Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Lekarski

Edyta Dembińska

Kryzys małżeński osoby chorej psychicznie

Praca doktorska

Promotor: prof. dr hab. n. med. Bogdan de Barbaro

Pracę wykonano w Zakładzie Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii
Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medium
Kierownik jednostki: prof. dr hab. n. med. Bogdan de Barbaro

Kraków, 2010

Podziękowania

Pragnę serdecznie podziękować mojemu promotorowi Panu prof. dr hab. n. med. Bogdanowi de Barbaro za poświęcony czas, cierpliwość i cenne wskazówki, które znacząco wpłynęły na kształt tej pracy.

Serdecznie dziękuję Panu dr hab. n. med. Krzysztofowi Rutkowskiemu za przyjazne nastawienie, wszechstronne wsparcie i nieustanne motywowanie do dalszej pracy.

Dziękuję Panu dr n. med. Mariuszowi Furgałowi za wszelką pomoc i cenne uwagi oraz Panu dr n. med. Jerzemu Sobańskiemu za cenne wskazówki i wielogodzinne dyskusje.

Spis treści

Część I: Przegląd problematyki 10

1. CHOROBA PSYCHICZNA A FUNKCJONOWANIE MAŁŻEŃSTWA 10

1.1. Wprowadzenie 10

1.2. Związek choroby psychicznej i funkcjonowania małżeństwa 10

1.3. Kryzys małżeński – definicje 11

1.4. Cykl życia a przewlekła choroba 16

1.5. Prawidłowo funkcjonujące małżeństwo i rodzina 17

1.6. Wpływ choroby psychicznej na relację małżeńską 18

1.7. Badania nad funkcjonowaniem rodzin pacjentów psychiatrycznych 21

1.7.1. Funkcjonowanie rodzin pacjentów chorujących na chorobę afektywną jednobiegunową 21

1.7.1.1. Funkcjonowanie rodziny w trakcie epizodu depresji i w remisji 22

1.7.1.2. Funkcjonowanie rodziny a przebieg choroby 22

1.7.1.3. Różnice w ocenie funkcjonowania rodziny pomiędzy chorym a członkami jego rodziny 24

1.7.2. Funkcjonowanie rodzin pacjentów chorujących na schizofrenię 24

1.8. Badania nad funkcjonowaniem małżeństw osób chorych psychicznie 27

1.8.1. Funkcjonowanie małżeństwa w chorobie afektywnej jednobiegunowej (depresji) 28

1.8.1.1. Funkcjonowanie małżeństwa w czasie aktywnej fazy choroby i w remisji 30

1.8.1.2. Funkcjonowanie małżeństwa a nawrót choroby afektywnej jednobiegunowej 32

1.8.1.3. Różnice w ocenie funkcjonowania małżeństwa pomiędzy małżonkiem chorym a zdrowym 32

1.8.2. Funkcjonowanie małżeństwa w schizofrenii 33

1.9. Znaczenie płci kulturowej (*gender*) w badaniach nad schizofrenią i depresją 35

1.10. Podsumowanie przeglądu problematyki 37

Część II: Badania własne 38

1. CELE PRACY I HIPOTEZY BADAWCZE 38

1.1 Cel pracy 38

1.2. Założenia dotyczące oceny funkcjonowania systemu rodzinnego 38

1.3. Hipotezy badawcze 38

2. MATERIAŁ I METODA 40

2.1. Ocena funkcjonowania rodziny i jej subsystemów 42

2.1.1. Model procesu funkcjonowania rodziny 42

2.1.2. Polska wersja KOR 43

2.1.3. Rzetelności polskiej wersji kwestionariusza i sposób interpretacji wyników 45

2.2. Inne dane pozyskane w badaniu 48

3. STATYSTYCZNE METODY OPRACOWANIA WYNIKÓW 48

4. OPIS GRUP BADANYCH 49

4.1 Grupa badana SCHI – małżeństwa osób chorujących na schizofrenię 49

4.2 Grupa badana DEPR – małżeństwa osób chorujących na depresję 51

5. WYNIKI BADAŃ 54

5.1.1 Ocena funkcjonowania małżeństwa w sytuacji kryzysu małżeńskiego w małżeństwach zawierających osobę chorującą na schizofrenię 54

5.1.1.1. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej SCHI i kontrolnej SCHI - porównanie z wartościami kryterialnymi 54

5.1.1.2. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej SCHI i kontrolnej dla SCHI – porównanie między grupami 56

5.1.1.3. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej SCHI – porównanie małżonków chorych i zdrowych 57

5.1.1.4. Funkcjonowanie małżeństwa – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego z grupy badanej SCHI z kontrolą dla SCHI 58

5.1.1.5. Funkcjonowanie małżeństwa – uwzględnienie płci chorego małżonka w grupie badanej SCHI 59

5.1.1.6. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej SCHI – porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków 60

5.1.1.7. Korelacje oceny funkcjonowania małżeństwa w grupie badanej SCHI z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia 61

5.1.1.8. Korelacje oceny funkcjonowania małżeństwa małżonków chorych i zdrowych w grupie badanej SCHI z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia 62

5.1.2. Ocena funkcjonowania małżeństwa w sytuacji kryzysu małżeńskiego w małżeństwach zawierających osobę chorującą na depresję 65

5.1.2.1. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej DEPR i kontrolnej DEPR – porównanie z wartościami kryterialnymi 65

5.1.2.2. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej DEPR i kontrolnej dla DEPR – porównanie między grupami 67

5.1.2.3. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej DEPR – porównanie małżonków chorych i zdrowych 68

5.1.2.4. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej DEPR – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego z kontrolą dla DEPR 69

5.1.2.5. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej DEPR – uwzględnienie płci chorego małżonka 70

5.1.2.6. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej DEPR – porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków 71

5.1.2.7. Korelacje oceny funkcjonowania małżeństwa w grupie badanej DEPR z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia 72

5.1.2.8. Korelacje oceny funkcjonowania małżeństwa małżonków chorych i zdrowych w grupie badanej DEPR z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia 73

5.1.3. Porównanie oceny funkcjonowania małżeństwa w sytuacji kryzysu małżeńskiego w małżeństwach zawierających osobę chorującą na schizofrenię z małżeństwami zawierającymi osobę chorującą na depresję 76

5.1.3.1 Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej SCHI i badanej DEPR – porównanie między grupami 76

5.1.3.2. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej SCHI i DEPR – porównanie małżonków chorych i zdrowych z obu grup 77

5.2.1. Funkcjonowanie rodziny w sytuacji kryzysu małżeńskiego w ocenie małżeństw zawierających osobę chorującą na schizofrenię 78

5.2.1.1. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI i kontrolnej dla SCHI - porównanie z wartościami kryterialnymi 78

5.2.1.2. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI i kontrolnej dla SCHI – porównanie między grupami 80

5.2.1.3. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI – porównanie małżonków chorych i zdrowych 81

5.2.1.4. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego z kontrolą 82

5.2.1.5. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI - uwzględnienie płci chorego małżonka 83

5.2.1.6. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI – porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków 84

5.2.1.7. Korelacje oceny funkcjonowania rodziny w grupie badanej SCHI z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia 85

5.2.1.8. Korelacje oceny funkcjonowania rodziny wg małżonków chorych i zdrowych w grupie badanej SCHI z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia 86

5.2.2. Funkcjonowanie rodziny w sytuacji kryzysu małżeńskiego w ocenie małżeństw zawierających osobę chorującą na depresję 89

5.2.2.1. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej DEPR i kontrolnej dla DEPR - porównanie z wartościami kryterialnymi 89

5.2.2.2. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej DEPR i kontrolnej dla DEPR – porównanie między grupami 91

5.2.2.3. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej DEPR – porównanie małżonków chorych i zdrowych 92

5.2.2.4. Funkcjonowanie rodziny – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego w grupie badanej DEPR z kontrolą dla DEPR 93

5.2.2.5 Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej DEPR – uwzględnienie płci chorego małżonka 94

5.2.2.6. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej DEPR – porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków 95

5.2.2.7. Korelacje oceny funkcjonowania rodziny w grupie badanej DEPR z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia 96

5.2.2.8. Korelacje oceny funkcjonowania rodziny wg małżonków chorych i zdrowych w grupie badanej DEPR z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia 97

5.2.3. Porównanie oceny funkcjonowania rodziny w sytuacji kryzysu małżeńskiego w małżeństwach zawierających osobę chorującą na schizofrenię z małżeństwami zawierającymi osobę chorującą na depresję 100

5.2.3.1. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI i badanej DEPR – porównanie między grupami 100

5.2.3.2. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI i DEPR – porównanie małżonków chorych i zdrowych z obu grup 101

5.3.1. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w sytuacji kryzysu małżeńskiego w małżeństwach zawierających osobę chorującą na schizofrenię 102

5.3.1.1. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI i kontrolnej dla SCHI - porównanie z wartościami kryterialnymi 102

5.3.1.2. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI i kontrolnej dla SCHI – porównanie między grupami 104

5.3.1.3. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI – porównanie małżonków chorych i zdrowych 105

5.3.1.4. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego z kontrolą 106

5.3.1.5. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI – uwzględnienie płci chorego małżonka 107

5.3.1.6. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI – porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków 108

5.3.1.7. Korelacje samooceny funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia 109

5.3.1.8. Korelacje oceny funkcjonowania rodziny wg małżonków chorych i zdrowych w grupie badanej SCHI z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia 110

5.3.2. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w sytuacji kryzysu małżeńskiego w małżeństwach zawierających osobę chorującą na depresję 113

5.3.2.1. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR i kontrolnej dla DEPR - porównanie z wartościami kryterialnymi 113

5.3.2.2. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR i kontrolnej dla DEPR – porównanie między grupami 115

5.3.2.3. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR – porównanie małżonków chorych i zdrowych 116

5.3.2.4. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego z kontrolą 117

5.3.2.5. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR – uwzględnienie płci chorego małżonka 118

5.3.2.6. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR – porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków 119

5.3.2.7. Korelacje samooceny funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia ... 120

5.3.2.8. Korelacje samooceny funkcjonowania rodziny wg małżonków chorych i zdrowych w grupie badanej DEPR z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia 121

5.3.3. Porównanie samooceny funkcjonowania w rodzinie w sytuacji kryzysu małżeńskiego w małżeństwach zawierających osobę chorującą na schizofrenię z małżeństwami zawierającymi osobę chorującą na depresję 124

5.3.3.1 Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI i badanej DEPR – porównanie między grupami 124

5.3.3.2. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI i DEPR – porównanie małżonków chorych i zdrowych z obu grup 125

6. OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ I WNIOSKI 126

6.1. Omówienie wyników 126

6.1.1. Hipoteza 1 127

6.1.2. Hipoteza 2 132

6.1.3. Hipoteza 3 136

6.1.4. Hipoteza 4 139

6.1.5. Hipoteza 5 144

6.1.6. Hipoteza 6 149

6.1.7. Hipoteza 7 153

6.1.8. Hipoteza 8 158

6.2. Wnioski 162

6.3. Dyskusja 164

Streszczenie 174

Summary 177

Literatura 180

Aneks 188

Część I: Przegląd problematyki

1. Choroba psychiczna a funkcjonowanie małżeństwa

1.1. Wprowadzenie

Współczesne koncepcje dotyczące choroby psychicznej poszerzają rozumienie choroby i chorowania o kontekst społeczny (model psycho-bio-społeczny). Istotną rolę oddziaływań systemu rodzinnego w powstawaniu, podtrzymaniu i leczeniu zaburzeń psychicznych potwierdzają liczne badania prowadzone od połowy XX w. Poznanie i zrozumienie interpersonalnego kontekstu choroby psychicznej jest niezwykle ważne dla zdrowienia i zapobiegania nawrotom. W życiu osób dorosłych (również pacjentów psychiatrycznych) centralną relację interpersonalną stanowi relacja małżeńska lub partnerska. Nie ma wątpliwości, że obecność choroby psychicznej u jednego z małżonków i funkcjonowanie małżeństwa wzajemnie na siebie wpływają. Niektórzy badacze uważają, że dysfunkcjonalne relacje małżeńskie są obok nieskuteczności leczenia jedną z przyczyn utrzymywania się depresji „lekoopornej" [1]. Prawidłowo funkcjonujący system małżeński buforuje wpływ niekorzystnych sytuacji życiowych i stresu związanego z obecnością choroby w rodzinie, a akceptacja okazywana przez partnera powoduje wzrost samooceny.

1.2. Związek choroby psychicznej i funkcjonowania małżeństwa

Choroba psychiczna występuje zawsze w kontekście społecznym, stąd w badaniach nad chorobami psychicznymi ważne jest zwracanie uwagi na relacje interpersonalne osób chorych [2]. Małżeństwo lub układ partnerski jest najważniejszą relacją dorosłego życia wielu pacjentów. Kontekst małżeński może wpływać na przebieg choroby psychicznej poprzez: zwiększanie lub zmniejszanie stresu odczuwanego przez osobę chorą, dawanie lub pozbawianie oparcia społecznego, podwyższanie lub obniżanie poczucia własnej wartości w związku z wypełnianiem roli małżeńskiej, wytwarzanie pozytywnych lub negatywnych cykli interakcji.

Glick podaje następujące możliwości wzajemnych oddziaływań choroby psychicznej i relacji małżeńskiej [3]:

1. trudności psychiczne małżonka są wynikiem jego podatności na chorobę, a relacja małżeńska nie powoduje choroby ani jej nie zaostrza

2. relacja małżeńska nie jest źródłem stresu dla osoby podatnej na chorobę psychiczną, ale po rozpoczęciu choroby małżeństwo staje się dysfunkcjonalne
3. trudności w relacji małżeńskiej stają się stresorem wywołującym początek choroby u podatnego małżonka
4. objawy chorobowe zależą tylko od wzajemnych relacji miedzy małżonkami.

Snyder [4] opisuje trzy inne koncepcje wzajemnego wpływu relacji małżeńskiej i choroby psychicznej:

1. trudności małżeńskie będąc źródłem stresu zwiększają prawdopodobieństwo rozwinięcia się lub dłuższego utrzymywania zaburzeń psychicznych u osoby podatnej
2. obecność choroby psychicznej u jednego z małżonków przyczynia się do powstawania lub zaostrzenia trudności małżeńskich
3. trudności małżeńskie i różne aspekty indywidualnego funkcjonowania wzajemnie na siebie wpływają w sposób wielokierunkowy i jest to zależność cyrkularna, w której trudno wyróżnić, co było pierwsze: choroba psychiczna czy trudności małżeńskie.

Nie ma powodu zakładać linearnej zależności pomiędzy chorobą psychiczną a funkcjonowaniem rodziny i małżeństwa. Bardziej użyteczne wydaje się przyjęcie współistnienia wzajemnego wpływu między podatnością pacjenta i funkcjonowaniem rodziny/małżeństwa.

Model psycho-bio-społeczny powstawania choroby psychicznej zakłada, że wystąpienie choroby uwarunkowane jest wzajemnym oddziaływaniem trzech poziomów: biologicznego, indywidualnego oraz interpersonalnego [5]. Według tego modelu wystąpienie choroby psychicznej jest wypadkową oddziaływania różnych czynników włączając w to dysfunkcję rodziny lub relacji małżeńskiej. Pojawienie się choroby w rodzinie powoduje szereg zmian dostosowawczych w jej funkcjonowaniu. Funkcjonalna adaptacja może zaowocować krótkim czasem chorowania i szybszym powrotem do zdrowia [6], dysfunkcjonalna adaptacja może powodować narastanie trudności w małżeństwach i rodzinach.

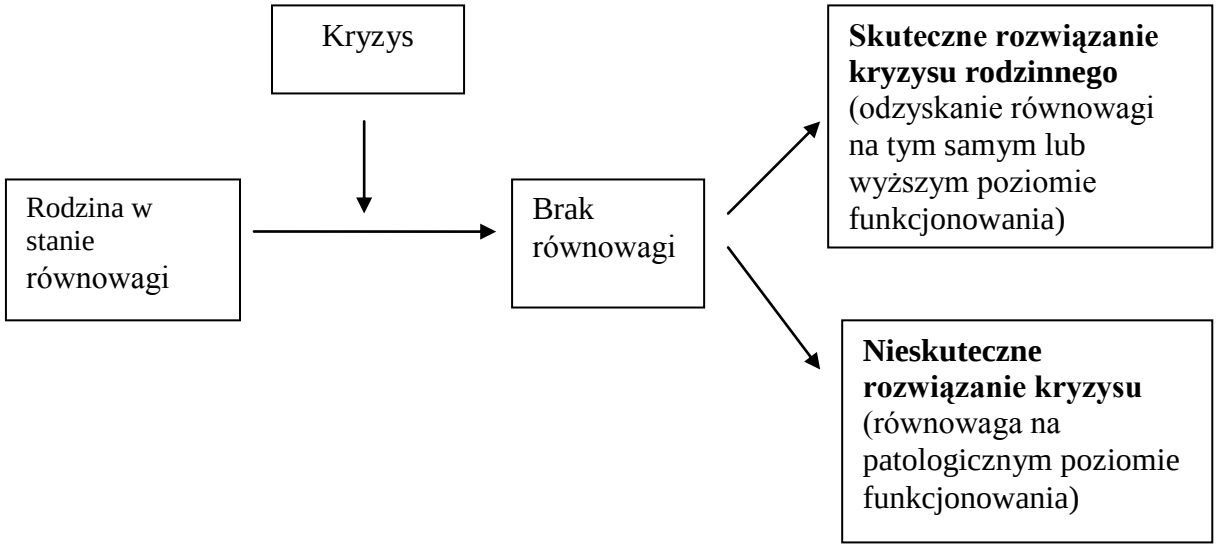
1.3. Kryzys małżeński – definicje

Istnieje wiele definicji kryzysu, ale tylko część z nich opisuje rodzinę i jej najważniejszy subsystem – parę małżeńską jako jego *locus*. Definicja kryzysu wg Capalana jest zorientowana indywidualnie [7, 8]. Według niego kryzys jest zakłóceniem funkcjonowania jednostki występującym, gdy jej dotychczasowe zasoby są niewystarczające, aby rozwiązać problem. Caplan zauważa, że kryzys jednostki rozgrywa się w środowisku

rodzinnym, ale rolę rodziny dostrzega tylko w pomocy jednostce w przezwyciężeniu sytuacji kryzysu.

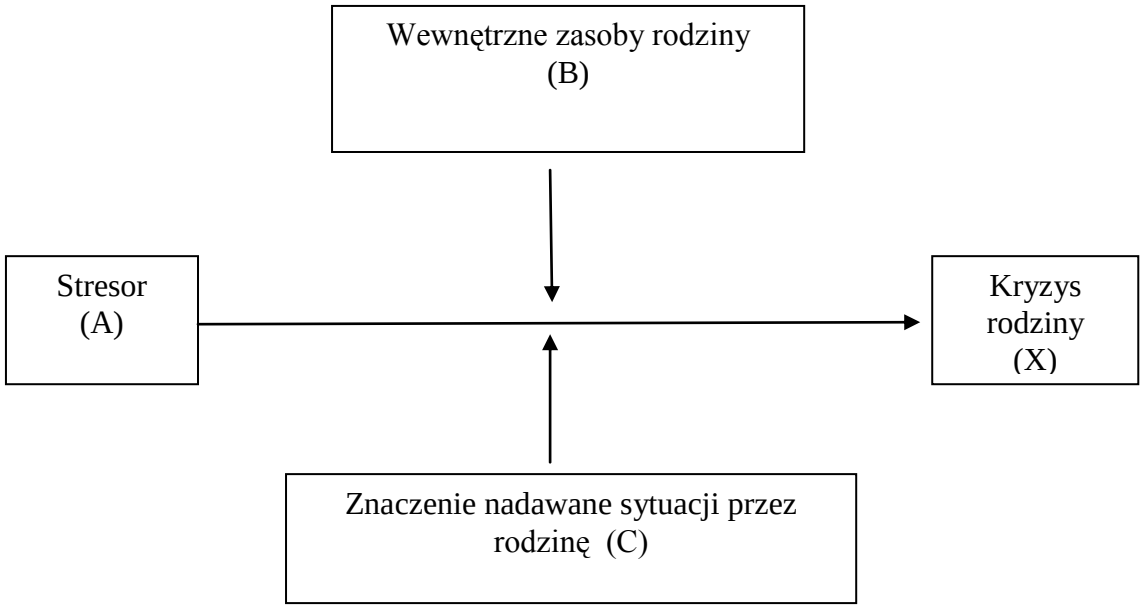
Umana w 1980 r. zaadaptował definicję kryzysu Caplana [7, 8] zastępując słowo jednostka słowem rodzina [9]. Traktując rodzinę jako miejsce, w którym rozgrywa się kryzys, definiuje kryzys jako czasowe zakłócenie wzajemnych relacji w rodzinie wywołane wystąpieniem sytuacji, na którą rodzina nie jest przygotowana, a typowe strategie radzenia sobie z trudnościami okazują się niewystarczające. Zgodnie z tą definicją, rodziny nie zawsze reagują kryzysem na trudne sytuacje, dlatego kryzys nie powinien być definiowany poprzez sytuację, która go wywołała.

Umana [9] wykorzystując teorię kryzysu Caplana [7, 8] opisuje również wpływ kryzysu na funkcjonowanie rodziny. Uważa, że pomimo specyficznego bodźca wywołującego kryzys w danej rodzinie, rodziny próbują sobie radzić w podobny sposób. Odbywa się to poprzez przejście pewnych faz. W pierwszej z nich wystąpienie bodźca powodującego kryzys i próby poradzenia sobie z nim za pomocą typowych strategii nie prowadzą do rozwiązania. To powoduje przejście do fazy drugiej charakteryzującej się wzrostem napięcia i poczuciem nieefektywności, gdyż problem pozostaje nadal nierozwiązany. Dalszy brak sukcesu w rozwiązaniu kryzysu powoduje przejście do fazy trzeciej, w której utrzymywanie się trudności i narastanie napięcia powoduje mobilizację wewnętrznych i zewnętrznych zasobów małżeństwa. Pojawiają się próby redefiniowania problemu i dostrzegania jego nowych aspektów. W tej fazie rodzina jest najbardziej skłonna do szukania nowych sposobów rozwiązywania kryzysu również poprzez zwrócenie się na zewnątrz systemu rodzinnego, co obejmuje korzystanie z pomocy oferowanej przez różne instytucje. Faza czwarta ma miejsce wtedy, gdy kryzys trwa i nie może być rozwiązany. Napięcie w rodzinie rośnie prowadząc do coraz większej jej destabilizacji, co przekłada się na dysfunkcję małżeństwa, jego poszczególnych członków lub rodziny jako całości. W fazie tej dochodzi do rozwiązania kryzysu w jeden ze sposobów: rodzina może powrócić do pierwotnego lub lepszego sposobu funkcjonowania, niż przed kryzysem, innym rozwiązaniem może być stabilizacja patologicznego funkcjonowania rodziny.



Ryc. 1 Przebieg kryzysu rodzinnego wg Umana [9].

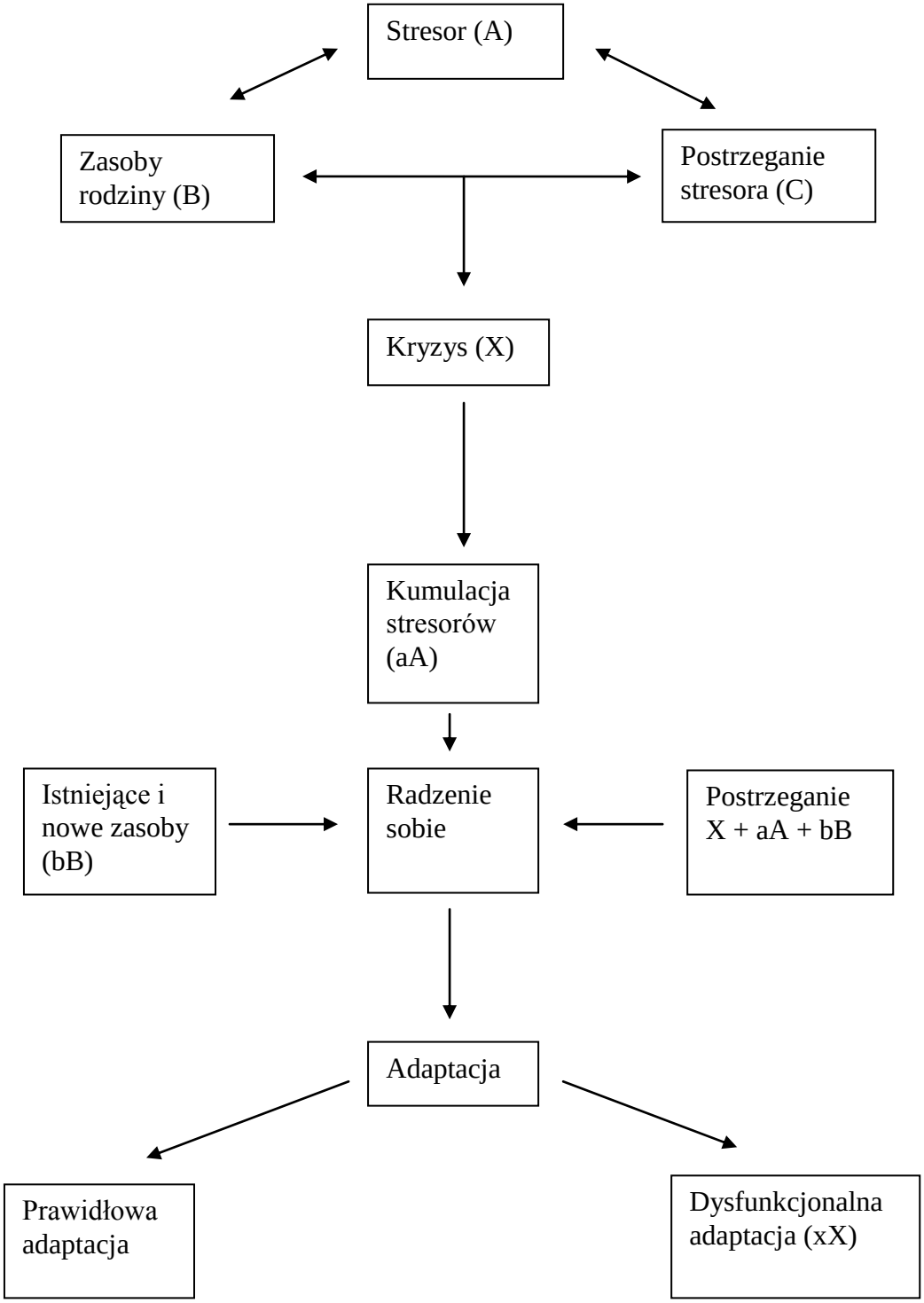
Hill jest autorem pierwszej rodzinnej teorii kryzysu nazywanej też w piśmiennictwie teorią ABCX Hilla [10]. Definiuje on stresor, jako wydarzenie wywołujące kryzys, na które rodzina nie jest przygotowana lub jest przygotowana w niewielkim stopniu. Brak przygotowania sprawia, że sytuacja ta jest dla rodziny źródłem trudności. Teoria Hilla jest w rzeczywistości niemal matematyczną formułą postawania kryzysu w rodzinie. Interakcja pomiędzy trudną sytuacją - stresorem (A), niewystarczającymi zasobami rodziny (B) oraz znaczeniem jakie rodzina nadaje wydarzeniu A (C) doprowadza do wystąpienia kryzysu w rodzinie (X).



Ryc. 2 Model ABCX Hilla [10].

McCubbin i Patterson w 1983 roku [11] rozszerzają model Hilla dodając specyficzne zmienne dodatkowo wpływające na możliwość wystąpienia kryzysu tworząc podwójny model ABCX. Dodane czynniki to: czynnik aA – oznacza, że rodzina rzadko ma do czynienia z jednym stresorem w określonym czasie, czynnik bB – podkreśla to, że rodzina w celu poradzenia sobie z kryzysem wykorzystuje różne zasoby, nie tylko wewnątrzrodzinne. Najważniejszymi zasobami wewnątrz systemu rodzinnego są samoocena członków rodziny, otwarta komunikacja, wzajemne wsparcie, zdolność do rozwiązywania problemów, zdrowie psychiczne i fizyczne oraz poczucie wpływu na doświadczane wydarzenia. Rodzinne postrzeganie problemów (czynnik cC) jest czynnikiem w sposób znaczący wpływającym na adaptacyjną reakcję rodziny. Nadanie znaczenia sytuacji problemowej powoduje możliwość łatwiejszego znalezienia rozwiązania, klaryfikuje sytuację w rodzinie. Ostatni czynnik modelu xX oznacza adaptację rodziny do zaistniałej sytuacji. Adaptacja ta może być funkcjonalna lub dysfunkcjonalna, czyli prowadząca do wystąpienia dalszej dezorganizacji rodziny.

Opisane powyżej teorie kryzysu pokazują, że samo wystąpienie stresora w postaci choroby psychicznej nie jest odpowiedzialne za powstanie kryzysu rodzinnego. O wystąpieniu lub braku kryzysu w danej rodzinie decyduje szereg czynników pośredniczących w jego powstawaniu. Pod uwagę należy wziąć łączną liczbę stresorów, jakich doświadcza rodzina wraz z fazą cyklu życia w jakiej się znajduje, wewnątrz i zewnątrz rodzinne zasoby pomocne w rozwiązywaniu trudności oraz definiowanie przez rodzinę sytuacji problemowych i nadawanie im znaczenia. Wszystkie te czynniki decydują o adaptacji rodziny, a wystąpienie kryzysu w rzeczywistości oznacza brak prawidłowego przystosowania się do zmienionej sytuacji rodzinnej, co powoduje zakłócenia w prawidłowym funkcjonowaniu rodziny i jej subsystemów.



Ryc. 3 Podwójny model kryzysu ABCX wg modyfikacji McCubbina i Pattersona [11, 12].

1.4. Cykl życia a przewlekła choroba

Cykl życia rodziny ma kluczowe znaczenie w rozumieniu wpływu choroby na funkcjonowanie rodziny i małżeństwa. Wystąpienie choroby u jednego z członków rodziny jest zjawiskiem złożonym i wymaga wielu zmian na poziomie biologicznym, indywidualnym i interpersonalnym. Każda przewlekła choroba ma fazy, które pociągają za sobą inne wymagania. Rolland [13] wyróżnia trzy fazy: kryzys, fazę chroniczną oraz fazę terminalną.

Faza kryzysu trwa od pierwszych symptomów choroby, przez postawienie diagnozy aż do końca początkowego okresu przystosowania. W tym czasie rodzina ma do przejścia specyficzne zadania: nadanie znaczenia chorobie, przeżycie żałoby po utraconej tożsamości rodziny, zjednoczenie w celu przystosowania się do zmian spowodowanych chorobą, rozwinięcie gotowości do elastycznych zmian w przyszłości. Faza chroniczna oznacza fazę adaptacji do życia z chorobą. Podczas fazy terminalnej dochodzi do zmian związanych z nieuchronnością śmierci osoby chorej, rodzina przeżywa żałobę, a następnie powraca do normalnego życia po przeżyciu straty.

To, jak rodzina przystosowuje się do zmian wywołanych wystąpieniem choroby, zależy do wielu czynników, w tym od historii rodziny tzn. tego jak w przeszłości rodzina reagowała na chorobę, utraty i kryzys, a także od aktualnej fazy rozwoju rodziny i fazy rozwoju jej poszczególnych członków. W cyklu życia rodziny wyróżnia się dwa typy faz: dośrodkowe i odśrodkowe. W okresach dośrodkowych zarówno rodzina jak jej poszczególni członkowie są zwróceni do wewnątrz systemu rodzinnego, relacje między członkami rodziny są bardzo bliskie, gdy tymczasem relacje z środowiskiem poza rodziną są luźne. Po zmianie fazy na odśrodkową struktura rodziny zmienia się tak, aby zaspokojone zostały rozwojowe potrzeby jej członków nakierowane na wymianę ze środowiskiem zewnątrzrodzinnym. Wystąpienie choroby w rodzinie wymusza zmianę w kierunku dośrodkowym w strukturze rodziny. Jeśli ma to miejsce w odśrodkowej fazie życia rodziny rodzina zostaje wybita z naturalnego rytmu rozwoju, niezależność i rozwój poszczególnych członków rodziny są zagrożone, co może doprowadzić do większych zakłóceń w funkcjonowaniu rodziny. Jeśli choroba wystąpi w dośrodkowej fazie cyklu życia rodziny ma to również swoje konsekwencje, faza dośrodkowa może ulec wydłużeniu albo rodzina może na zawsze pozostać w tej fazie. Choroba zaburza normalny rytm cyklu życia rodziny, przez co wpływa na rozwój jej wszystkich członków. Członkowie rodziny adaptują się w różnym stopniu do zmian związanych z chorobą, co jest związane z ich fazą rozwoju oraz rolą pełnioną w

rodzinie. Podkreślenia wymaga fakt, że poszczególne osoby w różnym stopniu dotknięte są kryzysem.

1.5. Prawidłowo funkcjonujące małżeństwo i rodzina

Podejście interpersonalne w psychiatrii skupia się na roli relacji interpersonalnych w zdrowiu i chorobie. Współczesne badania nad małżeństwem i rodziną są raczej skoncentrowane na zaburzeniu funkcjonowania niż na zdrowiu. A przecież prawidłowe funkcjonowanie relacji małżeńskiej daje podstawy dla prawidłowego funkcjonowania całej rodziny. Badania przeprowadzone przez Lewisa pozwoliły ustalić cechy wspólne prawidłowo funkcjonujących małżeństw [14]. W dobrze funkcjonującym systemie małżeńskim:

1. władza jest rozdzielona równomiernie pomiędzy małżonków;
2. występuje jednocześnie wysoki poziom bliskości i autonomii;
3. istnieje wzajemny szacunek dla subiektywnych realności małżonków;
4. uczucia są otwarcie wyrażane;
5. umiejętność rozwiązywania problemów jest dobrze rozwinięta;
6. konflikty, choć występują, nigdy nie są przewlekle i rzadko eskalują.

John Gottman jeden z czołowych badaczy relacji małżeńskich wykazał, że zadowolenie z relacji małżeńskiej i jej przetrwanie jest zależne od unikania określonych sposobów komunikacji miedzy małżonkami nazywanych przez niego „czterema jeźdźcami Apokalipsy" [15]. Są to:

1. krytycyzm (krytykowanie drugiej osoby)
2. pogarda (robienie złośliwych uwag)
3. postawa obronna (zrzucanie winy na kogoś innego)
4. wycofanie (nie reagowanie na współmałżonka, wycofanie z relacji).

Lewis określił również cechy wskazujące na zdrowe funkcjonowanie systemu rodzinnego [16], należą do nich :

1. wzajemne zaangażowanie uczuciowe członków rodziny oraz zaufanie do siebie i otaczającego środowiska;
2. szacunek dla indywidualnych różnic;
3. umiejętność prawidłowej komunikacji;
4. umiejętność akceptowania utrat;
5. jasne granice między subsystemami rodziców i dzieci;
6. wzajemna empatia (cecha dodana przez Hyde) [16].

Wszystkie te cechy chronią rodzinę i małżeństwo przed kryzysem, a także pozwalają na skuteczne radzenie z trudnościami.

1.6. Wpływ choroby psychicznej na relację małżeńską

Życie z osobą chorującą psychicznie i opieka nad nią może powodować znaczące trudności opisywane tradycyjnie jako brzemię rodziny. Termin „brzemię rodziny" jest definiowany jako psychologiczne, społeczne i materialne konsekwencje choroby psychicznej jednego z członków rodziny oddziałujące na całą rodzinę [17-31]. Od lat 50-60 XX w. w następstwie deinstytucjonalizacji i wprowadzenia do terapii neuroleptyków rodzina stała się głównym źródłem opieki, wsparcia i ważnym partnerem w rehabilitacji pacjentów chorujących psychicznie. Te nowe zadania rodziny stały się potencjalnym źródłem stresu związanego ze świadczoną opieką.

Pierwsi brzemię zdefiniowali Grad i Sainsbury [32] jako „skutek, jaki choroba psychiczna wywiera na ludzi żyjących z chorym". Następnie Hoenig i Hamilton [33] dokonali podziału brzemienia na obiektywne i subiektywne. Brzemię obiektywne oznacza obiektywnie zauważalne skutki wywierane na rodzinę przez chorobę (separacje i rozwody spowodowane chorobą, ograniczenie kontaktów społecznych, zmiana sposobu spędzania wolnego czasu, trudności finansowe). Brzemię subiektywne to subiektywne odczucia rodziny związane z obecnością osoby chorej w rodzinie (smutek, zmartwienie, obwinianie się, gniew, poczucie utraty, odrzucenie osoby chorej, trudności małżeńskie). Przyjmuje się, że największe brzemię dźwiga główny opiekun chorego, w przypadku małżeństwa z reguły jest nim zdrowy współmałżonek.

Relacja małżeńska jest szczególnie podatna na obciążenia związane z opieką nad chorym małżonkiem, o czym świadczy wiele badań wskazujących na znaczące pogorszenie relacji małżeńskiej osób chorych psychicznie po zachorowaniu [34-36]. Choroby psychiczne wiążą się również z większym odsetkiem rozwodów [34, 37]. Brzemię małżonka osoby chorej może zwiększać ryzyko wystąpienia u niego choroby psychicznej. W przypadku małżonków opiekujących się pacjentem ze schizofrenią, depresją, zaburzeniami lękowymi najczęstszą chorobą dotykającą zdrowego małżonka jest depresja [38-40].

W centrum problemów małżonków znajdują się te związane ze specyfiką relacji małżeńskiej, takie jak potrzeba utrzymania małżeńskiej bliskości i intymności, reorganizacja zadań rodzinnych i małżeńskich, a często również zmiana dotychczasowych planów życiowych. Związek małżeński opiera się na innych podstawach niż pozostałe relacje

rodzinne, a jako relacja opierająca się na szczególnych warunkach i oczekiwaniach, może zakończyć się w pewnych okolicznościach, w przeciwieństwie do więzów łączących z rodziną pochodzenia. Zdrowy małżonek prawie zawsze włączony jest w cierpienie pacjenta, stygmatyzację związaną z chorobą psychiczną [41-46], a także zaangażowany w leczenie [46-48]. Małżonkowie osób chorych doznają więcej obiektywnych brzemion choroby, częściej pozostają w społecznej izolacji z powodu choroby, są zmuszeni do rezygnacji z pracy i ulubionych form wypoczynku [28, 46, 49-51].

Początek choroby jest opisywany przez małżonków zdrowych jako doświadczenie katastroficzne. Jeśli choroba zaczyna się po ślubie, związane z chorobą zachowanie małżonka i jego objawy są postrzegane przed pierwszą hospitalizacją i postawieniem rozpoznania jako coś nieoczekiwanego i irracjonalnego. Ale nawet, gdy związek małżeński został zawarty po pierwszym epizodzie choroby, zdrowy małżonek może nie do końca być świadomy ryzyka nawrotu i nie zdawać sobie sprawy z brzemienia związanego z chorobą. Zwykle posiada tylko teoretyczną wiedzę na temat choroby i ryzyka nawrotu. Nawrót choroby po wielu latach remisji może podobnie obciążać zdrowego małżonka, jak pierwsze zachorowanie podczas trwania małżeństwa.

Po ustąpieniu ostrej fazy choroby pojawiają się nowe brzemiona, między innymi lęk przed nawrotem. Zdrowi małżonkowie boją się, gdyż dotychczasowe doświadczenia nauczyły ich, że możliwość pomocy ukochanej osobie jest ograniczona, uważają za trudne radzenie sobie z przetrwałymi objawami małżonka i reagowanie we właściwy sposób na symptomy nawrotu. Choroba psychiczna jest często postrzegana przez pacjenta i jego rodzinę jako zagrożenie nieustannie wiszące nad pacjentem i jego rodziną. Ta sytuacja jest przykładem ciągłego stresu wymagającym od zdrowego małżonka wiele siły i odporności.

W momencie pojawienia się choroby dochodzi do licznych zmian w dotychczasowym funkcjonowaniu rodziny i małżeństwa. Zdrowi małżonkowie w większości przypadków muszą podjąć dodatkowe obowiązki w małżeństwie i rodzinie, również obowiązki wypełniane przez pacjenta przed jego chorobą [49, 52]. Relacja małżeńska ulega zmianie, a zdrowy małżonek często bierze na siebie odpowiedzialność nie tylko za dzieci, ale również za chorego małżonka. W niektórych małżeństwach osoba chora jest redukowana do roli kolejnego dziecka [49, 52]. Wiele zależy od płci chorego małżonka. Jeśli osobą chorą jest żona i traci możliwość pracy poza domem, ciągle może wypełniać „dorosłą rolę" opiekując się dziećmi i zajmując domem, bywa to postrzeganie społecznie jako naturalne, tak więc rola chorego i rola kobiety może być łatwa do pogodzenia. Jeśli mąż jest osobą chorą i zaczyna być zależny od żony, zazwyczaj jest to większy problem dla żony pacjenta niż dla chorego

[49, 53, 54]. Kobieta zaczyna obwiniać męża za jego zależność i to, że jest zmuszona przejąć jego obowiązki. Zdrowy małżonek często pozostaje sam i często nie ma się do kogo zwrócić o pomoc. Często małżonkowie obwiniają się, że spowodowali chorobę, szczególnie wtedy, gdy symptomy choroby nie występowały przed ślubem [55].

Wzięcie odpowiedzialności za chorującego małżonka może wiązać się z koniecznością umieszczenia małżonka w szpitalu bez jego zgody na wniosek zdrowego małżonka. W tak ekstremalnych warunkach może nawet dojść do zerwania relacji małżeńskiej lub do odczuwania przez chorego partnera długotrwałego żalu i poczucia krzywdy za zaistniałą sytuację [47].

Na skutek choroby wiele aspektów intymnej relacji między małżonkami może ulec zmianie. Po zachorowaniu pacjent może być postrzegany przez zdrowego małżonka jako całkowicie zmieniony, niesprawny z powodu utrzymujących się objawów (np. objawów negatywnych schizofrenii) lub obecności objawów ubocznych stosowanych leków [49]. Małżeństwo musi wtedy ulec częściowemu lub całkowitemu przedefiniowaniu. Obszarem, który bardzo często jest poważanie zmieniany przez obecność choroby psychicznej bywa seksualność [49, 53, 54]. Seksualna intymność partnerów może być niemożliwa ze względu na zmniejszenie libido i przyjemności seksualnej z powodu choroby lub skutków ubocznych leczenia. Stosowanie leków może także powodować wzrost wagi, co prowadzi do postrzegania siebie przez pacjentów jako nieatrakcyjnych, a również małżonek może uważać wzrost wagi za spadek atrakcyjności fizycznej partnera. Trudności seksualne mogą być potęgowane w małżeństwach z częstymi nieporozumieniami, napięciami, małą satysfakcją z wzajemnych relacji [54]. Konflikty i zakłócona komunikacja może prowadzić do emocjonalnej alienacji małżonków [50].

Ważnym aspektem, z którym małżeństwo musi się zmierzyć jest stygmatyzacja związana z chorobą psychiczną, najsilniejsza w przypadku schorzeń z kręgu schizofrenii, ale również obecna w przypadku innych rozpoznań [41-45, 49, 56]. Rodzina i przyjaciele mogą obawiać się zachowania pacjenta i jego nieprzewidywalności, w rezultacie para małżeńska może pozostawać w izolacji od swojego dotychczasowego środowiska społecznego. Przebycie leczenia psychiatrycznego może utrudniać ponowne podjęcie pracy, nie tylko z powodu stanu zdrowia pacjenta, ale z powodu uprzedzeń społecznych [56].

Spokojne, nie obfitujące w wydarzenia życie, które przez wielu pacjentów jest postrzegane jako dające zadowolenie, może być trudne dla ich małżonków. Zachowanie równowagi między odmiennymi potrzebami małżonków może być trudne lub nawet niewykonalne, jeśli małżonkowie uważają za ważne spędzanie czasu razem, szczególnie

podczas aktywności związanych z wypoczynkiem [49, 53, 54]. Czas spędzany z małżonkiem w domu oznacza utratę innych wspólnych aktywności takich jak wspólne chodzenie do kina, odwiedzanie przyjaciół, chodzenie na spacery [53, 54]. Wspólne życie w takim związku może być postrzegane jako monotonne i przeszkadzające we własnym rozwoju.

Na początku choroby zdrowi małżonkowie zwykle okazują wiele solidarności z chorującym partnerem wypierają myśl o separacji i rozwodzie [57]. Ale ten sposób myślenia słabnie z czasem, szczególnie gdy nadzieja na całkowite wyleczenie maleje. Możliwość kontynuowania małżeństwa staje pod znakiem zapytania, gdy partner nie radzi sobie z brzemieniem choroby i obawia się jego wpływu na własne zdrowie [47, 57]. Szczególnie silne są tendencje do separacji, gdy chory partner okazuje oznaki przemocy lub straszy małżonka jej stosowaniem [57].

1.7. Badania nad funkcjonowaniem rodzin pacjentów psychiatrycznych

Choroba psychiczna jest obciążająca nie tylko dla pacjenta i jego małżonka, ale dla całej jego rodziny [58]. Rodziny pacjentów chorujących psychiatrycznie funkcjonują gorzej w porównaniu z rodzinami osób zdrowych [59-63]. W badaniach rodzin pacjentów ze schizofrenią i depresją 70-83,3% rodzin prezentowało dysfunkcję w przynajmniej jednym z obszarów funkcjonowania rodziny [60]. Poziom dysfunkcji był wyższy niż w wśród rodzin z populacji w zakresie następujących obszarów funkcjonowania rodziny: rozwiązywanie problemów (sposób w jaki rodzina rozwiązuje problemy i konflikty), komunikacja (jasność i bezpośredniość wymiany informacji w rodzinie), emocjonalność (odpowiednia wymiana emocji pomiędzy członkami rodziny), zaangażowanie uczuciowe (odpowiednia więź emocjonalna i zainteresowanie członków rodziny sobą nawzajem), kontrola zachowania (jasność i wypełnianie zasad w rodzinie). W ocenie pacjentów ich rodziny funkcjonowały gorzej w zakresie całkowitego funkcjonowania, zaangażowania uczuciowego oraz komunikacji.

1.7.1. Funkcjonowanie rodzin pacjentów chorujących na chorobę afektywna jednobiegunową

Najlepiej poznano funkcjonowanie rodzin prokreacyjnych pacjentów chorujących na depresję, ze względu na fakt, że większość pacjentów zamieszkuje z małżonkiem, a badane rodziny są w przeważającej liczbie rodzinami prokreacyjnymi. Badania dotyczą zmian funkcjonowania rodziny podczas epizodów choroby i w remisji, związku funkcjonowania

rodziny z przebiegiem choroby, nawrotami, ryzykiem samobójstwa oraz wpływem funkcjonowania rodziny na samopoczucie zdrowych członków rodziny.

1.7.1.1. Funkcjonowanie rodziny w trakcie epizodu depresji i w remisji

Badania wykazały, że funkcjonowanie rodziny jest najbardziej zaburzone w trakcie epizodu depresji [61, 64]. W tym czasie 50-75% rodzin wykazywało znaczną dysfunkcję całościowego funkcjonowania rodziny [65]. Głębokość dysfunkcji rodziny nie była związana z nasileniem objawów pacjenta. Istniała również grupa rodzin dobrze funkcjonujących, ale pośród tych rodzin obszar funkcjonowania rodziny nazwany kontrolą zachowania przekraczał normę prawidłowego funkcjonowania. W grupie rodzin pacjentów depresyjnych, która oceniała całkowite funkcjonowanie rodziny jako złe, większość szczegółowych obszarów funkcjonowania była również pogorszona w porównaniu z normami (rozwiązywanie problemów, komunikacja, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, kontrola zachowania), wyjątkiem było pełnienie ról. Porównania rodzin osób depresyjnych z grupą kontrolną pokazują duże rozbieżności w zakresie obszarów gorszego funkcjonowania niż w grupie kontrolnej. Wymieniane są trudności w rozwiązywaniu problemów, komunikacji i emocjonalności [59, 66, 67], ale także rolach, zaangażowaniu uczuciowym, całkowitym funkcjonowaniu rodziny [59, 66] i kontroli zachowania [66]. Również odsetek rodzin oceniających swoje funkcjonowanie jako niezdrowe we wszystkich obszarach funkcjonowania rodziny z wyjątkiem kontroli zachowania był wyższy w rodzinach depresyjnych niż w grupie kontrolnej, z czego aż 75% rodzin wykazywało zaburzenia w obszarze komunikacji.

Wraz z ustępowaniem objawów depresji i osiąganiem przez pacjenta remisji następowała poprawa funkcjonowania rodziny, ale w dalszym ciągu funkcjonowanie 40-50% rodzin pozostawało w obszarze dysfunkcji [65]. Funkcjonowanie rodziny zależało od czasu, w którym przeprowadzano ponowne badanie. Po 6 miesiącach rodziny wyjściowo oceniające swoje globalne funkcjonowanie jako złe, w dalszym ciągu funkcjonowały gorzej w zakresie całkowitej oceny funkcjonowania rodziny, a także w zakresie rozwiązywania problemów i komunikacji, ale już po roku wszystkie parametry funkcjonowania rodziny pozostawały w normie [65].

1.7.1.2. Funkcjonowanie rodziny a przebieg choroby

Pacjenci, których rodziny funkcjonowały lepiej, mają większe prawdopodobieństwo osiągnięcia remisji w ciągu 12 miesięcy w porównaniu z rodzinami o zaburzonym

funkcjonowaniu [65]. U pacjentów z rodzin o zaburzonym funkcjonowaniu notowano wyższy poziom objawów depresji, mniejszy odsetek remisji oraz gorsze funkcjonowanie. Znaleziono związek pomiędzy brakiem remisji a dysfunkcją w zakresie ról, zaangażowania uczuciowego oraz kontroli zachowania. Z wymienionych obszarów najlepszym predyktorem przebiegu choroby było zaangażowanie uczuciowe. Wskazuje to na wagę klimatu uczuciowego rodziny w zdrowieniu pacjenta i zachowania równowagi pomiędzy nadmiernym zaangażowaniem a dystansem członków rodziny wobec siebie.

Wśród rodzinnych czynników związanych z remisją znaczące było lepsze od przeciętnego funkcjonowanie rodziny przed chorobą, mniejsza dysfunkcja w funkcjonowaniu rodziny w czasie epizodu choroby oraz poprawa funkcjonowania rodziny towarzysząca poprawie stanu zdrowia pacjenta [6, 65, 68]. Lepszym predyktorem przebiegu choroby była subiektywna cena funkcjonowania rodziny dokonana przez jej członków w porównaniu z ocenami obiektywnymi dokonanymi przez wyszkolonych specjalistów [65].

Środowisko rodzinne może również pozostawać w związku z ryzykiem nawrotu pacjenta po uzyskaniu remisji. Najstarszą miarą opisującą emocjonalny klimat rodziny pacjenta (początkowo w odniesieniu do schizofrenii, później także do innych zaburzeń) będącą jednocześnie predyktorem nawrotu jest wskaźnik *Expressed Emotion* (EE). Zawiera on w sobie miary krytycyzmu, wrogości i emocjonalnego uwikłania, jakie krewny wyraża wobec osoby chorej. W rodzinach o wysokim wskaźniku EE ryzyko nawrotu jest dla depresji 3 razy wyższe w porównaniu z rodzinami o niskim wskaźniku. W przypadku depresji związek EE z nawrotami jest nawet silniejszy niż w schizofrenii, pacjenci są narażeni na ryzyko nawrotu w środowisku rodzinnym o niższych wartościach krytycyzmu (2 krytyczne komentarze) niż w przypadku schizofrenii (6 krytycznych komentarzy) [69]. Chociaż EE jest związane z ilością nawrotów, nie wiadomo, jak konkretnie przekłada się na relacje rodzinne.

Znaleziono również różnice w funkcjonowaniu rodzin pacjentów z tendencjami samobójczymi w porównaniu z grupą pacjentów depresyjnych bez tendencji samobójczych [70]. Uśrednione oceny funkcjonowania rodziny wykazały gorsze funkcjonowanie w zakresie zaangażowania uczuciowego w rodzinach tych pacjentów. Ocena funkcjonowania rodziny była gorsza w ocenie pacjenta z tendencjami samobójczymi niż zadaniem pozostałych członków rodziny w zakresie całkowitego funkcjonowania rodziny, komunikacji i rozwiązywania problemów.

1.7.1.3. Różnice w ocenie funkcjonowania rodziny pomiędzy chorym a członkami jego rodziny

Dotychczasowe badania są niespójne w odniesieniu do różnic w funkcjonowaniu rodziny w ocenie pacjentów i ich zdrowych małżonków. Hickey wykazała, że w zakresie rozwiązywania problemów i komunikacji osoby chore na ChAJ oceniają swoje rodziny gorzej niż ich zdrowi małżonkowie [66]. Z kolei w badaniach Koyamy chory oceniał rozwiązywanie problemów lepiej niż członkowie jego rodziny [71]. McDermut i Keitner zwrócili uwagę na fakt, że różnice w ocenie rodziny pomiędzy pacjentem, a pozostałymi osobami mogą wskazywać na ryzyko tendencji samobójczych pacjenta [70, 72].

1.7.2. Funkcjonowanie rodzin pacjentów chorujących na schizofrenię

Rodziny pacjentów chorujących na schizofrenię do wielu lat interesowały badaczy. Badano zazwyczaj rodziny generacyjne, gdyż większość pacjentów, szczególnie mężczyzn zamieszkuje z rodzicami. W badaniach dominowały dwie perspektywy: badanie klimatu emocjonalnego rodziny wyrażanego wskaźnikiem EE oraz badania brzemienia rodziny obciążonej chorobą psychiczną jej członka.

Badania nad wskaźnikiem EE rozpoczęły się, gdy zauważono, że pacjenci którzy wracali do domów swoich rodziców i małżonków mieli wyższe odsetki nawrotów niż pacjenci powracający do innych środowisk [73]. Zaczęto łączyć ryzyko nawrotu z atmosferą panującą w rodzinie i stworzono miarę opisująca emocjonalną postawę krewnych wobec pacjenta – wskaźnik EE, który jest niski lub wysoki w zależności od składowych: krytycyzmu, emocjonalnego uwikłania oraz wrogości [74]. Pacjenci żyjący w rodzinach o wysokim wskaźniku EE mają 2,5 razy większe ryzyko nawrotu w porównaniu z osobami mieszkającymi w rodzinach o niskim wskaźniku [69]. Znaczenie ma również czas kontaktu osoby chorej z krewnym o wysokim EE: więcej niż 35 godzin kontaktu z krewnym tygodniowo zwiększa ryzyko nawrotu [75]. Zaznaczyć należy, z rodzice nie różnią się znacząco w ilości krytycznych wypowiedzi od małżonków osób chorych [76]. Wskaźnik EE jest miarą tego, w jaki sposób krewny wypowiada się na temat pacjenta, stąd bywa krytykowany, gdyż nie wiadomo jak naprawdę przekłada się na funkcjonowanie rodziny.

Uważa się, że EE odzwierciedlają rzeczywiste zachowania krewnego wobec pacjenta, a krewni o wysokim EE zachowują się odmiennie od krewnych o niskim EE. Przeprowadzane badania wykazały, że krewni o wysokim EE, którego główną składową był krytycyzm, w czasie kontaktu z pacjentem wygłaszali więcej krytycznych komentarzy, a ci którzy

wykazywali obecność emocjonalnego uwikłania w kontakcie z pacjentem byli kontrolujący i narzucali swoje opinie [77, 78]. Krewni o wysokim wskaźniku EE wykazują gorsze umiejętności komunikacyjne w kontakcie z chorym: mówią więcej i mniej efektywnie słuchają [78, 79].

Znacznie mniej badań istnieje na temat różnych aspektów funkcjonowania rodziny osób chorujących na schizofrenię. Porównania funkcjonowania rodzin osób chorych na schizofrenię z grupą kontrolną wykazują sprzeczne wyniki. Niektóre badania nie pokazują żadnych różnic funkcjonowania [80], inne wskazują na pogorszenie funkcjonowania w rozwiązywaniu problemów, komunikacji, rolach, emocjonalności, zaangażowaniu uczuciowym i w zakresie całkowitego funkcjonowania rodziny [59]. Być może różnice te są związane ze stanem psychicznym pacjentów. W jednym z badań wykazano, że rodziny pacjentów w remisji funkcjonują tak, jak rodziny z grupy kontrolnej, natomiast rodziny osób, u których utrzymują się objawy schizofrenii funkcjonowały gorzej od grupy kontrolnej w zakresie rozwiązywania problemów, ról, zaangażowania uczuciowego oraz całkowitego funkcjonowania rodziny [81]. Wykazano również, że w każdym obszarze funkcjonowania rodziny z wyjątkiem kontroli zachowania, procent rodzin funkcjonujących nieprawidłowo według norm był większy niż w grupie kontrolnej [59] i wynosił od 52-65%. Inne badania wykazały, że procent nieprawidłowo funkcjonujących rodzin pacjentów chorujących na schizofrenię waha się od 28 do 70% [82, 83].

W badaniach porównujących z normami ocenę funkcjonowania rodziny dokonaną przez krewnych osoby chorej znaleziono mniej obszarów problemowych, pogorszone były kontrola zachowania i całkowite funkcjonowanie rodziny [84]. Pacjenci chorujący na schizofrenię o chronicznym przebiegu i członkowie ich rodzin oceniali funkcjonowanie swoich rodzin jako dysfunkcyjne w zakresie komunikacji i kontroli zachowania [85].

Znaleziono różnice w ocenie rodziny pomiędzy pacjentem a członkami rodziny [71, 82]. Pacjenci uważali, że rozwiązywanie problemów w rodzinie jest bardziej dysfunkcyjne [71], jak również oceniali, że całościowe funkcjonowanie ich rodzin jest gorsze [82]. W badaniu rodzin prokreacyjnych, w którym małżonkowie chorzy i zdrowi ocenili swojej rodziny zauważono różnicę w ocenie rodziny pomiędzy małżonkiem chorym a zdrowym, zdrowi byli zdecydowanie bardziej krytyczni wobec swoich rodzin [86]. Chorzy uważali, że ich rodziny funkcjonują gorzej od rodzin z grupy kontrolnej w obszarze wypełniania zadań, pełnienia ról, zaangażowania uczuciowego oraz kontroli. W tym samym badaniu małżonkowie chorzy oceniali własne funkcjonowanie w rodzinie jako pogorszone w porównaniu z grupa kontrolną w zakresie pełnienia ról, zaangażowania uczuciowego oraz

wartości i norm, zaś zdrowi oceniali swoje funkcjonowanie jako gorsze w zakresie wypełniania zadań, pełnienia ról oraz kontroli [86].

Zdrowsze funkcjonowanie rodziny było związane z używaniem przez rodzinę szerszego wachlarza sposobów radzenia, większym wsparciem społecznym, mniejszą ilością trudności psychologicznych u członków rodziny pacjenta i mniejszą ilością trudnych dla rodziny zachowań pacjenta związanych z chorobą [87].

Znaleziono również związek pomiędzy dominacją objawów pozytywnych lub negatywnych w obrazie choroby i trudnościami w interpersonalnym funkcjonowaniu pacjenta a trudnościami w niektórych obszarach funkcjonowania rodziny [88, 89]. Objawy negatywne były związane z pogorszeniem w zakresie emocjonalności w rodzinie, a przewaga objawów pozytywnych wiązała się z trudnościami w wypełnianiu zadań i kontroli. Natomiast dysfunkcja rodziny w zakresie komunikacji, ról oraz kontroli zachowania była połączona z dysfunkcją w zakresie interpersonalnego funkcjonowania pacjenta [89].

W badaniach nad przebiegiem schizofrenii w pierwszej dekadzie leczenia czynnikiem rokowniczym jest przedchorobowe funkcjonowanie pacjenta, w drugiej dekadzie funkcjonowanie rodziny, czynniki genetyczne w trzeciej [90].

Znaczne różnice w wynikach dotyczących funkcjonowania rodzin pacjentów chorujących na schizofrenię mogą wynikać z włączania do badań jednocześnie rodzin generacyjnych i prokreacyjnych. W nielicznych badaniach zawierających tylko rodziny prokreacyjne zauważono, że oceniane obiektywnie funkcje rodziny poza obszarem rekreacyjno-kulturalnym nie odbiegają od rodzin w populacji [54]. Zmiany w zakresie funkcji rekreacyjno-kulturalnej dotyczyły mniej aktywnego spędzania wolnego czasu oraz zmniejszonego uczestnictwa w wydarzeniach kulturalnych, co wskazuje na izolację społeczną rodzin zawierających osobę chorą. 38% zdrowych małżonków uważało, że za zmiany odpowiada choroba. Subiektywna ocena funkcjonowania rodziny dokonana przez zdrowych małżonków pokazała znacznie więcej trudności w funkcjonowaniu rodziny. Pogorszenie dotyczyło wszystkich badanych obszarów funkcjonowania, a w 68% rodzin zmiany osiągały znaczne nasilenie. Największe zmiany dotknęły funkcję rekreacyjną i poczucie bezpieczeństwa, nieco mniejsze w zakresie funkcji ekonomicznej, edukacyjnej i emocjonalnej. Poza obszarem rekreacji nasilenie zmian było zależne od płci osoby chorej, gorzej funkcjonowały rodziny, w których chorował mąż. Małżonkowie chorzy zazwyczaj byli włączeni w obowiązki domowe, tylko w 7% rodzin mąż był całkowicie wyłączony z jakichkolwiek obowiązków.

Niektóre badania pokazują, że rodziny osób chorych na schizofrenię funkcjonują lepiej niż rodziny osób chorych na ChAJ, szczególnie w zakresie rozwiązywania problemów, komunikacji, zaangażowania uczuciowego oraz emocjonalności [83]. Inne badania pokazują brak różnic w funkcjonowaniu rodziny pomiędzy depresją a schizofrenią [59] lub, że różnica ta występuje tylko pomiędzy oceną funkcjonowania rodziny dokonaną przez pacjentów chorych na depresję i schizofrenię, a znika gdy rodziny oceniane są przez zdrowych członków rodziny pacjenta [71]. Różnica w ocenie dotyczy rozwiązywania problemów w rodzinie i jest według osób chorych na schizofrenię gorsza od osób chorych na depresję.

1.8. Badania nad funkcjonowaniem małżeństw osób chorych psychicznie

Pierwsze badanie dotyczące reakcji żon na chorobę psychiczną męża opublikowano w 1955 roku [91]. Skoncentrowano się na wpływie choroby psychicznej na relacje rodzinne i funkcjonowanie rodziny widziane oczami żon 33 pacjentów po raz pierwszy hospitalizowanych psychiatrycznie. Żony obawiały się odrzucenia chorego męża przez innych, bały się, że rodzina straci dotychczasowy status społeczny. To zaowocowało ograniczeniem kontaktów z osobami spoza rodziny, napiętą komunikacją w rodzinie oraz negacją identyfikowania pacjenta jako psychicznie chorego.

Badania od lat sześćdziesiątych XX w. wykazywały, że jakość małżeństw osób chorych psychicznie, badana w momencie, gdy chory wychodził ze szpitala, jest gorsza w porównaniu z małżeństwami z populacji [34]. Bothwell i Weissman [92] zauważyli, że pomimo poprawy objawowej pacjenci depresyjni raportowali więcej trudności w relacji małżeńskiej niż zdrowa grupa kontrolna. Beach [34] w latach osiemdziesiątych XX w. monitorował jakość małżeństw u osób z depresją endogenną, chorobą afektywną dwubiegunową i schizofrenią przez trzy lata od wypisu z oddziału stacjonarnego. W momencie zakończenia hospitalizacji grupa pacjentów oceniała swoje małżeństwa jako gorsze od grupy kontrolnej, bez względu na typ rozpoznania. Grupy pacjentów nie różniły się między sobą statystycznie w ocenie jakości swoich małżeństw, nie miała też znaczenia płeć pacjenta. W powtórnym badaniu pogorszenie małżeństwa wykazywało aż 84% pacjentów depresyjnych i tylko ta grupa kliniczna miała istotnie gorszy przebieg małżeństwa niż grupa kontrolna, również w tej grupie był najwyższy odsetek rozwodów lub separacji. Spontaniczną poprawę bez interwencji terapeutycznej wykazało tylko 10% małżeństw z grupy badanej.

Hooley [35] badała satysfakcję z małżeństwa u pacjentów rozpoczynających leczenie z powodu jednej z trzech chorób: ChAJ, ChAD i schizofrenii oraz ich małżonków. We

wszystkich grupach klinicznych satysfakcja z małżeństwa była mniejsza niż w parach z grupy kontrolnej, ale nie było różnic ze względu na diagnozę, a także między zdrowymi i chorym małżonkiem. Okazało się, że satysfakcja z małżeństwa zdrowego małżonka zależy od profilu objawów, jakie występują u pacjenta. Gdy wzięto pod uwagę różne typy objawów, które mieli pacjenci, okazało się, że małżonkowie osób z przewagą objawów wytwórczych lepiej oceniali swoje małżeństwa niż małżonkowie osób z objawami negatywnymi i zaburzeniami kontroli impulsów.

Związek łączący trudności małżeńskie z chorobą psychiczną nie został jeszcze całkowicie wyjaśniony. Nie ma dowodów, że jakiś określony typ zaburzeń psychicznych silniej łączy się z występowaniem trudności małżeńskimi. Dysfunkcję małżeńską typowo łączy się z depresją, ale równie wysokie odsetki separacji i rozwodów stwierdza się w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej [34, 37]. Wiadomo, że brak satysfakcji z relacji małżeńskiej wpływa na przebieg już obecnej choroby psychicznej [93-95]. Jest on związany z większym ryzykiem nawrotu w depresji, zaburzeniach lękowych i zaburzeniach związanych z nadużywaniem alkoholu.

1.8.1. Funkcjonowanie małżeństwa w chorobie afektywnej jednobiegunowej (depresji)

W literaturze problemu istnieje przekonanie o szczególnym związku pomiędzy obecnością trudności małżeńskich i depresji. W populacyjnych badaniach Whismana (populacja USA) [96, 97] choroba afektywna jednobiegunowa była w sposób statystycznie istotny związana z obecnością trudności małżeńskich dla mężczyzn i dla kobiet, gdy uwzględniono wiek i poziom edukacji. Brak satysfakcji z małżeństwa był silniej skorelowany z obecnością depresji, niż trudności w relacjach z pozostałymi członkami rodziny i przyjaciółmi bez względu na płeć osoby badanej. Badania Whismana [98] również potwierdziły występowanie większych poziomów trudności w relacji małżeńskiej z większym nasileniem depresji.

Połowa osób chorujących na depresję doświadcza dysfunkcji małżeństwa o różnym nasileniu [99]. Gotlieb [36] potwierdził współwystępowanie większych trudności małżeńskich z depresją jednego z małżonków w porównaniu z parami małżeńskimi w populacji. Okazało się jednak również, że zaburzenie interakcji małżeńskich i niski poziom satysfakcji z małżeństwa nie ogranicza się tylko do depresji, ale towarzyszy również małżeństwom, w których jedna z osób jest chora na dowolny rodzaj choroby somatycznej

[36]. W parach depresyjnych i z chorobami somatycznymi zarówno partner zdrowy jak i chory nie różnili się w ocenie swojego małżeństwa.

Pacjenci depresyjni uważają swoje związki za funkcjonujące gorzej niż oceniają to osoby zdrowe, są mniej usatysfakcjonowani ze współżycia seksualnego, rzadziej zawierają związki małżeńskie, a spośród tych, którzy kiedykolwiek się pobrali, 2 razy częściej niż osoby zdrowe są po rozwodzie lub w separacji [100]. Swoje małżeństwo negatywnie oceniają nie tylko sami pacjenci, ale również ich małżonkowie [50, 101, 102]. Według badań pary depresyjne różni od par zdrowych mniejsza ilość umiejętności komunikacyjnych oraz nieumiejętność dyskutowania na tematy sporne [101].

Negatywna ocena małżeństwa dotyczy globalnej ewaluacji związku, ale także specyficznych obszarów takich jak rozwiązywanie problemów, komunikacja, komunikacja uczuciowa (emocjonalność) [66, 101]. Trudności w relacji małżeńskiej są większe w przypadku depresji niż innych schorzeń psychiatrycznych (schizofrenia, alkoholizm, zaburzenia lękowe) [66].

Badania wykazują, że zaburzenia relacji małżeńskiej nie tylko towarzyszą depresji, ale także mogą poprzedzać jej wystąpienie lub pojawić się w okresie remisji [103]. Uważa się, że obecność problemów w małżeństwie może wpływać na wystąpienie epizodu depresji, a także na jej przebieg i leczenie. Istnieje kilka teorii na temat tego, jaka jest wzajemna relacja pomiędzy nieprawidłowym funkcjonowaniem małżeństwa a depresją:

1. dysfunkcja małżeństwa może odgrywać rolę w powstawaniu niektórych stanów depresyjnych;
2. objawy depresji u jednego z małżonków mogą powodować pogorszenie relacji w małżeństwie;
3. epizody depresyjne i trudności małżeńskie wpływają na siebie nawzajem w sposób wielokierunkowy.

Większość badań szczególnie dotyczących populacji kobiet chorych na depresję przemawia za prawdziwością pierwszej z hipotez. Zauważono, że depresja występuje po raz pierwszy częściej w odpowiedzi na stratę lub rozpad relacji małżeńskiej [104]. Wiele badań wskazuje na wysoki poziom stresu związanego z trudnościami małżeńskimi poprzedzający początek depresji. Brak satysfakcjonującej więzi z małżonkiem uznaje się za ważny czynnik poprzedzający wystąpienie pierwszego epizodu choroby [105]. Zauważono również, że nasilenie kłótni pomiędzy małżonkami poprzedza depresję. Whisman [97] stwierdził, że u osób z brakiem satysfakcji z małżeństwa ryzyko wystąpienia depresji w przeciągu roku jest 2,7 razy większe niż wśród osób zadowolonych z małżeństwa, a ryzyko to pozostaje znacząco

większe również po uwzględnieniu czynników demograficznych, wcześniejszych epizodów depresyjnych oraz płci. Bliska relacja z małżonkiem może równoważyć depresjogenny wpływ wydarzeń życiowych [105]. Gdy konflikt małżeński nie zostaje rozwiązany, po ustąpieniu objawów depresji kobiety chorujące na depresję mają większe ryzyko nawrotu w porównaniu z osobami o prawidłowo funkcjonujących małżeństwach.

Istnieją również badania potwierdzające odwrotną hipotezę: Gotlib [106] badał wpływ depresji, która rozpoczęła się w okresie adolescencji, na późniejszy status małżeński i funkcjonowanie małżeństwa. Objawy depresji w adolescencji były predyktorem mniejszej satysfakcji z małżeństwa dla osób obu płci, a dla mężczyzn dodatkowo również większej ilości kłótni małżeńskich.

Relacja pomiędzy zadowoleniem z małżeństwa a objawami depresyjnymi może być mediowana przez płeć osoby chorej. Teza ta znalazła potwierdzenie w badaniach Finchama [107], które potwierdziły odmienny kierunek związku satysfakcji z małżeństwa z symptomatologią depresyjną zarówno dla kobiet jak i dla mężczyzn. Dla mężczyzn wcześniejsze wystąpienie symptomatologii depresyjnej jest powiązane z późniejszym wpływem na satysfakcję z małżeństwa. Dla kobiet istotna okazała się odwrotna zależność: satysfakcja z małżeństwa wpływa na następowe wystąpienie symptomatologii depresyjnej. Depresyjna symptomatologia u żony wpływa również na aktualną satysfakcję męża z małżeństwa. W badaniach Christian [108] okazało się, że wyższy poziom symptomatologii depresyjnej korelował z większym poziomem trudności małżeńskich zarówno dla mężczyzn jaki i dla kobiet w grupie małżeństw, które z powodu kryzysu małżeńskiego szukały terapii. W tej sytuacji także hipoteza trzecia, choć z metodologicznego punktu widzenia trudna do zweryfikowania, także okazuje się możliwa do przyjęcia.

1.8.1.1. Funkcjonowanie małżeństwa w czasie aktywnej fazy choroby i w remisji

W czasie epizodów depresyjnych małżeństwa osób chorujących na depresję funkcjonują gorzej od małżeństw z grupy kontrolnej [109]. Procent małżeństw funkcjonujących nieprawidłowo waha się od 47 do 83% [34]. W czasie epizodu choroby pary depresyjne raportują niższy globalny poziom zadowolenia z małżeństwa, trudności w rozwiązywaniu problemów, emocjonalności i komunikacji, a także występowanie większej liczby obszarów konfliktowych, w szczególności obejmujących finanse i wychowanie dzieci [66, 110]. Małżonkowie zgłaszają mniejszą satysfakcję seksualną, rzadziej spędzają wspólnie czas, a ich relacja jest nacechowana wyższym poziomem agresji [49].

Występują również różnice w ocenie małżeństwa w zależności od tego, w jaki sposób leczona jest żona w trakcie epizodu choroby [111]. Kobiety leczone ambulatoryjnie częściej zgłaszają niezadowolenie z małżeństwa niż kobiety hospitalizowane. Skargi dotyczące małżeństwa notowane wśród kobiet leczonych ambulatoryjnie obejmują brak zgody na temat finansów, poczucie nudy, upór małżonka, brak satysfakcji ze współżycia seksualnego, mniejsze wyrażanie uczuć. Kobiety te rzadziej wyrażają uczucia poprzez kontakt fizyczny. Mężowie również zgłaszali szereg skarg dotyczących małżeństwa. Wspólną skargą było niezadowolenie ze współżycia seksualnego. Pozostałe obszary niezadowolenia dotyczyły częstych kłótni małżonków, różnych potrzeb społecznych, zależności chorych żon, konfliktów dotyczących dzieci oraz podziału obowiązków, braku konstruktywnych dyskusji na temat problemów, niezadowolenia z powodu choroby żony oraz braku szacunku okazywanego przez żony mężom.

Badania Faddena [49] pokazują szereg zmian, jakie następują w relacji małżonków po wystąpieniu choroby. Dochodzi do ograniczenia kontaktów społecznych i izolacji pary małżeńskiej. U ⅓ par brak jest współżycia seksualnego z powodu choroby. Zdrowi małżonkowie zmagają się z poczuciem utraty osoby, która niegdyś kochali. Utracili oparcie, jakie im kiedyś dawała i zostali sami z podejmowaniem ważnych decyzji. Większe niekorzystne zmiany we wzajemnej relacji zgłaszają żony chorych na depresję mężczyzn.

Sytuacja małżeńska wpływa znacząco na przebieg leczenia epizodu depresyjnego [94, 95]. Konflikty małżeńskie stanowią czynnik negatywny prognostycznie pomimo stosowania farmakoterapii i psychoterapii indywidualnej. Niski poziom intymności małżeńskiej jest związany z brakiem uzyskania poprawy po miesiącu leczenia [95]. Po 6 miesiącach leczenia tylko 51% chorych kobiet osiąga remisję [94]. Osiągnięcie remisji było połączone z lepszą aktualną oceną funkcjonowania małżeństwa przez pacjentki oraz lepszą oceną funkcjonowania małżeństwa przed epizodem choroby dokonaną przez ich mężów. Dłuższe remisje obserwowano u osób, które raportowały większą satysfakcję z małżeństwa.

W trakcie remisji poziom satysfakcji z małżeństwa jest wyższy niż w czasie epizodu depresji [112], pomimo to funkcjonowanie małżeństwa nie osiąga poziomu funkcjonowania par zdrowych [92, 100, 113]. Małżonkowie pacjentów pozostających w remisji zgłaszają mniejsze poczucie jedności, mniejszą zgodność i ekspresję uczuć w relacji małżeńskiej, rzadziej mają ochotę na spędzanie czasu z partnerem [113, 114]. Otrzymują mniej wsparcia emocjonalnego i dotyczącego codziennych obowiązków od swoich chorych małżonków w porównaniu z parami osób zdrowych. Oceniają swojego partnera jako mającego mniej

pozytywnych, a więcej negatywnych cech. Brak zatrudnienia chorego małżonka wiąże się z gorszą jego oceną oraz raportowaniem mniejszej ekspresji emocji w związku [113].

1.8.1.2. Funkcjonowanie małżeństwa a nawrót choroby afektywnej jednobiegunowej

Konflikty małżeńskie stanowią czynnik zwiększający ryzyko nawrotu pomimo stosowania farmakoterapii i psychoterapii indywidualnej. Wysoki wskaźnik EE małżonka w przypadku pacjentów depresyjnych sprowadzający się do wysokiego krytycyzmu małżonka jest wyznacznikiem większego ryzyka nawrotu depresji [75, 93], dodatkowo nawroty pojawiają się przy niższym poziomie EE (więcej niż dwa komentarze krytyczne) niż ma to miejsce w schizofrenii (więcej niż sześć komentarzy krytycznych) [75]. Możliwe, że krytyka ze strony rodziców jest dla pacjentów mniej zagrażająca, podczas gdy ta ze strony małżonka jest interpretowana jako wyraz niezadowolenia ze związku. Zarówno pacjenci, którzy pozostawali w remisji, jak i ich małżonkowie zgłaszali większe zadowolenie z małżeństwa w porównaniu z pacjentami, którzy mieli nawrót [93].

Najlepszym predyktorem nawrotu w badaniach Hooley'a [93] było to, czy pacjent postrzega swojego małżonka jako krytycznego wobec siebie. Pacjenci, którzy mieli nawrót oceniali swoich małżonków jako znacząco bardziej krytycznych, niż ci którzy utrzymywali remisję. Nie zależało to od tego, czy partner był obiektywnie krytyczny.

Prawidłowo funkcjonujące małżeństwo buforuje stres i stanowi oparcie w sytuacjach trudnych. Wobec czego poprawa relacji małżeńskich prowadzi do szybszego ustępowania objawów choroby i zmniejsza ryzyko nawrotu.

1.8.1.3. Różnice w ocenie funkcjonowania małżeństwa pomiędzy małżonkiem chorym a zdrowym

W istniejących badaniach ocena funkcjonowania małżeństwa z reguły nie różniła się w zależności od tego, czy małżeństwo było oceniane przez partnera chorego czy zdrowego [36, 110, 112]. Jednak istnieją też doniesienia, w których partnerzy chorzy oceniają niektóre aspekty funkcjonowania małżeństwa (rozwiązywanie problemów) gorzej od partnerów zdrowych [66]. Obserwowano też różnice w ocenie pomiędzy małżonkami ze względu na ich płeć. Żony osób chorych na depresję oceniają swoje małżeństwa gorzej od mężów osób chorych, a także w porównaniu ze zdrowymi parami [115]. Natomiast mężczyźni chorzy na depresję oceniali swoje małżeństwa jako lepsze niż chore na depresję kobiety [116].

1.8.2. Funkcjonowanie małżeństwa w schizofrenii

Istnieje niewiele badań dotyczących rodzin prokreacyjnych pacjentów chorujących na schizofrenię. Powodem tej sytuacji jest fakt, że dla wielu pacjentów rodzina generacyjna pozostaje nadal najważniejszym źródłem oparcia. Początek choroby w okresie adolescencji lub wczesnej dorosłości oraz deficyty umiejętności społecznych wynikające z objawów choroby sprawiają, że tylko niewielki odsetek pacjentów utrzymuje trwałą relację małżeńską. Istniejące badania pokazują, że w krajach rozwiniętych 20-30 % pacjentów chorujących na schizofrenię pozostaje w związku małżeńskim, a 15-29 % jest w separacji lub po rozwodzie [34, 117-123]. W badaniach podawane są różne wartości, ale zazwyczaj więcej kobiet niż mężczyzn posiada małżonka: 23% do 59 % kobiet i 7,5% do 54% mężczyzn [117, 124]. W krajach rozwijających się procent chorych pozostających w małżeństwach jest wyższy 30-73%, ale niższy niż w populacji danego kraju, a liczba rozwodów osiąga wysoki poziom 15-39% [125].

W polskich badaniach 71% pacjentów zawiera związek małżeński, ale 31% rozwodzi się, tylko 57% mieszka z rodziną prokreacyjną uczestnicząc w wychowaniu dzieci [126]. Także w Polsce mniej mężczyzn niż kobiet zawiera związek małżeński [127].

Pozostawanie w związku małżeńskim jest uznawane za predyktor lepszego przebiegu choroby i mniejszych deficytów w funkcjonowaniu społecznym [121, 123]. Istnieją dwie hipotezy wyjaśniające ten mechanizm: pacjenci o łagodniejszym przebiegu choroby łatwiej znajdują partnera lub związek małżeński jest czynnikiem poprawiającym przebieg choroby. Żadna z hipotez nie została dostatecznie potwierdzona badaniami.

Małżeństwa pacjentów chorujących na schizofrenię funkcjonują gorzej w porównaniu z populacja ogólną. Istniejące badania wskazują, że nieprawidłowe funkcjonowanie dotyka od 40 do 90% par [34, 54]. Niezadowolenie z małżeństwa jest większe w początkowym okresie po wyjściu ze szpitala. W badaniach Beacha 90% małżonków było niezadowolonych z funkcjonowania małżeństwa tuż po wypisie ze szpitala, a po 3 latach od wypisu odsetek ten zmniejszył się do 71% par [34]. Nie przeprowadzono badań, które pokazałyby jak wiele małżeństw dotkniętych jest kryzysem małżeńskim, w jedynym badaniu połowa par przeżywała kryzys małżeński na początku choroby, ale po 8 latach większość par rozwiązała go, dzięki czemu małżonkowie mogli pozostać razem [52].

Zmiany zachodzące w małżeństwie dotyczą różnych jego funkcji: związku uczuciowego, funkcji seksualnej i prokreacyjnej, a także wspólnego spędzania czasu (funkcja rekreacyjna) [54]. Skargi zdrowych małżonków kierowane pod adresem osoby chorej dotyczą

zazwyczaj zmian w zakresie pełnionych obowiązków i konieczności przejęcia ich przez zdrowego małżonka, ograniczeń towarzyskich i trudności we wspólnym spędzaniu wolnego czasu, zmiany w postrzeganiu pacjenta jako osoby zmienionej i niesprawnej w wyniku wystąpienia choroby, zwiększenia się ilości konfliktów i zaburzeń komunikacji pomiędzy małżonkami, zmian w życiu seksualnym, braku udziału osoby chorej w życiu rodziny oraz braku kontaktu z dziećmi [54, 57]. Również osoby chore dostrzegają swoje ograniczenia w pełnieniu ról w rodzinie. Spośród 40% osób chorych pozostających w związku małżeńskim, aż 29% raportowało trudności w pełnieniu roli małżeńskiej i rodzicielskiej [126].

Nie znaleziono różnic w ocenie funkcjonowania małżeństwa w schizofrenii w porównaniu z ChAJ i ChAD [35]. W niektórych badaniach nie znaleziono również różnicy w ocenie małżeństwa przez małżonków chorych i zdrowych [35], inne wskazywały na istnienie odmiennej oceny małżeństwa – lepiej swoje małżeństwa oceniały osoby chore. Gdy osobno zbadano zadowolenie z małżeństwa zauważono, że zdrowi małżonkowie są niezadowoleni z funkcjonowania małżeństwa we wszystkich aspektach tzn. z całkowitego funkcjonowania małżeństwa, a także wypełniania zadań, pełnienia ról, komunikacji, emocjonalności, zaangażowania uczuciowego, kontroli oraz wartości i norm (wyniki gorsze w porównaniu ze zdrową kontrolą), natomiast osoby chore oceniały swoje małżeństwa tak jak grupa kontrolna, co odzwierciedlało ich zadowolenie [86]. Zadowolenie z małżeństwa wyrażane przez małżonków zdrowych zależało od profilu objawów u osoby chorej. Większe zadowolenie wyrażały osoby, których małżonkowie mieli przewagę objawów pozytywnych w porównaniu z osobami, których małżonkowie mieli więcej objawów negatywnych lub zaburzeń kontroli impulsów [35].

W większości małżeństw zdrowi małżonkowie stali się głowami rodziny i całkowicie przejęli odpowiedzialność za podejmowanie decyzji [52]. Pacjenci pozostawali w pozycji dzieci. Ciężar współdziałania w leczeniu spoczywał na zdrowym małżonku [54]. Zmiany związku uczuciowego zgłaszała połowa małżeństw, w 10% są one określane jako pozytywne [128]. Zmiany związku emocjonalnego są skorelowane ze zmianami w zakresie seksualności.

Różnice w funkcjonowaniu małżeństwa są zależne od płci chorego małżonka [128]. Zmiany w małżeństwie dotyczące seksualności silniej zaznaczone były w grupie małżeństw z chorym mężem [54]. W 10% małżeństw z tej grupy występował całkowity zanik pożycia, u chorych kobiet zmniejszenie potrzeb lub ich zanik nie prowadziły do zaprzestania współżycia seksualnego. Zdrowi mężczyźni czują się mniej od kobiet obciążeni chorobą żony, opieka nad nią zajmuje mniej czasu, nie skarżą się na zaniedbywanie innych aktywności. Gorsza

tolerancja choroby małżonka i większą ilość zmian w małżeństwie występuje w grupie, gdzie choruje mąż [54, 128].

1.9. Znaczenie płci kulturowej (*gender*) w badaniach nad schizofrenią i depresją

Płeć kulturowa, czyli określone przez kulturę normy i role przypisane kobietom i mężczyznom, mają wpływ na radzenie sobie pacjentów chorych psychicznie i ich rodzin z sytuacją choroby.

W przypadku osób chorych na schizofrenię płeć ma znaczenie dla prognozy funkcjonowania osoby chorej. Powszechnie przyjęto twierdzenie, że kobiety mają zdecydowanie lepszą prognozę dotyczącą przebiegu schizofrenii: lepiej funkcjonują społecznie, mają krótsze i rzadsze hospitalizacje psychiatryczne, a ich rodziny wykazują zdecydowanie większe zaangażowanie w pomoc w samodzielnym funkcjonowaniu [129, 130]. Kobiety częściej prowadzą niezależne życie, częściej wychodzą za mąż, mają dzieci, przyjaciół oraz znacznie większą sieć oparcia społecznego niż mężczyźni. Kobiety chore na schizofrenię funkcjonują lepiej w rodzinie i w pracy w porównaniu z chorymi mężczyznami [131]. Lepiej odpowiadają na interwencje terapeutyczne wobec rodziny w trakcie hospitalizacji. Rodziny chorych kobiet są mniej krytyczne w porównaniu z rodzinami chorych mężczyzn [131].

Uważa się, że to czynniki społeczne odgrywają dużą rolę w lepszym przystosowaniu kobiet do sytuacji choroby (schizofrenii). Mogą w tym procesie brać udział mniejsze wymagania dotyczące pełnionych przez kobietę ról, większe oparcie społeczne udzielne chorym kobietom oraz większa społeczna tolerancja kobiet z symptomami psychopatologicznymi. Istnieją doniesienia naukowe mówiące o tym, że nie poziom objawów psychopatologicznych decyduje o lepszej prognozie schizofrenii u kobiet, ale ich lepsze funkcjonowanie społeczne, pomimo takiego samego nasilenia objawów, jak u gorzej funkcjonujących społecznie mężczyzn, a także wyższa satysfakcja z życia [129]. Zdaniem Hafnera kobiety lepiej dostosowują swoje cele życiowe do zmienionych w związku z chorobą możliwości i udaje im się osiągnąć wiele wysoko przez nie cenionych celów, zwłaszcza w relacjach interpersonalnych [129].

Zauważono również pewne różnice w funkcjonowaniu rodzin chorych kobiet i chorych mężczyzn. Rodziny prokreacyjne, w których chorowała kobieta funkcjonowały lepiej

od rodzin, w których chorował mężczyzna [54]. Ta sama zależność była zauważana w zakresie funkcjonowania małżeństwa. Mężowie chorych kobiet byli w mniejszym stopniu obciążeni opieką nad nimi, nie zaniedbywali swoich dotychczasowych aktywności [54, 132].

Problem *gender* bywa również szeroko dyskutowany w przypadku depresji, szczególnie w aspekcie dwukrotnie częstszego występowania depresji wśród kobiet [133]. Kobiety częściej są hospitalizowane z powodu nawrotów choroby oraz cierpią z powodu jej chronicznego przebiegu. Przypuszczalnie dużą rolę w tych zjawiskach odgrywa proces socjalizacji i rola społeczna kobiety. U dziewczynek wspierana jest bierność, bezradność i zależność od innych czyli cechy charakterystyczne dla osoby cierpiącej na depresję.

Różnie również w zależności od płci kształtuje się wpływ małżeństwa na ryzyko zachorowania na depresję [133]. Pozostawanie w związku małżeńskim chroni mężczyzn przed zachorowaniem, natomiast u kobiet zwiększa jego ryzyko [134]. Społeczna rola kobiety może sprzyjać chorobie: wychowywanie dzieci i zajmowanie się domem jest frustrujące, rola gospodyni domowej niewidoczna, a oczekiwania wobec kobiet w społeczeństwie niejasne. Nawet jeśli kobieta podejmuje pracę zarobkową nie wiąże się to dla niej z tak korzystnymi skutkami jak dla mężczyzny. Trudność stanowi szczególnie pogodzenie roli matki i żony z rolą pracownika [133]. Inna wydaje się również być zależność pomiędzy trudnościami w małżeństwie, a zachorowaniem na depresję. Kobiety częściej reagują na trudności małżeńskie epizodem depresyjnym, z kolei u mężczyzn depresja może doprowadzić do stopniowej deterioracji związku małżeńskiego [107].

Różnice dotyczące płci odbijają się w ocenie funkcjonowania małżeństwa przez osoby chore na depresję, chorzy mężowie ocenią swoje małżeństwa lepiej niż chore żony [116], podobnie jest ze zdrowymi partnerami [49]. Tak więc wydaje się, że zdrowym kobietom trudniej wejść w nowe role związane z chorobą ich partnera. Być może z powodu postrzegania kobiet jako stworzonych do opieki nad osobami chorymi dostają one znacznie mniej wsparcia społecznego w pełnieniu tej roli.

Kobieca rola społeczna może powodować, że kładą one większy nacisk na opiekę nad innymi, bez względu na to czy ich potrzeby są zaspokajane czy nie, poświęcając siebie dla ratowania relacji. Kobiety są bardziej nastawione na związek niż mężczyźni i dążą do ujawniania swoich uczuć. Mogą wobec tego czuć się odpowiedzialne za rozwiązanie problemów małżeńskich. Będą brały odpowiedzialność za to, co złego dzieje się w ich małżeństwie i uważały, że ludzie będą je obwiniać za niepowodzenie małżeńskie.

Mężczyźni z kolei mają zachowywać spokój i opanowanie w chwili kryzysu. Mogą traktować konflikt małżeński zadaniowo i rywalizacyjnie, w kryteriach wygranej lub

przegranej lub całkowicie odcinać się od trudności, aby nie utracić przypisywanego im spokoju. To może prowadzić do tego, że biorą na siebie mniejszą odpowiedzialność za trudności małżeńskie i mogą minimalizować sygnały zgłaszane przez swoją partnerkę.

1.10. Podsumowanie przeglądu problematyki

Przedstawione powyżej badania pokazują, że rodziny i małżeństwa pacjentów chorujących psychicznie funkcjonują gorzej niż rodziny nieobciążone chorobą psychiczną. Z kolei gorsze funkcjonowanie rodziny i małżeństwa przekłada się na utrudniony powrót do zdrowia i większe ryzyko nawrotu w przyszłości. Wydaje się również, że rodziny prokreacyjne, w których osobą chorą jest mąż wykazują zdecydowanie więcej trudności w przystosowaniu się do sytuacji choroby, co przekłada się na ich gorsze funkcjonowanie. Biorąc pod uwagę te wszystkie fakty, ważnym z punktu widzenia praktyki klinicznej wydaje się zachowanie czujności dla wszelkich symptomów trudności w funkcjonowaniu małżeństwa i rodziny oraz planowanie terapeutycznych interwencji małżeńskich i rodzinnych, jako części kompleksowego programu leczenia zaburzeń psychicznych [135-137].

Część II: Badania własne

1. Cele pracy i hipotezy badawcze

1.1 Cel pracy

Celem pracy jest opis kryzysu małżeńskiego pacjentów chorujących psychicznie i porównanie go z kryzysem małżeńskim osób zdrowych. Opis kryzysu małżeńskiego zostanie dokonany poprzez ocenę, w jaki sposób wyraża się on poprzez funkcjonowanie rodzin badanych na trzech poziomach: rodzinnym, małżeńskim i indywidualnym. Spośród chorób psychicznych do badania wybrano dwie jednostki: schizofrenię i chorobę afektywną jednobiegunową (ChAJ). Poszukiwane będą również czynniki, które mogą dodatkowo oddziaływać na funkcjonowanie rodziny i małżeństwa oraz funkcjonowanie indywidualne w sytuacji kryzysu małżeńskiego.

1.2. Założenia dotyczące oceny funkcjonowania systemu rodzinnego

Ocena funkcjonowania rodziny, małżeństwa oraz siebie samego w rodzinie została zmierzona za pomocą Kwestionariusza do Oceny Rodziny (KOR) opisanego dokładnie w rozdziale Materiał i metody. Kwestionariusz ten mierzy funkcjonowanie na trzech poziomach systemu rodzinnego: rodzinnym, małżeńskim i indywidualnym. Ocena funkcjonowania jest dokonywana przez osobę badaną (kwestionariusz samoopisu). W niniejszej pracy przyjęto, że subiektywny opis funkcjonowania rodziny, małżeństwa czy siebie w rodzinie dokonany przez badanych odzwierciedla istotny aspekt procesu rodzinnego. Założenie to odwołuje się do przekazu, że proces rodzinny jest uwarunkowany tym, jak członkowie rodziny postrzegają siebie i innych. Ponadto w sytuacji, gdy wątpliwe jest uzyskanie „obiektywnych miar" procesu rodzinnego, użyteczne i zasadne jest odwołanie się do tych perspektyw subiektywnych, które ów proces rodzinny tworzą.

1.3. Hipotezy badawcze

Hipoteza 1: Małżonkowie w sytuacji kryzysu małżeńskiego - zarówno z małżeństw, w których jedno z małżonków choruje na schizofrenię lub depresję, jak i z małżeństw nie chorujących psychicznie - oceniają funkcjonowanie swoich rodzin, małżeństw i swoje własne

funkcjonowanie w rodzinie gorzej od norm kryterialnych [138][1], czyli takich wartości, które uznaje się za granice normy i dysfunkcji.

W dotychczasowych badaniach zauważono, że pacjenci leczeni z powodu zaburzeń psychicznych i członkowie ich rodzin oceniają swoje małżeństwa i rodziny bardziej negatywnie niż osoby zdrowe psychicznie bez trudności małżeńskich [34, 59, 60, 80].
Stąd **hipoteza 2:** W ocenie funkcjonowania rodziny, małżeństwa i samoocenie występują różnice pomiędzy małżeństwami, w których jedna osoba choruje na schizofrenię lub na depresję a małżeństwami zdrowymi w kryzysie małżeńskim.

W rodzinach zawierających osoby chore psychicznie występowały różnice w postrzeganiu funkcjonowania rodziny pomiędzy chorym, a zdrowymi członkami rodziny [71, 86]. Jednak część badań nie potwierdza tych różnic [101]. Inne badanie [71] opisywało fakt, że pacjenci leczeni z powodu różnych zaburzeń psychicznych różnią się w ocenie swoich rodzin w zależności od zaburzenia. Z kolei zdrowi członkowie rodziny pacjentów postrzegają funkcjonowanie swoich rodzin podobnie niezależnie od typu choroby [71].
Stąd **hipoteza 3:** Występują różnice w ocenie funkcjonowania małżeństwa, rodziny i siebie w rodzinie pomiędzy partnerem chorym a zdrowym.

Odmienne postrzeganie społecznej roli mężczyzny i kobiety może powodować, że łatwiej jest dostosować się rodzinom, w których choruje żona, bo nie wymaga to radykalnych zmian w rolach pełnionych w rodzinie. Badania wskazują na gorsze oceny funkcjonowania małżeństwa przez żony pacjentów chorujących na depresję w porównaniu z mężami chorujących kobiet [115].

Stąd **hipoteza 4:** Płeć małżonka chorego wpływa na ocenę funkcjonowania małżeństwa, rodziny i siebie w rodzinie przez oboje małżonków.

W początkowym okresie po zachorowaniu rodzina i małżeństwo mogą przeżywać największe trudności [52]. Jest to okres nazywany fazą kryzysu, w której kluczowym

[1] Przez normy kryterialne w polskiej wersji kwestionariusza KOR rozumie się wartości 1 i 1,5, w odniesieniu do których interpretowane są wyniki kwestionariuszy. Normy kryterialne zostały przyjęte w wyniku polskich badań normalizacyjnych i zastępują konieczność odnoszenia się do idealnej populacji zdrowych i dobrze funkcjonujących rodzin. Wartości kwestionariusza statystycznie ≤ 1 oznaczają prawidłowe funkcjonowanie rodziny w danym wymiarze na danym poziomie, wyniki statystycznie > 1 i jednocześnie $< 1,5$ wskazują na funkcjonowanie graniczne mogące wymagać pomocy, wyniki kwestionariusza $\geq 1,5$ wskazują na poważne zakłócenia funkcjonowania rodziny [138].

zadaniem jest akceptacja utraty przedchorobowej tożsamości rodziny i adaptacja funkcjonowania rodziny i małżeństwa do zmieniającej się sytuacji.

Stąd **hipoteza 5:** Zachodzi związek pomiędzy czasem chorowania a oceną funkcjonowania małżeństwa, rodziny i siebie w rodzinie przez oboje małżonków.

Ponadto sprawdzono związki pomiędzy innymi czynnikami demograficznymi (wiek małżonków, czas trwania małżeństwa) a funkcjonowaniem małżeństwa, rodziny i siebie.

Stąd **hipoteza 6:** Zachodzi związek między długością trwania małżeństwa a ocenami funkcjonowania małżeństwa, rodziny i siebie w rodzinie przez oboje małżonków.

Oraz **hipoteza 7:** Wiek małżonków jest związany z ocenami funkcjonowania małżeństwa, rodziny i siebie w rodzinie przez oboje małżonków.

Niektóre z dotychczasowych badań pokazują, że rodziny osób chorujących na schizofrenię funkcjonują lepiej od rodzin osób chorujących na depresję [80, 83].

Stąd **hipoteza 8**: Występują różnice w ocenie funkcjonowania małżeństwa, rodziny i siebie w rodzinie pomiędzy grupami małżeństw w zależności od rozpoznania klinicznego jednego z małżonków.

2. Materiał i metoda

Badaniem objęte zostały małżeństwa zgłaszające się do Zakładu Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii UJ CM z powodu kryzysu małżeńskiego w latach 1998-2008. Na grupę badaną składają się dwie podgrupy:

1. **grupa badana SCHI** – pary zgłaszające się z powodu kryzysu małżeńskiego, gdzie dodatkowo jeden z małżonków był w leczeniu psychiatrycznym z powodu schizofrenii wg ICD 10 (F20.0 – F20.6)
2. **grupa badana DEPR -** pary zgłaszające się z powodu kryzysu małżeńskiego, gdzie dodatkowo jeden z małżonków był w leczeniu psychiatrycznym z powodu choroby afektywnej jednobiegunowej wg ICD 10 (F32.0 – F33.8)

W obu grupach rozpoczęcie leczenia psychiatrycznego i postawienie diagnozy miało miejsce przynajmniej miesiąc przed zgłoszeniem do terapii małżeńskiej, a osoby leczone w momencie zgłoszenia do ZTR nie wymagały hospitalizacji będąc w stanie remisji lub częściowej remisji objawów. W badaniu udział brali oboje małżonkowie wypełniając ankiety

i kwestionariusze rutynowo stosowane przy pierwszym zgłoszeniu do terapii w Zakładzie Terapii Rodzin.

Do grup badanych włączano zarówno pary, które zgłosiły się z własnej inicjatywy, jak i te, które do terapii zostały skierowane przez lekarzy lub terapeutów indywidualnych. W grupie SCHI 13 par (61,9%) zgłosiło się za radą lekarza, natomiast 8 (38,1%) par z własnej inicjatywy, z czego w pięciu (23,8%) przypadkach osobą zgłaszającą był partner chorujący na schizofrenię (najczęściej mąż). Natomiast w grupie DEPR większość stanowiły „samozgłoszenia" (18 par, 62,1%), w tej podgrupie do terapii małżeństwo zgłaszały równie często osoby chore jak i zdrowe. 11 par (37,9%) zgłosiło się do terapii w wyniku sugestii lekarza lub terapeuty indywidualnego osoby chorej.

Do małżeństw z grup badanych dobrano małżeństwa stanowiące **grupy kontrolne (grupa kontrolna dla SCHI i grupa kontrolna dla DEPR)** na podstawie zgodności danych demograficznych: wieku, płci, wykształcenia oraz fazy życia rodziny. Pozostałe kryteria włączenia do grup kontrolnych stanowiły:

1. zgłoszenie się do terapii małżeńskiej do Zakładu Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii UJ CM z powodu kryzysu małżeńskiego;
2. brak dotychczasowego leczenia z powodu jakichkolwiek zaburzeń psychicznych lub przewlekłej choroby somatycznej.

Analizie statystycznej zostały poddane informacje gromadzone podczas zgłoszenia do terapii pary małżeńskiej w Zakładzie Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii UJ CM. Korzystano z informacji zawartych w:

1. Karcie Skierowania wypełnianej podczas zgłoszenia, zawierającej informacje o tym, kto zgłasza małżeństwo do terapii, jakie są główne problemy małżeńskie zgłaszających się, jaki jest skład rodziny, czy miały miejsce inne formy leczenia (leczenie psychiatryczne ambulatoryjne, hospitalizacje psychiatryczne, terapia indywidualna, terapia małżeńska lub rodzinna).

2. Ankiecie Informacji o Rodzinie zawierającej dane dotyczące małżonków i ich rodziny (zawód, wykształcenie, poprzednie małżeństwa, płeć i wiek dzieci, kto mieszka razem z małżonkami, wcześniejszy kontakt z psychiatrą).

3. dokumentacji terapii małżeńskiej (zapisy spotkań małżeńskich, dokumentacji wideo spotkań małżeńskich)

4. Kwestionariuszach do Oceny Rodziny – służących do oceny funkcjonowania rodziny oraz jej subsystemów, będących głównym narzędziem zastosowanym w badaniu (szerzej o tym narzędziu badawczym będzie mowa poniżej).

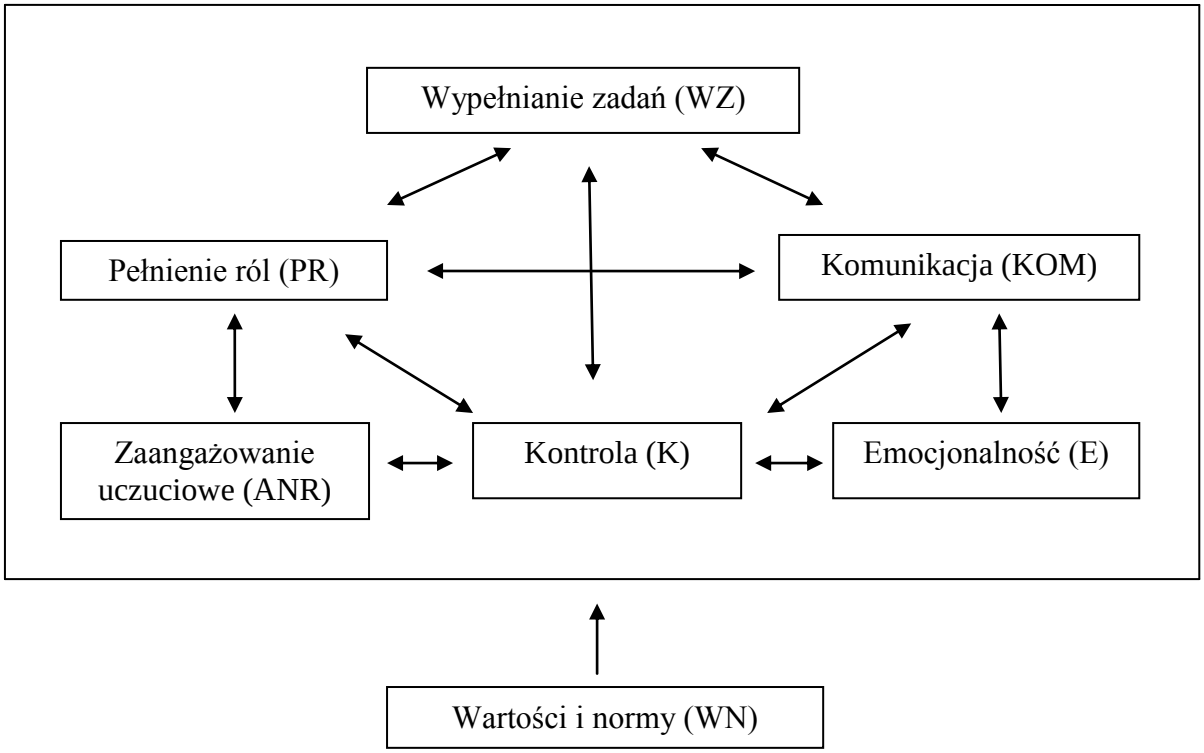
2.1. Ocena funkcjonowania rodziny i jej subsystemów

Oceny funkcjonowania rodziny na różnych poziomach (rodzinnym, małżeńskim i indywidualnym) dokonano za pomocą **Kwestionariuszy do Oceny Rodziny (KOR)** będących polską wersją Familienbögen opracowanych w 1994 roku przez M. Cierpkę i Frevert na podstawie III wersji kanadyjskiej *Family Assesment Measure* (FAM III) H. Skinnera, P. Steinhauera i J. Santa-Barbary. Teoretyczną podstawą wszystkich tych kwestionariuszy jest model procesu funkcjonowania rodziny (*Proces Model of Family Functioning*) [139].

2.1.1. Model procesu funkcjonowania rodziny

Model ten został opracowany przez Steinhauera i wsp. [139], a jego zadaniem było spójne pogodzenie teorii systemowej z teoriami psychopatologii indywidualnej poprzez skoncentrowanie się na jednostce rozumianej jako subsystem rodziny. Wyróżniane w modelu wymiary funkcjonowania to: wypełnianie zadań, pełnienie ról, komunikacja, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, kontrola oraz wartości i normy. Taki sposób patrzenia na rodzinę powoduje odejście od jednoznacznego oceniania rodziny lub jednostki w rodzinie jako chorej lub zdrowej, i opisuje, w których wymiarach funkcjonowania rodzina radzi sobie lepiej lub gorzej. Poszczególne obszary funkcjonowania rodziny są ze sobą powiązane w sposób dynamiczny (Ryc. 4). Centrum modelu stanowi wymiar „wypełnianie zadań". Prawidłowe wypełnianie zadań pozwala rodzinie osiągnąć różnorodne cele. Do prawidłowego wypełniania zadań potrzebny jest właściwy podział ról i ich podjęcie przez członków rodziny. Efektywna komunikacja w rodzinie wraz z jej komponentem emocjonalnym potrzebne są do skutecznej realizacji zadań rodziny i do podziału ról. Emocjonalność może pomagać lub wręcz przeszkadzać w skutecznej komunikacji. Zaangażowanie uczuciowe mówi o stopniu i jakości wzajemnego zainteresowania i dbania o siebie członków rodziny. Kontrola opisuje wpływ na zachowanie innych członków rodziny. Wartości i normy oddziałują na wszystkie aspekty funkcjonowania rodziny i stanowią o tym, co jest, a co nie jest akceptowane przez rodzinę, a w odniesieniu do szerszego kontekstu społecznego, w którym żyje rodzina, może być z nim zgodne lub niezgodne. Poszczególne wymiary dotyczą różnych pięter systemu rodzinnego. Skale wypełnianie zadań, pełnienie ról i komunikacja odnoszą się do poziomu behawioralnego, skale emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe i kontrola dotyczą raczej obszaru intrapsychicznego, zaś skala wartości i normy ocenia nadrzędne struktury poznawczo

– emocjonalne związane ze sferą moralności, ale także odnosi się do wpływów na system rodzinny z zewnątrz.



Ryc. 4 Model procesu rodzinnego na podstawie Steinhauera, Santa-Barbary i Skinnera [139].

2.1.2 Polska wersja KOR

Polska wersja Kwestionariusza do Oceny Rodziny została walidowana i znormalizowana w warunkach polskich [138]. Adaptowana metoda składa się z trzech kwestionariuszy:

1. Kwestionariusza Rodzinnego (40 pytań)
2. Kwestionariusza Relacji Dwuosobowych (28 pytań)
3. Kwestionariusza Samooceny (28 pytań).

W przypadku każdego z pytań osoba badana musi wybrać jedną z czterech odpowiedzi najtrafniej opisującą funkcjonowanie swojej rodziny, swoje relacje z krewnym i własne funkcjonowanie w rodzinie. Odpowiedziom przyporządkowana jest punktacja od 0 do 3, gdzie 0 oznacza stan pożądany (zadowolenie), a 3 niepożądany (niezadowolenie). Każdy z trzech kwestionariuszy zawiera skalę ogólnego funkcjonowania (SUM) oraz siedem wcześniej wspomnianych skal oryginalnych opisujących różne aspekty funkcjonowania rodziny opisywane przez model procesu funkcjonowania rodziny. Są to:

1. wypełnianie zadań (WZ)
2. pełnienie ról (PR)
3. komunikacja (KOM)
4. emocjonalność (E)
5. zaangażowanie uczuciowe (ANR)
6. kontrola (K)
7. wartości i normy (WN).

Kwestionariusz Rodzinny ma dodatkowo dwie skale kontrolne: oczekiwań społecznych (OS) i obrony (OB), które pozwalają na ocenę stopnia realizmu, z jakim badany ocenia funkcjonowanie swojej rodziny. Funkcjonowanie to może być oceniane realistycznie, zbyt łagodnie lub zbyt krytycznie.

Dopuszczalna dolna granica wieku respondenta została przesunięta z 12 lat w wersji niemieckiej na 13 lat u dziewcząt i 14 u chłopców w polskiej wersji. Kwestionariusz do Oceny Rodziny uwzględnia stadia cyklu życia rodziny, zakłada, że wartości poszczególnych wymiarów funkcjonowania rodziny mogą się różnić w zależności od fazy życia rodziny. Wyróżniono następujące fazy cyklu życia rodziny określane według wieku najstarszego dziecka:

faza 0 – młode małżeństwo, bez dzieci (do 40 roku życia żony),

faza 1– rodzina z żoną w pierwszej ciąży,

faza 2 - rodzina z małym (do 12 miesiąca życia) dzieckiem,

faza 3 – rodzina z najstarszym dzieckiem od 1 do 11 roku życia,

faza 4 - rodzina z dzieckiem od 12 do 19 roku życia,

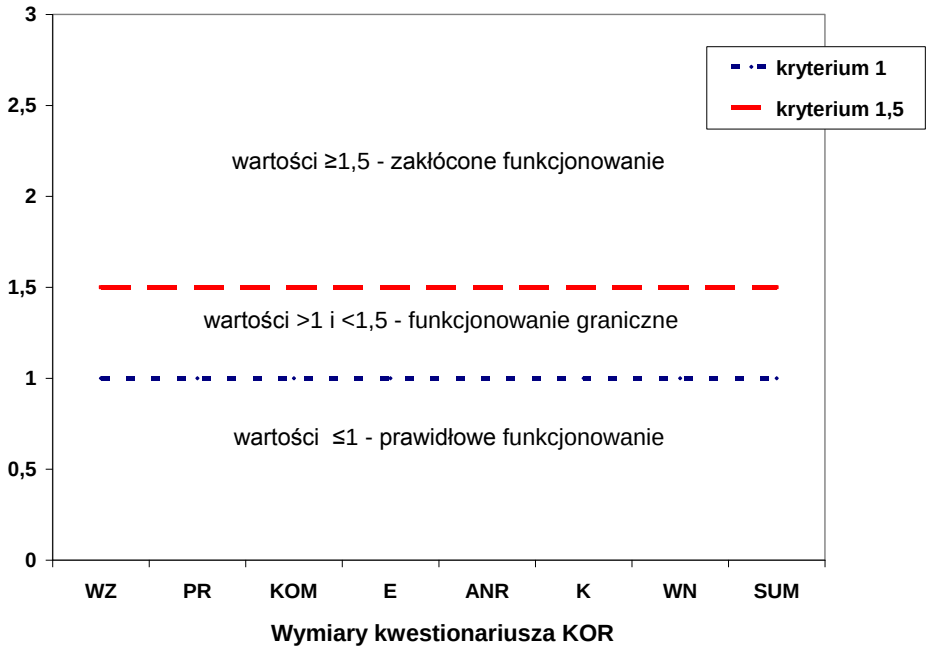
faza 5 - rodzina, którą opuściły dzieci, lub rodzina, która nie mając dzieci, prawdopodobne nie będzie już ich miała (po 40 roku życia żony)

faza 6 – rodzina, w której najstarsze wspólnie zamieszkujące z rodzicami dziecko przekroczyło 19 rok życia.

W przypadku rodziny dwuosobowej (faza 0 i faza 5) stosuje się wyłącznie Kwestionariusz Relacji Dwuosobowych, gdyż wypełnianie dwóch pozostałych kwestionariuszy nie wnosi nowych informacji o relacjach rodzinnych. Wszystkich trzech kwestionariuszy można używać w przypadku rodziny trzyosobowej lub większej. Należy podkreślić, że ocena rodziny dokonywana jest nie poprzez obiektywną ocenę funkcjonowania, ale jako wyraz stopnia zadowolenia osoby badanej z funkcjonowania swojej rodziny.

2.1.3. Rzetelności polskiej wersji kwestionariusza i sposób interpretacji wyników

Dla Kwestionariusza Relacji Dwuosobowych współczynniki alfa Cronbacha wynosiły od α = 0,368 do α = 0,809, najwyższe współczynniki charakteryzowały skalę zaangażowanie uczuciowe, a najniższe emocjonalność. W przypadku wszystkich trzech kwestionariuszy dostatecznie wysokie do celów diagnostycznych były współczynniki skal ogólnych, w polskich badaniach wszystkie powyżej α = 0,8 oraz dla skal czynnikowych [138].



Ryc.5 Graficzna interpretacja norm kryterialnych

Na podstawie współczynników alfa Cronbacha Beauvale ze współpracownikami opracował polskie standardy oceny wyników KOR (Tab.1) [138]. Aby ułatwić interpretację wyników surowych w polskiej wersji wyrażane są one we wszystkich skalach nie jako sumy punktów, ale jako średnie powstałe na skutek dzielenia sumy punktów przez ilość pytań w danej skali. Tym samym zakres uzyskiwanych wyników mieści się w przedziale od 0 do 3. Wyniki odchylające się istotnie statystycznie od 1 w kierunku **niepożądanym (w górę)** świadczą o niezadowoleniu z funkcjonowania. Wyniki odchylające się od 1,5 w kierunku **pożądanym (w dół)** wskazują na przynajmniej zadowalający poziom satysfakcji z funkcjonowania (Ryc.5). Innymi słowy granicą rozdzielającą wyniki zadowalające od niezadowalających (wyższych) jest wartość 1, natomiast wartość 1,5 stanowi ostateczną granicę dla wyników negatywnych (wyższych) i pozytywnych (niższych). Analiza wyników istotnie wyższych od 1 i niższych od 1,5 odpowiada analizie profilów proponowanej przez

Cierpkę w wersji niemieckiej. Wyniki w skali ogólnego funkcjonowania (**SUM**) interpretowane są analogicznie do skal szczegółowych.

Skale oczekiwań społecznych (**OS**) i obrony (**OB**) (skale kontrolne) interpretuje się odmiennie od pozostałych skal kwestionariuszy, gdyż w ich kontekście ocenia się wyniki uzyskane w pozostałych siedmiu skalach i w skali ogólnej. Skale kontrolne informują o stylu, w jakim badany odpowiada na pytania. Wysoki wynik w tych skalach (>1,5) oznacza, że badany minimalizuje trudności w funkcjonowaniu swojej rodziny, niski wynik (<1) oznacza tendencje do zbyt krytycznego oceniania swojej rodziny. Normy kryterialne zostały przyjęte w wyniku polskich badań normalizacyjnych i zastępują konieczność odnoszenia się do idealnej populacji zdrowych i dobrze funkcjonujących rodzin.

Tab.1 Interpretacja poszczególnych wymiarów polskiej wersji KOR – Kwestionariusz Rodzinny

Wymiary kwestionariusza KOR	**Niskie wartości (≤1), zadowolenie**	**Wysokie wartości (≥1,5), niezadowolenie**
Wypełnianie zadań (WZ)	– podstawowe zadania rodziny są wypełniane – płynność i umiejętność dopasowania się do wymagań związanych z rozwojem – funkcjonalne wzorce zachowań zostają zachowane w sytuacjach stresowych – określanie zadań jest akceptowane przez innych członków rodziny	– podstawowe zadania nie są wypełniane – nieumiejętność odpowiedniego reagowania na zmiany zachodzące w cyklu życia rodziny – problemy z określaniem zadań w momencie wypracowywania różnych rozwiązań i wprowadzania zmian w życie – niewielki stres może zaostrzyć kryzys
Pełnienie ról (PR)	– role są dobrze dopasowane do członków rodziny, którzy wiedzą, czego się od nich oczekuje, zgadzają się na pełnienie przydzielonych im zadań i wypełniają je – członkowie rodziny dopasowują się do zmieniających się w czasie rozwoju ról – dobry poziom integracji ról w rodzinie	– role nie są dopasowane do rodziny, nie ma zgody, co do określenia ról – nieumiejętność przystosowania się do nowych ról wymaganych przez zmiany cyklu życia rodzinnego – niski poziom integracji ról w rodzinie

Komunikacja (KOM)	– zadowalająca wymiana informacji w rodzinie – komunikaty są jasne i rozumiane bezpośrednio – odbiorca jest otwarty na komunikaty i osiągalny dla nich – wśród członków rodziny panuje wzajemne zrozumienie	– komunikacja w rodzinie niewystarczająca, odroczona lub ukryta – zbyt małe wzajemne zrozumienie wśród członków rodziny – nieumiejętność wyjaśniania niejasnych sytuacji
Emocjonalność (E)	– komunikacja emocjonalna odpowiednio intensywna, nacechowana dużym spektrum wyrażanych uczuć	– niewłaściwa komunikacja uczuciowa, niedostateczne okazywanie uczuć – tłumienie lub wyolbrzymianie uczuć
Zaangażowanie uczuciowe (ANR)	– empatia – wzajemne troszczenie się o siebie członków rodziny prowadzi do zaspokojenia ich potrzeb emocjonalnych i umożliwia autonomię w kształtowaniu własnego życia – relacje wpływają wspierająco i pobudzająco na członków rodziny	– brak empatii lub oznaki zainteresowania, ale bez zaangażowania uczuciowego – relacje mają charakter symbiotyczny lub narcystyczny – członkowie rodziny zdradzają niepewność i brak autonomii
Kontrola (K)	– wzajemne oddziaływania członków rodziny sprawiają, że życie rodziny przebiega zgodnie z wyobrażeniami wszystkich jej członków – elastyczne zmiany zwyczajów funkcjonowania rodziny w zależności od zmiennych wymagań otoczenia – przewidywalny sposób kontroli, płynnie dopuszczający spontaniczne zachowania w określonych ramach	– wzajemne oddziaływania nie pozwalają sprostać wymaganiom codziennego życia – niedostrzeganie zmian w cyklu życia rodziny i niedostosowywanie się do nich – sposób kontroli członków rodziny sztywny lub chaotyczny – próby kontroli działają chaotycznie, destrukcyjnie albo zawstydzająco – sprawowanie kontroli związane z jawną lub ukrytą walką o władzę

Wartości i normy (WN)	– części rodzinnego systemu wartości są spójne – system wartości rodziny jest spójny z systemem wartości grupy społecznej i kręgu kulturowego, do którego należy rodzina – jawne i ukryte reguły nie wykluczają się wzajemnie – członkowie rodziny mają dużą swobodę w określonych ramach	– system wartości jest niespójny, co powoduje napięcia i dezorientację – istnieje konflikt między rodzinnym i kulturowym systemem wartości – podważanie jawnych reguł przez ukryte – brak swobody działania członków rodziny

2.2. Inne dane pozyskane w badaniu

Opracowana w Zakładzie Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii UJ CM Ankieta Informacji o Rodzinie pozwoliła na pozyskanie informacji dotyczących wieku małżonków, ich wykształcenia, sytuacji zawodowej (praca, renta, emerytura, bezrobocie), ilości, płci i wieku dzieci, a także dotychczasowych kontaktów z psychiatrą. Na podstawie wieku najstarszego dziecka zamieszkującego z rodzicami określono zgodnie z kryteriami przyjmowanymi przez M. Cierpkę fazę życia rodziny dla każdej z par małżeńskich.

Karta skierowania rodziny do terapii pozwoliła na określenie długości trwania małżeństwa, składu wspólnie zamieszkującej rodziny, dotychczasowego leczenia małżonka chorego, w tym jego rozpoznania oraz czasu pozostawania w leczeniu psychiatrycznym. Diagnoza psychiatryczna została potwierdzona posiadaną przez pacjenta dokumentacją medyczną. Zapisy pierwszego spotkania z rodziną i zapisy wideo spotkań pozwoliły na ustalenie na podstawie oceny terapeuty, czy dana para małżeńska w rzeczywiście doświadcza kryzysu małżeńskiego.

3. Statystyczne metody opracowania wyników

W opracowaniu statystycznym zebranego materiału korzystano z pakietu statystycznego Statistica 6.0 i Statistica 8.0. Celem sprawdzenia zgodności rozkładów zmiennych ciągłych z rozkładem normalnym użyto testu W Shapiro-Wilka. W przypadku uzyskania rozkładu normalnego porównania pomiędzy dwoma grupami zmiennych ciągłych (wiek, liczba dzieci, wartości kwestionariuszy KOR, staż małżeński, czas leczenia) dokonywano za pomocą testów t-Studenta dla grup niezależnych, w przypadku uzyskania

rozkładów odbiegających od rozkładu normalnego stosowano testy U Manna-Whitneya. Dla porównania zmiennych kategorycznych (płeć, choroba, faza życia rodziny, wykształcenie, zatrudnienie) wykorzystane zostały testy chi^2. Celem porównania kilku grup zmiennych ciągłych stosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, gdy została potwierdzona hipoteza o normalności rozkładów zmiennych we wszystkich grupach oraz wariancje w grupach były jednorodne (sprawdzenie testem Levena), przy niespełnieniu powyższych warunków stosowany był test Kruskala-Wallisa. Po stwierdzeniu różnic pomiędzy grupami w powyższych testach, stosowano testy post hoc: Tukeya lub wielokrotne porównania średnich rang dla wszystkich grup (test post hoc dla testu Kruskala-Wallisa zawarty w Statistica 8). Celem badania związku pomiędzy wynikami kwestionariuszy KOR a wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia osób chorych obliczono współczynniki korelacji Spearmana. Wszystkie wyniki wymienionych testów statystycznych uznawano za znamienne statystycznie przy $p<0,05$.

4. Opis grup badanych

W **grupie badanej SCHI** przebadano 21 par małżeńskich w kryzysie małżeńskim, w których jeden z małżonków leczył się z powodu schizofrenii, natomiast **grupę badaną DEPR** stanowiło 29 małżeństw w kryzysie małżeńskim, w których małżonek był leczony z powodu ChAJ. Do każdej z 50 par z grup klinicznych dobrano 50 małżeństw w kryzysie małżeńskim zgłaszających się do terapii małżeńskiej, dotychczas nie leczonych psychiatrycznie, stanowiących grupy kontrolne: 21 par stanowiących **grupę kontrolną dla SCHI** oraz 29 par stanowiących **grupę kontrolną dla DEPR**. Podstawą doboru była - jak wcześniej wspomniano - zgodność danych demograficznych: wieku, płci, wykształcenia oraz fazy życia rodziny. Ogółem zbadano 100 par małżeńskich (200 osób).

4.1 Grupa badana SCHI – małżeństwa osób chorujących na schizofrenię

W tabeli 2 i 4 umieszczono najważniejsze dane na temat grupy badanej SCHI. Z przebadanych 21 par w 10 przypadkach osobą chorą była kobieta, a w 11 mężczyzna. Średni wiek badanych wynosił 38,05 lat (dla osób zdrowych 37,66, dla chorych 38,42). Przeważały osoby z wyższym wykształceniem (59,52%) zarówno wśród chorych jak i zdrowych małżonków. Większość małżonków pracowała (78,57%). W zakresie tego parametru występowała jedyna statystycznie istotna różnica w grupie badanej SCHI pomiędzy

małżonkami chorymi a zdrowymi (Tab.2). Spośród małżonków chorych aktualnie było zatrudnionych 61,9%, gdy tymczasem małżonkowie zdrowi pracowali w 95,25%. Najwięcej par znajdowało się w 3. (rodzina z najstarszym dzieckiem od 1 do 11 roku życia) i 4. (rodzina z nastolatkiem) fazie życia rodziny, odpowiednio 42,86% i 38,1%. Porównanie małżonków zdrowych z chorymi znajduje się w tabeli 2.

Tab.2 Porównanie małżonków zdrowych z chorymi w grupie badanej SCHI

	Małżonkowie zdrowi – grupa badana SCHI	**Małżonkowie chorzy – grupa badana SCHI**	**Porównanie grup (p)**
Wiek	37,66	38,42	p = 0,73
Płeć:			
Kobieta	11 (52,38%)	10 (47,62%)	p = 0,75
Mężczyzna	10 (47,62%)	11 (52,38%)	
Faza:			
0	2 (9,52%)	2 (9,52%)	
3	9 (42,86%)	9 (42,86%)	
4	8 (38,1%)	8 (38,1%)	
6	2 (9,52%)	2 (9,52%)	
Wykształcenie:			
Wyższe	13 (61,9%)	12 (57,14%)	p = 0,88
Średnie	6 (28,57%)	6 (28,57%)	
Zawodowe	2 (9,52%)	3 (14,29%)	
Zatrudnienie:			
Praca	20 (95,24%)	13 (61,9%)	**p = 0,014***
Emerytura	1 (4,76%)	0 (0%)	
Renta	0 (0%)	5 (23,81%)	
Bezrobocie	0 (0%)	3 (14,29%)	

* $p<0,05$

Średni staż małżeński w grupie badanej SCHI wynosił 11,57 ± 6,39 roku (minimum 1 rok, maksimum 25 lat). W podgrupie małżeństw, w której osobami chorymi były kobiety długość małżeństwa wynosiła 11,1 ± 6,54 lat (minimum 2 lata, maksimum 25 lat), w podgrupie, gdzie chorował mężczyzna. długość małżeństwa wynosiła 12 ± 6,38 lat (minimum 1 rok, maksimum 22 lata). Osoby chore leczyły się średnio od 58,04 miesięcy ± 84,83 (minimum 1 miesiąc, maksimum 25 lat). Grupa z chorą żoną: 33,5 ± 38,33 miesięcy (minimum 1 miesiąc, maksimum 9 lat), grupa z chorym mężem: 80,36 ± 107,82 miesięcy (minimum 1 miesiąc, maksimum 25 lat). Kryzys małżeński w tej grupie występował

najczęściej w ciągu pierwszych 5 lat od postawienia rozpoznania schizofrenii i rozpoczęcia leczenia psychiatrycznego (76,19% małżeństw), z czego w 42,8% małżeństw w pierwszym roku leczenia.

Do grupy badanej SCHI dobrano równoliczną grupę kontrolną dla SCHI według procedury opisanej w rozdziale Materiał i metoda. Grupy badana SCHI i kontrolna dla SCHI nie różniły się istotnie statystycznie pod względem wieku, liczby dzieci, fazy cyklu życia rodziny, wykształcenia i zatrudnienia.

4.2 Grupa badana DEPR – małżeństwa osób chorujących na depresję

Przebadano 29 par, w których 15 stanowiły małżeństwa z chorą żoną, a 14 z chorym mężem, tabele 3 i 4 zawierają najważniejsze informacje dotyczące grupy badanej 2. Średni wiek w grupie badanej DEPR wynosił 39,7 lat. Podobnie jak w grupie badanej SCHI przeważały osoby z wyższym wykształceniem (58,62%). Pracowało 89,66% osób badanych, nie notowano różnic w zatrudnieniu w grupie osób chorych i zdrowych. Większość par znajdowała się w 3 (34,48%) i 4 (44,83%) fazie cyklu życia rodziny. Pomiędzy małżonkami chorymi a zdrowymi nie obserwowano istotnych statystycznie różnic w zakresie badanych parametrów (Tab.4).

Średnia długość trwania małżeństwa w grupie badanej DEPR wynosiła 13,64 ± 7,46 lat (minimum 3 lata, maksimum 37 lat). W małżeństwach z chorą kobietą staż małżeński wynosił 12,86 ± 8,23 lat, a z chorym mężczyzną 13,61 ± 4,92 lat. Pacjenci leczeni z powodu depresji pozostawali w terapii od średnio 86,17 ± 81,05 miesięcy (minimum 4 miesiące, maksimum 29 lat). Chore kobiety były leczone od 93,77 ± 84,52 miesięcy, a mężczyźni od 69,5 ± 60,13 miesięcy. Również w tej grupie kryzys małżeński pojawiał się w pierwszych 5 latach od postawienia rozpoznania depresji i rozpoczęcia leczenia (55,17% małżeństw), najczęściej w 1. i 3. roku od rozpoczęcia leczenia (po 17,24% małżeństw).

Tab.3 Porównanie małżonków zdrowych z chorymi w grupie badanej DEPR

	Małżonkowie zdrowi – grupa badana DEPR	**Małżonkowie chorzy – grupa badana DEPR**	**Porównanie grup (p)**
Wiek	40,27	39,13	p = 0,58
Płeć:			
Kobieta	14 (48,28%)	15 (51,72%)	p = 0,79
Mężczyzna	15 (51,72%)	14 (48,28%)	
Faza:			
0	3 (10,34%)	3 (10,34%)	
3	10 (34,48%)	10 (34,48%)	
4	13 (44,83%)	13 (44,83%)	
6	3 (10,34%)	3 (10,34%)	
Wykształcenie:			
Wyższe	19 (65,52%)	15 (51,72%)	p = 0,53
Średnie	9 (31,03%)	12 (41,38%)	
Zawodowe	1 (3,45%)	2 (6,9%)	
Zatrudnienie:			
Praca	27 (93,1%)	25 (86,21%)	p = 0,35
Emerytura	0 (0%)	0 (0%)	
Renta	0 (0%)	2 (6,9%)	
Bezrobocie	2 (6,9%)	2 (6,9%)	

Do grupy badanej DEPR została również dobrana grupa kontrolna dla DEPR według opisanej wcześniej procedury. Grupy badana DEPR i kontrolna dla DEPR nie różniły się istotnie statystycznie pod względem wieku, liczby dzieci, fazy cyklu życia rodziny, wykształcenia i zatrudnienia.

Dokonano również porównania pomiędzy grupami badanymi SCHI i DEPR - grupy badane nie różniły się istotnie statystycznie pod względem wieku, liczby dzieci, fazy cyklu życia rodziny, wykształcenia i zatrudnienia (Tab. 4).

Tab.4 Porównanie danych demograficznych w grupie badanej SCHI i DEPR

	Grupa badana SCHI N = 42	**Grupa badana DEPR N = 58**	**Porównanie grup (p)**
Wiek (lata)	38,05	39,7	p = 0,28
Liczba dzieci	1,57	1,56	p = 0,98
Faza:			p = 0,86
0	4 (9,52%)	6 (10,34%)	
3	18 (42,86%)	20 (34,48%)	
4	16 (38,10%)	26 (44,83%)	
6	4 (9,52%)	6 (10,34%)	
Wykształcenie:			
wyższe	25 (59,52%)	34 (58,62%)	p = 0,4
średnie	12 (28,57%)	21 (36,21%)	
zawodowe	5 (11,90%)	3 (5,17%)	
Zatrudnienie:			
praca	33 (78,57%)	52 (89,66%)	p = 0,23
emerytura	1 (2,38%)	0 (0%)	
renta	5 (11,90%)	2 (3,45%)	
bezrobocie	3 (7,14%)	4 (7,14%)	

5. Wyniki badań

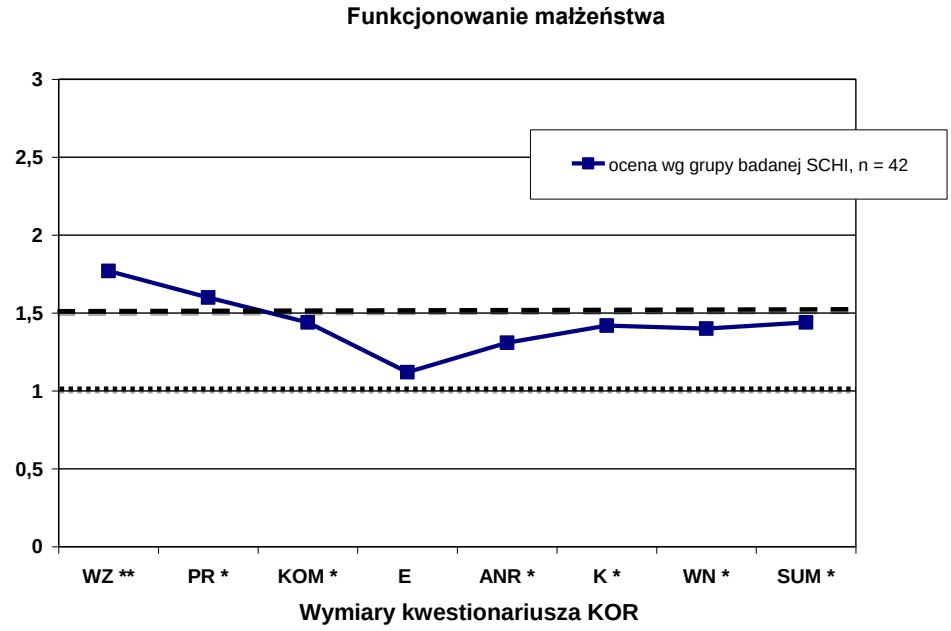
5.1.1. Ocena funkcjonowania małżeństwa w sytuacji kryzysu małżeńskiego w małżeństwach zawierających osobę chorującą na schizofrenię

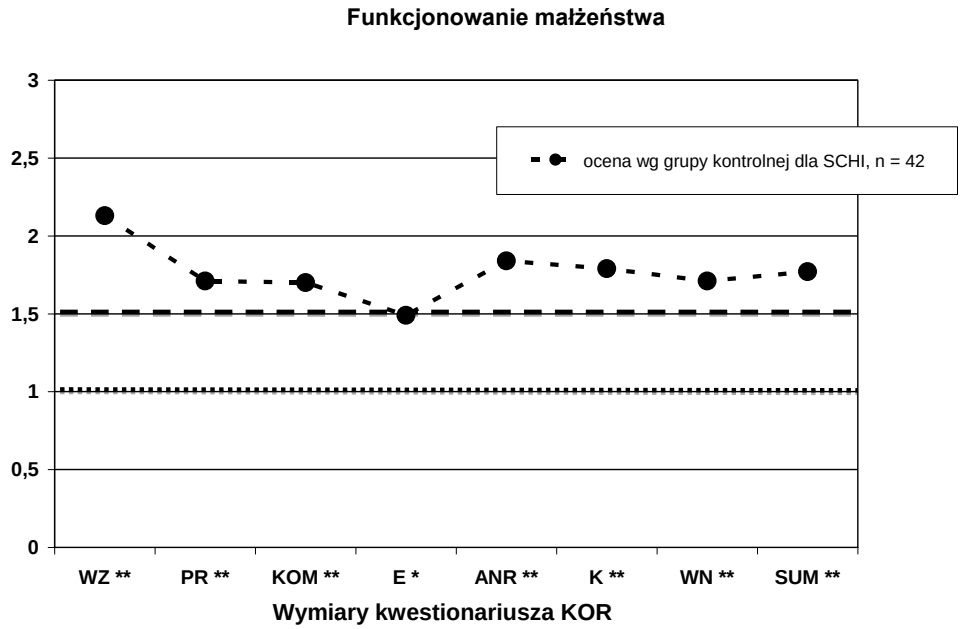
W tej części rozdziału 5. przedstawione zostaną wyniki dotyczące funkcjonowania małżeństwa podczas kryzysu małżeńskiego w parach zawierających osobę chorą na schizofrenię. Funkcjonowanie małżeństwa zostanie porównane z wartościami kryterialnymi, a także z funkcjonowaniem małżeństw w kryzysie z grupy kontrolnej. Następnie porównane zostanie funkcjonowanie małżeństwa oceniane przez osoby chore i zdrowe, a także w małżeństwach, gdzie choruje kobieta i mężczyzna. Na końcu prześledzony zostanie wpływ wieku, długości małżeństwa oraz długości leczenia psychiatrycznego na ocenę funkcjonowania małżeństwa.

5.1.1.1. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej SCHI i kontrolnej dla SCHI - porównanie z wartościami kryterialnymi

Emocjonalność w ocenie osób z grupy badanej SCHI jako jedyny obszar funkcjonowania małżeństwa nie różni się statystycznie od wartości kryterialnej 1, co wskazuje na zadowolenie z tego obszaru funkcjonowania małżeństwa pomimo kryzysu małżeńskiego (Ryc.6). Wartości pozostałych obszarów są wyższe od kryterium 1, co oznacza brak zadowolenia z funkcjonowania małżeństw w zakresie wypełniania zadań, pełnienia ról, komunikacji, zaangażowania uczuciowego, kontroli oraz wartości i norm, a także na całościową negatywną ocenę funkcjonowania małżeństwa. Znaczne niezadowolenie w grupie małżeństw zawierających małżonków chorujących na schizofrenię dotyczy wszystkich aspektów funkcjonowania małżeństwa z wyjątkiem emocjonalności (poniżej wartości kryterialnej 1,5). Najbardziej niezadowalające w małżeństwach z grupy SCHI jest wypełnianie zadań, które jako jedyne przekracza poziom drugiego kryterium.

W grupie kontrolnej dla SCHI w sytuacji kryzysu małżeńskiego wszystkie obszary funkcjonowania małżeństwa są wyższe niż wartość kryterium 1, co wskazuje na brak zadowolenia ze wszystkich aspektów funkcjonowania małżeństwa (Ryc.6). Bardzo duże niezadowolenie (wartości równe lub wyższe od normy kryterialnej 1,5) dotyczy większości parametrów funkcjonowania małżeństwa. Emocjonalność w małżeństwie jako jedyna w grupie kontrolnej nie przekracza, a tylko osiąga drugą wartość kryterialną 1,5.





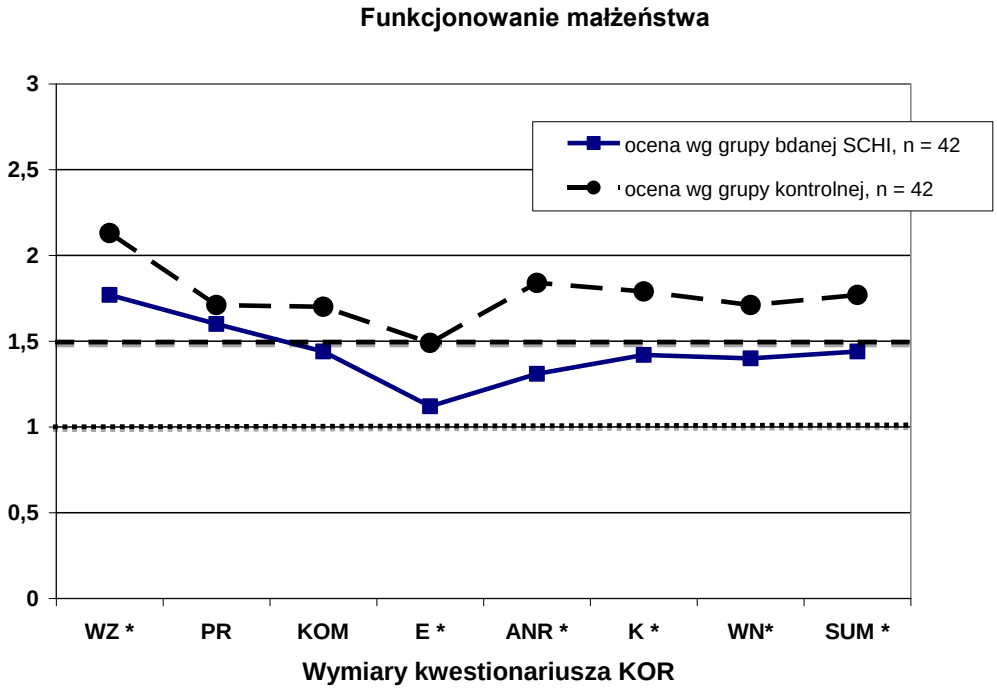
Ryc.6 Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej SCHI i kontrolnej dla SCHI – porównanie z wartościami kryterialnymi[2]

(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania małżeństwa, * - wartości wyższe od kryterium 1 („gorsze"), ** - wartości wyższe od kryterium 1,5 („gorsze"), znamienność statystyczna przy $p < 0,05$)

[2] Wartości kryterialne ułatwiają interpretację polskiej wersji kwestionariusza KOR. Wartości kwestionariusza statystycznie ≤ 1 oznaczają prawidłowe funkcjonowanie rodziny w danym wymiarze na danym poziomie, wyniki statystycznie > 1 i jednocześnie $< 1,5$ wskazują na funkcjonowanie graniczne mogące wymagać pomocy, wyniki kwestionariusza $\geq 1,5$ wskazują na poważne zakłócenia funkcjonowania rodziny. Odmiennej interpretacji wymagają tylko skale kontrolne OS i OB.

5.1.1.2. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej SCHI i kontrolnej dla SCHI – porównanie między grupami

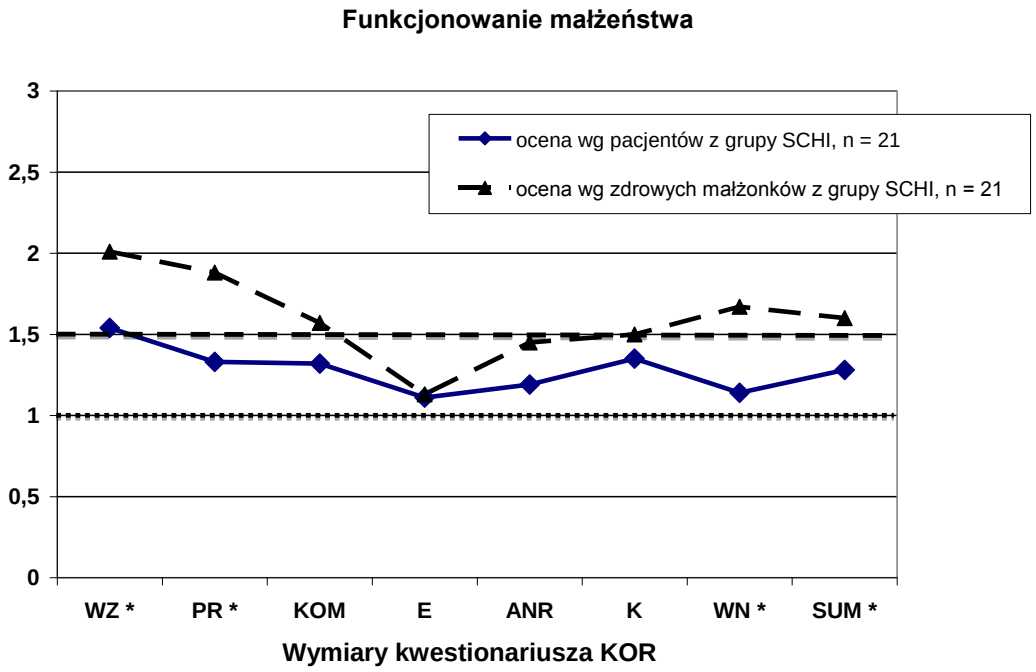
Małżonkowie z grupy badanej SCHI oceniają swoje małżeństwa lepiej niż kontrola w zakresie globalnej oceny funkcjonowania (Ryc.7). Lepsze oceny niż w grupie kontrolnej obserwowane były również w kilku skalach szczegółowych funkcjonowania małżeństwa. Małżeństwa zawierające pacjenta chorującego na schizofrenię są mniej dysfunkcjonalne w skalach: wypełnianie zadań, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, kontrola oraz wartości i normy w porównaniu z małżeństwami osób zdrowych w kryzysie małżeńskim (grupa kontrolna dla SCHI).



Ryc.7 Funkcjonowanie małżeństwa – porównanie grupy badanej SCHI z grupą kontrolną dla SCHI

(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania małżeństwa, * - istotne statystycznie różnice między grupą badaną i kontrolną przy $p < 0,05$)

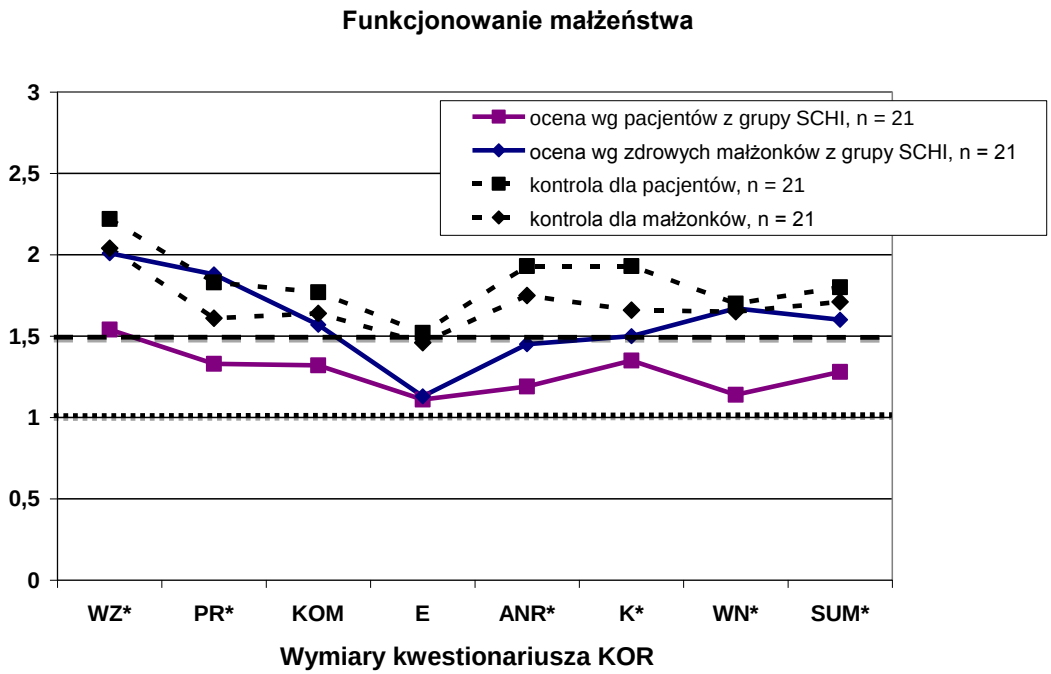
5.1.1.3. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej SCHI – porównanie małżonków chorych i zdrowych



Ryc.8 Funkcjonowanie małżeństwa – porównanie oceny wg małżonka chorego z oceną wg małżonka zdrowego w grupie badanej SCHI
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania małżeństwa, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Małżonkowie z grupy badanej SCHI nie są zgodni w ocenie globalnego funkcjonowania małżeństwa, pacjenci oceniają swoje małżeństwa lepiej w porównaniu ze swoimi zdrowymi partnerami (Ryc.8). Istnieje również niezgodność oceny w kilku skalach szczegółowych funkcjonowania małżeństwa. Małżonkowie chorzy oceniają swoje małżeństwa jako mniej dysfunkcjonalne niż małżonkowie zdrowi w zakresie: wypełniania zadań, pełnienia ról, wartości i norm. W zakresie pozostałych parametrów funkcjonowania małżeństwa nie stwierdzono znaczących statystycznie różnic w ocenie małżeństwa miedzy partnerem chorym a zdrowym.

5.1.1.4. Funkcjonowanie małżeństwa – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego z grupy badanej SCHI z kontrolą dla SCHI

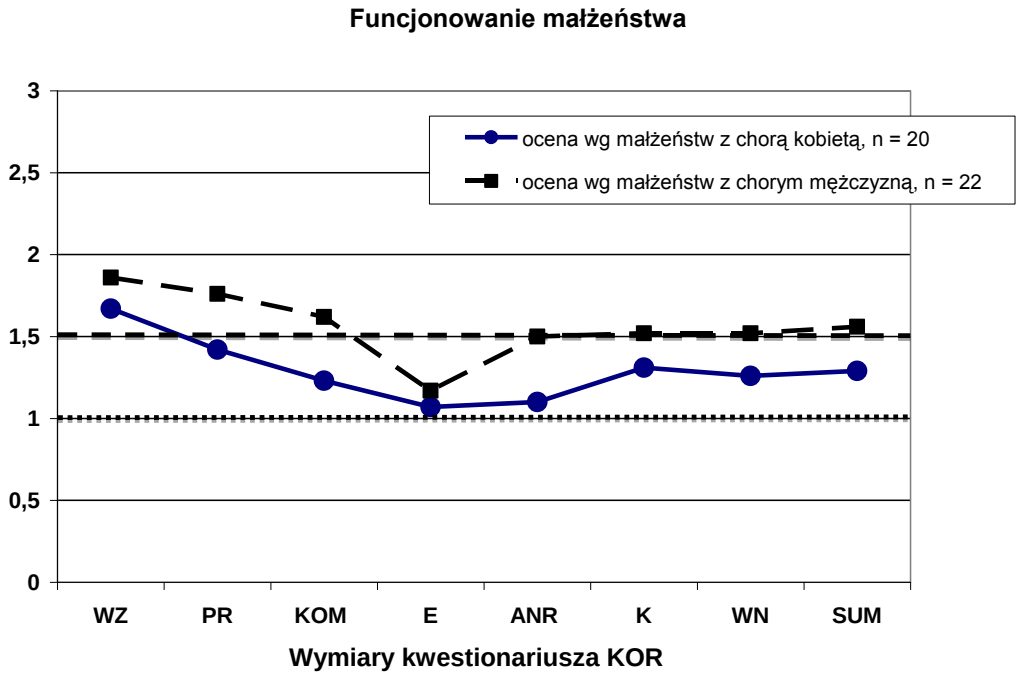


Ryc.9 Funkcjonowanie małżeństwa – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego z grupy badanej SCHI z grupami kontrolnymi dla SCHI
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania małżeństwa, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Porównanie obu podgrup w obrębie grupy badanej SCHI z właściwymi dla nich grupami kontrolnymi wykazało obecność istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami w zakresie większości obszarów funkcjonowania małżeństwa mierzonych kwestionariuszem KOR, jak również w zakresie globalnej oceny funkcjonowania małżeństwa (Ryc.9). Wyjątkiem były parametry komunikacja i emocjonalność, w przypadku których nie stwierdzono istotnych różnic między grupami. Małżonkowie chorujący na schizofrenię oceniali swoje małżeństwa lepiej od właściwej dla nich grupy kontrolnej w zakresie globalnej oceny funkcjonowania małżeństwa oraz w takich parametrach jak: wypełnianie zadań, zaangażowanie uczuciowe, kontrola, wartości i normy. Zdrowi partnerzy osób chorych oceniali swoje małżeństwo w sposób nie różniący się od grupy kontrolnej. Zostały również potwierdzone istotnie statystyczne lepsze oceny małżeństwa dokonane przez partnerów

chorych w zakresie pełnienia ról i wartości i norm w porównaniu z ich zdrowymi małżonkami. Pomiędzy grupami kontrolnymi nie wykazano statystycznie istotnych różnic w ocenie małżeństwa.

5.1.1.5. Funkcjonowanie małżeństwa – uwzględnienie płci chorego małżonka w grupie badanej SCHI

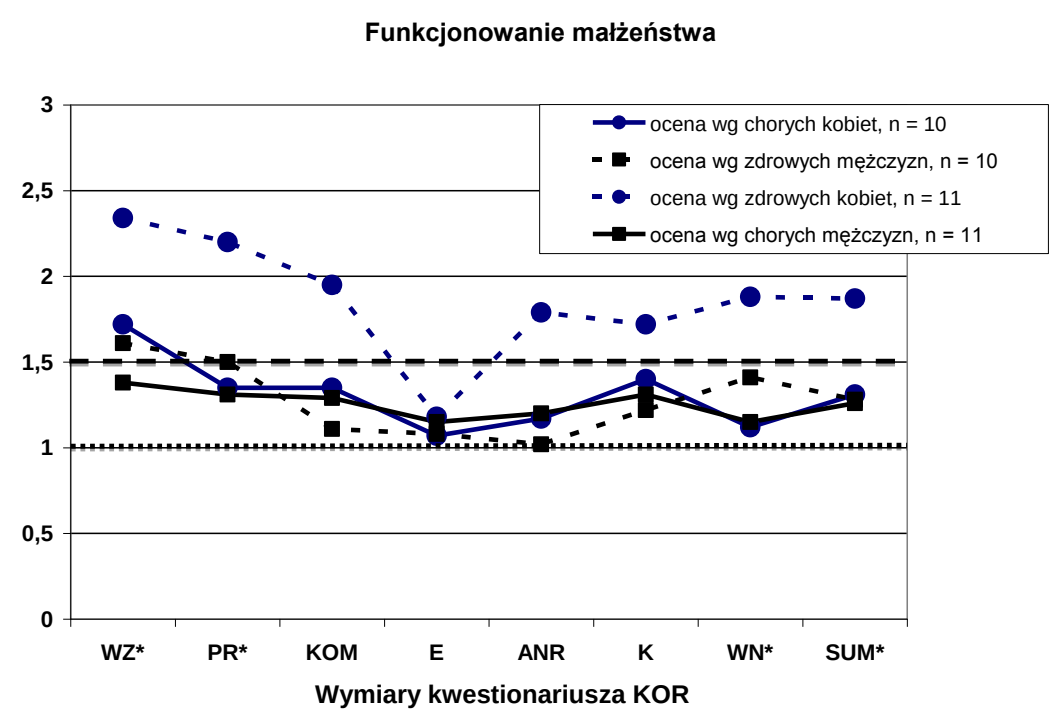


Ryc.10 Funkcjonowanie małżeństwa – porównanie małżeństw z chorą kobietą i chorym mężczyzną w grupie badanej SCHI
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania małżeństwa)

Chociaż wartości średnich ocen małżeństwa były z reguły wyższe w małżeństwach, gdzie chorował mężczyzna, nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w ocenie funkcjonowania małżeństw w grupie badanej SCHI w zależności od płci małżonka chorującego na schizofrenię (Ryc.10). Przyczyną było duże zróżnicowanie ocen małżeństwa w podgrupach.

5.1.1.6. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej SCHI – porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków

Chociaż zdrowe kobiety pozostające w małżeństwie z chorym mężczyzną oceniały swoje małżeństwa gorzej od innych grup (chorych mężczyzn, chorych kobiet, zdrowych mężczyzn) w zakresie wszystkich parametrów funkcjonowania małżeństwa z wyjątkiem emocjonalności, statystycznie istotne różnice uzyskano tylko w zakresie niektórych porównań (Ryc.11). Zdrowe kobiety postrzegały całkowite funkcjonowanie swoich małżeństw jako bardziej dysfunkcjonalne w porównaniu ze swoimi chorymi partnerami, podobna zależność dotyczyła także specyficznych aspektów funkcjonowania małżeństwa takich jak wypełnianie zadań, pełnienie ról oraz wartości i normy. Zdrowe kobiety postrzegały również wartości i normy w swoich małżeństwach jako gorsze w porównaniu z chorymi kobietami. Nie znaleziono statystycznie istotnych różnic w ocenie małżeństwa przez chore kobiety i ich małżonków. Podobnie zdrowi mężczyźni nie różnili się znacząco w ocenie funkcjonowania małżeństwa w porównaniu ze zdrowymi kobietami.



Ryc.11 Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej SCHI – porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków

(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania małżeństwa, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

5.1.1.7. Korelacje oceny funkcjonowania małżeństwa w grupie badanej SCHI z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia

Nie znaleziono istotnych statystycznie związków pomiędzy różnymi aspektami funkcjonowania małżeństwa w małżeństwach osób chorujących na schizofrenię, a wiekiem małżonków lub długością trwania małżeństwa (Tab.5). Znaleziono istotny statystycznie związek pomiędzy pełnieniem ról w małżeństwie, a długością trwania leczenia choroby. Dłuższe pozostawanie w leczeniu psychiatrycznym partnera chorego na schizofrenię jest związane z lepszą (niższą) oceną pełnienia ról w małżeństwie przez oboje małżonków (siła tego związku jest przeciętna). Wynik ten może wskazywać, że wraz z trwaniem choroby ustalają się nowe role w małżeństwie, a redukcja obowiązków u osoby chorej jest akceptowana przez zdrowego małżonka. Mamy zatem do czynienia z procesem adaptacji do choroby.

Wymiary kwestionariusza KOR	**Wiek**	**Długość małżeństwa**	**Czas leczenia**
Wypełnianie zadań	-0,114	0,067	-0.211
Pełnienie ról	0,071	0,137	**-0,310***
Komunikacja	-0,175	-0,022	-0,176
Emocjonalność	0,036	0,198	0,002
Zaangażowanie uczuciowe	-0,089	0,111	0,003
Kontrola	0,052	0,243	-0,058
Wartości i normy	-0.121	0,016	-0,138
Sumaryczne funkcjonowanie	-0,062	0,118	-0,132

Tab.5 Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej SCHI – korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego chorego partnera (* - $p < 0,05$)

5.1.1.8. Korelacje oceny funkcjonowania małżeństwa małżonków chorych i zdrowych w grupie badanej SCHI z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia

Nie znaleziono istotnych statystycznie związków pomiędzy różnymi aspektami funkcjonowania małżeństwa w ocenie osób chorujących na schizofrenię, a ich wiekiem, długością trwania małżeństwa lub czasem pozostawania w leczeniu psychiatrycznym (Tab.6). Znaleziono jedynie prawdopodobną (p=0,065) korelację dodatnią pomiędzy kontrolą w małżeństwie a długością małżeństwa – wraz z trwaniem małżeństwa rośnie niezadowolenie małżonków chorych z kontroli w małżeństwie.

Wymiary kwestionariusza KOR	**Wiek**	**Długość małżeństwa**	**Czas leczenia**
Wypełnianie zadań	-0,286	-0,024	-0,238
Pełnienie ról	0,108	0,179	-0,354
Komunikacja	-0,253	-0,037	-0,066
Emocjonalność	0,111	0,276	0,085
Zaangażowanie uczuciowe	-0,093	0,100	0,278
Kontrola	0,047	0,408^	-0,056
Wartości i normy	-0,109	0,022	-0,019
Sumaryczne funkcjonowanie	-0,037	0,202	-0,026

Tab.6 Funkcjonowanie małżeństwa wg osób chorych na schizofrenię – korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego (^ - $p < 0,07$)

Nie znaleziono istotnych statystycznie związków pomiędzy oceną różnych aspektów funkcjonowania małżeństwa w ocenie małżonków osób chorujących na schizofrenię, a ich wiekiem, długością trwania małżeństwa lub czasem pozostawania chorego partnera w leczeniu psychiatrycznym (Tab.7). Znaleziono bliską istotności statystycznej korelację ujemną pomiędzy oceną pełnienia ról w małżeństwie a czasem leczenia osoby chorej. Wraz z dłuższym pozostawaniem w leczeniu psychiatrycznym małżonka chorego, zdrowy partner lepiej ocenia pełnienie ról w małżeństwie.

Wymiary kwestionariusza KOR	Wiek	Długość małżeństwa	Czas leczenia
Wypełnianie zadań	-0,059	0,113	-0,338
Pełnienie ról	0,036	0,144	-0,415^
Komunikacja	-0,225	-0,084	-0,346
Emocjonalność	-0,082	0,109	-0,036
Zaangażowanie uczuciowe	-0,157	0,103	-0,272
Kontrola	0,017	0,104	-0,098
Wartości i normy	-0,221	-0,015	-0,308
Sumaryczne funkcjonowanie	-0,158	0,035	-0,281

Tab.7 Funkcjonowanie małżeństwa wg zdrowych partnerów osób chorych na schizofrenię – korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego (^ - $p < 0,07$)

Funkcjonowanie małżeństwa w sytuacji kryzysu małżeńskiego w grupie małżeństw zawierających osobę chorującą na schizofrenię – podsumowanie

1. Kryzys małżeński w małżeństwach, w których oboje małżonkowie nie chorują psychicznie przebiega z pogorszeniem wszystkich obszarów funkcjonowania małżeństwa. Małżonkowie oceniają jako głęboko dysfunkcyjne wszystkie obszary funkcjonowania małżeństwa. W małżeństwach osób chorujących na schizofrenię kryzys małżeński odbija się mniej negatywnie na funkcjonowaniu małżeństwa szczególnie w zakresie emocjonalności, która nie odbiega od kryterialnej normy funkcjonowania. Pozostałe obszary funkcjonowania małżeństwa są postrzegane jako dysfunkcjonalne, choć w mniejszym stopniu niż w grupie kontrolnej, czyli prze tych, którzy są w kryzysie małżeńskim, ale nie chorują psychiatrycznie.

2. W małżeństwach osób chorych na schizofrenię w sytuacji kryzysu małżeńskiego pozytywniej oceniane jest całkowite funkcjonowanie małżeństwa, a także wypełnianie zadań, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, kontrola oraz wartości i normy w porównaniu z grupą małżeństw nie obciążonych chorobą psychiczną pozostających w kryzysie małżeńskim.

3. Ocena małżeństwa podczas kryzysu małżeńskiego różni się w zależności od tego, czy wypowiada się osoba chora na schizofrenię czy jej zdrowy partner. Osoby chore oceniają

lepiej niż ich małżonkowie całkowite funkcjonowanie swoich małżeństw oraz takie aspekty małżeństwa jak: wypełnianie zadań, pełnienie ról, wartości i normy. Może to świadczyć o tym, iż osoby chore doceniają wysiłki swojego zdrowego małżonka.

4. Za różnice w ocenie pomiędzy grupą badaną SCHI a kontrolną odpowiadają głównie wypowiedzi małżonków chorujących (ocena całościowego funkcjonowania małżeństwa, wypełnianie zadań, zaangażowanie uczuciowe, kontrola, wartości i normy).

5. Nie znaleziono różnic w ocenie funkcjonowania małżeństwa w zależności od płci małżonka chorującego na schizofrenię.

6. Jednoczesne uwzględnienie płci i choroby ujawniło, że żony będące w związku z mężczyzną chorym na schizofrenię są bardziej od nich krytyczne w widzeniu swoich małżeństw. Żony mężczyzn chorych na schizofrenię oceniają całkowite funkcjonowanie małżeństwa, wypełnianie zadań, pełnienie ról oraz wartości i normy, jako bardziej dysfunkcyjne niż w ocenie ich chorych mężów. Z kolei wartości i normy jako bardziej dysfunkcyjne niż w ocenie chorych kobiet. Partnerzy z małżeństw, w których chorowała kobieta, byli zgodni w ocenie swoich małżeństw.

7. Znaleziono związek pomiędzy oceną pełnienia ról w małżeństwie a czasem leczenia osoby chorującej na schizofrenię. Dłuższe pozostawanie w leczeniu psychiatrycznym osoby chorej jest skorelowane z lepszą oceną pełnienia ról w małżeństwie przez oboje partnerów.

8. Nie znaleziono istotnych statystycznie związków pomiędzy oceną różnych aspektów funkcjonowania małżeństwa a wiekiem osoby badanej, długością trwania małżeństwa lub czasem pozostawania chorego partnera w leczeniu psychiatrycznym, gdy osobno rozpatrywano grupę małżonków chorych i zdrowych.

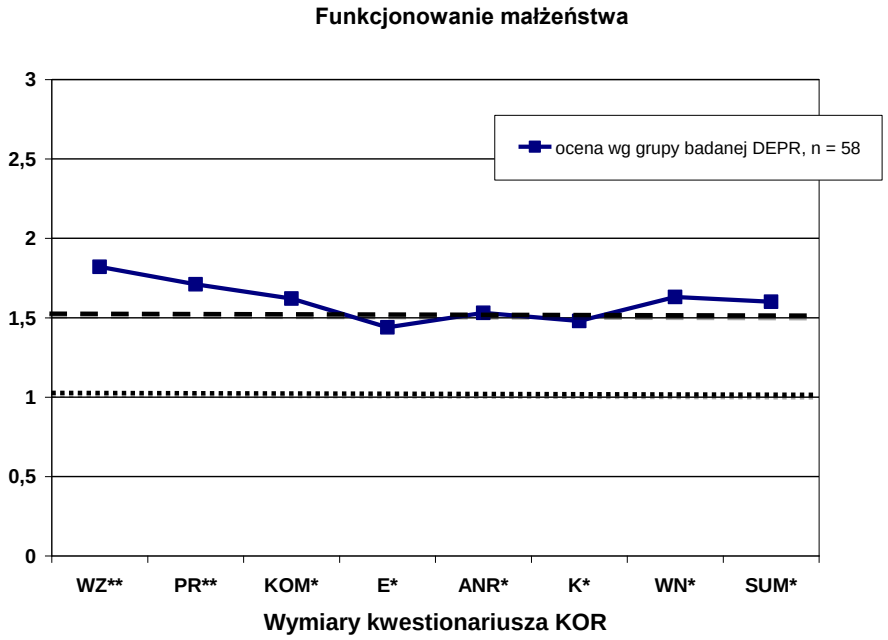
5.1.2. Ocena funkcjonowania małżeństwa w sytuacji kryzysu małżeńskiego w małżeństwach zawierających osobę chorującą na depresję

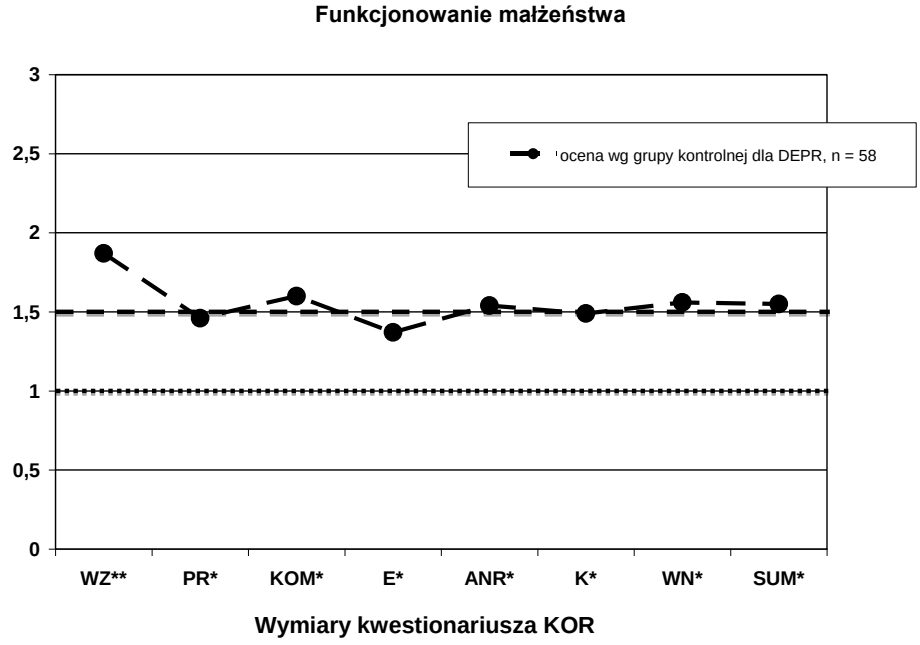
W kolejnej części rozdziału 5. omówione zostanie funkcjonowanie małżeństwa podczas kryzysu małżeńskiego w parach zawierających osobę chorą na depresję. Analogicznie jak w przypadku grupy badanej SCHI funkcjonowanie małżeństwa zostanie porównane z wartościami kryterialnymi, a także z funkcjonowaniem małżeństw w kryzysie z grupy kontrolnej. Następnie w obrębie grupy klinicznej DEPR przeprowadzone zostaną porównania między partnerem chorym a zdrowym oraz zostanie wzięta pod uwagę płeć osoby chorej. Na końcu prześledzony zostanie wpływ wieku, długości małżeństwa oraz długości leczenia psychiatrycznego na ocenę funkcjonowania małżeństwa.

5.1.2.1. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej DEPR i kontrolnej dla DEPR – porównanie z wartościami kryterialnymi

W grupie badanej DEPR wartości wszystkich obszarów funkcjonowania małżeństwa są wyższe od kryterium 1, co wskazuje na niezadowolenie małżonków z funkcjonowania ich małżeństw. Znaczne niezadowolenie w grupie małżeństw zawierającej małżonka chorującego na depresję dotyczy wszystkich aspektów funkcjonowania małżeństwa (wartości równe lub wyższe od normy kryterialnej 1,5), a w szczególności wypełniania zadań i pełnienia ról przekraczających wartość kryterialną 1,5.

Podobnie jak w grupie kontrolnej dla SCHI, w grupie kontrolnej dla DEPR w sytuacji kryzysu małżeńskiego wszystkie obszary funkcjonowania małżeństwa są wyższe niż wartość kryterium 1, co wskazuje na niezadowolenie ze wszystkich aspektów funkcjonowania małżeństwa (Ryc.12). Znaczne niezadowolenie dotyczy wszystkich parametrów funkcjonowania małżeństwa (wartości równe lub przekraczające wartość 1,5), a szczególnie wypełniania zadań. Porównanie z wartościami kryterialnymi wskazuje na podobieństwa funkcjonowania małżeństw podczas kryzysu małżeńskiego w grupie badanej DEPR i kontrolnej dla DEPR.

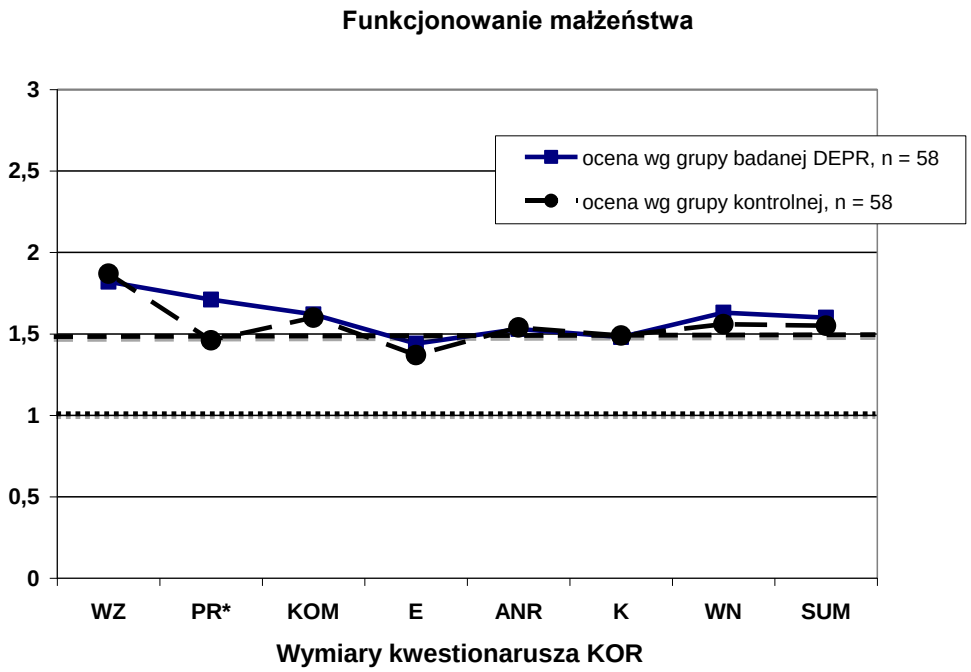




Ryc.12 Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej DEPR i kontrolnej dla DEPR – porównanie z wartościami kryterialnymi

(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania małżeństwa, * - wartości wyższe od kryterium 1 („gorsze"), ** - wartości wyższe od kryterium 1,5 („gorsze"), znamienność statystyczna przy $p < 0,05$)

5.1.2.2. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej DEPR i kontrolnej dla DEPR – porównanie między grupami

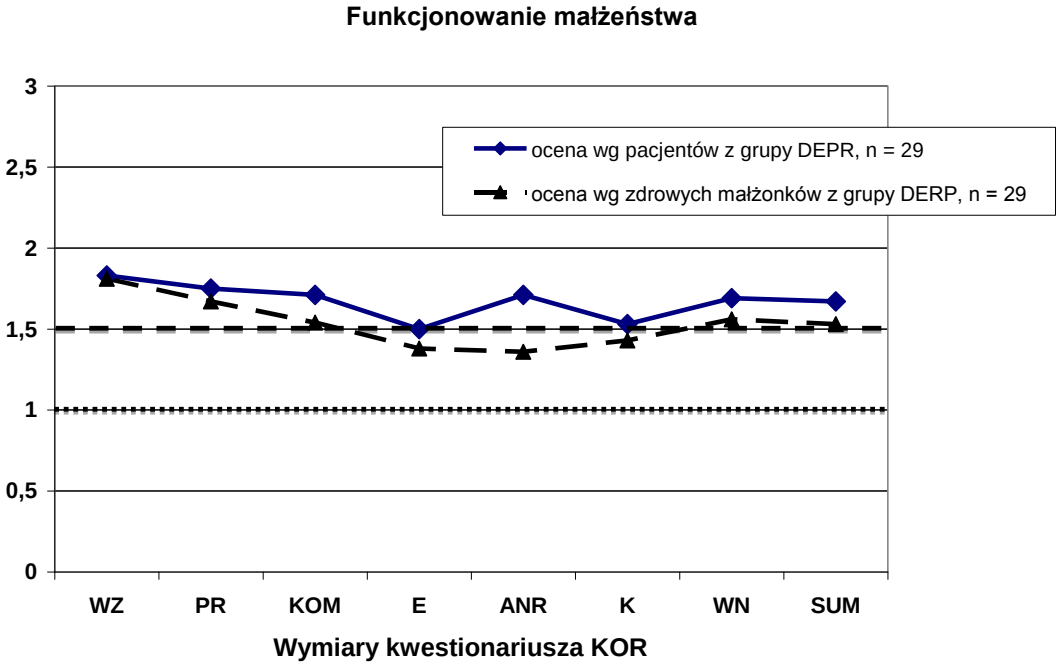


Ryc.13 Funkcjonowanie małżeństwa – porównanie grupy badanej DEPR z kontrolną dla DEPR

(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania małżeństwa, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Znaleziono jedną istotną statystycznie różnicę w ocenie funkcjonowania małżeństwa pomiędzy małżonkami z grupy kontrolnej a grupą małżonków zawierających osoby chore na depresję (ChAJ). Małżonkowie z grupy klinicznej oceniali swoje małżeństwa jako bardziej dysfunkcyjne niż z grupy kontrolnej w obszarze pełnienia ról (Ryc.13).

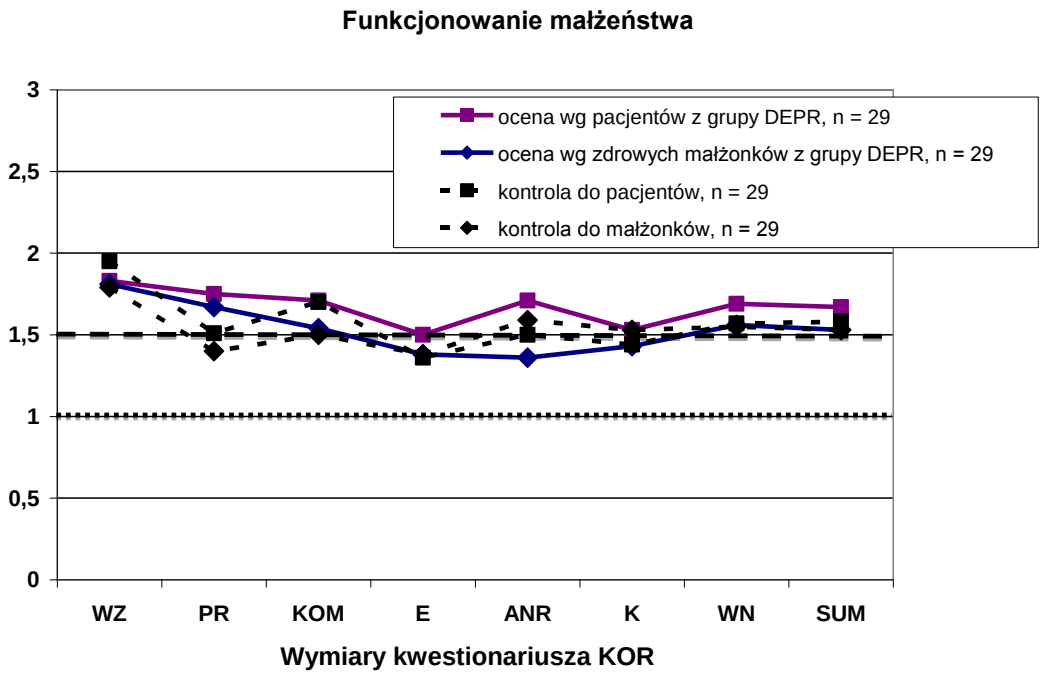
5.1.2.3. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej DEPR – porównanie małżonków chorych i zdrowych



Ryc.14 Funkcjonowanie małżeństwa – porównanie małżonka chorego ze zdrowym w grupie badanej DEPR
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania małżeństwa)

Małżonkowie z grupy badanej DEPR nie różnili się w sposób istotny statystycznie w ocenie swojego małżeństwa, gdy uwzględniono wypowiedzi małżonków chorych i zdrowych (Ryc.14). Znaleziono jedynie trend ($p = 0,051$) do gorszej oceny zaangażowania uczuciowego w małżeństwie przez osoby leczone z powodu depresji.

5.1.2.4. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej DEPR – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego z kontrolą dla DEPR

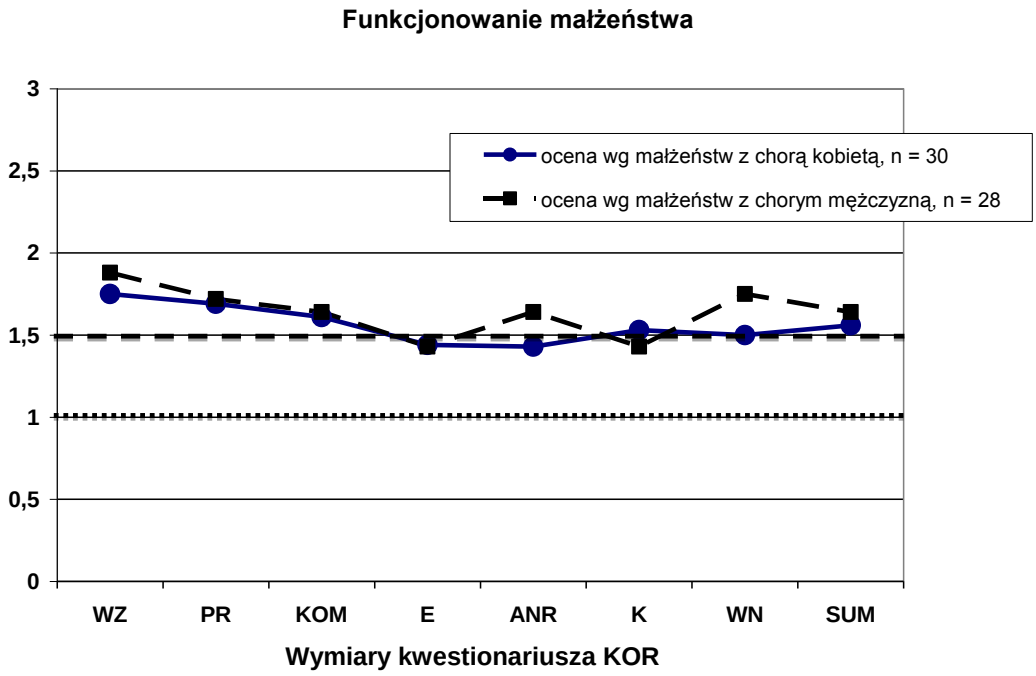


Ryc.15 Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej DEPR – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego z kontrolą

(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania małżeństwa)

Porównanie obu podgrup w obrębie grupy badanej DEPR z kontrolą nie wykazało obecności istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami w ocenie funkcjonowania małżeństwa. Osoby chore na depresję i ich małżonkowie nie różnili się w ocenie małżeństwa podczas kryzysu od małżonków zdrowych psychicznie pozostających w kryzysie małżeńskim.

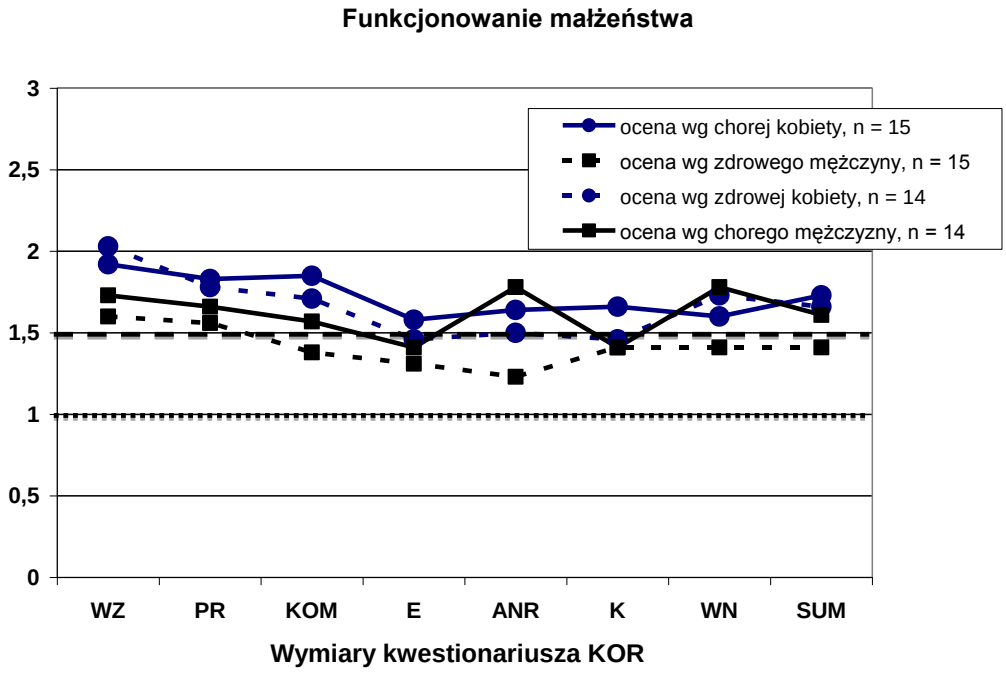
5.1.2.5. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej DEPR – uwzględnienie płci chorego małżonka



Ryc.16 Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej DEPR – porównanie małżeństw z chorą kobietą i chorym mężczyzną
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania małżeństwa)

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w ocenie funkcjonowania małżeństwa w grupie badanej DEPR w zależności od płci małżonka chorego (Ryc.16).

1.2.6. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej DEPR – porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków



Ryc.17 Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej DEPR – porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania małżeństwa)

W porównaniu czterech podgrup grupy badanej DEPR (chorych kobiet, zdrowych mężczyzn, zdrowych kobiet i chorych mężczyzn) nie znaleziono żadnych istotnych różnic pomiędzy grupami w zakresie oceny funkcjonowania małżeństwa (Ryc.17).

1.2.7. Korelacje oceny funkcjonowania małżeństwa w grupie badanej DEPR z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia

Nie znaleziono istotnych statystycznie związków pomiędzy różnymi aspektami funkcjonowania małżeństwa osób chorujących na depresję, a długością trwania małżeństwa i czasem leczenia osób chorych. Znaleziono istotny statystycznie związek pomiędzy emocjonalnością w małżeństwie a wiekiem małżonków. Wraz z wiekiem osób badanych pogarsza się (wzrasta) ocena emocjonalności w małżeństwie w grupie małżeństw zawierających osobę chorą na depresję (Tab.8). Pomiędzy emocjonalnością w małżeństwie a długością jego trwania istniała dodatnia korelacja bliska istotności statystycznej.

Wymiary kwestionariusza KOR	**Wiek**	**Długość małżeństwa**	**Czas leczenia**
Wypełnianie zadań	0,157	-0,006	-0.201
Pełnienie ról	0,096	-0,041	-0,045
Komunikacja	0,149	0,176	0,020
Emocjonalność	**0,265***	0,253^	0,060
Zaangażowanie uczuciowe	0,233	0,006	-0,120
Kontrola	0,225	0,147	0,145
Wartości i normy	0,121	-0,034	-0,134
Sumaryczne funkcjonowanie	0,236	0,098	-0,084

Tab.8 Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej DEPR – korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego chorego partnera (* - $p < 0,05$, ^ - $p < 0,07$)

5.1.2.8. Korelacje oceny funkcjonowania małżeństwa małżonków chorych i zdrowych w grupie badanej DEPR z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia

Nie znaleziono istotnych statystycznie związków pomiędzy różnymi aspektami funkcjonowania małżeństwa w ocenie osób chorujących na depresję, a ich wiekiem, długością trwania małżeństwa i czasem leczenia (Tab.9).

Wymiary kwestionariusza KOR	**Wiek**	**Długość małżeństwa**	**Czas leczenia**
Wypełnianie zadań	-0,063	-0,195	-0,066
Pełnienie ról	-0,159	-0,333	0,154
Komunikacja	-0,161	-0,086	0,146
Emocjonalność	-0,123	-0,186	0,219
Zaangażowanie uczuciowe	0,130	-0,111	0,159
Kontrola	-0,046	-0,076	0,277
Wartości i normy	0,013	-0,150	-0,096
Sumaryczne funkcjonowanie	-0,072	-0,193	0,132

Tab.9 Funkcjonowanie małżeństwa wg osób chorych na depresję – korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego

Oceny małżeństwa dokonane przez osoby zdrowe były związane z ich wiekiem, długością pozostawania w związku małżeńskim oraz długością leczenia osoby chorej. Istotne statystycznie korelacje dodatnie występowały pomiędzy wiekiem zdrowego małżonka, a oceną wypełniania zadań, komunikacji, emocjonalności, zaangażowania uczuciowego, kontroli oraz całkowitym funkcjonowaniem małżeństwa. Wraz z wzrostem wieku pogarszały się (rosły) oceny wymienionych aspektów funkcjonowania małżeństwa. Dłuższe trwanie małżeństwa było związane z pogarszaniem się (wzrostem) ocen komunikacji, emocjonalności i kontroli w małżeństwie oraz jego oceny sumarycznej. Czas pozostawania w leczeniu psychiatrycznym małżonka chorego był ujemnie skorelowany z zaangażowaniem uczuciowym w małżeństwie: dłuższe pozostawanie w leczeniu wiązało się z lepszymi (niższymi) ocenami tego aspektu funkcjonowania małżeństwa.

Wymiary kwestionariusza KOR	Wiek	Długość małżeństwa	Czas leczenia
Wypełnianie zadań	**0,383***	0,163	-0,334
Pełnienie ról	0,348^	0,206	-0,235
Komunikacja	**0,467***	**0,427***	-0,100
Emocjonalność	**0,667***	**0,688***	-0,108
Zaangażowanie uczuciowe	**0,431***	0,174	**-0,432***
Kontrola	**0,536***	**0,409***	0,031
Wartości i normy	0,258	0,089	-0,158
Sumaryczne funkcjonowanie	**0,604***	**0,438***	-0,283

Tab.10 Funkcjonowanie małżeństwa wg zdrowych partnerów osób chorych na depresję – korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego ($p<0,05$, $^p<0,07$)

Funkcjonowanie małżeństwa w sytuacji kryzysu małżeńskiego w grupie małżeństw zawierających osobę chorującą na depresję – podsumowanie

1. Kryzys małżeński w grupie małżeństw zawierających osobę chorującą na depresję przebiega z pogorszeniem wszystkich obszarów funkcjonowania małżeństwa. Podobne zjawisko obserwujemy w grupie małżeństw zdrowych psychicznie w kryzysie małżeńskim.

2. Znaleziono tylko jedną różnicę w ocenie funkcjonowania małżeństwa pomiędzy grupą małżeństw w kryzysie zawierających małżonka chorego na depresję, a grupą małżeństw zdrowych psychicznie w kryzysie małżeńskim: pary z grupy klinicznej cechowała bardziej negatywna ocena pełnienia ról w małżeństwie.

3. Małżonkowie chorzy na depresję i ich zdrowi partnerzy byli zgodni w ocenie swoich małżeństw.

4. Oceny małżeństwa dokonane przez zdrowych i chorych małżonków osobno nie różnią się od ocen małżeństwa w grupie kontrolnej dla DEPR.

5. Oceny małżeństwa nie różnicuje uwzględnienie płci małżonka chorującego na depresję.

6. Jednoczesne uwzględnienie płci i choroby małżonków z grupy badanej DEPR nie wykazało różnic pomiędzy grupami.

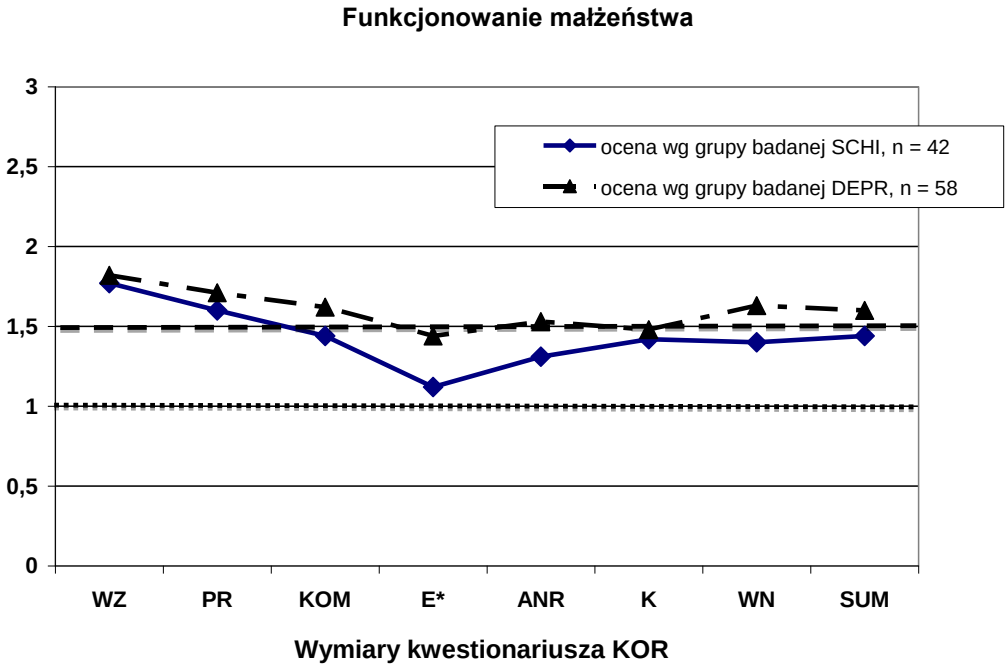
7. Nie znaleziono związków pomiędzy oceną funkcjonowania małżeństwa zawierającego osoby chore na depresję a stażem małżeńskim i czasem leczenia psychiatrycznego osoby chorej. Znaleziono związek pomiędzy wiekiem osoby badanej a oceną emocjonalności – wyższemu wiekowi towarzyszy gorsza (wyższa) emocjonalność w małżeństwie.

8. W grupie małżonków chorych na depresję nie znaleziono związków ocen funkcjonowania małżeństwa z wiekiem, stażem małżeńskim i długością leczenia psychiatrycznego. W grupie zdrowych partnerów osób chorych znaleziono szereg korelacji pomiędzy wiekiem, czasem trwania małżeństwa i długością leczenia osoby chorej a oceną funkcjonowania małżeństwa. Obserwowano dodatnią korelację pomiędzy wiekiem zdrowych małżonków a ogólną oceną małżeństwa, wypełnianiem zadań, komunikacją, emocjonalnością, zaangażowaniem uczuciowym i kontrolą w małżeństwie - wzrostowi wieku towarzyszy pogorszenie (wzrost) tych parametrów. Obserwowano również pogorszenie (wzrost) całkowitej oceny małżeństwa, komunikacji, emocjonalności i kontroli w małżeństwie wraz z wzrostem długości stażu małżeńskiego oraz poprawę (obniżenie) w zakresie zaangażowania uczuciowego w małżeństwie wraz z długością trwania leczenie psychiatrycznego chorego małżonka.

5.1.3. Porównanie oceny funkcjonowania małżeństwa w sytuacji kryzysu małżeńskiego w małżeństwach zawierających osobę chorującą na schizofrenię z małżeństwami zawierającymi osobę chorującą na depresję

W kolejnej części rozdziału 5. porównane zostanie bezpośrednio funkcjonowanie małżeństwa w obu grupach badanych: grupie SCHI i grupie DEPR z uwzględnieniem ocen dokonanych przez małżonków chorych i zdrowych.

1.3.1. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej SCHI i badanej DEPR – porównanie między grupami

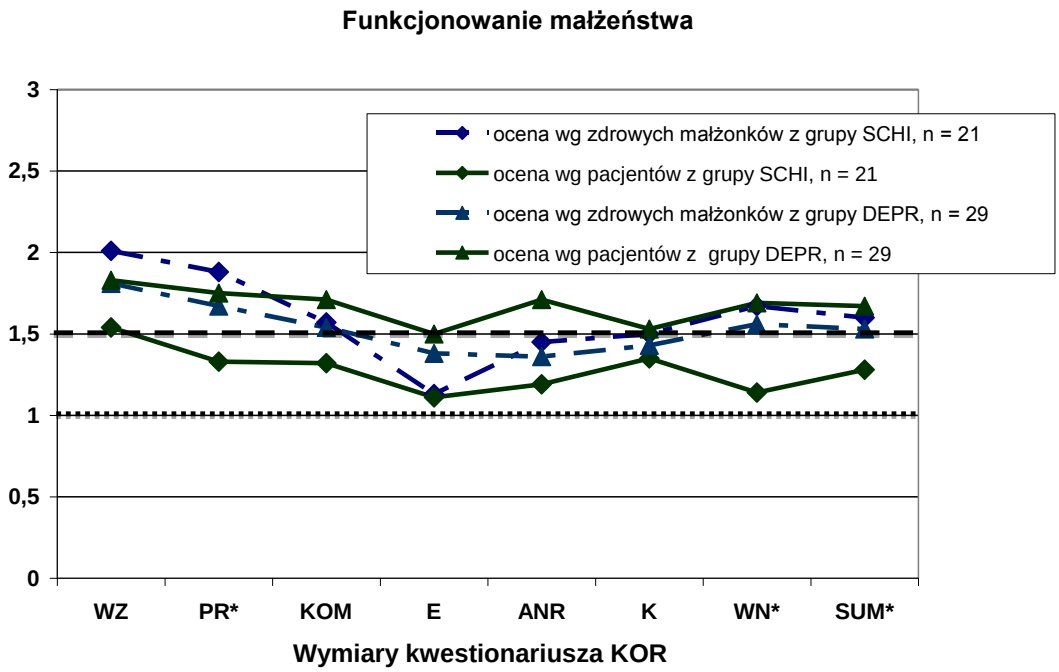


Ryc.18 Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej SCHI i badanej DEPR – porównanie między grupami

(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania małżeństwa, * - różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Znaleziono jedną istotną statystycznie różnicę w ocenie małżeństwa pomiędzy grupą małżeństw zawierających osoby chore na schizofrenię a grupą małżeństw zawierającą osoby chore na depresję (Ryc.18). W małżeństwach zawierających osoby chorujące na schizofrenię lepiej oceniana była emocjonalność pomiędzy małżonkami.

5.1.3.2. Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej SCHI i DEPR – porównanie małżonków chorych i zdrowych z obu grup



Ryc.19 Funkcjonowanie małżeństwa w grupie badanej SCHI i DEPR – porównanie małżonków chorych i zdrowych z obu grup
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania małżeństwa, * - różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Porównanie uwzględniające typ choroby oraz oceny dokonane przez małżonków zdrowych i chorych wykazało kilka istotnych statystycznie różnic miedzy grupami. Potwierdzone zostały różnice w ocenie pełnienia ról oraz wartości i norm w małżeństwie pomiędzy osobami leczonymi z powodu schizofrenii a ich zdrowymi partnerami: lepsze oceny tych aspektów małżeństwa należały do osób chorych. Osoby chorujące na schizofrenię również oceniały wartości i normy w swoich małżeństwach oraz całościowe funkcjonowanie małżeństwa lepiej niż osoby chorujące na depresję. Nie znaleziono różnic pomiędzy zdrowymi partnerami z obu grup.

5.2.1. Funkcjonowanie rodziny w sytuacji kryzysu małżeńskiego w ocenie małżeństw zawierających osobę chorującą na schizofrenię

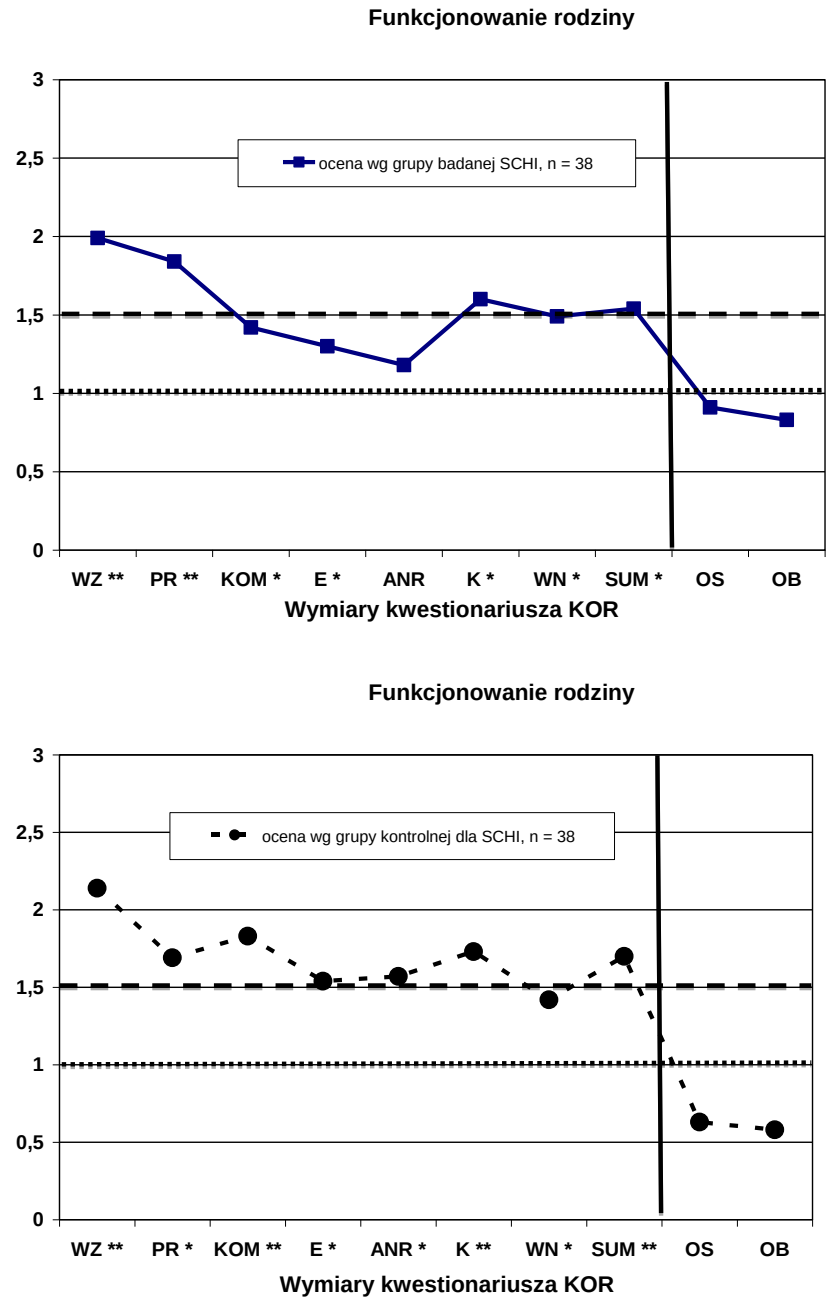
Poprzednie części rozdziału 5. służyły opisowi funkcjonowania małżeństwa w grupach małżeństw zawierających osobę chorą na schizofrenię lub depresję w warunkach kryzysu małżeńskiego. Kolejne części niniejszego rozdziału dotyczą obrazu rodziny jako całości. Jako pierwsze zostanie opisane funkcjonowanie rodzin prokreacyjnych pacjentów chorujących na schizofrenię i znajdujących się w kryzysie małżeńskim. Analogicznie jak w części dotyczącej funkcjonowania małżeństwa w grupie SCHI funkcjonowanie rodziny zostanie porównane z wartościami kryterialnymi, a także z funkcjonowaniem rodzin z grupy kontrolnej. Następnie porównane zostanie funkcjonowanie małżeństwa oceniane przez osoby chore i zdrowe, a także w małżeństwach, gdzie choruje kobieta i mężczyzna. Na końcu prześledzony zostanie wpływ wieku, długości małżeństwa oraz długości leczenia psychiatrycznego na ocenę funkcjonowania małżeństwa. W tej części pojawią się również dodatkowe zmienne w kwestionariuszu KOR: oczekiwania społeczne i obrony będące skalami kontrolnymi właściwymi tylko dla części kwestionariusza KOR badającej funkcjonowanie rodziny jako całości.

5.2.1.1. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI i kontrolnej dla SCHI - porównanie z wartościami kryterialnymi

W grupie badanej zawierającej pacjentów leczonych z powodu schizofrenii wartość kryterialną 1 przekroczyły wszystkie parametry z wyjątkiem zaangażowania uczuciowego, obron społecznych i obaw, które nie różniły się od wartości kryterialnej (Ryc.20). Wartości skal kontrolnych (obrony i oczekiwań społecznych) wskazują na niekrytyczną ocenę funkcjonowania rodziny. W zakresie pozostałych skal (wypełnianie zadań, pełnienie ról, komunikacja, kontrola, ocena całkowita funkcjonowania rodziny) badani wyrażali znaczne niezadowolenie z funkcjonowania rodziny. Oceny tych parametrów były równe lub przekraczały wartość kryterialną 1,5. W zakresie emocjonalności w rodzinie badani wypowiadali się z umiarkowanym niezadowoleniem (wartość pomiędzy normami kryterialnymi).

W grupie kontrolnej dla SCHI całkowite funkcjonowanie rodziny oraz szczegółowe skale funkcjonowania rodziny są istotnie statystycznie wyższe od wartości kryterialnej 1, co wskazuje na niezadowolenie z funkcjonowania rodziny (Ryc.20). Skale kontrolne obie niższe od wartości kryterialnej 1 wskazują na krytycyzm w ocenie rodziny. W grupie kontrolnej

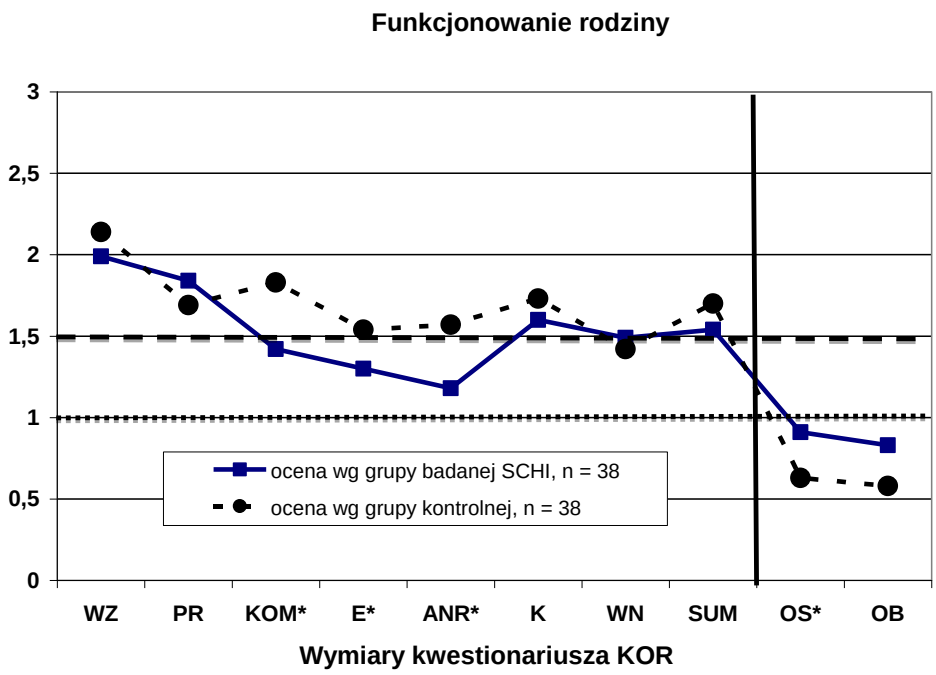
największe niezadowolenie z funkcjonowania rodziny dotyczy wszystkich parametrów opisujących rodzinę, gdyż wszystkie skale są równe lub przekraczają górną normę kryterialną funkcjonowania (1,5).



Ryc.20 Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI i kontrolnej SCHI – porównanie z wartościami kryterialnymi

(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny, OS – oczekiwania społeczne, OB – obawy, * - wartości wyższe od kryterium 1 („gorsze"), ** - wartości wyższe od kryterium 1,5 („gorsze"), znamienność statystyczna przy $p < 0,05$)

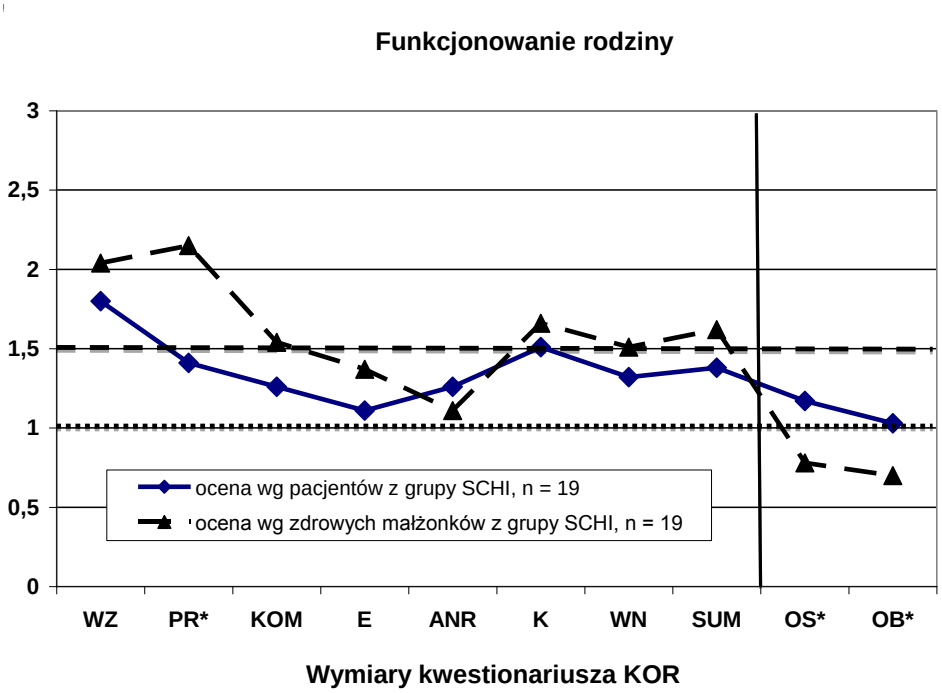
5.2.1.2. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI i kontrolnej dla SCHI – porównanie między grupami



Ryc.21 Funkcjonowanie rodziny – porównanie grupy badanej SCHI z kontrolną dla SCHI (WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny, OS – oczekiwania społeczne, OB – obawy, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Ocena funkcjonowania rodziny podczas kryzysu małżeńskiego w grupie małżeństw zawierających małżonka chorującego na schizofrenię była lepsza w zakresie komunikacji, emocjonalności i zaangażowania uczuciowego w rodzinie w porównaniu z małżeństwami osób zdrowych psychicznie w kryzysie małżeńskim (Ryc.21). W skalach kontrolnych różnica dotyczyła oczekiwań społecznych, które były wyższe niż w rodzinach osób zdrowych, co świadczy o tym, że małżeństwa zdrowe wypowiadały się w sposób bardziej krytyczny na temat funkcjonowania swoich rodzin.

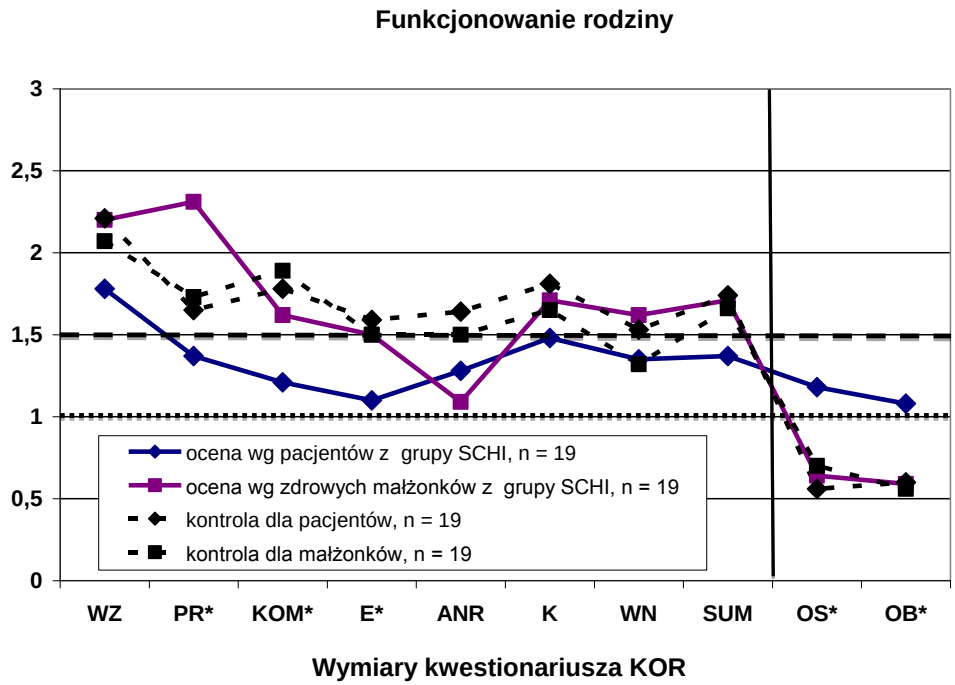
5.2.1.3. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI – porównanie małżonków chorych i zdrowych



Ryc.22 Funkcjonowanie rodziny – porównanie małżonka chorego ze zdrowym w grupie badanej SCHI
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny, OS – oczekiwania społeczne, OB – obawy, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Małżonkowie chorzy i zdrowi w grupie badanej SCHI różnili się w ocenie swoich rodzin w zakresie pełnienia ról, oczekiwań społecznych i obrony (Ryc.22). Małżonkowie chorzy oceniali pełnienie ról w swoich rodzinach lepiej od małżonków zdrowych. Wartości oczekiwań społecznych i obrony w ocenach małżonków chorych były wyższe, co wskazuje na mniej krytyczną (w sensie pozytywnym) ocenę rodziny.

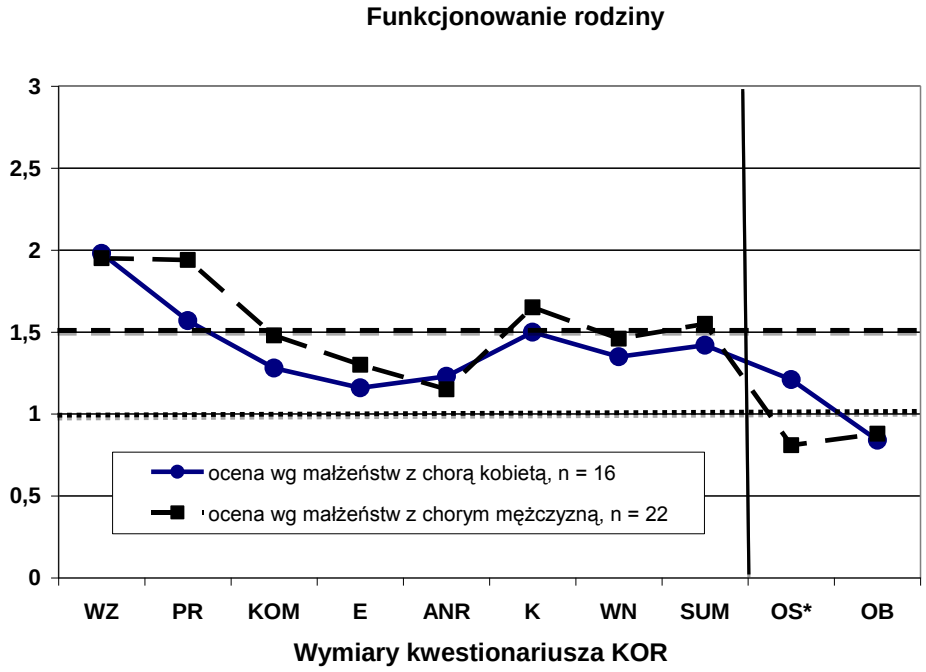
5.2.1.4. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego z kontrolą



Ryc.23 Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego z kontrolą dla SCHI
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny, OS – oczekiwania społeczne, OB – obawy, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Porównanie obu podgrup w obrębie grupy badanej SCHI z kontrolą wykazało obecność istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami w zakresie takich parametrów szczegółowych funkcjonowania rodziny jak pełnienie ról, komunikacja, emocjonalność oraz skale kontrolne oczekiwań społecznych i obrony (Ryc.23). W skalach kontrolnych wyższe wartości osiągnęły osoby chore, w porównaniu ze swoimi zdrowymi małżonkami oraz w skali oczekiwań społecznych również w porównaniu z grupą kontrolną, co wskazuje na bardziej krytyczne oceny rodziny w tych dwóch ostatnich grupach. Potwierdzona została lepsza ocena pełnienia ról w rodzinie przez małżonków chorujących na schizofrenię w porównaniu z ich partnerami. Z kolei komunikacja i emocjonalność była lepiej oceniana przez chorych małżonków w porównaniu z grupą kontrolną. Nie obserwowano statystycznie istotnych różnic pomiędzy obiema grupami kontrolnymi, a także pomiędzy małżonkami zdrowymi z grupy SCHI a właściwą dla nich grupą kontrolną.

5.2.1.5. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI - uwzględnienie płci chorego małżonka

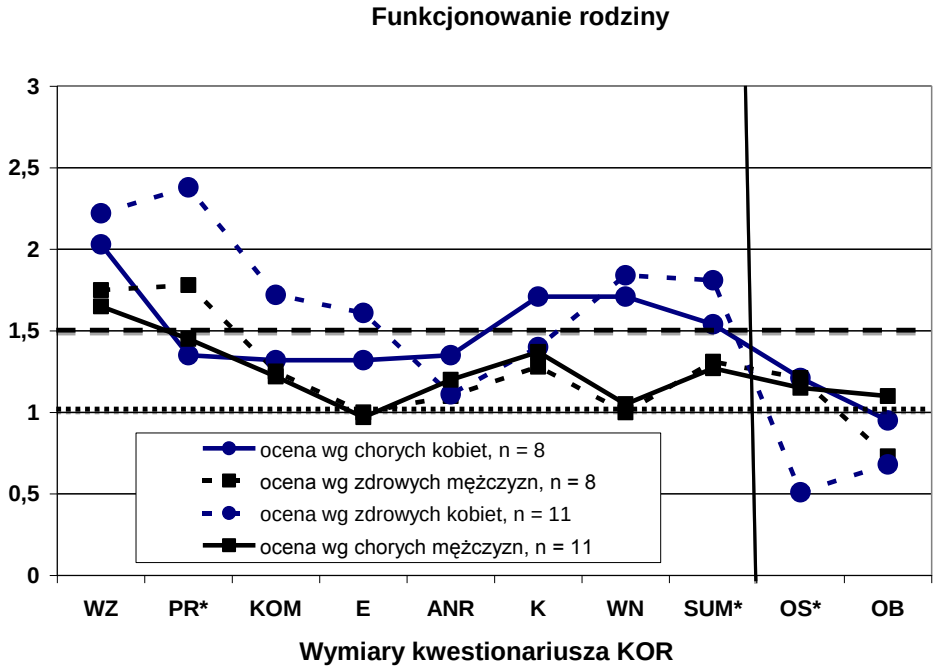


Ryc.24 Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI – porównanie małżeństw z chorą kobietą i chorym mężczyzną

(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny, OS – oczekiwania społeczne, OB – obawy, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Znaleziono jedną różnicę w ocenie rodziny pomiędzy małżeństwami, w których osobą chorą jest żona a małżeństwami, w których choruje mąż. W małżeństwach z chorym mężem wartość skali kontrolnej oczekiwania społeczne była niższa, co wskazuje na bardziej krytyczne (w sensie negatywnym) oceny funkcjonowania rodziny w grupie tych małżeństw (Ryc.24).

2.1.6. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI – porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków



Ryc.25 Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI – porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny, OS – oczekiwania społeczne, OB – obawy, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Zdrowe kobiety oceniały funkcjonowanie swoich rodzin w zakresie pełnienia ról jako bardziej dysfunkcjonalne w porównaniu z ich chorymi na schizofrenię mężami oraz chorymi na schizofrenię kobietami, a całościową ocenę funkcjonowania rodziny jako gorszą od swoich chorych mężów. W skali kontrolnej oczekiwań społecznych zdrowe kobiety osiągnęły niższy wynik w porównaniu ze swoimi mężami i chorymi kobietami, co wskazuje na ich większy krytycyzm (w sensie negatywnym) w ocenie rodziny. Nie stwierdzono różnic w ocenie rodziny pomiędzy chorymi na schizofrenię kobietami a ich mężami oraz między chorymi a zdrowymi mężczyznami.

5.2.1.7. Korelacje oceny funkcjonowania rodziny w grupie badanej SCHI z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia

Nie znaleziono istotnych statystycznie związków na poziomie $p<0,05$ pomiędzy ocenami różnych obszarów funkcjonowania rodziny a wiekiem badanych małżonków, długością trwania małżeństwa oraz czasem leczenia małżonka chorującego z powodu schizofrenii. Znaleziono związek bliski istotności statystycznej pomiędzy oceną zaangażowania uczuciowego i kontroli w rodzinie a wiekiem oceniającego małżonka. Im osoba oceniająca była starsza, tym lepiej oceniała te parametry funkcjonowania rodziny.

Wymiary kwestionariusza KOR	**Wiek**	**Długość małżeństwa**	**Czas leczenia**
Wypełnianie zadań	-0,050	0,105	0,027
Pełnienie ról	0,145	0,258	-0,083
Komunikacja	-0,189	0,047	-0,021
Emocjonalność	-0,075	0,224	-0,087
Zaangażowanie uczuciowe	-0,322^	-0,280	-0,174
Kontrola	-0,312^	-0,137	-0,197
Wartości i normy	-0,214	0,062	-0,170
Sumaryczne funkcjonowanie	-0,224	0,045	-0,167
Oczekiwania społeczne	-0,085	-0,110	-0,115
Obrony	-0,082	-0,199	-0,021

Tab.11 Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI – korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego chorego partnera (^p < 0,07)

5.2.1.8. Korelacje oceny funkcjonowania rodziny wg małżonków chorych i zdrowych w grupie badanej SCHI z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia

Nie znaleziono istotnych statystycznie związków pomiędzy ocenami różnych obszarów funkcjonowania rodziny przez osoby leczone z powodu schizofrenii a ich wiekiem, długością trwania małżeństwa oraz czasem leczenia małżonka chorego (Tab.12).

Wymiary kwestionariusza KOR	**Wiek**	**Długość małżeństwa**	**Czas leczenia**
Wypełnianie zadań	0,005	0,253	0,104
Pełnienie ról	0,160	0,294	-0,010
Komunikacja	-0,132	0,178	0,101
Emocjonalność	-0,021	0,401	-0,095
Zaangażowanie uczuciowe	-0,358	-0,290	-0,088
Kontrola	-0,332	-0,014	-0,148
Wartości i normy	-0,432	-0,090	-0,146
Sumaryczne funkcjonowanie	-0,235	0,137	-0,076
Oczekiwania społeczne	-0,298	-0,312	-0,058
Obrony	-0,232	0,144	-0,016

Tab.12 Funkcjonowanie rodziny wg małżonków chorych na schizofrenię – korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego chorego partnera

Nie znaleziono istotnych statystycznie korelacji pomiędzy ocenami różnych obszarów funkcjonowania rodziny przez małżonków osób leczonych z powodu schizofrenii a ich wiekiem, długością trwania małżeństwa oraz czasem leczenia małżonka chorego (Tab.13). Istniała jedynie zależność bliska istotności statystycznej pomiędzy oceną pełnienia ról w rodzinie a długością pozostawania w związku małżeńskim, wraz z trwaniem małżeństwa pogarszała się ocena pełnienia ról w rodzinie.

Wymiary kwestionariusza KOR	Wiek	Długość małżeństwa	Czas leczenia
Wypełnianie zadań	-0,072	-0,005	0, 071
Pełnienie ról	0,403	0,449^	-0,111
Komunikacja	-0,310	-0,120	-0,226
Emocjonalność	-0,150	0,047	-0,120
Zaangażowanie uczuciowe	-0,297	-0,211	-0,378
Kontrola	-0,351	-0,265	-0,185
Wartości i normy	0,038	0,179	-0,136
Sumaryczne funkcjonowanie	-0,232	0,056	-0,200
Oczekiwania społeczne	0,021	0,090	-0,160
Obrony	-0,330	-0,382	-0,043

Tab.13 Funkcjonowanie rodziny wg małżonków osób chorych na schizofrenię – korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego chorego partnera (^ $p<0,07$)

Funkcjonowanie rodziny w sytuacji kryzysu małżeńskiego w ocenie małżeństw, w których jedno z małżonków choruje na schizofrenię – podsumowanie

1. Kryzys małżeński przekłada się na pogorszenie wszystkich parametrów funkcjonowania rodziny w przypadku par zdrowych psychicznie. Poziom skal kontrolnych wskazuje również na krytyczną ocenę funkcjonowania rodziny. W przypadku par, w których jeden z małżonków choruje na schizofrenię ocena wszystkich parametrów poza zaangażowaniem uczuciowym w rodzinie wskazuje na niezadowolenie. Małżonkowie są najmniej niezadowoleni z wzajemnej emocjonalności w rodzinie.

2. Porównanie grupy badanej SCHI z grupą zdrowych psychicznie małżeństw w kryzysie wykazało lepsze deklaratywne funkcjonowanie rodzin osób chorujących na schizofrenię w zakresie komunikacji, emocjonalności i zaangażowania uczuciowego.

3. Różnica oceny rodziny pomiędzy małżonkiem chorym na schizofrenię a jego zdrowym partnerem dotyczyła lepszej oceny pełnienia ról w rodzinie przez małżonków chorych, a także mniej krytycznego oceniania rodziny przez osoby chore.

4. Małżonkowie chorzy byli mniej krytyczni w ocenie swoich rodzin nie tylko w porównaniu ze swoimi zdrowymi partnerami, ale także z grupa kontrolną. Komunikacja i emocjonalność były postrzegane w rodzinie lepiej przez osoby chore w porównaniu ze zdrowymi partnerami i kontrolą, natomiast pełnienie ról w rodzinie najbardziej negatywnie postrzegali małżonkowie osób chorych w porównaniu z kontrolą i swoimi partnerami.

5. W małżeństwach, gdzie chorował mąż ocena rodziny przez oboje małżonków była bardziej krytyczna, niż w małżeństwach, w których chorowała żona.

6. Jednoczesne uwzględnienie płci i choroby wykazało, że zdrowe kobiety gorzej oceniają pełnienie ról i całkowite funkcjonowanie w swoich rodzinach w porównaniu ze swoimi chorymi mężami i jednocześnie są bardziej krytyczne od nich w ocenie swoich rodzin. Zdrowe kobiety oceniają również pełnienie ról w swoich rodzinach gorzej od chorych kobiet i są bardziej od nich krytyczne w ocenie swoich rodzin.

7. Nie znaleziono związku pomiędzy wiekiem oceniającego małżonka, czasem trwania małżeństwa i długością leczenia a oceną funkcjonowania rodziny w małżeństwach zawierających osobę chorą na schizofrenię.

8. Nie znaleziono istotnych statystycznie związków pomiędzy oceną różnych aspektów funkcjonowania rodziny, a wiekiem osoby badanej, długością trwania małżeństwa lub czasem pozostawania chorego partnera w leczeniu psychiatrycznym, gdy osobno rozpatrywano grupę małżonków chorych i zdrowych.

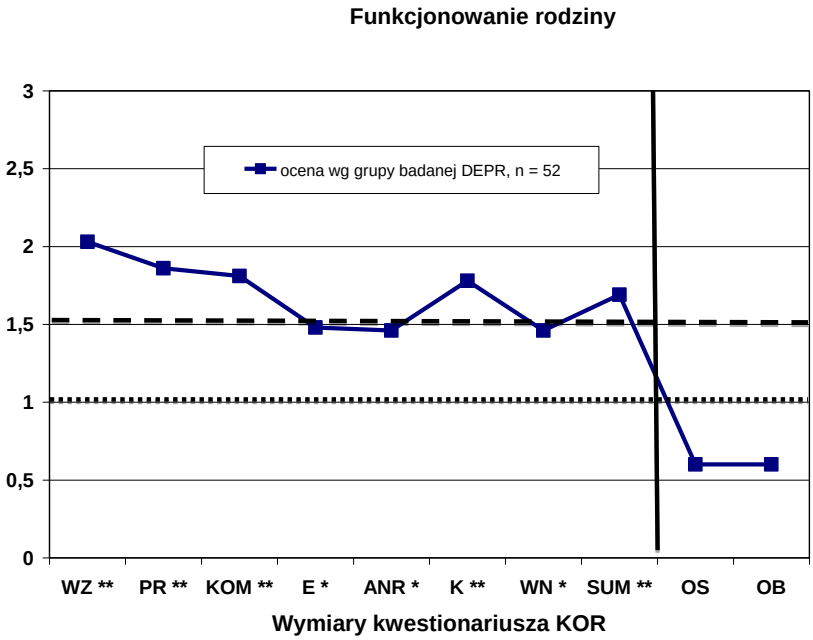
5.2.2. Funkcjonowanie rodziny w sytuacji kryzysu małżeńskiego w ocenie małżeństw zawierających osobę chorującą na depresję

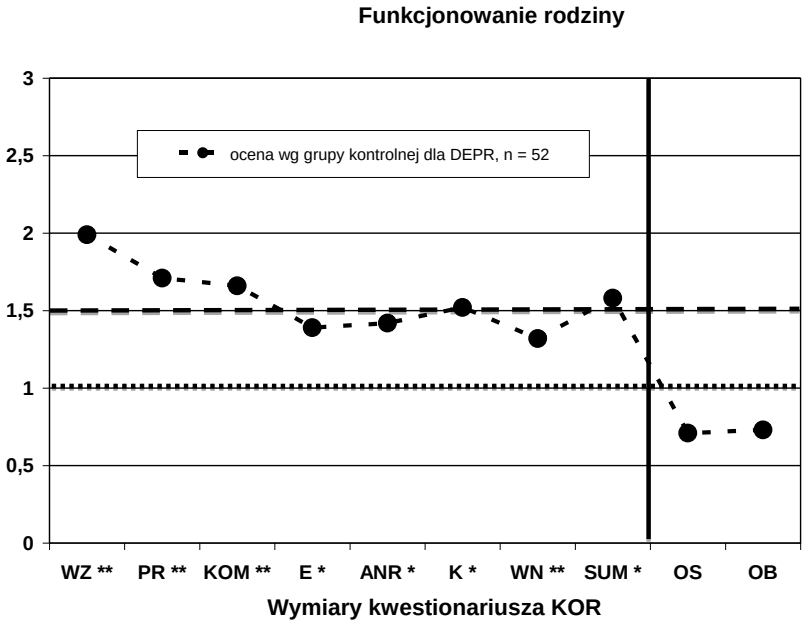
Poniższa część rozdziału 5. poświęcona będzie przedstawieniu całościowego funkcjonowania rodzin prokreacyjnych pacjentów chorujących na depresję i znajdujących się w kryzysie małżeńskim. Zostaną wykonane analogiczne porównania jak w grupie klinicznej SCHI.

5.2.2.1. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej DEPR i kontrolnej dla DEPR - porównanie z wartościami kryterialnymi

W grupie badanej zawierającej pacjentów leczonych z powodu depresji (grupa badana DEPR) wartość kryterialną 1 przekroczyły wszystkie parametry z wyjątkiem obron społecznych i obaw, które były niższe od wartości kryterialnej. Wartości skal kontrolnych (obrony i oczekiwań społecznych) wskazują na krytyczną ocenę funkcjonowania rodziny. W zakresie pozostałych skal badani wyrażali swoje niezadowolenie ze wszystkich obszarów funkcjonowania rodziny - oceny są równe lub przekraczają wartość kryterialną 1,5.

W grupie kontrolnej dla DEPR całkowite funkcjonowanie rodziny oraz szczegółowe skale funkcjonowania rodziny są istotnie statystycznie wyższe od wartości kryterialnej 1, co wskazuje na niezadowolenie z funkcjonowania rodziny. Skale kontrolne obie niższe od wartości kryterialnej 1 wskazują na krytycyzm w ocenie rodziny. W grupie kontrolnej największe niezadowolenie z funkcjonowania rodziny dotyczy również wszystkich parametrów funkcjonowania rodziny, wszystkie te skale są równe lub przekraczają górną normę kryterialna funkcjonowania (1,5).

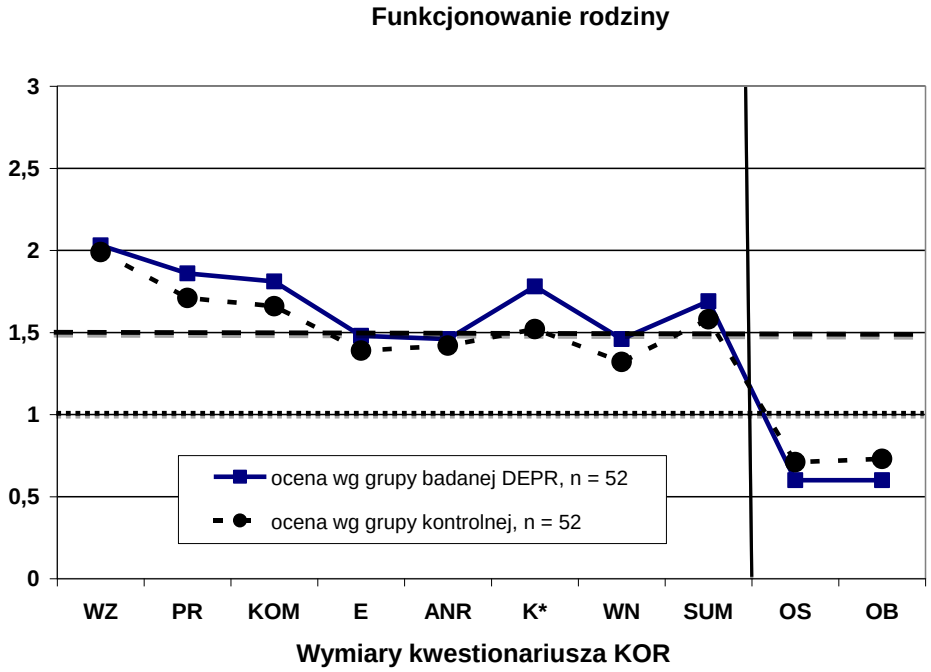




Ryc.26 Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej DEPR i kontrolnej dla DEPR – porównanie z wartościami kryterialnymi

(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny, OS – oczekiwania społeczne, OB – obawy, * - wartości wyższe od kryterium 1 („gorsze"), ** - wartości wyższe od kryterium 1,5 („gorsze"), znamienność statystyczna przy $p < 0,05$)

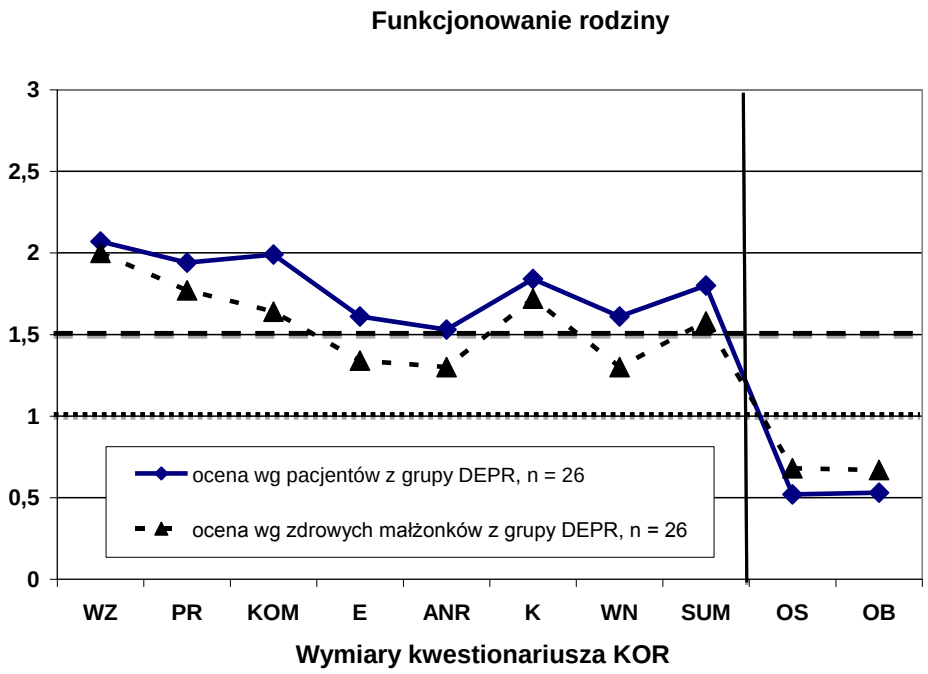
5.2.2.2. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej DEPR i kontrolnej dla DEPR – porównanie między grupami



Ryc.27 Funkcjonowanie rodziny – porównanie grupy badanej DEPR z kontrolną dla DEPR (WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny, OS – oczekiwania społeczne, OB – obawy, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Ocena funkcjonowania rodziny podczas kryzysu małżeńskiego w grupie małżeństw zawierających małżonka chorującego na depresję była gorsza w zakresie kontroli w rodzinie w porównaniu z małżeństwami osób zdrowych psychicznie w kryzysie małżeńskim (Ryc.27).

5.2.2.3. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej DEPR – porównanie małżonków chorych i zdrowych

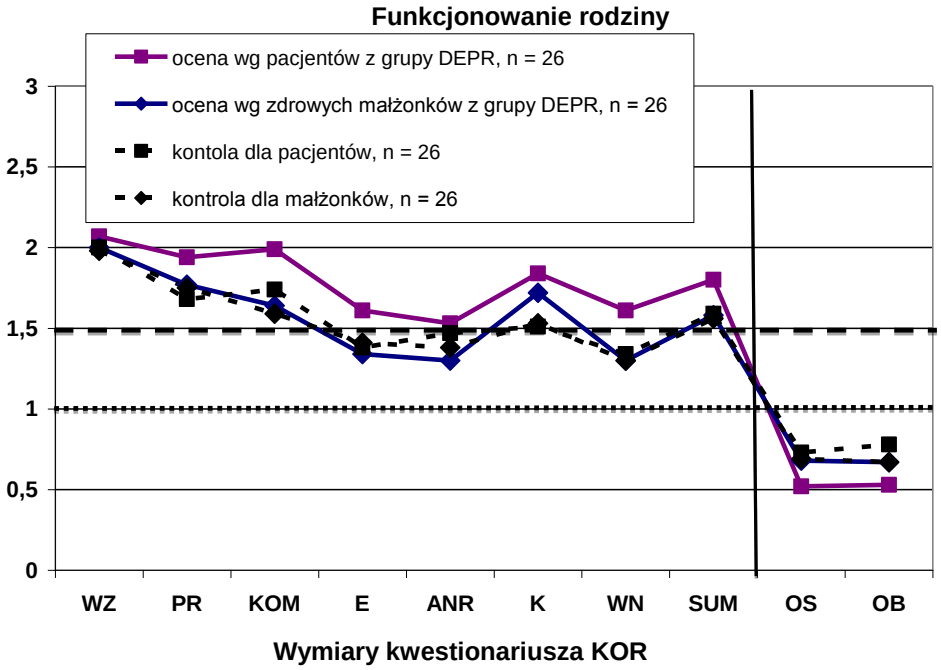


Ryc.28 Funkcjonowanie rodziny – porównanie małżonka chorego ze zdrowym w grupie badanej DEPR

(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny, OS – oczekiwania społeczne, OB – obawy)

Małżonkowie chorzy i zdrowi w grupie badanej DEPR nie różnili się w ocenie funkcjonowania swoich rodzin. Istniał trend (p=0,06) do gorszej oceny komunikacji w rodzinie przez małżonków chorych (Ryc.28).

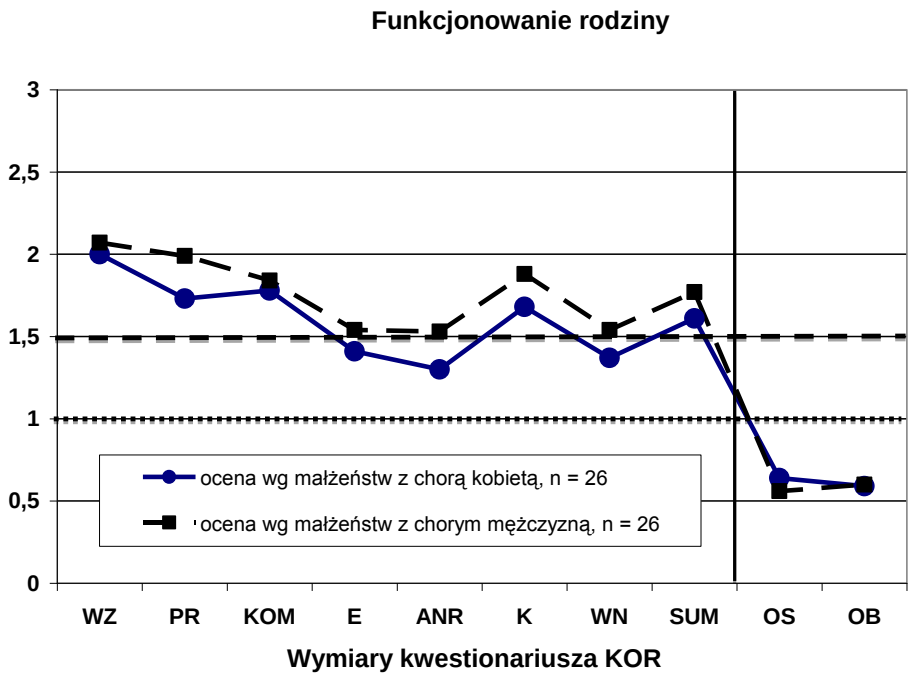
5.2.2.4. Funkcjonowanie rodziny – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego w grupie badanej DEPR z kontrolą dla DEPR



Ryc.29 Funkcjonowanie rodziny – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego w grupie badanej DEPR z kontrolą dla DEPR
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny, OS – oczekiwania społeczne, OB – obawy)

Porównanie obu podgrup w obrębie grupy badanej z kontrolą nie wykazało obecność istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami (Ryc.29).

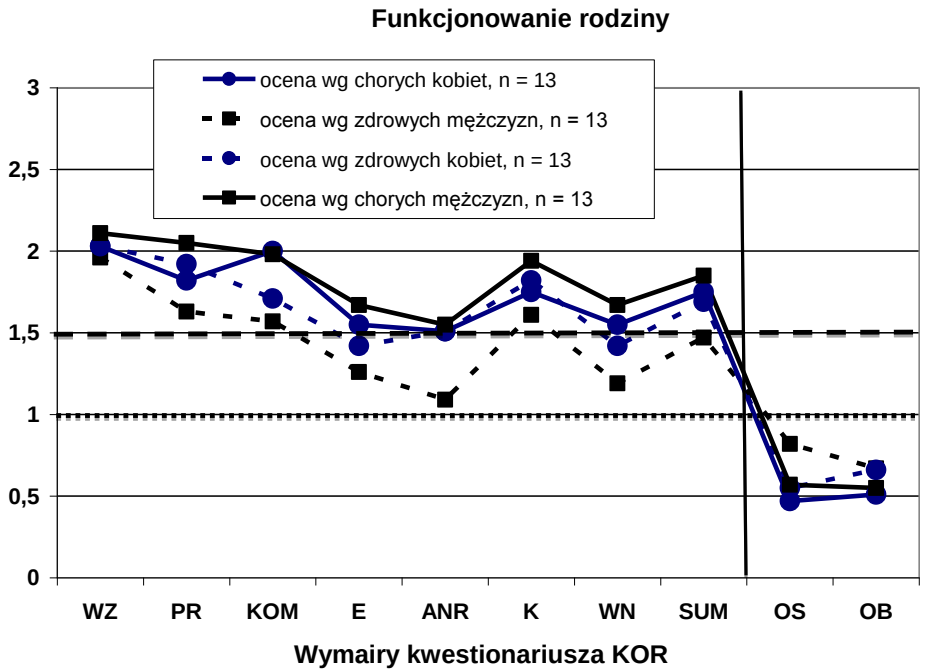
5.2.2.5. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej DEPR – uwzględnienie płci chorego małżonka



Ryc.30 Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej DEPR – porównanie małżeństw z chorą kobietą i chorym mężczyzną
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny, OS – oczekiwania społeczne, OB – obawy)

Uwzględnienie płci osoby chorej nie ujawniło różnic w ocenie funkcjonowania rodziny pomiędzy małżeństwami, w których chorowała żona a małżeństwami, w których chorował mąż (Ryc.30).

5.2.2.6. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej DEPR – porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków



Ryc.31 Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej DEPR– porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny, OS – oczekiwania społeczne, OB – obawy)

W porównaniu czterech podgrup grupy badanej DEPR (chorych kobiet, zdrowych mężczyzn, zdrowych kobiet i chorych mężczyzn) nie znaleziono istotnych różnic w ocenie funkcjonowania pomiędzy grupami (Ryc.3).

5.2.2.7. Korelacje oceny funkcjonowania rodziny w grupie badanej DEPR z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia

Nie znaleziono istotnych statystycznie związków na poziomie $p<0,05$ pomiędzy ocenami różnych obszarów funkcjonowania rodziny a wiekiem badanych małżonków, długością trwania małżeństwa oraz czasem leczenia małżonka chorującego z powodu depresji (Tab.14).

Wymiary kwestionariusza KOR	**Wiek**	**Długość małżeństwa**	**Czas leczenia**
Wypełnianie zadań	-0,039	-0,189	-0,077
Pełnienie ról	0,057	-0,109	-0,203
Komunikacja	0,060	-0,069	0,123
Emocjonalność	-0,048	-0,134	0,106
Zaangażowanie uczuciowe	0,010	-0,192	0,075
Kontrola	0,062	-0,103	0,027
Wartości i normy	0,001	-0,232	0,143
Sumaryczne funkcjonowanie	0,025	-0,176	0,028
Oczekiwania społeczne	-0,057	0,103	0,181
Obrony	-0,143	0,096	0,041

Tab.14 Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej DEPR – korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego chorego partnera

5.2.2.8. Korelacje oceny funkcjonowania rodziny wg małżonków chorych i zdrowych w grupie badanej DEPR z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia

Znaleziono istotne statystycznie korelacje ujemne pomiędzy oceną aspektów funkcjonowania rodziny przez małżonka chorującego na depresję, a długością trwania małżeństwa (Tab.15). Dłuższemu stażowi małżeńskiemu towarzyszyły lepsze (niższe) oceny pełnienia ról, wartości i norm w rodzinie oraz lepsza globalna ocena rodziny. Bliskie istotności statystycznej były również związki wypełniania zadań i emocjonalności w rodzinie z długością trwania małżeństwa oraz emocjonalności i zaangażowania uczuciowego z czasem leczenia osoby chorej. Lepsze (niższe) oceny wypełniania zadań i emocjonalności w rodzinie towarzyszyły dłuższemu trwaniu małżeństwa, a gorsze (wyższe) oceny emocjonalności i zaangażowania uczuciowego w rodzinie były związane z dłuższym pozostawaniem małżonka chorego w leczeniu psychiatrycznym.

Wymiary kwestionariusza KOR	**Wiek**	**Długość małżeństwa**	**Czas leczenia**
Wypełnianie zadań	-0,134	-0,348^	-0,028
Pełnienie ról	-0,008	**-0,399***	-0,033
Komunikacja	-0,016	-0,157	0,196
Emocjonalność	-0,138	-0,380^	0,377^
Zaangażowanie uczuciowe	-0,154	-0,223	0,381^
Kontrola	-0,112	-0,300	0,197
Wartości i normy	-0,095	**-0,499***	0,273
Sumaryczne funkcjonowanie	-0,103	**-0,436***	0,242
Oczekiwania społeczne	-0,152	0,145	-0,057
Obrony	-0,048	0,236	-0,021

Tab.15 Funkcjonowanie rodziny wg osób chorych na depresję – korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego chorego partnera (* - $p<0,05$; ^ - $p<0,07$)

W grupie małżonków zdrowych związanych z osobami chorymi na depresję znaleziono jeden istotny statystycznie związek oceny rodziny z czasem leczenia (Tab.16). Wraz z wzrostem czasu leczenia osoby chorej rosła również skala kontrolna oczekiwania społeczne, co wskazuje na spadek nadmiernego krytycyzmu wobec funkcjonowania rodziny.

Wymiary kwestionariusza KOR	Wiek	Długość małżeństwa	Czas leczenia
Wypełnianie zadań	0,089	0,006	-0,129
Pełnienie ról	0,157	0,112	-0,359
Komunikacja	0,145	0,009	0,097
Emocjonalność	0,038	0,105	-0,185
Zaangażowanie uczuciowe	0,184	-0,187	-0,170
Kontrola	0,304	0,133	-0,147
Wartości i normy	0,109	-0,015	0,070
Sumaryczne funkcjonowanie	0,194	0,029	-0,116
Oczekiwania społeczne	-0,051	0,054	**0,423***
Obrony	-0,327	-0,045	0,065

Tab.16 Funkcjonowanie rodziny wg małżonków osób chorych na depresję– korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego chorego partnera (* - $p < 0,05$)

Funkcjonowanie rodziny w sytuacji kryzysu małżeńskiego w ocenie małżeństw zawierających osobę chorującą na depresję – podsumowanie

1. W grupie małżeństw osób leczonych z powodu depresji podczas kryzysu małżeńskiego wszystkie obszary funkcjonowania rodziny są pogorszone w porównaniu z kryterium, a obniżenie wartości skal kontrolnych wskazuje na krytycyzm w ocenie rodziny. Podobne wyniki uzyskano w grupie kontrolnej zdrowych małżeństw w kryzysie małżeńskim.

2. Różnice w ocenie funkcjonowania rodziny pomiędzy grupą badaną DEPR a kontrolną dotyczą kontroli w rodzinie, która jest oceniana jako bardziej dysfunkcyjna w rodzinach osób chorych na depresję.

3. Małżonkowie chorzy i zdrowi z grupy badanej DEPR są zgodni w ocenie swoich rodzin.

4. Nie znaleziono różnic pomiędzy chorym oraz zdrowym małżonkiem a grupą kontrolną w ocenie funkcjonowania rodziny.

5. Nie było różnic w ocenie rodziny, gdy uwzględniono płeć małżonka chorego na depresję.

6. Jednoczesne uwzględnienie płci i choroby małżonków nie wykazało różnic między grupami.

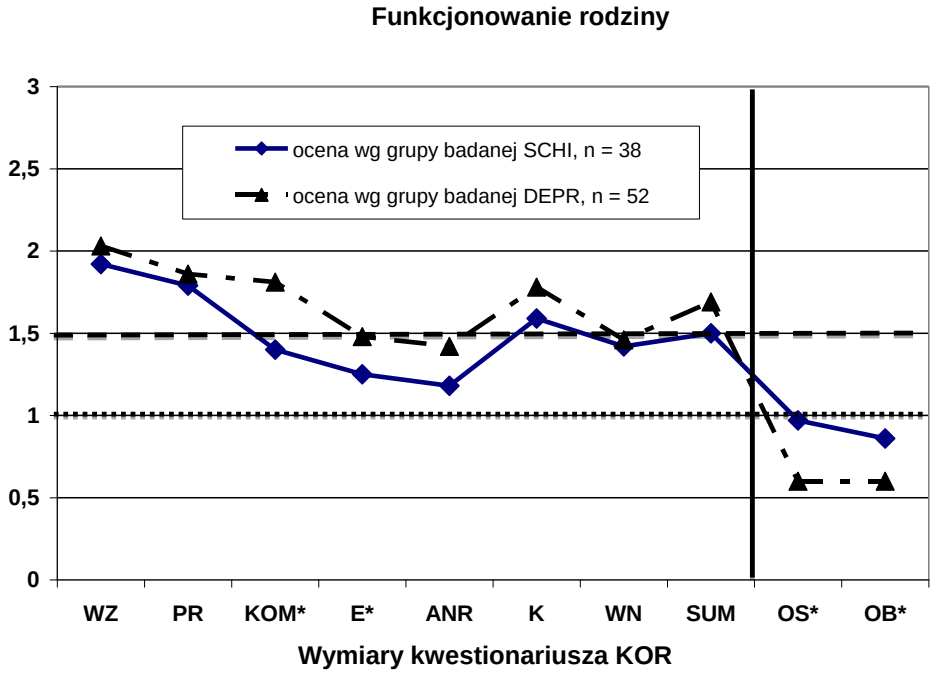
7. Nie znaleziono związku pomiędzy oceną funkcjonowania rodziny a wiekiem badanych małżonków, długością małżeństwa oraz długością leczenia osoby chorej.

8. W grupie małżonków chorujących na depresję znaleziono ujemną korelację pomiędzy całkowitą oceną rodziny, pełnieniem ról oraz wartościami i normami w rodzinie a stażem małżeńskim: wzrostowi stażu małżeńskiego towarzyszą coraz lepsze (niższe) globalne oceny funkcjonowania rodziny, a także pełnienia ról oraz wartości i norm w rodzinie. W grupie zdrowych partnerów istniała dodatnia korelacji pomiędzy skalą oczekiwań społecznych a długością leczenia małżonka: wraz z dłuższym trwaniem leczenia rosną oczekiwania społeczne, co oznacza zmniejszanie krytyczności w ocenie rodziny.

5.2.3. Porównanie oceny funkcjonowania rodziny w sytuacji kryzysu małżeńskiego w małżeństwach zawierających osobę chorującą na schizofrenię z małżeństwami zawierającymi osobę chorującą na depresję

W kolejnej części rozdziału 5. porównane zostanie bezpośrednio funkcjonowanie rodziny generacyjnej jako całości w obu grupach badanych: grupie SCHI i grupie DEPR z uwzględnieniem ocen dokonanych przez małżonków chorych i zdrowych.

2.3.1. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI i badanej DEPR – porównanie między grupami

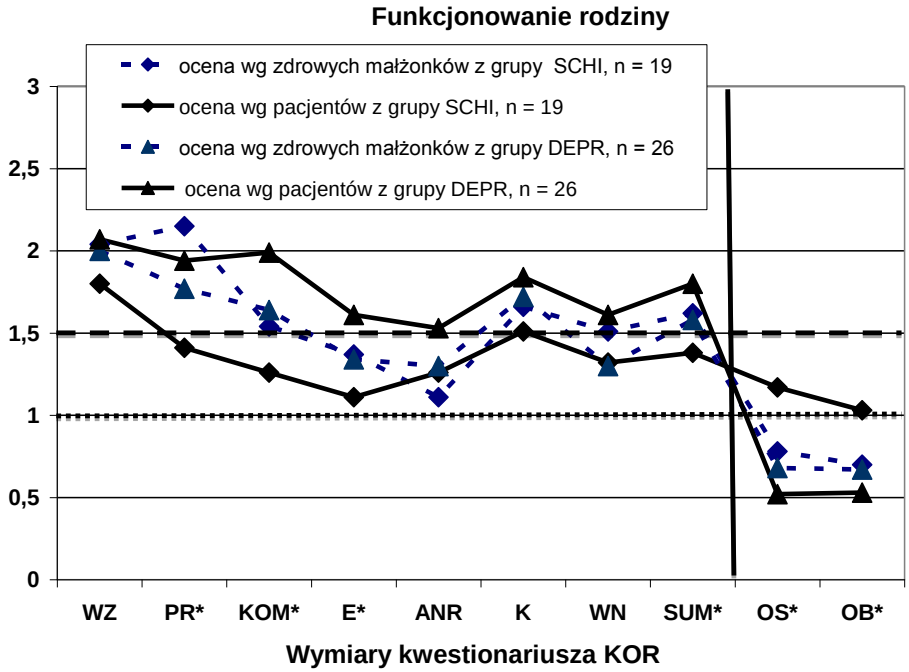


Ryc.32 Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI i badanej DEPR – porównanie między grupami

(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny, OS – oczekiwania społeczne, OB – obawy, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Znaleziono istotne statystycznie różnice w ocenie funkcjonowania rodziny pomiędzy grupą małżeństw zwierających osoby chore na schizofrenię a małżeństwami osób chorych na depresję (Ryc.32). W małżeństwach osób chorych na schizofrenię lepiej oceniano emocjonalność i komunikację w rodzinie. Również w tej grupie wyższe były wyniki skal kontrolnych, co wskazuje na tendencję do mniej krytycznych ocen funkcjonowania rodziny niż w grupie małżeństw osób leczonych z powodu depresji.

2.3.2. Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI i DEPR – porównanie małżonków chorych i zdrowych z obu grup



Ryc.33 Funkcjonowanie rodziny w grupie badanej SCHI i DEPR – porównanie małżonków chorych i zdrowych z obu grup

(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny, OS – oczekiwania społeczne, OB – obawy, * -istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Porównanie uwzględniające typ choroby oraz oceny dokonane przez małżonków zdrowych i chorych wykazało istotne statystycznie różnice między grupami (Ryc.33). Całkowite funkcjonowanie rodziny, a także pełnienie ról, komunikacja, emocjonalność w rodzinie lepiej były oceniane przez małżonków leczonych z powodu schizofrenii w porównaniu z osobami leczonymi z powodu depresji. Skale kontrolne wyższe w grupie osób ze schizofrenią niż z depresją, wskazywały na mniej krytyczny obraz rodziny w tej grupie, gdy tymczasem osoby chore na depresję były krytyczne w ocenie swoich rodzin. W zakresie pełnienia ról potwierdziła się różnica pomiędzy małżonkami w grupie małżeństw osób chorych na schizofrenię. Chorzy małżonkowie oceniali ten aspekt funkcjonowania rodziny lepiej. Nie było różnic w ocenie rodziny pomiędzy zdrowymi partnerami w obu grupach klinicznych.

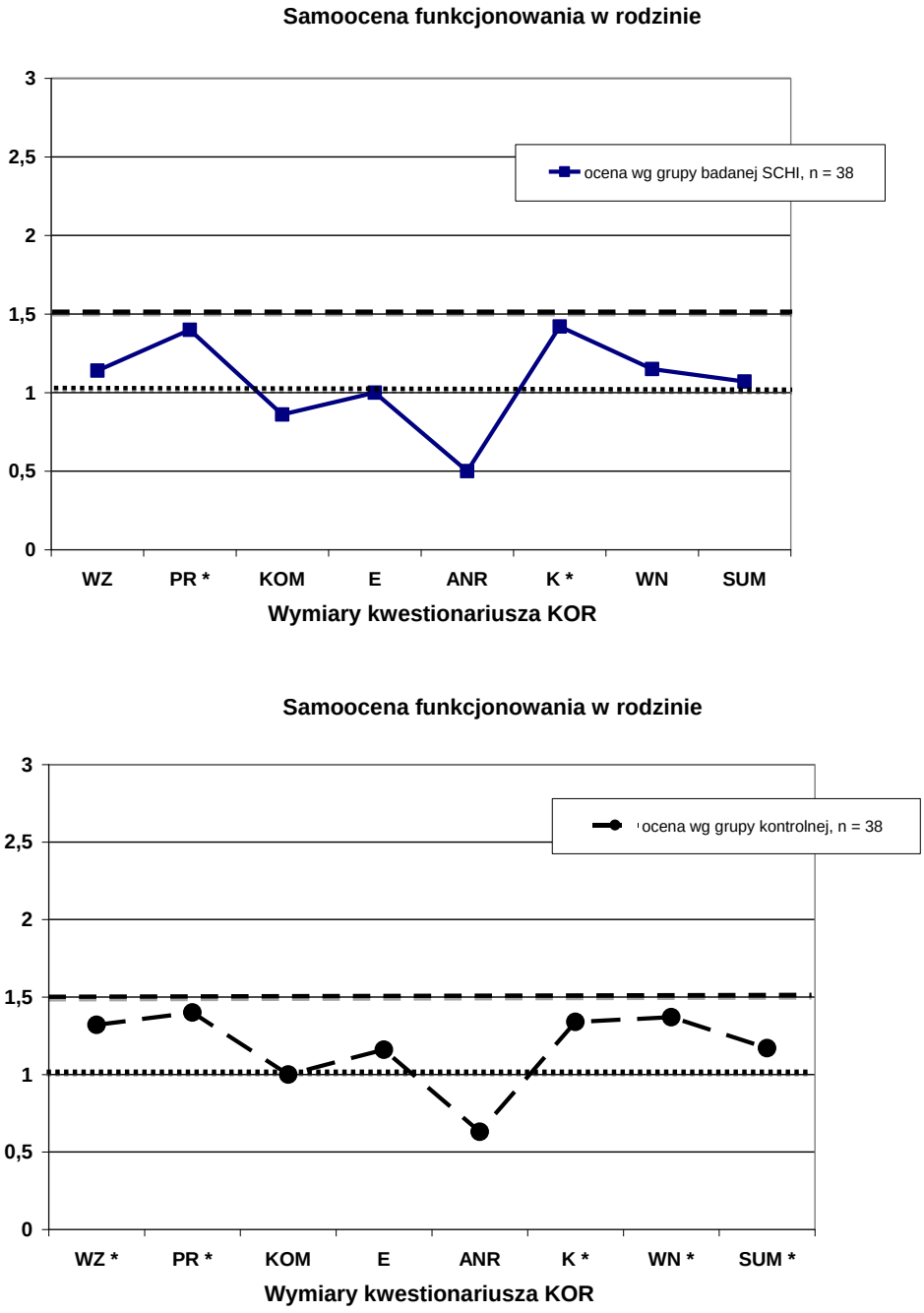
5.3.1. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w sytuacji kryzysu małżeńskiego w małżeństwach zawierających osobę chorującą na schizofrenię

W tej części rozdziału 5. opisane zostaną wyniki dotyczące samooceny funkcjonowania w rodzinie prokreacyjnej w grupie małżeństw zawierającej osoby chore na schizofrenię. Przeprowadzone analizy będą analogiczne do wykonanych w poprzednich częściach rozdziału.

5.3.1.1. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI i kontrolnej dla SCHI - porównanie z wartościami kryterialnymi

W grupie badanej SCHI małżonkowie są niezadowoleni tylko z dwóch aspektów własnego funkcjonowania w rodzinie: pełnienia ról i kontroli, są to również jedyne aspekty osiągające poziom drugiej normy kryterialnej 1,5, co wskazuje na znaczne niezadowolenie z funkcjonowania w tych aspektach (Ryc.34).

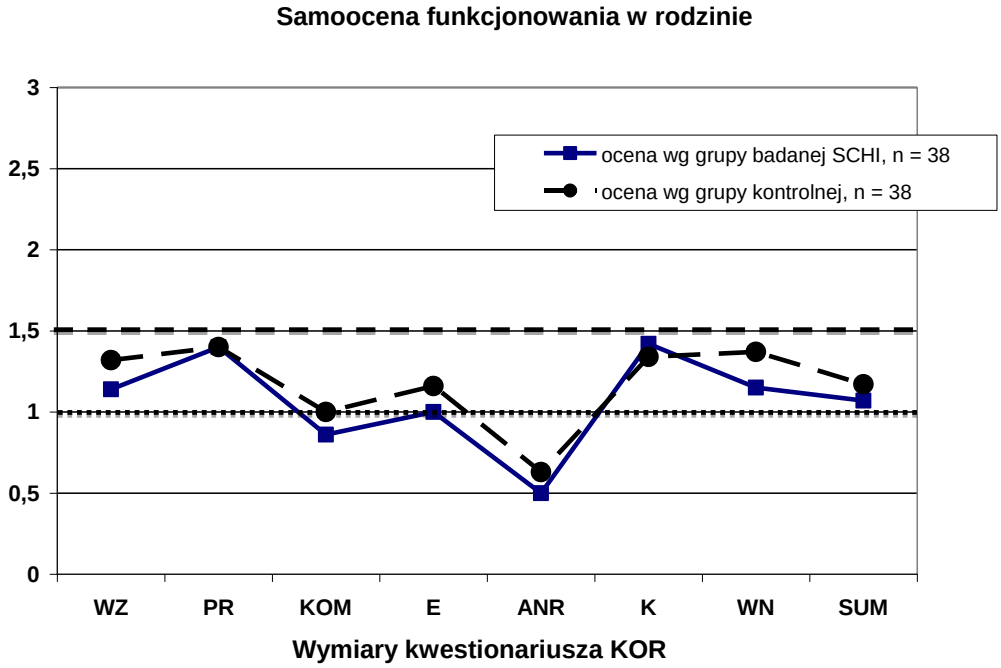
W grupie kontrolnej dla SCHI małżonkowie oceniają swoje funkcjonowanie w rodzinie jako pogorszone w stosunku do kryterium 1 w zakresie sumarycznego funkcjonowania, a także w aspekcie wypełniania zadań, pełnienia ról, kontroli oraz wartości i norm (Ryc.34). Największe niezadowolenie małżonkowie wykazują w zakresie pełnienia ról oraz wartości i norm. Te obszary funkcjonowania osiągają poziom drugiej normy kryterialnej 1,5.



Ryc.34 Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI i kontrolnej dla SCHI – porównanie z wartościami kryterialnymi

(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny, * - wartości wyższe od kryterium 1 („gorsze"), ** - wartości wyższe od kryterium 1,5 („gorsze"),znamienność statystyczna przy $p < 0,05$)

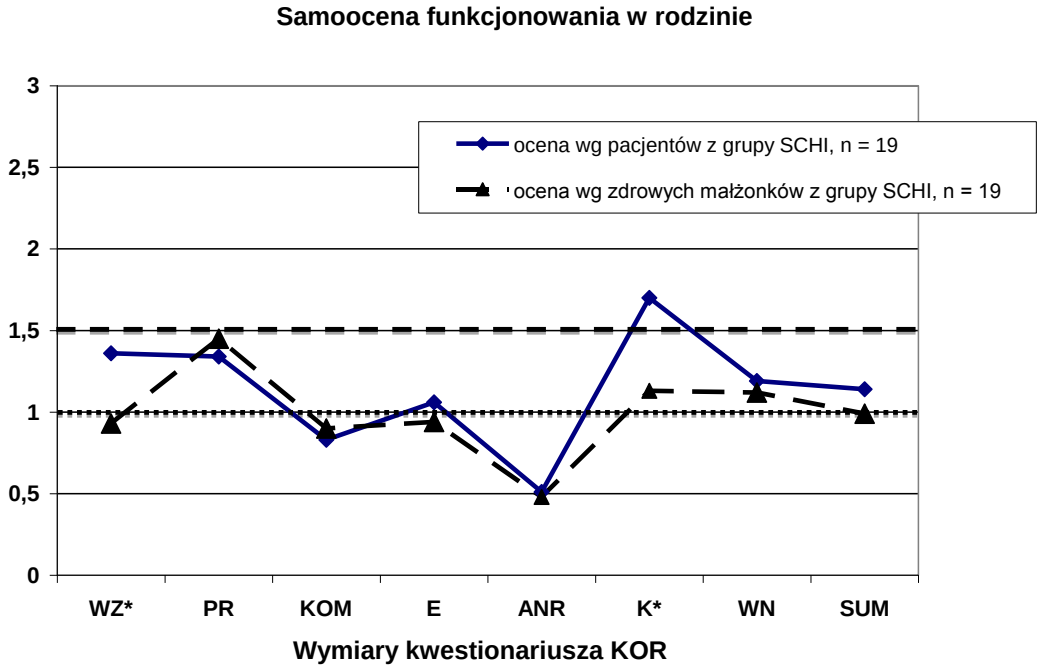
5.3.1.2. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI i kontrolnej dla SCHI – porównanie między grupami



Ryc.35 Samoocena funkcjonowania w rodzinie – porównanie grupy badanej SCHI z kontrolną dla SCHI
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny)

W zakresie samooceny funkcjonowania w rodzinie podczas kryzysu małżeńskiego małżonkowie z grupy badanej SCHI i grupy kontrolnej dla SCHI nie różnią się w sposób istotny statystycznie (Ryc.35).

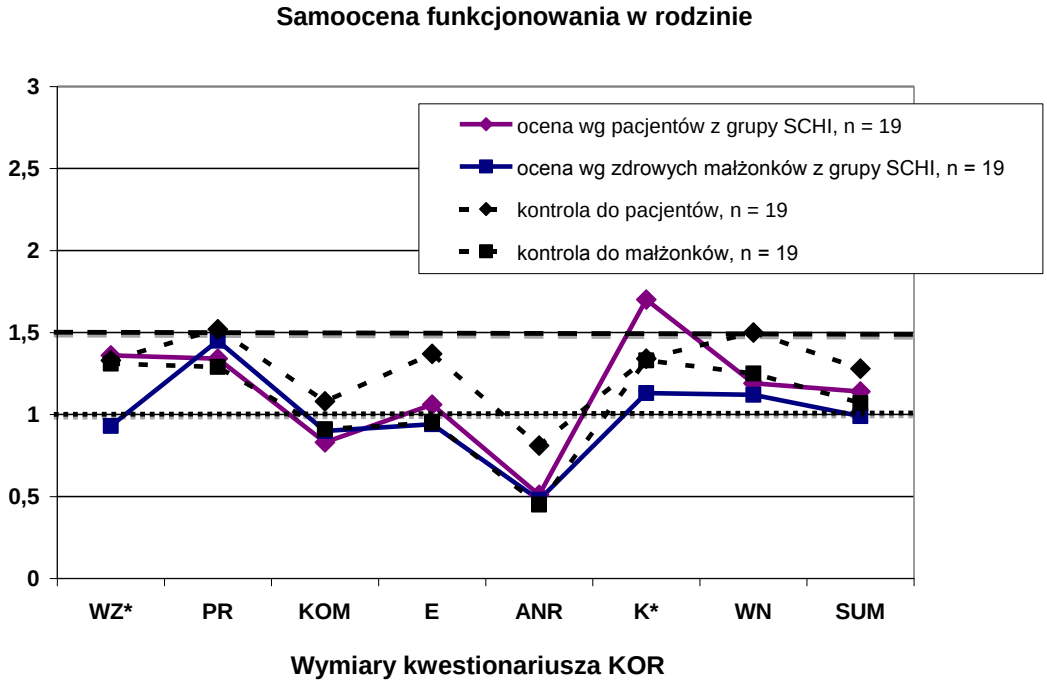
5.3.1.3. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI – porównanie małżonków chorych i zdrowych



Ryc.36 Samoocena funkcjonowania w rodzinie – porównanie małżonka chorego ze zdrowym w grupie badanej SCHI
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodzin, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Małżonkowie w grupie badanej SCHI różnili się w samoocenie funkcjonowania w rodzinie w zakresie wypełniania zadań i kontroli (Ryc.36). Małżonkowie zdrowi oceniali siebie w tych parametrach funkcjonowania w rodzinie lepiej niż ich chorzy partnerzy.

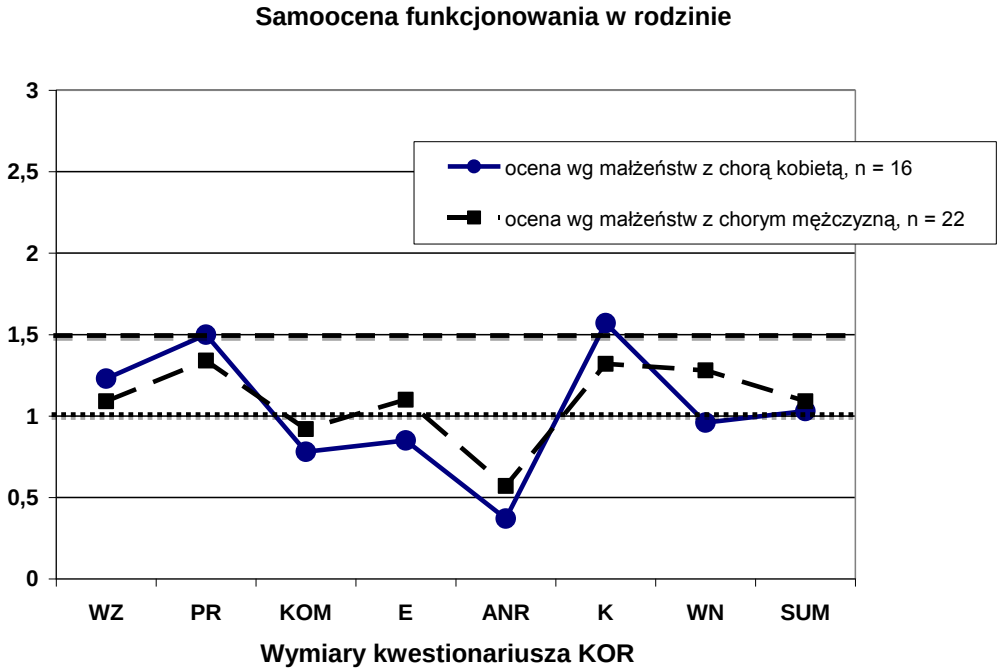
5.3.1.4. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego z kontrolą



Ryc.37 Samoocena funkcjonowania w rodzinie – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego w grupie badanej SCHI z kontrolą
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Porównanie obu podgrup w obrębie grupy badanej SCHI z kontrolą wykazało obecność istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami w zakresie samooceny wypełniania zadań i kontroli (Ryc.37). Potwierdzono gorszą samoocenę pełnienia ról i kontroli w rodzinie partnerów chorych na schizofrenię w porównaniu z ich zdrowymi małżonkami. Nie obserwowano różnic pomiędzy grupami kontrolnymi, a także pomiędzy każdą z grup badanych a właściwą dla niej grupą kontrolną.

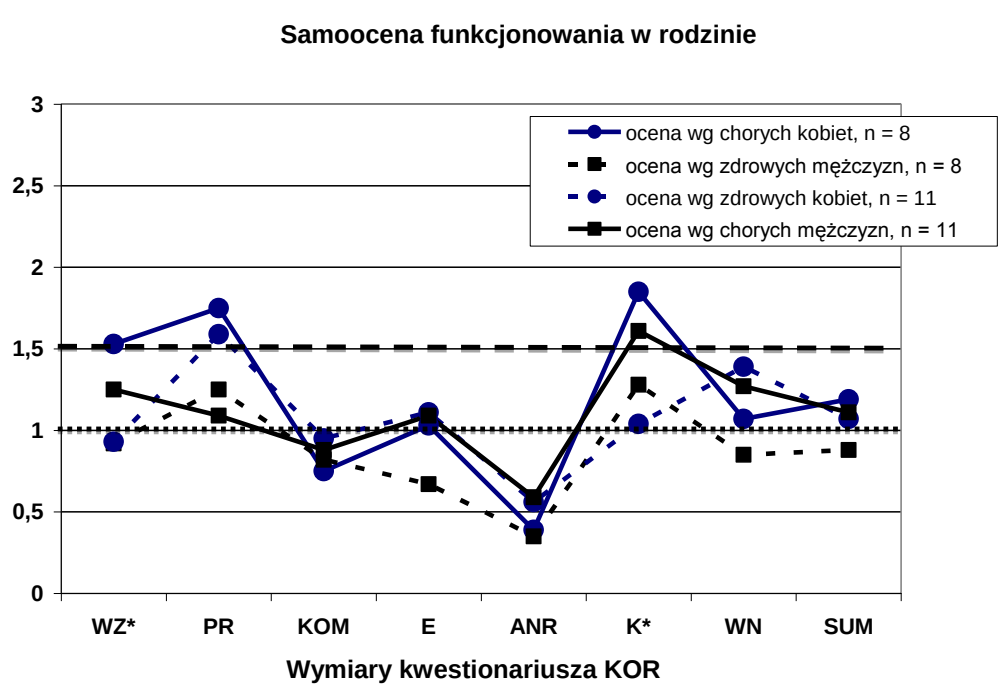
5.3.1.5. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI – uwzględnienie płci chorego małżonka



Ryc.38 Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI – porównanie małżeństw z chorą kobietą i chorym mężczyzną
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny)

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w samoocenie funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI w zależności od płci małżonka chorego (Ryc.38). W zakresie parametru zaangażowanie uczuciowe istniał trend do lepszej oceny tego parametru własnego funkcjonowania w małżeństwach z chorą kobietą.

5.3.1.6. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI – porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków



Ryc.39 Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI – porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita ocena funkcjonowania rodziny, * - różnice między grupami przy $p < 0,05$)

W porównaniu czterech podgrup grupy badanej SCHI (chorych kobiet, zdrowych mężczyzn, zdrowych kobiet i chorych mężczyzn) różnice w samoocenie w rodzinie między grupami dotyczyły tylko wypełniania zadań i kontroli (Ryc.39). Chore kobiety oceniały swoje wypełnianie zadań i kontrolę w rodzinie gorzej od zdrowych kobiet. Nie obserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy chorymi kobietami i ich mężami, chorymi mężczyznami i ich żonami, a także między chorymi mężczyznami a zdrowymi mężczyznami.

5.3.1.7. Korelacje samooceny funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia

Nie znaleziono żadnych istotnych statystycznie związków pomiędzy różnymi aspektami samooceny funkcjonowania w rodzinie małżonków z grupy badanej a ich wiekiem, długością trwania małżeństwa lub czasem chorowania małżonka leczonego z powodu schizofrenii (Tab.17).

Wymiary kwestionariusza KOR	**Wiek**	**Długość małżeństwa**	**Czas leczenia**
Wypełnianie zadań	-0,060	0,039	-0,183
Pełnienie ról	-0,144	-0,052	-0,021
Komunikacja	-0,147	-0,132	0,206
Emocjonalność	0,029	0,137	0,116
Zaangażowanie uczuciowe	-0,108	-0,053	0,110
Kontrola	0,061	0,044	0,231
Wartości i normy	0,158	0,270	0,117
Sumaryczne funkcjonowanie	-0,089	0,073	0,080

Tab.17 Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI – korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego chorego partnera

5.3.1.8. Korelacje oceny funkcjonowania rodziny wg małżonków chorych i zdrowych w grupie badanej SCHI z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia

W grupie małżonków chorych na schizofrenię znaleziono jedną istotną statystycznie korelację pomiędzy wiekiem a samooceną pełnienia ról w rodzinie (Tab. 18). Wraz z wiekiem samoocena pełnienia ról w rodzinie przez osobę chorą staje się lepsza (niższa).

Wymiary kwestionariusza KOR	**Wiek**	**Długość małżeństwa**	**Czas leczenia**
Wypełnianie zadań	-0,139	0,191	-0,265
Pełnienie ról	**-0,665***	-0,337	-0,344
Komunikacja	-0,317	-0,111	0,108
Emocjonalność	-0,055	0,339	-0,036
Zaangażowanie uczuciowe	-0,098	-0,092	-0,020
Kontrola	-0,309	0,046	-0,008
Wartości i normy	0,158	0,400	0,105
Sumaryczne funkcjonowanie	-0,218	0,252	-0,070

Tab.18 Samoocena funkcjonowania w rodzinie osób chorych na schizofrenię – korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego chorego partnera (* - $p<0,05$)

Samoocena kontroli w rodzinie dokonana przez zdrowych partnerów osób leczonych z powodu schizofrenii była dodatnio skorelowana z czasem leczenia osoby chorej (Tab.19). Zależność ta była istotna statystycznie. Wraz z wzrostem czasu leczenia osoby chorej pogarszała się (rosła) ocena własnej kontroli w rodzinie dokonywana przez małżonków zdrowych.

Wymiary kwestionariusza KOR	Wiek	Długość małżeństwa	Czas leczenia
Wypełnianie zadań	-0,071	-0,142	-0,037
Pełnienie ról	0,311	0,161	0,256
Komunikacja	-0,082	-0,231	0,216
Emocjonalność	0,059	-0,031	0,290
Zaangażowanie uczuciowe	-0,142	-0,178	0,169
Kontrola	0,391	0,121	**0,563***
Wartości i normy	0,122	0,129	0,172
Sumaryczne funkcjonowanie	-0,027	-0,098	0,259

Tab.19 Samoocena funkcjonowania w rodzinie małżonków osób chorych na schizofrenię – korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego chorego partnera (* - $p<0,05$)

Samoocena funkcjonowania w rodzinie w sytuacji kryzysu małżeńskiego w małżeństwach zawierających osobę chorującą na schizofrenię – podsumowanie

1. Kryzys małżeński mniej widocznie odbija się – przynajmniej na poziomie deklaratywnym - na samoocenie funkcjonowania w rodzinie. W małżeństwach osób chorych na schizofrenię niezadowolenie z własnego funkcjonowania w rodzinie dotyczy jedynie pełnienia ról i kontroli, niezadowolenie z tych aspektów funkcjonowania w rodzinie osiąga znaczny poziom. Małżonkowie są zadowoleni z pozostałych obszarów własnego funkcjonowania w rodzinie. Zdrowi małżonkowie w kryzysie małżeńskim oceniają swoje funkcjonowanie w rodzinie jako niezadowalające w zakresie wypełniania zadań, pełnienia ról, kontroli, wartości i norm oraz samooceny sumarycznej, ale tylko dwa wymiary (pełnienie ról oraz wartości i normy) osiągają poziom znacznej dysfunkcji.

2. Pomimo powyższych różnic w porównaniu z kryteriami oceny KOR różnice w samoocenie pomiędzy grupą małżeństw zdrowych w kryzysie a grupą małżeństw osób chorujących na schizofrenię nie są istotne statystycznie.

3. Istnieje różnica w samoocenie między małżonkiem chorym a zdrowym w grupie badanej SCHI w zakresie wypełniania zadań i kontroli, które są gorzej oceniane przez osoby chore na schizofrenię.

4. Osoby chore na schizofrenię oceniały własne wypełnianie ról i kontrolę gorzej od swoich zdrowych małżonków. Nie obserwowano różnic pomiędzy podgrupami grupy SCHI a właściwymi dla nich grupami kontrolnymi.

5. Płeć małżonka chorego nie różnicowała samooceny funkcjonowania w rodzinie w małżeństwach z osobą chorą na schizofrenię.

6. Uwzględnienie w analizie statystycznej płci i choroby ujawniło, że chore kobiety gorzej oceniają swoje wypełnianie zadań i kontrolę w rodzinie w porównaniu ze zdrowymi kobietami.

7. Nie znaleziono związku pomiędzy wiekiem małżonków, długością trwania ich małżeństwa, czasem trwania leczenia psychiatrycznego, a samooceną funkcjonowania w rodzinie.

8. Znaleziono zależność pomiędzy wiekiem osoby leczonej z powodu schizofrenii a jej samooceną pełnienia ról w rodzinie: wraz z wiekiem poprawia się (maleje) ocena pełnienia ról przez osobę chorą. Z kolei samoocena kontroli w rodzinie dokonywana przez osobę zdrową jest skorelowana z czasem leczenia chorego partnera: ocena kontroli pogarsza się (rośnie) wraz z czasem trwania leczenia.

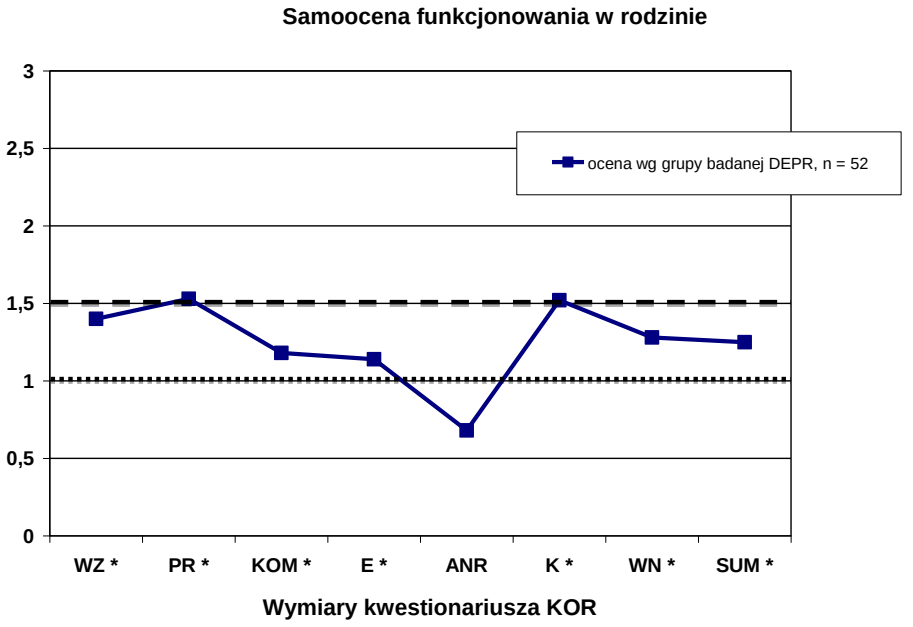
5.3.2. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w sytuacji kryzysu małżeńskiego w małżeństwach zawierających osobę chorującą na depresję

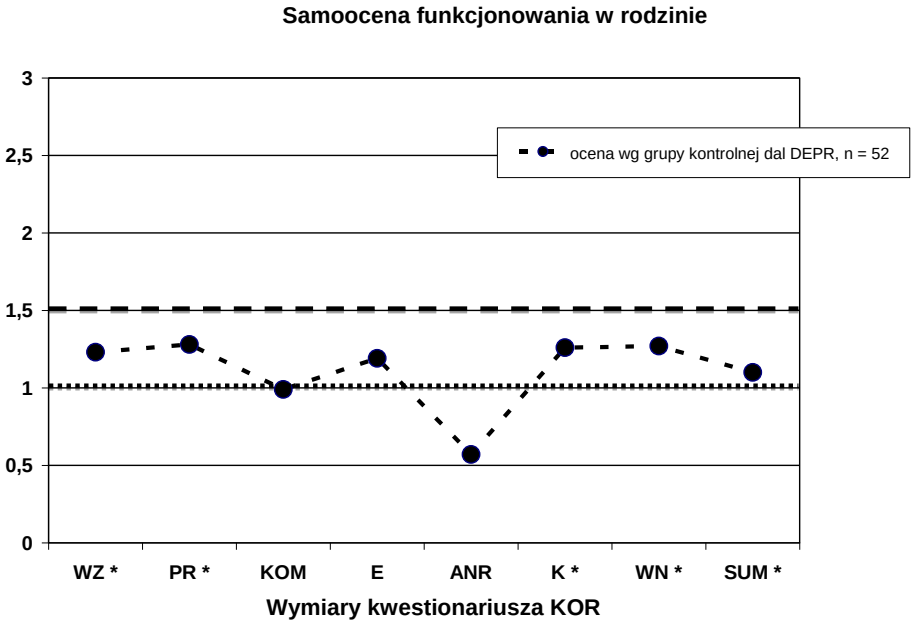
W kolejnej części rozdziału 5. opisane zostaną wyniki dotyczące samooceny funkcjonowania w rodzinie prokreacyjnej w grupie małżeństw zawierającej osoby chore na depresję. Wszystkie przeprowadzone analizy będą analogiczne do wykonanych w poprzednich częściach rozdziału.

5.3.2.1. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR i kontrolnej dla DEPR - porównanie z wartościami kryterialnymi

W grupie badanej DEPR samoocena funkcjonowania przekraczała normę kryterialną 1 we wszystkich obszarach funkcjonowania z wyjątkiem zaangażowania uczuciowego, z którego małżonkowie byli zadowoleni (Ryc.40). Obszarami największych trudności w zakresie własnego funkcjonowania w rodzinie było wypełnianie zadań, pełnienie ról i kontrola osiągające poziom drugiej wartości kryterialnej 1,5.

W grupie kontrolnej dla DEPR małżonkowie oceniają swoje funkcjonowanie w rodzinie jako pogorszone w stosunku do kryterium 1 w zakresie sumarycznego funkcjonowania, a także w aspekcie wypełniania zadań, pełnienia ról, kontroli oraz wartości i norm (Ryc.40). Żaden z wymiarów własnego funkcjonowania nie osiąga poziomu drugiej normy kryterialnej 1,5.

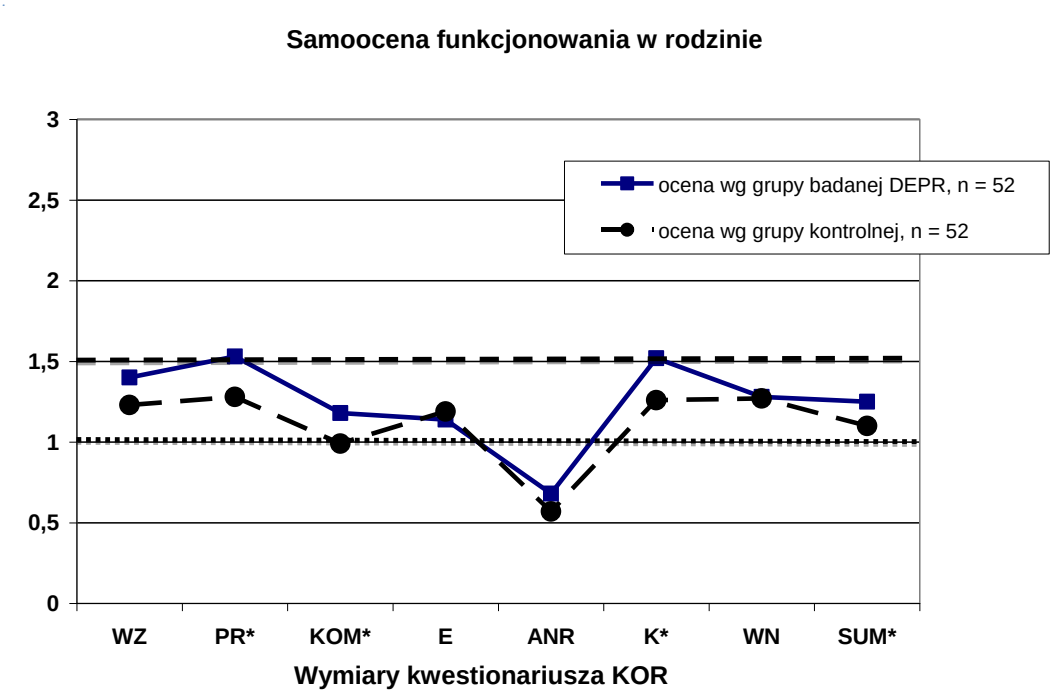




Ryc.40 Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR i kontrolnej dla DEPR – porównanie z wartościami kryterialnymi

(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita samoocena funkcjonowania w rodzinie, * - wartości wyższe od kryterium 1 („gorsze"), ** - wartości wyższe od kryterium 1,5 („gorsze"), znamienność statystyczna przy $p < 0,05$)

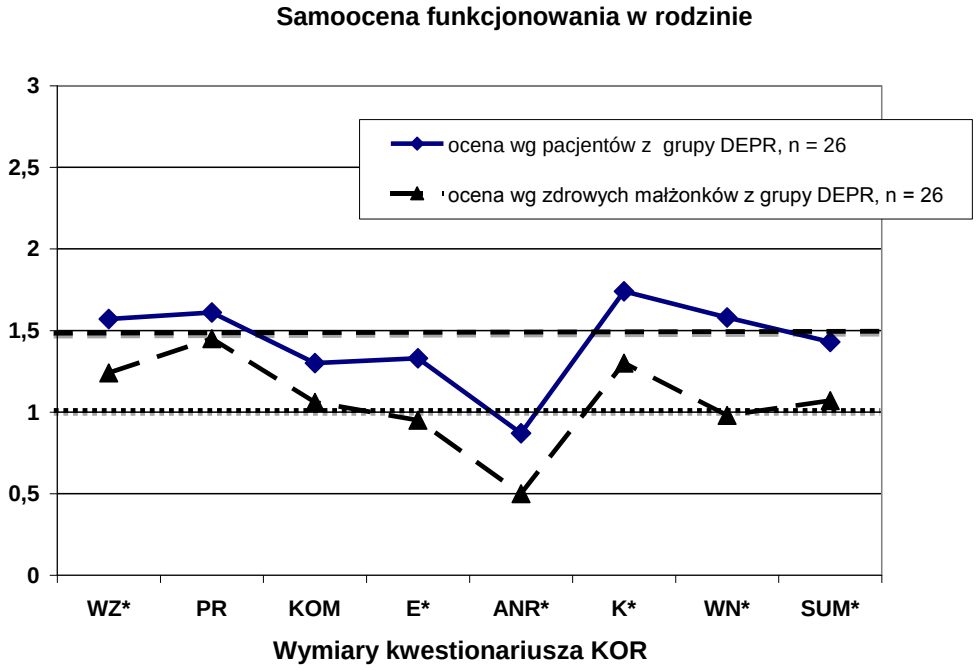
5.3.2.2. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR i kontrolnej dla DEPR – porównanie między grupami



Ryc.41 Samoocena funkcjonowania w rodzinie – porównanie grupy badanej DEPR z kontrolną
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita samoocena funkcjonowania w rodzinie, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Małżonkowie z grupy badanej DEPR oceniali swoje funkcjonowanie w rodzinie jako gorsze niż w grupie kontrolnej w zakresie całkowitej oceny funkcjonowania, a także w aspekcie pełnienia ról, komunikacji i kontroli (Ryc.41). Istniał również trend do gorszej oceny własnego wypełniania zadań w grupie badanej DEPR.

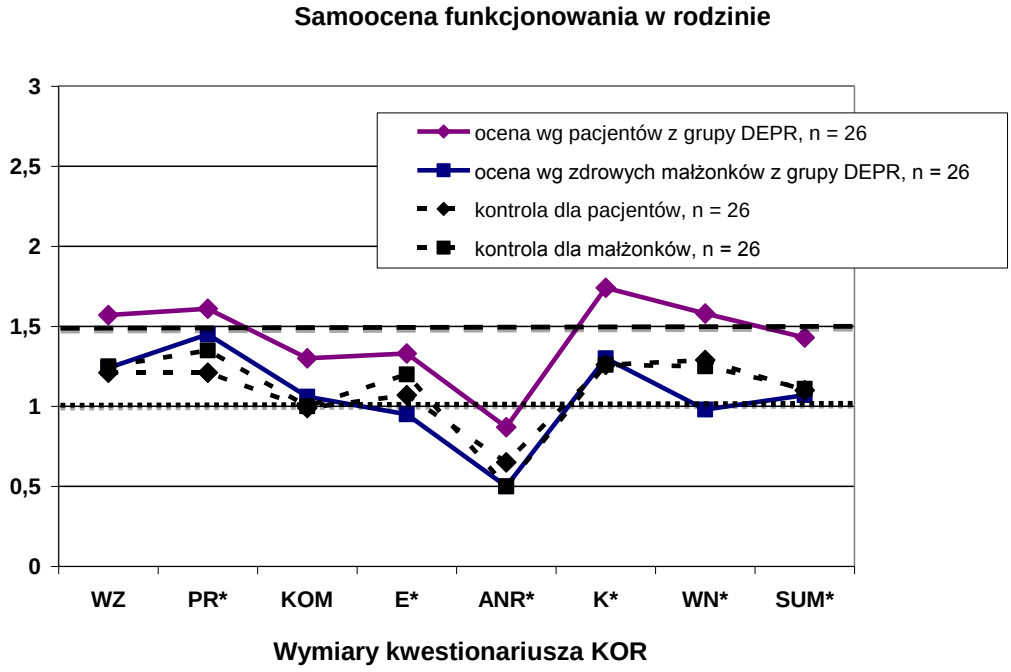
5.3.2.3. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR – porównanie małżonków chorych i zdrowych



Ryc.42 Samoocena funkcjonowania w rodzinie – porównanie małżonka chorego ze zdrowym w grupie badanej DEPR
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita samoocena funkcjonowania w rodzinie, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Znaleziono istotne statystycznie różnice w ocenie własnego funkcjonowania pomiędzy małżonkami chorującymi na depresję a ich zdrowymi małżonkami (Ryc.42). Małżonkowie chorzy oceniali swoje funkcjonowania w rodzinie jako gorsze od zdrowych partnerów w zakresie globalnej oceny funkcjonowania, a także w zakresie wypełniania zadań, emocjonalności, zaangażowania uczuciowego, kontroli, wartości i norm.

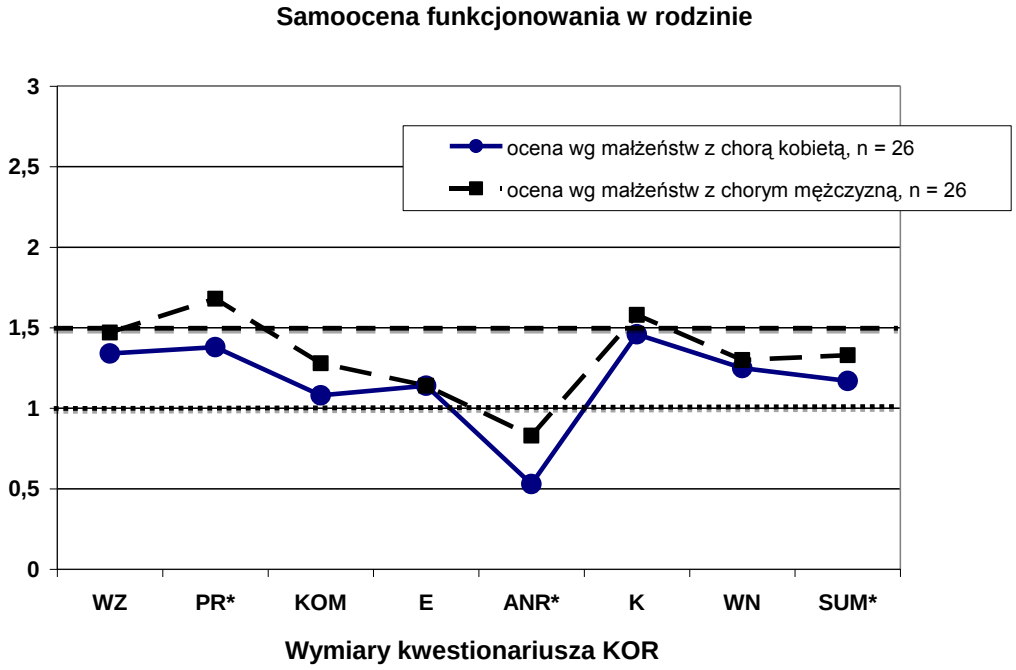
5.3.2.4. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego z kontrolą



Ryc.43 Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR – porównanie oceny małżonka chorego i zdrowego z kontrolą
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita samoocena funkcjonowania w rodzinie, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Porównanie z kontrolą obu podgrup w obrębie grupy badanej wykazało obecność istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami w samoocenie w zakresie pełnienia ról, emocjonalności, zaangażowania uczuciowego, kontroli, wartości i norm oraz całościowej samooceny (Ryc.43). W zakresie całościowej samooceny funkcjonowania w rodzinie oraz kontroli małżonkowie chorzy uzyskiwali gorsze wyniki w porównaniu ze swoimi zdrowymi partnerami jak i małżonkami z grupy kontrolnej. W zakresie pełnienia ról różnica dotyczyła gorszej samooceny małżonków chorujących na depresję w porównaniu z grupą kontrolną. Samoocena emocjonalności, zaangażowania uczuciowego oraz wartości i norm była gorsza w grupie osób chorych w porównaniu z ich zdrowymi współmałżonkami. Nie obserwowano różnic w samoocenie funkcjonowania w rodzinie pomiędzy grupami kontrolnymi.

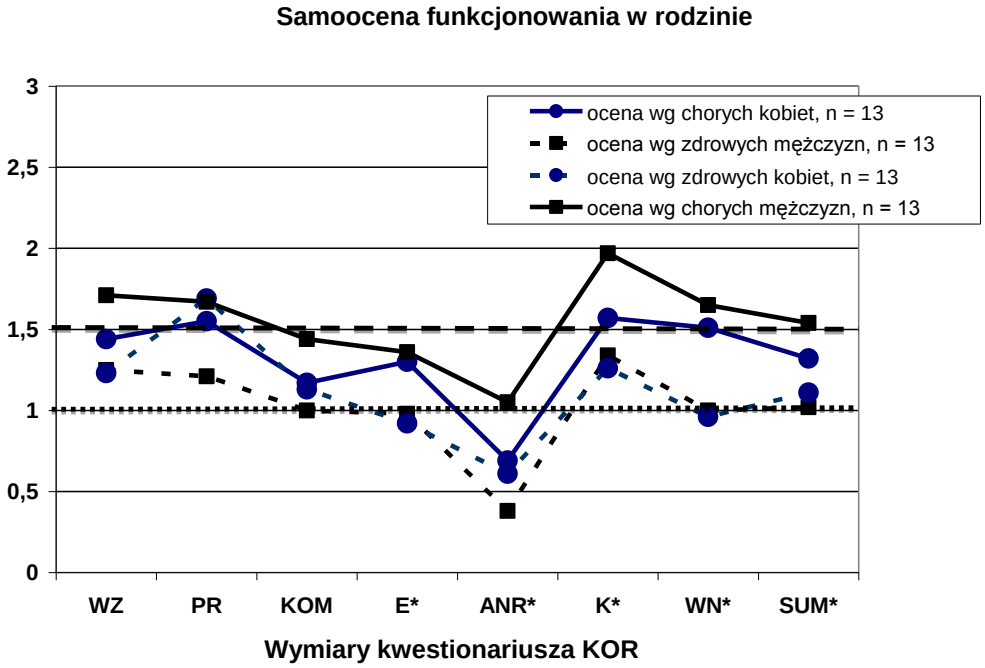
5.3.2.5. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR – uwzględnienie płci chorego małżonka



Ryc.44 Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR – porównanie małżeństw z chorą kobietą i chorym mężczyzną
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita samoocena funkcjonowania w rodzinie, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Uwzględnienie płci osoby chorej ujawniło różnice samooceny funkcjonowania w rodzinie pomiędzy małżeństwami z grupy badanej DEPR (Ryc.44). Gorsze wyniki w zakresie całościowej samooceny, a także pełnienia ról i zaangażowania uczuciowego występowały w małżeństwach, w których chorował mężczyzna.

5.3.2.6. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR – porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków



Ryc.45 Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR – porównanie uwzględniające chorobę i płeć małżonków
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita samoocena funkcjonowania w rodzinie, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

W zakresie sumarycznej samooceny funkcjonowania w rodzinie, a także emocjonalności, kontroli, wartości i norm chorzy na depresję mężczyźni oceniali siebie gorzej niż ich zdrowe żony (Ryc.45). Mężowie chorzy na depresję oceniali siebie gorzej od zdrowych mężów w zakresie całościowej samooceny, ale także w zaangażowaniu uczuciowym. Chore kobiety i ich mężowie nie różnili się w samoocenie funkcjonowania w rodzinie. Nie znaleziono również różnic w samoocenie pomiędzy chorymi i zdrowymi kobietami.

5.3.2.7. Korelacje samooceny funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia

Nie znaleziono żadnych istotnych statystycznie związków pomiędzy różnymi aspektami samooceny funkcjonowania w rodzinie małżonków z grupy badanej DEPR, a ich wiekiem, długością trwania małżeństwa lub czasem chorowania małżonka leczonego z powodu depresji.

Wymiary kwestionariusza KOR	**Wiek**	**Długość małżeństwa**	**Czas leczenia**
Wypełnianie zadań	-0,080	-0,084	0,093
Pełnienie ról	-0,055	-0,186	-0,065
Komunikacja	-0,177	-0,148	0,115
Emocjonalność	0,063	0,048	0,171
Zaangażowanie uczuciowe	-0,001	-0,093	0,048
Kontrola	-0,007	0,048	0,178
Wartości i normy	0,093	-0,120	0,144
Sumaryczne funkcjonowanie	-0,030	-0,130	0,135

Tab.20 Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej DEPR – korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego chorego partnera

5.3.2.8. Korelacje samooceny funkcjonowania rodziny wg małżonków chorych i zdrowych w grupie badanej DEPR z wiekiem, czasem trwania małżeństwa i czasem trwania leczenia

W grupie małżonków chorych na depresję nie znaleziono istotnych statystycznie związków pomiędzy różnymi aspektami samooceny funkcjonowania w rodzinie a ich wiekiem, długością trwania małżeństwa oraz czasem leczenia psychiatrycznego (Tab. 21).

Wymiary kwestionariusza KOR	**Wiek**	**Długość małżeństwa**	**Czas leczenia**
Wypełnianie zadań	0,050	-0,031	0,266
Pełnienie ról	-0,199	-0,292	0,156
Komunikacja	-0,188	-0,318	0,239
Emocjonalność	0,137	-0,122	0,238
Zaangażowanie uczuciowe	0,096	-0,036	0,127
Kontrola	0,080	0,082	0,259
Wartości i normy	-0,113	-0,388^	0,115
Sumaryczne funkcjonowanie	-0,022	-0,208	0,271

Tab.21 Samoocena funkcjonowania w rodzinie osób chorych na depresję – korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego chorego partnera (^ - $p < 0,07$)

Samoocena wartości i norm w rodzinie dokonana przez zdrowych partnerów osób leczonych z powodu depresji była dodatnio skorelowana z ich wiekiem (Tab.22). Wraz z wzrostem wieku osoby badanej pogarszała się (rosła) samoocena wartości i norm dokonywana przez małżonków zdrowych.

Wymiary kwestionariusza KOR	Wiek	Długość małżeństwa	Czas leczenia
Wypełnianie zadań	-0,215	-0,174	-0,161
Pełnienie ról	0,030	-0,129	-0,315
Komunikacja	-0,207	-0,006	-0,125
Emocjonalność	0,061	0,245	0,118
Zaangażowanie uczuciowe	-0,205	-0,276	-0,141
Kontrola	-0,130	-0,019	0,082
Wartości i normy	**0,415***	0,113	0,310
Sumaryczne funkcjonowanie	-0,117	-0,210	-0,090

Tab.22 Samoocena funkcjonowania w rodzinie małżonków osób chorych na depresję – korelacje liniowe z wiekiem badanych, długością małżeństwa i czasem leczenia psychiatrycznego chorego partnera (* - $p < 0,05$)

Samoocena funkcjonowania w rodzinie w sytuacji kryzysu małżeńskiego w małżeństwach, w których jeden z małżonków choruje na depresję – podsumowanie

1. W sytuacji kryzysu małżeńskiego samoocena w grupie małżeństw osób chorujących na depresję jest pogorszona we wszystkich aspektach funkcjonowania w rodzinie z wyjątkiem zaangażowania uczuciowego. Obszarami najsilniej zaburzonego własnego funkcjonowania w rodzinie są wypełnianie zadań, pełnienie ról i kontrola. W grupie zdrowych małżeństw w kryzysie mniej obszarów własnego funkcjonowania było pogorszonych, były to wypełnianie zadań, pełnienie ról, kontrola, wartości i normy oraz ogólna ocena własnego funkcjonowania, ale żadna z tych wartości nie osiągała poziomu znacznego niezadowolenia.

2. Małżonkowie z grupy klinicznej gorzej oceniają swoje funkcjonowanie w rodzinie w aspekcie całkowitej oceny funkcjonowania, a także pełnienia ról, komunikacji i kontroli w porównaniu z osobami zdrowymi w kryzysie małżeńskim.

3. Małżonkowie chorzy i zdrowi z grupy klinicznej różnią się samooceną funkcjonowania w rodzinie. Osoby chore gorzej oceniają swoje funkcjonowanie w rodzinie, zarówno globalną samoocenę, jak również wypełnianie zadań, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, kontrolę oraz wartości i normy.

4. Osoby chore na depresję oceniały własne funkcjonowanie w rodzinie gorzej od swoich zdrowych małżonków i grupy kontrolnej w zakresie sumarycznej samooceny funkcjonowania oraz kontroli. Samoocena pełnienia ról była bardziej negatywna u osób chorych tylko w porównaniu z grupą kontrolną, a samoocena emocjonalności była bardziej negatywna od zdrowych małżonków.

5. Samoocena całościowa funkcjonowania w rodzinie, a także pełnienie ról i zaangażowanie uczuciowe różniły się niekorzystnie w małżeństwach, w których chorował mężczyzna.

6. Chorzy na depresję mężczyźni oceniali swoje funkcjonowanie w rodzinie jako gorsze od swoich żon w emocjonalności, kontroli, wartościach i normach oraz całkowitej ocenie funkcjonowania, od zdrowych mężczyzn w zakresie całościowej samooceny i zaangażowania uczuciowego. Zdrowi mężowie oceniali swoje pełnienie ról w rodzinie lepiej od zdrowych żon, a w całkowitej ocenie swojego funkcjonowania wypadali lepiej niż chore na depresję żony. Nie znaleziono różnic w samoocenie małżonków w małżeństwach, gdzie chorowała kobieta, a także pomiędzy zdrowymi kobietami i zdrowymi mężczyznami.

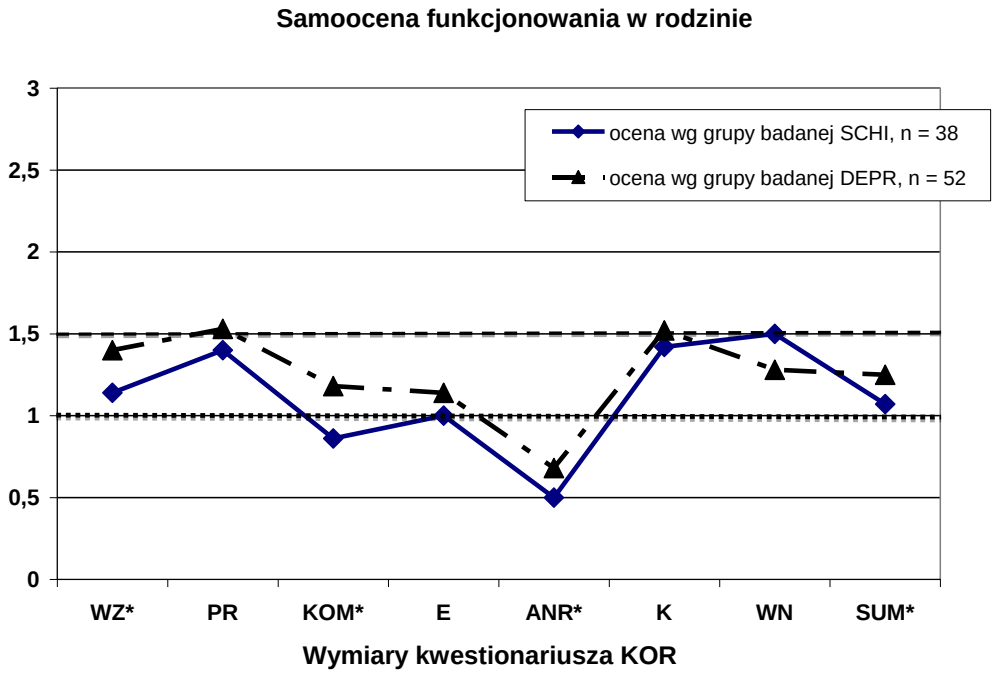
7. Nie znaleziono związku między samooceną funkcjonowania w rodzinie a wiekiem badanych małżonków, długością małżeństwa i czasem pozostawania w leczeniu małżonka chorego.

8. Nie znaleziono związku pomiędzy samooceną funkcjonowania w rodzinie dokonaną przez małżonków chorych na depresję a wiekiem badanych małżonków, długością małżeństwa oraz długością leczenia osoby chorej. Z kolei samoocena wartości i norm dokonywana przez osobę zdrową jest skorelowana z jej wiekiem: ocena własnych wartości i norm w rodzinie pogarsza się (rośnie) wraz z wiekiem zdrowego partnera.

5.3.3. Porównanie samooceny funkcjonowania w rodzinie w sytuacji kryzysu małżeńskiego w małżeństwach zawierających osobę chorującą na schizofrenię z małżeństwami zawierającymi osobę chorującą na depresję

W kolejnej części rozdziału 5. porównana zostanie bezpośrednio samoocena funkcjonowania w rodzinie w obu grupach badanych: grupie SCHI i grupie DEPR z uwzględnieniem ocen dokonanych przez małżonków chorych i zdrowych.

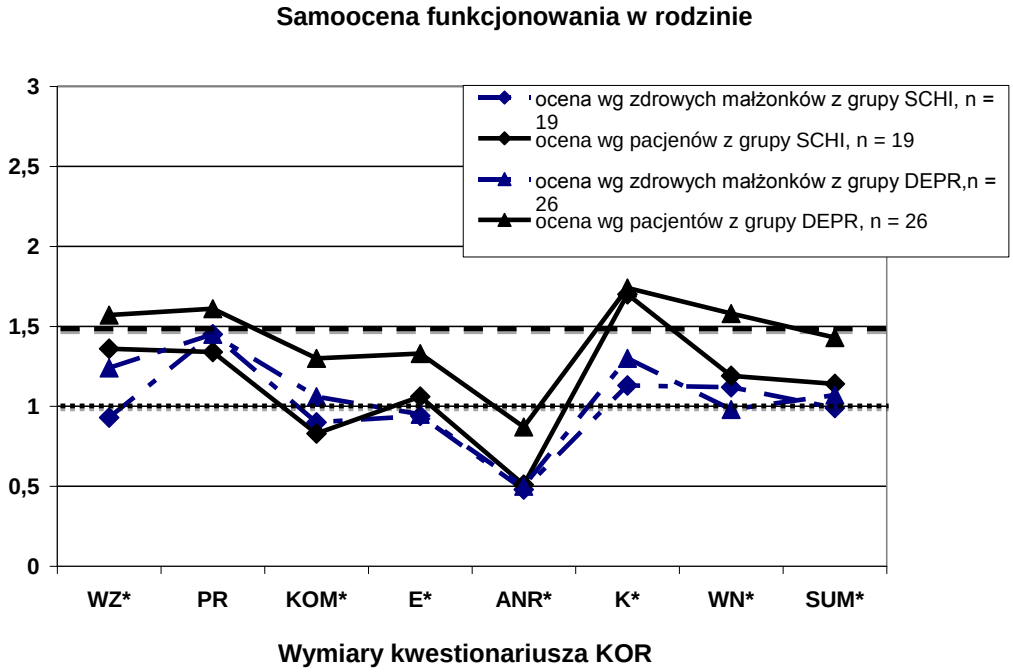
5.3.3.1. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI i badanej DEPR – porównanie między grupami



Ryc.46 Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI i badanej DEPR – porównanie między grupami
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita samoocena funkcjonowania w rodzinie, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Znaleziono różnice w samoocenie funkcjonowania w rodzinie pomiędzy małżeństwami zawierającymi osobę chorą na schizofrenię a małżeństwami zawierającymi osobę chorą na depresję (Ryc. 46). Całkowita samoocena funkcjonowania w rodzinie, a także ocena własnego wypełniania zadań, komunikacji, zaangażowania uczuciowego były lepsze w grupie małżeństw ze schizofrenią.

5.3.3.2. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI i DEPR – porównanie małżonków chorych i zdrowych z obu grup



Ryc. 47 Samoocena funkcjonowania w rodzinie w grupie badanej SCHI i DEPR – porównanie małżonków chorych i zdrowych z obu grup
(WZ - wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, E – emocjonalność, ANR – zaangażowanie uczuciowe, K – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – całkowita samoocena funkcjonowania w rodzinie, * - istotne statystycznie różnice między grupami przy $p < 0,05$)

Najgorzej w porównaniu z pozostałymi grupami swoje funkcjonowanie w rodzinie postrzegali małżonkowie chorujący na depresję w zakresie sumarycznej oceny własnego funkcjonowania i zaangażowania uczuciowego. Od swoich zdrowych partnerów oceniali się gorzej dodatkowo w zakresie emocjonalności, kontroli, wartości i norm, zaś od osób chorujących na schizofrenię także w komunikacji, z kolei od ich zdrowych partnerów w aspekcie wypełniania zadań, komunikacji, emocjonalności i kontroli. Nie było różnic w samoocenie pomiędzy zdrowymi partnerami z obu grup klinicznych.

6. Omówienie wyników badań i wnioski

6.1 Omówienie wyników

W tej części pracy omówione zostaną hipotezy postawione na początku części badawczej, a także najważniejsze wyniki. Celem niniejszej pracy nie było tworzenie modelu wyjaśniającego, w jaki sposób rodzina i małżeństwo może wpływać na wystąpienie choroby psychicznej, jej przebieg oraz ryzyko nawrotu. Skoncentrowano się na tym, jak w subiektywnej ocenie obojga małżonków funkcjonują małżeństwa i rodziny prokreacyjne osób chorych na schizofrenię i depresję podczas kryzysu małżeńskiego oraz na ile funkcjonowanie to odbiega od funkcjonowania rodzin i małżeństw osób zdrowych dotkniętych kryzysem małżeństwa.

Funkcjonowanie małżeństw osób chorujących na schizofrenię jest niedostatecznie poznane ze względu na specyfikę tej populacji. Osoby pozostające w związku małżeńskim stanowią w Polsce ok. 30% populacji osób chorych na schizofrenię i nie wiadomo jak wiele z tych małżeństw doświadcza kryzysu małżeńskiego. W niniejszej pracy opisano tylko te z małżeństw w kryzysie, które zgłosiły się do terapii małżeńskiej uznając, że ich zasoby nie są wystarczające do poradzenia sobie z problemem, a zarazem decydując się na sięgnięcie po pomoc w instytucji psychiatrycznej. Stanowi to oczywiste, ale istotne zawężenie grupy. Trudno więc określić, jak wiele małżeństw przeżywających kryzys z takiej pomocy nie korzysta. Jest prawdopodobne, że niemal każda rodzina, w której pojawi się psychoza, doświadcza trudności mających cechy kryzysu. Podjęcie terapii małżeńskiej jest momentem finalnym złożonego procesu decyzyjnego i bynajmniej nie musi korelować z głębokością tego kryzysu.

Badana grupa rodzin prokreacyjnych osób chorych na schizofrenię jest w sposób szczególny wyselekcjonowana. Podobnie jest w przypadku osób chorujących na depresję. Są to tylko te pary w kryzysie, które zgłosiły się do terapii, co powoduje trudność w przeniesieniu wyników badania na populację wszystkich osób chorych na depresję lub schizofrenię i jednocześnie doświadczających kryzysu małżeńskiego. Jest zatem wątpliwe, czy wyniki uzyskane na tak szczególnej populacji są możliwe do przeniesienia na całą populację małżeństw osób chorych znajdujących się w kryzysie małżeńskim.

6.1.1. Hipoteza 1 - Małżonkowie w sytuacji kryzysu małżeńskiego oceniają funkcjonowanie swoich rodzin, małżeństw i swoje własne funkcjonowanie w rodzinie gorzej od norm kryterialnych (tzn. jako odbiegające od pożądanego funkcjonowania)

Za sformułowaniem tej hipotezy stało przekonanie, iż wszystkie rodziny prokreacyjne w kryzysie małżeńskim funkcjonują w sposób odbiegający od pożądanego poziomu. Testowanie hipotezy 1 pozwoliło odpowiedzieć na pytanie, jak funkcjonują różne rodziny w kryzysie małżeńskim oraz jakie obszary ulegają największym zakłóceniom.

1. **Grupa małżeństw, w których jeden z partnerów choruje na schizofrenię**
   a. **Funkcjonowanie rodziny w ocenie obojga małżonków**

Pogorszone w porównaniu z normami kryterialnymi funkcjonowanie w grupie małżeństw, w których jeden z partnerów choruje na schizofrenię, znaleziono w zakresie całkowitej oceny funkcjonowania rodziny oraz obszarów szczegółowych: wypełniania zadań, pełnienia ról, komunikacji, emocjonalności, kontroli oraz wartości i norm. Wyjątek od hipotezy stanowiło zaangażowanie uczuciowe, świadczące o tym, że małżonkowie są zadowoleni z wzajemnej troski członków rodziny o siebie. Oznacza to, że hipotezę 1 potwierdzono dla wszystkich obszarów funkcjonowania rodziny z wyjątkiem zaangażowania uczuciowego.

   b. **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie obojga małżonków**

W ocenie małżeństwa wypełnianie zadań, pełnienie ról, komunikacja, zaangażowanie uczuciowe, kontrola, wartości i normy oraz całościowa ocena funkcjonowania małżeństwa były oceniane jako dysfunkcyjne w porównaniu z kryterium. Wyjątkiem była emocjonalność, co oznacza, że małżonkowie pomimo kryzysu małżeńskiego oceniają komunikację emocjonalną między sobą jako odpowiednio intensywną. Hipoteza 1 została potwierdzona dla wszystkich obszarów funkcjonowania małżeństwa z wyjątkiem emocjonalności.

   c. **Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie obojga małżonków**

Ocena własnego funkcjonowania małżonków w rodzinie w tej grupie była bardzo pozytywna - tylko pełnienie ról i kontrola były oceniane jako nieprawidłowe w porównaniu z kryterium. Pozostałe parametry: wypełnianie zadań, komunikacja, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, wartości i normy oraz sumaryczna samoocena były oceniane jako satysfakcjonujące. Na poziomie samooceny funkcjonowania w rodzinie hipotezę 1 potwierdzono w bardzo ograniczonym zakresie tylko dla pełnienia ról i kontroli.

Hipotezę 1 dotyczącą pogorszonego funkcjonowania w grupie małżeństw w kryzysie małżeńskim, w których jeden z partnerów choruje na schizofrenię, potwierdzono w zakresie oceny większości obszarów funkcjonowania małżeństwa i rodziny, ale tylko w dwóch wymiarach samooceny (pełnienie ról, kontrola). Uzyskane wyniki dowodzą, że trudności w relacji małżeńskiej odbijają się nie tylko na funkcjonowaniu małżeństwa, ale również w pogorszonym funkcjonowaniu całej rodziny.

Niezadowolenie obojga małżonków obejmuje trudności w rozwiązywaniu pojawiających się w rodzinie i małżeństwie problemów. Zarówno w rodzinie, jak i małżeństwie zauważalny jest brak dostosowania ról do zmienionej chorobą sytuacji rodziny, a oboje małżonkowie czują się przeciążeni obowiązkami. Komunikacja między małżonkami i pozostałymi członkami rodziny nie jest klarowna. Małżonkowie nie ufają uzyskiwanym od siebie informacjom, nie mają czasu na wysłuchanie siebie nawzajem. Spektrum wyrażanych w rodzinie uczuć jest zbyt małe, choć na poziomie małżeństwa jest oceniane jako satysfakcjonujące. Małżonkowie nie czują się ze sobą blisko związani, ich troska o siebie nawzajem nie jest dostateczna, choć te same aspekty w całościowej ocenie funkcjonowania rodziny są uważane za satysfakcjonujące. W rodzinie brak jest jasnych reguł zachowania. Działania, które członkowie rodziny podejmują, aby kontrolować siebie nawzajem, są chaotyczne. Również w samym małżeństwie interakcje są nieprzewidywalne. Małżonkowie różnią się systemami wartości, również na poziomie rodziny istnieją znaczące różnice w tym aspekcie.

Warto zwrócić uwagę na te wymiary funkcjonowania, z których małżonkowie są zadowoleni. Na poziomie rodziny jest to zaangażowanie uczuciowe, świadczące o tym, że małżonkowie są usatysfakcjonowani z wzajemnej troski członków rodziny o siebie i oceniają relacje w rodzinie jako wspierające. W ocenie małżeństwa wyjątkiem jest emocjonalność, co oznacza, że małżonkowie pomimo kryzysu małżeńskiego oceniają komunikację emocjonalną między sobą jako odpowiednio intensywną oraz nacechowaną dużym spektrum wyrażanych uczuć. Wyniki te są tym bardziej interesujące, gdyż uważa się, że trudności emocjonalne są integralnie związane z istotą schizofrenii.

Zaskakującym wynikiem, zważywszy na negatywne oceny funkcjonowania rodziny i małżeństwa, jest dobra ocena własnego funkcjonowania małżonków w rodzinie - tylko pełnienie ról i kontrola były oceniane jako nieprawidłowe. Trudności w obrębie tych parametrów na wszystkich piętrach funkcjonowania rodziny mogą pokazywać na kłopot obojga małżonków w dostosowaniu się do nowych ról, jakich wymaga sytuacja choroby psychicznej (schizofrenii) jednego z nich. W rodzinach, w których znajduje się osoba chora,

pojawienie się roli chorego i opiekuna nie musi oznaczać dezorganizacji i jest adekwatnym procesem adaptacyjnym. Trudność może stanowić brak zgody na podjęcie nowych ról lub niemożność wyznaczenia ról adekwatnych do zmieniającej się sytuacji rodziny. Zaburzenia w zakresie kontroli pokazują, że formy oddziaływania na innych członków rodziny są dysfunkcjonalne, nie pozwalają na sprostanie wymaganiom stawianym przez codzienne życie. Ocenienie większości aspektów funkcjonowania rodziny oraz małżeństwa jako dysfunkcyjnych przy jednoczesnym dobrym ocenianiu własnego funkcjonowania w rodzinie może wskazywać na to, że małżonkowie przerzucają odpowiedzialność za złe funkcjonowanie rodziny i małżeństwa na drugiego małżonka i pozostałych członków rodziny, szukają winy za zaistniały kryzys w osobach nie w relacjach. Z drugiej strony są to osoby, które zgłaszają się po pomoc (w 38,1% wyłącznie z własnej inicjatywy), więc wysoka samoocena może być związana z determinacją, aby sytuację w małżeństwie poprawić.

2. Grupa małżeństw, w których jeden z partnerów choruje na depresję

a. Funkcjonowanie rodziny w ocenie obojga małżonków

W grupie małżeństw osób leczonych z powodu depresji będących w kryzysie małżeńskim całkowite funkcjonowanie rodziny, a także wszystkie obszary szczegółowe funkcjonowania rodziny (wypełnianie zadań, pełnienie ról, komunikacja, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, kontrola, wartości i normy) były pogorszone w porównaniu z kryterium. Wynik ten potwierdza hipotezę 1.

b. Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie obojga małżonków

Kryzys małżeński w grupie małżeństw zawierających osobę chorującą na depresję przebiega z pogorszeniem wszystkich obszarów funkcjonowania małżeństwa. Jako nieprawidłowe oboje małżonkowie oceniają całkowite funkcjonowanie małżeństwa, a także wypełnianie zadań, pełnienie ról, komunikację, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, kontrolę oraz wartości i normy. Ponownie w tej grupie małżeństw potwierdzono hipotezę 1 bez wyjątków.

c. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie obojga małżonków

W sytuacji kryzysu małżeńskiego samoocena w grupie małżeństw osób chorujących na depresję jest pogorszona we wszystkich aspektach funkcjonowania w rodzinie (wypełnianie zadań, pełnienie ról, komunikacja, emocjonalność, kontrola, wartości i normy) z

wyjątkiem zaangażowania uczuciowego. Tym samym potwierdzono hipotezę 1 z wyjątkiem obszaru zaangażowania uczuciowego.

W grupie małżeństw w kryzysie, w których jeden z partnerów choruje na depresję stwierdzono zaburzenia funkcjonowania na poziomie oceny rodziny, małżeństwa oraz samooceny z wyjątkiem samooceny zaangażowania uczuciowego. To oznacza, że hipoteza 1 została potwierdzona w wielu obszarach funkcjonowania rodziny z jednym tylko wyjątkiem. Zauważanie nieprawidłowości na wszystkich poziomach funkcjonowania: rodzinnym, małżeńskim i samooceny funkcjonowania w rodzinie świadczy z jednej strony o niezadowoleniu z małżeństwa i rodziny, jednocześnie oboje małżonkowie dostrzegają swoją rolę w tym pogorszonym funkcjonowaniu.

Niezadowolenie z rodziny, małżeństwa i własnego funkcjonowania w rodzinie pokazuje, że w tych rodzinach istnieje problem z wyznaczeniem adekwatnych do zmieniającej się sytuacji zadań, a niewielki stres może zaostrzyć istniejący kryzys. Wypełnianie zadań jest utrudniane poprzez niewystarczająco dopasowane do sytuacji rodziny role. Małżonkowie nie komunikują się w sposób na tyle jasny, aby móc się dobrze rozumieć. Również komunikacja emocjonalna nie jest odpowiednia na wszystkich piętrach sytemu rodzinnego. Małżonkowie odczuwają brak empatii, zainteresowania ze strony pozostałych członków rodziny, gdy tymczasem uważają, że sami dostatecznie interesują się innymi. Wzajemne oddziaływania członków rodziny nie pomagają dostosować się elastycznie do zmian w sytuacji rodziny. Brak jest zgody pomiędzy częściami składowymi rodzinnego systemu wartości, a członkom rodziny brak odpowiedniej swobody działania i autonomii.

Na poziomie własnego funkcjonowania w rodzinie znaleziono tylko jeden wyjątek od tej hipotezy – zaangażowanie uczuciowe. Pokazuje to, że zarówno osoby zdrowe, jak i ich chorzy partnerzy w tej grupie klinicznej uważają, że ich troska o pozostałych członków rodziny jest dostateczna, natomiast są przekonani, że nie otrzymują takiej samej troski od innych członków rodziny, w tym swoich małżonków.

3. Grupa małżeństw zdrowych w kryzysie małżeńskim

a. Funkcjonowanie rodziny w ocenie obojga małżonków

Małżonkowie zdrowi w kryzysie małżeńskim oceniali funkcjonowanie swoich rodzin jako gorsze od wartości kryterium w zakresie całościowego funkcjonowania rodziny i wszystkich jego szczegółowych obszarów: wypełniania zadań, pełnienia ról, komunikacji,

emocjonalności, zaangażowania uczuciowego, kontroli oraz wartości i norm. Oznacza to potwierdzenie hipotezy 1 we wszystkich obszarach funkcjonowania rodziny.

b. Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie obojga małżonków

Funkcjonowanie małżeństwa również oceniane było jako dysfunkcyjne w tej grupie małżeństw, nie tylko na poziomie całkowitego funkcjonowania, ale również we wszystkich badanych aspektach (wypełnianie zadań, pełnienie ról, komunikacja, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, kontrola, wartości i normy). Również na tym poziomie potwierdzono hipotezę 1 bez wyjątków.

c. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie obojga małżonków

Podczas kryzysu małżeńskiego w rodzinach zdrowych obserwowano niezadowolenie z własnego funkcjonowania małżonków w rodzinie zarówno w zakresie całościowej oceny, jak i wypełniania zadań, pełnienia ról, kontroli, wartości i norm. Z kolei w obszarze komunikacji, emocjonalności i zaangażowania uczuciowego badani małżonkowie oceniali siebie jako funkcjonujących prawidłowo. To oznacza, że hipotezę 1 potwierdzono z pewnymi wyjątkami (emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, komunikacja).

Gdy kryzys małżeński dotyka par, które nie borykają się jednocześnie z chorobą psychiczną, pogorszenie obserwowane jest nie tylko na poziomie wszystkich obszarów funkcjonowania małżeństwa, ale również rodziny. Także w zakresie samooceny funkcjonowania wiele obszarów było zaburzonych w stosunku do kryterium.

Uzyskane wyniki pokazują, że kryzys małżeński w rodzinach niedotkniętych chorobą psychiczną powoduje podobne zakłócenia funkcjonowania małżeństwa i rodziny, jak ma to miejsce w rodzinach obarczonych nie tylko kryzysem małżeńskim, ale również depresją lub schizofrenią. W małżeństwach i rodzinach osób zdrowych w kryzysie małżeńskim trudno jest wspólnie radzić sobie z problemami, a podział ról pomiędzy małżonków i pozostałych członków rodziny jest nieadekwatny do sytuacji rodziny. Zaburzona komunikacja na poziomie małżeństwa i całej rodziny powoduje narastanie nieporozumień, a wzajemna wymiana uczuć jest niewystarczająca. Również stopień zaufania i zainteresowania sobą nawzajem w małżeństwie i w całej rodzinie jest zbyt mały. Zachowania partnerów małżeńskich i pozostałych domowników są nieprzewidywalne i chaotyczne, a systemy wartości sprzeczne.

Obszarami samooceny, które pozostawały w granicach kryterium pomimo kryzysu w rodzinach osób zdrowych były komunikacja, emocjonalność i zaangażowanie czuciowe, co może wskazywać na fakt, że małżonkowie zdrowi są niezadowoleni z funkcjonowania swoich małżeństw i rodzin, ale odpowiedzialność za ten fakt przerzucają na swoich małżonków, szczególnie w zakresie braku zrozumienia i wymiany informacji, wyrażania uczuć oraz troski o członków rodziny.

Podsumowując można stwierdzić, że cechą charakterystyczną dla wielu rodzin prokreacyjnych w kryzysie małżeńskim jest nie tylko poważne zakłócenie funkcjonowania małżeństwa na wielu poziomach, ale także całego systemu rodzinnego. Spostrzeżenie to nie dziwi, gdyż zakłócenia w najważniejszym subsystemie rodziny muszą się przenosić na jej całościowe funkcjonowanie. Zakłócenia te we wspólnej ocenie małżonków osiągają poziom tak duży, że wskazana jest interwencja terapeutyczna. Jednocześnie zwraca uwagę fakt, że spośród wielu parametrów procesu rodzinnego, najlepiej oceniane jest własne zaangażowanie uczuciowe w rodzinie. Prawdopodobnie właśnie to zaangażowanie uczuciowe doprowadza małżeństwo do terapii.

6.1.2. Hipoteza 2 - w ocenie funkcjonowania rodziny, małżeństwa i samoocenie występują różnice pomiędzy małżeństwami, w których jedna osoba choruje na schizofrenię lub na depresję a małżeństwami zdrowymi w kryzysie małżeńskim

Informacje uzyskane przy testowaniu poprzedniej hipotezy wykazały, że wszyscy małżonkowie będący w kryzysie małżeńskim nie są zadowoleni z funkcjonowania swoich małżeństw i rodzin, a także z pewnych obszarów własnego funkcjonowania w rodzinie.

Postawienie kolejnej hipotezy służyło poszukiwaniu specyficznych cech, charakteryzujących systemy rodzinne w kryzysie małżeńskim związanych ze specyfiką rozpoznania psychiatrycznego małżonka chorego, różniących je od małżeństw zdrowych w kryzysie małżeńskim.

1. **Grupa małżeństw, w których jeden z partnerów choruje na schizofrenię – porównanie z grupą małżeństw zdrowych**
    a. **Funkcjonowanie rodziny w ocenie obojga małżonków**

Porównanie grupy badanej SCHI z grupą zdrowych psychicznie małżeństw w kryzysie wykazało lepsze oceny funkcjonowania rodzin osób chorujących na schizofrenię w zakresie

komunikacji, emocjonalności i zaangażowania uczuciowego. W pozostałych aspektach funkcjonowania rodziny (całkowite funkcjonowanie rodziny, wypełnianie zadań, pełnienie ról, kontrola, wartości i normy) nie znaleziono różnic. Hipotezę 2 udało się potwierdzić w trzech aspektach funkcjonowania rodziny: komunikacji, emocjonalności i zaangażowaniu uczuciowym.

b. **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie obojga małżonków**

W małżeństwach osób chorych na schizofrenię w sytuacji kryzysu małżeńskiego pozytywniej oceniane jest całkowite funkcjonowanie małżeństwa, a także wypełnianie zadań, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, kontrola oraz wartości i normy w porównaniu z grupą małżeństw nieobciążonych chorobą psychiczną pozostających w kryzysie małżeńskim. Hipoteza 2 została potwierdzona w wielu obszarach funkcjonowania małżeństwa z wyjątkiem pełnienia ról oraz komunikacji.

c. **Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie obojga małżonków**

Nie znaleziono różnic w samoocenie pomiędzy grupą małżeństw zdrowych w kryzysie a grupą małżeństw osób chorujących na schizofrenię. Na tym poziomie funkcjonowania nie udowodniono hipotezy 2.

W niniejszym badaniu potwierdzono obecność specyficznych dla schizofrenii różnic sprawiających, że zaburzenia funkcjonowania rodziny podczas kryzysu małżeńskiego jest odmienne od funkcjonowania rodzin zdrowych w tej samej sytuacji. Kierunek tych różnic był zaskakujący. Naturalnym oczekiwaniem było to, iż dodatkowy ciężar jaki nakłada choroba psychiczna spowoduje większe zakłócenia funkcjonowania rodziny na wielu poziomach niż ma to miejsce w zdrowych rodzinach w kryzysie małżeńskim. Te przypuszczenia nie potwierdziły się w grupie małżeństw, w których jeden z partnerów choruje na schizofrenię.

Choć małżonkowie z grupy SCHI tak jak małżonkowie zdrowi w kryzysie małżeńskim wyrażali swoje niezadowolenie z małżeństwa i rodziny, głębokość tego braku satysfakcji była mniejsza niż wśród osób zdrowych, szczególnie w zakresie funkcji związanych z życiem uczuciowym i to zarówno w aspekcie wyrażania uczuć jak i zainteresowania członków rodziny sobą nawzajem. Małżonkowie wyrażali również większe zadowolenie z wzajemnej komunikacji w małżeństwie oraz na poziomie całej rodziny. Trudności w określeniu właściwych zadań małżonków były mniejsze niż w małżeństwach

zdrowych, a systemy wartości mniej niespójne. Małżonkowie również byli mniej niezadowoleni z wzajemnego wpływu, jaki mają na swoje zachowanie.

Na poziomie funkcjonowania rodziny poza bardziej satysfakcjonującym życiem uczuciowym obserwuje się w rodzinach osób chorych na schizofrenię mniejsze zaburzenia we wzajemnej komunikacji pomiędzy członkami rodziny. Tak więc wydaje się, że obecność rozpoznanej schizofrenii u jednego z partnerów łagodzi krytyczną ocenę małżeństwa, a również w mniejszym stopniu rodziny, pomimo istniejącego kryzysu.

Można się pokusić o twierdzenie, że diagnoza schizofrenii jest czynnikiem ograniczającym rozmiary kryzysu małżeńskiego w systemie rodzinnym, a szczególnie subsystemie małżeńskim. Może się to dziać poprzez zmniejszenie oczekiwań partnera zdrowego wobec chorego (obniżenie „poprzeczki" oczekiwań w związku z chorobą) oraz docenienie przez chorego wysiłków partnera zdrowego zmierzających do utrzymania równowagi w rodzinie i małżeństwie. Rolę w tym procesie odgrywać może postrzeganie schizofrenii jako choroby nieuleczalnej i stygmatyzującej, ale jednocześnie niezawinionej przez pacjenta. Jego brak inicjatywy, zaangażowania w życie rodziny, brak aktywności poza domem są niejako usprawiedliwione poprzez obecność objawów choroby i „ciężar rozpoznania". Małżonkowie mogą się zgłaszać również wcześniej niż osoby zdrowe po pomoc w wyniku sugestii lekarzy traktując terapię małżeńską jako część standardowego programu leczenia schizofrenii.

2. Grupa małżeństw, w których jeden z partnerów choruje na depresję – porównanie z grupą małżeństw zdrowych

a. Funkcjonowanie rodziny w ocenie obojga małżonków

Różnice w ocenie funkcjonowania rodziny pomiędzy grupą badaną DEPR a kontrolną dotyczą kontroli, która jest oceniana jako bardziej dysfunkcyjna w rodzinach osób chorych na depresję. W zakresie pozostałych parametrów funkcjonowania rodziny (wypełnianie zadań, pełnienie ról, komunikacja, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, wartości i normy oraz całkowita ocena funkcjonowania rodziny) nie znaleziono różnic pomiędzy grupą DEPR a zdrowymi rodzinami w kryzysie małżeńskim. Hipotezę 2 potwierdzono zaledwie w zakresie wymiaru kontroli w rodzinie.

b. Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie obojga małżonków

Znaleziono tylko jedną różnicę w ocenie funkcjonowania małżeństwa pomiędzy grupą małżeństw w kryzysie zawierających małżonka chorego na depresję, a grupą małżeństw

zdrowych psychicznie w kryzysie małżeńskim: pary z grupy klinicznej cechowała bardziej negatywna ocena pełnienia ról w małżeństwie. Hipoteza 2 została potwierdzona tylko w zakresie pełnienia ról w małżeństwie

c. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie obojga małżonków

Małżonkowie z grupy klinicznej gorzej oceniają swoje funkcjonowanie w rodzinie w aspekcie całkowitej oceny funkcjonowania, a także pełnienia ról, komunikacji i kontroli w porównaniu z osobami zdrowymi w kryzysie małżeńskim. Hipoteza 2 została potwierdzona w kilku obszarach samooceny funkcjonowania w rodzinie.

W grupie małżeństw, w której jeden z małżonków chorował na depresję, hipoteza 2 potwierdziła się na poziomie całościowej oceny rodziny tylko w obszarze kontroli, a na poziomie oceny małżeństwa w zakresie pełnienia ról. Te parametry w grupie klinicznej były oceniane jako bardziej dysfunkcyjne niż w grupie kontrolnej. W pozostałych obszarach funkcjonowania rodziny i małżeństwa grupa kliniczna DEPR była podobna do grupy zdrowych małżonków w kryzysie małżeńskim.

Najwięcej różnic pomiędzy grupą kontrolną a kliniczną ujawniło się w zakresie samooceny, która nie tylko w zakresie kontroli i pełnienia ról była gorsza w grupie klinicznej, ale również w obszarze komunikacji i całościowej oceny własnego funkcjonowania w rodzinie. Wydaje się, że obecność depresji w małżeństwie podczas kryzysu nasila niezadowolenie przede wszystkim z samego siebie i może odzwierciedlać depresyjny styl myślenia, który nie ogranicza się do małżonka chorego, ale staje się cechą systemu małżeńskiego zawierającego osobę chorą [140]. Być może w tej grupie przeciwnie niż w grupie zawierającej osoby chore na schizofrenię, brak zadowolenia z małżeństwa i rodziny silniej wpływa na samoocenę.

W odniesieniu do innych obszarów funkcjonowania systemu rodzinnego małżonkowie z grupy DEPR są bardziej od małżonków zdrowych w kryzysie niezadowoleni z podziału ról w małżeństwie i sposobów wzajemnego oddziaływania członków rodziny na siebie, co może oznaczać, że sprawowanie kontroli w tych rodzinach charakteryzuje ukryta walka o władzę. Małżonkowie z małżeństw depresyjnych nie oszczędzają siebie nawzajem, a partnerzy chorzy nie mogą skorzystać z „taryfy ulgowej" związanej z rolą osoby chorej. Może to być związane z społecznym postrzeganiem problemów depresyjnych. Łagodniejsze zaburzenia przebiegające bez objawów psychotycznych mogą być odbierane przez małżonka zdrowego jako brak zaangażowania w małżeństwo lub lenistwo osoby chorej tzn. jak objawy zależne od

chorego, których zmiana podlega jego woli. W przypadku schizofrenii świadomość małżonków, że mają do czynienia z chorobą, powoduje obniżenie („medykalizację", a więc proces przesunięcia odpowiedzialności za istniejącą sytuację na medycynę i lekarzy) poprzeczki oczekiwań, natomiast depresja w większym stopniu może być postrzegana jako zjawisko podlegające woli [56]. Medykalizacja to proces, w wyniku którego różne ludzkie zachowania, problemy, trudności zostają zidentyfikowane jako jednostki chorobowe a odpowiedzialność za radzenie sobie z nimi spada na medycynę i lekarzy [141].

Uzyskane wyniki potwierdzające istnienie specyficznych cech rodzin prokreacyjnych pacjentów psychiatrycznych pozostających w kryzysie małżeńskim w zależności od rozpoznania. W przypadku par, w których jeden z partnerów choruje na schizofrenię, wyróżniającą cechą jest korzystniejsza ocena funkcjonowania wielu aspektów małżeństwa i niektórych całej rodziny, a przypadku par zawierających osoby z rozpoznaniem depresji różnice te lokalizują się głównie w bardziej negatywnej ocenie własnego funkcjonowania w rodzinie.

6.1.3. Hipoteza 3 - występują różnice w ocenie funkcjonowania małżeństwa, rodziny i siebie w rodzinie pomiędzy partnerem chorym a zdrowym

Sformułowanie tej hipotezy było związane z istniejącymi doniesieniami, że oceny funkcjonowania rodziny i małżeństwa mogą być różne w zależności od tego, który z partnerów (chory czy zdrowy) je ocenia [66, 71]. Różnice w ocenie między osobą chorą i zdrową mogą być wynikiem obecności objawów psychopatologicznych u osoby chorej, ale także tym, jakie odmienne role w rodzinie i małżeństwie pełnią osoba chora i jej zdrowy małżonek. Różnice w ocenie mogą być wyrazem niezadowolenia z tych ról lub znacznego obciążenia dodatkowymi obowiązkami.

1. **Grupa małżeństw, w których jeden z partnerów choruje na schizofrenię – porównanie oceny dokonanej przez małżonków chorych z oceną dokonaną przez ich zdrowych partnerów**
    a. **Funkcjonowanie rodziny - różnice między małżonkiem chorym a zdrowym**

Różnica oceny rodziny pomiędzy małżonkiem chorym na schizofrenię a jego zdrowym partnerem dotyczyła lepszej oceny pełnienia ról w rodzinie przez małżonków chorych, a także bardziej realistycznego oceniania rodziny przez osoby chore, na co wskazują wyższe niż u osób zdrowych wartości skal kontrolnych: obrony i oczekiwań społecznych.

Hipoteza 3 została potwierdzona na tym poziomie tylko w zakresie pełnienia ról oraz wartości skal kontrolnych.

b. Funkcjonowanie małżeństwa - różnice między małżonkiem chorym a zdrowym

Ocena małżeństwa podczas kryzysu małżeńskiego różni się w zależności od tego, czy wypowiada się osoba chora na schizofrenię czy jej zdrowy partner. Osoby chore oceniają lepiej niż ich małżonkowie całkowite funkcjonowanie swoich małżeństw oraz takie aspekty małżeństwa jak: wypełnianie zadań, pełnienie ról, wartości i normy. Hipoteza 3 została potwierdzona w zakresie kilku aspektów funkcjonowania małżeństwa.

c. Samoocena funkcjonowania w rodzinie - różnice między małżonkiem chorym a zdrowym

Istnieje różnica w samoocenie między małżonkiem chorym a zdrowym w grupie badanej SCHI w zakresie wypełniania zadań i kontroli w rodzinie, które są gorzej oceniane przez osoby chore na schizofrenię. Hipoteza 3 została potwierdzona tylko w dwóch obszarach samooceny.

Hipoteza 3 została potwierdzona w grupie, w której jeden z małżonków choruje na schizofrenię głównie w zakresie oceny małżeństwa. Małżonkowie chorzy oceniali lepiej swoje małżeństwo niż ich partnerzy w zakresie wypełniania zadań, pełnienia ról, wartości i norm oraz całościowego funkcjonowania małżeństwa. Osoby chore oceniały również lepiej niż ich małżonkowie pełnienie ról w rodzinie. Na poziomie samooceny funkcjonowania znaleziono zaskakująco mało różnic pomiędzy małżonkami chorymi a zdrowymi w grupie małżeństw, w których jeden małżonków choruje na schizofrenię. Zdrowi małżonkowie wykazywali lepszą samoocenę jedynie w zakresie wypełniania zadań i kontroli w rodzinie.

W lepszej ocenie małżeństwa dokonanej przez osoby chore może odzwierciedlać się ich wdzięczność za wysiłki partnera zmierzające do dostosowania się do sytuacji choroby prowadząc do idealizacji relacji z partnerem. Brak dużych różnic w samoocenie pomiędzy osobą zdrową a chorą może odzwierciedlać brak poczucia winy osoby chorej za zaistniałą sytuację kryzysu, ponieważ pełnienie roli chorego usprawiedliwia wycofanie z wcześniejszych obowiązków. Pacjenci adekwatnie zauważają, że ich udział w realizacji zadań rodziny pogorszył się, a także, że mają mniejszy wpływ na kontrolowanie zachowania innych członków rodziny.

Wysoka samoocena porównywalna z oceną zdrowych partnerów może również pokazywać rzeczywistą sytuację stosunkowo dobrej adaptacji chorej osoby w rodzinie. Namysłowska na podstawie badań rodzin prokreacyjnych osób chorych na schizofrenię [54] stwierdza, że rodziny prokreacyjne pacjentów chorujących na schizofrenię stawiają im zdecydowanie większe wymagania niż rodziny generacyjne zmuszając do pełnienia przypisanych im ról pomimo choroby. W niniejszym badaniu przeciw takiej bardzo dobrej adaptacji osób chorych świadczy fakt, że ich zdrowi partnerzy nie są zadowoleni z tego, jak osoba chora wywiązuje się ze swoich ról w małżeństwie oraz z realizacji podstawowych zadań małżeństwa.

2. **Grupa małżeństw, w których jeden z partnerów choruje na depresję – porównanie oceny dokonanej przez małżonków chorych z oceną dokonaną przez ich zdrowych partnerów**
    a. **Funkcjonowanie rodziny - różnice między małżonkiem chorym a zdrowym**

Małżonkowie chorzy i zdrowi z grupy badanej DEPR nie wykazują istotnych statystycznie różnic w ocenie swoich rodzin. Tym samym nie potwierdzono hipotezy 3 na tym poziomie funkcjonowania rodziny.

    b. **Funkcjonowanie małżeństwa - różnice między małżonkiem chorym a zdrowym**

Małżonkowie chorzy na depresję i ich zdrowi partnerzy nie różnili się w ocenie swoich małżeństw, co oznacza, że na poziomie funkcjonowania małżeństwa hipoteza 3 nie została potwierdzona.

    c. **Samoocena funkcjonowania w rodzinie - różnice między małżonkiem chorym a zdrowym**

Małżonkowie chorzy i zdrowi z grupy klinicznej różnili się samooceną funkcjonowania w rodzinie. Osoby chore gorzej oceniały swoje całkowite funkcjonowanie w rodzinie, jak również wypełnianie zadań, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, kontrolę oraz wartości i normy. Oznacza to, że hipoteza 3 została potwierdzona w tej grupie w zakresie wielu obszarów samooceny z wyjątkiem pełnienia ról oraz komunikacji.

W grupie małżeństw, w których jeden z partnerów chorował na depresję, hipoteza 3 znalazła potwierdzenie tylko w zakresie samooceny funkcjonowania w rodzinie. Zdrowi małżonkowie oceniali siebie jako lepiej funkcjonujących od partnerów chorujących na depresję w obszarze wypełniania zadań, emocjonalności, zaangażowania uczuciowego, kontroli, wartościach i normach oraz całościowym funkcjonowaniu w rodzinie. Małżonkowie nie różnili się za to w ocenie swojego małżeństwa i rodziny.

Lepsza ocena własnego funkcjonowania dokonana przez partnerów zdrowych nie jest zaskakująca, może oddawać ich zaangażowanie w opiekę nad rodziną i chorym małżonkiem w trudnej sytuacji choroby. Niższe oceny dokonane przez osoby chore mogą odzwierciedlać ich rzeczywiste trudności w funkcjonowaniu związane z chorobą, ale także depresyjny styl myślenia. Chorzy partnerzy dostrzegają swój mniejszy udział w realizacji rodzinnych celów, zmniejszone wyrażanie uczuć w rodzinie i mniejsze zainteresowanie jej członkami, a także obniżony wpływ na zachowania innych członków rodziny. Różnią się systemem wartości z innymi członkami rodziny. Brak różnic w ocenie rodziny i małżeństwa wskazuje na takie samo niezadowolenie obojga partnerów z ich funkcjonowania. Wartości samooceny wskazują na to, że za ten stan bardziej odpowiedzialne czują się osoby chore.

6.1.4. Hipoteza 4 - płeć małżonka chorego wpływa na ocenę funkcjonowania małżeństwa, rodziny i siebie w rodzinie przez oboje małżonków

Hipoteza 4 miała wyjaśnić wpływ płci, a szczególnie płci kulturowej osoby chorej, na ocenę rodziny i małżeństwa podczas kryzysu małżeńskiego. Naturalnym wydaje się przypuszczenie, że dla rodziny inne znaczenie ma choroba żony a inne męża, ze względu na ich odmienne role społeczne.

1. **Grupa małżeństw, w których jeden z partnerów choruje na schizofrenię – porównanie małżeństw, w których choruje kobieta z małżeństwami, w których choruje mężczyzna**
   a. **Funkcjonowanie rodziny – różnice między małżeństwami z chorą kobietą a z chorym mężczyzną**

W małżeństwach, gdzie chorował mąż, ocena rodziny przez oboje małżonków była bardziej krytyczna niż w małżeństwach, w których chorowała żona, na co wskazuje niższa w tej grupie wartość skali kontrolnej oczekiwań społecznych. W tej grupie małżeństw hipotezę 4 udało się potwierdzić w bardzo ograniczonym zakresie.

Funkcjonowanie rodziny – małżeństwa z chorym mężem

Jednoczesne uwzględnienie płci i choroby wykazało, że zdrowe kobiety gorzej oceniają pełnienie ról i całkowite funkcjonowanie swoich rodzin w porównaniu ze swoimi chorymi mężami i jednocześnie są bardziej krytyczne od nich w ocenie swoich rodzin, na co wskazuje niższy wynik w skali kontrolnej oczekiwań społecznych.

Funkcjonowanie rodziny - małżeństwa z chorą żoną

W małżeństwach, gdzie chorowała kobieta, mężowie i żony nie różnili się w ocenie swoich rodzin.

b. Funkcjonowanie małżeństwa- różnice między małżeństwami z chorą kobietą a z chorym mężczyzną

Nie znaleziono różnic w ocenie funkcjonowania małżeństwa w zależności od płci małżonka chorującego na schizofrenię, co oznacza, że na poziomie funkcjonowania małżeństwa nie potwierdzono hipotezy 4.

Funkcjonowanie małżeństwa – małżeństwa z chorym mężem

Jednoczesne uwzględnienie płci i choroby ujawniło, że żony będące w związku z mężczyzną chorym na schizofrenię postrzegają swoje małżeństwa jako bardziej dysfunkcyjne w porównaniu z tym, jak widzą je ich mężowie. Żony mężczyzn chorych na schizofrenię oceniają całkowite funkcjonowanie małżeństwa, wypełnianie zadań, pełnienie ról oraz wartości i normy, jako bardziej dysfunkcyjne niż w ocenie ich chorych mężów

Funkcjonowanie małżeństwa – małżeństwa z chorą żoną

Oboje partnerzy z małżeństw, w których chorowała kobieta, byli zgodni w ocenie swoich małżeństw.

c. Samoocena funkcjonowania w rodzinie - różnice między małżeństwami z chorą kobietą a z chorym mężczyzną

Płeć małżonka chorego nie różnicowała samooceny funkcjonowania w rodzinie w małżeństwach z osobą chorą na schizofrenię. Nie udało się potwierdzić hipotezy 4 na tym poziomie funkcjonowania rodziny.

Samoocena funkcjonowania w rodzinie - małżeństwa z chorym mężem

W zakresie samooceny funkcjonowania w rodzinie ta grupa małżeństw nie wykazywała różnic.

Samoocena funkcjonowania w rodzinie - małżeństwa z chorą żoną

Partnerzy z małżeństw, w których chorowała kobieta, nie różnili się samooceną funkcjonowania w rodzinie.

Hipoteza dotycząca różnic w ocenie funkcjonowania rodzin i małżeństw w zależności od płci osoby chorej nie znalazła praktycznie bezpośredniego potwierdzenia w grupie małżeństw, w której jeden małżonków chorował na schizofrenię. Przy dalszych analizach znaleziono jednak pewne różnice pomiędzy tymi małżeństwami.

W grupie małżeństw, gdzie na schizofrenię chorowały żony, bardzo zgodny obraz rodziny na wszystkich jej poziomach może świadczyć o bliskości partnerów małżeńskich, a także o dobrej wzajemnej komunikacji między nimi pomimo kryzysu małżeńskiego.

Odmienne spojrzenia na rodzinę i małżeństwo uzyskane w grupie małżeństw z chorym mężem zdaniem niektórych badaczy są wyznacznikiem izolacji partnerów od siebie i ich osamotnienia pomimo pozostawania w związku [142]. Widoczne jest wyraźne niezadowolenie zdrowych kobiet z małżeństwa i rodziny. Szczególnie trudne jest dla nich, że mężowie nie pełnią swoich dotychczasowych ról i mają mniejszy udział w rozwiązywaniu problemów, a one nie potrafią ich skutecznie zastąpić. Dostrzegalna jest również niezgodność w systemach wartości partnerów małżeńskich. Żony są bardziej niż mężowie niezadowolone z funkcjonowania ich rodziny, a w szczególności z tego, że role w rodzinie nie są właściwie rozdzielone. Zastanawiające jest także, że samoocena funkcjonowania w rodzinie zdrowych żon była taka sama jak ich chorych partnerów, gdy naturalne byłoby spodziewać się lepszej samooceny u osoby zdrowej. Wyniki te mogą odzwierciedlać nieradzenie sobie żon z sytuacją choroby męża, ich poczucie osamotnienia i bezradności w zaistniałej sytuacji.

2. **Grupa małżeństw, w których jeden z partnerów choruje na depresję – porównanie małżeństw, w których choruje kobieta z małżeństwami, w których choruje mężczyzna**
   a. **Funkcjonowanie rodziny – różnice między małżeństwami z chorą kobietą a z chorym mężczyzną**

Nie było różnic w ocenie rodziny, gdy porównano małżeństwa z chorym mężem i chorą żoną. Tym samym nie potwierdzono hipotezy 4 w tej grupie na poziomie funkcjonowania rodziny.

Funkcjonowanie rodziny – małżeństwa z chorym mężem

Nie znaleziono różnic w ocenie rodziny pomiędzy żonami i mężami w podgrupie, gdzie chorowali mężczyźni.

Funkcjonowanie rodziny - małżeństwa z chorą żoną

W małżeństwach, gdzie na depresję chorowały żony nie znaleziono różnic w ocenie rodziny pomiędzy mężami a żonami.

b. Funkcjonowanie małżeństwa- różnice między małżeństwami z chorą kobietą a z chorym mężczyzną

W ocenie małżeństwa nie występowały różnice między małżeństwami, gdzie chorowała żona a małżeństwami, gdzie chorował mąż, co oznacza, że również na tym poziomie funkcjonowania rodziny nie potwierdzono hipotezy 4.

Funkcjonowanie małżeństwa – małżeństwa z chorym mężem

Nie znaleziono różnic w ocenie małżeństwa pomiędzy żonami i mężami w podgrupie, gdzie chorowali mężczyźni.

Funkcjonowanie małżeństwa - małżeństwa z chorą żoną

W małżeństwach, gdzie na depresję chorowały żony nie znaleziono różnic w ocenie małżeństwa pomiędzy mężami a żonami.

c. Samoocena funkcjonowania w rodzinie - różnice między małżeństwami z chorą kobietą a z chorym mężczyzną

Samoocena całościowa funkcjonowania w rodzinie, a także pełnienie ról i zaangażowanie uczuciowe były oceniane przez oboje małżonków gorzej w tych małżeństwach, w których chorował mężczyzna w porównaniu z małżeństwami, w których chorowała kobieta. Hipotezę 4 udało się udowodnić tylko w zakresie kilku obszarów samooceny.

Samoocena funkcjonowania w rodzinie – małżeństwa z chorym mężem

Chorzy na depresję mężczyźni oceniali swoje funkcjonowanie w rodzinie jako gorsze od swoich żon w emocjonalności, kontroli, wartościach i normach oraz całkowitej ocenie funkcjonowania.

Samoocena funkcjonowania w rodzinie – małżeństwa z chora żoną

Nie znaleziono różnic w samoocenie żon i mężów w małżeństwach, gdzie na depresję chorowała kobieta.

W grupie małżeństw zawierających osobę chorą na depresję, hipoteza dotycząca odmiennego funkcjonowania rodzin, w których choruje kobieta, od rodzin, w których choruje mężczyzna, potwierdzona została tylko dla niektórych obszarów samooceny. W małżeństwach, gdzie chorował mężczyzna gorsza była samoocena pełnienia ról, zaangażowania uczuciowego oraz całościowa samoocena funkcjonowania w rodzinie. Wynik ten pokazuje, że depresja „głowy rodziny" wraz z kryzysem małżeńskim powodują większe zaburzenia we własnym funkcjonowaniu w rodzinie niż w grupie rodzin z chorą kobietą. Zakłóceniu ulega ocena własnego pełnienia ról – chory mężczyzna może mieć trudność w kontynuowaniu przypisanych mu aktywności poza domem, z kolei zdrowa kobieta musi przejąć przynajmniej częściowo funkcje swojego męża, a dodatkowo staje się jego opiekunką. Małżonkowie wyrażają również większe niezadowolenie z tego jak angażują się emocjonalnie w sprawy innych członków rodziny.

Dalsze analizy wykazały, że w grupie, gdzie na depresję chorowały kobiety, małżonkowie nie różnili się w ocenie małżeństwa i rodziny oraz samooceny funkcjonowania w rodzinie, podobnie jak w rodzinach, gdzie kobieta chorowała na schizofrenię. Zgodne oceny małżeństwa i rodziny w tej grupie wskazują na bliskość partnerów małżeńskich pomimo kryzysu. Zbliżona samoocena funkcjonowania w rodzinie obojga małżonków jest zaskakująca, ponieważ należałoby się spodziewać lepszej samooceny u osób zdrowych. Być może ten wynik pokazuje, że pomimo choroby kobiety ciągle spełniają w rodzinie wiele z przypisanych im ról.

W grupie, gdzie chorowali mężczyźni podobnie jak w grupie, gdzie chorowały kobiety małżonkowie nie różnili się w ocenie swoich małżeństw i rodzin. Znaleziono natomiast wiele różnic w zakresie samooceny. Zdrowe żony oceniały swoje funkcjonowanie w rodzinie lepiej niż chorzy mężowie w zakresie emocjonalności, kontroli, wartości i norm, a także całościowej oceny własnego funkcjonowania w rodzinie. Lepsze oceny zdrowych kobiet nie są

zaskakujące, mogą oddawać ich wysiłki zmierzające do podtrzymania właściwego funkcjonowania rodziny pomimo choroby męża. Wskazują one również na niezadowolenie chorych mężów z tego, jak wyrażają swoje uczucia wobec innych członków rodziny, jak wpływają na zachowania innych członków rodziny oraz z powodu istnienia rozbieżności w systemach wartości pomiędzy małżonkiem chorym a jego rodziną. Wyniki w tej grupie również należy traktować z daleko idącą ostrożnością ze względu na małe liczebności w porównywanych grupach.

Wydaje się więc, że depresja męża z towarzyszącym kryzysem małżeńskim dużo silniej obniża samoocenę obojga małżonków, a szczególnie silnie samych chorych mężczyzn. Za sytuację tą mogą odpowiadać role społeczne obojga partnerów. Kobiety w sytuacji choroby męża i kryzysu małżeńskiego ulegają znacznie większym obciążeniom z racji konieczności przyjęcia wielu dodatkowych ról, w wywiązywaniu się z których rzadko otrzymują dodatkowe wsparcie. Choroba męża i kryzys małżeński uderzają w najważniejsze, a według niektórych autorów jedyne źródło satysfakcji życiowej kobiety – rodzinę. Kobiety też w znacznie większym stopniu niż mężczyźni czują się winne, gdy ich relacje z bliskimi, szczególnie małżonkami ulegają pogorszeniu.

6.1.5. Hipoteza 5 - zachodzi związek pomiędzy czasem pozostawania w leczeniu psychiatrycznym a oceną funkcjonowania małżeństwa, rodziny i siebie w rodzinie przez oboje małżonków

Sformułowanie tej hipotezy miało na celu sprawdzenie, czy długość chorowania pacjenta może mieć wpływ na funkcjonowanie jego rodziny podczas kryzysu małżeńskiego. Za prawdopodobne przyjęto, że w początkowym okresie po rozpoznaniu choroby psychiatrycznej u pacjenta zaburzenia w funkcjonowaniu rodziny i małżeństwa mogą być większe ze względu na konieczność przystosowania do nowej sytuacji związanej z wystąpieniem choroby w rodzinie. Z czasem trwania leczenia zachodzą w systemie rodzinnym zmiany adaptacyjne, które mają na celu utrzymanie całości rodziny pomimo choroby. Im dłużej pacjent pozostaje w leczeniu, tym lepiej jego małżonek zna chorobę, wie, jak sobie z nią radzić. Zostają również wypracowane nowe role członków rodziny i nowe wzorce wzajemnych oddziaływań.

1. **Grupa małżeństw, w których jeden z partnerów choruje na schizofrenię**
    a. **Funkcjonowanie rodziny w ocenie obojga małżonków – związek z czasem pozostawania w leczeniu**

Nie znaleziono związku pomiędzy długością leczenia a oceną funkcjonowania rodziny przez oboje małżonków w małżeństwach zawierających osobę chorą na schizofrenię, co oznacza, że nie potwierdzono hipotezy 5 w zakresie funkcjonowania rodziny.

- **Funkcjonowanie rodziny w ocenie małżonków chorych - związek z czasem pozostawania w leczeniu**

Nie znaleziono istotnych statystycznie związków pomiędzy oceną różnych aspektów funkcjonowania rodziny przez małżonków chorych na schizofrenię a czasem pozostawania chorego w leczeniu psychiatrycznym.

- **Funkcjonowanie rodziny w ocenie małżonków zdrowych - związek z czasem pozostawania w leczeniu**

Również w grupie małżonków zdrowych związanych z osobami chorymi na schizofrenię nie znaleziono związku pomiędzy oceną funkcjonowania rodziny a czasem pozostawania przez pacjenta w leczeniu psychiatrycznym.

    b. **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie obojga małżonków - związek z czasem pozostawania w leczeniu**

Dłuższe pozostawanie w leczeniu psychiatrycznym osoby chorej było skorelowane z lepszą oceną pełnienia ról w małżeństwie przez oboje partnerów, pozostałe parametry funkcjonowania małżeństwa nie były skorelowane z czasem pozostawania w leczeniu. Hipoteza 5 została potwierdzona w zakresie funkcjonowania małżeństwa tylko w aspekcie pełnienia ról.

- **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie małżonków chorych - związek z czasem pozostawania w leczeniu**

Nie znaleziono istotnych statystycznie związków pomiędzy oceną różnych aspektów funkcjonowania małżeństwa przez osoby chore na schizofrenię a czasem pozostawania przez nie w leczeniu psychiatrycznym.

- **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie małżonków zdrowych - związek z czasem pozostawania w leczeniu**

Nie znaleziono istotnych statystycznie związków pomiędzy oceną różnych aspektów funkcjonowania małżeństwa przez zdrowych małżonków osób chorych na schizofrenię a czasem pozostawania przez pacjentów w leczeniu psychiatrycznym.

c. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie obojga małżonków - związek z czasem pozostawania w leczeniu

Nie znaleziono związku pomiędzy czasem trwania leczenia psychiatrycznego małżonków chorych na schizofrenię, a samooceną funkcjonowania w rodzinie dokonaną przez oboje partnerów. Hipoteza 5 nie została potwierdzona na poziomie samooceny funkcjonowania w rodzinie w tej grupie małżeństw.

- **Samoocena funkcjonowania w ocenie małżonków chorych - związek z czasem pozostawania w leczeniu**

Nie znaleziono związku pomiędzy czasem trwania leczenia psychiatrycznego małżonków chorych na schizofrenię, a ich samooceną funkcjonowania w rodzinie.

- **Samoocena funkcjonowania w ocenie małżonków zdrowych - związek z czasem pozostawania w leczeniu**

Zdrowi małżonkowie osób chorujących na schizofrenię wraz z czasem pozostawania przez ich chorego partnera w leczeniu psychiatrycznym gorzej oceniają własną kontrolę w rodzinie.

Hipoteza 5 została potwierdzona w niewielkim zakresie w grupie małżeństw zawierających osoby chorujące na schizofrenię – głównie w zakresie oceny pełnienia ról w małżeństwie. Im dłużej osoba chora na schizofrenię była leczona, tym lepsza była ocena tego parametru w małżeństwie przez oboje małżonków. Wynik ten przemawia za tym, że wraz z długością leczenia osoby chorej dochodzi do lepszej adaptacji w zakresie pełnionych w małżeństwie ról. Małżonkowie bardziej akceptują wzajemne wymagania wobec siebie, zmniejsza się poczucie, że wymagania drugiej strony są zbyt wygórowane. Wymagania małżonka zdrowego zostają obniżone. Wie on również, w jakich sprawach może polegać na chorym partnerze, a w jakich nie. Wraz z trwaniem leczenia spada nadzieja, że małżeństwo będzie funkcjonowało tak, jak przed chorobą, co wpływa pozytywnie na wypracowywanie

nowej koncepcji małżeństwa z uwzględnieniem sytuacji choroby i zmniejszonych możliwości chorego partnera.

W zakresie samooceny osoby zdrowe z grupy SCHI oceniały gorzej swoją kontrolę w rodzinie, im dłużej ich partner pozostawał w leczeniu psychiatrycznym. Wraz z trwaniem choroby zdrowy partner czuje, że ma mniejszy wpływ na zachowania innych członków rodziny oraz bierze na siebie mniej odpowiedzialności niż powinien.

2. Grupa małżeństw, w których jeden z partnerów choruje na depresję

a. Funkcjonowanie rodziny w ocenie obojga małżonków – związek z czasem pozostawania w leczeniu

Nie znaleziono związku pomiędzy oceną funkcjonowania rodziny przez oboje małżonków a długością leczenia osoby chorej. Nie potwierdzono hipotezy 5 w tej grupie małżeństw na poziomie oceny funkcjonowania rodziny.

- **Funkcjonowanie rodziny w ocenie małżonków chorych - związek z czasem pozostawania w leczeniu**

Nie znaleziono związku pomiędzy oceną funkcjonowania rodziny przez chorych na depresję małżonków a długością ich leczenia psychiatrycznego.

- **Funkcjonowanie rodziny w ocenie małżonków zdrowych - związek z czasem pozostawania w leczeniu**

W grupie zdrowych partnerów wraz z dłuższym trwaniem leczenia ich małżonka rosną oczekiwania społeczne, co oznacza zmniejszanie krytyczności w ocenie rodziny.

b. Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie obojga małżonków - związek z czasem pozostawania w leczeniu

Nie znaleziono związku pomiędzy oceną funkcjonowania małżeństwa zawierającego osoby chore na depresję dokonaną przez oboje partnerów a czasem leczenia psychiatrycznego osoby chorej. To oznacza, że w tej grupie małżeństw nie potwierdzono hipotezy 5 na poziomie funkcjonowania małżeństwa.

- **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie małżonków chorych - związek z czasem pozostawania w leczeniu**

W grupie małżonków chorych na depresję nie znaleziono związków ocen funkcjonowania małżeństwa z długością ich leczenia psychiatrycznego.

- **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie małżonków zdrowych - związek z czasem pozostawania w leczeniu**

Zdrowi małżonkowie oceniali lepiej zaangażowanie uczuciowe w swoich małżeństwach wraz z długością trwania leczenia psychiatrycznego ich chorego małżonka.

c. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie obojga małżonków - związek z czasem pozostawania w leczeniu

Nie znaleziono związku między samooceną funkcjonowania w rodzinie dokonaną przez oboje małżonków a czasem pozostawania w leczeniu małżonka chorego. Tym samym nie potwierdzono hipotezy 5 na tym poziomie funkcjonowania rodziny.

- **Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie małżonków chorych - związek z czasem pozostawania w leczeniu**

Nie znaleziono związku pomiędzy samooceną funkcjonowania w rodzinie dokonaną przez małżonków chorych na depresję a długością ich leczenia psychiatrycznego.

- **Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie małżonków zdrowych - związek z czasem pozostawania w leczeniu**

Nie znaleziono związku pomiędzy samooceną funkcjonowania w rodzinie dokonaną przez małżonków zdrowych a długością leczenia psychiatrycznego ich chorych na depresję partnerów.

Również w grupie DEPR hipotezę 5 udało się udowodnić w bardzo ograniczonym zakresie. Zdrowi partnerzy oceniali lepiej zaangażowanie uczuciowe w małżeństwie im dłużej ich partner pozostaje w leczeniu. Wraz z wydłużaniem się okresu leczenia zdrowi małżonkowie zauważali wzrost zaufania ze strony współmałżonków. Czuli się bliżej związani z partnerem, mając jednocześnie wzrastające przekonanie, że partner bierze pod uwagę ich uczucia i potrzeby. Być może wraz z długością chorowania zdrowy partner lepiej odróżnia

objawy choroby od zamierzonych zachowań pacjenta, wzrasta również wzajemna bliskość małżonków.

Podsumowując w zakresie funkcjonowania małżeństwa wraz z trwaniem leczenia osoby chorej obserwowano pojedyncze zmiany pozytywne zależne od rozpoznania osoby chorej. Natomiast zmiany negatywne obserwowane były w pojedynczych parametrach samooceny osoby zdrowej w przypadku małżeństw dotkniętych schizofrenią.

6.1.6. Hipoteza 6 - zachodzi związek między długością trwania małżeństwa a ocenami funkcjonowania małżeństwa, rodziny oraz siebie w rodzinie przez oboje małżonków

W badaniach nad małżeństwami zdrowymi obserwowano stopniowe pogarszanie się satysfakcji z małżeństwa przez pierwsze 20 lat jego trwania, a następnie stałą jej poprawę, gdy staż małżeński przekroczył 25 lat [143]. W przeprowadzonym badaniu staż małżeński większości par nie przekraczał 25 lat, wobec czego należałoby przypuszczać, że wraz z wzrostem stażu małżeńskiego będzie się obniżała ocena funkcjonowania małżeństwa.

1. **Grupa małżeństw, w których jeden z partnerów choruje na schizofrenię**
    a. **Funkcjonowanie rodziny w ocenie obojga małżonków – związek z długością trwania małżeństwa**

Nie znaleziono związku pomiędzy czasem trwania małżeństwa a oceną funkcjonowania rodziny dokonaną przez oboje małżonków w małżeństwach zawierających osobę chorą na schizofrenię. To oznacza, że nie potwierdzono hipotezy 6 na tym poziomie funkcjonowania.

- **Funkcjonowanie rodziny w ocenie małżonków chorych - związek z długością trwania małżeństwa**

Nie znaleziono związku pomiędzy oceną funkcjonowania rodziny przez chorych na schizofrenię małżonków a długością trwania ich małżeństwa.

- **Funkcjonowanie rodziny w ocenie małżonków zdrowych - związek z długością trwania małżeństwa**

Również w grupie małżonków zdrowych związanych z osobami chorymi na schizofrenię nie znaleziono związku pomiędzy oceną funkcjonowania rodziny a długością trwania małżeństwa.

b. Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie obojga małżonków - związek z długością trwania małżeństwa

Nie znaleziono istotnych statystycznie związków pomiędzy oceną funkcjonowania małżeństwa przez oboje małżonków z grupy SCHI a długością trwania małżeństwa. Nie potwierdzono hipotezy 6 na tym poziomie funkcjonowania rodziny.

- **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie małżonków chorych - związek z długością trwania małżeństwa**

W grupie małżonków chorych na schizofrenię nie znaleziono związków ocen funkcjonowania małżeństwa z długością jego trwania.

- **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie małżonków zdrowych - związek z długością trwania małżeństwa**

Nie znaleziono związku pomiędzy oceną funkcjonowania małżeństwa dokonaną przez małżonków zdrowych a długością jego trwania.

c. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie obojga małżonków - związek z długością trwania małżeństwa

Nie znaleziono związku pomiędzy długością trwania małżeństwa a samooceną funkcjonowania w rodzinie dokonaną przez oboje małżonków. Nie udało się potwierdzić hipotezy 6 na tym poziomie funkcjonowania rodziny.

- **Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie małżonków chorych - związek z długością trwania małżeństwa**

W grupie małżonków chorych na schizofrenię nie znaleziono związków samooceny funkcjonowania w rodzinie z długością trwania małżeństwa.

- **Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie małżonków zdrowych - związek z długością trwania małżeństwa**

Nie znaleziono związku pomiędzy samooceną funkcjonowania w rodzinie dokonaną przez małżonków zdrowych a długością trwania małżeństwa.

Wpływ stażu małżeńskiego na ocenę funkcjonowania rodziny i jej subsystemów podczas kryzysu małżeńskiego nie został potwierdzony w grupie małżeństw zawierających osoby chorujące na schizofrenię. Nie zauważono, aby staż małżeński miał wpływ na funkcjonowanie rodzin, małżeństw lub samoocenę funkcjonowania pacjentów chorych na schizofrenię i ich małżonków w czasie kryzysu małżeńskiego.

2. Grupa małżeństw, w których jeden z partnerów choruje na depresję

d. Funkcjonowanie rodziny w ocenie obojga małżonków - związek z długością trwania małżeństwa

Nie znaleziono związku pomiędzy oceną funkcjonowania rodziny dokonaną przez oboje małżonków a długością trwania ich małżeństwa. Hipoteza 6 nie została potwierdzona na tym poziomie funkcjonowania rodziny w grupie małżeństw zawierającej osoby chore na depresję.

- **Funkcjonowanie rodziny w ocenie małżonków chorych - związek z długością trwania małżeństwa**

W grupie małżonków chorujących na depresję znaleziono związek pomiędzy oceną funkcjonowania rodziny a stażem małżeńskim: wzrostowi stażu małżeńskiego towarzyszą coraz lepsze globalne oceny funkcjonowania rodziny, a także pełnienia ról oraz wartości i norm w rodzinie.

- **Funkcjonowanie rodziny w ocenie małżonków zdrowych - związek z długością trwania małżeństwa**

W grupie małżonków zdrowych związanych z osobami chorymi na depresję nie znaleziono związku pomiędzy oceną funkcjonowania rodziny a długością trwania małżeństwa.

b. Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie obojga małżonków - związek z długością trwania małżeństwa

Nie znaleziono związków pomiędzy oceną funkcjonowania małżeństwa dokonaną przez oboje małżonków a długością ich małżeństwa. To oznacza, że hipoteza 6 nie została udowodniona na poziomie funkcjonowania małżeństwa w grupie małżeństw zawierającej osoby chore na depresję.

- **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie małżonków chorych - związek z długością trwania małżeństwa**

W grupie małżonków chorych na depresję nie znaleziono związków ocen funkcjonowania małżeństwa ze stażem małżeńskim.

- **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie małżonków zdrowych - związek z długością trwania małżeństwa**

Obserwowano pogorszenie całkowitej oceny małżeństwa, komunikacji, emocjonalności i kontroli w małżeństwie wraz z wzrostem długości stażu małżeńskiego, gdy małżeństwo oceniali zdrowi małżonkowie osób chorych na depresję. W grupie małżonków zdrowych w zakresie oceny małżeństwa hipoteza 6 została potwierdzona dla całkowitej oceny małżeństwa, a także komunikacji, kontroli i emocjonalności w małżeństwie.

c. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie obojga małżonków - związek z długością trwania małżeństwa

Nie znaleziono związku między samooceną funkcjonowania w rodzinie dokonaną przez oboje małżonków z grupy zawierającej osoby chore na depresję a długością ich małżeństwa. Hipoteza 6 nie została potwierdzona na poziomie samooceny funkcjonowania w rodzinie w grupie małżeństw zawierającej osoby chore na depresję.

- **Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie małżonków chorych - związek z długością trwania małżeństwa**

Nie znaleziono związku pomiędzy samooceną funkcjonowania w rodzinie dokonaną przez małżonków chorych na depresję a długością trwania ich małżeństwa.

- **Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie małżonków zdrowych - związek z długością trwania małżeństwa**

Nie znaleziono związku pomiędzy samooceną funkcjonowania w rodzinie dokonaną przez małżonków osób chorych na depresję a długością trwania ich małżeństwa.

W grupie małżeństw z grupy DEPR znaleziono tylko kilka zależności. Zdrowi małżonkowie z dłuższym stażem małżeńskim oceniali swoje małżeństwa gorzej w zakresie komunikacji, emocjonalności, kontroli oraz całkowitego funkcjonowania. Potwierdzono, że dłuższy staż małżeński przy obecności kryzysu małżeńskiego może nasilać brak satysfakcji z małżeństwa, ale tylko partnerów zdrowych. Zdrowi partnerzy wraz z wydłużaniem się stażu małżeńskiego są coraz bardziej niezadowoleni z funkcjonowania swojego małżeństwa, a szczególnie z poziomu wymiany informacji i uczuć tak negatywnych, jak i pozytywnych z chorym małżonkiem, a także ze sposobów wzajemnego wpływu na swoje zachowanie.

Z kolei osoby chore wraz z długością trwania ich małżeństwa gorzej oceniały swoje rodziny w zakresie pełnienia ról, wartości i norm oraz całkowitego funkcjonowania. Tak więc w przypadku osób chorych wraz z trwaniem małżeństwa pogarsza się ocena funkcjonowania całej rodziny, a nie małżeństwa. Pacjenci wyrażają wzrastający brak satysfakcji z podziału obowiązków między członków rodziny, trudności w otwartym mówieniu, co myślą oraz niespójności rodzinnego systemu wartości, a także funkcjonowania rodziny jako całości.

6.1.7 Hipoteza 7 - wiek małżonków jest związany z ocenami funkcjonowania małżeństwa, rodziny i siebie w rodzinie przez oboje małżonków

Spośród czynników demograficznych postanowiono przeanalizować możliwy wpływ wieku na funkcjonowanie systemu rodzinnego, szczególnie, że w literaturze dotyczącej funkcjonowania małżeństwa pojawia się twierdzenie, że wraz z wiekiem małżonkowie większą uwagę zwracają na pozytywne aspekty wzajemnej relacji, minimalizując jej negatywne strony [144].

1. **Grupa małżeństw, w których jeden z partnerów choruje na schizofrenię**
    a. **Funkcjonowanie rodziny w ocenie obojga małżonków – związek z wiekiem małżonków**

Nie znaleziono związku pomiędzy wiekiem oceniającego małżonka a oceną funkcjonowania rodziny dokonaną przez oboje małżonków w małżeństwach zawierających

osobę chorą na schizofrenię. Tym samym nie potwierdzono hipotezy 7 na poziomie funkcjonowania całej rodziny.

- **Funkcjonowanie rodziny w ocenie małżonków chorych - związek z wiekiem małżonków**

W grupie małżonków chorych na schizofrenię nie znaleziono związków ocen funkcjonowania rodziny z wiekiem oceniającego małżonka.

- **Funkcjonowanie rodziny w ocenie małżonków zdrowych - związek z wiekiem małżonków**

Również w grupie małżonków zdrowych związanych z osobami chorymi na schizofrenię nie znaleziono związku pomiędzy oceną funkcjonowania rodziny a wiekiem oceniającego małżonka.

b. Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie obojga małżonków - związek z wiekiem małżonków

Nie znaleziono związku pomiędzy wiekiem oceniającego małżonka a oceną funkcjonowania małżeństwa dokonaną przez oboje małżonków w małżeństwach zawierających osobę chorą na schizofrenię. Tym samym nie potwierdzono hipotezy 7 na poziomie funkcjonowania małżeństwa.

- **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie małżonków chorych - związek z wiekiem małżonków**

W grupie małżonków chorych na schizofrenię nie znaleziono związków ocen funkcjonowania małżeństwa z wiekiem oceniającego małżonka.

- **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie małżonków zdrowych - związek z wiekiem małżonków**

Również w grupie małżonków zdrowych związanych z osobami chorymi na schizofrenię nie znaleziono związku pomiędzy oceną funkcjonowania małżeństwa a wiekiem oceniającego małżonka.

c. **Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie obojga małżonków - związek z wiekiem małżonków**

Nie znaleziono związku pomiędzy wiekiem oceniającego małżonka a samooceną funkcjonowania w rodzinie dokonaną przez oboje małżonków w małżeństwach zawierających osobę chorą na schizofrenię. Tym samym nie potwierdzono hipotezy 7 na poziomie samooceny funkcjonowania w rodzinie.

- **Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie małżonków chorych - związek z wiekiem małżonków**

Znaleziono zależność pomiędzy wiekiem osoby leczonej z powodu schizofrenii a jej samooceną pełnienia ról w rodzinie. Wraz z wiekiem małżonek chory na schizofrenię lepiej ocenia swoją umiejętność do wypełniania ról w rodzinie.

- **Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie małżonków zdrowych - związek z wiekiem małżonków**

W grupie małżonków zdrowych związanych z osobami chorymi na schizofrenię nie znaleziono związku pomiędzy samooceną funkcjonowania w rodzinie a wiekiem oceniającego małżonka.

Hipoteza dotycząca wpływu wieku na ocenę aspektów funkcjonowania systemu rodzinnego została potwierdzona w grupie osób chorujących na schizofrenię tylko odnośnie samooceny pełnienia ról w rodzinie. Wraz z wiekiem małżonkowie chorzy są bardziej zadowoleni ze swojego udziału w wypełnianiu obowiązków wobec rodziny, jak również czują się nimi mniej obciążeni. Może to być związane z stopniową redukcją ról w rodzinie wraz ze starzeniem się małżonków: stopniowo zmniejszają się obowiązki związane z zajmowaniem się dziećmi, które stają się samodzielne, zmniejsza się obciążenie pracą, a sytuacja zawodowa i rodzinna stabilizuje się. Nie zauważono, by wraz z wiekiem polepszała się ocena małżeństwa.

2. **Grupa małżeństw, w których jeden z partnerów choruje na depresję**
   a. **Funkcjonowanie rodziny w ocenie obojga małżonków - związek z wiekiem małżonków**

Nie znaleziono związku pomiędzy wiekiem oceniającego małżonka a oceną funkcjonowania rodziny dokonaną przez oboje małżonków w małżeństwach zawierających

osobę chorą na depresję. Tym samym nie potwierdzono hipotezy 7 na poziomie funkcjonowania całej rodziny.

- **Funkcjonowanie rodziny w ocenie małżonków chorych - związek z wiekiem małżonków**

W grupie małżonków chorych na depresję nie znaleziono związków ocen funkcjonowania rodziny z wiekiem oceniającego małżonka.

- **Funkcjonowanie rodziny w ocenie małżonków zdrowych - związek z wiekiem małżonków**

Również w grupie małżonków zdrowych związanych z osobami chorymi na depresję nie znaleziono związku pomiędzy oceną funkcjonowania rodziny a wiekiem oceniającego małżonka.

b. Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie obojga małżonków - związek z wiekiem małżonków

Znaleziono związek pomiędzy wiekiem oceniającego małżonka a oceną emocjonalności w małżeństwie dokonaną przez oboje małżonków w małżeństwach zawierających osobę chorą na depresję. Wyższemu wiekowi osoby oceniającej towarzyszy bardziej negatywna ocena emocjonalności w małżeństwie. To oznacza potwierdzenie hipotezy 7 zaledwie w zakresie emocjonalności w małżeństwie, dla pozostałych obszarów funkcjonowania małżeństwa ta hipoteza nie została potwierdzona.

- **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie małżonków chorych - związek z wiekiem małżonków**

W grupie małżonków chorych na depresję nie znaleziono związków ocen funkcjonowania małżeństwa z wiekiem oceniającego małżonka.

- **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie małżonków zdrowych - związek z wiekiem małżonków**

Znaleziono związek pomiędzy ogólną oceną małżeństwa, wypełnianiem zadań, komunikacją, emocjonalnością, zaangażowaniem uczuciowym i kontrolą w małżeństwie z wiekiem oceniającego zdrowego małżonka. Wraz ze starzeniem się zdrowy małżonek coraz

bardziej negatywnie oceniał funkcjonowanie swojego małżeństwa w wymienionych aspektach.

c. Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie obojga małżonków - związek z wiekiem małżonków

Nie znaleziono związku pomiędzy wiekiem oceniającego małżonka a samooceną funkcjonowania w rodzinie dokonaną przez oboje małżonków w małżeństwach zawierających osobę chorą na depresję. Tym samym nie potwierdzono hipotezy 7 na poziomie samooceny funkcjonowania w rodzinie.

- **Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie małżonków chorych - związek z wiekiem małżonków**

W grupie małżonków chorych na depresję nie znaleziono związków samooceny funkcjonowania w rodzinie z wiekiem oceniającego małżonka.

- **Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie małżonków zdrowych - związek z wiekiem małżonków**

Znaleziono związek pomiędzy samooceną wartości i norm w rodzinie a wiekiem oceniającego zdrowego małżonka. Ocena własnych wartości i norm w rodzinie pogarsza się wraz z wiekiem zdrowego partnera.

W grupie DEPR hipoteza 7 została potwierdzona dla oceny emocjonalności w małżeństwie, która ulega pogorszeniu im osoby są starsze, co było zaskakującym wynikiem zważywszy na dane z literatury. W grupie małżeństw „depresyjnych" wraz z wiekiem rosło niezadowolenie związane z coraz większą trudnością we wzajemnym wyrażaniu uczuć między małżonkami.

W grupie zdrowych małżonków osób chorych na depresję zauważono stopniowe pogarszanie się zadowolenia z małżeństwa wraz z wiekiem. Starsi małżonkowie gorzej oceniają całkowite funkcjonowanie swoich małżeństw i wypełnianie zadań, kontrolę, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe oraz komunikację w małżeństwie, a także dostrzegają coraz większą rozbieżność swojego sytemu wartości z rodzinnym.

Podsumowując można stwierdzić, że wiek ma negatywny wpływ na ocenę funkcjonowania małżeństwa głównie przez zdrowych małżonków osób depresyjnych i raczej uwypukla negatywne spojrzenie na związek. Narasta niezadowolenie i poczucie przeciążenia

zadaniami w małżeństwie, zachowanie małżonka jest oceniane jako nieprzewidywalne, wzajemna wymiana uczuć i informacji, coraz bardziej niewystarczająca, a zainteresowanie ze strony chorego małżonka zbyt małe.

6.1.8. Hipoteza 8 - występują różnice w ocenie funkcjonowania małżeństwa, rodziny i siebie w rodzinie pomiędzy grupami małżeństw w zależności od rozpoznania klinicznego jednego z małżonków

Testowanie hipotezy 2 pozwoliło na znalezienie szczególnych cech systemów małżeńskich dotkniętych schizofrenią lub depresją różniących je od małżeństw zdrowych psychicznie w kryzysie małżeńskim. Hipoteza 8 została sformułowana, aby oddzielić wspólny efekt działania choroby psychicznej w rodzinie od specyficznego efektu związanego z konkretnym rozpoznaniem psychiatrycznym.

1. **Funkcjonowanie rodziny w ocenie obojga małżonków – porównanie małżeństw zawierających osoby chore na schizofrenię z małżeństwami zawierającymi osoby chore na depresję**

W małżeństwach osób chorych na schizofrenię oboje małżonkowie lepiej oceniali emocjonalność i komunikację w rodzinie w porównaniu z małżeństwami osób chorych na depresję. Również w tej grupie wyższe były wyniki skal kontrolnych, co wskazuje na tendencję do mniej krytycznych ocen funkcjonowania rodziny niż w grupie małżeństw osób leczonych z powodu depresji. Oznacza to, że hipotezę 8 udało się potwierdzić jedynie w zakresie emocjonalności i komunikacji na poziomie funkcjonowania rodziny.

- **Funkcjonowanie rodziny w ocenie małżonków chorych – porównanie osób chorujących na schizofrenię i depresję**

Całkowite funkcjonowanie rodziny, a także pełnienie ról, komunikacja, emocjonalność w rodzinie lepiej były oceniane przez małżonków leczonych z powodu schizofrenii w porównaniu z osobami leczonymi z powodu depresji. Skale kontrolne wyższe w grupie osób ze schizofrenią niż z depresją, wskazywały na mniej krytyczny obraz rodziny w tej grupie, gdy tymczasem osoby chore na depresję były krytyczne w ocenie swoich rodzin.

- **Funkcjonowanie rodziny w ocenie małżonków zdrowych – porównanie partnerów osób chorujących na schizofrenię i depresję**

Nie było różnic w ocenie rodziny pomiędzy zdrowymi partnerami w obu grupach klinicznych.

2. **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie obojga małżonków - porównanie małżeństw zawierających osoby chore na schizofrenię z małżeństwami zawierającymi osoby chore na depresję**

W małżeństwach zawierających osoby chorujące na schizofrenię lepiej oceniana była emocjonalność pomiędzy małżonkami niż w małżeństwach zawierających osoby chore na depresję. Oznacza to, że hipotezę 8 udało się potwierdzić tylko na poziomie emocjonalności na poziomie funkcjonowania małżeństwa.

- **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie małżonków chorych – porównanie osób chorujących na schizofrenię i depresję**

Osoby chorujące na schizofrenię oceniały wartości i normy w swoich małżeństwach oraz całościowe funkcjonowanie małżeństwa lepiej niż osoby chorujące na depresję.

- **Funkcjonowanie małżeństwa w ocenie małżonków zdrowych – porównanie partnerów osób chorujących na schizofrenię i depresję**

Nie znaleziono różnic pomiędzy ocenami małżeństwa dokonanymi przez zdrowych małżonków z grupy SCHI i DEPR.

3. **Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie obojga małżonków - porównanie małżeństw zawierających osoby chore na schizofrenię z małżeństwami zawierającymi osoby chore na depresję**

Całkowita samoocena funkcjonowania w rodzinie, a także ocena własnego wypełniania zadań, komunikacji, zaangażowania uczuciowego były lepsze w grupie małżeństw ze schizofrenią w porównaniu z grupą małżeństw zawierającą osoby chore na depresję.

- **Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie małżonków chorych – porównanie osób chorujących na schizofrenię i depresję**

Gorzej w porównaniu z małżonkami chorymi na schizofrenię małżonkowie chorujący na depresję postrzegali siebie w zakresie sumarycznej oceny własnego funkcjonowania, a także własnego zaangażowania uczuciowego i komunikacji w rodzinie.

- **Samoocena funkcjonowania w rodzinie w ocenie małżonków zdrowych – porównanie partnerów osób chorujących na schizofrenię i depresję**

Nie było różnic w samoocenie pomiędzy zdrowymi partnerami z obu grup klinicznych.

Występowanie szczególnych cech systemu małżeńskiego „depresyjnego" różniące go od systemu małżeńskiego „schizofrenicznego" zostało potwierdzone na poziomie większości obszarów samooceny oraz niektórych parametrów oceny małżeństwa i rodziny. Wszelkie różnice były na korzyść grupy małżeństw zawierających osoby chore na schizofrenię.

W zakresie samooceny funkcjonowania w rodzinie lepiej oceniane było wypełnianie zadań, komunikacja, zaangażowanie uczuciowe oraz całościowa samoocena funkcjonowania, na poziomie oceny funkcjonowania rodziny lepiej oceniane były emocjonalność i kontrola, a na poziomie funkcjonowania małżeństwa lepiej oceniana była emocjonalność. Tak więc pary małżeńskie zawierające osobę chorą na schizofrenię wyrażają większe zadowolenie ze wzajemnej wymiany uczuć między sobą, a także sobą i innymi członkami rodziny. W ich rodzinach zasady dotyczące zachowania są bardziej klarowne, a ich globalna ocena własnego funkcjonowania w rodzinie lepsza. Małżonkowie są bardziej zadowoleni z własnego udziału w rozwiązywaniu problemów rodziny, lepiej rozumieją innych członków rodziny i czują się przez nich bardziej rozumiani, a także bardziej troszczą się o swoją rodzinę.

Dalsze analizy, uwzględniające kto wypowiada się o rodzinie, wykazały, że w grupie SCHI i DEPR zdrowi partnerzy nie różnili się w sposób istotny statystycznie w zakresie oceny funkcjonowania rodziny na wszystkich poziomach.

Różnice występowały pomiędzy pacjentami chorującymi na depresję i schizofrenię, głównie na poziomie oceny funkcjonowania rodziny i własnego funkcjonowania w rodzinie. Osoby chorujące na schizofrenię oceniały swoje funkcjonowanie w rodzinie lepiej od osób chorych na depresję w zakresie całościowego funkcjonowania, a także komunikacji i zaangażowania uczuciowego, a funkcjonowanie swojej rodziny lepiej w zakresie całościowego funkcjonowania, a także pełnienia ról, komunikacji oraz emocjonalności. W

zakresie funkcjonowania małżeństwa osoby chore na schizofrenię lepiej oceniały całościowe funkcjonowanie małżeństw oraz wartości i normy w swoich małżeństwach w porównaniu z osobami chorymi na depresję.

Okazało się, że w porównaniu z osobami chorymi na depresję osoby chore na schizofrenię dostrzegają większą spójność poglądów ze swoimi małżonkami dotyczących tego, co dobre i złe, przyszłości oraz wspólnego spędzania czasu. Uważają, że w ich rodzinach podział obowiązków jest bardziej funkcjonalny, a przepływ informacji mniej zaburzony. Zdaniem pacjentów chorujących na schizofrenię w ich rodzinach panuje atmosfera pozwalająca na wyrażanie szerokiego spektrum emocji w sposób bardziej swobodny niż w rodzinach pacjentów chorujących na depresję. Osoby te charakteryzują się również lepszą oceną swojego sposobu komunikacji z członkami rodziny oraz troski o nich.

Różnice w ocenie systemu rodzinnego znalezione pomiędzy pacjentami chorującymi na schizofrenię i pacjentami chorującymi na depresję, których nie znaleziono pomiędzy ich zdrowymi partnerami, mogą być wyrazem specyficznych trudności związanych z psychopatologią. Wobec tego bardziej negatywne oceny rodziny, małżeństwa, a szczególnie samooceny dokonane przez pacjentów chorujących na depresję mogą odzwierciedlać specyficzny „depresyjny" styl poznawczy charakterystyczny dla tych chorych i tendencji do przypisywania sobie odpowiedzialności za trudności w funkcjonowaniu rodziny. Z kolei pozytywne oceny dokonane przez osoby chorujące na schizofrenię również mogą wynikać z zaburzeń w realistycznej ocenie rzeczywistości. Jednak ten ostatni wniosek wydaje się mało prawdopodobny zważywszy na to, że skale kontrolne osób chorych na schizofrenię wskazują na ich bardziej realistyczne postrzeganie swoich rodzin.

6.2. Wnioski

1. Rodziny w kryzysie małżeńskim, bez względu na to, czy zawierają osobę chorą psychicznie, czy też nie, funkcjonują w sposób nieprawidłowy nie tylko w większości obszarów funkcjonowania małżeństwa, ale także całej rodziny. Poziom tych zakłóceń wskazuje na potrzebę interwencji terapeutycznej.

2. Rodziny prokreacyjne pacjentów leczonych psychiatrycznie będące w kryzysie małżeńskim wykazują pewne charakterystyczne cechy funkcjonowania odróżniające je od funkcjonowania rodzin osób zdrowych w kryzysie małżeńskim i zależne od konkretnego rozpoznania. Rodziny pacjentów chorych na schizofrenię wyróżnia lepsze (od rodzin osób zdrowych w kryzysie małżeńskim) funkcjonowanie małżeństwa w większości badanych wymiarów, jak również funkcjonowanie rodziny w kilku obszarach. Dla rodzin pacjentów chorych na depresję szczególnie charakterystyczna jest bardziej negatywna (niż w rodzinach osób zdrowych w kryzysie małżeńskim) samoocena niektórych obszarów funkcjonowania w rodzinie.

3. Ocena funkcjonowania różnych poziomów systemu rodzinnego jest zależna od tego, czy dokonuje jej osoba chora, czy jej zdrowy małżonek. Osoby chore na schizofrenię pozytywniej od swoich małżonków oceniają swoje małżeństwa w kilku aspektach, małżonkowie zdrowi w tej grupie mają lepszą samoocenę radzenia sobie z problemami w rodzinie i wpływu na zachowanie jej członków. Osoby chore na depresję negatywnej od swoich małżonków oceniają większość aspektów własnego funkcjonowania w rodzinie.

4. Płeć osoby chorej może w istotny sposób wpływać na funkcjonowanie jej rodziny podczas kryzysu małżeńskiego. Zarówno w grupie małżeństw borykających się ze schizofrenią, jak i z depresją zauważono większe trudności w tej grupie małżeństw, gdzie pacjentem był mąż. W małżeństwach, gdzie mąż chorował na schizofrenię, te trudności wyrażały się większym niezadowoleniem żon głównie z tego, jak funkcjonuje ich małżeństwo, ale także rodzina, co oddaje trudność żon w sprostaniu nowej sytuacji. Grupa małżeństw, w których na depresję choruje mąż, cechowała się obniżoną samooceną funkcjonowania, która była szczególnie niska u chorych mężczyzn. Wyniki te wskazują, że małżeństwa, w których choruje „głowa rodziny”

wymagają szczególnego wsparcia zewnętrznego w procesie adaptacji do choroby, a szczególnie w wypracowaniu nowego podziału zadań, satysfakcjonującego dla obojga partnerów relacji małżeńskiej.

5. Poszukiwanie specyficznych cech rodzin prokreacyjnych „schizofrenicznych" i „depresyjnych" pokazało najwięcej korzystnych różnic w indywidualnym funkcjonowaniu małżonków z rodzin zawierających osoby chore na schizofrenię, a także większe zadowolenie z wymiany uczuć między małżonkami nawzajem oraz między członkami ich rodzin. Dalsze analizy wykazały, że za różnice w ocenie funkcjonowania pomiędzy rodzinami „schizofrenicznymi" a „depresyjnymi" odpowiadają głównie różnice w ocenie pomiędzy małżonkami chorymi. Zdrowi partnerzy w zbliżony sposób oceniają swoje rodziny, co może oddawać wspólne dla nich brzemię choroby psychicznej. Różnice w ocenie funkcjonowania rodzin pomiędzy partnerami chorymi na schizofrenię i depresję wyrażają się w korzystniejszych ocenach niektórych parametrów własnego funkcjonowania w rodzinie oraz funkcjonowania całej rodziny, a także niektórych aspektów dotyczących małżeństwa osób chorych na schizofrenię. Skale kontrolne pacjentów chorych na schizofrenię pozwalają zaryzykować twierdzenie, że ci pacjenci widzą funkcjonowanie swoich rodzin bardziej obiektywnie, natomiast negatywne oceny w grupie pacjentów depresyjnych mogą być wywołane przez czynniki psychopatologiczne, tzn. depresyjny styl poznawczy.

6. Zmiany zachodzące w rodzinach prokreacyjnych z czasem leczenia osoby chorej nie wpływają znacząco na funkcjonowania rodziny podczas kryzysu małżeńskiego. W rodzinach osób chorych na schizofrenię wraz z wydłużaniem się czasu leczenia dochodzi do lepszej adaptacji pełnionych w małżeństwie ról. W rodzinach pacjentów chorych na depresję wraz z dłuższym pozostawaniem w opiece psychiatrycznej zdrowy partner odczuwa większą bliskość i zainteresowanie ze strony małżonka.

7. Zmiany zachodzące z rosnącym stażem małżeńskim w rodzinach prokreacyjnych pacjentów chorujących na schizofrenię nie wpływały znacząco na funkcjonowanie ich rodzin podczas kryzysu małżeńskiego. Natomiast obserwowano nasilanie się niezadowolenia z niektórych obszarów funkcjonowania małżeństwa (całkowitej oceny małżeństwa, komunikacji, emocjonalności i kontroli) u zdrowych partnerów osób

chorych na depresję. Z kolei pacjenci chorujący na depresję z wzrostem stażu małżeńskiego byli bardziej niezadowoleni z funkcjonowania swoich rodzin.

8. Starzenie się małżonków nie odgrywało wielkiej roli w ocenie funkcjonowania rodziny podczas kryzysu małżeńskiego w grupie zmagającej się z brzemieniem schizofrenii. Zauważono, że starzenie się osób chorych powoduje ich lepszą samoocenę w zakresie udziału w zadaniach rodziny. Natomiast w grupie zawierającej pacjentów chorych na depresję wraz ze starzeniem się małżonków pogarszało wyrażanie emocji w małżeństwach i rosło niezadowolenie małżonków zdrowych z ich małżeństw.

6.3. Dyskusja

Wystąpienie choroby psychicznej w rodzinie stawia system rodzinny przed poważnym wyzwaniem szczególnie, jeśli osobą chorą jest jeden z małżonków. W rodzinie i małżeństwie musi dojść do szeregu zmian przystosowawczych, które pozwolą na dalsze funkcjonowanie rodziny pomimo choroby. Dla obojga małżonków zmiany te oznaczają konieczność redefiniowania ich wzajemnej relacji oraz podjęcie ról, do pełnienia których nie są przygotowani. Osoba zdrowa zostaje obciążona dodatkowymi obowiązkami, pozycja osoby chorej w rodzinie może ulec marginalizacji. Konieczność wprowadzenia zmian w dotychczasowym funkcjonowaniu może prowadzić do kryzysu małżeństwa i rodziny, ale też daje możliwość uruchomienia szeregu zasobów prowadzących do poprawy funkcjonowania i umocnienia wzajemnych relacji małżonków.

Problem kryzysu małżeńskiego przy obecności choroby psychicznej w małżeństwie bywa marginalizowany we współczesnych badaniach nad rodzinami osób chorych psychicznie. Pomimo dużego zainteresowania kontekstem interpersonalnym osób chorych, sporadycznie można spotkać badania poświęcone rodzinom prokreacyjnym pacjentów, a szczególnie w sytuacji kryzysu małżeńskiego. W niniejszym badaniu zajmowano się wyłącznie małżeństwami przeżywającymi kryzys małżeński, zarówno zdrowymi, jak i borykającymi się z brzemieniem schizofrenii lub depresji. Istotne zawężenie badania stanowił fakt dotarcia tylko do tych rodzin, które same lub za namową lekarza prowadzącego leczenie osoby chorej zgłosiły się do terapii małżeńskiej, co nie pozwala przenosić uzyskanych wyników na całą populację małżeństw w kryzysie.

Oboje partnerzy z badanych grup małżeństw oceniali funkcjonowanie swoich rodzin na trzech poziomach: rodziny jako całości, małżeństwa oraz samooceny funkcjonowania w rodzinie. Tak więc za każdym razem, gdy opisywane jest funkcjonowanie rodziny mamy do czynienia z subiektywnym opisem osoby badanej – osobistą narracją. Wybierając taki „nieobiektywny" sposób opisu funkcjonowania badanych rodzin kierowano się założeniami konstrukcjonizmu społecznego, mówiącymi, że dotarcie do obiektywnej prawdy jest niemożliwe, że zależy ona od kontekstu, a narracje odgrywają główną rolę w organizacji i podtrzymywaniu obrazu siebie i własnych sytuacji życiowych. Wzięto również pod uwagę istniejące badania naukowe, w których badano funkcjonowanie rodziny pacjentów psychiatrycznych obiektywnie i subiektywnie. Badania te wykazały, że wartość predykcyjną dla funkcjonowania pacjenta miały jedynie subiektywne oceny rodziny [65, 93, 145].

Inne ograniczenie niniejszego badania stanowi fakt małej liczebności grup badanych, stąd wszelkie wyniki powinny być traktowane z duża ostrożnością.

1. Funkcjonowanie rodziny prokreacyjnej w czasie kryzysu małżeńskiego

Obserwowano pewne wspólne cechy w rodzinach doświadczających kryzysu małżeńskiego. Oboje członkowie diady małżeńskiej zgłaszali niezadowolenie z funkcjonowania swojego małżeństwa, co wydaje się być uzasadnione przeżywanym przez nich kryzysem tej relacji, ale byli również w znacznym stopniu niezadowoleni z funkcjonowania swoich rodzin. Ten wynik potwierdza założenia teoretyków funkcjonowania małżeństwa i rodziny, że to relacja małżeńska tworzy ramy dla funkcjonowania całego systemu rodzinnego [14]. Poziom niezadowolenia z funkcjonowania małżeństwa i rodziny w subiektywnej ocenie małżonków był tak wysoki, że uzasadniał subiektywną konieczność podjęcia interwencji terapeutycznej. Być może tylko w wyniku tak dużego braku satysfakcji małżonkowie, szczególnie zdrowi psychicznie, byli skłonni szukać pomocy w instytucji psychiatrycznej, przezwyciężając lęk przed stygmatyzacją.

Poza pewnymi podobieństwami w ocenie rodziny obserwowano również specyficzne dla danej grupy rodzin obszary dysfunkcji i siły. Małżeństwa, w których jeden z małżonków chorował na schizofrenię wykazywały zadowolenie z zaangażowania uczuciowego w rodzinach i emocjonalności w małżeństwach, a także z większości obszarów samooceny z wyjątkiem pełnienia ról i kontroli. Pary, w których małżonek chorował na depresję nie były zadowolone z żadnego obszaru funkcjonowania małżeństwa i rodziny, natomiast były zadowolone z tego jak każde z nich jest zaangażowane emocjonalnie w rodzinie. Rodziny zdrowe w kryzysie małżeńskim były również niezadowolone ze wszystkich aspektów swoich

małżeństw i rodzin, ale znajdowały więcej obszarów samooceny, z których były usatysfakcjonowane (komunikacja, emocjonalność i zaangażowanie uczuciowe). Biorąc pod uwagę te wyniki, można się zastanawiać, jak duży musi być poziom niezadowolenia, by para zgłosiła się do terapii. Wydaje się, że pary, w których jeden z partnerów choruje na schizofrenię, zgłaszają się do leczenia przy mniejszym poziomie niezadowolenia z funkcjonowania małżeństwa i rodziny. Być może ma to również związek z tym, że małżeństwa te częściej korzystają z zalecenia lekarza, aby podjąć terapię małżeńską, a rzadziej zgłaszają się wyłącznie z własnej inicjatywy. Medykalizacja schizofrenii jest silnie ugruntowana społecznie [56], a propozycja terapii małżeńskiej może być postrzegana przez małżonków jako składnik kompleksowego leczenia. Natomiast pary zdrowe psychicznie lub zawierające osobę chorą na depresję muszą być bardziej niezadowolone z małżeństwa, rodziny, ale także przede wszystkim ze swojego udziału w trudnościach rodziny, aby przezwyciężyć lęk przed stygmatyzacją i zgłosić się po pomoc do palcówki związanej z psychiatrią. Warto zaznaczyć, że pary zawierające osobę chorą na depresję częściej (62,1%) niż osoby chore na schizofrenię (38,1%) zgłaszały się na terapię małżeńską z własnej inicjatywy.

2. Funkcjonowanie rodzin prokreacyjnych osób chorych na schizofrenię podczas kryzysu małżeńskiego

Jako że do tej pory nie badano rodzin prokreacyjnych pacjentów chorujących na schizofrenię jednocześnie przeżywających kryzys małżeński, trudno odnieść uzyskane wyniki do istniejących danych. W dotychczasowych badaniach dotyczących rodzin generacyjnych oraz prokreacyjnych pacjentów obserwowano zaburzenia funkcjonowania w zakresie kontroli zachowania [146], komunikacji [85] oraz całościowego funkcjonowania rodziny [85, 146]. Można na tej podstawie przypuszczać, że obecność kryzysu małżeńskiego przy jednoczesnej chorobie jednego z małżonków powoduje znacznie większe zakłócenia w funkcjonowaniu rodziny niż sama choroba psychiczna.

Pewnym zaskoczeniem był fakt, że małżonkowie oceniali lepiej niż rodziny zdrowe w kryzysie małżeńskim funkcjonowanie wielu obszarów funkcjonowania małżeństwa (całkowite funkcjonowanie małżeństwa, wypełnianie zadań, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, kontrola oraz wartości i normy) i kilku funkcjonowania rodziny (komunikacja, emocjonalność i zaangażowanie uczuciowe). Wynik ten może być związany z tym, że małżeństwa te zgłaszały się po pomoc wcześniej, przy znacznie mniejszym subiektywnym nasileniu trudności w zakresie funkcjonowania małżeństwa i rodziny i znacznie częściej pod

wpływem sugestii lekarza zaangażowanego w leczenie pacjenta (61,9%). Rolę w tym procesie odgrywać może znaczna medykalizacja schizofrenii, która społecznie postrzegana jest jako poważna i upośledzająca funkcjonowanie pacjenta choroba psychiczna [56]. Takie społeczne rozumienie schizofrenii poza stygmatyzacją niesie również zyski dla pacjenta w postaci możliwości funkcjonowania w roli osoby chorej, redukcję indywidualnej winy z racji choroby oraz szybsze szukanie pomocy przez pacjenta i jego rodzinę w placówkach psychiatrycznych [141]. Medykalizacja schizofrenii wydaje się więc nieść pozytywne skutki dla pacjenta i jego rodziny, również w zakresie subiektywnej oceny funkcjonowania rodziny i małżeństwa pomimo kryzysu.

Podobnie jak w innych badaniach, tak i tu znaleziono rozbieżności w ocenie różnych poziomów funkcjonowania rodziny pomiędzy małżonkiem zdrowym a chorym na schizofrenię. Małżonkowie chorzy oceniali lepiej swoje małżeństwa całościowo, a także w zakresie wypełniania zadań, pełnienia ról oraz wartości i norm, a rodziny w zakresie pełnienia ról, a siebie gorzej w aspekcie wypełniania zadań i kontroli. Kierunek tych różnic szczególnie w zakresie funkcjonowania rodziny był zaskakujący, gdyż inni badacze zauważali, że pacjenci chorzy na schizofrenię gorzej oceniają całościowe funkcjonowanie swoich rodzin [82], a także rozwiązywanie problemów w rodzinie [71] czyli parametr odpowiadający wypełnianiu zadań w niniejszym badaniu. Różnice pomiędzy tym badaniem a dotychczasowymi mogą wynikać z wybranej populacji zawierającej tylko rodziny prokreacyjne.

Stwierdzone w badaniu różnice pomiędzy pacjentem a zdrowym małżonkiem mogą, jak w soczewce, obrazować zmiany adaptacyjne zachodzące w rolach obojga małżonków. Wysiłki zdrowego małżonka w wypełnianiu dodatkowych ról w tym w opiece nad chorym zostają docenione w lepszej ocenie małżeństwa dokonanej przez osobę chorą. Różnice w subiektywnej ocenie funkcjonowania rodziny w jej wielu aspektach nie wydają się być tylko odzwierciedleniem psychopatologii pacjenta, to jest jego zaburzonego odbioru rzeczywistości. Skale kontrolne dotyczące oceny rodziny pokazują, że to osoby chore cechują się bardziej realnym spojrzeniem na rodzinę, gdy małżonkowie zdrowi patrzą na nią zdecydowanie krytyczniej, być może w związku z poczuciem przeciążenia dodatkowymi obowiązkami.

Różnice pomiędzy partnerem zdrowym i chorym analizowano dalej chcąc zrozumieć wpływ płci pacjenta na funkcjonowanie jego rodziny. W grupie małżeństw, w których na schizofrenię chorował mąż znaleziono wiele rozbieżności w ocenie funkcjonowania małżeństwa i rodziny pomiędzy małżonkami. Zdrowe żony wyrażały większy brak satysfakcji

z funkcjonowania rodziny i małżeństwa. Natomiast w grupie małżeństw, gdzie chorowały żony obserwowano zgodne opisy funkcjonowania rodziny na wszystkich jej poziomach. Biorąc pod uwagę wyniki wcześniejszych badań spodziewano się gorszego funkcjonowania rodzin zawierających chorego męża. Uzyskane wyniki, a szczególnie oceny dokonane przez zdrowe żony, potwierdzają spostrzeżenia Namysłowskiej, że gorzej funkcjonują rodziny prokreacyjne chorych na schizofrenię mężczyzn [54] i są one w sposób szczególny zagrożone dalszą dezorganizacją i kryzysem.

Schizofrenia i związane z nią objawy znacznie bardziej uderzają w rolę społeczną mężczyzny, od którego wymagana jest większa aktywność poza domem oraz konieczność wykazywania się umiejętnościami, niż w rolę społeczną kobiety, która jest postrzegana jako bardziej pasywna i związana z rodziną. Tak więc chora kobieta ciągle może spełniać wiele wyznaczonych jej społecznie ról pozostając w domu (wychowywanie dzieci, zajmowanie się domem). Polskie badania rodzin prokreacyjnych pacjentów chorych na schizofrenię pokazują, że nie zdarza się, aby chore kobiety były wyłączone z obowiązków domowych [53, 54]. Natomiast chorzy mężczyźni w 8% w ogóle nie partycypują w domowych obowiązkach, pozostając zgodnie ze swoją rolą społeczną w dużej zależności od kobiet w wielu aspektach życia domowego [53, 54]. Choroba męża ciągle w polskim społeczeństwie postrzeganego jako żywiciel rodziny powoduje konieczność przejęcia przez żonę tej funkcji, a także stania się główną opiekunką osoby chorej. Zgodnie ze swoją rolą społeczną kobiety są postrzegane jako osoby stworzone do pełnienia ról opiekuńczych i otrzymują w związku z tym znacznie mniej wsparcia w ich pełnieniu. Choroba męża uderza też w podstawowe źródło satysfakcji kobiety – rodzinę, gdy tymczasem mężowie chorych kobiet mogą w sytuacji choroby szukać satysfakcji poza domem, szczególnie w pracy. Z badań Namysłowskiej wynika, że istotnie mężczyźni czują się mniej obciążeni opieką nad chorą kobietą niż ma to miejsce w przypadku opiekujących się mężem kobiet [54].

Znaleziono bardzo niewielki wpływ takich czynników, jak czas od rozpoznania choroby, staż małżeński lub wiek małżonka na ocenę funkcjonowania rodziny, choć w niektórych innych badaniach czynniki te miały znaczenie szczególnie dla funkcjonowania małżeństwa.

Zauważono, że im dłuższy czas mija od postawienia rozpoznania schizofrenii u chorego małżonka, tym lepiej oboje małżonkowie oceniają pełnienie ról w swoich małżeństwach. Wynik te pokazuje, że z czasem dochodzi do adaptacji związanej z chorobą, co potwierdza twierdzenia Rollanda dotyczące stopniowej adaptacji rodziny do sytuacji przewlekłej choroby [13]. Nie potwierdzono natomiast wyniku Namysłowskiej, że wraz z

trwaniem choroby następuje pogorszenie związku uczuciowego małżonków [54], nie odnotowano żadnych zależnych od długości leczenia zmian w parametrach funkcjonowania małżeństwa dotyczących życia uczuciowego (emocjonalność i zaangażowanie uczuciowe). Jednak także i tu można to wyjaśnić preselekcją grupy badanej.

Nie zauważono, aby staż małżeński miał wpływ na funkcjonowanie rodzin, małżeństw lub samoocenę funkcjonowania pacjentów chorych na schizofrenię i ich małżonków w czasie kryzysu małżeńskiego. Tym samym nie potwierdzono w tej grupie spostrzeżeń innych autorów dotyczących niekorzystnych zmian satysfakcji małżeńskiej wraz z trwaniem małżeństwa [143].

Wpływ wieku na ocenę funkcjonowania rodziny odnotowano tylko u pacjentów chorych na schizofrenię, którzy starzejąc się coraz lepiej oceniali swoje pełnienie ról w rodzinie. Nie zauważono natomiast, by z wiekiem polepszała się ocena małżeństwa, co było spostrzegane w badaniach nad zdrowymi parami [144].

3. Funkcjonowanie rodzin prokreacyjnych osób chorych na depresję podczas kryzysu małżeńskiego

Trudno odnieść się do wcześniejszych badań dotyczących rodzin prokreacyjnych pacjentów chorujących na depresję, ponieważ z reguły nie prowadzono badań poświeconych wyłącznie rodzinom pacjentów z depresją będących w kryzysie małżeńskim. Istniejące porównania z normami dotyczą chorób afektywnych (ChAD, ChAJ), a ocena dokonywana była podczas epizodu choroby i nie kontrolowano tych rodzin pod względem kryzysu małżeńskiego. W badaniach tych obserwowano nieprawidłowe funkcjonowanie rodziny w zakresie rozwiązywania problemów, komunikacji, ról, emocjonalności, zaangażowania uczuciowego, kontroli zachowania i całościowego funkcjonowania rodziny [61, 62, 64, 147]. Tak więc w rodzinach osób chorych na zaburzenia afektywne obserwowano zakłócenia wielu obszarów ich funkcjonowania, trudno jest jednak na tej podstawie wnioskować, które z nich mogą być specyficznie wywołane poprzez kryzys małżeński oraz czy obecność kryzysu i choroby zwiększa te zakłócenia w porównaniu z obecnością samej choroby bez kryzysu.

Jedyne badanie, które porównywało pary małżeńskie zawierające żony chore na depresję będące w kryzysie oraz zdrowe psychicznie pary małżeńskie w kryzysie wykazało, że zaburzenia funkcjonowania tych par są bardzo zbliżone i cechują się zwiększoną ilością agresywnych zachowań małżonków wobec siebie [148]. W niniejszym badaniu znaleziono jednak pewne subtelne różnice odróżniające te grupy małżonków, a zlokalizowane głównie,

choć nie wyłącznie, w obszarze samooceny. Najprawdopodobniej częściowo za tę różnicę odpowiadać może włączenie do badania par z chorym na depresję mężem, w których obserwowano niższą samoocenę niektórych obszarów funkcjonowania w rodzinie (pełnienie ról, kontrola, komunikacja, całkowita samoocena) niż w parach zawierających chore żony.

Nie potwierdzono stwierdzanych w innych badaniach różnic pomiędzy chorym na depresję pacjentem a jego zdrowym małżonkiem w zakresie oceny rodziny i małżeństwa w żadnym z badanych obszarów. Różnice te miały dotyczyć obszarów komunikacji oraz rozwiązywania problemów [59, 66]. Jako że obserwowano je w grupie małżeństw, w której nie kontrolowano obecności kryzysu małżeńskiego, można postawić hipotezę, że obecność kryzysu małżeńskiego w parach zawierających osoby chore na depresję niweluje rozbieżności w ocenie małżeństwa i rodziny.

Potwierdzono obecność różnicy pomiędzy małżeństwami, w których choruje na depresję kobieta i mężczyzna. Dotyczy ona obszarów samooceny funkcjonowania w rodzinie (pełnienia ról, zaangażowania uczuciowego oraz całościowej samooceny funkcjonowania w rodzinie), która była gorsza w grupie małżeństw z chorym mężem. Dodatkowo w grupie, gdzie chorowały żony nie stwierdzono rozbieżności między małżonkiem zdrowym i chorym w ocenie wszystkich poziomów rodziny, natomiast w grupie z chorym mężem odkryto różnice w ocenie związane z gorszą samooceną chorych mężów w zakresie emocjonalności, kontroli, wartości i norm oraz całkowitej samooceny. Uzyskane wyniki należy traktować z dużą ostrożnością ze względu na niewielką liczebność w porównywanych grupach, chociaż wydają się one być zgodne z powszechnymi przekonaniami oraz wynikami badań innych autorów. Te różnice potwierdzają tezę Dudek, że kobiety i mężczyźni żyjący z osobami cierpiącymi na chorobę psychiczną inaczej przeżywają chorobę współmałżonka [140], a choroba męża wywiera na kobiety bardziej destrukcyjny wpływ [140], co może być też związane z ich większym wycofaniem się z życia i izolacją społeczną. Nie potwierdzono natomiast następujących spostrzeżeń innych autorów: niekorzystne zmiany w relacjach małżeńskich w większym stopniu wpływają na samoocenę chorej kobiety niż mężczyzny, a chorzy mężczyźni gorzej oceniają funkcjonowanie swoich małżeństw niż chore kobiety. Gorsze funkcjonowanie w parach z chorym mężem podobnie jak w grupie małżeństw zawierających osoby chore na schizofrenię, może być związane z odmiennymi rolami społecznymi mężczyzny i kobiety. Choroba męża w większym stopniu zawęża jego role społeczne znacznie obciążając zdrową żonę akumulacją obowiązków.

Obserwowano również niewielki wpływ takich czynników, jak czas od rozpoznania choroby, staż małżeński lub wiek małżonka na ocenę funkcjonowania małżeństwa głównie

przez partnerów zdrowych. Wraz z upływem czasu od rozpoznania depresji zdrowy małżonek lepiej oceniał zaangażowanie uczuciowe w swoim małżeństwie, co może się wiązać z faktem lepszego przystosowania do choroby i rozróżniania pomiędzy chorobowymi zachowaniami pacjenta, a jego charakterem.

Potwierdzono spostrzeżenia innych autorów, że staż małżeński może mieć niekorzystny efekt na satysfakcję małżeńską, ale tylko zdrowych partnerów z rodzin zmagających się z depresją i tylko w tych parametrach funkcjonowania małżeństwa, które obejmują wzajemną wymianę informacji, emocji i zachowań między małżonkami. Nie obserwowano wpływu długości małżeństwa na samoocenę osób chorych i zdrowych w grupie DEPR. Nie potwierdzono tym samym wyników otrzymanych przez Dudek, że im dłuższy staż małżeński, tym lepsza samoocena zdrowego partnera [140], co może wynikać z tego, że w niniejszym badaniu pod uwagę brana była samoocena funkcjonowania w rodzinie, a nie samoocena w sensie generalnego samopoczucia i zadowolenia z siebie.

Wiek wpływał podobnie jak staż małżeński na ocenę funkcjonowania małżeństwa przez zdrowych małżonków, ale w większej ilości obszarów. Pogarszanie oceny małżeństwa obserwowano w zakresie całościowej oceny, a także wypełniania zadań, kontroli, emocjonalności, zaangażowania uczuciowego i komunikacji. Wynik ten był nie zgodny z wynikami uzyskanymi przez innych badaczy na osobach zdrowych, pokazującymi, że w miarę starzenia się małżonków dochodzi do uwypuklenia pozytywnych aspektów wzajemnej relacji [144]. Te same czynniki wywierały znacznie mniejszy wpływ na ocenę rodziny dokonywaną przez osoby chore na depresję. Odnotowano tylko wpływ dłuższego stażu małżeńskiego na niezadowolenie z funkcjonowania rodziny.

4. Różnice w funkcjonowaniu rodzin prokreacyjnych osób chorujących na schizofrenię w porównaniu z rodzinami osób chorujących na depresję

Małżonkowie z rodzin zawierających osobę chorą na schizofrenię lepiej oceniali swoje rodziny niż małżonkowie z grupy zawierającej osoby chore na depresję. Najwięcej korzystnych różnic w ocenie dotyczyło samooceny (wypełnianie zadań, komunikacja, zaangażowanie uczuciowe oraz całościowa samoocena funkcjonowania), ale także emocjonalności i kontroli w rodzinie oraz emocjonalności w małżeństwie. Spostrzeżenie to potwierdza się również w badaniach Trangkasombat, który zauważył, że rodziny osób chorujących na depresję funkcjonują gorzej od rodzin osób chorujących na schizofrenię [83].

Dalsze analizy wykazały, że różnice w ocenie pomiędzy zdrowymi partnerami z obu grup są statystycznie nieistotne, natomiast istotne wydają się różnice między pacjentami chorymi na depresję i schizofrenię dotyczące głównie obszarów funkcjonowania rodziny i siebie w rodzinie. Wynik ten jest podobny z wynikami badania uzyskanymi przez Koyama w grupie rodzin ze schizofrenią i depresją [71]. Autor ten interpretuje brak różnic w ocenie dokonanej przez zdrowe osoby z rodziny, jako wyraz brzemienia związanego z chorobą psychiczną występującą w rodzinie niezależnie od konkretnego rozpoznania. Koyama również znalazł różnice w ocenie rodziny pomiędzy pacjentami z różnymi rozpoznaniami klinicznymi, jednak kierunek tych różnic był odmienny. W jego badaniu pacjenci chorujący na schizofrenię oceniali obszar rozwiązywania problemów gorzej niż pacjenci chorujący na depresję [71]. Tak więc w badanej grupie nie potwierdzono spostrzeżeń Koyamy, ani w odniesieniu do kierunku różnic, ani w zakresie wskazanych przez niego obszarów odmiennego funkcjonowania rodziny, gdyż obszar wypełniania zadań był oceniany przez obie grupy pacjentów tak samo. Różnice w ocenie systemu rodzinnego mogą być wyrazem specyficznych trudności pacjentów związanych z ich psychopatologią. Bardziej negatywne oceny rodziny, małżeństwa, a szczególnie samooceny przez pacjentów chorujących na depresję mogą odzwierciedlać specyficzny „depresyjny" styl poznawczy, charakterystyczny dla osób chorujących na depresję i tendencji do przypisywania sobie odpowiedzialności za trudności w funkcjonowaniu rodziny. Z kolei pozytywne oceny dokonane przez osoby chorujące na schizofrenię również mogą wynikać z zaburzeń w realistycznej ocenie rzeczywistości.

Wydaje się prawdopodobne, że lepsza ocena w rodzinach prokreacyjnych zawierających osoby chore na schizofrenię może być związana ze znacznie silniejszą medykalizacją schizofrenii [141]. Partnerzy osób chorych i sami pacjenci postrzegają schizofrenię jako chorobę i obniżają swoje oczekiwania wobec partnera oraz samych siebie. Natomiast w przypadku depresji proces medykalizacji nie jest tak nasilony, co potwierdzają badania dotyczące jej społecznego postrzegania [149, 150]. W ciągu ostatnich lat wzrasta rozumienie depresji, jako choroby uwarunkowanej biologicznie [141, 151], ale mimo to nie jest ona uznawana przez społeczeństwo za poważną chorobę psychiczną i bywa wiązana ze „złym charakterem" osoby chorej lub jej problemami osobowościowymi [56, 149]. Wydaje się zatem celowe, aby pacjenci chorujący na depresję i członkowie ich rodzin mogli korzystać z programów psychoedukacji, która jest standardowym składnikiem kompleksowego leczenia schizofrenii [152, 153]. Psychoedukacja dostarcza podstawowych informacji dotyczących danego schorzenia psychicznego i sposobów radzenia sobie z powodowanymi przez chorobę

trudnościami, ale jednocześnie powoduje zmniejszenie negatywnych postaw członków rodziny wobec chorego, obniża brzemię związane z chorobą, redukuje ryzyko nawrotu, a także pozwala na uzyskanie większej akceptacji choroby psychicznej przez pacjenta i poprawia jego współpracę w procesie leczenia [18, 22, 147, 152, 153].

Streszczenie

We współczesnych badaniach z zakresu psychiatrii, jak również w praktyce klinicznej wzrasta zainteresowanie środowiskiem, w którym żyje pacjent. W szczególności dotyczy to najbliższej rodziny, ponieważ interakcje z członkami rodziny mogą wpływać na przebieg choroby pacjenta. Liczne badania wskazują na współwystępowanie trudności funkcjonowania rodzin i małżeństw z chorobą psychiczną jednego z małżonków. Z kolei pogorszone funkcjonowanie systemu rodzinnego niekorzystnie wpływa na rokowanie pacjenta. Istniejące dane i praktyka kliniczna przemawiają za dołączeniem terapii rodzinnej i małżeńskiej do wielowymiarowego programu leczenia choroby psychicznej. Poznanie obszarów specyficznych dysfunkcji, ich głębokości oraz związku z typem choroby psychicznej może być pomocne w planowaniu specyficznych interwencji rodzinnych i małżeńskich w odniesieniu do konkretnego schorzenia lub grupy schorzeń.

Celem pracy był opis kryzysu małżeńskiego pacjentów chorujących na schizofrenię lub depresję oraz porównanie go z kryzysem małżeńskim osób zdrowych. Sformułowano osiem hipotez badawczych w oparciu o istniejące badania oraz obserwacje kliniczne. Badania przeprowadzono w Zakładzie Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum.

Jako głównego narzędzia badawczego użyto Kwestionariuszy do Oceny Rodziny normalizowanych dla populacji polskiej. Ocena funkcjonowania systemu rodzinnego obejmowała jego różne aspekty (wypełnianie zadań, pełnienie ról, komunikację, emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, kontrolę, wartości i normy) na trzech poziomach funkcjonowania: indywidualnym, diady małżeńskiej oraz rodziny jako całości. Wykorzystano również informacje zawarte w Karcie Skierowania, Ankiecie Informacji o Rodzinie oraz dokumentacji terapii małżeńskiej.

Zbadano 21 małżeństw podczas kryzysu małżeńskiego, w których jeden z małżonków chorował na schizofrenię (grupa SCHI), 29 małżeństw w kryzysie małżeńskim, w których jeden z małżonków chorował na depresję (grupa DEPR). Do każdej z grup badanych dobrano równoliczne grupy kontrolne złożone ze zdrowych psychicznie małżeństw podczas kryzysu małżeńskiego. Wszystkie badane pary zgłosiły się do Zakłady Terapii Rodzin, aby poddać się terapii małżeńskiej. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej.

Udało się potwierdzić 5 z 8 hipotez badawczych. Uzyskane wyniki pokazują, że rodziny w kryzysie małżeńskim, które zgłosiły się do terapii, bez względu na to, czy

zawierają osobę chorą psychicznie, czy też nie, funkcjonują w sposób nieprawidłowy nie tylko w większości obszarów funkcjonowania małżeństwa, ale także całej rodziny. Poziom tych zakłóceń uzasadnia potrzebę interwencji terapeutycznej.

Małżeństwa zawierające osobę chorą psychicznie funkcjonują podczas kryzysu małżeńskiego w sposób odmienny niż małżeństwa zdrowe również dotknięte kryzysem. Rodziny pacjentów chorych na schizofrenię wyróżnia lepsze (od rodzin osób zdrowych w kryzysie małżeńskim) funkcjonowanie małżeństwa w większości badanych wymiarów, jak również funkcjonowanie rodziny w kilku obszarach. Dla rodzin pacjentów chorych na depresję szczególnie charakterystyczna jest bardziej negatywna (niż w rodzinach osób zdrowych w kryzysie małżeńskim) samoocena niektórych obszarów funkcjonowania w rodzinie.

Ocena funkcjonowania rożnych poziomów systemu rodzinnego zależy od tego, czy dokonuje jej osoba chora, czy jej zdrowy małżonek. Osoby chore na schizofrenię pozytywniej od swoich małżonków oceniają swoje małżeństwa w kilku aspektach, małżonkowie zdrowi w tej grupie mają lepszą samoocenę radzenia sobie z problemami w rodzinie i wpływu na zachowanie jej członków. Osoby chore na depresję negatywnej od swoich małżonków oceniają większość aspektów własnego funkcjonowania w rodzinie.

Płeć osoby chorej może wpływać na funkcjonowanie jej rodziny podczas kryzysu małżeńskiego. Zarówno w grupie małżeństw borykających się ze schizofrenią, jak i z depresją zauważono większe trudności w tej grupie małżeństw, gdzie pacjentem był mąż. W grupie SCHI te trudności wyrażały się większym niezadowoleniem żon z tego, jak funkcjonuje ich małżeństwo, ale także rodzina, co jest wyrazem trudności w sprostaniu nowej sytuacji. Grupa DEPR cechowała się obniżoną samooceną funkcjonowania, która była szczególnie niska u chorych mężczyzn. Wyniki te wskazują, że małżeństwa, w których choruje „głowa rodziny" wymagają szczególnego wsparcia zewnętrznego w procesie adaptacji do choroby, a szczególnie w wypracowaniu nowego podziału zadań, satysfakcjonującego dla obojga partnerów relacji małżeńskiej.

Poszukiwanie specyficznych cech rodzin prokreacyjnych „schizofrenicznych" i „depresyjnych" pokazało najwięcej korzystnych różnic w indywidualnym funkcjonowaniu małżonków z rodzin zawierających osoby chore na schizofrenię, a także większe zadowolenie z wymiany uczuć między małżonkami nawzajem oraz między członkami ich rodzin. Dalsze analizy wykazały, że za różnice w ocenie funkcjonowania pomiędzy rodzinami „schizofrenicznymi" a „depresyjnymi" odpowiadają głównie różnice w ocenie pomiędzy małżonkami chorymi. Zdrowi partnerzy w zbliżony sposób oceniają swoje rodziny, co może

oddawać wspólne dla nich brzemię choroby psychicznej. Różnice w ocenie funkcjonowania rodzin pomiędzy partnerami chorymi na schizofrenię i depresję wyrażają się w korzystniejszych ocenach niektórych parametrów własnego funkcjonowania w rodzinie oraz funkcjonowania całej rodziny, a także niektórych aspektów dotyczących małżeństwa osób chorych na schizofrenię.

W grupie SCHI i DEPR stwierdzono bardzo niewielki wpływ takich czynników, jak czas od rozpoznania choroby, staż małżeński lub wiek małżonka na ocenę funkcjonowania rodziny.

Prace uzupełniono dyskusją uzyskanych wyników z dotychczas istniejącymi badaniami. Wyniki znajdują również bezpośrednie odniesienie do praktyki terapeutycznej. Zwracają uwagę na potrzebę uzupełnienia leczenia schizofrenii i depresji o interwencje małżeńskie, gdy występuje kryzys małżeński. Wyodrębniono grupę małżeństw zawierających chorego męża, które w sposób szczególny są dotknięte kryzysem. Zwrócono uwagę na potrzebę psychoedukacji rodziny i pacjentów w grupie małżeństw osób chorujących na depresję.

Summary

In current research on psychiatry as well as in clinical practice there is a rising interest in the environment the patient lives in. It particularly concerns the closest family since the interactions with family members can influence the course of the patients illness. A wide range of research indicates that there is mutual dependence of difficulties in functioning of the families and married couples with a mental illness of one of the spouses. On the other hand, progressing deterioration of family system functioning negatively influences the patient's well-being. The already existing data and clinical practice speak in favour of introducing a family and marriage therapy into a multi-dimensional programme of mental illness treatment. Diagnosing fields of specific dysfunctions, their depth and relation with the type of mental illness can be helpful in planning specific family and marital interventions to help treat a particular disorder or a group of disorders.

The aim of the research was to describe a marital crisis of patients suffering from schizophrenia or depression and also to compare the crisis with a marital crisis of healthy couples. Eight research hypotheses have been formulated and they were based on the already existing research and on clinical observations. The research was carried in the Department of Family Therapy at the Chair of Psychiatry at the Jagiellonian University Collegium Medicum. Family Assessment Measure III was used as the main research tool, which was adapted to the Polish population. The assessment of the family system functioning comprised its different aspects (i.e., task accomplishment, role performance, communication, affective expression, emotional involvement, control and values and norms) and it was performed on 3 levels: the individual one, the marriage dyad one and a family as a whole. Also, information in the Registration Card, Family Enquiry and marriage therapy documentation were used.

21 married couples in a marital crisis, where one of the spouses suffered from schizophrenia (SCHI group), and 29 married couples, where one of the spouses suffered from depression (DEPR group), were investigated. Every research group was assigned control groups of the same number, which consisted of mentally healthy married couples in a marital crisis. All research couples reported to the Department of Family Therapy in order to undergo a family therapy. The results from the research underwent a statistical analysis.

5 out of 8 research hypotheses have been confirmed. The achieved results show that families in the marital crisis which reported to the Department of Family Therapy – regardless of the fact whether they have a mentally ill person, or not – function in an improper level not

only in the majority of the functioning area of the marriage but also in the whole family. The level of these dysfunctions justifies the need for a therapeutic intervention.

Married couples whose one member is mentally ill function, when in the marital crisis, in a different way than the ones whose members are healthy though the family is in crisis. Families with people suffering from schizophrenia are distinguished by better (than in the case of healthy families in crisis) functioning of the marriage in most of aspects under research as well as in some aspects of the family functioning. Families of patients suffering from depression are particularly characterised by a more negative (than in the case of healthy families in crisis) assessment of some aspects of family functioning.

The assessment of functioning of different levels of family system depends on the fact whether it is done by an ill person or his/her healthy spouse. People suffering from schizophrenia assess their marriages in certain aspects more positively than their spouses; healthy spouses in the same group have a better self- assessment of dealing with problems in the family and the influence on other members. People suffering from depression assess most of the aspects of their own functioning in the family more negatively.

The gender of an ill person may influence the functioning of their family during a marital crisis. Both in the groups of married couples which deal with the problem of schizophrenia as well as the ones with depression, bigger problems were observed in this group where the husband was ill. In SCHI group, these problems appeared in the form of higher dissatisfaction of their wives, who complained about the way their family and marriage were functioning, which indicates problems with dealing with a new situation. DEPR group was characterised by a lower assessment of their functioning, which was visibly low in ill men. These results show that married couples in which ‘the head of the family’ is ill require a particular outer support in the process of adaptation to illness, particularly in working out a new distribution of tasks, which would be satisfactory for both partners in the marriage.

The search for specific features of procreation ‘schizophrenic’ and ‘depression’ families showed more positive differences in individual functioning of spouses in families which comprised patients suffering from schizophrenia as well as higher satisfaction in exchanging emotions between spouses and with other members of their families. Further analyses indicated that for differences in the assessment of functioning between ‘schizophrenic’ and ‘depression’ families are mainly responsible the differences in assessment between ill spouses. Healthy partners assess their families in a nearing way, which may be reflected in mutual burden of the mental illness. Differences in assessment of functioning of families between partners ill with schizophrenia and depression are depicted in more positive

parameters of their own functioning in the family and the functioning of the family in general, as well as in some aspects which concern married couples of patients suffering from schizophrenia.

In SCHI and DEPR group a low impact on the assessment of the family functioning of the following factors has been observed: the time of diagnosis of the illness, marriage period, or the age of the spouse.

The research was supplemented with a discussion of the acquired results with the already existing research. The results of the research find their application in therapeutic practice. They draw the attention to the need of completing the treatment of schizophrenia and depression with marriage interventions when it comes to a marital crisis. A group of married couples where an ill husband occurs and which were particularly affected by the crisis were isolated. The attention was also attracted to the need of psychoeducation of the family and patients in the group of married couples whose members were suffering from depression.

Literatura:

1. Małkiewicz - Borkowska M., Namysłowska I., *Przewlekła depresja a relacje w małżeństwie*. Psychiatr Pol, 1995. **29**(6): p. 801 - 808.
2. Kung W.W., *The intertwined relationship between depression and marital distress: elements of marital therapy conductive to effective treatment outcome*. J Marital Fam Ther, 2000. **26**(1): p. 51-63.
3. Glick I.D., Clarkin J.F., Kessler D.R., Gurman A.S., Lidz T., *Marital and family therapy*. third ed. 1987, Orlando: Grune & Stratton, Inc. 623.
4. Snyder D.K., Whisman M.A., *Treating difficult couples:helping clients with coexisting mental and relationship disorders*. 2003, New York The Guilford Press.
5. Moltz D.A., *Bipolar disorder and the family: an integrative model*. Fam Process, 1993. **32**(4): p. 409-23.
6. Keitner G.I., Miller I.W., *Family functioning and major depression: an overview*. Am J Psychiatry, 1990. **147**(9): p. 1128-37.
7. Caplan G., *Principles of preventive psychiatry*. 1964, New York: Basic Books.
8. Caplan G., *An approach to community mental health*. 1961, New York: Grune and Stratton.
9. Umana R.F., Gross S.J., McConville M.T., *Crisis in the family*. 1980, New York: Gardner Press, Inc.
10. Hill R., *Families under stress*. 1949, New York: Harper and Brothers.
11. McCubbin H.I., Patterson J.M., *The double ABCX model of adjustment and adpatation*. Marriage & Family Review, 1983. **6**(1&2): p. 7 - 37.
12. McCubbin H.I., Patterson J.M., *Family stress and adaptation to crisis: A Double ABCX Model of family behavior.*, in *Family studies review yearbook* Olsen D. and B. Miller, Editors. 1983, Sage: Beverly Hills, CA.
13. Rolland J.S., *Chronic illness and the life cycle: a conceptual framework*. Fam Process, 1987. **26**(2): p. 203-21.
14. Lewis J.M., *For better or worse: interpersonal relationships and individual outcome*. Am J Psychiatry, 1998. **155**(5): p. 582-9.
15. Gottman J.M., Silver N., *Why marriages succeed or fail: and how you can make your last*. 1995, New York: Simon & Schuster.
16. Hyde J.A., *Bipolar illness and the family*. Psychiatr Q, 2001. **72**(2): p. 109-18.
17. Nehra R., Chakrabarti S., Kulhara P., Sharma R., *Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia A re-examination*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2005. **40**(4): p. 329-36.
18. Magliano L., Fiorillo A., De Rosa C., Malangone C., Maj M., *Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders*. Soc Sci Med, 2005. **61**(2): p. 313-22.
19. Loukissa D.A., *Concept and models for the study of caregiver burden*. J Psychiatr Ment Health Nurs, 1994. **1**(3): p. 151-6.
20. Loukissa D.A., *Family burden in chronic mental illness: a review of research studies*. J Adv Nurs, 1995. **21**(2): p. 248-55.
21. Loukissa D.A., *Caring for a mentally ill relative: the burden for the family*. J Clin Nurs, 1995. **4**(4): p. 268-70.
22. Magliano L., Fadden G., Economou M., Held T., Xavier M., Guarneri M., Malangone C., Marasco C., Maj M., *Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2000. **35**(3): p. 109-15.

23. Moller-Leimkuhler A.M., *Burden of relatives and predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2005. **255**(4): p. 223-31.
24. Mueser K.T., Webb C., Pfeiffer M., Gladis M., Levinson D.F., *Family burden of schizophrenia and bipolar disorder: perceptions of relatives and professionals*. Psychiatr Serv, 1996. **47**(5): p. 507-11.
25. Ostman M., *Family burden and participation in care: differences between relatives of patients admitted to psychiatric care for the first time and relatives of re-admitted patients*. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2004. **11**(5): p. 608-13.
26. Ostman M., Hansson L., *The relationship between coping strategies and family burden among relatives of admitted psychiatric patients*. Scand J Caring Sci, 2001. **15**(2): p. 159-64.
27. Ostman M., Hansson L., *Appraisal of caregiving, burden and psychological distress in relatives of psychiatric inpatients*. Eur Psychiatry, 2004. **19**(7): p. 402-7.
28. Ostman M., Hansson L., Andersson K., *Family burden, participation in care and mental health--an 11-year comparison of the situation of relatives to compulsorily and voluntarily admitted patients*. Int J Soc Psychiatry, 2000. **46**(3): p. 191-200.
29. Ricard N., Bonin J.P., Ezer H., *Factors associated with burden in primary caregivers of mentally ill patients*. Int J Nurs Stud, 1999. **36**(1): p. 73-83.
30. Sveinbjarnardottir E., Dierckx de Casterle B., *Mental illness in the family: an emotional experience*. Issues Ment Health Nurs, 1997. **18**(1): p. 45-56.
31. van Wijngaarden B., Schene A.H., Koeter M.W., *Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking*. J Affect Disord, 2004. **81**(3): p. 211-22.
32. Grad J., Sainsbury P., *Evaluation of treatment and services*. The burden on the community: the epidemiology of mental illness. 1962, London: Oxford University Press. 69 - 116.
33. Hoenig J., Hamilton M., *The burden on the household in an extramural psychiatric service*. New aspects in the mental health services, ed. Freeman H. 1967, London: Pergamon. 612 - 635.
34. Beach S., Winters K.C., Weintraub S., *Marital dissolution and distress in a psychiatric population: a longitudinal design*. Behavioral Residential Treatment, 1986. **1**(4): p. 217 - 229.
35. Hooley J.M., Richters J.E., Weintraub S., Neale J.M., *Psychopathology and marital distress: the positive side of positive symptoms*. J Abnorm Psychol, 1987. **96**(1): p. 27-33.
36. Gotlib I.H., Whiffen V.E., *Depression and marital functioning: an examination of specificity and gender differences*. J Abnorm Psychol, 1989. **98**(1): p. 23-30.
37. Kessler R.C., Walters E.E., Forthofer M.S., *The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability*. Am J Psychiatry, 1998. **155**(8): p. 1092-6.
38. Wittmund B., Wilms H.U., Mory C., Angermeyer M.C., *Depressive disorders in spouses of mentally ill patients*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2002. **37**(4): p. 177-82.
39. Benazon N.R., Coyne J.C., *Living with a depressed spouse*. J Fam Psychol, 2000. **14**(1): p. 71-9.
40. Saunders J.C., *Families living with severe mental illness: a literature review*. Issues Ment Health Nurs, 2003. **24**(2): p. 175-98.

41. Ostman M., Kjellin L., *Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness*. Br J Psychiatry, 2002. **181**: p. 494-8.
42. Angermeyer M.C., *[The stigma of mental illness from the patient's view--an overview]*. Psychiatr Prax, 2003. **30**(7): p. 358-66.
43. Angermeyer M.C., Beck M., Matschinger H., *Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia*. Can J Psychiatry, 2003. **48**(10): p. 663-8.
44. Angermeyer M.C., Matschinger H., *The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder*. Acta Psychiatr Scand, 2003. **108**(4): p. 304-9.
45. Angermeyer M.C., Schulze B., Dietrich S., *Courtesy stigma--a focus group study of relatives of schizophrenia patients*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2003. **38**(10): p. 593-602.
46. Ostman M., Wallsten T., Kjellin L., *Family burden and relatives' participation in psychiatric care: are the patient's diagnosis and the relation to the patient of importance?* Int J Soc Psychiatry, 2005. **51**(4): p. 291-301.
47. Crowe, *Couples and mental illness*. Sexual and Relationship Therapy, 2004. **19**(3): p. 309-318.
48. Jeon Y.H., Madjar I., *Caring for a family member with chronic mental illness*. Qual Health Res, 1998. **8**(5): p. 694-706.
49. Fadden G., Bebbington P., Kuipers L., *Caring and its burdens. A study of the spouses of depressed patients*. Br J Psychiatry, 1987. **151**: p. 660-7.
50. Zięba A., Jawor M., Dudek D., *Problematyka małżeńska pacjentów depresyjnych - przegląd literatury i badania własne*. Psychiatr Pol, 1996. **30**(3): p. 511-20.
51. Jungbauer J., Angermeyer M.C., *[Coping strategies in spouses of schizophrenic patients]*. Psychother Psychosom Med Psychol, 2003. **53**(7): p. 295-301.
52. Virtanen H., Keinanen M., *Observations about family interaction and the effect of therapy: interviews with families eight years after the onset of schizophrenia*. Fam Process, 1989. **28**(4): p. 373-85.
53. Namysłowska I., *Social and emotional adaptation of the families of schizophrenic patients*. Family Systems Medicine, 1986. **4**(4): p. 398-407.
54. Namysłowska I., *Społeczna i emocjonalna adaptacja rodzin pacjentów chorych na schizofrenię*. 1983, Warszawa: Warszawska Akademia Medyczna.
55. Atkinson J., *Schizophrenia at home*. 1986, New York: New York University Press.
56. Angermeyer M.C., Matschinger H., *Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2003. **38**(9): p. 526-34.
57. Jungbauer J., Wittmund B., Dietrich S., Angermeyer M.C., *The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients*. Schizophr Bull, 2004. **30**(3): p. 665-75.
58. Parker B.A., *Living with mental illness: the family as caregiver*. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 1993. **31**(3): p. 19-21.
59. Friedmann M.S., McDermut W.H., Solomon D.A., Ryan C.E., Keitner G.I., Miller I.W., *Family functioning and mental illness: a comparison of psychiatric and nonclinical families*. Fam Process, 1997. **36**(4): p. 357-67.
60. Trangkasombat U., *Family functioning in the families of psychiatric patients: a comparison with nonclinical families*. J Med Assoc Thai, 2006. **89**(11): p. 1946-53.
61. Heru A.M., Ryan C.E., *Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up*. J Affect Disord, 2004. **83**(2-3): p. 221-5.

62. Heru A.M., Ryan C.E., Vlastos K., *Quality of life and family functioning in caregivers of relatives with mood disorders*. Psychiatr Rehabil J, 2004. **28**(1): p. 67-71.
63. Inoff-Germain G., Nottelmann E.D., Radke-Yarrow M., *Relation of parental affective illness to family, dyadic, and individual functioning: an observational study of family interaction*. Am J Orthopsychiatry, 1997. **67**(3): p. 433-48.
64. Heru A.M., Ryan C.E., *Depressive symptoms and family functioning in the caregivers of recently hospitalized patients with chronic/recurrent mood disorders*. Int J Psychosoc Rehabilit, 2002. **7**: p. 53-60.
65. Keitner G.I., Ryan C.E., Miller I.W., Kohn R., Bishop D.S., Epstein N.B., *Role of the family in recovery and major depression*. Am J Psychiatry, 1995. **152**(7): p. 1002-8.
66. Hickey D., Carr A., Dooley B., Guerin S., Butler E., Fitzpatrick L., *Family and marital profiles of couples in which one partner has depression or anxiety*. J Marital Fam Ther, 2005. **31**(2): p. 171-82.
67. Keitner, Miller, Epstein, Bishop, *The functioning of families of patients with major depression*. International Journal of Family Psychiatry, 1986. **7**(1): p. 11-16.
68. Keitner G.I., Miller I.W., Epstein N.B., Bishop D.S., Fruzzetti A.E., *Family functioning and the course of major depression*. Compr Psychiatry, 1987. **28**(1): p. 54-64.
69. Butzlaff R.L., Hooley J.M., *Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis*. Arch Gen Psychiatry, 1998. **55**(6): p. 547-52.
70. McDermut W., Miller I.W., Solomon D., Ryan C.E., Keitner G.I., *Family functioning and suicidality in depressed adults*. Compr Psychiatry, 2001. **42**(2): p. 96-104.
71. Koyama A., Akiyama T., Miyake Y., Kurita H., *Family functioning perceived by patients and their family members in three Diagnostic and Statistical Manual-IV diagnostic groups*. Psychiatry Clin Neurosci, 2004. **58**(5): p. 495-500.
72. Keitner G.I., Miller I.W., Fruzzetti A.E., Epstein N.B., Bishop D.S., Norman W.H., *Family functioning and suicidal behavior in psychiatric inpatients with major depression*. Psychiatry, 1987. **50**(3): p. 242-55.
73. Brown G.W., Carstairs G.M., Topping G., *Post-hospital adjustment of chronic mental patients*. Lancet, 1958. **2**(7048): p. 685-8.
74. Rutter M., Brown G.W., *The realibility and validity of measures of family life and relationships in families containing psychiatric patient*. Soc Psychiatry, 1966. **1**: p. 38-53.
75. Vaughn C.E., Leff J.P., *The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients*. Br J Psychiatry, 1976. **129**: p. 125-37.
76. Vaughn C., Leff J., *The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients*. Br J Soc Clin Psychol, 1976. **15**(2): p. 157-65.
77. Miklowitz D.J., Goldstein M.J., Falloon I.R., Doane J.A., *Interactional correlates of expressed emotion in the families of schizophrenics*. Br J Psychiatry, 1984. **144**: p. 482-7.
78. Strachan A.M., Leff J.P., Goldstein M.J., Doane J.A., Burtt C., *Emotional attitudes and direct communication in the families of schizophrenics: a cross-national replication*. Br J Psychiatry, 1986. **149**: p. 279-87.
79. Kuipers L., Sturgeon D., Berkowitz R., Leff J., *Characteristics of expressed emotion: its relationship to speech and looking in schizophrenic patients and their relatives*. Br J Clin Psychol, 1983. **22 (Pt 4)**: p. 257-64.
80. Miller I.W., Kabacoff R.I., Keitner G.I., Epstein N.B., Bishop D.S., *Family functioning in the families of psychiatric patients*. Compr Psychiatry, 1986. **27**(4): p. 302-12.

81. You-Kit Sun S., Cheung S., *Family functioning, social support to families and symptom remittance of schizophrenia*. Hong Kong J Psychiatry, 1997. **7**(2): p. 19-25.
82. Caqueo Urizar A., Lemos Giraldez S., *[Quality of life and family functioning in schizophrenia patients]*. Psicothema, 2008. **20**(4): p. 577-82.
83. Trangkasombat U., *Family functioning in mental illness: a study in Thai families with depressive disorders nad schizophrenia*. Journal of Family Psychotherapy, 2008. **19**(2): p. 187-201.
84. Braley C., *Characteristics of family burden and ABC-X type model instruments for families dealing with schizophrenia*, in *Graduate Division*. 1995, University of California: San Francisco. p. 152.
85. Unal S., Kaya B., Cekem B., Ozisik H.I., Cakil G., Kaya M., *[Family functioning in patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and epilepsy]*. Turk Psikiyatri Derg, 2004. **15**(4): p. 291-9.
86. Drożdżowicz L., de Barbaro B., Musiej M., *Autoportret rodziny osób chorych na schizofrenię*. Psychiatr Pol, 2001. **35**(3): p. 58-59.
87. Saunders J.C., *Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia*. Issues Ment Health Nurs, 1999. **20**(2): p. 95-113.
88. Plant K., Byrne L., Barkla J., McLean D., Hearle J., McGrath J., *Parents with psychosis: a pilot study examining self-report measures related to family functioning*. AeJAMH, 2002. **1**(1): p. 1-11.
89. Esen-Danaci A., Karaca N., Deveci A., *[Evaluation of the relationship between the social functioning and family functioning in schizophrenia]*. Türkiye'de Psikiyatri 2005. **7**(3): p. 103-108.
90. McGlashan T.H., *Predictors of shorter-, medium-, and longer-term outcome in schizophrenia*. Am J Psychiatry, 1986. **143**(1): p. 50-5.
91. Clausen J.A., Yarrow M.R., *Further observations and some implications*. Journal of Social Issues, 1955. **11**(4): p. 61-65.
92. Bothwell S., Weissman M.M., *Social impairments four years after an acute depressive episode*. Am J Orthopsychiatry, 1977. **47**(2): p. 231-7.
93. Hooley J.M., Teasdale J.D., *Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism*. J Abnorm Psychol, 1989. **98**(3): p. 229-35.
94. Goering P.N., Lancee W.J., Freeman S.J., *Marital support and recovery from depression*. Br J Psychiatry, 1992. **160**: p. 76-82.
95. Waring E.M., Patton D., *Marital intimacy and depression*. Br J Psychiatry, 1984. **145**: p. 641-4.
96. Whisman M.A., *Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: results from the National Comorbidity Survey*. J Abnorm Psychol, 1999. **108**(4): p. 701-6.
97. Whisman M.A., Bruce M.L., *Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample*. J Abnorm Psychol, 1999. **108**(4): p. 674-8.
98. Uebelacker L.A., Whisman M.A., *Moderators of the association between relationship discord and major depression in a national population-based sample*. J Fam Psychol, 2006. **20**(1): p. 40-6.
99. O'Leary K.D., Beach S.R., *Marital therapy: a viable treatment for depression and marital discord*. Am J Psychiatry, 1990. **147**(2): p. 183-6.
100. Coryell W., Scheftner W., Keller M., Endicott J., Maser J., Klerman G.L., *The enduring psychosocial consequences of mania and depression*. Am J Psychiatry, 1993. **150**(5): p. 720-7.
101. Ramirez Basco M., Prager K.J., Pita J.M., *Communication and intimacy in the marriages of depressed patients*. J Fam Psychol, 1992. **6**(2): p. 184-194.

102. Whisman M.A., Uebelacker L.A., Weinstock L.M., *Psychopathology and marital satisfaction: the importance of evaluating both partners*. J Consult Clin Psychol, 2004. **72**(5): p. 830-8.
103. Barnett P.A., Gotlib I.H., *Psychosocial functioning and depression: distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences*. Psychol Bull, 1988. **104**(1): p. 97-126.
104. Christian-Herman J.L., O'Leary K.D., Avery-Leaf S., *The impact od severe negative events in marriage on depression*. J Soc Clin Psych 2001. **20**(1): p. 24-40.
105. Brown G.W., Harris T., *Social origins of depression: a reply*. Psychol Med, 1978. **8**(4): p. 577-88.
106. Gotlib I.H., Lewinsohn P.M., Seeley J.R., *Consequences of depression during adolescence: marital status and marital functioning in early adulthood*. J Abnorm Psychol, 1998. **107**(4): p. 686-90.
107. Fincham F.D., Beach S., Harold G.T., Osborne L.N., *Marital satisfaction and depression: different causal relationships for men and women?* Psychological Science, 1997. **8**(5): p. 351-357.
108. Christian J.L., O'Leary K.D., Vivian D., *Depressive symptomatology in maritally discordant women and men: the role of individual and relationship variables* J Fam Psychol, 1994. **8**(1): p. 32 - 42.
109. Herr N.R., Hammen C., Brennan P.A., *Current and past depression as predictors of family functioning: a comparison of men and women in a community sample*. J Fam Psychol, 2007. **21**(4): p. 694-702.
110. Ramirez Basco M., Prager K.J., Pita J.M., M. T.L., Stephens J.J., *Communication and intimacy in the marriages of depressed patients*. Journal of Family Psychology, 1992. **6**(2): p. 184-194.
111. Coyne J.C., Thompson R., Palmer S.C., *Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife*. J Fam Psychol, 2002. **16**(1): p. 26-37.
112. Levkovitz Y., Lamy D., Ternochiano P., Treves I., Fennig S., *Perception of dyadic relationship and emotional states in patients with affective disorder*. Journal of Affective Disorders, 2003. **75**(1): p. 19-28.
113. Levkovitz V., Fennig S., Horesh N., Barak V., Treves I., *Perception of ill spouse and dyadic relationship in couples with affective disorder and those without*. J Affect Disord, 2000. **58**(3): p. 237-40.
114. Krantz S.E., Moos R.H., *Functioning and life context among spouses of remitted and nonremitted depressed patients*. J Consult Clin Psychol, 1987. **55**(3): p. 353-60.
115. Dudek D., Zięba A., Jawor M., Szymaczek M., Opila J., Dattilio F.M., *The impact of depressive illness on spouses of depressed patients*. Journal of Cognitive Psychotherapy, 2001. **15**(1).
116. Crowther J.H., *The relationship between depression and marital maladjustment. A descriptive study*. J Nerv Ment Dis, 1985. **173**(4): p. 227-31.
117. Atkinson J., *Behaviour modification with chronic schizofrenic patients living with their families*. 1982, University of Hull.
118. Atalay F., Atalay H., *Gender differences in patients with schizophrenia in terms of sociodemographic and clinical characteristics*. German J Psychiatry, 2006. **9**(2): p. 41-47.
119. Terzian A.C., Andreoli S.B., Razzouk D., Chaves A.C., Mari Jde J., *Fertility and fecundity of an outpatient sample with schizophrenia*. Rev Bras Psiquiatr, 2006. **28**(4): p. 305-7.

120. Bhatia T., Franzos M.A., Wood J.A., Nimgaonkar V.L., Deshpande S.N., *Gender and procreation among patients with schizophrenia*. Schizophr Res, 2004. **68**(2-3): p. 387-94.
121. Salokangas R.K., Honkonen T., Stengard E., Koivisto A.M., *To be or not to be married--that is the question of quality of life in men with schizophrenia*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2001. **36**(8): p. 381-90.
122. Sturt E., Wykes T., Creer C., *A survey of long-term users of the community psychiatric services in Camberwell*. Psychol Med Monogr Suppl, 1982. **2**: p. 3-55.
123. Turner R.J., Dopkeen L.S., Labreche G.P., *Marital status and schizophrenia: a study of incidence and outcome*. J Abnorm Psychol, 1970. **76**(1): p. 110-6.
124. Gibbons J.S., Horn S.H., Powell J.M., Gibbons J.L., *Schizophrenic patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a DGH unit*. Br J Psychiatry, 1984. **144**: p. 70-7.
125. Cohen A., Patel V., Thara R., Gureje O., *Questioning an axiom: better prognosis for schizophrenia in the developing world?* Schizophr Bull, 2008. **34**(2): p. 229-44.
126. Załuska M., *Funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię po 15 latach od pierwszej hospitalizacji (cz. I - ocena funkcjonowania społecznego)*. Psychiatr Pol, 1997. **31**(5): p. 559-72.
127. Załuska M., *Funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię po 15 latach od pierwszej hospitalizacji (Cz. II - ocena zapotrzebowania na opiekę środowiskową)*. Psychiatr Pol, 1997. **31**(5): p. 573-84.
128. Namyslowska I., *Social and emotional adaptation of the families of schizophrenic patients*. Family Systems Medicine, 1986. **4**(4): p. 398-407.
129. Hafner H., *Gender differences in schizophrenia*. Psychoneuroendocrinology, 2003. **28 Suppl 2**: p. 17-54.
130. Chaves A.C., Seeman M.V., Mari J.J., Maluf A., *Schizophrenia: impact of positive symptoms on gender social role*. Schizophr Res, 1993. **11**(1): p. 41-5.
131. Haas G.L., Glick I.D., Clarkin J.F., Spencer J.H., Lewis A.B., *Gender and schizophrenia outcome: a clinical trial of an inpatient family intervention*. Schizophr Bull, 1990. **16**(2): p. 277-92.
132. Mays G.D., Lund C.H., *Male caregivers of mentally ill relatives*. Perspect Psychiatr Care, 1999. **35**(2): p. 19-28.
133. Piccinelli M., Wilkinson G., *Gender differences in depression. Critical review*. Br J Psychiatry, 2000. **177**: p. 486-92.
134. Flowers B.J., *His and her marriage: a multivariate study of gender and marital satisfaction*. Sex Roles, 1991. **24**(3 - 4): p. 209 - 221.
135. Jacobson N.S., Dobson K., Fruzzetti A.E., Schmaling K.B., Salusky S., *Marital therapy as a treatment for depression*. J Consult Clin Psychol, 1991. **59**(4): p. 547-57.
136. Jacobson N.S., Fruzzetti A.E., Dobson K., Whisman M., Hops H., *Couple therapy as a treatment for depression: II. The effects of relationship quality and therapy on depressive relapse*. J Consult Clin Psychol, 1993. **61**(3): p. 516-9.
137. Jacobson N.S., Holtzworth-Munroe A., Schmaling K.B., *Marital therapy and spouse involvement in the treatment of depression, agoraphobia, and alcoholism*. J Consult Clin Psychol, 1989. **57**(1): p. 5-10.
138. Beauvale A., de Barbaro B., Namysłowska I., Furgał M., *Niektóre psychometryczne własności Kwestionariuszy do Oceny Rodziny*. Psychiatr Pol, 2002. **36**(1): p. 29-40.
139. Steinhauer P.D., Santa-Barbara J., Skinner H., *The Process Model of Family Functioning*. Can J Psychiatry, 1984. **29**(2): p. 77-88.

140. Dudek D., *Spostrzeganie relacji małżeńskich przez pacjentów depresyjnych i ich współmałżonków w aspekcie stylu poznawczego*. Niepublikowana praca doktorska, 1998, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum: Kraków.
141. Conrad P., *The medicalization of society*. 2007, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
142. Spiegel D., Wissler T., *Perceptions of family environment among psychiatric patients and their wives*. Fam Process, 1983. **22**(4): p. 537-47.
143. Orbuch T.L., House J.S., Mero R.P., Webster P.S., *Marital quality over the life course*. Soc Psychology Quart 1996. **59**(2): p. 162-171.
144. Carstensen L.L., Isaacowitz D.M., Charles S.T., *Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity*. Am Psychol, 1999. **54**(3): p. 165-81.
145. Spiegel D., Wissler T., *Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization*. Am J Psychiatry, 1986. **143**(1): p. 56-60.
146. Braley C., *Characteristics of family burden and ABCX-type model instruments for families dealing with schizophrenia*. Niepublikowana praca doktorska. 1995, University of California: San Francisco.
147. Heru A.M., Ryan C.E., Madrid H., *Psychoeducation for caregivers of patients with chronic mood disorders*. Bull Menninger Clin, 2005. **69**(4): p. 331-40.
148. Schmaling K.B., Jacobson N.S., *Marital interaction and depression*. J Abnorm Psychol, 1990. **99**(3): p. 229-36.
149. Blumner K.H., Marcus S.C., *Changing perceptions of depression: ten-year trends from the general social survey*. Psychiatr Serv, 2009. **60**(3): p. 306 - 312.
150. Perry B.L., Pescosolido B.A., Martin J.K., McLeod J.D., Jensen P.S., *Comparison of public attributions, attitudes, and stigma in regard to depression among children and adults*. Psychiatr Serv, 2007. **58**(5): p. 632-5.
151. Horowitz A.V., Wakefield J.C., *The loss of sadness*. 2007, Oxford: Oxford University Press.
152. de Barbaro B., *Schizofrenia w rodzinie*. 1999, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
153. Glanville D.N., Dixon L., *Caregiver burden, family treatment approaches and service use in families of patients with schizophrenia*. Isr J Psychiatry Relat Sci, 2005. **42**(1): p. 15-22.

ANEKS

Numer badania Data

KWESTIONARIUSZ DO OCENY RODZINY

1. Kwestionariusz rodzinny

Kwestionariusz wypełniony przez:

- ☐ matkę / żonę (partnerkę)
- ☐ ojca / męża (partnera)
- ☐ córkę
- ☐ syna
- ☐ ..... Rok urodzenia:.....

Wskazówki:

Na kolejnych stronach znajduje się 40 wypowiedzi dotyczących Pani/Pana rodziny. Proszę przeczytać każdą wypowiedź bardzo uważnie i zdecydować, jak dokładnie opisuje Pani/Pana rodzinę. Proszę wybrać określenie najbliższe Pani/Pana zdaniu stawiając krzyżyk w kwadracie obok wypowiedzi.

Proszę skreślić tylko jeden kwadrat (określenie) dla każdej wypowiedzi. Proszę wypełnić wszystkie punkty, nawet gdy nie jest Pani/Pan swojego zdania całkowicie pewna/pewien.

Proszę wpisać w ramce powyżej swoją pozycję w rodzinie i datę urodzenia.

Copyright: M.Cierpka, G. Frevert, Abt. Psychoterapie, Uniwersitaet Ulm, 1991.
Copyright for Polish translation: T. Wolańczyk, R. Reszke, 1996.
Copyright for Polish version: Zakład Terapii Rodzin CMUJ, Kraków, Klinika Dzieci i Młodzieży IPiN, Warszawa, 1996.

	zgadza się dokładnie	zgadza się częściowo	raczej się nie zgadza	zupełnie się nie zgadza
1. Gdy w naszej rodzinie pojawią się problemy, wspólnie szukamy nowych sposobów ich rozwiązania.	☐	☐	☐	☐
2. Obowiązki rodzinne są sprawiedliwie podzielone.	☐	☐	☐	☐
3. Gdy proszę kogoś z rodziny, aby wyjaśnił, o co mu chodzi, otrzymuję prostą i jasną odpowiedź.	☐	☐	☐	☐
4. Mówimy sobie nawzajem, jak się każde z nas naprawdę ma.	☐	☐	☐	☐
5. Nie wyobrażam sobie, by jakaś inna rodzina lepiej dochodziła ze sobą do porozumienia niż nasza.	☐	☐	☐	☐
6. W naszej rodzinie trudno jest chodzić własnymi drogami.	☐	☐	☐	☐
7. Gdy pytam, dlaczego określone reguły panują w naszej rodzinie, nie otrzymuję zadowalającej odpowiedzi.	☐	☐	☐	☐
8. Mamy takie same poglądy na to, co jest dobre i złe.	☐	☐	☐	☐
9. Moja rodzina mogłaby być szczęśliwsza, niż jest w rzeczywistości.	☐	☐	☐	☐
10. Niekiedy jesteśmy dla siebie niesprawiedliwi.	☐	☐	☐	☐
11. Próbujemy od razu rozwiązywać problemy, nie odkładając ich w nieskończoność.	☐	☐	☐	☐
12. Zgadzamy się całkowicie co do tego, co kto w naszej rodzinie powinien robić.	☐	☐	☐	☐
13. Nigdy nie wiem, co się dzieje w naszej rodzinie.	☐	☐	☐	☐
14. W naszej rodzinie zazwyczaj wiemy, gdy ktoś z nas się zdenerwuje.	☐	☐	☐	☐

	zgadza się dokładnie	zgadza się częściowo	raczej się nie zgadza	zupełnie się nie zgadza
15. Nie wierzę, by jakakolwiek rodzina mogła być szczęśliwsza od mojej.	☐	☐	☐	☐
16. Jesteśmy bardzo ze sobą związani.	☐	☐	☐	☐
17. Gdy ktoś w naszej rodzinie robi coś źle, to nie wiadomo, czego można oczekiwać.	☐	☐	☐	☐
18. W naszej rodzinie każdy może zajmować się swoimi sprawami, a inni nie są z tego powodu niezadowoleni.	☐	☐	☐	☐
19. Z niektórych rzeczy w mojej rodzinie nie jestem całkowicie zadowolona/y.	☐	☐	☐	☐
20. W naszej rodzinie nigdy się nie wściekamy.	☐	☐	☐	☐
21. Potrzebujemy zbyt wiele czasu, by dojść do ładu z trudnymi sytuacjami.	☐	☐	☐	☐
22. Nie możemy być pewni, że wszyscy członkowie rodziny wypełnią należące do nich zadania.	☐	☐	☐	☐
23. Dbamy o to, aby mieć czas, by się nawzajem wysłuchać.	☐	☐	☐	☐
24. Kiedy się zdenerwujemy, potrzebujemy zbyt wiele czasu, aby puścić to w niepamięć.	☐	☐	☐	☐
25. Nigdy nie denerwujemy się na siebie.	☐	☐	☐	☐
26. Właściwie nie ufamy sobie nawzajem.	☐	☐	☐	☐
27. Kiedy zrobimy coś źle, nie mamy możliwości, aby to wytłumaczyć.	☐	☐	☐	☐
28. W naszej rodzinie wolno mówić, co się myśli.	☐	☐	☐	☐

	zgadza się dokładnie	zgadza się częściowo	raczej się nie zgadza	zupełnie się nie zgadza
29. Moja rodzina i ja w pełni rozumiemy się nawzajem.	☐	☐	☐	☐
30. Niekiedy schodzimy sobie nawzajem z drogi.	☐	☐	☐	☐
31. Często nie jesteśmy zgodni co do tego, jakie mamy problemy.	☐	☐	☐	☐
32. Najczęściej musimy sobie nawzajem przypominać, co dokładnie jest w naszej rodzinie do zrobienia.	☐	☐	☐	☐
33. Często sprzeczamy się w rodzinie o to, co kto powiedział.	☐	☐	☐	☐
34. Mówimy sobie nawzajem, co nam w danym momencie przeszkadza.	☐	☐	☐	☐
35. Czasem ranimy uczucia innych.	☐	☐	☐	☐
36. W naszej rodzinie każdy żyje raczej sam dla siebie.	☐	☐	☐	☐
37. W naszej rodzinie nie ma żadnych stałych reguł ani zasad.	☐	☐	☐	☐
38. W naszej rodzinie podobnie wyobrażamy sobie sukces i osiągnięcie.	☐	☐	☐	☐
39. Jesteśmy tak do siebie dopasowani, jak tylko rodzina może być.	☐	☐	☐	☐
40. Przyznajemy się zawsze do naszych błędów i nie próbujemy niczego ukrywać.	☐	☐	☐	☐

Numer badania Data

KWESTIONARIUSZ DO OCENY RODZINY

2c. Kwestionariusz relacji dwuosobowych

Kwestionariusz wypełniony przez:	Ocenia relacje z:
żonę	mężem
Mój rok urodzenia:.....	Rok urodzenia męża:.....

Wskazówki:

Na kolejnych stronach znajduje się 28 wypowiedzi dotyczących związków Pani/Pana i jednego z członków rodziny. Proszę przeczytać każdą wypowiedź bardzo uważnie i zdecydować, jak dokładnie opisuje Pani/Pana relacje z daną osobą. Proszę wybrać określenie najbliższe Pani/Pana zdaniu stawiając krzyżyk w kwadracie obok wypowiedzi.

Proszę zakreślić tylko jeden kwadrat (określenie) dla każdej wypowiedzi. Proszę wypełnić wszystkie punkty, nawet gdy nie jest Pani/Pan swojego zdania całkowicie pewna/pewien.

Proszę wypełnić ten kwestionariusz dla każdego z członków rodziny z osobna. Proszę wybrać kolejną osobę i wpisać w ramce powyżej jej stopień pokrewieństwa i rok urodzenia obok swojej pozycji w rodzinie i roku urodzenia.

Copyright: M.Cierpka, G. Frevert, Abt. Psychoterapie, Uniwersitaet Ulm, 1991.
Copyright for Polish translation: T. Wolańczyk, R. Reszke, 1996.
Copyright for Polish version: Zakład Terapii Rodzin CMUJ, Kraków, Klinika Dzieci i Młodzieży IPiN, Warszawa , 1996.

	zgadza się dokładnie	zgadza się częściowo	raczej się nie zgadza	zupełnie się nie zgadza
1. Mój mąż z trudem akceptuje moje propozycje rozwiązania jakiegoś problemu.	☐	☐	☐	☐
2. Mój mąż akceptuje odpowiedzialność i obowiązki wobec rodziny, których wypełniania od niego oczekuję.	☐	☐	☐	☐
3. Gdy mój mąż coś powie, wiem o co mu chodzi.	☐	☐	☐	☐
4. Mogę powiedzieć mojemu mężowi, jak się naprawdę mam.	☐	☐	☐	☐
5. Mój mąż lubi mnie, nawet gdy się z nim sprzeczam.	☐	☐	☐	☐
6. Gdy zrobię jakiś błąd, mój mąż stosownie reaguje.	☐	☐	☐	☐
7. Mój mąż i ja mamy takie same poglądy na to, co jest dobre, a co złe.	☐	☐	☐	☐
8. Mój mą pomaga mi radzić sobie z trudnościami.	☐	☐	☐	☐
9. Mój mąż oczekuje ode mnie zbyt wiele.	☐	☐	☐	☐
10. Mój mąż często nie rozumie, o co mi chodzi.	☐	☐	☐	☐
11. Gdy się z jakiegoś powodu zdenerwuję, mój mąż zazwyczaj wie dlaczego.	☐	☐	☐	☐
12. Mój mąż i ja czujemy się blisko ze sobą związani.	☐	☐	☐	☐
13. Nawet gdy się przyznam, że nie mam racji, mąż mi nie wybacza.	☐	☐	☐	☐
14. Mój mąż i ja mamy podobne poglądy na naszą wspólną przyszłość.	☐	☐	☐	☐

	zgadza się dokładnie	zgadza się częściowo	raczej się nie zgadza	zupełnie się nie zgadza
15. Kiedy między nami są jakieś nieporozumienia, mój mąż zawsze znajduje nowe sposoby, aby je rozwiązać.	☐	☐	☐	☐
16. Mój mąż i ja mamy takie same poglądy na to, co kto w naszej rodzinie powinien robić.	☐	☐	☐	☐
17. Często nie wiem, czy mam wierzyć temu, co mówi mąż syn.	☐	☐	☐	☐
18. Gdy mój mąż gniewa się na mnie, to tak szybko mu nie przechodzi.	☐	☐	☐	☐
19. Mój mąż naprawdę mi ufa.	☐	☐	☐	☐
20. Gdy popełnię błąd, mój mąż daje mi możliwość wytłumaczenia dlaczego.	☐	☐	☐	☐
21. Mój mąż stawia mi o wiele wyższe wymagania, niż te, którym sam może podołać.	☐	☐	☐	☐
22. Mój mąż nigdy nie widzi trudności w rodzinie tak, jak ja.	☐	☐	☐	☐
23. Mój mąż skarży się, że zbyt wiele od niego oczekuję.	☐	☐	☐	☐
24. Nawet gdy mój mąż myśli inaczej niż ja, wysłuchuje przynajmniej mojego zdania.	☐	☐	☐	☐
25. Mój mąż daje mi do zrozumienia, co o mnie sądzi.	☐	☐	☐	☐
26. Mój mąż bierze pod uwagę moje uczucia i potrzeby.	☐	☐	☐	☐
27. Nigdy nie wiem, jak mój mąż zareaguje, gdy zrobię coś źle.	☐	☐	☐	☐
28. Mój mąż i ja mamy takie same poglądy na to, jak spędzać nasz wolny czas.	☐	☐	☐	☐

Numer badania Data

KWESTIONARIUSZ DO OCENY RODZINY

2d. Kwestionariusz relacji dwuosobowych

Kwestionariusz wypełniony przez:	Ocenia relacje z:
męża	żoną
Mój rok urodzenia:.....	Rok urodzenia żony:.....

Wskazówki:

Na kolejnych stronach znajduje się 28 wypowiedzi dotyczących związków Pani/Pana i jednego z członków rodziny. Proszę przeczytać każdą wypowiedź bardzo uważnie i zdecydować, jak dokładnie opisuje Pani/Pana relacje z daną osobą. Proszę wybrać określenie najbliższe Pani/Pana zdaniu stawiając krzyżyk w kwadracie obok wypowiedzi.

Proszę zakreślić tylko jeden kwadrat (określenie) dla każdej wypowiedzi. Proszę wypełnić wszystkie punkty, nawet gdy nie jest Pani/Pan swojego zdania całkowicie pewna/pewien.

Proszę wypełnić ten kwestionariusz dla każdego z członków rodziny z osobna. Proszę wybrać kolejną osobę i wpisać w ramce powyżej jej stopień pokrewieństwa i rok urodzenia obok swojej pozycji w rodzinie i roku urodzenia.

Copyright: M.Cierpka, G. Frevert, Abt. Psychoterapie, Uniwersitaet Ulm, 1991.
Copyright for Polish translation: T. Wolańczyk, R. Reszke, 1996.
Copyright for Polish version: Zakład Terapii Rodzin CMUJ, Kraków, Klinika Dzieci i Młodzieży IPiN, Warszawa , 1996.

	zgadza się dokładnie	zgadza się częściowo	raczej się nie zgadza	zupełnie się nie zgadza
1. Moja żona z trudem akceptuje moje propozycje rozwiązania jakiegoś problemu.	☐	☐	☐	☐
2. Moja żona akceptuje odpowiedzialność i obowiązki wobec rodziny, których wypełniania od niej oczekuję.	☐	☐	☐	☐
3. Gdy moja żona coś powie, wiem o co jej chodzi.	☐	☐	☐	☐
4. Mogę powiedzieć mojej żonie jak się naprawdę mam.	☐	☐	☐	☐
5. Moja żona lubi mnie, nawet gdy się z nią sprzeczam.	☐	☐	☐	☐
6. Gdy zrobię jakiś błąd, moja żona stosownie reaguje.	☐	☐	☐	☐
7. Moja żona i ja mamy takie same poglądy na to, co jest dobre, a co złe.	☐	☐	☐	☐
8. Moja żona pomaga mi radzić sobie z trudnościami.	☐	☐	☐	☐
9. Moja żona oczekuje ode mnie zbyt wiele.	☐	☐	☐	☐
10. Moja żona często nie rozumie, o co mi chodzi.	☐	☐	☐	☐
11. Gdy się z jakiegoś powodu zdenerwuję, moja żona zazwyczaj wie dlaczego.	☐	☐	☐	☐
12. Moja żona i ja czujemy się blisko ze sobą związani.	☐	☐	☐	☐
13. Nawet gdy się przyznam, że nie mam racji, moja żona mi nie wybacza.	☐	☐	☐	☐
14. Moja żona i ja mamy podobne poglądy na naszą wspólną przyszłość.	☐	☐	☐	☐

	zgadza się dokładnie	zgadza się częściowo	raczej się nie zgadza	zupełnie się nie zgadza
15. Kiedy między nami są jakieś nieporozumienia, moja żona zawsze znajduje nowe sposoby, aby je rozwiązać.	☐	☐	☐	☐
16. Moja żona i ja mamy takie same poglądy na to, co kto w naszej rodzinie powinien robić.	☐	☐	☐	☐
17. Często nie wiem, czy mam wierzyć temu, co mówi moja żona.	☐	☐	☐	☐
18. Gdy moja żona gniewa się na mnie, to tak szybko jej nie przechodzi.	☐	☐	☐	☐
19. Moja żona naprawdę mi ufa.	☐	☐	☐	☐
20. Gdy popełnię błąd, moja żona daje mi możliwość wytłumaczenia dlaczego.	☐	☐	☐	☐
21. Moja żona stawia mi o wiele wyższe wymagania, niż te, którym sama może podołać.	☐	☐	☐	☐
22. Moja żona nigdy nie widzi trudności w rodzinie tak, jak ja.	☐	☐	☐	☐
23. Moja żona skarży się, że zbyt wiele od niej oczekuję.	☐	☐	☐	☐
24. Nawet gdy moja żona myśli inaczej niż ja, wysłuchuje przynajmniej mojego zdania.	☐	☐	☐	☐
25. Moja żona daje mi do zrozumienia, co o mnie sądzi.	☐	☐	☐	☐
26. Moja żona bierze pod uwagę moje uczucia i potrzeby.	☐	☐	☐	☐
27. Nigdy nie wiem, jak moja żona zareaguje, gdy zrobię coś źle.	☐	☐	☐	☐
28. Moja żona i ja mamy takie same poglądy na to, jak spędzać nasz wolny czas.	☐	☐	☐	☐

Numer badania Data

KWESTIONARIUSZ DO OCENY RODZINY

3. Kwestionariusz samooceny

Kwestionariusz wypełniony przez:

- ☐ matkę / żonę (partnerkę)
- ☐ ojca / męża (partnera)
- ☐ córkę
- ☐ syna
- ☐ ..... Rok urodzenia:.....

Wskazówki:

Na kolejnych stronach znajduje się 28 wypowiedzi dotyczących tego, jak Pani/Pan radzi sobie w swojej rodzinie. Proszę przeczytać każdą wypowiedź bardzo uważnie i zdecydować, jak bardzo Pani/Pana ta wypowiedź dotyczy. Proszę wybrać określenie najbliższe Pani/Pana zdaniu stawiając krzyżyk w kwadracie obok wypowiedzi.

Proszę skreślić tylko jeden kwadrat (określenie) dla każdej wypowiedzi. Proszę wypełnić wszystkie punkty, nawet gdy nie jest Pani/Pan swojego zdania całkowicie pewna/pewien.

Proszę wpisać w ramce powyżej swoją pozycję w rodzinie i datę urodzenia.

Copyright: M.Cierpka, G. Frevert, Abt. Psychoterapie, Uniwersitaet Ulm, 1991.
Copyright for Polish translation: T. Wolańczyk, R. Reszke, 1996.
Copyright for Polish version: Zakład Terapii Rodzin CMUJ, Kraków, Klinika Dzieci i Młodzieży IPiN, Warszawa, 1996.

	zgadza się dokładnie	zgadza się częściowo	raczej się nie zgadza	zupełnie się nie zgadza
1. Moja rodzina i ja zazwyczaj podobnie widzimy nasze problemy.	☐	☐	☐	☐
2. Moja rodzina ma wobec mnie zbyt wysokie oczekiwania.	☐	☐	☐	☐
3. Gdy coś powiem, moja rodzina rozumie, o co mi chodzi.	☐	☐	☐	☐
4. Gdy się zdenerwuję na moją rodzinę, to tak szybko mi nie przechodzi.	☐	☐	☐	☐
5. Troszczę się o moją rodzinę.	☐	☐	☐	☐
6. Czasem wymagam od innych w mojej rodzinie, by robili to, co ja chcę.	☐	☐	☐	☐
7. Mogę dbać o swoje interesy, a inni w mojej rodzinie nie są z tego powodu niezadowoleni.	☐	☐	☐	☐
8. Jest mi trudno przyjąć rozwiązanie problemu proponowane przez kogoś innego z rodziny	☐	☐	☐	☐
9. Potrafię zaakceptować odpowiedzialność i obowiązki wobec rodziny, których wypełniania oczekują ode mnie inni.	☐	☐	☐	☐
10. Często nie rozumiem, o co chodzi innym członkom rodziny.	☐	☐	☐	☐
11. Mogę powiedzieć innym w rodzinie, jak się mam naprawdę.	☐	☐	☐	☐
12. Nie troszczę się o to, co robią inni członkowie rodziny.	☐	☐	☐	☐
13. Nie trzeba mi przypominać, co mam do zrobienia w rodzinie.	☐	☐	☐	☐
14. Moja rodzina i ja zgadzamy się całkowicie co do tego, co jest dobre, a co złe.	☐	☐	☐	☐

	zgadza się dokładnie	zgadza się częściowo	raczej się nie zgadza	zupełnie się nie zgadza
15. Kiedy coś w mojej rodzinie nie gra, tak długo nie daję spokoju, aż wszystko się wyjaśni.	☐	☐	☐	☐
16. Mam odmiennie poglądy na to, co kto w naszej rodzinie powinien robić.	☐	☐	☐	☐
17. Kiedy inni członkowie rodziny chcą ze mną porozmawiać, zawsze mam dla nich czas.	☐	☐	☐	☐
18. Kiedy się na coś zdenerwuję, daję to poznać mojej rodzinie.	☐	☐	☐	☐
19. Wiem, że mogę liczyć na moją rodzinę.	☐	☐	☐	☐
20. Nie biorę na siebie tyle odpowiedzialności, ile tak naprawdę powinnam (powinieniem).	☐	☐	☐	☐
21. W moje rodzinie wolno mi mówić, co myślę.	☐	☐	☐	☐
22. Kiedy w mojej rodzinie pojawiają się problemy, najczęściej pozwalam je rozwiązywać innym.	☐	☐	☐	☐
23. Mam dość bycia odpowiedzialną (odpowiedzialnym) za wszystko.	☐	☐	☐	☐
24. Nawet kiedy jestem innego zdania, wysłuchuję opinii innych członków rodziny.	☐	☐	☐	☐
25.W moje rodzinie mogę powiedzieć, co mi w danej chwili przeszkadza lub co mnie denerwuje.	☐	☐	☐	☐
26. Interesuje się tym, co inni w rodzinie czują i myślą.	☐	☐	☐	☐
27. Nigdy nie wiem dokładnie, jak zareaguje moja rodzina, gdy zrobię błąd.	☐	☐	☐	☐
28. Moja rodzina i ja mamy takie same poglądy na to, czym jest sukces i osiągnięcie.	☐	☐	☐	☐