

Alicja Moes-Wójtowicz¹, Piotr Wójtowicz², Monika Postek¹, Joanna Domagała-Kulawik³

¹Studenckie Koło Naukowe *Alveolus* przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

³Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik: prof. dr hab. n. med. R. Chazan

Astma jako choroba psychosomatyczna. Przyczyny, skala problemu, związek z aleksytymią i kontrolą choroby

Asthma as a psychosomatic disease. The causes, scale of the problem, connection with alexithymia and asthma control

Kwestionariusz Toronto Alexithymia Scale (TAS-26) został wykorzystany w niniejszym artykule dzięki uprzejmości dr Ewy Zdankiewicz-Ścigały

Abstract

Introduction: It is well known, that psychological factors may have an influence on evolution and course of asthma, however few information is available about the scale of a problem and the factors which are associated with the psychogenic asthma. The aim of the study was to estimate the coincidence of asthma and the psychosomatic diseases, to evaluate the impact of a stress and strong emotions on an asthma exacerbation and the level of alexithymia. The level of alexithymia was also compared with asthma control level.

Material and methods: The study was conducted among 54 (75.9% female) patients with diagnosed asthma (mean age 54.37 ± 14.52 yrs). Research was carried out at SP CSK Warsaw. Patients filled in a questionnaire consisting of: Asthma Control Test (ACT), list of factors which may cause asthma exacerbation, Toronto Alexithymia Scale 26 (TAS-26, E. Ścigała, T. Maruszewski translation). Patients took part in an interview gathering information about diagnosed diseases in which the presence of psychological or behavioural influences is thought to have played a major role in the etiology of physical disorders or disorders connected with stress but presented by the patient as somatic symptoms. Following diseases have been included: atopic dermatitis, depression, anorexia nervosa, irritable bowel syndrome, panic disorder (based on ICD-10 guidelines). Statistical analysis was conducted with SPSS 14.00 PL package, the level of statistical significance was $p < 0.05$. To check the relationship between the qualitative variables the non parametric test for independent samples was used.

Results: In 50% of cases patients with asthma had diagnosed at least one of following diseases: irritable bowel syndrome ($n = 8$), atopic dermatitis ($n = 7$), depression ($n = 13$), panic disorder ($n = 9$). Alexithymia was diagnosed in 11 cases (21.6%), relation between the level of alexithymia and stress and strong emotions was not found ($\chi^2 = 0,106$, $p > 0.05$). Stress and/or strong emotions were marked as factors causing asthma exacerbation in 33 cases (61.1%). In the 72.5% of cases the asthma control was badly controlled, in 17.6% the asthma control was good, and in 9.8% the asthma control was complete. There was no connection between the asthma control and alexithymia ($\chi^2 = 0.358$, $p > 0.05$). There was no relation between patients sex and the asthma control ($\chi^2 = 0.605$; $p > 0.05$).

Conclusion: The high level of alexithymia among the patients with asthma, frequent coincidence of asthma and psychosomatic diseases and the distinct influence of stress and strong emotions on causing asthma exacerbations, proven in this study, confirm that asthma may be considered as the psychosomatic disease.

Key words: alexithymia, asthma, psychosomatic disease, asthma control

Pneumonol. Alergol. Pol. 2012; 80, 1: 13–19

Adres do korespondencji: lek. Alicja Moes-Wójtowicz, ul. Krucza 10, 05–822 Milanówek, tel.: 507 294 735, e-mail: alicja.moes@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 5.12.2010 r.

Copyright © 2012 Via Medica

ISSN 0867–7077

Streszczenie

Wstęp: Czynniki psychologiczne mogą odgrywać dużą rolę w rozwoju i przebiegu astmy, jednak dostępność informacji na temat skali problemu i czynników związanych z astmą psychogenną jest ograniczona. Celami badania były ocena częstości współwystępowania astmy oskrzelowej z innymi chorobami uznawanymi za psychosomatyczne, ocena wpływu stresu i silnych emocji na występowanie zaostrzenia astmy, a także pomiar poziomu aleksytymii u chorych na astmę i poszukiwanie jego związku z zaostrzeniami wywołanymi przez stres i silne emocje. Poziom aleksytymii badano także w odniesieniu do stopnia kontroli astmy.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono w grupie 54 pacjentów (75,9% kobiet) ze stwierdzoną astmą (średnia wieku $54,37 \pm 14,52$ roku) w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym w Warszawie. Pacjenci wypełniali kwestionariusz złożony z Testu Kontroli Astmy (ACT), listy czynników mogących wywołać zaostrzenie astmy oraz kwestionariusza *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-26, tłum. E. Ścigała, T. Maruszewski). Ponadto zebrano wywiad na temat występujących u pacjenta innych chorób, stwierdzonych przez lekarza, w których etiologii główną rolę może odgrywać obecność czynników psychologicznych i behawioralnych lub są one zaburzeniami związanymi ze stresem, a występującymi pod postacią somatyczną. Zaliczono do nich: zespół jelita nadwrażliwego, atopowe zapalenie skóry, depresję, zespół lęku napadowego i anoreksję. W dalszej części artykułu choroby te są określane łącznie mianem chorób psychosomatycznych. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą pakietu SPSS 14.00 PL, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$. Do badania zależności między zmiennymi jakościowymi użyto testów nieparametrycznych dla prób niezależnych.

Wyniki: W 50% przypadków u pacjentów z rozpoznaniem astmy dodatkowo stwierdzono przynajmniej jedną z następujących jednostek chorobowych: zespół jelita nadwrażliwego ($n = 8$), atopowe zapalenie skóry ($n = 7$), depresja ($n = 13$), zespół lęku napadowego ($n = 9$). Aleksytymię zdiagnozowano w 11 przypadkach (21,6%). Korelacja między poziomem aleksytymii a stresem i silnymi emocjami była nieistotna statystycznie ($\chi^2 = 0,106$, $p > 0,05$). Stres i/lub silne emocje wskazano jako czynniki powodujące zaostrzenie astmy w 33 przypadkach (61,1%). W 72,5% przypadków astmę źle kontrolowano, w 17,6% — dobrze, a w 9,8% — w pełni kontrolowano. Nie stwierdzono związku między kontrolą astmy a występowaniem aleksytymii ($\chi^2 = 0,358$, $p > 0,05$). Nie wykryto zależności między kontrolą astmy a płcią ($\chi^2 = 0,605$; $p > 0,05$).

Wnioski: Wysoki stopień aleksytymii u chorych na astmę, częste występowanie u nich chorób uznawanych za psychosomatyczne i duży wpływ stresu i silnych emocji na występowanie zaostrzenia choroby potwierdzają, że astmę można uznać za chorobę psychosomatyczną.

Słowa kluczowe: aleksytymia, astma, choroby psychosomatyczne, kontrola astmy

Pneumonol. Alergol. Pol. 2012; 80, 1: 13–19

Wstęp

Astma — podłoże somatyczne i psychogenne

Astma od bardzo dawna znajduje się w obrębie zainteresowań psychosomatyki. Na przestrzeni lat wyodrębniły się dwa nurty: jeden zakładał psychogenną etiologię astmy, a drugi skupiał się na wyjaśnieniu biologicznego podłoża choroby [1]. Obecnie badacze starają się wyjaśnić związek stanów emocjonalnych z astmą na podstawie modelu, w którym stres i negatywne emocje powodują aktywację układu immunologicznego i wzrost aktywności wskaźników stanu zapalnego we krwi [2], co z kolei może powodować depresję, senność [3], wycofanie się z życia społecznego oraz brak apetytu [4]. Wykazano także związek między ujawnieniem objawów astmy, a aktywacją wyspy i przedniego zakrętu obręczy — obszarów ośrodkowego układu nerwowego odpowiedzialnych między innymi za emocje i procesy poznawcze [5].

Opierając się na wytycznych *The Global Initiative for Asthma* (GINA), astmę definiuje się jako przewlekły proces zapalny dróg oddechowych związany z nadreaktywnością oskrzeli, która prowadzi do nawracających epizodów świszczącego oddechu, duszności, uczucia ściskania w klatce

piersiowej oraz kaszlu występującego głównie w nocy i we wczesnych godzinach porannych [6]. Epizody te są zazwyczaj związane z utrudnieniem przepływu powietrza przez zwężone oskrzela, które często ustępuje podczas leczenia. Wpływ na rozwój astmy mają czynniki genetyczne, otyłość, płeć męska, czynniki środowiskowe (alergeny, infekcje układu oddechowego, czynniki zawodowe, dym tytoniowy, zanieczyszczenia środowiska, dieta). Według wytycznych GINA stres emocjonalny nie jest zaliczany do czynników wywołujących astmę, natomiast wymienia się go jako jeden z czynników zaostrzających przebieg choroby [6]. Natomiast według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) w wybranych przypadkach astmę można zakodować jako J45 + F54, co umożliwia zaznaczenie, że występują czynniki psychologiczne i behawioralne, które mogą odgrywać główną rolę w etiologii zaburzenia somatycznego [7].

Problem aleksytymii

Czynnikiem psychologicznym, który może powodować lub nasilać wystąpienie astmy, jest

syndrom zwany aleksytymią. Aleksytymia jest konstruktem, który uwzględnia regulację emocji i zmiany osobowości w patogenezie wielu chorób somatycznych [8]. Według najprostszej definicji aleksytymia to niezdolność do rozumienia i identyfikacji emocji oraz do ich nazywania i wyrażania [9]. Zdecydowana większość badaczy uważa, że występują następujące komponenty aleksytymii:

- trudność w identyfikacji i opisywaniu uczuć;
- trudność w rozróżnianiu między uczuciami a pobudzeniem emocjonalnym;
- ograniczone możliwości fantazjowania;
- tendencja do bardzo szczegółowego opisywania sytuacji związanych z emocjami (operacyjny sposób myślenia).

Na podstawie wyników badań stwierdzono, że aleksytymicy mają duże problemy z określeniem własnych stanów emocjonalnych. W przypadku określenia emocji innych osób nie jest to już tak jednoznaczne. Aleksytymicy gorzej radzą sobie z identyfikacją emocji złożonych u innych ludzi i odczytywaniu emocji symbolicznych z obrazów i filmów w porównaniu z osobami bez tego zaburzenia. Potrafią jednak tak samo trafnie określać przeżywanie i ekspresję emocji prostych u innych osób [10]. Ponadto w sytuacjach typowych, gdzie istnieją „schematy” przeżywania uczuć, osoby z aleksytymią funkcjonują tak samo jak osoby bez zwiększonego poziomu aleksytymii. Syndrom wiąże się także z brakiem ekspresji emocji (gestów, uśmiechów, mimiki) oraz brakiem wykształconych mechanizmów regulacji emocji. Brak prawidłowych mechanizmów regulacji emocji prowadzi do częstego stosowania pierwotnych (nieadaptacyjnych) mechanizmów obronnych, takich jak: projekcja czy wyparcie [10]. W przypadku genezy aleksytymii istnieją wyraźne różnice poglądów. Badacze o podejściu psychoanalitycznym zwracają uwagę na wpływ doświadczeń z wczesnego dzieciństwa, ze szczególnym uwzględnieniem relacji matka–dziecko. Przedstawiciele nurtu poznawczego upatrują przyczyny aleksytymii w zespole stresu pourazowego, a także wprowadzają dwubiegunową definicję syndromu — aleksytymię jako stałą cechę osobowości i aleksytymię jako stan, który może zostać wywołany przez sytuacje silnie stresujące [11]. W związku z tym, że nie znamy kierunku zależności między aleksytymią a chorobami psychosomatycznymi, należy przyjąć, że aleksytymia może być jednym z czynników ryzyka występowania zaburzeń psychosomatycznych. Może ona także powstawać jako następstwo nagłego pogorszenia się stanu zdrowia (jako sposób radzenia sobie), możliwe jest także, że obie te okoliczności mają wpływ na jej powstawanie [10].

Psyche i soma — czyli związek aleksytymii z astmą i innymi jednostkami chorobowymi

Listę chorób uważanych za psychosomatyczne zaczęli kształtować już ponad 2000 lat temu greccy filozofowie [12]. Najbardziej znana jest lista stworzona przez Franza Alexandra w 1952 roku. Na podstawie własnych badań i obserwacji do chorób psychosomatycznych zaliczył: astmę oskrzelową, chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, atopowe zapalenie skóry, reumatoidalne zapalenie stawów, nadciśnienie tętnicze oraz nadczynność tarczycy [13]. Obecnie w obliczu postępu medycyny, etiologii tych chorób upatruje się z jednej strony w czynnikach genetycznych i we wpływie czynników środowiskowych niż w zaburzeniach natury psychologicznej. Z drugiej jednak strony międzynarodowa klasyfikacja chorób ICD-10 dopuszcza uznanie czynników psychologicznych i behawioralnych jako odgrywających główną rolę w etiologii zaburzeń somatycznych (ICD-10, F54), a objawy takie jak: kaszel, biegunka, dyspepsja, zaburzenia oddawania moczu, czkawka, zespół jelita nadwrażliwego, hiperwentylacja i inne, pozwala uznać za zaburzenia wegetatywne, niebędące wyrazem fizycznej choroby narządu lub całego układu (ICD-10, F45.3) [7]. Biorąc pod uwagę te dwa stanowiska, każdą chorobę powinno się traktować jako wypadkową czynników genetycznych, środowiskowych i psychologiczno-behawioralnych, oceniając znaczenie poszczególnych składowych. Aby to zrobić, niezbędne są wystandaryzowane narzędzia — w tym wypadku kwestionariusze przeznaczone do pomiaru poziomu aleksytymii. W tabeli 1 przedstawiono przegląd dotychczasowych badań dotyczących współwystępowania aleksytymii i chorób uznawanych za psychosomatyczne [11, 14–17].

Dane na temat astmy są zróżnicowane. U pacjentów z epizodem astmy wymagającej hospitalizacji aleksytymia występowała istotnie częściej (24%) w porównaniu z osobami niewymagającymi hospitalizacji (12%) i osobami zdrowymi (12%) [18]. W innym badaniu obejmującym 25 chorych na astmę, u 12% osób stwierdzono podwyższony poziom aleksytymii. Wyniki te nie różnią się istotnie od populacji ogólnej, dla której częstość występowania aleksytymii wynosi 8,2–8,9% u kobiet i 11,1–12,8% u mężczyzn [19–21].

Podobne wyniki w polskim badaniu uzyskała psycholog Schier, oceniając 34 astmatyków — zależność między astmą a aleksytymią nie była istotna statystycznie [22].

Tabela 1. Przegląd badań dotyczących współwystępowania aleksytymii i chorób uznawanych za psychosomatyczne

Table 1. The review of scientific inquiries in which the coincidence of asthma and diseases known as a psychosomatic was analysed

Choroba/Disease	Odsetek pacjentów z aleksytymią % of patients with alexithymia			Odsetek osób z aleksytymią w grupie kontrolnej (osoby zdrowe) % of patients with alexithymia in the control group	Kraj/Country
	Ogółem Total	Mężczyźni Men	Kobiety Women		
Nadciśnienie tętnicze/ <i>Hypertension</i>	55	–	–	16	Włochy/ <i>Italy</i> [15]
Nadciśnienie tętnicze/ <i>Hypertension</i>	–	57	46	18 M, 9 K	Finlandia/ <i>Finland</i> [16]
Choroby zapalne jelit <i>Inflammatory bowel disease</i>	35,7	–	–	4,5	Włochy/ <i>Italy</i> [17]
Zespół lęku napadowego <i>Panic disorder</i>	47–67	–	–	–	Stany Zjednoczone <i>United States of America</i> [18]
Anoreksja/ <i>Anorexia nervosa</i>	68,8	–	–	3,3	Anglia/ <i>United Kingdom</i> [12]
Bulimia/ <i>Bulimia nervosa</i>	40–61	–	–	–	Anglia/ <i>United Kingdom</i> [12]

M — mężczyźni/men, K — kobiety/women, – brak danych/lack of data

Cel pracy

Celem badania była ocena częstości współwystępowania astmy oskrzelowej z innymi chorobami uznawanymi za psychosomatyczne, ocena wpływu stresu i silnych emocji na występowanie zaostrzenia astmy, a także pomiar poziomu aleksytymii u chorych na astmę i poszukiwanie jego związku z zaostrzeniami wywołanymi przez stres i silne emocje.

Poziom aleksytymii badano także w odniesieniu do stopnia kontroli astmy.

Materiał i metody

Do badania zakwalifikowano osoby z rozpoznaną astmą oskrzelową. Byli to pacjenci przebywający aktualnie w Klinice Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz zgłaszający się do poradni przyszpitalnej Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie, w okresie od listopada 2009 roku do lutego 2010 roku. Badanie polegało na zebraniu wywiadu od pacjentów oraz wypełnieniu przez nich kwestionariusza badającego między innymi poziom aleksytymii.

W badaniu wzięły udział 54 osoby, z których 75,9% stanowiły kobiety. Średni wiek pacjentów wynosił $54,37 \pm 14,52$ roku. W wywiadzie zebrano informacje dotyczące wieku pacjentów, płci, wykształcenia, zawodu oraz wieku zachorowania na astmę i występowania choroby w rodzinie. Kolejnym punktem wywiadu było pytanie o występowanie u pacjenta innych chorób, stwierdzonych przez lekarza, w których etiologii główną rolę może

odgrywać obecność czynników psychologicznych i behawioralnych lub są one zaburzeniami związanymi ze stresem, a występującymi pod postacią somatyczną. Zaliczono do nich: zespół jelita nadwrażliwego, atopowe zapalenie skóry, depresję, zespół lęku napadowego i anoreksję [7]. W dalszej części artykułu choroby te są określane łącznie mianem chorób psychosomatycznych.

Drugą częścią badania był kwestionariusz składający się z trzech części: listy czynników wywołujących atak astmy [23], testu kontroli astmy — *Asthma Control Test* (ACT) oraz kwestionariusza badającego poziom aleksytymii — *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-26).

Z listy czynników wywołujących atak astmy, do których należą: alergen występujący w powietrzu, zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego, zakażenia układu oddechowego, wysiłek fizyczny, zmiany pogody, silne emocje, stres, pokarmy, dodatki do żywności (konserwanty), leki, dym tytoniowy, czynniki drażniące, na przykład środki czystości, aerozole, farby i lakiery, pacjenci wybierali wszystkie te, które wywołują u nich atak choroby.

Kolejną częścią kwestionariusza był ACT, który określa stopień kontroli astmy. Składa się on z 5 pytań: o częstość występowania objawów, o potrzebę używania leków doraźnych, o wpływ choroby na codzienne funkcjonowanie oraz o to, jak pacjent subiektywnie ocenia swoją kontrolę astmy. Poszczególne odpowiedzi są punktowane od 1 do 5, gdzie 5 oznacza dobrą kontrolę, a 1 — niewłaściwą. Sumaryczny wynik 25 punktów oznacza astmę w pełni kontrolowaną, 20–24 punkty — ast-

mę dobrze kontrolowaną, a wynik poniżej 19 punktów — astmę niewłaściwie kontrolowaną [24].

Występowanie aleksytymii badano przy użyciu kwestionariusza TAS-26 przetłumaczonego na język polski przez Maruszewskiego i Ściągłę [10]. Należy on do metod kwestionariuszowych opartych na samoopisie i został opracowany w 1985 roku przez Taylora i Bagby'ego. Zawiera 26 stwierdzeń, które wyrażają cechy aleksytymiczne. Badany określa, czy utożsamia się z daną cechą, używając skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 5 — „zdecydowanie się zgadzam”. Odpowiedzi są punktowane i sumowane. Ogólny wynik mieści się w przedziale 26–130 pkt, wynik powyżej 78 pkt świadczy o występowaniu aleksytymii. Test ten zawiera 4 podskale określające: trudności w identyfikowaniu uczuć i doznań fizycznych, ubóstwo wyobraźni, operacyjny styl myślenia oraz trudności w opisywaniu uczuć [10].

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą pakietu SPSS 14.00 PL, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$. Do badania zależności między zmiennymi jakościowymi użyto testów nieparametrycznych dla prób niezależnych.

Wyniki

W grupie 54 chorych na astmę oskrzelową połowa przebadanych pacjentów podała, że występuje u nich dodatkowo zdiagnozowana przez lekarza co najmniej jedna z chorób uznawanych za psychosomatyczne. Zanotowano 8 przypadków zespołu jelita nadwrażliwego, 7 przypadków atopowego zapalenia skóry, 13 przypadków depresji, 9 przypadków zespołu lęku napadowego. Z powyższych danych wynika, że część osób miała zdiagnozowaną więcej niż jedną chorobę z listy.

Aleksytymię potwierdzono w 11 przypadkach (21,6%), a stres i/lub silne emocje zostały wskazane jako czynniki wywołujące atak choroby w 33 przypadkach (61,1%). Nie stwierdzono powiązania aleksytymii ze stresem i silnymi emocjami jako czynnikami wywołującymi ataki astmy. Zależność ta nie była istotna statystycznie $\chi^2(1) = 0,106$; $p > 0,05$. Nie znaleziono statystycznie istotnej różnicy między częstością występowania aleksytymii u mężczyzn i kobiet $\chi^2(1) = 1,986$; $p > 0,05$.

Wyniki ACT miały następujący rozkład: 72,5% przypadków — astma niewłaściwie kontrolowana, 17,6% przypadków — astma dobrze kontrolowana, 9,8% przypadków — pełna kontrola choroby. Nie stwierdzono powiązania między poziomem aleksytymii a stopniem kontroli astmy $\chi^2(1) = 0,358$; $p > 0,05$.

Stwierdzono, że 30% kobiet i 18,2% mężczyzn miało w pełni lub dobrze kontrolowaną astmę, a 70% kobiet i 81,8% mężczyzn miało astmę niewłaściwie kontrolowaną. Nie wykryto zależności między płcią a stopniem kontroli astmy $\chi^2(1) = 0,605$; $p > 0,05$.

Omówienie

W niniejszym artykule potwierdzono częste występowanie aleksytymii u osób chorych na astmę oraz wpływ stresu i silnych emocji na występowanie objawów choroby. Badano również częstość współwystępowania astmy z wybranymi chorobami uznawanymi za psychosomatyczne oraz zależność między stopniem kontroli astmy a występowaniem aleksytymii.

W niniejszej pracy uznano definicję astmy według klasyfikacji ICD-10, która uznaje, że czynniki psychologiczne i behawioralne mogą w wybranych przypadkach odgrywać główną rolę w przebiegu klinicznym zaburzenia somatycznego (o etiologii zapalnej), jakim jest astma.

Podstawą do poszukiwania związku między astmą a aleksytymią są badania (w tym nieliczne polskie) potwierdzające występowanie związku między tymi chorobami i fakt, że aleksytymia współwystępuje z innymi chorobami psychosomatycznymi, do których można zaliczyć astmę. Głównym motywem, którym kierowano się podczas projektowania tego badania, jest ogólna tendencja do leczenia osób chorych na astmę, koncentrująca się wyłącznie na farmakoterapii, najczęściej nieuwzględniająca pomocy psychologicznej, co wydaje się nieprawidłowe, biorąc pod uwagę możliwy wpływ czynników psychologicznych i behawioralnych. Być może brak stosowania profesjonalnej porady psychologicznej prowadzi do niepowodzeń w terapii.

Uzyskane wyniki wskazują na częste występowanie problemów psychologicznych u osób chorujących na astmę, czasem przybierających postać aleksytymii. Ponieważ syndrom ten można zdiagnozować tylko za pomocą specjalistycznego kwestionariusza, do którego lekarze mają ograniczony dostęp, ich zadaniem jest uważne obserwowanie zachowania pacjenta, jego sposobu reagowania na emocje, dokładny wywiad (obecność innych chorób, które mogą wynikać z problemów z regulacją emocji), a w przypadkach budzących niepokój — rozważenie skierowania pacjenta do psychologa.

W każdym przypadku bardzo istotna jest rzetelna edukacja pacjenta, której rola w leczeniu astmy została dobrze udokumentowana [6]. Programy edukacyjne sprowadzają się głównie do oma-

wiania postępowania ogólnego i farmakoterapii. Z obecnego badania wynika natomiast, że stres i silne emocje wywołują u ponad połowy pacjentów zaostrzenie choroby, którego naturalną konsekwencją jest narastający lęk (a więc stres i silne emocje), które w mechanizmie błędnego koła doprowadzają do pogorszenia stanu pacjenta. Istotne okazuje się wyjaśnianie wątpliwości i łagodzenie lęku związanego z chorobą. Już samo przekazanie informacji o tym, jak działa mechanizm błędnego koła, a w konsekwencji zrozumienie tego procesu przez pacjenta i poznanie skutecznego sposobu radzenia sobie w takiej sytuacji, mogą ułatwić kontrolowanie choroby — co bezpośrednio przekłada się na poprawę jakości życia [25]. Istotne jest również poznanie stylu radzenia sobie ze stresem danego pacjenta, co pozwala na indywidualne zaplanowanie działań edukacyjnych [26].

W badaniu u 22% osób z astmą oskrzelową stwierdzono podwyższony poziom aleksytymii. Dla porównania w populacjach europejskich, między innymi niemieckiej i fińskiej, podwyższony poziom aleksytymii stwierdzono u 8,2–8,9% zdrowych kobiet i 11,1–12,8% zdrowych mężczyzn [20, 21]. Dodatkowych danych na temat skali występowania aleksytymii u chorych na astmę oskrzelową w Polsce mogłoby dostarczyć porównanie badanej grupy z polską populacją osób zdrowych.

Wyniki prezentowanej pracy powinny stać się dla lekarzy zachętą do szerszego spojrzenia na problemy każdego pacjenta i uwrażliwiać na fakt, że problemy psychologiczne mogą wpływać na przebieg choroby. Wydaje się to konieczne w świetle danych, które pokazują, że poprzez prowadzenie odpowiedniej psychoterapii możliwe jest redukcowanie poziomu aleksytymii, leczenie zespołu lęku napadowego, a odpowiednia edukacja pacjenta pozwala zwiększyć stopień kontroli choroby [6, 27–30].

Osobnym zagadnieniem było sprawdzenie, czy obecność aleksytymii wpływa na stopień kontroli astmy (mierzonej za pomocą ACT) — brak korelacji między tymi dwoma czynnikami w badaniu przeprowadzonym przez autorów niniejszego artykułu wydaje się zastanawiający i sprzeczny z dotychczas przeprowadzonymi badaniami, cytowanymi we wstępie, gdzie u pacjentów ze złą kontrolą astmy stwierdzono istotnie podwyższony poziom aleksytymii [18, 19]. Być może wynika to ze zróżnicowania grup pacjentów biorących udział w porównywanych badaniach. Korelacja była dodatnia w przypadku pacjentów hospitalizowanych z powodu zaostrzenia choroby (co jednocześnie oznaczało złą kontrolę astmy). Porównywano ich z grupą pacjentów ambulatoryjnych (dobra kontrola choroby) i osób zdrowych (grupa kontrolna).

W badaniu przeprowadzonym przez autorów niniejszego artykułu stopień kontroli choroby oceniano wyłącznie za pomocą ACT, a więc narzędzia samooceniowego, a nie na podstawie stopnia kontroli astmy stwierdzonego przez lekarza. Jednocześnie autorzy pragną zwrócić uwagę na to, że pacjenci często nie rozumieli pytań zawartych w ACT, domagali się pomocy w ich interpretacji lub wręcz nie byli w stanie wypełnić testu samodzielnie z powodu zbyt małej czcionki. Ze względu na te problemy uzyskany wynik może nie być miarodajny i powinno się go zweryfikować z oceną dokonaną przez lekarza. Problemy z wypełnianiem ACT pojawiły się w trakcie badania, kiedy nie można było zmienić procedury. Ponieważ ACT jest wystandaryzowanym narzędziem, zalecanym w wytycznych GINA, autorzy uważają, że warto podkreślić problemy, które pojawiły się podczas jego używania, co może stanowić cenną informację dla stosujących go osób. Weryfikacja i ocena pytań Testu Kontroli Astmy będzie przedmiotem następnej pracy.

Wnioski

Wysoki stopień aleksytymii u chorych na astmę, częste występowanie u nich chorób uznawanych za psychosomatyczne i duży wpływ stresu i silnych emocji na występowanie zaostrzenia choroby wykazane w niniejszej pracy potwierdzają, że astmę można traktować jako chorobę psychosomatyczną. Częste współwystępowanie astmy z chorobami psychosomatycznymi (50%) prowadzi do wniosku, że należy uwzględnić je w wywiadzie i w uzasadnionych przypadkach specjalistycznie leczyć. Wykazano, że pomoc psychologiczna jest skuteczna w przypadku redukcowania aleksytymii, zespołu lęku napadowego czy innych schorzeń psychosomatycznych [27–30], w związku z tym warto rozważyć zaangażowanie psychologów na oddziałach szpitalnych i w poradniach dla osób chorych na astmę lub informować pacjentów o możliwości skorzystania z pomocy psychologa. Wyraźny sygnał zmian w tym kierunku wyszedł ze strony Komisji Chorób Układu Oddechowego Komitetu Patofizjologii Klinicznej Polskiej Akademii Nauk: „W kompleksowym leczeniu chorych na astmę nie należy omijać działań psychoterapeutycznych, które mogą stanowić skuteczny sposób rozwiązywania problemów zdrowotnych osób chorych na astmę oskrzelową” [31]. Takie multidyscyplinarne podejście do astmy jest testowane na przykład w Stanach Zjednoczonych, gdzie powstał program zaangażowania lekarzy, pielęgniarek szkolnych, psychologów i nauczycieli wychowania fizycznego w celu obniżenia wpływu astmy na życie dzieci [32].

Piśmiennictwo

1. Gregerson M.B. The curious 2000-year case of asthma. *Psychosom. Med.* 2000; 62: 816–827.
2. Glaser R., Kiecolt-Glaser J.K. Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nat. Rev. Immunol.* 2005; 5: 243–251.
3. Swiergiel A.H., Dunn A.J. Effects of interleukin-1beta and lipopolysaccharide on behavior of mice in the elevated plus-maze and open field tests. *Pharmacol. Biochem. Behav.* 2007; 86: 651–659.
4. Konsman J.P., Veeneman J., Combe C., Poole S., Luheshi G.N., Dantzer R. Central nervous action of interleukin-1 mediates activation of limbic structures and behavioural depression in response to peripheral administration of bacterial lipopolysaccharide. *Eur. J. Neurosci.* 2008; 28: 2499–2510.
5. Rosenkranz M.A., Davidson R.J. Affective neural circuitry and mind-body influences in asthma. *Neuroimage* 2009; 47: 972–980.
6. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma (GINA) 2009.
7. WHO, Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. 1996.
8. Taylor G.J., Bagby R.M. New trends in alexithymia research. *Psychother. Psychosom.* 2004; 73: 68–77.
9. Sifneos P.E. Alexithymia: past and present. *Am. J. Psychiatry* 1996; 153: 137–142.
10. Maruszewski T., Ścigała E. *Emocje — aleksytymia — poznanie*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 1998.
11. Taylor G.J., Parker J.D., Bagby R.M., Bourke M.P. Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *J. Psychosom. Res.* 1996; 41: 561–568.
12. Gregerson M.B. The historical catalyst to cure asthma. *Adv. Psychosom. Med.* 2003; 24: 16–41.
13. Alexander F. *Psychosomatic medicine*. George Allen & Unwin, London 1952.
14. Todarello O., Taylor G.J., Parker J.D.A., Fanelli M. alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: A comparative study. *J. Psychosom. Res.* 1995; 39: 987–994.
15. Jula A., Salminen J.K., Saarijärvi S. Hypertension, Alexithymia: a facet of essential hypertension. *Hypertension* 1999; 33: 1057–1061.
16. Porcelli P., Zaka S., Leoci C., Centonze S., Taylor G.J. Alexithymia in inflammatory bowel disease: A case-control study. *Psychother. Psychosom.* 1995; 64: 49–53.
17. Zeitlin S. B., McNally R. J. Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psych.* 1993; 150: 658–660.
18. Plaza V., Giner J., Picado C. i wsp. Control of ventilation, breathlessness perception and alexithymia in near-fatal asthma. *J. Asthma* 2006; 43: 639–644.
19. Chugg K., Barton C., Antic R., Crockett A. The impact of alexithymia on asthma patient management and communication with health care providers: a pilot study. *J. Asthma* 2009; 46: 126–129.
20. Honkalampi K., Hintikka J., Tanskanen A., Lehtonen J., Viinamäki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2008; 43: 54–62.
21. Franz M., Popp K., Schaefer R., i wsp. Alexithymia in the German general population. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2008; 43: 54–62.
22. Schier K. Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
23. Szczeklik A. *Choroby Wewnętrzne*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005.
24. Nathan R.A., Sorkness C.A., Kosinski M. i wsp. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. *J. Allergy. Clin. Immunol.* 2004; 113: 59–65.
25. Chelmińska M., Werachowska L., Niedoszytko M. Jakość życia chorych na astmę dobrze i źle kontrolowaną. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2007; 75: 70–75.
26. Lewandowska K., Specjalski K., Jassem E., Słomiński J.M. Styl radzenia sobie ze stresem a funkcjonowanie emocjonalne u chorych na astmę. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2009; 77: 31–36.
27. Ganasen K.A., Ipser J.C., Stein D.J. Augmentation of cognitive behavioral therapy with pharmacotherapy. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2010; 33: 687–699.
28. Sharma H.P. Asthma education: pitfalls and solutions. *Adolescent Medicine: State Art Rev.* 2010; 1: 72–85.
29. Tzeng L.F., Chiang L.C., Hsueh K.C., Ma W.F., Fu L.S. A preliminary study to evaluate a patient-centred asthma education programme on parental control of home environment and asthma signs and symptoms in children with moderate-to-severe asthma. *J. Clin. Nurs.* 2010; 19: 1424–1433.
30. Beresnevaite M. Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: a preliminary study. *Psychother. Psychosom.* 2000; 69: 117–122.
31. Bręborowicz A., Batura-Gabryel H., Chazan R. i wsp. Astma ciężka — Stanowisko Komisji Chorób Układu Oddechowego Komitetu Patofizjologii Klinicznej Polskiej Akademii Nauk. *Polska Akademia Nauk* 2009.
32. Van Gent R., Van Essen-Zandvliet E.E.M., Klijn P. i wsp. Participation in daily life of children with asthma. *J. Asthma* 2008; 45: 807–813.