



Związki poczucia koherencji z postrzeganą władzą w rodzinach ze zdrowym lub chorującym psychicznie dorosłym dzieckiem*

*Relationship between sense of coherence and perceived power
in families with healthy or mentally ill adult child*

IRENA JELONKIEWICZ¹, KATARZYNA KOSIŃSKA-DEC¹,
LUCYNA MURASZKIEWICZ²

Z: 1. Zakładu Psychologii Klinicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
2. III Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Celem pracy było zbadanie związków między poczuciem koherencji (SOC) i spostrzeganą władzą w rodzinach ze zdrowym lub chorującym psychicznie dorosłym dzieckiem. Przy pomocy narzędzi kwestionariuszowych zbadano 124 rodziny ze zdrowym i 45 rodzin z chorym psychicznie dzieckiem. Wykazano, że ogólne poczucie koherencji jest istotnie niższe u dzieci chorych w porównaniu z dziećmi zdrowymi. Dorosłe dzieci w obu grupach podobnie spostrzegają swoją władzę w rodzinie. Matki z rodzin klinicznych przypisują mniej władzy dziecku niż matki ze zdrowych rodzin. Ojcowie pytani o oczekiwany zakres władzy swoich dzieci różnili się w badanych grupach rodzin. Ojcowie chorych dzieci dążyli im więcej władzy niż ojcowie dzieci zdrowych. Stwierdzono również, że w zdrowych rodzinach im większa jest władza dziecka, tym wyższe jest jego ogólne poczucie koherencji. W rodzinach ze schizofrenią występuje związek między SOC chorego dziecka a tym, jak jego władzę spostrzega matka. Im większy jest wg matki zakres władzy dziecka, tym wyższe jest jego poczucie koherencji.*

SUMMARY. *The aim of the study was to explore relationships between sense of coherence (SOC) and perceived power in families with an adult child – healthy or with mental disorders. Using questionnaire techniques 124 families with a healthy adult child and 45 families with a mentally ill child were examined. Global SOC was found to be significantly lower in mentally ill children than in healthy ones, while the adult child's power in the family was self-rated similarly in both groups studied. Mothers from clinical families ascribed less power to the child than did mothers from healthy families. Fathers asked in the two groups about the expected extent of their children's power differed: fathers of mentally ill children would give them more power than fathers of healthy children. Moreover, in healthy families the child's global sense of coherence turned out to be the higher the more power he/she had. In schizophrenic families the psychotic child's SOC was related to his/her power as perceived by the mother: the greater extent of the child's power in maternal perception, the stronger was his/her sense of coherence.*

Słowa kluczowe: rodzina / schizofrenia / władza / poczucie koherencji

Key words: family / schizophrenia / power / sense of coherence

Poczucie koherencji (*sense of coherence* – SOC) to pojęcie wprowadzone przez Antonovsky'ego [1995] dla oznaczenia sposobu

widzenia świata, ogólnej orientacji życiowej, odnoszącej się do szerokiego zakresu bodźców i zdarzeń wywodzących się z przeszłości

* Praca jest fragmentem programu statutowego Instytutu Psychiatrii i Neurologii realizowanego w Zakładzie Psychologii Klinicznej w latach 1996–1998, pt.

„Określenie związków między właściwościami struktury i funkcjonowania rodziny a adaptacją i zdrowiem psychicznym dorastających”.

i przewidywanych w przyszłości. SOC tworzą trzy podstawowe składowe: (a) zrozumiałość (*comprehensibility*) – to spostrzeganie napływających informacji jako spójnych, ustrukturowanych, mających sens poznawczy, (b) sterowalność (*manageability*) – to dostrzeganie zasobów będących do dyspozycji jednostki, które pozwalają sprostać wymaganiom stawianym przez bodźce, (c) sensowność (*meaningfulness*) – to poczucie, że pewne problemy i wymagania stawiane przez życie warte są inwestowania energii oraz stają się bardziej wyzwaniem niż kłopotem czy nieszczęściem.

Według Antonovsky'ego SOC jest czynnikiem sprzyjającym zachowaniu dobrego samopoczucia i wpływającym na efektywność procesu zdrowienia. Silne poczucie koherencji umożliwia zachowanie równowagi organizmu mimo częstego doznawania stresu oraz pełne wykorzystanie istniejących zasobów [por. Heszen-Niejodek 1997, Sękowa 1996]. Poczucie koherencji można traktować jako jeden z ważnych mechanizmów adaptacyjnych, który odgrywa rolę w relacji między czynnikami stresowymi a stanem zdrowia, samopoczuciem, nasileniem objawów chorobowych [Carmel i wsp. 1991, Flannery i Flannery 1990, Bishop 1993, Koniarek i wsp. 1997].

Antonovsky [1995, 1998] uważał, że SOC kształtuje się od pierwszych lat życia do tak zwanej wczesnej dorosłości (ok. 30 roku życia) poprzez określonego rodzaju doświadczenia życiowe, m.in. wywodzące się z obszaru rodziny. Podkreślał ważność środowiska społecznego w formowaniu SOC. „Z jednej strony, świat społeczny stawia dziecku wymagania, które zechce ono spełnić lub nie. Z drugiej strony, dziecko wymaga, by inni robili to czy tamto i zmusza innych do tego czy tamtego, otoczenie zaś reaguje w sposób mniej lub bardziej satysfakcjonujący. Tak stawiając sprawę widzimy, że podstawowym wymiarem relacji dziecka ze światem społecznym jest władza, a władza nigdy nie jest równomiernie rozłożona”. [Antonovsky 1995, s. 99]. Doświadczenia życiowe w znacznej

mierze mogą zależeć od wzorców wychowawczych i klimatu emocjonalnego rodziny pochodzenia. Można zatem przypuszczać, że istnieją wewnątrzrodzinne uwarunkowania SOC. Praca Sagy i Antonovsky [1997] wykazała, że z SOC wysoko korelują następujące kategorie doświadczeń życiowych: równowaga obciążeń, udział w podejmowaniu decyzji i poczucie bliskości z rodziną.

Układ poglądów i przekonań dorosłego dziecka dotyczących relacji władzy między poszczególnymi członkami rodziny opisuje jeden ze strukturalnych aspektów funkcjonowania grupy rodzinnej. W rodzinie hierarchiczny układ zależności warunkuje m.in. zakres możliwych zachowań jej członków. Realizacja władzy jest równocześnie źródłem kolejnych doświadczeń życiowych. Doświadczenia będące efektem sprawowania władzy można rozpatrywać ze względu na trzy ważne cechy (o których pisze Antonovsky), to znaczy – ich spójność, udział w podejmowaniu decyzji oraz równowagę obciążeń. Władza, która stwarza możliwość podejmowania decyzji, jest spójnie realizowana w określonych zakresach życia rodzinnego i nie prowadzi do przeciążenia, byłaby podstawą do kształtowania wysokiego poziomu SOC. Doświadczenia wynikające z posiadania władzy w rodzinie mogą być opisywane ze względu na jedną wybraną cechę wymienianą przez Antonovsky'ego – udział w podejmowaniu decyzji. Zatem można spodziewać się, że zakres władzy dorosłego dziecka będzie wiązać się z jego poczuciem koherencji.

Tematyka prezentowanych badań dotyczyła relacji między poczuciem koherencji dorosłych dzieci a dystrybucją władzy w rodzinie. Należałoby wobec tego przyjrzeć się bliżej sposobom rozumienia pojęcia władzy.

Z socjologicznego punktu widzenia władza to możliwość podejmowania decyzji o zachowaniach innych ludzi i stosowania względem nich nagród i kar. Dwie najbardziej znane typologie władzy i przywództwa wiążą się z nazwiskami Webera i Lewina [w: Katz i Kahn 1979].

Z psychologicznego punktu widzenia zagadnienie władzy jest powiązane z pojęciem wpływu jako siły psychologicznej [poglądy Cartwrighta w: Simon i wsp. 1985]. Wywieranie wpływu to każde zachowanie, które wywołuje jakąś zmianę stanu behawioralnego, psychicznego, czy innego. Należy pamiętać, że zwykle mamy do czynienia z intencją wywierania wpływu, próbą dokonywania wpływu i rezultatem (poddanie się wpływowi lub uchylenie się od zmiany). Cromwell i Olson [w: Simon i wsp. 1985] uważają, że władza jako właściwość systemu to potencjalna lub aktualna możliwość jednostki uzyskania zmiany zachowania u innego członka systemu społecznego. Haley [w: Tryjarska 1987] stwierdzał, że zagadnienie władzy jest centralnym zagadnieniem w ludzkim życiu, a poszukiwanie sposobów kontrolowania relacji między dwiema osobami pojawia we wszystkich rodzinach.

Relacje władzy wyznaczają zasady funkcjonowania rodziny, są również niezbędne w procesie socjalizacji dzieci. Minuchin i Haley [w: Simon 1993], opisując procesy rodzinne, używali terminu „hierarchia”. Zarówno Haley, jak i Minuchin myśleli o hierarchii w terminach władzy. Dla Haleya hierarchia to poziomy „status i władzy”, dla Minuchina – „różne poziomy autorytetu”. Obaj badacze uważają, że sprawowanie władzy przez rodziców służy rozwojowi psychospołecznemu dzieci. Minuchin [ibidem]: „Rodzicielstwo wymaga utrzymywania, prowadzenia, kontroli. Proporcja tych elementów zależy od potrzeb rozwojowych dzieci i możliwości rodziców. Ale rodzicielstwo musi używać autorytetu. Rodzice nie mogą wykonywać swoich funkcji, dopóki nie mają władzy” [s. 153].

W teorii i praktyce terapii rodzinnej zagadnienie władzy podejmowano również omawiając funkcjonowanie rodzin z dzieckiem chorym na schizofrenię.

Rodzice dziecka chorego na schizofrenię bardzo często czują się winni i odpowiedzialni za to, co stało się z ich dzieckiem [Kuipers i wsp. 1997]. Pragną w jak największym stopniu poświęcić swój czas i uwagę opiece nad

pacjentem. Maksymalne zaangażowanie prowadzi czasami do wyręczania i przejmowania wszystkich zadań chorego dziecka. Chory syn lub córka jest traktowany wtedy jak osoba, która nie w pełni może odpowiadać za siebie. Proces uzyskiwania autonomii i niezależności przez dorastające dzieci jest zakłócony nie tylko chorobą dziecka, ale również nadmiernym zaangażowaniem rodziców.

Choroba psychiczna dziecka może zmienić układ ról w rodzinie i tak np. gdy matka stanie się najważniejszą osobą opiekującą się chorym dzieckiem, jej znaczenie i pozycja w rodzinie wzrośnie [de Barbaro 1999]. Jedną z właściwości przejawianej przez rodziców relacji nadmiernego emocjonalnego zaangażowania¹ w sprawę chorego dziecka jest jej symetryczność [Moscarelli i wsp. 1996]. Pacjent niepokoi się i stara się ochraniać bliskie osoby. Zachowuje się w podobny sposób jak bliscy wobec niego.

Celem terapii może stać się przywrócenie równowagi sił między rodzicami, odciążenie matki i równomierne rozłożenie odpowiedzialności za opiekę nad pacjentem. Choroba psychiczna i leczenie dorosłego dziecka czasami zmienia jego pozycję i możliwość wpływania na zachowania członków rodziny. Rodzice, by uniknąć niepotrzebnych konfliktów i dodatkowego stresu, będą akceptować decyzje i zachcianki pacjenta, mogą zwalniać go z nieprzyjemnych obowiązków domowych [por. de Barbaro 1999].

Niejednokrotnie rodzina z chorym psychicznie dzieckiem przypomina rodzinę z wcześniejszej fazy rozwojowej. Rodzice sprawują całkowitą władzę i opiekę nad dziećmi i przyjmują pełną odpowiedzialność za sprawę rodzinne. Mimo upływającego czasu część władzy i odpowiedzialności nie przechodzi na dorastające dzieci. Choroba psychiczna dziecka opóźnia i uniemożliwia pomyślne rozwiązanie tych rozwojowych problemów. Według White'a [cyt. de Barbaro 1999] osoba

¹ Jest to jeden ze wskaźników EE (*Expressed Emotion*), por. Teoria Ujawnianych Uczuć [de Barbaro 1999].

z diagnozą schizofrenii stopniowo oddaje własną władzę i odpowiedzialność na rzecz rodziny. W dodatku im bardziej nieodpowiedzialnie będzie zachowywać się osoba chora, tym bardziej odpowiedzialna stanie się rodzina.

W tym opracowaniu przyjęto, że struktura władzy w rodzinie jest rezultatem procesów interakcyjnych w grupie. Przebieg tych procesów jest wyznaczony zarówno przez formalne role pełnione przez członków rodziny jak i nieformalne zależności wiążące poszczególne osoby w rodzinie. Badania poświęcone temu zagadnieniu wykazują, że członkowie grupy mogą dość poprawnie spostrzegać swoją pozycję w strukturze władzy [por. Mika 1981, s. 453].

Wymaga podkreślenia fakt relacyjności zjawiska rządzący–rządzony. Podległość i podporządkowanie wynika z relacji z inną osobą. Nie istnieje władza sama w sobie. Tworzy ją praktyka społeczna, czyli strukturowanie relacji między ludźmi. Ten, kto ma władzę, sprawuje ją nad kimś lub nad czymś. Nie trzeba zatem poszukiwać ogólnej idei władzy w umysłach członków rodziny. Interesować nas może obraz władzy realizowanej w relacjach między poszczególnymi osobami w rodzinie. Wobec tego przedmiotem zainteresowania była nie tyle faktyczna władza w rodzinie, ile spostrzeganie władzy przez członków rodziny. Spostrzeganiem władzy nazywamy w tej pracy wiedzę o pozycji własnej osoby i członków rodziny w hierarchii wzajemnych wpływów (takich jak: podejmowanie decyzji, wyrażanie opinii itd.).

CEL

Dane pochodzące z literatury pozwalają sformułować pytania i hipotezy dotyczące zagadnień władzy, poczucia koherencji i związków między tymi zmiennymi w dwóch porównywanych grupach rodzin – ze zdrowym lub chorym psychicznie dorosłym dzieckiem. *Pytanie:* Czy i w jakim zakresie postrzegana władza i poczucie koherencji dorosłego dziecka różni się w obu grupach?

Hipoteza: W grupie rodzin ze zdrowym dzieckiem pojawią się związki między postrzeganą władzą dziecka i jego poczuciem koherencji. Spodziewano się, że większemu wskaźnikowi władzy dorosłego dziecka towarzyszy wyższy wskaźnik poczucia koherencji. Odmienny sposób funkcjonowania rodzin z dzieckiem chorym na schizofrenię nasuwa przypuszczenie, że nie pojawią się tam zależności między powyżej opisanymi zmiennymi.

OSOBY BADANE

W badaniu uczestniczyły dwojakiego rodzaju rodziny, w których przynajmniej jedno dziecko było w przedziale wiekowym 19–25 lat.

Do pierwszej grupy weszły 124 rodziny ze zdrowym dzieckiem („niekliniczne”), w tym 78 (63%) rodzin z córkami i 46 (37%) rodzin z synami. Badani pochodzili z Warszawy. Żadne z badanych dzieci nie miało jeszcze swojej rodziny i wszyscy mieszkali z rodzicami. Rodziny w tej grupie charakteryzował brak szeroko rozumianej „patologii”, co oznaczało, że u żadnego członka rodziny nie występowały przewlekłe choroby psychiczne, poważne choroby somatyczne lub wyraźne inwalidztwo.

W drugiej grupie znalazło się 45 rodzin: 19 (42%) rodzin z córkami i 26 (58%) rodzin z synami; dorosłe dziecko było pacjentem oddziału F-9 III Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, z rozpoznaniem schizofrenii lub zaburzeń typu schizofrenii (schizotypowych) i urojeniowych (F20-F29 wg kryteriów ICD-10).

Czas trwania choroby wynosił u nich od kilku miesięcy do 11 lat, przy średniej 3,56 i odchyleniu standardowym równym 2,75. 79% badanych chorowało od roku do 5 lat. Wiek osób badanych przedstawia tabl. 1, w której zawarto także parametry statystyczne obrazujące wyniki porównania tej zmiennej w obu grupach. Średnia wieku rodzin jest nieco większa w grupie klinicznej,

przy czym u dzieci i matek ma to charakter tendencji zbliżającej się do granicy istotności statystycznej. Natomiast ojcowie dzieci chorych są statystycznie istotnie starsi niż ojcowie dzieci zdrowych. Opisana różnica nie ma praktycznego znaczenia psychologicznego: po pierwsze jest niewielka, a po drugie – rodziny z obu grup są w tej samej fazie cyklu rozwojowego.

Aktywność dorosłych dzieci przedstawiają dane w tabl. 2. Dane pokazują, że podstawowym zajęciem badanych dzieci w obu grupach była nauka. Jedynie wśród chorujących były takie osoby (31% tej grupy), które ani nie uczyły się, ani nie pracowały. Przedsta-

wione rozkłady różnią się statystycznie istotnie ($\chi^2_{(df=4)}=45,37; p<0,001$).

Rozkłady charakteryzujące wykształcenie rodziców w porównywanych grupach nie wykazują statystycznie istotnych różnic. Najczęściej są to osoby o średnim i wyższym wykształceniu. Inaczej jest z aktywnością zawodową matek i ojców w obu porównywanych grupach. Liczebności dotyczące tej zmiennej pokazuje tabl. 3.

Rodzice dzieci zdrowych (grupa niekliniczna) w większym odsetku są aktywni zawodowo niż rodzice dzieci chorych (grupa kliniczna). Matki i ojcowie pobierający rentę lub emeryturę są reprezentowani tylko

Tablica 1. Wiek członków rodzin w badanych grupach

| Członkowie rodzin | Rodziny niekliniczne (n=124) | | Rodziny kliniczne (n=45) | | Analiza wariancji | Poziom istotności [p] |
|-------------------|------------------------------|------|--------------------------|------|-------------------|-----------------------|
| | średnia | S.D. | średnia | S.D. | | |
| Dzieci | 21,6 | 1,65 | 22,15 | 2,29 | 2,79 | 0,097 |
| Matki | 47,90 | 4,16 | 49,49 | 5,95 | 2,80 | 0,053 |
| Ojcowie | 50,02 | 4,74 | 52,43 | 6,08 | 7,18 | 0,008 |

SD – odchylenie standardowe

Tablica 2. Rodzaj aktywności życiowej badanych dzieci zdrowych i chorujących

| Dzieci | Uczy się | Pracuje | Uczy się i pracuje | Nie uczy się i nie pracuje | Inne | Razem |
|-----------|-----------|-----------|--------------------|----------------------------|---------|-------------|
| Zdrowe | 98 80% | 24 19% | 0 0% | 0 0% | 1 1% | 124 100% |
| Chorujące | 20 49% | 6 15% | 2 5% | 13 31% | 0 0% | 41 100% |

Tablica 3. Aktywność zawodowa rodziców w grupie nieklinicznej i klinicznej

| | Pracuje | Nie pracuje | Renta/emerytura |
|--------------------|-----------|-------------|-----------------|
| Grupa niekliniczna | | | |
| Matki (n=124) | 108 (87%) | 16 (13%) | 0 |
| Ojcowie (n=124) | 112 (90%) | 12 (10%) | 0 |
| Grupa kliniczna | | | |
| Matki (n=43) | 9 (20%) | 9 (20%) | 25 (60%) |
| Ojcowie (n=45) | 16 (37%) | 3 (7%) | 26 (58%) |

w grupie klinicznej. Rozkłady tej zmiennej różniły się: u matek $\chi^2_{(df=3)}=97,0$, u ojców $\chi^2_{(df=2)}=85,06$; w obu przypadkach $p < 0,001$.

METODA

Rodziny niekliniczne dobierane były przez ankieterów pracujących na zlecenie Zakładu Psychologii Klinicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Badanie było jednorazowym spotkaniem z rodziną w jej własnym domu, po uprzednim ustaleniu terminu dogodnego dla wszystkich trzech osób uczestniczących w nim. Członkowie rodziny byli badani równocześnie. Przeciętny czas wypełniania kwestionariuszy wynosił około godziny. Każda z trzech osób (rodzice i dziecko) wypełniała indywidualnie kwestionariusz *Ty i twoja rodzina* (obejmujący kolejne skale). Wersja dla matki i ojca była identyczna. Wersja dla dziecka zawierała dodatkowe skale. Wypełnione kwestionariusze w obecności rodziny były wkładane do kopert i zaklejane. Rodziny z grupy klinicznej były badane przy użyciu tych samych narzędzi, ale na terenie Kliniki przez psychologa oddziału.

Narzędzia

Zastosowano zestaw narzędzi kwestionariuszowych *Ty i twoja rodzina*, na który składały się m.in. *Dane socjodemograficzne* – narzędzie pozwalające scharakteryzować wiek, wykształcenie, rodzaj podstawowej aktywności, subiektywną ocenę sytuacji ekonomicznej rodziny i in.

Kwestionariusz *Rodzina i ja* używany był do pomiaru postrzeganej władzy w rodzinie.

Informacje, pochodzące z pierwszych sześciu pozycji tego kwestionariusza, wskazywały pozycję członków rodziny w strukturze władzy. Badani określali na dziesięciopunktowej skali, jak często matka, ojciec i dziecko decydują o rozmaitych codziennych i ważnych sprawach, kto ma najczęściej wpływ na nastroje pozostałych członków rodziny, na decyzje innych osób, czyje uwagi są najczęściej uwzględniane. Przy takiej konstrukcji narzędzia można było uzyskać od każdego badanego wskaźnik władzy trzech członków rodziny: własny i pozostałych dwóch osób. Jedno ze stwierdzeń omawianego kwestionariusza dotyczyło władzy „pożądaney”; pytano w nim o to, ile władzy powinien – zdaniem badanego – mieć każdy z członków tej rodziny. Odpowiedzi opisywały oczekiwany zakres władzy dziecka i rodziców. W prezentowanym opracowaniu koncentrujemy się na: (a) władzy dziecka postrzeganej przez siebie i przyznawanej mu przez rodziców oraz (b) władzy oczekiwanej przez dziecko i tej, jaką przyznałoby mu rodzice.

Trzecim narzędziem, uwzględnianym w opracowaniu jest *Kwestionariusz orientacji życiowej* (SOC-29) do badania poczucia koherencji [por. Antonovsky 1995].

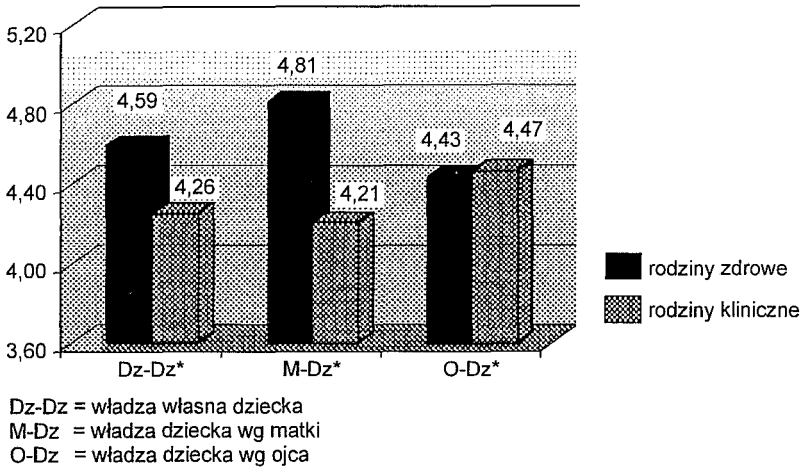
WYNIKI

Poczucie koherencji

Poczucie koherencji okazało się zmienną różnicującą badane grupy. Jak widać (tabl. 4) – średnie wartości poczucia koherencji dzieci istotnie różnią się w badanych grupach: ogólny SOC, poczucie zrozumiałości i poczucie

Tablica 4. Poczucie koherencji dzieci zdrowych (n=124) i chorujących (n=45).
Średnie i wartości F oraz jej poziom istotności

| Poczucie koherencji | Średnie | | Analiza wariancji | Poziom istotności [p <] |
|------------------------|---------------|--------------|-------------------|--------------------------|
| | dzieci zdrowe | dzieci chore | | |
| Ogólne | 134,90 | 120,22 | 14,45 | 0,001 |
| Poczucie zrozumiałości | 43,76 | 39,76 | 6,90 | 0,01 |
| Poczucie sterowalności | 48,84 | 41,96 | 21,31 | 0,001 |
| Poczucie sensowności | 39,49 | 38,51 | 0,52 | n.i. |



Wykres 1. Wskaźniki władzy dziecka w percepcji własnej i rodziców, w grupie dzieci zdrowych i chorych psychicznie

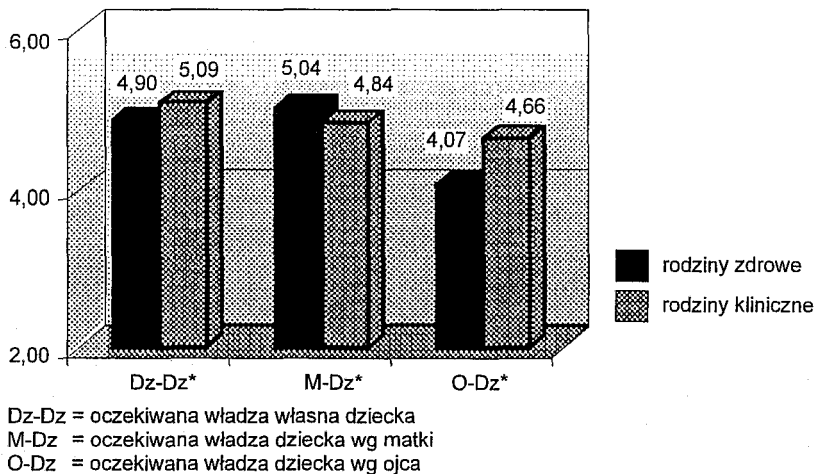
sterowalności są wyższe u dzieci zdrowych niż u dzieci leczonych psychiatrycznie. Tymczasem poczucie sensowności jest w obu grupach takie samo.

Władza dziecka w rodzinie

Władzę dziecka w badanych rodzinach określały 3 wskaźniki: tak, jak spostrzega ją samo dziecko, jak spostrzega ją matka oraz ojciec. Poniższy wykres pokazuje średnie

wartości wskaźników władzy dzieci zdrowych i chorych w ocenie rodziny.

Chociaż dzieci zdrowe przypisują sobie więcej władzy w rodzinie niż dzieci chore na schizofrenię, różnica ta nie jest jednak statystycznie istotna ($F_{(1,167)}=1,60$; $p=0,20$). Matki ze zdrowych rodzin przypisują swoim dzieciom więcej władzy niż matki dzieci chorych. W tym przypadku, obserwowana różnica osiąga poziom istotności statystycznej



Wykres 2. Wskaźniki władzy oczekiwanej dziecka w percepcji własnej i rodziców, w grupie dzieci zdrowych i chorych psychicznie

Tablica 5. Związki między poczuciem koherencji a władzą dziecka w percepcji własnej i rodziców w rodzinach zdrowych – współczynniki korelacji Pearsona [r]

| Poczucie koherencji | Władza dziecka według: | | |
|------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | dziecka | matki | ojca |
| Ogólne | 0,20 <i>p</i> = ,029 | -0,03 <i>p</i> = ,781 | 0,03 <i>p</i> = ,764 |
| Poczucie zrozumiałości | 0,17 <i>p</i> = ,059 | -0,05 <i>p</i> = ,616 | 0,07 <i>p</i> = ,446 |
| Poczucie sterowalności | 0,13 <i>p</i> = ,167 | 0,00 <i>p</i> = ,988 | -0,01 <i>p</i> = ,902 |
| Poczucie sensowności | 0,22 <i>p</i> = ,016 | 0,00 <i>p</i> = ,995 | -0,01 <i>p</i> = ,950 |

($F_{(1,167)} = 5,19$; $p = 0,02$). Ojcowie w obu grupach spostrzegają podobnie zakres władzy swoich dzieci ($F_{(1,167)} = 0,02$; $p = 0,88$).

Innym aspektem opisywania władzy jest pytanie o zakres władzy, której oczekuje się dla siebie i innych członków rodziny. W kwestionariuszu pytano badanych, jak chcieliby, żeby podzielona była władza w ich rodzinach. Na wykresie 2 przedstawione zostały średnie wartości wskaźników oczekiwanej (pożądaney) władzy dzieci w percepcji własnej i ich rodziców, w obu grupach.

Dzieci z obu porównywanych typów rodzin oczekują dla siebie podobnego zakresu władzy. Podobnie matki dzieci zdrowych i dzieci chorych chciałyby analogicznego zakresu władzy dla swoich córek i synów. Natomiast ojcowie dzieci chorych dążyliby istotnie więcej władzy swoim dzieciom, niż ojcowie dzieci zdrowych ($F_{(1,166)} = 3,62$, $p = 0,05$).

Związki poczucia koherencji z postrzeganą władzą w rodzinie

Analiza korelacyjna (*r*-Pearsona) pokazała odmienne związki między poczuciem koherencji dziecka a jego władzą w obu grupach rodzin.

Wyniki (tabl. 5) wskazują, że ogólne poczucie koherencji, poczucie sensowności i poczucie zrozumiałości (to ostatnie – na poziomie tendencji) dorosłego, zdrowego dziecka wiążą się statystycznie istotnie ze spostrzeganą własną władzą. Im większa jest władza

dorosłego dziecka w rodzinie, tym większy jest jego ogólny SOC, a w tym – poczucie sensowności. Władza zdrowego dziecka spostrzegana przez matkę i ojca nie wiąże się z jego poczuciem koherencji.

Zależność ta inaczej wygląda w grupie dzieci chorych. Pokazują to współczynniki korelacji Pearsona między wskaźnikami poczucia koherencji dziecka i jego władzą w percepcji rodziny (tabl. 6).

W tej grupie z władzą spostrzeganą przez dziecko wiąże się tylko jeden komponent poczucia koherencji – poczucie zrozumiałości. Im większy jest zakres władzy dorosłego dziecka, tym większe jego poczucie zrozumiałości. Jednocześnie występuje tu istotny związek między poczuciem koherencji chorującego dziecka (ogólnym i jego komponentami) a tym, jak jego władzę w rodzinie spostrzega matka. Im większy jest wg matki zakres władzy dziecka, tym wyższe jest jego poczucie koherencji. W grupie rodzin zdrowych analogiczne współczynniki korelacji przyjmowały dużo niższe wartości. Porównywano² testem dwustronnym różnice współczynników korelacji między spostrzeganą przez matkę władzą dziecka a jego poczuciem koherencji. Okazało się, że przy porównaniu ogólnego poczucia koherencji $p = 0,008$, poczucia zrozumiałości $p = 0,01$, poczucia sterowalności

² Na podstawie testu porównania wartości *r* (Statistica '99).

Tablica 6. Związki między poczuciem koherencji a władzą w percepcji własnej i rodziców u chorującego dziecka – współczynniki korelacji Pearsona [r]

| Poczucie koherencji | Władza dziecka według: | | |
|------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| | dziecka | matki | ojca |
| Ogólne | 0,21 <i>p</i> = ,166 | 0,40 <i>p</i> = ,008 | 0,00 <i>p</i> = ,993 |
| Poczucie zrozumiałości | 0,31 <i>p</i> = ,041 | 0,34 <i>p</i> = ,024 | -0,17 <i>p</i> = ,280 |
| Poczucie sterowalności | 0,07 <i>p</i> = ,643 | 0,37 <i>p</i> = ,013 | -0,02 <i>p</i> = ,877 |
| Poczucie sensowności | 0,19 <i>p</i> = ,206 | 0,37 <i>p</i> = ,014 | 0,20 <i>p</i> = ,198 |

$p=0,02$, poczucia sensowności $p=0,02$ opisywane współczynniki korelacji między władzą dziecka spostrzeganą przez matki i jego poczuciem koherencji są istotnie wyższe w rodzinach z chorym dzieckiem.

Poszukiwano podobnych związków między poczuciem koherencji dziecka i władzą, jaką chciałoby posiadać w rodzinie, i jaką dąłoby mu rodzice. Uzyskane współczynniki korelacji są w obu grupach podobne i istotnie statystycznie tylko w odniesieniu do poczucia zrozumiałości: w grupie dzieci zdrowych r -Pearsona = 0,19, $p < 0,04$, zaś w grupie dzieci chorych $r = 0,33$, $p < 0,03$. Zatem poczucie zrozumiałości, zarówno dzieci zdrowych, jak i dzieci chorujących na psychozę, jest tym większe, im większy chcą mieć udział w sprawowaniu władzy.

OMÓWIENIE

Wyniki uzyskane w prezentowanym opracowaniu pozwoliły odpowiedzieć na wcześniej postawione pytania.

1. Poczucie koherencji leczonych psychiatrycznie dzieci różni się od poczucia koherencji zdrowych dzieci. Chorujące dzieci mają niższe ogólne poczucie koherencji, niższe poczucie sterowalności oraz niższe poczucie zrozumiałości niż zdrowe dzieci. Poczucie sensowności w obu grupach dorosłych dzieci nie różni się. W badaniach Mroziak i in. [1997], wykazano, że poziom

poczucia koherencji jest niższy w grupach klinicznych. Uzyskany przez nas wynik w dużej mierze potwierdza ten wniosek.

Warto wspomnieć, że wg Antonovsky'ego SOC stabilizuje się ok. 30 roku życia. Można sądzić, że u badanych osób zachorowanie na przewlekłą chorobę psychiczną wiąże się z zahamowaniem procesu nabywania doświadczeń życiowych niezbędnych dla formowania się poczucia koherencji.

Ciekawy jest wynik pokazujący, że poczucie sensowności jest analogiczne w badanych grupach dzieci. Mogłoby to sugerować, że ta część poczucia koherencji jest mniej podatna na obniżenie, przynajmniej u ludzi stosunkowo krótko chorujących.

2. Dzieci w obu grupach podobnie spostrzegają swoją władzę w rodzinie. Nie różni się też percepcja władzy dziecka u ojców dzieci zdrowych i chorych. Natomiast władza przypisywana dzieciom przez matki jest niższa w rodzinach z chorobą psychiczną, niż w rodzinach zdrowych. Uzyskany wynik można wiązać z tym, że matki – realistycznie oceniając możliwości dziecka-pacjenta – ograniczają jego władzę. Zaburzone, apatyczne, wycofujące się, niechętnie podejmujące decyzje dziecko, zmusza matkę do wyręczenia go i przejmowania za nie odpowiedzialności.

Inny rodzaj interpretacji akcentowałby nadmierne uczuciowe uwikłanie matek w relację z chorym dzieckiem [de Barbaro i Ostojka-Zawadzka 1992]. To uwikłanie pozwala matce

zaspokajać potrzebę bliskości, której nie może realizować w kontaktach z mężem. Aby osiągnąć bliskość, wiąże dziecko ze sobą, a to oznacza zahamowanie rozwoju jego autonomii i samodzielności m.in. poprzez ograniczanie dostępu do sprawowania władzy w rodzinie.

3. Dorosłe dzieci w obu grupach oczekują podobnej własnej władzy w rodzinie. Ich matki także nie różnią się w tym, ile władzy chciałyby przyznać swoim córkom lub synom. Tymczasem ojcowie psychotyków są skłonni dać swoim dzieciom więcej władzy niż ojcowie dzieci zdrowych. Nasuwają się dwa różne wyjaśnienia tego zjawiska.

Ważne są tu szczególnie właściwości ojców dzieci chorujących na schizofrenię. Czabała [1988] przytacza wyniki badań rodzin dorosłych chorych na schizofrenię, w których żony opisywały swoich mężów, jako osoby słabe, nie przejawiające własnej inicjatywy, zależne od innych, bez potrzeby opiekowania się oraz rozumienia siebie i innych. Tak opisywany ojciec przypuszcza, że przeciążona, nadmiernie zaangażowana w sprawy dziecka żona, zechce w większym stopniu włączyć go w opiekę nad chorym. Żeby się przed tym ochronić³, chętnie wzmocni pozycję dziecka poprzez przyznanie mu większego zakresu władzy. Im bardziej samodzielne i odpowiedzialne stanie się chore dziecko, tym większa szansa na to, że matka ograniczy swoje oczekiwania wobec męża.

Inna interpretacja odwołuje się do mechanizmu tworzenia koalicji wewnątrzrodziny. Zgodnie z systemowym rozumieniem funkcjonowania rodziny, mogą w niej powstawać sojusze i koalicje służące realizacji własnych, jednostkowych celów z wykorzystaniem innych osób. Słaby i wycofany ojciec spostrzega swoją pozycję w relacjach z żoną jako gorszą. Ponieważ nie jest w stanie tej pozy-

cji samodzielnie zmienić, może przypuszczać, że wejście w sojusz z dzieckiem obdarzonym większą władzą [por. Hoffmann 1981] poprawi jego sytuację i znaczenie w rodzinie.

4. Potwierdzono hipotezę odnoszącą się do rodzin zdrowych. Uzyskane wyniki wskazują, że istnieje związek między (spospostrzegana przez siebie) władzą dziecka w rodzinie i jego poczuciem koherencji. Im wyższa (lub niższa) władza dziecka, tym wyższe (lub odpowiednio niższe) wartości osiągają wskaźniki SOC. Prawdopodobnie władza, którą sprawuje dziecko, stwarza możliwość podejmowania decyzji. Im więcej takich doświadczeń jest udziałem dziecka, tym większa szansa na kształtowanie wyższego poczucia koherencji.

Warto tu dodać, że w tej zależności ważna jest tylko percepcja władzy przez samo dziecko, a zupełnie nieistotne dla SOC dziecka jest postrzeganie jego władzy przez rodziców.

5. W grupie rodzin ze schizofrenią okazało się, że ważniejsza dla kształtowania poczucia koherencji dziecka jest percepcja jego władzy w rodzinie przez matki. Jeśli porównamy ten wynik z analogicznym – w grupie zdrowych dzieci (brak istotnych zależności), możemy pomyśleć, że dzieci chore „zastępują” własną percepcję percepcją matki. Korzystanie z percepcji innej osoby przypomina zjawisko zatarcia granic (oczywiście tylko na poziomie spostrzegania wybranego aspektu własnego funkcjonowania w rodzinie) między dzieckiem a matką. Taka szczególnie rola matek w rodzinach ze schizofrenią może wynikać ze specyfiki – zmienionej przez chorobę i/lub relacje wewnątrzrodzinne – percepcji dziecka.

Inne wyjaśnienie wiąże się z charakterystyką układu relacji interpersonalnych w rodzinach z psychotycznym dzieckiem. Np. Wynne [cyt. za: de Barbaro 1999, s. 28] zwraca uwagę na to, że system w takiej rodzinie utrudnia tworzenie i afirmację własnego poczucia tożsamości. Bowen [cyt. za: Czabała 1988] opisując strukturę rodzin pacjentów ze schizofrenią (w porównaniu z rodzinami zdrowymi), zauważa brak róż-

³ Popierającym taką interpretację może być jeden z wyników uzyskanych przez nas w badaniach, z których pochodzą omawiane tutaj dane, pokazujący, że ojcowie dzieci chorujących chcieli dla siebie istotnie mniej władzy w rodzinie, niż ojcowie dzieci zdrowych ($F_{(1,167)} = 6,42, p < 0,01$).

nicowania między członkami rodziny, wynikający ze szczególnie intensywnej zależności między nimi. Trudno jest zrobić cokolwiek w takiej rodzinie nie uwzględniając opinii, spostrzeżeń, decyzji innych osób.

Powyższe wyniki z jednej strony pogłębiają wiedzę o związkach między pewną właściwością rodziny – strukturą władzy – a poczuciem koherencji młodych–dorosłych, z drugiej zaś mogą być wykorzystane w praktyce terapeutycznej.

Młody chory na schizofrenię ma niższe poczucie koherencji, co prawdopodobnie obniża szansę na lepsze funkcjonowanie społeczne i efektywność procesu zdrowienia. SOC kształtuje się również w toku doświadczeń rodzinnych, które m.in. są związane ze sprawowaniem władzy w rodzinie.

Jeżeli celem oddziaływań terapeutycznych byłoby podniesienie pozycji dziecka i zwiększenie jego autonomii, to warto uwzględnić szczególną rolę matek. Bo to one przypisują mniej władzy dzieciom, a jednocześnie to właśnie ich obraz tej władzy wiąże się z SOC dziecka. Praca nad zmianą dystrybucji władzy w rodzinach dziecka chorego na schizofrenię powinna koncentrować się na relacji matka–dziecko.

Terapeuta planując zmianę roli dziecka w rodzinnym procesie podejmowania decyzji, mógłby poszukać sojusznika w ojcu, który skłonny jest powierzyć chorującemu dziecku więcej władzy w rodzinie.

PIŚMIENNICTWO

1. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Warszawa: Fundacja IPIiN; 1995.
2. Antonovsky A. SOC: Historical and Future Perspective. W: McCubbin HI, red. Stress, Coping, and Health in Families – Sense of Coherence and Resiliency. California: Sage Publications; 1998.
3. de Barbaro B. Schizofrenia w rodzinie. Kraków: Wyd. UJ; 1999.
4. de Barbaro B, Ostoja-Zawadzka K. Możesz pomóc. Warszawa, PZWL; 1992.
5. Bishop G. The sense of coherence as a resource in dealing with stress. Psychol Intern J Psychology Orient 1993; 36 (4): 259–65.
6. Carmel S, Bernstein J. Trait anxiety, sense of coherence and medical school stressors: observations at three stages. Anxiety Research 1990; 3 (1): 51–60.
7. Czabała JCz. Rodzina a zaburzenia psychiczne. Kraków: 1988.
8. Flannery R, Flannery G. Sense of coherence, life stress and psychological distress: a prospective methodological inquiry. J Clin Psychology 1990; 46 (4): 415–20.
9. Heszen-Niejodek I. Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych. W: Heszen-Niejodek I, Sęk H, red. Psychologia zdrowia. Warszawa: PWN; 1997.
10. Hoffmann L. Foundations of Family Therapy. NY: Basic Books; 1981.
11. Katz D, Kahn RL. Społeczna psychologia organizacji. Warszawa: PWN; 1979.
12. Koniarek J, Dudek B, Szymczak M. Relationship between sense of coherence and prevalence of PTSD symptoms among fire-fighters. Referat przedstawiony na konferencji "Sense of coherence, coping and health". Konstancin, 20–23.04.1997.
13. Kuipers L, Lef J, Lam D. Praca z rodzinami chorych na schizofrenię. Warszawa: IPIiN; 1987.
14. Mika S. Psychologia społeczna. Warszawa: PWN; 1981.
15. Moscarelli M, Rupp A, Sartorius N. Schizophrenia. Chichester England: John Wiley & Sons; 1996.
16. Mroziak B, Czabała JCz, Wójtowicz S. Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. Psychiatr Pol 1997; 31 (3): 257–68.
17. Sagy S, Antonovsky H. The development of the Sense of Coherence: a retrospective study of family experiences during adolescence. Referat przedstawiony na konferencji "Sense of coherence, coping and health", Konstancin, 20–23.04.1997.
18. Sęk H, Ściagała I. Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym. Promocja Zdrowia 1996; 8–9, 21–34.
19. Simon GM. Revisiting the notion of hierarchy. Family Process 1993; 32: 147–153.
20. Simon FB, Stierlin H, Wynne LC. The Language of Family Therapy. New York: Family Process Press; 1985.
21. Tryjarska B. Główni przedstawiciele psychoterapii rodzinnej: N. Ackerman, D. Jackson, J. Haley, V. Satir, M. Bowen. Nowiny Psychologiczne 1987; 1: 5–32.