

Depresyjność ojca a stan emocjonalny dziecka z niepełnosprawnością intelektualną¹

The father's depressiveness and emotional functioning of his child with intellectual disability

Jarosław R o l a

Katedra Nauk Psychologicznych
Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. hum. Cz. Czabała

Summary

The results of numerous researches indicated an interdependence between parent's depressiveness and difficulties in adaptation in children.

Aim. The aim of this research was to find an answer to the question – whether the depressiveness in the fathers having an influence on the emotional functioning (depressiveness and anxiety) of the child with intellectual disability.

Method. The subjects were fathers and their children with intellectual disability. The Beck Depression Inventory and The Children's Depression Inventory M. Kovacs were used.

Results. The results indicated clearly that father's depressiveness exerts influence on the rate of depression in children with intellectual disability. Father's level of depressiveness had influence on dysphonic mood, interpersonal problems and anhedonia, negative self-esteem in children with intellectual disability.

Słowa klucze: depresyjność ojców, niepełnosprawność intelektualna
Key words: depressiveness of the fathers, intellectual disability

Wstęp

W ostatnich latach coraz więcej jest badań, których przedmiotem jest analiza związków i interakcji w rodzinach, w których jeden z dorosłych członków cierpi na depresję [1, 2, 3]. O ile rezultaty tych badań w mniejszym stopniu pozwalają na wykreowanie klarownego obrazu interakcji rodziców depresyjnych i ich dzieci, o tyle w większym stopniu umożliwiają prześledzenie wpływu patologii funkcjonowania rodzica na funkcjonowanie dziecka.

¹ Praca finansowana z funduszy na badania własne (BW) Akademii Pedagogiki Specjalnej w roku 2003.

Wyniki licznych badań wskazują wyraźnie na zależność pomiędzy występowaniem zaburzeń psychicznych u rodziców a trudnościami w przystosowaniu się ich dzieci [4, 5].

Autorzy badań są zgodni co do tego, iż depresja rodzica zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się u dzieci wielu problemów w ich emocjonalnym, szkolnym i zdrowotnym funkcjonowaniu. U średnio 40–50% dzieci rodziców depresyjnych diagnozuje się zaburzenia psychiczne. Pierwsze problemy mogą pojawić się zaraz po urodzeniu [6], we wczesnym dzieciństwie bądź w okresie rozpoczęcia nauki szkolnej [6, 1] czy w okresie późniejszym [7].

W ciągu ostatnich 20 lat cała uwaga badaczy skupiona wokół problemu wpływu niepełnosprawności czy choroby dziecka na stan emocjonalny rodziców, satysfakcję małżeńską eksplorowała te problemy głównie w stosunku do matek dzieci niepełnosprawnych [8, 9, 10].

W rezultacie nie wiemy dokładnie, czy i w jaki sposób choroba dziecka wpływa na emocjonalne funkcjonowanie ojców, w jakim stopniu ich przeżycia ulegają zmianie z powodu posiadania dziecka specjalnej troski.

Cummings [11], porównując funkcjonowanie ojców dzieci z niepełnosprawnością intelektualną oraz ojców dzieci zdrowych wskazał na zasadnicze różnice między obu grupami w zakresie poziomu depresji. Ojcowie dzieci niepełnosprawnych okazali się bardziej depresyjni niż ojcowie dzieci zdrowych, częściej zamartwiali się o swoje dziecko. Cechowała ich również częściej niska samoocena oraz brak poczucia kompetencji osobistych. Ojcowie prezentowali niższy poziom samoakceptacji. Autor stwierdził również obecność różnic między obu badanymi grupami w zakresie struktury potrzeb. Ojcowie dzieci niepełnosprawnych intelektualnie przejawiali większą potrzebę porządku, organizacji i rutyny. Zachowania te rozpatrywać można w kategoriach trudności przystosowania się i adaptacji do stale zmieniającej się sytuacji związanej z pojawieniem się niepełnosprawnego członka rodziny. Usztywnienie się reakcji ojców stanowić może odpowiedź na nową sytuację, w której zostają poddane próbie ich zdolności przystosowawcze. Ta sztywność reakcji ojców – o ile w pierwszym okresie może mieć swoje znaczenie adaptacyjne, o tyle w okresie późniejszym, kiedy nie jest modyfikowana przez zmieniającą się wciąż sytuację i oczekiwania pozostałych członków rodziny (w tym dziecka niepełnosprawnego) – stanowić może jedną z przyczyn ograniczenia kontaktu emocjonalnego z ojcem. Dostępność ojca wyznacza jakość relacji ojca z dzieckiem. Jej ograniczenia powodować mogą zmniejszenie gotowości ojca do udzielania dziecku pomocy w sposób bezpośredni. Konsekwencją tego jest mniejsza szansa równoważenia poczucia straty, frustracji i winy, oraz rozwijania w sobie poczucia kompetencji rodzicielskiej, co z kolei ma wpływ na proces kształtowania się tożsamości ojcowskiej.

Charakter wpływu choroby dziecka na funkcjonowanie ojców w każdym indywidualnym przypadku determinowany jest zazwyczaj przez zespół odmiennych czynników o charakterze osobowym i społecznym, które możemy zaklasyfikować do trzech odrębnych grup.

Pierwsza z nich obejmuje swym zakresem czynniki związane bezpośrednio z dzieckiem. Chodzi w tym przypadku m.in. o rodzaj i stopień niepełnosprawności czy choroby

dziecka (ojcowie dzieci z zespołem Downa mogą reagować inaczej niż ojcowie dzieci autystycznych, przewlekle chorych czy z zachowaniami agresywnymi), jej widoczność, etap rozwoju dziecka, na jakim się ona pojawia, manifestowane zachowania dziecka (nadpobudliwość, niska aktywność sensomotoryczna i umysłowa, większe zainteresowanie przedmiotami i ruchem fizycznym niż relacjami interpersonalnymi) czy też dalsze rokowania co do stanu jego zdrowia. Wpływ wreszcie ma sama płeć dziecka, gdyż – jak jest powszechnie wiadomo – inne są oczekiwania ojców wobec córek niż synów [12, 13].

Druga grupa czynników warunkujących intensywność przeżyć ma charakter osobowy i związana jest z samym ojcem. Mówi się w tym przypadku m.in. o jego charakterystykach osobowościowych, takich jak: poziom lęku, poziom neurotyzmu, zależność emocjonalna, umiejscowienie kontroli, poziom jego wykształcenia, poczucie kompetencji rodzicielskich, aktywność zawodowa, wreszcie tożsamość ojcowska.

Trzecia i ostatnia grupa czynników determinujących poziom przeżyć emocjonalnych ojców ma charakter społeczny. Związana jest ona z funkcjonowaniem rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym. Chodzi w tym przypadku o zmienne związane z funkcjonowaniem zarówno rodziców, jak i samego dziecka. Są to: poziom wsparcia społecznego, emocjonalnego, materialnego, sieć powiązań społecznych rodziny dziecka, warunki bytowe rodziny, stosunek najbliższych do niepełnosprawności dziecka (dziadkowie, sąsiedzi, przyjaciele rodziny), jakość związku między rodzicami, wreszcie sposób, w jaki ojciec dowiaduje się o niepełnosprawności lub chorobie dziecka, oraz błędy popełniane w tym zakresie przez lekarzy i inny personel medyczny.

W literaturze dotyczącej ojców dzieci niepełnosprawnych dominują cztery główne problemy badawcze:

- 1) problem adaptacji i związanych z nią kosztów psychologicznych w kontekście pojawiających się symptomów, powszechnie uznanych za objawy depresji w funkcjonowaniu ojców, i ich wpływu na funkcjonowanie dzieci niepełnosprawnych;
- 2) problem wpływu choroby dziecka na relacje małżeńskie i spójność rodziny;
- 3) problem radzenia sobie ojców z niepełnosprawnością i chorobą dziecka;
- 4) opracowywanie skutecznych programów interwencyjnych dla osób posiadających dzieci przewlekle chore i niepełnosprawne.

Spróbujmy skoncentrować się na pierwszym z tak wyodrębnionych problemów. Na potrzeby niniejszego badania przyjęto, iż wskaźnikiem depresyjności jest przekonanie badanych o obecności objawów powszechnie zaliczanych przez psychiatrów do symptomów depresyjnych. Celem badania nie było zdiagnozowanie depresji klinicznej u badanych osób.

Czy i jak depresyjność badanych ojców wpływa na funkcjonowanie emocjonalne dzieci z niepełnosprawnością intelektualną? Czy i w jakim zakresie symptomy depresji badanych ojców współwystępują ze wskaźnikami dotyczącymi stanu emocjonalnego badanych dzieci. Uzyskanie odpowiedzi na tak sformułowane pytania badawcze stanowi cel prezentowanego badania.

Material

W celu realizacji zadań prezentowanego projektu przebadano łącznie 225 osób (rodziców i ich dzieci). Wśród badanej grupy znalazło się 50 dzieci z niepełnosprawnością

intelektualną (24 dziewcząt i 26 chłopców) i ich rodzice (50 matek, 50 ojców) oraz 25 dzieci w normie intelektualnej (13 dziewcząt i 12 chłopców) stanowiących wraz z rodzicami (25 matek, 25 ojców) grupę kontrolną. Wiek dzieci z niepełnosprawnością intelektualną wahał się w granicach 10–14 lat, średnia wieku w tej grupie wyniosła – 10,8 roku. Średnia wieku dzieci w normie intelektualnej wyniosła – 10,5 roku. Dzieci niepełnosprawne reprezentowały poziom funkcjonowania intelektualnego w granicach lekkiej niepełnosprawności intelektualnej. Poniżej przedstawiono jedynie wyniki dotyczące badanych ojców oraz ich omówienie.

Metoda badań

W badaniach zastosowano:

1. Kwestionariusz Depresji Becka – do badania poziomu depresyjności ojców. Za niski poziom depresyjności badanych ojców przyjęto uzyskiwane w kwestionariuszu wyniki niższe lub równe 10 punktom.
2. Inwentarz Depresyjności M. Kovasc – do badania poziomu depresyjności u dzieci niepełnosprawnych intelektualnie. Za niski poziom depresyjności przyjęto uzyskiwane w inwentarzu wyniki niższe lub równe 11 punktom.
3. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku – do badania poziomu lęku u dzieci.

Wyniki

Uzyskane w badaniu wyniki ojców dzieci z niepełnosprawnością intelektualną przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1

Wyniki analiz przeprowadzonych w celu sprawdzenia istotności różnic między średnimi uzyskanymi przez ojców dzieci z niepełnosprawnością intelektualną a stanem emocjonalnym tych dzieci

Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną	Ojcowie o niskim poziomie depresyjności		Ojcowie o wysokim poziomie depresyjności		t	df	p
	X	SD	X	SD			
Obrzydliwy niedoj	1,21	1,27	3,14	1,63	-2,19	48,29	< 0,001
Problemy Interpersonalne	1,54	1,16	3,4	1,64	-2,11	48,25	< 0,01
Nieefektywność	1,52	0,99	3,4	1,3	-2,72	48,28	< 0,001
Utarda zainteresowania	2,65	0,95	4,07	1,63	-2,65	48,14	< 0,001
Negatywna samoocena	1,69	0,97	3,66	1,65	-2,31	48,23	< 0,002
CDI - suma	13,4	2,73	19,7	5,72	-4,54	48,28	< 0,001

Uzyskane wyniki potwierdzają wcześniejsze obserwacje, iż depresyjność ojców znajduje swoje odzwierciedlenie przede wszystkim w trudnościach w funkcjonowaniu społecznym dziecka. Niepełnosprawne intelektualnie dzieci ojców o podwyższonym poziomie depresyjności uzyskiwały istotnie wyższe wyniki (co świadczy o większym nasileniu trudności) w zakresie problemów interpersonalnych ($t = -2,17$, $p < 0,01$), nieefektywności ($t = -2,72$, $p < 0,009$), anhedonii ($t = -3,88$, $p < 0,001$) oraz w zakresie

negatywnej samooceny ($t = -2,31, p < 0,002$). Wysokie zróżnicowanie wyników dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w zakresie obniżonego nastroju w zależności od stopnia depresyjności ich ojców pozwala postawić tezę, iż symptomy depresyjne w funkcjonowaniu ojców wpływają również negatywnie na funkcjonowanie emocjonalne badanych dzieci.

Wyniki uzyskane przez ojców dzieci prawidłowo rozwijających się przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2

Wyniki analiz przeprowadzonych w celu sprawdzenia istotności różnic między średnimi uzyskanymi przez badanych ojców w dzieci prawidłowo rozwijających się a stanem emocjonalnym tych dzieci

Dzieci w normie intelektualnej	Ojcowie o niskim poziomie depresyjności		Ojcowie o wysokim poziomie depresyjności		t	df	p
	x	SD	x	SD			
Obniżony nastrój	1,85	1,24	2,68	1,69	3,78	189	0,001
Problemy interpersonalne	1,85	1,24	2,72	1,7	3,7	189	0,001
Nieefektywność	1,1	1,1	2,54	1,89	3,95	189	0,002
Utrata zainteresowania	1,64	1,21	2,54	1,69	-1,92	189	0,05
Negatywna samoocena	1,7	1,21	2,72	1,55	3,98	189	0,002
GD1 - suma	4,85	2,49	6,7	2,25	5,11	189	0,001

Podobnie jak w przypadku ojców dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, wykazano wpływ funkcjonowania ojca na obserwowane charakterystyki emocjonalne dotyczące dziecka. Wysokie wyniki badanych ojców dzieci pełnosprawnych intelektualnie w zakresie depresyjności sprzyjały istotnemu statystycznie zróżnicowaniu wyników badanych dzieci w zakresie analizowanych zmiennych: obniżony nastrój ($t = -3,18, p < 0,007$), problemy interpersonalne ($t = -3,8, p < 0,001$), nieefektywność ($t = -3,95, p < 0,002$) oraz negatywna samoocena ($t = -3,93, p < 0,002$).

Wyniki uzyskiwane przez dzieci w zakresie lęku w zależności od poziomu depresyjności ojców przedstawiono w tabeli 3.

Uzyskany wynik ($t = -4,26, p < 0,001$) wskazuje, iż poziom depresyjności badanych ojców wpływa na poziom lęku badanych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Taki rezultat nie jest zaskoczeniem. Wysoki poziom lęku u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną stanowić może konsekwencję deprywacji potrzeb psychicznych samego dziecka w kontakcie z ojcem subiektywnie doświadczającym symptomów powszechnie uznanych za objawy depresji.

Celem weryfikacji hipotezy dotyczącej zależności między poziomem depresyjności badanych ojców (oraz jej czterech wymiarów) a wskaźnikami stanu emocjonalnego badanych dzieci (lęk, poziom depresyjności i jego wymiary), przeprowadzono analizę korelacyjną. Wyniki analizy przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 3

Wyniki badań przeprowadzonych za pomocą testu t-Studenta dla prób niezależnych w celu sprawdzenia istotności różnic między średnimi uzyskanymi przez ojców dzieci niepełnosprawnych intelektualnie i ich dzieci w zakresie Inwentarza Stanu i Cechy Lęku

Dzieci niepełnosprawne intelektualnie	Ojcowie o niskim poziomie depresyjności		Ojcowie o wysokim poziomie depresyjności		t	df	p
	X	SD	X	SD			
Inwentarz Stanu i Cechy Lęku	9,96	2,75	14,44	4,11	-4,26	42,84	0,001

Tabela 4

Współczynnik korelacji pomiędzy wskaźnikami depresyjności ojców dzieci niepełnosprawnych intelektualnie a wyznacznikami stanu emocjonalnego tych dzieci

Dzieci niepełnosprawne intelektualnie	Liczba dzieci	Depresyjność ojców					
		ogólna nasilenia	problem interpersonalny	nieśmiałość	utrata zainteresowań	negatywna aura	niechęć
Depresyjność ojców							
Objawy emocjonalne	36	0,75	0,71	0,76	0,47	0,66	0,76
Objawy somatyczne	38	0,26	0,26	0,76	0,47	0,1	0,33
Objawy motywacyjne	29	0,18	0,76	0,27	0,48	0,76	0,47
Objawy poznawcze	44	0,28	0,26	0,41	0,48	0,47	0,33
Suma wymiarów	17	0,21	0,21	0,76	0,55	0,27	0,33

*p<0,05

** p<0,01

Omówienie

Uzyskane wyniki świadczą o tym, że depresyjność badanych ojców ma istotny wpływ na obecność depresji u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Poziom depresji ojców różnicuje istotnie wyniki badanych dzieci zarówno pod względem nasilenia depresji (wynik ogólny), jak i jej analizowanych wymiarów.

O ile w badaniach dotyczących rodzin z dzieckiem pełnosprawnym intelektualnie wskazuje się na prawidłowość, iż depresja matek determinuje funkcjonowanie emocjonalne dzieci, a ojców – ich zachowania społeczne [5], o tyle wyniki uzyskane w niniejszym badaniu wskazują na przeważający wpływ depresyjności ojców na stan emocjonalny i funkcjonowanie społeczne dzieci z niepełnosprawnością intelektualną.

Tak silnie różnicujący wyniki wpływ funkcjonowania ojców na stan emocjonalny ich dzieci z niepełnosprawnością intelektualną można próbować wyjaśnić wzrastającym znaczeniem i potrzebą kontaktu z ojcem, co ma miejsce w okresie wczesnej adolescencji. Depresyjność ojców jest w opozycji do potrzeby realizacji stających

przed dziećmi zadań rozwojowych.

Poziom depresyjności w badanej grupie ojców dzieci z niepełnosprawnością intelektualną koreluje ze wszystkimi zmiennymi dotyczącymi funkcjonowania emocjonalnego badanych dzieci. Są to: poziom lęku dziecka, jego depresja i jej poszczególne wymiary. Podobny rezultat uzyskano w zakresie współwystępowania depresyjności u matek i ich niepełnosprawnych intelektualnie dzieci. Oznacza to, iż zarówno charakterystykom funkcjonowania emocjonalnego badanych ojców, jak i matek towarzyszą określone symptomy emocjonalne obserwowane u ich niepełnosprawnych dzieci.

Objawom emocjonalnym depresyjności ojca w mniejszym stopniu towarzyszą specyficzne trudności w funkcjonowaniu społecznym badanych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Wyniki badania wskazują jedynie na współwystępowanie symptomów emocjonalnych u ojców i lęku u badanych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną.

Obecności objawów motywacyjnych i poznawczych u ojców badanych dzieci niepełnosprawnych towarzyszą widoczne u ich dzieci: lęk dziecka, obniżony nastrój, problemy interpersonalne, nieefektywność, utrata zainteresowania oraz negatywna samoocena. Poznawcze wymiary depresyjności ojców obejmują swym zakresem także ich zachowania, jak: negatywne widzenie siebie, świata i przyszłości (triada depresyjna). Negatywny obraz samego siebie wyrażać się może w niskiej samoocenie, poczuciu małej wartości, braku wiary we własne siły i możliwości.

Motywacyjny aspekt objawów depresyjnych ojców może wyrażać się w postaci zaburzeń aktywności złożonej: zmniejszenie liczby i zakresu zainteresowań, obniżenie zdolności do pracy, osłabienie kontaktów z otoczeniem, skłonność do izolowania się, samozaniedbania. Motywacyjny wymiar depresyjności ojców może wpływać na ograniczenie liczby wzmocnień pozytywnych kierowanych do dziecka. Stanowi to często przyczynę spadku aktywności dzieci, wystąpienia apatii, trudności w podejmowaniu aktywności złożonej, obniżonego nastroju, co prowadzić może do pojawienia się zaburzeń sfery emocjonalnej u dziecka z niepełnosprawnością intelektualną, w tym depresji [14].

Wyniki zarówno cytowanych, jak i prezentowanego badania pokazują, iż depresyjność ojca zakłócać może prawidłowe postawy emocjonalne wobec dziecka z niepełnosprawnością intelektualną. Ma to miejsce niezależnie od tego, czy dzieje się to poprzez percepcje siebie jako rodzica, percepcję samego dziecka czy też poprzez percepcję jakości własnych interakcji z dzieckiem. Interakcja rodzica o wysokim poziomie depresyjności z dzieckiem jest często uboga w sytuacje świadczące o istniejącej harmonii, która jest warunkiem nawiązania kontaktu określanego mianem epizodów wspólnego zaangażowania. Wspólne zaangażowanie wyraża się poprzez zainteresowanie tą samą formą aktywności, obszarem rzeczywistości i zsynchronizowaniu działań obu partnerów interakcji (rodzic/dziecko). Doświadczenie przez dziecko takiego rodzaju kontaktu stanowi podstawę rozwoju jego kompetencji. Brak tego typu doświadczeń może być jedną z przyczyn narastania u niego zaburzeń rozwojowych, ponieważ ogranicza w sposób znaczący proces nabywania kompetencji niezbędnych do rozwiązywania problemów i radzenia sobie w sytuacjach społecznych [14].

Sama obecność w funkcjonowaniu badanych ojców symptomów powszechnie uznanych za objawy depresji nie zawsze okazuje się wystarczająca do zrozumienia procesów rozwoju patologii emocjonalnej u dziecka. Dzieje się tak przynajmniej z dwóch przyczyn. Po pierwsze, wpływa na to znaczne ograniczenie perspektywy diadycznej – która dominowała w prezentowanych badaniach – w próbach zrozumienia mechanizmów rozwoju zaburzeń dziecka. Poszerzenie tej perspektywy poprzez włączenie matki dziecka i rozpatrywanie wzajemnych oddziaływań pozwolić może, jak sądzę, na pełniejsze zrozumienie analizowanych zjawisk. Po drugie, zarówno w modelach psychospołecznych depresji, jak i w modelach interakcyjnych [15] kładzie się nacisk na interakcję w rozwoju zaburzeń czynników ryzyka i czynników ochronnych. Ich współwystępowanie pozwala w wielu przypadkach minimalizować obecność patologii w funkcjonowaniu dziecka.

Áld'dlínncáíúí nínñí'ic' ó inóř ě ýěiočireúúí nínñí'ic'í d'álíęř ń ċínłeęłęńóřeúúé íłáínnńńí'-ínnńúť

Náíáđęříęł

Dłćóęúńńńú ċíáí'-ċńéłíúó ċńńéłáíáříęé óęřćúářń íř ářđęóíóť ná'ćú éłćáo áld'dlínncáíúęé nínñí'ic' ěċ đíáċńłéłé ě řářđńřóċííúęé d'đíáéłęřéċ d'álíęř.

Ćřáříęł ċńńéłáíáříęé. Ćřáříęł ċńńéłáíáříęé áúęí đřéó-łíęł íńáłńř íř áđđđín – 'áé'łńń' ěċ óđáíúú áld'dlínncáíúú nínñí'ic' inóia íř ýěiočireúúí óóíęóċíęđáříęł d'álíęř ń ċínłeęłęńóřeúúé íłáínnńńí'-ínnńúť?

Éłńia. A ċńńéłáíáříęé đđęíęęřéċ ó-řńńéł inóú ě ċó áłńé ń ċínłeęłęńóřeúúé íłáínnńńí'-ínnńúť. Áé' ċńńéłáíáříęé nínñí'ic' áld'dlínncé ó inóia ċńđřeúęřáří Áéíńńřđċé áld'dlínncé Áłęęř ċ Ćíáłńńđđú áld'dlínncé Ę.Éřář-ř.

Dłćóęúńńńú. Đřéó-łíúúł đłćóęúńńńú áúđřéłíúúé íáđřęé óęřćúářń íř ná'ćú éłćáo áld'dlínncáíúęé nínñí'ic' ċńńéłáíáříęé inóia ě nńłđ'łíúť áld'dlínncáíúńńé ċó áłńé. Óđáíúú áld'dlínncáíúú nínñí'ic' inóia íęřćúářé áęċ'ic'ł íř Óóíęóċíęđáříęł d'álíęř ń ċínłeęłęńóřeúúé íłáínnńńí'-ínnńúť á nřęċó đđí'áéłłé'ó ěřę: nłċéłłíł ířńđđíęłłé, ċńłđđ'łđńńřeúúł inńřłé, 'říáłáńé', íłářńċáíř' nřęńółłęř.

Depressivität des Vaters und emotioneller Zustand des Kindes mit intellektueller Behinderung

Zusammenfassung

Die Ergebnisse zahlreicher Studien weisen auf einen gegenseitigen Zusammenhang zwischen der Depressivität der Eltern und Adaptationsproblemen der Kinder hin.

Ziel der Studie. Das Ziel der Studie war die Antwort auf die Frage zu finden, ob der Depressionslevel der untersuchten Väter einen Einfluss auf emotionelle Funktionsweise der Kinder mit intellektueller Behinderung hat.

Methode. An der Studie nahmen die Väter und ihre Kinder mit intellektueller Behinderung teil. Zur Untersuchung des Depressionslevels wurden der Fragebogen der Depressivität von Beck und das Inventar der Depressivität von M. Kovacs angewandt.

Ergebnisse. Die erzielten Ergebnisse zeigen deutlich auf einen Zusammenhang zwischen der Depressivität der untersuchten Väter und dem Depressionslevel der untersuchten Kinder. Der Level der Depressivität hatte einen Einfluss auf die Funktionsweise des Kindes mit intellektueller Behinderung im folgenden Bereich: gesunkene Stimmung, interpersonale Probleme, Anhedonie, negative Selbstbeurteilung.

La dépression du père et le fonctionnement émotif d'enfant faible d'esprit

Résumé

Les résultats de plusieurs recherches indiquent les corrélations de la dépression des parents et des problèmes d'adaptation des enfants.

Objectif. Répondre à la question suivante: le niveau de la dépression des pères influe-t-il sur le fonctionnement émotif des enfants?

Méthode. On examine les pères et leurs enfants faibles d'esprit avec The Beck Depression Inventory and The Children's Depression Inventory M. Kovacs.

Résultats. Résultats obtenus indiquent la forte corrélation du niveau de la dépression des pères et du niveau de la dépression de leurs enfants. Chez les enfants faibles d'esprit cette influence se manifeste surtout par: problèmes interpersonnels, abaissement de l'humeur, anhédonie, self-estimation négative.

Piśmiennictwo

1. Stark K. *Childhood depression. School based.* Washington: American Association Press; 1990.
2. Tyra T. *Melancholia w rodzinie.* Białystok: Wydawnictwo Filii UW, 1999.
3. Teti D, Gelfand D, Messinger D, Russell I. *Maternal depression and the quality of early attachment: an examination of infants, preschoolers, and their mothers.* *Develop. Psychol.* 1995; 3: 364–376.
4. Rutter M, Izard CE, Read PB. *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives.* New York: Guilford Press; 1986.
5. Tyra T. *Melancholia rodzinna.* Białystok: Trans Humana; 1999.
6. Coyne JC. *Interpersonal processes in depression.* W: Keitner G, red. *Depression and families: impact and treatment.* Washington: American Psychiatric Press; 1990, s. 31–35.
7. Kovacs M, Akiskal S, Gatsonis C, Parrone PL. *Childhood-onset dystymic disorder.* *Arch. Gen. Psychiatry* 1994; 1951: 365–374.
8. Bristol MM, Gallagher JJ. *Research on fathers of young handicapped children: Evolution, review and some future direction.* W: Gallagher JJ, Vietze PM, red. *Families of chandicapped persons: Research, programs and policy issues.* Baltimore: Brook Press; 1986, s. 81–100.
9. Obuchowska I. *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie.* Warszawa: WsiP; 1999.
10. Rola J. *Upośledzenie umysłowe jako czynnik ryzyka dla depresji dziecięcej.* Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej; 1986.
11. Cummings ST. *The impact of the child's deficiency on the father: A study of fathers of mentally retarded and chronically ill children.* *Am. J. Orthopsychiatry* 1976; 46: 246–255.
12. Lamb ME. *The role of the father in child development.* New York: Wiley & Sons, Inc.; 1997.
13. Pisula E. *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju.* Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 1998.
14. Rola J. *Depresja u dzieci.* Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej; 2001.
15. Greenberg MT. *Attachment and psychopathology in childhood.* W: Cassidy J, Shaver PR, red. *Handbook of attachment.* New York, London: The Guilford Press; 1999, s. 469–493.

Otrzymano: 10.05.2004
Zrecenzowano: 27.07.2004

Adres: Katedra Nauk Psychologicznych,
Zakład Psychologii Klinicznej
Akademii Pedagogiki Specjalnej
02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40

