

Nasilenie bliskości i intruzyjności w ocenie matek synów leczących się z powodu schizofrenii lub uzależnienia od narkotyków

Mothers' perception of their closeness-caregiving and intrusiveness toward adult sons with a diagnosis of schizophrenia or drug addiction

Szymon Chrzastowski¹, Marta Zagdańska²

¹Wydział Psychologii UW
Katedra Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny
Kierownik: prof. dr hab. M. Zalewska

²Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej
Kierownik: doc. dr hab. n. med. J. Meder

Summary

Aim. The aim of this study is to compare different aspects of closeness in the relation of mothers towards their adult sons suffering from schizophrenia or drug addiction.

Werner and Green (1996), in analyzing the concept of “enmeshment”, distinguish between two independent dimensions of closeness: 1) pathological - intrusiveness and 2) positive - closeness-caregiving. Intrusiveness refers to a high level of separation anxiety, projective mystification, emotional inter-reactivity and possessiveness. Closeness-caregiving is associated with warmth, spending time together, nurturance, physical intimacy and consistency.

Method. Mothers were divided into three groups according to the diagnosis of their sons: 1) schizophrenia, 2) drug addiction, 3) control group. Subjects completed the California Inventory for Family Assessment. Its scales showed acceptable reliability and validity.

Results. Mothers perceive their interaction with drug addicted sons as less close, more aggressive and unpredictable than mothers from the control group. Unexpectedly mothers of patients with schizophrenia describe relationships with their sons in a more positive way than mothers from the control and drug addiction group (warmer, less possessive, less intense separation anxiety and less aggression). Additionally, they describe their relationships as less open and striving to avoid conflicts.

Conclusions. Further studies should be conducted to verify if mothers of sons with schizophrenia describe their relations in positive terms as a result of the following: 1) self-protective bias, 2) a low level of openness or 3) good coping.

Słowa klucze: relacje matka–dorosłe dziecko, schizofrenia, uzależnienie od narkotyków
Key words: mother-adult child relations, schizophrenia, drug addiction

Jedną z głównych tez systemowego podejścia do rodziny głosi, że poprzez zaburzenia psychiczne jednego z członków rodziny ujawniają się problemy dotyczące całej rodziny [1]. Problemy te mogą się przejawiać między innymi w specyficznych formach bliskości między poszczególnymi osobami [2]. Zgodnie z klasycznymi koncepcjami psychoterapeutycznymi nadmierna bliskość lub jej brak prowadzi do rozwoju patologii (zarówno na poziomie indywidualnym, jak i rodzinnym) [np. 3].

Green i Werner [4] stwierdzili, że pozytywne aspekty bliskości są często mylone z jej formami patologicznymi. Te ostatnie nazwali intruzyjnością, która manifestuje się nasilonym lękiem separacyjnym, zaborczością i zazdrością, gwałtownymi, skrajnymi reakcjami na stany emocjonalne innych członków rodziny, braniem odpowiedzialności za rozwiązywanie problemów innych osób, narzucaniem drugiej osobie sposobów interpretowania i przeżywania świata. Pozytywny aspekt bliskości przejawia się okazywaniem sobie ciepła, wspólnym spędzaniem czasu, troską o drugą osobę, fizyczną intymnością z nią (przytulaniem się, całowaniem) oraz dużą przewidywalnością wzajemnych zachowań. Werner i Green [5] skonstruowali specjalny kwestionariusz (*California Inventory for Family Assessment: CIFA*) przeznaczony do analizy bliskości i intruzyjności w sposobie odnoszenia się członków rodziny do siebie.

Zaburzenia bliskości są szczególnie często przypisywane rodzinom osób z rozpoznaniem schizofrenii. Matki pacjentów psychotycznych opisywano jako nadopiekuńcze, kontrolujące, a ojców jako zdominowanych przez żony [6]. Dysfunkcyjny sposób odnoszenia się rodziców do dziecka uznano nawet za jeden z czynników etiologicznych choroby. Wyniki badań nie potwierdziły jednak takiego obrazu stosunków rodzinnych [7]. Okazało się natomiast, że specyficzna atmosfera w domu rodzinnym pacjenta nasycona wrogością wobec niego, krytycyzmem i nadmiernym uwikłaniem wiąże się z większą liczbą nawrotów psychozy [8, 9, 10]. Inne rezultaty badań wskazują, że przynajmniej niektórzy rodzice, odczuwając niechęć do swoich dzieci (młodych dorosłych z rozpoznaniem schizofrenii), odsuwają się od nich [11]. Taki sposób odnoszenia się do dziecka jest szczególnie charakterystyczny dla rodziców mających poczucie silnego brzemienia wywołanego z konieczności opieki nad chorym. W skrajnych, ale, jak to wskazują badania, nie tak rzadkich przypadkach pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii są ofiarami przemocy fizycznej i psychicznej ze strony swoich najbliższych [12]. Brak jednoznacznych rozstrzygnięć dotyczących kształtu bliskości w rodzinach osób psychotycznych skłania do dalszych poszukiwań badawczych [13].

Kolejną grupą rodzin, w których mogą występować zaburzenia bliskości, są rodziny osób uzależnionych od narkotyków [14, 15, 16]. Uważa się, że interakcje w tych rodzinach mają charakter intruzyjny, symbiotyczny lub też przeciwnie – zdystansowany. Wyniki badań za pomocą Parental Bonding Instrument [za: 17] pokazują, że osoby uzależnione oceniły swoich rodziców jako zimnych, obojętnych, ale jednocześnie kontrolujących i intruzyjnych. Uważa się, że matki tych osób są krytyczne wobec dzieci, co przejawia się między innymi tym, że opisując je posługują się wieloma negatywnymi przymiotnikami [16]. W stosunku do uzależnionych dzieci są często dominujące, kontrolujące, ale zarazem mało konsekwentne w swoim działaniu [15]. Wydaje się zatem, że rodziny dzieci zarówno leczących się z powodu schizofrenii,

jak i z uzależnieniami cechują intruzyjne formy bliskości lub też jej niedostatek, a nawet odrzucanie dziecka.

Prowadzone w Polsce badania nad rodzinami osób z zaburzeniami psychicznymi nie przynoszą jednoznacznych rezultatów. Na ich podstawie można wskazać kilka obszarów funkcjonowania rodziny, między innymi takich, jak poczucie brzemienia, poziom ujawnianych uczuć lub wzory interakcji, które mogą odgrywać rolę w powstaniu symptomów chorobowych, a także przyczyniać się do ich podtrzymywania [18, 19, 20].

Celem niniejszego badania jest porównanie różnych aspektów bliskości w relacjach łączących matki z ich dorosłymi synami leczącymi się z powodu schizofrenii lub uzależnienia od narkotyków.

Metoda badań

Do badania stopnia bliskości i intruzyjności wykorzystano Kalifornijski Kwestionariusz do Badania Rodziny (California Inventory for Family Assessment: CIFA) [5]. W języku polskim dostępnych jest zaledwie kilka kwestionariuszy, które służą badaniu funkcjonowania rodziny lub pary, m.in. np. Kwestionariusz do Oceny Rodziny lub Kwestionariusz Autorytetu Osobistego w Systemie Rodzinnym [21, 22]. Narzędzia te jednak tylko w sposób pośredni pozwalają na analizę poszczególnych właściwości bliskości w rodzinie. Z tego też powodu podjęto próbę polskiej adaptacji CIFA.

Kwestionariusz ten składa się ze 182 pozycji, które tworzą 13 skal: a) ciepła, b) wspólnego czasu, c) troski, d) fizycznej intymności, e) przewidywalności (skale od a do e tworzą wymiar bliskości), f) lęku separacyjnego, g) zaborczości/zazdrości, h) emocjonalnej współreaktywności, i) mistyfikacji projekcyjnej (skale od f do i tworzą wymiar intruzyjności), oraz skale: j) otwartości, k) unikania konfliktów, l) agresji, m) autorytaryzmu/dominacji. Poszczególne pozycje CIFA odwołują się przede wszystkim do jawnych zachowań, a nie wewnętrznych doświadczeń osoby badanej. Kwestionariusz CIFA można wykorzystywać zarówno do analizowania relacji dzieci–rodzice, jak i par małżeńskich.

Wyniki badań prowadzonych w Stanach Zjednoczonych wskazują na zadowalające właściwości psychometryczne kwestionariusza CIFA [5, 23]. W Polsce, za zgodą i przy udziale autorów kwestionariusza, dokonano adaptacji CIFA [opis procedury w: 24]. Rzetelność poszczególnych skal kwestionariusza wyrażona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha waha się w granicach od 0,53 (skala mistyfikacji projekcyjnej) do 0,91 (skala otwartości). Również trafność tego kwestionariusza wydaje się zadowalająca. Badano ją korelując wyniki poszczególnych skal CIFA z wynikami Kwestionariusza dla Rodziców autorstwa Ziemskiej [25]. Uzyskane wskaźniki korelacji nie były wysokie (od $r = 0,19$ do $r = 0,42$), ale zgodne z oczekiwanym kierunkiem zależności. Analiza czynnikowa pozwoliła na wyodrębnienie trzech czynników, wspólnie wyjaśniających 64,86% zróżnicowania wyników uzyskanych za pomocą kwestionariusza CIFA (przy czym wyłącznie pierwszy czynnik okazał się zgodny z zakładaną strukturą kwestionariusza). Odpowiedzi udzielone przez rodziców opisujących dzieci w kwestionariuszu CIFA nie korelowały również z potrzebą aprobaty społecznej mierzonej za pomocą

Kwestionariusza Aprobata Społecznej opracowanego przez Drwala i Wilczyńską [26], z wyjątkiem następującej zależności: im większa tendencja do ujawniania zaborczości ($r = -23$; $p < 0,05$) oraz intruzyjności ($r = -0,22$; $p < 0,05$), tym mniejsza potrzeba aprobaty społecznej u osób badanych.

Osoby badane

Badaniem objęto matki, których synowie leczyli się z powodu: 1) schizofrenii ($n = 15$), 2) uzależnienia od narkotyków ($n = 20$), oraz 3) matki z grupy kontrolnej (których dzieci nie leczyli się z powodu zaburzeń psychicznych) ($n = 39$).

Matki synów leczących się z powodu schizofrenii rekrutowane były spośród osób, których dzieci hospitalizowano w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie lub które korzystały z pomocy środowiskowego domu pomocy społecznej. Diagnoza schizofrenii (wyłącznie paranoidalnej) była potwierdzona przez dwóch niezależnych psychiatrów. Synowie matek biorących udział w badaniu zachorowali na schizofrenię w młodości, średnio w wieku 19,8 roku ($SD = 3,4$); średnia długość trwania choroby wynosiła 9,8 roku ($SD = 7,1$).

Matki synów leczących się z powodu uzależnienia od narkotyków rekrutowane były spośród osób korzystających z indywidualnych form terapii lub uczestników grup wsparcia dla rodziców dzieci używających narkotyków. Nie kontrolowano etapów rozwoju uzależnienia u synów. Wszyscy synowie korzystali z pomocy psychologicznej z powodu używania narkotyków.

Grupa kontrolna obejmowała matki, które uczestniczyły w badaniach pilotażowych kwestionariusza CIFA. Były one rekrutowane spośród osób mających dzieci w szkołach ponadpodstawowych i nie korzystających z pomocy psychiatrycznej. Nie kontrolowano jednak poziomu objawów psychopatologicznych u dzieci, stąd w grupie tej mogły się potencjalnie znaleźć matki synów z zaburzeniami psychicznymi.

Wiek synów matek z grupy kontrolnej i synów leczących się z powodu uzależnienia od narkotyków mieścił się między 15 a 19 rokiem życia. Z kolei średni wiek synów leczących się z powodu schizofrenii wynosił 28,3 roku (wahał się od 20 do 47 lat). Osoby z rozpoznaniem schizofrenii były więc starsze od osób z dwóch pozostałych grup.

Średni wiek matek synów z rozpoznaniem schizofrenii wynosił 58,1 roku i okazał się wyższy niż matek synów z pozostałych dwóch grup. Średni wiek matek synów leczących się z powodu uzależnienia wynosił 46,2, a matek synów bez zaburzeń 46,7 ($H(2,73) = 22,32$, $p = 0,0005$).

W tabeli 1 zostały zebrane podstawowe informacje demograficzne dotyczące zbadanych matek. Z danych zestawionych w tej tabeli wynika, że osoby badane pochodziły głównie z miast i legitymowały się w każdej z grup, w ponad 70%, wykształceniem średnim lub wyższym. Matki przeważnie (w ponad 50% w każdej z grup) miały dwoje dzieci, a rzadziej (w około 25% do 33%) jedno dziecko. Najwięcej zamężnych znalazło się w grupie matek, których synowie nie korzystali z pomocy psychiatry (84,6%), oraz wśród matek mających synów leczących się z powodu schizofrenii (60%), a najmniej w grupie matek, których synowie byli uzależnieni od narkotyków (40%). W tej grupie

znalazło się też najwięcej matek rozwiedzionych w porównaniu z pozostałymi matkami. Rezultat ten jest spójny z wynikami badań wskazujących, że narkomani pochodzą często z rodzin rozbitych [13, 27].

Tabela 1. Liczebność badanych matek ze względu na ich podstawową charakterystykę demograficzną

Zmienna demograficzna	Matki		
	synów leczących się z powodu schizofrenii	synów leczących się z powodu uzależnienia od narkotyków	z grupy kontrolnej
Miejsce zamieszkania			
miasto	15 (100%)	19 (95%)	38 (97,5%)
wieś	0	1 (5%)	1 (2,5%)
Poziom wykształcenia			
podstawowe	3 (20%)	5 (26,3%)	1(6%)
średnie	5 (33,3%)	11 (57,9%)	14 (52,9%)
wyższe	7 (46,7%)	3 (15,8%) *	18 (41,1%) **
Stan cywilny			
mężatka	9 (60%)	8 (40%)	33 (84,6%)
rozwód lub ponowne małżeństwo	3 (20%)	9 (45%)	5 (12,8%)
wdowa	2 (13,3%)	2 (10%)	1 (2,6%)
w związku nieformalnym lub panna	1 (6,7%)	1 (5%)	0
Liczba dzieci			
1	5 (33,3%)	5 (25%)	10 (25,6%)
2	8 (53,3%)	12 (60%)	24 (61,5%)
3	2 (13,4%)	3 (15%)	4 (10,2%)
4	0	0	1 (2,7%)

* brak danych dla jednej osoby

** brak danych dla sześciu osób

Wyniki

Celem niniejszego badania jest porównanie stopnia bliskości i intruzyjności matek w ich relacjach dorosłymi synami leczącymi się z powodu schizofrenii lub uzależnienia od narkotyków. Wartości podstawowych statystyk opisowych rozkładu badanych zmiennych zostały zaprezentowane w tabeli nr 2. Ze względu na to, że nie zostały spełnione założenia dotyczące zastosowania analizy wariancji, w dalszych obliczeniach posłużono się jej nieparametrycznym odpowiednikiem – testem Kruskala–Wallisa.

Tabela 2. Wartości podstawowych statystyk opisowych w badanych grupach

	Zachowania matek						
	wobec synów leczących się z powodu schizofrenii (n = 15)		wobec synów leczących się z powodu uzależnienia od narkotyków (n = 20)		z grupy kontrolnej (n = 39)		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Bliskość							
Okazywane ciepło	13,13	1,52	11,81	1,62	12,42	1,65	
Wspólny czas	11,00	1,95	10,71	1,75	11,14	1,84	
Troska	11,91	1,09	11,30	1,63	12,30	1,35	
Fizyczna intymność	5,13	2,54	6,43	1,69	8,34	2,82	
Przewidywalność	11,64	1,95	9,05	1,79	10,92	1,58	
Intruzyjność							
Lęk separacyjny	2,93	2,43	4,51	1,96	4,09	1,96	
Zaborczość / zazdrość	1,62	1,72	3,01	1,86	3,28	2,62	
Emocjonalna reaktywność	7,20	2,22	7,55	2,21	8,10	2,11	
Mistyfikacja projekcyjna	5,84	2,38	5,91	1,56	5,99	1,31	
Otwartość komunikacji							
Agresja	3,26	2,83	5,96	2,40	4,68	2,28	
Otwartość	8,88	2,24	9,90	1,98	10,54	2,47	
Unikanie konfliktów	6,55	2,75	4,46	1,69	4,28	2,03	
Autorytaryzm							
Autorytaryzm/dominacja	7,80	3,92	6,30	2,17	20	6,92	2,24

Rezultaty testu Kruskala–Wallisa wykazały, że stopień bliskości między matkami a synami w poszczególnych grupach różni się między sobą ($H(2,73) = 11,39$; $p = 0,0034$). Test U Manna–Whitneya ujawnił, że matki synów leczących się z powodu uzależnienia ($M = 9,86$) deklarują mniejszą bliskość wobec dzieci niż matki synów z grupy kontrolnej ($M = 11,08$). Wartość statystyki U dla przeprowadzonej analizy wyniosła 184,5, przy poziomie istotności $p = 0,001$. Pozostałe różnice w nasileniu bliskości okazały się nieistotne statystycznie.

Również w przypadku intruzyjności wyniki testu Kruskala–Wallisa wykazały różnice w nasileniu tej zmiennej w poszczególnych grupach ($H(2,74) = 6,093$, $p = 0,0475$). Test U Manna–Whitneya ujawnił, że matki synów leczących się z powodu schizofrenii deklarują niższą intruzyjność ($M = 4,40$) w porównaniu z matkami synów uzależnionych od narkotyków ($M = 5,25$; $U = 101,00$, $p = 0,03$) oraz z matkami z grupy kontrolnej ($M = 5,36$; $U = 171,00$, $p = 0,01$). Nasilenie intruzyjności u matek

osób leczących się z powodu uzależnienia i matek z grupy kontrolnej nie różniło się w sposób istotny statystycznie ($U = 389,5$, $p = 0,99$).

Kolejnym krokiem w przeprowadzonych badaniach było sprawdzenie, jakie aspekty intruzyjności oraz bliskości ulegają zaburzeniu w relacjach matek z synami. W badanych grupach następujące zmienne różniły się między sobą w sposób istotny statystycznie: 1) okazywanego ciepła ($H(2,74) = 9,04$, $p = 0,01$), 2) fizycznej intymności ($H(2,74) = 14,40$, $p = 0,0007$), 3) przewidywalności zachowań ($H(2,73) = 20,25$, $p = 0,00001$), 4) otwartości ($H(2,74) = 6,27$, $p = 0,04$), 5) unikania konfliktów ($H(2,74) = 7,89$, $p = 0,01$), 6) agresji ($H(2,74) = 9,58$, $p = 0,008$), 7) lęku separacyjnego ($H(2,74) = 7,49$, $p = 0,02$), 8) zaborczości i zazdrości ($H(2,74) = 6,36$, $p = 0,04$).

Matki synów z rozpoznaniem schizofrenii deklarują więcej ciepła w kontakcie z nimi niż matki osób leczących się z powodu uzależnienia od narkotyków lub matki z grupy kontrolnej. Deklarują również mniejszą zaborczość i zazdrość w odniesieniu do dzieci oraz słabsze nasilenie lęku separacyjnego w porównaniu z matkami osób w pozostałych dwóch grupach. Wyniki poszczególnych porównań dokonanych za pomocą testu U Manna–Whitneya znajdują się w tabelach A, B i C zamieszczonych w załączniku.

Matki osób z rozpoznaniem schizofrenii deklarują także mniejszą agresywność niż matki osób bez zaburzeń. Z kolei nasilenie agresji matek wobec synów uzależnionych jest większe niż matek synów zdrowych i z rozpoznaniem schizofrenii.

Z powyższego opisu można wnioskować, że deklaracyjny stosunek matek do synów z rozpoznaniem schizofrenii jest szczególnie pozytywny. Warto jednak zwrócić uwagę, że matki te są mniej otwarte wobec synów niż matki osób bez zaburzeń, a także dążą do większego unikania konfliktów z dzieckiem niż robią to matki osób leczących się z powodu uzależnienia od narkotyków lub bez zaburzeń.

Okazało się także, że fizyczna intymność (rozumiana jako poszukiwanie fizycznej bliskości, dotyk, przytulanie się) matek z synami nie leczącymi się z powodu zaburzeń psychicznych jest większa niż ma to miejsce w relacji matek synów uzależnionych lub psychotycznych. Matki oceniają również swoje zachowania jako mniej przewidywalne wobec synów leczących się z powodu uzależnienia w porównaniu z matkami osób z rozpoznaniem schizofrenii lub bez zaburzeń.

Omówienie wyników i wnioski

Wyniki niniejszego badania nie pozwalają sformułować tezy o szczególnym zaburzeniu bliskości w rodzinach osób z rozpoznaniem schizofrenii. Matki synów psychotycznych oceniały swoje interakcje z dziećmi bardziej pozytywnie niż matki osób z grupy kontrolnej. Z drugiej jednak strony deklarowały mniejszą otwartość wobec synów i większą gotowość do unikania konfliktów niż matki z obu pozostałych grup.

Zgodnie z jedną z możliwych hipotez, matki, wypełniając kwestionariusz CIFA, dążyły do zaprezentowania swoich relacji z synami w szczególnie korzystnym świetle. Badania nad właściwościami psychometrycznymi CIFA ujawniały co prawda brak związku między odpowiedziami udzielanymi przez respondentów a ich potrzebą apro-

baty społecznej, ale z drugiej strony były one prowadzone wyłącznie w grupie rodziców mających dzieci bez zaburzeń. Hipotezę tę wspiera również to, że matki synów leczących się z powodu schizofrenii okazały się mniej otwarte i bardziej skłonne do unikania konfliktów w porównaniu z matkami osób bez zaburzeń. Jawne wyrażanie złości lub lęku o dziecko mogłoby prowadzić w ich poczuciu do otwartego konfliktu, czego starają się uniknąć, obawiając się na przykład wywołania kolejnego nawrotu choroby u dziecka. Często też czują się w jakiś sposób winne poważnej choroby dziecka. Być może, oceniając tak pozytywnie interakcje z nim, starają się kompensacyjnie uniknąć przeżywania poczucia winy lub też potencjalnego oskarżenia o załamanie psychiczne u niego. Pytanie, jakie rodzi się w kontekście prezentowanych rezultatów, dotyczy tego, w jakim stopniu matki adekwatnie oceniają swoje relacje z dziećmi mającymi zaburzenia emocjonalnie. Pytanie to otwiera jednocześnie dyskusję (wykraczającą poza ramy niniejszego artykułu), co to znaczy adekwatna lub zobiektywizowana ocena relacji rodzinnych [por. 28].

Negatywne aspekty odnoszenia się matek do dziecka mogą też ujawniać się dopiero w ich subtelnych (często niewerbalnych) zachowaniach, które są trudne do analizy za pomocą metod kwestionariuszowych. Nie można wreszcie wykluczyć, że wyniki uzyskane przez matki synów leczących się z powodu schizofrenii odzwierciedlają pozytywną zmianę ich sposobu odnoszenia się do dziecka pod wpływem różnego rodzaju interwencji psychologicznych, jakie mają miejsce podczas jego hospitalizacji. Zważywszy też na długi okres choroby dziecka, matki mogły nauczyć się radzenia sobie z jego problemami. Rezultat badania może być więc pośrednio wynikiem adaptacji rodzica do choroby dziecka. Dla porównania – okres, w jakim matki z drugiej badanej grupy zmagaly się z uzależnieniem dziecka, był stosunkowo krótki. Z tego względu potencjalnie mógł powodować większe napięcie w relacjach.

Istotnym ograniczeniem wniosków płynących z prezentowanego badania (oprócz nielosowego doboru próby) jest to, że synowie z rozpoznaniem schizofrenii byli starsi niż synowie z dwóch pozostałych grup. W dalszym badaniu należy sprawdzić, w jakim stopniu wiek młodzieży i młodych dorosłych ma związek ze sposobem odnoszenia się do nich rodziców, ocenianym za pomocą kwestionariusza CIFA. Z drugiej jednak strony, przebieg schizofrenii u synów można uznać za niekorzystny (biorąc pod uwagę długość trwania choroby i liczbę hospitalizacji), co raczej powinno się wiązać z gorszym funkcjonowaniem rodziny.

Wyniki przeprowadzonego badania potwierdzają natomiast, że stosunek matek do synów leczących się z powodu uzależnienia polega na mniejszej bliskości, agresywnych zachowaniach oraz większej nieprzewidywalności zachowań, niż ma to miejsce w interakcjach ze zdrowymi dziećmi [por. 14, 15, 16].

Weryfikacji empirycznej wymaga hipoteza, która głosi, że matki osób leczących się z powodu schizofrenii mają większe trudności w ujawnianiu negatywnych aspektów bliskości do dziecka, w porównaniu z matkami osób leczących się z powodu uzależnienia. Przykładowo, w przypadku tych ostatnich agresja wobec dziecka lub niechęć do niego może być wyrażana bardziej wprost i jednoznacznie. Dalsze badania powinny także potwierdzić przydatność kwestionariusza CIFA do analizowania funkcjonowania rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi.

*Autorzy artykułu dziękują Pani mgr Magdalenie Górskiej za pomoc w przeprowadzeniu badań.
Badania zostały częściowo sfinansowane z funduszy Badań Własnych Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego.*

ZAŁĄCZNIK

Tabela A. Porównanie wskaźników nasilenia zmiennych, na podstawie wybranych skal CIFA, dla matek mających synów leczących się z powodu schizofrenii i matek synów uzależnionych

Skale CIFA	Zachowania matek wobec synów		U	p
	leczących się z powodu schizofrenii	leczących się z powodu uzależnienia od narkotyków		
Okazywane ciepło	13,13	11,81	65,0	0,004
Fizyczna intymność	5,13	6,43	97,5	0,08
Przewidywalność	11,64	9,05	45,0	0,0004
Otwartość	8,88	9,90	99,5	0,09
Unikanie konfliktów	6,55	4,46	85,5	0,03
Agresja	3,26	5,96	69,5	0,007
Lęk separacyjny	2,93	4,51	79,5	0,01
Zaborczość / zazdrość	1,62	3,01	81,5	0,02

Tabela B. Porównanie wskaźników nasilenia zmiennych na podstawie wybranych skal CIFA, dla matek mających synów leczących się z powodu schizofrenii i matek z grupy kontrolnej

Skale CIFA	Zachowania matek		U	p
	wobec synów leczących się z powodu schizofrenii	z grupy kontrolnej		
Okazywane ciepło	13,13	12,42	187,0	0,04
Fizyczna intymność	5,13	8,34	118,0	0,0001
Przewidywalność	11,64	10,92	192,5	0,06
Otwartość	8,88	10,54	177,0	0,02
Unikanie konfliktów	6,55	4,28	151,5	0,006
Agresja	3,26	4,68	189,0	0,04
Lęk separacyjny	2,93	4,09	171,5	0,01
Zaborczość / zazdrość	1,62	3,28	174,5	0,02

Tabela C. Porównanie wskaźników nasilenia zmiennych, na podstawie wybranych skal CIFA, dla matek mających synów leczących się z powodu uzależnienia i matek z grupy kontrolnej

Skale CIFA	Zachowania matek		U	p
	z grupy kontrolnej	wobec synów leczących się z powodu uzależnienia od narkotyków		
Okazywane ciepło	12,42	11,81	290,5	0,11
Fizyczna intymność	8,34	6,43	238,5	0,01
Przewidywalność	10,92	9,05	141,0	0,00009
Otwartość	10,54	9,90	307,5	0,18
Unikanie konfliktów	4,28	4,46	359,0	0,61
Agresja	4,68	5,96	263,0	0,04
Lęk separacyjny	4,09	4,51	324,0	0,29
Zaborczość / zazdrość	3,28	3,01	369,5	0,73

Сравнение чувства близости и интрузивности в оценке матерей сыновей, леченных по поводу шизофрении или зависимости от наркотиков

Содержание

Задание. Проведено сравнение различных аспектов чувства близости в оценке матерей ко взрослым сыновьям, у которых диагностирована шизофрения или зависимость от наркотиков.

Вернер и Грин (1996 год) выделили два основных измерения интеракции в семье, т.е. патологический – интрузивность, а также положительный – близость) опека. Интрузивность – вмешательство – относится к высокому состоянию сепаративной фобии, мистифицировании проекции, тяжелой эмоциональной взаимореактивности и власти. Близость – опека связана с проекционным теплом, большой эмоциональной взаимореактивностью и власти. Близость – опека – связана также с совместном проведении времени, заботой, проявлением физической интимности а также предвидением поведения.

Метод. Матери были разделены на три группы, в зависимости от диагноза сына: шизофрении, зависимости от наркотиков, без нарушений (контрольная группа). В исследовании использована польская адаптация Калифорнийского глоссария для исследования семьи.

Результаты. Матери описывали свои интеракции с сыновьями, зависимыми от наркотиков, как менее близкие, характеризующиеся агрессией, менее предвиденными в сравнение с оценкой матерей из контрольной группы. Что было удивительным – это то, что матери пациентов с диагнозом шизофрении у их сыновей описывали свое отношение к ним как более положительное, чем матери из контрольной группы и матери сыновей, зависимых от наркотиков (более теплое, менее властное, агрессивное и в меньшей степени фобийное).

Выводы. Дальнейшие исследования должны объяснить факт, а именно описывают ли матери свои отношения с сыновьями с диагнозом шизофрении в положительном смысле в результате: 1) действия защитных механизмов, 2) низкой степени открытости, 3) хорошего преодоления препятствий при болезни сына.

Vergleich der Intensität der Nähe und Intrusivität in Beurteilung der Mütter der Söhne, die wegen Schizophrenie oder Drogenabhängigkeit behandelt werden

Zusammenfassung

Ziel. Die Studie hat zum Ziel den Vergleich unterschiedlicher Aspekte der Nähe in der Beurteilung der Mütter gegenüber der erwachsenen Söhne, bei denen Schizophrenie oder Drogenabhängigkeit diagnostiziert wurde.

Werner und Green (1996) sonderten zwei Dimensionen der Interaktion in der Familie aus, dh. die pathologische - Intrusivität und die gewünschte - Nähe/Pflege. Die Intrusivität bezieht sich auf den hohen Level der separativen Angst, die projektive Täuschung, emotionell intensifizierte Interaktivität und Eroberungssucht. Die Nähe/Pflege ist immer mit Wärme, gemeinsamer Zeitverbringung, Sorge, körperlicher Intimität und voraussehbarem Verhalten verbunden.

Methode. Die Mütter wurden in drei Gruppen geteilt, abhängig von der Diagnose für ihren Sohn: 1) Schizophrenie, 2) Drogenabhängigkeit, 3) ohne Störungen (die sog. Kontrollgruppe). Bei der Studie wurde die polnische Version des Kalifornischen Fragebogens zur Erfassung der Familienstudien benutzt.

Ergebnisse. Die Mütter beschrieben ihre Interaktionen mit den drogenabhängigen Söhnen als weniger nah, die Relationen charakterisierten sich mit Aggression und waren weniger voraussehbar im Vergleich mit der Beurteilung der Mütter aus der Kontrollgruppe. Was auch überraschend ist, beschrieben die Mütter der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie ihre Beziehung zu ihren Söhnen als mehr positiv als die Mütter aus der Kontrollgruppe und Mütter der drogenabhängigen Söhne (wärmer, weniger mit Eroberungssucht oder Aggression gekennzeichnet und im wenigeren Grad ängstlich).

Schlussfolgerungen. Weitere Studien sollen klären, ob die Mütter die Interaktionen mit ihren Söhnen mit der Diagnose Schizophrenie so besehen beschreiben, weil 1) die Abwehrmechanismen des Ichs wirken, 2) der Grad der Offenheit niedrig ist, 3) sie sich mit der Krankheit ihres Kindes gut helfen wissen.

La comparaison de l'intimité et de l'intrusion des mères et des fils adultes suivant la thérapie à cause de la schizophrénie ou à cause de la toxicomanie

Résumé

Objectif. Cet étude essaie de comparer plusieurs aspects des relations des mères et des fils adultes souffrant de la schizophrénie ou de la toxicomanie.

Werner et Green (1996) analysent deux dimensions des interactions en famille: 1) pathologique=intrusion et 2) positive=intimité/protection. L'intrusion se réfère au niveau très élevé de l'anxiété de la séparation, à la mystification projetée, à la réactivité émotionnelle et à la rapacité. L'intimité/protection se lie avec la chaleur, les loisirs communs, la sollicitude, intimité physique, la cohérence du comportement.

Méthode. On examine les mères divisées en trois groupes d'après le diagnostic de leurs fils: 1) mères dont les fils souffrent de la schizophrénie, 2) mères dont les fils souffrent de la toxicomanie, 3) mères du groupe de contrôle(dont les fils sont sains). Toutes ces mères sont examinées avec la version polonaise du California Inventory for Family Assessment.

Résultats. Les mères dont les fils souffrent de la toxicomanie décrivent leurs relations avec leurs fils comme moins intimes, avec plus d'agression et moins à prévoir que celles-ci des mères du groupe de contrôle. Il est surprenant que les mères dont les fils souffrent de la schizophrénie décrivent leurs relations comme plus positives que dans le groupe de contrôle et du premier groupe (avec toxicomanie) – ces relations sont chaleureuses, avec moins d'agressivité, moins de rapacité, moins d'anxiété.

Conclusions. Les recherches futures doivent expliquer si les mères décrivent positivement leurs interactions avec leurs fils souffrant de la schizophrénie à cause de: 1) fonctionnement des mécanismes de l'auto-protection de moi, 2) niveau peu élevé de sincérité, 3) bon niveau de se débrouiller avec

Piśmiennictwo

1. Tryjarska B. *Terapia rodzin*. W: Grzebiuk L, red. *Psychoterapia. Praktyka. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Eneteia, Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2006.
2. Perris C, Arrindell W, Eisemann M, red. *Parenting and psychopathology*. Chichester, New York: John Wiley & Sons Ltd.; 1994.
3. Stierlin H, Rucker-Emden I, Wetzel N, Wirsching M. *Pierwszy wywiad z rodziną*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999.
4. Green R, Werner P. *Intrusiveness and closeness-caregiving: rethinking the concept of family „enmeshment”*. *Fam. Process*. 1996; 35: 115–136.
5. Werner P, Green R. *California Inventory for Family Assessment (CIFA). Manual for the second research edition*. Otrzymano: 31 lipca, 2006 r. z: <http://ourworld.compuserve.com/homepages/pdwerner/cifa2.htm>.
6. Alanen Y. *Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
7. Perris C. *Parental rearing and schizophrenic disorders*. W: Perris C, Arrindell W, Eisemann M, red. *Parenting and psychopathology*. Chichester, New York: John Wiley & Sons Ltd; 1994, s. 309–333.
8. Marom S, Munitz H, Jones P, Weizman A, Hermesh H. *Expressed emotion: Relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years*. *Schizophr. Bull.* 2005; 31: 751–781.
9. Lenior M, Dingemans P, Schene A, Linszen D. *Predictors of the early 5 year course of schizophrenia: a path analysis*. *Schizophr. Bull.* 2005; 31: 781–791.
10. Butzlaff R, Hooley M. *Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis*. *Arch. Gen. Psychiatry* 1998; 55: 547–552.
11. Chrzęstowski S. *Ścieżki ku sobie i od siebie. Separacja w rodzinach osób z rozpoznaniem schizofrenii*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego; 2007.
12. Read J, Goodman L, Morrison A, Ross C, Aderhold V. *Childhood trauma, loss and stress*. W: Read J, Mosher L, Bentall R, red. *Models of madness. Psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. Hove & New York: Brunner-Routledge; 2004.
13. Cullberg J. *Psychosis. An integrative perspective*. London, New York: Routledge; 2006.
14. Rogala-Obłękowska J. *Narkoman w rodzinie. Wskazania do terapii*. Warszawa: ISNS UW; 2002.
15. Rogala-Obłękowska J. *Młodzież i narkotyki – rodzinne czynniki nalogu*. Warszawa: ISNS UW; 1999.
16. Rawa A. *Narkomani i ich rodziny*. *Prob. Rodz.* 2002; 2/3: 67–70.
17. Górka M. *Poszukiwanie wrażeń i relacje z rodzicami młodzieży uzależnionej od narkotyków. Niepublikowana praca magisterska*. Warszawa: Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego; 2006.
18. Rostworowska M. *Zależność przebiegu schizofrenii od klimatu emocjonalnego rodziny mierzonego wskaźnikami ujawnianych uczuć*. Niepublikowana rozprawa doktorska. Kraków; 1991.
19. de Barbaro B. *Brzemie rodziny w schizofrenii. Próba ujęcia systemowego*. Kraków: Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 1992.
20. Józefik B, Iniewicz G, Namysłowska I, Ulańska R. *Obraz relacji rodzinnych w oczach rodziców pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną – część I*. *Psychiatr. Pol.* 2002; 1: 51–64.
21. Fajkowska-Stanik M. *Transseksualizm i rodzina. Przekaz pokoleniowy wzorców relacyjnych w rodzinach transseksualnych kobiet*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej; 2001.

22. Namysłowska I, Paszkiewicz E, Siewierska A, de Barbaro B, Furgał M, Drożdżowicz L, Józefik B, Beauvale A. *Kwestionariusze Manfreda Cierpki do Oceny Rodziny*. Psychiatr. Pol. 2002; 1: 17–28.
23. Werner P, Stover, C, Green R. *California Inventory for Family Assessment: Integration of factor analysis results*. Plakat zaprezentowany na konferencji American Psychological Association. San Francisco; 2001.
24. Tryjarska B, Chrzastowski S. *Polska adaptacja Kalifornijskiego Kwestionariusza do Badania Rodziny*. Artykuł wysłany do publikacji; 2007.
25. Ziemska M. *Postawy rodzicielskie*. Warszawa: Wiedza Powszechna; 1969.
26. Drwal R, Wilczyńska J. *Opracowanie kwestionariusza aprobaty społecznej*. Przegl. Psychol. 1980; 3: 569–583.
27. Kaufman E. *Substance abuse and family therapy*. Florida: Grune & Stratheim; 1985.
28. Dallos R, Draper R. *An introduction to family therapy: systemic theory and practice*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press; 2005.

Adres: Szymon Chrzastowski
Pracownia Psychologii Zaburzeń Rodziny
Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego
00-183 Warszawa, ul. Stawki 5/7

Otrzymano: 15.03.2007
Zrecenzowano: 23.07.2007
Przyjęto do druku: 10.01.2008

Archives of Psychiatry and Psychotherapy

Volume 10 Issue 2 June 2008

Content

- 5 Disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS)
– a case study**
Barbara Błaż-Kapusta
- 13 Social support of chronically mentally ill patients**
Paweł Bronowski, Maria Załuska
- 21 Correlation between parameters of the social network and treatment outcomes of
people suffering from schizophrenia seven years after the first hospitalization**
Andrzej Cechnicki, Anna Wojciechowska
- 31 The social network and the quality of life of people suffering from schizophrenia
seven years after the first hospitalisation**
Andrzej Cechnicki, Anna Wojciechowska, Miqel Valdez
- 39 Gender role conflict and depression in males – the possible role of the athletic ideal**
Liza Lukács, Ferenc Túry
- 49 Whole body cryotherapy as a novel adjuvant therapy for depression and anxiety**
Joanna Rymaszewska, David Ramsey
- 59 The influence of psychodynamic psychotherapy on depressive symptoms
– a follow up study**
Krzysztof Małyszczak, Tomasz Pawłowski, Adrian Sieradzki, Krystian Pyszczel,
Przemysław Pacan
- 65 Mood and emotional symptoms in eating disordered patients**
Anna Brytek-Matera
- 73 Family therapy of children and adolescents in the psychiatric unit
– possibilities and limits**
Anna Siewierska, Irena Namysłowska
- 79 Psychopathology of power**
Antoni Kępiński