

Związek mechanizmów obronnych osobowości z nasileniem objawów zespołu lęku napadowego i depresji u kobiet i mężczyzn z astmą ciężką i trudną oraz astmą aspirynową

Links between defence mechanisms and severity of symptoms of panic disorder and depression in women and men with 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. The special interest of the study were links between defence mechanisms used by women and men from both groups and severity of their panic and depressive symptoms.

Methods. 106 consecutive adults with confirmed, physician-diagnosed difficult asthma and 100 patients with aspirin-induced asthma underwent the psychiatric interview and assessment using M.I.N.I 5.0, Beck Depression Inventory (BDI), Panic And Agoraphobia Scale (PAS) and the Defence Style Questionnaire. 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 the 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 majority (74% with difficult asthma and 66% with aspirin-induced asthma) with higher level of anxiety and depressive symptoms than men. Generally in difficult asthma group significantly more often than in aspirin-induced asthma neurotic and immature defence mechanisms were used. In both groups, either in women and in men there was a strong tendency to decrease the use of mature defence mechanisms and increase the use of neurotic and immature defence mechanisms in association with an increase of severity of panic and depressive symptoms.

Conclusions. It is possible that differences in defence mechanisms used by women and men with difficult asthma affect the development, course and severity of their anxiety and depressive symptoms. This may play a special role in the development of difficult asthma phenomenon.

Słowa kluczowe: astma, mechanizmy obronne, zespół lęku napadowego, depresja, płęć

Key words: asthma, defence mechanisms, panic disorder, depression, gender

Wstęp

W ostatnich latach w literaturze internistycznej widać wzrost zainteresowania psychiatrycznymi i psychologicznymi uwarunkowaniami trudnych do leczenia tzw. ciężkich i skrajnie ciężkich postaci astmy (astma ciężka i trudna – difficult asthma, oraz astma aspirynowa – aspirin-induced asthma) [1–7]. Podkreśla się zwłaszcza niekorzystną rolę niektórych czynników psychologicznych (np. izolację chorych, problemy z korzystaniem ze wsparcia, trudności interpersonalne, brak właściwej współpracy w leczeniu), które mogą wtórnie nasilać ciężkość astmy. Zwraca się także uwagę na częste współwystępowanie u pacjentów astmatycznych niektórych zaburzeń psychicznych, szczególnie zespołu lęku napadowego i depresji, których obecność i nasilenie prawdopodobnie ma znaczący wpływ zarówno na wzrost ciężkości jak i na zjawisko złej kontroli astmy, czyli trudny do jednoznacznego wyjaśnienia brak pozytywnych efektów prawidłowo prowadzonego leczenia internistycznego. W badaniach zauważono również, 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.

W badaniach własnych [8–10] nad psychologicznymi uwarunkowaniami nasilonych objawów, zwłaszcza lękowych i depresyjnych, pośród pacjentów z astmą ciężką, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) i zespołem lęku napadowego, występującym u osób zdrowych somatycznie, zwrócono uwagę na znaczenie mechanizmów obronnych osobowości, szczególnie niedojrzałych, które mogą znacznie zwiększać ryzyko wyzwolenia tych objawów, a także podtrzymywać je i nawet nasilać, gdy są już obecne. Podejście to jest zgodne ze spostrzeżeniami innych autorów [11–20].

Historycznie pojęcie obrony jego twórca, Zygmunt Freud, wprowadził już na początku swojej działalności (1893), ale w późniejszym okresie, aż do czasów współczesnych, ulegało ono wielu modyfikacjom [18–19]. Niezmienne pozostaje jednak założenie, że obrona jest ściśle związana z bolesnymi przeżyciami, budzącymi silny lęk. Jej celem jest niedopuszczenie takich przeżyć do świadomości, a więc ich wyparcie. Istotą wyparcia wg Freuda jest odrzucenie instynktu i powstrzymanie go przed pojawieniem się na poziomie świadomym, co w konsekwencji wymaga wytworzenia wielu złożonych strategii intrapsychicznych, które pozostają nieświadome lub jedynie częściowo świadome. Nieskuteczność tych strategii (mechanizmów obronnych) objawia się nasilonym i bolesnym przeżywaniem lęku, co sprzyja wyzwoleniu, a następnie rozwojowi nerwicy.

Poglądy na temat kształtowania się i znaczenia mechanizmów obronnych osobowości rozwijały się w wielu różnych kierunkach, nigdy jednak – i taka sytuacja trwa po dziś dzień – nie zaprzeczono podstawowej intuicji Freuda co do ich nieświadomego charakteru i ogólnego celu, jakim jest obrona przed głębokim lękiem wywołanym niepożądaną dla całości psychiki treścią traumatyczną. Pozwoliło to na integrację pojęcia mechanizmów obronnych w obrębie innych tradycji myślenia psychologicznego niż psychoanaliza [20].

Podział zastosowany przez autorów kwestionariusza DSQ-40 [21], użytego do badania w niniejszej pracy, wyróżnia następujące kategorie mechanizmów obronnych:

- mechanizmy dojrzałe: humor, sublimacja, stłumienie i antycypacja,
- mechanizmy neurotyczne: odczynianie (lub odwrócenie), pseudoaltruizm (lub wynagradzanie), idealizacja, formacja reaktywna (introjekcja),
- mechanizmy obronne niedojrzałe: projekcja, bierna agresja, acting-out, izolacja, dewaluacja, fantazje schizoidalne, zaprzeczenie, przemieszczenie, dysocjacja, rozszczepienie, racjonalizacja, somatyzacja.

Cele pracy

1. Ogólne porównanie charakteru mechanizmów obronnych osobowości używanych przez pacjentów w badanych grupach z astmą ciężką i trudną oraz astmą aspirynową.
2. Porównanie mechanizmów obronnych osobowości w odniesieniu do kategorii ciężkości objawów lękowych i depresyjnych (brak objawów, objawy o lekkim, średnim i ciężkim nasileniu) w podgrupach kobiet i mężczyzn z astmą ciężką i trudną oraz astmą aspirynową.

Material i metoda

Do badania wybrano dwie różne grupy astmy o charakterze ciężkim [22]. Grupą szczególnego zainteresowania jest tzw. astma ciężka i trudna, czyli taka, w której występuje zarówno bardzo uporczywy i nasilony przebieg, jak i względna niewrażliwość na działanie glikokortykosteroidów 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 (ich największa liczba wynosiła 60) [23, 24]. Grupą porównawczą jest grupa pacjentów z rozpoznaniem astmy aspirynowej o różnej ciężkości. Powodem takiego wyboru jest 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 doprowadzić do zagrażających życiu skurczy oskrzeli z hipoksją, często prowadzących do wstrząsu systemowego. Pomimo konieczności zażywania doustnych leków z grupy sterydów, aż u 59% pacjentów choroba ma charakter ciężki i jest bardzo słabo kontrolowana (oporna na prawidłowo prowadzone leczenie), co prowadzi do dalszego wzrostu jej ciężkości [25–26]. Jest to więc grupa chorych w pewnym sensie (choć z innych powodów) w biologiczny sposób pozostająca w analogii do astmy trudnej.

Opis badanych grup

Skład grupy badanej stanowiło 106 ambulatoryjnych pacjentów z rozpoznaniem astmy ciężkiej i trudnej leczonych w Klinice Pulmonologii II Katedry Chorób We-

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 stanowiła ważne odbicie 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), w podgrupie kobiet 52,7 roku (SD = 12,3), a w podgrupie mężczyzn 48,8 roku (SD = 13,0). Nie zaobserwowano znaczących różnic pod względem wieku między kobietami a mężczyznami ($p = 0,15$). 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 poniżej opisane kwestionariusze:

1. M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview). Autorzy: Y. Lecrubier i wsp. 1998. Polska wersja (5.0.0.) opracowana przez: M. Masiaka, J. Przychodę, Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie. M.I.N.I. zostało stworzone jako krótkie, ustrukturalizowane narzędzie przeznaczone do badania głównych zaburzeń psychicznych Osi I w DSM-IV. Służy do badań diagnostycznych [27].

2. Panic and Agoraphobia Scale (PAS). Autor: B. Bandelow, Department of Psychiatry of Goettingen, wersja 1999 [28]. Służy do oceny ciężkości 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 i 4. Kwestionariusz obejmuje 5 zakresów (napady paniki, agorafobie, 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), 1961. Autor: A. Beck. Standaryzacja polska: T. Parnowski, W. Jernajczyk, 1977 [29]. 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 Mechanizmów Obronnych (Defense Style Questionnaire DSQ-40) G. Andrewsa, M. Singh i M. Bonda [21]. Opisuje takie mechanizmy obronne, jak: humor, sublimacja, stłumienie, antycypacja, odczynianie (lub odwrócenie), pseudoaltruizm (lub wynagradzanie), idealizacja, formacja reaktywna (introjekcja), projekcja,

bierna agresja, acting-out, izolacja, dewaluacja, fantazje schizoidalne, zaprzeczenie, przemieszczenie, dysocjacja, rozszczepienie, racjonalizacja, somatyzacja. Przy każdym z 40 zdań kwestionariusza znajduje się skala szacunkowa od 1 do 9 punktów, interpretowanych według klucza. Służy on do indywidualnej samooceny badanego i umożliwia ocenę zachowań obronnych dojrzałych i niedojrzałych. Prace nad adaptacją do warunków polskich prowadzili: Bogutyn, Kokoszka, Pałczyński i Holas [30], oraz Kokoszka, Roman, Bryła i Grabowski [31].

Użyte w badaniu metody statystyczne

Rekordy zawierające punktowe oceny PAS, BDI oraz DSQ-40, dotyczące pacjentów z astmą aspirynową oraz pacjentów z astmą trudną, stanowiły wyjściową bazę danych. Wykonano test zgodności λ Kołmogorowa, potwierdzając na poziomie istotności 0,01 hipotezę głoszącą, że wyjściowe dane można opisywać normalnym rozkładem prawdopodobieństwa. Średnia arytmetyczna podaje informację o wartości oczekiwanej tego rozkładu, czyli wartości najbardziej prawdopodobnej, wokół której gromadzą się wszystkie inne wartości. Założenie normalności rozkładów prawdopodobieństwa umożliwia wykonanie testu porównującego wartości oczekiwane pomiędzy różnymi podgrupami.

Obliczono i porównano wartości oczekiwane (średnie arytmetyczne) wyników testu DSQ-40 dla wszystkich pacjentów chorych na astmę aspirynową oraz chorych na astmę trudną, a także dla pacjentów w odpowiednich podkategoriach nasilenia objawów lękowych, mierzonego za pomocą kwestionariusza PAS (brak objawów, przebieg łagodny, przebieg średnio ciężki i ciężki, przebieg bardzo ciężki) oraz nasilenie objawów depresyjnych, mierzonego za pomocą kwestionariusza BDI (brak objawów, objawy łagodne, średnie i ciężkie) w podgrupach kobiet i mężczyzn.

Wyniki badań

Tabela 1. Zestawienie wartości oczekiwanych (średnich arytmetycznych) dla poszczególnych podkategorii testu DSQ-40

	Asthma aspirynowa		Asthma trudna		relacja	istotność p
	średnia	odchylenie s.	średnia	odchylenie s.		
Mechanizmy dojrzałe						
Humor	9,43	5,45	7,59	5,35	>	0,0074
Sublimacja	8,78	4,56	9,36	3,91	<	0,16
Antycypacja	9,38	4,69	9,48	4,93	<	0,44
Stłumienie	11,0	4,96	9,3	5,52	>	0,010
Mechanizmy neurotyczne						
Odczynianie	5,76	4,92	8,03	5,65	<	0,0010
Pseudoaltruizm	9,7	4,38	10,51	4,13	<	0,087
Idealizacja	7,48	4,82	9,39	6,17	<	0,0066
Formacja reaktywna	8,87	4,71	9,92	5,09	<	0,063

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Mechanizmy niedojrzałe						
Projekcja	4,96	4,57	8,59	5,91	<	0,0000
Bierna agresja	3,78	3,49	5,7	3,98	<	0,0001
Acting-out	9,49	5,25	11,48	5,92	<	0,0053
Izolacja	4,69	4,26	7,82	5,88	<	0,0000
Dewaluacja	4,6	3,15	7,21	4,4	<	0,0000
Fantazje schizoidalne	6,14	5,51	8,89	6,47	<	0,0005
Zaprzeczenie	5,29	4,02	5,85	4,58	<	0,18
Przemieszczenie	5,77	4,4	6,63	3,97	<	0,070
Dysocjacja	4,5	3,48	4,54	3,48	<	0,47
Rozszczepienie	6,59	4,65	6,4	3,86	>	0,37
Racjonalizacja	12,74	4,22	13,2	4,02	<	0,21
Somatyzacja	7,64	5,37	10,42	6,03	<	0,0002

Kolumna „relacja” zawiera informację o tym, czy statystycznie większa jest wartość oczekiwana w grupie astmy aspirynowej (symbol >), czy w grupie astmy trudnej (symbol <). Ostatnia kolumna podaje poziom istotności dla każdej relacji. Poziom istotności oznacza tutaj prawdopodobieństwo prawdziwości hipotezy mówiącej, że wartości oczekiwane dla astmy aspirynowej i astmy trudnej są równe. Jeżeli jest to liczba bliska zera, oznacza to, że prawdopodobieństwo równości wartości oczekiwanych jest znikome i można przyjąć, że średni wynik w jednej grupie jest istotnie większy niż w drugiej. Jeżeli istotność jest zdecydowanie większa od zera (za granicę można przyjąć np. $p > 0,15$), należy przyjąć hipotezę równości wartości oczekiwanych w obu grupach.

Poniższe tabele (2–5) przedstawiają wartości oczekiwane (średnie arytmetyczne) sumy wyników testu DSQ-40 dla odpowiednich kategorii mechanizmów dojrzałych, mechanizmów neurotycznych i mechanizmów niedojrzałych, obliczone dla poszczególnych kategorii nasilenia objawów zespołu lęku napadowego mierzonego za pomocą kwestionariusza PAS oraz nasilenia objawów depresyjnych mierzonego za pomocą kwestionariusza BDI (wraz z liczebnościami).

Tabela 2. Rozkład mechanizmów obronnych w zależności od nasilenia objawów lękowych w podgrupach kobiet i mężczyzn z astmą aspirynową

PAS	Mechanizmy obronne astma aspirynowa – kobiety			Mechanizmy obronne astma aspirynowa – mężczyźni		
	dojrzałe	neurotyczne	niedojrzałe	dojrzałe	neurotyczne	niedojrzałe
brak objawów	41,1 (33 = 33%)	31,5 (33 = 33%)	67,0 (33 = 33%)	41,2 (26 = 24,5%)	29,3 (26 = 24,5%)	74,7 (26 = 24,5%)
przebieg łagodny	29,2 (5 = 5%)	27,6 (5 = 5%)	64,2 (5 = 5%)	40,0 (4 = 3,7%)	26,5 (4 = 3,7%)	76,0 (4 = 3,7%)
przebieg średnio ciężki	36,4 (24 = 24%)	34,8 (24 = 24%)	84,6 (24 = 24%)	39,5 (4 = 3,7%)	41,0 (4 = 3,7%)	104,5 (4 = 3,7%)
przebieg ciężki	23,3 (4 = 4%)	34,3 (4 = 4%)	98,3 (4 = 4%)	brak	brak	brak

Tabela 3. Rozkład mechanizmów obronnych w zależności od nasilenia objawów łękowych w podgrupach kobiet i mężczyzn z astmą ciężką i trudną

PAS	Mechanizmy obronne astma trudna – kobiety			Mechanizmy obronne astma trudna – mężczyźni		
	dojrzałe	neurotyczne	niedojrzałe	dojrzałe	neurotyczne	niedojrzałe
brak objawów	42,1 (21 = 21%)	33,7 (21 = 21%)	67,2 (21 = 21%)	39,3 (4 = 3,7%)	32,0 (4 = 3,7%)	80,3 (4 = 3,7%)
przebieg łagodny	37,2 (5 = 5%)	36,8 (5 = 5%)	99,4 (5 = 5%)	39,8 (4 = 3,7%)	24,0 (4 = 3,7%)	80,3 (4 = 3,7%)
przebieg średnio ciężki	33,0 (38 = 38%)	42,3 (38 = 38%)	100,6 (38 = 38%)	35,1 (16 = 15%)	36,0 (16 = 15%)	113,5 (16 = 15%)
przebieg ciężki	31,9 (14 = 14%)	40,1 (14 = 14%)	116,3 (14 = 14%)	34,3 (4 = 3,7%)	37,8 (4 = 3,7%)	109,3 (4 = 3,7%)

Tabela 4. Rozkład mechanizmów obronnych w zależności od nasilenia objawów depresyjnych w podgrupach kobiet i mężczyzn z astmą aspirynową

BDI	Mechanizmy obronne astma aspirynowa – kobiety			Mechanizmy obronne astma aspirynowa – mężczyźni		
	dojrzałe	neurotyczne	niedojrzałe	dojrzałe	neurotyczne	niedojrzałe
brak objawów	40,7 (42 = 42%)	31,6 (42 = 42%)	69,8 (42 = 42%)	42,0 (28 = 26,4%)	27,6 (28=26,4%)	70,0 (28 = 26,4%)
lekkie objawy	36,1 (15 = 15%)	33,1 (15 = 15%)	76,1 (15 = 15%)	49,0 (3 = 2,8%)	41,0 (3=2,8%)	118,3 (3 = 2,8%)
średnie objawy	27,0 (7 = 7%)	39,6 (7 = 7%)	98,1 (7 = 7%)	22,3 (3 = 2,8%)	45,7 (3=2,8%)	116,3 (3 = 2,8%)
ciężkie objawy	14,5 (2 = 2%)	24,0 (2 = 2%)	98,0 (2 = 2%)	brak	brak	brak

Tabela 5. Rozkład mechanizmów obronnych w zależności od nasilenia objawów depresyjnych w podgrupach kobiet i mężczyzn z astmą ciężką i trudną

BDI	Mechanizmy obronne astma trudna – kobiety			Mechanizmy obronne astma trudna – mężczyźni		
	dojrzałe	neurotyczne	niedojrzałe	dojrzałe	neurotyczne	niedojrzałe
brak objawów	36,1 (38 = 38%)	37,5 (38 = 38%)	84,4 (38 = 38%)	38,4 (20 = 18,9%)	36,1 (20 = 18,9%)	99,9 (20 = 18,9%)
lekkie objawy	38,5 (28 = 28%)	42,0 (28 = 28%)	99,6 (28 = 28%)	35,4 (5 = 4,7%)	31,2 (5 = 4,7%)	100,0 (5 = 4,7%)
średnie bjawy	28,8 (4 = 4%)	37,0 (4 = 4%)	98,5 (4 = 4%)	23,7 (3 = 2,8%)	24,3 (3 = 2,8%)	132,7 (3 = 2,8%)
ciężkie bjawy	26,1 (8 = 8%)	38,9 (8 = 8%)	120,9 (8 = 8%)	brak	brak	brak

Dyskusja

Ogólne porównanie wyników (średnich arytmetycznych) świadczących o częstotliwości stosowania różnych mechanizmów obronnych osobowości świadczy o tym, że

pacjenci z astmą ciężką i trudną istotnie rzadziej używali mechanizmów dojrzałych i równocześnie istotnie częściej mechanizmów neurotycznych i niedojrzałych aniżeli pacjenci z astmą aspirynową.

W obrębie mechanizmów dojrzałych szczególnie istotne różnice (na niekorzyść grupy z astmą trudną) stwierdzono dla humoru i stłumienia, co oznacza, że osoby z astmą trudną miały znacząco większe trudności z zachowaniem dystansu wobec swojej sytuacji i dolegliwości. Obie grupy osiągnęły prawie takie same wyniki w przypadku antycypacji ($p = 0,44$), co jest zrozumiałe zważywszy na sam charakter kliniczny astmy oskrzelowej, w której napady astmatyczne mogą wystąpić niespodziewanie, jak również na częste współwystępowanie w obu grupach zespołu lęku napadowego, w którym lęk antycypacyjny jest regułą. Nieznaczące podobieństwo stwierdzono także odnośnie do sublimacji ($p = 0,16$). Sublimacja jest mechanizmem bardzo indywidualnym i nie zależy od choroby, lecz od wychowania, zainteresowań, zdolności twórczych itp.

Wyniki dotyczące używania mechanizmów neurotycznych wskazują, że pacjenci z astmą ciężką i trudną stosują je częściej niż z astmą aspirynową, przy czym wybitnie istotne wyniki stwierdzono w odniesieniu do mechanizmu odczyniania i idealizacji.

Najwięcej wybitnie istotnych różnic (nadal na niekorzyść astmy trudnej) stwierdzono w odniesieniu do mechanizmów niedojrzałych, czyli takich, które nie spełniają funkcji mechanizmu obronnego jako zachowania i sposobu redukującego lęk. Różnice takie dotyczyły mechanizmów projekcji, biernej agresji, acting-outu, izolacji, dewaluacji, fantazji schizoidalnych i somatyzacji.

Co ciekawe, inna sytuacja miała miejsce w odniesieniu do mechanizmu dysocjacji ($p = 0,47$, co znaczy, że dysocjacja była niemal taka sama w obu grupach), a także rozszczepienia ($p = 0,37$) i racjonalizacji. Wszystkie te trzy mechanizmy uważane są za centralne w reakcji na ciężki stres i uraz psychiczny, a takie okoliczności występowały często w obu badanych grupach i zostaną omówione w innym miejscu.

Drugi blok wyników (tabele 2–5) zawiera zarówno szczegółowe wartości średnich arytmetycznych określających częstość stosowania poszczególnych mechanizmów obronnych w podgrupach kobiet i mężczyzn w obu badanych grupach (wraz z liczebnościami), jak i – co być może jest najważniejsze – uderzającą i wspólną dla obu grup (astmy trudnej i aspirynowej) tendencję polegającą na tym, że wraz ze wzrostem nasilenia objawów lękowych i depresyjnych maleją wyniki dla mechanizmów dojrzałych, a rosną dla mechanizmów neurotycznych i niedojrzałych. Wyniki takie są zgodne z psychologicznymi koncepcjami zarówno lęku (w tym wypadku zespołu lęku napadowego), jak i depresji. Wskazują one na to, że osoby cierpiące z powodu nasilonych zaburzeń tego rodzaju nie rozwiązują głębokich problemów związanych z poczuciem zagrożenia w sposób redukujący lęk, a wprost przeciwnie – poprzez swoje zachowania raczej go nasilają i utrwalają. Zjawisko to jest dobrze znane z praktyki klinicznej i opisywane w literaturze przedmiotu [11–17], zauważono je także w badaniach własnych [8–10]. Powstaje na drodze mechanizmu błędnego koła i przyczynia się do wzmacniania objawów psychicznych, które, jak wiadomo [1–7], w przypadku astmy w ogóle, a astmy ciężkiej w szczególności mogą jeszcze bardziej nasilać ciężkość tej choroby i zmniejszać jej kontrolę (uzyskanie pozytywnych efektów, czyli poprawy stanu klinicznego, pod wpływem prawidłowo prowadzonego leczenia internistycznego).

Tendencję tę dodatkowo potwierdza porównanie skrajnych wartości średnich arytmetycznych (przyporządkowanych kategorii braku objawów i objawów o ciężkim nasileniu) dla mechanizmów dojrzałych, neurotycznych i niedojrzałych. Wszystkie wyniki dla mechanizmów dojrzałych są istotnie większe (czyli lepsze) przy braku objawów (istotność $p < 0,00001$). Wyższy poziom istotności występuje jedynie dla grupy mężczyzn w kategorii nasilenia objawów lękowych, mierzonego za pomocą kwestionariusza PAS (dla astmy aspirynowej $p = 0,18$, dla astmy trudnej $p = 0,005$, a więc różnica wybitnie istotna). Wszystkie wyniki dla mechanizmów neurotycznych i niedojrzałych są istotnie większe przy występowaniu ciężkich objawów (istotność $p < 0,00001$) w obu badanych grupach pacjentów astmatycznych.

Porównując konkretne wyniki w tabelach 2–5, należy wziąć pod uwagę bardzo znaczne różnice w liczebności badanych osób w poszczególnych kategoriach. Liczebność mężczyzn w podgrupach, zarówno z astmą trudną jak i aspirynową, odpowiadających kategoriom, w których stwierdzono występowanie zespołu lęku napadowego o różnym nasileniu, wahała się od 3,7% do 15%, podczas gdy liczebność kobiet od 4% do 38%. Także w odniesieniu do kategorii nasilenia objawów depresyjnych było podobnie: u mężczyzn liczebność wynosiła od 2,8% do 4,7%, a u kobiet od 4% do 28%. Tak znaczne różnice stwierdzone w badaniu, w którym jedynym kryterium zakwalifikowania do niego było rozpoznanie potwierdzone przez pulmonologa oraz kolejność zgłoszeń, trudno uważać za przypadkowe. Hipoteza, że taki rozkład i charakter wyników dotyczący przewagi stosowania mechanizmów obronnych neurotycznych i niedojrzałych, zwłaszcza u kobiet z astmą ciężką – ogólnie, a trudną – w szczególności, powinna uwzględniać obecność innych, poza samą ciężką chorobą, okoliczności życiowych, między innymi doświadczenia poważnych urazów psychicznych – o czym już wspomniano.

Wnioski

1. Stwierdzono, że pacjenci z astmą ciężką i trudną znacząco częściej używali mechanizmów neurotycznych i niedojrzałych, a rzadziej dojrzałych, aniżeli pacjenci z astmą aspirynową.
2. Stwierdzono wyraźną i silną statystycznie tendencję do stosowania mechanizmów obronnych neurotycznych i niedojrzałych, oraz rzadszego stosowania dojrzałych, w miarę wzrastania nasilenia objawów zespołu lęku napadowego i depresji w obu badanych grupach astmatycznych i w ich podgrupach kobiet i mężczyzn niezależnie.
3. Jest możliwe, że używane przez pacjentów zwłaszcza niedojrzałe mechanizmy obronne przyczyniają się do utrwalania objawów zespołu lęku napadowego i depresji, niezależnie od podłoża biologicznego, i tym samym stają się pośrednio jedną z przyczyn powstawania fenomenu astmy trudnej, odpornej na prawidłowe leczenie internistyczne.
4. Można przypuszczać, że pacjenci z astmą ciężką, w tym szczególnie z astmą trudną wymagają specjalistycznego leczenia psychoterapeutycznego.

Praca nie była w żadnej formie finansowana ani dofinansowana.

Связь защитных механизмов людей с утяжелением симптомов комплекса параксизмального страха и депрессии у женщин и мужчин с тяжелой и трудной, а также аспириновой астмой

Содержание

Задание. Проведение психиатрического исследования двух групп больных, страдающих астмой: 106 пациентов с астмой тяжелой и трудной, а также 100 пациентов с аспириновой астмой с различными степенями тяжести. Задачей исследования была проверка различий в применении защитных механизмов личности женщинами и мужчинами в обеих исследованных группах, а также их связи с утяжелением симптомов комплекса параксизмального страха и депрессии.

Метод. 106 взрослых пациентов с, диагностированной специалистами пульмонологами, астмы тяжелой и трудной и 100 пациентов с аспириновой астмой обследованы психиатром с использованием также Глоссария МИНИ 5,00. Глоссария депрессии Бека, Шкалы паники и агорафобии (ПАС) и Глоссария защитных механизмов (ДСКу40). Психиатрическое исследование было проведено психиатром с учетом диагностических критерий ИЦД-10 и ДСМ-IV. В исследовании приняло участие 78 (74%) женщин и 28 (26%) мужчин с тяжелой и трудной астмой, 66 женщин (66%) и 34 мужчины (34%) с аспириновой астмой. В группе с астмой трудной и тяжелой средний возраст женщин равнялся 51,3 года (откл. 14,5 г.), а для мужчин 47,5 г. (откл. 12,7 г.). В группе больных аспириновой астмой 52,7 г. (откл. 12,3 г. для женщин и 48,8 г.) откл. 13,30 г. для мужчин.

Результаты. В ходе исследований обнаружено, что во всей группе с астмой тяжелой и трудной пациенты значительно чаще использовали невротические и незрелые защитные механизмы, нежели пациенты с аспириновой астмой. В обеих группах астматических больных большинство составляли женщины (74% в группе с астмой тяжелой и трудной и 66% в группе с аспириновой астмой). В обеих группах у женщин и мужчин отмечено сильную тенденцию к снижению частоты применения сознательных механизмов и одновременного роста использования невротических и незрелых механизмов по мере утяжеления тяжести симптомов параксизмального страха и депрессивных симптомов.

Выводы. По-видимому, качество применяемых защитных механизмов личности связано с созданием феномена астмы тяжелой трудной появляющейся в популяции астматических больных, особенно у женщин.

Zusammenhang von Abwehrmechanismen und der Intensität der Symptome der Panickattacke und Depression bei Frauen und Männern mit schwerem und Aspirin-induziertem Asthma

Zusammenfassung

Ziel. Die Autorin hat psychiatrisch zwei unterschiedliche Patientengruppen mit Asthma untersucht: 106 Patienten mit schwerem Asthma und 100 Patienten mit Aspirin-induziertem Asthma von unterschiedlichem Schweregrad. Das Ziel der Studie war die Prüfung der Unterschiede in der Anwendung von Abwehrmechanismen durch Frauen und Männer in beiden untersuchten Gruppen und ihre Zusammenhänge mit der Intensität der Symptome der Panickattacken und Depression.

Methode. 106 Erwachsene mit dem durch Pulmonologen diagnostizierten schweren Asthma und 100 Patienten mit Aspirin-induziertem Asthma wurden psychiatrisch erweitert untersucht. Sie füllten die Fragebögen M.I.N.I. 5,00, das Beck-Depression-Inventar (BDI), Skala zur Erfassung von Panik und Agoraphobie (PAS), und den Fragebogen zur Erhebung von Abwehrmechanismen (DSQ-40). Die psychiatrische Untersuchung wurde durch den Psychiater durchgeführt und man berücksichtigte dabei die diagnostischen Kriterien ICD-10 und DSM-IV. An der Untersuchung nahmen 78 (74%) der Frauen und 28 (26%) der Männer mit schwerem Asthma und 66 Frauen (66%) und 34 Männer (34%) mit Aspirin-induziertem Asthma teil. In der Gruppe mit schwerem Asthma lag das Durchschnittsalter der Frauen bei 51,3 (SD = 14.5) und der Männer bei 47,5 (SD = 12,7), dagegen in der Gruppe mit Aspirin-induziertem Asthma bei 52,7 (SD = 12.3) für Frauen und 48,8 (SD = 13.0) für Männer.

Ergebnisse. Es wurde festgestellt, dass in der ganzen Gruppe mit schwerem Asthma die Patienten häufiger neurotische und unreife Abwehrmechanismen anwandten als die Patienten mit Aspirin-induziertem Asthma. In beiden untersuchten Gruppen bildeten die Frauen eine Mehrheit (74% in der Gruppe mit schwerem Asthma und 66% in der Gruppe mit Aspirin-induziertem Asthma). Sowohl bei Frauen als auch bei Männern in beiden Gruppen wurde eine starke Tendenz zur Senkung der Häufigkeit der erfahrenen Abwehrmechanismen bemerkt und die gleichzeitige Steigerung der neurotischen und unreifen Mechanismen je nach der Intensität des Schweregrades der Panickattacken und Depressionssymptomen.

Schlussfolgerungen. Es ist möglich, dass die Qualität der angewandten Abwehrmechanismen einen Zusammenhang mit dem schweren Asthma hat, das in der Population der Asthmakranken auftritt, besonders bei Frauen.

La corrélation des mécanismes de défense et de la sévérité des symptômes du syndrome de panique et de la dépression des femmes et des hommes souffrant de l'asthme difficile et de l'asthme provoqué par l'aspirine

Résumé

Objectif. L'auteur examine deux groupes de patients : 106 patients souffrant de l'asthme difficile et 100 patients souffrant de l'asthme provoqué par l'aspirine pour comparer les mécanismes de défense des femmes et des hommes et leurs corrélations avec la sévérité des symptômes du syndrome de panique et de la dépression.

Méthode. L'auteur examine 106 (78 femmes -74% ; 28 hommes - 26%) patients adultes souffrant de l'asthme difficile (diagnostiqués par le spécialiste) et 100 patients (66 femmes – 66% ; 34 hommes -34%) souffrant de l'asthme provoqué par l'aspirine avec les questionnaires suivants : M.I.N.I. 5.0, Beck Depression Inventory (BDI), Panic And Agoraphobia Scale(PAS), Defence Style Questionnaire. Cet examen est fait par le psychiatre d'après les critères diagnostiques ICD-10 et DSM-IV. La moyenne de l'âge : femmes 51,3 (SD=14,5), hommes 47,5 (SD=12,7) dans le groupe de l'asthme difficile ; la moyenne de l'âge : 52,7 (SD=12,3), hommes 48,8 (SD=13,0) dans le groupe de l'asthme provoqué.

Résultats. On constate que dans le groupe de l'asthme difficile les patients usent des mécanismes névrotiques et immatures plus souvent que dans le groupe de l'asthme provoqué. Les femmes constituent la majorité dans ces deux groupes (74% - asthme difficile, 66% – asthme provoqué). Chez les femmes et chez les hommes de ces deux groupes examinés on note la forte tendance à diminuer la fréquence d'application des mécanismes matures et à augmenter la fréquence d'application des mécanismes immatures et névrotiques – cela corrèle avec la sévérité des symptômes du syndrome de panique et de la dépression.

Conclusion. Il est possible que ces mécanismes de défense se lient avec le phénomène de l'asthme difficile qui se manifeste surtout chez les femmes.

Piśmiennictwo

1. 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.
2. Kullowatz A, Kanniess 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. Psychiatr. 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. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Akkerman K, Carr V, Lewin T. *Changes in ego defenses with recovery from depression*. J. Nerv. Ment. Dis. 1992; 180: 634–638.
12. Kneepkens RG, Oakley LD. *Rapid improvement in the Defense Style of depressed women and men*. J. Nerv. Ment. Dis. 1996; 184: 358–361.
13. Carrera M, Herran A, Ramirez ML, Ayestaran A, Sierra-Biddle D, Hoyuela F, Rodriguezcaho B, Vazquez-Barquero JL. *Personality traits in early phases of panic disorder: implications on the presence of agoraphobia, clinical severity and short-term outcome*. Acta Psychiatr. Scand. 2006; 114: 417–425.
14. Serrano J, Plaza V, Sureda B, de Pablo J, Picado C, Bardagi S, Lamela J, Sanchis J. *Alexithymia: a relevant psychological variable in near-fatal asthma*. Eur. Respir. J. 2006; 28: 296–302.
15. Bond M, Gardner S, Christian J, Sigal JJ. *Empirical Study of Self-Rated Defense Styles*. Arch. Gen. Psychiatry 1983; 40: 333–338.
16. Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO. *An empirically validated hierarchy of defense mechanisms*. Arch. Gen. Psychiatry 1986; 43: 786–794.
17. Andrews G, Pollock C, Stewart G. *The determination of defense style by questionnaire*. Arch. Gen. Psychiatry 1989; 46: 455–460.
18. Gobbard GO. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009.
19. Grzeżołowska-Klarkowska HJ. *Mechanizmy obronne osobowości*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1986.
20. Sammallahti 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.
21. Andrews G, Singh M, Bond M. *The Defense Style Questionnaire*. J. Nerv. Ment. Dis. 1993; 181: 246–256.
22. *Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy*. Med. Prakt. 2009; 5 (wydanie specjalne).
23. Holgate ST, Boushey HA, Fabbri LM. *Difficult asthma*. London: Martin Dunitz Ltd. The Livery House; 1999.
24. *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 UJ CM. Kierownik projektu: prof. dr hab. med. Andrzej Szczeklik.

25. 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.
26. Kasper L, Sladek K, Duplaga M, Bochenek G, Liebhart J, Gładysz U i in. *Prevalence of asthma with aspirin hypersensitivity in the adult population of Poland*. Allergy 2003; 58 (10): 1064–1066.
27. *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. Autorzy polskiej wersji (5.0.0.): M. Masiak, J. Przychoda (Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie, Poland).
28. Bandelow B. *Panic and Agoraphobia Scale (PAS)*. Seattle, Toronto, Bern, Goettingen: Hogrefe and Huber Publishers; 1999.
29. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatr. Pol. 1977; 11, 4: 417–421.
30. Bogutyn T, Kokoszka A, Pałczyński J, Holas P. *Defense mechanisms in alexithymia*. Psychol. Rep. 1999; 84: 183–187.
31. Kokoszka A, Roman J, Bryła L, Grabowski A. *Związki poprawy objawowej ze zmianą mechanizmów obronnych w trakcie leczenia zaburzeń nerwicowych*. Doniesienie wstępne. Psychoter. 2003; 1 (124).

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

Otrzymano: 30.07.2010
Zrecenzowano: 3.11.2010
Otrzymano po poprawie: 12.11.2010
Przyjęto do druku: 15.11.2010

PSYCHOTERAPIA

NR 4 (155) 2010

SPIS TREŚCI

Od Redakcji	3
Jerzy W. Aleksandrowicz Irracjonalizm w psychoterapii.....	5
Małgorzata Talarczyk Ustawienia rodzin metodą Berta Hellingera — kontrowersje	15
Paweł Bronowski, Maryla Sawicka Specjalistyczne usługi opiekuńcze jako ważny element środowiskowego leczenia osób chorych psychicznie	35
Katarzyna Hess-Wiktor, Małgorzata Opoczyńska Doświadczenie opieki nad bliskim dotkniętym chorobą Alzheimera.....	51
Renata Kleszcz-Szczyrba „Pomagać sobą” — rozważania na temat czynników niespecyficznych w psychoterapii związanych z osobą psychoterapeuty	63
Małgorzata Wolska Wskazania i przeciwwskazania do terapii małżeńskiej/terapii par.....	75
Komunikaty	85
Kodeks etyczny psychoterapeuty	89
Regulamin ogłaszania prac	93

KRAKÓW — ZIMA 2010