

## Astma ciężka i płeć chorych a obecność doznanych urazów psychicznych

### Difficult asthma and gender of patients versus the presence of profound psychological trauma

Anna Potoczek<sup>1</sup>, Ewa Niżankowska-Mogilnicka<sup>2</sup>, Grażyna Bochenek<sup>2</sup>,  
Andrzej Szczeklik<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Klinika Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii CM UJ

Kierownik katedry: prof. dr hab. n. med. J. Bomba

Kierownik kliniki: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

<sup>2</sup> Klinika Pulmonologii II Katedry Chorób Wewnętrznych CM UJ

Kierownik katedry: prof. dr hab. n. med. A. Szczeklik

Kierownik kliniki: prof. dr hab. n. med. E. Niżankowska-Mogilnicka

#### Summary

**Background.** The authors examined psychiatrically a group of 97 patients suffering from severe asthma (classified according to GINA 2002). The special interest of the study was the careful analyse the time, context and content of different psychological traumas that the patients had throughout their lives.

**Methods.** Mini International Neuropsychiatric Interview, Polish version 5.0.0., Panic and Agoraphobia Scale, The Body Sensations Interpretation Questionnaire, Beck's Depression Inventory, Family Functioning Questionnaire (KOR), Antonovsky's Sense of Coherence Scale (SOC-29), Bond's Defence Style Questionnaire (DSQ-40) and Life Inventory were used.

**Results.** The proportion of women in the group of 97 severe asthmatics was 75%, which is in compliance with literature. This fact is probably due to specific trauma of suffering and/or death of an emotionally close person, which occurred in 80% of the study group. This trauma may have direct impact on the intensity of anxious and depressive symptoms, catastrophic interpretation of bodily sensations, coherence, a more frequent use of immature defence style and impaired family functioning.

**Conclusion.** It is highly possible, that strictly psychological and psychiatric problems affect the severity of asthma more, than it was realised before.

*Słowa klucze:* astma ciężka, płeć, uraz psychiczny

*Key words:* difficult asthma, gender differences, trauma

#### Wstęp

Zarówno w literaturze psychiatrycznej, jak i internistycznej pojawiają się doniesienia o częstym współwystępowaniu zaburzeń psychicznych (zwłaszcza lękowych)

w przebiegu astmy u pacjentów dorosłych [1–9]. Istnieje także bogata literatura, zwłaszcza zorientowana psychoanalitycznie, dotycząca związków pomiędzy przebiegiem astmy a ważnymi relacjami u dzieci [10]. Choć astma występująca u dzieci w oczywisty sposób modyfikuje sytuację życiową małych pacjentów i ich rodzin, to jednak obserwacje i wnioski, do których dochodzą psychiatrzy i psychologowie zajmujący się dziećmi astmatycznymi, są zasadniczo zbieżne z tymi, które dotyczą rozwoju zaburzeń lękowych u dzieci somatycznie zdrowych [11–15]. Swoistość problemu współwystępowania astmy i zaburzeń psychicznych wydaje się polegać na tym, że możliwe jest istnienie wspólnych patomechanizmów na poziomie zarówno psychologicznym, jak i biologicznym, które doprowadzają do błędnego koła nasilania się objawów astmatycznych i psychicznych, co prowadzi do powstania tzw. astmy ciężkiej, która jest chorobą bezpośrednio zagrażającą życiu [16–18].

W przeciwieństwie do literatury psychologicznej poświęconej astmie dziecięcej, ta sama problematyka w odniesieniu do astmatyków dorosłych jest raczej uboga i sprowadza się głównie do badania zależności pomiędzy ostrym i przewlekłym stresem a objawami astmy [19–21]. Podejście takie, choć poparte poważnymi badaniami, ma jednak ograniczenia. Nie wyjaśnia, na przykład, częstego współwystępowania zespołu lęku napadowego u pacjentów astmatycznych [22], nie odpowiada także na nurtujące internistów pytanie o przyczyny, dla których na astmę ciężką chorują przede wszystkim kobiety, a nie mężczyźni [23] – odwrotnie niż w innych chorobach płuc, gdzie za ważne (i częstsze wśród mężczyzn) przyczyny etiologiczne uważa się palenie, narażenie na warunki szkodliwe i właśnie stres.

Próby podjęcia wyjaśnień tych problemów mogą iść w kierunku już wyznaczonym przez badania nad astmą dziecięcą, lecz odnoszące się do dalszego, dorosłego życia pacjentów chorych na astmę w ogóle, a szczególnie na astmę ciężką. Sprzyja temu szybki rozwój badań zarówno nad poznawczym podejściem do zespołu lęku napadowego, które akcentuje znaczenie dysfunkcyjnej interpretacji ważnych doświadczeń życiowych [24–27], jak i nad zespołem stresu pourazowego (PTSD) [28], w którym urazy psychiczne doznane w okresie dorosłości odgrywają kluczową rolę. Wydaje się, że przynajmniej do pewnego stopnia możliwa jest integracja obu tych nurtów [29–35].

Dotychczasowe doświadczenia własne [22–34] pozwalają postawić hipotezę, że dla chorych na astmę ciężką ze współwystępującym zespołem lęku napadowego, jak też dla chorych na „czysty” zespół lęku napadowego, którzy zostali zdiagnozowani jako somatycznie zdrowi, duże znaczenie ma szczególnego rodzaju uraz psychiczny okresu dorosłości, polegający na aktywnym i długotrwałym uczestniczeniu w ciężkiej chorobie somatycznej i/lub śmierci ważnej emocjonalnie osoby, najczęściej należącej do najbliższej rodziny (rodzica, dziecka, małżonka). Trauma taka polega nie tylko na przeżyciu głębokiej utraty emocjonalnej, ale także, a może nawet przede wszystkim, na długotrwałej obserwacji narastających objawów choroby, ich interpretacji, czynnym świadczeniu i organizacji opieki, co zazwyczaj dzieje się w faktycznej emocjonalnej izolacji od dalszego otoczenia, niejednokrotnie wręcz w sytuacji ukrywania prawdy i samotnym zmaganiu się z lękiem, bezradnością i rozpaczą. Sam fakt utraty nie jest więc tożsamy z charakterem opisanego urazu.

Jej konsekwencją może być bardzo często występujące i opisywane w cytowanej już literaturze poznawczej zjawisko „katastroficznej interpretacji doznań somatycznych”. Nadmierna („katastroficzna”) interpretacja aktualnych objawów somatycznych, zwłaszcza takich, jak: duszność, uczucie ucisku w klatce piersiowej, tachykardia, drżenia itp., przez pacjentów z zespołem lęku napadowego i/lub astmą prowadzi do ich szybkiego i obiektywnie rejestrowanego nasilania się na skutek uruchomienia mechanizmu błędnego koła. Odgrywają w nim rolę różne, wspierające się czynniki biologiczne i psychiczne – co może wpływać na „katastroficzny” sposób odczuwania, a w miarę postępu czasu również na rzeczywistą ciężkość ataków astmy.

Wpływ opisywanej traumy na pogorszenie się stanu psychicznego pacjentów chorych na astmę może być całkiem bezpośredni w czasie lub też przez pewien okres, zazwyczaj krótki (miesiące) pozostaje w stanie latencji. Wydaje się jednak, że pogorszenie ciężkości astmy jest z nim niewątpliwie powiązane.

Na opisaną traumę okresu dorosłości szczególnie narażone są kobiety, ponieważ to one najczęściej zajmują się ciężko chorymi w wyżej opisany sposób. W Polsce potwierdzają to kulturowe zjawisko rzetelne badania socjologiczne, jak również często przeprowadzane w naszym kraju badania opinii i rynku, np. przez „Pentor” [36–38]. Być może okoliczności życia i trudności radzenia sobie z traumą choroby i/lub śmierci mają wpływ na fakt, że tak na astmę ciężką, jak i na „czysty” zespół lęku napadowego znacznie częściej chorują właśnie kobiety. Nie ma dowodów na to, że są one od początku biologicznie lub psychologicznie bardziej podatne na wystąpienie zaburzenia lękowego i/lub astmy – takie są zresztą wnioski internistów dotyczące astmy – lecz że podatność ta jest kształtowana przez trudne doświadczenia osobiste.

Należy więc podkreślić, że ryzyko wystąpienia zespołu lęku napadowego, tak często towarzyszącego astmie, zależy także od wielu złożonych okoliczności wewnętrznych i zewnętrznych [39], takich jak: sytuacja rodzinna, wsparcie i zrozumienie, jakie pacjent znajduje w najbliższym otoczeniu, mechanizmy obronne osobowości, jakimi się posługuje, a także sposób interpretacji różnych życiowych doświadczeń i związków (ogólna koherencja wg modelu salutogenezy Antonovskiego). Opisana trauma może mieć szczególnie dewastujący psychicznie wpływ, o ile doświadczą jej osoby mające wcześniej i w trakcie jej trwania trudności w powyższych zakresach, niezależnie od tego, czy pacjent jest kobietą, czy mężczyzną. Być może też pod wpływem traumy dochodzi do dalszego pogłębienia się dotychczasowych problemów, co wtórnie ma poważny wpływ na ciężkość astmy.

Celem pracy było:

1. Sprawdzenie, jak często w grupie pacjentów z astmą ciężką występowały poważne trudności i urazy okresu dzieciństwa oraz specyficzne urazy okresu dorosłości (trauma choroby i/lub śmierci bliskiej emocjonalnie osoby, przeżyta przez pacjenta w okresie zbliżonym do zachorowania na astmę ciężką lub znacznego nasilenia ciężkości astmy już rozpoznanej).
2. Zbadanie, jaki jest związek obu rodzajów urazów (lub ich braku) z nasileniem występujących u pacjentów z astmą ciężką objawów lękowych i depresyjnych, katastroficznej interpretacji stanu zdrowia, stosowanymi mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym.

## Material i metoda

### Opis badanej grupy

#### *Charakterystyka stanu somatycznego*

Badaniem objętych zostało 97 pacjentów, w tym 73 kobiety (75%) i 24 mężczyzn (25%) z rozpoznaniem astmy ciężkiej, hospitalizowanych (w większości wielokrotnie) w Klinice Pulmonologii II Katedry Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum UJ w Krakowie w latach 2003, 2004 i w pierwszej połowie 2005 r. Badanie miało charakter naturalistyczny. Zbadano wszystkich takich pacjentów i jedynym kryterium doboru do grupy badanej było rozpoznanie internistyczne. Żaden z pacjentów nie odmówił udziału w badaniu, a część z nich, po wypisie z Kliniki Pulmonologii, podjęła systematyczne leczenie w Ambulatorium Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ.

Za podstawę rozpoznania przyjęto kryteria wg raportu NHLBI/WHO, zwane także GINA 2002 (Global Initiative for Asthma) [16]. Raport ten stwierdza, że ciężkość astmy ocenia się na podstawie obrazu klinicznego przed rozpoczęciem leczenia, a jeśli chory już otrzymuje leczenie, klasyfikację przeprowadza się, uwzględniając aktualne objawy kliniczne, zużycie leków z grupy beta<sub>2</sub>mimetyków stosowanych przez pacjentów doraźnie oraz na podstawie obiektywnych parametrów czynności płuc. Za kryteria rozpoznania astmy przewlekłej ciężkiej, czyli 4. stopnia ciężkości astmy, uważa się: codzienne występowanie objawów, częste zaostrzenia, częste objawy nocne, FEV<sub>1</sub> i PEF mniejsze lub równe 60% wartości należnej lub maksymalnej dla danego chorego oraz dobowe wahania PEF większe niż 30%.

Średni wiek badanej grupy wynosił 49,8 lat (17–83 lata, SD=14,1), średni czas trwania choroby 14,3 lat (1–60 lat, SD=11,7), średnia ilość hospitalizacji 9,4 raza (2–50 razy).

Część chorych cierpiała na tzw. astmę trudną, często oporną na leczenie farmakologiczne. Ci pacjenci wymagali stosowania przewlekłe wysokich dawek sterydów doustnych, tj. kilkanaście do kilkudziesięciu mg/dobę (najwyższa dawka 60 mg/dobę). Pomimo tego dochodziło u nich do poważnych zaostrzeń choroby, co wiązało się z wielokrotnymi hospitalizacjami, w tym często na oddziałach intensywnej terapii. Większość chorych stanowiły osoby, które przez cały okres trwania choroby wymagały zażywania glikokortykosteroidów doustnych i równocześnie dużych dawek glikokortykosteroidów wziewnych. Rozpiętość minimalnej dawki podtrzymującej wahała się u tych chorych od 2 do 16 mg/dobę w przeliczeniu na metylprednizolon. Miewali oni kilka razy do roku zaostrzenia astmy, które wiązały się z koniecznością okresowego zwiększania dawek glikokortykosteroidów doustnych w warunkach ambulatoryjnych, a czasami także z hospitalizacją. Średnia wartość IgE całkowitego w badanej grupie wynosiła 170 IU/ml, zaś eozynofilia bezwzględna 209/mm<sup>3</sup>.

#### *Charakterystyka społeczna chorych*

W grupie badanej zdecydowanie przeważały osoby mające własną rodzinę, z którą zamieszkiwały (79 chorych), w stosunku do osób samotnych (18 chorych). Przeważały

(65 chorych) osoby określane według fazy rozwoju rodziny jako „małżeństwo starsze bez dziecka” i „małżeństwo starsze z dzieckiem powyżej 20 roku życia”. 65 osób znajdowało się na rencie inwalidzkiej, 21 osób pracowało, 11 było na emeryturze.

Urazy okresu dzieciństwa (przemoc psychiczną i fizyczną, śmierć jednego lub obojga rodziców, alkoholizm w rodzinie, molestowanie seksualne) ujawniło 20 pacjentów (21%).

Urazy przeżyte w okresie dorosłości, polegające na długotrwałym sprawowaniu czynnej opieki nad bliskimi osobami ciężko chorymi somatycznie i/lub umierającymi ujawniło 77 osób (79,5%) z całej grupy. Urazy takie były udziałem 45% badanej podgrupy mężczyzn i 66% badanej podgrupy kobiet. Także to zestawienie potwierdza, że kobiety zajmowały się chorymi częściej niż mężczyźni.

Wśród tych chorób zdecydowanie przeważały choroby nowotworowe, ciężka astma kończąca się śmiercią, ciężkie choroby neurologiczne i stany po ciężkich wypadkach różnego rodzaju, nierokujące poprawy i powrotu do częściowego choćby samodzielnego funkcjonowania.

### Metody badań

66 pacjentów zbadano wszystkimi opisanymi poniżej metodami (osób samotnych nie badano kwestionariuszem KOR), a u 31 (którzy byli badani jako pierwsi) w badaniu nie użyto kwestionariuszy SOC-29 i DSQ-40.

1. MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). Autorzy: D.V. Sheehan, Y. Lecrubier. 1998. Polska wersja (5.0.0) opracowana przez: M. Masiak, J. Przychoda. Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie. MINI zostało stworzone jako krótkie, ustrukturalizowane badanie głównych zaburzeń psychicznych Osi I w DSM IV. Służy do badań diagnostycznych [40].

2. Panic and Agoraphobia Scale (PAS). Autor: B. Bandelow, Department of Psychiatry of Goettingen, wersja 1999 [41]. Służy do oceny głębokości zespołu lęku napadowego. Składa się z dwóch skal, z których jedną wypełnia lekarz, a drugą pacjent. Ocena wyniku z następującej punktacji:

Wersja lekarza:

0-6 punktów: remisja

7-17: przebieg łagodny

18-28: przebieg średnio ciężki

29-39: przebieg ciężki

40 i więcej: przebieg bardzo ciężki

Wersja pacjenta:

0-8: remisja

9-18: przebieg łagodny

19-28: przebieg średnio ciężki

29-39: przebieg ciężki

40 i więcej: przebieg bardzo ciężki

3. BSIQ (The Body Sensations Interpretation Questionnaire). Autorzy: D. M. Clark, P. Salkovskis, L. Oest, E. Breitholz, K. Koehler, B. Westling, A. Jeavons, M. Gelder. Department of Psychiatry, University of Oxford; Department of Psychology, Stockholm University; Department of Psychiatry, University of Uppsala, 1995. Kwestionariusz składa się z 14 stwierdzeń, z których 7 dotyczy sytuacji neutralnych, a 7 interpretacji stanu zdrowia, przy czym pacjent może wybrać jedną z wersji odpowiedzi, z których tylko jedna jest katastroficzna, np.:

Czujesz, że brakuje ci tchu. Dlaczego?

- a) to pierwsze objawy grypy
- b) zaraz zaczniesz się dusić albo przestaniesz oddychać
- c) jesteś fizycznie „do niczego”

W badaniu zliczono jedynie odpowiedzi świadczące o katastroficznej interpretacji stanu zdrowia. Wynik maksymalny wynosi 7, minimalny 0.

4. Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI), 1961, A. Beck, standaryzacja polska: T. Parnowski, W. Jernajczyk. 1977 [42]. Jedna z najczęściej używanych na świecie metoda badania głębokości depresji. Tworzy 21-punktowy inwentarz objawów w depresyjnych. Sposób oceny:

0-9 punktów: brak objawów depresji

10-19: depresja lekka

20-25: depresja średnia

powyżej 25: depresja głęboka.

5. Kwestionariusz Oceny Rodziny (KOR), polska adaptacja kwestionariusza M. Cierpki i G. Frevent, opartego na tzw. modelu procesu rodzinnego H. Steinhauera, który stanowi modyfikację kanadyjskiego narzędzia Family Assessment Measure – FAM III. Bada wymiary: Wypełniania Zadań, Pełnienia Ról, Komunikacji, Emocjonalności, Zaangażowania Uczuciowego, Kontroli, Wartości i Norm, w funkcjonowaniu całej rodziny, diady (pary małżeńskiej) i konkretnej osoby w ramach tej rodziny. Złożony jest z trzech osobnych kwestionariuszy: samooceny, oceny relacji dwuosobowych i oceny rodziny.

W opisywanym badaniu rodzinę oceniał wyłącznie pacjent/pacjentka z rozpoznaniem zespołu lęku napadowego – sytuacja taka jest dopuszczalna z punktu widzenia metodologii. Do interpretacji wyników włączono, oprócz grupy badanej, czyli pacjentów z zespołem lęku napadowego, grupę kontrolną, którą była dobrana parami grupa rodzin funkcjonujących prawidłowo, uczestnicząca w badaniach standaryzacyjnych Kwestionariusza Oceny Rodziny.

Adaptacja polska 2002 [43–44].

6. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (The Sense of Coherence Questionnaire SOC-29) A. Antonovski, 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 [45]. Współczynniki zgodności wewnętrznej dla poszczególnych skal i całego kwestionariusza wynosiły odpowiednio: 0,78, 0,72, 0,68, 0,92.

Kwestionariusz pozwala oszacować ogólny poziom poczucia koherencji, a także poziom trzech jego wymiarów: poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności. 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.

Nie określono ścisłych norm polskich. Na podstawie wielokrotnych badań wykonywanych w wielu krajach na wielu grupach (także w Polsce) uważa się, że osoby zdrowe i prawidłowo funkcjonujące osiągają ogólny poziom koherencji około 120–130. W badaniach polskich np. zdrowi policjanci brygad antyterrorystycznych osiągalni wyniki około 130–140, osoby chore na depresję około 70–80. Wyniki maksymalne (około 200 punktów) uważane są za mało wiarygodne, wynikające z mechanizmów dyssymulacji i falsyfikacji.

7. Kwestionariusz Mechanizmów Obronnych (Defense Style Questionnaire DSQ-40) G. Andrewsa, M. Singh i M. Bonda z 1993 roku. Opisuje takie mechanizmy obronne jak: sublimacja, humor, antycypacja, stłumienie, pseudoaltruizm, idealizacja, formacja reaktywna, odczynianie, projekcja, bierna agresja, przemieszczenie, acting-out, izolacja, dewaluacja, fantazje schizoidalne, zaprzeczenie, dysocjacja, rozszczepienie, racjonalizacja, somatyzacja.

Przy każdym z 40 zdań kwestionariusza znajduje się skala szacunkowa od 1 do 9 punktów, interpretowanych według klucza. Służy on indywidualnej samoocenie badanego i umożliwia ocenę zachowań obronnych dojrzałych i niedojrzałych.

Prace nad adaptacją do warunków polskich prowadzili: T. Bogutyn, A. Kokoszka, J. Pałczyński, P. Holas [46] oraz: A. Kokoszka, J. Roman, L. Bryła, A. Grabowski [47].

8. Ankieta życiorysowa, która zawiera pytania dotyczące zwłaszcza sytuacji rodzinnej w dzieciństwie, urazów psychicznych w okresie dzieciństwa i adolescencji, w tym szczególnie nadużyć fizycznych, emocjonalnych i seksualnych, objawów lękowych ujawniających się w tych okresach, a także urazów psychicznych okresu dorosłości, ze szczególnym uwzględnieniem traumy choroby i/lub śmierci bliskiej osoby, pozostającej w bliskim, emocjonalnym kontakcie z pacjentem. Ankieta zawiera pytania o diagnozę tej choroby, długość jej trwania, ciężkość objawów, a także charakter funkcji opiekuńczych spełnianych przez pacjenta, częstość jego kontaktów z chorym i organizowanie opieki personelu medycznego. Pytano także o relacje czasowe pomiędzy opieką nad bliskim chorym a ewentualnymi zmianami i pogorszeniem własnego stanu zdrowia osoby badanej.

#### 9. Badanie psychiatryczne.

##### Użyte w badaniu metody statystyczne

- test „t” dla prób niezależnych (istotność dwustronna);
- współczynniki korelacji rang Spearmana;
- test „t” dla prób zależnych (istotność dwustronna) i korelacje dla prób zależnych (liniowe);
- statystyki opisowe;
- rozkłady liczebności.

### Wyniki badań

1. Wśród pacjentów z astmą ciężką było więcej kobiet (71,6%) niż mężczyzn (28,4%). Obserwowana proporcja była istotna statystycznie (tab. 1).

Tabela 1

**Rozkład płci w badanej grupie i wynik testu dwumianowego dla proporcji płci w badanej grupie**

Płeć	N	Obserwowana proporcja	Proporcja testowa	Istotność asymptotyczna (dwustronna)
Kobiety	73	0,75	0,50	0,000(a)
Mężczyźni	24	0,25		
	97	1,00		

a – na bazie aproksymacji statystyki Z.

2. Za pomocą szczegółowego badania psychiatrycznego (łącznie ze zbieranym w jego trakcie wywiadem rodzinnym) oraz Ankiety Życiorysowej zbadano częstość występowania w badanej grupie z astmą ciężką obecności urazów psychicznych okresu dziecięcego i wczesnej młodości. Stwierdzono je u 20 badanych (21% grupy). Natomiast urazy okresu dorosłości (choroby i śmierci bliskiej emocjonalnie osoby) występowały u 77 badanych (79% grupy). Ten rodzaj urazów występował częściej w podgrupie kobiet (67%) niż w podgrupie mężczyzn (44%).

Urazy dziecięce i trauma w dorosłości wystąpiły łącznie tylko u 15 pacjentów (15,5% grupy). Krzyżowe zależności pomiędzy różnymi rodzajami urazów przedstawia tabela nr 2.

Tabela 2

**Tabela krzyżowa – urazy okresu dzieciństwa\* urazy okresu dorosłości (choroby i/lub śmierci bliskiej emocjonalnie osoby)**

		Urazy okresu dorosłości		Ogółem
		Brak	Obecne	
Urazy okresu dzieciństwa	Brak	15 (15,4%)	62 (63,6%)	77 (79%)
	Obecne	5 (5,5%)	15 (15,5%)	20 (21%)
Ogółem		20 (20,6%)	77 (79,3%)	97 (100%)

3. Ze względu na stwierdzoną u badanych pacjentów z astmą ciężką obecność dwojakiego rodzaju urazów psychicznych (okresu dzieciństwa i dorosłości, przez który rozumiano przede wszystkim uraz choroby i śmierci bliskiej emocjonalnie osoby) podzielono badaną grupę na trzy podgrupy:

a) osoby, które nie doświadczyły urazów okresu dzieciństwa ani urazów okresu dorosłości (15,4% całej grupy badanej);



b) osoby, które nie doświadczyły urazów okresu dzieciństwa, ale doświadczyły urazów okresu dorosłości (63,6% całej badanej grupy);

c) osoby, które doświadczyły obu rodzajów urazów (15,5% badanej grupy).

Podgrupa czwarta, do której należą osoby, które doznały urazów okresu dzieciństwa, ale nie doznały urazów okresu dorosłości, była zbyt mała (5 osób, 5,5% całej badanej grupy), by dokonać względem niej obliczeń statystycznych.

Stwierdzono, że istotne statystycznie różnice pomiędzy niemal wszystkimi badanymi zmiennymi (wynikającymi ze wszystkich użytych w badaniu metod) występują pomiędzy podgrupą a oraz b i c, co oznacza, że różnicujące znaczenie miała tu obecność urazu choroby i śmierci bliskiej emocjonalnie osoby.

Istotne statystycznie różnice nie występowały pomiędzy podgrupą b i c, natomiast porównanie wyników uzyskanych w obu tych podgrupach wskazuje, że pacjenci z podgrupy c (najbardziej obciążeni urazami psychicznymi) mieli najwyższe ze wszystkich badanych wyniki w skalach badających objawy lękowe i depresyjne, najsilniejszą katastroficzną interpretację stanu swojego zdrowia, najniższą koherencję, najczęściej posługiwali się nieprawidłowymi mechanizmami obronnymi i mieli największe trudności w funkcjonowaniu rodzinnym.

Ze względu na trudności w graficznym przedstawieniu wszystkich stwierdzonych statystycznie różnic (badano w sumie 62 zmienne) pomiędzy podgrupą (a) bez urazu choroby i śmierci bliskiej emocjonalnie osoby a podgrupą (b i c), która jej doświadczyła, ograniczono się do opisu:

- podgrupa a (bez urazu choroby i/lub śmierci bliskiej osoby) uzyskała statystycznie znacząco niższe od podgrupy b i c wyniki w badaniu skalami PAS, BDI i BSIQ;
- podgrupa a miała znacząco wyższe (czyli lepsze) wyniki w badaniu skalą SOC (ogólnie i we wszystkich trzech podskalach, czyli poczuciu zaradności PZ, poczuciu zrozumiałości PZR i poczuciu sensowności PS) niż podgrupa b i c;
- podgrupa a znacząco różniła się od podgrupy b i c istotnie rzadszym stosowaniem takich nieprawidłowych mechanizmów obronnych, jak: projekcja, izolacja, fantazje schizoidalne, przemieszczenie i somatyzacja (czyli nieprawidłowych);
- podgrupa a uzyskała wyniki niższe (czyli lepsze) od podgrupy b i c w następujących podskalach kwestionariusza KOR badającego relacje rodzinne: pełnienia ról, emocjonalności, wartości i norm oraz pretensji w kwestionariuszu samooceny; wypełniania zadań, pretensji, emocjonalności, zaangażowania uczuciowego, komunikacji, wartości i norm oraz relacji pozytywnych w kwestionariuszu rodzinnym; wypełniania zadań, pretensji, komunikacji, emocjonalności, zaangażowania uczuciowego i relacji pozytywnych w kwestionariuszu funkcjonowania w diadzie małżeńskiej. Świadczy to o tym, że relacje rodzinne podgrupy a okazały się we **wszystkich** badanych podskalach kwestionariusza KOR istotnie lepsze, bardziej harmonijne i dające więcej wsparcia niż w przypadkach podgrup b i c.

### Dyskusja

Wyniki badania potwierdziły, że astma ciężka jest chorobą wysoce inwalidyzującą, która wywiera poważny wpływ na sytuację społeczną pacjentów (aż 67% badanych

znajdowało się na rencie inwalidzkiej). W badanej grupie było znacząco więcej kobiet (71,6%) niż mężczyzn (28,4%), co jest zgodne z danymi z literatury [22, 23]. Równocześnie literatura internistyczna podaje hipotezę, że może to być spowodowane większym narażeniem lub też większą podatnością kobiet na szeroko rozumiany stres [18–21, 35], jednak bez precyzowania przyczyn, dla których kobiety miałyby reagować na stres inaczej niż mężczyźni. Pomimo obszernych badań na ten temat nadal nie wiadomo, na czym opiera się związek częstości występowania tego rodzaju astmy z płcią chorych. Nie wiadomo także, dlaczego u pacjentek chorych na astmę ciężką znacząco częściej niż u pacjentów mężczyzn stwierdza się współwystępowanie astmy i poważnych problemów psychicznych, w tym szczególnie zaburzeń lękowych i depresji [1–7]. Hipotezy łączące te dane z fizjologią kobiety, np. występowaniem zaburzeń hormonalnych, leczeniem hormonalnymi lekami antykoncepcyjnymi, występowaniem zespołu napięcia przedmiesiączkowego, przebiegiem ciąży i porodu, trudnościami w opiece nad dzieckiem nie wydają się w pełni wyjaśniać tak wielkich dysproporcji pomiędzy częstością występowania ciężkiej astmy u kobiet i mężczyzn [18, 23].

Wydaje się, że psychiatria i psychologia mogą wnieść pewien wkład w próby odpowiedzi na powyższe pytania. Istniejąca literatura psychologiczna na temat astmy dziecięcej [10] sugeruje, że należy głębiej zastanowić się nad wpływem szczególnie głębokiego i ciężkiego osobniczego stresu, który w piśmiennictwie psychiatrycznym określa się mianem urazu psychicznego. Urazy psychiczne w sposób bardzo ogólny dzielone są na wczesne (okresu dzieciństwa i wczesnej młodości) oraz na urazy okresu dorosłości (aktualne). Przez wiele dziesiątków lat psychiatria, a zwłaszcza psychoterapia koncentrowały swą uwagę na znaczeniu i wpływie urazów wczesnych na późniejszy rozwój psychiczny człowieka. To podejście stosuje się nadal w odniesieniu do astmy dziecięcej, akcentując znaczenie, jakie ma dla chorego dziecka tzw. rozwój lękowy [11–15], wpływający w sposób bezpośredni na dynamikę astmy. Jednakże ten sposób rozumienia powiązań pomiędzy astmą a obciążającymi okolicznościami psychicznymi i życiowymi w żaden sposób nie wyjaśnia interesującego nas faktu przewagi kobiet spośród pacjentów chorujących na ciężką astmę w wieku dorosłym.

Równocześnie w ostatnich latach rozwija się inny nurt badań nad znaczeniem traumy aktualnej, akcentujący jej ogromny wpływ na psychiczne funkcjonowanie człowieka [28–31]. Nie kwestionując wcześniejszych odkryć i dokonań psychiatrii odnoszących się do znaczenia traumy wczesnej, podkreśla on patogenne znaczenie ostrego i przewlekłego stresu aktualnego w etiologii zaburzeń lękowych i depresyjnych, które u pacjentów z astmą ciężką mogą modyfikować dynamikę astmy i wpływać na jej ciężkość. Z przeprowadzonych przez nas badań może wynikać, że wpływ taki istotnie ma miejsce.

Na podstawie badań własnych (przypomnę raz jeszcze: stwierdziliśmy takiego rodzaju urazy u 79% całej badanej grupy, u 45% podgrupy mężczyzn i 66% podgrupy badanych kobiet) wydaje się prawdopodobne, że na dynamikę astmy ciężkiej duży wpływ mogą wywierać szczególnego rodzaju urazy aktualne, polegające na przewlekłym, długotrwałym sprawowaniu opieki nad ciężko chorą lub/i umierającą bliską emocjonalnie osobą [22–34]. Uraz taki ma nie tylko głębokie znaczenie emocjonalne.

Jest on również ściśle związany z procesami uczenia się, które w tym wypadku dotyczą specyfiki występowania i stopniowego narastania objawów somatycznych oraz ich znaczenia dla zdrowia i życia człowieka. Można zatem powiedzieć, że opiekunowie zmuszeni są do opanowania nieznanego im dotąd zakresu wiedzy o funkcjonowaniu organizmu i sygnałach dotyczących zagrożenia spowodowanego chorobą podopiecznego. Długotrwałe narażenie na tego rodzaju uraz skłania opiekunów do przywiązywania wielkiego znaczenia do takich objawów somatycznych, na które dotychczas nie zwracali większej uwagi. Dotyczy to nie tylko ich podopiecznych, lecz także ich samych. W konsekwencji stają się oni skłonni do skupiania uwagi także na własnym stanie zdrowia, co może powodować, a następnie stopniowo nasilać zjawisko tzw. katastroficznej interpretacji własnego zdrowia. Przyczynia się ono do większego ryzyka wystąpienia zespołu lęku napadowego [24–27]. Zespół ten często współwystępuje z astmą o różnej ciężkości, a zwłaszcza z astmą ciężką [1–4, 6–8, 22]. Jest warte uwagi, że również w przypadku czystego zespołu lęku napadowego potwierdzono jego częstsze występowanie u kobiet niż u mężczyzn [26].

W badaniu potwierdzono, że u pacjentów z astmą ciężką istotnie statystycznie przeważają urazy choroby i śmierci bliskiej emocjonalnie osoby (77 badanych, 79%) nad obecnością urazów okresu dzieciństwa (20 badanych, 21%).

Jednakże z badania nie wynika, że kobiety miałyby być w jakiś sposób bardziej podatne na występowanie zespołu lęku napadowego i depresji – skłania ono raczej do hipotezy, że zaburzenia te rozwijają się u kobiet częściej w związku z pełnią przez nie rolę społeczną i jej specyfiką, a następnie mogą mieć wtórny, poważny wpływ na dynamikę astmy. U badanych mężczyzn, którzy doznali analogicznych urazów, a ich rola społeczna jest podobna do tradycyjnej roli kobiecej, kolejność i treść opisywanych zjawisk wydaje się taka sama.

Porównanie ogólnego życiowego funkcjonowania pacjentów, które obejmowało badanie obecności i nasilenia stwierdzanych u nich objawów lękowych i depresyjnych, katastroficznej interpretacji ich stanu zdrowia, koherencji, stosowanych mechanizmów obronnych osobowości oraz relacji rodzinnych wykazało, że osoby, niezależnie od płci, które nie doznały w życiu żadnych z opisanych urazów psychicznych, funkcjonują statystycznie istotnie lepiej we **wszystkich** badanych zakresach, w przeciwieństwie zwłaszcza do tych spośród chorych, którzy doznali urazu choroby i/lub śmierci bliskiej osoby. W podgrupie tej (bez urazów psychicznych) najrzadziej występowały objawy zespołu lęku napadowego, objawy depresyjne oraz katastroficzna interpretacja stanu własnego zdrowia, co oznacza, że pomimo obiektywnie stwierdzonej choroby somatycznej (astmy ciężkiej) osoby te stosunkowo dobrze funkcjonowały psychicznie i właściwie oceniały znaczenie przeżywanych przez siebie objawów astmy. Chorzy ci istotnie rzadziej stosowali nieprawidłowe mechanizmy obronności i cechowali się wyższą koherencją, co oznacza, że byli w stanie utrzymywać bardziej harmonijne relacje z otoczeniem oraz interpretować swoje dotychczasowe doświadczenia życiowe w sposób bardziej dla siebie korzystny, pozytywny i wspierający. Także ich funkcjonowanie rodzinne było znamienne lepsze w porównaniu z osobami, które były obciążone poważnymi urazami psychicznymi.

Równoczesne przeżycie urazu wczesnego i aktualnego skutkowało najgorszymi wynikami we wszystkich badanych zakresach, choć pomiędzy podgrupą najbardziej obciążoną a tą, u której nie stwierdzano urazu wczesnego, natomiast stwierdzano uraz aktualny, nie było istotnej statystycznie różnicy.

Powyższe wyniki po raz kolejny nasuwają przypuszczenie, że częstsze występowanie astmy ciężkiej u kobiet może nie być specyficznie związane z płcią, lecz raczej z charakterem doświadczeń życiowych. Potencjalnie na uraz choroby i/lub śmierci bliskiej emocjonalnie osoby kobiety i mężczyźni narażeni są jednakowo. Jednakże z prowadzonych tak w Polsce, jak i na świecie badań socjologicznych [36–38] wynika, że społeczne role kobiet i mężczyzn różnią się od siebie, a zjawisko to ma charakter uniwersalny. To raczej kobiety, a nie mężczyźni zajmują się pracami domowymi i opieką nad chorymi – co może wyjaśniać, dlaczego są szczególnie narażone na uraz aktualny, którym jest opieka nad ciężko chorą bliską osobą. Jest możliwe, że właśnie charakter społecznej roli kobiet stanowi element ryzyka ich podatności na zaburzenia lękowe, zwłaszcza zespół lęku napadowego, który może przyczyniać się do nasilenia ciężkości astmy i w ten sposób mieć pośrednie znaczenie w powstawaniu fenomenu astmy ciężkiej i trudnej najczęściej właśnie u kobiet.

### Wnioski

Z przedstawionych wyników badań wyłania się hipoteza, że to nie płeć sama w sobie, lecz charakter ról społecznych, związanych z nimi obowiązków i doznanych aktualnych urazów psychicznych ma wpływ na podatność na wyzwalanie zespołu lęku napadowego i depresji u pacjentów chorych na astmę, przyczyniając się do powstawania fenomenu astmy ciężkiej.

Z całości przeprowadzonych badań wynika także, że kompleksowe leczenie astmy ciężkiej powinno obejmować także psychoterapię, która pomogłaby rozwiązać poważne problemy psychologiczne, które pogłębiają nasilenie choroby somatycznej.

*Praca nie była w żadnej formie finansowana ani dofinansowana.*

### Тяжелая бронхиальная астма, пол больных и наличие перенесенных психических травм

#### Содержание

**Задание.** Исследована группа 97 больных с диагнозом тяжелой бронхиальной астмы (по классификации (GINA, 2002), При обследовании подробно проанализированы время, контекст и содержание различных психических травм, которые пережили пациенты в течение своей жизни.

**Методы.** Использованы следующие методологические пособия: Малый международный нейропсихиатрический глоссарий, польская версия 5.00, шкала паники и агорафобии (PAS), глоссарий интерпретации соматических жалоб (BSIQ), глоссарий депрессии Бекка (BDI), глоссарий оценки семьи (KOR), глоссарий жизненной ориентации (SOC-29), глоссарий защитных механизмов (DSQ-40) и биографической анкеты.

**Результаты.** Значительную часть пациентов составляли женщины (75%), что согласуется с литературными данными. По-видимому, это явление связано с частой среди женщин травмы,

болезни или смерти близкого им человека (80% исследованных). Эти травмы вторично влияют на утяжеление фобий и депрессии, катастрофическую интерпретацию состояния здоровья. Наблюдается при этом более низкая когеренция больных, частое использование ними неправильных механизмов защитного характера и их семейное положение.

**Выводы.** Не исключена возможность, что психиатрические проблемы и психологические состояния, рассматриваемые совместно, имеют большее, чем считалось до сего времени, влияние на утяжеление бронхиальной астмы.

### **Schweres Asthma, Geschlecht der Kranken und erlebtes psychologisches Trauma**

#### **Zusammenfassung.**

**Grundsatz.** Die Autoren untersuchten 97 Patienten mit der Diagnose schweres Asthma (nach GINA 2002). In der Studie untersuchte man die Analyse und Zeit, den Kontext und den Inhalt unterschiedlicher psychologischer Traumata, die die Patienten in ihrem Leben erlebt hatten.

**Methoden.** Folgende Werkzeuge wurden angewandt: Mini International Neuropsychiatric Interview, polnische Version 5.00, Skala der Panik und Agoraphobie (PAS), Fragebogen der Interpretation der somatischen Empfindungen (BSIQ), Inventar der Depression von Beck (BDI), Fragebogen für Beurteilung der Familie (KOR), Fragebogen der Lebensorientierung (SOC-29), Fragebogen der Abwehrmechanismen (DSQ-40) und Lebenslaufumfrage.

**Ergebnisse.** Die meisten Untersuchten waren die Frauen (75%), was mit den Angaben zur Literatur stimmt. Diese Erscheinung hat wahrscheinlich einen Zusammenhang mit dem häufigen Auftreten unter Frauen eines Traumas, Krankheit und/ oder Todes eines emotionell verbundenen Nächsten (80% der Untersuchten). Es beeinflusst sekundär die Intensität der Angst- und Depressionssymptome, katastrophische Interpretation des Gesundheitszustandes, eine niedrigere Krankheitskohärenz, häufigere Anwendung von ihnen unrichtiger Abwehrmechanismen und ihr Funktionieren in der Familie.

**Schlussfolgerung.** Es ist möglich, dass die zusammen betrachteten psychiatrischen und psychologischen Probleme einen größeren Einfluss auf den Schweregrad der Asthmasymptome haben als man bisher annahm.

### **L'asthme grave et le sexe des malades versus la présence des traumas psychiques**

#### **Résumé**

**Base.** Les auteurs ont examiné le groupe de 97 malades souffrant de l'asthme grave (classifiés d'après GINA 2002). On analyse surtout le temps, contexte, contenu de différents traumas psychiques subis par ces patients durant leur vie.

**Méthodes.** Pour cet examen on use les questionnaires suivants : Mini International Neuropsychiatric Interview, version polonaise 5.00, Panic and Agoraphobia Scale (PAS), The Body Sensations Interpretation Questionnaire (BSIQ), Beck's Depression Inventory (BDI), Family Functioning Questionnaire (KOR), Antonovsky's Sens of Coherence Scale (SOC-29), Bond's Defense Style Questionnaire (DSQ-40) et Life Inventory.

**Résultats.** La plupart de personnes examinées ce sont les femmes (75%) – cela s'accorde avec les données de la littérature en question. Ce phénomène probablement se lie avec le spécifique trauma (maladie /mort) de la personne proche (chez 80% de personnes examinées) qui influe d'une manière secondaire sur l'intensité des symptômes anxieux, dépressifs, sur la catastrophique interprétation de l'état de santé, sur leur plus basse cohérence et leurs mécanismes défensifs pas formés ainsi que sur leur fonctionnement en famille.

**Conclusion.** Il se peut que les problèmes psychiques et psychologiques influent d'une façon plus grave que l'on pense d'habitude sur la gravité de l'asthme.

## Piśmiennictwo

1. Nascimento I, Nardi AE, Valenca AM, Lopes FL, Mezzasalma MA, Nascentes R, Zin WA. *Psychiatric disorders in asthmatic outpatients*. Psychiatry Research. 2002; 110: 73–80.
2. Goodwin RD, Jacobi F, Thefeld W. *Mental disorders and asthma in the community*. Archives of General Psychiatry. 2003; 60: 1125–1130.
3. Goodwin RD, Olfson M, Shea S, Latigua RA, Carrasquillo O, Gameroff MJ, Weissman MM. *Asthma and mental disorders in primary care*. General Hospital Psychiatry. 2003; 25: 479–483.
4. Goodwin RD, Pine DS. *Respiratory disease and panic attacks among adults in the United States*. Chest. 2002; 122: 645–650.
5. Goodwin RD. *The prevalence of panic attacks in the United States: 1980-1995*. Journal of Clinical Epidemiology. 2003; 56: 914–916.
6. Goodwin RD. *Asthma and anxiety disorders*. Advanced Psychosomatic Medicine. 2003; 24: 51–71.
7. Goodwin RD, Eaton WW. *Asthma and the risk of panic attacks among adults in the community*. Psychological Medicine. 2003; 33: 879–885.
8. Rietveld S, Creer TL. *Psychiatric factors in asthma: implications for diagnosis and therapy*, American Journal of Respiratory Medicine. 2003; 2: 1–10.
9. Nutt D, Ballenger J (red). *Anxiety Disorders*, Blackwell Publishing; 2003.
10. Schier K. *Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2005.
11. Battaglia M, Bertella S, Politi E. (Et al.) *Age of onset of panic disorder: influence of familial liability to the disease and of childhood separation anxiety disorder*. American Journal of Psychiatry. 1995; 152: 1362–1364.
12. Vasey MW, Dadds MR (red). *The Developmental Psychopathology of Anxiety*. Oxford University Press, New York, 2001.
13. Hudson J, Rapee RM. *Parent-child interactions and anxiety disorders: an observational study*. Behaviour Research and Therapy. 2001; 39: 1411–1427.
14. Rosenbaum JF, Biederman J, Hirshfeld-Becker DR. *A controlled study of behaviour inhibition in children of parents with panic disorder and depression*. American Journal of Psychiatry. 2000; 157: 2002–2010.
15. Venturello S, Barzega G, Maina G, Bogetto F. *Premorbid conditions and precipitating events in early-onset panic disorder*. Comprehensive Psychiatry. 2002; 43: 28–36.
16. *Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy*. Raport NHLBI/WHO. Medycyna Praktyczna, wydanie specjalne 6/2002.
17. *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.
18. Holgate ST, Boushey HA, Fabbri LM. *Difficult asthma*. Martin Dunitz Ltd, The Livery House, London, 1999.
19. Wright RJ, Rodriguez M, Cohen S. *Review of psychosocial stress and asthma: an integrated biopsychosocial approach*. Thorax. 1998; 53: 1066–1074.
20. Klinnert MD. *Evaluating the effects of stress on asthma: a paradoxical challenge*. European Respiratory Journal. 2003; 22: 574–575.
21. Laube BL, Curbow BA, Fitzgerald ST, Spratt K. *Early pulmonary response to allergen is attenuated during acute emotional stress in females with asthma*. European Respiratory Journal. 2003; 22: 613–618.
22. Potoczek A. *Astma ciężka, stres i zespół lęku napadowego*. Psychiatria Polska. 2005; t. XXXIX, nr 1: 51–66.

23. Buist S, Mapp CE. *Respiratory Diseases in Women*. European Respiratory Society, Sheffield, 2003.
24. Beck AT. *Cognitive Therapy and The Emotional Disorders*. Penguin Books, 1976.
25. Dattilio FM, Salas-Auvert JA. *Panic disorder. Assessment and treatment through a wide-angle lens*. Zeig, Tucker, Phoenix, Arizona, 2000.
26. McNally RJ. *Panic Disorder. A Critical Analysis*. The Guilford Press, New York/London, 1994.
27. Perna G, Alpini D, Caldirola D, Barozzi S, Cesarani A, Bellodi L. *Panic disorder: the role of the balance system*. Journal of Psychiatric Research. 2001; 35: 279–286.
28. Dudek B. *Zaburzenia po stresie traumatycznym*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2003.
29. Gorman J. *Can panic disorder research shed light on PTSD?* Biological Psychiatry. 1998; 43: 80.
30. Bryant RA, Panasetis P. *Panic symptoms during trauma and acute stress disorder*. Behaviour Research and Therapy. 2001; 39: 961–966.
31. Nixon RDV, Bryant RA. *Peritraumatic and persistent panic attacks in acute stress disorder*. Behaviour Research and Therapy. 2003; 41: 1237–1242.
32. Andersch S, Hetta J. *A 15-year follow-up study of patients with panic disorder*. European Psychiatry. 2003; 18: 401–408.
33. Potoczek A. *Depresyjne zaburzenia poznawcze w zespole lęku napadowego i dystymii*. Praca doktorska, Collegium Medicum UJ, Kraków, 1999.
34. Potoczek A. *Zespół lęku napadowego a trauma choroby i śmierci*. Psychoterapia. 2003; 2(125): 47–56.
35. Śpila B, Makara M, Chuchra M, Pawłowska B. *Związek stresujących wydarzeń życiowych z zaburzeniami stanu psychicznego*. Psychiatria Polska. 2005; t. XXXIX, nr 1: 115–123.
36. Domański H. *O ruchliwości społecznej w Polsce*. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa, 2004.
37. Domański H. *Struktura społeczna*. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa, 2004.
38. Domański H.: *Polska klasa średnia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2002.
39. *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders*, American Psychiatric Organization, Washington D.C., 1980.
40. *M.I.N.I. 5.0.0 Polish Version (DSM-IV)* Y.Lecrubier, E.Weiller, I.Hergueta, P.Amorim, L.I.Bonora, J.P.Lepine (Inserm-Paris, France) D.Sheehan, J.Janavs, R.Baker, K.H.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)
41. Bandelow B. *Panic and Agoraphobia Scale (PAS)*. Hogrefe and Huber Publishers, Seattle, Toronto, Bern, Goettingen, 1999.
42. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatria Polska. 1977; 11, 4: 417–421.
43. Namysłowska I, Paczkiewicz E, Siewierska A, de Barbaro B, Furgał M, Drożdżowicz L, Józefik B, Beauvale A. *Kwestionariusz Manfreda Cierpki Do Oceny Rodziny*. Psychiatria Polska. 2002; t. XXXVI, nr 1: 17–28.
44. Beauvale A, de Barbaro B, Namysłowska I, Furgał M. *Niektóre psychometryczne własności Kwestionariusza Do Oceny Rodziny*. Psychiatria Polska. 2002; t. XXXVI, nr 1: 29–40.
45. Koniarek J, Dudek B, Makowska Z. *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonowskiego*. Przegląd Psychologiczny. 1993; XXXVI (4): 491–502.

- 
46. Bogutyn T, Kokoszka A, Pałczyński J, Holas P. *Defense mechanism in alexithymia*. Psychol. Rep. 1999; 84: 183–187.
47. Kokoszka A, Roman J, Bryła L, Grabowski A. *Związki poprawy objawowej ze zmianą mechanizmów obronnych w trakcie leczenia zaburzeń nerwicowych. Doniesienie wstępne*. Psychoterapia 2003; 1 (124).

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

Otrzymano: 29.03.2006  
Zrecenzowano: 24.04.2006  
Przyjęto do druku: 5.06.2006