

## Kontrowersje wokół ujęcia astmy oskrzelowej jako choroby psychosomatycznej

Argumentations around captivation of bronchial asthma as psychosocial diseases

Joanna Fryt  
Zakład Psychologii Zdrowia  
Instytut Psychologii  
Uniwersytet Jagielloński

### Wprowadzenie

Historia badań psychologicznych nad dziecięcą astmą oskrzelową jest historią procesu obwiniania i stopniowej rehabilitacji rodziny jako zasadniczego źródła uwarunkowań chorobowych. Najwyraźniejszy, widoczny także w niektórych ze współczesnych koncepcji ślad na całym obszarze badań nad astmą odcisnęły dwa paradygmaty: psychoanalityczny a następnie psychosomatyczny, traktujące ją mniej lub bardziej jawnie jako efekt zaburzonych relacji emocjonalnych w rodzinie.

Postępy medycyny, zwłaszcza rozwijająca się alergologia i immunologia, uczyniły z astmy chorobę skutecznie leczoną i kontrolowaną, a zrozumienie jej mechanizmów zmieniło nasze myślenie o jej psychologicznym podłożu i spowodowało konieczność rewizji teoretycznych założeń koncepcji. Tym samym więc znaczącej zmianie

uległa od tamtych czasów psychosomatyka a wyraźnym świadectwem przemian naukowego paradygmatu było wyodrębnienie integrującej kilka obszarów wiedzy dziedziny, jaką jest psychologia zdrowia.

Ujęcie proponowane przez szkołę psychoanalityczną i psychosomatyczną zaowocowało tym, że przez długi okres w badaniach nad tzw. psychogennymi czynnikami w astmie dziecięcej przyjmowano, że rodziny dzieci z astmą funkcjonują źle oraz że ich złe funkcjonowanie jest pierwotne wobec choroby, utrudnia proces leczenia i pogarsza rokowanie. Krytyka i przeformułowanie tych założeń nie odsunęła jednak czynników rodzinnych poza nawias rozważań dotyczących psychologicznych aspektów genezy i przebiegu choroby. Współcześnie zintegrowane programy leczenia astmy przeniosły większość oddziaływań diagnostyczno-terapeutycznych z personelu medycznego na pacjenta i jego rodzinę, zgodnie z założe-

Kontrowersje wokół ujęcia astmy oskrzelowej jako choroby psychosomatycznej

niami współczesnej psychologii zdrowia pojmującej pacjenta jako aktywnego uczestnika terapii. Oznacza to – jak w czasach psychosomatyki Alexandra – ponowne zwrócenie uwagi na wagę czynników rodzinnych i docenienie ich roli w przebiegu choroby i procesie zdrowienia. Czynnikiem w środowisku rodzinnym chorego dziecka nie traktuje się już jednak jako części patogenicznego systemu relacji, postaw i komunikacji sprzyjających powstaniu choroby. Coraz częściej docenia się ich funkcję pozytywną, świadczącą o zdolności młodych pacjentów i ich rodzin do psychologicznego wspierania procesu adaptacji i terapii. Podobnie w ramach praktyki psychologicznej poszukujemy tego, co przyczynia się do poprawy ich jakości życia i adaptacji do choroby oraz wyszukujemy pacjentów i rodziny adaptujące się gorzej, aby skutecznie im pomagać.

### **Status astmy jako choroby psychosomatycznej**

Poszukiwanie czynników psychospołecznych mających wpływ na powstawanie i przebieg astmy oskrzelowej ma długą tradycję. Sięga ona czasów Freuda i koncepcji psychoanalitycznych zmodyfikowanych w latach 40-tych w ujęciu twórców medycyny psychosomatycznej: Alexandra, Frencha i Dunbar. Wieloletnia praktyka lekarska i dokonania uczonych z Instytutu Psychoanalizy w Chicago, który stał się pierwszym instytutem medycyny psychosomatycznej, wyznaczyły kierunki badań na kilka następnych dziesięcioleci. W 1941 roku French i Alexander opublikowali pracę o znaczeniu czynników psychicznych w etio-

logii astmy: *Psychogenic factors in bronchial asthma*. Przedstawili w niej tezę, że czynniki emocjonalne, poprzedzające wystąpienie objawów, uaktywniają nieświadomy, tłumiony konflikt psychiczny specyficzny dla danej choroby. Tworząc na tej podstawie słynną listę siedmiu chorób psychosomatycznych, obejmującą astmę oskrzelową, Alexander miał nadzieję znaleźć odpowiadającą każdej z nich charakterystykę osobowości. Tym samym zainicjował nurt badań nad „specyficznością” osobowości psychosomatycznych i poszukiwaniem cech „osobowości astmatycznej”. Badania empiryczne nie potwierdziły jednak poszukiwanych teoretycznych zależności.

W przypadku astmy oskrzelowej twórcy podejścia psychosomatycznego psychologicznego czynnika etiologicznego upatrywali w wadliwej relacji matka-dziecko. Dominuje w niej konflikt wokół problemu separacji – autonomii. Dziecko jest odrzucane przez matkę, kiedy jest zdrowe i przejawia dążenia do autonomii, staje się natomiast obiektem troski i miłości, gdy jest chore i bezradne (Sperling, 1987, za: Schier, 2005). Dzieje się tak, ponieważ matka charakteryzująca się emocjonalną niedojrzałością, przejawia nieświadomą potrzebę utrzymywania dziecka w stanie zależności. Przykładem takiego wzoru zachowania jest przytaczany przez Coolidge'a opis badań trzech matek i ich chorych na astmę dzieci (Porzak, 1995, za: Zubrzycka, 2002). Matki te bardzo silnie reagowały na zaburzenia oddechu u dziecka, co prowadziło do warunkowego wzmacniania objawów chorobowych. Zachowania te wyjaśniano potrzebą symbiotycznej jedności z dziećmi, mającą stanowić

dopełnienie niedojrzałego „Ja” matek.

Zgodnie z przyjmowanymi założeniami teoretycznymi metodą zalecaną w leczeniu astmy u dzieci stała się psychoterapia, zwłaszcza psychoanaliza. Współcześnie terapią osób z astmą w podejściu psychoanalitycznym zajmuje się K. Schier, która dla rozumienia mechanizmów somatyzacji stanów psychicznych integruje w swoim podejściu teoretycznym problematykę z obszaru psychoneuroimmunologii i zagadnienia z badań nad więzią emocjonalną<sup>1)</sup>.

W koncepcjach środowiskowych rozwijających się równoległe do psychosomatyki zaczęto również wskazywać na istnienie czynników chorobotwórczych w rodzinach dzieci z astmą. W 1940 roku z inicjatywy M. Peshkina powstał w Denver Instytut Badań i Szpital dla Dzieci z Astmą. Właśnie badaczom z tego ośrodka udało się odkryć immunoglobulinę E, mającą kluczowe znaczenie w patomechanizmie alergii (Pilecka, 1990). Tutaj też narodziło się pojęcie „parentoatomii” czyli terapii astmy za pomocą izolowania dziecka ze środowiska rodzinnego. W 1959 roku ukazał się artykuł Peshkina, w którym donosił on, że u 98% dzieci leczonych w ośrodku w Denver nastąpiła całkowita remisja objawów astmy. Dane te miały potwierdzać hipotezę, że przyczyny choroby tkwią w środowisku dziecka a więc głównie w jego rodzinie. W późniejszych latach wyników tych nie udało się jednak powtórzyć ze względu na

pogarszające się statystyki wyleczeń.

Próbie empirycznej weryfikacji skuteczności „parentoatomii” podjął się w końcu lat 60-tych zespół Purcella (Purcell, Brady i in., 1969). Wyniki tego eksperymentu wykazały dwukrotnie wyższy procent występowania wadliwych postaw rodzicielskich u rodziców dzieci z astmą niż u ich zastępczych opiekunów, oraz istotną poprawę stanu zdrowia dzieci podczas okresu separacji, utrzymującą się w umiarkowanym stopniu po powrocie rodziców. Ustalenie czynników, które mogły odegrać rolę w zaobserwowanej zmianie nastrocza jednak wiele trudności głównie ze względu na brak kontroli zmiennych w obu badanych środowiskach dzieci, co jednocześnie poddaje w wątpliwość otrzymane wyniki.

Reasumując dotychczasowe rozważania, w świetle współczesnego rozumienia patomechanizmu astmy oskrzelowej wskazuje się z jednej strony doniosłą rolę, jaką prezentowane koncepcje odegrały w rozwoju wiedzy o chorobie oraz rozbudzeniu zainteresowania czynnikami psychicznymi w jej genezie i przebiegu, z drugiej zaś strony wskazuje się niebezpieczeństwo płynące z przeceniania wywiedzionych z owych teorii wniosków i ich konsekwencji etycznych. Przykładem tego typu konsekwencji są skutki tezy o patogennej roli opiekunów (zwłaszcza matek) w etiologii i przebiegu astmy, czyli nadmierna generalizacja oceny środowiska wychowawczego chorych dzieci, patologizacja układów rodzinnych oraz wzbudzanie nieuzasadnionego poczucia winy opiekunów.

W tworzeniu współczesnych modeli wyjaśniających rolę czynników psychospo-

1) Unikalne opisy przypadków terapii pacjentów chorych na astmę oraz szczegółowe rozważania nad teoretycznym modelem wyjaśniającym można znaleźć w książce K. Schier „Bez tchu i bez słowa. Więż psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową”, 2005, GWP.

Kontrowersje wokół ujęcia astmy oskrzelowej jako choroby psychosomatycznej  
lecznych w chorobach somatycznych warto krytycznie odnieść się do leżących u podstaw klasycznej psychosomatyki, mało przychylnych rodzinom założeń, które w sposób istotny mogą oddziaływać na nasz sposób myślenia o zdrowiu i chorobie.

### **Czynniki psychospołeczne w koncepcjach systemowych**

W 1975 roku Minuchin, Baker i Rosman (1975) przedstawili „model rodziny psychosomatycznej” jako wzorzec pojmowania zależności między rodziną a chorobą, wykorzystywany w terapii rodzin dzieci z takimi zaburzeniami jak m.in. cukrzyca, anoreksja i astma. Koncepcja Minuchina wyrosła z nurtu myślowego pierwszych przedstawicieli medycyny psychosomatycznej i w dość podobny do nich sposób zakładała, że choroba psychosomatyczna u dziecka może rozwijać się, gdy równocześnie wystąpią:

1. określony typ organizacji rodziny warunkujący jej złe funkcjonowanie
2. uwikłanie dziecka w konflikt małżeński
3. wrodzona bądź nabyta słabość określonego organu.

Na podstawie doświadczeń zdobytych w toku wieloletniej praktyki terapeutycznej z rodzinami Minuchin wyróżnił 5 charakterystyk „rodziny psychosomatycznej”: uwikłanie, nadopiekuńczość, sztywność, nierozwiązany konflikt oraz uwikłanie dziecka w konflikt. Uwikłanie rozumiane jest jako silne zaangażowanie członków rodziny we wzajemne relacje, aż do rozmywania się granic pomiędzy jednostkami. Nadopiekuńczość jest wyrazem ciągłego zatroskania o samopoczucie pozostałych

członków rodziny, nad dzieckiem sprawowana jest wówczas większa niż typowa w jego wieku ochrona i opieka. Sztywność to tendencja do utrzymywania rodzinnych zwyczajów i nawyków w niezminionej formie i brak gotowości do ich zmiany w nowo powstałych okolicznościach. Nierozwiązany konflikt to problem, który z powodu braku skutecznego rozwiązania jest unikany, minimalizowany lub istnieniu którego w rodzinie się zaprzecza. Z kolei uwikłanie dziecka w konflikt oznacza wciągnięcie go przez rodziców we własne problemy, co może przybrać formę koalicji, triangulacji bądź delegacji (zastępczej opieki).

W przeprowadzonych badaniach empirycznych Minuchin wykazywał m.in. istnienie bezpośredniej zależności pomiędzy poziomem konfliktów małżeńskich, a podwyższonym poziomem glukozy u dzieci (Minuchin, 1978, za: Meijer, Oppenheimer, 1995). Wyniki tych i podobnych badań poddano jednak ostrej krytyce ze względu na ich słabość metodologiczną. Kog, Vandereyken i Vertommen (1984, 1985, za: Meijer, Oppenheimer, 1995) piszą, że zaprojektowane przez autorów badania nad anoreksją nie weryfikują hipotezy o wpływie charakterystyk rodzinnych na objawy choroby u dziecka. Zasadniczo jednak rewizja koncepcji Minuchina, doceniając jej wartość heurystyczną, koncentruje się na konieczności poszerzenia spektrum badanych zjawisk o inne czynniki, takie jak kontrolowalność i dynamika choroby, parametry biochemiczne, współpraca z personelem medycznym, wsparcie społeczne i edukacja pacjentów.

Współczesną próbą weryfikacji i roz-

winięcia modelu Minuchina jest model stworzony przez zespół B. Wood (1993, 2000). Autorka dokonała rekonstrukcji pojęcia „uwikłania”, uwzględniając takie wymiary funkcjonowania rodziny jak bliskość, hierarchia pokoleniowa i dystrybucja odpowiedzialności, a do pomiaru „triangulacji” dodała wymiar relacji rodzicielskich. Kluczowym konstruktem w proponowanym przez nią modelu jest reaktywność biobehawioralna, definiowana przez aspekty fizjologiczne, emocjonalne i behawioralne regulujące intensywność reagowania dziecka i jego rodziny w kontekście choroby. Jest ona ośrodkiem wzajemnych wpływów pomiędzy chorobą a czynnikami psychospołecznymi w rodzinie, a jej wysoki wymiar (a więc wysoka reaktywność emocjonalna dziecka i rodziny) uważany jest za czynnik ryzyka wystąpienia i utrzymania się choroby psychosomatycznej. W badaniach weryfikujących wartość wyjaśniającą modelu wykazuje się zależności pomiędzy jakością więzi rodzinnych a cechami funkcjonowania emocjonalnego dziecka. Zależności te okazują się być jednak za pośredniczone przez sposób interpretowania przez dziecko zjawisk w jego rodzinie, a więc poprzez jego właściwości indywidualne (Wood, 2000).

Podstawowe pytanie, jakie jest zadawane w kontekście koncepcji Minuchina, dotyczy tego, czy i kiedy funkcjonowanie rodziny można uznać za patologiczne. Hipotezy dotyczące istnienia uwikłania, sztywności i nadopiekuńczości w rodzinach dzieci chorych na astmę były testowane przez wielu autorów. Na tle prób weryfikacji koncepcji Minuchina warto zwrócić uwagę na badania Onnis, Tortolani i Cancrini (1986) oraz

Gustafsson (1987), które wykazały, że wymienione charakterystyki rodzinne są częściej obecne w rodzinach dzieci z astmą niż z cukrzycą i rodzinach dzieci zdrowych. Nie stanowi to jednak odpowiedzi na pytanie, czy cechy te są patologiczne czy adaptacyjne. Porównywanie osób z przewlekłą chorobą somatyczną ze zdrową populacją zakłada, że to, co jest uznawane za patologiczne w jednej grupie, będzie też patologiczne w drugiej, a tym samym stygmatyzuje osoby chore. Tymczasem to, co według terminologii psychopatologicznej uchodzi za przejaw dysfunkcyjności w relacjach rodzinnych dzieci przewlekle chorych może być efektem adaptacji i radzenia sobie z sytuacją trudną. Tym samym warto więc zwrócić uwagę na konieczność redefiniowania pojęcia normy i patologii w kontekście prowadzonych badań porównawczych, które być może powinny skupiać się nie tylko na uspójnieniu obu grup poprzez przyjmowanie wyłącznie jednego punktu odniesienia, ale także na poszukiwaniu indywidualnych strategii funkcjonowania i charakterystyk rodzin dzieci przewlekle chorych.

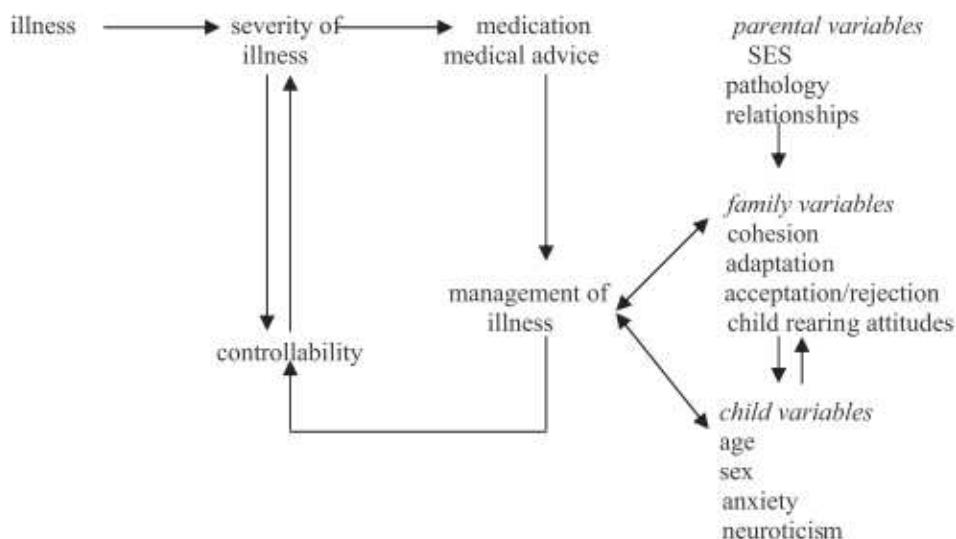
Poddając weryfikacji psychosomatyczny model Minuchina, Meijer i Oppenheimer zaproponowali własny model opierający się na systemowym założeniu o zdolności rodziny z chorym dzieckiem do adaptacji. O tym, jaka będzie jakość tej adaptacji i jak wpłynie ona na proces leczenia decyduje wiele czynników min. kontrolowalność astmy, spójność i adaptacyjność rodziny, zdolność rozwiązywania problemów, akceptacja dziecka, stosowanie się do zaleceń lekarskich i sam przebieg leczenia oraz czynniki społeczno-demograficzne. Proponowany

## Kontrowersje wokół ujęcia astmy oskrzelowej jako choroby psychosomatycznej

model zakłada istnienie dwóch cyrkularnych procesów, które wzajemnie na siebie oddziałują. Pierwszy dotyczy postępu choroby

i odpowiedzi rodziny na jej wymagania i zalecane leczenie. Drugi opisuje czynniki wpływające na tę odpowiedź, ze strony opie-

Rycina 1. Model adaptacji do choroby przewlekłej dziecka, Meijer, Oppenheimer



kunów i dziecka. Model ilustruje rycina 1.

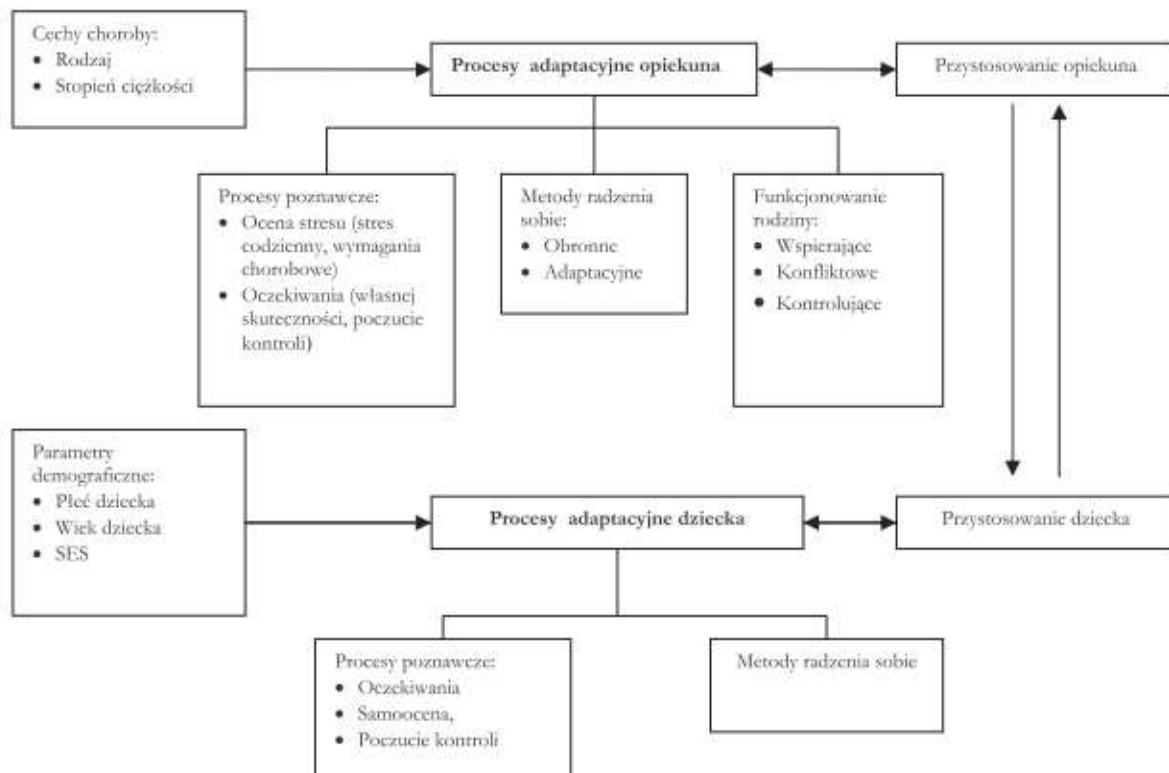
Badania przeprowadzone przez autorów na grupie dzieci z astmą w ramach prób weryfikacji modelu przeczą założeniu, że silne zaangażowanie czy sztywna struktura w rodzinie mogą mieć negatywny wpływ na przebieg choroby dziecka. Okazały się one być większe w rodzinach dzieci z lepiej kontrolowaną astmą, co wskazuje na ich adaptacyjny a nie patologiczny charakter. Opiekunowie dzieci z lepiej i gorzej kontrolowaną astmą charakteryzowali się również podobną, dość wysoką zdolnością wspólnego rozwiązywania problemów, co według autorów przeczy tezie o homeostatycznej funkcji chorego dziecka w rodzinie (Meijer, Oppenheimer, 1995).

Obecnie charakterystyki rodzin-

ne opisane przez Minuchina uważa się raczej za konsekwencje wpływu choroby na rodzinę i nie interpretuje ich istnienia negatywnie. Nadopiekuńczość może chronić chore dziecko przed zagrożeniami, na które jest bardziej narażone, uwikłanie być formą wzajemnego przekazywania wsparcia, a sztywność skutkiem dążenia do skutecznej kontroli choroby. Psychospołeczne czynniki obecne w rodzinie należy raczej umieścić w szerszym kontekście wzajemnych wpływów, gdzie wnioskowanie o zależnościach bezpośrednich jest o wiele trudniejsze.

W kontekście współczesnych koncepcji systemowych sytuuje się również Transakcyjny Model Stresu i Radzenia Sobie (w: Wallander, Thompson, 1995, ryc. 2).

Rycina 2. Przystosowanie dziecka i opiekuna do choroby jako efekt transakcji czynników chorobowych i procesów adaptacyjnych w modelu Thompsona (1995)



W modelu tym choroba rozumiana jest jako chroniczny stresor uruchamiający w rodzinie procesy adaptacyjne. Związek pomiędzy właściwościami choroby, a funkcjonowaniem dziecka i jego opiekunów jest efektem transakcji wielu czynników biologicznych, rozwojowych i psychospołecznych. Osią tego schematu jest rozróżnienie perspektywy opiekuna i dziecka jako dwóch przebiegających oddzielnie, bo zapośredniczonych przez właściwości indywidualne oraz unikalność środowiska procesów adaptacyjnych. Opiekun i dziecko mają więc pewien swoisty zasób oddziałujących na nich czynników, co uruchamiać może odrębne procesy adaptacyjne. Efekty tych procesów mogą oddziaływać na siebie wzajemnie,

jednak ich rozdzielenie dobrze wyjaśnia znaczące nieraz różnice w jakości funkcjonowania psychologicznego chorych dzieci i ich rodzin. Związki opisane w modelu weryfikowano w wielu badaniach nad rodzinami dzieci z przewlekłymi chorobami somatycznymi (Wallander, Thompson, 1995).

### Mit dysfunkcyjnej rodziny astmatycznej – w stronę czynników zdrowia

Współczesny model związków pomiędzy chorobą a szeregiem czynników psychospołecznych istotnych w jej przebiegu musi być modelem holistycznym, pozwalającym na integrację podejścia somatopsychicznego i psychosomatycznego. Podstawowym założeniem jest tu jedność

Kontrowersje wokół ujęcia astmy oskrzelowej jako choroby psychosomatycznej  
biopsychospołeczna człowieka, a więc wzajemne przenikanie się trzech wymiarów funkcjonowania: wszystko to, co wpływa na wymiar biologiczny, będzie modyfikowane przez dwa pozostałe (psychiczny i społeczny). W kontekście choroby oznacza to, że efekty działania czynników chorobotwórczych zależą nie tylko od ich obiektywnych właściwości, ale również od osobowości pacjenta. To właśnie jej struktura i cechy: wzór reagowania emocjonalnego, potrzeby, obraz siebie i choroby oraz innych ludzi, a także postawy wobec nich, będą czynnikami pośredniczącymi między środowiskiem a stanem organizmu (Pilecka, 1990).

Zgodnie ze współczesnym rozumieniem astmy zależności między chorobą a rodziną rozumiane są jako związki wielokierunkowe, których ośrodkiem jest szeroko ujmowana osobowość pacjenta, jego adaptacja i umiejętności radzenia sobie w sytuacji choroby. Zakładamy, że ta ostatnia zdolność jest u dziecka zarówno efektem oddziaływań choroby oraz czynników w jego środowisku społecznym, jak i źródłem zwrotnego wpływu na chorobę i otoczenie społeczne. Powyższe założenia stawiają pod znakiem zapytania kontekst wielu badań nad „funkcjonalnością” i „dysfunkcjonalnością” rodzin astmatycznych. We współczesnych badaniach nie ma potwierdzonych doniesień empirycznych, które mogłyby wskazywać na istnienie zależności przyczynowej między określonymi cechami funkcjonowania rodziny, a występowaniem choroby u dziecka (Meijer, Oppenheimer, 1995). Wskazuje się natomiast na brak częstszych niż w zdrowej populacji trudności psychologicznych dzieci z lekką i umiarkowaną postacią ast-

my (Bender, Annett i in., 2000). Częstsze występowanie objawów psychopatologicznych, dysfunkcji rodzinnych oraz słabej odpowiedzi na zalecenia lekarskie można zaobserwować w przypadku ciężkiej i trudnej do kontroli astmy (Bender, Klinnert, 1998, Kaugars, Klinnert, Bender, 2004). Okazuje się, że dzieci z astmą i ich rodziny funkcjonują różnie oraz że sama choroba nie jest wystarczającym czynnikiem w kształtowaniu się jakiegoś specyficznego dla wszystkich dzieci i ich rodzin wzorca funkcjonowania. Jak pisze Zubrzycka (2002), przewlekłe schorzenie może stać się czynnikiem zagrażającym integralności rodziny bądź spowodować jej lepsze funkcjonowanie.

Z punktu widzenia programów terapeutycznych dla dzieci chorych na astmę oskrzelową istotne wydaje się zdobywanie informacji o psychologicznym funkcjonowaniu nie tylko pacjentów, ale i ich rodzin oraz wyodrębnianie tych z nich, które mogą stanowić „grupę ryzyka” słabych wyników leczenia, radzenia sobie i kontroli choroby (Bender, Klinnert, 1998, za: Kaugars, Klinnert, Bender, 2004). Jeśli choroba stanowi ważny czynnik upośledzający funkcjonowanie rodziny, należy stymulować rozwój optymalnych strategii adaptacji i radzenia sobie, tym samym wpływając na samopoczucie dziecka a pośrednio również na jego stan fizyczny. Postulat ten jest zgodny z przyjmowanym biopsychospołecznym modelem zdrowia i choroby oraz pojmowaniem pacjenta jako aktywnego uczestnika terapii, zdolnego do samoleczenia.

W kontekście przedstawionych rozważań warto postawić tezę, że zmiany w obszarze paradygmatu psychosomatycznego



i systemowego pozwalają na ostateczne zerwanie z mitem „dysfunkcyjności rodzin astmatycznych” na gruncie psychologii i medycyny. Opierając się na współczesnych wynikach badań, zbyt wiele już wiemy na temat czynników zdrowia w środowiskach pacjentów z astmą, by przyczyn i uwarunkowań przebiegu choroby upatrywać w jednym tylko czynniku. Nie oznacza to bynajmniej całkowitego zanegowania dominującej roli czynników psychicznych w tej chorobie. Chodzi raczej o podkreślenie zróżnicowanego ich nasilenia u poszczególnych pacjentów.

### Streszczenie

W artykule przedstawiono historię i obecny status poszukiwań czynników psychospołecznych w dziecięcej astmie oskrzelowej, z perspektywy ujęcia psychosomatycznego i systemowego. Zagadnienie to od wielu dekad jest przedmiotem licznych badań i sporów, a obszarem szczególnie dyskusyjnym jest rola środowiska rodzinnego w przebiegu i procesie kontroli dziecięcej astmy. Wielość podejść i brak konsensusu co do jakości i znaczenia czynników rodzinnych w przebiegu astmy skutkuje z jednej strony niedocenianiem ich w koncepcjach biomedycznych, z drugiej przecenianiem ich patogenicznej roli w koncepcjach psychosomatycznych. W kontekście częstości występowania zachorowań na astmę i alergię wśród dzieci warto poznać i rozumieć założenia funkcjonujące w obrębie wiedzy z obszaru medycyny i psychologii konstytuujące nasz sposób myślenia o zdrowiu i chorobie.

**Słowa kluczowe:** astma oskrzelowa, czynniki psychospołeczne, adaptacja do choroby

### Summary

This article presents the history and current status of research on psychosocial factors in children's bronchial asthma from psychosomatic and systems-theory perspective. This issue since decades is an object of many research and controversies. Especially problematic is a question of a role of family environment in a progress and control process of children's asthma. Lack of consensus concerning meaning of family factors in asthma results on one hand in diminishing role of those factors in biomedical paradigm and on the other in overvaluing their pathogenic role in psychosomatic paradigm. In the context of frequent occurrence of asthma and allergy among children it is important to recognize and understand the assumptions in the field of medicine and psychology which constitute our way of thinking about health and illness.

**Key words:** bronchial asthma, psychosocial factors, illness adaptation

### Bibliografia

1. Bender B.G., Annett R.D., Ikle D., DuHamel T.R., Rand C., Strunk R.C. (2000). Relationship between disease and psychological adaptation in children in the Childhood Asthma Management Program and their families. CAMP Research Group. Archives of Pediatrics

- and Adolescent Medicine, 54(7):706-13.
2. Gustafsson P.A., Kjellman N.I., Ludvigsson J., Cederblad M. (1987). Asthma and family interaction. Archives of Disease in Childhood, 62(3):258-63.
  3. Kaugars A.S., Klinnert M.D., Bender B.G. (2004). Family influences on pediatric asthma. Journal of Pediatric Psychology, 29(7):475-491.
  4. Meijer A.M., Oppenheimer L. (1995). The Excitation-Adaptation model of pediatric chronic illness. Family Process, 34:441-454.
  5. Minuchin S., Baker L., Rosman B.L., Liebman R., Milman L., Todd T.C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy. Archives of General Psychiatry, 32(8):1031-8.
  6. Onnis L., Tortolani D., Cancrini L. (1986). Systemic research on chronicity factors in infantile asthma. Family Process, 25(1):107-22.
  7. Pilecka W. (1990). Dynamika rozwoju psychicznego dzieci chorych na astmę i mukowiscydozę. Kraków: WSP.
  8. Purcell K., Brady K., Chai H., Muser J., Molk L., Gordon N., Means J. (1969). The effect on asthma in children of experimental separation from the family. Psychosomatic Medicine, 31(2):144-64.
  9. Schier K. (2005). Bez tchu i bez słowa. Więż psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową. Gdańsk: GWP.
  10. Wallander J.L., Thompson R.J. (1995). Psychosocial adjustment of children with chronic physical conditions. [W:] Roberts M.C. (red.), Handbook of Pediatric Psychology. New York: The Guilford Press.
  11. Wood B. (1993). Beyond the 'psychosomatic family': a biobehavioral family model of pediatric illness. Family Process, 32(3):261-78.
  12. Wood B., Klebba K.B., Miller B.D. (2000). Evolving the biobehavioral family model: the fit of attachment. Family Process, 39(3):22-40.
  13. Zubrzycka R., Emeryk A. (2002). Wpływ astmy oskrzelowej u dziecka na funkcjonowanie jego rodziny. Alergia Astma Immunologia, vol. 7(1):21-26.

**Adres do korespondencji:**

mgr Joanna Fryt  
Moszyńskiego 37d  
30-698 Kraków