

Płeć i obecność doznanych urazów psychicznych a współwystępowanie zespołu lęku napadowego i depresji w astmie ciężkiej i trudnej oraz w astmie aspirynowej

Gender and presence of profound psychological traumas versus comorbidity of panic disorder and depression in difficult and aspirin-induced asthma

Anna Potoczek

Klinika Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii UJ CM
Kierownik katedry: prof. dr hab. n. med. J. Bomba
Kierownik kliniki: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

Summary

Aim. The author examined psychiatrically a group of 106 patients with difficult asthma and 100 patients with aspirin-induced asthma. The special interest of the study was the careful analysis of the time, context and content of different psychological traumas that the patients from both groups had throughout their lives.

Methods. 106 consecutive adults with confirmed, physician-diagnosed difficult asthma and 100 patients with aspirin-induced asthma underwent psychiatric interview and assessment using M.I.N.I 5.0, Beck Depression Inventory (BDI) and Panic And Agoraphobia Scale (PAS). Psychiatric assessment was performed by an experienced liaison psychiatrist according to ICD-10 and DSM-IV diagnosis. In the difficult asthma group, there were 78 women (74%) and 28 men (26%). The average age was 51.3 (SD=14.5) for women and 47.5 (SD=12.7) for men.

In 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 a higher level of anxiety and depressive symptoms than men. It may be due to specific trauma of suffering and/or death of an emotionally close person, which occurred in adulthood. This kind of trauma may have impact on the aetiology of both panic disorder and depression. Women are more exposed to this sort of trauma due to their social role.

Conclusions. It is possible, that psychological trauma affects the development, course and severity of anxiety and depressive symptoms in asthmatic patients. It may play a special role in development of difficult asthma.

Słowa kluczowe: astma, zespół lęku napadowego, depresja, płeć, urazy psychiczne

Key words: asthma, panic disorder, depression, gender, trauma

Wstęp

Pomimo wzrostu dostępności leczenia, a także opracowywania jego coraz doskonalszych standardów, częstość występowania, jak również nasilenie (ciężkość) astmy wzrasta na całym świecie, tak w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się [1]. Szczególnie niebezpiecznym, a także diagnostycznie niejasnym zjawiskiem jest wzrost częstości występowania astmy trudnej, czyli takiej, w której obserwujemy zarówno jej uporczywy i nasilony przebieg, jak i względną niewrażliwość na działanie glikokortykosteroidów będących w astmie ciężkiej lekami z wyboru, co oznacza, że pacjenci chorujący na nią nie reagują pozytywnie na prawidłowo prowadzone leczenie internistyczne. Uważa się, że przyczyny takiej sytuacji mają bezpośredni związek z przewlekłym złym stanem psychicznym chorych, ale nie badano systematycznie tego zjawiska. Astma trudna dotyczy znacznie częściej kobiet niż mężczyzn, prowadzi do powstania pęłapki powietrznej i rozdęcia płuc, a jej wieloletnie leczenie wymaga zazwyczaj bardzo wielu hospitalizacji (w niniejszym badaniu ich największa liczba wynosiła 60) [2–4].

Jedną z prawdopodobnych przyczyn powstawania fenomenu astmy ciężkiej i trudnej, a także mniej uporczywych postaci astmy ciężkiej, jest współwystępowanie astmy i zaburzeń psychicznych, w tym zwłaszcza zespołu lęku napadowego i depresji [5–9]. Zwraca się także uwagę na wpływ różnych obciążających czynników psychologicznych, które, działając przewlekłe, działają szkodliwie zarówno w znaczeniu bezpośredniej reakcji emocjonalnej, jak i pośrednio, poprzez nadmierną aktywację osi stresu (oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa) [10–12]. Stosunkowo nowy nurt badań internistycznych i psychiatrycznych dotyczy wpływu znaczących wydarzeń życiowych, prowadzących do powstania i rozwoju zaburzeń lękowych, depresji i PTSD, na nasilenie, a nawet ryzyko wywołania poważnych chorób somatycznych, w tym także astmy [13–20]. Badania te poszerzają wiedzę o wpływie urazów psychicznych w okresie dorosłości na długotrwały stan psychiczny osób, które ich doznały, nie podważając znaczenia urazów okresu dzieciństwa [21], lecz raczej podkreślając kontinuum pomiędzy wpływem wczesnych problemów psychologicznych a rozwojem zaburzeń psychicznych, zwłaszcza depresji, w późniejszych okresach życia [22]. Także interdyscyplinarne badania polskie zwracają uwagę na związek pomiędzy ryzykiem rozwoju zespołu lęku napadowego i depresji a doznaniem niektórych poważnych urazów psychicznych (trauma choroby/śmierci bliskiej emocjonalnie osoby) w różnych grupach chorych somatycznie, a także pacjentów leczonych psychiatrycznie z powodu czystego zespołu lęku napadowego [23–27].

W obecnym badaniu związek pomiędzy obecnością urazów psychicznych w okresie dzieciństwa i niektórych urazów w okresie dorosłości a nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w astmie ciężkiej i trudnej porównano z analogicznymi zależnościami występującymi w astmie aspirynowej o różnym stopniu ciężkości. Powodem wybrania właśnie takiej grupy porównawczej jest fakt, że w astmie aspirynowej również występuje pewna niewrażliwość na prawidłowe leczenie internistyczne, choć nie tak nasiloną, jak w astmie trudnej. Jest możliwe, że przyczyny takiego stanu rzeczy także wiążą się ze stanem psychicznym chorych.

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 niesteroidowe leki przeciwzapalne (NSAIDs). Zażycie tych substancji może doprowadzić do zagrażających życiu skurczy oskrzeli z hipoksją, często prowadzących do wstrząsu systemowego. Pomimo zażywania doustnych leków z grupy sterydów, jedynie około 3% pacjentów z tym rodzajem astmy udaje się osiągnąć jej dobrą kontrolę, a aż u 59% pacjentów astma jest, pomimo leczenia, bardzo trudna do kontrolowania, co prowadzi do wzrostu jej ciężkości [28, 29]. Jest to więc grupa chorych w pewnym sensie (choć z innych powodów) analogiczna do grupy chorych na astmę trudną. Uznano, że porównanie charakterystyki urazów psychicznych, których doznali pacjenci obu grup w różnych okresach swego życia, może dostarczyć wskazówek dotyczących szczególnych problemów psychologicznych, zwłaszcza w grupie astmy ciężkiej i trudnej.

Trzeba zaznaczyć, że charakter badanego w artykule urazu w okresie dorosłości, polegającego na czynnym uczestnictwie w opiece nad ciężko chorą/umierającą bliską emocjonalnie osobą, nie jest w pełni zgodny z kryterium A1 definicji urazu podanej w kryteriach diagnostycznych zespołu stresu pourazowego w klasyfikacji DSM-IV [30]. Definicja ta bowiem skupia się na „wydarzeniach grożących śmiercią lub poważnymi obrażeniami albo zagrażających bezpośrednio fizycznej integralności osoby”, co w wyżej wspomnianym urazie nie ma miejsca. Uraz polegający między innymi na długotrwałym kontakcie z ciężko chorą osobą i obserwacji progresji jej objawów może mieć, poprzez proces sensytyzacji, bardzo znaczący wpływ na kształtowanie się katastroficznej interpretacji stanu własnego zdrowia, co jest charakterystycznym zaburzeniem poznawczym w zespole łęku napadowego, a zatem doznanie go może zwiększać ryzyko wystąpienia tego zespołu.

Cele pracy

1. Sprawdzenie, jak często w grupie pacjentów (kobiet i mężczyzn) z rozpoznaniem astmy ciężkiej i trudnej oraz astmy aspirynowej o różnej ciężkości występowały poważne trudności i urazy w okresie dzieciństwa oraz specyficzne urazy w okresie dorosłości, przeżyte przez pacjentów w czasie zachorowania na astmę lub znacznego nasilenia ciężkości astmy już rozpoznanej.
2. Sprawdzenie, czy istnieje statystyczny związek pomiędzy częstością występowania obu rodzajów tych urazów.
3. Zbadanie, jaki jest związek obu rodzajów urazów (lub ich braku) z nasileniem występujących u pacjentów objawów zespołu łęku napadowego (PD), mierzonym za pomocą kwestionariusza PAS, oraz z nasileniem objawów depresyjnych, określonym na podstawie kwestionariusza BDI.

Przez urazy psychiczne w okresie dzieciństwa rozumiano takie okoliczności, jak: przewlekłe, bardzo złe warunki ekonomiczne (np. skutki II wojny światowej), utratę jednego lub obojga rodziców, rozpad rodziny, alkoholizm w rodzinie, długotrwałą przemoc w rodzinie, molestowanie psychiczne i seksualne.

Przez specyficzne urazy w okresie dorosłości rozumiano natomiast traumę ciężkiej choroby i/lub śmierci bliskiej emocjonalnie osoby, w której pacjenci astmatyczni uczestniczyli w charakterze bezpośrednio zaangażowanych opiekunów, obserwujących w codziennym kontakcie narastanie zagrażających życiu objawów.

Material i metoda

Opis badanych grup

Grupę A stanowiło 100 ambulatoryjnych pacjentów z 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), podgrupie kobiet – 52,7 roku (SD = 12,3), a w podgrupie mężczyzn – 48,8 roku (SD = 13,0). Nie zaobserwowano znaczących różnic w zakresie wieku kobiet i mężczyzn ($p = 0,15$). 43 osoby pracowały, 32 były na rencie inwalidzkiej z powodu astmy, a 25 – na emeryturze.

W skład grupy B wchodziło 106 ambulatoryjnych pacjentów z rozpoznaniem astmy ciężkiej i trudnej, leczonych w tejże klinice, 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.

Metoda badań

Wszystkich pacjentów badał psychiatra, specjalizujący się w psychiatrii konsultacyjnej. W badaniach zastosowano następujące narzędzia badawcze:

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. zostało stworzone jako krótkie, ustrukturalizowane narzędzie do badania głównych zaburzeń psychicznych osi I w DSM-IV. Służy do badań diagnostycznych [31].
2. Panic and Agoraphobia Scale (PAS). Autor: B. Bandelow, Department of Psychiatry of Goettingen, wersja z 1999 [32]. Służy do oceny głębokości zespołu lęku napadowego. Składa się z dwóch skal, z których jedną wypełnia lekarz, a drugą pacjent. Każda skala składa się z 13 punktów, z możliwością wyboru odpowiedzi pomiędzy 0 a 4. Kwestionariusz bada 5 zakresów (napady paniki, agorafobie, lęk antycypacyjny, ograniczenie aktywności, jakość życia i obawy związane ze stanem zdrowia). Ocena końcowa wynika z następującej punktacji: lekarza: 0–8 punktów: brak objawów; 9–18 punktów: przebieg łagodny; 19–39: przebieg średnio ciężki i ciężki; 40 i więcej: przebieg bardzo ciężki.

3. Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI). Autor: Beck A. 1961, standaryzacja polska: Parnowski T., Jernajczyk W. 1977 [33]. Jedna z najczęściej używanych na świecie metod badania głębokości objawów depresji. Tworzy 21-punktowy inwentarz objawów depresyjnych. Sposób oceny: 0–9 punktów: brak objawów depresji; 10–19: lekkie objawy depresji; 20–25: objawy depresji o średnim nasileniu; powyżej 25: objawy depresji o głębokim nasileniu.
4. Ankieta Życiorysowa: zawierała szczegółowe pytania dotyczące rodziny generacyjnej, wzajemnych relacji pomiędzy jej członkami, statusu ekonomicznego, ważnych wydarzeń z okresu dzieciństwa i wczesnej młodości, okresu szkolnego, postępów w nauce i zdobytego wykształcenia, pracy zawodowej, stanu cywilnego, oceny małżeństwa, urodzenia dzieci, relacji pomiędzy badanymi a ich dziećmi oraz rodzicami. Bardzo szczegółowo potraktowałam temat poważnych chorób wszelkiego rodzaju występujących w najbliższej rodzinie i związku. Uwzględniono charakter obowiązków, jakie badany/badana spełniali przy chorym, pomocy, jaką organizowali. Do kategorii „urazu w okresie dorosłym” zaliczałam jedynie choroby o najpoważniejszym rokowaniu oraz ich zejścia terminalne.

Użyte w badaniu metody statystyczne

Wyjściową bazę danych stanowiły rekordy zawierające punktowe oceny nasilenia objawów PD, uzyskane za pomocą kwestionariusza PAS, oraz nasilenia objawów depresyjnych, uzyskane za pomocą kwestionariusza BDI, informacje o występowaniu lub nie urazów w dzieciństwie oraz w dorosłości. Wartości analizowanych zmiennych PAS, BDI oraz dotyczące różnych urazów wykorzystane zostały do skonstruowania i analizy tablic przedstawiających rozkłady częstości ich występowania wśród kobiet i mężczyzn. Te same wartości posłużyły do skonstruowania i analizy tablic rozkładów częstości występowania: urazów w okresie dzieciństwa zależnie od płci, urazów w okresie dorosłości zależnie od płci, oraz obu rodzajów urazów versus nasilenie PAS i BDI. Istotność związków między zmiennymi weryfikowano za pomocą testu niezależności Chi².

Wyniki badań

1. Na podstawie szczegółowego badania psychiatrycznego oraz Ankiety Życiorysowej w grupie A (pacjentów z astmą aspirynową) i w grupie B (pacjentów z astmą trudną) ustalono częstość występowania urazów psychicznych w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości. W grupie A stwierdzono je u 12 osób badanych, w grupie B u 22 (tabela 1). Natomiast urazy w okresie dorosłości (choroba i/lub śmierć bliskiej emocjonalnie osoby) występowały w grupie A u 38 badanych, w grupie B u 86 (tabela 2). Urazy w okresie dorosłości w grupie B stanowiły istotnie większą frakcję niż w grupie A ($p < 0,001$). Ponadto zarówno urazy w okresie dzieciństwa, jak i urazy w okresie dorosłości występowały znacząco częściej u kobiet niż u mężczyzn. Poza tym w grupie B równoczesne występowanie obu rodzajów urazów było znacznie

częstsze niż w grupie A i odwrotnie – równoczesny brak obu rodzajów urazów był w grupie A znacząco częstszy niż w grupie B.

2. Rozkład związku nasilenia zespołu lęku napadowego, mierzonego za pomocą kwestionariusza PAS, z występowaniem urazów w okresie dzieciństwa u wszystkich badanych (kobiet i mężczyzn łącznie) (tabela 4). W grupie A (astma aspirynowa) związek urazów w okresie dzieciństwa z nasileniem objawów lękowych jest istotny statystycznie ($p = 0,0003$), natomiast w grupie B (astma trudna) nie można odrzucić hipotezy o niezależności nasilenia objawów lękowych od występowania urazów w okresie dzieciństwa.

3. Rozkład związku nasilenia zespołu lęku napadowego, mierzonego za pomocą kwestionariusza PAS, z występowaniem urazów w okresie dorosłości (choroby i/lub śmierci) u kobiet i mężczyzn łącznie (tabela 5). Zarówno w grupie A, jak i w grupie B związek urazów w okresie dorosłości z nasileniem objawów lękowych jest istotny statystycznie ($p < 0,001$).

4. Związek nasilenia objawów depresyjnych mierzonego za pomocą kwestionariusza BDI, z występowaniem urazów w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości u kobiet i mężczyzn łącznie (tabela 6). W grupie A (astma aspirynowa) związek urazów w okresie dzieciństwa z nasileniem objawów depresyjnych jest istotny statystycznie ($p = 0,0001$), natomiast w grupie B (astma trudna) nie można odrzucić hipotezy o niezależności nasilenia objawów lękowych od występowania urazów w okresie dzieciństwa.

5. Związek nasilenia objawów depresyjnych, mierzonego za pomocą kwestionariusza BDI, z występowaniem urazów w okresie dorosłości u kobiet i mężczyzn łącznie (tabela 7). Zarówno w grupie A, jak i w grupie B związek urazów w okresie dorosłości z nasileniem objawów depresyjnych jest istotny statystycznie ($p < 0,03$).

Dyskusja

W obydwu grupach A i B (astmy aspirynowej i astmy trudnej), a także w podgrupach kobiet i mężczyzn, urazy w okresie dorosłości (doświadczenie choroby i/lub śmierci bliskiej emocjonalnie osoby) występowały znacznie częściej niż urazy w dzieciństwie – (tabela 1 i 2).

Tabela 1. Urazy w dzieciństwie i we wczesnej młodości

Urazy w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości		
	Grupa A (n = 100) Astma aspirynowa	Grupa B (n = 106) Astma trudna
Kobiety	11	16
Mężczyźni	1	6
	12% w grupie	21% w grupie

Tabela 2. Urazy w okresie dorosłości

Urazy w okresie dorosłości		
	Grupa A (n = 100) Astma aspirynowa	Grupa B (n = 106) Astma trudna
Kobiety	33	63
Mężczyźni	5	23
	38% w grupie	81% w grupie

Zwraca uwagę, że w obydwu grupach pacjentów występowaniu urazów w okresie dzieciństwa odpowiada większa obecność urazów w okresie dorosłości, związanych z chorobą i śmiercią (tabela 3). Rzecz jasna, nie można tych danych interpretować w kategoriach czysto losowych, raczej należy sądzić, że ktoś, kto już w dzieciństwie doświadczył dotkliwych problemów psychologicznych, będzie w przyszłości bardziej uwrażliwiony (np. poprzez proces sensytyzacji) na choroby i/lub śmierć, bardziej skłonny do emocjonalnego angażowania się i przeżywania związanego z nimi urazu, co w konsekwencji może zwiększyć ryzyko katastroficznej interpretacji własnych doznań somatycznych i ogólnie stanu zdrowia, stanowiącej charakterystyczną cechę PD.

Tabela 3. Rozkład obu rodzajów urazów niezależnie od płci

		Urazy w okresie dorosłości			
		Grupa A Astma aspirynowa		Grupa B Astma trudna	
		Brak	Występują	Brak	Występują
Urazy w okresie dzieciństwa	Brak	58	30	16	68
	Występują	4	8	4	18

W obydwu grupach A i B u większości badanych, u których nie występowały urazy w okresie dzieciństwa, nie występowały również objawy lękowe o charakterze PD. Natomiast pośród osób, u których urazy w okresie dzieciństwa występowały, objawy lękowe o średnio ciężkim i ciężkim nasileniu wystąpiły dwa razy częściej w grupie A (4 versus 8 osób) i cztery razy częściej w grupie B (4 versus 16 osób) – co przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Rozkład związku nasilenia zespołu lęku napadowego, mierzonego za pomocą kwestionariusza PAS, z występowaniem urazów w okresie dzieciństwa u wszystkich badanych (kobiet i mężczyzn łącznie)

Grupa A (astma aspirynowa)	Nasilenie objawów lękowych (mierzone za pomocą PAS)				
		Brak objawów	Łagodne	Średnio ciężkie	Ciężkie
Urazy w okresie dzieciństwa	Brak	55	9	23	1
	Występują	4	0	5	3
Grupa B (astma trudna)	Nasilenie objawów lękowych (mierzone za pomocą PAS)				
		Brak objawów	Łagodne	Średnio ciężkie	Ciężkie
Urazy w okresie dzieciństwa	Brak	21	7	43	13
	Występują	4	2	11	5

W grupie A z rozkładu związku nasilenia objawów PD z występowaniem urazów w dorosłości u wszystkich badanych (tabela 5) wynika, że u 51 badanych, u których uraz ten nie występował, równocześnie nie występowały objawy PD. U pozostałych 11 badanych bez urazu tego typu objawy PD były łagodne i średnio ciężkie, a ciężkie nie występowały wcale. Natomiast w sytuacji, gdy uraz ten występował, tylko u 8 badanych (na 38 osób) objawy PD nie występowały, objawy łagodne i średnio ciężkie stwierdzono u 26 osób, a ciężkie u 4. W grupie B (tabela 5) u 11 osób równocześnie nie było urazów w dorosłości i objawów PD, a u 9 pozostałych osób bez urazów w dorosłości objawy PD były średnio ciężkie. Pacjenci z urazami w dorosłości w przeważającej liczbie 63 z 86 mieli średnio ciężkie i ciężkie objawy PD. Świadczy to, że w obu grupach A i B istnieje bardzo silna zależność statystyczna wiążąca nasilenie objawów PD z urazem choroby i/lub śmiercią, przeżyтым w okresie dorosłości.

Tabela 5. Rozkład związku nasilenia zespołu lęku napadowego, mierzonego za pomocą kwestionariusza PAS, z występowaniem urazów w okresie dorosłości (opieka nad chorą/umierającą bliską osobą) u kobiet i mężczyzn łącznie

Grupa A (astma aspirynowa)	Nasilenie objawów PD (mierzone za pomocą PAS)				
		Brak objawów	Łagodne	Średnio ciężkie	Ciężkie
Urazy w okresie dorosłości	Brak	51	5	6	0
	Występują	8	4	22	4
Grupa B (astma trudna)	Nasilenie objawów lękowych (mierzone za pomocą PAS)				
		Brak objawów	Łagodne	Średnio ciężkie	Ciężkie
Urazy w okresie dorosłości	Brak	11	0	9	0
	Występują	14	9	45	18

Z tabeli 6 wynika, że w grupie A objawy depresyjne nie występowały wcale aż u 66 osób (mężczyzn i kobiet), które nie doświadczyły urazów w okresie dzieciństwa, i tylko u 4, które ich doświadczyły. U pozostałych 22 osób bez tego rodzaju urazów nasilenie objawów depresyjnych było łagodne i średnie, a ciężkie nie występowało. Natomiast u 6 osób z urazami w okresie dzieciństwa nasilenie objawów depresyjnych było łagodne i średnie, a u 2 osób tej podgrupy – ciężkie. W grupie B u 16 osób z urazami w okresie dzieciństwa objawy depresyjne nie występowały lub miały łagodne nasilenie, a u 6 osób ich nasilenie było średnie lub ciężkie. Podobnie jak w grupie A, większość osób w grupie B nie doświadczyła urazów w okresie dzieciństwa i te osoby nie miały objawów depresyjnych (49) lub tylko łagodne (26). Zatem w obu grupach A i B urazy w dzieciństwie nie miały widocznego wpływu na występowanie i nasilenie objawów depresyjnych.

Z tabeli 7 wynika, że w grupie A u 57 badanych, u których nie wystąpiły urazy związane z chorobą i/lub śmiercią przeżyte w dorosłości, równocześnie nie stwierdzono objawów depresyjnych. Pozostałych 5 osób bez tego rodzaju urazów cierpiało z powodu objawów depresyjnych łagodnych i średnio ciężkich. Natomiast w podgrupie, która ten rodzaj urazu przeżyła, 25 osób miało objawy depresyjne o różnym nasileniu, w tym u 2 osób stwierdzono objawy depresyjne o ciężkim nasileniu. 13 osób z tej podgrupy było wolnych od objawów depresyjnych.

Tabela 6. Rozkład związku nasilenia objawów depresyjnych, mierzonego za pomocą kwestionariusza BDI, z występowaniem urazów w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości u kobiet i mężczyzn łącznie

Grupa A (astma aspirynowa)	Nasilenie objawów depresyjnych (mierzone za pomocą BDI)				
		Brak objawów	Łagodne	Średnie	Ciężkie
Urazy w okresie dzieciństwa	Brak	66	15	7	0
	Występują	4	3	3	2
Grupa B (astma trudna)	Nasilenie objawów depresyjnych (mierzone za pomocą BDI)				
		Brak objawów	Łagodne	Średnie	Ciężkie
Urazy w okresie dzieciństwa	Brak	49	26	5	4
	Występują	9	7	2	4

Tabela 7. Rozkład związku nasilenia objawów depresyjnych, mierzonego za pomocą kwestionariusza BDI, z występowaniem specyficznych urazów w okresie dorosłości u kobiet i mężczyzn łącznie

Grupa A (astma aspirynowa)	Nasilenie objawów depresyjnych (mierzone za pomocą BDI)				
		Brak objawów	Łagodne	Średnie	Ciężkie
Urazy w okresie dorosłości	Brak	57	3	2	0
	Występują	13	15	8	2
Grupa B (astma trudna)	Nasilenie objawów depresyjnych (mierzone za pomocą BDI)				
		Brak objawów	Łagodne	Średnie	Ciężkie
Urazy w okresie dorosłości	Brak	17	2	1	0
	Występują	41	31	6	8

W grupie B urazów w okresie dorosłości nie przeżyło 20 osób i wśród nich 17 nie miało objawów depresyjnych, a 3 tylko łagodne lub średnie. Wśród osób z urazami w okresie dorosłości w grupie B 41 osób nie miało objawów depresyjnych. Łagodne objawy depresyjne miało 31 osób, natomiast 14 – objawy średnie i ciężkie. Wyniki, jakie przynosi to zestawienie, są bardzo istotne statystycznie i świadczą o tym, że uraz związany z chorobą i/lub śmiercią ma wpływ na występowanie i nasilenie objawów depresyjnych.

Uzyskane wyniki wskazują, że w grupie pacjentów z astmą ciężką i trudną urazy w okresie dzieciństwa występowały mniej więcej równie często jak w grupie pacjentów z astmą aspirynową, natomiast specyficzne urazy w okresie dorosłości (uraz uczestnictwa w ciężkiej chorobie i/lub śmierci bliskiej emocjonalnie osoby) występowały znacznie częściej, tak w podgrupie kobiet jak i mężczyzn. Wyniki te są zgodne z wcześniejszymi wynikami prac własnych prowadzonych w grupach z rozpoznaniem różnych jednostek chorobowych [23–27], które potwierdzały związek tego rodzaju urazów ze wzrostem ryzyka wystąpienia lub nasilenia się zaburzeń lękowych i depresyjnych, które mają wpływ na stopień ciężkości, a także kontroli astmy oskrzelowej, jak również innych chorób somatycznych [6–9]. Powyższe wyniki są również zgodne z nurtem

badań nad znaczeniem różnych stresowych okoliczności psychologicznych przeżywanych w okresie dorosłości dla przebiegu astmy, zwłaszcza skrajnie ciężkiej (fatal asthma) [10–12]. Nurt ten bada konsekwencje wydarzeń takich, jak np. rozwód, zmiana pracy i środowiska, narastanie problemów w związku partnerskim, nieporozumienia z przełożonym w pracy, urodzenie dziecka itp., ale równocześnie podkreśla znaczenie „transmisji” lęku i depresji, to znaczy podwyższonego ryzyka wystąpienia ich objawów u osób, które doświadczyły trudnych psychologicznie okoliczności w dzieciństwie [20–22].

Choć uraz uczestnictwa w chorobie i/lub śmierci bliskiej osoby nie spełnia kryteriów urazu (traumy) w znaczeniu definicji PTSD [30], nasuwa się jednak pytanie o jego doniosłe konsekwencje, w wielu swych aspektach analogiczne do obrazu klinicznego PTSD. Uraz ten należy do bardzo częstych, zazwyczaj długotrwałych i poważnych doświadczeń życiowych mających wpływ na zdrowie psychiczne opiekunów. Obserwacja progresji niebezpiecznych dla życia objawów choroby osoby bliskiej (proces sensytyzacji) może prowokować u nich zaburzenie poznawcze w postaci katastroficznej interpretacji własnych doznań somatycznych i nieadekwatne poczucie stopnia zagrożenia własnego zdrowia a nawet życia, co zwiększa ryzyko rozwoju lub nasilenia się zespołu lęku napadowego, w którym powtarzające się często i regularnie napady lęku wiążą się z głębokim przekonaniem o zagrożeniu własnego życia z powodu choroby (istniejącej lub nie). Prowadzi to do rozwoju i utrwalenia tzw. lęku antycypacyjnego, czyli silnej obawy przed wystąpieniem kolejnego napadu lęku, co ogranicza aktywność chorych i często jest powodem do rzeczywistej, trwałej inwalidyzacji, i jej wtórnych następstw psychologicznych i psychiatrycznych, które zwiększają ciężkość obrazu klinicznego lęku i depresji na zasadzie błędnego koła [15].

W literaturze psychiatrycznej znaczenie aktualnych (w przeciwieństwie do wczesno-dziecięcych i symbolicznych) niekorzystnych wydarzeń życiowych budzi coraz większe zainteresowanie, zwłaszcza w kontekście rozwoju zaburzeń lękowych. Dla przykładu – badanie Bruce i wsp. [18] obejmujące 504 pacjentów z zaburzeniami lękowymi, leczonych z różnych powodów przez amerykańskich lekarzy ogólnych, wykazało, że 418 z nich doznało poważnych urazów psychicznych przynajmniej raz w życiu, a u 185 zdiagnozowano PTSD (wg kryteriów DSM-IV). W obejmującym ok. 7000 osób amerykańskim badaniu National Comorbidity Study [19] i jego replikacji [16] stwierdzono, że PTSD dotyczy od 6,8% do 7,8% populacji USA w ciągu życia. Co ciekawe – choć mężczyźni wydają się bardziej niż kobiety narażeni na urazy psychiczne związane z przemocą i uczestnictwem w brutalnych wydarzeniach, to jednak u kobiet rozpoznano PTSD dwa razy częściej niż u mężczyzn (10,4% vs 5%). Także u kobiet stwierdzono wyższe niż u mężczyzn ryzyko rozwoju zaburzeń lękowych i depresyjnych, a także potwierdzono istnienie związku pomiędzy PTSD a przewlekłością i uporczywością objawów 15 chorób somatycznych (m.in. cukrzyca, nadciśnienia tętniczego, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, choroby wrzodowej żołądka i jelit, padaczki, chorób serca, reumatoidalnego zapalenia stawów, opornych na leczenie bólów głowy).

Wyjątkowym przykładem internistycznych badań nad związkami pomiędzy PTSD a astmą oskrzelową jest praca Goodwina i wsp. [14], która analizuje częstość występowania astmy po czynnym uczestnictwie w wojnie wietnamskiej w liczącej 3065 osób grupie bliźniąt płci męskiej. Wieloletnie dane na temat zdrowia żołnierzy-bliźniaków,

wychowanych w tych samych warunkach, urodzonych pomiędzy latami 1939 a 1956 i służyących w siłach amerykańskich w Wietnamie w latach 1965 do 1975, zostały zebrane na podstawie rejestru Vietnam Era Twin Registry, który wszechstronnie monitoruje schorzenia występujące w badanej grupie. Otrzymane wyniki wykazały, że w podgrupie żołnierzy-bliźniąt, którzy uczestniczyli w walkach, astma oskrzelowa wystąpiła 2,3 razy częściej aniżeli w podgrupie nie uczestniczącej w walkach, bez względu na pokrewieństwo (również u bliźniąt jednojajowych) i sytuację rodzinną w dzieciństwie i wczesnej młodości. Czynnikiem jednoznacznie decydującym o podwyższonym ryzyku zachorowania na astmę był nasilony stres bojowy, prowadzący do pojawienia się objawów PTSD.

Cytowane badania przybliżają istniejącą w literaturze medycznej nową tendencję zmierzającą do docenienia psychicznego znaczenia i złożonych konsekwencji urazów w okresie dorosłości. Wydaje się, że niektóre urazy dotyczące tego okresu, takie jak uraz związany z bezpośrednią opieką nad ciężko chorymi bliskimi, mogą nadal nie być w pełni doceniane, podobnie jak ich wpływ na kształtowanie wybitnie niekorzystnego przebiegu niektórych chorób somatycznych, takich jak astma ciężka i trudna.

Uraz związany z opieką nad ciężko chorą osobą – działa niezależnie od płci opiekunów, ale – z racji roli społecznej i miejsca w rodzinie – kobiety są nań narażone częściej niż mężczyźni, niezależnie od kultury, w której żyją. Może to być jednym z powodów cięższego przebiegu niektórych chorób somatycznych, np. astmy, właśnie u kobiet. Lekarze interniści powinni być tego świadomi, planując leczenie pacjentów chorych na wyjątkowo ciężkie i oporne postaci chorób somatycznych, w tym przypadku na astmę ciężką i trudną, uwzględniające potrzebę psychiatrycznego postępowania farmakologicznego i specjalistycznej psychoterapii.

Wnioski

Potwierdzone zostały wszystkie wstępne hipotezy badania.

1. Wynika, że w grupie pacjentów z rozpoznaniem astmy ciężkiej i trudnej (grupa B) zarówno urazy w okresie dzieciństwa i we wczesnej młodości jak i specyficzne urazy w okresie dorosłości występowały znacząco częściej niż w grupie pacjentów z astmą aspirynową (grupa A). Urazy w dzieciństwie w grupie B były prawie dwa razy częstsze niż w grupie A (22 osoby versus 12 osób), w tym występowały częściej u kobiet niż u mężczyzn. Również specyficzne urazy w okresie dorosłości wybitnie przeważały w grupie B, w stosunku do grupy A (86 osób versus 38 osób), dotycząc zarówno kobiet, będących większością w badanej grupie, jak i mężczyzn.

2. Stwierdzono istotny statystycznie związek pomiędzy częstością występowania obu rodzajów badanych urazów w obu grupach. W grupie B równoczesne występowanie obu rodzajów urazów było znacznie częstsze niż w grupie A. Wydaje się, że przeżycie urazów psychicznych w młodości może zwiększać ryzyko szczególnie dotkliwego przeżycia specyficznych urazów w okresie dorosłości.

3. Wystąpienie obu rodzajów badanych urazów, łącznie lub osobno, miało istotny statystycznie związek z występowaniem oraz z nasileniem objawów lękowych i depresyjnych w obu badanych grupach. Ponieważ jest udowodnione, że obecność objawów

lękowych i depresyjnych pogłębia ciężkość astmy, a ich współwystępowanie było znacząco częstsze w grupie B (astma ciężka i trudna), jest możliwe, że ten czynnik ma wpływ na kształtowanie się fenomenu skrajnie ciężkiej postaci astmy.

4. Jest możliwe, że kulturowa rola kobiet, które częściej niż mężczyźni opiekują się bliskimi terminalnie chorymi/umierającymi osobami zwiększa ryzyko wystąpienia u nich zespołu lęku napadowego i objawów depresyjnych, co wtórnie przyczynia się do wzrostu ciężkości astmy, a także do zjawiska jej uporczywości, pomimo prawidłowego leczenia internistycznego, które jest charakterystyczne dla astmy trudnej. Hipoteza taka mogłaby przyczynić się do wyjaśnienia, dlaczego kobiety chorują na astmę trudną znacząco częściej niż mężczyźni.

Praca nie była w żadnej formie finansowana ani dofinansowywana.

Пол и число перенесенных психических травм и совместное появление синдрома пароксизмальной фобии и депрессии при тяжелой форме астмы и трудной, а также при аспириновой астме

Содержание

Задание. Проведение докладного анализа времени, контекста и присутствия различных психических травм, перенесенных обследованными в течении их жизни.

Метод. Исследовано 106 пациентов с диагностированной пульмонологом астмой тяжелой и трудной и 100 пациентов с аспириновой астмой. Проведены психиатрические исследования расширенным Глоссарием МИНИ 5.00, Инвентарем депрессии Бекка (БДИ), а также Шкалой паники и агорафобии (ПАС). Психиатрическое обследование было проведено специалистом психиатром с учетом диагностических критерий ИЦД-10 и ДСМ-IV. В исследовании приняло участие 78 (74%) женщин и 28 (26%) мужчин с астмой тяжелой и трудной, а также 66 женщин (66%) и 34 мужчин (34%) с аспириновой астмой. В группе с астмой тяжелой и трудной средний возраст женщин равнялся 51,3 (откл. = 14,5) а мужчин 47,5 (откл. 12,7). В группе больных аспириновой астмой возраст женщин – 52,7 (откл. 12,3), а мужчин 48,8 (откл. 13,0).

Результаты. В обоих исследованных группах астматических пациентов большинство составляли женщины (74% в группе астмы тяжелой и трудной и 66% в группе с аспириновой астмой). У этих больных обнаружено большее число фобийных состояний и депрессивных нарушений, чем у мужчин. Особенно сильная, такого типа, связь отмечена в группе пациентов с тяжелой и трудной астмой. По-видимому, такой результат связывается с более частым переживанием специфического психического травмирования у женщин, которые часто ухаживают за тяжело болеющими и умирающими близкими людьми. Такой тип психической травмы может влиять на этиологию так синдрома пароксизмальной фобии, как и депрессии. Женщины, ввиду своей социальной роли, чаще подвергаются таким травмам.

Выводы. По-видимому, переживание специфических психических травм влияет на развитие и тяжесть фобийных состояний и депрессии у астматических пациентов, а особенно при тяжелой и трудной астме.

Geschlecht und die erlebten psychischen Traumata und die Komorbidität der Anfallangst und Depression in schwerem und aspirininduziertem Asthma

Zusammenfassung

Ziel. Die Autorin untersuchte psychiatrisch zwei unterschiedliche Gruppen der Asthma-Patienten: 106 Patienten mit schwerem Asthma und 100 Patienten mit aspirininduziertem Asthma von unterschiedlichem Schweregrad. Das Ziel der Studie war die sorgfältige Analyse der Zeit, des

Kontekstes und Inhalts unterschiedlicher psychischer Traumata, die die Kranken während ihres Lebens erlebt hatten.

Methode. 106 erwachsene Patienten mit dem durch den Pulmonologen diagnostizierten schweren Asthma und 100 Patienten mit aspirininduziertem Asthma wurden psychiatrisch erweitert untersucht, indem sie Fragebögen M.I.N.I. 5.00, Beck-Depressions-Inventar (BDI) und Skala zur Erfassung von Angst und Agoraphobie (PAS) ausfüllten. Die psychiatrische Untersuchung wurde durch den Psychiater durchgeführt. Man berücksichtigte dabei die diagnostischen Kriterien ICD-10 und DSM-IV. An der Untersuchung nahmen 78 (74%) Frauen und 28(26%) Männer mit schwerem Asthma und 66 Frauen (66%) und 34 Männer (34%) mit aspirininduziertem Asthma teil. In der Gruppe mit schwerem Asthma lag das Durchschnittsalter für die Frauen bei 51,3 (SD=14.5) und für die Männer 47,5 (SD=12,7), dagegen in der Gruppe mit aspirininduziertem Asthma entsprechend 52,7 (SD=12.3) für Frauen und 48,8 (SD=13.0) für Männer.

Ergebnisse. In den beiden untersuchten Gruppen der an Asthma erkrankten Patienten bildeten die Frauen eine Mehrheit (74% in der Gruppe mit schwerem Asthma und 66% in der Gruppe mit aspirininduziertem Asthma). Bei ihnen wurde auch eine größere Intensität der Angst- und Depressionsstörungen als bei Männern festgestellt. Einen besonders starken Zusammenhang von dieser Art stellte man in der Gruppe mit schwerem Asthma fest. Es ist möglich, dass ein solches Ergebnis mit dem häufigeren Erleben eines psychischen Traumas durch Frauen, das auf der Pflege einer kranken/sterbenden Person beruht. Diese Art des psychischen Traumas kann einen Einfluss auf die Ätiologie sowohl der Anfallangst als auch der Depression haben. Die Frauen sind mehr gefährdet wegen ihrer sozialen Stellung.

Schlussfolgerungen. Es ist möglich, dass das Erleben der spezifischen psychischen Traumata einen Einfluss auf die Entwicklung, den Verlauf und Schweregrad der Angst- und Depressionssymptome bei asthmakranken Patienten hat mit besonderer Berücksichtigung vom schweren Asthma.

Le sexe et la présence des traumas psychiques versus la comorbidité du syndrome de panique et de la dépression pendant l'asthme difficile et pendant l'asthme provoqué par l'aspirine

Résumé

Objectif. L'auteur examine psychiatriquement deux groupes de patients : 106 patients souffrant de l'asthme sévère et difficile et 100 patients avec l'asthme provoqué par l'aspirine pour analyser le temps, le contexte et le contenu de divers traumas psychiques subits par les patients.

Méthode. On examine 106 patients adultes souffrant de l'asthme sévère et difficile et 100 patients avec l'asthme provoqué par l'aspirine à l'aide des questionnaires suivants : M.I.N.I. 5.0, Beck Depression Inventory (BDI) and Panic and Agoraphobia Scale (PAS).L'examen psychiatrique est fait par le psychiatre d'après les critères ICD-10 et DSM-IV. Le groupe avec l'asthme difficile se compose de 78 femmes (74 %) et de 28 hommes (26%), le groupe avec l'asthme provoqué – de 66 femmes (66%) et 34 hommes (34%).La moyenne de l'âge du groupe premier : femmes – 51,3 (SD=14.5), hommes – 47,5 (SD=12,7), du groupe second : femmes – 52.7 (SD=12.3, hommes – 48.8 (SD=13.0).

Résultats. Les femmes sont dans la majorité dans ces deux groupes analysés (74% -groupe premier, 66% - groupe second) et on note chez elles la plus grande intensité des troubles anxieux et dépressifs. Cette corrélation est très visible surtout dans le groupe premier. Il est possible que ces résultats se lient avec les traumas psychiques spécifiques vécus par les femmes quand elles soignent les personnes malades ou mourantes. Ce trauma psychique peut aussi influencer sur le syndrome de panique et sur la dépression. En général les femmes sont plus souvent exposées à ce trauma à cause de leur rôle social.

Conclusions. Il est possible que les spécifiques traumas psychiques influent sur le développement, le cours et la gravité des symptômes anxieux et dépressifs des patients souffrant de l'asthme, surtout de l'asthme sévère et difficile.

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. Holgate ST, Boushey HA, Fabbri LM. *Difficult asthma*. London: Martin Dunitz Ltd. The Livery House; 1999.
3. *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.
4. *Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy*. Med. Prakt. 2009; wydanie specjalne 5.
5. 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; 36 (5): 587–596.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Kewalramani A, Bollinger ME, Postolache TT. *Asthma and mood disorders*. Int. J. Child Health Dev. 2008; 1 (2): 115–123.
10. Alvarez GG, Fitzgerald JM. *A systematic review of the psychological risk factors associated with near fatal asthma or fatal asthma*. Respiration 2007; 74: 228–236.
11. 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.
12. Osman M. *Therapeutic implications of sex differences in asthma and atopy*. Arch. Dis. Child 2003; 88: 587–590.
13. Albert U, Maina G, Bergesio C, Bogetto F. *Nocturnal panic and recent life events*. Depress. Anx. 2005; 22: 52–58.
14. Goodwin RD, Fischer ME, Goldberg J. *A twin study of post-traumatic stress disorder symptoms and asthma*. Am. J. Respir. Care Med. 2007; 176: 983–987.
15. Boscarino JA, Adams R. *Peritraumatic panic attacks and health outcomes two years after psychological trauma: Implications for intervention and research*. Psychiatry Res. 2009; 15, 167 (1–2): 139–150.
16. Sledjeski EM, Speisman B, Dierker LC. *Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the national Comorbidity Survey-Replication (NCS-R)*. J. Behav. Med. 2008; 31 (4): 341–349.
17. Ouimette P, Cronkite R, Henson BR, Prins A, Gima K, Moos RH. *Posttraumatic stress disorder and health status among female and male medical patients*. J. Traum. Stress 2004; 17: 1–9.
18. Bruce SE, Weisberg RB, Dolan RT, Machan JT, Kessler RC, Manchester G, Culpepper L, Meller MB. *Trauma and posttraumatic stress disorder in primary care patients*. J. Clin. Psychiatry 2001; 3: 211–217.
19. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E. *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry 1995; 52: 1048–1060.

20. Kessler RC, Wai Tat Chiu, Demler O, Walters E. *Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62: 617–627.
21. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. *Childhood trauma, trauma in adulthood and psychiatric diagnoses: results from a community sample*. Compr. Psychiatry 2008; 49: 163–169.
22. Keenan K, Feng X, Hipwell A, Klostermann S. *Depression begets depression: Comparing the predictive utility of depression and anxiety symptoms to later depression*. J. Child Psychol. Psychiatry 2009; 50 (9): 1167–1175.
23. Potoczek A. *Zespół lęku napadowego a trauma choroby i śmierci*. Psychoter. 2003; 2/125: 48–56.
24. Potoczek A, Nizankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Szczeklik A. *Astma ciężka i pleć chorych a obecność doznanych urazów psychicznych*. Psychiatr. Pol. 2006; XL, 6: 1081–1096.
25. Potoczek A, Nizankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Szczeklik A. *Ciężka POCHP i pleć chorych a obecność doznanych urazów psychicznych*. Psychiatr. Pol. 2008; XLII, 5: 719–730.
26. Potoczek A. *Zespół lęku napadowego i pleć chorych a obecność doznanych urazów psychicznych*. Psychiatr. Pol. 2009; XLIII, 5: 571–580.
27. Potoczek A. *Współwystępowanie astmy aspirynowej, zespołu lęku napadowego i depresji a pleć chorych i obecność doznanych urazów psychicznych* (artykuł złożony do druku w Psychiatrii Polskiej).
28. Jenkins C, Costello J, Hodge L. *Systematic review of prevalence of aspirin induced asthma and its implications for clinical practice*. BMJ 2004; 328 (7437): 434.
29. Kasper L, Sladek K, Duplaga M, Bochenek G, Liebhart J, Gladysz U i in. *Prevalence of asthma with aspirin hypersensitivity in the adult population of Poland*. Allergy 2003; 58 (10): 1064–1066.
30. *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed.* Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
31. *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).
32. Bandelow B. *Panic and Agoraphobia Scale (PAS)*. Seattle, Toronto, Bern, Goettingen: Hogrefe and Huber Publishers; 1999.
33. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatr. Pol. 1977; 11, 4: 417–421.

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

Otrzymano: 15.05.2010
Zrecenzowano: 2.07.2010
Otrzymano po poprawie: 2.09.2010
Przyjęto do druku: 10.09.2010

Już wkrótce

Psychiatria Polska

NR 1–2011

W następnym zeszycie *Psychiatrii Polskiej* znajdą Państwo między innymi następujące artykuły:

- *Pacjent, klient, czy... – określenia preferowane w psychiatrycznej opiece zdrowotnej*
Autorzy: Marta Anczewska i wsp.
- *Polscy pracodawcy wobec zatrudniania osób chorujących psychicznie*
Autorzy: Hubert Kaszyński, Andrzej Cechnicki
- *Doznania psychotyczne w przebiegu alkoholowych zespołów abstynencyjnych: porównanie lokalizacji poczucia kontroli osób z majaczeniem i bez majaczenie oraz analiza doznań w zespołach majaczeniowych*
Autorzy: Andrzej Kokoszka i wsp.
- *Skala manii Becha-Rafaelsena i Skala manii Younga – porównanie właściwości psychometrycznych dwóch narzędzi do oceny nasilenia zespołu maniakalnego*
Autorzy: Jacek Wciórka i wsp.

W zeszycie również nasze stałe rubryki, prezentacja nowych pozycji *Biblioteki Psychiatrii Polskiej*.

Zapraszamy

Informacje na temat składania zamówień na prenumeratę, sposobu jej opłacenia oraz szczegółowy cennik wydawnictw znajdą Państwo na końcu zeszytu lub uzyskają, kontaktując się bezpośrednio z sekretariatem komitetu:

31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14
tel. +48 (012) 633-12-03, lub tel/fax. (012) 633-40-67