

Психопатология при деца с бронхиална астма

Д-р Виктор Донеv, доц. Силвия Шопова, доц. Пенка Переновска
Клиника по детски болести, УМБАЛ „Александровска“ ЕАД

Въведение

Бронхиалната астма е един от най-сериозните здравни проблеми в световен мащаб, засягащ хора от всички възрасти и най-често младите лица. Бремето на астмата за обществото и за индивида се изразява както като разходи за здравеопазване, така и като изгубена трудоспособност (болнични дни или пропуснати училищни дни). По данни на Световната здравна организация през 2005 година 300 милиона души в света са страдали от астма, като 255 000 са починали от това заболяване.^{25, 27} В детска възраст бронхиалната астма е най-честото хронично заболяване, засягащо 7–10% от детската популация. Честотата на астмата при позрастващите се е увеличила драматично през последните 3 десетилетия.

Само за 15 години (от 1980 до 1994 г.) в САЩ е отчетено нарастване със 74% на заболяемостта сред децата между 5 и 14 години и 160% при децата под 4-годишна възраст.²⁵ Ето защо, Глобалната инициатива за астмата (GINA) и много групи европейски и световни консенсуси за лечение (сред които и Българският консенсус за лечение и профилактика на бронхиалната астма) целят постигането не само на краткосрочен контрол върху заболяването, но и поддържане на контрол в дългосрочен план.^{3, 9, 16}

Лечението със съвременни медикаменти (съобразно международните консенсуси за лечение и профилактика на бронхиална астма), води до значително повишаване на нивото на контрол на заболяването при повечето пациенти, до намаляване на хоспитализациите и посещенията по спешност и подобрява качеството на живот на болния.^{7, 8, 16}

При по-голяма част от децата с бронхиална астма се налага системна и продължителна медикаментозна терапия, което обуславя необходимостта от болничен престой и отделяне от семейството и дома. Това носи редица негативни последици в психологичен план с появата на тъга и депресия. Психичната травма може

да се получи и в резултат на продължителните терапевтични въздействия, а допълнително способства за зачестяване на астматичните пристъпи и за затваряне на „порочният кръг“.¹

Психика и астма

Още Хипократ е смятал, че болните от астма трябва да се пазят от прояви на гняв. През вековете редица клиницисти отчитат едновременната поява на емоционален стрес и на астматичен пристъп при някои пациенти. Тези наблюдения дават основание в началото на 30-те години на XX век бронхиалната астма да бъде включена в т. нар. свещена седеморка на психосоматичните заболявания (хипертонична болест, язва на дванадесетопръстника, язвен колит, диабет, невродермит, тиреотоксикоза и бронхиална астма). По-късно този списък е разширен със заболявания като затлъстяване, исхемична болест на сърцето, мозъчно-съдова болест, онкологични заболявания и др.

Психосоматичната медицина е интердисциплинарно направление, чийто обект на изследване са психосоматичните заболявания, дефинирани като соматични болести, имащи психологична основа. Този тип заболявания отразяват взаимовръзката психика–тяло. Най-общо възникването и развитието на психосоматичните разстройства се обяснява като резултат от неразрешени психични конфликти, които чрез механизма на конверзията намират частично решение в сомата, като се проявяват чрез телесно заболяване. Психосоматичните разстройства са резултат на взаимодействието между стреса, характерите особености на личността и нейната соматична конструкция.

Съществува и обратна зависимост: боледуването на организма, част от който е мозъкът (материалният субстрат, над който се надстрояват психичните преживявания), може да доведе и до съпътстващи разстройства на психиката.²

Бронхиалната астма е разглеждана като типично психосоматично заболяване до средата на 80-те години, когато имунологичните и генетичните изследвания дават редица отговори относно етиопатогенезата на заболяването. Днес психосоматичната теория за възникването и протичането на астмата е изоставена, като все повече се акцентира на соматопсихологията относно разстройствата в поведението, съзнанието и общуването – съответната характерна психопатология за бронхиалната астма. По своята същност психопатологията заема гранично място между психологията и психиатрията.

Установени са редица фактори, които повлияват протичането на заболяването – възраст, пол, социално-икономически статус, етническа принадлежност, психо-социални фактори, психични разстройства и други. И докато съпровождащите соматични заболявания, като алергичния ринит и алергичния синусит, са с ясно детерминирана роля по отношение на протичането на астмата, то ко-морбидните психопатологични проблеми са недооценени.²²

Характерна психопатология

Още преди 40 години учените са се опитали да направят системна оценка на поведенческите проблеми и на психичните разстройства сред децата с бронхиална астма. Тогава е отчетено, че поведенческите проблеми се срещат малко по-често при децата с астма спрямо здравите контроли. В по-късни проучвания този проблем се е открил все по-ясно и със значително по-голяма тежест. Предимно е описана връзката на бронхиалната астма с интернализиращите нарушения в поведението – тревожни и депресивни разстройства. Едва в последните години се намира по-голяма честота и на екстернализиращите нарушения – опозиционно поведение, хиперактивност.⁴

През 1973 година McNichol et al. публикуват статия относно психологическите и социалните компоненти на бронхиалната астма при децата. По отношение на социално-икономическите условия не е установена статистически значима разлика между децата с астма и контролната група от здрави деца. Но сред децата с тежка продължителна астма са наблюдавани по-изразени емоционални и поведенчески проблеми.²⁶ Bussing et al. (1996) изследват честотата на тревожните разстройства сред деца с диагностицирана астма. Резултатите показват по-голяма честота на тревожност, повече проблеми в училище и по-високо ниво на стрес в семейната среда спрямо общата популация.¹¹ През 2000 г. Vila et al. публикуват данните от

своето проучване относно тревожността и афективните разстройства сред 82 деца с бронхиална астма и 82 здрави контроли, съответстващи по възраст, пол и социално-икономически статус. Най-често се среща тревожността (35% от децата с астма). Отчетено е също така, че децата с бронхиална астма, при които се наблюдава психична ко-морбидност, имат по-ниско самочувствие.³⁴

През 2003 година Halterman et al. провеждат проучване сред деца, постъпващи в детска градина в град Рочестър, САЩ. Родителите на тези деца са помолени да попълнят въпросници относно развитието на детето, медицинската му история до момента (вкл. специфични въпроси относно симптомите на астма) и неговото поведение. Участвали са родители на 1619 деца (на средна възраст 5,1 години), като симптоми на бронхиална астма са установени при 15% от децата – 8% персистираща и 7% интермитентна форма. Децата с персистиращи симптоми на астма са 2 пъти по-склонни да получат оценка >1 SD под нормата спрямо деца без симптоми на астма в две или повече скали за оценка на поведението.¹⁹

В САЩ първото всеобхватно Национално проучване на детското здраве (National Survey on Children's Health), проведено в периода 2003–2004 г., включва данни за 102 353 деца относно техния физически, емоционален и поведенчески здравен статус. Използвайки това проучване като източник на информация, Blackman & Gurka търсят връзка между астмата и съпровождащи нарушения в поведението или развитието. Девет процента от родителите са посочили, че детето им има астма към настоящия момент. Според оценката на родителите 68% от децата са с лека астма, 27% – с умерена и 5% са с тежка форма на заболяването. Астмата преобладава при мъжкия пол, при деца над 5 години и при чернокожите. Авторите установяват по-голяма честота на поведенчески проблеми, обучителни трудности, диагностицирана депресия при децата с бронхиална астма. По отношение на най-често срещаното поведенческо отклонение – разстройство с дефицит на внимание хиперактивност (РДВХ), честотата му е 2 пъти по-голяма при децата с бронхиална астма, а при тежката форма на астма – почти 3 пъти по-голяма от общата популация.¹⁰

Още едно мащабно изследване подкрепя тезата за връзка между респираторните заболявания и разстройствата на психиката. Goodwin et al. (2004) чрез проспективно, лонгитудинално проучване с 1709 подрастващи (14–16 годишни) обективизират тази връзка. Установено е, че наличието на дихателни проблеми (персис-

тираща кашлица, свиркащо дишане, диспнея) се асоциира с повишена честота на психични разстройства – депресивни разстройства, злоупотреба с вещества, панически атаки и РДВХ. Авторите отхвърлят причината за тази взаимовръзка да се дължи на хипохондрия, функционално нарушение или на тютюнопушене. Допуска се обща фамилност и генетична предрасположеност.¹⁷

Katon et al. (2007) в проучване сред 769 погроставащи с бронхиална астма (11–17 години) установяват почти 2 пъти по-голяма честота на ко-морбидност по отношение на тревожни и депресивни разстройства според критериите на DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, 4th ed.). Авторите считат, че свръх-протективните родители могат да повлияят върху самочувствието на детето и върху изграждането на неговата автономност. Също така допускат, че бронхиалната астма и тревожните разстройства (напр. агорофобията) могат да имат общи предразполагащи фактори: генетични – на принципа на неустойчивост на вегетативната нервна система, или от околната среда – хронично пасивно тютюнопушене. В проучването установяват, че най-голямо влияние за психопатология при децата с астма имат следните фактори: женски пол, семейство с един родител, по-висока оценка за екстернализиращо поведение, по-скоро поставена диагноза бронхиална астма и по-голямата ѝ тежест.²¹

Jim Stevenson (2003) описва връзката между поведението и астмата при деца с atopичен дерматит. В проспективно проучване при деца с atopичен дерматит на възраст от 35 до 53 месеца се установява, че при 150 се развива бронхиална астма, а при групи 115 – не се развива. Чрез използване на Въпросник за скрининг на поведението (Behavior Screening Questionnaire), приложен на 35-месечна възраст, е отчетена сигнификантно по-висока оценка на поведенческите проблеми сред групата от деца, които по-късно развиват астма. Според автора е възможно поведенческите проблеми да предхождат развитието на бронхиална астма при atopични деца. В тази възрастова група проблемното поведение не е вторична психологическа реакция при отключването на бронхиалната астма. По-скоро трябва да се разгледа като маркер за стрес в живота на детето, който повишава риска за преход от atopичен дерматит към астма.³¹

Проучването на McQuaid et al. (2008) има за цел да установи връзката между симптомите на РДВХ и нивото на контрол на бронхиалната астма. Като обхващат 110 деца с бронхиална

астма на възраст 7–17 години, авторите заключават, че проблемите с вниманието, концентрацията и импулсивността могат да окажат влияние върху контрола на болестта.²⁸

Нарушение на съня и психопатология

Редица проучвания сочат, че разстройството на съня води до нарушения в различните когнитивни процеси и до поведенчески проблеми при възрастни и деца. Чрез анкетиране на ученици, които имат нощни пристъпи на астма, 59% от децата са посочили, че се чувстват сънени (уморени) на другия ден, а 51% преценяват, че влагат по-малко внимание в учебната работа.⁵

Stores et al., (1998) проучват нарушенията на съня и психологическите проблеми при деца с бронхиална астма с нощни пристъпи. Те оценяват качеството на съня чрез полисомнография в домашни условия и чрез въпросник към родителите. Психологическите проблеми са обективизирани чрез Conners' Rating Scales, а когнитивните функции – чрез изработена батерия с тестове за зрително-моторна координация, памет и внимание. Всички деца с астма са били на инхалаторна кортикостероидна профилактика и са ползвали бързодействащ бета₂-агонист при нужда. Децата с нощни пристъпи на астма са се представили значително по-лошо на теста за дългосрочна памет спрямо контролната група. Тези деца са описали себе си като по-депресирани, а родителите им посочват значително по-изразени обучителни трудности и психосоциални прояви.³²

„Личностен тип“ на дете с астма

Децата с астма показват по-високи нива на психопатология и дори някои автори им приписват характерен „личностен тип“. Трудно обаче може да се намери отговор дали измерената психопатология е причина или резултат от астмата. На астматичния персоналитет са давани различни описания: прекалено зависим, депресиран, импулсивен, агресивен, пасивен. Астматичните деца се описват като страховливи, несигурни, зависими, свръхчувствителни. Тази извънредна чувствителност прави астматично болните деца своеобразно затворени и раними, с тенденция към отдръпване от света. Проучванията показват, че в характера на болните в училища възраст се отбелязва сръжаност, мълчаливост, необоснована нервност или пасивност, като особено астмата влияе на вниманието и емоционалната сфера – прояви на разсеяност в учебния процес, мнителност, егоцентризъм.¹

Заклучение

Почти 50% от децата с бронхиална астма имат клинично значими симптоми на депресия, които се дължат отчасти на стреса, че пациентът страда от хронично заболяване.^{23, 29} Някои учени смятат, че механизмът на мониториране на нивото на PaCO_2 чрез хемо-рецепторите в ЦНС може да провокира реакция на паника за настъпваща асфиксия.³⁵ Тежестта на депресивните симптоми се свързват с по-лошо протичане на бронхиалната астма, поради нарушено съзнателно активиране на диафрагмата.^{6, 24} В клинични проучвания е установено наличието на тревожни разстройства и на тревожно-депресивни симптоми сред погроставащи със средна и тежка персистираща астма.^{30, 33} По-скоро симптомите, отколкото самата диагноза бронхиална астма, са причината за развитието на тревожност или депресия. Психопатологията е значително по-характерна при лицата с чести пристъпи (над 87% от пациентите), при по-лош контрол на астмата, както и при намален комплайънс по отношение на лекарствения режим.

В голяма част от литературата относно психопатологията при бронхиална астма се акцентира върху ролята на интернализиращите разстройства (най-вече тревожните и депресивните прояви). По-новите проучвания и клиничните наблюдения показват, че екстернализиращите нарушения също могат да повлияят негативно протичането на едно хронично заболяване. Конкретно типичната симптоматика на РДВХ може да влоши контрола на бронхиалната астма – намалената концентрация и трудностите в поддържане на вниманието пречат за пълноценно и навременно възприемане на проявите на астмата.³⁴ Установено е, че при хронично болни ученици в значителна степен е намалена умствената работоспособност, нарушена е динамиката на коровите процеси, обемът и качеството на паметта и др. При деца и погроставащи с обострено заболяване на дихателната система кратковременната памет е по-слаба с над 50%, отколкото при здравите им връстници. Умората при ученици с БА в 75% от случаите настъпва рано, още през първите 3 учебни часа.¹

Факторите, които оказват влияние за развитие на соматопсихични заболявания, са две групи: в преморбидния стадий – възраст, интелектуално развитие, личностови черти; в стадий на болест – типа семейство (хипохондрично, авторитарно, свръхобгрижващо), социален и личен трагичен опит с болен, достъп до обща и специфична информация.⁴

Вкъщи болестта може да стане основен център, около който се въртят всички семейни грижи и дейности. Това често е причина за напрежение и изостряне на семейните отношения или обратното – прекомерното обграждане с грижи, свръхпротектирането, задоволяването на всички желания, разглеждане и пр. Родителите на астматично болни дете могат да изживяват чувство на вина, отговорност за болестта, безпомощност за лечението, а в други случаи – негодуване, досада, желание за бягство от тежката отговорност. Един астматик може да се научи да манипулира другите със своята болест или да я използва, за да избегне неприятни задължения, отговорности. Така се развиват много неадаптивни и неправилни начини на поведение, докато болният и семейството му се борят с опустошенията на болестта.¹

Доказано е, че при децата с психологически проблеми е по-труден контролът върху астмата, налага се прилагането на повече медикаменти, по-чести и по-дълги хоспитализации, както и се наблюдава по-висок леталитет.¹⁴

Ранната оценка на насложените психични нарушения и прилагането на съответни интервенции подобрява хода на основното заболяване и неговото лечение.^{12, 13, 15, 20}

Една от основните интервенции за повлияване на психопатологията е когнитивно-поведенческата терапия. Чрез този метод пациентът се инструктира да отчита собствените си негативни мисли да се справя с тях. По този начин е установено значително намаляване на симптомите както на астмата, така и на депресивните епизоди.¹⁸

В крайна сметка, за всеки занимаващ се със соматопатология може да се окаже едновременно трудно и важно както изработването на тясно-професионален терапевтичен подход, така и проникването в емоционалния конфликт, наречен себепреживяване на болест.⁴

Литература

1. Антонова Ц, Аговска А, Върху някои психосоциални проблеми при деца в училищна възраст с бронхиална астма. *Педиатрия*, 1999; 1:33–35.
2. Ачкова М. Приложна психология в медицината и здравните грижи. С., 2001.
3. Български консенсус за лечение и профилактика на бронхиалната астма, 2008.
4. Христозов Х. Върху себепреживяването на болестта в детско-юношеска възраст. *Педиатрия*, 1983; 2.
5. Action asthma, young asthmatics survey. Uxbridge: Allen and Hanbury's, 1993.

Пълната библиографска справка е на разположение в издателството и може да бъде представена при поискване.