

Różnice w poczuciu koherencji w astmie ciężkiej, trudnej i w astmie z nadwrażliwością na aspirynę (aspirynowej) oraz jej związek z nasileniem objawów zespołu lęku napadowego i depresji w podgrupach kobiet i mężczyzn

Differences in sense of coherence in difficult and aspirin-induced asthma and its links with severity of panic and depressive symptoms in subgroups of women and men

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 106 patients with difficult asthma and 100 patients with aspirin-induced asthma. The special interest of the study were differences in sense of coherence in both groups and its links with severity of panic and depressive symptoms in subgroups of asthmatic women and men.

Methods. 106 consecutive adults with confirmed, physician-diagnosed difficult asthma and 100 patients with aspirin-induced asthma underwent psychiatric interview and assessment using M.I.N.I. 5.0, Beck Depression Inventory (BDI), Panic And Agoraphobia Scale (PAS) and Sense of Coherence Scale (SOC-29). Psychiatric assessment was performed by an experienced liaison psychiatrist according to ICD-10 and DSM-IV diagnosis.

In the difficult asthma group, there were 78 women (74%) and 28 men (26%). The average age was 51.3 (SD=14.5) for women and 47.5 (SD=12.7) for men.

In aspirin induced asthma group 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 both groups of asthmatic patients women were the majority (74% with difficult asthma and 66% with aspirin-induced asthma) with a much higher level of anxiety and depressive symptoms than men. General coherence and coherence measured in all three sub-scales were lower in the difficult asthma group, especially in women with severe panic and depressive symptoms.

Conclusions. It is possible that differences of coherence affect the development, course and severity of anxiety and depressive symptoms in asthmatic women and men. It may play a special role in development of difficult asthma especially among women.

Słowa kluczowe: astma, koherencja, zespół lęku napadowego, depresja, płeć

Key words: asthma, sense of coherence, panic disorder, depression, gender

Wstęp

W ostatnich 10 latach w literaturze internistycznej wyraźnie wzrosło zainteresowanie związkami pomiędzy występowaniem i nasileniem ciężkości astmy a niektórymi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza zespołem lęku napadowego i depresją [1–6]. Dotyczy to także wyjątkowo trudnych do leczenia ciężkich i skrajnie ciężkich postaci astmy (astma ciężka i trudna, difficult asthma), a także postaci pierwotnie ciężkich, które jednak nie zawsze mają charakter astmy ciężkiej (astma aspirynowa, aspirin-induced asthma) [7, 8]. Podkreśla się rolę niektórych czynników psychologicznych i psychospołecznych [9–25], mogących wtórnie nasilać ciężkość astmy i współuczestniczyć w tworzeniu wyjątkowo skomplikowanych sytuacji leczniczych, które skutkują złą kontrolą astmy, czyli brakiem pozytywnych efektów prawidłowego leczenia. W badaniach tych uwzględnia się fakt, że na różne postaci astmy ciężkiej kobiety w różnym wieku chorują znacznie częściej niż mężczyźni, co nie da się wyjaśnić na podstawie dotychczasowego stanu wiedzy internistycznej [26–30].

Podejście to jest w pełni zgodne ze współczesnym stanem wiedzy psychiatrycznej i psychologicznej dotyczącej złożonych przyczyn etiologii zaburzeń lękowych i depresyjnych (na które również kobiety chorują częściej niż mężczyźni). W badaniach nad lękiem i depresją już od dawna wykroczone poza wąski, choć zdecydowanie potwierdzony, model patogenezy biologicznej. Do intensywnego rozwoju kompleksowego podejścia w rozumieniu tych zaburzeń przyczyniły się zarówno badania nad szeroko rozumianym stresem (od modelu Hansa Selyego po PTSD), jak i dokonania wielu różnych kierunków psychoterapii [9]. W niniejszym artykule odwołuję się do nurtu badań wywodzących się z tradycji poznawczej, określanych jako model salutogenezy, opracowany przez Aarona Antonovsky'ego [9] i rozwijający koncepcję tzw. poczucia koherencji, czyli uogólnionego i względnie trwałego nastawienia człowieka do otaczającej go rzeczywistości, decydującego o zasadniczym sposobie spostrzegania, odczuwania i rozumienia świata.

Model Antonovsky'ego ma ciekawą genezę – powstał jako zwieńczenie jego badań z przełomu lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku, prowadzonych w Izraelu nad żyjącymi tam ofiarami długotrwałego i ekstremalnego stresu, jakimi były ocalone z Holocaustu żydowskie więźniarki obozów koncentracyjnych. Ta grupa badanych była wyjątkowa ze względu na charakter, przewlekłość, zróżnicowanie i nasilenie doznanego stresu, i trudno ją porównać z jakąkolwiek inną, systematycznie badaną później (pamiętajmy, że na rozwój koncepcji dotyczących PTSD wielki wpływ miały badania nad psychicznymi skutkami wojny w Wietnamie u żołnierzy amerykańskich) [11, 12]. Jednakże – wbrew założeniu, że wszystkie badane będą cierpieć z powodu poważnych problemów psychicznych – Antonovsky stwierdził, że około 30% badanych przez niego kobiet pozostawało w stosunkowo dobrym stanie zdrowia psychicznego i fizycznego. Analizując to odkrycie, zwrócił uwagę na bardzo indywidualne, psychologiczne tło badań i doszedł do wniosku, że ta właśnie podgrupa byłych więźniarek charakteryzowała się stylem poznawczym, który okazał się niezwykle pomocny w łagodzeniu przebiegu i skutków psychicznych traumy, której doznały. Antonovsky, badając cechy tego stylu, odwołał się do perspektywy zrówno-

ważenia działania stresorów z tzw. uogólnionymi zasobami lub deficytami odpornościowymi, w tym zwłaszcza psychicznymi, w których skład wchodzi m.in. zdolność do adaptacji, poszukiwania wsparcia i korzystania z niego, styl życia i zachowania, rozumienie sensu wydarzeń życiowych. Przyjął, że zdrowie, w tym także psychiczne, nie jest kategorią dychotomiczną, lecz continuum o wielu poziomach, które określił jako wymiar zdrowia i choroby.

W modelu salutogenezy, czyli poznawczego dążenia do poziomu zdrowia, wyodrębnił trzy zasadnicze komponenty: zdolność do trwałego rozumienia i oceny sytuacji życiowej (poczucie zrozumiałości), zdolność do radzenia sobie z otoczeniem i wpływu na otaczający świat (poczucie zaradności), i poczucie sensowności, oznaczające zaangażowanie, zdolność do wysiłku i motywacji emocjonalnej. Wysokie wskaźniki odnoszące się do tych zakresów warunkują tzw. wysoką (silną) koherencję, która sprzyja adaptacji, a sytuacja przeciwna wyraża jej deficyt, usposabiający do przeżywania negatywnych emocji, a w konsekwencji przyczyniający się do rozwoju zaburzeń psychicznych, zwłaszcza lękowych i depresyjnych [13].

Badania nad poczuciem koherencji u osób w sytuacji stresu, a także pośród chorych, zwłaszcza na ciężkie choroby somatyczne, wydają się wskazywać, że istotnie jest ono niższe tam, gdzie występują lub współwystępują te zaburzenia [14–25]. Jedną z takich sytuacji wydaje się astma ciężka i trudna, na co wskazują także dotychczasowe badania własne [22–24].

Cele pracy

1. Sprawdzenie poziomów koherencji ogólnej, poczucia sensowności (PS), zrozumiałości (PZR) i zaradności (PZ) w badanych grupach pacjentów z astmą ciężką i trudną oraz astmą aspirynową, w odniesieniu do kategorii ciężkości objawów lękowych i depresyjnych (brak objawów, objawy o lekkim, średnim i ciężkim nasileniu).
2. Sprawdzenie związków pomiędzy nasileniem objawów lękowych (mierzonym za pomocą kwestionariusza PAS) i głębokością objawów depresyjnych (mierzona za pomocą kwestionariusza BDI) a koherencją ogólną i jej podskalami (PS, PZR i PZ) w podgrupach kobiet i mężczyzn z wymienionymi powyżej rodzajami astmy.

Material i metoda

Do badania wybrano dwie różne grupy pacjentów z astmą o charakterze ciężkim [26]. Grupą szczególnego zainteresowania była grupa z tzw. astmą ciężką i trudną, czyli taką, która charakteryzuje się zarówno bardzo uporczywym i nasilonym przebiegiem, jak i względną niewrażliwością na działanie glikokortykosteroidów systemowych, będących w astmie ciężkiej lekami z wyboru. Astma trudna dotyczy znacznie częściej kobiet niż mężczyzn, prowadzi do powstania pęłapki powietrznej i rozdęcia płuc, a jej wieloletnie leczenie wymaga zazwyczaj bardzo wielu hospitalizacji (w niniejszym badaniu ich największa liczba wynosiła 60) [27, 28]. Grupą porównawczą była grupa pacjentów z rozpoznaniem astmy z nadwrażliwością na aspirynę (aspirynowej) o róż-

nej ciężkości. Powodem takiego wyboru był fakt, że astma aspirynowa (aspirin-induced asthma, AIA) jest stosunkowo rzadkim, 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 spowodować zagrażające życiu skurcze oskrzeli z hipoksją, często prowadzące do wstrząsu systemowego. Pomimo zażywania doustnych leków z grupy sterydów, jedynie około 3% pacjentów z tym rodzajem astmy osiąga jej dobrą kontrolę, a aż u 59% choroba pozostaje słabo kontrolowana, co prowadzi do wzrostu jej ciężkości [29, 30]. Jest to więc grupa chorych w pewnym sensie (choć z innych powodów) w biologiczny sposób pozostająca w analogii do grupy chorych z astmą trudną.

Opis badanych grup

Grupę badaną stanowiło 106 ambulatoryjnych pacjentów z rozpoznaniem astmy ciężkiej i trudnej leczonych w Klinice Pulmonologii II Katedry Chorób Wewnętrznych UJ CM w Krakowie – w tym 78 kobiet i 28 mężczyzn. Średni wiek kobiet wynosił 51,3 roku (SD = 14,3), a mężczyzn 47,5 roku (SD = 12,7). Tylko 21 osób pracowało (w tym większość w warunkach odpowiadających tzw. pracy chronionej, to znaczy w firmach rodzinnych, umożliwiających znaczną elastyczność w wykonywaniu obowiązków), 74 osoby pozostawały na rencie inwalidzkiej, a 11 było na emeryturze. Sytuacja społeczna chorych była ważnym odbiciem inwalidyzacji przez chorobę.

Grupę kontrolną stanowiło 100 ambulatoryjnych pacjentów z rozpoznaniem astmy aspirynowej, w tym 66 kobiet i 34 mężczyzn, leczonych w tej samej Klinice Pulmonologii. Średni wiek w całej grupie wynosił 51,7 roku (SD = 12,5), podgrupie kobiet – 52,7 roku (SD = 12,3), a w podgrupie mężczyzn – 48,8 roku (SD = 13,0). Nie zaobserwowano znaczących różnic w zakresie wieku kobiet i mężczyzn ($p = 0,15$). 43 osoby pracowały, 32 były na rencie inwalidzkiej z powodu astmy, a 25 pozostawało na emeryturze.

Metoda badań

Wszystkich pacjentów badał psychiatra, specjalizujący się w psychiatrii konsultacyjnej. W badaniu zastosowano opisane poniżej kwestionariusze:

1. M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview). Autorzy: Sheehan D.V., Lecrubier Y. i wsp. 1998. Polska wersja (5.0.0.) opracowana przez: Masiaka M., Przychodę J. Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie. M.I.N.I. zostało stworzone jako krótki, ustrukturalizowany kwestionariusz do badania głównych zaburzeń psychicznych osi I w DSM-IV. Służy do badań diagnostycznych [31].

2. Panic and Agoraphobia Scale (PAS). Autor: Bandelow B. Department of Psychiatry of Goettingen, wersja 1999 [32]. 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 punktacji: 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 [33]. Jedna z najczęściej używanych na świecie metod badania głębokości objawów depresji. Tworzy 21-punktowy inwentarz objawów depresyjnych. Sposób oceny: 0–9 punktów – brak objawów depresji; 10–19 – lekkie objawy depresji; 20–25 – objawy depresji o średnim nasileniu; powyżej 25 – objawy depresji o głębokim nasileniu.

4. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (The Sense of Coherence Questionnaire: SOC-29). Autor: Antonovsky A., 1983. Polska adaptacja: Zakład Psychologii Klinicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zakład Psychoprofilaktyki Instytutu UAM w Poznaniu i Zakład Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, 1993 [34]. Kwestionariusz pozwala oszacować ogólny poziom poczucia koherencji, a także poziomy jego trzech wymiarów: poczucia zrozumiałości (PZR), zaradności (PZ) i sensowności (PS). Składa się z 29 pytań, przy czym na każde pytanie możliwych jest siedem odpowiedzi, punktowanych odpowiednio od 1 do 7. Obliczanie wyników polega na sumowaniu wartości odpowiedzi zgodnie z kluczem (niektóre pytania mają odwróconą wartość punktacji). Nie określono ścisłych norm polskich. Uważa się, że osoby zdrowe i prawidłowo funkcjonujące osiągają ogólny poziom koherencji około 120–130 punktów, chore na depresję około 70–80 punktów, a wyniki zbliżone do maksymalnych (200 punktów) są mało wiarygodne i mogą wynikać z mechanizmów dyssymulacji i falsyfikacji.

Użyte w badaniu metody statystyczne: Rekordy zawierające punktowe oceny PAS, BDI oraz SOC dotyczące pacjentów z astmą aspirynową oraz pacjentów z astmą trudną stanowiły wyjściową bazę danych. W celu porównania wyników koherencji ogólnej, poczucia sensowności (PS), zrozumiałości (PZR) i zaradności (PZ) pomiędzy badanymi grupami pacjentów z astmą ciężką i trudną oraz astmą aspirynową wykonano statystyczny test znaków. Ponadto obliczono i porównano średnie wyniki powyższego testu w odpowiednich podkategoriach nasilenia objawów lękowych PAS (brak objawów, przebieg łagodny, przebieg średnio ciężki, przebieg ciężki) oraz objawów depresyjnych BDI (brak objawów, objawy łagodne, średnie i ciężkie) w podgrupach kobiet i mężczyzn. Test znaków został w badaniu użyty z następujących powodów: odchylenie standardowe wyniku testu SOC jest na tyle duże (dla astmy trudnej wynosi 38, dla astmy aspirynowej 25), że ewentualne odstępstwa rozkładu wyników PAS od rozkładu normalnego (np. współczynnik asymetrii rozkładu PAS dla astmy aspirynowej nie jest bliski zera i wynosi -1,28) mogłyby okazać się istotne przy porównywaniu wartości oczekiwanych, które są zbliżone dla obydwu grup (dla astmy trudnej wartość oczekiwana testu SOC wynosi 129, dla astmy aspirynowej 145, czyli różnica pomiędzy tymi wartościami oczekiwany jest ponad dwukrotnie mniejsza od odchylenia standardowego dla astmy trudnej). Dlatego w tym przypadku wyjątkowo został wybrany nieparametryczny test znaków porównujący dystrybuanty

obu rozkładów. Względnie duża liczba pacjentów w obydwu grupach powoduje, że test ten wydaje się wystarczająco wiarygodny.

Wyniki badań

W wyniku przeprowadzonego statystycznego testu znaków stwierdzono, że bardziej prawdopodobne jest otrzymanie wyższych (lepiej) wartości testu SOC, ocenianego ogólnie i w trzech kolejnych podskalach (PZ, PZR, PS), w grupie astmy aspirynowej niż w grupie astmy trudnej. Prawdopodobieństwo to jest większe od $\frac{1}{2}$ w przypadku koherencji ogólnej na poziomie istotności $p = 0,03$, w przypadku PZR na poziomie istotności $p = 0,02$, dla PZ na poziomie istotności $p < 0,0001$, natomiast w przypadku PS, ze względu na wysoki poziom istotności $p = 0,07$, trzeba przyjąć, że otrzymanie wysokich wartości PS jest równie prawdopodobne w grupie pacjentów z astmą aspirynową i astmą trudną.

Natomiast w porównaniu wewnętrznym, gdy średnie wyniki koherencji zostały przyporządkowane kategoriom nasilenia objawów lękowych i depresyjnych, wykazano, że wszystkie oczekiwane wartości ogólnego testu koherencji są większe, w razie braku objawów, od wartości w grupie ciężkich objawów lękowych i depresyjnych na poziomie istotności $p < 10^{-9}$ (różnica wybitnie istotna).

Poniższe tabele przedstawiają średnie wyniki testu SOC (wraz z podkategoriami) dla podgrup o różnym nasileniu objawów lękowych i depresyjnych.

Tabela 1. Rozkład wyników ogólnych SOC i jego podskal (PZR, PS i PZ) w zależności od nasilenia objawów zespołu lęku napadowego, mierzonego za pomocą kwestionariusza PAS, u pacjentów z rozpoznaniem astmy aspirynowej

PAS	Asthma aspirynowa – kobiety				Asthma aspirynowa – mężczyźni			
	SOC ogólnie	PZR	PS	PZ	SOC ogólnie	PZR	PS	PZ
brak objawów	152	53	48	51	154	54	48	51
objawy łagodne	139	48	44	47	149	52	47	50
objawy średnio ciężkie	135	49	41	45	121	40	36	45
objawy ciężkie	93	36	24	32	brak	brak	brak	brak

Tabela 2. Rozkład wyników ogólnych SOC i jego podskal (PZR, PS i PZ) w zależności od nasilenia objawów depresyjnych, mierzonego za pomocą kwestionariusza BDI, u pacjentów z rozpoznaniem astmy aspirynowej

BDI	Asthma aspirynowa – kobiety				Asthma aspirynowa – mężczyźni			
	SOC ogólnie	PZR	PS	PZ	SOC ogólnie	PZR	PS	PZ
brak objawów	153	53	49	52	157	56	49	52
lekke objawy	132	49	39	44	117	39	37	41
średnie objawy	110	43	31	36	112	36	35	40
ciężkie objawy	86	36	21	29	brak	brak	brak	brak

Tabela 3. Rozkład wyników ogólnych SOC i jego podskal (PZR, PS i PZ) w zależności od nasilenia objawów zespołu lęku napadowego, mierzonego za pomocą kwestionariusza PAS, u pacjentów z astmą ciężką i trudną

PAS	Asthma trudna – kobiety				Asthma trudna – mężczyźni			
	SOC ogólnie	PZR	PS	PZ	SOC ogólnie	PZR	PS	PZ
brak objawów	165	58	58	49	162	61	61	47
objawy łagodne	123	43	43	39	144	49	49	45
objawy średnio ciężkie	120	42	42	37	135	39	44	43
objawy ciężkie	97	28	28	29	118	39	39	38

Tabela 4. Rozkład wyników ogólnych SOC i jego podskal (PZR, PS i PZ) w zależności od nasilenia objawów depresyjnych, mierzonego za pomocą kwestionariusza BDI, u pacjentów z astmą ciężką i trudną

BDI	Asthma trudna – kobiety				Asthma trudna – mężczyźni			
	SOC ogólnie	PZR	PS	PZ	SOC ogólnie	PZR	PS	PZ
brak objawów	148	51	51	45	140	48	48	44
lekkie objawy	124	42	42	36	113	36	36	38
średnie objawy	108	35	35	36	98	34	34	30
ciężkie objawy	64	21	21	19	brak	brak	brak	Brak

Dyskusja

Uzyskane wyniki wskazują, że, zgodnie z założeniami koncepcji Antonovsky’ego [9–11], u osób cierpiących z powodu zaburzeń lękowych i depresyjnych poziom koherencji ogólnej i ocenianej w trzech podskalach: poczucia sensowności (PS), zaradności (PZ) i zrozumiałości (PZR) jest niski. Potwierdzają to także badania polskie [14, 18, 19, 21, 22]. Ponieważ nie istnieją ściśle normy, określające wartość koherencji dla poszczególnych stanów i zaburzeń, w badaniach naukowych wykorzystujących kwestionariusz SOC-29 stosuje się metody porównania. W tym wypadku jest to porównanie dwojakie – pomiędzy dwiema grupami pacjentów astmatycznych: z astmą aspirynową (tabele 1 i 2) oraz z astmą ciężką i trudną (tabele 3 i 4), a także porównanie wewnętrzne, w obszarze podgrup kobiet i mężczyzn z każdej grupy, przyporządkowujące średnią wyników koherencji kategoriom nasilenia objawów lękowych (mierzonego za pomocą kwestionariusza PAS) oraz głębokości objawów depresyjnych (mierzonej za pomocą kwestionariusza BDI). Badanie wykazało, że pacjenci w całej badanej grupie z astmą ciężką i trudną uzyskali znacząco niższe (czyli gorsze) wyniki w zakresie koherencji ogólnej aniżeli wszyscy pacjenci z astmą aspirynową. Dla koherencji ogólnej istotność różnicy wynosiła $p = 0,03$, dla poczucia zaradności (PZ) $p < 0,0001$, a zatem pod tym względem różnica pomiędzy obu grupami była wyjątkowo duża (na niekorzyść chorych na astmę ciężką i trudną), dla poczucia zrozumiałości (PZR) $p = 0,02$. Natomiast wysoki poziom istotności ($p = 0,07$) wskazuje, że poczucie sensowności (PS) utrzymywało się w obu grupach astmatycznych na podobnym poziomie.

Porównanie wewnętrzne pokazało, że koherencja ogólna i we wszystkich podskalach systematycznie spada w obu grupach, w zależności od nasilenia objawów lękowych i depresyjnych, osiągając najniższe wartości w podgrupach z największym nasileniem tak objawów lękowych jak i depresyjnych (tabele 1–4). Ponadto stwierdzono wybitnie istotną różnicę statystyczną pomiędzy koherencją przyporządkowaną kategorii braku objawów lękowych i depresyjnych a koherencją przyporządkowaną kategorii ciężkich objawów lękowych i depresyjnych (poziom istotności $p < 10^{-9}$). Potwierdza to zarówno tezy Antonovsky’ego, jak i wyniki badań polskich, w tym również badań własnych [22–24].

Antonovsky zakłada, że komponenty poczucia koherencji pozostają pomiędzy sobą w określonych związkach, a centralną rolę spajającą odgrywa poczucie sensowności. Gdy jest ono wysokie, pozostałe składowe mają tendencję do podwyższania się, a gdy jest niskie – cały zespół zmiennych zmierza do obniżania się. W niniejszym badaniu jedynie poczucie sensowności, choć niskie, było w obu grupach niemal równe, co jest zgodne z założeniami Antonovsky’ego, w tym znaczeniu, że nie uległo istotnemu spadkowi u osób z astmą ciężką i trudną, tak jak to miało miejsce w przypadku poczucia zaradności i zrozumiałości. Świadczy to o tym, że nawet jeśli u badanych pacjentów z astmą ich zdolność do radzenia sobie z życiem, chorobą i objawami psychicznymi znacząco spada, to jednak zachowują oni poczucie sensu życia. Należy pamiętać, że pacjenci z obu grup astmatyków, pomimo niejednokrotnie bardzo trudnej sytuacji życiowej, wielokrotnie poddawali się leczeniu, a zatem starali się żyć. O motywacji do życia świadczy także fakt, że nikt z badanych nie odmówił poddania się badaniu psychiatrycznemu i u nikogo nie stwierdzono myśli ani tendencji samobójczych.

Cytowane w pracy badania empiryczne [14–25] wskazują, że koherencja w istocie warunkuje pierwotną ocenę stresorów, to znaczy, że gdy jest niska, świadczy to o tym, że nawet stresory stosunkowo łagodne są interpretowane jako zagrażające. Ma to szczególne znaczenie dla zrozumienia mechanizmu błędnego koła negatywnych przekonań, tak charakterystycznych dla obrazu klinicznego zespołu lęku napadowego i depresji. Bo choć u podłoża obu zaburzeń leżą mechanizmy biologiczne, to są one wtórnie nasilane przez wewnętrzne nastawienie człowieka. W zespole lęku napadowego typowo występuje tzw. interpretacja katastroficzna, dotycząca zwłaszcza doznań somatycznych, których przeżywanie wiąże się z przekonaniem o istnieniu ciężkiej i zagrażającej życiu choroby, nawet wtedy, gdy zaprzecza jej prawidłowa diagnostyka medyczna [25]. U osób rzeczywiście chorych (np. na astmę) zjawisko to może okazać się bardzo niebezpieczne, w sensie uruchamiania psychologicznych mechanizmów lęku i eskalacji doznań lękowych w postaci napadów lęku i równocześnie zachowań unikających (agorafobia), które często doprowadzają do faktycznej, choć pośredniej inwalidyzacji chorych poprzez ograniczenie aktywności, pracy zawodowej, kontaktów społecznych itp. Sytuacja taka doprowadza do rozwoju jeszcze bardziej nasilonej koncentracji na objawach, zarówno pochodnych choroby somatycznej jak i zaburzeniu lękowemu, bez możliwości jej rozproszenia poprzez podjęcie obowiązków możliwych do spełniania nawet w trakcie choroby somatycznej (jeśli ona istnieje, a tak właśnie jest w badanych grupach astmatyków). U chorych na astmę ciężką i trudną mechanizm ten wydaje się mieć wyjątkowo poważne konsekwencje, ze względu na rzeczywiste,

zagrożające życiu objawy i ograniczenia związane z chorobą i jej profilaktyką (ograniczenie wysiłku fizycznego, kontaktu z alergenami, wpływ wyziębienia, działania uboczne leków i inne) [20, 23]. Związki pomiędzy nasileniem objawów lękowych a koherencją w obu badanych grupach przedstawiają tabele 1 i 3. Wynika z nich, że koherencja nie tylko jest najniższa w podgrupach z najcięższymi objawami lękowymi, ale także, że najniższe wyniki osiągają kobiety. Wynik ten jest zgodny z dotychczasowymi badaniami własnymi.

Także dla depresji charakterystyczne są poważne zaburzenia poznawcze, polegające na negatywnej ocenie własnej przeszłości, poczuciu beznadziejności w związku z teraźniejszością i brakiem perspektyw na przyszłość. Badania osób dorosłych [14, 18, 21, 22] wskazują na negatywny związek poczucia koherencji z depresyjnością (im koherencja niższa, tym ryzyko depresji wyższe), co skutkuje doborem określonych, często dysfunkcyjnych sposobów radzenia sobie ze stresem, takim jak choroba, trudności życiowe, jak również przemiany fizjologiczne, np. klimakterium. Ważnym wynikiem niniejszego badania jest to, że również w odniesieniu do objawów depresyjnych najniższą (czyli najgorszą) koherencję stwierdzono u osób najbardziej depresyjnych, a były nimi wyłącznie kobiety (tabele 2 i 4). Wynik ten również jest zgodny z dotychczasowymi badaniami własnymi.

Wnioski

Badanie wykazało, że w grupie pacjentów z astmą ciężką i trudną wyniki koherencji ogólnej i ocenianej w podskalach poczucia zaradności i zrozumiałości były istotnie niższe aniżeli w grupie z astmą aspirynową. Wewnętrzne porównanie koherencji, w związku z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych, w obu grupach niezależnie pokazuje, że ulega ona systematycznemu obniżaniu się wraz z narastaniem ciężkości objawów, zarówno lękowych jak i depresyjnych. Różnica w intensywności poczucia koherencji pomiędzy sytuacją, gdy u astmatyków (w obu grupach niezależnie) nie występowały objawy psychiczne, a sytuacją, gdy występowały objawy psychiczne o ciężkim nasileniu, jest wybitnie istotna statystycznie.

Jest możliwe, że system postaw poznawczych wyrażających się w poczuciu koherencji, obniżonej zwłaszcza w grupie pacjentów z astmą ciężką i trudną w porównaniu z grupą z astmą aspirynową, jest jedną z przyczyn powstawania fenomenu astmy trudnej, odpornej na prawidłowe leczenie internistyczne. Można przypuszczać, że pacjenci ci wymagają specjalistycznego leczenia psychoterapeutycznego.

Praca nie była w żadnej formie finansowana ani dofinansowana.

Различия в чувстве когеренции при астме тяжелой и трудной, а также при астме гиперчувствительной к аспирину (аспириновой) а также их связи с утяжелением симптомов параксизмальной фобии и депрессии в подгруппах женщин и мужчин

Содержание

Задание. Психиатрическое исследование двух различных групп пациентов, страдающих астмой. В исследовании приняло участие 106 пациентов с астмой тяжелой и трудной и 100

пациентов с диагнозом астмы, гиперчувствительной к аспирину (аспириновая) с различной тяжестью. Задачей исследования было также определение различий между когеренцией в обеих исследованных группах, а также их связи с утяжелением симптомов параксизмальной фобии и депрессии у женщин и мужчин.

Метод. 106 взрослых пациентов с диагнозом, установленным специалистом пульмонологом, тяжелой и трудной астмой и 100 больных с аспириновой астмой обследованы психиатром клиническим методом, дополненным тестовыми исследованиями. К этим последним относятся Глоссарий М.И.Н.И. 5.00, Глоссарий депрессии Бекка, Шкала паники и агорафобии, а также Глоссарий жизненной ориентировки (SOC-29). Психиатрическое исследование, проведенное психиатром, учитывало диагностические критерии классификаций ИЦД-10 и ДСМ-IV. Среди больных было 78 (74%) женщин и 28 (26%) мужчин с астмой тяжелой и трудной и 66 (66%) женщин и 34 (34%) мужчин с аспириновой астмой. В группе больных астмой тяжелой и трудной средний возраст женщин $51,3 \pm 14,5$, а для мужчин $47,5 \pm 12,7$. В группе больных аспириновой астмой средний возраст для женщин равнялся $52,7 \pm 12,3$ для женщин и $48,8 \pm 13,0$ для мужчин.

Результаты. В группе больных тяжелой и трудной астмой когеренция исследования в сумме в трех подшкалах была ниже, чем в группе больных аспириновой астмой, а ее уровень коррелировал отрицательным образом как с утяжелением фобийных симптомов, так и депрессивных. В обеих исследованных группах больных астмой женщины составляли большинство (74% в группе с астмой трудной и тяжелой и 66% в группе с аспириновой астмой). При астме трудной и тяжелой у женщин с тяжелыми фобийными симптомами и депрессией обнаружены низшие (худшие), результаты когеренции во всех подшкалах, нежели в аналогичной, с точки зрения клинических симптомов, в подгруппе мужчин.

Выводы. В ходе исследований установлено, что низшее чувство когеренции связано с появлением феномена астмы тяжелой и трудной, появляющейся в популяции больных астмой, особенно у женщин.

Kohärenz – Unterschiede in starkem und schwerem Asthma und in Aspirin-induziertem Asthma und ihre Zusammenhänge mit Intensität der Symptome der Panikattacken und Depression in Untergruppen der Frauen und Männer

Zusammenfassung

Ziel. Die Autorin untersuchte psychiatrisch zwei unterschiedliche Gruppen der asthmatischen Patienten: 106 Patienten mit starken und therapeutisch schwer zu beeinflussenden Asthmaanfällen und 100 Patienten mit der Diagnose Asthma mit Aspirin-Überempfindlichkeit (Aspirin – induziertem Asthma) von unterschiedlichem Schweregrad. Das Ziel der Studie war die Prüfung der Unterschiede zwischen der Kohärenz in beiden untersuchten Gruppen und ihre Zusammenhänge mit der Intensität der Symptome der Panikattacken und der Depression bei Frauen und Männern.

Methode. 106 erwachsene Patienten mit dem vom Facharzt Pulmonologen diagnostizierten starken und schweren Asthma und 100 Patienten mit Aspirin-induziertem Asthma wurden psychiatrisch erweitert untersucht. Sie füllten die Fragebögen M.I.N.I. 5.00, Beck-Depressions-Inventar (BDI), die Skala zur Erfassung von Panik und Agoraphobie (PAS) und den Fragebogen zur Erfassung der Lebensorientierung (SOC-29) aus. Die psychiatrische Untersuchung wurde durch den Psychiater mit Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien ICD-10 und DSM-IV durchgeführt. An die Studie wurden 78 (74%) Frauen und 28 (26%) Männer mit starken und therapeutisch schwer zu beeinflussenden Asthmaanfällen und 66 Frauen (66%) und 34 Männer (34%) mit Aspirin-induziertem Asthma eingeschlossen. In der Gruppe mit den starken und therapeutisch schwer zu beeinflussenden Asthmaanfällen lag das Durchschnittsalter der Frauen bei $51,3$ ($SD=14,5$) und für Männer bei $47,5$ ($SD=12,7$), dagegen in der Gruppe mit Aspirin-induziertem Asthma bei $52,7$ ($SD=12,3$) für Frauen und bei $48,8$ ($SD=13,0$) für Männer.

Ergebnisse. In der Gruppe mit starken und therapeutisch schwer zu beeinflussenden Asthmaanfällen war die untersuchte Kohärenz zusammen und in drei Unterskalen niedriger als in der Gruppe mit Aspirin-induziertem Asthma, und ihr Level korrelierte negativ sowohl mit der Intensität

der Paniksymptome und Depressionssymptome. In den beiden untersuchten Gruppen der Asthmatiker bildeten die Frauen eine Mehrheit (74% in der Gruppe mit starken und therapeutisch schwer zu beeinflussenden Asthmaanfällen und 66% in der Gruppe mit Aspirin-induziertem Asthma). In dem starken und therapeutisch schwer zu beeinflussenden Asthma wurde bei Frauen mit intensivierten Panikattacken und Depressionssymptomen schlechtere Kohärenz in allen Unterskalen festgestellt als in der Gruppe der Männer mit gleichen psychischen Symptomen.

Schlussfolgerungen. Es ist möglich, dass die niedrigere Kohärenz einen Zusammenhang mit der Erscheinung des schweren und starken Asthmas hat, das in der Population der Asthmatiker, besonders Frauen, auftritt.

Les différences du sens de cohérence dans l'asthme difficile et dans l'asthme provoqué par l'aspirine et leur rapport avec l'intensité des symptômes du syndrome de panique et de la dépression dans les groupes de femmes et d'hommes

Résumé

Objectif. L'auteur examine du point de vue psychiatrique deux groupes des patients souffrant de l'asthme : 106 patients souffrant de l'asthme difficile et 100 patients souffrant de l'asthme provoqué par l'aspirine. Ce travail vise à trouver les différences du sens de cohérence dans ces deux groupes de patients et à analyser leur rapport avec l'intensité des symptômes du syndrome de panique et de la dépression chez les femmes et chez les hommes.

Méthode. On examine 106 patients diagnostiqués par le médecin « asthme difficile » et 100 patients souffrant de l'asthme provoqué par l'aspirine avec les questionnaires : M.IN.I. 5.00, Beck Depression Inventory (BDI), Panic and Agoraphobia Scale (PAS), Sense of Coherence Scale (SOC-29). L'examen psychiatrique est fait par le psychiatre d'après les critères diagnostiques ICD-10 et DSM-IV. Le groupe souffrant de l'asthme difficile se compose de 78 femmes (74% - moyenne de l'âge – 51,3, SD=14,5) et de 28 hommes (26%, moyenne de l'âge – 47,5, SD=12,7) ; le groupe souffrant de l'asthme provoqué par l'aspirine se compose de 66 femmes (66%, moyenne de l'âge – 52,7, SD=12,3) et de 34 hommes (34%, moyenne de l'âge – 48,8, SD=13,00).

Résultats. Dans le groupe de patients souffrant de l'asthme difficile le sens de cohérence, analysé par les trois sous échelles, est plus bas que dans le groupe de patients avec l'asthme provoqué par l'aspirine, son niveau corrèle négativement avec l'intensité des symptômes anxieux et dépressifs. Dans les deux groupes de patients les femmes sont en majorité : 74% - asthme difficile et 66% - asthme provoqué par l'aspirine. Les femmes du groupe de l'asthme difficile, avec les symptômes anxieux et dépressifs intensifs, ont le sens de cohérence plus bas dans toutes les sous échelles que le groupe analogue d'hommes.

Conclusions. Il est possible que ce sens de cohérence plus bas se lie avec le développement de l'asthme difficile, surtout chez les femmes

Piśmiennictwo

1. 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 (35); 587–596.
2. 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.
3. 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.
4. 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.

5. Kewalramani A, Bollinger ME, Postolache TT. *Asthma and mood disorders*. Int. J. Child Health Dev. 2008; 1 (2): 115–123.
6. 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.
7. 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.
8. Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z, red. *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 1996.
9. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2005.
10. Sęk H, Pasikowski T, red. *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2001.
11. McSherry W, Holm JF. *Sense of coherence: it's effects on psychological and physiological processes prior to, during and after a stressful situation*. J. Clin. Psychol. 1994; 50, 4: 476–487.
12. Sammallahhti PR, Holi MJ, Komulainen, Aalberg VA. *Comparing two self-reported measures of coping – The Sense of Coherence Scale and The Defense Style Questionnaire*. J. Clin. Psychol. 1996; 52 (5): 517–524.
13. Mroziak B, Czabała JC, Wójtowicz S. *Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne*. Psychiatr. Pol. 1997; XXXI, 3: 257–268.
14. Kosińska-Dec K, Jelonkiewicz I. *Poczucie koherencji a style radzenia sobie u młodzieży*. Psychol. Wychow. 1997; 3: 217–225.
15. Zwoliński M. *Sense of coherence (SOC) and coping styles as predictors of subjective health*. Pol. Psychol. Bull. 1999; 30: 291–302.
16. Jelonkiewicz I, Kosińska-Dec K. *Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem: empiryczna analiza kierunku zależności*. Przegl. Psychol. 2001; 44, 3: 337–347.
17. Czaja I. *Poczucie koherencji a odległe następstwa stresu pourazowego u osób represjonowanych w Polsce z przyczyn politycznych w latach 1944–1956*. Psychiatr. Pol. 2001; 35 (6): 1005–1018.
18. Badura K, Brzoza Z, Gorczyca P, Matysiakiewicz J, Hese RT, Rogala B. *Poczucie koherencji i jego związek z lękiem i depresją u chorych na astmę oskrzelową*. Lęk Depr. 2001; 6 (2): 124–130.
19. Bażyńska K, Bronowska Z, Namysłowska I, Zechowski C. *Poczucie koherencji (SOC) u pacjentów psychiatrycznego oddziału młodzieżowego*. Psychiatr. Pol. 2002; 36 (1): 121–131.
20. Jawor M, Szproch A, Dimter A, Kuleta M, Dudek D. *Poczucie koherencji, style radzenia sobie a adaptacja po zabiegu histerektomii*. Psychiatr. Pol. 2002; XXXVI, 5: 759–770.
21. Badura-Brzoza K, Matysiakiewicz J, Gorczyca P, Hese RT. *Związek poczucia koherencji z zespołem stresu pourazowego*. Lęk Depr. 2004; 9 (3): 182–187.
22. Potoczek A, Niżankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Szczeklik A. *Związki pomiędzy zespołem lęku napadowego, depresją, mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym u pacjentów z rozpoznaniem astmy ciężkiej*. Psychiatr. Pol. 2006; XL (6): 1097–1116.
23. Potoczek A, Niżankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Szczeklik A. *Związki pomiędzy zespołem lęku napadowego, depresją, mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym u pacjentów z rozpoznaniem ciężkiej POChP*. Psychiatr. Pol. 2008; XLII (5): 731–748.
24. Potoczek A. *Związki pomiędzy przewlekłością choroby, nasileniem objawów lękowych i depresyjnych a mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym u pacjentów z rozpoznaniem zespołu lęku napadowego*. Psychiatr. Pol. 2010; XLIV (1): 101–116.
25. *Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy*. Med. Prakt. (wydanie specjalne) 2009; 5.

26. Holgate ST, Boushey HA, Fabbri LM. *Difficult asthma*. London: Martin Dunitz Ltd. The Livery House; 1999.
27. *Astma ciężka i trudna. Zasady systemu opieki medycznej dla chorych na astmę oskrzelową o ciężkim przebiegu*. Raport projektu celowego realizowanego w latach 2001–2003 na zamówienie ministra zdrowia przez KBN. Realizator: II Katedra Chorób Wewnętrznych CM UJ. Kierownik projektu: prof. dr hab. med. Andrzej Szczeklik.
28. 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.
29. Kasper L, Sładek 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.
30. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
31. *M.I.N.I. (DSM-IV)*. Lecrubier Y., Weiller E., Hergueta I., Amorim P., Bonora L.I., Lepine J.P. (Inserm-Paris, France), Sheehan D., Janavs J., Baker R., Sheehan K.H., Knapp E., Sheehan M. (University of South Florida-TAMPA, USA), 1998. 5.0.0. Polish version: Masiak M., Przychoda J. (Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie, Poland).
32. Bandelow B. *Panic and Agoraphobia Scale (PAS)*. Seattle, Toronto, Bern, Goettingen: Hogrefe and Huber Publishers; 1999.
33. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. *Psychiatr. Pol.* 1977; 11, 4: 417–421.
34. Koniarek J, Dudek B, Makowska Z. *Kwestionariusz Orientacji Życiowej*. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC-29) A. Antonowsky'ego. *Przeł. Psychol.* 1993; XXXVI (4): 491–502.

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

Otrzymano: 3.07.2010
Zrecen zowano: 19.11.2010
Otrzymano po poprawie: 10.12.2010
Przyjęto do druku: 10.01.2011

ARCHIVES OF PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

VOLUME 13 ISSUE 1 MARCH 2011

CONTENT

- 5 **Treatment without consent – dialogue, or psychiatric language games**
Małgorzata Opoczyńska, Maria Rostworowska, Zbigniew Ćwikliński,
Jolanta Robak, Ireneusz Dziasek, Mirosława Marciak, Halina Pytko,
Bernadetta Karolczyk
- 11 **The Panic Disorder and gender of patients versus the presence of
profound psychological trauma**
Anna Potoczek
- 17 **The Panic Disorder prevalence and it's influence on the severity of
aspirin-induced asthma**
Anna Potoczek
- 21 **Psychotherapy of Holocaust survivors – group process analysis**
Katarzyna Prot, Krzysztof Sz wajca, Łukasz Biedka, Kazimierz Bierzyński,
Ewa Domagalska, Ryszard Izdebski
- 35 **Polish myths and their deconstruction in the context of Polish-Jewish
relations**
Barbara Józefik, Krzysztof Sz wajca
- 43 **Polymorphisms of the SNAP-25 gene and performance on the
Wisconsin Card Sorting Test in anorexia nervosa and in healthy
adolescent participants**
Monika Dmitrzak-Węglarz, Agnieszka Słopeń, Marta Tyszkiewicz,
Filip Rybakowski, Andrzej Rajewski, Joanna Hauser
- 53 **Therapy of patients diagnosed with anorexia nervosa treated at an
inpatient ward – specificity, rules and dilemmas**
Małgorzata Talarczyk
- 63 **Exploring the factors related to body image dissatisfaction in the
context of obesity**
Anna Brytek-Matera
- 71 **Towards psychotherapy-oriented community psychiatry – 30 years of
experiences in Kraków**
Andrzej Cechnicki