

Ciężka POChP i płeć chorych a obecność doznaných urazów psychicznych

Severe COPD and gender of patients versus the presence of profound psychological trauma

Anna Potoczek¹, Ewa Niżankowska-Mogilnicka², Grażyna Bochenek²,
Andrzej Szczeklik²

¹Klinika Psychiatrii Dorosłych Katedry Psychiatrii CM UJ
Kierownik katedry: prof. dr hab. n. med. J. Bomba

Kierownik kliniki: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

²Klinika Pulmonologii II Katedry Chorób Wewnętrznych CM UJ

Kierownik katedry: prof. dr hab. n. med. A. Szczeklik

Kierownik kliniki: prof. dr hab. n. med. E. Niżankowska-Mogilnicka

Summary

The authors examined psychiatrically a group of 45 patients suffering from severe COPD. The special interest of the study was the careful analysis of the time, context and content of different psychological traumas that the patients had experienced throughout their lives.

Methods. The authors examined 45 patients suffering from severe COPD (according to GOLD classification) during the present hospitalisation. There were 19 women (42%) and 26 men (58%). The average age was $M=64.56$ years ($SD=10.64$), and average duration of illness was $M=10.53$ years ($SD=10.18$). Mini International Neuropsychiatric Interview, Polish version 5.0.0, Panic and Agoraphobia Scale, Beck's Depression Inventory, Family Functioning Questionnaire (KOR), Sense of Coherence Scale (SOC-29), Defence Style Questionnaire (DSQ-40) and Life Inventory were used.

Results. Although the proportion of women in the group of 45 patients with severe COPD was 42%, they seem to be more prone to depression and panic than men. It may be due to specific trauma of suffering and/or death of an emotionally close person, which occurred in 64.4% of the study group. This trauma may have an impact on the intensity of anxious and depressive symptoms, catastrophic interpretation of bodily symptoms and also the sense of coherence of patients with COPD.

Conclusion. It is possible, that strictly psychological and psychiatric problems affect the course and severity of COPD in women.

Słowa klucze: POChP, płeć, uraz psychiczny

Key words: COPD, gender differences, trauma

Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (pol. POChP, ang. COPD) uważana była do niedawna za chorobę wieloletnich palaczy tytoniu, głównie mężczyzn w starszym

wieku [1–2]. Od mniej więcej 10 lat odnotowuje się coraz większą częstość zachorowań kobiet, co jest tłumaczone po części zmianą wzorów kulturowych dotyczących palenia tytoniu. Jednakże w ostatnich latach epidemiologiczny i kliniczny problem częstości zachorowań i ich ciężkości w subpopulacji kobiet z rozpoznaniem POChP staje się tak znaczący, że wytłumaczenie to przestało wystarczać. Na ciężką POChP na świecie zapada coraz więcej kobiet niepalących, przebieg choroby u kobiet jest cięższy niż u mężczyzn, a ich umieralność wyższa niż mężczyzn z analogicznym stopniem zaawansowania choroby. Przyczyny tego stanu rzeczy są nieznane, jednakże wśród przypuszczalnych czynników ryzyka bardzo ciężkiego przebiegu POChP u kobiet wymienia się współwystępowanie zaburzeń psychicznych (zwłaszcza lękowych i depresyjnych), a także swoistych uwarunkowań psychologicznych, którymi kobiety obciążone są bardziej niż mężczyźni [3–10]. Nasz zespół wnosi do tego nurtu badawczego swoje obserwacje nad znaczeniem różnego rodzaju urazów psychicznych w okresie dzieciństwa i dorosłości. Przez urazy psychiczne w dzieciństwie rozumiemy takie okoliczności, jak: przewlekłe, bardzo złe warunki ekonomiczne (np. skutki II wojny światowej), utratę jednego lub obojga rodziców, rozpad rodziny na skutek alkoholizmu, długotrwałą przemoc w rodzinie, molestowanie seksualne. Przez specyficzne urazy w okresie dorosłości rozumiemy natomiast traumę choroby i/lub śmierci bliskiej emocjonalnie osoby, w której chorzy na POChP uczestniczyli w charakterze bezpośrednich opiekunów, obserwujących w codziennym kontakcie narastanie ciężkich, zagrażających życiu objawów. Badania te stanowią kontynuację analogicznych badań nad psychologicznymi uwarunkowaniami astmy ciężkiej [11–15].

Cele pracy

1. Sprawdzenie, czy u kobiet z badanej grupy chorych na POChP istnieje tendencja do częstszego aniżeli u mężczyzn występowania zespołu depresyjnego i lękowego (zespołu lęku napadowego).
2. Sprawdzenie, jak często w grupie pacjentów z POChP występowały poważne trudności i urazy w dzieciństwie oraz specyficzne urazy w okresie dorosłości (trauma choroby i/lub śmierci bliskiej emocjonalnie osoby, przeżyta przez pacjenta jako jej opiekuna, w okresie zbliżonym do zachorowania na POChP lub znacznego nasilenia ciężkości POChP wcześniej rozpoznanej).
3. Zbadanie, jaki jest związek obu rodzajów urazów (lub ich braku) z nasileniem występujących u pacjentów z POChP objawów lękowych i depresyjnych, katastroficzną interpretacją stanu zdrowia, stosowanymi mechanizmami obronnymi, koherencją i funkcjonowaniem rodzinnym.

Material i metoda

Opis badanej grupy

Badaniem objętych zostało 45 pacjentów, w tym 19 (42%) kobiet i 26 (58%) mężczyzn z rozpoznaniem POChP o ciężkim nasileniu, hospitalizowanych (w większości kilkakrotnie) w Klinice Pulmonologii II Katedry Chorób Wewnętrznych Collegium

Medicum UJ w Krakowie, w roku 2003–2004 i w pierwszej połowie 2005. Badanie miało charakter naturalistyczny. Kryterium doboru do grupy badanej było rozpoznanie POChP w stadium ciężkim. Żaden z pacjentów nie odmówił udziału w badaniu.

Średni wiek w badanej grupie wynosił 64,56 roku (41–83 lata, SD = 10,6), średni czas trwania choroby 10,53 roku (1–40 lat, SD = 10,18).

Przeważająca większość badanych miała wykształcenie podstawowe (32 osoby), 10 osób miało wykształcenie średnie i 3 osoby wykształcenie wyższe. Pomimo choroby pracowało zawodowo 5 osób, na rencie inwalidzkiej było 31 osób, na emeryturze 9. Niemal wszyscy badani palili przez wiele lat duże ilości papierosów, a 35% (16 osób, przede wszystkim mężczyźni) wykonywało w życiu pracę w warunkach szkodliwych dla zdrowia, a przede wszystkim dla płuc (zakłady młynarskie, tytoniowe, betoniarnie, koksownie, wytwórnie farb i klejów, wylewanie asfaltu).

Zmienna	Średnia	Błąd standardowy	Odchylenie standardowe
Wiek	64,56	1,587	10,648
Czas trwania choroby	10,53	1,518	10,182
PAS	14,33	2,215	14,858
BDI	10,67	1,032	6,925

PAS – kwestionariusz badający występowanie i nasilenie zespołu lęku napadowego

BDI – kwestionariusz badający występowanie i nasilenie depresji

Metody badań

Wszystkich pacjentów zbadano opisanymi poniżej metodami:

1. M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview, wersja polska 5.0.0). Autorzy: Sheehan D.V., Lecrubier Y. 1998. Polska wersja opracowana przez: M. Masiaka, J. Przychodę, z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie. M.I.N.I został stworzony jako krótki, strukturalizowany kwestionariusz głównych zaburzeń psychicznych Osi I w DSM IV. Służy do badań diagnostycznych [16].
2. Panic and Agoraphobia Scale (PAS). Autor: B. Bandelow, Department of Psychiatry of Goettingen, wersja poprawiona 1999 [17]. Służy do oceny głębokości zespołu lęku napadowego. Składa się z dwóch skal, z których jedną wypełnia lekarz, a druga pacjent.
Ocena wyniku z następującej punktacji:
Wersja lekarza: 0–6 punktów: remisja; 7–17: przebieg łagodny; 18–28: przebieg średnio ciężki; 29–39: przebieg ciężki; 40 i więcej punktów: przebieg bardzo ciężki.
Wersja pacjenta: 0–8 punktów: remisja; 9–18: przebieg łagodny; 19–28: przebieg średnio ciężki; 29–39: przebieg ciężki; 40 i więcej punktów: przebieg bardzo ciężki.
3. Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI), autor: A. Beck, 1961, standaryzacja polska: T. Parnowski, W. Jernajczyk, 1977 [18]. Jedną z najczęściej używanych na świecie metoda badania głębokości depresji. Tworzy 21-

punktowy inwentarz objawów depresyjnych. Sposób oceny: 0–9 punktów: brak objawów depresji; 10–19: depresja lekka; 20–25: depresja średnia; powyżej 25 punktów: depresja głęboka.

4. Kwestionariusz Oceny Rodziny (KOR), polska adaptacja kwestionariusza M. Cierpki i G. Frevent, opartego na tzw. modelu procesu rodzinnego H. Steinhauera, który stanowi modyfikację kanadyjskiego narzędzia Family Assessment Measure – FAM III. Bada wymiary: wypełniania zadań, odgrywania ról, komunikacji, emocjonalności, zaangażowania uczuciowego, kontroli, wartości i norm, oraz zbiorczo: reakcji pozytywnych i negatywnych w funkcjonowaniu całej rodziny, diady (pary małżeńskiej) i konkretnej osoby w ramach tej rodziny. Złożony jest z trzech osobnych kwestionariuszy: samooceny (s), oceny relacji dwuosobowych (d) i oceny rodziny (r); adaptacja polska 2002 [19, 20]. W opisywanym badaniu rodzinę oceniał wyłącznie pacjent/pacjentka z rozpoznaniem POChP – sytuacja taka jest dopuszczalna z punktu widzenia metodologii.
5. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (The Sense of Coherence Questionnaire SOC-29) Autor: A. Antonovsky, 1983. Polska adaptacja: Zakład Psychologii Klinicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zakład Psychoprofilaktyki Instytutu UAM w Poznaniu i Zakład Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, 1993 [21]. Kwestionariusz pozwala oszacować ogólny poziom poczucia koherencji, a także poziom trzech jego wymiarów: poczucia zrozumiałości (PZR), zaradności (PZ) i sensowności (PS). Składa się z 29 pytań, przy czym na każde pytanie możliwych jest siedem odpowiedzi, punktowanych odpowiednio od 1 do 7. Obliczanie wyników polega na sumowaniu wartości odpowiedzi, zgodnie z kluczem. Nie określono ścisłych norm polskich. Na podstawie wielokrotnych badań wykonywanych w wielu krajach, w wielu grupach (także w Polsce), uważa się, że osoby zdrowe i prawidłowo funkcjonujące osiągają ogólny poziom koherencji około 120–130. W badaniach polskich np. zdrowi policjanci brygad antyterrorystycznych osiągnęli wyniki około 130–140, osoby chore na depresję około 70–80. Wyniki maksymalne (około 200 punktów) uważane są za mało wiarygodne, wynikające z mechanizmów dyssymulacji i falsyfikacji.
6. Kwestionariusz Mechanizmów Obronnych (Defense Style Questionnaire DSQ-40) G. Andrews, M. Singh i M. Bonda z 1993 roku. Opisuje takie mechanizmy obronne, jak: sublimacja, humor, antycypacja, stłumienie, pseudoaltruizm, idealizacja, formacja reaktywna, odczynianie, projekcja, bierna agresja, przemieszczenie, acting-out, izolacja, dewaluacja, fantazje schizoidalne, zaprzeczenie, dysocjacja, rozszczepienie, racjonalizacja, somatyzacja, oraz zbiorczo: mechanizmy dojrzałe, neurotyczne i niedojrzałe. Przy każdym z 40 zdań kwestionariusza znajduje się skala szacunkowa od 1 do 9 punktów, interpretowanych według klucza. Służy on indywidualnej samoocenie badanego i umożliwia ocenę zachowań obronnych dojrzałych i niedojrzałych. Prace nad adaptacją do warunków polskich prowadzili: Bogutyn T., Kokoszka A., Pałczyński J., Holas P. [22] oraz: Kokoszka A., Roman J., Bryła L., Grabowski A. [23].
7. Ankieta życiorysowa

8. Badanie psychiatryczne.

Użyte w badaniu metody statystyczne:

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

Wyniki badań

1. Z tabel 1 i 2 wynika, że istnieje tendencja wskazująca, że u kobiet z rozpoznaniem ciężkiej POChP zespół depresyjny i zespół lęku napadowego o różnym nasileniu występuje częściej niż u mężczyzn.

Tabela 1. **Płeć a występowanie zespołu depresyjnego**

		Zespół depresyjny		Ogółem
		brak	obecny	
Płeć	kobiety	9 20,0%	10 22,2%	19 42,2%
	mężczyźni	18 40,0%	8 17,8%	26 57,8%
Ogółem		27 60,0%	18 40,0%	45 100,0%

$\chi^2 = 2,19$, $df = 1$, n.s.

Tabela 2. **Płeć a występowanie zespołu lęku napadowego**

		Zespół lęku napadowego		Ogółem
		brak	obecny	
Płeć	kobiety	8 17,8%	11 24,4%	19 42,2%
	mężczyźni	17 37,8%	9 20,0%	26 57,8%
Ogółem		25 55,6%	20 44,4%	45 100,0%

$\chi^2 = 2,41$, $df = 1$, n.s.

2. Na podstawie szczegółowego badania psychiatrycznego (łącznie ze zbieranym w jego trakcie wywiadem rodzinnym) oraz Ankiety życiorysowej zbadano częstość występowania w badanej grupie z ciężką POChP obecność urazów psychicznych w okresie dziecięcym i we wczesnej młodości. Stwierdzono ich obecność u 15,6% kobiet i u 20% mężczyzn (tabela 3).

Tabela 3. Płeć a urazy w dzieciństwie

		Urazy w dzieciństwie		Ogółem
		brak	obecne	
Płeć	kobiety	12 26,7%	7 15,6%	19 42,2%
	mężczyźni	17 37,8%	9 20,0%	26 57,8%
Ogółem		29 64,4%	16 35,6%	45 100,0%

$\chi^2 = 0,02$, $df = 1$, n.s.

3. Zbadano także częstość występowania specyficznych urazów w dorosłości (trauma choroby i /lub śmierci bliskiej emocjonalnie osoby występująca krótko przed rozpoznaniem lub przed poważnym zastrzeżeniem się POChP). Urazy takie stwierdzono u 40% kobiet i 24,4% mężczyzn z badanej grupy (tabela 4).

Tabela 4. Płeć a urazy w dorosłości

		Urazy w dorosłości		Ogółem
		brak	obecne	
Płeć	kobiety	1 2,2%	18 40,0%	19 42,2%
	mężczyźni	15 33,3%	11 24,4%	26 57,8%
Ogółem		16 35,6%	29 64,4%	45 100,0%

$\chi^2 = 13,17$, $df = 1$, $p < 0,0005$

4. Z zestawienia częstości występowania różnego rodzaju urazów psychicznych w badanej grupie wynika, że aż u 64,4% badanych (mężczyzn i kobiet) występowały urazy w dorosłości, podczas gdy urazy w dzieciństwie obecne były u 35,6% badanych (tabela 5).

5. Ze względu na stwierdzoną u badanych pacjentów z POChP obecność dwójakiego rodzaju urazów psychicznych (w dzieciństwie i dorosłości, przede wszystkim uraz choroby i/lub śmierci bliskiej emocjonalnie osoby) podzielono badaną grupę na cztery podgrupy (tabela 6).

6. Ze względu na trudności w graficznym przedstawieniu wszystkich stwierdzonych statystycznie różnic (badano w sumie 62 zmienne) pomiędzy badanymi podgrupami, ograniczono się do opisu:

- statystycznie istotne wyniki na poziomie $\alpha = 0,05$ (w teście dwustronnym) uzyskano w teście istotności różnic między średnimi arytmetycznymi skal jedynie pomiędzy podgrupą 1 (pacjenci bez urazów w dzieciństwie i dorosłości) i podgrupą 2 (wyłącznie urazy w okresie dorosłości),

- różnice dotyczyły skal: BDI (nasilenie objawów depresyjnych), PAS (nasilenie objawów lękowych), BSIQ (katastroficzna interpretacja stanu zdrowia), SOC (ogólna koherencja), PZ (poczucie zaradności), PS (poczucie sensowności),
- we wszystkich przypadkach wyników istotnych stwierdzono większe nasilenie objawów depresyjnych i lękowych oraz niższe poczucie koherencji u pacjentów z podgrupy 1, co jest zgodne z postawionymi hipotezami.

Tabela 5. Urazy w dzieciństwie a urazy w dorosłości

		Urazy w dorosłości		Ogółem
		brak	obecne	
Urazy w dzieciństwie	brak	8 17,8%	21 46,7%	29 64,4%
	obecne	8 17,8%	8 17,8%	16 35,6%
Ogółem		16 35,6%	29 64,4%	45 100,0%

$\chi^2 = 2,61$, $df = 1$, n.s.

Tabela 6. Podgrupy pacjentów w zależności od rodzaju doznanych urazów psychicznych

	Częstość	Procent
1 – brak urazów w dzieciństwie i dorosłości	8	17,8
2 – wyłącznie urazy w dorosłości	21	46,7
3 – wyłącznie urazy w dzieciństwie	8	17,8
4 – oba rodzaje urazów	8	17,8
Ogółem	45	100,0

Dyskusja

POChP jest jednym z głównych powodów śmierci w krajach wysoko rozwiniętych (np. w USA znajduje się na czwartym miejscu), co powoduje wzrastające zainteresowanie różnymi czynnikami etiologicznymi, mającymi wpływ na jej występowanie i przebieg. Wiele pytań z tego zakresu dotyczy wzrastającej częstości występowania i ciężkiego przebiegu POChP u kobiet. Wg najliczniejszych na świecie danych amerykańskich z 2007 roku [4], począwszy od roku 2000 liczba kobiet umierających rocznie z powodu POChP przewyższa liczbę mężczyzn. Przyczyny tego zjawiska nie są znane. Hipoteza tłumacząca taki stan rzeczy zmianą wzorów kulturowych dotyczących palenia tytoniu przez kobiety od lat pięćdziesiątych dwudziestego wieku okazuje się uzasadniona i pomocna, jednakże niewystarczająca, podobnie jak jej wersja, mówiąca o większej szkodliwości palenia tytoniu u kobiet. Kobiety są także o wiele rzadziej narażone na wpływ szkodliwych dla płuc warunków pracy, np. w hutach, kopalniach, przy budowie dróg itp.

Próby wyjaśniania tej sytuacji na gruncie biologicznych różnic pomiędzy płciami (wrażliwość płuc, obecność menopauzy, zażywanie leków hormonalnych, a nawet statystycznie dłuższy czas życia u kobiet) nie dały decydujących rezultatów, a nawet wpłynęły na językowe rozróżnienie, trudne do przetłumaczenia na język polski: jako sex difference traktuje się różnicę raczej biologiczną, a gender difference jako różnicę uwzględniającą bardziej subtelne i mniej jasne uwarunkowania psycho- i socjologiczne. Należy do nich np. stwierdzona u kobiet z POChP większa częstość występowania zaburzeń psychicznych (zwłaszcza zaburzeń lękowych i depresyjnych) niż u mężczyzn, gorsze poczucie kontroli nad objawami choroby internistycznej, większe upośledzenie funkcjonowania społecznego, przy równocześnie większej staranności i systematyczności w leczeniu. Autorzy wielu prac [3–10] zgodnie tłumaczą te okoliczności wpływem czynników psychologicznych, które jednak traktowane są nieco enigmatycznie, głównie w kategoriach „skłonności do reagowania niepokojem”, katastroficznej interpretacji w strategiach radzenia sobie z problemami, niższego poziomu samodzielności w kontroli nad objawami i tendencji do obniżania jakości własnego życia przez kobiety chore na POChP. Niektórzy badacze [4] wprost przyznają, że ta dziedzina badań o rosnącym znaczeniu „znajduje się jeszcze w powijakach”.

Badanie naszego zespołu potwierdza stwierdzaną w całej literaturze przedmiotu tendencję do częstszego występowania zespołu lęku napadowego i depresji u kobiet niż u mężczyzn z rozpoznaniem ciężkiej POChP (tabela 1 i 2). Jednakże wynik ten próbujemy wstępnie interpretować nie według dominującej w literaturze internistycznej linearnej koncepcji bezpośredniego związku występowania tych zaburzeń psychicznych z bieżącymi okolicznościami i problemami życiowymi, lecz zgodnie z cyrkularnymi poglądami wywodzącymi się z psychoterapii. Wg koncepcji psychoterapii bowiem znaczenie wpływu różnorodnego, nawet bardzo poważnego, aktualnego stresu jest modyfikowane przez wcześniejsze ważne doświadczenia życiowe, przede wszystkim relacje z osobami znaczącymi oraz urazy psychiczne.

W chwili obecnej w psychoterapii światowej wydają się dominować dwa podejścia, różnie akcentujące charakter i znaczenie urazów psychicznych w rozwoju zaburzeń lękowych i depresyjnych. Wg podejścia psychodynamicznego kluczowe znaczenie mają urazy w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości (np. istnieje niezmiernie bogata literatura na ten temat w odniesieniu do astmy). Wg podejścia poznawczego akcent pada na urazy w okresie dorosłości.

Postanowiliśmy sprawdzić, jak często poważne urazy psychiczne występowały u badanych kobiet i mężczyzn z rozpoznaniem ciężkiej POChP. Za urazy psychiczne w dzieciństwie uznaliśmy skrajnie trudne warunki materialne, rozpad rodziny, alkoholizm, przemoc fizyczną i psychiczną w rodzinie, molestowanie seksualne. Za urazy psychiczne w okresie dorosłości uznaliśmy specyficzną traumę choroby i/lub śmierci bliskiej emocjonalnie dla pacjenta osoby, dla której był on opiekunem lub współopiekunem i codziennie obserwował objawy tej (cudzej) choroby.

Obecność urazów psychicznych w dzieciństwie zrelacjonowało 35,6% badanych pacjentów, w tym częściej mężczyźni (20%). Natomiast obecność urazów w okresie dorosłości (trauma choroby i/lub śmierci) stwierdzona została u 64,4% badanych,

w tym u 40% kobiet i 24,4% mężczyzn (różnica istotna statystycznie, pomimo liczebnej przewagi mężczyzn w badanej grupie).

Porównanie ogólnego życiowego funkcjonowania pacjentów, które obejmowało badanie obecności i nasilenia stwierdzanych u nich objawów lękowych i depresyjnych, katastroficznej interpretacji ich stanu zdrowia, koherencji, stosowanych mechanizmów obronnych osobowości oraz relacji rodzinnych wykazało, że, niezależnie od płci, różnią się oni od siebie w sposób istotny statystycznie tylko w dwóch podgrupach: pierwszej, u której nie stwierdzono żadnego rodzaju urazów psychicznych, i drugiej, u której występowały urazy w okresie dorosłości. Istotne statystycznie różnice dotyczyły nasilenia objawów depresyjnych i lękowych (zespołu lęku napadowego), nasilenia katastroficznej interpretacji stanu zdrowia, ogólnej koherencji, poczucia zaradności i sensowności.

Wyniki te są najzupełniej zgodne z internistyczną literaturą przedmiotu, choć różny był sposób ich uzyskania i droga interpretacji. Ukazują one jednak inną perspektywę, której podjęcie może wyjaśnić różnice w przebiegu POChP u mężczyzn i kobiet.

Wnioski

Wyniki badania potwierdziły wszystkie wstępne hipotezy: stwierdzono tendencję do częstszego występowania objawów depresyjnych i lękowych u kobiet w stosunku do mężczyzn w badanej grupie z rozpoznaniem ciężkiej POChP, częstsze występowanie urazów psychicznych w okresie dorosłości u kobiet niż u mężczyzn, oraz statystycznie istotny, pozytywny związek pomiędzy obecnością urazów psychicznych w dorosłości a większym nasileniem objawów depresyjnych i lękowych, katastroficzną interpretacją stanu zdrowia, ogólną koherencją, poczuciem zaradności i sensowności.

Z badania jednak nie wynika, że kobiety miałyby być w jakiś z góry określony sposób bardziej podatne na występowanie zespołu lęku napadowego i depresji – uzyskane rezultaty skłaniają raczej do hipotezy, że zaburzenia te rozwijają się u kobiet częściej w związku z pełnioną przez nie rolą społeczną i jej specyfiką, a następnie mogą mieć wtórny wpływ na przebieg ich własnej choroby internistycznej (POChP). U badanych mężczyzn, którzy doznali analogicznych urazów, a ich rola i sytuacja społeczna była podobna do tradycyjnej roli kobiecej (opiekunki, czynnej organizatorki życia rodzinnego), kolejność i treść opisywanych zjawisk wydaje się taka sama.

Wyniki badania chorych na POChP są bardzo podobne do wyników naszych wcześniejszych badań chorych na astmę ciężką, pomimo innego charakteru objawów, przede wszystkim duszności, w obu chorobach.

Praca nie była w żadnej formie finansowana ani dofinansowywana.

Тяжелая форма хронической обтурационной болезни легких (ХОБЛ) и пол больных с присутствием перенесенных психических травм

Содержанке

Исследовано 45 пациентов с диагнозом тяжелой формы ХОБЛ и подробно проанализировано временное событие, контекст и содержание различного типа психических травм, которые имели место в жизни пациентов.

Методы. Исследовано 45 пациентов, в том числе 19 женщин (42%) и 26 мужчин (58%). Средний возраст равнялся 64,56 лет (СД = 10,64), а средняя продолжительность болезни равнялась 10,53 года (СД = 10,18). Для исследования использованы следующие пособия: Малый международный нейропсихиатрический глоссарий, польская версия 5.0.0, Шкала фобии и Агорафобии, Глоссарий депрессии Бекка, Глоссари: функционирования семьи, Глоссарий жизненной ориентировки (СОЦ-20), Глоссарий защитных механизмов (DSQ-40) и Автобиографическую анкету.

Результаты. В исследованной группе было меньше женщин (42%) однако именно они были более тяжело переживающие свои депрессивные и фобийные симптомы, нежели мужчины. Это может исходить из перенесенного специфического травматического эпизода или психической травмы, связанных с опекой над тяжело больной или же умиравшей близкой особой, который имел место в периоде взрослой жизни. Этот тип травмы может повлиять на глубину переживаемых фобийных и депрессивных симптомов, на утяжеление катастрофической интерпретации соматических проявлений и когеренцию пациентов с диагнозом ХОБЛ.

Выводы. Возможно, что чисто психологические и психиатрические проблемы у больных с ХОБЛ влияют на динамику течения и утяжеления заболевания у женщин.

Schwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung und Geschlecht der Kranken und erlebtes psychologisches Trauma

Zusammenfassung

Es wurde psychiatrisch eine Gruppe von 45 Patienten mit der Diagnose schwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung untersucht. Es wurden genau die Ortung in der Zeit, Kontext und unterschiedliche psychische Traumata analysiert, die im Leben der Patienten stattgefunden hatten.

Methoden. 45 Patienten, darunter 19 Frauen (42%) und 26 Männer (58%) wurden untersucht. Das Durchschnittsalter lag bei 64.56 Jahren (SD=10.64) und das durchschnittliche Zeitdauer der Krankheit lag bei 10.53 Jahren (SD=10.18). Zur Studie wurden angewandt: Mini International Neuropsychiatric Interview, polnische Version 5.0.0.; Panik - und Agorafobie - Skala, Beck - Depression - Inventar, Fragebogen zur Funktionsweise der Familie, Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC-29), Fragebogen zur Erfassung von Abwehrmechanismen (DSQ-40) und Lebenslaufumfrage.

Ergebnisse. In der untersuchten Gruppe waren die Frauen eine Minderheit (42%), aber sie neigten mehr zum Erleben von Depressionssymptomen und Angstsymptomen als die Männer. Es konnte auch aus dem erlebten besonderen Trauma resultieren, das auf der Pflege einer schwer kranken/sterbenden Person beruhte und das sie als Erwachsene erlebt hatten. Diese Art vom psychischen Trauma kann einen Einfluss auf die Tiefe der erlebten Angst- und Depressionsstörungen haben, die Intensifizierung der katastrophischen Deutung der somatischen Erlebnisse und Kohärenz der Patienten mit der Diagnose schwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung.

Schlussfolgerungen. Es ist möglich, dass rein psychologische und psychiatrische Probleme einen negativen Einfluss auf die Dynamik und Intensität der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung bei Frauen haben.

La BPCO (la Broncho-Pneupathie Chronique Obstructive) sévère et le sexe des patients versus la présence des profonds traumas psychiques

Résumé

Les psychiatres ont examiné le groupe de 45 patients souffrant de la BPCO sévère et ils ont analysé le temps, le cotexte et le contenu des traumas psychiques du passé des patients.

Méthodes. On a examiné le groupe de 45 patients – 19 femmes (42%) et 26 hommes (58%). Leur âge moyen 64.56 (SD=10.64), la durée moyenne de la maladie – 10.53 (SD=10.18), avec les questionnaires suivants : Mini International Neuropsychiatric Interview-version polonaise 5.0.0, Panic and Agoraphobia Scale, Beck's Depression Inventory, Family Functioning Questionnaire(KOR), Sense of Coherence Scale(SOC-29), Defence Style Questionnaire(DSQ-40) et Life Inventory.

Résultats. Dans ce groupe de patients les femmes constituent la minorité (42%) mais elles souffrent plus souvent de la dépression et d'anxiété que les hommes. Cela peut résulter de leur trauma spécifique - elles soignaient la personne très malade ou mourante. Ce genre du trauma psychique peut influencer sur la profondeur et la force des symptômes dépressifs et anxieux, sur l'interprétation catastrophique des symptômes somatiques et sur le sens de cohérence des patientes souffrant de la BPCO.

Conclusions. Il semble possible que les problèmes psychologiques et psychiatriques influent négativement sur le cours et l'intensité de la BPCO des femmes.

Piśmiennictwo

1. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (GOLD), aktualizacja 2003. Med. Prakt. (wydanie specjalne) 2003; 7.
2. Szczeklik A, red. *Choroby wewnętrzne*. Warszawa: PZWL; 2005.
3. Laurin C, Lavoie KL, Bacon SL, Dupuis G, Lacoste G, Cartier A, Labrecque M. *Sex differences in the prevalence of psychiatric disorders and psychological distress in patients with COPD*. Chest 2007; 132: 148–155.
4. Han MK, Postma D, Mannino DM, Giardino ND, Buist S, Curtis JL, Martinez FJ. *Gender and chronic obstructive pulmonary disease*. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2007; 176: 1179–1184.
5. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. *Health outcomes of bereavement*. Lancet 2007; 370: 1960–1973.
6. Unuetzer J. *Late-life depression*. New Engl. J. Med. 2007; 357: 2269–2276.
7. Hynningen KMJ, Breivte MH, Wilborg AB i in. *Psychological characteristics of patients with COPD*. A review. J. Psychosom. Res. 2005; 59: 429–443.
8. Wagena EJ, Arrindell WA, Wouters EFM, Schayck van CP. *Are patients with COPD psychologically distressed?* Eur. Respir. J. 2005; 26: 242–248.
9. Di Marco F, Verga M, Reggente M, Casanova FM, Santus P, Blasi F, Allegra L, Centanni S. *Anxiety and depression in COPD patients: the roles of gender and disease severity*. Respir. Med. 2006; 100: 1767–1774.
10. McPathie H, Spence S, Tate R. *Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors*. Eur. Respir. J. 2002; 19: 47–53.
11. 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; 6: 1097–1116.
12. Potoczek A, Nizankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Szczeklik A. *Astma ciężka i pleć chorych a obecność doznanych urazów psychicznych*. Psychiatr. Pol. 2006; 6: 1081–1096.
13. Potoczek A. *Depresyjne zaburzenia poznawcze w zespole lęku napadowego i dystymii*. Praca doktorska. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
14. Potoczek A. *Psychologiczne koncepcje powstawania i rozwoju zespołu lęku napadowego*. Lęk Depr. 1999; 4, 3: 173–185.
15. Potoczek A. *Zespół lęku napadowego a trauma choroby i śmierci*. Psychoter. 2003; 125, 2: 47–56.
16. *M.I.N.I. 5.0.0 Polish Version (DSM-IV) current (sierpień 1998)*. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta I, Amorim P, Bonora LI, Lepine JP. (Inserm-Paris, France); Sheehan DV, Janavs J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M. (University of South Florida-TAMPA, USA). Polish translation: Masiak M., Przychoda J. (Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Lublinie, Poland).
17. Bandelow B. *Panic and Agoraphobia Scale (PAS)*. Seattle, Toronto, Bern, Goettingen: Hogrefe and Huber Publishers; 1999.

18. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatr. Pol. 1977; 11, 4: 417–421.
19. Namysłowska I, Paczkiewicz E, Siewierska A, de Barbaro B, Furgał M, Drożdżowicz L, Józefik B, Beauvale A. *Kwestionariusz Manfreda Cierpki do Oceny Rodziny*. Psychiatr. Pol. 2002; XXXVI, 1: 17–28.
20. Beauvale A, de Barbaro B, Namysłowska I, Furgał M. *Niektóre psychometryczne własności Kwestionariusza do Oceny Rodziny*. Psychiatr. Pol. 2002; XXXVI, 1: 29–40.
21. Koniarek J, Dudek B, Makowska Z. *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego*. Przegł. Psychol. 1993; XXXVI (4): 491–502.
22. Bogutyn T, Kokoszka A, Pałczyński J, Holas P. *Defense mechanism in alexithymia*. Psychol. Rep. 1999; 84: 183–187.
23. Kokoszka A, Roman J, Bryła L, Grabowski A. *Związki poprawy objawowej ze zmianą mechanizmów obronnych w trakcie leczenia zaburzeń nerwicowych. Doniesienie wstępne*. Psychoter. 2003; 1 (124).

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

Otrzymano: 15.02.2008
Zrecenzowano: 16.04.2008
Przyjęto do druku: 6.07.2008