

Zespół lęku napadowego i płeć chorych a obecność doznaných urazów psychicznych

Panic disorder and gender of patients versus the presence of profound psychological trauma

Anna Potoczek

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

Summary

Background: The author examined psychiatrically a group of 75 patients suffering from severe panic disorder. The special interest of the study was the careful analysis of the time, context and content of different psychological traumas that the patients had throughout their lives.

Methods: The author examined 75 patients suffering from panic disorder during ambulatory treatment. There were 53 women (71%) and 22 men (29%). The average age was $M=44.68$ years ($SD=12.68$), and average duration of illness was $M=5.19$ years ($SD=6.22$). Mini International Neuropsychiatric Interview, Polish version 5.0.0, Panic and Agoraphobia Scale, Beck's Depression Inventory and Life Inventory were used.

Results: In the group of 75 patients with severe panic disorder, women were majority (71%). It may be due to specific trauma of suffering and/or death of an emotionally close person, which occurred in adulthood. This trauma may have impact on the aetiology of panic disorder. Women are more exposed to this sort of trauma due to their social role.

Conclusion: It is possible, that psychological trauma affects the development, course and severity of panic disorder.

Słowa klucze: zespół lęku napadowego, płeć, uraz psychiczny

Key words: panic disorder, gender, trauma

Wstęp

Badania epidemiologiczne prowadzone w wielu krajach i kulturach jednoznacznie wskazują, że zespół lęku napadowego (panic disorder, PD) występuje znacznie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Uważa się, że stosunek kobiet do mężczyzn z rozpoznaniem PD wynosi około 1,3 do 5,8 [1–4]. Podobną prawidłowość stwierdzono u pacjentów chorych somatycznie, u których współwystępuje zespół lęku napadowego i depresja. Potwierdzają to także badania polskie [5–7]. Przyczyna tego zjawiska nie jest znana.

Analiza przebiegu zespołu lęku napadowego u zdrowych somatycznie kobiet i mężczyzn wskazuje na niewielkie różnice, choć nie wiadomo, w jakim stopniu są one rzeczywiście związane z płcią, a w jakim z przyzwyczajeniami kulturowymi – np. u kobiet z PD częściej stwierdza się współwystępowanie agorafobii, a u mężczyzn alkoholizmu [8–11]. Także badania rodzin pacjentów z PD nie przyniosły istotnych hipotez dotyczących przyczyn przewagi jednej płci – wynika z nich, że istnieje większe ryzyko wystąpienia PD u krewnych pierwszego stopnia osób cierpiących aktualnie lub w przeszłości na to zaburzenie, ale dotyczy to w równym stopniu chłopców i dziewcząt [12, 13]. Inny wątek badań psychofizjologicznych sugeruje związane z płcią różnice we wrażliwości na niedotlenienie ośrodków oddechowych w mózgu [14], ale hipotez tych dotychczas nie potwierdzają zaawansowane badania internistyczne [za: 5–7].

W ostatnich latach dość nieliczne badania psychiatryczne nad ewentualnymi przyczynami opisanego zjawiska skupiają się na szeroko rozumianej sytuacji psychologicznej pacjentów z diagnozą PD (zdrowych somatycznie) i zmierzają w trzech różnych, choć związanych ze sobą, kierunkach: wpływu urazów psychicznych okresu dzieciństwa na późniejsze ujawnianie się objawów lękowych i depresyjnych [15], wpływu bieżących stresów życiowych [16] oraz ważnych okoliczności o charakterze pośrednim, nie związanych bezpośrednio z dzieciństwem ani też z sytuacją doraźną (np. występowanie poważnych zaburzeń psychicznych w bliskiej rodzinie) [17]. Niezwykle ciekawe wydają się próby łączenia tych sposobów rozumienia psychopatologii i przebiegu PD w spójną i nowatorską całość, uwzględniającą pewne analogie pomiędzy PD (zespół lęku napadowego) a PTSD (zespół stresu pourazowego) [18, 19]. Podejście poznawcze akcentuje znaczenie powstawania poważnych zaburzeń poznawczych, takich jak katastroficzna interpretacja stanu zdrowia, pod wpływem urazów okresu dorosłości [20, 21], w powiązaniu z sytuacją rodzinną pacjentów [22, 23].

Cele pracy

1. Sprawdzenie, jaka była proporcja kobiet do mężczyzn, którzy zgłosili się z rozpoznaniem zespołu lęku napadowego (PD) do leczenia w Ambulatorium Przyklinicznym Kliniki Psychiatrii Dorosłych (do dr Anny Potoczek) w latach 2004–2007.
2. Sprawdzenie, jak często w podgrupie kobiet i w podgrupie mężczyzn z rozpoznaniem zespołu lęku napadowego (panic disorder, PD) występowały poważne trudności i urazy psychiczne okresu dzieciństwa oraz specyficzne urazy okresu dorosłości (trauma choroby i/lub śmierci bliskiej emocjonalnie osoby, przeżyta przez pacjenta jako jej opiekuna, w okresie zbliżonym do zachorowania na PD lub znacznego nasilenia ciężkości PD wcześniej rozpoznanego).
3. Sprawdzenie, czy urazy okresu dzieciństwa i urazy okresu dorosłości (rozumiane jak podano poniżej) wykazują statystyczny związek z płcią chorych.

Przez urazy psychiczne okresu dzieciństwa rozumiano takie okoliczności, jak: długotrwałe, 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 okresu dorosłości rozumiano natomiast traumę ciężkiej choroby i/lub śmierci bliskiej emocjonalnie osoby, w której pacjenci już chorujący

na PD lub ci, u których PD rozwinęło się po krótkiej latencji (tygodnie, miesiące, wyjątkowo rok do 2 lat) uczestniczyły w charakterze bezpośrednich i czynnie zaangażowanych opiekunów, obserwujących w codziennym kontakcie narastanie ciężkich, zagrażających życiu objawów [5–7, 20].

Trzeba zaznaczyć, że opisane powyżej urazy nie są zgodne z kryteriami A1 i A2 wynikającymi z definicji urazu zawartej w kryteriach diagnostycznych zespołu stresu pourazowego w klasyfikacji DSM-IV. Definicja ta skupia się na „wydarzeniach groźących śmiercią lub poważnymi obrażeniami lub zagrażających bezpośrednio fizycznej integralności osoby” (A1). Odpowiedzią osoby na tak określony uraz jest „nasilony lęk, bezradność i przerażenie” (A2).

Material i metoda

Opis badanej grupy

Badaniem objętych zostało 75 pacjentów, w tym 53 (71%) kobiety i 22 (29%) mężczyźni z rozpoznaniem nasilonego zespołu lęku napadowego, leczonych przez dr Annę Potoczek w Ambulatorium Przyklinicznym Kliniki Psychiatrii Collegium Medicum UJ w Krakowie w latach 2004–2007. Badanie miało charakter naturalistyczny. Kryterium doboru do badanej grupy było rozpoznanie nasilonego zespołu lęku napadowego. Żaden z pacjentów nie odmówił udziału w badaniu.

Średni wiek w badanej grupie wynosił 44,68 roku (20–80 lat, SD = 12,68), średni czas trwania choroby 5,19 roku (1–35 lat, SD = 6,22), średnie nasilenie zespołu lęku napadowego badanego za pomocą kwestionariusza PAS – 41,05 punktu (20–67 p., SD = 12,030), średnie nasilenie depresji badane za pomocą kwestionariusza BDI – 15,36 punktu (1–41 p., SD = 10,49).

Przeważająca większość badanych miała wykształcenie średnie (41 osób), 19 osób miało wykształcenie wyższe i 15 osób – wykształcenie podstawowe (zawodowe). Zawodowo pracowały 54 osoby, na rencie inwalidzkiej było 10 osób, na emeryturze 11 osób.

Metoda badań

Wszystkich pacjentów zbadano za pomocą testów: MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview, wersja polska 5.0.0), Panic and Agoraphobia Scale (PAS), Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI), oraz poddano badaniom psychiatrycznym.

Jednak szczególną rolę w badaniu odegrało użycie szczegółowej ankiety życiorysowej, złożonej ze 100 pytań. Dotyczą one rodziny generacyjnej badanych, jej składu, wzajemnych relacji pomiędzy członkami, statusu ekonomicznego, ważnych wydarzeń z okresu dzieciństwa, następnie okresu szkolnego, postępów w nauce, ew. trudności w nauce i adaptacji do warunków szkolnych, uzyskanego wykształcenia, pracy zawodowej, stanu cywilnego, oceny małżeństwa, urodzenia dzieci, relacji między badanymi a ich dziećmi, a także rodzicami, chorób w rodzinie (ten temat jest potraktowany bardzo szczegółowo, z uwzględnieniem charakteru obowiązków, jakie badany/badana spełniał/a przy

chorym, czasu, jaki mu poświęcał/a, dodatkowej pomocy, jaką organizował/a, udziału w przeprowadzaniu diagnostyki medycznej bliskiego chorego i jego leczenia z powodu konkretnej jednostki chorobowej). Do kategorii "urazu okresu dorosłego" zaliczałam jedynie choroby o najpoważniejszym rokowaniu, takie jak nowotworowe, stany po wylewach, udarach mózgu, zejścia terminalne innych chorób.

Użyte w badaniu metody statystyczne:

test dwumianowy, test χ^2 dla tabel wielodzzielczych oraz test t różnic między średnimi dla prób niezależnych.

Wyniki badań

1. Wśród pacjentów z rozpoznaniem zespołu lęku napadowego (PD) było ponad dwa razy więcej kobiet (71%) niż mężczyzn (29%). Obserwowana proporcja była istotna statystycznie (tab.1).

Tabela 1. Rozkład płci w badanej grupie i wynik testu dwumianowego dla proporcji płci w badanej grupie

		N	Obserwowana proporcja	Proporcja testowa	Istotność asymptotyczna (dwustronna)
Płeć	mężczyźni	22	0,29	0,50	0,000(a)
	kobiety	53	0,71		
Ogółem		75	1,00		

2. Na podstawie szczegółowego badania psychiatrycznego oraz ankiety życiorysowej ustalono częstość występowania w badanej grupie z PD urazów psychicznych okresu dzieciństwa i wczesnej młodości. Stwierdzono je u 18 osób (24%). Natomiast urazy okresu dorosłości (choroba i/lub śmierć bliskiej emocjonalnie osoby) występowały u 68 (90,7%) badanych (tabela 2). Ich proporcja jest istotna statystycznie. Zwraca również uwagę, że występowanie urazów okresu dzieciństwa nie jest statystycznie powiązane z obecnością urazów okresu dorosłości. Urazy te występują niezależnie od siebie.

Tabela 2. Rozkład występowania urazów okresu dzieciństwa i dorosłości w badanej grupie pacjentów z PD

		Urazy okresu dorosłości		Ogółem
		brak	występują	
Urazy okresu dzieciństwa	brak	4	53	57
		5,3%	70,7%	76,0%
	występują	3	15	18
		4,0%	20,0%	24,0%
Ogółem		7	68	75
		9,3%	90,7%	100,0%

3. Za pomocą tej samej co poprzednio metody zbadano związek częstości występowania urazów okresu dzieciństwa i wczesnej młodości z płcią (tabela 3). Wyniki nie są istotne statystycznie. Wspomniany rodzaj urazów występował rzadziej u kobiet (20,8%) niż u mężczyzn (31,8%) z rozpoznaniem PD.

Tabela 3. Płeć a występowanie urazów okresu dzieciństwa i wczesnej młodości

		Urazy okresu dzieciństwa i wczesnej młodości		Ogółem
		brak	występują	
Płeć	kobiety	42	11	53
		79,2%	20,8%	100,0%
	mężczyźni	15	7	22
		68,2%	31,8%	100,0%
Ogółem		57	18	75
		76,0%	24,0%	100,0%

4. Ustalono związek częstości urazów okresu dorosłości z płcią pacjentów z PD (tabela 4). Wyniki okazały się istotne statystycznie, chociaż w badanej grupie siła tego związku nie jest duża ($f_i = 0,397$). Świadczy to o tym, że choć u kobiet urazy okresu dorosłości (trauma choroby i/lub śmierci bliskiej osoby) są częstsze niż u mężczyzn (98,1%), to w podgrupie mężczyzn również zdarzają się bardzo często (72,7%). Występowanie urazów okresu dorosłości nie wyróżnia kobiet w sposób szczególny.

Tabela 4. Płeć a występowanie urazów okresu dorosłości (choroba i/lub śmierć bliskiej emocjonalnie osoby)

		Urazy okresu dorosłości (choroba i/lub śmierć bliskiej emocjonalnie osoby)		Ogółem
		brak	występowały	
Płeć	kobiety	1	52	53
		1,9%	98,1%	100,0%
	mężczyźni	6	16	22
		27,3%	72,7%	100,0%
Ogółem		7	68	75
		9,3%	90,7%	100,0%

$\chi^2 = 11,84$, $df = 1$, $p = 0,003$

Dyskusja

Przedstawione badanie wpisuje się w sięgający końca XIX stulecia (publikacje najważniejszych prac Zygmunta Freuda) dyskurs nad związkami pomiędzy urazami wczesnego dzieciństwa a dalszym biegiem życia człowieka, w którym – rzecz jasna – także występują poważne stresy i urazy psychiczne. W nawiązaniu do myśli

Freuda w XX wieku powstała niesłychanie bogata literatura na ten temat. Skłania się ona ku przekonaniu, że kluczowymi i określającymi dalszy rozwój człowieka są bardzo subtelne, wczesne związki dziecka z rodzicami (lub postaciami znaczącymi), które zawierają silne konotacje seksualne (kompleks Edypa). Związki te miałyby być następnie nieświadomie powtarzane podczas rozwoju dziecka i w jego relacjach w życiu dorosłym. Zgodnie z tym podejściem rzeczywisty charakter tych wczesnych urazów psychicznych jest mniej istotny od symbolicznego, który staje się nieświadomie powielaną matrycą późniejszych zachowań. Z tego powodu terapeuci o orientacji psychoanalitycznej i psychodynamicznej szczególną uwagę w trakcie terapii zwracają na wczesne relacje dziecka, i to nie z otaczającą je bezpośrednio kulturą rzeczywistością, lecz z postaciami rodzicielskimi.

W latach 60. XX wieku powstał silny nurt psychoterapeutyczny i naukowy, który przedefiniował koncepcje stworzone przez Freuda. Należało do niego między innymi podejście poznawcze [21] i systemowe [22, 23]. Ich rozwój spowodował niespotykane dotąd w psychiatrii zainteresowanie aktualną i rzeczywistą sytuacją pacjentów i ich rodzin (systemów rodzinnych). Tym tendencjom towarzyszył rozwój dyscyplin naukowych luźno związanych z psychiatrią kliniczną, jak psychologia społeczna i socjologia, które jednak wniosły na trwałe w obszar zainteresowania psychiatrii problemy i zjawiska dotąd niedoceniane, takie jak jakość życia, znaczenie sieci społecznej, a nawet interakcji psychoekonomicznych. Perspektywa oceny i rozumienia urazu psychicznego uległa stopniowej zmianie i nie jest już tak powszechnie jak dawniej postrzegana jako nieświadome „powielanie” urazu (konfliktu) wczesnodziecięcego. I odwrotnie – badacze nie związani z psychoanalizą skłonni są zwracać uwagę na rzeczywistość, a nie tylko symboliczną zawartość urazów wczesnodziecięcych. Przykładem takiej postawy jest np. praca Caron Zlotnick i wsp. [19] przedstawiająca psychiatryczną katamnetyczną grupę 2390 Chilijczyków w różnym wieku represjonowanych podczas wojny domowej w Chile w latach 70. XX wieku. Za uraz psychiczny, niezależnie od wieku prześladowanych, badacze uznali czynny udział w walkach, tortury, gwałty i utratę bliskich. Stwierdzili, że największe konsekwencje psychiczne w postaci, przede wszystkim, poważnych zaburzeń lękowych (zwłaszcza PD) i depresyjnych poniosły osoby, które urazów takich doznały jako dzieci. Wyniki te są zgodne z uzyskiwanymi wcześniej wielokrotnie w wielkiej liczbie badań, prowadzonych z perspektywy psychodynamicznej, choć rozumienie sensu i charakteru samego urazu jest zasadniczo różne.

Badania ostatnich lat, prowadzone z uwzględnieniem „realistycznego”, a nie przede wszystkim symbolicznego charakteru urazu psychicznego, znacznie przesunęły kryteria wiekowe, gdy działający uraz jest rozumiany jako znaczący w etiologii zaburzeń lękowych, a zwłaszcza PD. O ile wedle koncepcji psychodynamicznych kluczowe są pierwsze lata życia, o tyle obecne tendencje skłaniają się ku analizowaniu urazów psychicznych okresu dorosłości, poprzedzających bezpośrednio lub pośrednio (z okresem latencji) wystąpienie PD – najczęściej dzieje się to w wieku około 30 lat, a nawet później. W związku z tym przesunięciem w kierunku dorosłości badane są wydarzenia i sekwencje wydarzeń inne aniżeli występujące w dzieciństwie, np.: rozwód, zmiana pracy i środowiska, narastanie problemów w związku partnerskim, nieporozumienia z przełożonym w pracy, urodzenie dziecka itp. [16–17], oraz – co

dla mojego badania ma znaczenie szczególne – poważna choroba własna lub bliskiego członka rodziny [8–18].

Na jedenaście wspomnianych prac jedynie w dwóch autorzy wyrażają pewne wątpliwości co do tego, czy wydarzenia takie (czyli urazy psychiczne aktualne) odgrywają znaczącą rolę w rozwoju PD: Umberto Albert i wsp. [16] nie stwierdzają bezpośredniego wpływu aktualnych wydarzeń życiowych na występowanie nocnych napadów paniki, co może wiązać się z częstym zjawiskiem latencji urazów psychicznych i ujawnienia ich konsekwencji po wystąpieniu kolejnego, nawet o wiele mniej istotnego wydarzenia stresowego, z kolei J. Sheikh i wsp. [14] wiążą odpowiedź na urazy okresu dorosłości z różną u kobiet i mężczyzn wrażliwością mózgowych ośrodków oddechowych na stężenie CO₂ – co nadal pozostaje niepotwierdzoną hipotezą.

Skoro najnowsza literatura przedmiotu przyjmuje, że nie tylko urazy okresu dzieciństwa, lecz również urazy okresu dorosłości mogą mieć wpływ na występowanie i dynamikę PD, celem mojej pracy stało się sprawdzenie, które z nich występują znacząco częściej u kobiet oraz w jaki sposób wiąże się to z kulturową rolą kobiety jako matki i – pomimo wielkich zmian we współczesnym modelu rodziny – nadal głównej i bezpośredniej opiekunki jej członków. Z przedstawionego badania wynika, że aż 98,1% badanych kobiet z rozpoznaniem PD doznało w okresie dorosłości urazu polegającego na długotrwałym, aktywnym świadczeniu i organizowaniu opieki nad ciężko chorą bliską osobą. Taki rodzaj uczestnictwa w cudzej chorobie i/lub śmierci łączy się nie tylko z poważnym obciążeniem emocjonalnym, ale także z realnym kontaktem z narastającymi objawami choroby, obserwacją ich dynamiki i ogólnych konsekwencji. Proces ten ma wiele wspólnego z „uczeniem” się groźnego znaczenia różnych objawów somatycznych i może mieć bezpośredni związek z powstawaniem szczególnego rodzaju zaburzeń poznawczych, polegających na katastroficznej interpretacji własnego zdrowia, bez względu na jego obiektywnie stwierdzany stan. Katastroficzna interpretacja doznań somatycznych należy do najbardziej charakterystycznych objawów rozwiniętego zespołu lęku napadowego [20].

Ciekawy, i najzupełniej zgodny z przedstawionym kierunkiem rozumowania, jest fakt, że tę samą prawidłowość stwierdziłam u badanych mężczyzn z rozpoznaniem PD, u których uraz okresu dorosłości (choroba i/lub śmierć) również występował bardzo często (u 72,7% podgrupy mężczyzn). Świadczy to o psychologicznym znaczeniu urazu nie w zależności od płci, lecz raczej niezależnie od płci. Być może uprawnione zatem staje się przypuszczenie, że kobiety chorują na PD częściej niż mężczyźni nie tyle z przyczyn ściśle biologicznie związanych z płcią, lecz także z powodu odgrywanej roli społecznej, która bardziej naraża je na przeżycie specyficznych urazów okresu dorosłości.

Wnioski

Wyniki badania potwierdziły wszystkie wstępne hipotezy. W naturalistycznym badaniu pacjentów z rozpoznaniem zespołu lęku napadowego (PD) kobiety stanowiły znacznie większą podgrupę (71%) niż mężczyźni (29%). W całej grupie badanej urazy psychiczne okresu dzieciństwa występowały znacząco rzadziej (24%) aniżeli urazy

psychiczne okresu dorosłości (90,7%). W obu podgrupach (kobiet i mężczyzn) urazy okresu dzieciństwa występowały podobnie często (20,8% i 31,8%). Urazy okresu dorosłości występowały częściej u kobiet (98,1%) niż u mężczyzn (72,7%), lecz jednak także u mężczyzn z tym rozpoznaniem były one obecne bardzo często.

Z badania nie wynika, by kobiety miały być w jakiś z góry określony psychologiczny sposób bardziej podatne na występowanie zespołu lęku napadowego – skłania ono raczej do hipotezy, że zaburzenia te rozwijają się u kobiet częściej w związku z pełnioną przez nie rolą społeczną i jej specyfiką. U badanych mężczyzn, którzy doznali analogicznych urazów, a ich rola i sytuacja społeczna były podobne do tradycyjnej roli kobiecej (opiekunki, czynnej organizatorki życia rodzinnego), treść opisywanych zjawisk wydaje się bardzo podobna.

Синдром параксизмального страха и пол больных, а также присутствие перенесенных психических травм

Содержание

Проведено психиатрические исследование 75 пациентов с диагнозом тяжелого синдрома страха параксизмального характера. Докладно проанализировано локализацию во времени, контекст и наличия различного типа психических травм, которые имели место в жизни пациентов.

Методы. Исследовано 75 больных, в том числе 53 женщины (71%) и 22 мужчин (20%). Средний возраст равнялся 44,68 годам (СД = 12,68), средняя продолжительность болезни равнялась 5,19 лет (СД = 6,22). В исследовании использованы глоссарии: Mini International Neuropsychiatric Interview, польская версия 5.0.0., Шкала паники, агорафобии, Инвентарь депрессии Бекка и Анамнестической анкеты.

Результаты. В исследованной группе женщины были в большинстве (71%). Так значительное превалирование больных женщин по отношению к числу мужчин может быть связано с перенесенным специфическим психическим переживанием, состоящим на активной опеке над тяжело больными близкими людьми, которое имело место у этих больных во взрослом возрасте. Этот тип травмы может иметь значение в этиологии синдрома спазматического страха. Женщины на такого типа психической травмы, подвергаются чаще, чем мужчины по-поводу исполняемой ими общественной роли.

Выводы. Возможно, что психическая травма, состоящая на активной опеке над тяжело болеющей или же умирающей близкой особой, имеет влияние на проявление, динамику течения и утяжеление синдрома параксизмального страха.

Syndrom der Anfallangst, Geschlecht der Kranken und erlebte psychische Traumata

Zusammenfassung

Man untersuchte psychiatrisch die Gruppe 75 Patienten mit der Diagnose intensiviertes Syndrom der Anfallangst und man analysierte genau die Lokalisierung in der Zeit, Kontext und Inhalt der unterschiedlichen psychischen Traumata, die im Leben der Patienten stattgefunden hatten.

Methoden. Man untersuchte 75 Patienten, darunter 53 Frauen (71%) und 22 Männer (29%). Das Durchschnittsalter lag bei 44,68 Jahren (SD=12,68), und die durchschnittliche Zeitdauer der Krankheit betrug 5,19 Jahre (SD=6,22). Zur Studie wurden folgende Fragebögen angewandt: Mini International Neuropsychiatric Interview, polnische Version 5.0.0., Skala zur Erfassung der Panik und Agoraphobie, Beck Depression Inventar und Umfrage zum Lebenslauf.

Ergebnisse. In der untersuchten Gruppe bildeten die Frauen eine Mehrheit (71%). Eine solche Überlegenheit der kranken Frauen gegenüber den kranken Männern kann mit dem Erlebnis eines

spezifischen Traumas verbunden sein, das auf einer dauernden Pflege der kranken/sterbenden verwandten Person beruht und das im Erwachsenenalter auftrat. Diese Art des psychischen Traumas kann in der Ätiologie des Syndroms der Anfallangst eine Bedeutung haben. Die Frauen sind solchen Traumata häufiger als die Männer ausgesetzt und zwar wegen der von ihnen erfüllten sozialen Rolle.

Schlussfolgerungen. Es ist möglich, dass das psychische Trauma, das auf einer dauernden Pflege der kranken/sterbenden verwandten Person beruht einen Einfluss auf das Auftreten, Verlaufsdyamik und Intensifizierung des Syndroms der Anfallangst hat.

L'attaque de panique, le sexe des patients et la présence des profonds traumas psychiques

Résumé

L'auteur a examiné le groupe de 75 patients souffrant des attaques de panique en analysant surtout le temps, le contexte et le contenu de divers traumas psychiques de leur vie.

Méthodes. On a examiné 75 patients (53 femmes – 71%, 22 hommes – 29%). Leur moyenne de l'âge – 44,68 ans (SD=12,68), la durée moyenne de la maladie – 5,19 ans (SD=6,22). Pour ces examens on a usé les questionnaires suivants : Mini International Neuropsychiatric Interview, version polonaise 5.0.0 ; Panic and Agoraphobia Scale, Beck's Depression Inventory and Life Inventory.

Résultats. Les femmes constituent la plupart de ce groupe (71%). Ce surnombre des femmes sur les hommes peut se lier avec le trauma psychique spécifique résultant de ce fait que ce sont les femmes qui soignent les personnes malades ou mourantes dans leur famille. Ce genre de trauma psychique peut influencer sur l'étiologie du syndrome de panique. Les femmes sont plus souvent exposées à ce genre de trauma psychique à cause de leur rôle social.

Conclusions. Il est possible que le trauma psychique influe sur le développement, le cours et la sévérité de l'attaque de panique.

Piśmiennictwo

1. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S i in. *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry 1994; 51: 8–19.
2. Gater R, Tansella M, Korten A i in. *Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health settings*. Arch. Gen. Psychiatry 1998; 55: 405–413.
3. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ i in. *The crossnational epidemiology of panic disorder*. Arch. Gen. Psychiatry 1999; 54: 305–309.
4. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. *Panic and panic disorder in the United States*. Am. J. Psychiatry 1994; 151: 413–420.
5. Potoczek A, Nizankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Szczeklik A. *Astma ciężka i pleć chorych a obecność doznanych urazów psychicznych*. Psychiatr. Pol. 2005; XXXIX, 6, 1081–1096.
6. Potoczek A. *Astma ciężka, stres i zespół lęku napadowego*. Psychiatr. Pol. 2005; XXXIX, 1: 51–66.
7. Potoczek A, Nizankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Szczeklik A. *Ciężka POChP i pleć chorych a obecność doznanych urazów psychicznych*. Psychiatr. Pol. [w druku].
8. Yonkers KA, Zlotnick C, Allsworth J, Warshaw M, Shea T, Keller MB. *Is the course of panic disorder the same in women and men?* Am. J. Psychiatry 1998; 155: 596–602.
9. Starcevic V, Djordjevic A, Latas M, Bogojevic G. *Characteristics of agoraphobia in women and men with panic disorder with agoraphobia*. Depr. Anx. 1998; 8: 8–13.
10. Oei TPS, Wanstall K, Evans L. *Sex differences in panic disorder with agoraphobia*. J. Anx. Disord. 1990; 4: 317–324.

11. Cox BJ, Swinson RP, Shulman ID, Kuch K, Reichman JT. *Gender effects and alcohol use in panic disorder with agoraphobia*. Behav. Res. Ther. 1993; 31: 413–416.
12. Maier W, Lichtermann D, Minges J, Oehrlein A, Franke P. *A controlled family study in panic disorder*. J. Psychiatry Res. 1993; 27: 23–33.
13. Goldstein RB, Weissmann MM, Adams PB. *Psychiatric disorders in relatives of probands with panic disorder and/or major depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1994; 51: 383–394.
14. Sheikh JI, Leskin GA, Klein DF. *Gender differences in panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey*. Am. J. Psychiatry 2002; 159: 55–58.
15. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. *Childhood abuse and familial violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood*. Psychol. Med. 2005; 35: 881–890.
16. Albert U, Maina G, Bergesio C, Bogetto F. *Nocturnal panic and recent life events*. Depr. Anx. 2005; 22: 52–58.
17. Barzega G, Maina G, Venturello S, Bogetto F. *Gender-related differences in the onset of panic disorder*. Acta Psychiatr. Scand. 2001; 103: 189–195.
18. 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.
19. 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.
20. Potoczek A. *Zespół lęku napadowego a trauma choroby i śmierci*. Psychoter. 2003; 2 (125): 47–56.
21. Reinecke MA, Clark DA, red. *Psychoterapia poznawcza*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
22. Napier AY, Whitaker CA. *Rodzinna karuzela*. Kraków: Wydawnictwo Znak; 2006.
23. Napier AY. *Małżeństwo: krucha więź*. Kraków: Wydawnictwo Znak; 2008.

Praca nie była w żadnej formie finansowana ani dofinansowana.

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

Otrzymano: 17.11.2008
Zrecenzowano: 5.02.2009
Otrzymano po poprawie: 14.04.2009
Przyjęto do druku: 17.04.2009