

## Poczucie koherencji i sposoby radzenia sobie ze stresem w relacji z bratem lub siostrą u zdrowego rodzeństwa osób chorych psychicznie

### Sense of coherence and ways of coping in the relationship with brother or sister in healthy siblings of mentally ill persons

Anna Osuchowska-Kościjańska<sup>1</sup>, Katarzyna Charzyńska<sup>1</sup>,  
Małgorzata Chądzyńska<sup>1</sup>, Anna Drożdżyńska<sup>1</sup>,  
Beata Kasperek-Zimowska<sup>1</sup>, Agata Bednarek<sup>1</sup>, Maryla Sawicka<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

Kierownik: dr hab. n med. K. Kucharska

<sup>2</sup> Instytut Psychologii Stosowanej, Katedra Psychologii Klinicznej,  
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. C. Czabała

#### Summary

**Aim.** The aim of the present study was to investigate sense of coherence in healthy siblings of persons suffering from schizophrenia as well as their ways of coping in the relationship with ill brother or sister.

**Methods.** 40 healthy brothers and sisters of persons with ICD- 10 diagnosis of F20 to F29 participated in the present study. Orientation to Life Scale (SOC- 29) was used to assess sense of coherence and Ways of Coping with Stress questionnaire (SRSS) was used to examine stress coping strategies.

**Results.** Mean global score of siblings of persons with schizophrenia was 111 points. Subjects used coping strategies focused on problem significantly more often than those focused on emotions.

**Conclusions.** Therapeutic work with healthy siblings should focus on strengthening sense of personal competence, development of personal resources and different ways of coping with stress, investigation of emotions that healthy siblings experience in the relationship with ill brother or sister as well as supporting the process of accepting changes in the relationship with the ill sibling.

**Słowa kluczowe:** schizofrenia, zdrowe rodzeństwo, poczucie koherencji

**Key words:** schizophrenia, healthy siblings, sense of coherence

---

Autorzy mieli równy udział w powstaniu publikacji.

Badanie nie było sponsorowane.

## Wstęp

Relacje między rodzeństwem są zaliczane do najbardziej podstawowych i jednocześnie najbardziej skomplikowanych więzi międzyludzkich. Choroba psychiczna brata lub siostry nie może więc pozostać bez konsekwencji dla zdrowego rodzeństwa, które doświadcza w tym czasie wielu trudnych uczuć: smutku, bezradności, gniewu, zazdrości, winy i wstydu, ale także miłości. Jednak bracia i siostry chorych często pozostają niewidoczni dla systemu leczenia i opieki, jak również są pozbawieni informacji oraz wsparcia, tak istotnych dla lepszego radzenia sobie z chorobą rodzeństwa [1].

W wyniku dotychczasowych badań powstało kilka klasyfikacji stylów radzenia sobie stosowanych przez zdrowe rodzeństwo. Kinsella i wsp. podzielili je na pozytywne (zdrowe) i negatywne (niezdrowe). Przykłady stylu pozytywnego to konstruktywna ucieczka (np. w sport), poszukiwanie wsparcia, zbieranie informacji, rozwój duchowy. Te negatywne obejmują niekonstruktywną ucieczkę (blokowanie i unikanie bolesnych uczuć), cenzurowanie własnych zachowań, odizolowanie się [2]. Z kolei w badaniach Gerace i wsp. wyodrębniono trzy style radzenia sobie: współpraca (aktywne współdziałanie z profesjonalistami), zaangażowanie zorientowane na kryzys (interwencja w przypadku kryzysowej sytuacji, brak długofalowego planu), podejście zdystansowane (pośrednie zaangażowanie) [3]. W badaniach przeprowadzonych przez Barnable i wsp. zdrowe rodzeństwo podkreślało, że bliskie relacje wewnątrz rodziny są ważną pomocą w radzeniu sobie z chorobą brata lub siostry [4]. Według rodzeństwa uczestniczącego w innych badaniach kontrola objawów, wsparcie społeczne i korzystanie z najbardziej specjalistycznej pomocy to najlepsze strategie radzenia sobie [5].

Utrata i zmiany w relacji doświadczane przez rodzeństwo osób chorych zostały zaliczone przez Friedrich i wsp. do podstawowych źródeł stresu u zdrowego rodzeństwa. Zdrowi bracia i siostry byli narażeni na nadmierny stres również w obszarach wykraczających poza relacje rodzinne. Choroba wywarła wpływ na ich związki, pełnione przez nich role i zdrowie [6].

Zgodnie z koncepcją Antonovsky'ego człowiek podlega oddziaływaniom różnych stresorów, które mobilizują organizm do sięgania po swoje zasoby, aby poradzić sobie z trudnymi sytuacjami. Jednym z nich jest poczucie koherencji, które pełni rolę metazasobu. Dobrze ukształtowany mobilizuje te pokłady, wpływa na ocenę sytuacji i pomaga w wyborze skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem. Poczucie koherencji badano m.in. w populacji osób chorych psychicznie [7] oraz wśród rodziców dorosłych dzieci przewlekłe chorujących psychicznie [8].

Wśród doniesień naukowych znaleziono tylko jedną pracę badawczą, której celem była analiza porównawcza osób chorych na schizofrenię paranoidalną z ich rodzeństwem pod względem poczucia koherencji. Nie wykazano różnic istotnych statystycznie pomiędzy badanymi grupami, jednak pokazano tendencję, w której każda miara poczucia koherencji była wyższa u zdrowego rodzeństwa niż u chorych braci i sióstr [9].

Celem obecnego badania była analiza poczucia koherencji i sposobów radzenia sobie w relacji z bratem lub siostrą u zdrowego rodzeństwa osób chorujących psychicznie oraz zbadanie związku między tymi właściwościami u badanych.

Postawiono następujące pytanie badawcze: czy poziom poczucia koherencji będzie korelował z określonymi strategiami radzenia sobie ze stresem, a jeśli tak, to jaki będzie charakter tego związku?

### Metoda

W badaniu wykorzystano następujące narzędzia:

1. Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) A. Antonovsky'ego do badania poczucia koherencji. Składa się z 29 stwierdzeń oraz 3 podskal – poczucia zrozumiałości, zaradności oraz sensowności. Osoba badana udziela odpowiedzi za pomocą 7-stopniowej skali Likerta, gdzie 1 oznacza, że dane nastawienie występuje zawsze, a 7 – że nigdy. Oblicza się również wynik ogólny, czyli nasilenie poczucia koherencji u osoby badanej (wynik w przedziale 29–203).

2. Sposoby radzenia sobie ze stresem (SRSS). W prezentowanym badaniu zastosowano polską adaptację kwestionariusza „Ways of Coping Checklist” skonstruowanego przez Folkman i Lazarusa w 1980 roku i następnie zrewidowanego w 1985 roku przez Folkman, Lazarusa, Dunkel-Schetter i wsp. pod nazwą „Ways of Coping Questionnaire”. Wybrano polską adaptację tej metody opracowaną przez Olesia w 1995 roku. Składa się ona z 80 twierdzeń, które opisują poznawcze i behawioralne sposoby radzenia sobie ze stresem. 4-stopniowa skala oceny uzyskanych odpowiedzi (od 0 do 3) odzwierciedla częstotliwość, z jaką osoby badane stosują różne strategie. Na bazie szczegółowych skal skonstruowano dwie ogólne skale ujmujące strategie zorientowane problemowo i strategie zorientowane emocjonalnie. Instrukcję kwestionariusza zmieniono w celu zbadania strategii radzenia sobie w relacji z psychicznie chorym rodzeństwem [10].

3. Kwestionariusz danych społeczno-demograficznych dla osoby badanej w opracowaniu własnym. Zdrowe rodzeństwo pytano o wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, wiek w chwili zachorowania brata/siostry, opis sytuacji rodzinnej i charakter relacji rodzeństwa.

4. Kwestionariusz danych społeczno-demograficznych dotyczących chorego brata lub siostry w opracowaniu własnym. Dla chorego rodzeństwa zebrano dane pozwalające scharakteryzować wiek, płeć, stan cywilny, rozpoznanie, czas trwania choroby, liczbę hospitalizacji. Badanie polegało na jednokrotnym wypełnieniu przez osoby badane zestawu kwestionariuszy. Obie ankiety wypełniało zdrowe rodzeństwo.

### Material

W badaniu uczestniczyło 40 osób (zdrowi bracia i siostry osób chorujących psychicznie). Badani byli rekrutowani poprzez kontakt personelu z rodzinami pacjentów oddziałów psychiatrycznych i form pośrednich leczenia środowiskowego. Uczestnicy mieli powyżej 18 lat, posiadali rodzeństwo chorujące psychicznie – z rozpoznaniem schizofrenii lub zaburzeń typu schizofrenicznego (F20 do F29 wg ICD-10). Zostali oni poinformowani o celach i przebiegu badania oraz podpisali zgodę na udział w badaniu.

## Wyniki

### Charakterystyka demograficzna i kliniczna

W badanej grupie było 27 sióstr (67,5%) i 13 braci (32,5%). Średni wiek osób badanych to 38 lat (od 20 do 63 lat). Badani byli średnio 2 lata młodsi od chorującego rodzeństwa (od 13 lat młodsi, do 10 lat starsi). Wśród badanych osób większość miała wykształcenie wyższe (28 osób; 70%) oraz średnie (11 osób; 27,5%). W badanej grupie 18 osób (45%) było samotnych, 22 (55%) w związku partnerskim, 21 osób (52,5%) było bezdzietnych, a 18 (45%) miało własne dzieci (od 1 do 3 dzieci). Większość – 29 osób (72,5%) – pracowała zawodowo, 4 osoby (10%) pozostawały na utrzymaniu rodziców. Z chorującym rodzeństwem mieszkało 10 osób (25% badanych), a pozostali – osobno. Charakterystyki badanej grupy przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna i kliniczna badanej grupy (n = 40)

Zmienne	Średnia	SD	Min	Max
Wiek osoby badanej (rodzeństwo)	37,70	12,34	20	63
Wiek pacjenta	39,18	11,95	21	61
Różnica wieku	1,69	5,38	-10	13
Bezwzględna różnica wieku	4,66	3,10	0	13
Wiek zachorowania pacjenta	22,58	8,42	6	48
Czas trwania choroby (lata)	15,79	10,75	1,5	46
Liczba hospitalizacji	6,38	5,73	0	20

Chorujące rodzeństwo leczycy się przede wszystkim na oddziałach dziennych (20 osób, tj. 50%) lub uczestniczyło w warsztatach terapii zajęciowej (13 osób, tj. 32,5%). Chorujące rodzeństwo to zarówno kobiety (45%), jak i mężczyźni (55%), najczęściej z wykształceniem średnim (52,5%), w zdecydowanej większości samotni (87,5%). Średnia wieku wyniosła 39 lat, a średni czas trwania choroby – 16 lat. Chorzy byli hospitalizowani średnio 6 razy, ok. 50% z nich było hospitalizowanych na oddziałach całodobowych do 4 razy.

### Poczucie koherencji

Rodzeństwo osób chorych na schizofrenię uzyskało w skali globalnego poczucia koherencji 111 pkt, co jest wynikiem poniżej przeciętnej [11]. Szczegółowe wyniki pomiarów poczucia koherencji przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Średnie wyniki Kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC-29 w grupie rodzeństwa osób chorych na schizofrenię

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29)			
Zmienne	średnia	SD	min. – max.
Poczucie zrozumiałości	44,38	8,07	30–58
Poczucie zaradności	36,70	3,42	29–44

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Poczucie sensowności	29,70	3,42	25–40
Poczucie koherencji SOC-29	110,78	8,80	94–128

Sposoby radzenia sobie ze stresem w relacji z chorym rodzeństwem

Wyniki dotyczące sposobów radzenia sobie ze stresem w relacji z bratem lub siostrą chorującą psychicznie zawiera tabela 3.

Tabela 3. Średnie wyniki Skali Radzenia Sobie ze Stresem w grupie rodzeństwa osób chorych na schizofrenię

Skala radzenia sobie ze stresem SRSS			
Zmienne	średnia	SD	min. – max.
Opanowanie	2,11	0,48	1–3
Poszukiwanie rozwiązania	2	0,6	1–3
Mobilizacja do działania	2,07	0,55	1–3
Strategie skoncentrowane na problemie	6,2	1,44	2,98–8,61
Poszukiwanie informacji	1,44	0,54	0–3
Poszukiwanie wsparcia	1,24	0,55	0–3
Rezygnacja, bierność	0,71	0,67	0–3
Autoagresja, samoobwinianie	1,2	0,55	0–3
Dezorganizacja	0,95	0,51	0–3
Bagatelizowanie	0,93	0,54	0–3
Kompensowanie	1,48	0,53	0–3
Strategie zorientowane na emocje	7,94	2,27	2,96–13,33
Religijne	0,95	0,9	0–3
Optymizm	1,9	0,54	1–3
Dojrzewanie	1,73	0,68	0–3

W celu porównania częstości wybierania różnych strategii radzenia sobie ze stresem policzono średnie wyniki dla skal: strategie skoncentrowane na problemie i strategie zorientowane na emocje (ze względu na różną liczbę pytań w każdej podskali). W dalszej części artykułu, ze względu na ograniczony rozmiar publikacji, prezentowane są tylko zależności istotne statystycznie. Rodzeństwo istotnie częściej wybierało strategie radzenia sobie skoncentrowane na problemie niż zorientowane na emocje (średnie wyniki podtestów: skoncentrowane na problemie 2,07; SD = 0,47; zorientowane na emocje 1,12; SD = 0,35; test t-Studenta,  $t = 8,49$ ;  $df = 39$ ;  $p < 0,0001$ ).

Ponadto odnotowano istotne różnice statystyczne między poziomami poszczególnych sposobów radzenia sobie ze stresem – SRSS ( $F = 29,237$ ;  $df1 = 12$ ,  $df2 = 468$ ;  $p < 0,0001$ ). Rodzeństwo najczęściej wybierało następujące sposoby: opanowywanie emocji, poszukiwanie rozwiązania i mobilizacja do działania (zaliczane do strategii

skoncentrowanych na problemie), a najrzadziej takie strategie, jak rezygnacja, bagatelizowanie, dezorganizacja, strategie religijne ( $p < 0,05$ ).

#### Poczucie koherencji a radzenie sobie ze stresem w relacji z chorym bratem lub siostrą

W celu odpowiedzi na pytanie, jak poczucie koherencji wpływa na radzenie sobie ze stresem w relacji z bratem lub siostrą chorującą na schizofrenię, zastosowano analizę regresji. Strategie skoncentrowane na problemie w relacji z leczącym się bratem/siostrą były związane z niektórymi zmiennymi demograficznymi ( $F = 3,078$ ;  $p = 0,013$ ) i poczuciem koherencji ( $F = 4,227$ ;  $p = 0,012$ ), co przedstawiają tabele 4 i 5. Do analizy regresji wybrano zmienne demograficzne: wiek, płeć, stan cywilny osób badanych, bezwzględna różnica wieku między osobami badanymi a ich chorującym rodzeństwem, czas trwania choroby, liczba hospitalizacji, zamieszkanie (razem lub osobno).

Tabela 4. Cechy społeczno-demograficzne a strategie skoncentrowane na problemie

Zmienna zależna: Strategie skoncentrowane na problemie			
$R^2$ skorygowane = 0,322; $F = 3,078$ ; $p = 0,013$			
	Beta	t	$p_v$
(Constant)		2,9096626	0,0071614
wiek osoby badanej	0,381959	1,4342977	0,1629689
pleć osoby badanej	0,3458228	2,3436985	0,0267061
stan cywilny osoby badanej	-0,115769	-0,63695	0,5295217
różnica wieku	-0,371423	-2,068838	0,0482592
zamieszkanie	-0,20122	-1,263053	0,2173691
liczba hospitalizacji	0,0667494	0,344974	0,7327869
czas trwania choroby	0,2375098	0,8501614	0,4027116
posiadanie dzieci osoby badanej	-0,116298	-0,577389	0,5684605

Zmienne demograficzne wyjaśniają 32,2% wariacji zmiennej Strategie skoncentrowane na problemie. Mężczyźni częściej je wybierali niż kobiety ( $\beta = 0,346$ ;  $t = 2,344$ ;  $p = 0,027$ ). Im mniejsza różnica wieku między pacjentem a jego bratem lub siostrą, tym częściej wybierane były strategie skoncentrowane na problemie ( $\beta = -0,371$ ;  $t = -2,069$ ;  $p = 0,048$ ).

Tabela 5. Poczucie koherencji a strategie skoncentrowane na problemie

Zmienna zależna: Strategie skoncentrowane na problemie			
$R^2$ skorygowane = 0,199; $F = 4,227$ ; $p = 0,012$			
	Beta	t	p
(Constant)		1,634094	0,110955
SOC-29 Poczucie Zrozumiałości	0,465791	3,221726	0,002704

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

SOC-29 Poczucie Zaradności	-0,07611	-0,52595	0,602146
SOC-29 Poczucie Sensowności	-0,14684	-1,00784	0,320259

Wyniki składowych zmiennej Poczucie koherencji wyjaśniają 19,9% wariacji zmiennej Strategie skoncentrowane na problemie. Osoby o wyższym poczuciu zrozumiałości częściej wybierały strategie skoncentrowane na problemie ( $\beta = 0,466$ ;  $t = 3,222$ ;  $p = 0,003$ ). Ponadto wyniki zmiennej Strategie skoncentrowane na problemie korelowały dodatnio z globalnym poczuciem koherencji ( $r$ -Pearsona = 0,343;  $p = 0,03$ ).

Strategie zorientowane na emocje w radzeniu sobie w relacji z leczącym się bratem/siostrą zależne były od jednego z wymiarów poczucia koherencji, tj. poczucia zrozumiałości ( $F = 7,065$ ;  $p = 0,001$ ).

Tabela 6. Poczucie koherencji a strategie zorientowane na emocje

Zmienna zależna: Strategie zorientowane na emocje			
$R^2$ skorygowane = 0,318; $F = 7,065$ ; $p = 0,001$			
	Beta	t	p
(Constant)		0,549326	0,586173
SOC-29 Poczucie Zrozumiałości	-0,47172	-3,5366	0,001136
SOC-29 Poczucie Zaradności	0,251863	1,886539	0,067309
SOC-29 Poczucie Sensowności	0,252598	1,879243	0,068326

Poczucie koherencji wyjaśnia 31,8% wariacji wyników zmiennej Strategie zorientowane na emocje. Rodzeństwo stosowało te strategie tym rzadziej, im wyższe było poczucie zrozumiałości ( $\beta = -0,472$ ;  $t = -3,537$ ;  $p = 0,001$ ).

W badanej próbie nie zanotowano istotnych zależności zmiennej Poczucie koherencji, jak również jej składowych, od zmiennych demograficznych (przy zastosowaniu analizy regresji).

Ponadto obserwowano istotne związki między skalami poczucia koherencji i częstością wyborów poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem w sytuacji kontaktu z rodzeństwem chorującym na schizofrenię. Przedstawia je tabela 7 – na następnej stronie.

Opanowanie i mobilizacja do działania dodatnio korelowały z poczuciem koherencji, jak i z jego podskalą, tj. poczuciem zrozumiałości. Natomiast strategie, tj. rezygnacja, bierność; autoagresja, samoobwinianie i dezorganizacja korelowały ujemnie z poczuciem koherencji, a także z jego podskalą, tj. poczuciem zrozumiałości. Zaskakujące jest istnienie dodatniej korelacji między poczuciem sensowności a wyborem strategii rezygnacji i bierności.

Tabela 7. Współczynniki korelacji między skalami Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29) i Strategii Radzenia Sobie ze Stresem (SRSS) w grupie rodzeństwa osób chorych na schizofrenię

Współczynniki korelacji r-Pearsona (odpowiadający im poziom istotności: p)		Kwestionariusz Orientacji Życiowej			
		Poczucie zrozumiałości	Poczucie zaradności	Poczucie sensowności	Poczucie koherencji SOC-29
Strategie Radzenia Sobie ze Stresem (SRSS)	Opanowanie	0,525* (p = 0,001)	-0,014 (p = 0,931)	-0,089 (p = 0,584)	0,443* (p = 0,004)
	Mobilizacja do działania	0,556* (p < 0,0001)	-0,085 (p = 0,601)	-0,206 (p = 0,202)	0,398* (p = 0,011)
	Rezygnacja, bierność	-0,599* (p < 0,0001)	0,055 (p = 0,735)	0,340* (p = 0,032)	-0,397* (p = 0,011)
	Autoagresja, samoobwinianie	-0,606* (p < 0,0001)	0,159 (p = 0,327)	0,293 (p = 0,067)	-0,381* (p = 0,015)
	Dezorganizacja	-0,629* (p < 0,0001)	0,263 (p = 0,101)	0,255 (p = 0,113)	-0,377* (p = 0,017)

### Omówienie wyników

Przedstawione w niniejszej pracy wyniki badań, podobnie jak wiele innych donieśń naukowych dotyczących rodzeństwa osób chorujących psychicznie, charakteryzują się licznymi ograniczeniami. Należy zachować dużą ostrożność w odnoszeniu uzyskanych rezultatów do całej populacji zdrowego rodzeństwa ze względu na niską liczebność badanej próby, jej nielosowy charakter oraz procedurę badawczą, która mogła skutkować nadreprezentacją rodzeństwa utrzymującego regularny kontakt z chorującym bratem lub siostrą i w mniejszym lub większym stopniu zaangażowanego w opiekę.

Wydaje się, że zdrowemu rodzeństwu udało się zrealizować wiele celów życiowych charakterystycznych dla wczesnej i dojrzałej dorosłości (takich jak zdobycie wykształcenia, pracy oraz założenie rodziny), mimo że początek choroby brata/siostry przypada głównie na okres dojrzewania i wczesnej dorosłości zdrowego rodzeństwa i potencjalnie może znacznie ograniczyć realizowanie wyzwań rozwojowych w tym okresie [12].

Literatura przedmiotu opisuje wyniki badań, w których poszczególne wskaźniki poczucia koherencji istotnie statystycznie powiązane są ze wskaźnikami osobistych zasobów zdrowia człowieka. Poczucie zrozumiałości jest związane z poczuciem sprawstwa własnych działań, wewnątrznie umiejscowionej kontroli zdarzeń oraz poczuciem własnej skuteczności [13]. Jednocześnie im większe jest poczucie własnej zrozumiałości, tym rzadziej stosowane są strategie nastawione na redukcję napięcia emocjonalnego i unikanie [14]. Poczucie zrozumiałości własnych działań to także identyfikowanie czynników zewnętrznych jako wyzwanie dla siebie [15]. W obszarze objawów klinicznych wszystkie podskale poczucia koherencji, tj. poczucie zrozumiałości, zaradności oraz poczucie sensowności, są negatywnie związane z występowaniem depresji, lęku, agresji [16, 17].



Wynik ogólny poczucia koherencji w badanej grupie uplasował się na poziomie poniżej przeciętnej dla populacji zdrowych, dorosłych osób mieszkających w Polsce [11], co wskazuje na niższe w porównaniu z populacją ogólną osobowe zasoby pomocne w zmaganiu się ze stresem. Niskie poczucie koherencji badanego rodzeństwa może wpływać z poczucia ciągłej straty, utrudnionego procesu żałoby w związku z progresywnym charakterem choroby psychicznej, stygmatyzacji i niewspółmiernych do zasobów wymagań, np. oczekiwań formułowanych przez rodziców wprost lub pośrednio. Oczekiwania te mogą na przykład wyrażać potrzebę rodziców, aby rodzeństwo zajmowało się chorym bratem lub siostrą, także po ich śmierci.

W prezentowanym badaniu otrzymane wyniki wskazują, że w przypadku analizowanych związków zmienne demograficzne wpływają na 33% zmienności w strategiach radzenia sobie ze stresem. W badanej grupie mężczyźni częściej wybierali strategię dążenia do rozwiązania zadania niż kobiety. Być może fakt wybierania strategii radzenia sobie poprzez rozwiązywanie problemów zaobserwowany w grupie przede wszystkim mężczyzn wynika z innych obciążeń i oczekiwań wobec siostr i braci osób chorych psychicznie. Badania wskazują, że od kobiet wymaga się większego zaangażowania, także emocjonalnego, w opiekę nad członkami rodziny, co może skutkować przeciążeniem, konfliktami ról i wypracowywaniem strategii mniej adaptacyjnych [18]. Stwierdzony związek pomiędzy płcią męską i stosowaniem strategii radzenia sobie zorientowanych na rozwiązanie problemu można również próbować zrozumieć, odwołując się do teorii genderowych, które sugerują, że kobiety mają tendencję do większej świadomości emocjonalnej i bardziej otwartego wyrażania uczuć niż mężczyźni. Większe subiektywne poczucie brzemienia u zdrowych siostr w porównaniu z braćmi może mieć związek z tym, że są one bardziej świadome emocjonalnego wymiaru procesu radzenia sobie w relacji z chorym rodzeństwem i dlatego też podczas badania pozwalają sobie na wyrażanie emocjonalnych aspektów radzenia sobie z chorobą psychiczną rodzeństwa [19].

Jednocześnie odnotowano istotne zależności pomiędzy składowymi poczuciami koherencji a strategiami radzenia sobie ze stresem. Najwięcej istotnych statystycznie i dodatnich związków odnotowano pomiędzy poczuciem zrozumiałości własnych działań i takimi strategiami radzenia sobie, jak opanowanie i mobilizacja do działania. Jednocześnie korelacja ujemna dotyczyła takich strategii, jak dezorganizacja, autoagresja, samoobwinianie, rezygnacja i bierność.

Dudek i Koniarek twierdzą, że u osób narażonych na chroniczny stres najistotniejszą rolę w radzeniu sobie odgrywa poczucie sensowności [20]. Stanowi ono emocjonalny odpowiednik poznawczego poczucia zrozumiałości oraz zaradności i decyduje o zaangażowaniu w proces radzenia sobie z wymogami sytuacji [15]. Rodzeństwo rozumie sytuację, w jakiej się znalazło, starając się opanowywać własne emocje i koncentrować na zadaniu. Niemniej jednak zanotowano dodatni związek korelacyjny poczucia koherencji – poczucia sensowności – z jedną ze strategii radzenia sobie ze stresem ukierunkowanych na regulację emocji, polegającą na radzeniu sobie ze stresem poprzez rezygnację z wysiłku i bierne oczekiwanie. Poczucie sensowności jest motywacyjną częścią poczucia koherencji, które skłania osobę do działania, jeśli odpowiedź na pytanie, czy dane wyzwanie jest warte mojego wysiłku i zaangażowania,

jest pozytywna. Według Antonovsky'ego człowiek, który ma poczucie sensu życia, czuje, że przynajmniej część wymagań stawianych mu przez życie jest warta zaangażowania, wysiłku i poświęcenia. Nie znaczy to jednak, że cieszy się, gdy spotykają go lub jego bliskich nieszczęśliwe wydarzenia [21]. I tak zdrowe rodzeństwo w obliczu choroby brata lub siostry, szczególnie gdy przebieg choroby ma charakter przewlekły i zaczyna brakować nadziei na zmianę sytuacji, może stosować sposoby radzenia sobie ze stresem ukierunkowane na złagodzenie skutków tej sytuacji, ochronę samooceny, a także pozwalające uniknąć negatywnych emocji. Być może zastosowanie tej strategii ma wartość ochraniającą poczucie sensowności w obliczu długoterminowego stresu związanego z chorobą bliskiej osoby. Bierność i rezygnacja mogą pojawić się w związku z uznaniem przez zdrowe rodzeństwo biologicznego wymiaru choroby brata lub siostry, a także ograniczeń i zmian w funkcjonowaniu rodziny wynikających z choroby.

Z doświadczeń klinicznych wynika, że relacja z chorym rodzeństwem jest często dla zdrowego rodzeństwa źródłem konfrontacji z negatywnymi uczuciami, między innymi z poczuciem winy związanym z faktem, że „los ich oszczędził” i nie zachorowali psychicznie, a także z lękiem o swoje zdrowie i o zdrowie psychiczne własnych dzieci. Obciążenie związane z tą relacją może skutkować brakiem inicjatywy do działania i częściowym wycofaniem. Bierność i rezygnacja być może pozwala pozostać w relacji z chorym rodzeństwem i jednocześnie ochrania przed konfrontacją z silnymi negatywnymi emocjami. Torrey w doświadczeniach zdrowego rodzeństwa rozpoznaje tzw. syndrom ocalonego [1]. W tym kontekście rezygnację z wysiłku i bierność można rozumieć jako odpowiednik poczucia odrętwienia, które stanowi część tego syndromu.

Stosowanie przez zdrowe rodzeństwo sposobu radzenia sobie ze stresem polegającego na rezygnacji z wysiłku i biernym oczekiwaniu można również wyjaśniać poprzez odwołanie się do wyzwań rozwojowych charakterystycznych dla wczesnej i dojrzałej dorosłości. Być może zdrowe rodzeństwo angażowało swój wysiłek i aktywność w realizowanie ważnych dla nich celów życiowych, które stanowiły o ich poczuciu sensu życia, a nie miały związku z chorym bratem lub siostrą. Wiadomo także, że zdrowe rodzeństwo często przeżywa konflikt ról związany z wyborem, czy poświęcić swoją energię chorobie brata lub siostry, czy nauce, pracy, związkom z partnerami lub innym członkom rodziny [19].

### Wnioski

Otrzymane wyniki pokazały, że osoby badane preferowały dwie strategie ukierunkowane na rozwiązywanie problemów: opanowywanie emocji i mobilizację do działania, wskazały również na związek pomiędzy poczuciem sensowności i pasywną strategią radzenia sobie ze stresem.

Uzyskana wiedza może pozwolić na lepsze zrozumienie sytuacji zdrowego rodzeństwa i uwzględnienie w pracy terapeutycznej obszarów, takich jak wzmacnianie poczucia osobistej kompetencji, rozwijanie zasobów osobistych i różnych sposobów radzenia sobie ze stresem, badanie emocji, jakie przeżywa zdrowe rodzeństwo w re-

lacji z chorym bratem lub siostrą, oraz wspieranie procesu akceptacji zmian w relacji z chorującym rodzeństwem.

### Piśmiennictwo

1. Riebschleger JL. *Families of chronically mentally ill people: siblings speak to social workers*. Health Soc. Work 1991; 16(2): 94–103.
2. Kinsella KB, Anderson RA. *Coping skills, strengths, and needs as perceived by adult offspring and siblings of people with mental illness: a retrospective study*. Psychiatr. Rehabil. J. 1996; 20(2): 24–32.
3. Gerace LM, Camilleri D, Ayres L. *Sibling perspectives on schizophrenia and the family*. Schizophr. Bull. 1993; 19(3): 637–647.
4. Barnable A, Gaudine A, Bennett L, Meadus R. *Having a sibling with schizophrenia: A phenomenological study*. Res. Theory Nurs. Pract. 2006; 20(3): 247–264.
5. Friedrich RM, Lively S, Rubenstein LM. *Siblings' coping strategies and mental health services: A national study of siblings of persons with schizophrenia*. Psychiatr. Serv. 2008; 59(3): 261–267.
6. Friedrich RM, Lively S, Rubenstein L, Buckwalter K. *The Friedrich-Lively Instrument to assess the impact of schizophrenia on siblings (FLIISS): Part I-Instrument Construction*. J. Nurs. Meas. 2002; 10(3): 219–230.
7. Habrat E. *Poczucie koherencji u osób z przebytym zespołem typu endogennego*. Psychoter. 1997; 3: 73–79.
8. Kasperek- Zimowska B, Chądzyńska M. *Poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem wśród rodziców dorosłych dzieci z rozpoznaniem schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(5): 643–652.
9. Majdan-Chmielowiec M, Kopeć K, Grzesiak J, Śpila B. *Poczucie koherencji (SOC) i stresowe czynniki życiowe u chorych na schizofrenię i ich rodzeństwa - analiza porównawcza*. Badania nad Schizofrenią 2005; 6(6): 188–193.
10. Janowski K. *Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem luszczycy*. Lublin: Polihymnia; 2006.
11. Mroziak B, Czabała JC, Zwoliński M. *Poczucie koherencji (SOC) jako determinant zdrowia psychicznego młodzieży*. W: Skłodowski H. red. *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec wyzwań cywilizacji współczesnego świata*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 1996. s. 101–105.
12. Greenberg JS, Seltzer MM, Orsmond GI, Krauss MW. *Siblings of adults with mental illness or mental retardation: current involvement and expectation of future caregiving*. Psychiatr. Serv. 1999; 50(9): 1214–1219.
13. Rimm H. *Sense of coherence and other personality dimensions*. Pol. Psychol. Bull. 1999; 30(4): 333–342.
14. Sęk H, Pasikowski T. red. *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2001.
15. Pasikowski T. *Stres i zdrowie*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2000.
16. Sęk H. *Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji*. W: Sęk H, Pasikowski T. red. *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2001. s. 23–42.
17. Kosińska-Dec K, Jelonekiewicz I. *Poczucie koherencji a style radzenia sobie*. Psychol. Wychow. 1997; 3: 217–224.

18. Kramer BJ, Kipnis K. *Elder care and work role strain: Toward and understanding of gender differences in caregiver burden*. *Gerontologist* 1995; 35(3): 340–343.
19. Barak D, Solomon Z. *In the shadow of schizophrenia: A study of siblings' perceptions*. *Isr. J. Psychiatry* 2005; 42(4): 234–241.
20. Dudek B, Koniarek J. *Osobowościowe uwarunkowania rozwoju zaburzenia po stresie traumatycznym*. W: Strelau J. red. *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004. s. 183–198.
21. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Warszawa: Fundacja IPN; 1995.

Adres: Katarzyna Charzyńska  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 6.08.2012  
Zrecenzowano: 28.10.13  
Otrzymano po recenzji: 28.10.2013  
Przyjęto do druku: 4.02.2014