



Zasoby w rodzinach ze zdrowym lub chorym dorosłym dzieckiem¹

Resources in families with healthy or mentally ill adult children

KATARZYNA KOSIŃSKA-DEC¹, IRENA JELONKIEWICZ¹,
LUCYNA MURASZKIEWICZ²

Z: 1. Zakładu Psychologii Klinicznej

2. III Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. W opracowaniu analizowano czy i w jakim zakresie wybrane zasoby (*resources*) indywidualne (zadowolenie z własnej sytuacji życiowej i poczucie koherencji) członków rodziny i zasoby wewnętrzne systemu rodzinnego (ocena mocnych stron rodziny) różnią się w dwóch grupach rodzin – ze zdrowym lub chorym psychicznie dorosłym dzieckiem. Zbadano 124 rodziny niekliniczne z Warszawy i 40 rodzin klinicznych (dziecko leczone w III Klinice Psychiatrycznej IPiN) przy pomocy narzędzi kwestionariuszowych. Wykazano, że satysfakcja życiowa chorujących dzieci i ich rodziców jest istotnie niższa niż w rodzinach z dzieckiem zdrowym. Ogólne poczucie koherencji jest istotnie niższe u dzieci chorych w porównaniu z dziećmi zdrowymi. Zasoby rodzinne spostrzegane przez wszystkich członków rodzin z chorym dzieckiem są istotnie niższe niż zasoby spostrzegane przez członków rodzin zdrowych. Poczucie koherencji rodziców nie różni się w porównywanych grupach rodzin.

SUMMARY. The aim of the study was to find out whether, and if so, to what extent, personal resources of family members (their life satisfaction and sense of coherence), as well as internal resources of the family system (perceived strong points of the family) differentiate between families with either a healthy or mentally ill adult child. Subjects in the study were 124 non-clinical families living in Warsaw, and 40 families with an adult schizophrenic child treated in the III Department of Psychiatry, Institute of Psychiatry and Neurology. Using questionnaire techniques it was found that life satisfaction of schizophrenic children and their parents was significantly lower than that in healthy families. Global sense of coherence of schizophrenic children as compared to their healthy peers was significantly lower. Family resources perceived by family members were lower in families with a schizophrenic adult child than these in healthy families. Parental sense of coherence level did not differentiate between the two compared groups of families.

Słowa kluczowe: rodzina / schizofrenia / zasoby / poczucie koherencji

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

Teoretyczny kontekst tego opracowania wyznacza systemowy paradygmat badań nad rodziną. Skoncentrowano się na dwóch

grupach zmiennych charakteryzujących rodziny: na zasobach (*resources*) indywidualnych członków rodziny i zasobach odnoszących się do całego systemu rodzinnego.

Pojęcie zasobów jest wprowadzane najczęściej w relacyjnych ujęciach stresu. Według Lazarusa i Folkman [1984] stres jest relacją między jednostką a otoczeniem, która oceniana jest jako zagrażająca lub przekraczająca zasoby. W koncepcji Hobfolla [1989] stres

¹ Niniejsza praca jest fragmentem programu statutowego IPiN realizowanego w Zakładzie Psychologii Klinicznej w latach 1996–1998 pt. „Określenie związków między właściwościami struktury i funkcjonowania rodziny a adaptacją i zdrowiem psychicznym dorastających”.

psychologiczny występuje wtedy, gdy pojawia się zagrożenie utraty zasobów, utrata zasobów lub brak powiększenia zasobów mimo podjęcia działań zmierzających do ich wzrostu. Zasobami dla tego autora są cenione przez jednostkę przedmioty (jako symbol statusu społecznego), właściwości osobiste (np. wysoka samoocena), warunki (cenione stany posiadania) i źródła energii (np. czas, pieniądze, wiedza). Według Sękowej i in. [1996] zasobami są podmiotowe i środowiskowe cechy i możliwości, które w interakcji stresowej i zdrowotnej pełnią pozytywną funkcję obronną.

Proces adaptacji rodziny do czynników stresowych był analizowany przez McCubbiną i Patterson [1983]. W rozszerzonym modelu ABCX tych autorów przedstawia się sekwencję czynników istotnych dla przebiegu interakcji stresowej: stresory (A) oddziałują na zasoby (B) rodziny, rodzina definiuje (C) znaczenie wydarzenia i doświadcza stresu (rozumianego jako brak równowagi między możliwościami i wymaganiami) lub kryzysu (X), który oznacza niemożność utrzymania dotychczasowej równowagi rodzinnej i konieczność dokonania zmian w strukturze lub wzorcach interakcji rodzinnych. Zasoby wpływające na adaptację rodziny do kryzysu można podzielić na zasoby osobiste członków rodziny i zasoby wewnętrzne systemu rodzinnego. W prezentowanym opracowaniu dokonano podobnego podziału opisywanych zasobów.

Zasoby indywidualne

Moos i Billings [1982] opisują zasoby jako złożony układ osobowościowych, dyspozycyjnych i poznawczych czynników, które tworzą psychologiczne tło radzenia sobie oraz sprzyjają procesom szeroko rozumianej adaptacji. Zaliczają do nich takie właściwości psychologiczne jednostki jak: poziom rozwoju ego, poczucie własnej skuteczności, poczucie kompetencji społecznych, style poznawcze, umiejętności rozwiązywania problemów i *pozytywną ocenę własnej sytuacji życiowej*.

W koncepcji Antonovsky'ego [1995] o skutecznym zmaganiu się ze stresorami, stale

towarzyszącymi ludzkiemu życiu, decydują ogólne zasoby odpornościowe (GRRs – *generalized resistance resources*) oraz poczucie koherencji wyznaczające sposób widzenia i rozumienia otaczającego świata.

Na GRRs składają się: odporność fizyczna i biochemiczna organizmu, wykształcenie, pozycja zawodowa, możliwości intelektualne, zdolności interpersonalne oraz właściwości socjokulturowe społeczności, do której należy jednostka. Antonovsky traktuje zasoby odpornościowe jako własności osoby i/lub środowiska, które zapewniają pewien typ doświadczeń życiowych kształtujących poczucie koherencji.

Poczucie koherencji (*sense of coherence* – SOC) jest definiowane jako orientacja życiowa, postrzeganie świata jako zrozumiałego, sterowalnego i sensownego. Te trzy cechy stanowią podstawowe składowe poczucia koherencji; odpowiadają im także 3 skale w „Kwestionariuszu orientacji życiowej”. Osoby o wysokim poczuciu koherencji: (1) mają zdolność do trafnej oceny rzeczywistości i rozwój wypadków zwykle nie jest dla nich zaskoczeniem, (2) nie poddają się losowi, w trudnej sytuacji radzą sobie sami lub wiedzą, do kogo zwrócić się po pomoc, (3) mają zawsze w życiu coś, na czym im zależy, co je żywo obchodzi i w co ich zdaniem, warto się angażować, warto inwestować wysiłek (Antonovsky, op.cit.).

Badania, w których analizowano związek poczucia koherencji z charakterystyką funkcjonowania rodzin wykazywały m.in., że: rodzice chorych dzieci (zaburzenia zachowania, zaburzenia emocjonalne, opóźnienie w rozwoju umysłowym) w porównaniu do rodziców zdrowych dzieci mają niższy poziom poczucia koherencji [Margalit i in., 1992]. W pracy Parnowskiego i in. [1997] stwierdzono, że wysoki poziom SOC u opiekunów osób przewlekle chorych (np. choroba Alzheimera) wiąże się z mniejszą liczbą objawów obciążenia sprawowaną opieką np. takich jak: negatywny obraz siebie lub zespół „wypalenia”. W badaniach Hour-Knipe [1997] rodziny z wysokim poziomem

rodzinnego SOC (obliczanego na podstawie indywidualnych wyników członków rodziny w skali SOC) znacznie lepiej radziły sobie ze stresem i adaptacją społeczną związaną z osiedleniem się w innym kraju niż rodziny z niskim poziomem rodzinnego SOC. Flannery i Flannery [1990] wykazywali, że SOC może zmniejszyć niekorzystny wpływ stresu życiowego, niepokoju i depresji na jednostkę w stopniu większym niż inne czynniki osobowościowe (np. poczucie umiejscowienia kontroli) lub czynniki związane ze wsparciem społecznym, które dotychczas były opisywane jako „bufory” stresu. Mroziak i in. [1997] piszą, że poziom poczucia koherencji jest niższy w grupach klinicznych (osób z rozpoznaniem nerwicy lub depresji endogennej) w porównaniu do grupy kontrolnej osób zdrowych.

Poczucie koherencji możemy wobec tego traktować jako jeden z ważnych mechanizmów adaptacyjnych, który odgrywa rolę w relacji między czynnikami stresowymi a stanem zdrowia, samopoczuciem, nasileniem objawów chorobowych. W badaniach osób z zaburzeniami psychicznymi lub somatycznymi poczucie koherencji jest jednym z ważnych zasobów osobistych, pozwalających radzić sobie z poważną chorobą.

Zasoby rodzinne

W związku z ekspansją systemowego podejścia do wyjaśniania ludzkich zachowań, a zwłaszcza z dostrzeżeniem systemu rodzinnego jako ważnego źródła określającego te zachowania, zaczęto posługiwać się zmiennymi systemowymi, interakcyjnymi, będącymi wynikiem relacji między ludźmi. Przykładowymi zmiennymi systemowymi są: jakość relacji wewnątrzrodziny, sposób komunikowania się, stopień spójności rodzinnej, możliwości adaptacyjne, itp. Zdaniem Olsona i in. [1982] siła rodziny (*family strength*) należy do typowych zasobów rodzinnych. Właściwość ta wywodzi się z dwóch innych, szerszych kategorii: integracji rodziny i jej adaptacyjności, identyfikowanych jako kluczowe zmienne związane

z radzeniem sobie w sytuacjach trudnych. Pollack (cyt. za: Olson i in. op. cit.) opisuje siły rodziny jako takie cechy, które odpowiadają za udane relacje małżeńskie i rodzinne, za adekwatne pełnienie ról, za skuteczne radzenie sobie z kryzysami rozwojowymi rodziny, za rodzinną spójność i wewnętrzną lojalność. W 1980 roku Davis (cyt. za: Olson i in. op. cit.) wyizolował dumę rodzinną jako miarę samooceny rodzinnej i ważną część składową sił rodziny. W swoich badaniach porównując funkcjonowanie rodzin klinicznych i zdrowych, stwierdził, że istotnie większa duma charakteryzuje rodziny zdrowe w odróżnieniu od rodzin klinicznych. W późniejszych latach siły rodziny definiowano jako plastyczną organizację życia rodzinnego, przystosowaną do aktualnych potrzeb rozwojowych członków rodziny, umiejętność dostosowywania sposobu pełnionych ról, wzajemnych relacji oraz dzielenie władzy w rodzinie stosownie do cyklu rozwojowego lub nieprzewidywalnych czynników pojawiających się wewnątrz, jak i pochodzących spoza rodziny (Pratt, cyt. za Olson, op. cit.)

W związku z bardzo szeroką definicją sił rodzinnych niemal niemożliwe jest zmierzenie ich. Stąd rozwinęło się wiele parcjalnych miar, dotyczących mniejszych konstelacji zmiennych, składających się na siły rodziny.

Olson i in. (op. cit.) na podstawie wyników badań wyodrębnili dwa czynniki mogące świadczyć o sile rodziny. Należą do nich duma (*pride*) i zgoda (*accord*) rodzinna. Rodzinna duma jest definiowana jako spostrzegana przez każdego z członków rodziny wartość rodziny. Rodzina jest wartościowa, jeśli jej członkowie odnajdują w niej cechy, które są źródłem satysfakcji, zadowolenia z przynależności do tej grupy. Zgoda wiąże się z poczuciem kompetencji rodziny, jej skuteczności, biegłości w załatwianiu życiowych spraw.

Wg Olsona i in. (op. cit.) mocne strony rodziny, będące jej zasobami, sprzyjają prawidłowemu rozwojowi rodziny, radzeniu sobie zarówno z fizjologicznymi, jak

i incydentalnymi kryzysami, które pojawiają się w jej życiu. W podobnym stopniu sprzyjają rozwojowi osobistemu członków rodziny, jak i ich korzystniejszemu przystosowaniu się.

Rodzina może stanowić podstawowe źródło podtrzymania i radzenia sobie z chorobą [Barbaro, 1997]. Choroba jednego z członków rodziny jest jednym z poważniejszych obciążeń i źródeł stresu rodzinnego. W dodatku nie jest to zdarzenie normatywne, tzn. oczekiwane, rozpowszechnione i związane z cyklem rozwoju rodziny. W zetknięciu z przewlekłą chorobą pewne rodziny dokonują reorganizacji i ich członkowie udzielają sobie wzajemnie wsparcia, inne zaś nie są w stanie wykonać tego zadania. Według Minuchina [cyt. za: Doherty i in., 1983] kluczem do rodzinnego radzenia sobie jest adaptacyjność, czyli umiejętność elastycznego odpowiadania, modyfikacji interakcyjnych wzorów w zetknięciu ze stresem. Jest to również oznaka zdrowego funkcjonowania rodziny. Atmosfera rodzinna i tak zwane rezerwy psychologiczne członków rodziny z czasem stają się istotnym źródłem wsparcia dla chorego na schizofrenię członka rodziny, wspomagając jego powrót do zdrowia [Alanen, 1986].

CEL

Cytowana literatura nasuwa przypuszczenie, że rodziny zdrowe będą charakteryzowały się większymi zasobami indywidualnymi i systemowymi niż rodziny zmagające się z ogromnym stresem, jakim jest choroba psychiczna dorosłego dziecka.

Spróbowano odpowiedzieć na pytanie, czy i w jaki sposób wybrane obszary zasobów (indywidualnych i rodzinnych) różnią się w porównywanych grupach rodzin. Postawiono hipotezę, że zarówno poczucie koherencji, satysfakcja życiowa, jak i ocena mocnych stron rodziny będą wyższe w grupie rodzin zdrowych (nieklinicznych) niż w grupie rodzin z chorym psychicznie, dorosłym dzieckiem (klinicznych).

METODA

Osoby badane

W badaniu uczestniczyły rodziny, w których przynajmniej jedno dziecko było w określonym przedziale wiekowym: 19–25 lat. Wybór takiego przedziału wiekowego był związany z ogólnym tematem projektu, poza tym zakładano, że ci młodzi dorośli ludzie, nadal mieszkający z rodziną, podlegają jej silnemu wpływowi.

Zbadano dwie grupy rodzin:

- (a) Grupa rodzin zdrowych (nieklinicznych) liczyła 124 rodziny, w tym 78 (63%) rodzin z córkami i 46 (37%) rodzin z synami. Badani ci pochodzili z terenu Warszawy. Dorastający uczyli się lub pracowali, byli nieżonaci (niezamężne). 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.
- (b) Grupa kliniczna liczyła 40 rodzin: 18 (45%) rodzin z córkami i 22 (55%) rodziny z synami. Dorosłe dziecko było pacjentem oddziału F-9 III Kliniki Psychiatrycznej IPiN, z rozpoznaniem schizofrenii lub zaburzeń typu schizofrenii (schizotypowych) i urojeniowych (F.20-F.29). Czas trwania choroby wynosił u nich od kilku miesięcy do 11 lat, przy średniej 6,29 i odchyleniu standardowym równym 2,93. 68,5% badanych chorowało od roku do 5 lat. Blisko 50% pacjentów było po raz pierwszy hospitalizowanych, następne prawie 50% – zmieściło się w przedziale od 2 do 5 hospitalizacji^{2 3}

² Dane dotyczące czasu trwania choroby i liczby hospitalizacji pochodzą od 35 badanych; w pozostałych 5 przypadkach nie udało się uzyskać informacji na ten temat.

³ Nie stwierdzono istotnie statystycznego związku między czasem trwania choroby dziecka a zasobami indywidualnymi i rodzinnymi członków rodziny.

Tabela 1. Wiek członków rodzin w badanych grupach

Badani	Rodziny niekliniczne		Rodziny kliniczne		F	p
	średnia	odchylenie standardowe	średnia	odchylenie standardowe		
Dzieci	21,6	1,65	22,15	2,37	2,47	n.i.
Matki	47,90	4,16	49,60	5,96	4,05	0,046
Ojcowie	50,02	4,74	52,82	6,18	8,87	0,003

Tabela 2. Aktywność badanych dzieci w obu grupach

Aktualne zajęcie	Dorośle dzieci zdrowe (n = 124)		Dorośle dzieci zaburzone (n = 36)		
	n	%	n	%	
nie uczą się i nie pracują	5	4	11	30	
uczą się	95	77	19	53	
pracują	24	19	5	14	
uczą się i pracują	0	0	1	3	
$\chi^2 = 45,47$		df = 4		p < 0,001	

Wiek osób badanych prezentuje tabl. 1, w której zawarto także parametry statystyczne obrazujące wyniki porównania badanych grup. Wiek dzieci w obu grupach jest analogiczny. Natomiast rodzice dzieci chorych są statystycznie istotnie starsi od rodziców dzieci zdrowych. Różnica ta, choć statystycznie istotna, nie ma praktycznego znaczenia psychologicznego: po pierwsze jest niewielka, a po drugie – jedni i drudzy są w tej samej fazie rodzinnego cyklu rozwojowego.

Badane dorosłe dzieci z obu grup w przeważającym odsetku uczą się, jednak w grupie klinicznej jest istotnie większy procent osób (dzieci), które ani nie uczą się, ani nie pracują. Charakterystykę aktywności życiowej prezentuje tabl. 2.

Badane grupy porównano pod względem wykształcenia rodziców i ich aktywności zawodowej. Uzyskane wyniki zawarto w tabl. 3 i 4. Jak pokazuje tabela 3, wykształcenie rodziców w porównywanych grupach nie wykazuje statystycznie istotnych różnic.

Inaczej jest z aktywnością zawodową rodziców w obu porównywanych grupach. Częstości dotyczące tej zmiennej pokazuje

tabl. 4. Widać tutaj, że rodzice dzieci zdrowych (grupa niekliniczna) w większym odsetku są aktywni zawodowo niż rodzice dzieci chorych (grupa kliniczna). Porównanie rozkładów wskaźników aktywności zawodowej matek i ojców obu grup, przy pomocy testu χ^2 wskazuje na statystycznie istotne różnice (w obu przypadkach $p < 0,001$).

Procedura

Rodziny niekliniczne dobierane były przez ankieterów pracujących na zlecenie Zakładu Psychologii Klinicznej IPiN. 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

Tabela 3. Wykształcenie rodziców w grupie nieklinicznej i klinicznej

Poziom wykształcenia	Dzieci zdrowe		Dzieci chore	
	n	%	n	%
Wykształcenie matek				
podstawowe	6	5	2	5
zawodowe	5	4	4	10
średnie	54	44	17	44
niepełne wyższe	13	10	5	13
wyższe	46	37	11	28
$\chi^2 = 2,90$		df = 4		p = 0,574
Wykształcenie ojców				
podstawowe	5	4	2	5
zawodowe	12	10	5	12,5
średnie	36	29	15	37,5
niepełne wyższe	11	9	1	2,5
wyższe	60	48	17	42,5
$\chi^2 = 2,90$		df = 4		p = 0,575

Tabela 4. Aktywność zawodowa rodziców w grupie nieklinicznej i klinicznej

Badani	Aktywność zawodowa		
	pracuje	nie pracuje	renta/emerytura
Grupa niekliniczna			
matki	108 (87,1%)	6 (4,8%)	10 (8,1%)
ojcowie	112 (90,3%)	10 (8,1%)	2 (1,6%)
Grupa kliniczna			
matki	23 (57,5%)	8 (20,0%)	9 (22,5%)
ojcowie	24 (60,0%)	15 (37,5%)	1 (2,5%)

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: dane socjodemograficzne (w tej części było także pytanie o stopień zadowolenia ze swojej ogólnej sytuacji życiowej), kwestionariusz „Mocne strony rodziny” (narzędzie Olsona i in. przeznaczone do badania zasobów rodziny – dumy i zgody

rodzinnej, których suma jest wskaźnikiem mocnych stron rodziny)⁴ i „Kwestionariusz orientacji życiowej” (SOC-29) do badania poczucia koherencji [11, 20].

WYNIKI

Podstawową techniką statystyczną w tej pracy była analiza wariancji, w której zmienną grupującą (niezależną) był typ ro-

⁴ Szczegółowe charakterystyki cytowanych narzędzi badawczych zostały opisane w sprawozdaniach z realizacji programu IPiN 22/98.

dziny (zdrowa vs. kliniczna). Poniżej zostaną przedstawione różnice między interesującymi nas zmiennymi w obu porównywanych grupach. Zanim jednak do tego przejdziemy chcemy zwrócić uwagę na fakt, że porównywane grupy badanych różniły się ze względu na aktywność zawodową rodziców (por. tabl. 4). Ponieważ przypuszczano, że ta zmienna może determinować poziom interesujących nas zmiennych głównych (satisfakcji życiowej, poczucia koherencji, oceny mocnych stron rodziny) przeprowadzono dodatkowo następującą analizę. Podzielono rodziny kliniczne na takie, w których matka jest aktywna zawodowo i takie, w których matka nie pracuje. W tak wyłonionych podgrupach porównano parametry interesujących nas zmiennych u wszystkich członków rodziny (przy pomocy analizy wariancji). Podobną procedurę zastosowano dzieląc grupę rodzin klinicznych ze względu na aktywność zawodową ojców. W obu przypadkach uzyskano wyniki wskazujące na brak różnic w wartościach zmiennych głównych u rodzin z pracującymi i niepracującymi ro-

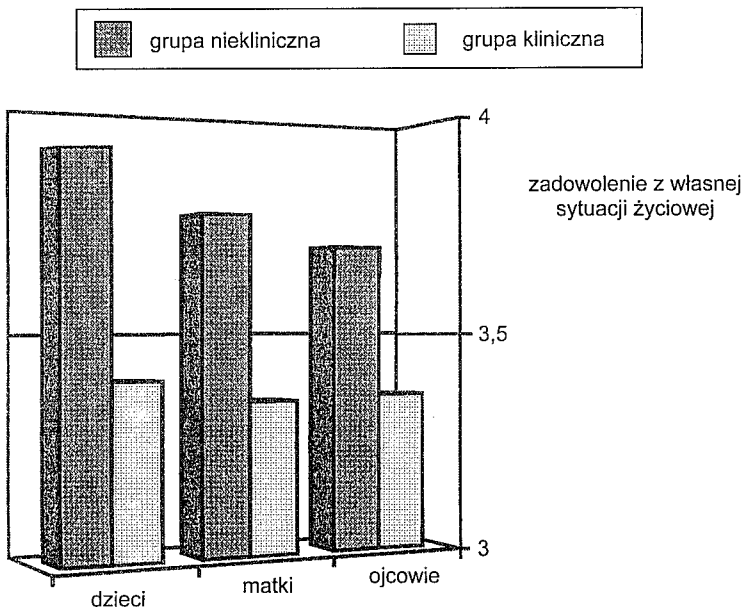
dzicami. Uzyskany wynik pozwolił na dalsze porównywanie badanych grup.

Zasoby indywidualne i rodzinne

Te zmienne były charakteryzowane przez: wskaźniki zadowolenia z ogólnej sytuacji życiowej mierzone u każdego z członków rodziny, poczucie koherencji oraz wskaźniki mocnych stron rodziny (w tym wskaźniki globalne i wskaźniki parcjalne: dumy i zgody).

Zadowolenie z własnej sytuacji życiowej. W przeprowadzonej analizie zmienną grupującą był rodzaj rodziny (ze zdrowym lub z chorym dzieckiem) zaś zmienną zależną – stopień zadowolenia z własnej sytuacji życiowej. Na rys. 1 przedstawiono wartości średnie wskaźnika sytuacji życiowej uzyskane przez członków obu porównywanych typów rodzin.

Wyższe wskaźniki zadowolenia z życia obserwujemy u dzieci i matek z rodzin nieklinicznych (ze zdrowym dzieckiem). Wartości F wynoszą: $F_{\text{dzieci}} = 13,68$; $p < 0,001$, $F_{\text{matek}} = 10,43$; $p < 0,002$. Zadowolenie ojców



Rysunek 1. Zadowolenie z własnej sytuacji życiowej członków rodzin ze zdrowym oraz z chorym dzieckiem – wartości średnie

Tabela 5. Poczucie koherencji w rodzinach zdrowych (N=124) i klinicznych (N=40); średnie i wartości F oraz jej poziom istotności (p)

Wymiary poczucia koherencji	Średnie		F	p
	Grupa niekliniczna	Grupa kliniczna		
Poczucie koherencji dziecka				
Ogólne	134,90	123,87	7,59	0,01
poczucie zrozumiałości	43,76	41,00	3,04	0,06
poczucie sterowalności	48,84	43,52	11,53	0,001
poczucie sensowności	39,49	39,35	0,52	0,10
Poczucie koherencji matki				
Ogólne	138,76	139,94	0,07	0,80
poczucie zrozumiałości	47,01	45,73	0,44	0,60
poczucie sterowalności	49,31	50,46	0,44	0,60
poczucie sensowności	42,44	43,76	0,98	0,40
Poczucie koherencji ojca				
Ogólne	140,48	145,52	1,37	0,25
poczucie zrozumiałości	48,56	49,75	0,40	0,60
poczucie sterowalności	49,65	51,02	0,70	0,50
poczucie sensowności	42,28	44,75	3,68	0,06

w porównywanych grupach różni się najmniej, lecz jest również istotnie niższe wśród ojców dzieci chorych niż ojców dzieci zdrowych ($F_{ojców} = 5,55$; $p=0,02$).

Poczucie koherencji. Poczucie koherencji okazało się zmienną różnicującą badane grupy w ograniczonym zakresie. Jak widać (tabela 5) – średnie wartości poczucia koherencji dzieci różnią się istotnie w badanych grupach: ogólny SOC i poczucie sterowalności są istotnie wyższe u dzieci zdrowych niż u dorosłych dzieci leczonych psychiatrycznie. Poczucie zrozumiałości jest nieco wyższe u dzieci zdrowych niż chorych, ale można tu jedynie mówić o tendencji. Tymczasem poczucie sensowności jest w obu grupach takie samo.

SOC (i jego składowe) są analogiczne u matek z porównywanych grup. Natomiast u ojców obserwujemy dyskretną (na granicy istotności statystycznej) różnicę w poziomie poczucia sensowności: ojcowie zdrowych dzieci uzyskali niższy wskaźnik niż ojcowie dzieci chorych.

Mocne strony rodziny

Porównano wskaźniki mocnych stron rodziny (wskaźnik globalny), zgody oraz dumy u członków rodzin w dwóch badanych grupach. W tabl. 6 zestawiono średnie i wartości statystyki F. Jak widać rodzaj rodziny (ze zdrowym vs. chorym dzieckiem) jest zmienna różnicującą sposób spostrzegania przez członków rodziny jej mocnych stron.

Dzieci i matki z rodzin zdrowych (nieklinicznych) wyżej oceniają mocne strony rodziny, w tym zarówno dumę, jak i zgodę rodziny niż dzieci i matki z rodzin klinicznych. Mniejsze różnice w tym zakresie można zaobserwować wśród ojców z obu grup: jedynie globalny wskaźnik tej zmiennej jest istotnie wyższy u ojców dzieci zdrowych niż u ojców dzieci chorujących. Duma i zgoda jest niższa wśród ojców z grupy klinicznej jedynie na poziomie tendencji.

Omówienie

Jak wykazały przeprowadzone analizy za soby indywidualne członków rodziny mierzone stopniem zadowolenia z sytuacji życiowej

Tabela 6. Mocne strony rodziny w grupie nieklinicznej i klinicznej – średnie, wartości F i ich poziom istotności (p)

Mocne strony rodziny	Średnie		F	p
	grupa niekliniczna	grupa kliniczna		
Wg dziecka				
Duma	3,82	3,45	8,43	0,004
Zgoda	3,16	2,88	4,02	0,05
Mocne strony	6,98	6,34	7,88	0,006
Wg matki				
Duma	4,16	3,81	8,57	0,005
Zgoda	2,99	2,60	7,59	0,01
Mocne strony	7,15	6,42	11,69	0,001
Wg ojca				
Duma	4,04	3,84	3,29	0,07
Zgoda	2,92	2,68	3,28	0,07
Mocne strony	6,96	6,53	4,83	0,03

i poczuciem koherencji różnią się w porównywanych grupach rodzin ze zdrowym dzieckiem i dzieckiem leczonym w klinice psychiatrycznej w nieco odmienny sposób.

Satysfakcja życiowa dzieci i ich rodziców w rodzinach z chorym dorosłym dzieckiem jest istotnie niższa niż w rodzinach z dzieckiem zdrowym. Poczucie koherencji (wskaźnik ogólny SOC), poczucie zrozumiałości i poczucie sterowalności jest istotnie niższe u dzieci chorych niż u dzieci zdrowych. Natomiast poczucie sensowności nie różnicuje dzieci w obu tych grupach.

U matek w porównywanych grupach nie pojawiają się różnice w poczuciu koherencji ogólnym ani jego składowych. SOC (ogólny) ojców, ich poczucie zrozumiałości i sterowalności są podobne w obu grupach, zaś poczucie sensowności jest wyższe (na poziomie tendencji) u ojców z grupy klinicznej. Można zatem przypuszczać, że choroba dziecka wiąże się z zadowoleniem życiowym samych chorujących dzieci i ich rodziców. Być może jest tak, że ciężar choroby i wysiłki wkładane w zmaganie się z nią, obciążają wszystkich członków rodzin klinicznych.

Poczucie koherencji leczonych psychiatrycznie dzieci różni się od poczucia kohe-

rencji 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 przedstawionych wcześniej badaniach [Mroziak i in., 1997] wykazano, że poziom poczucia koherencji jest niższy w grupach klinicznych. Nasz wynik w dużej mierze potwierdza ten wniosek.

Dodatkowo należy przypomnieć, że według 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 formułowania się poczucia koherencji.

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

Poczucie koherencji rodziców nie różni się w porównywanych grupach rodzin, co jest sprzeczne ze znanymi dotychczasowymi wynikami badań [Margalit i in., 1992].

Sprzeczność tę być może należy tłumaczyć innym rodzajem zaburzeń u dzieci badanych w pracy Margalita i in. (dzieci z zaburzeniami zachowania, emocjonalnymi i z opóźnieniem w rozwoju umysłowym). Jednocześnie poczucie sensowności (na poziomie tendencji) jest wyższe u ojców dzieci chorych niż u ojców dzieci zdrowych. Można przypuszczać, że choroba dziecka – choć brzmi to zaskakująco – w pewien sposób „dodaje im skrzydeł”, pozwala uwierzyć, że życie ma sens. Może zatem – uznawszy, że poczucie sensowności reprezentuje miarę zaangażowania jednostki – u ojców chorych dzieci należy poszukiwać rezerw umożliwiających adaptację rodziny do choroby.

Zasoby rodzinne spostrzegane przez wszystkich członków rodzin z chorym dzieckiem są istotnie niższe niż zasoby spostrzegane przez członków rodzin zdrowych. Szczególnie wyraźne są różnice w ocenie dumy rodzinnej świadczącej o zadowoleniu z przynależności do rodziny (ojcowie niżej oceniają dumę rodzinną, ale na poziomie tendencji). Można zastanawiać się, na ile ten wynik jest związany ze zjawiskiem stygmatyzacji, tak częstym [Sęk i in., 1996] w rodzinach osób obciążonych rozpoznaniem choroby psychicznej. Natomiast zgoda rodzinna związana z poczuciem kompetencji rodzinnych i skutecznością działania jest istotnie niżej oceniana przez matki, dzieci a przez ojców – również niżej, ale na poziomie tendencji. Można więc sądzić, że rodziny z chorym dzieckiem dysponują mniejszymi możliwościami adaptacyjnymi niż rodziny dzieci zdrowych.

Zgodnie z modelem ABCX [13] stres nie jest reakcją na pojawienie się stresora – np. choroby psychicznej członka rodziny. Stres powstaje, gdy po określeniu znaczenia tego wydarzenia dla rodziny, doświadcza się braku równowagi między aktualnymi możliwościami rodziny a wymaganiami stawianymi przez chorobę (np. konieczność sprawowania opieki nad chorym dzieckiem, załamanie planów życiowych rodziny, akceptacja choroby dziecka, przewartościowanie przy-

szłych celów życiowych własnych i rodzinnych). Istniejące w rodzinie zasoby indywidualne członków rodziny oraz zasoby całego systemu rodzinnego traktujemy jako pewne potencjały, rezerwy, które mogą być uruchamiane w konfrontacji z tak poważnym stresorem, jakim jest choroba psychiczna dziecka.

Wspomniany stan nierównowagi między możliwościami a wymaganiami może przede wszystkim dotyczyć zasobów systemu rodzinnego, to znaczy ocen mocnych stron rodziny. Natomiast na poziomie indywidualnym – deficyty w zakresie zasobów przede wszystkim pojawiają się u chorych dzieci. Dotyczą i oceny satysfakcji życiowej, i poczucia koherencji. Ale rodzice mają nadal rezerwy – oboje w zakresie poczucia koherencji.

Jakie byłyby odniesienia powyższych prawidłowości do praktyki klinicznej? Zapobieganie stresowi rodzinnemu wymagałoby przede wszystkim inwestowania w zasoby systemu rodzinnego. Wskazane byłoby podejmowanie takich działań, które zwiększają poczucie zadowolenia z przynależności do rodziny (mimo choroby dziecka) oraz poczucie kompetencji i sprawności w organizacji codziennego życia. Taki wniosek jest spójny z praktyką obserwowaną w niektórych ośrodkach leczenia psychoz [Barbaro i in., 1986, Muraszkiewicz, a, b], w której jest miejsce na działania skierowane na wzmocnienie systemu rodzinnego pacjenta, co ma korzystny wpływ na przebieg epizodów psychotycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Alanen, Y. O. (1986) Terapia rodzin jako część leczenia schizofrenii, w: Orwid, M., Czabała, Cz. (red.) Terapia rodzin i małżeństw w uzależnieniach i innych zaburzeniach psychicznych. Warszawa, PTP
2. Antonovsky A. (1995). Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Warszawa: Fundacja IPiN.
3. de Barbaro, B. (1997). Pacjent w swojej rodzinie. Warszawa. Springer/PWN.

4. de Barbaro, B. Ostoja-Zawadzka, K. (1986). Model oddziaływania wobec rodzin pacjentów chorych na schizofrenię. Doświadczenia własne. *Przegląd Lekarski*, Nr 7, 496–499.
5. Doherty, J., Baird, A. (1983). Family therapy and family medicine. NY. The Guilford Press
6. Flannery R., Flannery G. (1990). Sense of coherence, life stress and psychological distress: a prospective methodological inquiry. *Journal of Clinical Psychology*, 46(4), 415–420.
7. Haour-Knipe M. (1997). SOC and families. Referat przedstawiony na konferencji „Sense of coherence, coping and health”, Konstancin, 20–23.04.
8. Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *Am. Psychologist*, 44 (3), 513–524.
9. Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York, Springer.
10. Margalit M., Raviv A., Ankonna D. (1992). Coping and coherence among parents with disabled children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(3), 202–209.
11. Mroziak, B. (1996). Poczucie koherencji (SOC) a zdrowie psychiczne i picie alkoholu przez młodzież. *Alkoholizm i Narkomania*, nr 1, 27–35.
12. Mroziak B., Czabała J.Cz., Wójtowicz S. (1997). Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Polska*, XXXI, nr 3, 257–268.
13. McCubbin, H. I., Patterson, J. M. (1983). Family transitions: adaptation to stress, w: *Stress and the family*, vol. 1, McCubbin H. I. & Figley, C. R. (eds.) Brunnel/Mazel. N.Y.
14. Moos R.H., Billings A.G. (1982): Conceptualizing and Measuring Coping Resources and Processes; in: L. Goldberger, S. Breznitz (Eds.) *Handbook of stress*, The Free Press, NY.
15. Muraszkiwicz, L. (a) Praca z rodzinami pacjentów schizofrenicznych w procesie wielorodzinnej psychoedukacji grupowej w oddziale stacjonarnym (niepublikowany maszynopis).
16. Muraszkiwicz, L. (b) Oddziaływania wobec rodzin pacjentów schizofrenicznych w oddziale stacjonarnym. Doświadczenia własne. (niepublikowany maszynopis).
17. Olson, D. H., Larsen, A. S., McCubbin, H. I. (1982). *Family Strength*. University of Minnesota Pub.
18. Parnowski, Baro F., Wagenfeld M., Gallagher T., Gabryelewicz T., Skulimowska I., Matuszewska E., Kiedrowska A. (1997). Sense of coherence and burden in caregivers to demented and nondemented elderly in Poland. Referat przedstawiony na konferencji „Sense of coherence, coping and health”, Konstancin 20–23.04.
19. Sęk, H. (1993). *Spoleczna psychologia kliniczna*. PWN, Warszawa.
20. Sęk H., Ściagała I. (1996). Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym. *Promocja Zdrowia*, 8–9, 21–34.
21. Zwoliński, M. (w druku). Kontrowersje dotyczące struktury czynnikowej „Kwestionariusza Orientacji Życiowej” (skali SOC) Antonovsky’ego i ich rozstrzygnięcie w odniesieniu do próby uczniów ostatnich klas średnich szkół zawodowych.

Adres do korespondencji: K. Kosińska-Dec,

Zakład Psychologii Klinicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa