

Związki pomiędzy ciężkością astmy aspirynowej a współwystępującym z nią zespołem lęku napadowego i depresją

Panic disorder and depression influence on the severity of 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. Studies have reported a high rate of depression (DD) and panic disorder (PD) among asthma patients, though the impact of these disorders on asthma severity remains unclear. This study evaluated the prevalence of psychiatric disorders in 100 patients with aspirin-induced asthma and association between psychiatric status and levels of asthma severity.

Methods. 100 consecutive adults with confirmed, physician-diagnosed aspirin-induced asthma underwent psychiatric interviews 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. Asthma severity was assessed according to NHLBI/NAEPP 2007. There were 66 women (66%) and 34 men (34%). The average age was 52.7 (SD=12.3) for women and 49.8 (SD=13.0) for men.

Results. 41% patients met the diagnostic criteria for panic disorder, and 30% of them met depression criteria. Analyses revealed that there is correlation between asthma severity and presence and intensity of psychiatric disorders.

Conclusions. Results suggest that psychiatric disorders are prevalent among patients with aspirin-induced asthma and are associated with worse asthma severity. Physicians should consider the impact of these conditions when planning optimal treatment.

Słowa kluczowe: depresja, zespół lęku napadowego, ciężkość astmy

Key words: depression, panic disorder, asthma severity

Wstęp

Astma należy do najczęstszych przewlekłych chorób układu oddechowego na świecie, a częstość jej występowania, jak również jej nasilenie (ciężkość), wciąż rośnie zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się [1]. Dotychczasowe czysto internistyczne badania nad etiopatogenezą tej choroby wydają się nie wystarczać

do wyjaśnienia tego fenomenu i współczesne intensywne badania dotyczące astmy stają się w coraz większym stopniu interdyscyplinarne, z tendencją do włączania wpływu różnych okoliczności o charakterze psychologicznym [2–7]. W ostatnich 20 latach obserwuje się duże zainteresowanie związkami pomiędzy przebiegiem astmy a współwystępującymi z nią zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza zespołem lęku napadowego i depresją [8–24]. Badania wykazują, że oba te zaburzenia psychiczne występują co najmniej dwa, a nawet do sześciu razy częściej u astmatyków aniżeli w populacji ogólnej [za: 25]. Dla przykładu: w ogromnym badaniu z 2007 roku, obejmującym 17 krajów na całym świecie (Polska nie uczestniczyła) i populację 85 088 chorych na astmę [20], współwystępowanie depresji stwierdzono od 2,2% badanych w Szanghaju do 11,3% w USA i 25,5 % na Ukrainie, a współwystępowanie zespołu lęku napadowego od 4,7% w USA do 12,5% w RPA. Różnice w wynikach wiążą się prawdopodobnie z kontekstem ekonomicznym i kulturowym, choć ich rozpiętość budzi wiele pytań, dotyczących również ewentualnego wpływu zaburzeń psychicznych na ciężkość astmy.

Możliwe jest, że sama specyfika objawów astmy, z charakterystycznymi dla niej napadami ostrej duszności, zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych i depresyjnych [26], ale w literaturze przedmiotu wyrażana jest również hipoteza odwrotna, choć nie całkowicie polemiczna, to znaczy – że raczej obecność tych zaburzeń wtórnie nasila ciężkość astmy [27]. Może to wynikać z wpływu zaburzeń psychicznych na wiele różnych poziomów funkcjonowania organizmu i zachowania chorych, w tym np. na nadmierną aktywację osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej, współpracę w leczeniu choroby somatycznej, regularność zażywania leków, a także na ogólną jakość życia i zdolność do korzystania ze wsparcia rodzinnego i społecznego [28]. W Polsce nie prowadzono dotąd badań na ten temat.

Cele pracy

1. Sprawdzenie, czy objawy zespołu lęku napadowego i depresji korelowały z ciężkością astmy.
2. Sprawdzenie, jak często objawy zespołu lęku napadowego i depresji o różnym nasileniu współwystępowały z astmą oskrzelową (aspirynową) o różnym stopniu ciężkości.

Opis badanej grupy

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

wały, 32 były na rencie inwalidzkiej z powodu astmy, a 25 – na emeryturze. Ciężkość astmy oceniona została przez specjalistę pulmonologa na podstawie internistycznej klasyfikacji NHLBI/NAEPP z 2007 roku. Do podgrupy astmy okresowej (1 stopień) zaliczono 20% badanych, do podgrupy astmy łagodnej (2 stopień) – 21%, do podgrupy astmy średnio ciężkiej (3 stopień) – 30%, a do podgrupy astmy ciężkiej (4 stopień) – 29% badanych. Różnice w zakresie ciężkości astmy pomiędzy podgrupami kobiet i mężczyzn nie były istotne statystycznie ($p = 0,414$).

Metoda badań

Wszystkich pacjentów badał doświadczony psychiatra, specjalizujący się w psychiatrii konsultacyjnej. W badaniu wzięto pod uwagę ocenę stanu psychicznego oraz wypełnione, podane poniżej, kwestionariusze:

1. M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview). Autorzy: 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. to krótki, ustrukturalizowany wywiad pomocny w ustaleniu głównych zaburzeń psychicznych osi I w DSM-IV. Służy do badań diagnostycznych [29].

2. Panic and Agoraphobia Scale (PAS). Autor: B. Bandelow. Department of Psychiatry of Goettingen, wersja z 1999 r. [30]. 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, 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). Autor: Beck A. 1961; standaryzacja polska: Parnowski T., Jernajczyk W. 1977 [31]. Jedna z najczęściej używanych na świecie metod badania głębokości objawów depresji. Tworzy 21-punktowy inwentarz objawów depresyjnych. Sposób oceny: 0–9 punktów – brak objawów; 10–19 – lekkie objawy; 20–25 – objawy o średnim nasileniu; powyżej 25 – objawy o głębokim nasileniu.

Metody analizy statystycznej

Rekordy zawierające punktowe oceny PAS, BDI oraz ciężkości astmy dotyczące badanych pacjentów stanowiły wyjściową bazę danych. Wartości analizowanych zmiennych PAS, BDI oraz ciężkości astmy wykorzystane zostały bezpośrednio do zbadania siły powiązań między tymi zmiennymi przez obliczenie współczynników korelacji rangowych i określenie ich istotności statystycznej. Ponadto, po przekodowaniu wartości liczbowych ocen PAS, BDI oraz ciężkości astmy w oceny słowne (tzn. nasilenie łagodne, średnie, ciężkie), skonstruowany został, w postaci tablic dwudzielnych, rozkład częstości występowania zespołu lęku napadowego o różnym nasileniu

(mierzonym za pomocą PAS) w astmie o różnym stopniu ciężkości i rozkład częstości występowania objawów depresyjnych (na podstawie BDI) w astmie o różnym stopniu ciężkości.

Wyniki badań

1. Korelacje nasilenia zespołu lęku napadowego (panic disorder, PD, mierzonego za pomocą skali PAS) i nasilenia objawów depresyjnych (mierzonego za pomocą skali BDI) z ciężkością astmy wskazują, że istnieją pomiędzy nimi istotne statystycznie związki. Ponadto stwierdza się istotną statystycznie korelację pomiędzy wzrastającym nasileniem objawów zespołu lęku napadowego a pojawianiem się i nasileniem objawów depresyjnych (tab. 1).

Tabela 1. Współczynniki korelacji i ich istotność

	Współczynnik	Istotność
Ciężkość astmy vs nasilenie zespołu lęku napadowego mierzone za pomocą kwestionariusza PAS	0,26	$p = 0,000006$
Ciężkość astmy vs nasilenie depresji mierzone za pomocą kwestionariusza BDI	0,24	$p = 0,009152$
Nasilenie zespołu lęku napadowego vs nasilenie depresji	0,43	$p = 0,015192$

2. W badanej grupie pacjentów z astmą aspirynową zespół lęku napadowego (PD, badany za pomocą skali PAS) nie występował u 59 (59%) pacjentów, przy czym znajdowały się wśród nich osoby o różnej ciężkości astmy, w tym 13 osób z astmą ciężką (4 – najwyższy – stopień ciężkości). PD występował u 41 (41%) pacjentów. PD o łagodnym nasileniu występował u 9 badanych, o średnio ciężkim nasileniu – u 28, i o bardzo ciężkim nasileniu – u 4 badanych. Współwystępował z astmą o różnych stopniach ciężkości (tab. 2).

Tabela 2. Rozkład częstości występowania zespołu lęku napadowego (panic disorder, PD) o różnym nasileniu (mierzonym za pomocą kwestionariusza PAS) w astmie o różnym stopniu ciężkości

		Brak objawów	Nasilenie łagodne	Nasilenie średnio ciężkie	Nasilenie ciężkie	Razem
Astma	okresowa	17	0	4	0	21
		80,95%	0,00%	19,05%	0,00%	
	łagodna	12	3	3	2	20
		60,00%	15,00%	15,00%	10,00%	
	średnia	17	3	8	2	30
		56,67%	10,00%	26,67%	6,67%	
ciężka	13	3	13	0	29	
	44,83%	10,34%	44,83%	0,00%		
Razem		59	9	28	4	100

3. W badanej grupie z astmą aspirynową objawy depresyjne **nie występowały** u 70 (70%) pacjentów z astmą o różnym stopniu ciężkości, w tym u 17 osób z astmą ciężką. Objawy depresyjne występowały u 30 (30%) pacjentów. Łagodne nasilenie objawów depresyjnych stwierdzono u 18 badanych, średnio ciężkie u 10, a ciężkie u 2. Współwystępowały one z astmą o różnych stopniach ciężkości (tab. 3).

Tabela 3. Rozkład częstości występowania objawów depresyjnych (badanych za pomocą kwestionariusza BDI) w astmie o różnym stopniu ciężkości

		Brak objawów	Objawy łagodne	Objawy średnio ciężkie	Objawy o ciężkim nasileniu	Razem
Asthma	okresowa	18	2	1	0	21
		85,71%	9,52%	4,76%	0,00%	
	łagodna	15	4	0	1	20
		75,00%	20,00%	0,00%	5,00%	
	średnia	20	5	4	1	30
		66,67%	16,67%	13,33%	3,33%	
	ciężka	17	7	5	0	29
		58,62%	24,14%	17,24%	0,00%	
	Razem	70	18	10	2	100

Dyskusja

Najważniejszym wynikiem badania jest potwierdzenie obecnej w literaturze internistycznej hipotezy dotyczącej związku ciężkości astmy z obecnością i nasileniem objawów zespołu lęku napadowego i objawów depresji (tabela 1) [23–27]. Statystyczna istotność takiego związku jest w niniejszym badaniu bardzo wyraźna, co wskazuje na znaczenie zaburzeń psychicznych lękowych i depresyjnych w złożonej etiopatogenezie zjawiska czasowej zmienności ciężkości astmy w trakcie jej przebiegu. Choć badani pacjenci astmatyczni cierpieli na jej postaci o różnej ciężkości, to jednak trzeba zaznaczyć, że wszyscy diagnozowani byli jako astmatycy aspirynowi (AIA, aspirin-induced asthma), co oznacza stosunkowo rzadki (3–20% wszystkich astmatyków), pierwotnie ciężki, osobny podtyp astmy, charakteryzujący się m.in. występowaniem wyjątkowo nasilonych, zagrażających życiu napadów duszności [32, 33]. Jest możliwe, że w tym właśnie rodzaju astmy obecność zaburzeń psychicznych lękowych i depresyjnych ma szczególny wpływ na tworzenie się zjawiska błędnego koła, które w różny sposób i na różnych poziomach funkcjonowania organizmu nasila ciężkość tej choroby [28].

W pełni zrozumiałą dla psychiatrów, lecz nieobecny w fachowej literaturze internistycznej, jest wynik świadczący o tym, że objawy depresyjne nasilają się w miarę nasilania się objawów lękowych, a zatem są względem nich wtórne (tabela 1 wers 3). Niektóre badania internistyczne [23–25, 27] podkreślają znaczenie obecności objawów depresyjnych jako predyktorów ciężkości astmy, z czym trudno polemizować, biorąc pod uwagę takie objawy depresji, jak myśli i tendencje samobójcze, poznawcze

zaburzenia myślenia, zaburzenia snu, wycofanie społeczne itp. Jednakże wydaje się, że ten kierunek myślenia, kładący nacisk przede wszystkim na znaczenie depresji w nasilaniu ciężkości astmy, ma pewne mankamenty. Po pierwsze, w badaniach internistycznych używane są uproszczone kwestionariusze psychiatryczne (np. Primary Care Evaluation of Mental Disorders, Composite International Diagnostic Interview 3.0, Hospital Anxiety Depression Scale, Geriatric Depression Scale), a niektóre badania wykonywane są nie podczas osobistego spotkania z pacjentami, lecz telefonicznie. Taki sposób badania pokazuje co prawda pewien ważny nurt diagnostyczny, lecz może pomijać jego szczegółowe, specjalistyczne aspekty, w tym wypadku częstość występowania i nasilenie objawów lękowych, szczególnie PD, który prawdopodobnie jest rozpoznawany i oceniany zbyt rzadko, podczas gdy w rzeczywistości może być pierwszym, poważnym prognostykiem ryzyka nasilania ciężkości astmy. Uzyskane w niniejszym badaniu wyniki są także w pełni zgodne z wynikami psychiatrycznych badań nad współwystępowaniem zaburzeń lękowych i depresyjnych, wg których zaburzenia lękowe najczęściej występują jako pierwsze, a objawy depresyjne pojawiają się wtórnie, czyli jako epifenomen [34]. Zwrócenie uwagi na znaczenie obecności i nasilenia objawów PD w astmie w ogóle, a w szczególności w astmie aspirynowej, może uwrażliwić internistów na ryzyko pogłębienia ciężkości astmy, o ile dzieje się to w kontekście jej związku z nasileniem zaburzeń psychicznych.

Te ostatnie wystąpiły w badanej kohorcie częściej aniżeli podaje to literatura internistyczna [8–22]. Objawy zespołu lęku napadowego stwierdzono u 41% badanych, a objawy depresyjne – u 30%. Różnice w wynikach mogą być spowodowane samą charakterystyką astmy aspirynowej (choć w badaniu uczestniczyli jedynie pacjenci ambulatoryjni, nie wymagający hospitalizacji) oraz użyciem bardziej specjalistycznych i dokładnych kwestionariuszy, a także faktem, że bezpośrednio badanie stanu psychicznego wykonywała specjalistka w psychiatrii konsultacyjnej z dużym doświadczeniem w badaniu i leczeniu chorych somatycznie.

Niezwykle interesujący wydaje się rozkład częstości nasilenia objawów PD i depresji w zależności od stopnia ciężkości astmy (tabele 2 i 3). W astmie ciężkiej (czwarty, najwyższy stopień nasilenia) objawy PD nie występowały u 44,83% badanych, objawy o łagodnym nasileniu występowały u 10,34%, objawy o nasileniu średnio ciężkim u 44,83%, a objawy o bardzo ciężkim nasileniu nie występowały wcale. W związku z tym, że objawy depresyjne w badanej grupie ogólnie stwierdzano rzadziej niż lękowe, rozkład ich nasilenia w astmie ciężkiej był podobny – brak objawów depresyjnych stwierdzono u 58,62%, łagodne objawy depresyjne u 24,14%, o średnim nasileniu u 17,24%, a objawów depresyjnych o ciężkim nasileniu nie stwierdzono. Natomiast objawy PD o ciężkim nasileniu stwierdzono jedynie u 10% pacjentów z astmą łagodną i u 6,67% pacjentów z astmą średnią. Objawy depresyjne o ciężkim nasileniu stwierdzono zaledwie u 5% pacjentów z astmą łagodną i u 3,33% z astmą średnią. We wszystkich podgrupach ciężkości astmy dominowały średnio nasilone objawy PD i łagodnie nasilone objawy depresyjne.

Taki rozkład wyników wskazuje, że nie mamy do czynienia z prostym, linearnym związkiem ciężkości astmy z obecnością zaburzeń psychicznych o różnym nasileniu. Wydaje się prawdopodobne, że jest to związek bardziej skomplikowany, w którym

znaczenie ma nie tylko sama obecność objawów lękowych i depresyjnych, lecz także inne zmienne, takie jak osobowość i jej mechanizmy obronne, koherencja, zdolność do adaptacji w chorobie oraz ważne okoliczności życiowe o charakterze urazów psychicznych. Dalsze badania dotyczące tych powiązań wydają się konieczne i będą kontynuowane.

Wnioski

1. Wykazano, że istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy ciężkością astmy aspirynowej a obecnością i nasileniem objawów zespołu lęku napadowego (PD) oraz depresji.
2. Wykazano, że u pacjentów z astmą aspirynową objawy zbadanych zaburzeń psychicznych występują często: u 41% pacjentów stwierdzono objawy PD, a u 30% objawy depresji.
3. Wydaje się, że związek pomiędzy ciężkością astmy aspirynowej a obecnością i nasileniem objawów PD i depresji nie ma charakteru bezpośredniego (typu: im bardziej nasilone objawy psychiatryczne, tym cięższa astma), lecz pośrednio zależy od innych czynników i okoliczności psychologicznych, nie ujętych w tym badaniu.

Praca nie była w żaden sposób finansowana ani dofinansowywana.

Связи между тяжелой аспириновой астмой и сосуществующим с ней синдромом параксизмального страха и депрессией

Содержание

Задание. Исследования, относящиеся к астме, указывают на большую частоту появления депрессии и синдрома параксизмального страха среди пациентов больных астмой, хотя влияние этих нарушений на тяжесть течения астмы, остается неоднородным. Предлагаемое исследование посвящено сосуществованию указанных психических нарушений у 100 пациентов с диагнозом аспириновой астмы, а также связям между психическим состоянием и тяжестью астмы.

Методы. 100 пациентов с диагнозом аспириновой астмы, установленной специалистом-пульмонологом, обследованы расширенным психиатрическим исследованием глоссарием МИНИ 5.00 Глоссария депрессии Бека, а также Шкалы паники и агорафобии. Психиатрическое исследование проведенное специалистом-консультантом, опиралось на критериях Международной классификации болезней ICD-10 и DSM-IV. Тяжесть течения астмы была оценена пульмонологом по классификации NHLBI/NAEPP 2007. В исследовании приняло участие 66 женщин (66%) и 34 мужчины (34%). Средний возраст исследованных для женщин был 57,7 (откл. 12,3), а для мужчин 48,68 (откл. 13,0).

Результаты. У 41% исследованных диагностирован синдром параксизмального страха, а у 30% – депрессию. Статистический анализ указал на существенные связи между тяжестью течения астмы и утяжеленкем обнаруженных психических нарушений.

Выводы. Полученные результаты исследований могут указывать на факт, что психические нарушения часто сосуществуют с аспириновой астмой и влияют на утяжеления ее течения. Врачи терапевты должны принимать во внимание такую ситуацию во время проводимого лечения.

Zusammenhänge zwischen der Schwere der Aspirin-induzierten (ASS) Asthma und komorbidem Anfallangst und Depression

Zusammenfassung

Ziel. Die Studien an der Asthma zeige eine große Häufigkeit der Depression und des Syndroms der Anfallangst unter den Patienten mit Asthma; der Einfluss dieser Störungen auf die Schwere von Asthma bleibt jedoch undeutlich. Die vorliegende Studie wurde der Komorbidität der obengenannten psychischen Störungen in der Gruppe von 100 Patienten mit der Diagnose Aspirin-induzierte (ASS) Asthma gewidmet und auch den Zusammenhängen zwischen dem psychischen Zustand und der Schwere der Asthma.

Methoden. 100 Patienten mit der Diagnose Aspirin-induzierte (ASS) Asthma, die durch einen Pulmonologen gestellt wurde, wurden psychiatrisch erweitert untersucht. Die Untersuchung wurde durchgeführt mit: Fragebogen M.I.N.I. 5.00, Beck-Depression-Skala (BDI), Skala zur Erfassung der Panik und Agoraphobie (PAS). Die Untersuchung wurde vom erfahrenen Psychiater und Berater nach den ICD-10 und DSM-IV Kriterien durchgeführt. Die Schwere der Asthma wurde durch den Facharzt Pulmonologen nach der Klassifizierung NHLBI-NAEPP 2007 beurteilt. An der Studie nahmen 66 Frauen (66%) und 34 Männer (34%) teil. Das Durchschnittsalter lag für Frauen bei 52.7 (SD=12.3), und für Männer bei 48.8 (SD=13.0).

Ergebnisse. Bei 41% der Patienten wurde das Syndrom der Anfallangst diagnostiziert, und bei 30% die Depression. Die statistische Analyse zeigte signifikante Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad der Asthma und der Intensität der diagnostizierten psychischen Störungen.

Schlussfolgerungen. Die Ergebnisse der Studie suggerieren, dass die psychischen Störungen oft mit Aspirin-induzierten (ASS) Asthma komorbid sind und einen Einfluss auf die Verschlechterung der Asthma haben. Die Allgemeinärzte sollen diese Situation bei der Planung einer optimalen Behandlung in Betracht nehmen.

Les corrélations de la gravité de l'asthme à l'aspirine et coexistent avec lui : crise de panique et dépression

Résumé

Objectif. Les résultats des recherches notent la grande fréquence de coexistence de l'asthme et de la crise de panique et de la dépression pourtant leur influence sur la gravité de l'asthme reste inconnue. Cet article examine les corrélations de la gravité de l'asthme et de ces troubles psychiques.

Méthodes. On examine 100 patients souffrant de l'asthme à l'aspirine en usant les questionnaires psychiatriques tels que : M.I.N.I. 5.00, BDI (Beck Depression Inventory), PAS (Panic and Agoraphobia Scale). Cet examen est fait par les psychiatres et d'après les critères ICD-10 et DSM-IV. La gravité de l'asthme est estimée d'après les critères NHLB/NAEPP 2007. Le groupe examiné se compose de 66 femmes (66%) et de 34 hommes (34%). Leur moyenne de l'âge – 52.7 (SD=12.3) (femmes) et 49.8 (SD=13.0) (hommes).

Résultats. On diagnostique le syndrome de crise de panique chez 41% de patients et la dépression chez 30%. L'analyse statistique démontre les corrélations de la gravité de l'asthme et des troubles psychiques coexistent.

Conclusions. Ces résultats suggèrent que les troubles psychiques coexistent avec l'asthme à l'aspirine et ils influent sur la gravité de l'asthme. Les médecins des maladies internes doivent prendre en considération cette coexistence pour traiter ces patients d'une manière optimale.

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. 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.
3. Oga T, Nishimura K, Tsukino M, Sato S, Hajiro T, Mishima M. *Analysis of longitudinal changes in the psychological status of patients with asthma*. Respir. Med. 2007; 101: 2133–2138.
4. 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.
5. 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.
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. van Peski-Oosterbaan AS, Spinhoven P, Does van der AJW, Willems LNA, Sterk PJ. *Is there a specific relationship between asthma and panic disorder?* Behav. Res. Ther. 1996; 34 (4): 333–340.
9. Perna G, Bertani A, Politi E, Colombo G, Bellodi L. *Asthma and panic attacks*. Biol. Psychiatry 1997; 42: 625–630.
10. Goodwin RD, Pine DS. *Respiratory disease and panic attacks among adults in the United States*. Chest 2002; 122 (2): 645–650.
11. Nascimento I, Nardi AE, Valenca AM, Lopes FL, Mezzasalma MA, Nascentes R, Zin WA. *Psychiatric disorders in asthmatic outpatients*. Psychiatry Res. 2002; 110: 73–80.
12. Goodwin RD, Jacobi F, Thefeld W. *Mental disorders and asthma in the community*. Arch. Gen. Psychiatry 2003; 60, 11: 1125–1130.
13. Goodwin RD, Pine DS, Hoven CW. *Asthma and panic attacks among youth in the community*. J. Asthma 2003; 40 (2): 139–145.
14. Goodwin RD. *Asthma and anxiety disorders*. Adv. Psychosom. Med. 2003; 24: 51–71.
15. Goodwin RD, Eaton WW. *Asthma and the risk of panic among adults in the community*. Psychol. Med. 2003; 33 (5): 879–885.
16. Goodwin RD, Olfson M, Shea S, Lantigua RA, Carrasquillo O, Gameroff MJ, Weissman MM. *Asthma and mental disorders in primary care*. Gen. Hosp. Psychiatry 2003; 25: 479–483.
17. Rietveld S, Creer TL. *Psychiatric factors in asthma. Implications for diagnosis and therapy*. Am. J. Respir. Med. 2003; 2, 1: 1–10.
18. 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.
19. 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.
20. Scott KM, von Korff M, Ormel J, Zhang M, Bruffaerts R, Alonso J, Kessler RC, Tachimori H, Karam E, Levinson D, Bromet EJ, Posada-Villa J, Gasquet I, Angermeyer MC, Borges G, Girolamo G, Herman A, Haro JM. *Mental disorders among adults with asthma: results from the World Mental Health Survey*. Gen. Hosp. Psychiatry 2007; 29: 123–133.
21. 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.
22. 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.

23. 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.
24. Kewalramani A, Bollinger ME, Postolache TT. *Asthma and mood disorders*. *Int. J. Child Health Dev.* 2008; 1 (2): 115–123.
25. 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.
26. van Beek N, Schruers KRJ, Griez EJJ. *Prevalence of respiratory disorders in first-degree relatives of panic disorder patients*. *J. Affec. Dis.* 2005; 87: 337–340.
27. 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.
28. Wright RJ, Rodriguez M, Cohen S. *Review of psychosocial stress and asthma: an integrated biopsychosocial approach*. *Thorax* 1998; 53: 1066–1074.
29. *M.I.N.I. 5.0.0 Polish Version (DSM-IV)*. Y. Lecrubier, E. Weiller, I. Hergueta, P. Amorim, LI. Bonora, JP. Lepine (Inserm-Paris, France), D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, KH. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA), 1998. Polish translation: M. Masiak, J. Przychoda (Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie, Poland).
30. Bandelow B. *Panic and Agoraphobia Scale (PAS)*. Seattle, Toronto, Bern, Goettingen: Hogrefe and Huber Publishers; 1999.
31. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. *Psychiatr. Pol.* 1977; 11, 4: 417–421.
32. Szczeklik A, Stevenson DD. *Clinical and pathologic perspectives on aspirin sensitivity and asthma*. *J. Allergy. Clin. Immunol.* 2006; 118: 773–786.
33. 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, 2 (2): 127–129.
34. Wittchen HU. *Critical issues in the evaluation of co-morbidity of psychiatric disorders*. *Brit. J. Psychiatry* 1996; 168 (supl. 30): 9–16.

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

Otrzymano: 10.02.2010
Zrecenzowano: 18.03.2010
Otrzymano po poprawie: 16.04.2010
Przyjęto do druku: 30.04.2010