiūrint įdomų filmą, įsitrau-*

kus į mėgstamą veiklą? Psichogeninis dusulys dažniau pasireiškia ramybės, neveiklumo metu ir jo simptomų nebūna sukongcentravus dėmesį į mėgstamą veiklą.

8. *Ar galite sportuoti? Ar fizinių pratimų metu būna kvėpavimo trukdžių?* Fizinis aktyvumas labai retais atvejais sustiprina psichogeninio dusulio simptomus, tačiau gali būti, kad pacientas atsisako atlikti fizinius pratimus, baimindamasis, kad jų metu „gali pritrūkti oro“.
 9. *Kiek laiko trunka dusulio epizodai? Kiek minimaliai, maksimaliai, vidutiniškai sekundžių, minučių, valandų tęsiasi kvėpavimo sunkumai? Kaip pavyksta juos sustabdyti, kaip greitai galite grįžti į normalią būseną?* Psichogeninio dusulio epizodų trukmė labai įvairuoja. Tarkime, astmos simptomai praeina per 10–20 min., o psichogeninio dusulio priepuolis gali baigtis jau po keleto minučių.
 10. *Ar tuo metu, kai jaučiate kvėpavimo nepakankamumą, galite kalbėti?* Esant organinei dispnejai, kalba sutrinka, pacientui reikalingos pauzės, kad jis galėtų įkvėpti; psichogeninis dusulys netrukdo kalbėti, pacientų tartis ir balsas nepakinta.
 11. *Kas dėl jūsų simptomų kenčia, nerimauja labiau – jūs ar jūsų artimieji?* Paprastai esant psichogeniniam dusuliui paciento kančia yra mažesnė nei jo artimųjų. Kartais aplinkinius paciento simptomai gali net erzinti, sukelti pyktį.
 12. *Kokioje kūno vietoje jūs jaučiate sunkumą kvėpuojant?* Paprašykite paciento kuo tiksliau pirštu parodyti vietą, kurioje jaučiamas diskomfortas dusulio metu. Esant psichogeniniam dusuliui, pacientai rodo ties gerkle, o somatinių ligų atveju žemiau – ties krūtinės ląsta.
 13. *Ar jus kada nors vargino nerviniai tikai, pvz., nevalingi akių vokų trūkčiojimai, mirksėjimas, kosčiojimas ir pan.?* Teigiamas atsakymas padidina tikimybę, kad dusulys psichogeninės kilmės.
 14. *Ar kada nors anksčiau vartojote vaistus kvėpavimo sutrikimams gydyti? Koks buvo jų poveikis? Ar jie sumažino simptomus? Kiek?* Jokie vaistai, skirti gydyti organiniam dusuliui, nepadedą sumažinti psichogeninio dusulio; galimas tik menkas trumpalaikis placebo efektas.
- Kaip papildoma priemonė gali būti naudojami nerimo ir depresijos klausimynai įvertinti nuotaikos sutrikimų tikimybę [14].
- T. R. Sahasrabudhe išskiria penkis apibendrintus kriterijus, kurie skiria psichogeninį dusulį nuo organinio:
1. Simptomų nebuvimas miego metu.
 2. Psichiką traumuojantys įvykiai ar situacija.
 3. Tipinių aplinkos trigerių nebuvimas.
 4. Simptomai dažniau pasireiškia ilsintis.
 5. Dusulio metu diagnostinių tyrimų rezultatai normalūs [3].
- Yra autorių, siūlančių trumpinti diagnostinius tyrimus. Jų nuomone, jei pacientas skundžiasi lėtine dispneja, bet nėra periodiškų pastangų įkvėpti giliau, kad prisipildytų plaučiai, ir įprastiniai tyrimai nerodo organinės priežasties, vadinasi, tai nerimo dispneja ir tolesnės brangios diagnostinės procedūros neturėtų būti atliekamos (Weiner D.; Weiner P.; Beckerman M., 2014) [15].

PAGALBA PACIENTAMS, PATIRIANTIEMS PSICHOGENINĮ DUSULĮ

Įtarus, jog kvėpavimo sutrikimų priežastis yra psichogeninė, arba matant, kad psichogeninės priežastys sustiprina somatinės ligos simptomus, pacientą būtina siųsti psichiatro ar psichologo konsultacijos. Šie specialistai gali patikslinti psichikos ir elgesio sutrikimą naudodami psichodiagnostinius metodus ir parinkti adekvačią farmakoterapiją ir (ar) psichoterapiją.

Tyrimai rodo, jog efektyviausi yra kognityvinės elgesio terapijos (KET) metodai [10]. Ši terapija paremta teorija, kuri akcentuoja glaudų ryšį tarp asmens aplinkos, minčių, fizinių reakcijų, nuotaikos ir elgesio. Keičiant vieną iš šių penkių komponentų, automatiškai keičiasi kiti, pvz.: keičiant mintis, galima pakeisti ir fizines reakcijas. Todėl pirmiausia siekiama pacientą informuoti: jam suprantama kalba išaiškinti, kas vyksta jo organizme, kad jis adekvačiau suvoktų galimą pavojų (nekatastrofižuotų) ir savo galimybes tą pavojų įveikti. Tai vadinama **kognityviąja pertvarka** – vienas iš efektyviausių būdų gydant panikos sutrikimus.

Kita priemonė – **relaksacija**: fizinių ir psichinių atsipalaidavimą akcentuojantys metodai. Jų pacientas gali išmokti ir taikyti pats namuose. Dažniausiai taikomi 4 rūšių pratimai. Progresyvus raumenų atpalaidavimas – tai metodas, kai pagrindinės raumenų grupės pakaitomis įtempiamos ir atpalaiduojamos (įtempinama 5 sekundes ir atpalaiduojama 10 sekundžių). Atsipalaidavus fiziškai sumažėja nerimas. Itin tinkami metodai psichogeniniam dusuliui kontroliuoti – valdomo kvėpavimo pratimai. Pacientą siekiama išmokyti bent keturias minutes reguliuoti savo kvėpavimą, nes maždaug tiek laiko reikia deguonies ir anglies dvideginio pusiausvyrai grąžinti. Dar vienas būdas, mažinantis nerimą ir padedantis atsipalaiduoti, – vaizdinių kūrimo metodai: įsivaizdavimas malonių, ramių vaizdinių. Vaizduotė tuo labiau padeda atsipalaiduoti, kuo daugiau pojūčių įtraukiama į kuriamą vaizdinį. Dėmesio atitraukimas veiksmingas tuo, kad nukreipia dėmesį nuo nerimą palaikančių minčių ir fizinių pojūčių. Svarbu bent kelias minutes išlaikyti atitrauktą dėmesį ir tikėtis, kad nerimas sumažės.

Paprastai išbandoma visų rūšių relaksacija ir pasirenkama ta, kuri veiksmingiausia konkrečiam pacientui.

APIBENDRINIMAS

Psichogeninis dusulys (kvėpavimo funkcijų sutrikimai, sąlygoti psichinių priežasčių) dažnai nediagnozuojamas, nes pacientų nurodomi simptomai labai panašūs į organinio dusulio simptomus ir nėra vienos standartizuotos metodikos, kuri padėtų atlikti tikslią diagnostiką. Psichogeninė dispnėja dažniausiai pasitaiko nuotaikos sutrikimų bei neurozinių, stresinių ir somatoforminių

sutrikimų atvejais. Pulmonologinių ir kardiologinių ligų sukeltą dusulį gali sustiprinti psichogeninis komponentas. Diagnozuoti psichogeninį dusulį padeda kruopščiai surinkta paciento istorija. Įtarus, jog kvėpavimo sutrikimų priežastis yra psichogeninė, arba matant, kad psichogeninės priežastys sustiprina somatinės ligos simptomus, pacientą būtina siųsti psichiatro ar psichologo konsultacijos. Šie specialistai naudodami psichodiagnostinius metodus gali patikslinti diagnozę ir parinkti adekvačią farmakoterapiją ir (ar) psichoterapiją.

PSYCHOGENIC DYSPNEA

ILONA LAUKIENĖ

DEPARTMENT OF PSYCHIATRY LITHUANIAN UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES

Keywords: psychogenic breathlessness, dyspnea, mood disorders, anxiety.

Summary. Psychogenic dyspnea – breathing dysfunction caused by mental reasons. This dysfunction often is undiagnosed, because patients' outlined symptoms are very similar to symptoms of organic dyspnea. Also, there is not a single standardized method that would help to make an accurate diagnosis. The article discusses the causes of psychogenic dyspnea, its diagnostic aspects and patient care methods.

LITERATŪRA

1. Niggemann B. How to Diagnose Psychogenic and Functional Breathing Disorders in Children and Adolescents. *Pediatr Allergy Immunol.* 2010, 21: 895–899.
2. Valius L. Lėtinis dusulys šeimos gydytojo praktikoje. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas. 2008, XII (9).
3. Sahasrabudhe TR. Psychogenic Dyspnea. *Med J DY Patil Univ [serial online]* 2013 [cited 2015 Jul 28];6:14-8. Available from: <http://www.mjdrdyu.org/text.asp?2013/6/1/14/108627>.
4. Von Leupoldt A, Dahme B. Psychological Aspects in the Perception of Dyspnea in Obstructive Pulmonary Diseases. *Respiratory Medicine.* 04/2007, 101(3):411-22.
5. Cottraux JA. Clinical Trap: Acute and Chronic Ppsychogenic Dyspnea. *Rev Prat.* 2009, 59: 615-618.
6. Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas „Sisteminis ligų sąrašas (Australijos modifikacija, TLK-10-AM)“, 2011. <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>
7. Jacobsen LN, Lassen IS, Friis P, Videbech P, Licht RW. Bodily symptoms in moderate and severe depression. *Nord J Psychiatry.* 2006, 60:294-298.
8. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerto C, Ormel J. An International Study of the Relation between Somatic Symptoms and Depression. *N Engl J Med.* 1999, 341:1329-1335.
9. Kaufman KR, Endres JK, Kaufman ND. Psychogenic Dyspnea and Therapeutic Chest Radiograph. *Death Stud.* 2007, 31(4):373-81.
10. 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, 154: 6-17. http://www.researchgate.net/profile/Jordan_Smoller/publication/14520461_Panic_anxiety_dyspnea_and_respiratory_disease_Theoretical_and_clinical_considerations/links/02bfe50dd3513b94a2000000.pdf
11. Laviates MH, Matta J, Tiersky LA, Natelson BH, Bielory L, Cherniack NS. The Perception of Dyspnea in Patients with Mild Asthma. *Chest.* 2001, 120:409-415.
12. Kunik ME, Roundy K, Veazey C, Soucek J, Richardson P, Wray NP, Stanley MA. Surprisingly High Prevalence of Anxiety and Depression in Chronic Breathing. *Disorders Chest.* 2005, 127(4):1205-1211.
13. Albuquerque SC, Eduardo R, Carvalho ER, Lopes RS, Marques HS, Mace`do DS, Pereira ED, Hyphantis TN, Carvalho AF. Ego defense mechanisms in COPD: impact on health-related quality of life and dyspnoea severity. *Qual Life Res.* 2011, 20:1401–1410.
14. Han JN, Zhu YJ, Li SW, Luo DM, Hu Z, Van Diest I, De Peuter S, Van de Woestijne KP, Van den Bergh O. Medically unexplained dyspnea: psychophysiological characteristics and role of breathing therapy. *Chin Med J.* 2004, 117(1):6-13.
15. Weiner D, Weiner P, Beckerman M. Anxiety dyspnea, Harefuah . 2014, 153 (3-4): 147-50, 240.