Rozdział 3

Prężność i strategie radzenia sobie ze stresem a tendencje do somatyzacji wśród matek dzieci zdrowych i z zespołem Aspergera

Michalina Sołtys, Ewa Stępka, Małgorzata Basińska, Arleta Kasprzak

Streszczenie

Zważywszy na fakt, że rodzice dzieci z zaburzeniami rozwoju narażeni są na pogorszenie stanu zdrowia psychicznego, zaś przedłużająca się sytuacja wzmożonego napięcia może prowadzić do załamania się zdolności adaptacyjnych organizmu, za podstawy teoretyczne badań przyjęliśmy poznawczo-transakcyjną teorię stresu Lazarusa i Folkman, teorię zachowania Hobfolla oraz koncepcję salutogenezy Antonovsky'ego.

Celem badań było sprawdzenie, czy istnieje zależność między prężnością rozpatrywaną w kategorii potencjału zdrowia i strategiami radzenia sobie ze stresem a tendencją do somatyzacji wśród matek dzieci zdrowych (n=30) oraz z zespołem Aspergera (n=30).

W badaniach wykorzystano następujące metody: Skalę do Pomiaru Prężności SPP-25 Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego, Inwentarz do pomiaru radzenia sobie ze stresem Mini-Cope Carvera w adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej Bulik, Skalę Stanu Somatycznego w opracowaniu Basińskiej oraz ankietę osobową.

Wyniki badań wykazały, że obie grupy nie różnią się istotnie między sobą w zakresie prężności, jednak tendencja do reakcji somatycznych okazała się istotnie wyższa wśród matek dzieci z zespołem Aspergera. Matki dzieci z zespołem Aspergera istotnie częściej stosują strategię używania alkoholu i substancji pobudzających oraz rzadziej wykorzystują strategię poczucia humoru niż matki dzieci zdrowych. Ponadto ujawniono istotne związki pomiędzy stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem a stanem somatycznym matek dzieci zdrowych, także prężność okazała się korelować ujemnie z tendencją do somatyzacji jedynie w grupie matek zdrowych.

Uzyskane rezultaty wskazują na odmienne wzorce radzenia sobie i korzystania zasobów w grupie matek dzieci zdrowych w porównaniu do matek dzieci z zespołem Aspergera.
Słowa kluczowe: prężność, strategie radzenia sobie ze stresem, matki dzieci z Zespołem Aspergera

Wprowadzenie

Zespół Aspergera (ang. *Asperger syndrom*) jest całościowym zaburzeniem rozwoju, mieszczącym się w spektrum autyzmu. Obraz kliniczny obejmuje nieprawidłowości w zakresie wzajemnych interakcji społecznych, zaburzenia w zakresie komunikacji werbalnej i niewerbalnej (np. stosowanie neologizmów, uboga mimika emocji), mimo braku opóźnień w zakresie języka mówionego, niezwykle nasilone, wyizolowane lub ograniczone powtarzające się wzorce zachowań i zainteresowań oraz niezdarność ruchową (Gillberg, Gillberg, 1989; ICD-10, 1998; Grzechowiak, Macniak, Rybakowski, 2007).

Powszechność występowania zespołu Aspergera szacuje się na 3,6 na 1000 dzieci w wieku od 7 do 16 lat. Ponadto podkreśla się, że 7,1 na 1000 dzieci spełnia częściowo kryteria diagnostyczne. Pod względem demograficznej charakterystyki dzieci z syndromem Aspergera badania pokazują, że na 4 chorych chłopców przypada jedna dziewczynka (Ehlers, Gillberg, 1993).

Opieka nad dzieckiem z zespołem Aspergera jako sytuacja trudna

Pochylając się nad zagadnieniem opieki dzieci z zespołem Aspergera należy pamiętać, że diagnoza i wychowanie dziecka w konkretnym otoczeniu społecznym jest sytuacją trudną w rozumieniu Tomaszewskiego (1982). Przez sytuację trudną należy rozumieć sytuację, w której zachodzi rozbieżność między potrzebami lub zadaniami człowieka, a możliwościami zaspokojenia tych potrzeb bądź wykonania zadań. Opieka nad dzieckiem z syndromem Aspergera jako sytuacja trudna może stanowić źródło stresu psychologicznego.

W rzeczywistości, jak pokazują wyniki licznych badań, opieka nad dzieckiem z zaburzeniem rozwojowym w porównaniu do opieki nad dzieckiem prawidłowo rozwijającym się wiąże się z wyższym poziomem stresu wśród rodziców (Rodrigue, Morgan, Geffken, 1990; Dyson, 1996; Pisula, 2007; 2011; Estes i wsp., 2009). Rodzice dzieci z zaburzeniami rozwoju narażeni są na pogorszenie stanu zdrowia psychicznego, poczucie winy, osłabienie fizyczne, zmęczenie i wyczerpanie (Weiss, 1991; Wikblad, Hedov, Anneren, 2002; Allik, Larsson, Smedje, 2006).

Rodzice dzieci z zespołem Aspergera nie tylko muszą nauczyć się radzić sobie z restrykcyjnymi, sztywnymi i nietypowymi wzorcami zachowań dzieci, ich

trudnościami w odczytywaniu wskazówek społecznych, niezwykłą wrażliwością na wszelkie zmiany występujące niespodziewanie w otoczeniu, ale także z emocjonalnymi konsekwencjami takiego sposobu funkcjonowania dziecka. Rodzice nierzadko muszą mierzyć się z problemem odrzucenia dzieci przez rówieśników, brakiem ich akceptacji dla nietypowych zachowań, pytaniami o przyszłość dziecka oraz jego zdolnością do samodzielnego życia (Kasprzak, Basińska, Lewandowska, 2013; Kościelska, 1998; ICD-10).

Co ważniejsze, rodzice dzieci z zespołem Aspergera przechodzą zdecydowanie dłuższy proces diagnozy niż rodzice dzieci autystycznych. Według badań Howlina i Asgharian (1999) syndrom Aspergera jest diagnozowany średnio w wieku 11 lat, zaś średnia dla autyzmu wynosi około 5 lat. Z kolei Ewa Pisula (2007) zaznacza, że wczesna diagnoza zespołu Aspergera sprzyja mniejszemu lękowi oraz sprawniejszej adaptacji. Rodzice wykazują większe poczucie kontroli nad wydarzeniami i posiadają bardziej realistyczny obraz własnego dziecka.

Opieka nad dzieckiem z zespołem Aspergera – rola radzenia sobie ze stresem

O sytuacji stresującej możemy mówić, wtedy, gdy sytuacja, z którą jednostka ma do czynienia, postrzegana jest jako udaremniająca (bądź też potencjalnie udaremniająca) realizację określonego stanu motywacyjnego, powodując tym samym uruchomienie procesów regulacji, które służą opanowaniu afektu, zapewniając jednocześnie optymalną kontynuację wydajnego funkcjonowania (Lazarus, 1986).

Za Lazarusem i Folkman przyjmujemy, że stres stanowi rodzaj *transakcji* pomiędzy człowiekiem a środowiskiem, które wzajemnie na siebie oddziałują, zaś nadrzędną rolę w określaniu charakteru tej relacji odgrywają procesy poznawcze. Podczas *oceny pierwotnej* jednostka nadaje znaczenie sytuacji jako pozbawionej znaczenia, sprzyjająco-pozytywnej lub stresującej. Natomiast podczas *oceny wtórnej* określa własną zdolność do wykorzystania zasobów, które pozwolą sprostać wymaganiom stawianym przez czynniki stresujące, tym samym dokonuje interpretacji sytuacji w kategoriach straty/krzywdy, zagrożenia bądź wyzwania. Ocena wtórna jednocześnie stanowi punkt wyjścia dla podjęcia przez jednostkę aktywności umożliwiającej poradzenie sobie w sytuacji stresowej (Lazarus, Folkman, 1984; Lazarus, 1986).

Powyższe założenia niewątpliwie znajdują zastosowanie w sytuacji opieki matek nad dziećmi z zespołem Aspergera. Specyfika funkcjonowania dziecka stawia przed rodzicami nowe wymagania, żądając modyfikowania własnych zachowań i postaw rodzicielskich. W zależności od charakteru sytuacji oraz posiadanych zasobów matki dzieci z syndromem Aspergera mogą traktować diagnozę

i opiekę dziecka jako stratę lub krzywdę (np. pozbawienie możliwości wchodzenia w interakcję z dzieckiem na podobnych zasadach do tych mających zastosowanie do zdrowego potomstwa), zagrożenie (np. odrzucenie przez otoczenie) lub jako wyzwanie (np. zdobycie nowych kompetencji, docenianie zdolności umysłowych dziecka). Sposób interpretacji sytuacji opieki nad dzieckiem z syndromem Aspergera może wyznaczać sposoby radzenia sobie ze stresem rodzicielskim, które mogą przybierać formę poszukiwania informacji, podejmowania działań lub powstrzymywania się od nich (por. Lazarus, Folkman, 1984).

W przypadku jednak, gdy podjęte sposoby radzenia sobie ze stresem są nieefektywne i nie przyczyniają się do odzyskania równowagi oraz poprawy stanu emocjonalnego, przedłużająca się sytuacja wzmożonego napięcia może prowadzić do załamania się zdolności adaptacyjnych organizmu (Selye, 1963, 1977), a także nasilenia się tendencji do somatyzacji (Schur, 1955; Lipowski, 1988; Fabrega, 1990; Heinrich, 2004; McWilliams, 2009), które częściej dotyczą kobiet i są związane z wiekiem (Hiller i wsp., 2006).

Somatyzacja jako nieadaptacyjny sposób radzenia sobie ze stresem

Somatyzacja to tendencja do przeżywania i relacjonowania somatycznego dystresu i objawów niewytłumaczalnych za pomocą kryteriów klinicznych jako choroby somatycznej oraz szukania w związku z tym pomocy u lekarzy. Idea somatyzacji jest produktem kultury zachodniej, w której dokonuje się wyraźnego rozróżnienia pomiędzy biologicznym procesem chorobotwórczym w organizmie (ang. *disease*) a subiektywnym poczuciem choroby (ang. *illness*) (Fabrega, 1990). Somatyzacja bywa traktowana jako przejaw działania mechanizmów obronnych (McWilliams, 2009) oraz jako odpowiedź na psychospołeczny stres wywołany specyficznymi stresogennymi czynnikami, tj. charakterystycznymi dla danej osoby (Lipowski, 1988). Zgodnie z przywołaną definicją obejmuje cztery komponenty: 1) doświadczalny – doświadczania przez jednostkę dystresu; 2) poznawczy – przypisywanie przyczyn odczuwanego dystresu chorobie fizycznej; 3) obserwacyjny – brak wyników lekarskich świadczących o chorobie oraz 4) behawioralny – oszukiwanie przez jednostkę opieki w służbie zdrowia (Lipowski, 1988).

Rola zasobów w radzeniu sobie ze stresem

Zasoby osobiste jako potencjały zdrowia pełnią jednak funkcję ochronną przed negatywnym oddziaływaniem niepomyślnych zdarzeń życiowych na psychikę jednostki, takich jak diagnoza zaburzenia rozwojowego u własnego dziecka (Antonovsky, 1995; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2003; Hobfoll, 1989, 2006, 2010; Heszen, Sęk, 2007).

Zgodnie z teorią zachowania zasobów Hobfolla (1989, 2006, 2010) ludzie są skłonni dążyć do ochrony i utrzymania tego, co uważają za cenne. W sytuacji zagrożenia utratą lub faktycznej utraty zasobów doświadczają stresu. Jednostki dysponujące większymi zasobami (np. osobistymi) są mniej narażone na utratę zasobów, wobec czego mają również większe szanse na ich powiększenie. Z kolei osoby o skąpych zasobach są zagrożone kumulowaniem się ich strat.

Jednym z zasobów osobistych jest prężność rozumiana jako właściwość osobowości (ang. *resiliency*) (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2003; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Nadolska, Sęk, 2007; Borys, 2010). Prężność stanowi zasób, który umożliwia elastyczne przystosowanie się do wyzwań codzienności (Kaczmarek, Sęk, Ziarko, 2011; Nadolska, Sęk, 2007; Ogińska-Bulik, 2011; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008). Ogińska-Bulik oraz Juczyński (2008) optują, że tak rozumiana prężność obejmuje zarówno poznawcze, emocjonalne, jak i behawioralne komponenty.

Konstrukt prężności odzwierciedla przekonanie, że możliwe jest efektywne radzenie sobie ze stresem. Jest to dyspozycyjna zdolność do interpretowania siebie, swojego społecznego otoczenia i przyszłości w sposób, który zapewnia jednostce adekwatne funkcjonowanie w różnych obszarach życia (Charney, 2004; Klohnen, 1996; Mak, Ng, Wong, 2011; Wells, 2009).

Dlatego celem badań było sprawdzenie, czy istnieje zależność między strategiami radzenia sobie ze stresem oraz poziomem prężności rozumianym jako zasób zdrowia a tendencją do somatyzacji traktowaną jako przejaw nieadaptacyjnego radzenia sobie ze stresem w grupie matek dzieci z zespołem Aspergera (grupa podstawowa) w porównaniu do matek dzieci zdrowych (grupa porównawcza).

Metoda i osoby badane

W badaniach wzięło udział 30 matek ze Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Zespołem Aspergera w wieku 31–52 (M=40; SD=5,88). Grupę porównawczą stanowiło 30 matek dzieci, u których nie zdiagnozowano zaburzeń rozwojowych. Wiek matek oscylował w przedziale 29–54 lat (M=39; SD=6,59).

W grupie matek dzieci z zespołem Aspergera znalazło się 6 osób ze zdiagnozowaną chorobą przewlekłą: depresją, cukrzycą, egzemą, astmą oskrzelową, alergią oraz nadciśnieniem tętniczym. W grupie matek dzieci zdrowych chorobę przewlekłą zgłosiły 4 osoby: depresję, niedoczynność tarczycy i nadciśnienie tętnicze.

Prężność mierzono Skalą Pomiaru Prężności SPP-25 Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2008). Skala ta składa się z 25 twierdzeń, do których badani ustosunkowują się za pomocą 5-stopniowej skali typu Likerta, wybierając odpowiedzi

od 0 – *zdecydowanie nie* do 4 – *zdecydowanie tak*. Skalę SPP-25 tworzy pięć czynników. Współczynnik alfa Cronbacha w badaniach autorów dla wyniku ogólnego wyniósł 0,89, zaś dla poszczególnych czynników oscylował w przedziale od 0,67 do 0,75 (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008).

Do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem wykorzystano Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-Cope w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2009). Skala składa się z 28 stwierdzeń wchodzących w skład 14 strategii (Aktywne radzenie sobie, Planowanie, Pozytywne przewartościowanie, Akceptacja, Poczucie humoru, Zwrot ku religii, Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, Zajmowanie się czymś innym, Zaprzeczanie, Wyładowanie, Zażywanie substancji psychoaktywnych, Zaprzestanie działań, Obwinianie Siebie). Do każdego ze stwierdzeń osoby badane ustosunkowują się za pomocą 4-stopniowej skali typu Likerta, wybierając odpowiedzi od 0 – *prawie nigdy tak nie postępuję* do 3 – *prawie zawsze tak postępuję*. Rzetelność połówkowa dla skali wyniosła 0,86.Wskaźnik Guttmana zaś osiągnął wartość 0,87.

Skala Stanu Somatycznego w opracowaniu Basińskiej powstała na podstawie twierdzeń skali somatyzacji zawartej w Minnesockim Wielowymiarowym Inwentarzu Osobowości MMPI-2. Usunięto z niej jednak 3 twierdzenia o najmniejszej mocy różnicującej. Skala ostatecznie składa się łącznie z 20 twierdzeń, do których badani ustosunkowują się, wybierając jedną z dwóch odpowiedzi: *tak* lub *nie*. Analizy przeprowadzone na grupie 471 zdrowych osobach dorosłych wykazały, że skala cechuje się satysfakcjonującą rzetelnością – współczynnik alfa Cronbacha wyniósł 0,86. Skala jest spójna pod względem treściowym – nie wyodrębniono w niej podskal (Basińska, 2010).

Dane dotyczące podstawowych cech społeczno-demograficznych, takich jak: płeć, wiek, wykształcenie, stan i poczucie zdrowia, zostały zebrane za pomocą autorskiej ankiety osobowej.

Do obliczeń wykorzystano Pakiet STATISTICA wersję 10. Zastosowano statystyki opisowe, testy korelacji oraz testy różnic.

Postawiono następujące hipotezy badawcze:

- H1. Matki dzieci zdrowych wykazują istotnie mniej nasiloną tendencję do somatyzacji niż matki dzieci z zespołem Aspergera.
- H2. Matki dzieci zdrowych cechują się istotnie wyższym poziomem prężności aniżeli matki dzieci z zespołem Aspergera.
- H3. Matki dzieci zdrowych różnią się istotnie w zakresie rodzaju i częstotliwości stosowanych strategii radzenie sobie ze stresem w porównaniu do matek dzieci z zespołem Aspergera. Matki dzieci z zespołem Aspergera istotnie częściej stosują strategię zaprzeczania i planowania niż matki dzieci zdrowych.

- H4 Prężność koreluje negatywnie z tendencją do somatyzacji w grupie matek dzieci zdrowych i z zespołem Aspergera.
- H5 Strategie planowanie, aktywne radzenie sobie i pozytywne przewartościowanie korelują negatywnie z tendencją do somatyzacji matek dzieci zdrowych i z zespołem Aspergera.

Wyniki badań

W pierwszej kolejności testowano hipotezę, która zakłada, że matki dzieci z zespołem Aspergera przejawiają bardziej nasiloną tendencję do somatyzacji aniżeli matki dzieci zdrowych.

Zgodnie z teorią zachowania zasobów Hobfolla (1989, 2006, 2010) oczekiwaliśmy, że sytuacja zaburzenia rozwojowego dziecka będzie wiązać się z uszczupleniem zasobów rodziców i przeciążeniem psychofizycznym, znajdując odzwierciedlenie w tendencji do somatyzacji. Wyniki analiz przeprowadzonych za pomocą testu t prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Różnice w zakresie tendencji do somatyzacji między grupą matek dzieci z zespołem Aspergera (n=30) oraz matek dzieci zdrowych (n=30)

Zmienne	Matki dzieci z zespołem Aspergera		Matki dzieci zdrowych		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
Skala Stanu Somatycznego	5,58	3,31	3,77	3,38	1,978	0,048

Źródło: opracowanie własne.

Rezultaty analiz wykazały, że matki dzieci z zespołem Aspergera cechują się istotnie bardziej nasiloną tendencją do somatyzacji aniżeli matki dzieci zdrowych. Niemniej ogólne natężenie somatyzacji w obu badanych grupach nie było nadmiernie silne. Hipotezę pierwszą można uznać za przyjętą.

Hipoteza druga zakładała, że matki dzieci zdrowych będą cechować się wyższym poziomem prężności aniżeli matki dzieci z syndromem Aspergera. Podobnie jak w przypadku hipotezy pierwszej zakładaliśmy, że sytuacja opieki nad dzieckiem z zespołem Aspergera będzie wiązać się z pomniejszeniem zasobów rodziców. Wyniki analiz przy użyciu adekwatnych testów różnic prezentuje tabela 2.

Jak wynika z zaprezentowanych danych, matki dzieci z syndromem Aspergera nie różnią się istotnie w zakresie prężności i jej poszczególnych podwymiarów od matek dzieci zdrowych. Uzyskane wyniki wskazują na umiarkowane i mało

zróżnicowane natężenie cechy prężności w obu badanych podgrupach. Wobec powyższego należy odrzucić drugą hipotezę badawczą.

Tabela 2. Różnice w poziomie prężności między grupą matek dzieci z zespołem Aspergera (n=30) oraz matek dzieci zdrowych (n=30)

Zmienne	Matki dzieci z zespołem Aspergera		Matki dzieci zdrowych		*z/t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
WiD	14,03	3,05	14,55	2,80	-0,694	0,490
ONDiPH	15,03	2,70	15,13	2,43	-0,148	0,883
KOiTNE	13,90	3,31	13,81	2,86	0,123	0,902
TNiTŻW	14,77	2,33	14,48	3,30	-0,256	0,798
ONiZM	12,68	2,91	13,00	3,03	-0,545	0,586
Wynik ogólny	70,45	12,08	70,97	12,85	-0,163	0,871

WiD – Wytrwałość i determinacja w działaniu; ONDiPH – Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru; KOiTNE – Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji; TNiTŻW- Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania; ONiZM – Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach.

Źródło: opracowanie własne.

Następnie testowaliśmy hipotezę trzecią. Zgodnie z teorią zachowania zasobów Hobfolla (1989, 2006, 2010) oczekiwaliśmy, że sytuacja opieki nad dzieckiem z całościowym zaburzeniem rozwoju jako sytuacja stresogenna będzie sprzyjać nasilonym tendencjom do ochrony posiadanych zasobów, skutkując ogólnie częstszym stosowaniem strategii radzenia sobie ze stresem. Szczególnie oczekiwałyśmy, że matki dzieci z zespołem Aspergera będą częściej stosować strategię zaprzeczania i planowania. Założenia dotyczące ponadprzeciętnego natężenia strategii planowania oparłyśmy na obserwacjach rodziców dzieci niepełnosprawnych i z całościowymi zaburzeniami rozwoju jako osób wyjątkowo dobrze zorganizowanych, które musiały dokonać reorganizacji swojego dotychczasowego sposobu życia, uwzględniając nowe cele i potrzeby wynikające z choroby dziecka. Przewidywałyśmy również, że rodzicie dzieci z syndromem Aspergera mogą zaprzeczać pewnym aspektom funkcjonowania potomstwa, zwłaszcza w początkowej fazie adaptacji do nowej sytuacji, jaką jest diagnoza zespołu Aspergera.

Tabela 3 przedstawia natężenie najczęściej i najrzadziej stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem w obu badanych grupach wraz z wynikami testów istotności różnic.

Tabela 3. Różnice w natężeniu wybranych strategii radzenia sobie ze stresem między grupą matek dzieci z zespołem Aspergera (n=30) oraz matek dzieci zdrowych (n=30)

Strategie radzenia sobie ze stresem	Matki dzieci z zespołem Aspergera		Matki dzieci zdrowych		*t/z*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
Aktywne radzenie sobie	2,25	0,49	2,28	0,57	0,241	0,808
Planowanie	2,20	0,50	2,25	0,57	0,363	0,719
Poczucie humoru	0,37	0,41	0,60	0,46	2,061	0,044
Zaprzeczanie	0,48	0,61	0,78	0,75	1,701	0,094
Zażywanie substancji psychoaktywnych	0,57	0,64	0,23	0,39	2,144	0,032

Źródło: opracowanie własne.

Zarówno matki dzieci zdrowych, jak i matki dzieci z syndromem Aspergera najczęściej stosują takie adaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem, jak Aktywne radzenie sobie czy Planowanie. Najrzadziej wykorzystywanymi przez badane matki strategiami są Poczucie humoru, Zaprzeczanie oraz Zażywanie substancji psychoaktywnych.

Nie wykazano jednak istotnych różnic pomiędzy matkami dzieci z zespołem Aspergera a matkami dzieci zdrowych w zakresie częstotliwości stosowania strategii zaprzeczania i planowania. Zaobserwowano natomiast, że matki dzieci z syndromem Aspergera istotnie rzadziej stosują strategie Poczucia humoru oraz istotnie częściej strategię Zażywania substancji psychoaktywnych niż matki dzieci zdrowych. Wobec powyższego hipotezę trzecią należy uznać za niepotwierdzoną.

Hipoteza czwarta zakładała, że prężność ujemnie koreluje z tendencją do somatyzacji w grupie matek dzieci zdrowych i z zespołem Aspergera. Niezależnie od sytuacji rodzinnej zakładaliśmy, że prężność stanowi istotny zasób zdrowia (por. Antonovsky, 1995; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2008). Oczekiwaliśmy różnic między obiema grupami matek w zakresie siły zaobserwowanych zależności. Szczególnie w grupie matek dzieci z zespołem Aspergera oczekiwaliśmy silnych zależności – zgodnie z teorią zachowania zasobów przewidywaliśmy, że większe zasoby (wyższy poziom prężności) będą działały ochronnie, sprzyjając dalszemu budowaniu zasobów, zaś niska prężność będzie decydować o nasileniu tendencji do somatyzacji jako konsekwencji utraty zasobów (por. Hobfoll, 1989, 2010).

Jednak wbrew przewidywaniom nie zaobserwowaliśmy istotnych zależności między prężnością i tendencją do somatyzacji w grupie matek dzieci z zespołem Aspergera. Istotne statystycznie korelacje odnotowano jedynie w grupie matek dzieci zdrowych. Wyniki analiz przeprowadzonych testem r-Pearsona prezentuje tabela 4.

Tabela 4. Poziom prężności a tendencja do somatyzacji w grupie matek dzieci zdrowych (n=30) – wyniki korelacji testem r-Pearsona

Skala Pomiaru Prężności SPP-25	Skala Stanu Somatycznego
Wytrwałość i determinacja w działaniu	-0,11
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	-0,36*
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	-0,41*
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	-0,41*
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	-0,36*
Wynik ogólny	-0,44**

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

Źródło: opracowanie własne.

Wyższy poziom prężności w grupie matek dzieci zdrowych wiązał się z mniejszą tendencją do somatyzacji. Zależność ta była umiarkowanie nasilona i dotyczyła zarówno wyniku ogólnego, jak i wszystkich podwymiarów prężności poza wytrwałością i determinacją w działaniu. W związku z uzyskanymi rezultatami możliwe jest jedynie częściowe przyjęcie hipotezy czwartej.

W hipotezie piątej zakładałyśmy, iż w obu badanych podgrupach strategie radzenia sobie ze stresem, należące do grupy strategii polegających na podejmowaniu działania (planowanie, aktywne radzenie sobie i pozytywne przewartościowanie), będą korelowały ujemnie z tendencją do somatyzacji jako przejawem nieefektywnego i nieadaptacyjnego radzenia sobie.

Analizy przeprowadzone testem porządku rang Spearmana wskazały na kilka istotnych zależności. W grupie matek dzieci z zespołem Aspergera zanotowano istotną korelację o charakterze negatywnym pomiędzy stosowaniem strategii wsparcia emocjonalnego a tendencją do somatyzacji (R=43; p=0,017). Zatem im mniej wsparcia emocjonalnego otrzymywały badane kobiety, w tym większym stopniu nasilona była wśród nich tendencja do somatyzacji.

W grupie matek dzieci zdrowych ponownie zaobserwowano więcej istotnych zależności pomiędzy stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem a tendencją do somatyzacji. Okazuje się, że matki dzieci zdrowych, które rzadziej stosowały aktywne radzenie sobie (R=-0,50; p=0,005) pozytywne przewartościowanie (R=-0,37; p=0,048) oraz wsparcie instrumentalne (R=-0,416; p=0,022), częściej wykazywały tendencję do somatyzacji. W związku z powyższym hipoteza piąta może zostać przyjęta jedynie częściowo.

Wnioski i dyskusja

Otrzymane rezultaty badań potwierdzają wcześniejsze doniesienia, zgodnie z którymi diagnoza zaburzenia rozwojowego wiąże się z większą liczbą skarg na stan somatyczny wśród rodziców (por. Wikblad i wsp., 2002; Allik i wsp., 2006; Estes i wsp., 2009). Nie wykazano jednak, aby badane kobiety ze względu na stan zdrowia dziecka różniły się między sobą w zakresie prężności. W świetle teorii wydaje się, że sytuacja wychowywania dziecka z całościowym zaburzeniem rozwoju wiąże się z dużym obciążeniem psychofizycznym, które znajduje odzwierciedlenie w tendencji do somatyzacji matek, jednak nie rzutuje na wymiar osobowościowej elastyczności. Zatem zaabsorbowanie rolą rodzica dziecka z syndromem Aspergera wydaje się przybierać przede wszystkim formę obciążenia fizycznego. Potwierdzają to częściowo wyniki badań dotyczące częstości stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem. Matki dzieci z syndromem Aspergera mimo istotnie wyższej od matek dzieci zdrowych tendencji do somatyzacji, równie często i chętnie wykorzystywały strategię aktywnego radzenia sobie i planowania.

Co ciekawe, o ile w grupie matek dzieci zdrowych wyższy poziom prężności wiązał się z mniejszą tendencją do somatyzacji, o tyle w grupie matek dzieci z zespołem Aspergera nie zaobserwowano podobnej zależności. Tym samym prężność wydaje się czynnikiem ochronnym działającym głównie w grupie matek dzieci zdrowych. Nie odgrywa zaś roli ochronnej przed wyczerpaniem psychofizycznym w grupie matek dzieci z zespołem Aspergera.

Fakt ten może rzutować na zaobserwowane różnice w zakresie częstości stosowanych strategii radzenia sobie między grupą matek dzieci zdrowych i matek dzieci z syndromem Aspergera. Te ostatnie istotnie rzadziej próbowały radzić sobie za pomocą poczucia humoru oraz częściej sięgały po substancje psychoaktywne w celu zredukowania dystresu. Otrzymane rezultaty wydają się obrazować odmienną specyfikę sytuacji stresogennych, z którymi mierzą się na co dzień obie grupy badanych kobiet. Do uzyskanych wyników badań należy jednak odnosić się z dużą ostrożnością, zważywszy na fakt, iż zaprzeczanie i używanie substan-

cji psychoaktywnych stanowiły najrzadziej wykorzystywane strategie radzenia sobie ze stresem zarówno w grupie podstawowej, jak i porównawczej. Brak zaobserwowanych różnic w zakresie stosowania strategii planowania i zaprzeczania między obiema grupami pokazuje ponadto, iż bezzasadnym jest różnicowanie matek dzieci zdrowych i chorych na „lepiej" i „gorzej" zorganizowane.

Interesujących wniosków dostarczają nam także wyniki analiz nad zależnościami pomiędzy stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem a tendencją do somatyzacji. W grupie matek dzieci z zespołem Aspergera jedynie wsparcie emocjonalne sprzyjało mniejszej tendencji do somatyzacji. Tymczasem wśród matek dzieci zdrowych analogiczną rolę odgrywały strategie wsparcia instrumentalnego, pozytywnego przewartościowania i aktywnego radzenia sobie.

Dokonując syntezy zebranego materiału empirycznego i odnosząc jego rezultaty do przedstawionego tła teoretycznego, należy zaznaczyć, że matki dzieci z zespołem Aspergera jawią się jako osoby o umiarkowanych zasobach osobistych, zdolne do aktywnego zmagania się z wyzwaniami życia, skupione w większej mierze na budowaniu zasobów aniżeli na ich ochronie (por. Lazarus, Folkman, 1984; Antonovsky, 1995; Hobfoll, 1989, 2006, 2010). Jednakże prężność okazuje się czynnikiem w niewystarczającym stopniu chroniącym przed nasileniem się tendencji do somatyzacji. Taką funkcję wydaje się pełnić otrzymywane wsparcie emocjonalne.

Prawdopodobnie grupa matek dzieci z syndromem Aspergera jest zdecydowanie bardziej niejednorodna, jednak mała liczebność próby uniemożliwiła dokonanie bardziej szczegółowych analiz, których rezultaty mogłyby wskazać na bardziej subtelne i specyficzne mechanizmy funkcjonowania matek dzieci z syndromem Aspergera. Należy pamiętać, że badane kobiety są członkiniami Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Zespołem Aspergera. Jest to niereprezentatywna grupa – w większym stopniu wyedukowana, otrzymująca systematycznie wsparcie społeczne. Ze względu na trudność dostępu nie mamy wglądu w sposób funkcjonowania osób niestowarzyszonych. Fakt ten może znacząco zniekształcać naszą wiedzę o funkcjonowaniu rodziców dzieci z syndromem Aspergera.

Niezależnie od wskazanych trudności metodologicznych bezsprzecznym pozostaje, iż dobre samopoczucie rodzica niejednokrotnie wiąże się z bardziej efektywnym wspomaganiem rozwoju dziecka. Z tego powodu ważnym wydaje się być poznanie innych zasobów, którymi dysponują rodzice dzieci z zespołem Aspergera. Ich rozwijanie i udoskonalanie stanowi istotny obszar oddziaływań psychologicznych.

Bibliografia

Allik H., Larsson J.O., Smedje H., *Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high functioning autism*, „Health and Quality of Life Outcomes" 2006, 4, s. 1–8.

Antonovsky A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Warszawa: Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Basińska M.A. (2010), *Skala Stanu Somatycznego*, Bydgoszcz: materiały niepublikowane.

Borys B., Zasoby zdrowotne w psychice człowieka, „Forum Medycyny Rodzinnej" 2010, 4 (1), s. 44–52.

Charne D.S., *Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress*, „American Journal of Psychiatry" 2004, 161,s. 195–216.

Dyson L., *The experiences of families of children with learning disabilities: Parental stress, family functioning, and sibling self-Concept*, „Journal of Learning Disabilities" 1996, 29 (3), s. 280–286.

Ehlers S., Gillberg C., *The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry" 1993, 34, s. 1327–1350.

Estes A., Munson J., Dawson G., Koehle E., Zhou, X.H., Abbott R., *Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay*, „Autism" 2009, 13 (4), s. 375–287.

Fabrega H., *The concept of somatisation as a cultural and historical product of Western medicine*, „Psychosomatic Medicine" 1990, 52 (6), s. 653–672.

Gillberg I.C., Gillberg C., *Asperger syndrome – some epidemiological considerations: a research note*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry" 1989, 30, s. 631–638.

Grzechowiak M., Macniak J., Rybakowski J., *Przypadek zespołu Aspergera rozpoznany w wieku dorosłym*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna" 2007, 2, s. 117–122.

Heinrich TW., *Medically unexplained symptoms and the concept of somatisation*, „Wisconsin Medical Journal" 2004, 103 (6), s. 83–87.

Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hiller W., Rief W., Brähler E., *Somatization in the population: From mild bodily misperceptions to disabling symptoms*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology" 2006, 41 (9), s. 704–712.

Hobfoll S.E., *Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress*, „American Psychologist" 1989, 44 (3), s. 513–524.

Hobfoll S.E. (2010), *Conservation of Resources Theory: Its implications for stress, health, and resilience*, w: *The Oxford handbook of stress, health, and coping*, S. Folkman (red.), New York: Oxford University Press, s. 127–147.

Hobfoll S.E. (2006), *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Howlin P., Asgharia A., *The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families*, „Developmental Medicine & Child Neurology" 1999, 41, s. 834–839.

ICD-10 (1998), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius"; Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2009), *Narzędzia do pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2003), *Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka*, w: *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 9–16.

Kaczmarek Ł., Sęk H., Ziarko M., *Resiliency and the mediators if its effect on health*, „The Review of Psychology" 2011, 54, s. 29–46.

Kasprza A., Basińska M.A., Lewandowska P., *Resiliency and subjective evaluation of health in mothers of children with Asperger's syndrome*, „Health Psychology Report" 2013, 1, s. 34–41, doi: 10.5114/hpr.2013.40467.

Klohnen E.C., Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency, „Journal of Personality and Social Psychology" 1995, 70 (5), s. 1067–1079, doi: 10.1037/0022-3514.70.5.1067.

Kościelska M. (1998), *Trudne macierzyństwo*, Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.

Lazarus R.S., *Paradygmat stresu i radzenia sobie*, „Nowiny Psychologiczne" 1986, 3–4, s. 40–41.

Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, Appraisal and Coping*, Springer Publishing Company, Incorporated.

Lipowski Z.J., *Somatization: the koncept and its clinical application*, „American Journal of Psychiatry" 1988, 145 (1), s. 1358–68.

Mak W.W., Ng I.S., Wong C.C., *Resilience: Enhancing well-being through the positive cognitive triad*, „Journal of Counseling Psychology" 2011, 58 (4), s. 610–617.

McWilliams N. (2009), *Diagnoza psychoanalityczna*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Nadolska K., Sęk H. (2007), *Społeczny kontekst odkrywania wiedzy o zasobach odpornościowych czyli czym jest resilience i jak ono funkcjonuje*, w: *Bliżej serca – zdrowie i emocje*, Ł. Kaczmarek, A. Słysz (red.), Poznań: UAM, s. 13–37

Ogińska-Bulik N., *Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej*, „Psychoonkologia" 2011, 1, s. 16–24.

Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., *Skala pomiaru prężności – SPP-25*, „Nowiny Psychologiczne" 2008, 3, s. 39–56.

Pisula E. (2011), *Parenting stress in mothers and fathers of children with Autism Spectrum disorders*, w: *A comprehensive book on Autism Spectrum Disorders*, M. Mohammad-Reza (red.), s. 87–106. InTech, Available from: http://www.intechopen.com/books/a-comprehensive-book-on-autismspectrum-disorders/parenting-stress-in-mothers-and-fathers-of-children-with-autism-spectrum-disorders [data dostępu: 15.04.2015].

Pisula E. (2007), *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.

Rodrigue J.R., Morgan S.B., Geffken G., *Families of autistic children: Psychological functioning of mothers*, „Journal of Clinical Child Psychology" 1990, 19 (4), s. 371–379.

Schur M., *Comments on the metapsychology of somatiziation. Psychoanal*, „Study Child" 1955, 10, s. 119–164.

Selye H. (1977), *Stres okiełzany*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Selye H. (1963), *Stres życia*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

Tomaszewski T. (1982), *Człowiek w sytuacji*, w: *Psychologia*, T. Tomaszewski (red.), Warszawa: PWN, s. 17–36.

Weiss S.J., *Stressors experienced by family caregivers of children with pervasive developmental disorders*, „Child Psychiatry and Human Development" 1991, 21, s. 203–216.

Wells M., *Resilience in rural community-dwelling older adults*, „The Journal of Rural Health" 2009, 25 (4), s. 415–419.

Wikblad K., Hedov G., Anneren G., *Swedish parents of children with Down's syndrome – Parental stress and sense of coherence in relation to employment rate and time spent in child care*, „Scandinavian Journal of Caring Sciences" 2002, 16, s. 424–430.