

Korzystanie z pomocy psychologicznej a zachowania asertywne u członków rodzin osób chorych na schizofrenię

The effects of psychological help on assertive behaviors in family members of schizophrenia patients

Aleksandra Skotnik¹, Agnieszka Samochowiec²

¹ Oddział Psychiatryczny, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach

² Zakład Psychologii Klinicznej i Psychoprophylaktyki, Instytut Psychologii, Uniwersytet Szczeciński

Summary

Aim. The aim of this study was to determine the relationship between the use (or lack thereof) of psychological help among family members of schizophrenia patients, and their expression of assertive behavior in relation to their relatives suffering from the illness.

Material and methods. The study group consisted of 34 people who run the household with their loved ones – schizophrenia patients. In the study we used the Social Competence Questionnaire (KKS) by Matczak, and the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) in the Polish adaptation by Wrześniewski et al. Socio-demographic data were collected through a self-designed survey.

Results. There was a relationship between a general tendency to avoid action in a problem situation and a tendency to seek social diversion in order to cope with stress. Assertive behavior was also found to correlate with a tendency to engage in substitute activities. Greater willingness to display assertive behavior was observed in subjects who revealed a tendency to avoid thinking about the problem and seeking active solutions in a stressful situation. The analyses also showed that younger people who coped with stress by revealing an avoidant coping style exhibited a more assertive behavior.

Conclusions. Our study did not confirm the link between the use of psychological assistance by the relatives of schizophrenia patients and their expression of assertive behavior in relation to the patient. However, it proved important that younger people who coped with stress by means of avoidance-oriented strategies manifested a greater propensity for assertive behavior.

Słowa klucze: zachowania asertywne, schizofrenia, rodzina

Key words: assertive behavior, schizophrenia, family

Wstęp

W okresie powojennym aż do lat sześćdziesiątych XX wieku panowało przekonanie, że schizofrenia jest efektem przebiegu nieprawidłowej socjalizacji lub komunikacji w rodzinie [1]. Szczególny nacisk kładziono na relację matka–dziecko. Uważano, że to właśnie więź z matką oraz jej metody wychowawcze mają decydujący wpływ na przyszłość potomstwa. Poglądy te stały się kanwą badań klinicznych, z których wynikało, że matki osób chorych na schizofrenię cechowały: uczuciowa oziębłość, nadopiekuńczość, dominacja. Nazwano je „schizofrennymi” matkami i zarzucono im, że hamują rozwój ego dzieci [2]. Obserwacjami klinicznymi objęto również pozostałych członków rodziny. Winą za chorobę obarczano też ojca, który „nie jest skuteczną przeciwwagą dla schizofrogennej matki i nie może pomóc dziecku w zakreślaniu własnych granic” [3, s. 27]. Rodzina stała się najważniejszą grupą odniesienia. Przeprowadzono badania empiryczne dotyczące życia rodzinnego osób chorych na schizofrenię [3]. W tym czasie rozpowszechniła się opinia, że schizofrenia to nie tyle choroba, co efekt patologicznie egzystującej rodziny. Otrzymała ona miano rodziny schizogennej [3].

Kolejną teorią była teoria procesu projekcji rodzinnej. „Proces ten może obejmować nawet kilka pokoleń rodziny, zaś jego efektem jest przenoszenie się określonych form zaburzeń z rodziców na dzieci, a następnie na wnuki, itd.” [4, s. 99]. Główną postacią tego procesu projekcji jest matka, która bierze na siebie odpowiedzialność za wychowanie dziecka. Równoległe panował pogląd, że nie jest ona przygotowana do wywiązania się z tej roli. Odczuwany przez nią niepokój powoduje, że dziecko postrzegane jest przez pryzmat wyobrażeń o nim. „Inaczej mówiąc, nadmierny poziom lęku i nadopiekuńczość ze strony matki wymuszają na dziecku podjęcie roli osoby zależnej, podporządkowanej i chorej. Proces ten po pewnym czasie zwykle prowadzi do rozwoju u dziecka objawów zaburzeń zachowania, które ujawniają się najczęściej w sytuacjach stresowych” [4, s. 99].

Obecnie współistnieją dwa podstawowe modele kliniczne schizofrenii, które nazywane są biologiczno-psycho społecznymi [5]. Pierwszy z nich to model podatności na zranienie Zubina, który uważał, że główną nieprawidłowością powodującą chorobę jest podatność na zranienie. Jest ona w pewnym stopniu wrodzona, ale i nabywa się ją w procesie socjalizacji. W sytuacji przewlekłego i silnego stresu przy istniejącym obciążeniu genetycznym może dojść do destabilizacji funkcjonowania psychicznego i rozwinięcia się choroby [5]. Model ten zwraca uwagę na to, że to środowisko (w tym rodzina) odgrywa ważną rolę w życiu chorego, tj. może być czynnikiem ochronnym, ale też podnosić ryzyko zachorowania.

Drugim modelem jest teoria ujawnionych uczuć [6, 7]. Powstała w wyniku badań środowisk, do których po hospitalizacji wracali chorzy. Zarysowały się dwie główne grupy: pacjenci mieszkający z rodzicami, współmałżonkami oraz pacjenci mieszkający z dalszą rodziną lub samotnie [3]. Co ciekawe, należący do pierwszego grona częściej miewali nawroty choroby. Inną znaczącą zmienną było niepodjęcie pracy zawodowej przez matkę oraz pacjenta. „Koncepcja ujawnianych uczuć zwraca uwagę na klimat rodzinny, odzwierciedla emocjonalną postawę rodziny wobec pacjenta, która manifestuje się przez negatywne lub pozytywne uczucia wyrażone wprost lub w za-

chowaniach. Badania pokazały, że niezależnie od tego czy są to emocje pozytywne, czy negatywne, sama nadmierna ich intensywność jest zbyt obciążająca dla pacjenta” [3, s. 29].

Następstwem przedstawionych koncepcji jest przeświadczenie, że rodzina ma znaczny wpływ na przebieg choroby oraz skuteczność jej leczenia [8]. W latach osiemdziesiątych XX wieku teoria ujawnianych uczuć była filarem pracy z rodzinami chorych na schizofrenię [3]. Według badań udział rodzin w programach psychoedukacyjnych miał duże znaczenie w zmniejszeniu ryzyka nawrotów choroby u ich bliskich [3]. Wskaźnik nawrotów wyłącznie po farmakoterapii po roku wynosił 38%, natomiast po 2 latach 62%. Sama psychoedukacja rodziny dała wynik mieszczący się pośrodku tych wartości, ponieważ po roku wskaźnik nawrotów wynosił 19%, a po 2 latach 29%. Psychoedukacja rodzin wraz z treningiem umiejętności społecznych okazała się najwartościowsza, gdyż po roku pokazała 0% wskaźnika nawrotów, a po 2 latach 25% [3]. Wynik ten utwierdza w przekonaniu, że rodzina powinna być rozumiana jako partner w leczeniu, z którym należy współpracować [9].

Zgodnie z przeświadczeniem, że winna chorobie jest przede wszystkim rodzina, przez wiele lat lekarze i terapeuci próbowali drastycznie zmienić jej strukturę, a nawet odseparować od niej pacjenta. Wpłynęło to na jakość relacji członków rodzin z lekarzami, terapeutami czy personelem medycznym [3]. Rodzin, które rezygnowały z terapii, było od 40 do 84% [6]. Pokazuje to, jak bardzo ciężar winy za chorobę zwiększał niechęć ze strony profesjonalistów oraz zmniejszał zaufanie do nich ze strony rodzin [6].

Chrzastowski [10] opisał zjawisko brzemienia, które odnosi się do wpływu wywieranego przez chorego na schizofrenię na członków swojej rodziny. Brzemień to wynika z przejęcia przez rodzinę dodatkowych ról związanych z opieką i pomocą osobie ze schizofrenią, jak i kontaktów, które obciążają zasoby. Badacz ten podkreślał, że nie tylko pacjent ponosi koszty związane ze swoją chorobą. Konsekwencje diagnozy dotyczą całej rodziny [10].

Badania nad funkcjonowaniem rodzin wskazywały, że na każdego pacjenta ze zdiagnozowaną schizofrenią przypada około 10 osób z jego najbliższego otoczenia bezpośrednio dotkniętych konsekwencjami choroby [11]. Opierając się na wynikach badań, stwierdzono, że opiekę nad chorym na schizofrenię najczęściej sprawują rodzice chorego (46%), a w drugiej kolejności mąż/żona/partnerka (26%). Ponadto opiekunami są najczęściej kobiety. Ze względu na pokrewieństwo opiekunowie zwykle mieszkają razem z osobą chorującą (81%) [11].

Opiekunowie osób chorych na schizofrenię często odczuwają negatywne konsekwencje swojego zaangażowania, zarówno emocjonalne, jak i społeczne czy zawodowe [12]. Opieka nad chorym bliskim generuje też znaczne koszty (przeciętnie 568 zł/miesiąc, dane z 2015), co przy konieczności zredukowania liczby godzin pracy stanowi duże obciążenie finansowe [12]. Największe obciążenie objawia się jednak w postaci własnych emocji i zmęczenia opiekunów, jakie wiąże się z funkcjonowaniem w stresie, z wyrzeczeniami oraz ciągłą troską. Może to skutkować rozwojem tzw. zespołu wypalenia [13]. Szacunkowo 12–18% osób opiekujących się chorymi na schizofrenię jest w grupie ryzyka zachorowania na depresję. Czynnikiem podwyższającym

to zagrożenie są: młody wiek chorego, niski poziom wykształcenia opiekuna oraz nasilenie objawów chorobowych [11]. Nie bez znaczenia jest też niepokój związany z zachęcaniem chorego do realizowania zadań życia codziennego. Należy dodać, że w konsekwencji obciążenia opieką nad osobą chorą na schizofrenię blisko 25% badanych korzystało z pomocy psychologa lub psychiatry w celu lepszego radzenia sobie z nawarstwiającymi się barierami i problemami. Czynnikiem, które uznano za najbardziej obciążające, były: destabilizacja życia na skutek nawrotów choroby, obciążenie finansowe oraz znalezienie wolnego czasu dla siebie [12].

W niniejszym badaniu celem było określenie związku pomiędzy korzystaniem (lub nie) z pomocy psychologicznej przez członków rodziny osób chorych na schizofrenię a przejawianymi przez nich zachowaniami asertywnymi w stosunku do bliskich chorych.

Material i metody

Grupa badana składała się z 34 osób, których bliskimi były osoby chorujące na schizofrenię. Wszyscy badani wyrazili dobrowolną zgodę na udział w badaniu. Udostępnione przez nich dane miały charakter poufny, a samo badanie było anonimowe. Badanie było prowadzone na oddziałach psychiatrycznych oraz w stowarzyszeniach zrzeczających rodziny i przyjaciół osób chorych psychicznie. Nie zakwalifikowano do niego osób, które nie prowadziły wspólnie z chorym gospodarstwa domowego.

Do weryfikacji postawionych hipotez wykorzystano Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS) autorstwa Matczak [14] oraz Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) w polskiej adaptacji Wrześniewskiego i wsp. [15]. Dane socjometryczne zebrano za pomocą ankiety własnego autorstwa. Wyniki uzyskane w KKS pozwoliły na zgromadzenie informacji na temat zachowań asertywnych. W niniejszej pracy właśnie ten czynnik szczegółowy był niezwykle istotny.

W trakcie badań oceniono również związek pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem a m.in. kompetencjami społecznymi, co stanowiło przedmiot zainteresowań klinicznych.

Wyniki

W pierwszej kolejności przedstawiono charakterystykę osób badanych, z uwzględnieniem procentowego rozkładu analizowanych zmiennych (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Wiek	okres wczesnej dorosłości 15%
	okres średniej dorosłości 53%
	okres późnej dorosłości 32%
Płeć	kobiety 79%
	mężczyźni 21%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Stopień pokrewieństwa wobec bliskich osób chorych na schizofrenię	matki 46%
	ojcowie 13%
	siostry, córki 10%
	żony 9%
	brat, mąż, wnuk 3%
Wykształcenie	podstawowe 9%
	zawodowe 32%
	średnie 47%
	wyższe 12%
Jak długo bliscy osób badanych chorowali na schizofrenię (w latach)	1–5 lat 29%
	6–10 lat 13%
	11–15 lat 29%
	16–20 lat 29%
Odczuwany poziom stresu związany ze schizofrenią bliskiej osoby	Zdecydowanie nie odczuwam stresu 3%
	Raczej nie odczuwam stresu 3%
	Nie mam zdania na ten temat 6%
	Raczej odczuwam stres 24%
	Zdecydowanie odczuwam stres 64%
Korzystający lub niekorzystający z pomocy psychologicznej	Korzystający 47%
	Niekorzystający 53%

Z przywołanych w tabeli danych wynika, że wśród badanych przeważały kobiety (79%), a w 46% były to matki osób chorujących na schizofrenię. Najwyższy odsetek badanych, bo aż 53%, to osoby znajdujące się w okresie średniej dorosłości oraz z ukończoną szkołą średnią – 47%. Ponadto 29% podopiecznych badanych osób chorowało na schizofrenię do 5 lat oraz powyżej 11. Co istotne, 64% badanych zdecydowanie odczuwało stres związany z chorobą swojego bliskiego. W badanej grupie nastąpił podział na bliskich korzystających oraz niekorzystających z pomocy psychologicznej. Różnica w punktach procentowych nie była znaczna i wynosiła 6%.

Przeprowadzone analizy pozwoliły na ocenę zachowań asertywnych podejmowanych przez osoby badane (tab. 2).

Tabela 2. Podstawowe wartości rozkładu wyników pomiaru zachowań asertywnych wśród członków rodzin osób chorujących na schizofrenię

Zachowania asertywne	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
KKS – wynik surowy	34	33,00	62,00	46,735	8,08	-0,162	-0,903

Badani członkowie rodzin w skali zachowań asertywnych KKS osiągnęli średnio 47 punktów surowych (przy odchyleniu równym 8,08 punktu). Na skali wystandaryzowanej odpowiadało to piątemu stenowi, co wskazywało na przeciętne natężenie zachowań asertywnych w badanej grupie. Żaden z badanych nie osiągnął wyników skrajnych, a skośność i kurtoza bliskie wartości 0 świadczyły o symetryczności rozkładu i koncentracji wyników wokół średniej – tak jak w rozkładzie normalnym.

Ponadto dokonano porównań asertywności w podgrupach badanych, które składały się z osób korzystających i niekorzystających z pomocy psychologicznej (tab. 3).

Tabela 3. Zachowania asertywne wśród opiekunów korzystających i niekorzystających z pomocy psychologicznej

Zmienne	Korzystanie z pomocy psychologicznej	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe	Test t-Studenta		
							T	df	P
KKS – wynik surowy	Tak	16	33,00	59,00	44,650	8,911	-1,368	32	0,181
	Nie	18	34,00	62,00	48,500	7,057			

Dane wskazały na brak istotnych różnic w poziomie asertywności pomiędzy osobami, które korzystały z pomocy psychologicznej oraz tymi, które z niej nie korzystały. W pierwszej podgrupie średni wynik surowy wynosił 45 punktów, podczas gdy badani z drugiej grupy osiągnęli średnio wynik o 4 punkty surowe wyższy. W całej grupie jednak różnice te nie okazały się istotne statystycznie, a wyniki ujawniły przeciętny poziom asertywności zarówno u opiekunów korzystających, jak i niekorzystających z pomocy psychologicznej.

W związku z założeniami pracy przeanalizowano korelację danych uzyskanych z kwestionariuszy KKS i CISS (tab. 4).

Tabela 4. Weryfikacja istotności, kierunku i siły związku pomiędzy zachowaniami asertywnymi a stylami radzenia sobie ze stresem

Zmienne \ Style radzenia sobie ze stresem	N	SSZ	SSE	SSU	ACZ	PKT	
Zachowania asertywne	r Pearsona	34	0,189	0,038	0,486**	0,354'	0,431'
	Istotność (dwustronna)		0,284	0,831	0,004	0,040	0,011

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu, SSE – styl skoncentrowany na emocjach, SSU – styl skoncentrowany na unikaniu, ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze, PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Ustalony poziom istotności ujawnił trzy znaczące związki, które dotyczyły stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na unikaniu. Bardzo istotny dodatni związek o umiarkowanej sile zachodził pomiędzy tą zmienną a ogólną tendencją do unikania działania w sytuacji problemowej, a także jednym z czynników tej skali – skłonnością do poszukiwania kontaktów społecznych w celu poradzenia sobie ze stresem. Dodatni związek o słabej sile łączył ponadto zachowania asertywne z tendencją do angażowania się w czynności zastępcze w sytuacji problemowej. Oznaczało to, że większą gotowością do asertywnego zachowania wykazywały się osoby, które w sytu-

acji stresowej miały większą skłonność do unikania myślenia o problemie i działania na rzecz jego aktywnego rozwiązania.

Omówienie wyników

Sprawowanie opieki nad osobami cierpiącymi z powodu psychozy powoduje wzrost poziomu napięcia emocjonalnego, szczególnie poczucia winy i wstydu [16]. W prowadzonych badaniach de Mamani i Suro [16] wskazały, że dbanie o jakość życia i istotne wartości pomagało członkom rodzin osób z doświadczeniem psychozy w radzeniu sobie z przeżywanymi emocjami i stresem związanym z chorobą i opieką nad bliskim.

W niniejszym badaniu opiekunowie osób chorych na schizofrenię, którzy korzystali lub nie korzystali z pomocy psychologicznej, charakteryzowali się przeciętnym poziomem asertywności w stosunku do bliskiego chorego. Na drugim miejscu pod względem liczebności znalazła się grupa z niskim poziomem asertywności. Osoby z wysokim poziomem asertywności stanowiły nieliczną część grupy badanej. Można przypuszczać, że u podłoża opisanego zjawiska leży lęk wywołany zetknięciem się z chorobą przewlekłą, jaką jest schizofrenia. Rodziny, starając się opiekować chorującym, przejmowały większość jego obowiązków. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że opiekunowie starali się w ten sposób podkreślić postawę wyrażającą troskę i współczucie.

Istnieją również badania wskazujące, że niewyrażanie wszystkich emocji wiąże się z występującymi u opiekunów stanami napięcia emocjonalnego. Jednym z nich jest projekt Lerner i wsp. [17], którzy koncentrowali się na ocenie poziomu stresu wśród opiekunów osób chorych na schizofrenię. Wykazali, że przeżywany stres w badanej grupie opiekunów był istotnie wyższy niż w populacji. Czynniki wpływającymi na podwyższenie poziomu stresu, zdaniem autorów, były m.in. opieka nad chorym na schizofrenię bliskim, monitorowanie przyjmowania przez niego leków oraz brak wsparcia społecznego i negatywna ocena efektów pracy opieki zdrowotnej [17].

W niniejszym badaniu nie była przeprowadzana szczegółowa analiza dotycząca samopoczucia oraz zdrowia badanych. Mimo wszystko 64% badanej grupy uznało, że zdecydowanie odczuwa stres związany z chorobą bliskiego. Stąd przypuszczenie, że właśnie ten czynnik mógł doprowadzić do wystąpienia u opiekunów zaburzeń emocjonalnych lękowych czy depresyjnych, a co za tym idzie, do obniżenia ujawnianej asertywności. Dwa skrajne zachowania odbiegające od zachowań asertywnych to wyrażanie agresji lub uległość. Cechy te nie zostały uwzględnione jako zmienne w badaniu, ponieważ jednym z zasadniczych celów było ustalenie poziomu asertywności bez odwoływania się do powyższych skrajnych zachowań. Otwiera to wszakże pole do dalszych badań, w których wzięto by je pod uwagę.

W naszym badaniu liczba osób, które korzystały z pomocy psychologicznej, była podobna do liczby osób, które nie korzystały z profesjonalnego wsparcia. Oceny znaczenia wsparcia psychologicznego oferowanego rodzinom pacjentów ze schizofrenią dokonali Giron i wsp. [18]. Zauważyli oni, że korzystanie z pomocy psychologicznej przez opiekunów zaowocowało obniżeniem się u nich przeżywania

poczucia winy, a także zwiększeniem empatii w ich relacjach z bliskimi chorymi. Autorzy wskazali, że redukcja poczucia winy i wzrost empatii u opiekunów były mediatorami korzystnego wpływu ich interwencji rodzinnych i psychospołecznych na wynik leczenia chorego [18].

W innym badaniu dotyczącym opieki nad bliskimi ze zdiagnozowaną schizofrenią [12] rozkład wyników odbiegał od przedstawionego w niniejszym opracowaniu, podano w nim bowiem, że jedynie 25% ankietowanych korzystało z pomocy psychologicznej, podczas gdy w prezentowanym badaniu było to 47%. Może mieć to związek z doborem grupy badanej, którą w naszym wypadku tworzyły osoby zrekrutowane na oddziałach psychiatrycznych w trakcie wizyt u chorujących lub w stowarzyszeniach skupiających rodziny i przyjaciół osób chorych psychicznie. Na tej podstawie można domniemywać, że u badanych występowała wysoka motywacja do kontaktów z otoczeniem, w którym obecny jest temat chorób psychicznych. Tego rodzaju potrzeba wsparcia mogła powodować chęć do inicjowania lub podtrzymywania relacji ze specjalistami w tej dziedzinie czy też innymi ludźmi doświadczającymi podobnych problemów. Z tego powodu warto byłoby replikować badanie na grupie opiekunów wyszukiwanych losowo, a nie w miejscach związanych ściśle z chorobą bliskiego.

McFarlane [19] z kolei dokonał metaanalizy badań dotyczących znaczenia rodziny i jej wpływu na efektywność leczenia jej członków chorujących na schizofrenię. Podkreślał rolę psychoedukacji rodziny i opiekunów osób chorujących na schizofrenię. Wskazał, że ma ona znaczenie w obniżeniu stresu emocjonalnego oraz jest środkiem zapobiegającym nawrotom choroby dzięki właściwej opiece sprawowanej nad chorym. Stwierdził, że brak wsparcia psychologicznego i psychoedukacji rodziny chorych na schizofrenię wpływa na pogorszenie rokowania przebiegu choroby i częstość nawrotów psychozy [19].

W naszym badaniu okazało się, że zachowania asertywne współwystępują z tzw. unikową strategią radzenia sobie ze stresem. Oznacza to, że większą asertywnością charakteryzowały się osoby badane, które w sytuacji stresowej starają się odciąć od źródła problemu, poszukując ulgi w kontaktach towarzyskich czy zastępczych czynnościach, takich jak jedzenie, spanie, zakupy itd. Co ciekawe, osoby młodsze wykazywały się większym poziomem asertywności niż osoby starsze. Można więc przypuszczać, że to tę grupę wiekową cechuje skłonność do zachowań asertywnych wobec chorego członka rodziny, która obniża się wraz z wiekiem. Dodatkowo dzięki przeprowadzeniu analizy statystycznej można stwierdzić, że zmienne takie jak płeć i wykształcenie opiekuna oraz miejsce zamieszkania i rodzaj pokrewieństwa z osobą chorą na schizofrenię nie różnicują badanych pod względem zachowań asertywnych. Wśród zmiennych psychologicznych tylko unikowy styl radzenia sobie ze stresem miał związek z zachowaniami asertywnymi.

Wyniki badań Ruggeri i wsp. [20] potwierdziły znaczenie wpływu rodziny na efekty leczenia chorych na schizofrenię. Uznali oni, że współpraca i interwencje rodzinne są integralnym elementem w leczeniu psychoz. Badania te dotyczyły oceny „brzemienia” związanego z opieką nad chorym psychicznie bliskim i przeżywanym stresem. Grupą badaną byli bliscy chorych z pierwszym epizodem psychozy w obserwacji 9-miesięcznej. Zauważono, że opiekunowie korzystający z pomocy psychologicznej,

psychoedukacji i wsparcia przejawiali istotnie mniejszy poziom napięcia emocjonalnego i stresu, lepiej współpracowali w przestrzeganiu zaleceń lekarskich i wpływało to na korzystniejsze rokowanie przebiegu choroby członka rodziny [20].

Podobnie Caqueo-Urizar i wsp. [21] uznali, że rodzina jest głównym opiekunem pacjentów chorujących na schizofrenię. W swoich badaniach obserwowali i oceniali zachodzące zmiany w funkcjonowaniu rodziny i konsekwencje związane z przewlekłością tej choroby. Podkreślali, że wsparcie psychologiczne rodziny chorego w sposób znaczący poprawia jej funkcjonowanie. W świetle ich badań uzyskiwanie korzystnych zmian, jeśli chodzi o poprawę jakości życia chorych i ich rodzin, jest procesem powolnym, wymagającym zaangażowania opieki zdrowotnej, jak również lokalnych władz oraz zwiększenia finansowania działań terapeutycznych, jakimi obejmowane są rodziny pacjentów chorujących na schizofrenię [21].

W niniejszym badaniu pośród zmiennych o charakterze demograficznym tylko wiek członków rodziny osoby chorej na schizofrenię różnicował poziom ujawnianej asertywności. Podsumowując, można stwierdzić, że większą skłonnością do zachowań asertywnych wykazywały się osoby młodsze i takie, które chętniej radziły sobie z problemami w sposób unikowy. Przymuszczenie oznaczało to, że poszukiwanie towarzystwa czy kierowanie się ku czynnościom zastępczym pozwalało na rozładowanie napięcia emocjonalnego, co z kolei prowadziło do większego ujawniania zachowań asertywnych. Można zatem postawić hipotezę, że osoby młodsze, które wychowywały się w czasach promujących samorealizację, zaspokajanie własnych potrzeb i zdrowy egoizm, nauczyły się asertywnie odmawiać czy wyrażać swoją opinię. Ich przeciwieństwem mogłaby być grupa osób dorastających w bardziej kolektywnym modelu rodziny, który popularyzował wielopokoleniowe gospodarstwa domowe [22]. W takich często wielodzietnych rodzinach było czymś zupełnie naturalnym, że ich członkowie opiekowali się sobą nawzajem, zwłaszcza osobami chorymi, starszymi czy dziećmi. Wiązało się to zatem z niskim poziomem ujawniania jakichkolwiek zachowań asertywnych.

Kolejna hipoteza mogłaby być związana z rozwojem jednostki [23]. Badani, którzy tworzyli grupę będącą na etapie wczesnej dorosłości, prawdopodobnie skupiali się na innych zadaniach rozwojowych, przypadających na ten okres. Edukacja, kariera zawodowa, założenie własnej rodziny były to w ich wypadku główne obszary zainteresowań. Zgoła inaczej wyglądało to wśród osób starszych, które zrealizowały już swoje założenia i plany, w związku z czym zaczęły koncentrować się na rodzinie oraz stały się bardziej opiekuńcze [23], a tym samym w mniejszym stopniu ujawniały zachowania asertywne.

Analiza uzyskanych danych prowadzi do refleksji nad ograniczeniami niniejszego badania. Jednym z nich były dobór i liczebność próby badanej. Niemała liczba osób pomimo wstępnego zainteresowania badaniem po zapoznaniu się z procedurą jednak odmówiła udziału. Osoby takie powoływały się na chroniczny brak czasu wolnego lub na własne uprzedzenia w kontaktach z psychologiem/psychiatrą. Z rozmów przeprowadzonych z bliskimi chorych na schizofrenię wynikało, że niejednokrotnie miały one negatywne nastawienie do współpracy ze specjalistami. Mogło to świadczyć o słabej znajomości omawianej grupy ze strony profesjonalistów, o większym zaangażowaniu lekarzy i psychologów w kontakt z samym pacjentem, ale nie z rodziną, lub po prostu

o charakterystyce badanej grupy. Niewykluczone, że przez liczne obciążenia była ona szczególnie wrażliwa na pewne aspekty relacji ze specjalistami. Są to jednak wyłącznie hipotezy, które wymagałyby sprawdzenia.

Warto podkreślić, że badania np. Gurak i de Mamani [24] dotyczące oddziaływania rodziny w leczeniu bliskich chorujących na schizofrenię wskazują zarówno na ich szkodliwy, jak i ochronny charakter. Wysoki krytycyzm opiekunów i ich mała empatia oraz słaba spójność rodziny prowadziły często do nasilenia objawów psychozy. Natomiast największe znaczenie dla efektywności leczenia chorych na schizofrenię miała właśnie spójność ich rodzin [24].

Resumując powyższe analizy oraz teoretyczne rozważania na temat obrazu opiekunów osób chorych na schizofrenię, można sformułować pewne wskazówki, które pozwoliłyby na lepsze poznanie przedstawianej grupy badanej. Pierwsza dotyczy jej chęci do utrzymywania kontaktów z ludźmi ofiarującymi pomoc, czyli wsparcie emocjonalne, instrumentalne czy informacyjne. Do chwili, w której opiekunowie nie będą mieli poczucia zrozumienia i bezpieczeństwa, takie kontakty i relacje będą powierzchowne, powściągliwe czy zdystansowane. Oznacza to, że zespół terapeutyczny powinien zwracać szczególną uwagę na problemy opiekunów. Drugim znaczącym aspektem jest przeciętny lub niski poziom ujawnianych zachowań asertywnych u opiekunów w stosunku do bliskich chorych na schizofrenię. Zważywszy na to, jak ważna jest asertywność w życiu codziennym, można by rozważyć stworzenie grup treningowych asertywności. Grupy trenujące asertywność wytwarzałyby atmosferę opartą na życzliwości i koncentracji na wzajemnej pomocy przy podejmowanych ćwiczeniach. Pozwoliłoby to na wprowadzenie konkretnych zmian w życiu opiekuna, a co za tym idzie również pacjenta.

Z pewnością badanych charakteryzował też wysoki poziom odczuwanego stresu, który był związany ze sprawowaniem opieki nad osobą przewlekle chorą. W badaniu wykryto związek pomiędzy unikową strategią radzenia sobie ze stresem a ujawnianą asertywnością. Pozwalając opiekunom podczas przeżywania stresu na nieskupianie się wyłącznie na emocjach czy konkretnych zadaniach do wykonania, ale na własnych metodach zastępczych, można by poprawić ich funkcjonowanie psychiczne i społeczne.

Rolą profesjonalistów powinna być psychoedukacja również opiekunów osób chorych na schizofrenię, która uświadamiałaby, że zajmowanie się własnym życiem nie jest nieojalnością wobec chorującego. Należałoby pozwolić opiekunom na przeżywanie emocji we własny sposób, co wiąże się z dbaniem o siebie, stawianiem pewnych granic tylko po to, aby móc w pełnym zdrowiu troszczyć się o bliskich.

Wnioski

Nie potwierdziła się hipoteza, że zachodzi związek pomiędzy korzystaniem przez bliskich osób chorych na schizofrenię z pomocy psychologicznej a ujawnianiem zachowań asertywnych w stosunku do chorego. Istotny natomiast był wniosek, że większą skłonnością do zachowań asertywnych wykazywały się osoby młodsze, które radziły sobie ze stresem w sposób unikowy.

Podziękowania

Autorki niniejszej pracy dziękują kierownikom i pracownikom Stowarzyszenia Feniks – Stowarzyszenia Użytkowników Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej oraz ich Rodzin i Przyjaciół (Kolobrzeg), Stowarzyszenia Rodzin i Przyjaciół Osób Mniejszych Szans „Więź” (Szczecin), Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach oraz Katedry i Kliniki Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego (Szczecin) za umożliwienie prowadzenia badań, przychylność i wszelką pomoc.

Piśmiennictwo

1. Chuchra M. *Obraz brzemienia rodziny z osobą chorą na schizofrenię*. Roczniki Psychologiczne 2009; 12(2): 104–121.
2. Birchwood M, Jackson Ch. *Schizofrenia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
3. Muraszkiwicz L. *Rodzina partnerem efektywnego leczenia schizofrenii*. Przew. Lek. 2002; 5(7): 27–33.
4. Radochoński M. *Wybrane zagadnienia psychopatologii w ujęciu systemowej koncepcji rodziny*. Roczniki Socjologii Rodziny 1998; 10: 91–109.
5. Skrzypińska D, Słodka M. *Kto może zachorować na schizofrenię? Czyli o modelach podatność–stres*. W: Drop E, Maćkiewicz M red. *Młoda Psychologia*, t. 1. Warszawa: Liberi Libri; 2012. S. 369–385.
6. Barbaro de B, Cechnicki A, Rostworowska M. *Expressed emotions (EE) as the basic prognostic indicator in schizophrenia. Review of studiem*. Psychiatr. Pol. 1986; 20(2): 119–126.
7. Cechnicki A, Hanuszkiewicz I, Polczyk R, Cichocki Ł, Kalisz A, Rostworowska M. *Wskaźnik ekspresji emocji (EE) jako rodzinny predyktor przebiegu schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(2): 173–184.
8. Rostowska M. *Koncepcja wskaźnika ujawnianych uczuć*. W: Barbaro de B. *Schizofrenia w rodzinie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999. S. 51–67.
9. Araszkiewicz A, Golicki D, Heitzman J, Jerema M, Karkowska D, Langiewicz W i wsp. *Biała Księga. Osoby chorujące na schizofrenię w Polsce. Raport*. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej; 2011.
10. Chrzastowski Sz. *Różne podejścia do koncepcji brzemienia rodzin osób z rozpoznaniem schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2004; 38(3): 421–432.
11. Kulik M, Małowicka M, Mucha E, Górka A, Chudzicka A, Ziobro M. *Schizofrenia. Rola opiekunów w kreowaniu współpracy. Raport*. Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o.; 2015.
12. BSM. *Opieka nad bliskimi ze zdiagnozowaną schizofrenią. Raport z badania ilościowego*. Janssen; 2015.
13. Nitka-Siemńska A. *„Zespół wypalenia” u rodziców osób chorych na schizofrenię przewlekłą*. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych, Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Akademii Medycznej w Gdańsku. Gdańsk; 2007.
14. Matczak A. *KKS – Kwestionariusz Kompetencji Społecznych*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2007.
15. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. *CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2005.

16. Mamani de AW, Suro G. *The effect of a culturally informed therapy on self-conscious emotions and burden in caregivers of patients with schizophrenia: A randomized clinical trial*. Psychotherapy (Chic) 2016; 53(1): 57–67.
17. Lerner D, Chang H, Rogers WH, Benson C, Lyson MC, Dixon LB. *Psychological distress among caregivers of individuals with a diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder*. Psychiatr. Serv. 2017; 69(2): 169–178.
18. Girón M, Nova-Fernández F, Mañá-Alvarenga S, Nolasco A, Molina-Habas A, Fernández-Yañez A i wsp. *How does family intervention improve the outcome of people with schizophrenia? Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2015; 50(3): 379–387.
19. McFarlane WR. *Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review*. Fam. Process 2016; 55(3): 460–482.
20. Ruggeri M, Lasalvia A, Santonastaso P, Pileggi F, Leuci E, Miceli M i wsp. *Family burden, emotional distress and service satisfaction in first episode psychosis. Data from the GET UP Trial*. Front. Psychol. 2017; 8: 721.
21. Caqueo-Urizar A, Rus-Calafell M, Craig TK, Irrazaval M, Urzúa A, Boyer L i wsp. *Schizophrenia: Impact on family dynamics*. Curr. Psychiatry Rep. 2017; 19(1): 2.
22. Boguszewski R. *Współczesne znaczenie i rozumienie rodziny w Polsce*. Zeszyty Naukowe KUL 2015; 4: 127–148.
23. Brzezińska A, Appelt K, Ziółkowska B. *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2015.
24. Gurak K, de Mamani WA. *Risk and protective factors, perceptions of family environment, ethnicity, and schizophrenia symptoms*. J. Nerv. Ment. Dis. 2016; 204(8): 570–577.

Adres: Agnieszka Samochowiec
Zakład Psychologii Klinicznej i Psychoprofilaktyki
Instytut Psychologii, Uniwersytet Szczeciński
71-017 Szczecin, ul. Krakowska 69
email: agnieszkasamochowiec@gmail.com

Otrzymano: 21.07.2017

Zrecenzowano: 7.09.2017

Otrzymano po poprawie: 6.10.2017

Przyjęto do druku: 8.10.2017