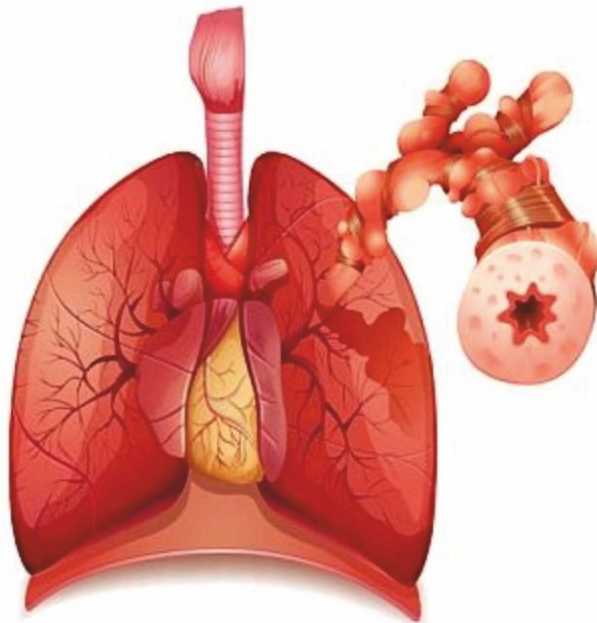


Andrea Müller-Fabian

ASTMUL BRONȘIC LA COPII - IMPLICAȚII FAMILIALE

Cercetări empirice



Presă Universitară Clujeană

Andrea Müller-Fabian

ASTMUL BRONȘIC LA COPII – IMPLICAȚII FAMILIALE

Cercetări empirice

Andrea Müller-Fabian

**ASTMUL BRONȘIC LA COPII –
IMPLICAȚII FAMILIALE**

Cercetări empirice

PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ

2025

Referenți științifici:

Prof. dr. Dégi László Csaba

Prof. dr. Cristian Delcea

ISBN 978-606-37-2598-2

© 2025 Autoarea volumului. Toate drepturile rezervate.
Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice mijloace, fără acordul autoarei, este interzisă și se pedepsește conform legii.

Universitatea Babeș-Bolyai
Presa Universitară Clujeană
Director: Codruța Săcelean
Str. B.P. Hasdeu nr. 51
400371 Cluj-Napoca, România
Tel.: (+40)-744.687.884
E-mail: editura@ubbcluj.ro
<http://www.editura.ubbcluj.ro/>
<https://biblioteca.ubbcluj.ro/>

CUPRINS

INTRODUCERE	7
I. ASTMUL BRONȘIC LA COPII.....	9
II. DESCRIEREA CERCETĂRII.....	11
2.1. Ipotezele cercetării	12
2.2. Instrumentele folosite.....	13
2.3. Fazele cercetării și populația cercetată.....	15
III. ANALIZA DATELOR.....	17
3.1. Prelucrarea statistică a datelor populației cu astm bronșic și a grupului de control	17
3.2. Analiza și interpretarea datelor	22
IV. STUDIU DE CAZ.....	53
4.1 Cazul S. Ana	54
V. PSIHOTERAPII RECOMANDATE PACIENȚILOR CU ASTM BRONȘIC.....	61
CONCLUZII FINALE	65
BIBLIOGRAFIE	69
ANEXE	73
ANEXA 1. Chestionar privind viața familială (FAD).....	74
ANEXA 2. Prelucrarea statistică a datelor obținute – FAD	76
ANEXA 3. Modalități de coping.....	78

ANEXA 4. Prelucrarea statistică a datelor obținute la scala – Modalități de coping.....	79
ANEXA 5. S.T.A.I. Forma –X1 și S.T.A.I. Forma –X2.....	81
ANEXA 6. Prelucrarea statistică a datelor obținute la Scala S.T.A.I. – Scala STAI X1 și Scala STAI X2.....	82
ANEXA 7. Scala S.T.A.I. Forma –C	83
ANEXA 8. Prelucrarea statistică a datelor obținute la Scala S.T.A.I. C- Scala STAI C1 și Scala STAI C2	84
ANEXA 9. Scala de evaluare a stimei de sine Rosenberg	85
ANEXA 10. Prelucrarea statistică a datelor obținute la Scala de stimă de sine Rosenberg.....	86
ANEXA 11. Inventarul Depresiei pentru Copii (CDI).....	87
ANEXA 12. Prelucrarea statistică a datelor obținute la Inventarul Depresiei pentru Copii (CDI).....	88

INTRODUCERE

Lucrarea de față poate fi considerată o continuare firească a volumului Astmul bronșic la copii – o abordare holistică, fiind dedicată prezentării rezultatelor unei cercetări empirice, bazată pe fundamentarea teoretică expusă în volumul anterior.

Abordarea unilaterală, fie psihică, fie somatică, a astmului bronșic nu conduce la concluzii unanim acceptate. Pentru elaborarea tabloului clinic nu este suficientă prezența factorilor somatici implicați în etiologia astmului, ci este necesară și luarea în considerare a factorilor psihici. Acest enunț este valabil și invers: astmul bronșic nu apare exclusiv ca urmare a unor cauze psihice.

Dintre factorii psihici cu potențial cauzator de boală, considerăm relevante tulburările în relația mamă-copil, grija exagerată și așteptările excesiv de severe ale anturajului.. Tulburările în relația mamă-copil pot declanșa un comportament caracterizat prin faptul că acel copil nu se leagă în mod real de nimeni și de nimic. Aceasta semnalează, de fapt, lezarea legăturii între mama și copil, respectiv lezarea instinctului de legătură reală. Crizele astmatice sunt însoțite frecvent de comportamente irascibile, manifestări agresive și anxietate.

Tratamentul, pe lângă metode terapeutice somatice și medicamentoase, include și utilizarea metodelor de relaxare, precum și terapiile individuale și familiale.

Lucrarea noastră se bazează pe date empirice, având ca scop observarea mecanismelor de funcționare a familiilor copiilor astmatici din perspectiva terapiei familiale sistemice.

Rezultatele cercetărilor arată că acești copii sunt mai anxioși decât cei din grupul de control iar stima lor de sine este scăzută. Mama (adultul care îi crește-îngrijește) este cea care trebuie să gestioneze problemele emoționale și anxietatea. În modelul sistemului familial se pot constata

caracteristici disfuncționale tipice, cum ar fi contopirea, supraîngrijirea, rigiditatea și evitarea situațiilor conflictuale. Părinții copiilor astmatici se disting prin pretenții exagerate față de copil, pretenții de care copilul „scapă” doar în contextul bolii. Membrii familiei se implică excesiv în viața copilului, oferă constant răspunsuri apărătoare, manifestă reticență față de schimbare și prezintă un prag scăzut de toleranță la conflict.

Ca o concluzie generală, se poate spune că, în cazul copiilor astmatici, simptomul psihosomatic este metaforic (simbolic), reflectând o nevoie de comunicare care se exprimă exclusiv prin intermediul corpului.

I.

ASTMUL BRONȘIC LA COPII

În literatura de specialitate găsim numeroase încercări de a defini astmul bronșic, însă o definiție complet satisfăcătoare nu există, susține Anastasatu¹.

Marea majoritate a cercetătorilor acceptă însă definiția dată de specialiștii OMS și National Heart, Lung and Blood Institute (SUA), comunicată în cadrul Workshopului Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA4)². Astfel „astmul este afecțiunea inflamatorie a căilor respiratorii, în a cărei apariție joacă un rol important numeroase celule și mediatori. Ca urmare a inflamației și a consecințelor acesteia apare hiperreactivitatea în căile bronșice, ceea ce determină o respirație șuierătoare (wheezing), dispnee, senzație de tensiune toracică, tuse – fenomene care de obicei apar noaptea sau în primele ore ale dimineții. Simptomatologia este legată de o obstrucție mai mult sau mai puțin extinsă a căilor respiratorii, care cedează spontan sau sub acțiunea medicamentelor”³.

Maria Daniela Nicoară consideră că boala „este una din dovezile cele mai elocvente ce atestă unitatea biologică, psihologică, socio-culturală și spirituală a ființei umane, dar și intervenția terapeutică multidisciplinară”⁴. Astmul bronșic la copii este una dintre cele mai frecvente boli declanșate și accentuate de stres și de alți factori psihologici.

¹ Anastasatu, C., *Tratat de Medicina Interna* vol. I. Bolile aparatului respirator, Ed. Medicală București, 1983, pp. 2571.

² Szabó Alexandra, *Asztmás gyermekek és szülei életminősége és pszichés állapota*, lucrare de doctorat, Budapesta, 2009, pp. 8.

³ *Ibidem*, 2009, pp. 8.

⁴ Daniela Nicoară, Actualități în psihoterapia bolnavilor astmatici, In *Medicina Modernă*, 2010; 17(4):208,14.

Volumul anterior, *Astmul bronșic la copii – o abordare holistică*, a fost conceput în așa fel încât problematica astmului bronșic la copii să fie abordată atât în lumina profilaxiei medicale cât și în lumina cercetărilor psihologice și terapiei familiale sistemice.

Ipoteza noastră este că pe lângă factorii genetici, predispozanți ai astmului bronșic la copii, trebuie să existe și alți factori, de natură psihologică și socială, care la rândul lor joacă un rol important în apariția și menținerea bolii.

Am alocat un loc aparte familiei copilului cu astm bronșic (familia psihosomatică), deoarece am găsit teorii și cercetări care au evidențiat existența unor particularități la nivelul funcționării familiei în cazul copiilor cu boli psihosomatice.

Abordarea sistemică are menirea de a descoperi legăturile și funcționarea unui sistem real, sistemul familial. Esența acestei abordări constă în faptul că nu caută „țapi ispășitori”, nu există vinovați, neputincioși. Fiecare membru al familiei are dreptate: căci fiecare manifestare servește stabilitatea, homeostaza familiei, deci cu toții vor un lucru bun. Pentru încetarea simptomului e nevoie de o nouă stabilitate în cadrul familiei. În asta ajută specialistul.

Suntem convinși că abordarea sistemică este cea mai eficientă în cazul copiilor cu afecțiuni psihosomatice, atâta timp cât boala nu a devenit încă cronică și nu s-a fixat. Totodată, părinții acestor copii sunt tineri, iar în cazul lor este mult mai ușor de intervenit asupra problematicii structurii familiale.

II. DESCRIEREA CERCETĂRII

Prin abordarea holistică a factorilor genetici, psihologici și a celor familiali, obținem informații importante legate de geneza și mecanismele de susținere a astmului bronșic la copii. Cunoscând acești factori, avem posibilitatea descoperirii precoce a cauzelor care duc la instalarea și acutizarea acestei boli. Astfel, pot fi identificați copiii periclitați, cărora le putem asigura o atenție specială, respectiv se poate indica chiar o intervenție complementară celei medicale și anume la nivel familial prin terapie sistemică. Astfel se realizează o importantă activitate curativă, dar și preventivă, ceea ce duce la scăderea cantitativă și calitativă a astmului bronșic la copii.

Acest aspect este cu atât mai important cu cât statisticile arată că astmul bronșic la copii este în continuă creștere, iar cercetările realizate în acest domeniu indică din ce în ce mai mult existența unei constelații de factori genetici, psihologici și familiali, care stau la baza evoluției astmului bronșic la copii.

Ținând cont de cele de mai sus, considerăm că tema aleasă este actuală și prezintă importanță practică.

Minuchin împreună cu colaboratorii lui au diferențiat patru caracteristici ale familiilor psihosomatice care încurajează somatizarea: contopire, comportament hiperprotectiv, rigiditate și lipsa rezolvării conflictelor⁵.

Atât cercetările lui Katon și colaboratorii⁶ cât și cele a lui Bussing⁷ au evidențiat faptul că *în cazul populației copiilor cu astm bronșic prevalența bolilor*

⁵ Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker, L., *Psichosomatikus családok*, Ed. Animula, Budapesta, 1995, pp. 28.

⁶ Katon, W.J. et al., The relationship of asthma and anxiety disorders, In *Psychosomatic Medicine* 66, 2004, pp. 349–355.

anxioase este mai mare față de populația copiilor sănătoși. Cercetările lui Weiser au concluzionat că există o prevalență de 34% al anxietății în cazul bolnavilor cu astm bronșic, ceea ce înseamnă de fapt relația strânsă între cele două boli⁸.

După Szabó, fetele sunt mai predispuse la astm bronșic decât băieții; ele reacționează într-un mod mai sensibil la problemele familiale⁹.

Cercetările lui Kazdin au relatat o stimă de sine scăzută la fetele cu astm bronșic și au atras atenția asupra legăturii dintre depresie și stima de sine scăzută la copiii cu astm bronșic¹⁰.

Dumitrașcu și Pohribneac atrag atenția asupra faptului că „nu intensitatea sau durata stresului este importantă, ci modul în care individul se adaptează la stres. Această adaptare sau ajustare (coping) explică varietatea de răspunsuri la același tip de stimul.”¹¹.

2.1. Ipotezele cercetării

Pe baza celor descrise în literatura de specialitate cu privire la factorii astmului bronșic la copii și pe baza celor sus-menționate, am emis următoarele ipoteze:

Ipoteza generală: organizarea familială poate fi legată de apariția și menținerea sindromului psihosomatic la copil, iar simptomele psihosomatice ale acestuia joacă un rol important în menținerea homeostazei familiale.

⁷ Bussing, R., Burket, R.C., Kelleher, E.T., Prevalence of anxiety disorders in a clinic-based sample of pediatric asthma patients. In *Psychosomatics* Mar-Apr 37(2), 1996, pp. 108-115.

⁸ Szabó, A., *Asztmás gyermekek és szüleik életminősége és pszichés állapota*, lucrare de doctorat, Budapesta, 2009, pp. 32 http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/szaboalexandra.d.pdf

⁹ Szabó, A., *Asztmás gyermekek és szüleik életminősége és pszichés állapota*, lucrare de doctorat, Budapesta, 2009, pp. 27 http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/szaboalexandra.d.pdf

¹⁰ Kazdin, A.E., Practitioner Review: Psychosocial Treatments for Conduct Disorder in Children, In. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 38, Issue 2, pages 161–178, February 1997.

¹¹ Dumitrașcu, D.L., Pohribneac, C., *Medicia psihosomatică*. ED. Medicală Universitară Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca, 2007, pp. 60.

Ipoteze specifice:

1. Familiile psihosomatice sunt caracterizate prin funcționalitate deficitară atât la nivelul rezolvării problemelor, comunicării, rolurilor, responsabilității emotive (sensibilității afective), involvării (implicării) emotive, controlului comportamental cât și la nivelul funcționării generale.
2. Există o diferență semnificativă în ceea ce privește tipurile de coping ale părinților copiilor astmatici față de cea a părinților copiilor din grupul de control. Astfel, părinții copiilor cu astm bronșic folosesc copingul centrat pe emoție, iar părinții copiilor din grupul de control, folosesc copingul centrat pe problemă.
3. Există o diferență semnificativă în ceea ce privește gradul de anxietate a părinților din grupul de experiment față de cea a părinților din grupul de control. Astfel, părinții copiilor care suferă de astm bronșic au un grad de anxietate mai ridicat față de părinții copiilor din grupul de control.
4. Copiii cu astm bronșic au anumite caracteristici psihologice și anume au un grad de anxietate mai mare, o stimă de sine mai scăzută și prezintă valori crescute la scala de depresie față de copiii sănătoși.

2.2. Instrumentele folosite

Ca mijloace de cercetare am folosit atât mijloace calitative, cât și mijloace cantitative. Astfel am recurs la următoarele mijloace de cercetare:

CHESTIONARE

La adulți (mama sau tata)

1. Epstein, N.B., și colab. (1983)¹²: McMaster Family Assessment Device, FAD (funcționarea familiei)- chestionar standardizat (folosit în interviul structurat)

¹² Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.

2. Spielberger, C.D. (1970)¹³: State Trait Anxiety Inventory, S.T.A.I Forma X1 (starea de anxietate ca stare), S.T.A.I Forma X2 (anxietatea ca trăsătură) - chestionar standardizat
3. Folkman, S., Lazarus, R.S. (1980)¹⁴: Ways of Coping (Modalități de coping) –chestionar standardizat, varianta scurtă, adaptat după Kopp, M. și Skrabski, Á., 1992¹⁵)

La copii (cu astm și grup de control)

1. Spielberger, C.D. (1973)¹⁶: State Trait Anxiety Inventory for Children, S.T.A.I- C (starea de anxietate ca stare, anxietatea ca trăsătură) – chestionar standardizat
2. Kovacs, M. (1981)¹⁷: Child Depression Inventory, CDI (Inventarul depresiei pentru copii) – chestionar standardizat
3. Rosenberg, M. (1965)¹⁸: Self-Esteem Scale – RSES (Scala stimei de sine)- chestionar standardizat – adaptat după Szabó

La copii cu astm bronșic

– lista simptomelor nocturne și diurne¹⁹

ALTE METODE FOLOSITE: Studiu de caz

¹³ Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L., and Lushene. R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

¹⁴ Folkman S, Lazarus RS. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

¹⁵ ****Papir-ceruza teszt*, ac. 2013, Budapesta: Animula.

¹⁶ Spielberger, C.D., *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, 1973, Consulting Psychologist Press.

¹⁷ Kovacs, M., *Children's Depression Inventory (Manual)*, 1992, Multi-Health Systems, New York.

¹⁸ Rosenberg, M., 1965. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

¹⁹ Szabó, A., Lista simptoamelor nocturne și de zi, In. *Asztmás gyermekek és szüleik életminősége és pszichés állapota*, lucrare de doctorat, Budapesta, 2009, pp. 27 http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/szaboalexandra.d.pdf

2.3. Fazele cercetării și populația cercetată

În vederea efectuării cercetărilor, am luat legătura cu două spitale în care se tratează copii cu astm bronșic. Analizând statisticile, am constatat că în ultimii ani a crescut numărul copiilor cu astm bronșic. Am luat decizia ca în cercetarea noastră grupul experimental să fie alcătuit de copii cu vârsta cuprinsă între 7-10 ani.

Al doilea pas al cercetării a constituit aplicarea chestionarelor pe grupul experimental (copii și părinți). Interviu individual structurat (FAD) cu părinții copiilor din grupul experimental.

În vederea alcătuirii grupului de control am luat legătura cu direcțiunea a două școli unde am aplicat chestionarele standardizate pe grupul de control (copii și părinți). Interviu individual structurat (FAD) cu părinții copiilor din grupul de control.

Ultimul pas al cercetării noastre a constat din alcătuirea unui studiu de caz cu o familie psihosomatică.

III. ANALIZA DATELOR

Datele cercetării au fost prelucrate statistic cu metode cantitative. În vederea demonstrării cât mai ilustrative a ipotezei enunțate, vom prezenta detaliat un studiu de caz.

Rezultatele chestionarelor au fost prelucrate cu ajutorul Testului T și a corelației bivariante r Bravais-Pearson. Pentru aplicarea metodelor de analiză statistică mai sus menționate, am folosit programul statistic SPSS for Windows 17.

3.1. Prelucrarea statistică a datelor populației cu astm bronșic și a grupului de control

Grupul de experiment a fost alcătuit din copii diagnosticați cu astm bronșic, internați în Spitalul Municipal Odorheiu Secuiesc – Secția Pediatrie și în Clinica Pediatrie III din Cluj-Napoca. Pentru a obține o reprezentativitate ridicată și pentru a reduce erorile de eșantionare, am utilizat metoda eșantionării aleatorii stratificate în selecția copiilor pentru grupul de control.

În total am procesat datele a 79 de copii (38 cu astm bronșic și 41 din grupul de control). În cazul eșantionului copiilor cu astm bronșic, în momentul alegerii lor s-a apelat la o singură cotă, anume cea a vârstei, păstrând nota eșantionului neprobabilist.

Următorul tabel reprezintă repartitia populației cercetării (copii) în funcție de grupul de care aparțin și vârstei acestora.

Tabel 1. Repartiția populației cercetării în funcție de grupul de care aparțin și vârstă

Grup	Nr. subiect	Procent (%)	% valid	% cumulativ
control	41	51.9	51.9	59.9
experim	38	48.1	48.1	100.0
Total	79	100.0	100.0	

În ceea ce privește genul și vârsta acestora: în cercetare au luat parte 66 fete și 13 băieți.

Tabel 2. Repartiția populației cercetării (copii) în funcție de gen

Gen	Nr. subiect	Procent (%)	% valid	% cumulativ
feminin	66	83.5	83.5	83.5
masculin	13	16.5	16.5	100.0
Total	79	100.0	100.0	

Tabelul de mai jos prezintă repartiția copiilor în funcție de grupul de care aparțin și genul acestora.

Tabel 3. Repartiția populației cercetării (copii) în funcție de gen și tipul de grup

sex copil	tipul de grup		Total
	control	astm	
feminin	36	30	66
masculin	5	8	13
Total	41	38	79

Putem observa că din cele 66 de fete, 36 au aparținut grupului de control și 30 grupului de experiment, iar din cei 13 băieți, 8 aparțin grupului de experiment.

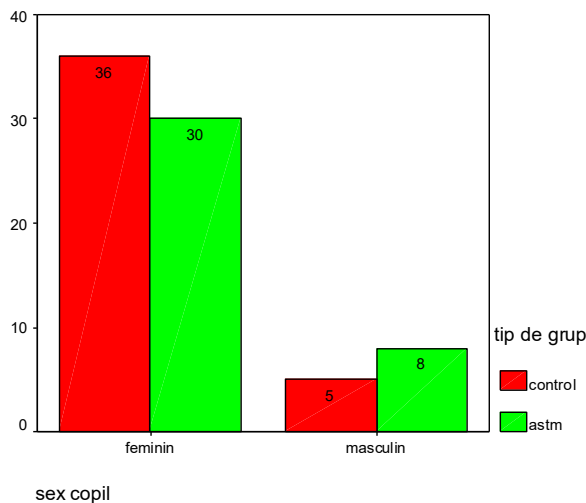


Fig. 1 Genul copiilor în funcție de grup

Copiii implicați în cercetare au avut vârsta cuprinsă între 7-10 ani.

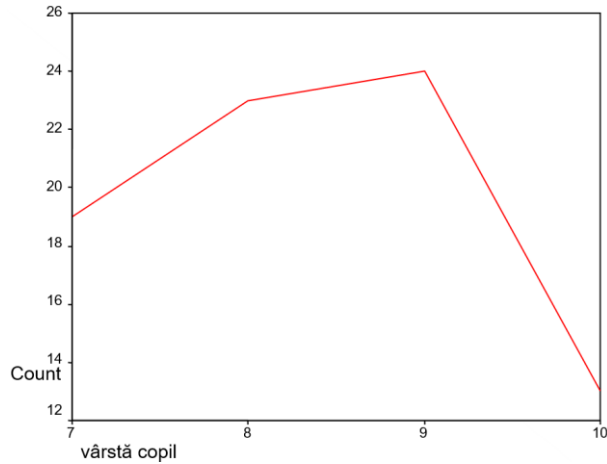


Fig. 2 Vârsta copiilor (grup de control și grupul experimental)

Media de vârstă a copiilor este 8,39.

Tabel 4. Media de vârstă la copiii care alcătuiesc populația cercetării

	Nr. subiect	Minimum	Maximum	Medie	Abatere standard
vârstă copil	79	7	10	8.39	1.03
Nr. Valid	79				

În total, 79 părinți au răspuns la întrebări (74 femei/mame- și 5 bărbați/tați-). 41 dintre aceștia au fost părinții copiilor din grupul de control și 38 au fost părinții copiilor cu astm bronșic.

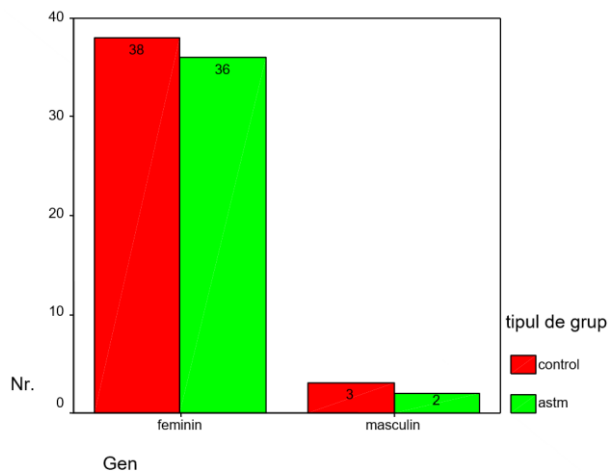


Fig. 3 Repartiția părinților în funcție de tipul de grup și sex

Părinții implicați în cercetare au avut vârsta cuprinsă între 26 și 52 ani.

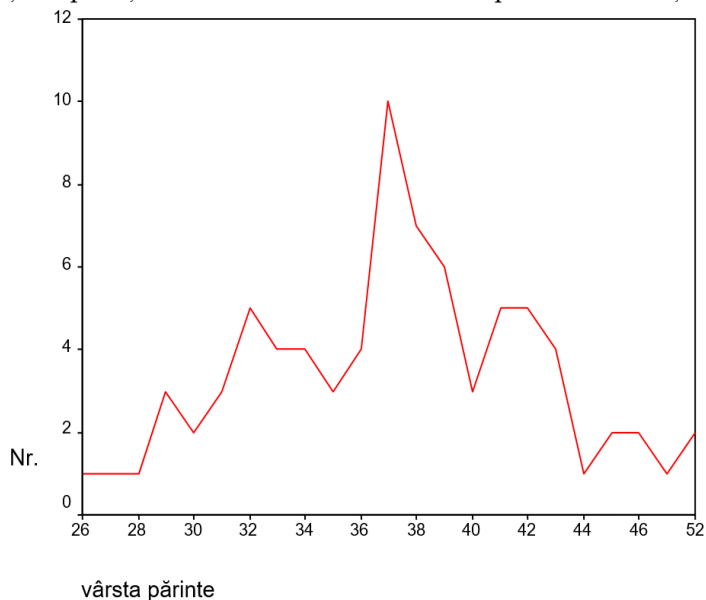


Fig. 4 Vârsta părinților (grup de control și grup experimental)

Doar trei dintre ei suferă de astm bronșic.

Tabel 5. Repartiția părinților în funcție de tipul de grup și diagnosticul de astm bronșic

părinte astmatic	tipul de grup		Total
	control	experimental	
da		3	3
nu	41	35	76
Total	41	38	79

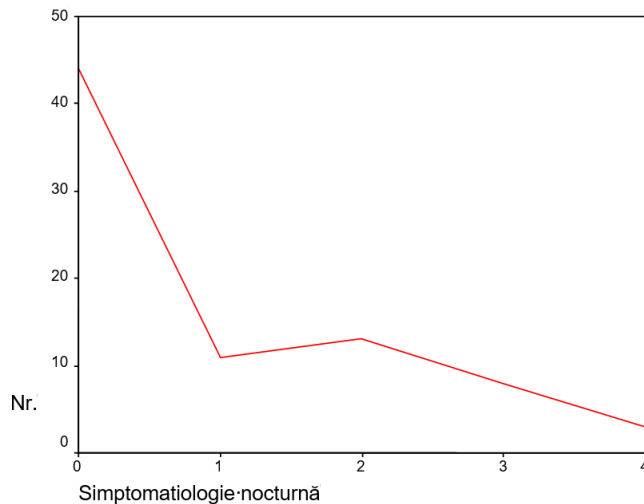
Pe baza „listei simptomelor nocturne și de zi”, am încercat evaluarea gravității astmului bronșic la copiii din grupul de experiment. Întrebările au fost adresate părinților copiilor, aceștia au trebuit să evalueze cât de dese și grave au fost simptomele astmului bronșic în ultima săptămână.

Tabelele de mai jos prezintă simptomatologia nocturnă și de zi evaluate pe baza celor declarate de părinți.

Tabel 6. Simptomatologia nocturnă

Gravitate	Nr. subiect	Procent	% Valid	% cumulativ
0	44	55.7	55.7	55.7
1	11	13.9	13.9	69.6
2	13	16.5	16.5	86.1
3	8	10.1	10.1	96.2
4	3	3.8	3.8	100.0
Total	79	100.0	100.0	

După cum se poate observa în graficul numărul cinci, în 55,7% dintre cazuri, părinții au declarat că în timpul nopții copii lor nu au prezentat simptome ale astmului bronșic; în 30,4% au observat tuse de câteva ori în timpul nopții; în 10,1% simptomele au ținut treaz copilul în mare parte a nopții, iar în 3,8% din cazuri simptomele nu i-au lăsat să doarmă deloc pe copii.

**Fig. 5:** Simptomatologia nocturnă a copiilor cu astm bronșic**Tabel 7.** Simptomatologia diurnă

Gravitate	Nr. subiect	Procent	% Valid	% cumulativ
0	55	55.7	55.7	55.7
1	10	12.7	12.7	68.4
2	13	16.5	16.5	84.8
3	10	12.7	12.7	97.5
4	2	2.5	2.5	100.0
Total	79	100.0	100.0	

După cum se poate observa în Figura 6, în 55,7% dintre cazuri părinții au declarat că în timpul zilei copii lor nu au prezentat simptome ale astmului bronșic; în 29,2% au observat tuse de câteva ori pe zi; în 12,7% din cazuri simptomele au fost prezente în mare parte a zilei însă nu au perturbat ziua copilului, iar în 2% din cazuri simptomele au perturbat în totalitate ziua copilului.

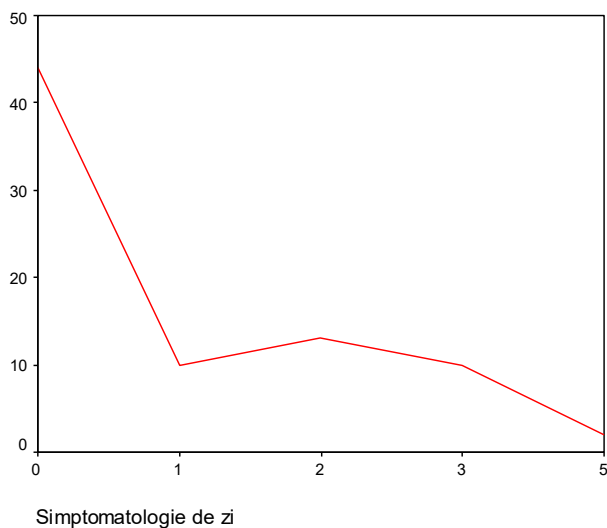


Fig. 6: Simptomatologia în timpul zilei a copiilor cu astm bronșic

Am considerat importantă evaluarea simptomelor bolii la copii, deoarece în continuare am dorit să dezvăluim existența unor eventuale legături între simptomatologia copilului și datele obținute la testele psihologice aplicate acestora.

3.2. Analiza și interpretarea datelor

Pornind de la premisa conform căreia familia este un „sistem deschis”, cu reguli explicite și implicite care reglează și guvernează comportamentul interpersonal, am considerat necesară evaluarea funcționării familiilor din eșantionul cercetării (grupul experimental și grup de control) având în vedere următoarele șase dimensiuni: rezolvare

de probleme; comunicare; roluri; sensibilitate afectivă; implicare afectivă și controlul comportamentului. Pentru a realiza acest lucru, am folosit metoda interviului individual structurat care a avut la bază chestionarul FAD (Family Assessment Device).

Chestionarul FAD a fost dezvoltat de către Epstein și colaboratorii săi (1983) cu scopul de a folosi o metodă rapidă pentru diferențierea familiilor care funcționează sănătos de cele care au o funcționare deficitară.

Acesta cuprinde 60 de întrebări, se autoadministrează, se folosește în special în cazul familiilor cu boli cronice sau psihice sau în cazul acelor familii care sunt implicate în procesul de terapie familială. Cu ajutorul acestui chestionar, funcționarea familiei poate fi evaluată în cele 6+1 dimensiuni ale modelului familial McMaster. Aceste dimensiuni sunt: Rezolvarea de probleme, Comunicare, Roluri, Răspuns emoțional, Involvare emoțională, Control comportamental și o scală sinteză, cea a Funcționării generale. Scala „Funcționării generale” evaluează sănătatea generală a familiei și evidențiază cât este de echilibrat familia respectivă. Conform lui Ridenour și colaboratorii (1999)²⁰ această scală evidențiază cel mai eficient problemele de funcționare ale unei familii.

Scalele FAD la dezvoltare au avut consistență internă corespunzătoare (Cronbach-alfa: 0,72-0,92) având gradul de încredere la testare-retestare de 0,67-0,77. Între scale se poate observa o corelație de grad mediu convergent spre 0 în cazul în care s-a covariat influența scalei Funcționării generale (Miller și colab., 1985)²¹.

Primele trei scale ale chestionarului: „rezolvarea de probleme”, „comunicare” și „roluri” tind spre o bună funcționare a familiei. Scorul scăzut obținut la această scală indică o funcționare deficitară a familiei în aceste domenii.

Scalele „răspuns emoțional” (sensibilitate afectivă – modelul McMaster), „involvare emoțională” (implicare afectivă – modelul McMaster)

²⁰ Ridenour, T. A., Daley, J. G., & Reich, W. (1999). Factor analyses of the Family Assessment Device. In *Family Process*, 38, 497-510.

²¹ Miller, I.W., Epstein, N.B., Bishop, D.S., Keitner, G.I. The McMaster Family Assessment Device: reliability and validity. *Journal of Marital and Family Therapy* 11:345-356, 1985.

și „controlul comportamentului” arată spre o familie problematică. O familie cu cât atinge un scor mai mare la aceste scale, cu atât este mai deficitară în ceea ce privește funcționarea în domeniul respectiv. Totodată, o valoare ridicată la „funcționare generală” indică probleme la nivelul funcționării familiei.

Chestionarul FAD adaptat după varianta maghiară (Kurimay Tamás și Judit Fodor).

Pentru fiecare afirmație se dă un răspuns pe o scală de 1-4, în funcție de cât de adevărată se consideră afirmația despre funcționarea familiei.

Rezolvarea de probleme: se referă la capacitatea familiei de a gestiona problemele, de la recunoașterea acestora până la rezolvare, atât pe plan afectiv, cât și practic..

Comunicare: se referă la stilul de comunicare și eficacitatea acesteia în cadrul familiei.

Roluri: se referă la acele modele de comportament care sunt necesare pentru satisfacerea nevoilor sentimentale și instrumentale ale unei familii.

Răspuns emoțional: reprezintă capacitatea de a răspunde în mod adecvat (ca stil și intensitate) la stimuli diferiți, din perspectiva calității și cantității, atât în situații pozitive, cât și în cele de pericol..

Involvare emoțională: reprezintă gradul de interes, îngrijire și căldură manifestat între membrii familiei și transmis prin comportament. Celelalte două laturi ale spectrului sunt simbioza/involvare excesivă și neglijarea-lipsa involvării.

Control comportamental: aici aparțin normele, regulile și disciplina unei familii. Stilul comportamental acceptat în cadrul unei familii poate fi rigid sau flexibil.

Chestionarul FAD „Chestionar privind viața familială” (Anexa 1) a fost aplicat în cazul a 79 părinți (41 din grup de control și 38 din grup experimental).

Tabel 8. Părinți chestionați în funcție de grupul de care aparțin și de sex

Gen părinte	Tip de grup		Total
	Control	Experimental	
Feminin	38	33	71
Masculin	3	5	8
Total	41	38	79

În continuare vom prezenta rezultatele testării statistice²² a celor două eșantioane (grup de control și grup experimental) din punctul de vedere al funcționării familiei. Cu ajutorul testării statistice dorim să vedem dacă există diferență la nivelul funcționării familiei între cele două grupe. Determinăm media și deviația standard a fiecărui eșantion și testăm dacă există vreo diferență semnificativă între cele două medii aritmetice obținute.

Rezultatele obținute la Testul T ne arată că există diferență semnificativă la nivelul fiecărui factor între grupul de control și grupul de experiment (vezi Anexa 2).

În tabelul următor prezentăm media aritmetică și abaterea standard la diferiți factori în cazul celor două eșantioane.

Tabel 9. Media aritmetică și abaterea standard în cazul FAD (grup de control și grupul experimental)

SCALE FAD	media aritmetică		deviația standard	
	Grup control (total: 41)	Grup experimental (total: 38)	Grup control (total: 41)	Grup experimental (total: 38)
Rezolvare de probleme	8.88	7.89	1.57	2.19
Comunicare	15.63	13.13	3.28	4.17
Roluri	22.12	19.11	4.41	6.69
Răspuns emoțional	8.59	10.50	2.28	2.23
Involvare emoțională	10.59	12.97	1.87	2.58
Control comportamental	13.73	15.89	3.87	3.67
Funcționare generală	16.88	19.47	2.49	4.58

²² Clocotici, V., Stan, A., 2001, *Statistică aplicată în psihologie*. Polirom, București, pp. 169-230.

Tabelul de mai sus arată diferențele între mediile aritmetice ale diferiților factori pentru grupul de experiment și grupul de control. Acestea sunt mai ridicate în cazul grupului de control la următorii factori: „rezolvare de probleme”, „comunicare”, „roluri”, iar în cazul grupului de experiment valorile sunt mai ridicate la „răspuns emoțional”, „involvare emoțională”, „control comportamental”, „funcționare generală”. Considerăm important să precizăm că în familiile cu funcționare bună, valorile obținute în urma aplicării chestionarului pe dimensiunile „rezolvare de problemă”, „comunicare” și „roluri” sunt ridicate. Dacă obținem valori scăzute la aceste dimensiuni, atunci acesta ne semnalizează existența unor probleme în ceea ce privește funcționarea familiei respective. Totodată, dacă primim valori scăzute la dimensiunile „răspuns emoțional”, „involvare emoțională”, „control comportamental” și „funcționare generală”, aceste valori ne arată o bună funcționare a familiei, pe când valorile ridicate indică existența problemelor.

Rezultatele ne arată că funcționarea familiilor copiilor cu astm bronșic se caracterizează prin răspuns emoțional, involvare emoțională (care de multe ori merge până la simbioză – vom vedea în studiul de caz elaborat) și prin control comportamental exercitat la modul exagerat asupra membrilor familiei (în special asupra copiilor – vedem în studiul de caz elaborat). Conform recomandărilor reprezentanților Școlii de la Milano, terapia ar trebui să ajute membrii familiei să își gestioneze răspunsurile emoționale pentru a evita exagerarea acestora și impactul negativ asupra celor din jur. Răspunsurile emoționale deseori sunt în strânsă legătură cu involvarea emoțională, ceea ce înseamnă că fiecare dintre membrii familiei știe totul despre celălalt membru al familiei, se implică în toate acțiunile celuilalt. Nu se respectă granițele intimității personale. Involvarea emoțională și controlul comportamental merg mână în mână. Căci dacă membrii familiei știu totul despre ceilalți, se implică în viața lor fără a le respecta intimitatea, atunci următorul pas constă tocmai în controlul comportamental al celor din jur. În familiile psihosomatice, controlul comportamental variază extrem: fie haotic, fără reguli clare, fie rigid, incapabil de adaptare.

Totodată, rezultatele de mai sus ne arată că familia copiilor cu astm bronșic are capacitate de rezolvare a problemei, de comunicare și de rol mai scăzut față de cea a copiilor din grupul de control. Acest lucru înseamnă că aceste familii nu sunt capabile să realizeze procesul rezolvării problemei de la recunoaștere până la rezolvare, nu au o comunicare eficientă, iar rolurile, adică modelele de comportament necesare pentru satisfacerea nevoilor sentimentale și instrumentale ale familiei, acestea fiind deficitare.

Diferența mediilor aritmetice pentru factorul „funcționării generale” indică diferențe semnificative între familiile copiilor din grupul de experiment și cei din grupul de control.

Diferențele confirmate statistic permit acceptarea ipotezei inițiale conform căreia: familiile psihosomatice sunt caracterizate prin funcționalitate deficitară atât la nivelul rezolvării problemelor, comunicării, rolurilor, responsabilității emotive (sensibilității afective), involvării (implicării) emotive, controlului comportamental, cât și la nivelul funcționării generale.

Mecanismele de coping la părinți

În partea teoretică a lucrării am evidențiat faptul că există două tipuri de mecanisme de coping: coping centrat pe problemă și coping centrat pe emoție. Copingul centrat pe problemă se direcționează pe analiza, rezolvarea, sau minimalizarea situației stresante, iar copingul centrat pe emoție se concentrează pe persoană, pe capacitatea acesteia de a face față stresului.

Cu ajutorul testului „Modalități de coping” (Lazarus) am dorit să analizăm mecanismele de coping ale eșantioanelor cercetării. Scopul nostru a fost acela de a evidenția eventualele diferențe în ceea ce privește tipurile de coping (coping centrat pe problemă și coping centrat pe emoție) folosite de părinții copiilor din grupul de experiment față de cea a părinților din grupul de control.

Chestionarul original (Ways of coping, Folkman S., Lazarus, R.S., 1980) are 68 itemi care descriu strategiile cognitive și comportamentale pe

care oamenii le adoptă în situații stresante. În cercetarea de față noi am folosit varianta scurtă²³ (vezi Anexa 3) cu 22 itemi elaborată de către Kopp și Skrabski (1995). Cei șapte factori ai rezolvării de probleme sunt: analiza problemelor, comportament cu scop (hotărât), comportament bazat pe emoție, adaptabilitate, cerere de ajutor, căutare echilibru emoțional și retragere. Primii doi se referă la copingul centrat pe problemă, iar celelalte la copingul centrat pe emoție.

În continuare vom prezenta rezultatele testării statistice a celor două eșantioane (grup de control și grup experimental) din punctul de vedere a modalităților de coping. Cu ajutorul testării statistice dorim să vedem dacă există diferențe la nivelul funcționării familiei între cele două grupe. Determinăm media și deviația standard a fiecărui eșantion și testăm dacă există vreo diferență semnificativă între cele două medii aritmetice obținute.

Rezultatele obținute la Testul t ne arată că există diferență semnificativă la nivelul fiecărui factor între grupul de control și grupul de experiment (vezi Anexa 4).

Tabelul următor prezintă media aritmetică și abaterea standard la diferiți factori în cazul celor două eșantioane.

Tabel 10. Media aritmetică și abaterea standard în cazul „Modalităților de coping”

FACTORI	media aritmetică		deviația standard	
	Grup control (total: 41)	Grup experimental (total: 38)	Grup control (total: 41)	Grup experimental (total: 38)
ANALIZA PROBLEMELOR	6.39	5.32	1.53	1.25
COMPORTAMENT CU SCOP (HOTĂRÂT)	6.66	5.63	2.47	1.48
COMPORTAMENT BAZAT PE EMOȚIE	2.05	3.74	1.99	1.18
ADAPTABILITATE	5.59	5.47	2.16	1.96
CERERE DE AJUTOR	3.61	4.21	1.46	1.09
CĂUTARE A ECHILIBRULUI EMOȚIONAL	2.93	4.26	1.23	1.59
RETRAGERE	5.80	6.97	1.82	1.38

²³ Kopp, M., Skrabski, A., 1992: Ways of coping, Folkman S., Lazarus, R.S., 1980, varianta scurtă cu 22 itemi, In. *Papir-ceruză teszt*, 2013, Animula, Budapesta.

După cum reiese din tabelul 10, există diferențe în ceea ce privește mediile aritmetice a diferiților factori în cazul grupului de experiment și a grupului de control. Acestea sunt mai ridicate în cazul grupului de control la factorii următori: „analiza problemelor” și „comportament cu scop”, iar în cazul grupului de experiment valorile sunt mai ridicate la „cerere de ajutor”, „căutarea echilibrului emoțional” și la „retragere”.

În ceea ce privește „adaptabilitatea”, nu am găsit diferențe semnificative la nivel statistic la cele două grupe (grupul experimental și grup de control).

Dacă grupăm factorii în funcție de tipul de coping, observăm că în cazul copingului centrat pe problemă media aritmetică este mai ridicată în cazul grupului de control decât a grupului de experiment, iar media aritmetică a copingului centrat pe emoție este mai ridicată în cazul grupului de experiment.

Tabel 11. Media aritmetică și abaterea standard în funcție de tipul de coping

Tipul de coping	media aritmetică		deviația standard	
	Grup control (total: 41)	Grup experimental (total: 38)	Grup control (total: 41)	Grup experimental (total: 38)
Coping centrat pe problemă	13.05	10.95	3.43	2.37
Coping centrat pe emoție	19.98	24.66	5.49	3.35

Diferențele semnificative statistic vorbind ne arată că ipoteza noastră inițială este adevărată: există o diferență în ceea ce privește tipurile de coping ale părinților copiilor astmatici față de cea a părinților copiilor din grupul de control. Astfel părinții copiilor cu astm bronșic folosesc copingul centrat pe emoție, iar părinții copiilor din grupul de control folosesc copingul centrat pe problemă.

Anxietatea părinților

În continuare ne-a interesat să comparăm gradul de anxietate a părinților copiilor din grupul de experiment cu cea a părinților din grupul de control. Ipoteza noastră este că trebuie să existe diferențe în acest sens.

Utilizând *Inventarul pentru anxietate – State Trait Anxiety Inventory (S.T.A.I.)*²⁴ am dorit să evaluăm gradul de anxietate a părinților copiilor din eșantionul nostru (grupul experimental și grup de control) (vezi Anexa 5).

Acest instrument este alcătuit din două scale de autoevaluare pentru a măsura anxietatea ca stare (S.T.A.I. FORMA – X1) și anxietatea ca trăsătură (S.T.A.I. FORMA –X2), având fiecare dintre acestea câte 20 de afirmații. Ordinea de aplicare a acestora este: prima dată se aplică scala X1 și pe urmă scala X2. Evaluarea se face pe o scală de la 1 la 4.

Am aplicat acest chestionar pentru a evidenția diferențele de anxietate între părinții din grupul de experiment și cei din grupul de control.

Rezultatele obținute la Testul T ne arată că există o diferență semnificativă la nivelul ambilor factori între grupul de control și grupul de experiment (vezi Anexa 6).

Tabelul următor prezintă media aritmetică și abaterea standard la scala S.T.A.I. FORMA – X1 și scala S.T.A.I. FORMA – X2 în cazul celor două eșantioane.

Tabel 12. Media aritmetică și abaterea standard în cazul anxietății ca stare și anxietății ca trăsătură

S.T.A.I.	media aritmetică		deviația standard	
	Grup control (total: 41)	Grup experimental (total: 38)	Grup control (total: 41)	Grup experimental (total: 38)
S.T.A.I. FORMA –X1	34.71	41.08	6.28	8.17
S.T.A.I. FORMA –X2	33.27	41.76	6.41	6.79

²⁴ Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., and Lushene. R.E., *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, 1970, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Diferențele semnificative din punct de vedere statistic ne permit respingerea ipotezei nule, astfel ipoteza noastră inițială este adevărată: *există o diferență semnificativă în ceea ce privește gradul de anxietate a părinților din grupul de experiment față de cea a părinților din grupul de control. Astfel, părinții copiilor care suferă de astm bronșic au un grad de anxietate mai ridicată față de părinții copiilor din grupul de control.*

Anxietate, stimă de sine, depresie și mecanisme de coping la copii

Conform literaturii de specialitate, copiii cu astm bronșic au prevalență mai mare la probleme psihologice în comparație cu copiii care nu suferă de această boală²⁵. Totuși, rezultatele cercetărilor sunt contradictorii (vezi partea teoretică a lucrării): unele evidențiază că copii cu anxietate ridicată sunt predispuși la depresie, la boli psihosomatice și deficit de atenție, atrag atenția asupra diferențelor găsite în ceea ce privește stima de sine la copiii astmatici; altele enunță contrariul.

În continuare vom încerca să evidențiem eventualele diferențe găsite între cele două eșantioane ale cercetării (grupul experimental și grupul de control) în ceea ce privește nivelul de anxietate, de stimă de sine, depresie și tipul de coping folosit.

Pentru a testa ipoteza conform căreia „Copiii cu astm bronșic au anumite caracteristici psihologice și anume au un grad de anxietate mai mare, o stimă de sine mai scăzută și prezintă valori crescute la scala de depresie față de copiii sănătoși”, am utilizat următoarele instrumente: Inventarul de anxietate pentru copii (S.T.A.I. FORMA-C), Scala de evaluare a stimei de sine – Scala Rosenberg și *Inventarul pentru depresie la copii*.

Cu scopul de a evalua gradul de anxietate a copiilor din eșantionul nostru, am utilizat chestionarul *Inventarul de anxietate pentru copii – State Trait Anxiety Inventory for Children (S.T.A.I. FORMA –C*²⁶ (vezi Anexa 7).

²⁵ McQuaid E.L., Kopel S.J., Nassau J.H., *Behavioral adjustment in children with asthma: a meta-analysis*. JDBP. 2001; 22:430–439.

²⁶ Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., and Lushene. R.E., *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. 1973, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Instrumentul pentru adulți conține două scale de autoevaluare: anxietatea ca stare (S.T.A.I. FORMA – C1) și anxietatea ca trăsătură (S.T.A.I. FORMA – C2), fiecare cu 20 de afirmații. Ordinea de aplicare este: prima dată se aplică scala X1 și pe urmă scala X2. Evaluarea se face pe o scală de la 1 la 4.

Am aplicat acest chestionar deoarece am dorit să evidențiem eventualele diferențe în ceea ce privește gradul de anxietate a copiilor din grupul experimental și grupul de control.

Rezultatele obținute la Testul T ne arată că există diferențe semnificative la nivelul ambilor factori între grupul de control și grupul experimental (vezi Anexa 8).

Tabelul următor prezintă media aritmetică și abaterea standard la scala S.T.A.I. FORMA – C1 și scala S.T.A.I. FORMA – C2 în cazul celor două eșantioane.

Tabel 13. Media aritmetică și abaterea standard în cazul anxietății ca stare și anxietății ca trăsătură

S.T.A.I.	media aritmetică		deviația standard	
	Grup control (total: 41)	Grup experimental (total: 38)	Grup control (total: 41)	Grup experimental (total: 38)
S.T.A.I. FORMA –C1	29.59	34.39	4.52	4.67
S.T.A.I. FORMA –C2	34.27	38.82	5.30	4.89

Diferențele statistice semnificative ne permit acceptarea ca fiind adevărată ipoteza conform căreia există o diferență semnificativă în ceea ce privește gradul de anxietate a copiilor din grupul de experiment față de cea a celor din grupul de control. Astfel, copiii care suferă de astm bronșic au un grad de anxietate mai ridicat față de copiii din grupul de control.

Pornind de la cele scrise de Băban și anume „Stima de sine se referă la modul în care ne evaluăm pe noi înșine, cât de „buni” ne considerăm comparativ cu propriile expectanțe sau cu alții. Stima de sine este

dimensiunea evaluativă și afectivă a imaginii de sine²⁷, am considerat importantă evaluarea acestor copii din punctul de vedere al stimei de sine.

Cu toate că majoritatea cercetărilor cu privire la stima de sine la copii cu astm bronșic au concluzionat că aceștia au o stimă de sine asemănătoare copiilor sănătoși, după cum am relatat în partea teoretică a lucrării, au existat și alte cercetări care au atras atenția asupra stimei de sine scăzută la copiii cu astm bronșic. Dintre acestea menționăm un studiu realizat în anul 2006²⁸, prin care s-a demonstrat că deși mulți copii din mediul urban suferă de astm bronșic, în cazul celor care au o stimă de sine ridicată și o bună aptitudine de rezolvare a problemelor simptomatologia bolii nu intervine (nu perturbă) în activitățile școlare.

În cercetarea de față am dorit să comparăm stima de sine a copiilor din grupul de experiment cu cea a celor din grupul de control cu scopul de a arăta eventualele diferențe între cele două grupuri.

Instrumentul folosit a fost: *Self-Esteem Scale – RSES – Scala de evaluare a stimei de sine – Scala Rosenberg*²⁹ (vezi Anexa 9). Acesta este alcătuit din 10 afirmații. Opțiunile la aceste afirmații sunt pe o scală de la 0-4, pornind de la acord puternic până la dezacord puternic. Scorul maxim este 30. Cinci dintre afirmații sunt cotate invers. Valorile cuprinse între 0-15 indică a stimă de sine scăzută, iar cele între 16-30 o stimă de sine ridicată.

Rezultatele obținute la Testul T ne arată că există diferență semnificativă la nivelul stimei de sine între grupul de control și grupul de experiment (vezi Anexa 10).

Tabelul următor prezintă media aritmetică și abaterea standard la scala Rosenberg în cazul celor două eșantioane.

²⁷ Baban, A. (coord.), 2001, Consiliere educațională – Ghid metodologic pentru orele de dirigiență și consiliere, Cluj-Napoca: „ARDEALUL”, pp. 72-73.

²⁸ Vieira, C.L, *Children’s self-esteem can affect their response to asthma*, http://www.eurekalert.org/pub_releases/2006-02/1-csc022206.php#, 2006

²⁹ Rosenberg, M., *Society and the Adolescent Self-Image*. 1965. New Jersey: Princeton University Press.

Tabel 14. Media aritmetică și deviația standard în cazul stimei de sine

Chestionar utilizat	media aritmetică		deviația standard	
	Grup control (total: 41)	Grup experimental (total: 38)	Grup control (total: 41)	Grup experimental (total: 38)
Scala de evaluare a stimei de sine - RSES	20.49	16.34	3.14	5.80

Diferențele statistice semnificative ne arată că ipoteza conform căreia: „există o diferență semnificativă în ceea ce privește nivelul stimei de sine a copiilor din grupul de experiment față de celora din grupul de control. Astfel, copiii care suferă de astm bronșic au stimă de sine mai scăzută față de copiii din grupul de control.” este adevărată .

După cum am relatat în partea teoretică a lucrării, simptomele depresiei la copii sunt mai greu de recunoscut, sunt foarte variate și sunt ușor confundabile cu simptome ale altor afecțiuni. În multe cazuri copiii depresivi suferă și de alte tulburări, cum ar fi anxietatea, hiperexcitabilitatea cu deficit de atenție, tulburări ale procesului de învățare, tulburări de comportament, dar prezintă și simptomatologie somatică (dureri de stomac, dureri ale membrelor inferioare, dureri de cap, enurezis etc.). Pornind de la aceste considerente, am considerat necesară evaluarea copiilor din eșantionul nostru din punctul de vedere al gradului de depresie.

Utilizând *Inventarul pentru depresie la copii – Child Depression Inventory (CDI)*³⁰ am dorit să evaluăm gradul de depresie a copiilor din eșantionul nostru (grupul experimental și grup de control) (vezi Anexa 11). Acest instrument a fost construit după modelul *Beck Depression Inventory*. Poate fi utilizat la copiii în vârstă de 7-19 ani. Versiunea scurtă a instrumentului (CDI:S) a fost construită empiric pentru a oferi o evaluare rapidă și ușor de măsurat a simptomelor depresive³¹ și are 27 de afirmații.

³⁰ Kovacs, M., 1992, *Children's Depression Inventory (Manual)*, New York: Multi-Health Systems; Rózsa, S., Vetró, Á. And Komlósi, A., 1999, A gyermek és serdülőkori dperesszió kérdőívés mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. In. *Pszichológia*, 4, pp. 459-482.

³¹ <http://romania.testcentral.ro/ro/produse/teste-clinice/depresie/cdi/>

14 dintre acestea merg gradual spre simptomul depresiv, iar itemii rămași trebuie inversați. Evaluarea se face pe o scală de la 0 la 2. Valorile crescute indică existența unui anumit grad de depresie. În cazul valorilor de peste 12, există depresie. Instrumentul a fost găsit eficient în practica clinică³²

Prin aplicarea acestui chestionar am dorit să surprindem eventualele diferențe în ceea ce privește gradul de depresie a copiilor din grupul de experiment și grupul de control.

Rezultatele obținute la Testul T ne arată că există diferențe semnificative la nivelul depresiei între grupul de control și grupul de experiment (vezi Anexa 12).

Tabelul următor prezintă media aritmetică și deviația standard la scala CDI în cazul celor două eșantioane (grup de control, grupul experimental).

Tabel 15. Media aritmetică și abaterea standard în cazul CDI

Chestionar utilizat	media aritmetică		deviația standard	
	Grup control (total: 41)	Grup experimental (total: 38)	Grup control (total: 41)	Grup experimental (total: 38)
CDI	8.93	13.21	4.46	3.25

Diferențele statistice semnificative ne arată că ipoteza noastră inițială este adevărată: copiii cu astm bronșic au anumite caracteristici psihologice și anume au un grad de anxietate mai mare, o stimă de sine mai scăzută și prezintă valori crescute la scala de depresie față de copiii sănătoși.

Pentru studierea legăturii dintre anumite însușiri „plecăm de la variația simultană sau covariația datelor și căutăm să desprindem legătura sau modul lor de asociere pe baza unei analize aprofundate”³³. Corelația exprimă covariația a două sau mai multe variabile³⁴.

³² Rózsa, S., Vetró, Á. and Komlósi, A., A gyermek és serdülőkorú depresszió kérdőív mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. In *Pszichológia*, 4, 1999, pp. 459-482.

³³ Radu, I. (coord), *Metodologie psihologică și analiza datelor*. 1993, Ed Sincron, Cluj-Napoca, pp. 102.

³⁴ *Ibidem*, 1993, pp. 102.

În primul pas, am considerat important să aflăm dacă există vreo legătură între anxietatea părintelui și cea a copilului, precum între cele două tipuri de anxietate și anume: anxietate ca stare și anxietate ca trăsătură atât în cazul părinților cât și a copiilor (vezi tabelul 16).

Tabel 16. Rezultatele corelației bivariante r Bravais-Pearson (anxietate părinți-anxietate copii)

		STAI - X1	STAI - X2	STAI - C1	STAI - C2
STAI - X1	Pearson Correlation	1.000	.679**	.389.**	.284**
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.011
	N	79	79	79	79
STAI - X2	Pearson Correlation	.679**	1.000	.294**	.398**
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.008	.000
	N	79	79	79	79
STAI - C1	Pearson Correlation	.389**	.294**	1.000	.324**
	Sig. (2-tailed)	.000	.008	.	.004
	N	79	79	79	79
STAI - C2	Pearson Correlation	.284*	.398**	.324**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.011	.000	.004	.
	N	79	79	79	79

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* A

Rezultatele indică existența unor corelații pozitive, semnificative, deoarece pragul de semnificație este mai mic de 0,01 respectiv 0,05.

Așadar, putem afirma următoarele:

- există o corelație moderată, pozitivă și semnificativă între gradul de anxietate (ca stare) a părinților și anxietatea (ca stare) copiilor (mărimea efectului acestei relații este de: 0.389) ($r=0.389$, la un prag de semnificație $p<0,01$) (vezi Fig. 7).

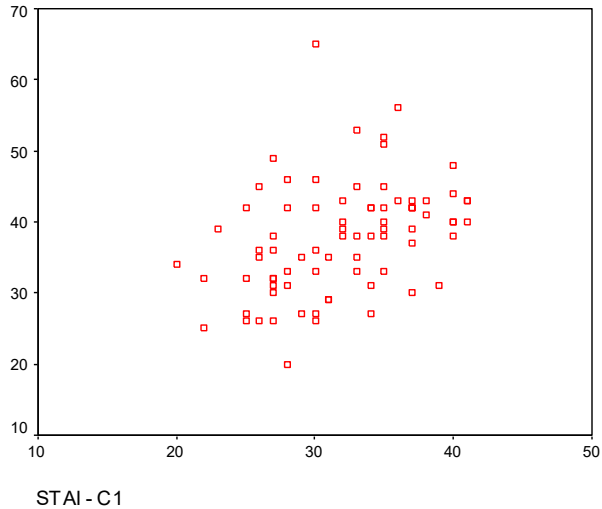


Fig. 7 Diagrama corelației între anxietatea părinților și a copiilor

- există o corelație înaltă, pozitivă și semnificativă între gradul de anxietate ca stare și gradul de anxietate ca trăsătură a părinților (mărimea efectului acestei relații este de: 0.679) ($r=0.679$, la un prag de semnificație $p<0,01$);
- există o corelație slabă, pozitivă și semnificativă între gradul de anxietate ca stare și gradul de anxietate ca trăsătură al copiilor (mărimea efectului acestei relații este de: 0.324) ($r=0,324$, la un prag de semnificație $p<0,01$).

Conform celor afirmate mai sus, putem concluziona următoarele: cu cât un părinte este mai anxios, cu atât copilul acestuia va fi și el mai anxios. Totodată, este important să notăm că odată cu creșterea nivelului de anxietate ca stare crește și nivelul anxietății ca trăsătură - atât în cazul părinților cât și a copiilor.

În continuare am dorit să aflăm dacă există vreo legătură între stima de sine a copilului și gradul de anxietate al acestuia (vezi tabelul 17).

Tabel 17. Rezultatele corelației bivariante r Bravais-Pearson
(Stima de sine și anxietate la copii)

		STAI - C1	STAI - C2	Rosenberg – stima de sine
STAI – X1	Pearson Correlation	1.000	.324**	.008
	Sig. (2-tailed)	.	.004	.945
	N	79	79	79
STAI – X2	Pearson Correlation	.324**	1.000	.050
	Sig. (2-tailed)	.004	.	.662
	N	79	79	79
Rosenberg – stima de sine	Pearson Correlation	.008	.050	1.000
	Sig. (2-tailed)	.945	.662	.
	N	79	79	79

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Rezultatele indică că nu există corelații semnificative între stima de sine a copilului și gradul de anxietate al acestuia.

În ceea ce privește existența unei legături între stima de sine a copilului și gradul de depresie al acestuia (vezi tabelul 18) am aflat că nu există corelație între acestea.

Tabel 18. Rezultatele corelației bivariante r Bravais-Pearson
(Stima de sine și depresia la copii)

		Rosenberg – stima de sine	CDI - Depresie
Rosenberg – stima de sine	Pearson Correlation	1.000	.130
	Sig. (2-tailed)	.	.253
	N	79	79
CDI - Depre- sie	Pearson Correlation	.130	1.000
	Sig. (2-tailed)	.253	.
	N	79	79

Următorul tabel ne prezintă legăturile existente între stima de sine, gradul de anxietate și depresie la copiii din eșantionul cercetării (vezi tabelul 19).

Tabel 19. Rezultatele corelației bivariante r Bravais-Pearson (Stima de sine, anxietate și depresie la copii)

		Rosenberg – stima de sine	STAI - C1	STAI - C2	CDI - De- presie
Rosenberg – stima de sine	Pearson Correlation	1.000	.008	.050	.130
	Sig. (2-tailed)	.	.945	.662	.253
	N	79	79	79	79
STAI – X1	Pearson Correlation	.008	1.000	.324**	.331**
	Sig. (2-tailed)	.945	.	.004	.003
	N	79	79	79	79
STAI – X2	Pearson Correlation	.050	.324**	1.000	.703**
	Sig. (2-tailed)	.662	.004	.	.000
	N	79	79	79	79
CDI - De- presie	Pearson Correlation	.130	.331**	.703**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.253	.003	.000	.
	N	79	79	79	79

Rezultatele indică existența unor corelații pozitive, semnificative, deoarece pragul de semnificație este mai mic de 0,01.

Așadar, putem afirma următoarele:

- există o corelație înaltă, pozitivă și semnificativă între depresie și anxietate (ca trăsătură) la copii (mărimea efectului acestei relații este de: 0.703) ($r=0.703$, la un prag de semnificație $p<0,01$) (vezi Fig. 8);

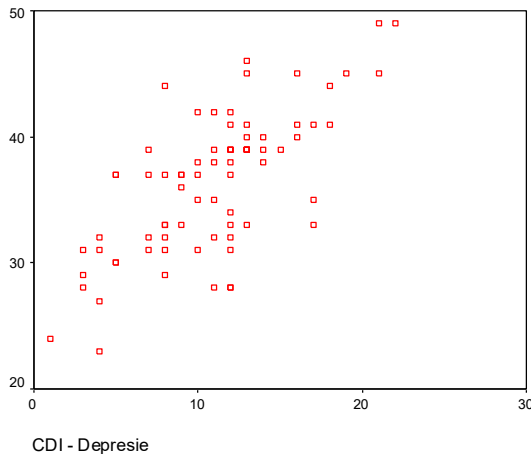


Fig. 8 Diagrama de corelație între cele două variabile (anxietate, ca trăsătură, și depresia la copii)

- există o corelație slabă, pozitivă și semnificativă între anxietate (ca stare) și depresie la copii (mărimea efectului acestei relații este de: 0.331) ($r=0.331$, la un prag de semnificație $p<0,01$);

Aceste rezultate ne arată că există o legătură strânsă între anxietatea copilului și gradul de depresie, însă nu am găsit nicio legătură semnificativă în ceea ce privește stima de sine și anxietatea, respectiv depresia la copii.

În continuare am considerat important să aflăm dacă există vreo legătură între simptomatologia (de zi și nocturnă) și gradul de depresie, nivelul stimei de sine și anxietatea copiilor cu astm bronșic.

Rezultatele indică existența unor corelații pozitive, semnificative, deoarece pragul de semnificație este mai mic de 0,01 respectiv 0,05 (vezi tabelul 20).

Tabel 20. Rezultatele corelației bivariante r Bravais-Pearson
(Stima de sine, depresia și simptomatologia astmului bronșic la copii)

		Correlations					
		Rosenberg - stima de sine	STAI - C1	STAI - C2	CDI - Depresie	Simptomatiol ogie nocturna	Simptomat ologie de zi
Rosenberg - stima de sine	Pearson Correlation	1.000	.008	.050	.130	-.241*	-.126
	Sig. (2-tailed)	.	.945	.662	.253	.033	.269
	N	79	79	79	79	79	79
STAI - C1	Pearson Correlation	.008	1.000	.324**	.331**	.296**	.264*
	Sig. (2-tailed)	.945	.	.004	.003	.008	.019
	N	79	79	79	79	79	79
STAI - C2	Pearson Correlation	.050	.324**	1.000	.703**	.346**	.361**
	Sig. (2-tailed)	.662	.004	.	.000	.002	.001
	N	79	79	79	79	79	79
CDI - Depresie	Pearson Correlation	.130	.331**	.703**	1.000	.400**	.470**
	Sig. (2-tailed)	.253	.003	.000	.	.000	.000
	N	79	79	79	79	79	79
Simptomatologie nocturna	Pearson Correlation	-.241*	.296**	.346**	.400**	1.000	.826**
	Sig. (2-tailed)	.033	.008	.002	.000	.	.000
	N	79	79	79	79	79	79
Simptomatologie de zi	Pearson Correlation	-.126	.264*	.361**	.470**	.826**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.269	.019	.001	.000	.000	.
	N	79	79	79	79	79	79

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Analizând tabelul, putem afirma următoarele:

- există o corelație moderată, pozitivă și semnificativă între depresie și simptomatologia de zi (mărimea efectului acestei relații este de: 0.400) ($r=0.400$, la un prag de semnificație $p<0,01$) și cea nocturnă (mărimea

- efectului acestei relații este de: 0.470) ($r=0.470$, la un prag de semnificație $p<0,01$) a copiilor cu astm bronșic; Rezultatele ne arată că odată cu creșterea gradului de depresie la copii, crește intensitatea simptomatologiei astmului bronșic (atât cea de zi cât și cea nocturnă).
- există o corelație slabă, negativă și semnificativă între stima de sine și simptomatologia nocturnă (mărimea efectului acestei relații este de: -0.241) ($r=-0.241$, la un prag de semnificație $p<0,05$) a copiilor cu astm bronșic; Este foarte interesant acest rezultat, căci ne atrage atenția asupra faptului că cu cât are o stimă de sine mai ridicată un copil cu atât scade intensitatea simptomatologiei nocturne a bolii.
 - există o corelație slabă, pozitivă și semnificativă între anxietate (ca stare) și simptomatologia nocturnă (mărimea efectului acestei relații este de: 0.296) ($r=0.296$, la un prag de semnificație $p<0,01$) și cea de zi (mărimea efectului acestei relații este de: 0.264) ($r=0.264$, la un prag de semnificație $p<0,05$) a copiilor cu astm bronșic;
 - există o corelație slabă, pozitivă și semnificativă între anxietate (ca trăsătură) și simptomatologia nocturnă (mărimea efectului acestei relații este de: 0.346) ($r=0.346$, la un prag de semnificație $p<0,01$) și cea de zi (mărimea efectului acestei relații este de: 0.361) ($r=0.361$, la un prag de semnificație $p<0,01$) a copiilor cu astm bronșic; Aceste corelații ne indică faptul că odată cu creșterea anxietății copilului crește intensitatea simptomatologiei astmului bronșic (atât cele de zi cât și cele nocturne).

Conform primei ipoteze specifice, familiile psihosomatice sunt caracterizate prin funcționalitate deficitară atât la nivelul rezolvării problemelor, comunicării, rolurilor, responsabilității emotive (sensibilității afective), involvării (implicării) emotive, controlului comportamental, cât și la nivelul funcționării generale. Prin analiza statistică a datelor observăm că această ipoteză este adevărată. Pornind de la acest considerent, credem că este important să aflăm dacă există o legătura între anxietatea părintelui și funcționarea familiei. Tabelul următor prezintă rezultatele corelației bivariate r Bravais-Pearson între anxietatea părintelui și diferite dimensiuni ale funcționării familiilor din eșantionul nostru.

Tabel 21. Rezultatele corelației bivariante r Bravais-Pearson (anxietatea părintelui și dimensiuni ale funcționării familiei)

Correlations

		FAD - Rezolvare probleme	FAD - Comunicare	FAD - Rol	FAD - Raspuns emotional	FAD - Involvare emotionala	FAD - Control comportamen tal	FAD - Functionare generala	FAD - Total	STAI - X1	STAI - X2
FAD - Rezolvare probleme	Pearson Correlation	1.000	.499**	.592**	.016	-.111	.061	.053	.573**	.017	-.104
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.891	.331	.591	.643	.000	.882	.362
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
FAD - Comunicare	Pearson Correlation	.499**	1.000	.519**	.020	.057	.077	.037	.649**	.118	-.073
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.862	.618	.500	.745	.000	.299	.523
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
FAD - Rol	Pearson Correlation	.592**	.519**	1.000	.045	-.144	-.009	.032	.670**	-.016	-.158
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.696	.204	.937	.781	.000	.891	.163
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
FAD - Raspuns emotional	Pearson Correlation	.016	.020	.045	1.000	.338**	.310**	.396**	.487**	.260*	.376**
	Sig. (2-tailed)	.891	.862	.696	.	.002	.005	.000	.000	.021	.001
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
FAD - Involvare emotionala	Pearson Correlation	-.111	.057	-.144	.338**	1.000	.356**	.156	.344**	.443**	.497**
	Sig. (2-tailed)	.331	.618	.204	.002	.	.001	.170	.002	.000	.000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
FAD - Control comportamental	Pearson Correlation	.061	.077	-.009	.310**	.356**	1.000	.057	.468**	.074	.183
	Sig. (2-tailed)	.591	.500	.937	.005	.001	.	.616	.000	.518	.106
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
FAD - Functionare generala	Pearson Correlation	.053	.037	.032	.396**	.156	.057	1.000	.447**	.406**	.389**
	Sig. (2-tailed)	.643	.745	.781	.000	.170	.616	.	.000	.000	.000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
FAD - Total	Pearson Correlation	.573**	.649**	.670**	.487**	.344**	.468**	.447**	1.000	.305**	.227*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.002	.000	.000	.	.006	.044
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
STAI - X1	Pearson Correlation	.017	.118	-.016	.260*	.443**	.074	.406**	.305**	1.000	.679**
	Sig. (2-tailed)	.882	.299	.891	.021	.000	.518	.000	.006	.	.000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
STAI - X2	Pearson Correlation	-.104	-.073	-.158	.376**	.497**	.183	.389**	.227*	.679**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.362	.523	.163	.001	.000	.106	.000	.044	.000	.
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79

** - Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Rezultatele indică existența unor corelații semnificative, deoarece pragul de semnificație este mai mic de 0,01 respectiv 0,05.

Așadar, putem afirma următoarele:

- există o corelație moderată, pozitivă și semnificativă între gradul de anxietate (ca stare) a părintelui și dimensiunea involvării emoționale a funcționării familiei (mărimea efectului acestei relații este de: 0.443) ($r=0.443$, la un prag de semnificație $p<0,01$);
- există o corelație moderată, pozitivă și semnificativă între gradul de anxietate (ca trăsătură) a părintelui și dimensiunea involvării emoționale a funcționării familiei (mărimea efectului acestei relații este de: 0.497) ($r=0.497$, la un prag de semnificație $p<0,01$);
- există o corelație slabă, pozitivă și semnificativă între gradul de anxietate (ca stare) a părintelui și dimensiunea răspunsului emoțional a funcționării familiei (mărimea efectului acestei relații este de: 0.260) ($r=0.260$, la un prag de semnificație $p<0,05$);
- există o corelație moderată, pozitivă și semnificativă între gradul de anxietate (ca trăsătură) a părintelui și dimensiunea răspunsului emoțional a funcționării familiei (mărimea efectului acestei relații este de: 0.376) ($r=0.376$, la un prag de semnificație $p<0,01$);
- există o corelație moderată, pozitivă și semnificativă între gradul de anxietate (ca stare) a părintelui și funcționarea generală a familiei (mărimea efectului acestei relații este de: 0.406) ($r=0.406$, la un prag de semnificație $p<0,01$);
- există o corelație slabă, pozitivă și semnificativă între gradul de anxietate (ca trăsătură) a părintelui și funcționarea generală a familiei (mărimea efectului acestei relații este de: 0.305) ($r=0.305$, la un prag de semnificație $p<0,01$);
- există o corelație slabă, pozitivă și semnificativă între gradul de anxietate (ca stare) a părintelui și totalul dimensiunilor funcționării familiei (mărimea efectului acestei relații este de: 0.305) ($r=0.305$, la un prag de semnificație $p<0,01$);
- există o corelație slabă, pozitivă și semnificativă între gradul de anxietate (ca trăsătură) a părintelui și totalul dimensiunilor

funcționării familiei (mărima efectului acestei relații este de: 0.227) ($r=0.227$ la un prag de semnificație $p<0,05$);

În continuare am dorit să aflăm dacă există vreo legătură între anxietatea părintelui și tipul de coping al acestuia (vezi tabelul 22).

Rezultatele indică existența unor corelații semnificative, deoarece pragul de semnificație este mai mic de 0,01, respectiv 0,05.

Așadar, putem afirma următoarele:

- există o corelație moderată, pozitivă și semnificativă între gradul de anxietate (ca trăsătură) a părintelui și copingul centrat pe emoție (mărima efectului acestei relații este de: 0.453) ($r=0.453$, la un prag de semnificație $p<0,01$);
- există o corelație slabă, negativă și semnificativă între gradul de anxietate (ca stare) a părintelui și copingul centrat pe problemă (mărima efectului acestei relații este de: -0.256) ($r=-0.256$, la un prag de semnificație $p<0,05$);
- există o corelație slabă, negativă și semnificativă între gradul de anxietate (ca trăsătură) a părintelui și copingul centrat pe problemă (mărima efectului acestei relații este de: -0.243) ($r=-0.243$, la un prag de semnificație $p<0,05$); Aceste corelații ne arată că cu cât este mai anxios un părinte cu atât mai puțin este capabil să folosească copingul bazat pe rezolvare de probleme.
- există o corelație slabă, negativă și semnificativă între gradul de anxietate (ca stare) a părintelui și analiza problemelor (mărima efectului acestei relații este de:-0.265) ($r=-0.265$, la un prag de semnificație $p<0,05$).

Tabel 22. Rezultatele corelației bivariante r Bravais-Pearson (anxietatea părintelui și tipul de coping al acestuia)

Correlations

		STAI - X1	STAI - X2	LAZARUS - Analiza problemelor	LAZARUS - Comportam ent cu scop	LAZARUS - Comportam ent bazat pe emoție	LAZARUS - Adaptabilitate	LAZARUS - Cerere ajutor	LAZARUS - Cautare echilibru emotional	LAZARUS - Retragere	LAZARUS - Rezolvare de probleme	LAZARUS - Rezolvare de probleme bazat pe emoție
STAI - X1	Pearson Correlation	1.000	.679**	-.265*	-.192	.299**	-.195	-.011	.120	.128	-.256*	.107
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.018	.090	.007	.085	.925	.291	.260	.023	.350
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
STAI - X2	Pearson Correlation	.679**	1.000	-.255*	-.181	.484**	.068	.205	.382**	.246*	-.243*	.453**
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.024	.110	.000	.551	.070	.001	.029	.031	.000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
LAZARUS - Analiza problemelor	Pearson Correlation	-.265*	-.255*	1.000	.500**	-.127	.311**	.019	-.161	.108	.813**	.071
	Sig. (2-tailed)	.018	.024	.	.000	.264	.005	.866	.156	.343	.000	.536
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
LAZARUS - Comportament cu scop	Pearson Correlation	-.192	-.181	.500**	1.000	.145	.280*	.061	-.005	.146	.910**	.227*
	Sig. (2-tailed)	.090	.110	.000	.	.203	.012	.592	.962	.198	.000	.044
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
LAZARUS - Comportament bazat pe emoție	Pearson Correlation	.299**	.484**	-.127	.145	1.000	.091	.267*	.438**	.287*	.036	.694**
	Sig. (2-tailed)	.007	.000	.264	.203	.	.425	.018	.000	.010	.750	.000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
LAZARUS - Adaptabilitate	Pearson Correlation	-.195	.068	.311**	.280*	.091	1.000	.039	-.004	.184	.336**	.503**
	Sig. (2-tailed)	.085	.551	.005	.012	.425	.	.733	.974	.104	.002	.000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
LAZARUS - Cerere ajutor	Pearson Correlation	-.011	.205	.019	.061	.267*	.039	1.000	.438**	.236*	.050	.582**
	Sig. (2-tailed)	.925	.070	.866	.592	.018	.733	.	.000	.036	.660	.000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
LAZARUS - Cautare echilibru emotional	Pearson Correlation	.120	.382**	-.161	-.005	.438**	-.004	.438**	1.000	.160	-.081	.627**
	Sig. (2-tailed)	.291	.001	.156	.962	.000	.974	.000	.	.158	.480	.000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
LAZARUS - Retragere	Pearson Correlation	.128	.246*	.108	.146	.287*	.184	.236*	.160	1.000	.150	.622**
	Sig. (2-tailed)	.260	.029	.343	.198	.010	.104	.036	.158	.	.187	.000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
LAZARUS - Rezolvare de probleme	Pearson Correlation	-.256*	-.243*	.813**	.910**	.036	.336**	.050	-.081	.150	1.000	.186
	Sig. (2-tailed)	.023	.031	.000	.000	.750	.002	.660	.480	.187	.	.100
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
LAZARUS - Rezolvare de probleme bazat pe emoție	Pearson Correlation	.107	.453**	.071	.227*	.694**	.503**	.582**	.627**	.622**	.186	1.000
	Sig. (2-tailed)	.350	.000	.536	.044	.000	.000	.000	.000	.000	.100	.
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Totodată, datele arată că există o corelație slabă, negativă și semnificativă între gradul de anxietate (ca trăsătură) a părintelui și analiza problemelor (mărimea efectului acestei relații este de: -0.255) ($r=-0.255$, la un prag de semnificație $p<0,05$); Aceste corelații ne arată că cu cât este mai anxios un părinte cu atât este mai scăzută capacitatea acestuia de a analiza problemele.

- există o corelație slabă, pozitivă și semnificativă între gradul de anxietate (ca trăsătură) a părintelui și căutarea echilibrului emoțional (mărimea efectului acestei relații este de: 0.382) ($r=0.382$, la un prag de semnificație $p<0,01$);
- există o corelație moderată, pozitivă și semnificativă între gradul de anxietate (ca trăsătură) a părintelui și comportamentul bazat pe emoție (mărimea efectului acestei relații este de: 0.484) ($r=0.484$, la un prag de semnificație $p<0,01$);
- există o corelație slabă, pozitivă și semnificativă între gradul de anxietate (ca stare) a părintelui și comportamentul bazat pe emoție (mărimea efectului acestei relații este de: 0.299) ($r=0.299$, la un prag de semnificație $p<0,01$);
- există o corelație slabă, pozitivă și semnificativă între gradul de anxietate (ca trăsătură) a părintelui și retragere (mărimea efectului acestei relații este de: 0.246) ($r=0.246$, la un prag de semnificație $p<0,05$);

Pe baza corelațiilor putem concluziona următoarele: cu cât este mai anxios un părinte, cu atât scade capacitatea acestuia de a analiza și rezolva problemele.

În continuare, am considerat important să aflăm dacă există vreo legătură între funcționarea familiei bazată pe involvare emoțională și anxietatea și depresia copilului. (vezi tabelul 23).

Tabel 23. Rezultatele corelației bivariate r Bravais-Pearson (funcționare familială bazată pe implicare emoțională și nivelul anxietății și gradul de depresie la copil)

Correlations

		Rosenberg - stima de sine	STAI - C1	STAI - C2	CDI - Depresie	FAD - Implicare emoțională
Rosenberg - stima de sine	Pearson Correlation	1.000	.008	.050	.130	-.067
	Sig. (2-tailed)	.	.945	.662	.253	.557
	N	79	79	79	79	79
STAI - C1	Pearson Correlation	.008	1.000	.324**	.331**	.314**
	Sig. (2-tailed)	.945	.	.004	.003	.005
	N	79	79	79	79	79
STAI - C2	Pearson Correlation	.050	.324**	1.000	.703**	.300**
	Sig. (2-tailed)	.662	.004	.	.000	.007
	N	79	79	79	79	79
CDI - Depresie	Pearson Correlation	.130	.331**	.703**	1.000	.331**
	Sig. (2-tailed)	.253	.003	.000	.	.003
	N	79	79	79	79	79
FAD - Implicare emoțională	Pearson Correlation	-.067	.314**	.300**	.331**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.557	.005	.007	.003	.
	N	79	79	79	79	79

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Rezultatele indică existența unor corelații semnificative, deoarece pragul de semnificație este mai mic de 0,01, respectiv 0,05.

Așadar, putem afirma următoarele:

- există o corelație slabă, pozitivă și semnificativă între funcționarea familiei bazată pe implicare emoțională și anxietate (ca stare) (mărimea efectului acestei relații este de: 0.314) ($r=0.314$, la un prag de semnificație $p<0,05$), anxietatea (ca trăsătură) (mărimea efectului acestei relații este de: 0.300) ($r=0.300$, la un prag de semnificație $p<0,05$) și gradul de depresie (mărimea efectului acestei relații este de: 0.331) ($r=0.331$, la un prag de semnificație $p<0,05$) la copil. Adică cu cât este mai mare gradul de implicare emoțională a unei familii, cu atât copilul din familia respectivă este mai anxios și mai depresiv.

Pornind de la rezultatele de mai sus, privind specificul funcționării familiilor copiilor cu astm bronșic, am considerat necesar să aflăm dacă există vreo legătură între aceasta și simptomatologia diurnă și cea nocturnă a copilului. (vezi tabelul 24).

Tabel 24. Rezultatele corelației bivariante r Bravais-Pearson (funcționare familiei și simptomatologia astmului bronșic la copii)

Correlations

		FAD - Rezolvare probleme	FAD - Comunicare	FAD - Rol	FAD - Raspuns emotional	FAD - Involvarie emotionala	FAD - Control comportamental	FAD - Functionare generala	FAD - Total	Simptomatiologie nocturna	Simptomatologie de zi
FAD - Rezolvare probleme	Pearson Correlation	1.000	.499**	.592**	.016	-.111	.061	.053	.573**	-.176	-.173
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.891	.331	.591	.643	.000	.120	.127
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
FAD - Comunicare	Pearson Correlation	.499**	1.000	.519**	.020	.057	.077	.037	.649**	-.281*	-.223*
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.862	.618	.500	.745	.000	.012	.048
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
FAD - Rol	Pearson Correlation	.592**	.519**	1.000	.045	-.144	-.009	.032	.670**	-.286*	-.222*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.696	.204	.937	.781	.000	.011	.049
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
FAD - Raspuns emotional	Pearson Correlation	.016	.020	.045	1.000	.338**	.310**	.396**	.487**	.268*	.301**
	Sig. (2-tailed)	.891	.862	.696	.	.002	.005	.000	.000	.017	.007
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
FAD - Involvarie emotionala	Pearson Correlation	-.111	.057	-.144	.338**	1.000	.356**	.156	.344**	.351**	.356**
	Sig. (2-tailed)	.331	.618	.204	.002	.	.001	.170	.002	.001	.001
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
FAD - Control comportamental	Pearson Correlation	.061	.077	-.009	.310**	.356**	1.000	.057	.468**	.156	.134
	Sig. (2-tailed)	.591	.500	.937	.005	.001	.	.616	.000	.171	.240
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
FAD - Functionare generala	Pearson Correlation	.053	.037	.032	.396**	.156	.057	1.000	.447**	.316**	.418**
	Sig. (2-tailed)	.643	.745	.781	.000	.170	.616	.	.000	.005	.000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
FAD - Total	Pearson Correlation	.573**	.649**	.670**	.487**	.344**	.468**	.447**	1.000	.021	.096
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.002	.000	.000	.	.856	.398
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
Simptomatiologie nocturna	Pearson Correlation	-.176	-.281*	-.286*	.268*	.351**	.156	.316**	.021	1.000	.826**
	Sig. (2-tailed)	.120	.012	.011	.017	.001	.171	.005	.856	.	.000
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
Simptomatologie de zi	Pearson Correlation	-.173	-.223*	-.222*	.301**	.356**	.134	.418**	.096	.826**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.127	.048	.049	.007	.001	.240	.000	.398	.000	.
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Rezultatele indică existența unor corelații semnificative, deoarece pragul de semnificație este mai mic de 0,01 respectiv 0,05.

În cazul simptomatologiei nocturne a astmului bronșic la copii, putem afirma următoarele:

- există o corelație slabă, negativă și semnificativă între acesta și modul de comunicare a familiei (mărimea efectului acestei relații este de: -0.281) ($r=-0.281$, la un prag de semnificație $p<0,01$);
- există o corelație slabă, negativă și semnificativă între acesta și definirea și exercitarea rolurilor în familie (mărimea efectului acestei relații este de: -2.86) ($r=-2.86$, la un prag de semnificație $p<0,01$);
- există o corelație slabă, pozitivă și semnificativă între acesta și răspunsul emoțional al familiei (mărimea efectului acestei relații este de: 0.268) ($r=0.268$, la un prag de semnificație $p<0,01$);
- există o corelație slabă, pozitivă și semnificativă între acesta și gradul de involvare emoțională a familiei (mărimea efectului acestei relații este de: 0.351) ($r=0.351$, la un prag de semnificație $p<0,05$);
- există o corelație slabă, pozitivă și semnificativă între acesta și funcționarea generală a familiei (mărimea efectului acestei relații este de: 0.316) ($r=0.316$, la un prag de semnificație $p<0,05$).

În cazul simptomatologiei diurne a astmului bronșic la copii, putem afirma următoarele:

- există o corelație slabă, negativă și semnificativă între acesta și modul de comunicare a familiei (mărimea efectului acestei relații este de: -0.223) ($r=-0.223$, la un prag de semnificație $p<0,01$);
- există o corelație slabă, negativă și semnificativă între acesta și definirea și exercitarea rolurilor în familie (mărimea efectului acestei relații este de: -0.222) ($r=-0.222$, la un prag de semnificație $p<0,01$);
- există o corelație slabă, pozitivă și semnificativă între acesta și răspunsul emoțional al familiei (mărimea efectului acestei relații este de: 0.301) ($r=0.301$, la un prag de semnificație $p<0,05$);
- există o corelație slabă, pozitivă și semnificativă între acesta și gradul de involvare emoțională a familiei (mărimea efectului acestei relații este de: 0.356) ($r=0.356$, la un prag de semnificație $p<0,05$).

- există o relație slabă, pozitivă și semnificativă între acesta și funcționarea generală a familiei (mărimea efectului acestei relații este de: 0.418) ($r=0.418$, la un prag de semnificație $p<0,05$)

Rezultate ne arată următoarele: cu cât este mai deficitară funcționarea generală a familiei, cu atât crește frecvența apariției simptomatologiei (nocturne și de zi) astmului bronșic la copii. Creșterea gradului de implicare emoțională și a responsabilității emoționale crește frecvența simptomatologiei, iar cu cât există o comunicare mai bună într-o familie și cu cât sunt mai bine definite și exercitate rolurile în cadrul acesteia, cu atât mai mult scade simptomatologia (nocturnă și diurnă) astmului bronșic la copii.

În urma analizei datelor statistice putem concluziona că atât ipotezele specifice cât și ipoteza generală ale cercetării noastre au fost confirmate.

Totodată am găsit relații semnificative între mai mulți factori, după cum urmează:

- părintele în grija căruia se află copilul prezintă un grad accentuat de anxietate și se caracterizează prin coping centrat pe emoție;
- anxietatea părintelui și funcționarea deficitară a familiei;
- anxietatea părintelui și cea a copilului;
- anxietatea copilului și gradul de depresie,
- gradul de depresie la copii și intensitatea simptomatologiei astmului bronșic;
- nivelul stimei de sine la copii și intensitatea simptomatologiei nocturne a bolii;
- anxietatea copilului și intensitatea simptomatologiei astmului bronșic (atât cele de zi cât și cele nocturne);
- anxietatea părinților și funcționarea familiei (bazată pe implicare emoțională și răspunsuri emoționale);
- anxietatea părinților și capacitatea acestora de a analiza și rezolva problemele;
- anxietatea părinților și tipul de coping utilizat (bazat pe emoție);
- anxietatea părinților și căutarea echilibrului emoțional și apelarea la comportamente bazate pe emoție;

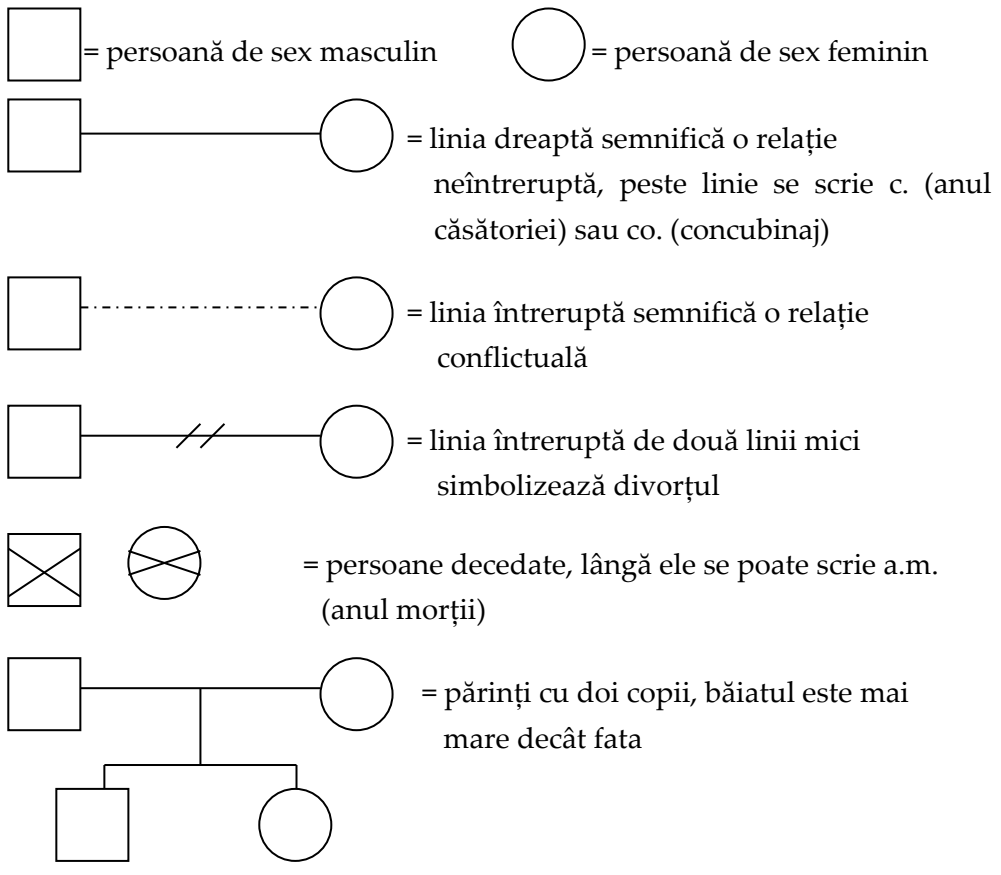
- anxietatea părinților și alegerea retragerii, ca modalitate de coping;
- gradul de implicare emoțională a unei familii, și anxietatea respectiv gradul de depresie la copil;
- funcționarea generală a familiei și frecvența simptomatologiei astmului bronșic la copil (cu cât este mai deficitară funcționarea generală a familiei, cu atât crește frecvența simptomatologiei astmului bronșic).

Cu scopul de a prezenta cât mai ilustrativ ipoteza generală a lucrării noastre, conform căreia „organizarea familială poate fi legată de apariția și menținerea sindromului psihosomatic la copil, iar simptomele psihosomatice ale acestuia joacă un rol important în menținerea homeostazei familiale”, vom prezenta un studiu de caz realizat cu o familie psihosomatică.

IV. STUDIU DE CAZ

Pentru o mai bună prezentare a studiului de caz am folosit următoarele metode structurale: genograma și desenul atitudinilor emoționale în cadrul familiei.

Genograma este o diagramă structurală, care prezintă relațiile familiale pe mai multe generații. Semnificațiile simbolurilor folosite sunt următoarele³⁵:



³⁵ K. Fabian, A., *Delincvența juvenilă în România după 1989*, 2006, Ed. Studia, Cluj-Napoca, pp. 256-257.

Sub simboluri se scrie vârsta persoanei respective; înăuntru (în pătrat sau cerc) inițialele numelui. În cazul în care nu se cunoaște vreo dată referitoare la persoana respectivă, în locul acesteia se pune semnul întrebării³⁶ (Sherman și Fredman, 1989).

Desenul atitudinilor emoționale este tot o diagramă, folosită în desemnarea relațiilor emoționale între membrii familiei. Se folosesc aceleași simboluri ca și în cazul genogramei. Conform metodei trebuie desenat simbolul fiecărei persoane în parte, cu inițiativa numelui, iar relațiile dintre ele sunt arătate cu ajutorul unor săgeți. Lângă fiecare săgeată se scrie sentimentul pe care o poartă persoana respectivă față de persoana spre care arată vârful săgeții. Astfel între fiecare două persoane sunt desenate câte două săgeți, unul cu vârful spre el, iar celălalt cu vârful pornind de la el³⁷ (Komlósi, 2000).

4.1. Cazul S. Ana

Familia S. este o familie alcătuită din patru membrii: părinți cu doi copii. Părinții sunt absolvenți ai unei facultăți, cu vârsta de 39 ani mama (S. Eva), respectiv 42 ani tatăl (S. Adrian).

Băiatul (David) cel mare are 13 ani, este în clasa a VI-a, iar fetița (Ana), pacienta diagnosticată cu astm bronșic, are 9 ani și este în clasa a II-a.

Ana a fost diagnosticată cu astm bronșic la vârsta de 4 ani. La începutul bolii crizele de astm au fost foarte frecvente și intense, părinții de multe ori au solicitat intervenția medicilor.

De-a lungul anilor, Ana a beneficiat de diverse tratamente medicamentoase, însă starea ei nu s-a îmbunătățit semnificativ. De aceea boala ei a fost declarată una cronică, „netratabilă”, totodată recomandându-le să consulte un psiholog.

³⁶ Sherman, R., Fredman, N. (1989): *Strukturális technikák a pár és családterápiában*. Vác: Áfész, pp. 67-73.

³⁷ Komlósi, P. (2000): *Családterápia*. Manuscris folosit la cursul de Terapie Familială, 1998-2002, Cluj-Napoca, nepublicat.

În urma aplicării testelor psihologice am obținut următoarele rezultate:

Tabel. 1: Rezultatele chestionarelor aplicate în cazul mamei Anei

MAMA	FAD (FUNȚIONAREA FAMILIEI)								
	Rez. de probleme	Co-muni-care	Roluri	Răsp. emoțio-nal	Involv. Emoț.	Control comport.	Funcționare generală		
	6	9	12	13	12	19	90		
	MODALITĂȚI DE COPING								
	Analiza probleme-lor	Comp. cu scop (hotărâ- rât)	Comp. bazat pe emoție	Adapta-bilitate	Cerere de aju-tor	Căutare echili-bru emoțio-nal	Retra-gere	Coping centrat pe proble-mă	Coping centrat pe emoție
	4	5	4	8	5	6	8	9	31
	STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY, S.T.A.I								
	S.T.A.I Forma X1 (starea de anxietate ca stare)				S.T.A.I Forma X2 (anxietatea ca trăsătură)				
	39				43				

După cum putem observa, familia pacientei este caracterizată cu o funcționare deficitară (Funcționare generală: 90), mama Anei folosește copingul bazat pe emoție (31) și a obținut valori crescute la scala de anxietate (ca stare: 39, ca trăsătură: 43).

Tabel. 2: Rezultatele chestionarelor aplicate în cazul Anei

ANA	SCALA STIMEI DE SINE, RSES	
	12	
	STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY FOR CHILDREN, S.T.A.I- C	
	S.T.A.I Forma C1 (starea de anxietate ca stare)	S.T.A.I Forma C2 (anxietatea ca trăsătură)
	32	39
	INVENTAR DE DEPRESIE LA COPII, CDI	
	13	
	SIMPTOMATOLOGIA ASTMULUI BRONȘIC	
	Simptomatologie nocturnă	Simptomatologia de zi
	3	2

După cum reiese din tabelul de mai sus, Ana are stima de sine scăzută (12), anxietate crescută (ca stare: 32, ca trăsătură: 39) și prezintă semne de depresie (valoare: 13, nu este o valoare foarte mare).

Descrierea care urmează este realizată pe baza informațiilor obținute la cele trei ședințe de terapie familială, pe care le-am avut cu familia S. până în momentul de față.

La prima ședință s-a prezentat toată familia. Împreună am realizat genograma familiei (vezi Fig.9).

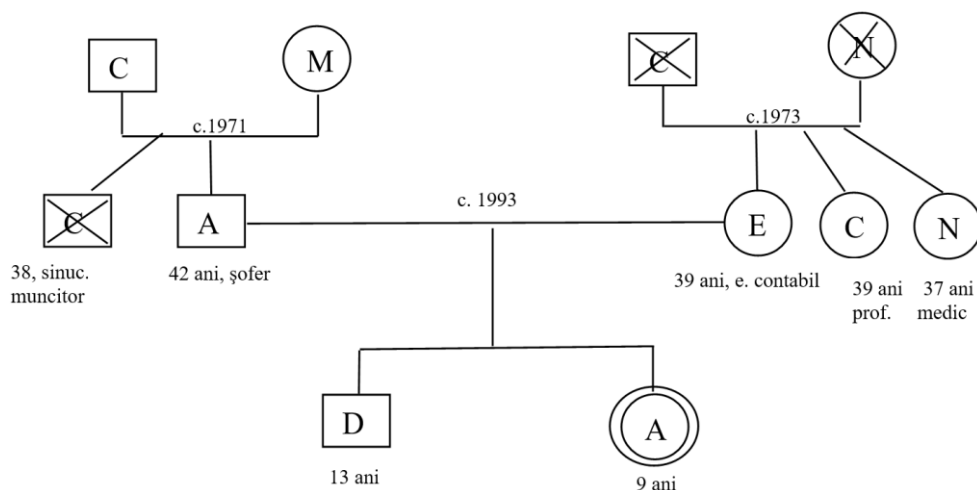


Fig. 9 Genograma familiei S.

Desenând genograma, am aflat că membrii familiei S. locuiesc la casa particulară, departe de bunicii din partea tatălui („și așa este cel mai sănătos” – relatea mama) și frații mai mici ai mamei. În urmă cu trei ani în familia extinsă s-a produs un „accident”, și anume fratele tatălui s-a sinucis (despre acest lucru nu au vorbit din momentul întâmplării). Mama are două surori mai tinere, ambele locuiesc cu familiile lor. Bunicii din partea mamei au decedat în urmă cu 4 respectiv 6 ani din cauza unor boli (cancer la plămâni, boli cardio-vasculare).

La fiecare ședință familia s-a prezentat ca o familie unită, unde nu există probleme, s-au comportat conform sloganului relatat de tată: „toți pentru unul, unul pentru toți”. Au susținut că ei „nu au probleme în afara bolii Anei”, problema, care îi dezamăgește „rău de tot”.

Atât părinții cât și fratele Anei se comportă extrem de ocrotitor cu Ana, fratele ei, David, spunând, că deși ar dori să plece împreună cu tatăl lui la pescuit, înțelege situația în care se află familia lui. Este de acord cu mama lui în ceea ce privește faptul că Ana nu poate fi lăsată singură. De aceea renunță la dorința de a petrece singur timpul cu tatăl lui. Pornind de la această idee, am aflat că în această familie totul se face împreună: împreună se duc la cumpărături, împreună se duc în excursii, la cinematograful, etc. Tatăl a relatat că de „când cu boala Anei”, nu au fost plecați singuri, fără copii nicăieri pentru recreere. Soția nici nu l-a lăsat să-și termine fraza, a intervenit spunând, că „știi bine că nu putem sta liniștiți fără să o avem și pe Ana cu noi, adică pe ambii copii”.

Ana a fost caracterizată de către părinți ca fiind o fată foarte bună, harnică, care niciodată nu a creat probleme. Învață bine și deși s-ar duce la dans popular, acest lucru nu i se permite, deoarece este bolnavă. Din partea tatălui se poate observa că el ar dori să-i ofere puțină „liberate” fetei (în sensul de a o lăsa în ansamblul de dans școlar), însă mama repede îl contrazice, amintindu-i că „starea ei de sănătate” nu-i permite.

David este un băiat aparent liniștit (am aflat însă că la școală obișnuiește să-și bată colegii – (vom aloca o ședință pentru a discuta despre aceste episoade), care se refugiază la jocurile de pe calculator, împreună cu prietenii de la școală. Nu-și contrazice părinții și el confirmă că familia lui se comportă ca „cei patru muschetari”. Trebuie să menționăm că el adaugă acestei comparații afirmația: „poate ar fi timpul să mai mergem și separat la luptă”. Interesant este că după această afirmație repede adaugă „eh, mai glumesc și eu, muschetarii luptă împreună”.

Deși tatăl a absolvit facultatea de inginerie, niciodată nu a lucrat ca inginer. Momentan lucrează ca șofer. Nu câștigă bine, dar măcar „scoate banii pe țigări” spune soția, căci de restul „slavă Domnului, mă ocup eu”. Ea este de părere că soțul „nu și-a ales bine meseria”, „nu a avut noroc”. Interesant este că deși comunicarea nonverbală arată că nu este de acord cu soția, bărbatul nu o contrazice. Eventual spune „bine mama, așa este cum spui tu”. Interesant că îi spune „mama” și nu „soție” sau nu i se adresează pe numele ei. Din punct de vedere al terapiei familiei în urma acestui lucru

este important să explorăm ulterior cum funcționează, și dacă funcționează membrii familiei în diferite roluri (ex. rol de partener, rol de gen, etc.).

Mama este expert contabil. Evidențiază de câteva ori faptul că este „expert”, fiind foarte mândră de acest lucru căci a urmat facultatea în timp ce aștepta cel de-al doilea copil, iar acest ultim examen și-a luat în urma cu doi ani, „lângă un copil bolnav”. După cum spune, „nu mi-a fost ușor, dar a trebuit” – aveau nevoie de bani pentru a-și cumpăra o casă.

Deși era evident că existau tensiuni între membrii familiei, între părinți, în primele două ședințe acestea vorbeau foarte calm, liniștiți. Doreau să transmită „mitul unității”. Cu toate că existau semne că ar dori să schimbe câte ceva, ex. să plece fără copii pentru un weekend, sau să plece doar cu tatăl la pescuit, după ce relatau acest lucru, se și contraziceau în aceeași propoziție, evidențiind importanța de a fi împreună, de a face totul împreună, bineînțeles ținând cont de starea Anei.

La a treia ședință am desenat diagrama atitudinilor emoționale

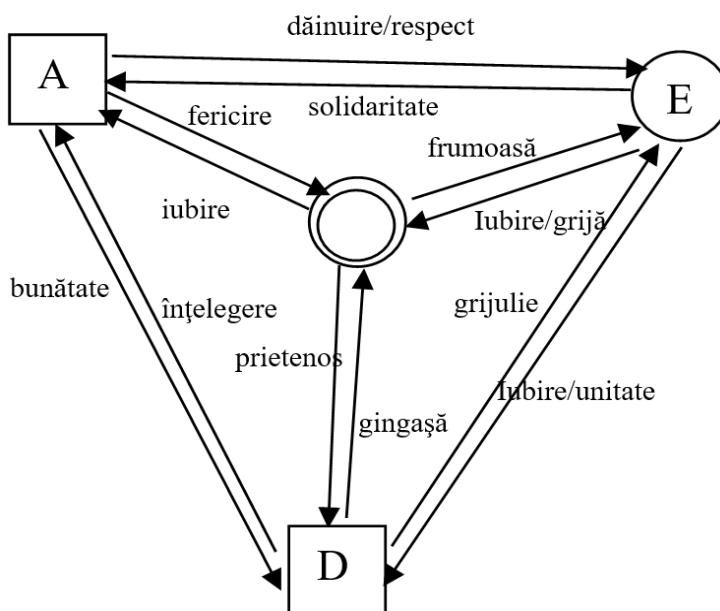


Fig.10 Diagrama atitudinilor emoționale

Emoțiile enumerate de către membrii familiei au fost: iubire, dănuire, solidaritate, frumusețe, unitate, fericire, bunătate, respect.

Este important să evaluăm cum anume arată acest desen, unde se află fiecare membru al familiei în parte: Ana este foarte aproape de părinți (triada Ana-părinți ne duce cu gândul la rolul de „drum-ocolitor”, pe care o are Ana în relația cu părinții), David fiind mai departe, parcă nu ar face parte familie. În ciuda faptului că există această distanțare față de membrii familiei și în cazul lui se poate observa legătura reciprocă față de ceilalți membri ai familiei.

Deși în timpul desenului fiecare membru al familiei pe plan verbal a acordat sprijin celorlalți, nonverbal s-a putut constata că aceștia rareori realizau contact cu ochii, David era foarte tăcut, însă transmitea neliniște, iar Ana aștepta ca ceilalți să răspundă în locul ei, ca pe urmă să-i aprobe pe plan verbal. A fost foarte interesant să observăm că la un moment dat, când bărbatul a spus despre soția lui că ar fi „căpitanul meu drag”, la care aceasta și-a ridicat puțin vocea opunându-se, la Ana i s-a declanșat criza de astm. În clipa următoare toți membrii familiei au sărit la ea ocrotitor. Mama a spus „vedeți, nici o clipă nu putem sta liniștiți din cauza bolii fiicei noastre”. Acest episod ne îndrumă spre regula de bază a familiei: „la noi cearta este interzisă”.

Concluzia noastră generală pe baza celor trei ședințe este: familia Anei se caracterizează prin contopire (enmeshment), comportament hiperprotectiv, rigiditate și lipsa rezolvării conflictelor. Granițele între membrii familiei sunt difuze, șterse, autonomia individuală este redusă, totodată există a graniță clară între familie și mediul înconjurător.

Membrii familiei manifestă comportament hiperprotectiv, se străduiesc să influențeze comportamentul și sentimentele celuilalt.

Simptomatologia Anei are un rol reglator în rezolvarea conflictelor. Familia ei o ajută în menținerea simptomelor, însă și ea, tocmai prin aceste crize astmatice contribuie la menținerea echilibrului familiei. Prin boala ei „îi ține aproape pe părinți”, fratele ei beneficiind de mai multe libertate.

În această familie conflictele nu se manifestă, rezolvarea lor înseamnă ascunderea problemelor sub covor. Certurile sunt interzise în cadrul familiei, acestea fiind considerate deosebit de periculoase pentru

integritatea familiei. Tensiunea însă nu dispare, ci doar se transpune pe o altă persoană din familie (pe Ana), ea reacționând prin crize de astm.

Boala ei ajută la menținerea homeostazei familiale, menținându-se totodată și ea. Astfel putem observa ciclicitatea „diabolică”, vicioasă, care menține și totodată amplifică boala, despre care am relatat în partea teoretică a lucrării, și care confirmă încă o dată ipoteza cercetării noastre.

V.

PSIHOTERAPII RECOMANDATE PACIENȚILOR CU ASTM BRONȘIC

Tratamentul somatic al astmului bronșic poate fi completat cu diferite tehnici psihoterapeutice. Scopul acestui capitol este trecerea în revistă a celor mai importante psihoterapii recomandate în cazul copiilor cu astm bronșic.

Conform literaturii de specialitate cele mai utile intervenții terapeutice în astmul bronșic sunt următoarele: terapia cognitiv-comportamentală, psihoeducația, terapii de relaxare și hipnoterapie, terapia familială și muzicoterapia³⁸.

Există foarte multe studii care accentuează importanța și eficacitatea *terapii cognitive-comportamentale* utilizată în tratamentul bolnavilor cu astm bronșic.

Ideea esențială a acestui tip de terapie este că „reacțiile emoționale și comportamentul oamenilor sunt influențate intens de cogniții (gândurile, concepțiile și interpretările lor cu privire la ei înșiși sau la situațiile în care se găsesc – adică, [...] semnificația pe care o acordă evenimentelor propriei existențe).”³⁹ Indiferent de forma în care se realizează⁴⁰ (individual sau de grup), se urmărește modificarea cognițiilor și comportamentelor ce întrețin simptomatologia pacienților astmatici.

Dubord⁴¹ atrage atenția asupra faptului că primul pas al modificării cognițiilor constă în identificarea acestora, acesta fiind urmată de modificarea lor apelând la „uneltele cognitive de restructurare”, cum ar fi:

³⁸ Nicoară, M.D., Actualități în psihoterapia bolnavilor astmatici. In *Medicina Modernă*, 2010, 17(4): 208-14, pp. 5.

³⁹ Westbrook, D., Kennerley, H., Kirki, J., *Introducere în terapia cognitiv-comportamentală*. 2010, Polirom, București.

⁴⁰ Nicoară, M.D., Actualități în psihoterapia bolnavilor astmatici. In *Medicina Modernă*, 2010, 17(4): 208-14, pp. 5.

⁴¹ Dubord, G., *Cognitive Therapy for Asthma. Effecting Change in Clinical Management*. www.cbt.ca

„Da, posibil”, „Definirea termenilor”, „Tehnica declarațiilor/mărturiilor”, „Examinarea dovezilor”, „Evaluarea dovezilor”, „Enunțarea punctului de vedere”.

Există multe studii și cercetări care evidențiază importanța acestei forme de tratament în cazul bolnavilor cu astm bronșic. În continuare vom enumera doar câteva dintre acestea: cercetările lui Grover și colab. au concluzionat că terapia cognitiv-comportamentală ajută în managementul astmului bronșic⁴²; Marriage și colab. au arătat că terapia cognitiv-comportamentală ajută la îmbunătățirea calității vieții copiilor cu astm bronșic și care suferă de anxietate⁴³; alți cercetători⁴⁴ au ajuns la concluzia că terapia cognitiv-comportamentală utilizată împreună cu tratamentul medicamentos poate fi eficient în reducerea crizelor astmatice.

Psihoeducația îmbunătățește rezultatele clinice la adulții cu astm bronșic⁴⁵.

Self-managementul este componenta cheie eficientă în gestionarea astmului bronșic⁴⁶. Acesta are două obiective: educația pacientului și dezvoltarea aptitudinilor judecării și încrederii în forțele proprii în ceea ce privește auto-gestionarea activităților și colaborarea cu personalul din domeniul medical. Smith și colab. au realizat o meta-analiză a cercetărilor cu privire la impactul intervențiilor psihoeducaționale și costul acestora în cazul pacienților cu astm bronșic sever, adulți și copii.⁴⁷ Concluzia lor a fost

⁴² Grover, N., Kumaraiah, V., Prasadrao, P.S., D'souza, G., *Cognitive behavioural intervention in bronchial asthma*. In J Assoc Physicians India, 2002 July;50:896-900.

⁴³ Marriage, D., Henderson, J., *Cognitive behaviour therapy for anxiety in children with asthma*. In *Nursing Children and Young People*. 2012, 24, 9, 30-34.

⁴⁴ Jamalimotlagh, M., Rezaei, O., Fata, L., Jamaati, H., Masafi, S., *Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy a long with Conventional Treatment in Asthma Patients Compared with Solely Conventional Therapy*. In *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 2012, Vol. 4, No. 9.

⁴⁵ Nicoară, M.D., *Actualități în psihoterapia bolnavilor astmatici*. In *Medicina Modernă*, 2010, 17(4): 208-14, pp. 6.

⁴⁶ *Ibidem*, 2010, pp. 6.

⁴⁷ Smith, J.R., Mugford, M., Holland, R., Candy, B., Noble, M.J., Harrison, B.D.W., Koutantji, M, Upton, C., Harvey, I., *A systematic review to examine the impact of psycho-educational interventions on health outcomes and costs in adults and children with difficult asthma*. In *Health Technology Assessment*, 2005; Vol. 9: No. 23.

că rezultatele cercetărilor au fost contradictorii, sau au evidențiat o eficiență limitată în ceea ce privesc intervențiile psihoeducaționale asupra pacienților astmatici, indiferent dacă aceștia au fost adulți sau copii. Un studiu recent subliniază însă eficiența intervențiilor psihoeducaționale în terapia astmului bronșic⁴⁸.

În literatura de specialitate găsim multe studii care tratează problematica utilizării *terapiilor de relaxare și hipnoterapia* pentru tratarea astmului bronșic.

Nicoară⁴⁹ amintește de următoarele studii în ceea ce privește utilitatea acestui tip de intervenție în cazul pacienților cu astm bronșic: cercetarea lui Kohen (1996) privind influența relaxării și imageriei mentale asupra copiilor cu astm bronșic – cu rezultat pozitiv privind eficacitatea acestei forme de intervenții; recenzia lui Huntley, White și Ernst (2002), care deși au evidențiat metodologia deficitară a studiilor realizate (doar două dintre studiile care au alcătuit obiectul recenziei au putut dovedi eficacitatea terapiei prin relaxare musculară progresivă) au concluzionat că terapia de relaxare poate fi benefică în cazul pacienților cu astm bronșic; analiza studiilor realizată de către Lehrer și colab. (2002) au evidențiat că relaxarea poate fi benefică în prevenirea astmului indus de stres.

Alți cercetători atrag atenția asupra rolului important pe care o poate avea hipnoza și autohipnoza în reducerea anxietății și tensiunii legate de problemele respiratorii și ca atare pot fi folosite în tratamentul astmului bronșic atât la adulți cât și la copii⁵⁰.

Există multe studii care au dovedit că tratamentul somatic al astmului bronșic poate fi completat cu succes de *psihoterapie familială*. Despre această metodă de intervenție am discutat în partea teoretică a lucrării, de aceea nu o vom aborda din nou, subliniem doar atât: „terapia familială include

⁴⁸ Fernandes, L., Psychological Factors in Asthma and Psychoeducational Interventions. In. *Allergic Diseases - Highlights in the Clinic, Mechanisms and Treatment*, 2012, <http://www.researchgate.net/publication/221928271>

⁴⁹ Nicoară, M.D., Actualități în psihoterapia bolnavilor astmatici. In *Medicina Modernă*, 2010, 17(4): 208-14, pp. 6.

⁵⁰ *Ibidem*, pp. 8-9.

educația medicală, noțiuni de prim ajutor, accentul pe suport social și evitarea conflictelor”⁵¹.

Muzicoterapia este folosită în special în două domenii ale medicinei: psihiatrie și psihosomatică. În cazul bolnavilor cu astm bronșic efectul cel mai important îl are în reglarea ritmului respirației, dar trebuie menționat și efectul relaxant pe care îl produce ascultarea muzicii adecvate. Cercetările lui Lehrer și colaboratorii săi au evidențiat efectul benefic pe care o are muzicoterapia asupra relaxării pacienților cu astm bronșic⁵².

Valoarea psihoterapiei în tratamentul bolnavilor cu astm bronșic constă în combaterea episoadelor de panică⁵³. Aceasta poate fi o metodă „auxiliară care să crească încrederea în sine a pacientului, să amelioreze complianța, să favorizeze socializarea. Scopul este de a rupe cercul vicios din anxietate, hiperventilație, criză de astm.”⁵⁴

⁵¹ Dumitrașcu, D.L, colab. Pohribneac, C., *Medicină psihosomatică*, Ed. Medicală Universitară Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca, 2007, pp. 12, pp. 119.

⁵² Lehrer, P.M., Hochron, S.M., Mayne, T., & Isenberg, S. (1994). Relaxation and music therapies for asthma among patients pre-stabilized on asthma medication. In *Journal of Behavioral Medicine*, 17(1), 1-24.

⁵³ Dumitrașcu, D.L, colab. Pohribneac, C., *Medicină psihosomatică*, Ed. Medicală Universitară Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca, 2007, pp. 12, pp. 117-119.

⁵⁴ *Ibidem*, pp. 119.

CONCLUZII FINALE

Cercetările realizate în domeniul astmului bronșic au indicat din ce în ce mai mult existența unei constelații de factori genetici, psihologici și familiali, care sunt la baza evoluției astmului bronșic la copii. Pornind de la aceste considerente am formulat ipotezele cercetării, am dezvoltat metodologia cercetării și am ales instrumentele folosite.

Populația studiată a inclus 79 de copii (38 diagnosticați cu astm bronșic și 41 din grupul de control) și un părinte al fiecărui copil.

Rezultatele ne arată că:

- familiile psihosomatice sunt caracterizate prin funcționalitate deficitară atât la nivelul rezolvării problemelor, comunicării, rolurilor, responsabilității emotive (sensibilității afective), involvării (implicării) emotive, controlului comportamental cât și la nivelul funcționării generale;
- există o diferență în ceea ce privește tipurile de coping ale părinților copiilor astmatici față de cea a părinților copiilor din grupul de control. Astfel părinții copiilor cu astm bronșic folosesc copingul centrat pe emoție, iar părinții copiilor din grupul de control, folosesc copingul centrat pe problemă;
- există o diferență semnificativă în ceea ce privește gradul de anxietate a părinților din grupul de experiment față de cea a părinților din grupul de control. Astfel, părinții copiilor care suferă de astm bronșic au un grad de anxietate mai ridicat față de părinții copiilor din grupul de control;
- copiii cu astm bronșic au anumite caracteristici psihologice și anume au un grad de anxietate mai mare, o stimă de sine mai scăzută și prezintă valori crescute la scala de depresie față de copiii sănătoși”;
- funcționarea familiilor copiilor cu astm bronșic se caracterizează prin răspuns emoțional, involvare emoțională și prin control

comportamental exercitat la modul exagerat asupra membrilor familiei;

- familia copiilor cu astm bronșic are o capacitate de rezolvare de problemă, de comunicare și de rol mai scăzut față de cea a copiilor din grupul de control;
- cu cât un părinte este mai anxios, cu atât copilul acestuia va fi și el mai anxios;
- odată cu creșterea nivelului de anxietate ca stare crește și nivelul anxietății ca trăsătură – asta atât în cazul părinților cât și a copiilor;
- există o legătură strânsă între anxietatea copilului și gradul de depresie, însă nu am găsit nici o legătură semnificativă în ceea ce privește stima de sine și anxietatea respectiv depresia la copii;
- odată cu creșterea gradului de depresie la copii, crește intensitatea simptomatologiei astmului bronșic (atât cea de zi cât și cea nocturnă);
- cu cât are o stimă de sine mai ridicată un copil, cu atât scade intensitatea simptomatologiei nocturne a bolii;
- odată cu creșterea anxietății copilului, crește intensitatea simptomatologiei astmului bronșic (atât cele de zi cât și cele nocturne);
- anxietatea părinților are un efect mare asupra funcționării familiei, astfel, cu cât este mai anxios un părinte, cu atât mai mult funcționalitatea familiei se bazează pe involvare emoțională și răspunsuri emoționale;
- cu cât este mai anxios un părinte, cu atât scade capacitatea acestuia de a analiza și rezolva problemele și apelează mai mult la copingul bazat pe emoție și cu atât caută mai mult echilibrul emoțional și apelează la comportamente bazate pe emoție sau alege retragerea, ca modalitate de coping;
- cu cât este mai mare gradul de involvare emoțională a unei familii, cu atât copilul din familia respectivă este mai anxios și mai depresiv.

În urma analizelor statistice efectuate precum și în urma efectuării studiului de caz, putem afirma ipoteza generală a cercetării *„organizarea familială poate fi legată de apariția și menținerea sindromului psihosomatic la*

copil, iar simptomele psihosomatice ale acestuia joacă un rol important în menținerea homeostazei familiale” este adevărată.

Analizând rezultatele din punctul de vedere al modelului sistemic, putem afirma că în cazul de față am constatat existența anumitor tipuri de organizare familială care pot fi legate de apariția și menținerea sindromului psihosomatic la copil; precum și faptul că simptomele psihosomatice ale copilului joacă un rol important în menținerea homeostazei familiale.

Rezultatele cercetării noastre arată că, la copiii astmatici, simptomele psihosomatice sunt simbolice și se manifestă prin „comunicare corporală” atunci când nu pot fi exprimate verbal.

BIBLIOGRAFIE

- Anastasatu, C. (1983). *Tratat de Medicină Internă. Vol. I: Bolile aparatului respirator*. București: Editura Medicală, pp. 25–71.
- Baban, A. (coord.). (2001). *Consiliere educațională – Ghid metodologic pentru orele de dirigenție și consiliere*. Cluj-Napoca: Ardealul, pp. 72–73.
- Bussing, R., Burket, R.C., & Kelleher, E.T. (1996). Prevalence of anxiety disorders in a clinic-based sample of pediatric asthma patients. *Psychosomatics*, 37(2), 108–115.
- Clocotici, V., & Stan, A. (2001). *Statistică aplicată în psihologie*. București: Polirom, pp. 169–230.
- Nicoară, D. (2010). Actualități în psihoterapia bolnavilor astmatici. *Medicina Modernă*, 17(4), 208–214.
- Dubord, G. *Cognitive Therapy for Asthma. Effecting Change in Clinical Management*. Disponibil la: www.cbt.ca
- Dumitrașcu, D.L., & Pohribneac, C. (2007). *Medicina psihosomatică*. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, pp. 12, 60, 117–119.
- Fernandes, L. (2012). Psychological Factors in Asthma and Psychoeducational Interventions. În *Allergic Diseases – Highlights in the Clinic, Mechanisms and Treatment*.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Epstein, N.B., Baldwin, L.M., & Bishop, D.S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171–180.
- Grover, N., Kumaraiah, V., Prasadrao, P.S., & D'Souza, G. (2002). Cognitive behavioural intervention in bronchial asthma. *Journal of the Association of Physicians of India*, 50, 896–900.
- Jamalimotlagh, M., Rezaei, O., Fata, L., Jamaati, H., & Masafi, S. (2012). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy along with Conventional Treatment in Asthma Patients Compared with Solely Conventional Therapy. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4(9).

- Katon, W.J., et al. (2004). The relationship of asthma and anxiety disorders. *Psychosomatic Medicine*, 66, 349–355.
- Kazdin, A.E. (1997). Practitioner Review: Psychosocial Treatments for Conduct Disorder in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 161–178.
- Komlósi, P. (2000). *Családterápia*. Manuscris folosit la cursul de Terapie Familială (1998–2002), Cluj-Napoca, nepublicat.
- Kopp, M., & Skrabski, A. (1992). *Ways of coping*. În: Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980), varianta scurtă cu 22 itemi. În *Papir-ceruză teszt*, Budapesta: Animula, 2013.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (Manual)*. New York: Multi-Health Systems.
- Lehrer, P.M., Hochron, S.M., Mayne, T., & Isenberg, S. (1994). Relaxation and music therapies for asthma among patients pre-stabilized on asthma medication. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(1), 1–24.
- Marriage, D., & Henderson, J. (2012). Cognitive behaviour therapy for anxiety in children with asthma. *Nursing Children and Young People*, 24(9), 30–34.
- McQuaid, E.L., Kopel, S.J., & Nassau, J.H. (2001). Behavioral adjustment in children with asthma: A meta-analysis. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 22, 430–439.
- Miller, I.W., Epstein, N.B., Bishop, D.S., & Keitner, G.I. (1985). The McMaster Family Assessment Device: Reliability and validity. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 345–356.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., & Baker, L. (1995). *Pszichoszomatikus családok*. Budapesta: Animula, pp. 28.
- Nicoară, M.D. (2010). Actualități în psihoterapia bolnavilor astmatici. *Medicina Modernă*, 17(4), 208–214, pp. 5–6.
- Radu, I. (coord.). (1993). *Metodologie psihologică și analiza datelor*. Cluj-Napoca: Editura Sincron, pp. 102.
- Ridenour, T.A., Daley, J.G., & Reich, W. (1999). Factor analyses of the Family Assessment Device. *Family Process*, 38, 497–510.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Rózsa, S., Vetró, Á., & Komlósi, A. (1999). A gyermek és serdülőkorú depresszió kérdőíves mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. *Pszichológia*, 4, 459–482.
- Sherman, R., & Fredman, N. (1989). *Strukturális technikák a pár és családterápiában*. Vác: Áfész, pp. 67–73.
- Smith, J.R., Mugford, M., Holland, R., Candy, B., Noble, M.J., Harrison, B.D.W., Koutantji, M., Upton, C., & Harvey, I. (2005). A systematic review to examine the impact of psycho-educational interventions on health outcomes and costs in adults and children with difficult asthma. *Health Technology Assessment*, 9(23).
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C.D. (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Vieira, C.L. (2006). Children's self-esteem can affect their response to asthma. Disponibil la: http://www.eurekalert.org/pub_releases/2006-02/l-csc022206.php#
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2010). *Introducere în terapia cognitiv-comportamentală*. București: Polirom.
- Papir-ceruza teszt* (2013). Budapest: Animula.

ANEXE

ANEXA 1. Chestionar privind viața familială (FAD)

ANEXA 2. Prelucrarea statistică a datelor obținute – FAD

ANEXA 3. Scala modalități de coping (Lazarus – adaptat după, Kopp, M., Skrabski, A., 1992)

ANEXA 4. Prelucrarea statistică a datelor obținute la scala – Modalități de coping (adaptat după Kopp, Skrabski, 1992)

ANEXA 5. Scala S.T.A.I. Forma –X1 și S.T.A.I. Forma –X2

ANEXA 6. Prelucrarea statistică a datelor obținute la scala S.T.A.I. X (Scala S.T.A.I. X1 și Scala S.T.A.I. X2)

ANEXA 7. Scala S.T.A.I. Forma –C

ANEXA 8. Prelucrarea statistică a datelor obținute la scala S.T.A.I. C (Scala S.T.A.I. C1 și Scala S.T.A.I. C2)

ANEXA 9. Scala de evaluare a stimei de sine (Scala Rosenberg)

ANEXA 10. Prelucrarea statistică a datelor obținute la scala – Rosenberg

ANEXA 11. Inventarul depresiei pentru copii (CDI)

ANEXA 12. Prelucrarea statistică a datelor obținute la scala –CDI

ANEXA 1. Chestionar privind viața familială (FAD)

(Chestionar parțial)

Afirmațiile de mai jos se referă la viața dumneavoastră familială (cu partenerul de viață și copil(ii)). Vă rugăm să citiți cu atenție aceste afirmații și gândiți-vă în ce măsură acestea corespund familiei Dvs. În cazul anumitor afirmații veți simți că sunt adevărate pentru un anumit membru al familiei, dar nu este valabil în cazul altora. Nu pierdeți prea mult timp cu vreo descriere și dați acel răspuns care pare să fie valabil pentru toți membrii familiei Dvs. Bifați cu X varianta considerată valabilă.

Nr.	Afirmații	Valabil în totalitate	De obicei este valabil	Abia este valabil	Nu este valabil deloc
1	Organizarea programelor familiale comune este greoaie deoarece de multe ori nu suntem de acord.				
2	Majoritatea problemelor de toate zilele din jurul casei le rezolvăm.				
3	Când vreun membru al familiei este supărat, ceilalți știu din ce cauză este așa.				
4	Când cineva din familie este rugat să facă ceva, pe urmă trebuie controlat dacă a făcut sau nu acest lucru.				
5	Când cineva are o problemă, ceilalți sunt prea implicați.				
.....					
15	Sarcinile familiale nu sunt împărțite corect.				
16	Membrii familiei sunt acceptate așa cum sunt.				
17	Încălcarea regulilor familiale nu are consecințe.				
18	Membrii familiei își exprimă părerile fără nici o problemă.				
19	Unii nu își exprimă sentimentele.				
...					

Nr.	Afirmații	Valabil în totalitate	De obicei este valabil	Abia este valabil	Nu este valabil deloc
30	Fiecare are propriile sale sarcini și obligații.				
31	Există multe sentimente negative (supărare) în familie.				
32	Avem reguli cu privire la când poate fi lovit cineva. (Cazul în care nu e voie să lovim pe nimeni - este tot o regulă.)				
...					
36	Simțim că suntem acceptați așa cum suntem noi.				
37	Doar atunci ne preocupăm de cealaltă persoană, dacă din acesta avem un câștig personal.				
....					
57	Putem plânge deschis de față cu ceilalți.				
58	Cu greu facem față în caz că în locuință se strică ceva.				
59	În caz că nu ne place ce face cineva, atunci îi spunem acest lucru.				
60	Ne silim să găsim mai multe soluții pe câte problemă.				

ANEXA 2. Prelucrarea statistică a datelor obținute – FAD

Independent Sample T-test – FAD

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
FAD - Rezolvare probleme	Equal variances assumed	3.931	.051	2.307	77	.024	.98	.43	.13	1.83
	Equal variances not assumed			2.278	66.599	.026	.98	.43	.12	1.84
FAD - Comunicare	Equal variances assumed	1.547	.217	2.979	77	.004	2.50	.84	.83	4.18
	Equal variances not assumed			2.952	70.231	.004	2.50	.85	.81	4.19
FAD - Rol	Equal variances assumed	9.616	.003	2.384	77	.020	3.02	1.27	.50	5.54
	Equal variances not assumed			2.348	63.272	.022	3.02	1.28	.45	5.58
FAD - Raspuns emotional	Equal variances assumed	.696	.407	-3.771	77	.000	-1.91	.51	-2.93	-.90
	Equal variances not assumed			-3.774	76.781	.000	-1.91	.51	-2.92	-.90
FAD - Involcare emotionala	Equal variances assumed	3.233	.076	-4.731	77	.000	-2.39	.50	-3.39	-1.38
	Equal variances not assumed			-4.675	67.046	.000	-2.39	.51	-3.41	-1.37
FAD - Control comportamental	Equal variances assumed	.888	.349	-2.547	77	.013	-2.16	.85	-3.85	-.47
	Equal variances not assumed			-2.552	76.956	.013	-2.16	.85	-3.85	-.48
FAD - Functionare generala	Equal variances assumed	3.992	.049	-3.158	77	.002	-2.60	.82	-4.23	-.96
	Equal variances not assumed			-3.093	56.148	.003	-2.60	.84	-4.28	-.91
FAD - Total	Equal variances assumed	6.948	.010	-.864	77	.390	-2.56	2.96	-8.46	3.34
	Equal variances not assumed			-.847	57.740	.401	-2.56	3.02	-8.61	3.49

Group Statistics

	tip de grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
FAD - Rezolvare probleme	control	41	8.88	1.57	.24
	astm	38	7.89	2.19	.36
FAD - Comunicare	control	41	15.63	3.28	.51
	astm	38	13.13	4.17	.68
FAD - Rol	control	41	22.12	4.41	.69
	astm	38	19.11	6.69	1.09
FAD - Raspuns emotional	control	41	8.59	2.28	.36
	astm	38	10.50	2.23	.36
FAD - Involcare emotionala	control	41	10.59	1.87	.29
	astm	38	12.97	2.58	.42
FAD - Control comportamental	control	41	13.73	3.87	.60
	astm	38	15.89	3.67	.59
FAD - Functionare generala	control	41	16.88	2.49	.39
	astm	38	19.47	4.58	.74
FAD - Total	control	41	96.41	9.30	1.45
	astm	38	98.97	16.34	2.65

ANEXA 3. Modalități de coping (Lazarus – adaptat după, Kopp, M., Skrabski, A., 1992)

(chestionar parțial)

Omul poate lua mai multe hotărâri și se poate gândi și proceda în mai multe feluri, încercând să rezolve o situație grea. Vă rog să vă aduceți aminte de un astfel de eveniment, de o astfel de situație, încercați să retrăiți acea stare sufletească pe care ați avut-o atunci și încercuiți numărul corespunzător aflat alături de reacțiile enumerate mai jos, în funcție ca dintre ele care și în ce măsura s-au întâmplat cu D-voastră în săptămânile urmate după eveniment.

Nu există răspunsuri bune sau rele, ne interesează doar starea sufletească a Dvs. de atunci.

Nr.	Afirmații	Nu m-a caracterizat	Puținm-a caracterizat	M-a caracterizat	Foarte mult m-a caracterizat
1	Am încercat să analizez problema, pentru a înțelege mai bine	0	1	2	3
2	Am lăsat de la mine sau am negociat ca să rezulte ceva bun din lucrul respectiv	0	1	2	3
3	Am încercat să fac ceva despre care am știut că nu se va rezolva, dar măcar am făcut ceva	0	1	2	3
...					
12	Am încercat să mă ajut consumând mâncare, băutură, am fumat sau am luat sedative sau alte medicamente	0	1	2	3
13	Am pus totul pe o carte sau m-am apucat de ceva deosebit de riscant	0	1	2	3
...					
18	Am găsit mai multe posibilități de rezolvare pentru problemă	0	1	2	3
19	Am dorit foarte mult de s-ar schimba situația	0	1	2	3
...					

ANEXA 4. Prelucrarea statistică a datelor obținute la scala – Modalități de coping (adaptat după Kopp, Skrabski, 1992)

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
LAZARUS - Analiza problemelor	Equal variances assumed	.799	.374	3.396	77	.001	1.07	.32	.44	1.70
	Equal variances not assumed			3.422	75.887	.001	1.07	.31	.45	1.70
LAZARUS - Comportament cu scop	Equal variances assumed	12.641	.001	2.223	77	.029	1.03	.46	.11	1.95
	Equal variances not assumed			2.264	66.261	.027	1.03	.45	.12	1.93
LAZARUS - Comportament bazat pe emotie	Equal variances assumed	7.225	.009	-4.547	77	.000	-1.69	.37	-2.43	-.95
	Equal variances not assumed			-4.632	65.864	.000	-1.69	.36	-2.42	-.96
LAZARUS - Adaptabilitate	Equal variances assumed	.405	.526	.241	77	.811	.11	.46	-.81	1.04
	Equal variances not assumed			.241	76.967	.810	.11	.46	-.81	1.03
LAZARUS - Cerere ajutor	Equal variances assumed	2.000	.161	-2.053	77	.043	-.60	.29	-1.18	-1.80E-02
	Equal variances not assumed			-2.075	73.776	.041	-.60	.29	-1.18	-2.39E-02
LAZARUS - Cautare echilibru emotional	Equal variances assumed	5.519	.021	-4.194	77	.000	-1.34	.32	-1.97	-.70
	Equal variances not assumed			-4.154	69.733	.000	-1.34	.32	-1.98	-.69
LAZARUS - Retragere	Equal variances assumed	2.148	.147	-3.194	77	.002	-1.17	.37	-1.90	-.44
	Equal variances not assumed			-3.226	74.265	.002	-1.17	.36	-1.89	-.45
LAZARUS - Rezolvare de probleme	Equal variances assumed	5.450	.022	3.145	77	.002	2.10	.67	.77	3.43
	Equal variances not assumed			3.188	71.385	.002	2.10	.66	.79	3.42
LAZARUS - Rezolvare de probleme bazat pe emotie	Equal variances assumed	5.758	.019	-4.534	77	.000	-4.68	1.03	-6.74	-2.63
	Equal variances not assumed			-4.615	66.898	.000	-4.68	1.01	-6.71	-2.66

Astmul bronșic la copii – Implicații familiale

Group Statistics

	tip de grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
LAZARUS - Analiza problemelor	control	41	6.39	1.53	.24
	astm	38	5.32	1.25	.20
LAZARUS - Comportament cu scop	control	41	6.66	2.47	.39
	astm	38	5.63	1.48	.24
LAZARUS - Comportament bazat pe	control	41	2.05	1.99	.31
	astm	38	3.74	1.18	.19
LAZARUS - Adaptabilitate	control	41	5.59	2.16	.34
	astm	38	5.47	1.96	.32
LAZARUS - Cerere ajutor	control	41	3.61	1.46	.23
	astm	38	4.21	1.09	.18
LAZARUS - Cautare echilibru emotional	control	41	2.93	1.23	.19
	astm	38	4.26	1.59	.26
LAZARUS - Retragere	control	41	5.80	1.82	.28
	astm	38	6.97	1.38	.22
LAZARUS - Rezolvare de probleme	control	41	13.05	3.43	.54
	astm	38	10.95	2.37	.38
LAZARUS - Rezolvare de probleme bazat pe	control	41	19.98	5.49	.86
	astm	38	24.66	3.35	.54

ANEXA 5. S.T.A.I. Forma –X1 și S.T.A.I. Forma –X2

(chestionar parțial)

INSTRUCȚIUNI: Mai jos sunt date diferite descrieri ale unor stări sufletești. Citiți fiecare descriere în parte și încercuiți cea cifră din dreapta descrierii care corespunde cu felul cum vă simțiți acum, în acest moment. Nu există răspunsuri bune sau rele. Nu pierdeți prea mult timp cu vreo descriere și dați acel răspuns care pare să înfățișeze cel mai bine **felul cum vă simțiți în prezent**.

Nr	Descriere	Deloc	Puțin	Destul	Foarte mult
1	Mă simt calm(ă)	1	2	3	4
2	Mă simt liniștit(ă)	1	2	3	4
3	Sunt încordat(ă)	1	2	3	4
...					
7	Mă îngrijorează niște neplăceri posibile	1	2	3	4
8	Mă simt odihnit(ă)	1	2	3	4
..					
15	Sunt relaxat(ă)	1	2	3	4
...					

Iar acum dați acel răspuns care pare să înfățișeze cel mai bine felul cum vă simțiți de obicei.

Nr	Descriere	Aproape niciodată	Câteodată	Adeseori	Aproape todeauna
1	Sunt bine dispus	1	2	3	4
...					
10	Sunt fericit(ă)	1	2	3	4
11	Sunt inclinat(ă) să iau lucrurile prea în serios	1	2	3	4
...					
17	Îmi trece prin minte câte un gând lipsit de importanță și mă sâcăie	1	2	3	4
...					

ANEXA 6. Prelucrarea statistică a datelor obținute la scala S.T.A.I.- Scala STAI X1 și Scala STAI X2

Independent sample T test – STAI X1 es X2

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
STAI - X1	Equal variances assumed	.355	.553	-3.904	77	.000	-6.37	1.63	-9.62	-3.12
	Equal variances not assumed			-3.865	69.370	.000	-6.37	1.65	-9.66	-3.08
STAI - X2	Equal variances assumed	.275	.601	-5.722	77	.000	-8.49	1.48	-11.45	-5.54
	Equal variances not assumed			-5.709	75.631	.000	-8.49	1.49	-11.46	-5.53

Group Statistics

	tip de grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
STAI - X1	control	41	34.71	6.28	.98
	astm	38	41.08	8.17	1.33
STAI - X2	control	41	33.27	6.41	1.00
	astm	38	41.76	6.79	1.10

ANEXA 7. Scala S.T.A.I. Forma –C

(chestionar parțial)

INSTRUCȚIUNI: Mai jos sunt date diferite descrieri ale unor stări sufletești. Citește fiecare descriere în parte și încercuiește cea cifră din dreapta descrierii care corespunde cu felul cum te simțiți de obicei. Nu există răspunsuri bune sau rele. Nu pierde prea mult timp cu vreo descriere și alege acel răspuns care pare să te înfățișeze cel mai bine **felul cum te simțiți în prezent**.

C1 felul cum te simțiți în prezent.

1	Sunt foarte calm(ă).	Sunt calm(ă).	Nu sunt calm(ă).
2	Sunt foarte îngrijorat(ă).	Sunt îngrijorat(ă).	Nu sunt îngrijorat(ă).
...			
8	Sunt foarte odihnit(ă).	Sunt odihnit(ă).	Nu sunt odihnit(ă).
9	Sunt foarte speriat(ă).	Sunt speriat(ă).	Nu sunt speriat(ă).
...			
15	Sunt foarte obosit(ă).	Sunt obosit(ă).	Nu sunt obosit(ă).
16	Sunt foarte supărat(ă).	Sunt supărat(ă).	Nu sunt supărat(ă).
...			

C2. Acum răspunde la felul cum te simțiți de obicei.

Nr	Descriere	Aproape niciodată	Câteodată	Adeseori	Aproape todeauna
1	Îmi este frică să nu comit vreo greșeală.	1	2	3	4
...					
10	Chiar și lucrurile neimportante mă macină și nu mă lasă să mă liniștesc.	1	2	3	4
...					

ANEXA 8. Prelucrarea statistică a datelor obținute la Scala S.T.A.I. C – scala STAI C1 și scala STAI C2

Independent Sample T test – Stai C1 es C2

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
STAI - C1	Equal variances assumed	.037	.848	-4.649	77	.000	-4.81	1.03	-6.87	-2.75
	Equal variances not assumed			-4.643	76.092	.000	-4.81	1.04	-6.87	-2.75
STAI - C2	Equal variances assumed	1.611	.208	-3.955	77	.000	-4.55	1.15	-6.84	-2.26
	Equal variances not assumed			-3.967	77.000	.000	-4.55	1.15	-6.83	-2.26

Group Statistics

	tip de grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
STAI - C1	control	41	29.59	4.52	.71
	astm	38	34.39	4.67	.76
STAI - C2	control	41	34.27	5.30	.83
	astm	38	38.82	4.89	.79

ANEXA 9. Scala de evaluare a stimei de sine Rosenberg

(chestionar parțial)

În continuare vei găsi afirmații despre atitudinea oamenilor față de ei înșiși. Bifează cu X varianta de răspuns care ți se potrivește cel mai bine.

Nr.	Item	Absolut de acord	De acord	Nu sunt de acord	Categoric nu
1	Cred că sunt un om de valoare sau cel puțin la fel de bun(ă) ca alții.				
2	Cred că am câteva calități remarcabile.				
...					
9	Din când în când am senzația că sunt inutil(ă)				
10	Uneori cred că nu sunt bun(ă) de nimic.				

ANEXA 10. Prelucrarea statistică a datelor obținute la Scala de stimă de sine Rosenberg

Independent Sample T test – Rosenberg

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Rosenberg - stima de sine	Equal variances assumed	11.766	.001	3.993	77	.000	4.15	1.04	2.08	6.21
	Equal variances not assumed			3.910	56.032	.000	4.15	1.06	2.02	6.27

Group Statistics

tip de grup		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Rosenberg -	control	41	20.49	3.14	.49
stima de sine	astm	38	16.34	5.80	.94

ANEXA 11. Inventarul Depresiei pentru Copii (CDI)

INSTRUCȚIUNI: Fiecare copil poate să aibă diferite stări sufletești. Mai jos vei găsi mai multe grupe ale unor stări sufletești. Din fiecare grupă *alege o propoziție*, despre care crezi că reprezintă cel mai bine starea ta sufletească din ultima perioadă. Doar după ce ai ales propoziția, poți trece la următoarea grupă de afirmații. Nu există răspunsuri bune sau proaste. Tu trebuie doar să alegi propoziția care prezintă cel mai bine starea ta sufletească din ultimele 2 săptămâni. Încercuiește numărul afirmației respective.

1	0 Nu sunt trist(ă). 1 Deseori sunt trist(ă). 2 Totdeauna sunt trist(ă).	6	0 Câteodată mă gândesc că ceva rău o să mi se întâmple. 1 Sunt îngrijorat(ă) că o să mi se întâmple ceva rău. 2 Sunt sigură că ceva rău o să mi se întâmple.
2	0 Mie nimic nu merge 1 Niciodată nu pot fi sigur de cum o să-mi reușească lucrurile. 2 Ceea ce fac, iese bine.	7	0 Mă urăsc. 1 Nu-mi place de mine. 2 Sunt mulțumit(ă) de mine.
	2 Sunt urât(ă).		2 Am stricat mult la materiile la care înainte eram bun.
15	0 Totdeauna trebuie să mă îndemn ca să-mi fac temele. 1 Deseori trebuie să mă îndemn ca să-mi fac temele. 2 Temele de casă nu sunt o problemă pentru mine.	24	0 Niciodată nu pot fi atât de bun ca și copiii ceilalți. 1 Dacă îmi doresc, pot fi atât de bun ca și copiii ceilalți. 2 Sunt tot atât de bun ca și copiii ceilalți.
16	0 Niciodată nu dorm bine. 1 Deseori nu dorm bine. 2 Dorm destul de bine.	25	0 Pe mine nimeni nu mă iubește într-adevăr. 1 Nu sunt sigur(ă) că mă iubește cineva într-adevăr. 2 Cu siguranță există cineva care mă iubește într-adevăr.
...		...	

ANEXA 12. Prelucrarea statistică a datelor obținute la Inventarul Depresiei pentru Copii (CDI)

Independent Sample T test - CDI

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
CDI - Depresie	Equal variances assumed	6.223	.015	-4.849	77	.000	-4.28	.88	-6.04	-2.52
	Equal variances not assumed			-4.907	73.041	.000	-4.28	.87	-6.02	-2.54

Group Statistics

tip de grup		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
CDI - Depresie	control	41	8.93	4.46	.70
	astm	38	13.21	3.25	.53



ISBN: 978-606-37-2598-2