

**Ogólne różnice w nasileniu katastroficznej interpretacji
doznań somatycznych oraz jej szczegółowy związek
z nasileniem objawów zespołu lęku napadowego i depresji
u kobiet i mężczyzn z astmą ciężką i trudną oraz astmą
aspirynową**

**General differences in the intensity of catastrophic interpretation of
body sensations and it's specific links with 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 differences in the intensity of catastrophic interpretation of body sensations and it's specific links with severity of symptoms of panic disorder and depression in women and men from both groups.

Method. 106 consecutive adults with confirmed, physician-diagnosed difficult asthma and 100 patients with aspirin-induced asthma underwent a psychiatric interview and assessment using M.I.N.I 5.0, Beck Depression Inventory (BDI), Panic And Agoraphobia Scale (PAS) and Body Sensations Interpretation Questionnaire (BSIQ). Psychiatric assessment was performed by an experienced liaison psychiatrist according to ICD-10 and DSM-IV diagnosis. In the difficult asthma group there were 78 women (74%) and 28 men (26%). The average age was 51.3 (SD=14.5) for women and 47.5 (SD=12.7) for men. In aspirin induced asthma group, there were 66 women (66%) and 34 men (34%). The average age was 52.7 (SD=12.3) for women and 48.8 (SD=13.0) for men.

Results. General intensity of catastrophic interpretation of body sensations was much higher in the difficult asthma group. In both groups of asthmatic patients women were the majority, with more frequent severe panic and depressive symptoms than men. Nevertheless there was a very similar and strong tendency to increased intensity of catastrophic interpretation due to severity of both panic and depressive symptoms in subgroups of women and men with difficult and aspirin-induced asthma.

Conclusions. It is possible that differences in the intensity of catastrophic interpretation of body sensations used by women and men with difficult asthma affect the development, course and severity of their panic and depressive symptoms. This may play a special role in development of difficult asthma phenomenon.

Słowa kluczowe: astma, katastroficzna interpretacja doznań somatycznych, zespół lęku napadowego, depresja, płeć

Key words: asthma, catastrophic interpretation of body sensations, panic disorder, depression, gender

Wstęp

W związku z ogólnoswiatową tendencją do wzrostu zachorowalności na ciężkie postaci astmy oskrzelowej zwiększa się także zainteresowanie różnymi czynnikami, które mogą odpowiadać za to zjawisko. Badania potwierdzają, że istnieje silny związek pomiędzy pogłębianiem się ciężkości astmy a współistnieniem u astmatyków różnych problemów psychologicznych oraz niektórych zaburzeń psychicznych, w tym w szczególności zespołu lęku napadowego i depresji [1–6]. Wnioski takie potwierdzają również badania własne [7–9].

Pomimo udowodnionego podłoża biologicznego zarówno zespołu lęku napadowego jak i depresji, za niewątpliwe uważa się jednak, że oba te zaburzenia psychiczne są niezależnie utrwalane i pogłębiane przez wiele okoliczności psychologicznych, pośród których wielkie znaczenie przypisuje się specyficznym zaburzeniom poznawczym, to znaczy takim utrwalonym, choć obiektywnie niesłusznym (dysfunkcyjnym), przekonaniom, które wzbudzają silny lęk i obniżają nastrój [10]. Charakterystyczna dla zespołu lęku napadowego, a często obecna także w depresji, jest tzw. katastroficzna interpretacja doznań somatycznych, polegająca na tym, że chorzy (nawet jeśli są zupełnie zdrowi somatycznie) przypisują cielesnym doznanom fizjologicznym znaczenie zagrażające i traktują je jako objawy groźne dla zdrowia, a nawet życia. Katastroficzna interpretacja przyczynia się do nasilenia doznań związanych z napadami lęku, a także wpływa na wzrost tzw. lęku antycypacyjnego, to znaczy wzbudza obawy przed kolejnymi napadami lęku, prowadząc w konsekwencji do rozwoju agorafobii i rzeczywistej inwalidyzacji chorych w wyniku uporczywego unikania wszelkich sytuacji, o których sądzą, że nie będą mogli znaleźć w nich koniecznej pomocy – nawet jeśli obiektywnie jej nie potrzebują [9]. Zjawisko to występuje także u osób, u których zespół lęku napadowego i depresja nakładają się na rzeczywistość istniejące poważne choroby somatyczne, prowadząc do bardzo znacznego nasilenia doznań lękowych, trudnych do różnicowania z objawami chorób podstawowych (np. astmy, POChP) [7, 8]. Mechanizm ten z kolei, jeśli zostaje utrwalony, może prowadzić do pogorszenia się objawów choroby somatycznej (np. ciężkości astmy) i zmniejszać efekty leczenia, pomimo jego prawidłowego prowadzenia (niemożność uzyskania dobrej kontroli astmy).

Za autora koncepcji katastroficznej interpretacji doznań somatycznych, jako głównego i charakterystycznego zaburzenia poznawczego w zespole lęku napadowego, uważa się Davida M. Clarka [11–15], choć równoległe z nim tematem tym zajmowali się także inni [16, 17]. Przyczyny tak wyjątkowego, choć subiektywnego poczucia zagrożenia są, wg Clarka, zarówno biologiczne (choroby somatyczne, wysiłek

fizyczny, spożycie leków, używek, ekspozycja na niekorzystne bodźce zewnętrzne, np. na wysoką temperaturę, i wiele innych) jak i sytuacyjne i emocjonalne (gniew, frustracja, niepokój). Prowadzą one do wystąpienia lub bardzo znacznego nasilenia się doznań somatycznych, które są dla pacjenta zaskoczeniem i które stopniowo zaczyna interpretować w sposób nadmiernie zagrażający (katastroficzny). Pierwszy, krótki, teoretyczny tekst Clarka pt. *A cognitive approach to panic* z 1986 roku [11] jest drugim najczęściej cytowanym artykułem psychologicznym spośród 50 tysięcy artykułów na temat psychoterapii poznawczej zespołu lęku napadowego wydanych w latach 1986–1990 (za [10]), to znaczy w okresie, gdy ten nurt psychoterapii powstawał i zaczynał funkcjonować w praktyce klinicznej. Badania nad zjawiskiem i rolą katastroficznej interpretacji prowadzone na całym świecie potwierdzają słuszność poglądów Clarka [18–26].

Przykładem katastroficznej interpretacji doznań somatycznych może być rozumienie średniego stopnia duszności jako objawu niewydolności oddechowej i uduszenia się, które prowadzi do niechybnej śmierci, kołatania serca jako zwiastuna zawału, bólu głowy jako oznaki wylewu lub drżenia ciała jako początku „szaleństwa”, prowadzącego do całkowitej utraty kontroli nad umysłem i zachowaniem. Zarówno bodźce zewnętrzne (np. wejście do zatłoczonego sklepu przez pacjenta z agorafobią), jak i wewnętrzne (doznania płynące z ciała pod wpływem wysiłku, używek, leków, także myśli, wspomnień, skojarzeń, wyobrażeń) zdolne są do zainicjowania napadu lęku. Sekwencję napadu rozpoczyna pojawienie się subiektywnego poczucia, że działający bodziec jest oznaką poważnego niebezpieczeństwa. Ta interpretacja powoduje powstanie obawy, która wyzwala kolejne objawy somatyczne, nasilające się na drodze błędnego koła. Również i one są interpretowane w sposób katastroficzny (jako zagrożenie śmiercią, utratą kontroli), co w ostatecznej konsekwencji doprowadza do wyzwolenia napadu lęku, z towarzyszącymi objawami wegetatywnymi i somatycznymi. Wyzwalające napad lęku objawy somatyczne mogą być nieznaczne lub spowodowane przez czynniki psychologiczne (skojarzenia z sytuacją zagrażającą), tak, że często nikną w subiektywnym przeżyciu pacjenta, pozostawiając wrażenie, że nic się nie wydarzyło, a napad lęku powstał bez uchwytneho powodu. U chorych na astmę, zwłaszcza ciężką, taki mechanizm poznawczy może okazać się ważną współprzyczyną pogarszania się ich stanu somatycznego.

Cele pracy

1. Porównanie ogólnego nasilenia katastroficznej interpretacji doznań somatycznych, badanego za pomocą kwestionariusza BSIQ, przez pacjentów w grupach z astmą ciężką i trudną oraz astmą aspirynową.
2. Porównanie nasilenia katastroficznej interpretacji doznań przez pacjentów z astmą ciężką i trudną oraz z astmą aspirynową, w odniesieniu do kategorii ciężkości zespołu lęku napadowego (ocenianej na podstawie kwestionariusza PAS) i ciężkości objawów depresyjnych (określonej za pomocą kwestionariusza BDI), w podgrupach kobiet i mężczyzn.

Material i metoda

Do badania wybrano dwie różne grupy astmy o charakterze ciężkim [27]. Grupą szczególnego zainteresowania była tzw. astma ciężka i trudna, czyli taka, w której występuje zarówno bardzo uporczywy i nasilony przebieg, jak i względna niewrażliwość na działanie glikokortykosteroidów będących w astmie ciężkiej lekami z wyboru. Astma trudna dotyczy znacznie częściej kobiet niż mężczyzn, prowadzi do powstania pułapki powietrznej i rozdęcia płuc, a jej wieloletnie leczenie wymaga zazwyczaj bardzo wielu hospitalizacji (w niniejszym badaniu ich największa liczba wynosiła 60) [28, 29]. Grupą porównawczą była grupa pacjentów z rozpoznaniem astmy aspirynowej o różnej ciężkości. Powodem takiego wyboru był 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 polipowości, a następnie rozwój astmy z nadwrażliwością na aspirynę oraz inne niesterydowe leki przeciwzapalne (NSAIDs). Zażycie tych substancji może doprowadzić do zagrażających życiu skurczy oskrzeli z hipoksją, często wywołujących wstrząs systemowy. Pomimo konieczności zażywania doustnych leków z grupy sterydów, jedynie u około 3% pacjentów z tym rodzajem astmy udaje się osiągnąć jej dobrą kontrolę, a aż u 59% pacjentów choroba pozostaje słabo kontrolowana, co prowadzi do wzrostu jej ciężkości [30, 31]. Astma aspirynowa w pewnym sensie (choć z innych powodów) w biologiczny sposób pozostaje w analogii do astmy trudnej, choć nie sprawia, jak ona, tak wyjątkowo poważnych problemów w leczeniu internistycznym.

Opis badanych grup

Skład grupy badanej stanowiło 106 ambulatoryjnych pacjentów z rozpoznaniem astmy ciężkiej i trudnej leczonych w Klinice Pulmonologii II Katedry Chorób Wewnętrznych CM UJ 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 przedsiębiorstwach rodzinnych, umożliwiających znaczną elastyczność w wykonywaniu obowiązków), 74 osoby pozostawały na rencie inwalidzkiej, a 11 było na emeryturze. Sytuacja społeczna chorych była odbiciem 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 wynosił 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 pozostawało na emeryturze.

Metoda badań

Wszystkich pacjentów badał psychiatra, specjalizujący się w psychiatrii konsultacyjnej. W badaniu wykorzystano opisane poniżej kwestionariusze:

1. **M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview)**. Autorzy: Sheehan D.V., Lecrubier Y. i wsp. 1998. Polska wersja (5.0.0) opracowana przez: Masiaka M., Przychodę J. Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie. M.I.N.I. zostało stworzone jako krótki, ustrukturalizowany wywiad dotyczący głównych zaburzeń psychicznych osi I w DSM-IV. Służy do badań diagnostycznych [32].
2. **Panic and Agoraphobia Scale (PAS)**. Autor: Bandelow B., Department of Psychiatry of Goettingen, wersja 1999 [33]. 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 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 [34]. 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. **BSIQ (The Body Sensations Interpretation Questionnaire)**. Autorzy: Clark D.M., Salkovskis P., Oest L., Breitholz E., Koehler K., Westling B., Jeavons A., Gelder M.. Department of Psychiatry, University of Oxford; Department of Psychology, Stockholm University; Department of Psychiatry, University of Uppsala, 1995. Kwestionariusz składa się z 14 stwierdzeń, z których 7 dotyczy sytuacji neutralnych, a 7 interpretacji stanu zdrowia, przy czym pacjent może wybrać jedną z wersji odpowiedzi, z których tylko jedna jest katastroficzna, np.:

Czujesz, że brakuje ci tchu. Dlaczego?

a) to pierwsze objawy grypy

b) zaraz zaczniesz się dusić albo przestaniesz oddychać

c) jesteś fizycznie „do niczego”.

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

Użyte w badaniu metody statystyczne

Rekordy zawierające punktowe oceny PAS, BDI oraz BSIQ 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. To założenie umożliwiło wykonanie testu porównującego wartości oczekiwane wyników BSIQ w grupie chorych na astmę aspirynową oraz w grupie z astmą trudną. Wartość oczekiwana to najbardziej prawdopodobna wartość, wokół której gromadzą się wszystkie inne wartości. Informację o wartości oczekiwanej podaje średnia arytmetyczna.

Wyniki badań

1. Średnia arytmetyczna testu BSIQ wynosi 2,45 w grupie astmy aspirynowej (z odchyleniem standardowym 1,65, będącym miarą rozrzutu wartości wokół wartości oczekiwanej) oraz 3,35 w grupie astmy trudnej (z odchyleniem standardowym 2,03). W wyniku porównania powyższych wartości oczekiwanych stwierdzono, że wartość BSIQ w grupie astmy trudnej jest większa, na poziomie istotności $p = 0,0002$. Poziom istotności wyraża prawdopodobieństwo alternatywnej hipotezy głoszącej, że oczekiwana wartość BSIQ jest jednakowa w obydwu grupach. Ponieważ p jest liczbą bliską zera, prawdopodobieństwo takie jest znikome i można przyjąć, że wynik testu BSIQ jest istotnie wyższy w grupie astmy trudnej. Oznacza to, że chorzy z astmą ciężką i trudną istotnie częściej i wyraźniej przejawiali zaburzenie poznawcze określane jako katastroficzna interpretacja doznań somatycznych.

2. Poniższe tabele przedstawiają wartości oczekiwane (średnie arytmetyczne) testu BSIQ w poszczególnych kategoriach nasilenia objawów lękowych, mierzonego za pomocą kwestionariusza PAS, i głębokości objawów depresyjnych, mierzonej za pomocą kwestionariusza BDI. Na podstawie poniższych wyników można zaobserwować ogólną tendencję wzrostu wyniku testu BSIQ (to znaczy systematyczne nasilanie się katastroficznej interpretacji doznań somatycznych) wraz ze wzrostem nasilenia objawów lękowych i depresyjnych. Potwierdza to porównanie skrajnych wartości (brak objawów, ciężkie objawy). Wszystkie wyniki są istotnie większe przy występowaniu ciężkich objawów (istotność $p < 0,00001$).

Tabela 1. Porównanie średniej arytmetycznej wartości testu BSIQ w poszczególnych kategoriach nasilenia zespołu lęku napadowego, mierzonego za pomocą kwestionariusza PAS, dla podgrup kobiet z astmą aspirynową i z astmą trudną

PAS	Astma aspirynowa – kobiety	Astma trudna – kobiety
Brak objawów	1,9 (33 = 33%)	1,9 (21 = 19,8 %)
Przebieg łagodny	3,0 (5 = 5%)	2,4 (5 = 4,7%)
Przebieg średnio ciężki i ciężki	3,3 (24 = 24%)	3,5 (38 = 35,8%)
Przebieg ciężki	4,0 (4 = 4%)	5,4 (14 = 13,2%)

Tabela 2. Porównanie średniej arytmetycznej wartości testu BSIQ w poszczególnych kategoriach nasilenia zespołu lęku napadowego, mierzonego za pomocą kwestionariusza PAS, dla podgrup mężczyzn z astmą aspirynową i z astmą trudną

PAS	Astma aspirynowa – mężczyźni	Astma trudna – mężczyźni
Brak objawów	2,1 (26 = 26%)	2,3 (4 = 3,7% %)
Przebieg łagodny	1,3 (4 = 4%)	3,3 (4 = 3,7%)
Przebieg średnio ciężki i ciężki	3,8 (4 = 4%)	3,6 (16 = 15,1%)
Przebieg ciężki	Brak	4,0 (4 = 3,7 %)

Tabela 3. Porównanie średniej arytmetycznej wartości testu BSIQ w poszczególnych kategoriach nasilenia objawów depresyjnych, mierzonego za pomocą kwestionariusza BDI, dla podgrup kobiet z astmą aspirynową i z astmą trudną

BDI	Astma aspirynowa – kobiety	Astma trudna – kobiety
Brak objawów	2,0 (42 = 42%)	2,6 (38 = 35,8 %)
Objawy łagodne	3,3 (15 = 15%)	3,6 (28 = 26,4%)
Objawy średnio ciężkie	4,0 (7 = 7%)	4,8 (4 = 3,7%)
Objawy ciężkie	5,5 (2 = 2%)	5,0 (8 = 7,5%)

Tabela 4. Porównanie średniej arytmetycznej wartości testu BSIQ w poszczególnych kategoriach nasilenia objawów depresyjnych, mierzonego za pomocą kwestionariusza BDI, dla podgrup mężczyzn z astmą aspirynową i z astmą trudną

BDI	Astma aspirynowa – mężczyźni	Astma trudna – mężczyźni
Brak objawów	1,8 (28 = 28%)	3,1 (20 = 18,8 %)
Objawy łagodne	2,7 (3 = 3%)	4,0 (5 = 4,7%)
Objawy średnio ciężkie	4,0 (3 = 3%)	4,7 (3 = 2,8%)
Objawy ciężkie	Brak	Brak

Dyskusja

Uzyskane wyniki wskazują na kilka ważnych zjawisk. Ogólne porównanie wyników testu BSIQ, badającego katastroficzną interpretację doznań somatycznych, wskazuje, że u chorych z astmą ciężką i trudną to charakterystyczne dla zespołu lęku napadowego zaburzenie poznawcze występuje istotnie częściej i ma bardziej nasilony charakter aniżeli u chorych z astmą aspirynową. Ponieważ jest to zaburzenie poznawcze, które na zasadzie błędnego koła wspiera, a nawet nasila, objawy lękowe, a także depresyjne, pojawiające się w przebiegu ciężkich objawów lękowych, ma ono psychologicznie wielkie znaczenie w powstawaniu zjawiska uporczywości i przewlekłości zespołu lęku napadowego. Niezależnie od podłoża biologicznego, mechanizmy psychologiczne nakładają się na podatność na powstanie, a następnie nasilenie się i utrwalanie dotkliwych doznań lękowych o obrazie klinicznym lęku napadowego i w procesie leczenia konieczne jest zwrócenie na nie szczególnej uwagi. Sytuacja taka jest wyjątkowo istotna

w chorobie somatycznej o tak ciężkim i zagrażającym życiu charakterze, jak astma trudna. Rzeczywista ciężkość choroby predysponuje do pesymistycznej oceny stanu zdrowia, ale rozwój i utrwalanie się interpretacji katastroficznej może mieć kluczowe znaczenie dla nasilenia objawów lękowych i depresyjnych, o których wiadomo już, że mają duży wpływ na ciężkość astmy [1–6]. W tym wypadku powstaje więc szczególnie niebezpieczny mechanizm błędnego koła, którego przezwycięzenie nie ma związku z prawidłowo prowadzonym leczeniem internistycznym, ponieważ, pomimo szans poprawy stanu somatycznego, chorzy na astmę trudną i tak wykazują skłonność do rozumienia swojego zdrowia w sposób nieadekwatnie zły. Można przypuszczać, że nawet wtedy, gdy stosują się do zaleceń lekarskich – to znaczy spełniają wymagania tzw. compliance – równocześnie przeżywają stały stres, związany z katastroficzną obawą o swoje zdrowie. Stres taki prowadzi do aktywacji wielu mechanizmów biologicznych, które mają wpływ na powstanie oporności na leczenie (np. do nadmiernej i chronicznej aktywacji osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej) [28, 29].

Uzyskane wyniki, dotyczące zarówno kobiet jak i mężczyzn, wykazały stałą tendencję do zwiększania się nasilenia katastroficznej interpretacji stanu zdrowia wraz ze wzrostem nasilenia objawów lękowych i depresyjnych, niezależnie od siebie (choć należy pamiętać, że objawy depresyjne towarzyszyły wyłącznie nasilonym objawom lękowym). Pokazują to tabele 1–4. Tendencja ta jest w pełni zgodna z koncepcją Clarka [11–15] i została potwierdzona przez badania prowadzone na całym świecie [16–26]. Porównanie skrajnych wartości katastroficznej interpretacji ocenianej za pomocą kwestionariusza BSIQ, w odniesieniu do kategorii nasilenia objawów lękowych i depresyjnych, niezależnie (brak objawów, ciężkie objawy) wykazało, że wszędzie, zarówno dla kobiet i mężczyzn z astmą trudną oraz z astmą aspirynową wartości testu BSIQ są istotnie większe przy występowaniu ciężkich objawów na poziomie istotności $p < 0,00001$. Pokazuje to, że katastroficzna interpretacja jest rzeczywiście bardzo silnie związana z nasileniem objawów, zwłaszcza lękowych. Związek ten jest tak silny, że można postawić hipotezę, że ma charakter cyrkularny – nie tylko objawy lękowe wyzwalają katastroficzną interpretację, ale staje się ona tak istotną częścią zespołu lęku napadowego, że bez terapeutycznej pracy nad jej redukcją zaburzenie lękowe nie ustąpi. W tym szczególnym wypadku (ciężka choroba somatyczna z nakładającym się zaburzeniem lękowym i objawami depresyjnymi) tradycyjnie stosowane metody leczenia psychiatrycznego, jakimi są farmakoterapia, trening oddechowy i relaksacja, mogą okazać się niewystarczające, a chorzy mogą wymagać również specjalistycznej psychoterapii.

W badanych grupach kobiety stanowiły większość i u nich też nasilenie katastroficznej interpretacji stanu zdrowia było największe. Najwyższy wynik średniej arytmetycznej wartości testu BSIQ wyniósł 5,5 i dotyczył dwóch pacjentek z ciężkimi objawami depresyjnymi z grupy astmy aspirynowej. Analogiczny wynik z grupy astmy trudnej wyniósł 5,0, ale dotyczył już ośmiu kobiet, czyli cztery razy większej liczby osób. Najliczniejsze podgrupy kobiet, u których wystąpiła katastroficzna interpretacja, charakteryzowały się średnio ciężkim i ciężkim przebiegiem zespołu lęku napadowego, ocenianym za pomocą kwestionariusza PAS: 24 kobiety z astmą aspirynową uzyskały średni wynik 3,3, a 38 kobiet z astmą trudną 3,5. Drugą pod

względem liczebności podgrupą były kobiety z łagodnymi objawami depresyjnymi, ustalonymi na podstawie kwestionariusza BDI: 15 kobiet z grupy astmy aspirynowej uzyskało średni wynik BSIQ równy 3,3, a 28 kobiet z astmą trudną 3,6. W podgrupach mężczyzn najliczniejszą stanowili pacjenci z przebiegiem średnio ciężkim i ciężkim zespołu lęku napadowego: 16 mężczyzn uzyskało średnią BSIQ równą 3,6. Pozostałe podgrupy liczyły od 3 do 5 osób.

Jest możliwe, że taki rozkład katastroficznej interpretacji doznań somatycznych, zwłaszcza u kobiet, ma związek z innymi okolicznościami nie ujętymi w niniejszym artykule, np. z doznaniem przez kobiety raczej aniżeli przez mężczyzn urazami psychicznymi. Temat ten zostanie rozwinięty w innym miejscu.

Wnioski

1. Badanie wykazało, że w grupie pacjentów z astmą ciężką i trudną nasilenie katastroficznej interpretacji doznań somatycznych mierzonej za pomocą kwestionariusza BSIQ jest istotnie większe aniżeli w grupie pacjentów z astmą aspirynową.
2. Zarówno u kobiet jak i mężczyzn w obu badanych grupach stwierdzono identyczną tendencję do zwiększania się nasilenia katastroficznej interpretacji doznań somatycznych wraz ze wzrostem nasilenia (ciężkości) objawów zespołu lęku napadowego i objawów depresyjnych.
3. Jest możliwe, że nasiloną katastroficzna interpretacja doznań somatycznych przyczynia się do powstania fenomenu astmy ciężkiej i trudnej, odpornej na prawidłowo prowadzone leczenie internistyczne. Wniosek ten ma charakter hipotezy wymagającej dalszych badań.
4. Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę leczenia pacjentów z astmą ciężką i trudną z uwzględnieniem specjalistycznej psychoterapii.

Общие различия в утяжелении катастрофической интерпретации соматических ощущений, а также их особенная связь с тяжелым проявлением параксизмальной фобии и депрессии у женщин и мужчин с астмой тяжелой и трудной, а также с аспириновой астмой

Содержание

Задание. Проведение психиатрического обследования двух различных групп астматических пациентов, в том числе 106 больных с астмой тяжелой и трудной и 100 пациентов с аспириновой астмой различной степени тяжести. Заданием работы была проверка общей разницы в утяжелении катастрофической интерпретации соматических ощущений между обеими группами. Кроме того, сравнение связи утяжеления катастрофической интерпретации фобийных и депрессивных симптомов в подгруппах мужчин и женщин в обеих исследованных группах.

Метод. 106 взрослых пациентов с диагностированной пульмонологом астмой тяжелой и трудной, а также 100 пациентов с аспириновой астмой были обследованы клиническим психиатрическим путем. Кроме того, применены такие методы исследования как заполнение больным глоссария МИНИ 5.00, исследование инвентарем депрессии Бекка (БДИ), Шкалой паники и агорафобии (ПАС), а также Глоссарием катастрофической интерпретации соматических ощущений (БЦИКЮ). Психиатрическое исследование, проведенное специалистом-психиатром с учетом критерий классификаций ИЦД-10 и ДСМ-IV. В исследовании приняло участие 78 (74%) женщин и 28 (26%) мужчин с астмой трудной и тяжелой и 66 (66%) женщин, а также 34

(34%) мужчин с аспириновой астмой. В группе больных с астмой трудной и тяжелой средний возраст для женщин равнялся 51,3 (откл. 14,5), а для мужчин 47,5 (откл. 12,7). В группе больных с аспириновой астмой средний возраст для женщин равнялся 52,7 (откл. 12,3) и 48,8 (откл. 13,0) для мужчин.

Результаты. В группе больных астмой тяжелой и трудной утяжеление катастрофической интерпретации соматических ощущений было существенно большее, чем в группе больных аспириновой астмой. Кроме того, подтверждена точная тенденция к утяжелению катастрофической интерпретации соматических ощущений по мере нарастания фобийных симптомов и депрессии, так в подгруппах женщин, как и мужчин в обеих исследованных группах.

Выводы. Возможно, что наличие и утяжеление катастрофической интерпретации у больных астмой связан с образованием феномена астмы трудной и тяжелой.

Allgemeine Unterschiede in Intensität katastrophischer Interpretation der somatischen Empfindung und ihr Zusammenhang mit der Intensität der Symptome der Panikattacke und Depression bei Frauen und Männern mit starkem und schwerem Asthma und Aspirin-induziertem Asthma

Zusammenfassung

Ziel. Die Autorin untersuchte psychiatrisch zwei unterschiedliche Gruppen der Patienten mit Asthma: 106 Patienten mit starkem und schwerem Asthma und 100 Patienten mit Aspirin-induziertem Asthma von unterschiedlichem Schweregrad. Das Ziel der Studie war die Prüfung der allgemeinen Unterschiede in der Intensität der katastrophischen Interpretation der somatischen Empfindungen zwischen den beiden Gruppen, und auch der Vergleich des Zusammenhanges zwischen der Intensität der katastrophischen Interpretation mit den Symptomen der Angst und Depression in den Untergruppen der Frauen und Männern in beiden untersuchten Gruppen.

Methode. 106 erwachsene Patienten mit dem durch den Facharzt diagnostizierten starken und schweren Asthma und 100 Patienten mit dem Aspirin-induziertem Asthma wurden einer erweiterten Untersuchung unterzogen. Sie füllten die Fragebögen M.I.N.I. 5,00, Beck-Depressions-Inventar (BDI) und die Skala zur Erfassung von Panik und Agoraphobie (PAS) aus. Die psychiatrische Untersuchung wurde durch den Facharzt Psychiater durchgeführt und dabei wurden die diagnostischen Kriterien ICD-10 und DSM-IV berücksichtigt. An der Untersuchung nahmen 78 Frauen (74%) und 28 Männer (26%) mit starkem und schwerem Asthma teil, und 66 (66%) Frauen und 34 Männer (34%) mit Aspirin-induziertem Asthma. In der Gruppe mit dem starken und schweren Asthma lag das Durchschnittsalter bei 51,3 (SD=14,5), und für Männer 47,5 (SD=12,7), dagegen in der Gruppe mit dem Aspirin-induzierten Asthma bei 52,7 (SD=12,3) für Frauen und bei 48,8 (SD=13,0) für Männer.

Ergebnisse. In der Gruppe mit dem starken und schweren Asthma war die Intensität der katastrophischen Interpretation der somatischen Empfindungen signifikant größer als in der Gruppe mit dem Aspirin-induzierten Asthma. Es wurde auch eine starke Tendenz zur Intensität der katastrophischen Interpretation in der Untergruppen der Frauen und Männern in beiden untersuchten Gruppen bestätigt, wenn die Angst- und Depressionssymptome steigen.

Schlussfolgerungen. Es ist möglich, dass die Intensität der katastrophischen Interpretation bei den Patienten mit Asthma einen Zusammenhang mit der Bildung des Phänomens vom starken und schweren Asthma hat.

Les différences générales de l'intensité de l'interprétation catastrophique des sensations somatiques et leur spécifique relation avec la sévérité des symptômes de la panique et de la dépression chez les femmes et chez les hommes souffrant de l'asthme difficile et 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 présenter les différences générales

de l'intensité de l'interprétation catastrophique des sensations somatiques et leur spécifique relation avec la sévérité des symptômes de la panique et de la dépression des femmes et des hommes de ces deux groupes examinés.

Méthode. On examine 106 patients avec l'asthme difficile et sévère et 100 patients avec l'asthme provoqué par l'aspirine en usant les questionnaires suivants : M.I.N.I. 5.0, Beck Depression Inventory (BDI), Panic And Agoraphobia Scale (PAS), Body Sensations Interpretation Questionnaire (BSIQ). L'examen psychiatrique est fait d'après les critères d'ICD-10 et de DSM-IV.

Le groupe avec l'asthme difficile se compose de 78 femmes (74% - leur moyenne de l'âge – 51.3, SD=14.5) et de 28 hommes (26% – leur moyenne de l'âge – 47.5, SD=12.7).

Le groupe avec l'asthme provoqué par l'aspirine compte 66 femmes (66%, leur moyenne de l'âge – 52.7, SD=12.3) et de 34 hommes (34% - leur moyenne de l'âge – 48.8, SD=13.0).

Résultats. Dans le groupe avec l'asthme difficile et sévère l'intensité de l'interprétation catastrophique des symptômes somatiques est plus forte que dans le groupe avec l'asthme provoqué par l'aspirine. De plus on confirme l'existence de la forte tendance à intensifier cette interprétation catastrophique avec l'intensification des symptômes de la panique et de la dépression chez les hommes et chez les femmes de ces deux groupes examinés.

Conclusions. Il est possible que la présence et l'intensité de l'interprétation catastrophique chez les patients souffrant de l'asthme se lie avec le développement de l'asthme difficile et sévère.

Piśmiennictwo

1. Kewalramani A, Bollinger ME, Postolache TT. *Asthma and mood disorders*. Int. J. Child Health Dev. 2008; 1 (2): 115–123.
2. Stein MB, Cox BJ, Afifi TO, Belik SL, Sareen J. *Does co-morbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness?* Psychol. Med. 2006; 587–596.
3. 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.
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. 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.
6. 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.
7. Potoczek A, Nizankowska-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.
8. Potoczek A, Nizankowska-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.
9. 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.
10. Reinecke MA, Clark DA, red. *Psychoterapia poznawcza*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
11. Clark DM. *A cognitive approach to panic*. Behav. Res. Ther. 1986; 14: 461–470.
12. Clark DM. *Cognitive therapy for anxiety*. Behav. Psychother. 1986; 14: 283–294.

13. Clark DM, Beck AT. *Cognitive Approaches*. W: Hersen M, red. *Handbook of anxiety disorders*. New York: Pergamon; 1988.
14. Clark DM, Ehlers A. *An overview of the cognitive theory and treatment of panic disorder*. Appl. Prevent. Psychol. 1993; 2: 131–139.
15. Clark DM, Salkovskis PM, Oest LG, Breitholtz E, Koehler K, Westling BE. *Misinterpretation of body sensations in panic disorder*. J. Consult. Clin. Psychol. 1997; 65 (2): 203–213.
16. Chambless DL, Caputo GC, Wright P, Gallagher R. *Assesment of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobics Cognitions Questionnaire*. J. Consult. Clin. Psychol. 1984; 52: 1090–1097.
17. Chambless DL, Gracely EJ. *Fear of fear and the anxiety disorders*. Cognitive therapy and research 1989; 13: 9–20.
18. Harvey JM, Richards JC, Dziadosz T, Swindell A. *Misinterpretation of ambiguous stimuli in panic disorder*. Cogn. Ther. Res. 1993; 17: 235–248.
19. Cox BJ. *The nature and assesment of catastrophic thoughts in panic disorder*. Behav. Res. Ther. 1996; 34 (4): 363–374.
20. Moore MC, Zebb BJ. *The catastrophic misinterpretation of physiological distress*. Behav. Res. Ther. 1999; 37: 1105–1118.
21. Austin DW, Richards JC. *The catastrophic misinterpretation model of panic disorder*. Behav. Res. Ther. 2001; 39: 1277–1291.
22. Austin DW, Richards JC, Klein B. *Modification of the Body Sensations Interpretation Questionnaire (BSIQ-M): validity and reliability*. Anx. Disord. 2006; 20: 237–251.
23. Lee K, Noda Y, Nakano Y, Ogawa S, Kinoshita Y, Funayama T, Furukawa TA. *Interoceptive hypersensitivity and interoceptive exposure in patients with panic disorder: specificity and effectiveness*. BMC Psychiatry 2006; 6: 32.
24. Noda Y, Nakano Y, Lee K, Ogawa S, Kinoshita Y, Funayama T, Watanabe N, Chen J, Noguchi Y, Kataoka M, Suzuki M, Furukawa TA. *Sensitization of catastrophic cognition in cognitive-behavioral therapy for panic disorder*. BMC Psychiatry 2007; 7: 70.
25. Teachman BA, Marker CD, Smith-Janik SB. *Automatic associations and panic disorder: trajectories of change over the course of treatment*. J. Consult. Clin. Psychol. 2008; 76 (6): 988–1002.
26. Zvolensky MJ, Kotov R, Bonn-Miller MO, Schmidt NB, Antipova AV. *Anxiety sensitivity as a moderator of association between smoking status and panic-related processes in a representative sample of adults*. J. Psychiatr. Res. 2008; 42 (1): 69–77.
27. *Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy*. Med. Prakt. 2009; 5, wydanie specjalne.
28. Holgate ST, Boushey HA, Fabbri LM. *Difficult asthma*. London: Martin Dunitz Ltd. The Livery House; 1999.
29. *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.
30. 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.
31. 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.
32. *M.I.N.I. (DSM-IV)* Lecrubier Y., Weiller E., Hergueta I., Amorim P., Bonora L.I., Lepine J.P. (Inserm-Paris, France), Sheehan D., Janavs J., Baker R., Sheehan K.H., Knapp E., Sheehan M. (University of South Florida-TAMPA, USA), 1998. Polska wersja 5.0.0: Masiak M., Przychoda J. (Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie).

-
33. Bandelow B. *Panic and Agoraphobia Scale (PAS)*. Seattle, Toronto, Bern, Goettingen: Hogrefe and Huber Publishers; 1999.
 34. 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: 30.07.2010
Zrecenzowano: 8.11.2010
Otrzymano po poprawie: 10.12.2010
Przyjęto do druku: 7.04.2010



Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Babińskiego
SP ZOZ w Krakowie
ul. Babińskiego 29
30-393 Kraków
www.babinski.pl

KONFERENCJA

„ZESPÓŁ LECZENIA ŚRODOWISKOWEGO – PERSPEKTYWY ROZWOJU”

14 października 2011 roku serdecznie zapraszamy do udziału w II Konferencji Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie „Zespół Leczenia Środowiskowego – Perspektywy rozwoju”.

W 2010 roku odbyła się pierwsza organizowana przez nas konferencja poświęcona tematyce Zespołów Leczenia Środowiskowego i opiece domowej. I Konferencja miała na celu przybliżenie tego modelu leczenia jako nowoczesnej a wciąż mało rozpowszechnionej w Polsce formy terapii i cieszyła się dużym zainteresowaniem środowisk medycznych oraz związanych z opieką społeczną.

Celem II Konferencji jest zaprezentowanie wiedzy na temat leczenia środowiskowego w oparciu o doświadczenia już działających jak i nowo powstałych zespołów. W tym roku chcemy także przedstawić temat opieki środowiskowej w szerszym kontekście – dokonań i doświadczeń krajów Unii Europejskiej.

Zapisy, informacje, formularz rejestracyjny na stronie internetowej www.babinski.pl

PROGRAM KONFERENCJI

9.00–10.00	Rejestracja uczestników.
10.00–10.15	Otwarcie konferencji – Marzena Grochowska, dyrektor Szpitala Babińskiego w Krakowie, prof. Jacek Wciórka.
10.15–11.00	Aktywne leczenie środowiskowe w Europie – dr Katarzyna Prot-Klinger.
11.00–12.00	Developing community care [Rozwój opieki środowiskowej] – Johan Arends i Nelie Schouten – Szpital GGZ-Drenthe, Assen, Holandia.
12.00–12.30	Przerwa
12.30–13.15	Wspierające rozwiązania systemowe w pracy Zespołu Leczenia Środowiskowego – Dorota Lachowicz, Marzena Michalczewska, Agata Woyciechowska – ZLS Szpitala Babińskiego Kraków-Nowa Huta.
13.15–14.30	Dyskusja panelowa: Tworzenie Zespołu Leczenia Środowiskowego – pierwsze doświadczenia, wstęp i moderacja prof. Jacek Wciórka, udział wezmą: Andrzeja Karel, Dorota Kowalczyk-Jabłońska, Sonia Korus, Małgorzata Zajączkowska-Jasińska, Krystyna Żaryn oraz przedstawiciele ZLS ze Szpitala Babińskiego.
14.30–15.30	Zakończenie Konferencji

Po każdym wykładzie przewidziana jest dyskusja.

Małgorzata Piotrowska-Jarosz, Dział Rozwoju, Szpital Babińskiego w Krakowie, ul. Babińskiego 29, 30-393 Kraków, tel. 12 652 44 67, e-mail: piotrowm@babinski.pl