

Znaczenie rodziny dla przebiegu astmy oskrzelowej

Importance of the family in the course of bronchial asthma

Agata Orzechowska¹, Piotr Gątecki¹, Monika Talarowska¹, Antoni Florkowski¹, Tadeusz Pietras², Paweł Górski²

¹Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. A. Florkowski

²Klinika Pneumonologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. P. Górski

Post Dermatol Alergol 2010; XXVII, 6: 477–483

Streszczenie

Współczesna medycyna, w odróżnieniu od tradycyjnego modelu biomedycznego, posługuje się podejściem holistycznym, w którym bada się wzajemne relacje między procesami zachodzącymi na różnych poziomach organizmu człowieka oraz jego funkcjonowanie w szeroko pojętym ekosystemie, do którego należy m.in. rodzina.

Badania potwierdzają konieczność kompleksowego leczenia astmy oskrzelowej, co wymaga świadomego zaangażowania się rodziców lub opiekunów chorego dziecka w długotrwały proces terapii i rehabilitacji. Przebieg i postęp leczenia zależy bowiem nie tylko od jakości opieki medycznej, ale również od postawy rodziców, którzy są odpowiedzialni za realizację zaleceń lekarskich i wpływają na stan psychiczny swojego dziecka. Każda choroba działa destrukcyjnie na rozwijające się dziecko i jego rodzinę. Opieka nad chorym dzieckiem często staje się czynnikiem integrującym, ale bywa również niejednokrotnie przyczyną rozpadu więzi rodzinnych.

Słowa kluczowe: astma, rodzina, psychosomatyka.

Abstract

In contrast to the traditional biomedical model, modern medicine uses a holistic approach that examines the interaction between processes occurring at different levels of the human body as well as the body functioning in the wider ecosystem, to which a family also belongs.

Studies confirm a need for comprehensive treatment of asthma, which requires a conscious commitment from a parent or guardian to the long process of therapy and rehabilitation of a sick child. The course and progress of the treatment depend not only on the quality of medical care but also on the attitude of parents who are responsible for implementing the medical recommendations, as their attitude also affects the mental state of the child. Any illness has a destructive effect on the developing child and the family. Looking after a sick child often becomes an integrating factor; however, very often it is also the cause of family disintegration.

Key words: asthma, family, psychosomatic.

Wprowadzenie

Astma jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób na świecie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że cierpi na nią 100–150 mln ludzi. W krajach Europy Zachodniej zachorowalność na astmę podwoiła się w ciągu ostatnich 10 lat. W Europie na astmę choruje 4,5% dorosłych i ponad 10% dzieci. Około 25% chorych dzieci „wyrasta z astmy”, ale po 10–15 latach mogą wystąpić u nich nawroty. Z chorobą tą boryka się ok. 6% doro-

stej populacji świata, a liczba chorych wzrasta przeciętnie o 50% w ciągu dekady [1].

Wyniki badań wykonywanych w roku 2000 wykazały, że w Polsce częstość występowania astmy u dorosłych wynosi ok. 5,4%, natomiast u dzieci ponad 8,6%. Na astmę choruje więc prawie 2 ml dorosłych i ponad milion dzieci. Badania te nie objęły dzieci pomiędzy 1. a 3. rokiem życia. Ponieważ połowa przypadków astmy ma początek przed 3. rokiem życia, można przypuszczać, że liczba

Adres do korespondencji: mgr Agata Orzechowska, Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Oddział XIB, Szpital im. J. Babińskiego, ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź, tel.: +48 42 652 12 89, faks: +48 42 640 50 58, e-mail: agrafka1005@wp.pl

chorych w Polsce jest większa. Wśród chorych zdiagnozowanych blisko 90% cierpi na astmę łagodną i umiarkowaną, u 10% astma ma ciężki przebieg [1].

W porównaniu z populacją ogólną wśród pacjentów z astmą znacznie częściej występują zaburzenia psychiczne. W tej grupie 16–52% osób choruje dodatkowo na zaburzenia lękowe, a 14–41% na zaburzenia depresyjne [2, 3]. Zjawiska te mają wpływ na mniejsze subiektywne poczucie kontroli nad przebiegiem choroby i znaczne obniżenie jakości życia chorych [4–6].

Medycyna psychosomatyczna

W ciągu ostatnich dziesięcioleci narastało zważanie w słusność podziału chorób na organiczne i czynnościowe. Lekarze zaczęli zdawać sobie sprawę z tego, że zaburzenia somatyczne powstają pod wpływem wielu różnorodnych czynników, nie tylko biologicznych. Wzrosło zainteresowanie świata medycznego rolą zmiennych o charakterze psychicznym i społecznym w rozwoju wielu chorób. W wyniku tych nowych prądów praktykę lekarską zaczęto pojmować szerzej niż dotychczas. Pacjent nie jest już tylko właścicielem chorego narządu, jest traktowany i leczony jako całość [7]. Takie podejście do pacjenta nazywane jest biopsychospołeczny i wywodzi się z medycyny psychosomatycznej. Lekarz wychodzi poza zainteresowanie informacjami medycznymi, stara się zrozumieć chorobę zarówno w kontekście indywidualnym, jak i w szerszej perspektywie pacjenta [8].

Przedmiotem zainteresowania medycyny psychosomatycznej jest zależność między czynnikami psychicznymi i fizjologicznymi oraz ich udział w powstawaniu i utrzymywaniu się stanów chorobowych [9]. Mimo swej długiej historii pojęcie „psychosomatyka” nie jest określeniem jednoznacznym. Używa się go w różnych kontekstach. Po pierwsze, stosowane jest przy opisie psychogenezy zaburzeń somatycznych tylko wydzielonej grupy chorób. Po drugie, wykorzystywane jest przy wyjaśnianiu relacji umysłu i ciała przez odróżnienie zależności psychosomatycznej (wpływ czynników psychicznych na funkcje somatyczne) od zależności somatopsychicznej (wpływ stanów somatycznych na procesy psychiczne). Po trzecie, termin „psychosomatyka” służy do opisu określonego podejścia do pacjenta, wskazuje na konieczność uwzględnienia jego problemów psychospołecznych [10, 11].

W roku 1964 Światowa Organizacja Zdrowia podała następującą definicję chorób psychosomatycznych: „(...) są to choroby przebiegające albo pod postacią zaburzeń funkcji, albo zmian organicznych dotyczących poszczególnych narządów czy układów, gdy czynniki psychiczne odgrywają istotną rolę w występowaniu objawów chorobowych, ich zaostrzeniu i zejściu choroby” [12]. Obecnie wielu autorów, uwzględniając wyniki badań z zakresu fizjologii, patofizjologii, psychologii i socjologii medycyny, uważa, że czynniki psychospołeczne w potężeniu

z innymi uwarunkowaniami mogą mieć pewien udział w powstawaniu każdej choroby somatycznej [13].

Czynniki psychospołeczne w astmie

Astma jest zapalną chorobą dróg oddechowych charakteryzującą się nadreaktywnością oskrzeli, prowadzącą do nawracających epizodów świszczącego oddechu, duszności i uczucia ściskania w klatce piersiowej. Epizodom tym zwykle towarzyszy rozlana obturacja oskrzeli o zmiennym nasileniu, ustępująca samoistnie lub pod wpływem leczenia.

Astma oskrzelowa może się pojawić w każdym wieku. Jej przewlekły charakter sprawia, że w znacznym stopniu ogranicza ona życie w aspekcie fizycznym, emocjonalnym i społecznym, wpływając istotnie na jakość życia pacjentów. Dotychczas zgromadzono liczne dane potwierdzające udział różnorodnych czynników psychicznych w powstawaniu, przebiegu i leczeniu astmy [14].

Już w latach 50. ubiegłego wieku astma została zaliczona do chorób psychosomatycznych, czyli takich, w których etiologii i przebiegu istotne znaczenie mają czynniki psychologiczne. Wśród badaczy o orientacji psychoanalitycznej powszechnie uznawany był pogląd, że silne emocje (gniew, strach, gwałtowny śmiech lub płacz) mogą być bodźcem wyzwalającym zaostrzenie astmy. Te stany emocjonalne mogą powodować hiperwentylację i hipokapnię, prowadząc tym samym do skurczu oskrzeli [15].

Czynniki psychologiczne mają związek ze stopniem nasilenia objawów astmy. Relacja ta ma charakter dodatniego sprzężenia zwrotnego: silne stany emocjonalne w postaci złości, lęku, obniżonego nastroju prowadzą do zaostrzenia dolegliwości, a te zwrótnie wywołują pogorszenie się samopoczucia psychicznego (niepokój, depresja, niska samoocena) [16].

Zaburzenia lękowe i depresyjne w astmie

Lęk i nieuświadomiany przez pacjenta stres to najczęstsze stany emocjonalne, które w astmie wywołują napady duszności. Pobudzenie emocjonalne silnie aktywuje ośrodek oddechowy, wywołując hiperwentylację, co przy obecności typowej dla astmy nadreaktywności oskrzeli wywołuje powysiłkowy skurcz oskrzeli przez narażenie dróg oddechowych na zimne powietrze. U chorych bardzo często dochodzi do ustabilizowania się specyficznej reakcji warunkowej: sam widok czynnika sprawczego uczestniczącego w reakcji alergicznej powoduje pojawienie się ataku astmy oskrzelowej. W tej grupie chorych objawy pulmonologiczne mogą ulegać zaostrzeniu pod wpływem lęku lub nasilać już istniejący lęk, prowadząc niejednokrotnie do powstania zespołu lęku napadowego i agorafobii [17, 18].

Zaburzenia depresyjne towarzyszące astmie są najczęściej reakcją na długotrwałe psychospołeczne konsekwencje choroby przewlekłej, doświadczanie strat wywo-

łanych chorobą (np. utrata pracy), konieczność zmiany trybu życia i przeformułowania celów życiowych. Depresja może być także reakcją jatrogenną (np. na steroidoterapię). Diagnoza zaburzeń depresyjnych może być znacznie utrudniona ze względu na współwystępujące objawy psychopatologiczne i objawy astmy (np. męczliwość, problemy ze snem, utrata zainteresowań, utrata masy ciała, brak apetytu) [17].

Rozpoznawane u chorych z astmą zaburzenia lękowe i depresja traktowane są jako jedna z możliwych komplikacji tej choroby. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych i astmy oskrzelowej może wpływać na skuteczność i długość hospitalizacji oraz efektywność działań podejmowanych w procesie radzenia sobie z chorobą [19, 20].

Wpływ choroby na funkcjonowanie rodziny

W praktyce lekarskiej powszechnie obserwuje się, że motywacja pacjentów zgłaszających się do gabinetu lekarskiego daleko wykracza poza bezpośrednią potrzebę uzyskania pomocy medycznej. Chorzy cierpiący z powodu różnych dolegliwości somatycznych doświadczają licznych problemów emocjonalnych, interpersonalnych i społecznych, które często są konsekwencją choroby. Psychospołeczne trudności pacjenta zwykle dotyczą jego rodziny, są w niej zakorzenione, mogą być również jedną z przyczyn utrzymywania się objawów chorobowych. Rodzina jako najbliższe otoczenie pacjenta spełnia niezwykle istotną rolę w procesie diagnostycznym (dokładny wywiad rodzinny), w procesie leczenia jako źródło wsparcia dla pacjenta oraz jako predyktor powodzenia terapii [21–23].

Zgodnie z systemowym podejściem do rodziny, choroba może wpływać modyfikująco na funkcjonowanie pozostałych członków rodziny, wymuszając uruchomienie działań przystosowawczych. Konsekwencje choroby jednego członka rodziny obejmują wszystkie osoby pozostające z nim w związku emocjonalnym lub formalnym [24]. Piśmiennictwo podaje kilka faz przystosowywania się rodziny do choroby: wstrząs psychiczny (szok, niedowierzanie), kryzys emocjonalny (poczucie krzywdy), pozorne przystosowanie się i konstruktywne przystosowanie się [25]. Niektórzy autorzy twierdzą, że proces ten może trwać nawet 5 lat [26].

Dla każdej rodziny choroba jednego z jej członków stanowi sytuację stresową, która wymaga wielu zmian w sposobie funkcjonowania. To, jak te zmiany będą przebiegać i jakie strategie przystosowania się do choroby będą przeważać w rodzinie, zależy od sposobu interpretacji nowej sytuacji. Rodzina może postrzegać chorobę jako wyzwanie – zadanie wymagające poszukiwania nowych sposobów radzenia sobie, co sprzyja pojawieniu się energii i motywacji do działania, integracji więzi rodzinnych oraz aktywnemu uczestniczeniu w procesie leczenia. Negatywna interpretacja choroby jednego z członków rodziny jako krzywdy lub zagrożenia może być źródłem m.in. konfliktów między poszczególnymi członkami rodziny, upo-

śledzenia zdolności do przetamywania barier w funkcjonowaniu rodzinnym, może się wiązać z zaburzeniem równowagi w rodzinie i pojawieniem się wielu negatywnych stanów emocjonalnych (lęk, napięcie, drażliwość, żal, złość, poczucie bezradności) [21].

Do najczęstszych niekorzystnych strategii radzenia sobie z chorobą w rodzinie należą: zaprzeczanie realnemu istnieniu choroby, izolowanie osoby chorej i wycofanie z kontaktów społecznych całej rodziny, wrogość ujawniana w stosunku do otoczenia, pojawienie się objawów hipochondrycznych u pozostałych członków rodziny [27].

Rodzina z chorym dzieckiem

System rodzinny ulega przeobrażeniu na skutek długotrwałej choroby somatycznej. Przeobrażenia te dotyczą funkcjonowania rodziny w różnych jej obszarach: następuje reorganizacja ról, relacje wewnątrz rodziny nabierają nowej jakości, zmieniają się relacje rodziny z otoczeniem społecznym. Najwięcej zmian wiąże się z chorobą dziecka. Choroba pochłania dużo czasu i energii rodziców, wymaga ponoszenia kosztów finansowych, czasem rezygnacji z pracy zawodowej jednego z rodziców, zmienia ilość wolnego czasu, ingeruje w intymność rodziny i może prowadzić do izolacji emocjonalnej i społecznej [28].

Na podstawie przeglądu wielu doniesień Coffey [29] zebrął dane dotyczące przeżyć emocjonalnych rodziców dzieci przewlekłe chorych. Stwierdził, że częściej niż rodzice dzieci zdrowych doświadczają oni uczucia smutku. Towarzyszy im napięcie emocjonalne i poczucie utraty kontroli nad biegiem wydarzeń oraz poczucie zagrożenia. Niepewność najczęściej wiąże się z funkcjonowaniem dziecka w środowisku szkolnym, a także z jego perspektywami i przyszłością. Ponadto rodzice doświadczają silnego poczucia winy z powodu choroby dziecka i obwiniają się za brak należytej opieki nad nim. Przeżywają sprzeczne emocje: od silnej potrzeby chronienia swojego dziecka do chęci uwolnienia się od przeciążającej psychicznie i fizycznie opieki nad nim.

Szczególną rolę przypisuje się matkom, jako głównym opiekunkom chorego dziecka. To one najczęściej są przeciążone obowiązkami i doświadczają frustracji w związku z utratą idealnej relacji matka–dziecko. Ojcowie częściej pełnią decydującą rolę w procesie akceptacji diagnozy – ich zachowanie wpływa na pogodzenie się lub odrzucenie przewlekłej choroby dziecka. Matki częściej korzystają z pomocy grup wsparcia, gdzie dzielą się swoimi przeżyciami dotyczącymi choroby dziecka, ojcowie z kolei mają większe trudności z wyrażaniem swoich obaw i lęku, wymagają większego wzmocnienia i zachęty to wyrażania swoich emocji [29–31].

Choroba przewlekła dziecka wiąże się również ze zmianą funkcjonowania jego zdrowego rodzeństwa, które niejednokrotnie przeżywa niepokój o chorą siostrę lub brata, a także niepokój o własne zdrowie. Badania donoszą, iż rodzeństwo boryka się z zazdrością o większe zaangażowanie

zowanie rodziców w opiekę na chorym dzieckiem i może przeżywać obawę o utratę zainteresowania i miłości rodzicielskiej. W tym czasie mogą się nasilać konflikty między rodzeństwem. Rodzice pochłonięci opieką nad chorym dzieckiem przyjmują błędną postawę w stosunku do zdrowych dzieci: zostają one nadmiernie zaangażowane w opiekę nad chorym rodzeństwem, oczekuje się, że zrekompensują braki w funkcjonowaniu chorego dziecka sukcesami w nauce i zainteresowaniach [32].

Nie zawsze choroba dziecka jest dla rodziny źródłem negatywnych przeżyć emocjonalnych i powodem niekorzystnych zmian w funkcjonowaniu. Choroba może się wiązać z korzyściami dla dziecka, którego dotyczy, i dla całej rodziny. Należą do nich: troskliwa opieka i pozytywne emocje ze strony rodziców, których na co dzień brakuje, możliwość odzyskania ważnej pozycji w rodzinie, sposób na komunikowanie o zagrożeniu w integralności rodziny, poznanie trudności w relacjach interpersonalnych w systemie rodzinnym oraz możliwość przejścia rodziny z jednej fazy rozwojowej w następną [21].

Rodzina z dzieckiem chorym na astmę

Model rodziny psychosomatycznej zaprezentowany w latach 70. przez Minuchina i wsp. [33] sugerował, że struktura i funkcjonowanie rodziny może mieć istotne znaczenie dla dziecka z astmą. Reakcja rodziny na wymagania, jakie stawia przed nią opieka nad dzieckiem przewlekłe chorym, jest zróżnicowana i może oddziaływać na zmianę w strukturze i organizacji całej rodziny, niekorzystnie wpływając na pozostałych członków rodziny, a także wchodzić w interakcje z samym procesem leczenia chorego dziecka [34].

Doniesienia naukowe dużo uwagi poświęcają roli dysfunkcyjnej komunikacji interpersonalnej w rodzinie pacjentów z astmą oskrzelową. Choroba w tym przypadku staje się wyrazem ekspresji konfliktów rodzinnych, a stan somatyczny – istotnym narzędziem komunikacji. Pacjenci wykorzystują swoją chorobę w relacjach interpersonalnych w rodzinie i poza nią (np. w celu skupienia na sobie uwagi otoczenia), a także wyrażają za jej pomocą dysharmonię, jaka panuje w ich rodzinie [35].

W piśmiennictwie jednoznacznie podkreśla się, iż środowisko rodzinne, w którym obecny jest konflikt, agresja i deficyty wychowawcze, stanowi czynnik ryzyka nieprawidłowego rozwoju fizycznego i psychicznego dziecka. Badania nad nieprawidłowo funkcjonującymi rodzinami dzieci chorujących na astmę oskrzelową pozwalają zidentyfikować te czynniki ryzyka, które mają niekorzystny wpływ na jej przebieg i proces leczenia [36].

Badania przeprowadzone już w latach 60. ubiegłego wieku przez Purcella i wsp. [37] potwierdziły współistnienie astmy u niektórych dzieci i nieprawidłowo funkcjonującej rodziny, z głębokimi konfliktami, które negatywnie wpływają na przebieg choroby i wynik jej leczenia. W eksperymencie tym uczestniczyło 25 dzieci w wieku

szkolnym z przewlekłą astmą oskrzelową i ich rodzice oraz rodzeństwo. Dzieci podzielono na dwie grupy: na te, w których domu czynniki emocjonalne odgrywały istotną rolę przed wystąpieniem ataku astmy, oraz te, u których czynniki emocjonalne nie miały żadnego związku z wystąpieniem ataku. Rodzice i rodzeństwo tych dzieci wyprowadzili się na 2 tyg. z domu, a dziećmi zajęli się rodzice zastępczy, którzy dbali o utrzymanie dotychczasowej organizacji ich życia. W tej grupie chorych, w której czynniki emocjonalne miały znaczenie dla przebiegu astmy, zaobserwowano zmniejszenie liczby ataków choroby i świszczącego oddechu oraz zmniejszenie liczby przyjmowanych leków. Oznacza to, że skutek rozstania z rodzicami biologicznymi był zdecydowanie korzystny, bowiem po powrocie rodziców do domu ataki astmy wróciły do stanu sprzed badania. Z kolei w drugiej grupie, w której atmosfera emocjonalna w domu nie miała istotnego znaczenia, nie zaobserwowano korzystnych efektów rozstania z rodzicami.

Rodziców dzieci z astmą najczęściej charakteryzuje nadopiekuńczość, sztywność postaw, brak umiejętności prawidłowego komunikowania się i rozwiązywania problemów. Ponadto silna koncentracja rodziców na spełnianiu funkcji opiekuńczej może powodować hamowanie rozwoju emocjonalnego chorego dziecka oraz rozwijania jego samodzielności, autonomii i asertywności [38]. Dysfunkcyjne wzory zachowań poszczególnych członków rodziny są przyczyną powstawania napięcia i redukują tym samym zdolność radzenia sobie z trudnościami, przez co stają się czynnikami ryzyka kontynuacji choroby i nasilenia jej objawów klinicznych [24].

Zdaniem Wielgosza [39] rodzice dzieci chorujących przewlekłe, w tym chorujących na astmę, mają skłonność do kierowania się w wychowaniu zasadą pobłażliwości i przekonaniem, że dziecko może robić, co chce, ponieważ jest chore. Zakłóca to jego rozwój społeczny, proces usamodzielniania się, zmniejszając tym samym poczucie bezpieczeństwa i powodując dezorientację w kręgach pozarodzinnych.

Badania Wolfa i wsp. [40] wskazują na związek między psychologicznym funkcjonowaniem rodziców a skłonnością do zachorowania na astmę. Autorzy ci dowiedli, że rodzice z depresją i doświadczający stresu mogą mieć wpływ na negatywny przebieg choroby u swojego dziecka, a także na jego obniżony nastrój i niepokój w porównaniu z grupą dzieci zdrowych. Chociaż biologiczne uwarunkowania tej zależności nie zostały do tej pory dokładnie poznane, wyniki przeprowadzonych badań wykazują związek między gorszym stanem psychicznym rodziców a markerami zapalnymi mającymi istotne znaczenie w astmie.

Część autorów zwraca uwagę na to, iż astma oskrzelowa może być raczej przyczyną niż skutkiem stresów rodzinnych. Badania dowiodły, że dzieci z rodzin mniej spójnych i mających obniżone umiejętności przystosowania się do sytuacji stresujących nie były bardziej nara-

żone na problemy ze świszczącym oddechem niż te, które pochodziły z lepiej funkcjonujących rodzin. Kiedy jednak te problemy już się pojawiły, istniało większe prawdopodobieństwo wystąpienia lub podtrzymania dysfunkcyjnych wzorców wzajemnych relacji [35, 41].

Interakcja dziecko–matka ma szczególne znaczenie dla przebiegu astmy oskrzelowej. Matki spędzają więcej czasu z dziećmi i są częściej odpowiedzialne za ich leczenie. Porzak [42] podkreśla warunkowe wzmocnienie zaburzeń oddychania u dzieci z astmą przez matki również chorujące na astmę, które silnie reagują na każdą dysfunkcję oddychania u swojego dziecka. Dodatkowo matki te podkreślają istnienie silnego związku uczuciowego, odczuwają potrzebę symbiotycznej jedności ze swoimi dziećmi.

Inne badania [43] wskazują, że matki najczęściej zgłaszają, iż dolegliwości chorobowe ich dzieci stanowią dla nich duże obciążenie psychiczne, są źródłem lęku i poczucia bezradności, związanego także z czynnikami zewnętrznymi, do których należą m.in. kłopoty z uzyskaniem odpowiednich leków oraz specjalistycznej opieki. Poza tym matki dzieci astmatycznych przyznają, że w ich rodzinach panuje atmosfera nadmiaru problemów i przykrych przeżyć emocjonalnych.

Badania, w których porównywano postawy rodzicielskie obojga rodziców dzieci z astmą oskrzelową, wykazały, że matki ze względu na większe obciążenie problema-

mi zdrowotnymi dziecka, przeżywane przemęczenie i zniecierpliwienie chorym dzieckiem są nadmiernie krytyczne w porównaniu z ojcami. Z kolei częstsze przebywanie ojców z dziećmi chorymi na astmę stanowi źródło wsparcia i wpływa na łagodniejszy przebieg choroby i redukcję stresu u dziecka [44]. To ojcowie najczęściej określają opiekę nad astmatycznym potomstwem jako niesprawiającą trudności, gdy tymczasem matki przejawiają postawę nadopiekuńczą i nadmierną dbałość o komfort i rozwój umiejętności dziecka [45].

Przegląd zaprezentowanych wybranych doniesień dotyczących sytuacji psychospołecznej rodziny z dzieckiem chorym na astmę zawiera tabela 1.

Podsumowanie

W chorobach pulmonologicznych problemy psychiczne bywają czynnikami wywołującymi, a niekiedy zaostrzającymi objawy chorobowe. Psychosomatyczne uwarunkowania astmy oskrzelowej są trudne do ujęcia ilościowego. Trudno również jednoznacznie stwierdzić, czy dysfunkcje w sferze psychicznej poprzedzają wystąpienie astmy, czy też pojawiają się na skutek jej przewlekłego charakteru. Istnieją jednak dane, przytoczone w niniejszej publikacji, wskazujące, że czynniki emocjonalne: stres, nieprawidłowe relacje rodzinne i dysfunkcje psychiczne w postaci obni-

Tab. 1. Związek negatywnych postaw rodzicielskich z przebiegiem astmy oskrzelowej u dziecka

Postawy rodziców	Funkcjonowanie dziecka
<ul style="list-style-type: none"> • postrzeganie choroby dziecka jako sytuacji stresogennej, źródła zagrożenia i utraty poczucia bezpieczeństwa • sztywność postaw • poczucie winy z powodu choroby dziecka • trudności w rozwiązywaniu konfliktów • problemy z komunikacją • izolowanie chorego dziecka od otoczenia • pobłażliwość i brak konsekwencji w wychowaniu • przeciążenie obowiązkami rodzeństwa chorego dziecka • nadmierne oczekiwania w stosunku do rodzeństwa chorego dziecka 	<ul style="list-style-type: none"> • przeżywanie negatywnych stanów emocjonalnych: lęku, smutku, gniewu • odczuwanie permanentnie podwyższonego poziomu stresu • gorszy przebieg choroby • poczucie braku bezpieczeństwa • dezorientacja w środowisku pozarodzinnym • wykorzystywanie swojej choroby jako sposobu na uzyskanie korzyści • ograniczony rozwój samodzielności, autonomii i asertywności • niskie poczucie własnej wartości
<p>Matka</p> <ul style="list-style-type: none"> • nadopiekuńcza • nadmiernie krytyczna • nadmiernie chroniąca i dbająca o komfort dziecka • odczuwająca potrzebę symbiotycznej jedności ze swoim dzieckiem 	
<p>Ojciec</p> <ul style="list-style-type: none"> • tłumiący emocje • mający trudności z wyrażeniem obaw dotyczących choroby dziecka 	

żonego nastroju lub niepokoju, na drodze fizjologicznych mechanizmów neurohormonalnych mogą nasilać, a nawet inicjować objawy kliniczne astmy. Rodzina jako najbliższe otoczenie chorego w tym trudnym dla niego okresie, jakim jest choroba, powinna wspierać proces terapeutyczny we współpracy z personelem medycznym.

Piśmiennictwo

- Global Surveillance, Prevention and Control of Chronic Respiratory Disease. WHO, 2007.
- Lavoie KL, Bacon S L, Barone S, et al. What Is Worse for Asthma Control and Quality of Life: Depressive Disorders, Anxiety Disorders, or Both? *Chest* 2006; 130: 1039-47.
- Talarowska M, Florkowski A, Gałeczki P i wsp. Rola zmiennych psychologicznych w powstawaniu i przebiegu astmy oskrzelowej oraz funkcjonowanie poznawcze pacjentów. *Pneumonol Alergol Pol* 2009; 77: 554-9.
- Brinke A, Ouwerkerk ME, Zwinderman AH. Psychopathology in patients with severe asthma is associated with increased health care utilization. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1093-6.
- Goodwin RD. Asthma and anxiety disorders. *Adv Psychosom Med* 2003; 24: 51-71.
- Pietras T, Panek M, Witusik A, Wujcik R, Szemraj J, Górski P, Kuna P. Analiza zależności pomiędzy lękiem, depresją i nasileniem duszności a ciężkością przebiegu astmy oskrzelowej. *Post Dermatol Alergol* 2010; 27: 390-9.
- Luban-Plozza B, Pöldinger W, Kröger F, Wasilewski B. Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 1995.
- Drożdżowicz L. Lekarz a rodzina chorego. W: *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*. B Bętkowska-Korpała, JK Gierowski (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2007; 253-74.
- Bilikiewicz A. Psychiatria dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2001.
- Tylka J. Psychosomatyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego. Warszawa 2000.
- Wrześniewski K. Medycyna psychosomatyczna i behawioralna. W: *Psychologia*. Podręcznik akademicki, t. 3. J Strelau (red.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2000; 450-456.
- Michalak A. Tajemnica związku umysłu z ciałem – psychosomatyka w ujęciu historycznym i współczesnym. W: *Psychologia*. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych. A Trzcieniecka-Green (red.). Universitas. Kraków 2006; 147-72.
- Adsett A. Psychosomatic medicine. *Can J Psychiatry* 2006; 51: 547-9.
- Lewandowska K. Psychologiczne aspekty chorób układu oddechowego – astma oskrzelowa. W: *Psychologia w medycynie*. B Borys, M Majkovicz (red.). Akademia Medyczna w Gdańsku. Gdańsk 2006; 433-41.
- Schier K. Bez tchu i bez słowa. Więzy psychiczne i regulacja emocji u osób chorujących na astmę oskrzelową. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2005.
- Jażdżewska-Oczadły J, Buczytko K. Analiza depresji wśród osób z astmą lekką i umiarkowaną. *Przegl Lek* 2003; 60: 391-4.
- Bass C. Cardiorespiratory disorder. W: *Handbook of liaison psychiatry*. GG Lloyd, E Guthrie (eds.). Cambridge University Press. Cambridge 2007; 416-31.
- Kokoszka A. Zaburzenia nerwicowe. Medycyna Praktyczna. Kraków 1998.
- Vila G, Nollet-Clemencon C, De Blic J, et al. Prevalence of DSM-IV anxiety and affective disorders in a pediatric population of asthmatic children and adolescents. *J Affect Disord* 2000; 58: 223-31.
- Huovinen E, Kaprio J, Koskenvuo M. Asthma in relation to personality traits, life satisfaction and stress: a prospective study among 11000 adults. *Allergy* 2001; 56: 971-7.
- De Barbaro B. Pacjent w swojej rodzinie. Springer PWN. Warszawa 1997.
- McDaniel S, Hepworth J, Doherty WJ. Medical family therapy. Basic Books. New York 1992.
- Rolland JS. Families, illness and disability. An integrative treatment model. Basic Books. New York 1994.
- Zubrzycka R, Emeryk A. Wpływ astmy oskrzelowej u dziecka na funkcjonowanie jego rodziny. *Alerg Astma Immun* 2002; 7: 21-6.
- Góralczyk E. Choroba dziecka w twoim życiu. O dzieciach ciężko i przewlekle chorych i ich rodzicach. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN. Warszawa 1996.
- Walker JG, Johnson S, Manion I, Cloutier P. Emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children. *J Consult Clin Psychol* 1996; 5: 1029-36.
- Franek G, Chtopecka H, Nowak-Kapusta Z i wsp. Cechy rodziny mające wpływ na zdrowie. *Eukrasia* 2003; 1: 31-3.
- Beresford B. Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35: 171-209.
- Coffey JS. Parenting a child with chronic illness: a metasynthesis. *Pediatr Nurs* 2006; 1: 51-9.
- Goble LA. The impact of a child's chronic illness on fathers. *Pediatr Nurs* 2004; 27: 153-262.
- Katz S. When the child's illness is life threatening: impact on the parents. *Pediatr Nurs* 2002; 5: 453-63.
- Hentinen M, Kyngas H. Factors associated with the adaptation of parents with chronically ill child. *J Clin Nurs* 1998; 7: 316-24.
- Minuchin S, Baker L, Rosman BL, et al. A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 1031-8.
- Wamboldt MZ, Wamboldt FS. Role of the family in the onset and outcome of asthma in children. Selected research findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1212-9.
- Gartland HJ, Day HD. Family predictors of the incidence of children's asthma symptoms: Expressing emotions, medications, parent contact and life events. *J Clin Psychol* 1999; 55: 573-84.
- Repetti RL, Tsylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull* 2002; 128: 330-66.
- Purcell D, Brady K, Chai H, et al. The effect of asthma in children during experimental separation from the family. *Psychosom Med* 1969; 31: 144-64.
- Faleide AO. Asthma and Allergy in Childhood. Psychosocial and psychoterapeutic problems. Spartaus Forlag. Oslo 1990.
- Wielgosz E. Wychowanie dzieci niesprawnych somatycznie. W: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. I Obuchowska (red.). WSiP. Warszawa 2000; 394-427.
- Wolf JM, Miller GE, Chen E. Parent psychological states predict changes in inflammatory markers in children with asthma and healthy children. *Brain Behav Immun* 2008; 22: 433-41.

41. Gustafsson PA, Bjorksten B, Kjellman NI. Family dysfunction in asthma: a prospective study of illness development. *J Pediatr* 1994; 125: 493-8.
42. Porzak R. Choroba somatyczna i jej wpływ na funkcjonowanie rodziny. W: *Psychologia wychowawcza stosowana*. Z Gaś (red.). UMCS. Lublin 1995; 145-57.
43. Pilecka W. dynamika rozwoju psychicznego dzieci chorych na astmę i mukowiscydozę. WSP. Kraków 1990.
44. Schobinger R, Florin I, Zimmer C, et al. Childhood Asthma: parental critical attitude and father-child interaction. *J Psychosom Res* 1992; 36: 743-50.
45. Aronsson G, Koivunen E. Differences in personality between parents of asthmatic children and parents of nonasthmatic children. *J Psychosom Res* 1985; 29: 177-82.