

## Konflikty emocjonalne dzieci astmatycznych (w świetle testu zdań niedokończonych)

### UWAGI WSTĘPNE

Astma oskrzelowa jest przewlekłą chorobą alergiczną. Nazwa jej wywodzi się z języka greckiego, gdzie „astma” oznacza „szybkie oddychanie uwarunkowane uczuciem duszności”. W rzeczy samej napady duszności są podstawowymi objawami tej choroby. Występują przeważnie nocą i charakteryzują się coraz większym nasilaniem, czemu towarzyszą: niepokój chorego, sinica ciała, zimny pot pokrywający kończyny oraz głośne świsty w klatce piersiowej, słyszalne nawet w sąsiednim pokoju. Napad astmatyczny może się przekształcić w groźny dla życia tzw. stan astmatyczny, przebiegający z tachykardią i wzrostem ciśnienia tętniczego.

W. Droszcz /1980/ wymienia m.in. następujące przyczyny tej choroby: alergeny, czynniki psychogenne, czynniki infekcyjne, atopię /uwarunkowana genetycznie ławość tworzenia przeciwciał antygenowych/. Czynniki psychogenne traktuje specyficznie, uważając je, podobnie jak czynniki infekcyjne, za „torujące drogę” alergenom i zaostrzające przebieg choroby. Za M. Segalem /1971/ stwierdza, że w przypadku astmy oskrzelowej należy określić „ile alergii, ile infekcji, ile stresu psychologicznego”.

Rolą czynników psychologicznych w przewlekłych

chorobach somatycznych zajmowali się przedstawiciele różnych dyscyplin: badali je zarówno psychosomatycy, jak i lekarze, psychologowie, psychiatrzy itp. Rozważano szereg kwestii dotyczących czynników psychicznych w etiologii danej choroby, specyfiki osobowości chorych na określoną chorobę, czy też związanych z chorobą zaburzeń psychicznych.

W wielu jednak kwestiach w odniesieniu do astmy oskrzelowej nie uzyskano, jak dotąd, jednolitej i spójnej opinii. M.in. nie ma zgodności odnośnie roli czynników psychologicznych w jej rozwoju i przebiegu, choć powszechnie odrzuca się istnienie „astmy psychogennej”. Jedni autorzy twierdzą, że istnieje określony typ „osobowości alergicznej” /powiązanej z temperamentem cykloidalnym i charakteryzującej się niską tolerancją na frustrację/, inni nie wyprowadzają wniosku na temat określonej struktury osobowości, podkreślając jedynie swoistość pewnych cech psychicznych, takich jak lękliwość, skłonność do stanów depresyjnych, nadwrażliwość emocjonalna, czy - agresywność. Z kolei niektórzy badacze stwierdzają istnienie zaburzeń emocjonalnych i wiążących się z tym trudności w społecznym przystosowaniu /J. A. Kuzemko 1976/, inni - wprost przeciwnie - piszą o dobrym przystosowaniu emocjonalno-społecznym /M. Susułowska, M. Przetacznikowa 1967/.

W psychologicznych charakterystykach dzieci astmatycznych nie ma również zgodności co do ich poziomu umysłowego: jedni twierdzą, że istnieje wyraźne obniżenie sprawności intelektualnych, spowodowane niedotlenieniem mózgu, drudzy - że nie ma różnic, a jeszcze inni - że dzieci astmatyczne są bardziej inteligentne od zdrowych /J. A. Kuzemko 1976/.

Spory dotyczą również znaczenia tzw. psychospołecznych czynników, a wśród nich znaczenia atmosfery domu rodzinnego dla rozwoju i przebiegu choroby astma-

tycznej. Podkreślane są więzi uczuciowe dziecka z rodzicami a szczególnie z matką. Choć obecnie zarzucona została psychoanalityczna koncepcja „odrzućcia macierzyńskiego” jako przyczyny choroby, wielu badaczy uważa, że pewne cechy osobowości matki modyfikują przebieg choroby dziecka. Tak np. wzmożona lękliwość matki i wiążąca się z tym postawa nadmiernie chroniąca może nasilać spowodowane chorobą zaburzenia emocjonalne dziecka /M. Susułowska, M. Przetacznikowa 1967/.

Nie ma też zgodności co do występujących w przebiegu astmy oskrzelowej zaburzeń psychiatrycznych. Esko Teiramaa /1979/ analizował m.in. zależność między zaburzeniami psychicznymi występującymi u ludzi dorosłych z astmą - a wiekiem, w którym pojawiły się u nich pierwsze napady astmatyczne. Wielostronne badania pozwoliły m.in. na sformułowanie wniosku, że u osób mających astmę od dzieciństwa /przed 16 rokiem życia/ występuje wysoki poziom lęku, a także częściej niż pozostali badani, demonstrowają oni objawy nerwicy natręctw. Osoby te, co również należy podkreślić, już w dzieciństwie ujawniały liczne symptomy neurotyczne, łącznie z trudnościami w przystosowaniu społecznym. Autor konkluduje, że na wystąpienie astmy oskrzelowej ma wpływ duża liczba różnych czynników. W szczególności atopia zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania na astmę, zaś dobra adaptacja psychospołeczna je obniża.

Powyższe uwagi sugerują pewne wnioski natury praktycznej. Jeśli z astmą współwystępują zaburzenia czy konflikty emocjonalne oraz trudności w społecznym przystosowaniu, to należałoby prócz leczenia specyficznego stosować też pewne formy terapii psychologicznej, co zresztą - z różnym skutkiem - czyni się w wielu krajach /M. Spevack 1978/. Trzeba bowiem pamiętać, że każda przewlekła choroba somatyczna wpływa na stan psychiczny. Chory przeżywa wiele stresów związanych bezpo-

średnie z chorobą: różne przykre dolegliwości, bolesne zabiegi lecznicze itp. Jednocześnie specyficznej modyfikacji ulegają warunki psychospołeczne jego życia. Pojawia się świadomość choroby i związanych z nią ograniczeń, niepewność jutra, obawy co do szans wyleczenia, wyraźne nieraz poczucie krzywdy. Zaburzeniu ulega funkcjonowanie chorego w rodzinie, narasta poczucie niepełnowartościowości, które może być dodatkowo pogłębione przez konieczność częstej hospitalizacji /A. Perzanowska - w druku/.

Nic więc dziwnego, że chorzy ujawniają wiele konfliktów emocjonalnych związanych z wymienionymi wyżej czynnikami. Siła i rodzaj tych konfliktów zależą nie tylko od specyfiki danej choroby ale też od indywidualnych cech psychicznych pacjenta. Z pewnością ma też znaczenie wiek chorego, to - czy jest on przewlekle chorym dzieckiem czy człowiekiem dorosłym.

#### PROBLEM BADAWCZY

Z literatury przedmiotu wynika, że dzieci chore na astmę oskrzelową przeżywają - w porównaniu ze zdrowymi - więcej konfliktów emocjonalnych /M. Susułowska, M. Przetacznikowa 1967/. W mojej pracy chciałabym odpowiedzieć na pytanie, jakiego rodzaju są to konflikty; w szczególności, czy z uwagi na ich treść i nasilenie występują różnice między młodszymi (7 - 10 lat) i starszymi (11 - 14 lat) przewlekle chorymi dziećmi astmatycznymi. Chodzi mi o analizę konfliktów emocjonalnych w ujęciu rozwojowym.

## CHARAKTERYSTYKA BADANYCH OSÓB ORAZ UŻYTEJ METODY

Zbadano grupę 54 dzieci /23 dziewczynek, 31 chłopców/ z rozpoznaniem dychawicy oskrzelowej, leczonych sanatoryjnie w Instytucie Matki i Dziecka w Rabce. Dzieci te podzieliłam na dwie podgrupy:

- I - dzieci młodszych, w wieku 7 - 10 lat, w ilości 23 osób,
- II - dzieci starszych, w wieku 11 - 14 lat, w ilości 31 osób.

Badane dzieci pochodziły z różnych stron Polski. Do badań typowane były przez lekarza prowadzącego. W większości hospitalizowane były wielokrotnie /niektóre z nich - piętnaście i więcej razy/.

W celu określenia stopnia i treści konfliktów emocjonalnych zastosowałam Test Zdań Niedokończonych w układzie J. Kostrzewskiego/. Jest to projekcyjny test służący do badania osobowości, stosowany przez wielu badaczy /M. Susułowska, M. Przetacznikowa 1967/.

Badania prowadzone były indywidualnie; jedynie starsze dzieci grupowo wypełniały arkusz testowy /pisemnie udzielając odpowiedzi/. Badania prowadzono na oddziale sanatoryjnym, zwykle w godzinach popołudniowych.

### WYNIKI BADAŃ

Test Zdań Niedokończonych /TZN/ daje wgląd w konflikty emocjonalne przeżywane przez badane dzieci. W obu grupach dzieci /młodszej i starszej/ stwierdzono duże ich nasilenie. Obrazuje to poniższa tabela 1, wzorowana na opracowaniu M. Susułowskiej i M. Przetacznikowej /1967/. Uwzględniłam w niej analogiczne grupy zdań

z TZN i zastosowałam identyczny sposób oceniania ujawnianych przez dzieci konfliktów: oceny „2” i „1” świadczą odpowiednio o wyraźnym względnie słabo zaznaczonym konflikcie, a znak „x” - oznacza możliwość konfliktu.

Tabela 1

Nasilenie konfliktów emocjonalnych  
u dzieci astmatycznych  
młodszych 7 - 10 lat i starszych 11 - 14 lat

Grupa	Punkty	Stosunek do:							Lęki i obawy	Suma
		Matki	Ojca	Rodzeństwa	Domu	Szkoły i Nauczycieli	Kolegów	Siebie		
Młodsza	2	1	3	0	0	2	1	1	6	14
	1	3	3	1	0	0	1	4	8	20
	x	5	6	1	6	1	2	6	6	33
	Suma	9	12	2	6	3	4	11	20	67
Starsza	2	0	1	0	0	2	1	0	4	8
	1	2	2	0	1	6	3	5	8	27
	x	5	7	4	5	5	2	11	13	52
	Suma	7	10	4	6	13	6	16	25	87

Uzyskane wyniki kolejno poddaję analizie ilościowej i jakościowej.

## Analiza ilościowa

Wzięto pod uwagę poszczególne wartości sum cząstkowych rzędów i kolumn tabeli 1. Wartości w rzędach wskazują odpowiednio na globalną ilość wypowiedzi ocenionych na „2”, „1”, „x” - bez uwzględniania ich treści. Natomiast wartości sum w kolumnach wskazują na ilość konfliktów danego rodzaju z pominięciem dokładnej wartości ich oceny.

Z uwagi na nierównoliczność obu grup posłużono się wskaźnikami procentowymi uzyskanymi z wartości nominalnych /tj. sum cząstkowych w rzędach i kolumnach/ przez obliczenie, jaki procent ogólnej sumy wypowiedzi /67 - w przypadku dzieci młodszych, 87 - w przypadku starszych/ stanowią poszczególne wartości sum cząstkowych; przy czym odróżniono wskaźniki procentowe typu A - ilości konfliktów emocjonalnych o określonym stopniu nasilenia, z pominięciem ich treści oraz wskaźniki typu B - ilości konfliktów emocjonalnych z uwzględnieniem treści, a pominięciem stopnia nasilenia. Dane te zestawiam w tabelach 2 i 3.

Jak widać, 20,9 % wypowiedzi dzieci z grupy młodszej oceniono na „2”, natomiast w przypadku dzieci starszych ocenę taką uzyskało tylko 9,2 % wypowiedzi; jednocześnie dzieci starsze, częściej niż młodsze, udzielały odpowiedzi ocenianych na „x”. Świadczy to raczej o większej wyrazistości konfliktów emocjonalnych przejawianych przez dzieci młodsze, niż o mniejszym ich nasileniu u dzieci starszych. Dzieci starsze coraz lepiej kontrolują sposób przejawiania emocji, z wiekiem wzrasta ich dojrzałość emocjonalna.

Przejdę teraz do porównania nasilenia konfliktów emocjonalnych o danej treści w obu grupach. Pełne dane z uwzględnieniem wartości procentowych obrazuje tabela 3.

Tabela 2

## Wskaźniki procentowe typu A

Grupa	Punkty	Sumy częściowe rzędów tab. 1	%
Młodsza	2	14	20,9
	1	20	29,8
	x	33	49,3
	S u m a	67	100,0
Starsza	2	8	9,2
	1	27	31,0
	x	52	59,8
	S u m a	87	100,0

Tabela 3

## Wskaźniki procentowe typu B

Lp.	Sfery konfliktowe	Grupa młodsza		Grupa starsza	
		Sumy częściowe kolumn tab. 1	%	Sumy częściowe kolumn tab. 1	%
1	Stosunek do matki	9	13,4	7	8,0
2	Stosunek do ojca	12	17,9	10	11,5
3	Stosunek do rodzeństwa	2	3,0	4	4,6
4	Stosunek do domu	6	9,0	6	6,9
5	Stosunek do szkoły	3	4,5	13	15,0
6	Stosunek do kolegów	4	6,0	6	6,9
7	Stosunek do siebie	11	16,4	16	18,4
8	Lęki i obawy	20	29,8	25	28,7
R a z e m		67	100,0	87	100,0



## Podobieństwa

W obu grupach dzieci, młodszej i starszej, dominującą sferą konfliktową jest sfera lęków i obaw /w grupie młodszej - 29,8 % wszystkich wypowiedzi, w grupie starszej - 28,7 %/. Z kolei, w obu grupach sporo konfliktów emocjonalnych dotyczy rodziców, w szczególności ojca /w grupie młodszej łączna ilość wypowiedzi dotyczących obojga rodziców wynosi 31,3 %; w grupie starszej wielkość ta wynosi 19,5 %/. W obu grupach spora liczba wypowiedzi dotyczy „stosunku do siebie” wynikając z niskiej samooceny spowodowanej różnymi czynnikami /patrz dalej - analiza jakościowa/. W obu grupach najmniej konfliktów emocjonalnych przejawia się w stosunku do rodzeństwa.

## Różnice

Między dziećmi młodszymi a starszymi zaznaczyła się wyraźna różnica w ilości wypowiedzi dotyczących szkoły i nauczycieli. Dzieci młodsze udzieliły na ten temat 4,5 % wypowiedzi świadczących o przeżywaniu konfliktu emocjonalnego, zaś starsze - 15,0 %. Większa ilość przeżywanych przez dzieci starsze konfliktów „szkolnych” sugeruje narastające z wiekiem trudności w realizacji programu szkolnego, poważniejsze w przypadku dzieci chorych /częsta absencja i wywołane przez nią narastające zaległości w nauce/.

## Analiza jakościowa

Pod uwagę wzięto treść dominujących konfliktów emocjonalnych. Kolejno | zanalizowano przyczyny lęków i obaw przejawianych przez dzieci obu grup, treść wypowiedzi dotyczących rodziców, stosunek do siebie oraz do

szkoły i nauczycieli. Przytaczane niżej wartości procentowe obliczyłam sposobem podobnym do metody wyznaczenia tabel 2 i 3.

### Lęki i obawy

Zarówno dzieci młodsze, jak i starsze przeżywają najwięcej lęków związanych z chorobą, jej objawami i towarzyszącymi zabiegami. Przejawiało się to m.in. w następujących wypowiedziach: „Nikt nie wie, że boję się ...” /„najbardziej boję się.../: „...choroby”, „...astmy”, „...duszności”, „...ataków”, „...bronchoskopii” ... itp.

U dzieci starszych uwidoczniły się ponadto lęki przed nieuleczalnością choroby /wyraziło je ośmioro dzieci starszych, a ani jedno młodsze!/ m.in. w sformułowaniach: „Najbardziej boję się...” - „...że nie wyzdrowieję”; „Myślę często, że...” - „...nie wyjdę z tej choroby” itp. Ogółem choroba jest treścią 27,2 % wszystkich wypowiedzi lękowych dzieci młodszych oraz 22,4 % wszystkich wypowiedzi lękowych dzieci starszych.

Treści innych lęków w obu grupach są podobne. Dzieci obu grup boją się duchów i złych snów, śmierci /własnej lub rodziców/, określonych osób, zwierząt, wojny, żywiołów, samotności oraz sytuacji szkolnych. Należy jednak zauważyć, że dzieci młodsze częściej wyrażały lęki przed ciemnością, żywiołami i samotnością, natomiast starsze przed wojną oraz sytuacjami szkolnymi.

### Stosunek do rodziców

Konflikty emocjonalne dotyczą: stosowania kar przez rodziców, a w tym - kar cielesnych; podnoszenia głosu na dziecko; darzenia miłością kogoś innego z rodziny /szczególnie młodszego rodzeństwa/; pijaństwa i palenia papierosów przez rodziców. Sporadycznie poja-

wiały się wypowiedzi świadczące o silniejszym konflikcie emocjonalnym, jak np. „...jest niedobry (-a)”, „...nie lubią mnie”, „...są ze mnie niezadowoleni”, „...boję się go”.

Sporo wypowiedzi dotyczyło nieporozumień małżeńskich rodziców, co przejawiało się w bardzo częstym w obu grupach kończeniu zdania: „Denerwuję się, gdy rodzice...” zwrotem: „...się kłóć”.

Proporcje wyrażonych treści dotyczących rodziców wskazują na pewne różnice między dziećmi młodszymi a starszymi. Dzieci młodsze przede wszystkim zwracają uwagę na kary, jakie stosują rodzice /ojciec/ oraz, że rodzice na nie krzyczą. Dzieci starsze rzadziej ujawniają konflikty emocjonalne dotyczące tych spraw, natomiast charakterystyczne dla nich są wypowiedzi świadczące o tym, że nie są pewne miłości rodziców /jedenaścioro dzieci starszych pisze, że rodzice kochają kogoś innego z rodzeństwa/.

### Stosunek do siebie

Konflikty emocjonalne w stosunku do siebie ujawniają się równie często w grupie młodszej, jak i starszej. Najczęstszym powodem negatywnej oceny w obu grupach jest własny wygląd oraz cechy psychiczne, trudności w uczeniu się, niepowodzenia szkolne oraz choroba. Szczególnie diagnostyczne są dwa pytania: „Wstydzę się tego że...”, „Nie chcę nikomu powiedzieć, że...”.

Dzieci młodsze za najczęstszy powód do wstydu uznają trudności, na jakie napotykają w nauce niektórych przedmiotów oraz słabe oceny uzyskiwane w szkole. Często kończyły dwa wymienione wyżej zdania następująco: „...nie umiem rozwiązywać zadań”, „...nie umiem czytać”, „...mam dwóje”, „...mam złe oceny” itp.

Kolejnym powodem do wstydu jest negatywna ocena

swych cech: „...jestem niegrzeczna”, „...jestem nienormalna”, „...jestem głupia” itp., a także choroba: „...choruję”.

U dzieci starszych kolejność jest nieco inna: na pierwszym miejscu wymieniają one negatywne cechy psychiczne, np.: „...jestem roztargniony”, „...jestem leniwy”, „...jestem niedobry”, a następnie niepowodzenia szkolne: „...nie umiem matematyki”, „...mam dwójkę z matematyki”, „...dostałam dwójkę”, „...z niektórych przedmiotów mam złe oceny”. Wstyd z powodu choroby występuje równie często, jak w przypadku dzieci młodszych. Siedmioro dzieci grupy starszej wyraziło również wstyd z powodu swego wyglądu /„...jestem gruby”, „...jestem mała”, „...mam piegi”, „...jestem słaby” itp./.

#### Stosunek do szkoły i nauczycieli

Tylko troje dzieci z grupy młodszej ujawniło konflikty emocjonalne dotyczące szkoły i nauczycieli, natomiast w wypowiedziach dzieci starszych były one dużo częstsze. Dzieci starsze użyły wielu negatywnych określeń dotyczących nauczycieli, np. zdanie „Mój nauczyciel w szkole...” często kończyły zwrotem: „...jest okropny”, „...jest niesprawiedliwy”, „...to zarozumialec”. Ich negatywne emocje widoczne są również w innych sformułowaniach, np. zdanie: „W szkole czuję się...” kończyły: „...głupio”, „...niedobrze”, „...źle, bo ciągle myślę, że dostanę dwójkę” itp.

W obu grupach zwraca uwagę podobna ilość innych negatywnie zabarwionych określeń na temat sytuacji szkolnych i zachowania nauczycieli. I tak 43,5 % dzieci młodszych zdanie „Mój nauczyciel w klasie często...” uzupełniało następująco: „...robi dyktanda”, „...kłaśówki”, „...pyta na stopnie” itp., natomiast 26 % zwracało uwagę na takie zachowania, jak „...krzyczy”, „...

...upomina", itp. Dzieci starsze zdanie to uzupełniały podobnie, przy czym większą uwagę zwróciły na to, że nauczyciele krzyczą na uczniów (42 %), a mniejszą na to, że robią klasówki (22,5 %).

Pozostałe wypowiedzi w obu grupach mają zabarwienie pozytywne /„...jest dobry” lub są o treści obojętnej /„...pije kawę”/.

### Inne problemy

W powyższej analizie uwzględniłam jedynie najczęściej ujawnione konflikty emocjonalne, dotyczące kilku wybranych sfer /por. tab. 1/. Pozostałych zdań nie poddawano ocenie punktowej, a jedynie porównywano treści życzeń i pragnień dzieci młodszych i starszych, ich zainteresowań i planów życiowych, wyrażoną przez nie ocenę środowisk wychowawczych itp.

Większość wypowiedzi dotyczy trzech tematów: choroby, tęsknoty za domem oraz problemów szkolnych, występując w obu grupach dzieci w podobnych ilościach.

Choroba, prócz wspomnianych poprzednio emocji /lęku, wstydu/ budzi bunt. Charakterystyczne dla dzieci obu grup są sformułowania: „Złości mnie to, że...”: „...choruję”, „...muszę chorować na astmę”, „...nie wynaleziono lekarstwa na astmę”, „...muszę przebywać w sanatorium” itp.

Choroba rzutuje też na stosunek do przyszłości, co wyraża się w pesymistycznych sformułowaniach typu: „Martwię się tym, że...” - „...mogę być całe życie chora”.

Dzieci obu grup pragną wyzdrowienia. Dzieci starsze, ponadto, często wyrażają życzenia zdrowia nie tylko dla najbliższych, ale i dla innych ludzi. Na przykład „Myślę często, że...” - „...ludzie nie powinni chorować; „Mogłabym być szczęśliwa, gdyby...” - „...

...wszyscy na świecie byli zdrowi"; „Chciałabym móc...” - „...wyzdrowić wszystkich”.

Współczucie dla chorych, chęć poprawy ich losu wyraża się m.in. w następujących uzupełnieniach zdania „Gdybym miał dużo pieniędzy...” - „...zbudowałbym sanatorium dla astmatyków”, „...to przeznaczyłbym część dla dzieci chorych na różne schorzenia”, „...to przeznaczyłbym dla dzieci chorych”.

Tęsknota za domem rodzinnym jest drugim charakterystycznym tematem przewijającym się w wypowiedziach dzieci obu grup. Widoczne są duże różnice indywidualne w ilości wypowiedzi /od 1 do 20/. Podam kilka przykładowych wypowiedzi jednego z mocno tęskniących za domem dzieci: „Czasem mi się śni...” - „...rodzice”, „Największą radość sprawia mi...” - „...przyjazd mojej mamy”, „Zawsze chciałam...” - „...być w swoim domu”, „Moim największym marzeniem jest...” - „...powrócić do domu”, „Wstydę się, że...” - „...bardzo tęsknię za domem” itd.

Tęsknota za domem spotęgowana jest często trudnościami w przystosowaniu się do życia w sanatorium, a także przykrym - w odczuciu dzieci - traktowaniu ich przez personel /wychowawców/. Np. „Nie chcę nikomu powiedzieć, że...” - „...jest mi źle w sanatorium”; „Najczęściej karze mnie...” - „...wychowawca” itp.

Dzieci starsze, prócz słów krytyki, wyrażają chęć wprowadzenia w sanatorium zmian, pisząc m.in. „Gdyby to ode mnie zależało...” - „...to wprowadziłbym zmiany w sanatorium”, „...zrobiłabym, żeby tutaj było trochę lepiej”, „...to bym zmienił wychowawców” itp.

## PODSUMOWANIE

W pracy zanalizowano - ujawnione w Teście Zdań

Niedokończonych - konflikty . emocjonalne przeżywane przez dzieci astmatyczne, porównując je - z uwagi na ich nasilenie i treść - w dwóch grupach badanych: dzieci młodszych /7 - 10 lat/ i starszych /11 - 14 lat/.

Stwierdzono wiele podobieństw: w ilości wypowiedzi świadczących o przeżywaniu konfliktów; w tym, że w obu grupach dominującą sferą konfliktową jest sfera lęków i obaw, koncentrujących się głównie na chorobie i towarzyszących jej okolicznościach; w charakterze konfliktów dotyczących członków rodziny /głównie ojca/; w treści wypowiedzi odnoszących się do siebie samego.

Z drugiej strony obie grupy różnią się: większą wyrazistością przeżywanych konfliktów emocjonalnych u dzieci młodszych, zaś u starszych występowaniem większej ilości lęków dotyczących nieuleczalności choroby oraz pojawieniem się charakterystycznej niepewności odnośnie miłości rodziców. Dzieci starsze przeżywają też o wiele więcej konfliktów dotyczących spraw szkolnych.

Powyższe obserwacje sugerują, że z wiekiem zmienia się swoisty obraz psychologiczny dziecka chorego na astmę. Następuje wprawdzie rozwój sfery emocjonalnej, co przejawia się: w wyraźniejszym kontrolowaniu werbalnej ekspresji swych emocji oraz - w ujawnianiu trwalszych stanów czy nastrojów uczuciowych odnoszących się do jego potrzeb i dążeń. Jednakże ta prawidłowa tendencja rozwojowa jest u chorych dzieci zakłócona, o czym świadczy „koloryt” ich wypowiedzi. Wzmocniona refleksyjność i nastrój przygnębienia - narastające z wiekiem - spowodowane są negatywną oceną przez dzieci starsze swej sytuacji życiowej oraz świadczą o braku poczucia bezpieczeństwa. W szczególności, o zagrożeniu podstawowych potrzeb psychologicznych /np. bezpieczeństwa, przynależności i miłości/ świadczą lęki przed nieuleczalnością choroby oraz przed śmiercią, a także wyraźne obawy utraty miłości rodziców. Z wiekiem zmienia się również na

niekorzyść stosunek do szkoły i nauczycieli, a także wzrasta krytycyzm, m.in. w odniesieniu do warunków hospitalizacji. Wszystko to utrudnia rozwój społeczny, co przejawia się w rosnącej ilości konfliktów interpersonalnych.

Opisane badania są fragmentem szerszej pracy prowadzonej w ramach badań międzyresortowych /MR-13, III p/ a dotyczącej funkcjonowania dzieci cierpiących na schorzenia pulmonologiczne. Pozwalają one na zasadne sformułowanie hipotezy ogólnej o postępującej z wiekiem niekorzystnej zmianie obrazu psychologicznego dziecka chorego na astmę oskrzelową. Hipoteza ta znalazła już częściowe potwierdzenie w badaniach psychologicznych obejmujących nie tylko emocjonalno-społeczną sferę rozwoju psychicznego, ale i sferę procesów poznawczych /W. Pilecka 1984, B. Sanicka 1984, A. Perzanowska 1984/. Problemem, który wymaga dalszych skrupulatnych badań jest zagadnienie dynamiki tych zmian, a w ślad za tym kwestia opisu swoistości obrazu psychologicznego dzieci chorych na przewlekłą astmę oskrzelową.

Na koniec kilka wniosków praktycznych. Postępowanie z dzieckiem chorym dążyć winno do minimalizacji wskazanych wyżej negatywnych skutków choroby. Podstawową rolę do spełnienia mają tutaj wychowawcy, którzy winni dążyć do zaspokojenia fundamentalnych potrzeb psychologicznych: bezpieczeństwa, przynależności i miłości. Ważną rolę miałyby też odpowiednio prowadzona psychoterapia zmierzająca do poprawienia przez dziecko chore obrazu siebie samego oraz podwyższenia samooceny. Z drugiej strony dążyć należy do poprawy warunków życia dzieci chorych, w szczególności warunków hospitalizacji. Ważnym jest też zminimalizowanie stresów szkolnych, czemu mógłby służyć maksymalnie zindywidualizowany tok nauki szkolnej.



## BIBLIOGRAFIA

- C w y n a r S . , M a z u r o w a A . : Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych. PZWL, Warszawa 1968.
- D r o s z c z W . : Astma oskrzelowa i zespoły astmatyczne. PZWL, Warszawa 1980.
- K o s t r z e w s k i J . : Test Zdań Niedokończonych dla dzieci. Lublin 1962, autoryzowany maszynopis.
- K u z e m k o J . A . , e d . : Asthma in Children. Pitman Medical Publ. Co Ltd, Great Britain 1976.
- P e r z a n o w s k a A . : Bilans emocjonalny dzieci astmatycznych. Referat na Konferencji Pneumologów Wieków Rozwojowego, Rabka 1984.
- P e r z a n o w s k a A . : Kilka uwag o psychicznych skutkach przewlekłej gruźlicy płuc /w druku/.
- P i l e c k a W . : Rozwój i funkcjonowanie procesów poznawczych dzieci z przewlekłymi chorobami górnych dróg oddechowych. Referat na Konferencji Pneumologów Wieków Rozwojowego, Rabka 1984.
- S a n i c k a B . : Osobowość dziecka z chorobami górnych dróg oddechowych w świetle badań kwestionariuszem Cattella. Referat na Konferencji Pneumologów Wieków Rozwojowego, Rabka 1984.
- S p e v a c k M . : Behaviour Therapy Treatment of Bronchial Asthma: A Critical Review /w:/ Canadian Psychological Review, vol. 19, 1978.
- S u s u ł o w s k a M . , P r z e t a c z n i k o w a M . : Wpływ choroby przewlekłej na rozwój psychiczny dzieci i młodzieży. Zeszyty Naukowe UJ, nr 9, Kraków 1967.
- T e i r a m a a E . : Psychosocial and Psychic Factors and Age at Onset of Asthma /w:/ Journal of Psychosomatic Research, vol. 23, 1979.
- W e i s s E . , S e g a l M . , e d . : Bronchial Asthma. Little Brown Co, Boston 1971.