

Paweł Brudek, Stanisława Steuden, Agnieszka Warda
Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Obraz rodzeństwa chorego psychicznie a dobrostan rodzeństwa zdrowego

A perception of siblings who are mentally ill and the well-being of their mentally well kin

Abstract

This article is concerned with issues related to mental well-being by healthy individuals with siblings who have been diagnosed with schizophrenia or depression. The purpose of the research project was to find a link between the sibling's personality and cognitive assessment of their illness and the psychological well-being of siblings. The study involved 30 individuals whose siblings were mentally ill. Measurement of mental well-being of healthy people was done by The Psychological Well-Being Scale (PWB) by C. D. Ryff and C. L. Keyes. The perception of a real and perfect picture of the sibling's personality was characterized by H. Gough and A. B. Heilburn's The Adjective Check List (ACL), and the evaluation of the disease was made using S. Steuden, K. Janowski and A. Warda's The Scale of Evaluation of Sibling's Mental Illness (SOCOB). The results of the research revealed, among other things, that healthy siblings have a negative image of their mentally ill brothers and sisters. The generalized sense of well-being of a healthy sibling is higher when it shows more positively the image of the sibling's personality. The assumption that the divergence between a real and ideal personality image will result in lower well-being by healthy siblings has not been confirmed by the study.

Keywords: family system, depression, schizophrenia, quality of life.

Abstrakt

Artykuł dotyczy zagadnień związanych z odczuwaniem dobrostanu psychicznego przez osoby zdrowe posiadające rodzeństwo, u którego zdiagnozowano chorobę psychiczną z kręgu schizofrenii lub depresji. Celem badań było poszukiwanie związku między obra-

zem rodzeństwa chorego i oceną poznawczą jego choroby a dobrostanem psychicznym rodzeństwa zdrowego. W badaniach wzięło udział 30 osób posiadających chore psychicznie rodzeństwo. Pomiaru dobrostanu psychicznego osób zdrowych dokonano za pomocą Skali Dobrostanu Psychicznego (PWB) autorstwa C. D. Ryff oraz C. L. Keyes. Percepcję realnego i idealnego obrazu rodzeństwa chorego scharakteryzowano za pomocą Listy Przymiotnikowej (ACL) H. Gougha i A. B. Heilburna, zaś oceny choroby dokonano przy użyciu Skali Oceny Choroby Osoby Bliskiej (SOCOB) S. Steuden, K. Janowskiego i A. Wardy. Rezultaty przeprowadzonych badań ujawniły między innymi, że zdrowe rodzeństwo posiada negatywny obraz swoich chorych psychicznie braci i siostr. Uogólnione poczucie dobrostanu zdrowego rodzeństwa jest wyższe wówczas, kiedy bardziej pozytywnie opisuje obraz swojego rodzeństwa. Przypuszczenie, że rozbieżność pomiędzy realnym i idealnym obrazem będzie powodowała odczuwanie niższego dobrostanu przez zdrowe rodzeństwo nie znalazło potwierdzenia w przeprowadzonych badaniach.

Słowa kluczowe: system rodzinny, depresja, schizofrenia, jakość życia

Wprowadzenie teoretyczne

Sytuacja życiowa osób cierpiących na chorobę psychiczną jest częstym przedmiotem debaty naukowej. Coraz częściej dokonywana jest także charakterystyka przeżyć rodziny osoby chorej psychicznie. Jednak doniesienia naukowe dotyczą zasadniczo rodziców, którzy sprawują opiekę nad chorym potomstwem. Zagadnienie związku choroby psychicznej z jakością więzi między rodzeństwem nie doczekało się dotychczas szerokiego opracowania w literaturze przedmiotu. Mając to na uwadze, głównym celem prezentowanego w niniejszym artykule projektu badawczego uczyniono poszukiwanie związków pomiędzy posiadanym przez zdrowe rodzeństwo obrazem swojego chorego psychicznie rodzeństwa i oceną jego choroby a odczuwanym przez nie dobrostanem psychicznym.

Funkcjonowanie rodziny z osobą chorą psychicznie

Dla wielu rodzin, sytuacja w której zostaje zdiagnozowana choroba psychiczna jednego z jej członków jest wydarzeniem traumatycznym (Oute, Huniche 2017; Radfar i in. 2014). Wywołuje ono nierzadko rozpacz, poczucie bezradności i lęk o przyszłość osoby chorej i całej rodziny. Członkowie rodziny bowiem najczęściej nie posiadają podstawowych informacji dotyczących ujawnionej choro-

by psychicznej. Fakt ten skłania do wskazania czynników określających sposób funkcjonowania rodziny z osobą cierpiącą na chorobę psychiczną (Staccini i in. 2015; Tompson i in. 2015).

Do najpoważniejszych chorób psychicznych zalicza się schizofrenię i zaburzenia afektywne. Schizofrenia występuje u około 1% ludności (Sęk, Steuden 2016). Pierwsze objawy choroby najczęściej pojawiają się między 15 a 30 rokiem życia (Kępiński 2001), nieco wcześniej u mężczyzn – między 15 a 24 rokiem życia, niż kobiet – zazwyczaj między 25 a 34 rokiem życia. Etiologia tego zaburzenia ma charakter złożony, także nie można wskazać jednego wzorca objawów patologicznych – u poszczególnych osób mają one charakter zróżnicowany (Seligman i in. 2003). Pierwszym sygnałem rozpoczynającej się choroby mogą być: stan silnego podniecenia, uczucie lęku, osłupienie, rozkojarzenie, nieusystematyzowane urojenia, omamy, zachowania autodestrukcyjne. Niekiedy jednak jej początek ma charakter ukryty i powolny – osoba pozornie nie zmienia się, nadal pracuje, prowadzi życie towarzyskie, choć niektóre zachowania mogą sugerować, że dzieje się z nią coś niepokojącego – ujawnia bowiem dziwne myśli, porzuca dotychczasowe zainteresowania, szuka samotności, zaniedbuje obowiązki, przestaje dbać o higienę ciała. Przebieg schizofrenii w okresie początkowym ma charakter zmienny, jego stabilizacja u większości chorych następuje dopiero po upływie około pięciu lat. W drugiej i trzeciej dekadzie choroby u części chorych obserwuje się wyraźną i długotrwałą poprawę stanu psychicznego i funkcjonowania społecznego (Sęk, Steuden 2016).

Zaburzenia afektywne, z kolei, są grupą zaburzeń psychicznych, w których przebiegu zauważa się występowanie zaburzeń aktywności, emocji i nastroju pod postacią zespołów depresyjnych lub/i niekiedy zespołów maniакаlnych. Ich rozpowszechnienie w populacji ogólnej szacuje się na około 10–15% (Pużyński 2002). Od kilkunastu lat w niemal wszystkich krajach Europy obserwuje się wzrost wskaźnika zachorowalności na choroby afektywne (Levecque, Van Rossem 2015). Po części łączy się to z wydłużaniem się średniej długości przeżycia i związaną z wiekiem większą skłonnością do ujawniania zaburzeń depresyjnych (ich nasilenie jest jednak mniejsze w porównaniu z wcześniejszym okresem życia), brakiem poczucia bezpieczeństwa czy osamotnieniem (Ruiz-Castell i in. 2017). Depresja o dużym nasileniu zazwyczaj rozpoczyna się w okresie późnej adolescencji lub wczesnej dorosłości, przy czym wcześniejszy wiek zachorowania wiąże się z jej cięższym przebiegiem i gorszym rokowaniem. W przebiegu depresji o dużym nasileniu nieprawidłowości występują w czterech zasadniczych obszarach funkcjonowania: afektywnym, poznawczym, behawioralnym oraz somatycznym. Charakterystyczne dla depresji symptomy podzielić można na dwie kategorie: objawy osiowe (obniżenie podstawowego nastroju, osłabienie tempa

procesów psychicznych i ruchu, zaburzenia rytmów biologicznych, lęk), które pozwalają na diagnozę choroby i warunkują jej specyficzny obraz kliniczny oraz objawy niespecyficzne (zaburzenia myślenia, poczucie win, urojenia grzeszności, zaburzenia aktywności złożonej), które wpływają na obniżenie zdolności do pracy, zaniedbanie własnej osoby, mogą one także występować w innych typach zaburzeń nastroju. Osoba chora ma wyraźnie mniejszy zakres zainteresowań, izoluje się od otoczenia, zmniejsza ilość kontaktów społecznych (Hammen 2006; Pużyński 2002).

Na gruncie psychologii istnieje wiele teorii wyjaśniających funkcjonowanie rodziny. Jedną z bardziej znaczących jest teoria systemowa (de Barbaro 1999; Plopa 2007; Janicka, Liberska 2014). Jej podstawowym założeniem jest teza, zgodnie z którą „(...) rodzina nie jest tylko sumą jednostek, które ją konstytuują, ale nową całością. Żeby ją opisać trzeba poznać wszystkie osoby będące elementami tej całości, zmiany zachodzące w tych osobach, interakcje między nimi i zmiany zachodzące w tych interakcjach” (Braun-Gałkowska 1992, 15). Odnosząc się do głównego celu badawczego prezentowanego artykułu, należy zatem podkreślić, że nie można rozpatrywać problemu osoby chorej psychicznie w oderwaniu od jej najbliższego otoczenia. W podejściu systemowym choroba psychiczna jednego z członków rodziny może być rozpatrywana w kategoriach czynnika wpływającego negatywnie na funkcjonowanie systemu rodzinnego (por. Janicka, Liberska 2014). W rezultacie bowiem zaburzenie dotyczy całej rodziny, a nie tylko osoby chorej, zachowującej się w sposób dysfunkcyjny. Diagnoza psychiatryczna odnosząca się do jednego z członków rodziny stanowi istotne obciążenie dla całego systemu, często zmusza bowiem do reorganizacji jego sposobu funkcjonowania, rezygnacji z pełnionych dotychczas ról przez niektórych członków rodziny, a także zmiany stylu życia. Stopień reorganizacji systemu rodzinnego zależy w znacznej mierze od specyfiki choroby, jej ciężkości, a także właściwości i zasobów psychospołecznych poszczególnych członków rodziny. Choć objawy chorobowe wpływają na kształt funkcjonowania rodziny, to jednak zmiany w systemie rodzinnym nie muszą być wyłącznie negatywne. Niejednokrotnie bowiem choroba członka rodziny staje się czynnikiem wzmacniającym spójność i wzajemną solidarność jej członków (Braun-Gałkowska, 2008; Chuchra 2009; Przywarka 2002). Warto jednak dodać, że czynnikiem istotnym w tym względzie jest wielowymiarowa pomoc świadczona nie tylko osobie chorej, ale także jego najbliższym. Choroba psychiczna mająca najczęściej charakter przewlekły jest źródłem silnego stresu dla osoby chorej, a także dla osób, które pozostają z nią w bliskich relacjach (np. rodzice, rodzeństwo), czy sprawują nad nią opiekę. Rodzina osoby chorej musi zmierzyć się z utratą zdrowia psychicznego osoby bliskiej, emocjami smutku, złości, wstydu, poczucia winy i niepewności (Kaspe-

rek-Zimowska 2004). Istotnym obciążeniem są także negatywne postawy społeczne, które często u poszczególnych jej członków wywołują poczucie mniejszej wartości, bycia krytykowanym i odrzuconym. W ich następstwie może dojść do wycofywania się rodziny z życia towarzyskiego i społecznego. W tym kontekście mówi się najczęściej o brzemieniu rodzinnym (*family burden*). Pojęcie to może być rozumiane jako „(...) wpływ życia pacjenta na sposób funkcjonowania i zdrowie członków rodziny” (de Barbaro 1992, 26; por. Koujalgi, Nayak 2016; Nasr, Kausar 2009; Sadowska, Steuden 2009).

Analiza funkcjonowania systemu rodzinnego w sytuacji choroby psychicznej jednego z jej członków obejmuje także wnikliwą charakterystykę więzi (relacji) budujących strukturę rodziny. Ze względu na cel niniejszego artykułu przedmiotem szczegółowych rozważań są relacje zachodzące między osobą obciążoną chorobą psychiczną a jej rodzeństwem zdrowym (Braun-Gałkowska 2008). Odnosząc się do relacji między rodzeństwem w wymiarze psychologicznym, należy podkreślić, że są one jednymi z najsilniejszych relacji interpersonalnych, jakie na przestrzeni życia nawiązuje osoba (Cicirelli 1995). Zdaniem de Barbaro (1994) podsystem rodzeństwa można określić mianem „pierwszego laboratorium społecznego”. W ramach tego podsystemu jednostki doświadczają bowiem pierwszych relacji przyjacielskich, uczą się zasad współpracy, stykają się z rywalizacją oraz nabywają zdolność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Fakt, że relacje pomiędzy rodzeństwem zaliczane są do najbardziej podstawowych więzi międzyludzkich sprawia, że choroba jednego z rodzeństwa (brata bądź siostry) wpływa na jakość więzi między rodzeństwem. Rodzeństwo zdrowe doświadcza wielu emocji o charakterze negatywnym (m.in. smutek, poczucie winy, poczucie wstydu, gniewu czy bezradności) (Osuchowska-Kościjańska i in. 2014).

W literaturze psychologicznej w zasadzie nie istnieje uniwersalny model określający związek między funkcjonowaniem pełnosprawnego dziecka i niepełnosprawnością rodzeństwa. Wiele publikacji wskazuje jednak na to, że rodzeństwo osób niepełnosprawnych przejawia problemy adaptacyjne, zaburzenia emocjonalne i trudności w relacjach z innymi ludźmi (Twardowski 2011). Choć jak wskazano wcześniej choroba bliskiej osoby nie musi być związana wyłącznie z przeżywaniem negatywnych stanów, choć z danych literatury przedmiotu można wnosić, że w sytuacji choroby jednego z rodzeństwa – brata lub siostry, rodzeństwo zdrowe często pozostaje pozbawione wsparcia w zakresie przeżywania i radzenia sobie z tą złożoną i trudną sytuacją (Osuchowska-Kościjańska i in. 2014).

Dobrostan psychiczny w perspektywie psychologicznej

Problematyka jakości życia od kilkunastu lat jest przedmiotem badań wielu autorów (Duckworth, Steen, Seligman 2005; Diener, Scollon, Lucas 2008; Trzebińska 2008). Wyrazem są obecne w literaturze psychologicznej teoretyczne modele wyjaśniające strukturę i uwarunkowania dobrostanu psychicznego jednostki (zob. Krok 2009). W niniejszej pracy za kluczowy przyjęto C. Ryff (1989) model dobrostanu psychologicznego (*psychological well-being model*). Model ten wywodzi się z tradycji eudajmonistycznej, zgodnie z którą doświadczenia zadowolenia i szczęścia traktuje się jako kluczowe predyktory optymalnego rozwoju psychicznego osoby oraz pomyślnego realizowania zadań życiowych. Koncepcja dobrostanu proponowana przez C. Ryff (1989, 1995; Ryff, Keyes 1995; Keyes, Shmotkin, Ryff 2002; Ryff, Singer 2013) jest próbą usystematyzowania dotychczasowych ustaleń w tym obszarze badań oraz określenia wymiarów współtworzących poczucie zadowolenia z życia. W opinii badaczki dobrostan należy definiować (opisywać) w kategoriach zasobu, który w interakcji ze środowiskiem jednostki stwarza możliwość jej samo-realizacji. Tak pojmowany dobrostan psychiczny stanowi bazowy potencjał (poczucia) dobrego i wartościowego życia (Ryff 1989).

W modelu Ryff (1989) dobrostan osoby konstituuje sześć następujących wymiarów: *Samoakceptacja* (dotyczy postawy wobec samego siebie, świadomości swoich zalet i sił oraz wad i ograniczeń, a także szacunku do samego siebie); *Cel życiowy* (wiąże się z posiadaniem przez człowieka zdolności do odnajdywania kierunku i sensu życia oraz efektywnej realizacji zadań życiowych); *Panowanie nad środowiskiem* (dotyczy przekonania o umiejętności radzenia sobie z wyzwaniami otaczającego świata, odzwierciedla zdolność do tworzenia i pielęgnowania środowiska, odpowiednio do potrzeb); *Pozytywne relacje z innymi* (odzwierciedla zdolność człowieka do czerpania satysfakcji z relacji społecznych oraz bliskich kontaktów z innymi ludźmi); *Rozwój osobisty* (określa umiejętność wykorzystywania przez człowieka własnych potencjalności i doskonalenia swoich mocnych stron); *Autonomia* (wiąże się z umiejętnością działania według swoich przekonań i ustalonych przez siebie zasad). Wyróżnione wymiary dobrostanu psychicznego ograniczają się jedynie do biologicznego czy hedonistycznego rozumienia szczęścia, ale ujmuje je w możliwie szerokiej perspektywie. Zgodnie z koncepcją Ryff (1989, 1995) człowiek jest szczęśliwy, a jego życie jest dobre i wartościowe wówczas, gdy: deklaruje on zadowolenie z siebie, akceptuje siebie – własne „dobre” i „złe” strony, posiada jasno wytyczony cel życiowy, do którego dąży, nie przejawia większych problemów z radzeniem sobie z wymaganiami, jakie stawia przed nim życie, ma dobre relacje z innymi ludźmi oraz potrafi wykorzystać swój potencjał, ceni sobie osobisty rozwój i życie w zgodzie z własnymi przekonaniami (por. Krok 2009, 113).

Metoda badań

Problem i hipotezy badawcze

Główny problem badań referowanych w niniejszym opracowaniu został sformułowany w postaci następującego pytania: czy i jak ocena poznawcza choroby brata bądź siostry i jego obraz wiążą się z poziomem dobrostanu psychicznego rodzeństwa zdrowego? Przedmiotem oceny uczyniono: znaczenie choroby rodzeństwa chorego, realny i idealny jego obraz oraz dobrostan psychiczny rodzeństwa zdrowego. W modelu badań jako zmienne wyjaśniające przyjęto: realny i idealny obraz rodzeństwa chorego oraz poznawczą ocenę jego choroby, zaś jako zmienną wyjaśnianą dobrostan psychologiczny rodzeństwa zdrowego. Mając na uwadze powyższy problem badawczy oraz wcześniej poczynione analizy teoretyczne, sformułowano następujące hipotezy:

- H1.** Im większa jest liczba pozytywnych przymiotników wybieranych do opisu realnego obrazu chorego rodzeństwa, tym wyższe jest poczucie globalnego dobrostanu rodzeństwa zdrowego.
- H2.** Im większa jest liczba pozytywnych przymiotników wybieranych do opisu idealnego obrazu rodzeństwa chorego, tym niższe jest poczucie globalnego dobrostanu rodzeństwa zdrowego.
- H3.** Im częściej osoby zdrowe oceniają chorobę psychiczną swojego rodzeństwa jako zagrożenie, tym niższy jest poziom ich dobrostanu.
- H4.** Im częściej osoby zdrowe oceniają chorobę psychiczną swojego rodzeństwa jako wartość, tym wyższy jest poziom ich dobrostanu.

Metody pomiaru

W pracy zastosowano trzy narzędzia psychologiczne. Do oceny dobrostanu psychicznego zdrowego rodzeństwa zastosowano *Skalę Dobrostanu Psychicznego* (PWB) autorstwa C. Ryff oraz C. Keyes (Ryff 1989) w adaptacji do warunków polskich przez D. Kroka (2009). Pomiaru obrazu rodzeństwa chorującego na schizofrenię bądź depresję dokonano za pomocą *Listy Przymiotnikowej* (ACL) opracowanej przez H. Gougha i A. Heilburna w polskiej adaptacji K. Martowskiej (2012), zaś oceny znaczenia choroby za pomocą *Skali Oceny Choroby Osoby Bliskiej* (SOCOB) S. Steuden, K. Janowskiego i A. Wardy (2015), będącej modyfikacją *Skali Oceny Własnej Choroby* opracowanej przez S. Steuden i K. Janowskiego (2002).

Osoby badane

Badaniami objęto 60 osób, spośród których 43 respondentów zwróciło w całości lub części wypełnione kwestionariusze, dlatego do ostatecznych analiz zakwalifikowano badania 30 osób zdrowych posiadających rodzeństwo chorujące na schizofrenię ($n = 16$) lub depresję ($n = 14$). W grupie badanych było 17 kobiet (56,7%) i 13 mężczyzn (43,3%). Rozpiętość wieku badanych osób mieściła się w przedziale od 21 do 65 lat ($M = 37,87$; $sd = 11,87$).

Wyniki badań

Prezentację wyników badań rozpoczęto od obliczenia statystyk opisowych w *Skali Dobrostanu Psychicznego* (PWB), dzięki czemu oszacowano poziom satysfakcji z życia rodzeństwa osób cierpiących na depresję lub schizofrenię. Dla całej grupy badanych ($N = 30$) średnia globalnego dobrostanu, mierzonego na skali siedmiostopniowej, wyniosła $M = 4,75$ ($sd = 0,30$). Analogicznie przedstawia się sytuacja w ramach poszczególnych podskal PWB. Najwyższy średni wynik odnotowano w przypadku czynnika *Pozytywne relacje z innymi* ($M = 5,15$; $sd = 0,99$). Bardziej szczegółowe dane zawarte zostały w tabeli 1.

Następnie dokonano podobnych obliczeń dla wyników uzyskanych za pomocą *Skali Oceny Choroby Osoby Bliskiej* (SOCOB). Pozwoliło to na scharakteryzowanie sposobu postrzegania choroby brata lub siostry przez zdrowe rodzeństwo. Skalą oceny choroby była skala pięciostopniowa. Najwyższy średni wynik odnotowano w podskali *Korzyść* ($M = 3,91$; $sd = 0,53$), zaś najniższy w podskali *Znaczenie* ($M = 2,63$; $sd = 0,78$). Bardziej szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 2.

W dalszej kolejności obliczono statystyki opisowe i testy różnic dla wyników (realnego i idealnego obrazu chorego rodzeństwa) uzyskanych za pomocą *Testu Przymiotnikowego* (ACL). Pozwoliło to na opis sposobu postrzegania realnego i idealnego obrazu rodzeństwa chorego, a także ocenę różnic w zakresie poszczególnych wymiarów osobowości. Większość skal realnego obrazu chorego rodzeństwa mieści się w przedziale wyników niskich i przeciętnych. Najniższy wynik ($M = 29,04$; $sd = 11,47$) odnotowano w przypadku skali *Przystosowania osobistego* (P-Adj), zaś najwyższy ($M = 75,67$; $sd = 19,03$) w ramach *Liczby przymiotników negatywnych* (Unfav). Rezultaty uzyskane w obszarze oczekiwanego (idealnego) obrazu chorego rodzeństwa uplasowały się zasadniczo na przeciętnym poziomie. W obrębie wyników niskich znalazły się dwie skale: *Adoptowane dziecko* (Ac: $M = 37,07$; $sd = 9,75$) i *Liczba przymiotników użytych w teście* (NoCkd: $M = 39,47$; $sd = 8,21$), z kolei wśród wyników wysokich mieszczą się cztery skale: *Skala idealnego obrazu*

Tabela 1. Statystyki opisowe z wyników pomiaru dobrostanu psychicznego.

Zmienne		Statystyki opisowe							
		x_{\min}	x_{\max}	M	sd	sk	kr	Z	P
Skala PWB	Autonomia	3,14	6,86	4,46	0,88	0,75	0,45	0,96	0,230
	Panowanie nad środowiskiem	2,71	6,57	4,58	1,02	0,05	-0,64	0,97	0,660
	Rozwój osobisty	2,86	6,71	4,88	0,96	-0,10	-0,71	0,98	0,767
	Pozytywne relacje z innymi	3,29	6,71	5,15	0,99	-0,29	-1,04	0,95	0,163
	Cel życiowy	2,57	6,86	4,96	0,87	-0,46	1,09	0,95	0,221
	Akceptacja siebie	3,29	5,57	4,48	0,65	0,30	-1,02	0,93	0,066
	Wynik ogólny	3,40	5,69	4,75	0,60	-0,44	-0,61	0,96	0,365

Oznaczenia: N – liczebność całej próby; x_{\min} – minimum; x_{\max} – maksimum; M – średnia; sd – odchylenie standardowe; sk – skośność; kr – kurtozja; Z – test Shapiro-Wilka; p – poziom istotności testu Shapiro-Wilka

Tabela 2. Statystyki opisowe z wyników pomiaru oceny choroby rodzeństwa cierpiącego na schizofrenię lub depresję.

Zmienne		Statystyki opisowe							
		x_{\min}	x_{\max}	M	sd	sk	kr	Z	p
Skala SOCOB	Zagrożenie	1,13	4,63	3,09	0,84	-0,36	-0,45	0,97	0,566
	Korzyść	2,71	4,71	3,91	0,53	-0,77	0,15	0,93	0,049
	Przeszkoda	1,63	5,00	3,79	0,84	-0,92	1,24	0,92	0,027
	Wyzwanie	1,67	4,67	2,83	0,82	0,48	-0,66	0,95	0,126
	Krzywda	1,57	5,00	3,41	1,08	-0,08	-1,35	0,93	0,043
	Wartość	1,50	4,83	3,50	0,83	-0,81	0,29	0,93	0,060
	Znaczenie	1,00	4,20	2,63	0,78	0,13	-0,16	0,99	0,940

Oznaczenia: jw.

siebie (Iss: $M = 61,9$; $sd = 8,33$); Potrzeba osiągnięć (Ach: $= 61,7$; $sd = 9,48$), Skala osobowości twórczej (Cps: $M = 60,7$; $sd = 7,74$) oraz Zaufanie do siebie (S-Cfd: $= 60,5$; $sd = 8,05$). Bardziej szczegółowe dane prezentuje tabela 3.

Konfiguracja uzyskanych danych w odniesieniu do realnego obrazu chorego brata lub siostry sugeruje, że badani, opisując swoje chore rodzeństwo, czynią to zdecydowanie w kategoriach negatywnych ($U_{fv} > F_v$; $z = -4,56$; $p \leq 0,001$). Postrzegają oni swoich chorych braci lub siostry jako osoby: (1) unikające głębszych związków z innymi ludźmi (P-Adj, Nur, Aff, Het), (2) mające skłonność do zamartwiania się, niespokojne i przewrażliwione (P-Adj, Aff), (3) skłonne do kłótni, ambivalentne i często zmieniające kierunek działania (Com, End), (4) mało odporne na stres i przejawiające trudności w przystosowaniu się do wymogów życia codziennego (P-Adj, Np, Suc, Ac), (5) uciekające w marzenia (Ac), (6) nieśmiałe i mniej wytrwałe (S-Cfd, Ach, Mls).

Analiza rezultatów badań w obrębie idealnego obrazu chorego rodzeństwa skłania do przyjęcia wniosku, że badane rodzeństwo zdrowe oczekuje od rodzeństwa chorego na depresję lub schizofrenię: (1) większej pewności siebie, co mogłoby przejawiać się m.in. w zaufaniu do własnej osoby, a także chęci nawiązywania nowych kontaktów (Dom, Exh, Agg, Aba, Def, FC); (2) większych umiejętności przystosowania społecznego (Nur, Aff, CP NP, A-3) oraz (3) bardziej realistycznej percepcji i oceny siebie, innych ludzi i otaczającej rzeczywistości (Com, Int, Cha, Cps, A-2).

Tabela 3. Statystyki opisowe oraz testy różnic dla realnego i idealnego obrazu rodzeństwa chorego.

Skala	Obraz realny		Obraz idealny		Test Wilcoxon
	<i>M</i>	<i>sd</i>	<i>M</i>	<i>sd</i>	
No Ckd – Całkowita liczba zaznaczonych przymiotników	37,70	5,10	39,47	8,21	-1,53 ^{n.i.}
Fav – Liczba zaznaczonych przymiotników pozytywnych	29,73	12,56	59,17	10,23	-4,68***
Unfav – Liczba zaznaczonych przymiotników negatywnych	75,67	19,30	41,73	9,19	-4,40***
Com – Typowość	30,80	14,67	54,33	9,81	-4,48***
Ach – Potrzeba osiągnięć	30,53	12,32	61,70	9,48	-4,70***
Dom – Potrzeba dominacji	40,83	12,02	56,43	6,54	-4,31***
End – Potrzeba wytrwałości	31,57	13,10	58,40	7,98	-4,64***
Ord – Potrzeba porządku	35,30	12,43	57,90	9,12	-4,62***
Int – Potrzeba rozumienia siebie i innych	34,77	11,43	52,63	10,98	-4,20***
Nur – Potrzeba opiekowania się	34,97	15,74	53,17	7,17	-3,92***

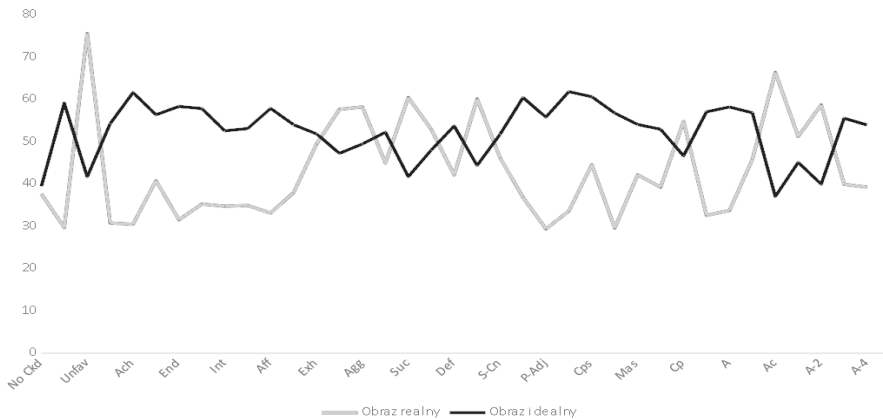
Aff - Potrzeba afiliacji	33,17	11,41	57,93	8,88	-4,55***
Het - Potrzeba kontaktów heteroseksualnych	38,00	9,51	54,07	9,14	-4,04***
Exh - Potrzeba pokazania się	49,50	10,57	51,90	5,96	-1,34 ^{n.i.}
Aut - Potrzeba autonomii	57,73	13,56	47,30	6,95	-3,05**
Agg - Potrzeba agresji	58,27	15,04	49,53	6,15	-2,64**
Cha - Potrzeba zmian	45,03	9,46	52,30	8,85	-2,32*
Suc - Potrzeba oparcia	60,53	14,86	41,77	8,35	-4,14***
Aba - Potrzeba ponizania się	53,00	14,17	48,07	6,63	-1,40 ^{n.i.}
Def - Potrzeba ulegania	42,17	14,40	53,77	6,93	-3,25***
Crs - Otwartość na doświadczenia	60,20	9,09	44,43	7,05	-4,37***
S-Cn - Samokontrola	46,27	11,55	51,80	7,23	-1,69 ^{n.i.}
S-Cfd - Zaufanie do siebie	36,90	10,19	60,50	8,05	-4,72***
P-Adj - Przystosowanie osobiste	29,40	11,47	55,87	12,86	-4,47***
Iss - Idealne Ja	33,63	10,67	61,90	8,33	-4,62***
Cps - Osobowość twórcza	44,60	14,63	60,70	7,74	-4,17***
Mls - Zdolności przywódcze	29,63	9,55	56,83	6,65	-4,70***
Mas - Męskość	42,23	8,96	54,13	10,55	-3,71***
Fem - Kobiecość	39,27	11,67	53,00	8,64	-4,07***
Cp - Rodzic Normatywny	54,83	11,57	46,70	8,49	-2,61**
Np - Rodzic ochraniający	32,63	10,40	57,13	8,13	-4,57***
A - Dorosły	33,77	10,65	58,27	9,34	-4,75***
Fc - Dziecko spontaniczne	45,87	10,02	56,90	5,79	-3,96***
Ac - Dziecko przystosowane	66,47	12,92	37,07	9,75	-4,59***
A-1 - Oryginalność (+) inteligencja (-)	51,30	11,90	45,17	8,18	-2,54*
A-2 - Oryginalność (+) inteligencja (+)	58,77	11,67	40,00	10,68	-4,13***
A-3 - Oryginalność (-) inteligencja (-)	39,97	9,95	55,60	7,86	-4,10***
A-4 - Oryginalność (-) inteligencja (+)	39,30	5,09	54,03	11,63	-4,47***

*** - $p \leq 0,001$; ** - $p \leq 0,01$; * - $p \leq 0,05$; ^{n.i.} - $p > 0,05$.

Na dalszym etapie analiz statystycznych podjęto próbę oceny różnic w charakterystyce realnego i idealnego obrazu rodzeństwa chorego. Z uwagi na brak spełnienia założeń stawianych testom parametrycznym do oceny powyższych

różnic zastosowano nieparametryczny test Wilcozona, będący odpowiednikiem testu t-Studenta dla prób zależnych (zob. Bedyńska, Cypryńska, 2013, 189–192).

Przeprowadzone analizy statystyczne ujawniły istotne różnice w zdecydowanej większości wymiarów realnego i idealnego obrazu chorego rodzeństwa. Brak różnic stwierdzono natomiast tylko w przypadku czterech podskal (No.Ckd, Exh, Aba, SCn – $z \leq -1,69$; $p > 0,05$). Uzyskane rezultaty w całości zaprezentowano w tabeli 3 natomiast ich graficzną ilustrację umieszczono na rysunku 1.



Rys. 1. Profil realnego i idealnego obrazu rodzeństwa chorego wg Testu Przymiotnikowego ACL

W pierwszej kolejności przedmiotem szczegółowych analiz statystycznych była ocena związków pomiędzy realnym obrazem rodzeństwa chorego (w percepcji rodzeństwa zdrowego) a dobrostanem psychicznym rodzeństwa zdrowego. W tym celu zastosowano metodę korelacji – test ρ Spearmana. W poniższej tabeli 4 podano jedynie te korelacje, które osiągnęły poziom istotności statystycznej.

Wyniki przeprowadzonych analiz korelacyjnych ujawniły istotne statystycznie współzależności między realnym obrazem rodzeństwa chorego (w percepcji rodzeństwa zdrowego) a dobrostanem rodzeństwa zdrowego w zakresie wskaźnika globalnego i wymiarów częściowych. Wartości współczynników korelacji zawierają się w przedziale od 0,31 do 0,47 i wskazują na umiarkowaną siłę związku pomiędzy omawianymi zmiennymi. Stwierdzono między innymi – zgodnie z założeniami hipotezy H.1., że im więcej przymiotników pozytywnych jest używanych do charakterystyki rodzeństwa chorego (Fav), tym większe jest poczucie dobrostanu psychicznego na poziomie ogólnym ($\rho = 0,33$; $p \leq 0,05$) rodzeń-

Tabela 4. Wyniki korelacji ρ Spearmana pomiędzy Skalą Dobrostanu Psychicznego a Testem Przymiotnikowym – r e a l n y o b r a z rodzeństwa chorego

Zmienne		Skala Dobrostanu Psychicznego PWB						
		Autonomia	Panowanie nad środowiskiem	Rozwój osobisty	Relacje z innymi	Cel życiowy	Akceptacja siebie	Wynik ogólny
Test Przymiotnikowy ACL	No.Ckd	0,23	0,19	0,47**	0,23	0,20	-0,10	0,34*
	Fav	0,29	0,15	0,13	0,16	0,17	0,26	0,33*
	Int	0,27	0,12	0,18	0,33*	0,07	0,23	0,32*
	Nur	0,24	0,04	0,16	0,18	-0,06	0,38*	0,25
	Exh	-0,30	-0,17	-0,43**	-0,35*	-0,06	-0,18	-0,36*
	Aut	-0,24	-0,01	-0,07	-0,21	0,21	-0,35*	-0,19
	Def	0,33*	0,11	0,31*	0,33*	-0,00	0,32*	0,37*
	Crs	0,42**	0,16	0,29	0,18	-0,13	0,00	0,24
	SCfd	0,33*	0,13	0,03	0,18	0,30	0,12	0,25
	PAdj	0,21	0,30	0,19	0,33*	0,30	0,14	0,37*
	Cps	-0,03	0,24	0,02	0,10	0,38*	-0,26	0,16
	Mls	0,24	0,01	-0,04	0,18	0,16	0,35*	0,17
	Fem	0,35*	0,26	0,29	0,26	-0,01	0,09	0,38*
	A	-0,22	-0,04	-0,33*	-0,19	0,06	0,14	-0,16
	A2	0,25	0,35*	0,20	0,09	0,11	-0,25	0,24
A4	0,07	-0,16	-0,17	0,05	-0,38*	0,37*	-0,13	

** - $p \leq 0,01$; * - $p \leq 0,05$

stwa zdrowego. Ponadto uzyskane współzależności sugerują, iż dostrzeżenie w chorym rodzeństwie potrzeby rozumienia siebie i innych (Int) oraz podporządkowania się (Def) współwystępują ze wzrostem całościowego dobrostanu ($\rho = 0,32$; $\rho = 0,37$; $p \leq 0,05$). Natomiast stwierdzono negatywne związki między potrzebą ujawniania się chorego rodzeństwa (Exh) a deklarowanym zadowoleniem badanych ($\rho = -0,36$; $p \leq 0,05$). Szczegółową prezentację wyników przedstawia tabela 4.

Następnie analizowano wzajemne powiązania pomiędzy i d e a l n y m o b r a z e m rodzeństwa chorego (w percepcji rodzeństwa zdrowego) a dobrosta-

nem psychologicznym rodzeństwa zdrowego, ujmowanym zarówno na poziomie wskaźnika globalnego, jak i czynników szczegółowych. W poniższej tabeli 5 zamieszczono tylko te korelacje (ρ Spearmana), które osiągnęły poziom istotności statystycznej.

Uzyskane rezultaty sugerują, że wybrane aspekty idealnego obrazu rodzeństwa chorego (w ocenie zdrowego brata lub siostry) współwystępują z poczuciem dobrostanu psychicznego rodzeństwa zdrowego tak na poziomie ogólnym, jak i niektórych jego wymiarów. Wartości współczynników korelacji ρ Spearmana mieszczą się w zakresie od 0,31 do 0,56 i wskazują na umiarkowaną zależność między omawianymi zmiennymi. Statystycznie istotne i pozytywne związki zidentyfikowano między innymi w zakresie globalnego poczucia szczęśliwego czy wartościowego życia i potrzebą rozumienia siebie i innych (Int: $\rho = 0,43$; $p \leq 0,01$), potrzebą afiliacji (Aff: $\rho = 0,31$; $p \leq 0,05$), cechami stereotypowo przypisywanymi płci męskiej (Mas: $\rho = 0,37$; $p \leq 0,05$), stanem *Ego* skupionym wokół dorosłego (A: $\rho = 0,32$; $p \leq 0,05$) oraz wysoką oryginalnością, której towarzyszy niska inteligencja (A-1: $\rho = 0,45$; $p \leq 0,01$). W świetle uzyskanych danych można przyjąć, iż wysokie wskaźniki w obszarze zadowolenia zdrowego rodzeństwa zależą w znacznej mierze od spełnienia oczekiwań (obraz idealny) wobec chorego rodzeństwa dotyczących między innymi większego zaangażowania się w próby rozumienia swych własnych zachowań lub zachowań innych, czy bardziej konstruktywnego i odpowiedzialnego odniesienia do rzeczywistości i samego siebie.

Negatywne i statystycznie istotne współzależności odnotowano między innymi w przypadku globalnego wskaźnika dobrostanu oraz potrzeby wsparcia ze strony innych (Suc: $\rho = -0,35$; $p \leq 0,05$) i potrzeby upokarzania się (Aba: $\rho = -0,41$; $p \leq 0,05$). Taka konfiguracja wyników sugeruje, że wraz ze wzrostem oczekiwań względem chorego rodzeństwa co do zabiegania o sympatię, uczucie lub emocjonalne wsparcie ze strony innych, znacząco obniża się poczucie dobrostanu psychicznego zdrowego rodzeństwa. Bardziej szczegółowe dane ilustruje tabela 5.

Ostatnim etapem analiz statystycznych uczyniono poszukiwanie związków między oceną choroby psychicznej rodzeństwa chorego a poziomem dobrostanu rodzeństwa zdrowego. Na poziomie wyniku ogólnego skali PWB – wbrew oczekiwaniom (H.4 i H.5) – nie stwierdzono istotnych statystycznie powiązań z żadnym z wymiarów skali SOCOB. Ujawnione współzależności dotyczą jedynie niektórych aspektów dobrostanu i oceny choroby.

Najwyższą wartość współczynnika korelacji (ρ Spearmana) odnotowano w przypadku czynników *Autonomia* i *Zagrożenie* ($\rho = 0,51$; $p \leq 0,01$). Znak dodatni korelacji wskazuje, że im bardziej choroba brata lub siostry oceniana jest jako stan, który zagraża poczuciu bezpieczeństwa i burzy dotychczasową równowagę życiową, tym większa okazuje się zdolność do pozostawania wiernym własnym

Tabela 5. Wyniki korelacji ρ Spearmana pomiędzy Skalą Dobrostanu Psychicznego i Listą Przymiotnikową – idealny obraz rodzeństwa chorego

Zmienne		Skala Dobrostanu Psychicznego PWB						
		Autonomia	Panowanie nad środowiskiem	Rozwój osobisty	Relacje z innymi	Cel życiowy	Akceptacja siebie	Wynik ogólny
Test Przymiotnikowy ACL	Unfav	0,07	0,05	0,01	0,00	-0,12	0,33*	0,04
	Com	-0,01	0,33*	-0,02	0,13	0,07	-0,02	0,16
	Int	0,24	0,26	0,41*	0,39*	0,26	-0,04	0,43**
	Aff	0,00	0,32*	0,26	0,41*	0,25	-0,09	0,31*
	Het	-0,07	0,33*	0,12	0,13	0,28	-0,37*	0,21
	Suc	-0,26	-0,20	-0,15	-0,27	-0,13	-0,21	-0,35*
	Aba	-0,38*	-0,31*	-0,27	-0,45**	-0,28	0,11	-0,41*
	SCn	0,06	-0,17	-0,07	-0,10	-0,31*	0,33*	-0,08
	Mas	0,23	0,29	0,25	0,31*	0,32*	-0,07	0,37*
	A	0,25	0,17	0,19	0,22	0,08	0,11	0,32*
	FC	0,02	0,24	0,09	0,16	0,21	-0,35*	0,17
	AC	-0,23	-0,07	-0,24	-0,34*	-0,14	-0,04	-0,29
	A1	0,27	0,51**	0,33*	0,43**	0,46**	-0,56**	0,45**
	A3	-0,23	0,10	-0,08	0,06	-0,07	-0,34*	-0,10

** – $p \leq 0,01$; * – $p \leq 0,05$

przekonaniom i zasadom nawet wtedy, kiedy są one niezgodne z ogólnie przyjętymi standardami.

Niższą, ale również pozytywną, wartość współczynnika korelacji zidentyfikowano w obszarach *Akceptacja siebie* oraz *Korzyść* ($\rho = 0,35$; $p \leq 0,05$). Oznacza to, że w im większym stopniu choroba rodzeństwa postrzegana jest jako możliwość osiągnięcia wtórnych zysków (sposób na usprawiedliwianie się w oczach własnych i innych osób), tym bardziej realistyczne jest postrzeganie własnej osoby (zdrowego rodzeństwa).

Ujemną korelację odnotowano w przypadku takich czynników, jak: *Cel życiowy* i *Wartość* ($\rho = -0,33$; $p \leq 0,05$). Uzyskane rezultaty sugerują, że im bardziej choroba rodzeństwa oceniana jest jako wartość i traktowana jako okoliczność

sprzyjająca osobistemu rozwojowi, tym mniejsza zdolność zdrowego rodzeństwa do odnajdywania sensu w swoim życiu. Całość uzyskanych wyników zaprezentowano w tabeli 7.

Tabela 7. Wyniki korelacji ρ Spearmana pomiędzy Skalą Dobrostanu Psychicznego i Skalą Oceny Choroby Osoby Bliskiej.

Zmienne		Skala Dobrostanu Psychicznego PWB						
		Auto- nomia	Panowa- nie nad środo- wiskiem	Rozwój osobisty	Relacje z inny- mi	Cel ży- ciowy	Akcepta- cja siebie	Wynik ogól- ny
Skala SOCOB	Zagrożenie	0,51**	0,13	0,19	0,19	-0,09	0,29	0,27
	Korzyść	0,10	0,05	0,17	0,05	0,03	0,35*	0,21
	Przeszkoda	0,21	0,19	0,12	0,19	0,01	0,24	0,24
	Wyzwanie	-0,02	-0,07	-0,17	0,08	-0,28	0,06	-0,14
	Krzywda	0,08	0,01	0,16	0,12	-0,11	0,19	0,10
	Wartość	-0,23	0,04	-0,18	0,04	-0,33*	0,24	-0,10
	Znaczenie	0,15	0,28	0,03	0,02	0,14	-0,14	0,11

** - $p \leq 0,01$; * - $p \leq 0,05$

Dyskusja wyników

Celem niniejszego artykułu było zbadanie powiązań zachodzących między (realnym i idealnym) obrazem rodzeństwa cierpiącego na schizofrenię lub depresję oraz oceną jego choroby a dobrostanem psychicznym rodzeństwa zdrowego. Zrealizowany (wstępny) projekt badawczy pozwolił na pełną pozytywną weryfikację tylko jednej (H.1) z czterech postawionych hipotez. W przypadku H.2 brak empirycznych podstaw do odrzucenia odpowiadającej jej hipotezy zerowej (hipoteza ta w całości została odrzucona). W odniesieniu do H.3 i H.4 można przyjąć, że zostały one potwierdzone częściowo, przy czym kierunek ujawnionych zależności okazał się przeciwny do zakładanego.

Dokonując interpretacji otrzymanych wyników badań, można uznać, że im bardziej rodzeństwo osób chorujących na depresją lub schizofrenię pozytywnie spostrzega swego chorego brata bądź siostrę, tym większe jest jego poczucie globalnego dobrostanu psychicznego (H.1). Ponadto stwierdzono – wbrew oczeki-

waniom – że wraz ze wzrostem odczuwanego lęku i zaniepokojenia o stan zdrowia chorego rodzeństwa, wzrasta poczucie dobrostanu zdrowego rodzeństwa związane głównie ze zdolnością do pozostawania wiernym własnym przekonaniom (H.3). Wyniki przeprowadzonych badań sugerują również – w kontraście do pierwotnych założeń – że w im większym stopniu zdrowe rodzeństwo ocenia chorobę brata bądź siostry jako wartość (osobisty potencjał rozwojowy), próbując nadać jej pozytywne znaczenie, tym dotkliwiej doświadcza spadku dobrostanu wynikającego głównie z umiejętności odnajdywania sensu w swoim życiu (H.4). W świetle uzyskanych danych nie ma podstaw do uznania, że wzrostowi pozytywnych oczekiwań ze strony rodzeństwa zdrowego względem cierpiącego na depresję lub schizofrenię brata bądź siostry towarzyszy istotny spadek jego dobrostanu psychicznego (H.2).

Odnosząc uzyskany wzorzec wyników do doniesień z literatury psychologicznej, warto podkreślić, że dotychczasowe badania nad znaczeniem choroby psychicznej dla dynamiki relacji zachodzącej pomiędzy rodzeństwem przekonują, iż osoby zdrowe (brat czy siostra) doświadczają wielu trudności w związku z chorobą psychiczną swojego rodzeństwa (Kinsella, Anderson, Anderson 1996; Koujalgi, Nayak 2016; Koukia, Madianos 2005; Magliano i in. 2006; Nasr, Kausar 2009). Trudności te wyrażają się między innymi w odczuwaniu intensywnych negatywnych emocji, wyższym – w porównaniu z osobami posiadającymi zdrowe rodzeństwo – poziomem obciążenia obowiązkami i zmęczenia, a także dystansowaniu się wobec bliskich relacji z innymi (Barak, Salomon 2005, Friedrich, Lively, Rubenstein 2008; Schrank i in. 2006). Dodatkowym czynnikiem potęgującym wzmiankowane wyżej nieprzyjemne doświadczenia, związane z faktem posiadania „obciążonego” chorobą psychiczną rodzeństwa, jest obecna w przestrzeni społecznej (i medialnej) tendencja do stygmatyzowania i alienowania zarówno osoby chorej, jak i jej bliskich (Karidi i in. 2010; Paul, Nadkarni 2017).

W takim kontekście emocjonalnym i społecznym jest niejako zawieszona relacja między zdrowym i chorym rodzeństwem. Nie zaskakuje zatem fakt, że budowanie rzeczywistego obrazu brata czy siostry cierpiącego na chorobę psychiczną w oparciu o to, co w nim/niej obiektywnie cenne i wartościowe, przekłada się na zadowolenie z życia – poczucie dobrostanu. Rodzina bowiem, jak zauważa V. Satir (2000), jest miejscem gdzie powstaje człowiek. Owo „powstawanie” obejmuje wszystkie sfery funkcjonowania jednostki od biologicznej począwszy a na duchowej skończywszy. Jego efektem jest między innymi respekt wobec godności – elementarnego dobra przysługującego osobie ludzkiej (Kozielecki 1998) – każdego człowieka, także (a może przede wszystkim) człowieka chorego (Studen 2003).

Poszukując teoretycznego uzasadnienia dla braku (postulowanych) negatywnych powiązań między idealnym obrazem chorego rodzeństwa a poczuciem dobrostanu zdrowego rodzeństwa, warto odwołać się do teorii ukierunkowań Ja autorstwa E.T. Higginsa. Zgodnie z tą teorią rozbieżności pomiędzy realnymi i idealnymi przekonaniem są przyczyną powstawania wielu negatywnych stanów emocjonalnych, takich jak: smutek, niezadowolenie, zawód, strata (zob. Bąk 2002; Oleś 2005). Wysokie wskaźniki w zakresie idealnego obrazu chorego brata lub siostry są wyrazem oczekiwań ze strony zdrowego rodzeństwa, które ogniskują się w pytaniu: Jakiego brata (jaką siostrę) chciałbym mieć? W przypadku choroby psychicznej – z uwagi na jej specyfikę, obraz kliniczny, przebieg i konsekwencje społeczne – odpowiedź na to pytanie może być dojmująco frustrująca, co nie pozostaje bez znaczenia dla poczucia dobrostanu (Dykens 2005; Ryff 2014; Seltzer i in. 1997). Jednak rezultaty prezentowanych w niniejszym artykule badań sugerują brak postulowanej współzmienności. Może to wynikać z tego, że – jak dowiedli w swoich badaniach Stalberg i współpracownicy (2004) – zdrowe rodzeństwo obok uczuć negatywnych (smutek, gniew, zazdrość, wina, wstyd) żywi względem swego chorego brata czy chorej siostry szereg uczuć pozytywnych. Wśród nich bez wątpienia istotne znaczenie mają więź biologiczna, przywiązanie, poczucie bliskości czy wzajemna miłość, które znacząco redukują destruktywny wpływ, jaki może wywierać na ich życie choroba psychiczna rodzeństwa, pozwala pogodzić się z diagnozą choroby psychicznej bliskiego członka rodziny oraz motywuje do wspierania chorego brata lub siostry. Staje się to możliwe zapewne dzięki temu, że „(...) w miłości umiera stary człowiek, a rodzi się nowy” (Kępiński 2012, 232).

Odnosząc do literatury psychologicznej rezultaty badawcze omawianego projektu – sugerujące, iż osoby oceniające chorobę swojego rodzeństwa jako zagrożenie i wartość, w pierwszym przypadku doświadczają wzrostu, w drugim zaś spadku dobrostanu psychicznego – warto zauważyć, że choć choroba psychiczna rodzeństwa nierzadko zagraża niejako realizacji edukacyjnych czy życiowych planów zdrowego rodzeństwa (zob. Friedrich, Lively, Rubenstein 2008; Schrank i in. 2006; Chuchra 2008, 2009), to w ostatecznym rozrachunku mobilizuje ona także bliskich chorego do uaktywniania posiadanych i poszukiwania nowych zasobów psychicznych (por. Hobfoll 2002). Stwarza ona także szansę osobistego rozwoju, będącego następstwem konfrontacji z chorobą psychiczną brata lub siostry, co w następstwie owocuje wzrostem dobrostanu między innymi w obszarze autonomii, czyli samostanowienia o sobie i swoim życiu oraz postępowaniem zgodnym z przyjętym i uznanym systemem wartości (por. Oleś 2012). Istnieją badania, które dowodzą, iż choroba rodzeństwa jest dla zdrowych braci i siostr nie tylko źródłem cierpienia i trudności, ale także konkretnych korzyści. Badania Kinselli i współpracowników (1996) wykazały, że w wyniku choroby psychicznej

siostry lub brata rodzeństwo zdrowe staje się bardziej odpowiedzialne, kreatywne, wytrwałe w dążeniu do wyznaczonych sobie celów oraz efektywniej radzi sobie z problemami życia.

Z kolei negatywny „wpływ” redefinicji choroby brata lub siostry – w kierunku bardziej pozytywnym, umożliwiającym dostrzeżenie w niej elementów pozytywnych (wartościowych z osobistego punktu widzenia) – na jakość życia zdrowego rodzeństwa w obszarze szeroko rozumianego sensu i działań skoncentrowanych na osiągnięciu celów może być – zwłaszcza w kręgu polskiej obyczajowości – przejawem (nieuzasadnionego) poczucia winy (por. Chuchra 2017; Stoneman 2005; Titelman 1991). W przekazie społecznym choroba psychiczna jest najczęściej utożsamiana ze stratą, osobistą tragedią, źródłem ogromnego cierpienia, stąd też jej pozytywne przewartościowanie może być traktowane jako coś niewłaściwego (Sęk, Steuden 2016). W tym kontekście warto także przywołać wyniki badań, które sugerują, iż zdrowe rodzeństwo osób obciążonych zaburzeniami życia psychicznego nierzadko staje się jakby drugą ofiarą choroby. W rezultacie może gubić poczucie sensu życia czy tracić zapał do realizacji osobistych celów (Chuchra 2017; Makara-Studzińska, Łoś 2012).

Rezultaty przeprowadzonych badań skłaniają do przyjęcia (z pewną dozą ostrożności) następujących wniosków i zaleceń praktycznych:

1. zdrowe rodzeństwo osób chorych psychicznie deklaruje, iż posiada negatywny obraz swojego chorego rodzeństwa, stąd też w pracy psychologicznej czy psychoterapeutycznej warto wydobyć i przepracowywać te aspekty osobowości chorego brata czy siostry, które są trudne do zaakceptowania;
2. podjęcie powyższych działań może mieć nie tylko korzystny wpływ na przebieg procesu pomocowego, ale także dla całościowego funkcjonowania systemu rodzinnego osób, których rodzeństwo jest obciążone chorobą psychiczną, gdyż poczucie dobrostanu psychicznego zdrowego rodzeństwa jest tym wyższe, im bardziej pozytywny jest posiadany przez nich obraz rodzeństwa chorego;
3. z uwagi na trudną sytuację psychospołeczną rodzeństwa osób chorych psychicznie konieczne jest podejmowanie inicjatyw mających na celu udzielanie im wieloaspektowego i wielopłaszczyznowego wsparcia (w trakcie prowadzenia badań respondenci zgłaszali trudność dotarcia do grup wsparcia dla rodzeństwa osób chorych psychicznie);
4. istnieje konieczność dalszej eksploracji poruszanej w niniejszej pracy tematyki – badania prowadzone w tym zakresie dotyczą bowiem w głównej mierze rodziców osób chorych psychicznie, wciąż natomiast niewiele opracowań skupia się na przeżyciach zdrowego rodzeństwa.

Zrealizowany projekt badawczy, pomimo iż pozwolił na ustalenie wartościowych poznawczo wniosków, posiada także pewne ograniczenia, których wskazanie może okazać się pomocne w planowaniu kolejnych badań z zakresu omawianej problematyki. Do najważniejszych z nich należą:

1. mała (niereprezentatywna) liczebność badanej próby związana między innymi z koniecznością posługiwania się w analizach statystycznych testami nieparametrycznymi, charakteryzującymi się słabszą dobrocią statystyczną;
2. brak kontroli zmiennych dotyczących nasilenia objawów, długości trwania choroby, poziomu samodzielności rodzeństwa, czy też częstości kontaktu pomiędzy zdrowym i chorym rodzeństwem.

Literatura

- BAK, W.E. 2002. Tory Higginsa teoria rozbieżności ja. *Przegląd psychologiczny*, 1, 39–55.
- BARAK, D., SALOMON, Z. 2005. In the shadow of schizophrenia: a study of siblings perceptions. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 42, 231–241.
- BARBARO DE, B. 1992. *Brzemie rodziny w schizofrenii. Próba ujęcia systemowego*. Kraków.
- BARBARO DE, B. (red.). 1999. *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków.
- BEDYŃSKA, S., CYPRYAŃSKA, M. 2013. *Statystyczny drogowskaz. Praktyczne wprowadzenie do wnioskowania statystycznego*. Warszawa.
- BRAUN-GAŁKOWSKA, M. 1992. *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*. Lublin.
- BRAUN-GAŁKOWSKA, M. 2008. *Psychologia domowa*. Lublin.
- CHUCHRA, M. 2008. Koncepcja siebie chorych na schizofrenię – przegląd badań. *Psychiatria Polska*, 4, 533–545.
- CHUCHRA, M. 2009. Obraz brzemienia rodziny z osobą chorą na schizofrenię. *Roczniki psychologiczne*, 2, 103–128.
- CHUCHRA, M. 2017. Family burden in schizophrenia. *Annals of Psychology*, 2, 103–128.
- CICIRELLI, V. 1995. *Sibling Relationships Across the Life Span*, New York.
- DIENER, E., LUCAS, R.E., OISHI, S. 2008. Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia. W: J. Czapiński (red.). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa, 35–50.

- DUCKWORTH, A.L., STEEN, T.A., SELIGMAN, E.P. 2005. Positive psychology in clinical practice, *Annual Review Clinical Psychology*, 1, 629–651.
- DYKENS, E.M. 2005. Happiness, well-being, and character strengths: Outcomes for families and siblings of persons with mental retardation. *Mental Retardation*, 5, 360–364.
- FRIEDRICH, R.M., LIVELY, S., RUBENSTEIN, L.M. 2008. Siblings' coping strategies and mental health services: a national study of siblings of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 3, 261–267.
- HAMMEN, C. 2006. *Depresja*. Gdańsk.
- Hobfoll, S.E. 2002. Social and psychological resources and adaptation, *Review of General Psychology*, 4, 307–324.
- JANICKA, I., LIBERSKA, H. (red.). 2014. *Psychologia rodziny*. Warszawa.
- KARIDI, M.V., STEFANIS, C.N., THELERITIS, C., TZEDAKI, M., RABAVILAS, A.D., STEFANIS, N.C. 2010. Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 1, 19–30.
- KASPEREK-ZIMOWSKA, B. 2004. Teoria Redefiniowania Roli Rodzica według P.J. Milliken na tle innych modeli badawczych obejmujących opiekę nad dorosłą osobą przewlekle chorą na schizofrenię. *Psychiatria*, 4, 31–36.
- KASPEREK-ZIMOWSKA, B., STEUDEN, S., CHARZYŃSKA, K. 2013. Osobowość matek a radzenie sobie z opieką nad dorosłym dzieckiem z rozpoznaniem schizofrenii. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 4, 239–242.
- KĘPIŃSKI, A. 2001. *Schizofrenia*. Warszawa.
- KĘPIŃSKI, A. 2012. *Poznanie chorego*. Warszawa.
- KEYES, C.L., SHMOTKIN, D., RYFF, C.D. 2002. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1007–1022.
- KINSELLA, K.B., ANDERSON, R.A., ANDERSON, W.T. 1996. Coping skills, strengths, and needs as perceived by adult offspring and siblings of people with mental illness: A retrospective study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2, 24–32.
- KOUJALGI, S.R., NAYAK, R.B. 2016. Factors associated with family burden in schizophrenia. *Indian Journal of Health Sciences and Biomedical Research*, 3, 273–278.
- KOUKIA, E., MADIANOS, M.G. 2005. Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4, 415–422.
- KOZIELECKI, J. 1998. *Człowiek wielowymiarowy*. Warszawa.
- KROK, D. 2009. *Religijność a jakość życia w perspektywie mediatorów psychospołecznych*. Opole.

- LEVECQUE, K., VAN ROSSEM, R. 2015. Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethnicity & Health*, 1, 49–65.
- MAGLIANO, L., FIORILLO, A., ROSA, C., MAJ, M. 2006. Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: preliminary results from an Italian national study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 429, 60–63.
- NASR, T., KAUSAR, R. 2009. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 1, 17–23.
- OLEŚ, P. 2005. *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa.
- OLEŚ, P. 2012. *Psychologia człowieka dorosłego*. Warszawa.
- OSUCHOWSKA-KOŚCIJAŃSKA, A. 2014. Poczucie koherencji i sposoby radzenia sobie ze stresem w relacji z bratem lub siostrą u zdrowego rodzeństwa osób chorych psychicznie. *Psychiatria Polska*, 2, 371–382.
- OUTE, J., HUNICHE, L. 2017. Who gets involved with what? A discourse analysis of gender and caregiving in everyday family life with depression. *Outlines. Critical Practice Studies*, 1, 5–27.
- PAUL, S., NADKARNI, V. 2017. A qualitative study on family acceptance, stigma and discrimination of persons with schizophrenia in an Indian metropolis. *International Social Work*, 1, 84–99.
- PLOPA, M. 2007. *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Kraków.
- PRZYWARKA, I. 2002. Rodzina w sytuacji choroby. Wpływ choroby psychicznej na funkcjonowanie rodziny w wielkim mieście. *Roczniki Socjologii Rodziny*, 14, 153–172.
- PUŻYŃSKI, S. 2002. *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa.
- Radfar, M., Ahmadi, F., Fallahi Khoshknab, M. 2014. Turbulent life: the experiences of the family members of patients suffering from depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, 249–256.
- RUIZ-CASTELL, M., KANDALA, N.B., PERQUIN, M., BOCQUET, V., KUEMMERLE, A., VÖGELE, C., STRANGES, S. 2017. Depression Burden in Luxembourg: Individual Risk Factors, Geographic Variations and the Role of Migration, 2013–2015 European Health Examination Survey. *Journal of Affective Disorders*, 222, 41–48.
- RYFF, C.D. 1989. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- RYFF, C.D. 2014. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1, 10–28.
- RYFF, C.D., KEYES, C.L. 1995. The structure of psychological well-being revisited, *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 719–727.

- SADOWSKA, M., STEUDEN, S. 2009. Brzemie rodzinne a syndrom wyczerpania sił u rodziców osób chorych psychicznie. *Człowiek chory – aspekty biopsychospołeczne*, 1, 170–183.
- SATIR, V. 2000. *Rodzina: tu powstaje człowiek*. Gdańsk.
- SCHRANK, B., SIBITZ, I., SCHAFFER, M., AMERING, M. 2006. Unjustly neglected: Siblings of people with a schizophrenic psychosis. *Neuropsychiatrie*, 3, 216–225.
- SĘK, H., STEUDEN, S. 2016. Psychologia schizofrenii. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. Warszawa, 555–573.
- SELIGMAN, M., WALKER, E., ROSENHAN, D. 2003. *Psychopatologia*. Poznań.
- SELTZER, M., GREENBERG, J.S., KRAUSS, M.W., GORDON, R.M., JUDG, K. 1997. Siblings of adults with mental retardation or mental illness: Effects on lifestyle and psychological well-being. *Family Relations*, 4, 395–405.
- STACCINI, L., TOMBA, E., GRANDI, S., KEITNER, G.I. 2015. The evaluation of family functioning by the family assessment device: A systematic review of studies in adult clinical populations. *Family Process*, 1, 94–115.
- STALBERG, G., EKERWALD, H., HULTMAN, C.M. 2004. At issue: Siblings with schizophrenia: sibling bond, coping patterns, and fear of possible schizophrenia heredity. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 445–458.
- STEUDEN, S. 2003. Poczucie ludzkiej godności w doświadczaniu choroby psychicznej. *Świat i Słowo*, 1, 17–27.
- STEUDEN, S., JANOWSKI, K. 2002. *Skala Oceny Własnej Choroby (SOWC)*. Katedra Psychologii Klinicznej KUL. Lublin.
- STEUDEN, S., JANOWSKI, K., WARDA, A. 2015. *Skala Oceny Choroby Osoby Bliskiej (SOCOB)*. Katedra Psychologii Klinicznej KUL. Lublin.
- Stoneman, Z. 2005. Siblings of children with disabilities: Research themes. *Mental Retardation*, 5, 339–350.
- TITELMAN, D. 1991. Grief, guilt, and identification in siblings of schizophrenic individuals. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1, 72–84.
- TOMPSON, M.C., CONNOR, E.O., KEMP, G.N., LANGER, D.A., ASARNOW, J.R. 2015. Depression in Childhood and Early Adolescence: Parental Expressed Emotion and Family Functioning. *Annals of Depression and Anxiety*, 7, 1070.
- TRZEBIŃSKA, E. 2008. *Psychologia pozytywna*. Warszawa.
- TWARDOWSKI, A. 2011. Sytuacja psychologiczna rodzeństwa dzieci z niepełnościami, *Szkoła Specjalna*, 2, 91–101.

Data wpłynięcia: 08.07.2017.

Data uzyskania pozytywnych recenzji: 15.11.2017.