

# **Copilul cu simptomatologie astmatică– influența calității interacțiunilor dintre copil și figurile parentale asupra dezvoltării simptomelor de depresie**

Masterand Cazacu Elena

Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației

Universitatea „Al. I. Cuza”, Iași

## **Abstract**

The objective of this study is to examine the influence of parent-child relationship quality on the association between illness related functional status and depressive symptoms in children with asthma. Questionnaire data were collected from sixty children: thirty children had a diagnostic of asthma and thirty children did not report any chronic illnesses. We supposed that patterns of mother-child relatedness (secure vs. Insecure) mediate the relationship between functional status and the tendency to develop depressive symptoms on children with asthma. The proposed mediational model was not supported. Although the child's relationship quality with his or her mother/father did not mediate the impact of functional status on depressive symptoms, the parent-child relationship quality seems to be a risk or a protective factor for children with asthma who are at increased risk for depression symptoms because of the functional impairment they may experience as the result of their illness. Findings in this study do not allow a linear direction of effect from one factor to another; future research must more clearly define parent child interactions relevant to the emotional well-being of children with asthma, test causal direction and use a number of participants on research more relevant for pertinent conclusions on psychological adjustment on children with asthma.

Obiectiv: Analiza impactului statusului funcțional al copilului cu simptomatologie astmatică asupra dezvoltării și intensității simptomelor de depresie. Cercetarea acestui aspect va fi completată de investigarea calității interacțiunilor dintre copilul astmatic și părinții acestuia (legătura copilului cu mama și respectiv legătura stabilită cu tatăl), considerată a fi factor de risc în relația status funcțional – simptome de depresie.

Metoda utilizată: Studiul de față a fost realizat cu participarea a 60 de copii, 30 de copii cu simptomatologie astmatică și 30 de copii fără condiție medicală cronică. Toți subiecții provin din mediul urban, respectiv orașul Iași și au fost diagnosticați de pediatru specialist din cadrul Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria”, Iași, cu o formă de manifestare a simptomatologiei astmatice. Subiecții care au întrunit criteriile de selecție au completat cinci tipuri de chestionare.

Rezultate: În urma analizei de regresie nu se poate infera un efect de mediere a patternurilor de legătură copil-părinte (securizant versus insecurizant) în relația stabilită între statusul funcțional și simptomele de depresie. Studiul corelațional al variabilelor cercetării au evidențiat faptul că subiecții astmatici ce raportează dificultăți în funcționarea cotidiană (status funcțional scăzut) manifestă tendința de a dezvolta o legătură insecurizantă cu tatăl și respectiv cu mama, precum și de a experimenta un nivel ridicat de intensitate al simptomelor de depresie.

Concluzii: Calitatea interacțiunilor dintre copil și părinte reprezintă un indicator important în analiza manierei în care simptomatologia astmatică contribuie la dezvoltarea simptomelor de depresie. Studiul de față sugerează absența unei influențe directe a statusului funcțional scăzut raportat de copil asupra intensității simptomelor de depresie, dar subliniază totodată impactul major al acestuia asupra calității interacțiunilor dintre copil și părinte, astfel încât se pot preconiza evoluții ale simptomelor de depresie la copilul cu simptomatologie astmatică.

Keywords: astm, status funcțional, simptome de depresie, legătură dintre copil și părinte, atașament securizant/insecurizant, familie, variabilă mediator;

În Statele Unite astmul bronșic reprezintă condiția medicală cronică cea mai des invocată în clinicile pediatrie. Aproximativ 4.8 milioane de copii americani, cu vârsta sub 18 ani, sunt diagnosticați cu o formă de astm (Centers for Disease Control and Prevention, 1996; Gillaspay, Hoff, Mullins et al., 2002). Acest fenomen este în creștere, ratele de morbiditate și mortalitate în rândul populației pediatrie fiind în continuă ascensiune (Weitzman, Gortmaker, Sobel et al., 1992). În România, prevalența bolii a crescut de la 5.03% (între 1994-1995) până la 7% în perioada 2000-2001. Estimativ, 1 din 20 de copii de vârstă școlară are astm bronșic (diagnosticat sau nu). Bineînțeles, există diferențe regionale, dar România se află printre țările europene cu cea mai mică prevalență a astmului bronșic la copii, mortalitatea prin astm fiind foarte scăzută. Această afirmație trebuie pusă sub rezerva inerentă subdiagnosticării sau a diagnosticării tardive a astmului bronșic la copii și a tratamentului inadecvat. Datele statistice însă arată clar o tendință ascendentă a frecvenței afecțiunii.

Încercările de definire ale astmului bronșic au variat în funcție de contextul istoric, de orientarea teoretică, de noile informații obținute în studiile de medicină generală, alergie și farmacologie.

Conform National Heart Lung and Blood Institute din Statele Unite (The National Heart Lung and Blood Institute, 1997, p. XIV) astmul bronșic reprezintă „o afecțiune inflamatorie cronică a căilor respiratorii, ce se manifestă prin episoade recurente de respirație șuierătoare („wheezing”), senzații de sufocare, dureri în zona pieptului și accese paroxistice de tuse”.

Astmul bronșic, prin simptomatologia sa continuă, transformă comportamentul pacientului, forțându-l să adopte strategii de coping și de ajustare la condiția cronică. Managementul bolii, efectuat cu responsabilitate sau ignorat, este întotdeauna însoțit de schimbări comportamentale și de implicații asupra dezvoltării psihologice. Impactul unei afecțiuni cronice este major în ceea ce privește pacientul adult și implicațiile condiției cronice asupra echilibrului psihologic este evident. Spre deosebire de pacientul adult cu o afecțiune cronică, pacientul copil deține puține resurse psihologice de a înțelege, de a accepta și de a dezvolta mecanisme de coping. Totodată, o condiție cronică poate deveni dizabilitate și un factor important de discontinuitate în ceea ce privește dezvoltarea psihologică a copilului.

Studiile privind impactului unei afecțiuni cronice asupra calității vieții copilului (cancer, diabet, boli genetice, astm bronșic) au evidențiat un risc crescut de apariție la acești pacienți a problemelor emoționale și de relaționare, al căror impact poate deveni, deseori, mult mai mare față de limitele impuse de condiția cronică în sine. Spre deosebire de grupul copiilor sănătoși, cu o vârstă și caracteristici similare, grupul copiilor cu afecțiuni cronice e marcat de o predispoziție spre tulburări psihice, incluzând diferite tipuri de tulburări psihiatrice și tulburări emoționale, tulburări de comportament și dificultăți de adaptare școlară ( Walker, Gortmaker și Weitzmann, 1981 cit. în Bleil, Ramesh, Miller et al., 2000). Variabilitatea simptomelor astmului bronșic, de la forme ușoare, moderate, la forme severe, observată atât între copiii astmatici cât și în cadrul evoluției individuale a simptomatologiei, a fost corelată cu prezența unor dificultăți fizice asociate bolii, de la evitarea unor factori posibili declanșatori (spre exemplu evitarea orelor de sport) la diminuarea numărului de activități fizice efectuate (spre exemplu diminuarea timpului petrecut afară). Totodată, aceste limitări ale activităților fizice au fost asociate semnificativ cu dezvoltarea de simptome depresive (Mrazek și Kinnert, 1998). Simptomele de depresie au fost operaționalizate prin activitate fizică redusă, lipsa motivației, petrecerea unui timp îndelungat în locuință, sentiment de neajutorare (Bartlett, Krishnan, Riekert, et al., 2004). Studiile asupra existenței unor simptome de depresie la copiii astmatici au arătat o incidență semnificativ mai mare a anxietății și depresiei la acest grup de copii, în comparație cu grupul copiilor fără afecțiuni cronice (Hommel, Chaney și Wagner, 2003). Norrish, Tooley și Godfy (1997) au observat absența unei corelații semnificative între severitatea simptomelor de astm și dezvoltarea unor tulburări psihice, relevând totuși o corelație semnificativă între tulburările afective și de control al impulsului și un control redus în manifestarea afecțiunii.

Un studiu recent efectuat sub coordonarea doctorului pediatru James A. Blackman, de la Universitatea din Virginia, demonstrează predispoziția copiilor și adolescenților astmatici de a dezvolta dificultăți de relaționare, probleme de comportament și dificultăți de dezvoltare, ca urmare a evoluției afecțiunii și a efectelor medicamentelor specifice tabloului astmatic. Cu cât

forma de manifestare a astmului este mai severă, cu atât incidența depresiei, anxietății, hiperactivității, dificultăților de atenție, precum și a problemelor de învățare cresc. Rata mare a absenteismului la activitățile școlare corelează cu anxietatea crescută a familiei privind capacitatea copilului astmatic de a-și îndeplini sarcinile academice și de a avea o dezvoltare emoțională adecvată. Riscul dezvoltării unor competențe sociale adecvate scade, potrivit studiului, de 4 ori, pe măsură ce simptomele de astm sunt mai severe. Statusul economic scăzut reprezintă un factor de risc important pentru exacerbarea acestor comorbidități enumerate mai sus.(Blackman, Gurka, 2007).

Copiii cu simptomatologie astmatică manifestă o mai mare predispoziție de a experimenta dificultăți în dezvoltarea psihică (Kashani, Konig, Sheppard, 1988; MacLean Perrin și Gortmaker, 1992) spre deosebire de copiii fără afecțiuni cronice, rata simptomelor specifice unor tulburări psihice fiind estimată între 25% și 41% (Mrazek, 1992, cit. în. Bleil, Ramesh, Miller et al., 2000). Dezvoltarea simptomatologiei depresive trebuie nuanțată, în sensul evitării unei generalizări a interacțiunii dintre condiția medicală cronică și factorii de risc ce conduc la depresie. Un copil poate dezvolta simptome depresive datorită unei vulnerabilități crescute, individuale și de mediu, chiar dacă severitatea simptomelor afecțiunii este mult redusă. Pe de altă parte, un copil cu o stimă de sine ridicată, cu un control perceput ridicat asupra experiențelor sale, ce se bucură de suport familial și dezvoltă interacțiuni satisfăcătoare cu egalii, poate avea comportamente compensatorii eficiente și cu risc scăzut sau absent al dezvoltării simptomelor de depresie (Burke și Elliot, 1999).

Dificultățile în dezvoltarea psihică cele mai comune sunt reprezentate de simptomele de depresie (Gizynski și Shapiro, 1990; Helms, 1989, cit. în Bleil, Ramesh, Miller et al., 2000), o trecere în revistă a 60 de studii efectuate asupra prezenței simptomelor depresive la copii cu astm bronșic și cu alte condiții medicale cronice, realizat de Bennett (1994) a subliniat faptul că afecțiunea cronică la copii și adolescenți este asociată cu un risc ușor ridicat de manifestare a simptomelor depresive. Totuși, la majoritatea subiecților investigați, nivelul simptomelor de depresie nu a avut o semnificație clinică. Deși studiul a revelat o variabilitate în manifestarea acestor simptome la copii cu aceeași condiție medicală cronică, subiecții cu afecțiuni specifice (durere abdominală acută, talasemie), printre care și cei cu astm bronșic, sunt mai predispuși să experimenteze simptomele depresive, în comparație cu grupul subiecților cu fibroză chistică, cancer sau diabet mellitus. Severitatea simptomatologiei astmatice nu a fost semnificativ corelată cu prezența simptomelor depresive, în timp ce vârsta și sexul subiecților nu au fost în general asociate cu indicatorii depresiei. Studiul a analizat și evaluarea prezenței simptomelor depresive la copii, efectuată de părinți, raportările acestora indicând nivele crescute ale simptomatologiei depresive, practic o supraestimare a intensității față de autoraportările copiilor investigați. Concluziile studiului realizat de Bennett (1994) au fost aprofundate, astfel încât prezența simptomelor depresive a fost privită în contextul unei posibile legături psihofiziologice între afecțiunile comorbide și mortalitatea specifice simptomatologiei astmatice și între indicatorii depresiei (Miller, 1987; Miller și Strunk, 1989; Miller și Wood, 1997, cit. în Bleil, Ramesh,

Miller et al., 2000). Absența unei corelații semnificative între severitatea astmului și dezvoltarea simptomelor depresive au orientat investigațiile spre analiza unor variabile medicale, biologice și psihologice, care să explice variația simptomelor depresive, precum structura familiei și suportul social (Key, Brown, Marsh et al., 2001; Kashani et al., 1998, cit. în Kaugars, Klinnert, Bender, 2004). În ciuda cercetărilor numeroase asupra corelației dintre simptomele depresive și astmul bronșic, un model explicativ al prezenței indicatorilor tulburărilor psihice nu a fost clarificat. Majoritatea investigațiilor au accentuat rolul unor factori medicali în apariția simptomelor depresive, în special al severității astmului bronșic (considerat a fi un factor de risc pentru apariția simptomelor depresive) dar rezultatele obținute au fost contradictorii (Kashani și colab., 1988; MacLeon et al., 1992; cit. în Bleil, Ramesh, Miller et al., 2000). Miller (Miller și Wood, 1997) a sugerat faptul că simptomele depresive pot, într-adevăr exacerba disfuncția respiratorie la copiii astmatici prin intermediul unui mecanism psihofiziologic (prin acțiunea sistemului nervos autonom). Mai mult, simptomele depresive pot deveni factori mediatori în relația dintre statusul funcțional și calitatea interacțiunilor dintre părinte și copilul astmatic. Un status funcțional scăzut poate influența simptomele depresive, care la rândul lor, scad abilitatea copilului de a experimenta sau de a menține o interacțiune pozitivă cu părintele său (Bleil, Ramesh, Miller et al., 2000). Intensitatea simptomelor depresive la copiii astmatici poate fi atribuită nesigurăței (sentimentului de incertitudine) cu privire la iminența unei exacerbări a simptomologiei și a percepției unui control scăzut asupra simptomelor (Bennett, 1994). Totodată, simptomele depresive pot fi asociate cu disfuncții în funcționarea cognitivă (rezolvarea problemelor, performanța în îndeplinirea sarcinilor complexe, concentrare, atenție și memorie) ce pot influența aderența la recomandările medicale. Totuși, studiile corelaționale realizate în această sferă nu au stabilit dacă prezența simptomelor depresive reprezintă o cauză a comportamentului noncompliant sau această relație se manifestă invers, dacă pot fi factori mediatori luați în considerare în analiză, sau dacă relația dintre depresie și complianța copiilor astmatici poate fi bidirecțională (Opolski și Wilson, 2005). DiMatteo et al. (2000, cit. în Opolski și Wilson, 2005) a construit ipoteza unui ciclu al acestor elemente: simptomele de depresie conduc la prezența noncompliancei la tratament, atitudinea noncompliantă favorizează exacerbaria simptomatologiei, agravarea simptomelor astmatice putând determina o intensificare a simptomelor de depresie.

Modul de funcționare al familiei reprezintă o variabilă importantă ce influențează reacțiile psihologice ale copilului, mai ales în contextul unei afecțiuni cronice experimentate de copil (Eiser, 1990). Astfel, s-a observat faptul că 20-25% dintre copiii cu o condiție medicală cronică, ce aparțin unei familii cu o funcționare scăzută manifestă simptome specifice unor tulburări psihice, în timp ce doar 7 % dintre copiii ce manifestă aceste simptome provin din familii cu o funcționare ridicată (Rutter, 1981). Totodată, Jessop și Stein (1985) au demonstrat, într-un studiu asupra mediului familial al copiilor cu o condiție medicală cronică, o asociere ridicată între statusul funcțional ridicat al copiilor respectivi, cu o funcționare foarte bună a familiilor și cu un număr redus de tulburări afective observate la copii.

Componentă esențială a conceptului de "calitate a vieții" („quality of life” – QOL), statusul funcțional este definit în literatura de specialitate drept abilitatea copilului cu o condiție medicală cronică de a desfășura o varietate de activități specifice vârstei, în domenii precum îngrijirea personală, mobilitate, activități fizice, activități de rol (cu referire la activități ludice) și activități de petrecere a timpului liber (Eisen, Donald, Ware și Brook, 1980, cit. în Spieth și Harris, 1995). Deși în literatura de specialitate termenul de status funcțional este deseori folosit în locul conceptului de "calitate a vieții", distincția dintre cele două constructe este fundamentală pentru analiza clinică. În timp ce instrumentele specifice de QOL includ și evaluări subiective ale disfuncțiilor determinate de afecțiunea cronică, precum și tratamentul prescris, statusul funcțional presupune măsurarea obiectivă a funcționării copilului ulterior apariției afecțiunii (Richards și Hermstreet, 1994, cit. în Spieth și Harris, 1995). În contextul simptomatologiei astmatice, statusul funcțional nu este sinonim cu severitatea formei de astm bronșic. Un subiect astmatic poate raporta un status funcțional ridicat deși indică, concomitent, o frecvență și o intensitate ridicată de manifestare a simptomelor. Cele mai multe studii au subliniat o asociere semnificativă între prezența simptomelor astmatice, status funcțional scăzut și probleme de adaptare psihosocială marcante, în special pentru forma severă a afecțiunii. Astfel, Pandur et al. (1995) au observat o corelație semnificativă între scorurile crescute obținute de copiii astmatici la dimensiunea ajustare emoțională, prezența simptomelor de depresie și a tendinței de internalizare a comportamentelor experimentate, nivelul scăzut al stimei de sine și un nivel scăzut al statusului funcțional. Evaluarea statusului funcțional la subiecții copii cu simptomatologie astmatică poate indica domeniile - bariere pentru aderența la tratament. Percepția intervențiilor medicale drept piedici pentru realizarea activităților preferate, sau izolarea socială experimentată datorită numărului mic de interacțiuni cu egalii și a unui timp semnificativ petrecut în cadrul instituțiilor medicale, reprezintă posibile explicații ale dezvoltării unei atitudini noncompliance la procedurile prescrise. Deseori un status funcțional scăzut nu este echivalent cu o simptomatologie severă a astmului, mai ales în ceea ce privește intensitatea și frecvența de manifestare a simptomelor, astfel încât, la originea percepției afecțiunii drept un obstacol de către copil, se face referire la alți factori. Spre exemplu, prezența unei dispoziții depresive poate influența motivația copilului de a găsi strategii de coping, apariția unei viziuni pesimiste asupra dezvoltării ulterioare, chiar dacă apariția acestora nu pare a fi justificată de severitatea redusă a afecțiunii astmatice. Observațiile unei largi categorii de studii sugerează astfel faptul că impactul unei afecțiuni cronice asupra funcționării cotidiene a copilului reprezintă un predictor mult mai important pentru ajustarea psihologică a copilului în comparație cu evaluarea doar a severității simptomatologiei și acordă o prea mică importanță aportului factorilor familiali în evoluția personalității copilului astmatic.

Studiile realizate în domeniul psihologiei dezvoltării sugerează o influență specifică a interacțiunilor părinte-copil asupra unei dezvoltări emoționale adecvate a copilului. Interacțiunile pozitive părinte-copil reprezintă elemente esențiale în contextul confruntării copilului cu provocările specifice unei afecțiuni cronice, devenind potențiali factori protectori pentru dezvoltarea simptomelor de depresie la acest subgrup de copii (Eizynski și Shapiro, 1990, cit. în.

Kaugars, Klinnert și Bender, 2004). Teoria atașamentului a ghidat astfel conceptualizarea relației părinte-copil în susținerea acestor ipoteze (Huebner și Thomas, 1995; Masten, Best și Garmezy, 1990, cit. în Bleil, Ramesh, Miller et al., 2000). Un stil securizant de atașament manifestat în cadrul interacțiunilor favorizează dezvoltarea abilității copilului de a-și regla emoțiile determinate de provocările mediului (Cassidy, 1994, cit. în. Bleil, Ramesh, Miller et al., 2000).

Deși în literatura de specialitate sunt validate și utilizate instrumente pentru evaluarea stilului de atașament la copiii de vârstă preșcolară, Lynch și Cicchetti (1991, 1997, cit. în. Bleil, Ramesh, Miller et al., 2000) au aproximat rolul atașamentului în cercetări asupra stării emoționale pozitive la copii utilizând conceptul de „legătură” („Relatedness”). Acest concept, fundamentat de Connell (1990, cit. în Bleil, Ramesh, Miller et al., 2000) descrie calitatea raportată de copil a relației cu unul dintre părinți (Connell, 1990, cit. în Bleil, Ramesh, Miller et al.) și presupune evaluarea a două dimensiuni distincte, calitatea emoțiilor raportate în interacțiune și distanța psihologică aproximată, ce formează cinci pattern-uri de legături părinte-copil, dintre care două sunt considerate securizante și trei insecurizante.

Pattern-urile de manifestare ale legăturii copil-părinte corespund pattern-urilor identificate de atașament (Cicchetti, Toth și Lynch, 1995, cit. în Bleil, Ramesh, Miller et al., 2000) și reprezintă o detaliere calitativă distinctă a tipurilor de legături negative și pozitive create între copil și părinte.

Termenul de atașament nu descrie în mod adecvat calitatea relației dintre copil și părinte, deși siguranța emoțională oferită de adult influențează cu certitudine dezvoltarea copilului și starea sa de bine. Interacțiunile dintre copil și părinte nu trebuie să fie definite, în mod necesar, de prezența unui atașament al adultului pentru copil pentru angajarea acestuia în diferite pattern-uri de relație ce construiesc practic atașamentul securizant al copilului. Prin procesul de atașare, figura parentală va reprezenta pentru copil o bază sigură de confort psihic și fizic, de calmare și reasigurare. Pornind de la această bază copilul poate să înceapă explorarea mediului să se poată întoarce la ea, conștientizând prezența și valorizarea permanentă. Conceptul de „legătură” între părinte și copil accentuează calitatea emoțiilor și interacțiunilor părinte-copil, oferind o imagine a gradului în care copilul dorește să se apropie (sau să fie apropiat) de părinte (distanță psihologică aproximată), precum și a emoțiilor negative și pozitive resimțite în preajma adultului (calitatea emoțiilor). Acest concept se pliază interacțiunilor dintre părinte și copilul astmatic într-o măsură mai mare decât cel de atașament datorită evaluării tipului de emoții față de părinte și a distanței de relaționare dorite cu acesta. Emoțiile pozitive față de părinte și dorința de apropiere, de interacțiune cu acesta conduc la un management adecvat, crescut, al afecțiunii astmatice precum și la crearea unui climat emoțional care să evite exacerbarea simptomatologiei și noncomplanța la tratament.

Valoarea predictivă a variabilelor ce țin de contextul familial, mult mai mare decât cea singulară a severității simptomelor somatice specifice, a reprezentat unul din cele mai puternice argumente pentru utilizarea conceptului de „legătură părinte-copil” și pentru investigarea

aportului acestei variabile asupra intensității simptomelor de depresie raportate de copilul astmatic. Utilizând ca punct de reper în demersul investigativ modelul formulat de Nelm (1989), în accepția căruia prezența unei condiții medicale cronice la copil poate influența negativ relația dintre părinți și copil, aceasta, la rândul ei, având un impact asupra vulnerabilității crescute a copilului de a experimenta dificultăți de ajustare psihologică, cercetarea de față a selectat spre analiză calitatea relației dintre părinții și copilul cu simptomatologie astmatică.

### **Metodologia de colectare a datelor**

Subiecții care au întrunit criteriile de selecție au fost rugați să participe la studiu pe perioada spitalizării în cadrul Clinicii a II-a (etajul IV) a Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria”, Iași. În prezența părinților, copiii au fost invitați să participe la cercetarea de față, și să completeze chestionarele, cu consimțământul verbal al tutorilor. Pentru majoritatea subiecților incluși în lotul experimental s-a obținut acordul individual al copiilor, împreună cu acordul șefului de clinică. În ceea ce privește lotul de control consimțământul individual al subiecților de a participa la cercetare a fost dublat de acordul instituțiilor de învățământ implicate în cercetare, precum și de acordul profesorilor.

Investigarea calității relației părinte-copil, a intensității simptomelor de depresie, a statusului funcțional al copilului astmatic presupune elemente subiective și obiective raportate de către copil, ce se manifestă cu o oarecare regularitate. Evaluarea și relatarea acestor elemente a fost favorizată de utilizarea metodei chestionarului, metodă folosită preponderent în studiile clinice asupra copiilor cu o condiție medicală cronică. Avantajele acesteia, simplitatea procedurii de aplicare, standardizarea situațiilor investigate și a întrebărilor, posibilitatea aplicării colective, reprezintă argumente ce au fundamentat alegerea acestui tip de metodologie de culegere a datelor. Deși, informațiile obținute în cadrul unui demers calitativ (având în vedere și numărul redus de subiecți investigați) ar fi fost mai detaliate și particularizate, explicațiile privind mecanismele de asociere variabilelor având un grad ridicat de relevanță și pertinență, totuși, am selectat metoda chestionarului datorită dorinței de sistematizare și standardizare a datelor obținute, precum și în scopul generalizării concluziilor cercetării de față în contexte experimentale clinice similare.

Subiecții din lotul experimental precum și cei din lotul de control au completat cinci chestionare: Chestionarul de măsurare al statusului funcțional, Scala de măsurare a legăturii dintre mamă și copil, Scala de măsurare a legăturii dintre tată și copil, Scala de evaluare a desirabilității sociale, Scala de autoevaluare a depresiei, administrate în ordinea următoare (1) Scala de măsurare a legăturii dintre mamă și copil, (2) Scala de măsurare a legăturii dintre tată și copil, (3) Scala de autoevaluare a simptomelor de depresie, (4) Chestionarul de autoevaluare a statusului funcțional, (5) Scala de evaluare a desirabilității sociale. Analiza studiilor ce au folosit instrumente similare a demonstrat că această ordine de aplicare a chestionarelor este mai agreată

(i se oferă o ordine logică) de către subiecți (Bleil, Ramesh, Miller et al., 2000). Aplicarea chestionarelor s-a făcut în mod individual, fiecare subiect primind instrumentele pe care trebuia să le completeze. Instrucțiunile pentru completarea fiecărui instrument au fost detaliate de către investigator, eventualele neclarități fiind clarificate cu evitarea sugerării de răspunsuri, în scopul nealterării datelor obținute. Timpul aferent completării setului de instrumente a fost împărțit în funcție de vârsta și gradul de dezvoltare cognitivă a subiectului, în sensul alternării perioadelor de completare propriu-zisă cu momente de pauză de durată variabilă (de la 10 la 15 minute). Consemnul de completare al instrumentelor a suferit modificări la lotul de control, în sensul detalierii pentru acești subiecți a scopului cercetării.

Itemii formulați în cele 5 chestionare au fost adaptați caracteristicilor subiecților din categoria de vârstă analizată (8-13 ani), claritatea și gradul de înțelegere al afirmațiilor fiind verificate prin apelul la evaluarea subiecților. Pe parcursul aplicării nu au fost întâmpinate dificultăți de comprehensiune a itemilor.

#### Scala de măsurare a legăturii dintre părinte și copilul cu simptomatologie astmatică.

Pornind de la varianta propusă de Lynch și Cicchetti (1991, 1997, cit. în Bleil, Ramesh, Miller et al., 2000), „The Relatedness Questionnaire”, am construit un instrument alcătuit din două subscale, ce măsoară calitatea pattern-ului relațional stabilit între unul dintre părinți (mama, și respectiv tatăl) și copilul cu simptomatologie astmatică. Cele două scale ale instrumentului sunt „Calitatea emoțiilor” și „Distanța psihologică aproximată”.

Prima parte a instrumentului, scala „Distanța psihologică aproximată”, având 25 de itemi, evaluează gradul în care copilul astmatic dorește „să fie apropiat” față de unul dintre părinții săi (tatăl, și respectiv, mama). Cotarea fiecărui item este realizată pe cinci trepte, arătând în ce măsură copilul experimentează situațiile sugerate de fiecare afirmație. Scorurile mici obținute la această scală caracterizează subiecții care doresc să petreacă mai mult timp împreună cu părinții și le solicită apropierea, în timp ce scorurile ridicate indică dorința scăzută a copilului astmatic de a fi aproape de părintele respectiv și de a dezvolta mai multe interacțiuni cu acesta.

A doua parte a instrumentului este constituită din scala „Calitatea emoțiilor” ce face referire la numărul (preponderența) emoțiilor negative sau pozitive resimțite de copilul astmatic față de unul dintre părinți (mama, respectiv tatăl). Scala a fost structurată sub forma unei enumerări de 48 de adjective, ordonate aleator, dintre care 24 dintre adjective sunt pozitive și 24 cu conotație negativă. Copilul astmatic a fost rugat să marcheze 15 adjective care descriu cel mai bine relația cu mama, respectiv cu tatăl. Numărul mare de adjective pozitive relevă preponderența emoțiilor pozitive față de părinte, un număr mai mare de adjective cu conotație negativă diferențiind subiecții cu o percepție negativă a interacțiunilor cu părintele respectiv (mama sau tatăl). Această scală a fost adaptată după varianta construită de Thomas S. Parish „Personal Attribute Inventory” (PAIC). Sursa acestei scale este Parish, T.S. și Taylor, I.C (1978) *The personal attribute inventory for children*, Corcoran, K și Fisher, I. *Measures for Clinical*

*Practice, a source book*, 1987, The Free Press, A division of MacMillan, Inc, New York (p. 405-407).

Folosind o împărțire a scorurilor obținute în cadrul ambelor scale, procedeu similar utilizat în studiile asupra legăturii stabilite între părinte și copil astmatic („relatedness”) (Bleil, Ramesh, Miller et al., 2000), s-au obținut cinci pattern-uri colective distincte ale legăturii dintre părinte și copil: optim, mediu, ambivalent, evitant și confuz. O legătură securizantă a fost definită de prezența unui pattern optim și mediu înregistrat la copil. În opoziție, o legătură insecurizantă a inclus dimensiunile pattern-urilor ambivalent, evitant și confuz manifestate de copil în interacțiune cu figurile parentale. Coeficientul  $\alpha$  Cronbach al instrumentului pentru evaluarea legăturii cu mama este 0,91, în timp ce instrumentul de evaluare a legăturii cu tatăl (instrumentele au fost identice ca și structură, diferențiindu-se doar prin indicarea figurii parentale evaluate, mama, respectiv tata) de valoare ce demonstrează consistența internă ridicată a acestuia. Consistența ridicată a fost observată și în cazul instrumentului pentru evaluarea legăturii dintre copilul astmatic și figura paternă ( $\alpha$  Cronbach = 0,93)

#### Scala de autoevaluare a simptomelor de depresie

Sursa: Birlsen, P. (1981), *Depression Def. Rating Scale (DSRS)*, Corcoran, K. și Fisher, I. *Measures for Clinical Practice, a source book*, 1987, The Free Press, A division of MacMillan, Inc, New York (p. 391-392).

Acest instrument, construit din 23 de afirmații, are ca scop evaluarea gradului de prezență și intensitatea simptomelor de depresie la copiii cu vârsta cuprinsă între 7 și 13 ani. Cotarea fiecărui item este realizată pe 5 trepte, arătând în ce măsură copilul experimentează situațiile sugerate de fiecare afirmație. Scorurile mici obținute la acest instrument caracterizează subiecții cu o predispoziție scăzută spre dezvoltarea simptomelor de depresie. În opoziție, scorurile ridicate observate discriminează subiecții cu un risc de a dezvolta simptome de depresie. Am preferat referirea, în analiza scorurilor acestui instrument, la o predispoziție identificată la copilul astmatic de a dezvolta simptome de depresie, datorită necesității unei evaluări clinice complexe (interviu clinic de diagnostic) a copiilor ce raportează un nivel ridicat al simptomelor de depresie la acest instrument, pentru a se justifica afirmația prezenței simptomelor depresive. Scopul instrumentului este cel de identificare, de a atrage atenția asupra funcționării psihice a copilului astmatic, evaluări clinice ulterioare confirmând/înfirmând un eventual diagnostic de dispoziție depresivă.

Itemii aceste scale sunt formulați respectând caracteristicile specifice de dezvoltare ale grupului investigat. Construcția și selecția afirmațiilor a rezultat în urma identificării în literatura de specialitate a itemilor asociați simptomatologiei depresive specifice copilului. Instrumentul analizează indicatori specifici simptomelor de depresie în ceea ce privește dispoziția depresivă (în acest sens am utilizat itemi precum: „îmi vine să las baltă toate”, „simt că îmi vine să plâng”), cogniții specifice (în acest sens pot fi amintiți itemi precum „cred că viața nu merită trăită”, „pot

să mă descurc singur”-item invers cotat, „nu cred că am calități”), plângeri somatice și de ordin psihologic (relevanți în acest sens sunt itemi precum: „mă doare burtica”, „am coșmaruri”, „mă simt obosit”, „mă bucur de lucruri la fel ca înainte”). Coeficientul  $\alpha$  Cronbach al instrumentului este de 0,87 valoare ce demonstrează consistența internă ridicată a acestuia.

#### Inventarul de evaluare a dezirabilității sociale.

Sursa: Ford, L.H. și Rubin, B.M., *Young Children's Social Desirability Scale (ICSD)*, Corcoran, K. și Fisher, I. *Measures for Clinical Practice, a source book*, 1987, The Free Press, A division of MacMillan, Inc, New York (p. 412-414).

Cei 26 de itemi ce compun instrumentul evaluează motivația generală a subiecților de a se conforma normelor sociale. Cercetările asupra evoluției copiilor cu o condiție medicală cronică, ce au utilizat instrumente similare în metodologie, au subliniat tendința copiilor de a alege răspunsuri dezirabile social (Bleil, Ramesh, Miller et al., 2000). Răspunsurile sociale dezirabile reprezintă afirmații considerate de copil fără valoare de adevăr (false) și totodată „corecte”, din punct de vedere al comportamentelor și cognițiilor acceptate social și moral (spre exemplu alegerea unui răspuns precum „mă spăl întotdeauna pe mâini înainte de fiecare masă”).

Subiecții ce raportează scoruri ridicate la acest instrument prezintă o tendință crescută de a selecta răspunsuri dezirabile în completarea altor instrumente, și de a manifesta o atitudine pozitivă în interrelaționare, de a fi mai complianți la comportamentele acceptate social și cultural. Coeficientul  $\alpha$  Cronbach pentru acest instrument este de 0,84 valoare ce indică consistența internă ridicată a acestuia.

#### Chestionar de măsurare a statusului funcțional al copilului astmatic.

Instrument de construcție proprie, aceasta reprezintă o scală de 34 de itemi în care cotarea se face pe 5 trepte arătând în ce măsură copilul cu simptomatologie astmatică resimte restricții în desfășurarea activităților specifice vârstei, datorită prezenței afecțiunii cronice. Subiecții cu un status funcțional scăzut (resimt puternic restricții în desfășurarea activităților zilnice datorită manifestării simptomelor astmatice și a tratamentului prescris) obțin scoruri mari în urma evaluării cu acest instrument. În opoziție, subiecții ce raportează un status funcțional ridicat, și, în consecință, au dezvoltat strategii de coping eficiente și nu percep restricții importante în funcționarea cotidiană, obțin scoruri mici prin completarea acestui instrument.

Itemii au făcut referire la gradul de independență și de continuitate a activităților copilului în ceea ce privește îngrijirea personală, mobilitate, activități fizice, activități de rol (cu referire la activități ludice) și activități de petrecere a timpului liber. Deși o mare parte a studiilor privind impactul simptomatologiei astmatice asupra dezvoltării copilului utilizează instrumente ce măsoară calitatea vieții copilului astmatic, în acest studiu am optat pentru o evaluare obiectivă, în termeni de comportamente (frecvența și gradul lor de realizare), spre deosebire de evaluările subiective specifice conceptului de calitate a vieții. Totodată, am exclus în construcția chestionarului de măsurare a statusului funcțional itemii ce reflectă, într-o proporție mai mare,

severitatea astmului decât restricțiile resimțite de copilul astmatic datorită manifestărilor specifice afecțiunii sale. Astfel, itemii utilizați cuprind evaluări ale independenței copilului în realizarea îngrijirii personale și a mobilității („Nu pot să fac aceleași lucruri pe care le făceam înainte”, „Îmi e greu să iau singur tratamentul, în fiecare zi”, „Simt nevoia de ajutor din partea părinților mei pentru a avea grijă de boala mea”, „Pot să alerg la fel de mult ca înainte”-item cotate invers), evaluări ale gradului de îndeplinire ale activităților fizice („Mă opresc des în timp ce fac anumite activități fizice, pentru că simt că nu mai pot respira”), activități de rol („Prefer să mă joc mai mult singur de când am astm”, „prieteni mei mă aleg să petrecem timp împreună”-item cotate invers) și activități specifice de petrecere a timpului liber („Sunt exclus din activitățile pe care le fac prietenii mei din cauza bolii mele”). Coeficientul  $\alpha$  Cronbach pentru acest instrument este de 0,87 valoare ce demonstrează consistența internă ridicată a acestuia.

### **Subiecții investigați**

Studiul de față a fost realizat cu participarea a 60 de copii, 30 de copii cu simptomatologie astmatică și 30 de copii fără o condiție medicală cronică. Aceștia au constituit un grup experimental (30 de copii cu diagnosticul de astm bronșic) și un grup de control (format din 30 de subiecți fără simptomatologie specifică unei afecțiuni cronice). Lotul experimental a cuprins 30 de subiecți, cu vârsta cuprinsă între 8 și 13 ani. 14 participanți au fost de sex feminin(46.6%) și 16 subiecți au fost de sex masculin(53.4%). Toți subiecții provin din mediul urban, respectiv orașul Iași, și au fost diagnosticați de către pediatrul specialist din cadrul Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Maria”, Iași, cu o formă de manifestare a simptomatologiei astmatice.

Subiecții din lotul investigat sunt omogeni din punct de vedere al intensității simptomatologiei astmatice, diagnosticul stabilit de către medicul pediatru pneumolog fiind cel de astm sever persistent. Specificitatea acestei forme de astm nu a fost încorporată în informațiile despre acest lot datorită dificultății precizării exacte a mecanismelor etiopatogenetice implicate în severitatea simptomatologiei astmatice. Este necesară mențiunea criteriului de stabilire a severității formei astmatice în funcție de utilizarea permanentă și îndelungată (pe parcursul unei perioade mai mare de 5 ani) a serviciilor medicale (folosirea cotidiană a bronhodilatatoarelor, internarea în spital la un interval de câteva săptămâni, includerea în loturi experimentale și de monitorizare a simptomatologiei, managementul afecțiunii în conformitate cu un plan terapeutic de întreținere prescris de medicul pneumolog, vaccinări repetate, teste alerologice periodice) și nu în funcție de exacerbarea simptomatologiei (intensitatea și frecvența ridicată a simptomelor). Acest criteriu este validat de studiile în domeniu privind stabilirea severității simptomatologiei astmatice (Cabana, Bruckman, Meister et al., 2003).

Subiecții au fost selectați dintre pacienții astmatici internați în cadrul Clinicii a II-a (etajul IV) care au solicitat examinarea periodică a parametrilor respiratorii și funcționali. Nici unul

dintre subiecții lotului experimental nu a solicitat, în perioada realizării studiului, serviciile medicale datorită exacerbării simptomatologiei (examinarea parametrilor respiratorii nu a fost realizată ulterior unei crize astmatice). Criteriile de recrutare a subiecților au inclus (1) diagnosticul de astm sever, (2) vârsta cuprinsă între 8 și 13 ani, (3) absența unor afecțiuni comorbide majore sau a unor simptome specifice unor tulburări psihice.

Lotul de control a cuprins 30 de copii fără o condiție medicală cronică, elevi de la Liceul „M. Eminescu”, Iași, Colegiul „C. Negruzzi”, Iași, Școala generală cu clasele I-VIII, Petru Poni, Iași, din mediul urban. Caracteristicile similare între lotul experimental și lotul de control au fost sexul (respectiv 14 subiecți de gen feminin și 16 subiecți de gen masculin), vârsta (vârsta cuprinsă între 8 și 13 ani) și nivelul de educație al părinților. Numărul de subiecți cu o anumită vârstă din lotul experimental a concis cu numărul de subiecți din lotul de control. Totodată, proporția pentru fiecare nivel de educație raportată de subiecții astmatici a avut un echivalent în cadrul lotului de control.

Diferențierea lotului de control față de lotul experimental a fost definită prin absența simptomelor specifice unei condiții medicale cronice. Criteriile de recrutare au inclus astfel: (1) absența diagnosticului de astm sau a unor probleme pulmonare în istoricul individual, (2) vârsta cuprinsă între 8 și 13 ani, (3) sexul (în sensul similarității cu distribuția în funcție de gen prezentă în lotul experimental), (4) nivelul de educație raportat al părinților (în sensul similarității raportărilor cu informațiile obținute în cadrul lotului experimental), (5) acordul copilului de a participa la cercetarea de față, (6) absența unor afecțiuni cronice sau a unor tulburări psihologice notabile (informațiile acestea fiind obținute în urma observațiilor sistematice ale profesorilor).

## **Rezultate obținute**

Pentru început, premiza unei diferențe semnificative între cele două loturi de subiecți analizate, în ceea ce privește prezența simptomelor de depresie, a fost infirmată. Comparând scorurile obținute de subiecții astmatici la Scala de autoevaluare a depresiei cu scorurile obținute de subiecții din grupul de control la același instrument am notat faptul că 43% din subiecții astmatici manifestă simptome de depresie (au o predispoziție ridicată spre dezvoltarea simptomelor de depresie), față de 46% dintre subiecții din grupul de control. Analiza statistică a permis identificarea unor diferențe ne semnificative între nivelul simptomelor de depresie al subiecților din lotul experimental și nivelul simptomelor de depresie al subiecților din lotul de control. Testul t pentru eșantioane perechi  $t(29)=0.17$ , pentru  $p>0.05$  argumentează statistic absența acestei diferențe.

Obiectivul formulat în debutul acestui demers investigativ a fost cel de a analiza efectul de mediere al variabilei „legătură dintre copilul astmatic și părinte” asupra relației dintre statusul funcțional raportat de subiecții astmatici incluși în studiul de față și intensitatea simptomelor de depresie observată la acești subiecți.

Formularea ipotezelor (generale și de cercetare) precum și procedurilor statistice de confirmare sau infirmare specifice acestora au urmărit, pas cu pas, principiile modelului de mediere a unei variabile distincte, propuse de Baron și Kenny (1986). Am considerat variabilă dependentă „simptomele de depresie”, analizând un posibil impact al acesteia asupra variabilelor independente definite: „statusul funcțional” al copilului cu simptomatologie astmatică și „legătura părinte-copil”. Studiul de față se individualizează prin utilizarea variabilei independente „legătura părinte-copil” drept variabilă mediator în cadrul unei posibile relații dintre statusul funcțional și simptomele de depresie.

Principiile elaborării unui model de mediere, conform lui Baron și Kenny (1986) fac referire la necesitatea îndeplinirii unor condiții statistice. Astfel, între variabila predictor (status funcțional) și variabila mediator (legătura părinte-copil astmatic) trebuie să fie subliniată o corelație semnificativă. Totodată, variabila predictor (status funcțional) trebuie să fie asociată în mod semnificativ cu variabila criteriu (simptome depresive). O altă condiție pentru susținerea unui model de mediere este reprezentată de o asociere semnificativă între variabila mediator (legătura părinte-copil astmatic) și variabila criteriu (prezența de simptome depresive). Efectul de mediere este demonstrat dacă, după un control al influenței variabilei mediator (legătura părinte-copil astmatic) asupra variabilei criteriu (prezența simptomelor depresive), relația dintre variabila predictor (status funcțional) și variabila criteriu (prezența simptomelor depresive) suportă o modificare: prezența unei influențe ridicate sau a unei influențe scăzute (Baron și Kenny, 1986).

Ipoteza efectului de mediere al variabilei „legătura dintre copil astmatic și părinte” asupra relației stabilite între variabilele „status funcțional” și „simptome de depresie” a fost infirmată datorită neîndeplinirii tuturor condițiilor statistice specifice modelului de mediere. Astfel, între rezultatele obținute de subiecți la variabile „status funcțional” și rezultatele obținute la variabile „legătura dintre mama și copil astmatic” nu există o corelație semnificativă ( $r=0.22$ ,  $p>0.05$ ). Între rezultatele obținute de subiecți la variabila „status funcțional” și variabila „legătura dintre tata și copilul astmatic” nu există o corelație semnificativă ( $r=0.13$ ,  $p>0.05$ ). Între rezultatele obținute de subiecți la variabila „status funcțional” și cele obținute de variabila „simptome de depresie” există o corelație semnificativă, pozitivă și puternică ( $r=0.68$ ,  $p<0.01$ ), în sensul că un status funcțional scăzut raportat de subiecți va fi însoțit de o predispoziție ridicată, raportată de aceași subiecți, de a dezvolta simptome de depresie. Această relație este evidențiată în cazul a 46% dintre subiecții investigați ( $r^2=0,46$ ). Între rezultatele obținute de subiecții astmatici la variabila „legătura dintre copilul astmatic și tată” și cele obținute la variabila „simptome de depresie” există o corelație semnificativă pozitivă și puternică ( $r=0.56$ ,  $p<0.05$ ), în sensul că subiecții ce raportează un nivel ridicat de depresie au o legătură insecurizantă cu tatăl. Această relație se confirmă pentru 31% dintre subiecții ( $r^2=0.31$ ) astmatici incluși în lot. Între rezultatele obținute de subiecții astmatici la variabila „legătura dintre copilul astmatic și mama” și cele obținute la variabila „simptome de depresie” există o corelație semnificativă, pozitivă și medie ( $r=0.32$ ,  $p<0.05$ ), în sensul că subiecții cu un nivel mediu ale simptomelor de depresie stabilesc o

legătură securizantă cu mama. Această relație este confirmată în cazul a 10% dintre subiecții investigați.

Analiza statistică a relațiilor dintre variabilele ce compun modelul de mediere a subliniat îndeplinirea parțială a condițiilor statistice propuse de Baron și Kenny (1986), astfel încât considerăm că inferența unei influențe a legăturii stabilite între copilul astmatic și părinte asupra relației dintre status funcțional raportat de copil și intensitatea simptomelor de depresie ale acestuia nu poate fi realizată.

Scorurile scăzute obținute de subiecți la Inventarul de evaluare a dezirabilității sociale (pentru 75% dintre subiecți s-au înregistrat scoruri mai mici decât media,  $M=13$ ) relevă o tendință redusă a acestora de a alege variante de răspuns dezirabile social. Așadar, rezultate acestui studiu nu au fost afectate de un fenomen des întâlnit în situațiile evaluative: de a oferi răspunsuri considerate corecte prin raportare la standarde sociale, morale și culturale (tendința de fațadă). Putem afirma existența unui grad ridicat de concordanță între fenomenele evidențiate în acest studiu și realitatea psihologică a subiecților.

Utilizând analiza ecuației de regresie multivariată, am încercat să construim trei modele de predicție a scorurilor obținute de subiecții din lotul experimental, la variabila „simptome de depresie” pentru a sublinia aportul fiecărei variabile („status funcțional”, „legătura dintre mamă și copilul astmatic”, „legătura dintre tată și copilul astmatic”) asupra variabilei dependente. Cele trei modele supuse procedurilor statistice („Regression Linear”) au fost: modelul 1 – status funcțional, modelul 2- variabila „status funcțional” și variabila „legătura dintre mama și copilul astmatic”, modelul 3- construit din variabilele „status funcțional”, „legătura dintre mama și copilul astmatic” și „legătura dintre tata și copilul astmatic”. Rezultatele obținute au relevat faptul că scorurile obținute de subiecți la variabila „status funcțional”, variabila „legătura dintre mama și copilul astmatic” și „legătura dintre tata și copilul astmatic” (respectiv modelul 3 al ecuației de regresie) pot prezice cu acuratețe scorurile obținute la variabila „simptome de depresie” ( $R^2=0.663$ ,  $p<0,01$ ). Analiza celor trei modele subliniază aportul semnificativ de informație adus de variabila „legătura dintre tată și copilul astmatic”, coeficientul de regresie  $R^2$  modificându-se semnificativ în modelul 3. Al treilea model contribuie semnificativ la puterea de predicție a predispoziției copiilor cu simptomatologie astmatică de a dezvolta simptome depresive analizând scorurile obținute de aceștia la evaluarea statusului funcțional și a calității relației cu figurile parentale (cu mama și respective, cu tatăl).

Utilizând coeficientul de corelație Pearson pentru analiza relației dintre variabilele „legătura copilului astmatic cu mama” și „simptome de depresie”, după o împărțire anterioară a subiecților în funcție de variabila „status funcțional”, am observat o diferență semnificativă puternică și pozitivă între rezultatele obținute la aceste variabile de către subiecții cu un status funcțional scăzut ( $r=0.63$ ,  $p<0.01$ ). Astfel, subiecții cu un status funcțional scăzut au un nivel ridicat de simptome de depresie asociat cu o legătură insecurizantă cu mama. Această relație se confirmă în cazul a 39% dintre subiecții investigați ( $r^2=0.39$ ). Acest aspect se poate explica prin

abilitatea scăzută a subiecților cu un status funcțional redus de a dezvolta strategii eficiente de adaptare și de diminuare a restricțiilor în activitate datorate simptomatologiei astmatice. Percepția unor limitări datorate manifestării simptomelor astmatice amplifică, concomitent, sentimentul de incertitudine, senzația subiectivă a absenței controlului unor posibile exacerbări ale afecțiunii, scăderea propriei valori (prin raportare la un nivel de funcționare adecvat), izolarea social pot crește în intensitate și pot deveni, în contextul unei legături insecurizante cu figura maternă, favorizante pentru dezvoltarea indicatorilor specifici depresiei. Rezultatul obținut poate fi privit și prin prisma influenței unui status funcțional scăzut asupra dezvoltării simptomelor depresive, care, la rândul lor pot diminua abilitatea copilului astmatic de a experimenta și menține o relație pozitivă cu mama.

Utilizând coeficientul de corelație Pearson pentru analiza relațiilor dintre variabilele utilizate în studiu, după o împărțire anterioară a subiecților în funcție de variabila „sex”, am observat o diferență semnificativă între subiecții de gen feminin și subiecții de gen masculin în raportarea intensității simptomelor de depresie asociate unui status funcțional scăzut și cu dezvoltarea unei legături insecurizante cu figurile parentale. Astfel, am observat o diferență semnificativă puternică și pozitivă între rezultatele obținute la variabilele „status funcțional” și „simptome de depresie” de către subiecții de gen feminin ( $r=0.71$ ,  $p<0.01$ ), în sensul că subiecții de gen feminin cu un status funcțional scăzut au un nivel ridicat de simptome de depresie. O relație similară a fost observată și în cazul subiecților de gen masculin ( $r=0.70$ ,  $p<0.01$ ). Totuși, spre deosebire de rezultatele obținute de subiecții de gen feminin, în cazul subiecții de gen masculin am identificat diferențe semnificative între rezultatele înregistrate la variabilele „simptome de depresie” și „legătura copilului astmatic cu mama” ( $r=0.53$ ,  $p<0.05$ ), la variabilele „simptome de depresie” și „legătura copilului astmatic cu tata” ( $r=0.74$ ,  $p<0.01$ ), la variabilele „legătura copilului astmatic cu mama” și „status funcțional” ( $r=0.52$ ,  $p<0.05$ ), la variabilele „legătura copilului astmatic cu tata” și „status funcțional” ( $r=0.56$ ,  $p<0.05$ ). Aceste rezultate subliniază, surprinzător, față de concluziile formulate de alte studii, o tendință pronunțată a subiecților de gen masculin de a fi mult mai afectați de simptomatologia astmatică (status funcțional scăzut), de a raporta o relație insecurizantă cu tata și mama, concomitent cu un nivel crescut de intensitate al simptomelor depresive. Aceste observații sunt interesante, având în vedere faptul că studiile similare (Bleil, Ramesh, Wood et al., 2000) au atribuit genului feminin o predispoziție ridicată de a dezvolta simptome de depresie și de a întâmpina dificultăți în ajustarea psihologică și emoțională la provocările astmului bronșic. O interpretare posibilă a acestor rezultate vizează percepția generală a unor resurse mai mari specifice genului masculin și, în consecință, pierderea, de către subiectul astmatic, a suportului social și familial necesar pentru dezvoltarea unor mecanisme de coping eficiente. Totodată, absența unor strategii de ajustare comportamentală, cognitivă și afectivă specifice la subiecții de gen masculin poate explica fenomenul observat.

## **Discuții**

Experiența clinică și analiza cercetărilor privind efectele psihologice ale condiției medicale cronice în contextul dezvoltării copilului cu simptomatologie astmatică au condus către un obiectiv ambițios al acestui studiu: investigarea mecanismelor posibile ce influențează relația dintre un status funcțional scăzut, raportat de copil, și predispoziția spre dezvoltarea simptomelor de depresie.

Având în vedere rezultatele obținute putem evidenția faptul că subiecții astmatici ce raportează dificultăți în funcționarea cotidiană (status funcțional scăzut) manifestă tendința de a dezvolta o legătură insecurizantă cu tatăl și respectiv cu mama, precum și de a experimenta un nivel ridicat de intensitate al simptomelor de depresie. Această afirmație este susținută de coeficientul de corelație ridicat (cu semnificație statistică) obținut prin analiza relațiilor dintre variabilele studiului. Inferența unei relații de cauzalitate și a unor mecanisme adiacente aflate la originea corelațiilor dintre cele trei variabile nu este posibilă, astfel încât interpretările fenomenelor psihologice specifice lotului de subiecți investigat pot urma mai multe direcții. Astfel, percepția unor limitări datorate manifestării simptomelor astmatice amplifică, concomitent, sentimentul de incertitudine, senzația subiectivă a absenței controlului unor posibile exacerbări ale afecțiunii, scăderea propriei valori (prin raportare la un nivel de funcționare adecvat), izolarea socială. Elementele descrise pot crește în intensitate și pot deveni, în contextul unei legături insecurizante cu figura maternă, favorizante pentru dezvoltarea indicatorilor specifici depresiei. Miller (Miller, 1987, Miller și Wood, 1997) a sugerat faptul că simptomele depresive raportate de copiii astmatici pot, de fapt, exacerba disfuncția respiratorie specifică astmului printr-un mecanism psihofiziologic (prin intermediul sistemului nervos autonom). Totodată, rezultatele obținute pot fi explicate prin prisma conceptualizării condiției medicale cronice realizată de Nelm (1989), prezența simptomatologiei astmatice și respectiv disfuncționalitățile experimentate de către copil alterând, posibil, calitatea relației acestuia cu părintele (stabilirea unui tip insecurizant de atașament). În acest context, vulnerabilitatea copilului astmatic de a dezvolta mecanisme eficiente de coping și de a fi predispus spre probleme psihologice de adaptare (incluzând și posibilitatea dezvoltării simptomelor depresive) crește semnificativ.

Literatura de specialitate a insistat asupra asocierii dintre prezența simptomelor depresive și simptomatologia astmatică, dar mecanismele ce pot oferi explicații în privința acestei relații nu au fost identificate și multe dintre observațiile studiilor au fost inconsistente, nesistematice, și uneori contradictorii. Subiecții din cadrul lotului investigat, ce au raportat un status funcțional scăzut au manifestat tendința de a avea un nivel crescut de intensitate a simptomelor depresive. Totuși, această afirmație trebuie integrată alături de evidențierea, indicatorilor depresivi la aproximativ 43,3% dintre subiecți. Desigur, o tendință scăzută de a dezvolta simptome de depresie, subliniată anterior nu trebuie generalizată, având în vedere lotul mic de subiecți analizat și tipul de instrument folosit (de tip autoevaluativ) pentru evaluarea simptomelor depresive de către copiii astmatici. Prezența indicatorilor specifici simptomatologiei depresive

poate fi explicată prin absența unor simptome specifice astmatice care să exacerbeze manifestările afecțiunii cronice (dispnee, wheezing, probleme de somn) precum și prin perioada de remisiune a astmului bronșic, raportată de majoritatea subiecților. Analiza ratei de raportare a prezenței simptomelor de depresie în cadrul lotului experimental și a celui de control impune o atitudine rezervată în a afirma o tendință crescută, specifică subiecților astmatici, de a dezvolta simptome de depresie. Un lot considerabil de subiecți, cu simptomatologie astmatică, un control riguros al variabilelor parazite, folosirea unor instrumente adaptate eșantionului investigat pentru evaluarea intensității simptomelor depresive, utilizarea unui lot de control având caracteristici similare ar putea conduce la o imagine mai clară asupra acestui fenomen.

Analiza rezultatelor obținute de subiecții de gen feminin și subiecții de gen masculin au subliniat, surprinzător, față de concluziile formulate de alte studii, o tendință pronunțată a subiecților de gen masculin de a fi mult mai afectați de simptomatologia astmatică (status funcțional scăzut), de a raporta o relație insecurizantă cu tata și mama, concomitent cu un nivel crescut de intensitate al simptomelor depresive. O interpretare posibilă a acestor rezultate vizează percepția generală a prezenței unor resurse de coping mai mari la subiecții de gen masculin (baietii se descurcă singuri) și, în consecință, pierderea, de către subiectul astmatic, a suportului social și familial necesar pentru dezvoltarea unor mecanisme de coping eficiente. Totodată, absența unor strategii de ajustare comportamentală, cognitivă și afectivă specifice la subiecții de gen masculin poate explica fenomenul observat.

Condițiile statistice impuse pentru validarea modelului de mediere al legăturii dintre părinte și copilul astmatic asupra impactului statusului funcțional în dezvoltarea simptomelor depresive nu au fost satisfăcute, astfel încât nu putem infera o influență majoră a calității interacțiunilor dintre subiecții astmatici și figurile parentale, în ceea ce privește capacitatea lor de a limita restricțiile impuse de condiția cronică și de ajustare psihologică și comportamentală. Acest lucru nu exclude evidența problemelor de adaptare specifice evoluției simptomatologiei astmatice, predispoziției crescute a copiilor astmatici de a dezvolta simptome de depresie, și mai ales importanța interacțiunilor cu valoare pozitivă realizate între părinte și copilul cu această afecțiune. Este evident, astfel, faptul că astmul bronșic reprezintă o condiție medicală cronică, cu un impact major asupra evoluției copilului, care impune din partea acestuia mobilizarea unor resurse suplimentare, uneori absente, datorită stadiului de dezvoltare cognitivă și afectivă. Maniera în care se organizează ajustarea copilului la provocările unei afecțiuni cronice, revine, într-o mare măsură și persoanelor semnificative pentru copil.

Prin urmare, simptomatologia astmatică și influența ei asupra dezvoltării copilului presupune un design de cercetare mult mai riguros pentru a depăși limitele cercetării de față. O generalizare a rezultatelor poate fi posibilă prin utilizarea unui eșantion reprezentativ de subiecți astmatici și printr-un control mai riguros al variabilelor parazite.

O conceptualizare mai clară a interacțiunilor dintre părinte și copilul astmatic ar evidenția mult mai clar o posibilă relație cauzală între factorii familiali și exacerbarea sau diminuarea

simptomatologiei astmatice. Un studiu longitudinal care să evalueze pattern-ul de relație părinte-copil și evoluția intensității simptomelor de depresie, în momente diferite, (înainte și după debutul simptomelor astmatice) ar oferi relevanță inferenței unor relații cauzale, în contextul unui control clinic riguros al influenței fiecărei variabile în parte. Totodată, o atenție sporită acordată diferențelor de gen și percepției individualizate a simptomatologiei astmatice și a factorilor cu un impact scăzut/ridicat asupra evoluției subiecților de gen feminin și respectiv subiecților de gen masculin în cadrul adaptării comportamentale și emoționale, ar particulariza efectele psihologice ale acestei condiții medicale cronice asupra copilului. Evaluări obiective ale dimensiunilor analizate, comparate cu raportările subiective, ar sublinia mult mai clar granița dintre rezultate particularizate și rezultate ce pot fi generalizate la eșantioane extinse de copii astmatici. Astfel, o evaluare obiectivă a calității interacțiunilor dintre copil și părinte (diferențiată de raportarea subiectivă a copilului astmatic utilizată în acest studiu), dublată de identificarea strategiilor de coping și de comunicare între cei doi actori, ar furniza informații prețioase privind tipul de comportament protectiv pentru dezvoltarea unei relații pozitive între părinte și copilul astmatic. Stabilirea rolului figurii materne, în egală măsură cu rolul tatălui în experimentarea de către copil a simptomatologiei astmatice, în cadrul acestor măsurători obiective, va oferi o imagine mai completă a influenței mediului familial în dezvoltarea mecanismelor de coping necesare.

Concluziile studiului de față subliniază necesitatea unei definiții riguroase a simptomelor de depresie experimentate de copilul astmatic, relevanța raportării unui nivel de intensitate al acestora fiind posibil în contextul utilizării unui lot de control cu particularități similare cu cel experimental (diferențiat de lotul experimental prin absența simptomatologiei specifice unei afecțiuni cronice), al evaluării prin intermediul unui instrument standardizat și adaptat realității astmatice, și cu o nuanțare adecvată față de simptome depresive specifice mediului clinic psihiatric.

**Referințe:**

1. **Baron**, R. M. & **Kenny**, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182;
2. **Bartlett**, S., **Krishnan**, J., **Riekert**, A., K., **Butz**, M., A., **Malveaux**, J., F., **Rand**, C., (2004) Maternal Depressive Symptoms and Adherence to Therapy in Inner-City Children With Asthma, *Pediatrics*, Vol. 113 No. 2 February 2004, pp. 229-237;
3. **Bennett**, D. S. (1994). Depression among children with chronic medical problems: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 149-169;
4. **Blackman**, J. A., **Gurka**, M. J. (2007) Developmental and Behavioral Comorbidities of Asthma in Children, *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 28(2):92-99, April;
5. **Bleil**, M. E., **Ramesh**, S., **Miller**, B. D., & **Wood**, B. L.(2000). The influence of parent-child relatedness on depressive symptoms in children with asthma:Tests of moderator and mediator models. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(7), 481–491;
6. **Bleil**, M. E., **Ramesh**, S., **Miller**, B. D., & **Wood**, B. L. (2000). The influence of Parent child relatedness on depressive symptoms in children with asthma: Tests of moderator and mediator models. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 481-491;
7. **Burke**, P., **Elliott** M., (1999),Depression in Pediatric Chronic Illness A Diathesis-Stress Model, *Psychosomatics* 40:1, January-February;
8. **Corcoran**, K și **Fisher**, I. *Measures for Clinical Practice, a source book*, 1987, The Free Press, A division of MacMillan, Inc, New York (p. 405-407). (p. 391-392). (p. 412-414);
9. **DiMatteo**, M. R., **Lepper**, H. S., & **Croghan**, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence.*Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101–2107;
10. **Eiser**, C. (1990). Psychological effects of chronic illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 85-98;
11. **Kaugars**, A.. S., **Klennert** ,M., D., **Bender**, B., G., (2004). Family influences on pediatric asthma. *Journal of Pediatric Psychology* ,29 :475 –491;
12. **Lynch**, M., **Cicchetti**, D. (1992). Maltreated children’s reports of relatedness to their teachers. *New Directions for Child Development*, 57, 81-107;

13. **Miller**, B. D., & Wood, B. L. (1991). Childhood asthma in interaction with family, school, and peer systems: A developmental model for primary care. *Journal of Asthma*, 28(6), 405–414;
14. **National Heart, Lung, & Blood Institute**, National Asthma Education and Prevention Program (1997). *Expert Panel Report II. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma*. Bethesda, MD: National Institutes of Health Publication No. 97-4051;
15. **Nelms**, B. C. (1989). Emotional behaviors in chronically ill children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1-9;
16. **Norrish**, M., Tooley, M., & Godfrey, S. (1977). Clinical, physiological and psychological study of asthmatic children attending a hospital clinic. *Archives of Disease in Childhood*, 52, 912-917;
17. **Opolski**, M., Wilson, I.,(2005) Asthma and depression: a pragmatic review of the literature and recommendations for future research ,*Clinical Practice of Epidemiology in Mental Health*,Published online 2005 September 27-1-18;
18. **Wamboldt**, M., Fritz, G., Mansell, A., McQuid, E., L., Klein, R., B., (1998), Relationship of Asthma Severity and Psychological Problems in Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 37(9):943-950;