

## Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające radzeniu sobie opiekunów z depresją członka rodziny\*

### Personal and social resources enhancing coping in caregivers of major depression family members

Zygfried J u c z y ń s k i<sup>1</sup>, Grażyna Adamiak<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Z Zakładu Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego  
Kierownik: prof. dr hab. n.hum. Z. Juczyński

<sup>2</sup> Z Zakładu Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rabe-Jabłońska

#### Summary

**Aim:** The aim of our study was to determine the relationship between personal and social resources and coping strategies with illness of family members with major depression in caregivers.

**Method:** 40 caregivers (16 men, 24 women) of patients (25 spouse, 15 parents) recruited during their in-patient psychiatric stay completed 4 self-report instruments (Mini-MAC, SOZ-U K-22, STV, LOT-R). The structural equation model (SEPATH) includes four latent exogenous constructs (Patient, Caregiver, Personal and Social support) measured by observed variables and two endogenous latent constructs (Active and Destructive Coping Strategies) loading by strategies: fighting spirit, positive reinterpretation, anxious preoccupation and helplessness-hopelessness. Overall, the model fits well.

**Result and conclusion:** The results of the study indicate, that a high level of dispositional optimism and perceived emotional support play a causal role in use of active coping strategies with illness of family members.

*Słowa klucze:* depresja, opiekun chorego, radzenie sobie z chorobą, zasoby osobiste, zasoby społeczne

*Key words:* major depression, caregivers, coping with illness, personal resources, social resources

Depresja jest jedną z najczęstszych chorób, ryzyko zaś zachorowania dotyczy co najmniej 10% dorosłej populacji i jest dwukrotnie większe u kobiet. Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2001 r. wymienia zaburzenia depresyjne jako czwartą przyczynę niesprawności, a w grupie wiekowej 15–44 lata – jako drugą [1]. Według

---

\*Praca była finansowana z grantów UŁ i UM, przeznaczonych na badania własne.

prognoz WHO na drugie dziesięciolecie XXI wieku – depresja w przebiegu choroby afektywnej stanowić będzie drugą, po chorobie wieńcowej, przyczynę ograniczenia zdolności do pracy [2].

Ostatnie lata przynoszą znaczny wzrost zainteresowania psychospołecznymi skutkami depresji. Dotyczy to w szczególności zaburzeń życia rodzinnego i wpływu choroby na najbliższe otoczenie pacjenta. Okazuje się, że funkcjonowanie rodzin pacjentów depresyjnych jest bardziej zaburzone niż w przypadku innych schorzeń psychicznych (w tym schizofrenii, alkoholizmu, zespołów lękowych) oraz wielu przewlekłych chorób somatycznych [3,4,5]. Badania Zięby, Dudek i Jawor [6] wykazały, że w życiu rodzinnym chorzy najdotkliwiej doświadczają oddalenia emocjonalnego od współmałżonka, braku wzajemnego wsparcia, poczucia osamotnienia, braku zainteresowania ze strony najbliższej rodziny problematyką depresji i braku tolerancji dla jej objawów oraz pogorszenia emocjonalnego kontaktu z dziećmi.

Podczas choroby pacjenci silnie odczuwają tendencję do izolowania się od otoczenia, wycofywania z kontaktów, unikania towarzystwa innych osób [7,8]. Badania Nowak [9] ujawniły małą wrażliwość chorych depresyjnych na uczucia i potrzeby innych, przy współwystępującej tendencji do poszukiwania opieki i wsparcia emocjonalnego ze strony najbliższych. Chore kobiety, negatywnie oceniając szansę wyleczenia, w mniejszym stopniu odczuwają potrzebę poradnictwa psychologicznego i pomocy innych ludzi. Współmałżonkowie pacjentów depresyjnych uważali, że „sama choroba jest do zaakceptowania”, natomiast zdecydowanie drażnił ich sposób zachowania się chorego (wybuchowość, brak zainteresowań, tolerancji, mała aktywność, wycofanie się z życia towarzyskiego, brak radości życia). Opiekunowie bali się o występowanie u chorych tendencji samobójczych [6]. Badania Zięby i wsp. pokazały, że rodzice, teściowie i rodzeństwo byli spostrzegani przez chorych jako osoby nie zainteresowane problemami chorego, na które nie można liczyć w trudnych chwilach i oczekiwać z ich strony wsparcia czy akceptacji [6].

Brzemie choroby wywołuje u opiekuna wiele, nie zawsze terapeutycznych uczuć i postaw, np. nadmierny krytycyzm wobec zachowań chorego, jawną wrogość lub przesadne zaangażowanie emocjonalne [10, 11]. Z badań wynika, że w rodzinach pacjentów depresyjnych obserwuje się znaczne zaburzenia funkcjonowania i wzajemnej komunikacji, osamotnienie i oddalenie emocjonalne. Nawet w okresie remisji choroby utrzymuje się brak satysfakcji ze wspólnego życia [6].

U opiekunów chorych z depresją, a szczególnie u współmałżonka, pojawiają się liczne problemy zdrowotne, głównie z kręgu depresyjnego [12]. Coyne i wsp. [13] stwierdzili, iż 40% dorosłych osób żyjących z chorym depresyjnym wymaga interwencji terapeutycznej. Przyczynę tego stanu rzeczy wiążą z występowaniem ciągłego stresu i braku wsparcia ze strony innych ludzi. Przewlekły stres związany z chorobą członka rodziny obciąża jego opiekunów i jest najczęściej rozładowywany w postaci różnych reakcji emocjonalnych [14].

Jedną z konsekwencji opieki nad chorym jest ograniczenie kontaktów społecznych do rodziny i najbliższych przyjaciół lub ludzi zmagających się z podobnym problemem, a w konsekwencji – brak dostatecznych źródeł wsparcia społecznego. Długotrwała choroba zmusza opiekuna do przejścia wielu dodatkowych ról społecznych. Wiąże się

to często z pogorszeniem sytuacji materialnej rodziny i samotnym podejmowaniem ważnych decyzji życiowych przez opiekuna. Jest to szczególnym problemem w rodzinach, w których chory jest mężczyzna [15]. Żony skarżą się wówczas na poczucie winy i lęku o przyszłość, ale również żalu za „zniszczone życie” [16].

Dodatkowym problemem są zaburzenia funkcjonowania seksualnego chorego na depresję, nie tylko w czasie trwania samego epizodu choroby, ale i w okresie remisji [17]. Obniżenie aktywności seksualnej opisuje się u 50–90% pacjentów depresyjnych [18]. Ponad 30% par małżeńskich, w których jeden z partnerów cierpi na depresję, zupełnie zaprzestało życia seksualnego, a u 42% par życie intymne uległo znacznemu zaburzeniu [16].

Wyniki wielu badań wskazują na częstsze występowanie zaburzeń psychicznych u dzieci osób chorych na depresję. U 41–77% pojawiają się zespoły depresyjne, zaburzenia zachowania, zespoły lękowe lub uzależnienia od substancji psychoaktywnych [19, 20, 21]. Badania Weissman i wsp. [22] ujawniły, że depresyjne kobiety są mniej zaangażowane w związek z dziećmi. Również w czasie remisji choroby mają one trudności w kontaktach interpersonalnych z dziećmi.

U dzieci w wieku szkolnym jakość relacji z chorą matką koreluje z ich funkcjonowaniem i przystosowaniem społecznym [23]. Wyniki badań Dudek i wsp. pokazują spostrzeżenie przez dorosłe dzieci pacjentów depresyjnych negatywnego wpływu choroby rodzica na różne sfery ich życia. Dotyczy to szczególnie sytuacji, w której choruje matka, gdyż wtedy życie rodzinne jest szczególnie zaburzone [24].

Autorzy zajmujący się klimatem emocjonalnym rodzin chorych depresyjnych zauważają, że poziom ujawnianych uczuć współmałżonka koreluje z przebiegiem choroby.

Małkiewicz-Borkowska i Namysłowska [25] dowodzą, że dysfunkcjonalne relacje małżeńskie są – obok niedostatecznej skuteczności leczenia farmakologicznego – jednym z podstawowych powodów utrzymywania się objawów tzw. depresji przewlekłej – „lekoopornej”.

### **Cel badań**

Jak wynika z przedstawionych wyników badań, zmaganie się z chorobą członka rodziny należy do trudnych sytuacji życiowych, z którymi jedni radzą sobie lepiej, inni gorzej. Radzenie sobie z sytuacją trudną, częściej określaną pojęciem stresu, obejmuje według Lazarusa i Folkman „stałe zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki. mające na celu opanowanie określonych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” [za: 26, s. 141].

Podjęte badania są próbą wyjaśnienia różnic w efektywności radzenia sobie ze stresem spowodowanym chorobą bliskiego członka rodziny. Można ją rozpatrywać jako wynik lub jako proces radzenia sobie. W badaniach skoncentrowano się na efektywności procesu radzenia sobie, uznając za bardziej efektywne te strategie, które wiąże się bardziej z aktywnymi niż z destrukcyjnymi (biernymi) strategiami radzenia sobie.

Przyjęto hipotezę, że opiekunowie chorych, którzy preferują bardziej aktywne strategie radzenia sobie z chorobą, mają aktualnie lub potencjalnie lepsze zasoby,

rozumiane jako względnie stałe czynniki osobowe i społeczne, sprzyjające radzeniu sobie ze stresem i przeciwdziałające powstawaniu negatywnych konsekwencji, w tym zwłaszcza zdrowotnych [27].

### Badane osoby

Zbadano 40 opiekunów chorych z depresją endogenną (średni wiek chorych 46,6 roku, czas trwania choroby 6,1), hospitalizowanych na oddziale chorób afektywnych II Kliniki Psychiatrycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Do badania kwalifikowano wyłącznie te osoby, które sprawowały opiekę bądź to nad współmałżonkiem, bądź nad rodzicem i były jedynymi lub głównymi opiekunami. Informacje czerpano zarówno z historii choroby, jak i od opiekunów osób chorych. Bliższe informacje dotyczące grupy badanych opiekunów i ich chorych zawiera tab. 1.

### Metody

Charakterystyka badanej grupy opiekunów i ich podopiecznych

Tabela 1

DANE DOTYCZĄCE OPIEKUNA		DANE DOTYCZĄCE CHOROBY			
	N	%	N	%	
<b>PŁEĆ</b>			<b>POKREWIEŃSTWO</b>		
mężczyzna	10	40,0	współmałżonek	25	62,5
kobieta	30	75,0	rodzic	15	37,5
<b>WIEK</b>			<b>CZAS TRWANIA CHOROBY</b>		
25-40	13	32,5	do roku	8	20,0
41-50	14	35,0	2-5 lat	15	37,5
51-60	13	32,5	6-10 lat	8	20,0
			pow. 10 lat	0	0,0
<b>WYKSZTAŁCENIE</b>			<b>OKRES LECZENIA</b>		
podstawowe	8	20,0	do roku	12	30,0
średnie	20	50,0	2-5 lat	12	30,0
wyższe	12	30,0	dł. pow.	10	40,0
<b>PRACA/ZAJĘTOŚĆ</b>			<b>POBYTU W SZPITALU</b>		
tak	17	42,5	pierwszy raz	15	37,5
nie	23	57,5	powtórnie	14	35,0
			trzy i więcej	11	27,5

W badaniach wykorzystano 4 narzędzia pomiaru, adaptowane do warunków polskich przez Z. Juczyńskiego, tj.:

1. Kwestionariusz radzenia sobie z chorobą – wersja Mini-MAC (Mental Adjustment to Cancer – M. Watson i wsp. za: 28), dostosowany do prowadzonych badań. Kwestionariusz zawiera 29 stwierdzeń ocenianych przez badanego w skali 4-stopniowej (1 – zdecydowanie nie, 4 – zdecydowanie tak) i mierzy 4 strategie radzenia sobie z chorobą, tj. ducha walki, pozytywne przewartościowanie, bezradność/

beznadziejność oraz lękowe zaabsorbowanie chorobą. Polska wersja kwestionariusza ma dobre właściwości psychometryczne (współczynniki rzetelności alfa Cronbacha rzędu 0,87–0,92, współczynnik stałości od 0,58 do 0,79). Badania trafności dowodzą, że strategie radzenia sobie wiążą się bardziej z różnymi aspektami funkcjonowania psychospołecznego niż z manifestowanymi objawami choroby [28].

2. Skala wsparcia społecznego – SOZ-U K-22 (Soziale Unterstützung – T. Fydrich i wsp. za: 29), w wersji skróconej zawiera 22 stwierdzenia oceniane w skali 5-stopniowej (od 1 – zupełnie mnie nie dotyczy, do 5 – całkowicie mnie dotyczy). Poza ogólnym wskaźnikiem wsparcia społecznego uzyskujemy pomiar wsparcia emocjonalnego, praktycznego i integracji społecznej. Wsparcie społeczne ujmowane jest jako wynik zarówno interakcji zachodzących między jednostką a otoczeniem, jak i osobistej oceny tych interakcji. Mierzone konstrukty ujmują subiektywne przekonania jednostki o dostępności wsparcia ze strony innych osób i oszacowanie stopnia dostępności tych zasobów [29]. Na podstawie dotychczasowych badań parametry psychometryczne wersji polskiej można uznać za zadowalające.

3. Skala zaufania transpersonalnego – STV (Skala Transpersonales Vertrauen – W. Belschnera [30]) składa się z 11 twierdzeń ocenianych w skali 4-stopniowej (od 1 – dotyczy mnie całkowicie, do 4 – wcale mnie nie dotyczy). Przeznaczona jest do pomiaru zaufania ponadosobowego, wyrażającego duchową orientację życiową jednostki. Konstrukct transpersonalnego zaufania nawiązuje do innego ważnego zasobu osobistego, jakim jest poczucie uogólnionej własnej skuteczności [27]. W tym ostatnim poczucie własnej kompetencji zasada się na posiadanych uzdolnieniach i możliwościach, podczas gdy zaufanie transpersonalne odwołuje się do zasobów ponadosobowej rzeczywistości, którą można utożsamiać z Bogiem, siłą wyższą czy kosmosem. Właściwości psychometryczne polskiej wersji skali zaufania transpersonalnego są zadowalające. Dotychczasowe wyniki badań dowodzą szczególnej użyteczności skali w określonych sytuacjach życiowych jednostki.

4. Test orientacji życiowej – LOT-R (Life Orientation Test – M. Scheiera i wsp. [31]) zawiera 10 stwierdzeń ocenianych w skali 6-stopniowej (0 – zdecydowanie nie odnosi się do mnie, 5 – zdecydowanie odnosi się do mnie). Służy do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu, wyrażającego zgeneralizowane oczekiwania pozytywnych zdarzeń. Podczas gdy bezpodstawny optymizm (tzw. obronny optymizm) polega na przejawianiu nierealistycznego nastawienia, optymizm funkcjonalny wyraża nie tylko oczekiwania sukcesu, lecz również odzwierciedla posiadane zasoby osobiste, które umożliwiają radzenie sobie z codziennymi stresorami. Zgodność wewnętrzna testu wynosi 0,76, badania zaś „test-retest”, przeprowadzone w różnych grupach w odstępach od 4 do 28 miesięcy, dały współczynniki korelacji od 0,68 do 0,79. Trafność testu oceniono różnymi sposobami. Analiza czynnikowa pozwoliła na zidentyfikowanie jednego czynnika, który wyjaśniał 46% wariacji. Test ma normy w skali stenowej, oparte na próbie 786 osób dorosłych [28].

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. W pierwszej kolejności ustalono zróżnicowanie wyników ze względu na dane socjodemograficzne opiekunów i podstawowe informacje dotyczące chorego. W tym celu wykorzystano testy istotności oraz analizę wariacji. Poszukiwanie wyznaczników radzenia sobie z chorobą

oparto na modelu wielokrotnej regresji liniowej. Zastosowano również modelowanie równań strukturalnych (SEPATH), które służy do testowania modeli przyczynowych za pomocą układu równań liniowych. W obliczeniach statystycznych posłużono się pakietem STATISTICA.

### Wyniki badań

Zróźnicowanie wyników w zależności od osoby chorego i jego opiekuna

Średni wiek opiekunów chorych na depresję wynosi 46,6 roku. Prawie 2/3 opiekunów to współmałżonkowie, z których połowa legitymuje się średnim wykształceniem, a większość nie pracuje zawodowo. Średni czas trwania choroby wynosi 6,1 roku, leczenia zaś 5,3. Jedynie dla 1/3 przypadków była to pierwsza hospitalizacja związana z depresją.

Uzyskane wyniki badań porównano biorąc pod uwagę wymienione w tabeli 1 właściwości charakteryzujące opiekunów i samego chorego. Tabela 2 przedstawia zróźnicowanie wyników w zależności od płci opiekunów.

Wyniki skali radzenia sobie z chorobą, które na ogół utożsamiane są ze sposobami przystosowania się do choroby<sup>1</sup>, wskazują na przewagę aktywnych form zmagania się

Tabela 2

Zróźnicowanie wyników badanych opiekunów w zależności od płci

STRATEGIE RADZENIA SOBIE	MĘCZYZNI		KOBIECY		test	
	M	SD	M	SD	t	pu
duch walki	21,00	3,95	21,17	4,08		
pozytywne przewarżosowanie	21,00	2,19	21,54	3,51		
bezradność i bezsilność	11,00	3,35	14,21	6,06	-2,42	0,02
Ekstremne zaangażowanie	15,19	6,30	17,46	6,61		
<b>WISPARCIESPOWIEDZIALNE</b>						
emocjonalne	26,81	4,18	25,83	6,16		
praktyczne	34,56	4,37	32,71	5,02		
integracja społeczna	26,69	5,41	27,29	5,30		
<b>ZAUFANIETRANSPERSONALNE</b>	20,63	9,06	20,33	9,50		
<b>DYSPOZYCYJNY OPTYZMIZM</b>	18,75	3,38	14,71	4,74	2,12	0,05

M – średnia arytmetyczna

SD – odchylenie standardowe

t – test t Studenta

pu – poziom ufności

z chorobą. Dominuje strategia określana jako duch walki, skłaniająca do traktowania choroby jako wyzwania. Kolejna, pozytywnego przewartościowania, wyraża tendencje do takiego przeorganizowania problemu choroby, aby znaleźć nadzieję i poczucie zadowolenia. Z dwóch strategii, zaliczanych do destrukcyjnych, większe nasilenie ujawnia zaabsorbowanie lękowe, wyrażające niepokój i poczucie zagrożenia, nad którym trudno zapanować, natomiast druga strategia, bezradność/beznadziejność, różnicuje statystycznie istotnie mężczyzn i kobiety. Kobiety przejawiają większe nasilenie poczucia bezsilności, zagubienia i biernego poddania się chorobie członka rodziny ( $p < 0,02$ ).

Z trzech pozostałych zmiennych jedynie dyspozycyjny optymizm, wyrażający pozytywne oczekiwania i skłonność do przeżywania raczej pozytywnych uczuć i zadowolenia z życia, różnicuje badanych opiekunów ze względu na płeć. Fakt, że to kobiety uzyskały średni wynik niższy od mężczyzn nie jest zaskakujący, gdyż mieści się on w granicach wyników średnich (por. normy polskie [28]). Natomiast średni wynik mężczyzn jest wysoki. W tej sytuacji rodzi się pytanie – czy nie jest to tzw. optymizm obronny, polegający na przejawianiu nierealistycznego nastawienia? Jego negatywna korelacja z poczuciem bezradności przemawia za odrzuceniem takiego wyjaśnienia.

Stosunek do pracy zawodowej różnicują statystycznie istotnie dwie zmienne (tab. 3).

Opiekunowie chorych, którzy nie pracują zawodowo, przejawiają większe nasilenie

Tabela 3

Zróznicowanie wyników badanych opiekunów w zależności od stosunku do pracy zawodo-

STRATEGIE RADZENIA SOBIE	PRACUJĄCE		NIE PRACUJĄCE		DU
	M	SD	M	SD	
duch walki	10,74	4,32	22,04	2,50	$t=2,71$ $p=0,01$
pozytywne przewartościowanie	21,04	3,50	21,71	2,31	
beznadziejność/bezradność	13,00	5,70	15,71	4,07	
lękowe zaabsorbowanie	10,70	7,42	10,35	5,22	
WSPARCIE SPOŁECZNE					
emocjonalne	20,00	5,10	20,53	5,80	
praktyczne	33,42	4,70	33,41	4,00	
Integracja społeczna	20,40	5,22	27,82	5,33	
ZALIFANIE TRANS PERSONALNE	22,01	2,44	17,12	0,30	$t=2,05$ $p=0,05$
DYSPOZYCYJNY OPTYMIZM	10,72	4,72	15,71	4,55	

oznaczenia – jak w tab. 2

<sup>1</sup> W wersji oryginalnej Mini-Mac chodzi o przystosowanie się chorych do własnej choroby [32]

postawy ducha walki ( $p<0,01$ ) oraz mniejsze poczucie wsparcia, czerpanego ze źródeł pozasobowych ( $p<0,05$ ).

Z kryteriów dotyczących osoby chorego, jedynie czas trwania leczenia (zbliżony do czasu trwania choroby) wiąże się z preferencją strategii ducha walki (por. tab. 4). W miarę trwania choroby (leczenia) maleje więc rola aktywnych form zmagania się z chorobą ( $p<0,01$ ), wzrasta natomiast poczucie bezradności.

Tabela 4

Zróżnicowanie wyników badanych opiekunów  
w zależności od czasu trwania leczenia chorego

STRATEGIE RADZENIA SOBIE	DO ROKU		2-5 LAT		POWI. 5 LAT		F
	M	SD	M	SD	M	SD	
duch walki	23,50	4,58	21,08	3,50	19,31	2,90	F=4,47 p<0,01
pozytywne przewarbowowanie	22,07	2,24	21,07	2,27	20,00	3,32	
bezsradnościowe zniechęcenie	11,08	4,58	13,08	5,02	14,10	5,02	
biżowe zniechęcenie	15,08	7,87	17,25	5,21	17,13	6,40	
WSPARCIE SPOŁECZNE							
emocjonalne	27,02	5,73	26,02	4,01	24,44	5,33	
praktyczne	34,23	4,46	33,33	4,74	32,50	5,14	
Integracja społeczna	27,33	6,21	26,58	4,00	24,04	4,71	
ZALIFANIE							
TRANSPERSONALNE	22,42	6,08	16,42	6,04	22,75	7,00	
DYSFUNKCYJNY OPTYMIZM	17,42	3,85	10,42	5,20	15,44	4,88	

F – wartość testu F Fishera

#### Wyznaczniki strategii radzenia sobie z chorobą

Związki zachodzące między zmiennymi charakteryzującymi opiekuna i jego chorego (zmiennie niezależne) a preferowanymi przez opiekuna strategiami radzenia sobie z chorobą (zmiennie kryterialne) ustalono wykorzystując model wielokrotnej regresji liniowej. Obliczono oddzielne wskaźniki jakości dopasowania dla modelu wyznaczającego aktywne i destrukcyjne formy zmagania się z chorobą.

Do modelu objaśniającego preferowanie aktywnych form radzenia sobie z chorobą weszła tylko jedna zmienna (praca zawodowa), która wyjaśnia 44% wariacji ( $F(8,31)=3,09$ ;  $p<0,01$ ). Z kolei predyktorami destrukcyjnego radzenia sobie z chorobą okazały się dwie właściwości charakteryzujące opiekuna, tj. wsparcie emocjonalne



danej rzeczywistości i najbardziej sensownym wyjaśnieniem trendów w uzyskanych danych. Wskaźniki „dobroci” dopasowania modelu, opartego na funkcji największej wiarygodności (ML), zbliżają się do przyjętych kryteriów (GFI Joreskoga 0,94; AGFI=0,78; RMSEA Steigera-Linda =0,07; ML  $\chi^2=15,40$  (df=16),  $p<0,49$ )<sup>2</sup>.

Ustalone zmienne latentne w sposób bezpośredni wpływają na przejawiane przez opiekunów strategie radzenia sobie z chorobą (tab. 5). Zasoby osobiste opiekuna, w tym przypadku reprezentowane przede wszystkim przez dyspozycyjny optymizm (parametry ścieżki statystycznie istotne), wpływają znacząco zarówno na aktywne, jak i na destrukcyjne radzenie sobie. To pierwsze jest wyznaczone przede wszystkim strategią ducha walki, drugie z kolei – bezzadnością/beznadziejnością. Natomiast wsparcie społeczne spostrzegane przez opiekuna, operacjonalizowane poprzez wskaźniki wsparcia emocjonalnego, praktycznego oraz poczucie integracji społecznej, wpływa wyłącznie na destrukcyjne strategie radzenia sobie, ładowane przede wszystkim poczuciem bezradności i beznadziejności. Dwie pozostałe zmienne utajone, charakteryzujące opiekuna i przebieg choroby, wpływają wyłącznie na aktywne radzenie sobie z chorobą.

Przedstawiony model równań strukturalnych uzasadnia prawdopodobieństwo występowania zależności przyczynowo-skutkowych między stosowaniem określonych

Tabela 5

Wyznaczniki strategii radzenia sobie z chorobą u opiekunów

Praca zawodowa	Aktywne radzenie sobie z chorobą <sup>1</sup>					
	BETA	SD BETA	B	SD B	t(31)	p
Wartość	-0,294	0,137	-3,41	1,59	-2,15	0,04
			38,32	5,49	6,98	0,000
Wsparcie emocjonalne	Destrukcyjne radzenie sobie z chorobą <sup>1</sup>					
	BETA	SD BETA	B	SD B	t(31)	pu
Dyspozycyjny optymizm	-0,488	0,145	-1,05	0,32	-3,43	0,002
Wartość	-0,321	0,134	-0,77	0,32	-2,40	0,02
			78,11	8,14	9,60	0,000

Beta – standaryzowane współczynniki regresji

SD Beta – błąd standardowy beta

B – niestandaryzowane współczynniki regresji

strategii radzenia sobie z chorobą członka rodziny a specyficznymi właściwościami opiekuna i przebiegiem choroby.

### Wnioski końcowe

Depresja nie tylko powoduje cierpienie osoby chorej, ale i boleśnie dotyka jej najbliższych. To, w jaki sposób opiekun radzi sobie z chorobą najbliższego członka rodziny, jest wynikiem interakcji złożonych czynników, charakteryzujących zarówno chorego (przebieg choroby), jak i jego opiekuna.

Wynikające z badań zależności można sprowadzić do następujących:

<sup>2</sup> Wartości dobroci dopasowania powyżej 0,05 uważa się za dobre. Aktualnie większą wagę przypisuje się wskaźnikom opartym na niecentryczności, jak wskaźnik dobroci dopasowania RMSEA Steigera-Linda, niż wskaźnikom GFI oraz AGFI.

1. W miarę przedłużania się choroby słabnie postawa opiekuna traktowania jej jako wyzwania i preferowania aktywnych strategii zaradczych.
2. Niewykonywanie pracy zawodowej przez opiekuna chorego, a tym samym dysponowanie większą ilością czasu, który można poświęcić choremu, sprzyja lepszemu radzeniu sobie z chorobą członka rodziny.
3. Im większe u opiekuna zasoby osobiste, a dokładniej – oczekiwania raczej pozytywnych zdarzeń i skłonność do przeżywania dodatnich uczuć (dyspozycyjny optymizm) – tym częstsze traktowanie choroby jako wyzwania i nieuleganie poczuciu bezsilności w obliczu choroby.
4. Poczuciu bezradności opiekuna chorego członka rodziny sprzyja spostrzegany brak lub małe wsparcie społeczne, zwłaszcza emocjonalne.

Znaczenie wyróżnionych strategii radzenia sobie z chorobą zostało potwierdzone w badaniach dotyczących pacjentów nowotworowych. Konfrontacyjne podejście do choroby, wiążące się z postawą aktywną, okazuje się skuteczniejsze niż bierność wyrażająca rezygnację. Ogólnie, jakość życia związana z chorobą jest wyższa u pacjentów, u których strategie bezradności i zaabsorbowania lękowego odgrywają niewielką rolę [32, 33]. Lepsze strategie radzenia sobie z depresją członka rodziny, w postaci koncentracji na problemie, większego zaangażowania, pozytywnej komunikacji interpersonalnej, wiązały się z mniejszym obciążeniem opiekuna [8, 16, 34].

Z innych badań wynika, że optymiści różnią się od pesymistów sposobami radzenia sobie z poważną chorobą oraz podejściem do sytuacji zagrażających zdrowiu. Optymiści stosują częściej strategie radzenia sobie ukierunkowane na problem, łatwiej też przystosowują się do zmian sytuacji życiowych [28, 34, 35]. Pesymizm idzie w parze z bezradnością, optymizm zaś wiąże się nie tylko z pozytywnymi oczekiwaniami, lecz również ze skłonnością do przeżywania zadowolenia z życia. Tu należy podkreślić centralną rolę emocji w ocenie sytuacji jako wyzwania, które wiąże się z podejmowaniem aktywności [36].

Długotrwały proces zmagania się z chorobą bliskiego członka rodziny jest sytuacją stresową, z którą należy sobie radzić. Jej ocena jako „wyzwanie – aktywność” ma korzystny wpływ na psychologiczne i społeczne funkcjonowanie badanych, bardzo pożądane byłyby więc oddziaływania, które utrwałyby taki sposób spostrzegania sytuacji choroby przez członków najbliższej rodziny.

Ĕĉ=íúĭ ĉ íáúĭññáĭíúĭ ċłńńóđńú, ñđřííáññáóğŭĉĭł ýóóĭęñĉáñĕ đřĕíúĉ íđ'łíóñá äĕ' ÷ĕĭñá  
ñĭĕüĉ, ññđřářŭĉó áĭđ'đĭññĕĭ

#### Ñíáĭđĉřĭĭĭ

**Çřářĭĭĭ:** Çřářĭĭĭĭ ĉññĕĭářĭĭĭĭ áúĕĭ óññřĭíáĕĭĭĭĭ ĉřáĉñĉĕĭññĭĭĭ, đřĭ äĕ' ŭĉóñ' ĕĭĉáo ĕĉ=íúĕĉ ĉ íáúĭññáĭíúĕĉ ċłńńóđńřĕĕ íđ'ĭĕóííá ĉ ĉó đ'đĭáđřĕĕřĕĉ ýóóĭęñĉáñĕ đřĕíúĉ ÷ĕĭřĕĉ ñĭĕüĉ, ññđřářŭĉĕĉ áĭđ'đĭññĕĭĕ.

**Ĕĭñá:** Ñĭđĕę íđ'ĭĕóííá ĉřđřĕíĕĉ řĭĕĭñŭ í 4 ĕĭñářĕĉ ñřĕĭñóĭĕĉ (ñĕ. á ñĭĕññĭ ññřŭĉ ĕřñĉĭñĕĭĭ íáĉĭř=ĭĭĉ') áĭ áđĭĕ' đ'đĭáúářĭĭĭĭ đ'řóĉĭñř á đ'ñĉóĉřđĉĉ=ĭñĕĕ ĭñáĭĕĭĭĭĭĭĭ. Á ññđóĕñóđĭĭĭĭĭ ĕřáĭĕĉ ó=ñĭĭú 4 ĉĉĕĭĭ=ĉáúĭ ýíáĭáĭííí óĕđŭñŭĭĭ (đ'řóĉĭñř, íđ'ĭĕóí, ĕĉ=íúĭ ĉ íáúĭññáĭíúĭ ċłńńóđńŭ) ĉ 2 ĉĉĕĭĭ=ĉáúĭ ýíáĭáĭííí óĕđŭñŭĭĭ (řĕñĉáĭúĭ ĉ đ'řñĉáĭúĭ ññđřñĭáĉĉ ĭĕřĉřĭĭĭ đ'řĕíúĉ), đ'řááĭđĉĉářĭĕĭĭĭ áóóĭĕ áĭđŭáú,

d'icncair' iolier' aelice, oiaceiul d'focce d'de inlice d'ieuc aieuiueo c' +oannai alcfalciinnec c' alnd'ieuiinnec. Eialeu drnd'ieralin' oidircce d'iercrliee d'dcnd'inaelic'.

**Dicoeunnmu:** Dieo+liul dicoeunnmu aiercatt, +ni auniel' nnid'liu acnd'icce-ociiitai id'nccecer' c' iracetarleiata yecocirreuiata and'ieiclic' 'ae'tnn' d'de+c'ie d'dei' ne' fencaiuo nnd'rlace d'i inirlicet' e' iercrice d'ieuc naileo aieuiueo diaannalicco.

### **Persönliche und soziale Ressourcen, die die Betreuer der depressionskranken Familienmitglieder bei der Selbsthilfe fördern**

#### **Zusammenfassung**

**Ziel:** Das Ziel der Studie war die Abhängigkeiten zu bestimmen, die zwischen den persönlichen und sozialen Ressourcen der Betreuer und den Strategien der Selbsthilfe mit der Depression eines Familienmitgliedes entstehen.

**Methode:** 40 Betreuer füllten 4 Methoden der Selbsteurteilung (Mini-MAC, SOZ-U, K-22, STV, LOT-R) während des Aufenthaltes eines Familienmitgliedes in der psychiatrischen Abteilung aus. In der strukturellen Modellierung (SEPATH) wurden 4 exogene Variablen (Patient, Betreuer, persönliche Ressourcen, soziale Ressourcen) und 2 verborgene endogene Variablen (Aktive und passive Strategien der Selbsthilfe) berücksichtigt, geladen durch die Strategien des kämpfenden Geistes, positive Umwertung, ängstliche Beanspruchung und Ratlosigkeit – Hoffnungslosigkeit. Das Modell besitzt gute Indexe der Anpassung.

**Ergebnisse, Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse der Studie beweisen, dass hoher Optimismuslevel und der betrachteten emotionalen Unterstützung eine Ursache für Vorziehen der aktiven Strategien der Selbsthilfe bei der Krankheit eines Familienmitgliedes ist.

### **Les ressources personnelles et sociales favorisant les stratégies de se débrouiller des membres des familles s'occupant des personnes souffrant de la dépression**

#### **Résumé**

**Objectif:** Déterminer les relations des ressources personnelles et sociales des membres des familles s'occupant des personnes souffrant de la dépression et leurs stratégies de se débrouiller avec leur maladie.

**Méthode:** 40 membres des familles s'occupant des personnes souffrant de la dépression sont examinés à l'aide des 4 méthodes de la self-estimation (Mini-MAC, SOZ-U K-22, STV, LOT-R) durant l'hospitalisation de la personne avec la dépression. Le modèle structuré (SEPATH) contient 4 variables latentes exogènes (Patient, Personne s'occupant de lui, Ressources personnelles, Ressources sociales) et 2 variables latentes endogènes (Actives et Passives Stratégies de se débrouiller) chargés des stratégies de: esprit de combat, réinterprétation positive, préoccupation anxieuse, perplexité – désespoir. Ce modèle contient aussi de bons facteurs d'adaptation.

**Résultats et Conclusion:** Ces résultats indiquent que le niveau très élevé d'optimisme disponible et du support émotif perçu cause la préférence des stratégies actives de se débrouiller des personnes s'occupant des malades souffrant de la dépression.

#### **Piśmiennictwo**

1. The World Health Report 2001. *Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization; 2001.
2. Murray CJ, Lopez AD. *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: global burden of disease study*. Lancet 1997; 349: 1498–1504.

3. Bouras N, Vanger P, Bridges PK. *Marital problems in chronically depressed and physically ill patients and their spouses*. Compr. Psychiatry 1986; 27: 127–130.
4. Heru A, Ryan C. *Depressive symptoms and family functioning in the caregivers of recently hospitalized patients with chronic/recurrent mood disorders*. Int. J. Psychosoc. Reh. 2002; 7: 53–60.
5. Miller IW, Kabacoff GI. *Family functioning in the families of psychiatric patients*. Compr. Psychiatry 1986; 27: 302–312.
6. Zięba A, Jawor M, Dudek D. *Problematyka małżeńska pacjentów depresyjnych – przegląd literatury i badania własne*. Psychiatr. Pol. 1996; 30: 511–520.
7. Jarosz M, Poprawska I. *Poczucie choroby w psychozie afektywnej*. Psychiatr. Pol. 1992; 3–4: 207–214.
8. Ostman M, Hansson L. *The relationship between coping strategies and family burden among relatives of admitted psychiatric patients*. Scand. J. Caring. Sc. 2001; 15(2): 159–164.
9. Nowak K. *Doświadczenie choroby w samoocenie mężczyzn i kobiet chorych na depresję endogenną*. Post. Psychiatr. Neurol. 2002; 11: 45–53.
10. Hooley JM, Orley J, Teasdale JG. *Levels of expressed emotions and relapse in depressed patients*. Brit. J. Psychiatry 1986; 148: 642–647.
11. Vaughn CE, Leff JP. *The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients*. Brit. J. Psychiatry 1976; 129: 125–137.
12. Kreitman N. *The patients spouse*. Brit. J. Psychiatry 1964; 110: 159–173.
13. Coyne JC, Kessler RC, Tal M. *Living with a depressed person*. J. Consult. Clin. Psychol. 1987; 55: 347–352.
14. Adamiak G, Juczyński Z. *Zmaganie się ze stresem u opiekunów chorych z chorobą Alzheimera*. Post. Psychiatr. Neurol. 2002; 11: 71–80.
15. Collins J, Kreitman N, Nelson B, Troop J. *Neurosis and marital interaction: JU – family roles and functions*. Brit. J. Psychiatry 1971; 119: 233–242.
16. Fadden G, Babbington P, Kuipers L. *Caring and its burdens. A study of the spouses of depressed patients*. Brit. J. Psychiatry 1987; 150: 285–292.
17. Zięba A, Jawor M, Dudek D. *Funkcjonowanie seksualne pacjentów depresyjnych. Badania pilotażowe*. Psychiatr. Pol. 2000; 34: 543–550.
18. Nelson JC, Charney DS. *The symptoms of major depressive illness*. Am. J. Psychiatry 1993; 54: 71.
19. Hammen C, Adrian C, Gordon D, Burge D, Jaenicke C, Hiroto D. *Children of depressed mothers: Maternal strain and symptom predictors of dysfunction*. J. Abn. Psychol. 1987; 96: 190–198.
20. Harjan A. *Children of parents with affective disorders: developmental and behavior disorders, somatic and psychiatric care*. Eur. J. Psychiatry 1989; 3: 219–234.
21. Puzyński S. *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa: PZWL; 2002.
22. Weissman MM, Paykel ES, Klerman GL. *The depressed women as a mother*. Soc. Psychiatry 1972; 7: 98–108.
23. Burge D, Hammen C. *Maternal communication: Predictors of outcome at follow-up in a sample of children at high and low risk for depression*. J. Abn. Psychol. 1991; 100: 174–180.
24. Dudek D, Zięba A, Jawor M, Szymaczek M, Wróbel A. *Dzieci wobec depresji rodziców. Wyniki badań nad dorosłymi potomkami pacjentów depresyjnych*. Psychiatr. Pol. 1999; 33: 566–573.
25. Małkiewicz-Borkowska M, Namysłowska I. *Przewlekła depresja a relacje w małżeństwie*. Psychiatr. Pol. 1995; 29: 801–808.
26. Heszen-Niejodek I. *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*. W: Strelau J, red. *Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 3*. Gdańsk: Gdańskie Wyd. Psychol.; 2000, s. 465–492.
27. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N, red. *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*.

- Łódź: Wyd. UŁ; 2003.
28. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychol. Warszawa: PTP; 2001.
  29. Fydrich T, Geyer M, Hessel A, Sommer G, Brahler E. *Fragenbogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe*. Diagnostica 1999; 45, 4: 212–216.
  30. Belschner W. *Die Skala Transpersonales Vertrauen. Manual*. Transpersonale Arbeitspapiere, Nr 3. AE Gesundheits-und Klin. Psychiatr. Univ. Oldenburg; 1998.
  31. Scheier M, Carver S. *Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies*. Health Psychol. 1985; 4(3): 219–247.
  32. Juczyński Z. *Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową*. W: de Walden Gałuszko K, red. *Psychoonkologia*. Kraków: Wyd. Pol. Tow. Psychiatr.; 2000, s. 23–44.
  33. Chojnacka-Szawłowska G. *Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych*. Wrocław: Ossolineum; 1994.
  34. Friedman LC, Nelson D, Baer P, Lane M, Smith F, Dworkin R. *The relationship to dispositional optimism, daily stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients*. J. Behav. Med. 1992; 15: 127–142.
  35. Scheier M, Carver S. *Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update*. Cogn. Ther. Res. 1992; 116: 201–228.
  36. Włodarczyk D. *Ocena stresu jako element zasobów osobistych w radzeniu sobie ze stresem po zawale serca*. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N, red. *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wyd. UŁ; 2003, s. 119–133.

Otrzymano: 29.12.2003

Zrecenzowano: 7.04.2004

Przyjęto do druku: 6.07.2004

Adres: Zygryd Juczyński  
Instytut Psychologii UŁ  
91-433 Łódź, ul. Smugowa