

## Związki między brzemieniem rodziców osób z rozpoznaniem schizofrenii lub zaburzeń osobowości a kształtowaniem się relacji w rodzinie\*

### Links between burden of care in parents of patients with schizophrenia or personality disorders and family interactions

Szymon Chrząstowski

Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego  
Pracownia Psychologii Zaburzeń Rodziny  
Kierownik: dr hab. B. Tryjarska

#### Summary

**Aim.** The aim of this study is to explore relationships between burden of care in parents of patients with schizophrenia or personality disorders and family interactions. Two main types of family interactions were distinguished according to Stierlin's theory: binding and expelling. Whereas binding leads to an increase in mutual dependency, expelling leads to a rise of mutual independence.

**Method.** Families were divided into three groups according to the ICD-10 diagnosis of the index offspring (18-35 years old): 1) schizophrenia (N=33), 2) personality disorder (N=35), 3) control group (N=35). There were no significant differences in the mean age of adult children and mean age of parents, occupational patterns of parents, number of children in families and length of marriage between three groups.

Subjects (mother, father and young adult) completed the originally designed questionnaires in which psychometric properties had been analyzed in earlier pilot research.

**Results.** In families with schizophrenic young adults, the levels of burden were elevated. However there was no statistical significance between the mean scores of parental burden in the families of schizophrenic patients and young adults with diagnosis of personality disorders. Parental burden was positively correlated with parents' expelling in families with young adults with schizophrenia or personality disorders. Father's burden was positively correlated with mother's expelling in all groups of families.

**Conclusions.** This study suggests that the degree of parental burden may have an impact on family interactions.

*Słowa klucze:* schizofrenia, funkcjonowanie rodziny, brzemie

*Key words:* schizophrenia, family characteristic, burden

#### Wstęp

Tradycyjnie brzemie traktowane jest jako efekt, który wywołuje choroba psychiczna u ludzi żyjących z pacjentem. Hoening i Hamilton [za: 1] wprowadzili podział na

---

\* Badania zostały sfinansowane z funduszy Badań Własnych Wydziału Psychologii UW.

brzemienie obiektywne, odnoszące się do codziennych problemów i wyzwań stojących przed osobą opiekującą się chorym psychicznie, oraz brzemienie subiektywne, związane z uczuciami, jakie budzi ta opieka. Oba typy brzemienia są ze sobą związane.

W niniejszym badaniu brzemienie określono jako poczucie psychicznego obciążenia każdego z rodziców związanego z kontaktami z własnym dzieckiem<sup>1</sup>. Założono, że jego oznaką są: negatywne uczucia, jakie budzą zachowania dziecka (smutek, rozczarowanie, poczucie winy, złość), obawa przed pojawieniem się trudnych do tolerowania zachowań dziecka (np. wybuchy agresji), przekonanie o nieradzeniu sobie z nimi, konieczność sprawowania opieki, zdominowanie własnego życia problemami dziecka oraz brak wsparcia ze strony otoczenia społecznego, a także trudności w zorganizowaniu i zapewnieniu należytej opieki nad dzieckiem. W takim ujęciu brzemienie mogą odczuwać także rodzice osób bez zaburzeń psychicznych, nawet bowiem w rodzinach, w których nie pojawiają się problemy kliniczne, rodzice odczuwają swoją troskę o dziecko jako obciążającą.

Poziom brzemienia odczuwanego przez rodziców uwarunkowany jest: 1) zachowaniami pacjenta związanymi z jego zaburzeniami psychicznymi [2, 3]; 2) zasobami psychicznymi, umiejętnościami rodziców i ich cechami osobowości [4, 5]; 3) czynnikami społeczno-demograficznymi [2]; 4) właściwościami funkcjonowania rodziny [1]. W niniejszym badaniu skupiono się szczególnie na ostatnim z wymienionych zagadnień. Przyjęto za de Barbaro [1], że brzemienia nie można traktować wyłącznie jako jednostronnego wpływu, jaki wywiera choroba psychiczna na opiekunów, ponieważ jest ono związane z całym systemem wzajemnie uwarunkowanych relacji między członkami rodziny.

Zgodnie z koncepcją Stierlina [6, 7] interakcje w rodzinie można podzielić na dwie generalne grupy: 1) mające charakter wiązania oraz 2) mające charakter odsuwania. Wiązanie i odsuwanie wyznaczają sposób odnoszenia się członków rodziny do siebie. Wiązanie jest tendencją do takiego odnoszenia się rodzica do dziecka, które zwiększa jego zależność i opóźnia separację, podczas gdy odsuwanie nasila lub wymusza separację. W każdej rodzinie występują oba typy relacji. Dopiero ich szczególne nasilenie lub specyficzny układ mogą się wiązać z zaburzeniami funkcjonowania rodziny.

W niniejszym badaniu analizowano związek między nasileniem brzemienia rodziców a ich sposobem odnoszenia się do swoich dorosłych dzieci, u których zdiagnozowano schizofrenię lub zaburzenia osobowości. Przewidywano, że jeśli rodzic odczuwa kontakt z dorosłym dzieckiem jako obciążający, to w konsekwencji tego zaczyna się od niego odsuwać. Rodzic, nie dając sobie rady z problemami wynikającymi z choroby młodego dorosłego, zwiększa dystans i ogranicza kontakty z nim. Pozwala to na zmniejszenie poziomu odczuwanego brzemienia. Rodzice, odsuwając, nie angażują się w pomoc dorosłemu dziecku, mniej interesują się jego potrzebami. Unikają w ten sposób konfrontacji z problemami, jakie rodzi choroba córki lub syna.

### Osoby badane

Badaniem objęto nierozwiedzionych ze sobą, biologicznych rodziców (matkę i ojca) mających dorosłe dziecko między 18 a 35 rokiem życia. W sumie zbadano 103 rodziny,

<sup>1</sup> Słowo „dziecko” lub zwrot „dorosłe dziecko” odnosi się w niniejszej pracy do osób w wieku 18–35 lat. Zdecydowano się nim jednak posługiwać, gdyż jego użycie przywołuje kontekst relacji rodzinnych.

w tym: 1) 33 rodziny, w których dorosłe dziecko ma rozpoznanie schizofrenii (rodziny S); 2) 35 rodzin osób dorosłych dzieci z zaburzeniami osobowości lub z objawami zaburzeń osobowości (rodziny OS); 3) 35 rodzin osób bez zaburzeń (rodziny Z). Do wyodrębnienia kategorii zaburzenia służyły rozpoznania stawiane przez lekarzy psychiatrów na podstawie kryteriów zawartych w klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Wszystkie osoby z rozpoznaniem schizofrenii były leczone farmakologicznie. W grupie osób z zaburzeniami osobowości znalazły się również osoby z podwójną diagnozą. Z grupy tej wykluczano jednak pacjentów z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi, PTSD, zaburzeniami odżywiania się oraz innymi zespołami behawioralnymi związanymi z zaburzeniami fizjologicznymi. Do rodzin osób bez zaburzeń dobierano tylko te rodziny, w których dorosłe dziecko nigdy nie korzystało z pomocy psychiatrycznej lub psychologicznej.

Tabela 1 zawiera porównanie średnich wieku: 1) matek, 2) ojców oraz 3) dorosłych dzieci. Rezultaty przeprowadzonej analizy wariancji wykazały, że średni wiek zarówno rodziców, jak i dzieci w obrębie poszczególnych grup nie różnił się w sposób istotny statystycznie (dla matek:  $H(2,101) = 2,93$ ,  $p = 0,23$ ; dla ojców:  $H(2,98) = 4,50$ ,  $p = 0,105$ ; dla dorosłych dzieci:  $H(2,97) = 1,25$ ,  $p = 0,53$ ).

Tabela 1

Porównanie grup S, OS, Z pod względem wieku członków rodziny

Członek rodziny	Rodziny S		Rodziny OS		Rodziny Z	
	M	SD	M	SD	M	SD
Matki	53,09	6,46	51,97	6,20	50,14	6,64
Ojcowie	55,77	6,81	52,96	5,77	52,31	6,22
Dzieci	25,60	5,36	25,03	5,73	24,08	4,79

W badaniu przeważały rodziny mieszkające w miastach akademickich (57,6% rodzin S; 51,5% rodzin OS; 66,6% rodzin Z), warto jednak podkreślić, że we wszystkich grupach znalazły się również rodziny z mniejszych ośrodków, a także mieszkające na wsi. Rodzice dorosłych dzieci bez zaburzeń byli lepiej wykształceni niż rodzice z pozostałych grup rodzin.

25 (78,1%) rodzin osób z rozpoznaniem schizofrenii, 29 (90,6%) rodzin pacjentów z zaburzeniami osobowości i 25 (73,5%) rodzin dorosłych dzieci bez zaburzeń miało więcej niż jedno dziecko.

Średni miesięczny dochód netto na osobę był wyższy w rodzinach osób bez zaburzeń ( $M = 1360$  zł) w porównaniu z rodzinami młodych dorosłych z rozpoznaniem schizofrenii ( $M = 651$  zł) i zaburzeń osobowości ( $M = 930$  zł) ( $H(92,68) = 9,85$ ;  $p = 0,007$ ). Poziom dochodu nie wiązał się w sposób istotny statystycznie z nasileniem brzemienia w żadnej z badanych grup.

Przynajmniej jedno z rodziców w przypadku 10,7% rodzin osób z rozpoznaniem schizofrenii, 11,4% rodzin osób bez zaburzeń i 54,9% rodzin osób z rozpoznaniem zaburzeń osobowości korzystało w ciągu swego życia z pomocy psychiatry. Wyłącznie w grupie rodzin młodych dorosłych z zaburzeniami osobowości część rodzeństwa (25%) – brat lub siostra – leczyła się psychiatrycznie lub była na rencie.

Jeśli chodzi o średnią liczbę lat, jakie minęły od czasu pierwszej wizyty u psychiatry, różnica między osobami z rozpoznaniem schizofrenii ( $M = 5,27$ ,  $SD = 5,33$ ) a osobami z zaburzeniami osobowości ( $M=3,89$ ,  $SD=5,55$ ) okazała się nieistotna statystycznie ( $U = 358,5$ ;  $p = 0,09$ ).

Większość pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii była hospitalizowana trzy- lub czterokrotnie, a z zaburzeniami osobowości jedno- lub dwukrotnie. Funkcjonowanie społeczne osób ze schizofrenią ( $M = 45,37$ ,  $SD = 13,35$ ), mierzone za pomocą skali GAF, okazało się gorsze niż młodych dorosłych z zaburzeniami osobowości ( $M = 54,44$ ,  $SD = 11,97$ ), ( $t = 2,72$ ;  $p = 0,008$ ).

Grupy można uznać za równoważne pod względem wieku rodziców i dorosłych dzieci, miejsca zamieszkania, aktywności zawodowej rodziców, liczby dzieci w rodzinie oraz stażu małżeńskiego rodziców.

Badania prowadzono w wielu ośrodkach opieki zdrowotnej na terenie całej Polski, m.in. w Choroszczy, Gostyninie, Jarosławiu, Lublinie, Olsztynie, Katowicach, Kielcach, Kościanie, Krakowie, Rybniku, Tarnowskich Górach, Warszawie.

### Metody

Ze względu na to, że dostępne w języku polskim narzędzia do pomiaru poziomu brzemienia w ograniczonym stopniu nadają się do porównań międzygrupowych, zdecydowano się na konstrukcję kwestionariusza pozwalającego na pomiar nasilenia brzemienia rodziców młodych dorosłych z różnymi typami zaburzeń psychicznych, a także rodziców dzieci niemających tego typu problemów. Kwestionariusz Spostrzeżanego Poczucia Obciążenia (SPO) pozwala ocenić nasilenie poczucia brzemienia rodziców dorosłego dziecka. Jest on techniką typu „papier – ołówek” bazującą na samoopisie i odwołującą się tym samym przede wszystkim do subiektywnych odczuć badanego. Przygotowując pulę pozycji testowych, uznano, że brzemień uwidacznia się zarówno w uczuciach rodzica, związanych z problemami dziecka (np. w złości, lęku, poczuciu napięcia, poczuciu winy), jak i w jego przekonaniach (np. dotyczących zadań jako opiekuna dziecka, własnych zasobów psychologicznych i wsparcia ze strony otoczenia). Tak szeroki zakres treści, jaki obejmuje SPO, wynika z przyjęcia założenia, że brzemień jest zjawiskiem wielowymiarowym.

Kwestionariusz liczy 54 pozycje. Jego podstawowe właściwości psychometryczne zostały ustalone we wcześniejszych badaniach pilotażowych. Narzędzie to cechuje bardzo wysoka rzetelność (wartość współczynnika  $\alpha$  Cronbacha wynosi 0,985). W celu sprawdzenia trafności kryterialnej, w trakcie badań pilotażowych, zadawano rodzicom pytanie, czy ich dziecko leczyło się psychiatrycznie. Zgodnie z przewidywaniami, kwestionariusz SPO w trafny sposób różnicował nasilenie brzemienia, gdyż rodzice młodych dorosłych korzystających z pomocy psychologa lub psychiatry odczuwali większe brzemień od rodziców, których dzieci nigdy z takiej pomocy nie korzystały ( $p < 0,0008$ ). Matka i ojciec badani są niezależnie od siebie, ale za pomocą tej samej wersji kwestionariusza. Wypełniając kwestionariusz rodzice oceniają, w jakim stopniu wymienione problemy są dla nich obciążające (np. *lęk o przyszłość dziecka, przeładowanie obowiązkami, konieczność zmiany planów i marzeń związanych z dzieckiem* itd.).

Do pomiaru nasilenia wiązania i odsuwania skonstruowano Kwestionariusz Indywidualnej Relacyjnej (KIR). Pozycje do kwestionariusza zostały stworzone na podstawie teoretycznych rozważań Stierlina [6, 7], który scharakteryzował wiązanie i odsuwanie jako dwa główne, niezależne typy relacji w rodzinie. Kwestionariusz KIR zawiera dwie skale: 1) wiązania (30 pozycji) i 2) odsuwania (30 pozycji). Poszczególne pozycje należące do skali wiązania obejmują podstawowe aspekty wiązania: zaspokajanie regresywnych potrzeb dziecka, infantyilizowanie dziecka, skrajne emocjonalne zaangażowanie się rodzica w sprawy dziecka, przeżywanie lęku separacyjnego przez rodzica, mistyfikację i dyskwalifikację doświadczeń dziecka, narzucanie mu swojego światopoglądu, stosowanie projekcji, wzbudzanie u dziecka poczucia winy i wstydu, szczególnie przy próbach zdobycia przez nie autonomii, wykorzystywanie lojalności wobec rodziców (przykładowa pozycja: *Tylko ja jestem w stanie zrozumieć problemy mojej córki / mojego syna.*). Pozycje należące do skali odsuwania obejmują główne sposoby jego przejawiania się, takie jak: niezaspokajanie potrzeb emocjonalnych dziecka, chłód emocjonalny, wycofywanie się z kontaktów z dzieckiem, brak nagradzania i doceniania, brak wspierania, brak empatii, restrykcyjność wobec dziecka, odczuwanie napięcia w jego towarzystwie, brak zainteresowania dzieckiem, tym, co ono czuje i myśli, brak trwałych i znaczących więzi lojalności (przykładowa pozycja: *Mój syn/moja córka budzi we mnie niechęć.*). W przypadku skali wiązania wartość współczynnika  $\alpha$  Cronbacha wynosi 0,941, a dla skali odsuwania 0,976. Obie skale charakteryzują się niewielką ujemną korelacją ( $r = -0,18$ ;  $p < 0,01$ ). Kwestionariusz KIR można zatem ocenić jako narzędzie rzetelne i nadające się do stosowania w badaniach zarówno rodziców osób z zaburzeniami psychicznymi, jak i rodziców dorosłych dzieci, niekorzystających z pomocy psychiatry. Matka i ojciec badani są niezależnie od siebie za pomocą tej samej wersji kwestionariusza.

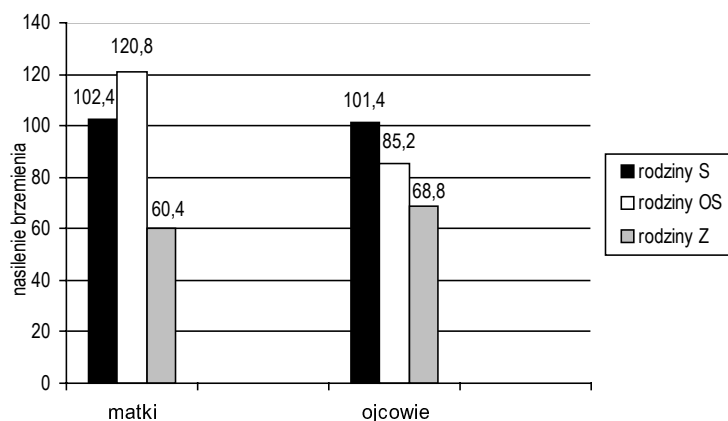
W celu kontroli pomiaru społecznego funkcjonowania młodych dorosłych z rozpoznaniem schizofrenii i zaburzeń osobowości posłużono się skalą GAF (Global Assessment of Functioning Scale). Dane społeczno-demograficzne dotyczące rodziny oraz informacje o przebiegu choroby dorosłego dziecka zaczerpnięto z dokumentacji medycznej i z wywiadu z członkami rodziny.

## Wyniki

Rezultaty przeprowadzonej analizy wariancji wykazały, że nasilenie brzemienia matek w poszczególnych grupach jest różne ( $F(2,96) = 21,34$ ;  $p = 0,0005$ ). Testy kontrastów ujawniły, że brzemień matek osób z rozpoznaniem schizofrenii ( $M = 102,46$ ) jest wyższe niż brzemień matek dorosłych dzieci bez zaburzeń psychicznych ( $M = 60,45$ ,  $p = 0,0001$ ). Podobnie brzemień matek mających dzieci z zaburzeniami osobowości ( $M = 120,82$ ) jest wyższe niż matek dorosłych dzieci bez zaburzeń psychicznych ( $p = 0,0000001$ ). Natomiast różnica między brzemieniem matek młodych dorosłych z rozpoznaniem schizofrenii a brzemieniem matek dzieci z zaburzeniami osobowości nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej ( $p = 0,15$ ).

Rezultaty przeprowadzonej analizy wariancji wykazały, że nasilenie brzemienia ojców w poszczególnych grupach różni się w sposób istotny statystycznie ( $H(2,92) =$

9,26;  $p = 0,00005$ ). Test U Manna–Whitneya ujawnił, że brzemieniu ojców osób z rozpoznaniem schizofrenii ( $M = 101,46$ ) jest wyższe niż brzemieniu ojców osób bez zaburzeń ( $M = 68,87$ ). Wartość statystyki U dla przeprowadzonej analizy wyniosła 255,0 przy poziomie istotności  $p = 0,0015$ . Różnica między brzemieniem ojców młodych dorosłych z rozpoznaniem schizofrenii a brzemieniem ojców mających dzieci z zaburzeniami osobowości nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej ( $U = 386,0$ ;  $p = 0,18$ ). Również różnica między brzemieniem ojców młodych dorosłych z zaburzeniami osobowości a brzemieniem ojców dzieci bez zaburzeń okazała się nieistotna statystycznie ( $U = 354,5$ ;  $p = 0,15$ ). Na rysunku 1 przedstawiono średnie wartości wskaźników nasilenia brzemienia matek i ojców mających dzieci z rozpoznaniem schizofrenii, zaburzeń osobowości i bez zaburzeń.



Rys.1. Porównanie średnich wartości wskaźników nasilenia brzemienia matek i ojców w rodzinach S, OS, Z

Brzemieniu matek dorosłych dzieci z rozpoznaniem zaburzeń osobowości ( $M = 120,82$ ) jest wyższe niż brzemieniu ojców ( $M = 85,23$ ). Wartość statystyki t dla przeprowadzonej analizy wyniosła 3,12 przy poziomie istotności  $p = 0,004$ . Pozostałe różnice w stopniu nasilenia brzemienia matek i ojców okazały się nieistotne statystycznie. Brzemieniu matki i ojca jest dodatnio skorelowane w rodzinach osób z rozpoznaniem schizofrenii ( $r = 0,479$ ;  $p = 0,0009$ ,  $n = 29$ ) oraz osób bez zaburzeń ( $r = 0,464$ ,  $p = 0,008$ ,  $n = 31$ ).

W badaniu przewidywano, że im bardziej nasilone jest odsuwanie dziecka przez matkę lub ojca, tym większe jest ich brzemieniu. Otrzymane współczynniki korelacji potwierdziły tę zależność. Im bardziej nasilone było odsuwanie dzieci przez matki, tym większe było ich brzemieniu w rodzinach dorosłych dzieci z rozpoznaniem schizofrenii ( $r = 0,549$ ,  $p = 0,001$ ,  $n = 32$ ) i zaburzeń osobowości ( $r = 0,463$ ,  $p = 0,006$ ,  $n = 34$ ). Podobnie w przypadku ojców – im bardziej nasilone było odsuwanie, tym większe było ich brzemieniu w rodzinach dorosłych dzieci z rozpoznaniem schizofrenii ( $r = 0,656$ ,  $p = 0,0005$ ,  $n = 30$ ), zaburzeń osobowości ( $r = 0,789$ ,  $p = 0,0005$ ,  $n = 30$ ), a także w rodzinach osób zdrowych ( $r = 0,393$ ,  $p = 0,02$ ,  $n = 31$ ).

W przypadku matek dorosłych dzieci bez zaburzeń wiązanie było dodatnio skorelowane z brzemieniem ( $r = 0,641$ ,  $p = 0,0005$ ,  $n = 33$ ). Zależność ta nie występowała w rodzinach osób z rozpoznaniem schizofrenii i zaburzeń osobowości. Analiza regresji wykazała, że 41% zmienności brzemienia matek mających dzieci bez zaburzeń można wyjaśnić na podstawie nasilenia wiązania. Statystyczna istotność całego modelu została potwierdzona za pomocą analizy wariancji ( $F(1,31) = 21,62$ ;  $p = 0,0005$ ).

Kolejnym etapem weryfikacji przyjętego modelu związku między odsuwaniem a brzemieniem było przeprowadzenie analizy regresji. Pozwoliło to sprawdzić, w jakim stopniu nasilenie odsuwania wyjaśnia zmienność brzemienia odczuwanego przez matkę, a także przez ojca. W tabeli 2 podany jest procent zmienności brzemienia matki oraz brzemienia ojca wyjaśnionej zmiennością nasilenia odsuwania dorosłego dziecka w poszczególnych grupach rodzin. Zmienność brzemienia na podstawie zróżnicowania odsuwania potwierdziła się w największym stopniu w przypadku ojców młodych dorosłych z zaburzeniami osobowości (62,3%). Z kolei w przypadku ojców osób bez zaburzeń jedynie 15,5% zmienności brzemienia można wyjaśnić na podstawie nasilenia odsuwania.

Tabela 2

**Procent zmienności brzemienia matki oraz brzemienia ojca wyjaśnionej na podstawie nasilenia odsuwania przez nich dorosłego dziecka w rodzinach S, OS, Z**

Typ rodziny	Płeć rodzica	Procent zmienności brzemienia wyjaśniony przez odsuwanie
Rodziny S	Matka	30,1%
	Ojciec	43,0%
Rodziny OS	Matka	21,4%
	Ojciec	62,3%
Rodziny Z	Matka	–
	Ojciec	15,5%

We wszystkich trzech badanych grupach analizowano znaczenie kontrolowanych zmiennych dla poziomu brzemienia. Okazało się, że zarówno wiek rodziców, jak i dorosłego dziecka, miejsce zamieszkania rodziny, wykształcenie rodziców, liczba dzieci oraz liczba dzieci korzystających z pomocy psychiatry lub będących na rencie, poziom dochodów w rodzinie, korzystanie przez samych rodziców z pomocy psychiatry nie różnicowało nasilenia ich brzemienia. Natomiast poziom brzemienia matek młodych dorosłych z zaburzeniami osobowości był ujemnie skorelowany z długością trwania zaburzeń psychicznych (liczoną od momentu pierwszej wizyty u psychiatry lub psychologa) u dziecka ( $r = -0,410$ ,  $p = 0,01$ ,  $n = 34$ ). Oznacza to, że matki dzieci z zaburzeniami osobowości odczuwały tym mniejsze brzemienie, im dłużej dzieci chorowały. Poziom funkcjonowania społecznego (ocnianego za pomocą skali GAF) był ujemnie skorelowany z brzemieniem matek osób ze schizofrenią. Oznacza to, że im lepsze funkcjonowanie społeczne osób z rozpoznaniem schizofrenii, tym

mniejsze brzemienie ich matek ( $r = -0,400$ ,  $p = 0,03$ ,  $n = 28$ ). Ten sam rodzaj zależności występuje w wypadku ojców młodych dorosłych z zaburzeniami osobowości ( $r = -0,416$ ,  $p = 0,04$ ,  $n = 24$ ).

### Omówienie wyników

Brzemienie rodziców osób z rozpoznaniem schizofrenii okazało się większe niż rodziców młodych dorosłych bez zaburzeń psychicznych. Brzemienie rodziców osób z rozpoznaniem schizofrenii nie różniło się natomiast w sposób istotny statystycznie od poziomu brzemienia rodziców młodych dorosłych z rozpoznaniem zaburzeń osobowości.

Otrzymane wyniki są zgodne z oczekiwanymi, nie pozwalają jednak formułować wniosków dotyczących specyfiki brzemienia w rodzinach osób z rozpoznaniem schizofrenii ze względu na płeć rodzica lub płeć dziecka. Zwraca natomiast uwagę szczególnie wysoki poziom brzemienia matek młodych dorosłych z zaburzeniami osobowości, choć nie różnił się on w sposób istotny statystycznie od poziomu brzemienia matek osób z rozpoznaniem schizofrenii. Brzemienie matek dorosłych dzieci z rozpoznaniem zaburzeń osobowości okazało się jednak wyższe niż brzemienie ojców. Zależności tej nie udało się wykazać w przypadku rodzin osób z rozpoznaniem schizofrenii. Być może silniejsze brzemienie matek odzwierciedla ich większe zaangażowanie w kontaktach z dziećmi.

Uzyskane rezultaty wspierają tezę, że brzemienie odczuwają rodzice osób z różnego typu zaburzeniami psychicznymi, a nawet rodzice osób zdrowych. Być może w dalszych badaniach należałoby odróżnić niespecyficzne aspekty brzemienia wspólne dla rodziców osób z różnego typu zaburzeniami psychicznymi oraz rodziców osób zdrowych od jego specyficznych przejawów odczuwanych przede wszystkim przez matki i ojców dzieci z określonego typu problemami psychicznymi (a szczególnie określonymi objawami). W tym ujęciu zaburzenie funkcjonowania rodziny polegałoby na nasileniu niespecyficznego brzemienia odczuwanego przez rodziców (zmiana ilościowa) oraz dodatkowo pojawienia się szczególnych form brzemienia (zmiana jakościowa). Z drugiej jednak strony, można kwestionować ten podział, przywołując argument głoszący, że występują nie tyle specyficzne formy brzemienia, ile jego specyficzne źródła (np. określone zachowania dziecka), które prowadzą do odczuwania przez rodziców obciążenia.

Wyniki pracy potwierdzają w pewnym zakresie hipotezę de Barbaro [1] głoszącą, że brzemienie jest elementem patologizującego systemu relacyjnego. Wyjaśnienie nasilenia brzemienia jest możliwe (choć nie wyłącznie) przez odwołanie się do szerszego kontekstu relacji rodzinnych (a szczególnie odsuwania dziecka). Poprzez odsuwanie rodzice starają się poradzić sobie z poczuciem przeciążenia wynikającego z zaangażowania w pomoc córce lub synowi. Dla niektórych rodziców kontakt z chorym dzieckiem jest źródłem napięcia.

Nie stwierdzono związków między nasileniem brzemienia a kontrolowanymi zmiennymi społeczno-demograficznymi ani też dotyczącymi stanu zdrowia rodziców. Stwierdzono jednak, że większe brzemienie matek osób z rozpoznaniem schizofrenii oraz większe brzemienie ojców młodych dorosłych z rozpoznaniem zaburzeń osobowości wiązało się z gorszym funkcjonowaniem społecznym dorosłego dziecka. Jest to potwier-

dzeniem tych rezultatów badań, które poziom brzemienia rodziców łączą z deficytami w zakresie funkcjonowania chorego i nasileniem objawów choroby [2, 3].

Okazało się również, że im dłuższy okres leczenia dorosłych dzieci z zaburzeniami psychicznymi, tym mniejsze brzemień matki. Być może brzemień matki jest mniejsze, gdyż wraz z upływem czasu radzi ona sobie coraz lepiej z zaburzeniami dziecka.

Dokonując interpretacji wniosków prezentowanych badań, warto mieć również na uwadze ograniczenia przeprowadzonej analizy. Należy zwrócić uwagę, że młodzi dorośli z zaburzeniami osobowości mogli prezentować bardzo różny obraz kliniczny zaburzeń. Badania wskazują też na szczególnie częste współwystępowanie różnych zaburzeń psychicznych u osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń osobowości [8]. Przyjęcie dość szerokich kryteriów doboru do badań prowadzi do otrzymania grupy mało spójnej pod względem objawów u dorosłych dzieci oraz o potencjalnie różnorodnych wzorach relacji rodzinnych. Specyfika grupy kontrolnej może polegać na tym, że pacjenci z zaburzeniami osobowości pochodzą często z rodzin rozbitych [9], do badania kwalifikowano natomiast wyłącznie rodziny pełne. Pozwala to przypuszczać, że zbadane rodziny mogły charakteryzować się wyższym poziomem funkcjonowania, np. wyższym poziomem spójności.

Wyniki szczegółowych analiz statystycznych zaprezentowanych w pracy wymagają również ostrożnej interpretacji ze względu na ograniczoną wielkość próby. Należy także pamiętać, że na charakter relacji rodziców z dorosłymi dziećmi może wpływać szereg bardzo różnych czynników [10]. Tylko część z nich została uwzględniona w niniejszym badaniu.

### **Wnioski**

1. Brzemień matek młodych dorosłych z rozpoznaniem schizofrenii oraz zaburzeń osobowości jest większe niż brzemień matek dzieci bez zaburzeń. Brzemień ojców dorosłych dzieci z rozpoznaniem schizofrenii jest większe niż ojców mających dzieci bez zaburzeń.
2. Uniwersalną zależnością jest to, że im silniejsze brzemień odczuwane przez ojca, tym bardziej nasilone odsuwanie przez niego dorosłego dziecka. Również w przypadku matek osób z rozpoznaniem schizofrenii lub zaburzeń osobowości nasilenie brzemienia koreluje dodatnio z poziomem odsuwania.
3. Jako zależność uniwersalną można uznać, że poziom brzemienia ojca jest dodatnio skorelowany z nasileniem odsuwania dziecka przez matkę.
4. Poziom brzemienia rodziców jest związany ze sposobem ich odnoszenia się do dorosłego dziecka. W związku z tym pomoc psychologiczna zmierzająca do obniżenia poziomu brzemienia przez rodziców może pośrednio oddziaływać na kształtowanie się relacji w rodzinie.

### **Связи между бременем родителей лиц с диагнозом шизофрении или нарушений личности и формированием взаимоотношений в семье**

#### **Содержание**

**Задание.** Заданием исследования был анализ связи между утяжелением бремени родителей и их способом отношения к своим взрослым детям, больным шизофренией, или же с диагнозом

нарушений личности. Согласно с концепцией Штерлина выделены две главные модели отношения родителей к детям: 1) характер связи и 2) характер отлучения.

Модель связи увеличивает зависимость и задерживает сепарацию, а отлучение усиливает или же требует сепарацию.

**Метод.** Исследованиями охвачены мать, отец и их взрослый ребенок (18–35 лет). Проведены сравнения трех групп семей, в которых молодой взрослый пациент: 1) страдал шизофренией (33 человека), 2) диагностированы нарушения личности (35 человек), 3) не были лечены психиатром (35 человек). Группы были схожими с точки зрения возраста родителей и взрослых детей, места жительства, профессиональной активности родителей, числа детей в семье и времени супружества.

Специально, для потребностей исследования, для измерения изменчивых были созданы оригинальные пособия, а их основные психометрические черты установлены в ранних пилотажных исследованиях.

**Результаты.** Бремя родителей лиц с диагнозом шизофрении оказалось большим, чем родителей молодых взрослых детей без психических нарушений, однако не отличаясь существенно статистическими результатами от уровня бремени родителей молодых взрослых детей с нарушениями личности. Большему бремени родителей сопутствовало более сильное отлучение в случаях семей молодых взрослых детей с психическими нарушениями.

Полученные результаты указывали также на факт, что отлучение матерью своего ребенка дополнительно коррелировало с уровнем бремени отца.

**Выводы.** Уровень бремени родителей связан со способом их отношения к взрослому ребенку. Чем больше бремя родителей, тем более усилено отлучение ребенка, страдающего шизофренией, или же с нарушениями черт личности.

### **Zusammenhänge zwischen der Bürde der Eltern mit der Diagnose Schizophrenie oder Persönlichkeitsstörungen und der Gestaltung der Beziehungen in der Familie**

#### **Zusammenfassung**

**Ziel der Studie.** Das Ziel der Studie war die Analyse des Zusammenhanges zwischen der Intensität der Bürde der Eltern und der Art und Weise des Umgangs mit ihren erwachsenen Kindern mit der Diagnose Schizophrenie oder mit der Diagnose Persönlichkeitsstörungen. Nach der Idee von Stierlin wurden zwei Hauptmuster des Umgangs der Eltern mit den Kindern ausgesondert: 1. Mit dem Charakter des Bindens; 2. Mit dem Charakter der Ablehnung. Das Binden vergrößert die Abhängigkeit und verspätet die Trennung und die Ablehnung intensiviert oder erzwingt die Trennung.

**Methode.** An der Studie nahmen die Mutter, der Vater und ihr erwachsenes Kind (18-35 Jahre) teil. Es wurden drei Familiengruppen verglichen, in denen der junge Erwachsene: 1. die gestellte Diagnose Schizophrenie hatte (n=33); 2. Die gestellte Diagnose Persönlichkeitsstörungen hatte (n=35); 3. Die Hilfe des Psychiaters nicht benutzte (n=35). Die Gruppen wurden im Hinblick auf das Alter der Eltern und der erwachsenen Kinder, Wohnort der Familien, Berufsaktivität der Eltern, Zahl der Kinder in der Familie und Ehelänge ausgeglichen.

Besonders für die Bedürfnisse der Studie wurden zur Studie an den Erwachsenen originelle Werkzeuge gebildet, deren psychometrische Grundwerte in früheren einleitenden Studien bestimmt wurden.

**Ergebnisse.** Die Bürde der Eltern der Personen mit der Diagnose Schizophrenie zeigte sich größer als der Eltern der jungen Erwachsenen ohne psychische Störungen, und unterschied sich nicht statistisch bedeutend von dem Level der Bürde der Eltern der jungen Erwachsenen mit der Diagnose Persönlichkeitsstörungen. Die größere Bürde der Eltern begleitete eine intensivere Ablehnung in den Familien der jungen Erwachsenen mit psychischen Störungen. Die erzielten Resultate zeigten auch darauf, dass die Ablehnung durch die Mutter positiv mit dem Level der Bürde des Vaters korreliert wurde.

**Schlussfolgerungen.** Der Level der Bürde der Eltern ist mit der Art und Weise des Umgangs mit dem erwachsenen Kind verbunden: je größer die Bürde der Eltern, desto intensiver die Ablehnung des Kindes mit der Diagnose Schizophrenie oder Persönlichkeitsstörungen.

**Les corrélations du fardeau des parents, lié avec la maladie mentale de leurs enfants souffrant de la schizophrénie ou des troubles de la personnalité et des interaction en famille****Résumé**

**Objectif.** Analyser les corrélations du fardeau des parents et de leurs relations avec leurs enfants adultes souffrant de la schizophrénie ou des troubles de la personnalité. D'après la conception de Stierlin on distingue deux types des relations familiales : 1) liaison, 2) éloignement. Le premier type augmente la dépendance et retarde la séparation, le second intensifie ou force la séparation.

**Méthode.** On examine les parents et leurs enfants adultes (18-35 ans). La comparaison embrasse trois groupes de familles avec : 1) enfant qui souffre de la schizophrénie (n=33), 2) enfant qui souffre des troubles de la personnalité (n=35), 3) enfant sain du groupe de contrôle (n=35). Ces groupes ne diffèrent point quant à l'âge des parents et d'enfants adultes, leurs domiciles, professions des parents, nombre d'enfants en famille et durée du mariage des parents. Pour analyser les données nécessaires l'auteur construit les questionnaires originaux testés auparavant.

**Résultats.** Le fardeau des parents dont l'enfant souffre de la schizophrénie est plus lourd que celui des parents dont l'enfant est sain, mais ce fardeau ne diffère point de celui des parents dont l'enfant souffre des troubles de la personnalité. Le fardeau le plus lourd est accompagné de l'éloignement plus fort. L'éloignement par la mère corrèle positivement avec le fardeau du père.

**Conclusions.** Le niveau du fardeau des parents corrèle avec les relations en famille : plus le fardeau est lourd, plus l'éloignement des enfants souffrant de la schizophrénie ou des troubles de la personnalité est fort.

**Piśmiennictwo**

1. de Barbaro B. *Brzemie rodziny w schizofrenii. Próba ujęcia systemowego*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne; 1992.
2. Baronet A. *Factors associated with caregiver burden in mental illness: a critical review of the research literature*. Clin. Psychol. Rev. 1999; 7: 819–841.
3. Bury L, Zaborowski B, Pieczyńska Z, Jarema M, Cikowska G, Kunicka A, Bartoszewicz A, Muraszkiewicz L. *Brzemie rodziny pacjentów ze schizofrenią objętych różnymi formami opieki psychiatrycznej*. Psychiatr. Pol. 1998; 32: 275–286.
4. Jungbauer J, Biskopf J, Angermeyer M. *Belastung von Angehörigen psychisch Kranker*. Psychiatr. Prax. 2001; 28: 105–114.
5. Laidlow T, Coverdale J, Falloon I, Kydd R. *Caregivers' stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia*. Comm. Ment. Health J. 2002; 38: 303–310.
6. Stierlin H. *Separating parents and adolescents: A perspective on running away, schizophrenia, and waywardness*. New York: Quadrangle; 1974.
7. Stierlin H, Rucker-Embden I, Wetzel N, Wirsching M. *Pierwszy wywiad z rodziną*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999.
8. Oltmans T, Emery R. *Abnormal psychology*. Pearson Education; 2004.
9. Goldstein E. *Zaburzenia z pogranicza*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
10. Perris C, Arrindell W, Eisemann, M, red. *Parenting and psychopathology*. Chichester, New York: John Wiley & Sons Ltd; 1994.

Adres: Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego  
01-183 Warszawa, ul. Stawki 5/7

Otrzymano: 14.07.2005  
Zrecenzowano: 5.12.2005  
Przyjęto do druku: 26.05.2006