

Współwystępowanie astmy aspirynowej, zespołu lęku napadowego i depresji a płeć chorych i doznane urazy psychiczne

Comorbidity of aspirin-induced asthma, panic disorder and depression versus gender and presence of profound psychological traumas

Anna Potoczek

Klinika Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii UJ CM
Kierownik katedry: prof. dr hab. n. med. J. Bomba
Kierownik kliniki: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

Summary

Aim. The author examined psychiatrically a group of 100 ambulatory patients with asthma. The special interest of the study was the careful analysis of the time, context and content of different psychological traumas that the patients had throughout their lives.

Methods. 100 consecutive adults with confirmed, physician-diagnosed aspirin-induced asthma underwent psychiatric interview and assessment using M.I.N.I 5.0, Beck Depression Inventory (BDI) and Panic And Agoraphobia Scale (PAS). Psychiatric assessment was performed by an experienced liaison psychiatrist according to ICD-10 and DSM-IV diagnosis. There were 66 women (66%) and 34 men (34%). The average age was 52.7 (SD=12.3) for women and 48.8 (SD=13.0) for men.

Results. In the group of 100 patients with asthma, women were a majority (66%) with higher level of anxiety and depressive symptoms than men. It may be due to specific trauma of suffering and/or death of an emotionally close person, which occurred in adulthood. This kind of trauma may have an impact on the aetiology of both panic disorder and depression. Women are more exposed to this sort of trauma due to their social role.

Conclusions. It is possible, that psychological trauma affects the development, course and severity of anxiety and depressive symptoms in asthmatic patients

Słowa kluczowe: astma, zespół lęku napadowego, depresja, płeć, urazy psychiczne

Key words: asthma, panic disorder, depression, gender, trauma

Wstęp

W związku ze zwiększającą się na całym świecie częstością występowania astmy, a także wzrostem jej nasilenia (ciężkości) [1], trwają intensywne i interdyscyplinarne badania nad przyczynami tego niepokojącego zjawiska. Literatura internistyczna coraz więcej uwagi poświęca współwystępowaniu astmy i takich zaburzeń psychicznych jak

zespół lęku napadowego (PD) i depresja [2–8], które mogą być jedną z jej przyczyn. W tym nurcie badań obserwuje się zainteresowanie wpływem różnego rodzaju urazów psychicznych na rozwój wymienionych zaburzeń i pośrednio na ciężkość przewlekłych chorób somatycznych, w tym astmy [9, 10]. Zwraca się przy tym uwagę na znany fakt, że na astmę dziecięcą chorują głównie chłopcy, ale w wieku dorosłym przeważającą i najciężej chorą podgrupą pacjentów astmatycznych stają się kobiety (podobnie jak w „czystym” PD i depresji), co nie znajduje wystarczającego wyjaśnienia w obrębie samej interny i nauk pokrewnych, takich jak anatomia, fizjologia i patofizjologia [11, 12]. Jest możliwe, że istnieją okoliczności psychologiczne, które zwiększają ryzyko zachorowania lub nasilenia się przebiegu już istniejącego PD i depresji, na które kobiety są narażone w większym stopniu niż mężczyźni. Z badań własnych [13, 16] wynika, że znaczącą rolę w etiopatogenezie PD odgrywa szczególnego rodzaju uraz psychiczny okresu dorosłości, polegający na czynnym zaangażowaniu i opiece nad ciężko/terminalnie chorymi/umierającymi bliskimi osobami z najbliższego otoczenia, który sensytyzuje opiekunów i przyczynia się do powstania psychologicznego zjawiska katastroficznej interpretacji doznań somatycznych, charakterystycznego dla PD. Ponieważ kulturowo opiekę nad ciężko chorymi zazwyczaj sprawują kobiety, one też są bardziej narażone na skutki tego rodzaju urazu, choć mężczyźni, którzy taki uraz przeżyli, reagują analogicznie. Wzrastającemu nasileniu objawów lękowych towarzyszy wysokie ryzyko pojawienia się objawów depresyjnych [17]. Niniejszy artykuł jest kontynuacją cyklu tekstów poświęconych wzajemnym relacjom pomiędzy występowaniem różnego rodzaju urazów psychicznych, nasileniem objawów lękowych i depresyjnych a płcią chorych na choroby układu oddechowego (astma ciężka i trudna u pacjentów hospitalizowanych, POCHP, astma aspirynowa u pacjentów ambulatoryjnych) oraz osób z rozpoznaniem czystego zespołu lęku napadowego, zdrowych somatycznie.

Astma aspirynowa (aspirin-induced asthma, AIA) jest pierwotnie ciężkim podtypem astmy, który rozpoznawany jest u około 21% astmatyków na świecie i u 4,3% w Polsce. Cechuje się charakterystycznym rozwojem objawów: na początku choroby uporczywe zapalenie zatok przynosowych, z tendencją do polipowatości, a następnie rozwój astmy z nadwrażliwością na aspirynę oraz inne niesterydowe leki przeciwzapalne (NSAIDs). Zażycie tych substancji może doprowadzić do zagrażających życiu skurczy oskrzeli z hipoksją, często prowadzących do wstrząsu systemowego. Pomimo podawania doustnych leków z grupy sterydów, jedynie u około 3% pacjentów z tym rodzajem astmy udaje się osiągnąć jej dobrą kontrolę, a aż u 59% pacjentów astma jest, pomimo leczenia, bardzo trudna do kontrolowania, co prowadzi do wzrostu jej ciężkości [18, 19].

Cele pracy

1. Sprawdzenie, jak często w grupie pacjentów ambulatoryjnych z rozpoznaniem astmy aspirynowej o różnej ciężkości występowały poważne trudności i urazy okresu dzieciństwa oraz specyficzne urazy okresu dorosłości, przeżyte przez pacjentów w okresie zbliżonym do zachorowania na astmę lub znacznego nasilenia ciężkości astmy już rozpoznanej.

2. Sprawdzenie, czy istnieje statystyczny związek pomiędzy częstością występowania obu rodzajów tych urazów.

3. Zbadanie, jaki jest związek obu rodzaju urazów (lub ich braku) z nasileniem występujących u pacjentów objawów zespołu lęku napadowego (PD), mierzonym za pomocą kwestionariusza PAS, oraz z nasileniem objawów depresyjnych, ustalonym na podstawie kwestionariusza BDI.

Za urazy psychiczne okresu dzieciństwa przyjęto przewlekłe, bardzo złe warunki ekonomiczne (np. skutki II wojny światowej), utratę jednego lub obojga rodziców, rozpad rodziny, alkoholizm w rodzinie, długotrwałą przemoc w rodzinie, molestowanie psychiczne i seksualne.

Za specyficzne urazy okresu dorosłości uznano traumę ciężkiej choroby i/lub śmierci kogoś emocjonalnie bliskiego, w której osoby już chorujące na PD lub u których PD rozwinęło się po okresie krótkiej latencji (tygodnie, miesiące, wyjątkowo rok – dwa lata) uczestniczyły w charakterze bezpośrednich i czynnie zaangażowanych opiekunów, obserwujących w codziennym kontakcie narastanie zagrażających życiu objawów.

Trzeba zaznaczyć, że takie rozumienie urazów nie jest w pełni zgodne z kryterium A1 definicji urazu w kryteriach diagnostycznych zespołu stresu pourazowego w klasyfikacji DSM-IV [20]. Definicja ta bowiem skupia się na „wydarzeniach grożących śmiercią lub poważnymi obrażeniami lub zagraża bezpośrednio fizycznej integralności osoby” (A1).

Material i metoda

Opis badanej grupy

Badaniem objętych zostało 100 ambulatoryjnych pacjentów z rozpoznaniem astmy aspirynowej, w tym 66 kobiet i 34 mężczyzn, leczonych w Klinice Pulmonologii II Katedry Chorób Wewnętrznych UJ CM w Krakowie. Żaden z pacjentów nie odmówił udziału w badaniu. Średni wiek w całej grupie wynosił 51,7 roku (SD = 12,5), w podgrupie kobiet – 52,7 roku (SD = 12,3), a w podgrupie mężczyzn – 48,8 roku (SD = 13,0). Nie zaobserwowano znaczących różnic w wieku kobiet i mężczyzn ($p = 0,15$). 28 osób z badanej grupy miało wykształcenie wyższe, 42 – średnie i 30 – podstawowe (zawodowe). 43 osoby pracowały, 32 były na rencie inwalidzkiej z powodu astmy, a 25 – na emeryturze.

Metoda badań

Wszystkich pacjentów badał doświadczony psychiatra, specjalizujący się w psychiatrii konsultacyjnej. Zastosowano opisane poniżej kwestionariusze oraz badanie psychiatryczne:

1. M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview). Autorzy: Lecrubier Y. i wsp. 1998 r. Polska wersja (5.0.0) opracowana przez: Masiak M, Przychodę J. Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie. M.I.N.I. to krótki, ustrukturalizowany wywiad pomocny w ustaleniu głównych zaburzeń psychicznych osi I w DSM-IV. Służy do badań diagnostycznych [21].

2. Panic and Agoraphobia Scale (PAS). Autor: B. Bandelow. Department of Psychiatry of Goettingen, wersja z 1999 r. [22]. Służy do oceny głębokości zespołu lęku napadowego. Składa się z dwóch skal, z których jedną wypełnia lekarz, a drugą pacjent. Każda skala składa się z 13 punktów, z możliwością wyboru odpowiedzi pomiędzy 0 a 4. Kwestionariusz bada 5 zakresów (napady paniki, agorafobię, lęk antycypacyjny, ograniczenie aktywności, jakość życia i obawy związane ze stanem zdrowia. Ocena końcowa wynika z następującej punktacji. Wersja lekarza: 0–8 punktów – brak objawów; 9–18 punktów – przebieg łagodny; 19–39 – przebieg średnio ciężki i ciężki; 40 i więcej – przebieg bardzo ciężki.

3. Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI). Autor: Beck A. 1961; standaryzacja polska: Parnowski T, Jernajczyk W. 1977 [23]. Jedna z najczęściej używanych na świecie metod badania głębokości objawów depresji. Tworzy 21-punktowy inwentarz objawów depresyjnych. Sposób oceny: 0–9 punktów – brak objawów; 10–19 – lekkie objawy; 20–25 – objawy o średnim nasileniu; powyżej 25 – objawy o głębokim nasileniu.

4. Ankieta Życiorysowa. Zawierała szczegółowe pytania dotyczące rodziny generacyjnej, wzajemnych relacji pomiędzy jej członkami, statusu ekonomicznego, ważnych wydarzeń z okresu dzieciństwa i wczesnej młodości, okresu szkolnego, postępów w nauce i zdobytego wykształcenia, pracy zawodowej, stanu cywilnego, oceny małżeństwa, urodzenia dzieci, relacji pomiędzy badanymi a ich dziećmi, a także rodzicami. Bardzo szczegółowo potraktowałam temat poważnych chorób wszelkiego rodzaju występujących w najbliższej rodzinie i związku. Uwzględniłam charakter obowiązków, jakie badana osoba spełniała przy chorym, pomocy, jaką organizowała. Do kategorii „urazu okresu dorosłości” zaliczałam jedynie choroby o najpoważniejszym rokowaniu oraz ich zejścia terminalne.

Badanie psychiatryczne

Użyte w badaniu metody statystyczne

Rekordy zawierające punktowe oceny nasilenia objawów PD, mierzonego za pomocą kwestionariusza PAS, nasilenia objawów depresyjnych, ustalanego na podstawie kwestionariusza BDI, oraz dane o występowaniu – lub nie – urazów w dzieciństwie i w okresie dorosłości badanych pacjentów stanowiły wejściową bazę danych. Wartości analizowanych zmiennych PAS, BDI oraz dotyczące różnych urazów wykorzystane zostały do skonstruowania i analizy tablic przedstawiających rozkłady częstości ich występowania wśród kobiet i mężczyzn. Te same wartości posłużyły do skonstruowania i analizy tablic rozkładów częstości występowania: urazów okresu dzieciństwa zależnie od płci, urazów okresu dorosłości zależnie od płci, oraz obu rodzajów urazów versus nasilenie objawów wg PAS i BDI. Istotność związków między zmiennymi weryfikowano za pomocą testu niezależności χ^2 .

Wyniki badań

1. Na podstawie szczegółowego badania psychiatrycznego oraz Ankiety Życiorysowej ustalono częstość występowania w badanej grupie 100 pacjentów z astmą

urazów psychicznych w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości. Stwierdzono je u 12 osób badanych, w tym u 11 kobiet i 1 mężczyzny (tabela 1). Natomiast urazy w okresie dorosłości (choroba i/lub śmierć bliskiej emocjonalnie osoby) występowały u 38 badanych, w tym u 33 kobiet i 5 mężczyzn (tabela 2).

Tabela 1. **Pleć a urazy dzieciństwa**

	Urazy okresu dzieciństwa	
	brak	występowały
Kobiety	55	11
	83%	17%
Mężczyźni	33	1
	97%	3%

Tabela 2. **Pleć a urazy dorosłości**

	Urazy okresu dorosłości	
	brak	występowały
Kobiety	33	33
	50%	50%
Mężczyźni	29	5
	85%	15%

Zarówno z tabel 1 i 2 wynika, że urazy w okresie dzieciństwa, jak i dorosłości występowały znacząco częściej u kobiet niż u mężczyzn (odpowiednio 11 vs 1 dla urazów w dzieciństwie i 33 vs 5 dla urazów w okresie dorosłości, czyli – choroba i/lub śmierć). Wyniki te są istotne statystycznie. Analiza wyników wskazuje, że istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy równoczesnym występowaniem obu urazów łącznie versus trzy pozostałe warianty, tzn. oba rodzaje urazów pojedynczo i lub zupełny brak urazów (tab. 3).

Tabela 3. **Rozkład obu rodzajów urazów niezależnie od płci**

Cała grupa		Urazy okresu dorosłości	
		brak	występują
Urazy okresu dzieciństwa	brak	58	30
	występowały	4	8

Chi² Pearsona = 4,76, p = 0,029

2. Rozkład nasilenia zespołu lęku napadowego, mierzonego za pomocą kwestionariusza PAS, z występowaniem urazów okresu dzieciństwa u wszystkich badanych (kobiet i mężczyzn łącznie) przedstawia tabela 4.

Tabela 4

Cała grupa		Nasilenie objawów PD (na podstawie PAS)			
		brak objawów	łagodne	średnio ciężkie	ciężkie
Urazy okresu dzieciństwa	brak	55	9	23	1
		62,50%	10,23%	26,14%	1,14%
	występowały	4	0	5	3
		33,33%	0,00%	41,67%	25,00%

Chi² Pearsona = 18,69, p = 0,0003

3. Rozkład nasilenia zespołu lęku napadowego, mierzonego za pomocą kwestionariusza PAS, w zależności od występowania – lub nie – urazów w okresie dorosłości (choroba i/lub śmierć) u kobiet i mężczyzn łącznie przedstawia tabela 5.

Tabela 5

Cała grupa		Nasilenie objawów PD (na podstawie PAS)			
		brak objawów	łagodne	średnio ciężkie	ciężkie
Urazy w okresie dorosłości	brak	51	5	6	0
		82,26%	8,06%	9,68%	0,00%
	występowały	8	4	22	4
		21,05%	10,53%	57,89%	10,53%

Chi² Pearsona = 41,20, p = 0,0000

4. Związek nasilenia objawów depresyjnych, mierzonego za pomocą kwestionariusza BDI, z występowaniem urazów okresu dzieciństwa u kobiet i mężczyzn łącznie przedstawia tabela 6.

Tabela 6

Cała grupa		Nasilenie objawów depresyjnych (na podstawie BDI)			
		brak objawów	łagodne	średnie	ciężkie
Urazy okresu dzieciństwa	brak	66	15	7	0
		75,00%	17,05%	7,95%	0,00%
	występowały	4	3	3	2
		33,33%	25,00%	25,00%	16,67%

Chi² Pearsona = 20,73, p = 0,0001

5. Związek nasilenia objawów depresyjnych, mierzonego za pomocą kwestionariusza BDI, z występowaniem urazów okresu dorosłości u kobiet i mężczyzn łącznie przedstawia tabela 7.

Tabela 7

Cała grupa		Nasilenie objawów depresyjnych (na podstawie BDI)			
		brak objawów	łagodne	średnie	ciężkie
Urazy okresu dorosłości	brak	57	3	2	0
		91,94%	4,84%	3,23%	0,00%
	występowały	13	15	8	2
		34,21%	39,47%	21,05%	5,26%

Chi² Pearsona = 37,38, p = 0,0000

Dyskusja

Urazy okresu dorosłości (doświadczenie choroby i/lub śmierci bliskiej emocjonalnie osoby) występowały częściej niż urazy w dzieciństwie, zarówno w całej grupie (38% badanych), jak i w podgrupach kobiet (50%) i mężczyzn (15%) – (tabela 1 i 2).

Zwraca jednak uwagę, że w całej grupie pacjentów występowanie urazów okresu dzieciństwa **jest** statystycznie powiązane z obecnością urazów okresu dorosłości. Urazy okresu dzieciństwa występowały u 12 badanych i nie stwierdzono ich u 88 osób grupy, jednak statystycznie częściej występowały one u osób, które później, w okresie dorosłości przeżyły urazy związane z chorobą i śmiercią (tabela 3). Rzecz jasna, nie można tych danych interpretować w kategoriach czysto losowych, raczej należy sądzić, że ktoś, kto już w dzieciństwie doświadczył dotkliwych problemów psychologicznych, będzie w przyszłości bardziej uwrażliwiony (np. poprzez proces sensytyzacji) na uraz choroby i/lub śmierci, bardziej skłonny do emocjonalnego angażowania się i przeżywania tego urazu, co w konsekwencji może zwiększyć ryzyko katastroficznej interpretacji własnych doznań somatycznych i ogólnie stanu zdrowia, stanowiącej charakterystyczną cechę PD.

Z tabeli 4 wynika, że u większości badanych, u których nie występowały urazy okresu dzieciństwa (55 osób), nie występowały również objawy lękowe o charakterze PD. U pozostałych 33 osób bez urazów okresu dzieciństwa tylko u jednej osoby wystąpiły objawy lękowe o ciężkim nasileniu. Natomiast u 12 osób badanych, u których urazy okresu dzieciństwa występowały, objawy lękowe o ciężkim nasileniu wystąpiły trzy razy częściej (tzn. u 3 badanych).

Z rozkładu nasilenia objawów PD w zależności od występowania – lub nie – urazów w okresie dorosłości, u wszystkich badanych (tabela 5), wynika, że u 51 osób, u których urazy nie występowały, równocześnie nie występowały objawy PD. U pozostałych 11 badanych bez urazów w okresie dorosłości objawy PD były łagodne i średnio ciężkie, a ciężkie nie występowały wcale. Natomiast w sytuacji, gdy urazy występowały, tylko u 8 badanych (na 38 osób) objawy PD nie występowały, objawy łagodne i średnio ciężkie stwierdzono u 26 osób, a ciężkie – u 4. Świadczy to, że istnieje bardzo silna istotność statystyczna wiążąca nasilenie objawów PD z urazem choroby i/lub śmierci, przeżytym w okresie dorosłości.

Z tabeli 6 wynika, że objawy depresyjne nie występowały wcale aż u 66 osób (mężczyzn i kobiet), które nie doświadczyły urazów okresu dzieciństwa i tylko u 4, które ich doświadczyły. U pozostałych 22 osób **bez** urazów w dzieciństwie nasilenie objawów depresyjnych było łagodne i średnie, a ciężkie nie występowało. Natomiast u 6 osób **z** urazami okresu dzieciństwa nasilenie objawów depresyjnych było łagodne i średnie, a u 2 (16,67% tej podgrupy) – ciężkie.

Z tabeli 7 wynika, że u 57 badanych, u których nie wystąpiły urazy choroby i/lub śmierci w okresie dorosłości, równocześnie nie stwierdzono objawów depresyjnych. Pozostałych 5 osób bez tego rodzaju urazów cierpiało z powodu objawów depresyjnych łagodnych i średnio ciężkich. Natomiast w podgrupie, która ten rodzaj urazu przeżyła, 25 osób miało objawy depresyjne o różnym nasileniu, w tym u 2 osób stwierdzono objawy depresyjne o nasileniu ciężkim. 13 osób z tej podgrupy było wolnych od objawów depresyjnych. Wyniki, jakie przynosi to zestawienie, są bardzo silnie istotne statystycznie i świadczą o tym, że uraz choroby i/lub śmierci ma wpływ na występowanie i nasilenie objawów depresyjnych.

Uzyskane wyniki są w pełni komplementarne z wcześniejszymi wynikami prac własnych prowadzonych w grupach z rozpoznaniem różnych jednostek chorobowych

[14–16] i wskazują na znaczenie poważnych urazów psychicznych okresu dzieciństwa i wczesnej młodości oraz specyficznych urazów okresu dorosłości. Znaczenie to należy rozumieć jako wyraźny wzrost ryzyka wystąpienia objawów lękowych i depresyjnych, które mają wpływ na nasilenie ciężkości chorób somatycznych [2–8], w tym wypadku astmy aspirynowej. O ile psychologiczne znaczenie urazów okresu dzieciństwa doczekało się ogromnej literatury przedmiotu (psychologia, psychiatria, socjologia), o tyle próby docenienia wagi urazów okresu dorosłości jest w literaturze medycznej zjawiskiem stosunkowo nowym [9, 10]. Wspomniane prace własne zwracają uwagę na znaczenie szczególnego rodzaju urazu okresu dorosłości, jakim jest opieka nad ciężko chorą/umierającą bliską osobą. Jest to uraz psychiczny ogromnie powszechny, ale jak się wydaje nie w pełni doceniany w sensie jego wpływu na zdrowie opiekunów. Działa niezależnie od płci opiekunów, ale z racji swojej roli społecznej i miejsca w rodzinie, kobiety są nań narażone częściej niż mężczyźni. Może to być jednym z powodów cięższego przebiegu u nich niektórych chorób somatycznych, np. astmy.

Wnioski

Potwierdzone zostały wszystkie wstępne hipotezy badania.

1. Z badania wynika, że specyficzne urazy okresu dorosłości, związane z opieką nad terminalnie chorymi osobami bliskimi, występowały w badanej ambulatoryjnej grupie pacjentów z rozpoznaniem astmy aspirynowej znacznie częściej – 38 osób (65%) aniżeli urazy okresu dzieciństwa i wczesnej młodości – 12 osób (20%). Urazy okresu dorosłości dotyczyły znacznie częściej kobiet – 33 osoby (50%) niż mężczyzn – 5 osób (15%), ale ich wpływ na ryzyko wystąpienia objawów lękowych i depresyjnych jest taki sam, niezależnie od płci.
2. Stwierdzono istotny statystycznie związek pomiędzy częstością występowania obu rodzajów badanych urazów. Świadczy to o tym, że doświadczenie urazów okresu dzieciństwa i wczesnej młodości zwiększa ryzyko bardzo dotkliwego przeżycia specyficznych urazów okresu dorosłości.
3. Wystąpienie obu rodzajów badanych urazów, łącznie lub osobno, ma istotny statystycznie związek z występowaniem oraz z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych.

Praca nie była w żadnej formie finansowana ani dofinansowana.

Существование аспириновой астмы, синдрома параксизмального страха и депрессии, связанных с полом больных и перенесенных психических травм

Содержание

Задание. Автор работы провела психиатрическое обследование в амбулаторных условиях больных аспириновой астмой. Задачей исследования была тщательная оценка времени, контекста и наличия различных психических травм, перенесенных пациентами в течение их жизни.

Метод. У 100 взрослых пациентов с диагнозом аспириновой астмы, установленным специалистом-пульмонологом, проведены психиатрические обследования вместе с

психологическими тестовыми исследованиями, использованием м.и. Глоссария М.И.М.И 5.00, Глоссария депрессии Бека и Шкалы паники и агорофобии. Психиатрические исследования проведены специалистом-психиатром, согласно с диагностическими критериями Международной классификации болезней ICD-10 и DSM-4. В исследованиях приняло участие 100 пациентов, в том числе 66 женщин (66%) и 34 мужчины (34%). Средний возраст исследованных был для мужчин 48,8 (откл. 13,0), а для женщин 52,7 (откл. 12,3).

Результаты. В группе 100 пациентов болеющих аспириновой астмой, преобладали женщины (66%), а у них обнаружено большее усиление фобийных нарушений, чем у мужчин. Это явление может быть связано с более частым переживанием специфической психической травмы, когда нп. женщина ухаживает за тяжело больным, или умирающим человеком. Такой тип психической травмы может оказывать влияние на этиологию как синдрома пароксизмального страха, так и депрессии. Женщины чаще подвергаются такому типу психической травмы ввиду своей общественной роли.

Выводы. Возможно, что перенесение специфических психических травм влияет на развитие, течение и тяжесть фобийных симптомов и депрессию у пациентов, страдающих аспириновой астмой .

Komorbidität der Aspirin-induzierten (ASS) Asthma, Anfallangst und Depression und das Geschlecht der Kranken und die erlebten psychischen Traumata

Zusammenfassung

Ziel. Die Autorin untersuchte psychiatrisch eine Gruppe von 100 ambulant behandelten Patienten mit Asthma. Das Ziel der Studie war es, sorgfältig die Zeit, Kontext und Inhalt unterschiedlicher psychischer Traumata zu analysieren, die die Untersuchten erlebt hatten.

Methode. 100 erwachsene Patienten mit der vom Facharzt – Pulmonologen - diagnostizierten Aspirin-induzierten (ASS) Asthma wurden psychiatrisch erweitert untersucht. Die Untersuchung wurde durchgeführt mit: Fragebogen M.I.N.I. 5.00, Beck-Depression-Skala (BDI), Skala zur Erfassung der Panik und Agoraphobie (PAS). Die Untersuchung wurde vom erfahrenen Psychiater und Berater nach den ICD-10 und DSM-IV Kriterien durchgeführt. An der Studie nahmen 66 Frauen (66%) und 34 Männer (34%) teil. Das Durchschnittsalter lag für Frauen bei 52.7 (SD=12.3), und für Männer bei 48.8 (SD=13.0).

Ergebnisse. In der Gruppe von 100 Patienten mit Asthma bildeten die Frauen eine Mehrheit (66%) und bei ihnen wurde eine größere Intensität der Angst- und Depressionsstörungen festgestellt als bei den Männern. Es ist möglich, dass ein solches Ergebnis damit zusammenhängt, dass die Frauen häufiger ein spezifisches Trauma erleben, das auf der Pflege einer schwer kranken/sterbenden Person beruht. Ein solches psychisches Trauma kann einen Einfluss auf die Ätiologie sowohl der Anfallangst als auch der Depression haben. Die Frauen sind wegen ihrer sozialen Rolle mit einem solchen Trauma gefährdet.

Schlussfolgerungen. Es ist möglich, dass das Erleben von spezifischen psychischen Traumata einen Einfluss auf die Entwicklung, Verlauf und Schwere der Angst- und Depressionssymptome bei den Patienten mit Asthma hat.

La comorbidité de l'asthme à l'aspirine, de la crise de panique et de la dépression versus le sexe des patients et la présence de profonds traumatismes psychiques

Résumé

Objectif. L'auteur examine psychiatriquement le groupe de 100 patients hospitalisés de jour et traités à cause de l'asthme. Elle analyse surtout le temps, le contexte et le contenu de divers traumatismes psychiques subits par les patients durant leur vie.

Méthode. On examine 100 patients adultes, diagnostiqués – asthme à l'aspirine – en utilisant les questionnaires suivants : M.I.N.I. 5.00, BDI (Beck Depression Inventory), PAS (Panic and Agoraphobia Scale). Ces examens sont faits par les psychiatres d'après les critères diagnostiques ICD-10 et DSM-

IV. Le groupe examiné se compose de 66 femmes (66%) et de 34 hommes (34%) – moyenne de l'âge 52.7 (SD=12.3) (femmes) et 48.8 (SD=13.0) (hommes).

Résultats. Dans ce groupe de 100 patients les femmes constituent la majorité (66%) et chez elles on observe la plus grande intensité des troubles anxieux et dépressifs que chez les hommes. Il est possible que cela résulte du fait que ce sont les femmes qui, en général, soignent les personnes malades ou mourantes et en conséquence elles subissent le trauma psychique spécifique. Ce trauma peut influencer sur l'étiologie du syndrome de la crise de panique et de la dépression. Les femmes sont plus exposées à ce genre de trauma à cause de leur rôle social.

Conclusions. Il est possible que les traumas psychiques spécifiques influent sur le développement, le cours et la gravité des symptômes anxieux et dépressifs chez les patients souffrant de l'asthme.

Piśmiennictwo

1. Pearce N, Douwes J, Beasley R. *The rise and rise of asthma: a new paradigm for the new millennium?* J. Epidemiol. Biostat. 2000; 5: 5–16.
2. Stein MB, Cox BJ, Afifi TO, Belik SL, Sareen J. *Does co-morbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness?* Psychol. Med. 2006; 587–596.
3. Kullowatz A, Kannies F, Dahme B, Magnussen H, Ritz T. *Association of depression and anxiety with health care use and quality of life in asthma patients.* Respir. Med. 2007; 101: 638–644.
4. Alvarez GG, Fitzgerald JM. *A systematic review of the psychological risk factors associated with near fatal asthma or fatal asthma.* Respir. 2007; 74: 228–236.
5. Halimi L, Vachier I, Varrin M, Godard P, Pithon G, Chanez P. *Interference of psychological factors in difficult-to-control asthma.* Respir. Med. 2007; 101: 154–161.
6. Scott KM, von Korff M, Ormel J, Zhang M, Bruffaerts R, Alonso J, Kessler RC, Tachimori H, Karam E, Levinson D, Bromet EJ, Posada-Villa J, Gasquet I, Angermeyer MC, Borges G, Girolamo G, Herman A, Haro JM. *Mental disorders among adults with asthma: results from the World Mental Health Survey.* Gen. Hosp. Psychiatry 2007; 29: 123–133.
7. Schneider A, Loewe B, Meyer FJ, Biessecker K, Joos S, Szecsenyi J. *Depression and panic disorder as predictors of health outcomes for patients with asthma in primary care.* Respir. Med. 2008; 102: 359–366.
8. Kewalramani A, Bollinger ME, Postolache TT. *Asthma and mood disorders.* Int. J. Child Health Dev. 2008; 1 (2): 115–123.
9. Boscarino JA, Adams R. *Peritraumatic panic attacks and health outcomes two years after psychological trauma: Implications for intervention and research.* Psychiatry Res. 2009; 15, 167 (1–2): 139–150.
10. Sledjeski EM, Speisman B, Dierker LC. *Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the national Comorbidity Survey-Replication (NCS-R).* J. Behav. Med. 2008; 31 (4): 341–349.
11. Carey MA, Card JW, Voltz JW, Arbes SJ, Germolec DR, Korach KS, Zeldin DC. *It's all about sex: male-female differences in lung development and disease.* Trends Endocrinol. Metab. 2007; 18 (8): 308–313.
12. Osman M. *Therapeutic implications of sex differences in asthma and atopy.* Arch. Dis. Child 2003; 88: 587–590.
13. Potoczek A. *Zespół lęku napadowego a trauma choroby i śmierci.* Psychoter. 2003; 2: 48–56.
14. Potoczek A, Niżankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Szczeklik A. *Astma ciężka i płeć chorych a obecność doznanych urazów psychicznych.* Psychiatr. Pol. 2006; XL, 6: 1081–1096.
15. Potoczek A, Niżankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Szczeklik A. *Ciężka POCHP i płeć chorych a obecność doznanych urazów psychicznych.* Psychiatr. Pol. 2008; XLII, 5: 719–730.

16. Potoczek A. *Zespół lęku napadowego i pleć chorych a obecność doznanych urazów psychicznych*. Psychiatr. Pol. 2009; XLIII, 5: 571–580.
17. Wittchen HU. *Critical issues in the evaluation of co-morbidity of psychiatric disorders*. Brit. J. Psychiatry 1996; 168 (supl. 30): 9–16.
18. Jenkins C, Costello J, Hodge L. *Systematic review of prevalence of aspirin induced asthma and its implications for clinical practice*. BMJ 2004; 328 (7437): 434.
19. Kasper L, Sladek K, Duplaga M, Bochenek G, Liebhart J, Gładysz U i in. *Prevalence of asthma with aspirin hypersensitivity in the adult population of Poland*. Allergy 2003; 58 (10): 1064–1066.
20. DSM-IV: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed.* Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
21. *M.I.N.I. 5.0.0 Polish version (DSM-IV)*. Y. Lecrubier, E. Weiller, I. Hergueta, P. Amorim, LI. Bonora, JP. Lepine (Inserm-Paris, France), D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, KH. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida – Tampa, USA), 1998. Polish translation: M. Masiak, J. Przychoda (Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie, Poland).
22. Bandelow B. *Panic and Agoraphobia Scale (PAS)*. Seattle, Toronto, Bern, Goettingen: Hogrefe and Huber Publishers; 1999.
23. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatr. Pol. 1977; 11, 4: 417–421.

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

Otrzymano: 10.02.2010
Zrecenzowano: 18.03.2010
Otrzymano po poprawie: 9.04.2010
Przyjęto do druku: 30.04.2010

Czasopismo internetowe

Psychiatria i Psychoterapia

Tom 6, Nr 1. Wiosna 2010

Jerzy W. Aleksandrowicz KILKA UWAG O PROCESACH INTEGRACJI
TEORII PSYCHOTERAPII (ARTYKUŁ REDAKCYJNY).

Monika Talarowska, Antoni Florkowski, Krzysztof Zboralski, Piotr Gałeczki
FUNKCJONOWANIE POZNAWCZE PACJENTÓW W ZALEŻNOŚCI
OD WYKŁADNIKÓW KLINICZNYCH ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH
NAWRACAJĄCYCH-DONIESIENIE WSTĘPNE

Magdalena Chodak, Łukasz Barwiński AUTOAGRESJA JAKO FORMA
RADZENIA SOBIE ZE STRESEM – PRZEGLĄD ZAGADNIENÍ

Magdalena Chodak, Łukasz Barwiński AUTOAGRESJA JAKO FORMA
RADZENIA SOBIE ZE STRESEM – BADANIA WŁASNE.

Katarzyna Olejniczak, Józef Kocur, Agata Orzechowska, Monika Talarowska,
Antoni Florkowski TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE W OKREŚLANIU
ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI NA PRZYKŁADZIE
ZESPOŁU MÜNCHAUSENA

Piotr Wierzbiński, Antoni Florkowski UKŁAD CHOLINERGICZNY
A SCHIZOFRENIA. POTENCJALNA TERAPEUTYCZNA ROLA
AGONISTÓW CHOLINERGICZNYCH

Jerzy A. Sobański DONALD W. WINNICOTT – DOM JEST
PUNKTEM WYJŚCIA. ESEJE PSYCHOANALITYCZNE. RECENZJA