

Poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem wśród rodziców dorosłych dzieci z rozpoznaniem schizofrenii

Sense of coherence and coping styles among parents of adult children with schizophrenia

Beata Kasperek-Zimowska, Małgorzata Chądzyńska

Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie
Kierownik: dr hab. n. hum. M. Sawicka

Summary

Aim. The aim of the research was an answer to the question if sense of coherence correlates with coping styles among parents looking after adult children with schizophrenia.

Methods. 50 parents (38 mothers and 12 fathers) at age 46-84 (mean: 60) were examined. SOC-29 and CISS questionnaires were used to diagnose traits of sense of coherence and coping styles.

Results. Coping style focused on problems was the most frequent one in the examined group. Sense of coherence and coping styles correlate among those in the investigated group.

Conclusions. There is a correlation between sense of coherence and coping styles in the group of parents with adult children with schizophrenia. There is also a view of a statistical carer who is the mother aged about 60 years looking after the son aged 35 years diagnosed with schizophrenia.

Słowa kluczowe: poczucie koherencji, style radzenia sobie ze stresem, rodzice, schizofrenia

Key words: sense of coherence, coping styles, parents, schizophrenia

Wstęp

Rodzice dorosłych dzieci przewlekle chorych psychicznie doświadczają wielu trudności i permanentnego stresu. Ich podstawowa rola w rodzinie polega na zaspokajaniu potrzeb osób bliskich oraz własnych. Pogodzenie zaspokajania owych potrzeb w kontekście choroby często stanowi ogromne wyzwanie dla ich procesów adaptacyjnych. Poważna choroba psychiczna, jaką jest schizofrenia, niesie trudności dla samych pacjentów w postaci ograniczenia niezależności i nawiązywania relacji społecznych oraz minimalnych możliwości zatrudnienia. Komplementarnie do tych problemów rolą opiekunów staje się pokonywanie wspólnie z dorosłymi dziećmi wyżej wymienionych ograniczeń. Rodzice aktywnie angażując się w pomaganie swoim chorym dzieciom doświadczają uczuć utraty, żalu [1], ponadto często konfrontują się

z uczuciami niepewności, poczucia winy oraz złości. Często, podobnie jak ich bliscy chorzy, czują się wyizolowani i naznaczeni społecznie [2]. Ich życie bywa obciążone znacznie większą troską o dorosłe dzieci niż to ma miejsce w normalnych warunkach, kiedy dzieci stają się niezależne. Intensywna opieka może więc stanowić dla nich źródło stresu [3].

Problematyka związana z opieką nad osobą przewlekle chorą psychicznie jest podejmowana od prawie pięciu dekad. Eksploracja obszaru tematycznego obejmującego opiekę nad osobą bliską chorą psychicznie była skupiona dotychczas głównie na: obciążeniu, jakie niesie ze sobą ten rodzaj opieki; klimacie, jaki panuje w rodzinie; stresie wynikającym z zajmowania się osobą chorą i sposobach radzenia sobie z nim; spostrzeganiu objawów przez opiekunów – przypisywaniu ich samej chorobie lub woli osoby chorej. W ostatnich latach starano się także podejść do problemu opieki z punktu widzenia teorii systemowej, biorąc pod uwagę interakcje członków rodziny. Badano również rolę opiekuna i jego doświadczenie w opiece nad osobą przewlekle chorą psychicznie [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10], jednakże nie podejmowano tego problemu z perspektywy teorii salutogenezy oraz teorii stresu i radzenia sobie z nim. Rozpatrywanie zjawiska opieki nad dorosłym dzieckiem przewlekle chorym psychicznie w kontekście obu teorii pozwala na poszerzenie jej rozumienia.

Dane z literatury pokazują, że poczucie koherencji – kluczowe pojęcie teorii salutogenezy – badano dotychczas najczęściej wśród populacji osób chorych psychicznie [11, 12, 13, 14, 15], wśród osób opiekujących się członkami rodziny, np. z chorobami otępiennymi mózgu, nowotworowymi. Natomiast jest bardzo mało doniesień badawczych opisujących tę zmienną wśród rodziców opiekujących się dorosłymi dziećmi przewlekle chorymi psychicznie [13]. Dlatego w obecnych badaniach podjęto problematykę opieki z perspektywy teorii stresu i radzenia sobie z nim oraz zmiennej różnicującej style radzenia sobie ze stresem, czyli poczucia koherencji. Antonovsky uważał, że poczucie koherencji jednostki jest czynnikiem determinującym jej sposoby radzenia sobie ze stresem [16]. Poczucie koherencji wyraża stopień pewności, że napływające ze środowiska bodźce są zrozumiałe, sterowalne i sensowne [16]. Im większe poczucie koherencji, tym lepiej dana osoba będzie radziła sobie ze stresem. W tym kontekście teoretycznym założono, że w grupie rodziców dorosłych dzieci chorych poczucie koherencji będzie miało związek ze sposobami radzenia sobie ze stresem przez nich wybieranymi.

Cel

Celem niniejszego doniesienia jest odpowiedź na pytanie, czy poziom poczucia koherencji łączy się ze stylami radzenia sobie ze stresem w grupie osób badanych.

Dane pochodzące z literatury pozwalają sformułować hipotezy badawcze dotyczące zagadnień poczucia koherencji i związanymi z nim stylami radzenia sobie ze stresem w grupie rodziców dorosłych dzieci z rozpoznaniem schizofrenii. Tak więc w grupie tych rodziców poczucie koherencji będzie korelowało pozytywnie ze strategiami radzenia sobie ze stresem opartymi na rozwiązywaniu problemów, natomiast negatywnie ze strategiami opartymi na ujawnianiu emocji oraz unikaniu trudności, tj. uciekaniu w czynności zastępcze oraz szukanie towarzystwa.

Osoby badane

W badaniu uczestniczyło 50 rodziców dorosłych dzieci. Dorosłe dzieci były pacjentami Kliniki Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Pacjenci mieli rozpoznanie schizofrenii lub zaburzeń typu schizofrenii (schizotypowych) i urojeniowych (F20-F29 wg kryteriów ICD-10). Natomiast rodzice byli osobami zdrowymi psychicznie i mieszkali stale ze swoimi dziećmi. Rodzice wypełniali zestaw kwestionariuszy po miesiącu od przyjęcia ich dorosłych dzieci do kliniki.

Osoby badane – opiekunowie

W trakcie badania kwestionariusze wypełniło 50 opiekunów pacjentów. Statystyki opisowe badanej grupy rodziców przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy rodziców – 50 osób

Wiek		Wykształcenie	
Średnia	60,44	Podstawowe	5 (10%)
SD*	13,07	Średnie	26 (52%)
min.	46,0	Wyższe	19 (38%)
maks.	84,0	Stan cywilny	
Płeć		Samotny	39 (78%)
Kobieta	38 (76%)	W związku	11 (22%)
Mężczyzna	12 (24%)		

* SD – odchylenie standardowe

Dane pacjentów

Zebrano dane o 50 pacjentach (kwestionariusz danych społeczno-demograficznych dotyczących pacjenta wypełniał opiekun). Charakterystyki pacjentów przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Charakterystyka grupy pacjentów – 50 osób

Wiek		Stan cywilny	
Średnia	34,79	Kawaler/panna	44 (88%)
SD	9,75	Rozwiedziony/a	4 (8%)
min.	19,0	W związku	2 (4%)
maks.	56,0	Rozpoznanie	
Płeć		Schizofrenia	40 (80%)
Kobieta	17 (34%)	Zab. schizoafektywne	4 (8%)
Mężczyzna	33 (66%)	Zab. schizotypowe	6 (12%)
Wykształcenie			
Podstawowe	13 (26%)		
Średnie	34 (68%)		
Wyższe	3 (6%)		

Metoda

Zastosowano kwestionariusze SOC-29 (Sense of Coherence) A. Antonovsky'ego i CISS Endlera & Parkera jak również dwie ankiety socjodemograficzne.

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) służy do badania poczucia koherencji. Składa się z 29 stwierdzeń oraz trzech podskal, tj. poczucia zrozumiałości (SOC-29

ZR), zaradności (SOC-29 Z) oraz sensowności (SOC-29 S). Do pierwszej skali należy 11 stwierdzeń, do drugiej 10, natomiast do trzeciej 8. Osoba badana udziela odpowiedzi za pomocą 7-stopniowej skali Likertowskiej, w której „1” oznacza, że dane nastawienie występuje zawsze, a „7”, że nigdy. Można również uzyskać wynik ogólny (SOC-29), czyli nasilenie poczucia koherencji u osoby badanej (wynik w przedziale 29–203).

CISS (The Coping Inventory of Stressful Situations) zawiera 48 stwierdzeń służących do określenia, jakie strategie radzenia sobie wybiera osoba badana w sytuacji stresującej [17]. Pozwala na pomiar trzech zasadniczych stylów radzenia sobie z sytuacją stresową:

1) styl zadaniowy (CISS T) zakłada celowe i zdecydowane koncentrowanie się na rozwiązywaniu problemu oraz próbę dokonywania zmian w sytuacji spostrzeganej jako stresująca;

2) styl emocjonalny obejmuje reakcje emocjonalne – są to zaabsorbowanie sobą, fantazjowanie, samoobwinianie się;

3) styl unikowy zakłada wystąpienie aktywności zorientowanej na unikanie problemu, ucieczkę od problemu bez podejmowania prób jego rozwiązania; mogą pojawić się próby oderwania od sytuacji stresowej poprzez podjęcie innego typu aktywności, poszukiwanie kontaktu z innymi osobami.

Osoba badana udziela odpowiedzi wybierając z pięciopunktowej skali Likertowskiej właściwą dla siebie odpowiedź, przy czym „1” oznacza, że nie wybiera określonego sposobu radzenia sobie, a „5”, że wybiera go bardzo często. Skala składa się z trzech podskal: zorientowanie na rozwiązywanie zadań, na ujawnianie emocji oraz unikanie trudności poprzez koncentrowanie się na czynnościach zastępczych lub angażowanie się w kontakty z ludźmi. Każda z tych podskal składa się z 16 stwierdzeń.

Ankiety demograficzne dla dorosłego dziecka, jego matki lub ojca pozwalają scharakteryzować wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny oraz liczbę hospitalizacji, czas trwania choroby i diagnozę w przypadku ankiety dotyczącej pacjenta.

Wyniki

Poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem

Rodzice wypełniali Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) i Kwestionariusz Stylów Radzenia Sobie ze Stresem (CISS). Wyniki prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Wyniki Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29) i Kwestionariusza Stylów Radzenia Sobie ze Stresem (CISS) w badanej grupie rodziców

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29)			
Skala	Średnia	SD	min. – maks.
Poczucie zrozumiałości	47,74	9,38	26 – 66
Poczucie zaradności	49,22	6,95	34–60
Poczucie sensowności	42,10	8,47	16–56
Poczucie koherencji	136,58	25,32	30–171

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Kwestionariusz Stylów Radzenia Sobie ze Stresem (CISS)			
Styl	Średnia	SD	min. – maks.
Zadaniowy	57,10	10,09	12–72
Emocjonalny	42,04	8,64	22–58
Unikowy społeczny	16,12	5,45	9–44
Unikowy odwracający uwagę	18,38	6,44	9–47
Unikowy – suma	42,68	15,06	25–132

Wyniki rodziców w skali poczucia koherencji mieściły się w granicach 30–171 pkt., ze średnią 136,58, w tym średnia poczucia zrozumiałości wynosiła 47,74; poczucia zaradności 49,22 pkt., a poczucia sensowności 42,1 pkt. – co odpowiada poziomowi wyników przeciętnych we wszystkich skalach. W skali CISS średnia wyników dotyczących stylu zadaniowego wynosiła 57,1 pkt. (SD = 10,09); stylu emocjonalnego – 42,04 (SD = 8,64); stylu unikowego – 42,68 (SD = 15,06).

Porównano nasilenie każdego ze stylów radzenia sobie ze stresem.

W grupie rodziców istotnie wyższe jest nasilenie stylu zadaniowego w porównaniu z emocjonalnym (test $t = 7,075$; $p < 0,001$). Także istotnie wyższe jest nasilenie stylu zadaniowego w porównaniu z unikowym (test $t = 4,514$, $p < 0,001$). Natomiast nie ma istotnych różnic w nasileniu posługiwania się stylem emocjonalnym i unikowym (test $t = -0,289$; $p = 0,773$). Oznacza to, że w badanej grupie dominował styl zadaniowy w porównaniu z pozostałymi stylami.

W celu odpowiedzi na pytanie o związek poczucia koherencji z wyborem stylu radzenia sobie ze stresem, policzono miary związku opisywanych zmiennych. Prezentuje je tabela 4.

Tabela 4. Wskaźnik korelacji skal Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29) i Kwestionariusza Stylów Radzenia Sobie ze Stresem (CISS)

Współczynnik korelacji r-Pearsona (p value)		Kwestionariusz Orientacji Życiowej			
		SOC-29 ZR	SOC-29 Z	SOC-29 S	SOC-29
Kwestionariusz Radzenia Sobie ze Stresem	CISS T	0,106	0,203	0,382**	0,609**
	CISS E	-0,411**	-0,554**	-0,554**	-0,654**
	CISS AS	0,319*	0,310*	-0,196	-0,289*
	CISS AD	0,052	0,051	-0,223	-0,0413**
	CISS A	0,200	0,183	-0,286*	-0,467**

CISS T – styl zadaniowy; CISS E – styl emocjonalny; CISS AS – styl unikowy społeczny; CISS AD – styl unikowy polegający na odwracaniu uwagi od źródła stresu; CISS A – styl unikowy; SOC-29 ZR – poczucie zrozumiałości; SOC-29 Z – poczucie zaradności; SOC-29 S – poczucie sensowności; SOC 29 – poczucie koherencji; * istotność na poziomie 0,05; ** istotność na poziomie 0,001

Poczucie koherencji jest pozytywnie związane z nasileniem stylu zadaniowego ($r = 0,609$; $p < 0,001$), a negatywnie z pozostałymi stylami radzenia sobie ze stresem. Ponadto styl zadaniowy jest wprost proporcjonalny do poczucia sensowności. Styl

emocjonalny radzenia sobie ze stresem koreluje negatywnie ze wszystkimi podskalami poczucia koherencji i z wynikiem całkowitym skali. Styl unikowy jest negatywnie skorelowany z poczuciem sensowności i z ogólnym poczuciem koherencji. Natomiast styl unikowy społeczny, pomimo że koreluje ujemnie z całkowitym poczuciem koherencji, ma pozytywny związek z poczuciem zrozumiałości i zaradności.

W niniejszych badaniach wyłonił się również statystyczny obraz opiekuna. Jest nim najczęściej matka w wieku około 60 lat z wykształceniem średnim, opiekująca się przewlekle chorym psychicznie dorosłym dzieckiem z rozpoznaniem schizofrenii, w wieku około 35 lat. Matka jest osobą samotną, najczęściej rozwiedzioną lub owdowiałą. Dziecko – najczęściej syn – nie pozostaje w żadnym związku partnerskim. Choruje średnio około 13 lat i jest hospitalizowane co 2 lata. Dane te znajdują potwierdzenie w literaturze przedmiotu [18].

Omówienie wyników

Poczucie koherencji to zmienna wywodząca się z teorii salutogenezy A. Antonovsky'ego, czyli teorii zdrowia. Wg autora teorii osoby charakteryzujące się wysokim poczuciem koherencji lepiej radzą sobie ze stresem i rzadziej chorują. Potwierdziły to liczne badania [19, 20, 21, 22]. Częściej radzą sobie w sytuacjach stresowych racjonalnie, tzn. zastanawiają się, w jaki najbardziej korzystny sposób mogłyby rozwiązać sytuację problemową lub radzić sobie ze stresem.

W niniejszych badaniach założono, że rodzice mieszkający z przewlekle chorym psychicznie dorosłym dzieckiem są często narażeni na przeżywanie sytuacji stresowych wynikających zarówno z charakteru samej choroby (charakter przewlekły z nawrotami objawów wytwórczych), jak i z umiejętności radzenia sobie ze stresem. Prawdopodobnie długie przebywanie z chorym dzieckiem, a tym samym nabywanie doświadczenia w opiece, oraz kontakt z profesjonalistami (badani pacjenci korzystali z opieki placówek udzielających wsparcia także ich rodzicom) spowodowały, że w badanej grupie rodziców dominował styl zadaniowy w radzeniu sobie ze stresem, czyli polegający na racjonalnej ocenie sytuacji stresowej i potraktowaniu jej jako zadania do rozwiązania. Zadaniowe strategie radzenia sobie ze stresem obejmują: poszukiwanie informacji potrzebnych do rozwiązania sytuacji problemowej, przygotowanie się do podjęcia konkretnych działań, analizę sytuacji stresowej, akceptację tej sytuacji, świadomość zaistnienia sytuacji stresowych w przyszłości oraz próby zmiany aktualnej sytuacji na bardziej korzystną dla siebie. Zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem uznawany jest za strategię adaptacyjną, szczególnie korzystną w sytuacji stresu długofalowego [23], a za taki można uznać opiekowanie się przewlekle chorym psychicznie dorosłym dzieckiem.

W grupie rodziców poczucie koherencji koreluje ze stylem zadaniowym radzenia sobie w sytuacjach stresowych, w tym również w sytuacjach związanych z chorobą psychiczną swoich dzieci. Natomiast poczucie koherencji i sensowności korelowało negatywnie ze stylem emocjonalnym i unikowym jako nie przynoszącymi satysfakcjonujących rozwiązań przeżywanych trudności w sytuacji długofalowej opieki nad dorosłym dzieckiem przewlekle chorym psychicznie.

Zależność występująca między postawą życiową charakteryzującą się przekonaniem o możliwości poradzenia sobie z trudami codziennego życia a działaniami podję-

tymi w tym celu była badana w wielu populacjach z wyjątkiem rodziców dorosłych dzieci z rozpoznaniem schizofrenii. Z tego względu trudno dokonać porównań z wynikami innych badań. Grupa tych rodziców jest specyficzna również ze względu na charakter codziennego funkcjonowania zarówno emocjonalnego jak i zadaniowego, z dorosłymi chorymi dziećmi, wymagają one bowiem stałej opieki. Ponadto charakter przewlekłej psychozy, polegający na nawrotach związanych z hospitalizacjami w szpitalu psychiatrycznym wyznacza sposób funkcjonowania rodzin. Życie tych rodziców to „wzloty i upadki” [24], okresy nadziei na poprawę funkcjonowania dzieci i jej utraty. Dla zespołu klinicystów oznacza to pracę nie tylko z objawami choroby pacjenta, ale także z całokształtem sytuacji psychologicznej takiej rodziny, tzn. z emocjonalnym i fizycznym obciążeniem.

Ograniczeniem niniejszego doniesienia jest mała reprezentatywność badanej grupy oraz brak grupy kontrolnej. W podobnych badaniach w przyszłości będą porównane style radzenia sobie ze stresem w grupie rodziców z dzieckiem przewlekłe chorującym psychicznie oraz po pierwszym rzucie psychozy, co pozwoli wyjaśnić wpływ długofalowej opieki na style radzenia sobie ze stresem wśród rodziców opiekujących się dorosłymi chorymi dziećmi.

Wnioski

1. W grupie rodziców dorosłych dzieci chorych na schizofrenię dominuje styl zadaniowy radzenia sobie ze stresem.
2. Poczucie koherencji oraz style radzenia sobie ze stresem korelują ze sobą w grupie rodziców dorosłych dzieci z rozpoznaniem schizofrenii.
3. W grupie rodziców chorych dzieci poczucie koherencji łączy się ze stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na rozwiązywaniu problemów.
4. Poczucie koherencji negatywnie koreluje ze stylem emocjonalnym oraz unikowym.
5. W badanej grupie statystycznym opiekunem jest najczęściej samotna matka w wieku około 60 lat, z wykształceniem średnim, opiekująca się najczęściej synem w wieku około 35 lat, z wykształceniem średnim, z rozpoznaniem schizofrenii.

Чувство когеренции и стили собственного поведения при стрессе среди родителей детей, болеющих шизофренией

Содержание

Задание. Заданием проведенных исследований был ответ на вопрос – является ли чувство когеренции и стили собственного поведения при стрессах, связанных с опекой над взрослыми детьми, болеющими шизофренией.

Метод. Обследовано 50 родителей больных детей, в том числе 38 матерей и 12 отцов. У пациентов диагностированы нарушения из круга шизофрении, согласно с критериями международной классификации болезней 10 пересмотра. Родители заполняли анкеты, в том числе Глоссарий СОК и ЦИСС и два демографические глоссарии.

Результаты. Чувство когеренции и способы преодоления стресса сосуществуют в группе обследованных родителей. Чувство когеренции позитивно связано с утяжелением проблемы при опеке над больным ребенком ($r = 0,609$; $p < 0,001$), а негативные с остальными типами преодоления трудностей присутствующего стресса. Кроме того, стиль поведения является

прямо пропорциональный с чувством значения исполняемого задания. Эмоциональный стиль преодоления препятствия негативно коррелирует с чувством когеренции.

Выводы. 1. В группе родителей чувство когеренции соединяется со стилем преодоления препятствий, направленном на их разрешение. 2. Чувство когеренции негативно коррелирует с эмоциональным стилем, а также с избеганием проблемы. 3. В исследованной группе статистическим опекуном, чаще всего есть мать, в возрасте около 60 лет со средним образованием, заботящаяся как правило, о сыне, в возрасте 35 лет со средним образованием, болеющим шизофренией.

Kohärenz-Sinn und Coping-Strategien unter Eltern erwachsener Kindern mit diagnostizierter Schizophrenie

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der vorliegenden Studie war die Antwort auf die Frage, ob sich der Kohärenz-Sinn und Coping-Strategien in der Gruppe der Eltern verbinden, die ihre erwachsenen Kinder mit der Diagnose Schizophrenie betreuen.

Methode. Es wurden 50 Eltern der kranken Patienten untersucht; darunter 38 Mütter und 12 Väter. Den Patienten wurde die Diagnose aus dem Bereich der Schizophrenie gemäß den ICD-10 Kriterien gestellt. Der Fragebogen-Satz wurde von den Eltern ausgefüllt. Es wurden eingesetzt: SOC und CISS Fragebogen und zwei demographische Fragebögen.

Ergebnisse. Der Kohärenz-Sinn und die Coping-Strategien treten in der Gruppe der untersuchten Eltern auf. Der Kohärenz-Sinn ist positiv mit der Intensität vom problemorientierten Coping ($r=0,609$; $p<0,001$) verbunden, und negativ mit den übrigen Arten von Coping. Außerdem ist das aufgabenorientiertes Coping direkt proportional zum Sensibilität-Sinn. Das emotionale Coping korreliert negativ mit dem Kohärenz-Sinn.

Schlussfolgerungen. 1. In der Gruppe der Eltern verbindet sich der Kohärenz-Sinn mit dem problemorientierten Coping. 2. Der Kohärenz-Sinn korreliert negativ mit dem emotionalen Coping und vermeidungsorientierten Coping. 3. In der untersuchten Gruppe ist meistens die alleinerziehende Mutter im Alter von 60 Jahren, mit mittlerer Ausbildung der statistische Betreuer. Sie betreut am häufigsten ihren Sohn im Alter von ca. 35 Jahren mit mittlerer Ausbildung und mit der diagnostizierten Schizophrenie.

Le sens de cohérence et les styles de se débrouiller avec le stress des parents ayant les enfants adultes souffrant de la schizophrénie

Résumé

Objectif. Répondre à la question si le sens de cohérence et les styles de se débrouiller avec le stress sont en corrélation dans le groupe des parents s'occupant de leurs enfants adultes –schizophrènes.

Méthode. On examine 50 parents (38 mères, 12 pères) des patients schizophrènes, diagnostiqués d'après les critères d'ICD-10, en usant les questionnaires SOC et CISS.

Résultats. Le sens de cohérence et les styles de se débrouiller avec le stress corrélaient dans le groupe examiné. Le sens de cohérence corréla positivement avec le style problématique ($r=0,609$; $p<0,001$); et il corréla négativement avec d'autres styles. Le style de tâches est en proportion avec le sens de cohérence et le style émotionnel en corréla négativement.

Conclusions. 1. Dans le groupe de parents le sens de cohérence se lie avec le style de se débrouiller avec le stress qui se concentre à résoudre les problèmes. 2. Le sens de cohérence corréla négativement avec le style qui se concentre à éviter les problèmes et le style émotionnel. 3. Dans le groupe analysé en général c'est la mère (ayant environ 60 ans) qui s'occupe de son fils (35 ans) souffrant de la schizophrénie.

Piśmiennictwo

1. Miller F, Dworkin J, Ward M, Barone D. *A preliminary study of unresolved grief in families of seriously mentally ill patients*. Hosp. Comm. Psychiatry 1990; 41: 1321–1325.
2. Wahl OF, Harman CR. *Family views of stigma*. Schizophr. Bull. 1989; 15: 131–139.
3. Clark RE. *Family costs associated with severe mental illness and substance use*. Hosp. Comm. Psychiatry 1994; 45: 808–813.
4. McCubbin MA, McCubbin H. *Family coping with health crises: The family resiliency model of family stress, adjustment and adaptation*. W: Danielson C, red. *Families, health and illness*. St. Louis: Mosby; 1993, s. 21–63.
5. Folkman S, Lazarus RS. *If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination*. J. Pers. Soc. Psychol. 1985; 11: 150–170.
6. Fincham FD. *Developmental dimension of attribution theory*. W: Jaspers J, Fincham FD, Hewstone M, red. *Attribution theory and research: conceptual, developmental and social dimension*. New York: Academic Press; 1983, s. 117–164.
7. Ryan KA. *Mothers of adult children with schizophrenia: an ethnographic study*. Schizophr. Res. 1993; 11: 21–31.
8. Bebbington P, Kuipers L. *The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis*. Psychol. Med. 1994; 24: 707–718.
9. Scazufca M, Kuipers E. *Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia*. Brit. J. Psychiatry 1996; 168: 580–587.
10. Kasperek-Zimowska B. *Teoria redefiniowania roli rodzica według P. J. Milliken na tle innych modeli badawczych obejmujących opiekę nad dorosłą osobą przewlekle chorą psychicznie*. Psychiatr. 2004; 1: 31–36.
11. Gorczyca P, Leksowski W, Kapinos A, Pudło R, Tomalczyk E, Sobiś J. *Poczucie koherencji a przebieg schizofrenii*. Wiad. Psychiatr. 1999; 1: 17–24.
12. Habrat E. *Poczucie koherencji u osób z przebyłym zespołem typu endogennego*. Psychoter. 1997; 3: 73–79.
13. Jelonkiewicz I, Kosińska-Dec K, Muraszkiwicz L. *Związki poczucia koherencji z postrzeganą władzą w rodzinach ze zdrowym lub chorującym psychicznie dorosłym dzieckiem*. Post. Psychiatr. Neurol. 2001; 10: 331–341.
14. Wciórka J, red. *Doświadczenie choroby schizofrenicznej w świetle dziesięcioletniej katamnezy*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 1998.
15. Zwoliński M. *Systemowe zasoby rodziny a poczucie koherencji u dorosłego dziecka*. Przegl. Psychol. 2000; 2, t. 43: 139–156.
16. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Warszawa: Fundacja IPIŃ 1995.
17. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. *Use of coping inventory for stressful situations, in a clinically depressed sample: factor structure, personality correlates, and prediction of distress*. 2003; 59: 423–437.
18. Smith GC. *Predictors of the stage of residential planning among aging families of adults with severe mental illness*. Psychiatr. Serv. 2004; 7: 804–810.
19. McSherry WC, Holm JE. *Sense of coherence: its effects on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation*. J. Clinical Psychol. 1994; 4: 476–487.
20. Ebata AT, Moos RH. *Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents*. J. Appl. Develop. Psychol. 1991; 12: 33–54.
21. Hart KE, Hittner JB, Paras KC. *Sense of coherence, trait anxiety, and perceived availability of social support*. J. Res. Person. 1991; 25: 137–145.

22. Holohan CJ, Moos RH. *Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: an extension of the stress resistance paradigm*. J. Person. Soc. Psychol. 1990; 58: 909–917.
23. Zeidner M, Saklofske D. *Adaptive and maladaptive coping*. W: Zeidner M, Endler NS, red. *Handbook of coping*. Kanada: John Wiley & Sons, Inc.; 1996, 505–531.
24. Milliken PJ. *Disenfranchised mothers: caring for an adult child with schizophrenia*. Health Care Woman Intern. 2001; 22: 149–166.

Adres: Beata Kasperek-Zimowska
Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej
Instytutu Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 9

Otrzymano: 4.03.2008
Zrecenzowano: 16.04.2008
Otrzymano po poprawie: 11.04.2011
Przyjęto do druku: 9.05.2011