

Różnice w nasileniu i współwystępowaniu objawów zespołu lęku napadowego i depresji w astmie ciężkiej i trudnej oraz w astmie z nadwrażliwością na aspirynę (aspirynowej)

Differences in severity and comorbidity of panic and depressive symptoms in difficult and aspirin-induced asthma

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.

Method. 106 consecutive adults with confirmed, physician-diagnosed difficult asthma and 100 patients with aspirin-induced asthma underwent a 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. 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 difficult asthma both panic and depressive symptoms were statistically much more severe than in aspirin-induced asthma. Comorbidity between panic and depressive symptoms was almost equal in women and men with difficult asthma, but in aspirin-induced asthma, comorbidity was more common among women than men. Panic-depression comorbidity is regarded as a predictor of especially severe course and outcome of psychiatric disorder.

Conclusions. It is possible that especially severe panic and depressive symptoms both with panic-depression comorbidity in women and men with difficult asthma have an impact on aetiology of this near-fatal and treatment resistant subtype of asthma.

Słowa kluczowe: astma, zespół lęku napadowego, depresja, współwystępowanie

Key words: asthma, panic disorder, depression, comorbidity

Wstęp

Pomimo coraz większej dostępności leczenia, oraz systematycznych postępów w opracowaniu jego międzynarodowych standardów, na całym świecie wzrasta za-

Praca nie była dofinansowana.

równą częstość występowania astmy oskrzelowej, jak i tendencja do nasilania się jej ciężkości oraz trudności w uzyskiwaniu prawidłowej kontroli wyników parametrów wydolności płuc w trakcie leczenia [1]. Zjawisko to, pomimo intensywnych badań internistycznych, nadal pozostaje niewyjaśnione. W literaturze przedmiotu coraz większą wagę przywiązuje się do znaczenia niektórych zaburzeń psychicznych, zwłaszcza zespołu lęku napadowego i depresji, które u pacjentów astmatycznych występują nawet do sześciu razy częściej niż w populacji ogólnej. Wiele niezależnych badań potwierdza, że nasilone objawy lękowe i depresyjne w poważny sposób wpływają zarówno na subiektywny stan oraz ogólne samopoczucie chorych na astmę, jak i na ich funkcjonowanie w środowisku oraz jakość i charakter współpracy w trakcie leczenia [2–26]. Jak się wydaje, patogeniczny wpływ zaburzeń psychicznych ma wyjątkowe znaczenie w powstawaniu szczególnie ciężkich, uporczywych i opornych na prawidłowo prowadzone leczenie postaci astmy [27–29], w tym zwłaszcza skrajnie ciężki typ tzw. astmy ciężkiej i trudnej [30, 31]. Może to wynikać między innymi z faktu – słabo udokumentowanego w literaturze internistycznej – że właśnie u chorych na ten rodzaj astmy (kobiety chorują nań znacznie częściej niż mężczyźni) nasilenie zaburzeń lękowych i depresyjnych jest głębokie, a ponadto bardzo często stwierdza się współwystępowanie masywnych objawów paniki i depresji, co jeszcze bardziej pogarsza stan psychiczny [32–38]. Na taką możliwość wskazują także badania własne, dotyczące różnych chorób [29, 39, 40].

Cele pracy

1. Sprawdzenie różnic w nasileniu objawów lękowych i depresyjnych w badanych grupach pacjentów z astmą ciężką i trudną oraz astmą aspirynową.
2. Sprawdzenie częstości współwystępowania objawów lękowych i depresyjnych w podgrupach kobiet i mężczyzn z wymienionymi powyżej rodzajami astmy.

Material i metoda

Do badania wybrano dwie różne grupy astmy o charakterze ciężkim. Grupą szczególnego zainteresowania była tzw. astma ciężka i trudna, czyli taka, w której występuje zarówno bardzo uporczywy i nasilony przebieg, jak i względna niewrażliwość na działanie glikokortykosteroidów systemowych, będących w astmie ciężkiej lekami z wyboru. Astma trudna dotyczy znacznie częściej kobiet niż mężczyzn, prowadzi do powstania pęknięcia powłoki płuc i rozłęcia płuc, a jej wieloletnie leczenie wymaga zazwyczaj bardzo wielu hospitalizacji (w niniejszym badaniu ich największa liczba wynosiła 60) [30, 31, 41]]. Grupą porównawczą była grupa pacjentów z rozpoznaniem astmy aspirynowej o różnej ciężkości. Powodem takiego wyboru był fakt, że astma z nadwrażliwością na aspirynę (aspirynowa, aspirin-induced asthma, AIA) jest stosunkowo rzadkim, pierwotnie ciężkim podtypem astmy, który rozpoznawany jest u około 21% chorych na astmę 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 wywołujących wstrząs systemowy. Pomimo konieczności zażywania 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 choroba pozostaje słabo kontrolowana, co prowadzi do wzrostu jej ciężkości [42–45]. Astma aspirynowa pozostaje więc w pewnej biologicznej analogii do astmy trudnej.

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 lat (SD = 12,7). Tylko 21 osób pracowało (w tym większość w warunkach odpowiadających tzw. pracy chronionej, to znaczy w przedsiębiorstwach 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 tejże klinice. 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 lat (SD = 13,0).

Ciężkość astmy została oceniona przez specjalistę pulmonologa według klasyfikacji NHLBI/NAEPP z 2007: do podgrupy astmy okresowej (1 stopień ciężkości) zaliczono 20% badanych, do podgrupy astmy łagodnej (2 stopień ciężkości) 21%, do podgrupy astmy średnio ciężkiej (3 stopień ciężkości) 30%, a do podgrupy astmy ciężkiej (4 stopień ciężkości) 29% badanych. 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 wykorzystano opisane poniżej kwestionariusze:

1. **M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview)**. Autorzy: Sheehan D.V. i wsp., 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 wywiad dotyczący głównych zaburzeń psychicznych osi I w DSM-IV. Służy do badań diagnostycznych [46].

2. **Panic and Agoraphobia Scale (PAS)**. Autor: Bandelow B., Department of Psychiatry of Goettingen, wersja 1999 [47]. 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 [48]. 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.

Użyte w badaniu metody statystyczne

Rekordy zawierające punktowe oceny nasilenia objawów lękowych, mierzonego za pomocą kwestionariusza PAS, i głębokości objawów depresyjnych, mierzonej za pomocą kwestionariusza BDI, dotyczące pacjentów z astmą aspirynową oraz pacjentów z astmą trudną stanowiły wyjściową bazę danych. Wartości analizowanych zmiennych PAS i BDI zostały wykorzystane do wyznaczenia współczynników korelacji rangowej Spearmana oraz ich istotności statystycznych. Dokonano ponadto przekodowania wartości liczbowych PAS i BDI na kategorie słowne (tzn. nasilenie łagodne, średnie, ciężkie), które zostały wykorzystane do przedstawienia tablic rozkładu nasilenia. Do analizy współwystępowania objawów w podgrupach kobiet i mężczyzn wykorzystano test χ^2 Pearsona. Wykonano statystyczne porównanie wartości oczekiwanej PAS dla rozkładu normalnego, dla dwóch grup pacjentów chorych na astmę aspirynową oraz na astmę ciężką i trudną.

Wyniki badań

1. Korelacje ciężkości objawów zespołu lęku napadowego z nasileniem objawów depresyjnych u pacjentów z astmą ciężką i trudną wskazują, że istnieją pomiędzy nimi istotne statystyczne związki ($p = 0,00001$). Stwierdza się istotną statystycznie korelację pomiędzy wzrastającym nasileniem (ciężkością) zespołu lęku napadowego a pojawianiem się i nasileniem objawów depresyjnych (tabela 1 – *na następnej stronie*).

2. Korelacje ciężkości objawów zespołu lęku napadowego z nasileniem objawów depresyjnych u pacjentów z astmą aspirynową wskazują, że istnieją pomiędzy nimi istotne statystyczne związki ($p = 0,000002$). Stwierdza się istotną statystycznie korelację pomiędzy wzrastającym nasileniem (ciężkością) zespołu lęku napadowego a pojawianiem się i nasileniem objawów depresyjnych (tabela 2 – *na następnej stronie*).

3. Pomędzy nasileniem (ciężkością) objawów zespołu lęku napadowego a nasileniem objawów depresyjnych w badanych grupach pacjentów z astmą ciężką i trudną oraz astmą aspirynową istnieje istotna statystycznie różnica (poziom istotności $p < 0,001$). Oznacza to, że pacjenci z astmą ciężką i trudną są zarazem znacznie bardziej lękowi i depresyjni niż pacjenci z astmą aspirynową. Wynika to z porównania wartości

Tabela 1. Rozkład ciężkości objawów zespołu lęku napadowego (mierzonej za pomocą kwestionariusza PAS) i nasilenia objawów depresyjnych (mierzonego za pomocą kwestionariusza BDI) w astmie ciężkiej i trudnej (tabela krzyżowa)

Astma trudna	BDI – brak objawów	BDI – lekkie objawy	BDI – średnie objawy	BDI – ciężkie objawy	Razem
PAS – brak objawów	20 80%	4 16%	1 4%	0 0%	25
PAS – lekkie objawy	3 33%	5 56%	0 0%	1 11%	9
PAS – objawy średnio ciężkie	28 55%	16 31%	4 8%	3 6%	51
PAS – objawy ciężkie i bardzo ciężkie	6 40%	5 33%	2 13%	2 13%	15
Razem	57	30	7	6	100

współczynnik korelacji rangowej = 0,42, $p = 0,00001$

Tabela 2. Rozkład ciężkości objawów zespołu lęku napadowego (mierzonej za pomocą kwestionariusza PAS) i nasilenia objawów depresyjnych (mierzonego za pomocą kwestionariusza BDI) w astmie aspirynowej (tabela krzyżowa)

Astma aspirynowa	BDI – brak objawów	BDI – lekkie objawy	BDI – średnie objawy	BDI – ciężkie objawy	Razem
PAS – brak objawów	50 85%	5 8%	4 7%	0 0%	59
PAS – objawy łagodne	7 78%	2 22%	0 0%	0 0%	9
PAS – objawy średnio ciężkie	13 46%	10 36%	5 18%	0 0%	28
PAS – objawy ciężkie i b. ciężkie	0 0%	1 25%	1 25%	2 50%	4
Razem	70	18	10	2	100

współczynnik korelacji rangowej = 0,59, $p = 0,000002$

średnich wyników testów PAS i BDI w obu grupach. Liczba p bliska zera świadczy o wiarygodności wyników.

4. Z porównania częstości współwystępowania objawów lękowych i depresyjnych u kobiet i mężczyzn z astmą ciężką i trudną wynika, że współwystępują one podobnie często u kobiet i mężczyzn ($p = 0,34$, a więc nie zachodzi istotność statystyczna) – tabela 3 na następnej stronie.

5. Z porównania częstości współwystępowania objawów lękowych i depresyjnych u kobiet i mężczyzn z astmą aspirynową wynika, że występują one częściej u kobiet niż u mężczyzn ($p = 0,032$, a więc zachodzi istotność statystyczna) – tabela 4 na następnej stronie.

Tabela 3. Zestawienie częstości współwystępowania objawów lękowych i depresyjnych u kobiet i mężczyzn z astmą ciężką i trudną

Astma ciężka i trudna	Kobiety	Mężczyźni	Razem
Współwystępowanie objawów lękowych i depresyjnych	36 84%	7 16%	43
Brak współwystępowania	42 67%	21 33%	63

współczynnik $\chi^2 = 0,92$, $p = 0,34$

Tabela 4. Zestawienie częstości współwystępowania objawów lękowych i depresyjnych u kobiet i mężczyzn z astmą aspirynową

Astma aspirynowa	Kobiety	Mężczyźni	Razem
Współwystępowanie objawów depresyjnych i lękowych	18 86%	3 14%	21
Brak współwystępowania	48 61%	31 39%	79

współczynnik $\chi^2 = 4,60$, $p = 0,032$

Dyskusja

Badanie wykazało, że zwłaszcza objawy zespołu lęku napadowego, a także objawy depresyjne, występują w badanych grupach pacjentów astmatycznych bardzo często, co jest zgodne z danymi z literatury przedmiotu [2–28] oraz badaniami własnymi [29]. Jednakże literatura internistyczna kładzie nacisk przede wszystkim na znaczenie objawów depresyjnych, podczas gdy niniejsze badanie wskazuje, że w astmie o charakterze ciężkim (astma ciężka i trudna oraz astma aspirynowa) najczęściej występuje zespół lęku napadowego. Badanie koncentrowało się jednak nie na samej częstości występowania tych zespołów zaburzeń psychicznych, ale na ich nasileniu. Stwierdzono w nim istotną statystycznie korelację pomiędzy wzrastającym nasileniem (ciężkością) zespołu lęku napadowego a pojawianiem się i nasilaniem objawów depresyjnych zarówno w astmie ciężkiej i trudnej, jak i w astmie aspirynowej. Z tabel 1 i 2 wynika, że objawy zespołu lęku napadowego występują zazwyczaj jako pierwsze, pod nieobecność objawów depresyjnych, a objawy depresyjne pojawiają się i pogłębiają w miarę nasilania się ciężkości objawów zespołu lęku napadowego. W grupie z astmą trudną jedynie u 5 osób, a w grupie z astmą aspirynową u 9 objawy depresyjne (wyłącznie o lekkim i średnim nasileniu) wystąpiły pod nieobecność objawów lękowych.

W badaniu stwierdzono również, że zarówno objawy zespołu lęku napadowego, jak i objawy depresyjne mają w astmie ciężkiej i trudnej bardzo istotnie statystycznie cięższe nasilenie ($p < 0,001$) aniżeli analogiczne objawy w astmie aspirynowej, w której 29% pacjentów również cierpiało z powodu astmy ciężkiej, a 30% średnio ciężkiej.

Kolejne ważne wyniki związane są z problemem współwystępowania objawów lękowych i depresyjnych w obu badanych grupach. Stwierdzono, że w astmie trudnej dotyczyło ono zarówno kobiet jak i mężczyzn, podczas gdy w astmie aspirynowej

przede wszystkim kobiet (tabele 3 i 4). To zagadnienie w ogóle nie jest podejmowane przez literaturę internistyczną, tymczasem ma duże znaczenie w ocenie ciężkości przebiegu i rokowaniu wspólnie obecnych objawów zespołu lęku napadowego i depresji. W literaturze psychiatrycznej uważa się [32–38], że ten rodzaj współwystępowania ma charakter dość wyjątkowy i nie oddaje jedynie poszerzonego obrazu klinicznego, koniecznego, by sprostać wymogom diagnostycznym klasyfikacji (co jest najczęstszą przyczyną rozpoznawania nawet wielu jednocześnie występujących zaburzeń psychicznych u tego samego chorego), lecz wskazuje na ciężki przebieg objawów, wysokie ryzyko nawrotów i większe trudności w leczeniu aniżeli w przypadku obu zaburzeń występujących samodzielnie, a nawet – na istnienie osobnego, jeszcze nie sklasyfikowanego zaburzenia lękowo-depresyjnego. Największe badanie odnoszące się do tego złożonego i nadal nie rozstrzygniętego tematu przeprowadzono w latach dziewięćdziesiątych XX wieku w USA na podstawie National Comorbidity Survey [33], które obejmowało 8098 osób badanych za pomocą kwestionariusza CIDI (Composite International Diagnostic Interview, oparty na kryteriach DSM-III-R i ICD-10) metodą twarzą w twarz, a nie za pomocą uproszczonych procedur, np. telefonicznych. Wykazało ono, że współwystępowanie zespołu lęku napadowego i depresji jest jednym z najsilniejszych związków współwystępowania zaburzeń psychicznych w ciągu życia, że zespół lęku napadowego zazwyczaj występuje jako pierwsze zaburzenie i jest istotnym czynnikiem ryzyka dla późniejszego rozwoju depresji, a gdy oba obrazy kliniczne nałożą się na siebie, czy też raczej, jeśli pełny obraz kliniczny obejmuje równocześnie objawy depresyjne, napady lęku, lęk antycypacyjny związany z rozwinięciem zachowań unikających oraz zaburzenia poznawcze rezygnacyjne i katastroficzne – jego przebieg jest uporczywy, nasilenie objawów ciężkie, a rokowanie niepewne. Wg NCS nie tylko wspólne występowanie pełnego zespołu lęku napadowego i depresji, ale nawet powtarzających się napadów lęku, bez lęku antycypacyjnego oraz unikania, wraz z wyraźnymi objawami depresyjnymi jest niespecyficznym wyznacznikiem (markerem) ciężkości i uporczywości depresji, jak również, choć mniej wyraziście, innych zaburzeń psychicznych. Rozszerzone publikacje NCS z roku 2000 jeszcze raz potwierdziły ten wynik [34], podobnie jak niemieckie badania z Monachium, obejmujące 3021 osób w wieku 14–24 lat [35]. Został on ponownie potwierdzony w latach 2001–2003 w badaniu NCS Replication [36], obejmującym dwie części. W pierwszej, diagnostycznej, wzięły udział 9282 osoby, a w drugiej, szczegółowej, obejmującej również zjawisko współwystępowania i jego konsekwencji – 5692. W odniesieniu do współwystępowania zaburzeń lękowych, a zwłaszcza zespołu lęku napadowego z depresją, tę konstelację objawową ponownie uznano za przyczynę najcięższych i najbardziej uporczywie przebiegających postaci zaburzenia.

Bardzo częste współwystępowanie zespołu lęku napadowego i depresji w astmie ciężkiej i trudnej wydaje się mieć, w świetle cytowanych powyżej badań, wyjątkowe znaczenie dla zrozumienia ciężkości psychopatologii psychiatrycznej obecnej pośród tej grupy chorych, zwłaszcza że obejmuje zarówno kobiety jak i mężczyzn (choć na astmę ciężką w ogóle, a na astmę ciężką i trudną w szczególności chorują przede wszystkim kobiety [30, 31]). Ten rodzaj współwystępowania zdaje się mieć poważniejsze znaczenie od omawianego w literaturze internistycznej negatywnego i wpływającego na

ciężkość (oraz kontrolę astmy) znaczenia objawów lękowych i depresyjnych osobno. Prawdopodobnie ten specjalistyczny wątek badań psychiatrycznych nie jest jeszcze doceniany przez internistów, podczas gdy może on mieć znaczący wpływ na tworzenie się fenomenu astmy ciężkiej i trudnej.

Wnioski

Potwierdzono obie wstępne hipotezy badania:

1. W grupie pacjentów z astmą ciężką i trudną stwierdzono znacznie większe nasilenie objawów lękowych i depresyjnych aniżeli w grupie z astmą aspirynową.
2. W grupie pacjentów z astmą ciężką i trudną istotnie statystycznie częściej miało miejsce współwystępowanie ciężkiego zespołu lęku napadowego i depresji aniżeli w grupie z astmą aspirynową. Prawdopodobnie ta dotyczyła zarówno kobiet jak i mężczyzn. Współwystępujące ze sobą nasilone objawy lękowe i depresyjne tworzą zaburzenie o charakterze ciężkim i uporczywym (nawracającym), oraz o niepewnym (niekorzystnym) rokowaniu.

Jest prawdopodobne, że wyżej wymienione okoliczności mają wpływ na tworzenie się fenomenu astmy ciężkiej i trudnej. W świetle niniejszego badania jej leczenie wymaga także specjalistycznej farmakoterapii i psychoterapii.

Различия в утяжелении и сосуществовании симптомов синдрома параксизмальной фобии и депрессии при астме тяжелой и трудной, а также при астме с гиперчувствительностью к аспирину (аспириновой)

Содержание

Задание. Проведено исследование двух групп астматических пациентов, в том числе 106 пациентов с астмой тяжелой и трудной и 100 пациентов с астмой гиперчувствительной к аспирину (аспириновая) с различной степенью тяжести. Задачей психиатрического исследования была проверка различий в утяжелении фобийных и депрессивных симптомов между обследованными группами, а также различий при сосуществовании этих симптомов в подгруппах исследованных женщин и мужчин.

Метод. 105 взрослых пациентов, с диагностированной пульмонологом, астмой тяжелой и трудной, а также 100 пациентов с аспириновой астмой обследованы психиатром клиническим путем, а кроме того использован расширенный глоссарий МИНИ 5.00 Инвентаря депрессии Бека (БДИ) и Шкалы паники и агорафобии (ПАС). Психиатрическое обследование проведенное специалистом-психиатром с учетом критериев диагностики по классификации ИЦД-10 и ДСМ-IV. В исследовании приняло участие 78 (74%) женщин и 28 (26%) мужчин с астмой тяжелой и трудной и 66 (66%) женщины и 34 (34%) мужчин с аспириновой астмой. В группе больных тяжелой и трудной астмой средний возраст для женщин составил 51,3 (откл. \pm 14,5), а для мужчин 47,5 (откл. \pm 12,7). В группе больных с аспириновой астмой возраст женщин 52,7 (откл. 12,3) а мужчин 46,8 (откл. 13,0).

Результаты. В ходе исследований обнаружено, что в группе больных с астмой трудной и тяжелой утяжеление как симптомов синдрома параксизмальной фобии, так и депрессии больше статистически значимо, чем при аспириновой астме. Кроме того отмечено, что сосуществование фобийных и депрессивных симптомов, свидетельствующие о тяжести и устойчивости совместного психиатрического нарушения при астме тяжелой и трудной почти всегда относится в равной степени как к женщинам, так и мужчинам, тогда как при аспириновой астме, прежде всего к женщинам.

Выводы. Утяжеление фобийных и депрессивных симптомов при астме трудной и тяжелой, а также частое появление при их сосуществовании так у женщин, как и у мужчин может быть связано с этиологией этого угрожающего жизни и резистентного к лечению подтипа астмы.

Unterschiede in der Intensität und Komorbidität der Symptome der Panikattacke und Depression in starkem und schwerem Asthma und in Aspirin-induziertem Asthma

Zusammenfassung

Ziel. Die Autorin untersuchte psychiatrisch zwei unterschiedliche Gruppen der asthmatischen Patienten: 106 Patienten mit starkem und schwerem Asthma und 100 Patienten mit Aspirin-induziertem Asthma von unterschiedlichem Schweregrad. Das Ziel der Studie war die Prüfung der Unterschiede in der Intensität der Panik- und Depressionssymptome zwischen den untersuchten Gruppen und der Unterschiede in der Komorbidität dieser Symptome in den Untergruppen der untersuchten Frauen und Männern.

Methode. 106 erwachsene Patienten mit dem durch den Facharzt diagnostizierten starken und schweren Asthma und 100 Patienten mit dem Aspirin-induziertem Asthma wurden einer erweiterten Untersuchung unterzogen. Sie füllten die Fragebögen M.I.N.I. 5,00, Beck-Depressions-Inventar (BDI) und die Skala zur Erfassung von Panik und Agoraphobie (PAS) aus. Die psychiatrische Untersuchung wurde durch den Facharzt Psychiater durchgeführt und dabei wurden die diagnostischen Kriterien ICD-10 und DSM-IV berücksichtigt. An der Untersuchung nahmen 78 Frauen (74%) und 28 Männer (26%) mit starkem und schwerem Asthma teil, und 66 (66%) Frauen und 34 Männer (34%) mit Aspirin-induziertem Asthma. In der Gruppe mit dem starken und schweren Asthma lag das Durchschnittsalter bei 51,3 (SD=14.5) für Frauen, und für Männer 47,5 (SD=12,7), dagegen in der Gruppe mit dem Aspirin-induzierten Asthma bei 52.7 (SD=12.3) für Frauen und bei 48.8 (SD=13.0) für Männer.

Ergebnisse. Es wurde festgestellt, dass in der Gruppe mit dem starken und schweren Asthma die Intensität der Symptome der Panikattacke und der Depression statistisch signifikant größer ist als bei dem Aspirin-induzierten Asthma. Es wurde auch festgestellt, dass die Komorbidität der Paniksymptome und Depressionssymptome, die von der Schwere und Hartnäckigkeit der begleitenden psychischen Störung in dem starken und schweren Asthma zeugen, im gleichen Grade die Frauen und die Männer betrifft, während bei dem Aspirin-induzierten Asthma vor allem die Frauen betrifft.

Schlussfolgerungen. Sowohl eine starke Intensität der Symptome der Angst und Depression im schweren Asthma als auch die häufige Komorbidität dieser Symptome bei Frauen und auch bei Männern kann einen Zusammenhang mit der Ätiologie dieses Asthma - Untertyps sein, der das Leben bedroht und arzneimittelresistent ist.

Les différences de la sévérité et de la comorbidité des symptômes de la panique et de la dépression pendant l'asthme difficile et sévère et l'asthme provoqué par l'aspirine

Résumé

Objectif. L'auteur examine deux groupes de patients souffrant de l'asthme : 106 patients avec l'asthme difficile et sévère et 100 – avec l'asthme provoqué par l'aspirine pour décrire les différences de la sévérité et de la comorbidité des symptômes de la panique et de la dépression entre ces deux groupes.

Méthode. On examine ces deux groupes de patients avec : questionnaire M.I.N.I. 5.0, Beck Depression Inventory (BDI) et Panic And Agoraphobia Scale (PAS). L'examen psychiatrique est fait d'après les critères diagnostiques ICD-10 et DSM-IV par le spécialiste en psychiatrie. Le groupe avec l'asthme difficile et sévère se compose de 78 femmes (74% – leur moyenne de l'âge =51,7, SD=14.5) et de 28 hommes (26% – leur moyenne de l'âge=47.5, SD=12.7) ; le groupe avec l'asthme provoqué par l'aspirine compte 66 femmes (66% – leur moyenne de l'âge =52.7, SD=12.3) et 34 hommes (34% – leur moyenne de l'âge=48.8, SD=13.0).

Résultats. Dans le groupe avec l'asthme difficile et sévère l'intensité des symptômes de la panique et de la dépression est beaucoup plus forte que dans le groupe avec l'aspirine provoqué par l'aspirine. La comorbidité de ces symptômes qui témoigne de la sévérité de ces troubles est presque la même chez les femmes que chez les hommes tandis que dans le groupe avec l'asthme provoqué par l'aspirine cette comorbidité concerne surtout les femmes.

Conclusions. L'sévérité des symptômes de panique et de la dépression dans l'asthme difficile et sévère ainsi que la comorbidité de ces symptômes chez les femmes et chez les hommes peut influencer sur l'étiologie de ce type de l'asthme qui souvent résiste à la thérapie et menace la vie des patients.

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. van Peski-Oosterbaan AS, Spinhoven P, van der Does AJW, Willems LNA, Sterk PJ. *Is there a specific relationship between asthma and panic disorder?* Behav. Res. Ther. 1996; 34 (4): 333–340.
5. Perna G, Bertani A, Politi E, Colombo G, Bellodi L. *Asthma and panic attacks.* Biol. Psychiatr. 1997; 42: 625–630.
6. Goodwin RD, Pine DS. *Respiratory disease and panic attacks among adults in the United States.* Chest 2002; 122 (2): 645–650.
7. Nascimento I, Nardi AE, Valenca AM, Lopes FL, Mezzasalma MA, Nascentes R, Zin WA. *Psychiatric disorders in asthmatic outpatients.* Psychiatr. Res. 2002; 110: 73–80.
8. Goodwin RD, Jacobi F, Thefeld W. *Mental disorders and asthma in the community.* Arch. Gen. Psychiatr. 2003; 60, 11: 1125–1130.
9. Goodwin RD, Pine DS, Hoven CW. *Asthma and panic attacks among youth in the community.* J. Asthma 2003; 40 (2): 139–145.
10. Goodwin RD. *Asthma and anxiety disorders.* Adv. Psychosom. Med. 2003; 24: 51–71.
11. Goodwin RD, Eaton WW. *Asthma and the risk of panic among adults in the community.* Psychol. Med. 2003; 33 (5): 879–885.
12. Goodwin RD, Olfson M, Shea S, Lantigua RA, Carrasquillo O, Gameraoff MJ, Weissman MM. *Asthma and mental disorders in primary care.* Gen. Hosp. Psychiatr. 2003; 25: 479–483.
13. Rietveld S, Creer TL. *Psychiatric factors in asthma. Implications for diagnosis and therapy.* Am. J. Respir. Med. 2003; 2, 1: 1–10.
14. Heaney LG, Conway E, Kelly C, Gamble J. *Prevalence of psychiatric morbidity in a difficult asthma population: Relationship to asthma outcome.* Respir. Med. 2005; 99: 1152–1159.
15. Rietveld S, Beest I, Prins PJM. *The relationship between specific anxiety syndromes and somatic symptoms in adolescents with asthma and other chronic diseases.* J. Asthma 2005; 42: 725–730.
16. 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. Psychiatr. 2007; 29: 123–133.
17. Katon W, Lozano P, Russo J, McCauley E, Richardson L, Bush T. *The prevalence of DSM-IV anxiety and depressive disorders in youth with asthma compared with controls.* J. Adolesc. Health 2007; 41: 455–463.

18. Moussas G, Tselebis A, Karkanias A, Stamouli D, Ilias I, Bratis D, Vassila-Demi K. *A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases*. Ann. Gen. Psychiatry 2008; 7: 7.
19. 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.
20. Kewalramani A, Bollinger ME, Postolache TT. *Asthma and mood disorders*. Int. J. Child Health Dev. 2008; 1 (2): 115–123.
21. Lavoie KL, Bacon SL, Barone S, Cartier A, Ditto B, Labrecque M. *What is worse for asthma control and quality of life: depressive disorders, anxiety disorders or both?* Chest 2006; 130: 1039–1047.
22. van Beek N, Schruers KRJ, Griez EJJ. *Prevalence of respiratory disorders in first-degree relatives of panic disorder patients*. J. Affect. Dis. 2005; 87: 337–340.
23. Mancuso CA, Wenderoth S, Westermann H, Choi TN, Briggs WM, Charlson ME. *Patient-reported and physician-reported depressive conditions in relation to asthma severity and control*. Chest 2008; 133: 1142–1148.
24. Strine TW, Ford ES, Balluz L, Chapman DP, Mokdad AH. *Risk behaviors and health-related quality of life among adults with asthma*. Chest 2004; 126: 1849–1854.
25. Oga T, Nishimura K, Tsukino M, Sato S, Haji T, Mishima M. *Analysis of longitudinal changes in the psychological status of patients with asthma*. Respir. Med. 2007; 101: 2133–2138.
26. Wright RJ, Rodriguez M, Cohen S. *Review of psychosocial stress and asthma: an integrated biopsychosocial approach*. Thorax 1998; 53: 1066–1074.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. Holgate ST, Boushey HA, Fabbri LM. *Difficult asthma*. London: Martin Dunitz Ltd. The Livery House; 1999.
31. *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.
32. Wittchen HU. *Critical issues in the evaluation of co-morbidity of psychiatric disorders*. Brit. J. Psychiatry 1996; 168 (supl. 30): 9–16.
33. Kessler RC, Stang PE, Wittchen HU, Ustun TB, Roy-Byrne PP, Walters EE. *Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry 1998; 55: 801–808.
34. Roy-Byrne PP, Stang PE, Wittchen HU, Ustun TB, Walters EE. *Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey*. Brit. J. Psychiatry 2000; 176: 229–235.
35. Goodwin RD, Lieb R, Hoefler M, Pfister H, Bittner A, Beesdo K, Wittchen HU. *Panic attacks as a risk factor for severe psychopathology*. Am. J. Psychiatry 2004; 161: 2207–2214.
36. Kessler RC, Tat Chiu W, Demler O, Walters EE. *Prevalence, severity and comorbidity of 12-months DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62: 617–627.

37. Olino TM, Klein DN, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. *Longitudinal associations between depressive and anxiety disorders: a comparisons of two trait models*. Psychol. Med. 2008; 38 (3): 353–363.
38. Nandi A, Beard JR, Galea S. *Epidemiologic heterogeneity of common mood and anxiety disorders over the lifecourse in the general population: a systemic review*. BMC Psychiatry 2009; 9: 31.
39. 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.
40. 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.
41. *Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy*. Med. Prakt. 2009; 5: wydanie specjalne.
42. Jenkins C, Costello J, Hodge L. *Systematic review of prevalence of aspirin induced asthma and its implications for clinical practice*. BMJ 2004; 328: 434.
43. Kasper L, Śladek 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.
44. Szczeklik A, Stevenson DD. *Clinical and pathologic perspectives on aspirin sensitivity and asthma*. J. Allergy Clin. Immunol. 2006; 118: 773–786.
45. Picado C, Castillo JA, Montserrat JM, Augusti-Vidal A. *Aspirin intolerance as a precipitating factor of life-threatening attacks of asthma requiring mechanical ventilation*. Eur. Respir. J. 1989; Feb 2 (2): 127–129.
46. *M.I.N.I. (DSM-IV)* Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta I, Amorim P, Bonora LI, Lepine JP (Inserm -Paris, France), Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M (University of South Florida-TAMPA, USA), 1998. Polska wersja (5.0.0): Masiak M, Przychoda J. Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie.
47. Bandelow B. *Panic and Agoraphobia Scale (PAS)*. Seattle, Toronto, Bern, Goettingen: Hogrefe and Huber Publishers; 1999.
48. 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: 3.07.2010
Zrecenzowano: 19.11.2010
Otrzymano po poprawie: 10.12.2010
Przyjęto do druku: 7.04.2010