

WŁADYSŁAWA PILECKA

Kierunki badań nad osobowością dzieci i młodzieży chorych na astmę

W historii badań nad strukturą osobowości chorych na astmę można wyróżnić dwa nurty, przyjmując za kryterium teorie osobowości, w świetle których interpretowano złożone zależności pomiędzy strukturalnymi cechami pacjenta a symptomami choroby, jej genezą i przebiegiem. Założenia teoretyczne implikowały z kolei sposób postępowania badawczego.

Pierwszy kierunek poszukiwań empirycznych jest ściśle związany z klasycznymi poglądami psychosomatyki na etiologię różnych chorób. Czołowa przedstawicielka medycyny psychosomatycznej F. Dunbar (za: Wrześniewski 1988) sądzi, że tylko nieliczne choroby są uwarunkowane wpływami środowiska czy czynnikami genetycznymi. Wystąpienie określonego schorzenia związane jest przede wszystkim z określoną strukturą osobowości jednostki, a zatem ustalenie profilów osobowości, pozwala lepiej określić i zrozumieć symptomy dolegliwości somatycznych. Badania przeprowadzono przy pomocy wywiadów, rozmów, obserwacji, a przede wszystkim różnorodnych kwestionariuszy osobowości.

Koncepcja ta była krytykowana już za życia autorki. Dziś wiadomo, że nie ma profili osobowości specyficznych dla osób predysponowanych do zapadania na poszczególne choroby. Istnieją natomiast pewne cechy osobowości, które mogą zwiększać ryzyko zachorowania i modyfikować przebieg choroby. W diagnozie tych cech ciągle są aktualne rozwiązania metodologiczne proponowane przez klasyków psychosomatyki, choć narzędzia badawcze opracowane współcześnie są bardziej rzetelne i trafne.

Drugi nurt badań ukształtował się pod wpływem poznawczych koncepcji osobowości. Zwolennicy psychologii kognitywnej dostrzegali pewne relacje pomiędzy zaburzeniami w strukturze anatomicznej człowieka a niektórymi cechami jego zachowania w sytuacjach, jakie stwarza choroba. Zależności te próbowali zrozumieć i wyjaśnić przy pomocy terminologii zaczerpniętej z najnowszych teorii psychologicznych. Przyjęli, że sytuacja chorego, tak jak każda inna sytuacja człowieka, ma swój subiektywny aspekt w postaci podmiotowego odzwierciedlenia. Człowiek chory tworzy sobie obraz własnego położenia życiowego, w którym ważne miejsce zajmuje poznawcza reprezentacja choroby, zwana również obrazem własnej choroby. Struktura ta odgrywa dużą rolę w regulacji zachowania się człowieka chorego, jest jedną

z wielu zmiennych psychologicznych, które wyznaczają tzw. zachowania zdrowotne i postawy wobec własnych dolegliwości. Obraz własnej choroby stanowi element szerszej struktury – obrazu samego siebie, który zdaniem wielu teoretyków pełni kluczową rolę w osobowości człowieka, jest jej głównym i centralnym wymiarem. Nie jest to struktura globalna, tworzy ją wiele składników (samoopis, samoocena, samoakceptacja), które są jeszcze bardziej zróżnicowane. Pomiędzy poznaćczą reprezentacją choroby a elementami obrazu samego siebie zachodzą skomplikowane powiązania. One to właśnie stały się obiektem zainteresowań naukowych i badań empirycznych.

Prezentację stanu badań nad osobowością dzieci i młodzieży chorych na astmę rozpocznę od analizy rozważań tych autorów, którzy czerpali swą inwencję z nurtu psychosomatycznego szukając argumentów za i przeciw istnieniu specyficznej osobowości dla tej choroby.

A. Nigam, Ś.B. Singh i J.R. Srivastava (1983) przeprowadzili badania w czterech grupach dzieci (po 35 osób): cierpiących na astmę, chorych somatycznie, z zaburzeniami funkcjonalnymi oraz zdrowych. Były one dobrane parami pod względem wieku, płci, osiągnięć szkolnych i statusu społeczno-ekonomicznego. W badaniach wykorzystano „Kwestionariusz osobowości” Cattella i Beloffa (High School Personality Questionnaire of Cattell and Beloff, 1963). Analiza wykazała, że pacjenci z astmą osiągnęli odmienne wyniki niż zdrowi uczniowie w 7 czynnikach, w 4 w porównaniu z chorymi somatycznie oraz w 2 czynnikach w stosunku do dzieci z funkcjonalnymi zaburzeniami zachowania.

Chorzy na astmę uzyskiwali niższe wyniki niż wszystkie pozostałe grupy w czynniku A. Są oni zatem nastawieni introspektywnie, nadmiernie krytycznie wobec innych i względem samych siebie, sztywni w zachowaniu oraz czują się samotni. Można przypuszczać, że dzieci nie ujawniają swych uczuć w sposób spontaniczny, zaś kumulacja nadmiaru nie rozładowanych emocji staje się z czasem przyczyną ich zaburzeń psychosomatycznych.

Siła ego wyraża poziom integracji osobowości oraz emocjonalnej kontroli i stabilności. Jest również wskaźnikiem progu tolerancji na frustrację. Osoby uzyskujące niskie wyniki w czynniku C łatwo ulegają irytacji, nie zawsze czerpią satysfakcję z życia rodzinnego i kontaktów rówieśniczych, odczuwają ciągły wewnętrzny niepokój, są często niezadowolone ze swego postępowania. Najczęstszy ich sposób reagowania to zachowania neurotyczne. Astmatycy i uczniowie z funkcjonalnymi zaburzeniami osobowości osiągnęli podobne rezultaty, które były istotnie niższe od wyników osób chorych somatycznie i zdrowych.

Wszyscy niepełnosprawni uzyskali znacznie wyższe wyniki niż zdrowi w czynniku I, przy czym pacjenci z astmą – najwyższe. Są oni więc kapryśni, mają trudności w podejmowaniu decyzji oraz dokonują negatywnych ocen społecznych. Ponadto są rozdrażnieni, podnieceni, napięci, ciągle martwiący się (wysokie rezultaty w Q₄).

Mogłoby się zatem wydawać, że jesteśmy blisko pozytywnej weryfikacji tezy Alexandra o blokadzie emocji i popędów jako przyczynie chorób psychosomatycz-

nych, gdyż czynnik Q_4 jest miarą tłumienia doznań i przeżyć człowieka. Niestety wyniki dzieci chorych na astmę nie różniły się od wskaźników uczniów z zaburzeniami funkcjonalnymi, którzy uzyskali nawet wyższą średnią ocenę ($A = 9.6$, $F = 10.5$).

Charakteryzując osobowość badanych z punktu widzenia czynników wyższego rzędu, autorzy stwierdzają, że grupa astmatyków różniła się od wszystkich pozostałych w wymiarze: „ekstrawersja – introwersja” ($p.i < 0.05$), co oznacza, że unikają oni interakcji społecznych. Natomiast w czynniku: „niski lęk – wysoki lęk” chorzy na astmę uzyskali wyższe wyniki niż zdrowi, ale niższe niż dzieci z zaburzeniami funkcjonalnymi.

Analogiczne badania w Polsce prowadziła B. Sanicka (1988). Autorka porównała profile osobowości dzieci młodszych (8–11 lat) i starszych (12–15 lat), chorych na astmę ($n = 60$) i zdrowych ($n = 60$). Badani zostali dobrani parami na podstawie wieku, płci, pochodzenia społecznego i poziomu intelektualnego. Wyniki młodszych grup nie różniły się w sposób zasadniczy. Badani, zarówno chorzy jak i zdrowi, najwyższe wskaźniki (powyżej 3 stawa) uzyskali w tych samych czynnikach (E, C, I, O, N, Q_3), co przemawia za podobieństwem struktury ich osobowości. Znaczące różnice wystąpiły tylko w dwu czynnikach: E i G i wskazują one, iż dzieci chore są bardziej agresywne niż zdrowe, a jednocześnie bardziej zależne i zniecierpliwione. Wysokie wyniki w czynniku C sygnalizują postęp w rozwoju procesów integracyjnych osobowości w kierunku adaptacji do sytuacji choroby. Nieco odmiennie kształtują się podstawowe wymiary osobowości w grupach starszych. Dominacja czterech czynników (C, Q_2 , J, F – dojrzałość emocjonalna, samodzielność w działaniu, neurastenia, ekspansywność) w strukturze osobowości pacjentów z astmą jest dowodem zarówno pozytywnych jak i negatywnych zmian w rozwoju regulacyjnych mechanizmów ich zachowania. Prawdopodobnie choroba jako czynnik nerwicogenny zakłóca proces integracji osobowości, choć młodzież próbuje przezwyciężać napotymane ograniczenia, zagrożenia i utrudnienia. Układ ten obrazuje niejako wewnętrzną walkę badanych o utrzymanie statusu „bycia normalnym dzieckiem”. Podstawowe rysy osobowości zdrowych rówieśników to dążenie do dominacji nawet w sposób agresywny (E), wzmożona ekspansywność (F), dojrzałość emocjonalna i silne ego (C) oraz śmiałość i odporność na sytuacje zagrożenia (H)¹. Największe różnice w zakresie średnich wskaźników między młodzieżą chorą i zdrową zarysowały się właśnie w czynnikach E i F. Pacjenci z astmą stopniowo wycofują się z aktywnego uczestnictwa w życiu, rezygnują z chęci podporządkowania sobie otoczenia, rozwijają defensywne formy zachowań regulacyjnych.

Badania B. Sanickiej tylko częściowo potwierdzają tezę o odmiennej strukturze osobowości dzieci chorych na astmę. Wyniki polskich dzieci w czynnikach uznawa-

¹ Czynniki wymienione na stronach 146–147 oznaczają: A – schizotypia, E – dominacja, C – dojrzałość uczuciowa, silne ego, I – wrażliwość, delikatność, O – lękliwość, brak pewności siebie, N – refleksyjność, realizm, Q_3 – wysoka samoocena, Q_4 – napięcie nerwowe, F – ekspansywność, G – zależność, H – śmiałość, J – neurastenia, Q_2 – samodzielność.

nych przez innych autorów za charakterystyczne dla astmatyków (schizotypia, neurotyczność, wrażliwość, wysokie napięcie nerwowe) mieściły się w granicach wartości przeciętnych, nie wskazywały zatem na zaburzenia osobowości. Sądzę, że polski system leczenia sanatoryjnego ma pewne walory terapeutyczne, sprzyjające prawidłowemu rozwojowi małego pacjenta. Choroba dziecka to czynnik patologizujący życie rodziny, a zwłaszcza jej więzi uczuciowe. Większość rodziców zwraca uwagę, że w ich domach panuje atmosfera nadmiaru problemów, trosk, obaw i konfliktów. Lęki i nieporozumienia rodziców, ich niewłaściwe reakcje i postawy wobec problemów dziecka kształtują u niego brak poczucia bezpieczeństwa, przekonanie o odrzuceniu, poczucie winy i wstydu, a z czasem poczucie mniejszej wartości. Pobyt poza domem, wśród osób, dla których choroba to trudna sytuacja, problem wymagający rozwiązania, a nie przyczyna, źródło cierpienia oraz negatywnych przeżyć i doznań zmienia nastawienie dziecka. Poznawczo-działaniowy, a nie emocjonalny styl zmagania się z dolegliwościami, jaki prezentuje personel medyczno-pedagogiczny, „chłodzi” emocje dziecka, mobilizuje jego siły, zachęca do reakcji i zachowań przeciwdziałających ograniczenia i utrudnienia związane z chorobą, sprzyja tym samym wewnętrznej integracji kształtujących się dopiero struktur osobowości. Dysharmonie i zakłócenia w rozwoju osobowości chorych dzieci nie tyle zależą od cech samej choroby somatycznej, ile od reakcji i zachowań osób, które je wychowują i leczą.

Znaczne rozbieżności sądów, opinii i teorii dotyczących roli czynników psychicznych w etiologii astmy, specyfiki osobowości chorych, czy też związanych z chorobą zaburzeń psychicznych zniechęciły wielu badaczy do dalszej kontynuacji badań, które miały jednoznacznie rozstrzygnąć powyższe kwestie. Ostatnio coraz częściej patrzy się na astmę jako zaburzenie fizjologiczne, w którym stres może odgrywać pewną rolę i należy go traktować jak „spust” wyzwalający ataki (Hazzard i Angert 1986). W polskiej literaturze W. Droszcz (1980) czynniki psychiczne traktuje specyficznie, uważając je, podobnie jak czynniki infekcyjne, za „torujące drogę” alergenom i zaostrzające przebieg choroby. Dostrzegane z kolei zmiany w zachowaniu osób cierpiących na astmę uważa się za następstwo tego, w jaki sposób radzą sobie one z dolegliwościami i ograniczeniami, które stwarza choroba. Pod wpływem poznawczych koncepcji człowieka trzy zmienne psychologiczne stały się centrum zainteresowania i przedmiotem badań naukowych: obraz samego siebie, poczucie umiejscowienia kontroli własnego zdrowia oraz postawy i zachowania wobec własnej choroby.

M. Margalit (1985) przeprowadziła badania porównawcze nad kształtowaniem się obrazu samego siebie w czterech grupach uczniów (9,6 – 18 lat): chorych na astmę, cierpiących na mukowiscydozę, ujawniających zaburzenia emocjonalne oraz zdrowych. Wykorzystała skalę Fittsa przystosowaną dla potrzeb diagnozowania dzieci. Szczegółowej analizie poddała wyniki w takich wymiarach obrazu własnej osoby jak: „Ja fizyczne”, „Ja rodzinne”, ocena siebie, zadowolenie z siebie i zachowanie.

W „Ja fizycznym” badany opisuje własne ciało, stan zdrowia i fizyczny wygląd. Chore dzieci (z astmą i mukowiscydozą) tworzyły negatywny obraz „Ja fizycznego”, różnił się on w sposób istotny od opisów formułowanych przez dzieci zdrowe. Nie-

którzy badani z grupy z zaburzeniami sfery emocjonalnej opisywali „Ja fizyczne” tak jak dzieci chore. „Ja rodzinne” odzwierciedla poczucie własnej adekwatności, wartości i ocenę siebie jako członka rodziny. Dotyczy percepcji własnej osoby w relacjach z najbliższymi osobami. Najbardziej ujemny obraz „Ja rodzinnego” tworzyli pacjenci astmatyczni i uczniowie z zaburzeniami emocjonalnymi. Badani ci charakteryzowali się ponadto znacznie niższą samooceną niż zdrowi. Dzieci z mukowiscydozą oceniały siebie niżej niż uczniowie pełnosprawni, ale wyżej niż chorzy na astmę i z zaburzeniami sfery emocjonalnej. Najbardziej niezadowoleni z siebie byli pacjenci z astmą. Oni też uzyskali całkowicie odmienne wyniki (różnice istotne statystycznie) w podskali „zachowanie” – nadmiernie krytycznie oceniali swoje postępowanie. Autorka zamyka rozważania ogólnym stwierdzeniem, że dzieci cierpiące na astmę tworzą specyficzny obraz własnej osoby, którego dominującą cechą jest tendencja do nadmiernej negacji samego siebie.

T. Janowicz (1978) w badaniu 250-osobowej grupy młodzieży z przewlekłymi chorobami układu oddechowego stwierdził, że 50% pacjentów charakteryzowało się niską samooceną, z jednoczesnym niepożądanym stosunkiem do obowiązków szkolnych i nadmiernym dążeniem do swobody lub samooceną nieadekwatnie podwyższoną, zwłaszcza dotyczącą osiągnięć szkolnych. Badania porównawcze wykazały, że w strukturze obrazu własnej osoby u młodzieży z przewlekłymi chorobami układu oddechowego następują większe dewiacje (podobnie jak to stwierdziła M. Margalit) niż w obrazie samego siebie u inwalidów narządu ruchu, choć zakres obiektywnych utrudnień w grupie pierwszej (młodzież chora) wydawał się znacznie mniejszy.

Prawdopodobnie astma, charakteryzująca się dużą dynamiką zmian chorobowych, których pacjent nie może przewidzieć, bardziej niż dysfunkcje narządów ruchu utrudnia kształtowanie się zintegrowanego i spójnego pojęcia o sobie. Kalectwo ustabilizowane staje się wraz z upływem czasu trwałym, niezmiennym elementem obrazu samego siebie i nie stanowi ono jedynego kryterium, według którego jednostka ocenia siebie. Osoba poszkodowana uczy się ze swym defektem żyć i pomimo ograniczeń, jakie to kalectwo stwarza, osiąga pewien poziom zaradności i samodzielności życiowej. Natomiast ciągłe zmiany w przebiegu choroby astmatycznej stanowią stałe źródło coraz to nowych zagrożeń dla procesu kształtowania się obrazu samego siebie. Można powiedzieć, że brak stabilizacji w spostrzeganiu własnej choroby i jej ewentualnych konsekwencji narusza poziom integracji obrazu własnej osoby.

Na podstawie badań własnych prowadzonych w grupach: dzieci astmatycznych (N=126), dotkniętych mukowiscydozą (N=67) i zdrowych (N=126) w wieku 8 – 15 lat stwierdziłam, iż dolegliwości somatyczne przyspieszają rozwój samopoznania. Samoopisy pacjentów z astmą i mukowiscydozą były bardziej zróżnicowane, wnikliwe i krytyczne, brak w nich tendencji do subiektywnej faworyzacji, która bardzo wyraźnie zaznaczyła się w autocharakterystykach uczniów zdrowych. Skłonność do autorefleksji, autoanalizy i szczerzej autoprezentacji była charakterystyczną cechą dzieci chorych na astmę. Choroba powodowała jednak stopniową dewaluację obrazu samego siebie. Negatywna percepcja i ocena własnego stanu zdrowia, sił i wyglądu

fizycznego ulegała generalizacji, powodując, że starsi uczniowie coraz mniej pozytywnie oceniali również inne wymiary systemu „Ja”. Samoocena (realna i idealna) w grupie chorych dzieci stopniowo obniżała się wraz z wiekiem. W młodszej grupie najwyżej oceniali siebie pacjenci z mukowiscydozą, astmatycy w ocenie swej aktualnej i przyszłej sytuacji byli bardzo ostrożni. W wielu wymiarach oceny realnej (poczucie szczęścia, odwaga, posłuszeństwo, osiągnięcia szkolne) i we wszystkich oceny idealnej uzyskiwali najniższe wyniki.

Czas trwania choroby nasilał rozdźwięk między oceną realną i idealną w grupie chorych na astmę – im dłużej chorowało dziecko tym bardziej traciło umiejętność trafnej oceny aktualnej sytuacji i stawiało sobie zbyt wysokie wymagania. Zmiany w procesie samoocenia w zespole uczniów z mukowiscydozą zależały od poziomu ich wydolności fizycznej – samoocena idealna stawała się coraz niższa w miarę zaostrożania się procesu chorobowego. Mali pacjenci byli wyraźnie mniej zadowoleni z siebie niż dzieci zdrowe. O ile samoakceptację młodszych uczniów pełnosprawnych można określić jako wysoką, zaś pacjentów z astmą jako umiarkowaną, to chorzy na mukowiscydozę już w wieku 11 lat charakteryzowali się małym uznaniem dla posiadanych wartości. W starszych grupach wskaźniki samoakceptacji obniżyły się jeszcze bardziej, co sugeruje, iż badani tracili stopniowo wiarę w swe aktualne możliwości i uświadamiali sobie w coraz większym stopniu różne ograniczenia. Ogólnie można powiedzieć, iż rozwój obrazu samego siebie u chorych na mukowiscydozę wyznaczają mechanizmy idealizacji i kompensacji, zaś u pacjentów z astmą dominują deprecjacja i kompensacja.

Stosunek do samego siebie w przypadku każdej choroby przewlekłej wiąże się ściśle z akceptacją niepełnosprawności i ograniczeń, które są jej następstwem. Zmiany w funkcjonowaniu organizmu muszą zostać wkomponowane w obraz własnej osoby. Spostrzeganie stanu swojego zdrowia, wiedza o chorobie, reakcje emocjonalne na odczuwane dolegliwości wyznaczają zachowanie pacjentów nie tylko w stosunku do personelu medycznego, ich wskazań i zaleceń, ale również decydują o charakterze kontaktów z bliższym i dalszym otoczeniem. Wielu badaczy (Mitchell, Dowson 1973, Clark, Feldman, Freudenberg, Millman, Wasilewski, Valle – 1980) podkreśla, że dzieci astmatyczne unikają kontaktów z rówieśnikami poza szkołą, nie chcą brać udziału w zajęciach pozaszkolnych, nie przestrzegają zasad leczenia, ich interakcje społeczne często mają charakter konfliktowy.

Fizjologiczne spojrzenie na astmę zmieniło również cele oddziaływań psychoterapeutycznych. Traktowanie astmy jako choroby czysto psychosomatycznej powodowało, że credo wszelkiej pomocy psychologicznej stanowiły założenia psychoanalizy. Terapeuci dążyli do poznania wraz z chorym jego nieuświadomionych konfliktów i przykrych wczesnodziecięcych przeżyć oraz do „leczenia” wszelkich nieprawidłowości występujących w życiu jego rodziny. Obecnie pomoc ta ma charakter psychoedukacyjny, a jej cele to:

– poszerzenie wiedzy chorych o anatomicznych i fizjologicznych mechanizmach ataków oraz o roli czynników „spustowych”,

- doskonalenie umiejętności samoobserwacji i samokierowania swoim zachowaniem w czasie ataków,
- zachęcenie do aktywniejszej realizacji zachowań prewencyjnych typu: ćwiczenia fizyczne, relaksacyjne i oddechowe oraz do przestrzegania wskazań lekarza,
- wzmocnienie samooceny oraz pobudzenie do aktywności,
- doskonalenie sposobów komunikowania się dzieci, rodziców, lekarzy i personelu medycznego.

Rozważane wyżej kwestie skłoniły niektórych autorów do określenia poznawczych uwarunkowań zachowania się osób cierpiących na astmę wobec własnej choroby. E.C. Perrin i E. Shapiro (1985) twierdzą, że przekonanie dziecka o tym, iż może ono w znacznym stopniu kontrolować przebieg choroby i wpływać na stan swojego zdrowia decyduje o jego współdziałaniu z personelem medycznym w procesie leczenia i rehabilitacji. To przekonanie, wiara pacjenta w możliwość kontroli swojego zachowania w sytuacji choroby, określa się w psychologii mianem „poczucia kontroli własnego zdrowia”. Sformułowanie to wchodzi w zakres znacznie szerszego pojęcia, które wprowadził do skonstruowanej przez siebie teorii społecznego uczenia się J.B. Rotter (1966). Człowiek, zdaniem tego autora, może spostrzegać, że rezultat jego działań jest uwarunkowany siłami zewnętrznymi i wówczas charakteryzuje się on poczuciem kontroli zewnętrznej (*a belief external control*), lub też uważa, że rezultat działań zależy od niego samego, czyli ma poczucie kontroli wewnętrznej (*a belief internal control*). To względnie trwałe i zgeneralizowane oczekiwanie dotyczące lokalizacji kontroli wzmocnień stanowi wymiar osobowości człowieka i jest związane z jej integracją. Osoby o wewnętrznym poczuciu kontroli charakteryzują się bardziej zintegrowaną osobowością niż jednostki o zewnętrznym poczuciu kontroli (za: Kulas 1988).

Poczucie kontroli własnego zdrowia można zatem zdefiniować jako zgeneralizowane oczekiwanie co do wewnętrznej lub zewnętrznej kontroli możliwości osiągnięcia zdrowia. Osoby o wewnętrznym umiejscowieniu poczucia kontroli są przekonane, że stan zdrowia i skuteczność radzenia sobie z chorobą zależą od jej sił, przedsięwzięć i zachowania, zaś ci, którzy charakteryzują się zewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli sądzą, że o ich zdrowiu czy przebiegu choroby decyduje personel medyczny, zewnętrzne okoliczności, szczęście lub zły los. Rozwój poczucia kontroli własnego zdrowia zależy od wielu czynników, między innymi wieku, płci, statusu ekonomicznego, uwarunkowań kulturowych.

Badania nad poczuciem kontroli własnego zdrowia u dzieci cierpiących na astmę były prowadzone niezwykle rzadko. Za jedno z pierwszych można uznać te, które opisują E.C. Perrin i E. Shapiro. Zamierzeniem autorek było ukazanie, w jakim stopniu poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia zależy od specyfiki choroby. Badania zostały przeprowadzone w pięciu grupach dzieci: zdrowych (N=71), chorych na astmę (N=73), dotkniętych cukrzycą (N=36), po wylewach czaszkowo-mózgowych (N=50) oraz kalekich wymagających pomocy ortopedycznej (N=48). W diagnozie wykorzystano „Skalę do badania poczucia kontroli własnego zdrowia

u dzieci” (*CHLOC – Children's Health Locus of Control*) oraz podobną „Skalę dla dorosłych” (*MHLOC – Multidimensional Health Locus of Control*), którą wypełniały matki badanych. Wiek dzieci wahał się od 5 do 16 lat. W analizie wyników autorki stwierdzają, iż dzieci z cukrzycą i chore na astmę nie różniły się od dzieci zdrowych. Bardziej zewnętrzne poczucie kontroli ($p.i.<0.05$) występowało u dzieci po wylewach i kalek. Częściej wskazywały one, że stan ich zdrowia zależy od innych osób. E.C. Perrin i E. Shapiro sądzą, że istotną rolę w kształtowaniu poczucia kontroli w tych grupach odgrywa system opieki medycznej i konieczność bezwzględnego respektowania zaleceń lekarzy i rehabilitantów. Rozwój poczucia kontroli własnego zdrowia zmienia się wraz z wiekiem. Przełom następuje około 7 roku życia, kiedy to lokalizacja poczucia kontroli wyraźnie przesuwa się do „wewnątrz”. Proces interioryzacji poczucia umiejscowienia zależy również od płci badanych, statusu ekonomicznego rodzin oraz treningu umiejętności radzenia sobie z chorobą (np. u dzieci z cukrzycą).

Matki bez względu na specyfikę dolegliwości dzieci osiągnęły niższe wyniki w wymiarze „wewnętrzne poczucie kontroli”. Matki zdrowych dzieci odwrotnie. Różnice pomiędzy wypowiedziami pierwszej i drugiej grupy były statystycznie istotne. Nie stwierdzono zależności pomiędzy przekonaniem matek a sądami dzieci.

Autorki sugerują, że już małe dzieci powinny poznawać sposoby kontroli swojego stanu zdrowia. Intensywny trening umiejętności radzenia sobie z chorobą należy rozpocząć około 9 roku życia. Młodzież powinna osiągać coraz lepszy poziom rozumienia swojej sytuacji, kształtować właściwe zachowania prozdrowotne i rozwijać wewnętrzne poczucie kontroli przebiegu choroby. Osoby z wewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli własnego zdrowia chcą więcej wiedzieć o chorobie, częściej podejmują zachowania prewencyjne i adekwatnie pojmują rolę człowieka chorego. Należy również wpływać na postawy matek, które swym zachowaniem mogą niekorzystnie oddziaływać na stosunek dzieci do własnej niepełnosprawności.

Porównawcze badania nad poznawczymi mechanizmami osobowości nie odpowiadają na pytanie, czy rzeczywiście pełnią one regulacyjną funkcję w zachowaniu chorej jednostki i czy można je rozwijać w toku zamierzonych oddziaływań stymulacyjnych. Starły się odpowiedzieć na nie A. Hazard i L. Angert (1986). Przygotowany program psychoedukacyjny (pływanie, zajęcia artystyczne, haftowanie, tenis, siatkówka, kajakarstwo, łowienie ryb, football, turystyka piesza, spotkania terapeutyczne) był realizowany z grupą 43 dzieci – uczestników letniego obozu. W ostatnim dniu pobytu zespół ten wypełniał trzy kwestionariusze: skalę wiedzy o astmie, skalę do badania poczucia kontroli własnego zdrowia oraz skalę Piersa i Harrisa, diagnozującą obraz samego siebie. Analogiczne badania przeprowadzono w grupie kontrolnej 37 chorych nie biorących udziału w obozie. Matki wypełniały kwestionariusz dla rodziców.

Opracowanie statystyczne pozwoliło stwierdzić pozytywną korelację pomiędzy liczbą godzin programu a rozwojem poczucia kontroli własnego zdrowia, pomiędzy wiekiem a wiedzą, wiekiem a poczuciem kontroli zdrowia oraz wiedzą a poczuciem kontroli własnego zdrowia. Dane te sugerują, iż chorzy wraz ze wzrostem wieku ży-

cia i pod wpływem zamierzonych oddziaływań psychoedukacyjnych rozszerzają swoją wiedzę o astmie oraz w coraz większym stopniu czują się zdolni do kontroli przebiegu choroby i kierowania swoim zachowaniem.

Ciekawą prawidłowość zauważyły autorki w opisie cech obrazu samego siebie badanych uczniów. Okazało się, że uzyskali oni lepsze wyniki średnie (61.3) niż grupa normalizacyjna (52.7). Wypowiedzi dzieci astmatycznych miały charakter kompensacyjny, dążyły one do stworzenia pozytywnego obrazu własnej osoby. Mechanizm kompensacji miał charakter adaptacyjny i sprzyjał rozwojowi właściwych zachowań przystosowawczych (istotne korelacje pozytywnych cech obrazu samego siebie z dobrym przystosowaniem społecznym). Rezultaty badanych osób w skali obrazu samego siebie i w skali zachowania nie były uwarunkowane ich wiedzą o astmie czy postawami wobec choroby. Należy przypuszczać, iż poznawcze mechanizmy osobowości (zwłaszcza poznawcza reprezentacja choroby) nie wpływają jeszcze w tym wieku na zachowanie pacjentów. Pomimo że nie wystąpiły znaczne różnice pomiędzy wynikami grupy eksperymentalnej i kontrolnej, uczestnictwo w obozie miało duże znaczenie dla dzieci, gdyż dzięki temu łatwiej akceptowały chorobę, zmniejszało się ich poczucie izolacji, osiągały większą niezależność w podejmowaniu różnych decyzji i czynności.

Zainteresowanie własną chorobą niepomiarowo wzrasta w wieku dorastania. Młodzież poszukuje informacji na temat istoty choroby, jej przyczyn oraz konsekwencji. W badaniach własnych (Pilecka 1987) stwierdziłam, że uczniowie klas VI, VII, VIII cierpiący na astmę, cukrzycę i chorobę reumatyczną mają duży zasób wiadomości o swoich dolegliwościach i są one zintegrowane w logiczną, spójną całość. Niemal wszystkie osoby znały istotę choroby, sposób jej leczenia oraz potrafiły opisać aktualny stan swego zdrowia. Luki informacyjne występowały w obrazie przyczyn, dalszego przebiegu choroby oraz w obrazie jej następstw. Najwięcej informacji posiadała młodzież astmatyczna, następnie chorzy na cukrzycę, a w ostatniej kolejności badani z chorobą reumatyczną. Poglądy na temat własnej choroby pacjenci konstruowali na podstawie osobistych przeżyć psychicznych spowodowanych cierpieniem, obiegowych opinii zasłyszanych w środowisku domowym lub instytucjach leczniczych, a także na podstawie pewnych elementów wiedzy medycznej.

Badani postrzegali własną chorobę w sposób subiektywny, ale zarazem realistyczny, byli w pełni świadomi ograniczeń, jakie może ona stworzyć. Bardziej optymistycznie chorzy oceniali aktualny stan swojego zdrowia i najbliższe efekty leczenia, natomiast z pesymizmem i obawą oczekiwali przyszłych konsekwencji swoich dolegliwości. Negatywny obraz społecznych następstw choroby najczęściej tworzyli uczniowie z cukrzycą i chorobą reumatyczną. Chorzy na astmę konstruowali stosunkowo często optymistyczny obraz własnej choroby i ci badani stosunkowo rzadko manifestowali zachowania nieaprobowane społecznie (bunt, przekora, agresja). Młodzież o pesymistycznym obrazie własnej choroby ujawniała liczne zaburzenia zachowania (szczególnie badani cierpiący na cukrzycę i chorobę reumatyczną). Prawdopodobnie antycypacja przykrych sytuacji społecznych o charakterze

utrudnień czy zagrożeń mogła skłaniać chorą młodzież do reakcji, które nie były akceptowane przez otoczenie. Ta dezaprobatą zachowania mogła być z kolei postrzegana jako negatywny stosunek otoczenia do samej choroby, jak i chorych osób. Przekonują o tym te wypowiedzi, w których badani twierdzą, że są nikomu niepotrzebni, czują się odrzuceni lub ukrywają chorobę. Tak więc pomiędzy funkcjonowaniem społecznym badanych a treścią poznawczej reprezentacji ich choroby istnieje zależność o charakterze sprzężenia zwrotnego. Badani kształtują stosunek do własnych dolegliwości poprzez pryzmat reakcji osób z najbliższego otoczenia, a z kolei tak ukształtowany obraz własnej choroby, a zwłaszcza jej następstw, modyfikuje ich zachowania społeczne.

Ten obszerny przegląd rozważań teoretycznych i rezultatów bardzo zróżnicowanych z metodologicznego punktu widzenia badań warto zamknąć ogólnymi wnioskami, które na ich podstawie można sformułować:

1. Osobowość astmatyczna jako taka nie istnieje, ale pacjenci dotknięci tą chorobą ujawniają pewne cechy, które zwiększają ryzyko zachorowania, modyfikują przebieg choroby i utrudniają proces leczenia.

2. Badania komparatystyczne pozwalają chorych na astmę scharakteryzować jako osoby lękliwe ujawniające skłonności neurotyczne, submisyjne, pokorne, sztywne. Stopień choroby nie wyznacza jednak w sposób bezpośredni rozwoju tych cech, ich pojawienie się w zachowaniu pacjenta zależy w większym stopniu od uwarunkowań sytuacyjnych. Podwyższony poziom lęku manifestuje się poprzez objawy somatyczne.

3. Badania prowadzone w grupach dzieci i młodzieży przekonują, że dolegliwości astmatyczne to nie tylko efekt nieprawidłowych interakcji czynników psychicznych i środowiskowo-sytuacyjnych, ale również przyczyna dysharmonii i zaburzeń w procesie integracji różnych struktur osobowości młodego człowieka. Astma, jako choroba o dużej i trudnej do przewidzenia dla pacjenta dynamice zmian, utrudnia i zakłóca rozwój zarówno jego sfery emocjonalno-dążeńiowej jak i poznawczych elementów osobowości, a zwłaszcza obrazu własnej osoby.

4. Dzieci chore mogą w pełni rozwinąć wewnętrzne poczucie kontroli stanu swojego zdrowia i skutecznie kierować swoim zachowaniem w okresie przed wystąpieniem ataków jak i w czasie ich trwania.

5. Optymizm, orientacja prospołeczna, aktywność własna, dobre przystosowanie społeczne to czynniki wspomagające opanowanie strategii i umiejętności radzenia sobie z dolegliwościami choroby już w okresie dorastania i młodzieńczym. Te cechy osobowości może rozwinąć mały pacjent w terapeutycznych interakcjach z bliskimi mu osobami.

Bibliografia

- Clark N. et al, *Developing Education for Children with Asthma Through Study of Self-management Behavior*, Health Education Quarterly 1980/7
- Droszcz W., *Astma oskrzelowa i zespoły astmatyczne*, PZWL, Warszawa 1980

- Hazzard A. i Angert L., *Knowledge, Attitudes and Behavior in Children with Asthma*, Journal of Asthma 1986/2
- Janowicz T., *Założenia, organizacja i metodyka kształcenia zawodowego młodzieży ze schorzeniami układu oddechowego*, [w:] *Kształcenie zawodowe młodzieży z odchyleniami i zaburzeniami rozwojowymi*, (red.) A. Hulek, MOiW, Warszawa 1980
- Kulas H., *Stabilność i zmiana poczucia kontroli we wczesnej fazie okresu dorastania*, „Psychologia Wychowawcza” 1988/3
- Margalit M., *Multivariate Concept of Psychosomatic Illness. The Self-concept of Asthmatic Children*, Journal of Asthma 1985/10
- Mitchell R.G., Dowson B., *Educational and Social Characteristics in Children with Asthma*, Arch.Dis.Child 1973/48
- Nigham A., Singh S.B., Srivastawa J.R., *Asthmatic, Somatic and Functional Disorders. A Comparative Study*, Indian Journal of Clinical Psychology 1983/10
- Perrin E.C. i Shapiro E., *Health Locus of Control Beliefs of Healthy Children, Children with a Chronic Physical Illness and their Mothers*, The Journal of Pediatrics 1985/4
- Pilecka W., *Osobowościowe determinanty przystosowania społecznego młodzieży cierpiącej na astmę, cukrzycę i chorobę reumatyczną*, [w:] *Pedagogika specjalna – uwarunkowania i tendencje rozwoju*, (red.) J. Pańczyk, WSPS, Warszawa 1989
- Pilecka W., *Dynamika rozwoju psychicznego dzieci chorych na astmę i mukowiscydozę*, Wyd. Nauk. WSP, Kraków 1990
- Rotter J.B., *Some Problems and Misconceptions Related to the Construct of Internal Versus External Control of Reinforcement*, Journal of Consulting and Clinical Psychology 1975/43
- Sanicka B., *Struktura osobowości dzieci ze schorzeniami górnych dróg oddechowych (analiza porównawcza dzieci zdrowych i chorych)*, Rocznik Naukowo-Dydaktyczny, Prace Psychologiczne II, z. 120, Wyd. Nauk. WSP, Kraków 1988
- Wrześniewski K., *Psychologiczne przyczyny chorób somatycznych*, [w:] A. Eliaz, K. Wrześniewski, *Ryzyko chorób psychosomatycznych: środowisko i temperament a wzór zachowania*, Ossolineum, Wrocław 1988

WŁADYSŁAWA PILECKA

Directions of Research on Personality of Children and Adolescents Suffering from Asthma

Summary

In the history of research on the structure of personality in individuals suffering from asthma it is possible to distinguish two trends (taking theories of personality as a criterion) in the light of which the complicated relations between structural features of a patient and symptoms of disease, its genesis and duration are interpreted.

The first trend in empirical investigations is closely connected with classical psychosomatic views on etiology of different diseases. In the opinion of authors accepting this point of view, the structure of personality determinates outset and course of asthma and so learning a personality pattern of asthmatic patient facilitates understanding symptoms of his/her somatic complaints.

The second direction of research on the psychological factors in asthma has been shaped under the influence of cognitive conceptions of personality. The advocates of cognitive psychology notice certain associations between disorders in the anatomical structure of individual and his/her behaviour in the situations which are created by disease. They try to understand and explain these relationships in terms of the most contemporary theories in psychology. Their interests and investigations are focused on three psychological variables: self-concept, health locus of control beliefs and attitudes towards own illness.

ВЛАДИСЛАВА ПИЛЕЦКА

**Основные направления исследований
над личностью астматических детей и молодежи**

Резюме

В истории исследований над структурой личности больных астмой можно выделить два направления, принимая в качестве критерия теории личности, в свете которых интерпретировались сложные отношения между структурными чертами пациента, с одной стороны, и симптомами, генезисом и течением болезни, с другой.

Первое направление экспериментальных поисков тесно связано с классическими взглядами психосоматики на этиологию различных болезней. Представители этого направления считали, что выступление определенного расстройства связано прежде всего с определенной структурой личности, а тем самым исследование профилей личности позволяет лучше определить и понять симптомы соматических недугов.

Второе направление исследований сформировалось под влиянием когнитивных концепций личности. Сторонники когнитивной психологии воспринимали определенные связи между расстройствами в анатомической структуре человека и некоторыми чертами его поведения в ситуациях, определенных болезнью. Эти связи они пытались понимать и выяснять при помощи терминологии взятой из новейших психологических теории. Под влиянием когнитивных концепций человека в центре внимания и одновременно как предмет научных исследований были выдвинуты: образ самого себя, чувство локализации контроля собственного здоровья и поведение по отношению к своей болезни.