PACJENT W WIEKU ROZWOJOWYM Z DIAGNOZĄ PSYCHIATRYCZNĄ W KONTEKŚCIE FUNKCJONOWANIA I STYLU ŻYCIA RODZINY. STUDIUM PRZYPADKU

THE PATIENT AT DEVELOPMENTAL AGE, DIAGNOSED WITH PSYCHIATRIC DISORDERS IN THE CONTEXT OF FAMILY SYSTEM FUNCTIONING AND LIFESTYLE. CASE STUDY

Magdalena Izydorczyk, Małgorzata Dąbkowska

Katedra i Klinika Psychiatrii
Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

STRESZCZENIE

Cel. Celem artykułu jest pokazanie wpływu systemu rodzinnego i stylu życia w rodzinie na przebieg zaburzeń psychicznych u dzieci.
Metoda. Analiza przypadku w rozumieniu podejścia systemowego. Analiza literatury oraz dokumentacji medycznej.
Wnioski. System rodzinny jest podstawową grupą odniesienia. Patologizacja systemu rodzinnego, stylu życia oraz postawy wobec choroby dziecka, zależne od zasobów rodziców, mają wpływ na rozwój zaburzeń u dzieci. Poziom funkcjonowania rodziców oraz elastyczność systemu rodzinnego warunkuje przyjęcie diagnozy i dalsze drogi postępowania.

SŁOWA KLUCZOWE: zaburzenie psychiczne, system rodzinny, młodzież, postawy wobec choroby.

ABSTRACT

Aim. The aim of the study is to show an influence of the family system and lifestyle on the course of psychiatric disorders in children.
Method. The family system approach analysis. Medical documentation and the literature analysis.
Conslusions. The family system is a basic reference group. The patologising of lifestyle and attitudes towards the child chronic disease, mostly dependent on parents' psychological resources, have an impact on the course of disorders in children. The level of parents' functioning and the flexibility of the family system determine the acceptance of the diagnosis and further ways of treatment and procedures.

KEYWORDS: psychiatric disorder, family system, youth, attitudes towards the disease.

Wprowadzenie

Rodzina jest podstawową jednostką społeczną, w jakiej funkcjonuje człowiek od poczęcia. Jest miejscem, w którym jednostka nabywa podstawowe umiejętności społeczne, interpersonalne, komunikacyjne, emocjonalne. Rodzice dostarczają dziecku podstawową wiedzę o świecie oraz informacje niezbędne do budowania własnej tożsamości i sposobu, w jaki sposób człowiek myśli o sobie [1, 2]. Psychologia wyróżnia wiele teorii, na podstawie których poddaje się analizie funkcjonowanie rodziny. Jednak najpopularniejszą z nich jest teoria systemowa, w myśl której rodzina jest systemem utworzonym przez wszystkich jej członków i składającym się z nich. Jakość tego systemu zależy przede wszystkim od relacji pomiędzy poszczególnymi członkami rodziny, powiązań między nimi, układu tzw. podsystemów w ramach rodziny, a także od zdrowia poszczególnych jej członków [3]. W tym nurcie małżeństwo i, szerzej, rodzina jest systemem o określonej, złożonej strukturze, składającym się z członków rodziny, związanych bezpośrednimi interakcjami [2, 3]. Trzeba przy tym podkreślić, że rodzina nie jest sumą cech poszczególnych członków, ale z powodu zależności, które występują w rodzinie, jest to dynamiczna struktura, tworząca odrębne podsystemy, w których funkcjonują jej członkowie. Należy tutaj wskazać znaczenie granic w obrębie danej rodziny i jej podsystemów, które wyznaczają rodzice, ponieważ para małżeńska stanowi podstawę prawidłowo funkcjonującej rodziny [4]. To właśnie granice przez nią wytworzone wyznaczają zasady i reguły funkcjonowania poszczególnych członków rodziny. Interakcje zachodzą zarówno w odrębnych podsystemach w ramach rodziny, pomiędzy nimi, jak i światem zewnętrznym, znajdującym się poza granicami systemu rodzinnego [1, 4]. Zmiana w jednym elemencie systemu, czyli np. w jednym członku rodziny, powoduje zmiany w całym systemie. Taką zmianą są narodziny, śmierć oraz inne wydarzenia, które wpływają na członków rodziny, w tym również choroba jednego z nich. Od elastyczności systemu zależy, w jaki sposób rodzina poradzi sobie z tą zmianą [5].

Z uwagi na cechy systemu rodzinnego badacze wyróżniają poszczególne postawy i sposoby postępowania w sytuacji wystąpienia u dziecka choroby przewlekłej. Można wyróżnić postawy właściwe, jak: akceptacja, współdziałanie, dostosowana swoboda, respektowanie praw oraz woli dziecka. Do negatywnych należy postawa nadmiernie chroniąca, nadmiernie wymagająca, unikająca, obojętna lub wręcz odrzucająca [6–8]. Zaangażowanie, liczne wyrzeczenia, poświęcenie osób, które zajmują się chorym, np. dzieckiem, może powodować poczucie, że wszystko robi się niewłaściwie, a ze sprawowanej opieki nie płyną wzmocnienia pozytywne, co może skutkować przeciążeniem emocjonalnym i fizycznym, podobnym do tego, które jest związane z pracą zawodową. Osoba wypalona z początku może doznawać bólów różnego pochodzenia, często o podłożu psychicznym, bezsenności, drażliwości. W kolejnej fazie może próbować zdystansować się od problemów związanych z chorobą dziecka, co często prowadzi do depersonalizacji. Natomiast w fazie terminalnej wypalenia chorobą członka rodziny opiekunowie/rodzice mogą próbować odciąć się emocjonalnie od dziecka, w wyniku czego dochodzi nawet do zaniedbania chorego. Równocześnie wzmagają się objawy somatyczne rodziców, kłótliwość, impulsywność, a także agresja. Pojawiają się również coraz bardziej nasilone postawy negatywne wobec osoby chorej. Opiekunowie są mniej empatyczni, a także wrogo nastawieni [3].

Szczególnie trudną chorobą, z jaką musi zmagać się rodzina, jest choroba psychiczna jednego z jej członków. Do dziś zdecydowanie różni się przeżywanie w rodzinie choroby psychicznej od przeżywania choroby somatycznej. Choroba psychiczna jest odbierana jako bardziej nieprzewidywalna, nieznana, nierzadko budzi lęk, niechęć oraz agresję środowiska, w którym żyje osoba chora [9]. Choroba psychiczna często jest nieprzewidywalna w swoim przebiegu, zwłaszcza jeśli rozpoczyna się w wieku rozwojowym. Przeważnie z powodu wielości i niejasności objawów chorobowych występujących u dzieci czy adolescentów nie można postawić jednoznacznej diagnozy psychiatrycznej; pojawiają się także problemy ze zwerbalizowaniem tych problemów przez pacjenta. Czynnikiem, który najbardziej wpływa na nieprzewidywalność przebiegu choroby psychicznej, jest wzmożony rozwój dziecka, najczęściej ujawniający się w zachowaniu, emocjach oraz funkcjonowaniu poznawczym, które kształtują obserwowane przez otoczenie objawy. Ponadto trudność wynika z tego, że nie ma osobnych kryteriów diagnostycznych chorób psychicznych dla dzieci i młodzieży, wobec czego diagnoza stawiana jest na podstawie klasyfikacji dla osób dorosłych [10]. Tutaj pojawia się kolejna trudność związana z pojęciem „osoba dorosła". W prawie przyjmuje się, że jest to osoba pełnoletnia, czyli po 18. roku życia. Jednak tzw. wiek rozwojowy jest według literatury psychologicznej znacznie dłuższy i sięga nawet do 23. roku życia. Mówi się o okresie tzw. późnej adolescencji, która trwa od 16. do 21.–23. roku życia [11]. Trudno jest więc mówić o w pełni ukształtowanym psychicznie – dorosłym – człowieku od 18. roku życia. Obecnie z tego powodu dopiero po 21. roku życia pacjenta stawia się diagnozę zaburzeń osobowości, a do tego czasu diagnozę osobowości nieprawidłowo kształtującej się. Podobnie jest z diagnozą psychiatryczną. Można przyjąć, że do około 21.–23. roku życia obraz oraz przebieg choroby psychicznej często jest niejasny oraz nieprzewidywalny z powodu toczącego się intensywnego rozwoju jednostki.

Opis przypadku

Pacjent w wieku 21 lat. Pochodzi z pełnej rodziny. Nie posiada rodzeństwa. Oboje rodzice mają wyższe wykształcenie: matka humanistyczne, ojciec ścisłe. Wyróżniają go ponadprzeciętne zdolności intelektualne – negowane przez rodziców – obiektywnie ujawniające się w zainteresowaniach naukowych pacjenta, ponadprogramowych jak na etap edukacji, na którym się znajdował. Początek choroby w 14. roku życia. Rodzice zgłosili się po pomoc z synem – wówczas uczniem III klasy gimnazjum – w 2. tygodniu roku szkolnego z powodu wypowiadanych przez pacjenta negatywnych opinii o sobie. Jednak pierwsze wyciszenie i wycofanie zaobserwowali w połowie II klasy gimnazjum, ale o mniejszym nasileniu. Rodzice zawsze wymagali bardzo dobrych ocen, a syn był bardzo dobrym uczniem. Podczas ostatnich wakacji przed III klasą gimnazjum był zmuszany uczyć się z wyprzedzeniem, ponieważ rodzice obawiali się o wyniki egzaminów gimnazjalnych. Trudniejsze przedmioty odrabiał z ojcem, który szybko się denerwował. Pacjent nigdy nie był chwalony, rodzice przeważnie dostrzegali niepowodzenia. Opiekunowie podczas wywiadu zaprzeczyli występowaniu w rodzinie chorób psychicznych.

Ocena stanu psychicznego i przebieg farmakoterapii

W stanie psychicznym podczas pierwszego badania psychiatrycznego z odchyleń stwierdzono: obniżony nastrój, obniżoną samoocenę, obwinianie się zachowaniem w przeszłości, niepokój ruchowy, czynności nawykowe, negatywne wypowiedzi, spadek funkcji poznawczych, odmowę uczęszczania do szkoły, urojenia ksobne, prześladowcze, wpływu oraz winy, omamy węchowe i smakowe, automatyzmy psychiczne, myśli rezygnacyjne wynikające z przekonania o bezsensie życia. Zlecono terapię neuroleptykiem.

W kolejnym badaniu zanotowano ustąpienie omamów węchowych i smakowych, ale chłopiec potwierdził

omamy słuchowe. Ustąpiły urojenia ksobne i prześladowcze, ale pacjent nadal zdradzał nieufny stosunek do otoczenia i niepewny w stosunku do mediów. Zaburzenia poznawcze oraz nihilistyczne wypowiedzi o chęci zniknięcia utrzymywały się. Zwiększono dawkę neuroleptyku.

Po miesięcznym leczeniu ustąpiły urojenia i omamy, utrzymywały się negatywne opinie o sobie samym i swoim wyglądzie. Chłopiec stał się niechętny do przyjmowania leków i uznawania chorobowego podłoża trudności. Po ustąpieniu objawów depresyjnych pacjent okazywał niechęć do współpracy z lekarzem.

Choć przedstawiono rodzicom przyczyny obniżenia funkcji poznawczych u syna w przebiegu choroby, nie zmniejszyli oni wymagań w nauce, co powodowało częste konflikty.

Poświęcono dużo czasu na zajęcia psychoedukacyjne dla rodziców, jednak rodzice wciąż nie starali się zrozumieć choroby syna. Po roku od zgłoszenia się na leczenie zauważono: zmianę nastroju na drażliwy, nasiloną konfliktowość w relacji z rodzicami, podwyższony napęd, wielomówność, brak współpracy z lekarzem. Dołączono lek normotymiczny. Po 2 miesiącach u pacjenta zanotowano zespół depresyjny, dołączono lek przeciwdepresyjny, uzyskując wyrównanie nastroju. W odstępie paru miesięcy pojawiły się ponownie zachowania związane z podwyższeniem nastroju i drażliwością. Wobec rodziców i kolegów bywał agresywny.

Po ponad 2 latach rodzice ujawnili obecność choroby afektywnej dwubiegunowej w bliskiej rodzinie. Pomimo wystawiania zaświadczeń przez lekarza prowadzącego dotyczących dostosowania wymagań edukacyjnych do stanu zdrowia pacjenta rodzice nie korzystali z nich, w wyniku czego z powodu objawów depresyjnych pacjent nie zaliczył roku szkolnego. Chłopiec skarżył się na negatywne traktowanie ze strony rodziców, co obserwowano także w obecności personelu. Po 2 latach od początku choroby przeważały objawy afektywne z przewagą zespołów mieszanych. Rodzice wystąpili do sądu o zwolnienie ich z opieki nad synem, który przejawiał w stosunku do nich zaburzenia zachowania. Na proponowaną terapię rodzinną rodzice nie wyrażali zgody. Po 3 latach od początku choroby chłopiec był hospitalizowany stacjonarnie z powodu zespołu maniakalnego.

Klasę maturalną realizował w ramach oddziału psychiatrycznego dziennego. Podczas pobytu w oddziale obserwowano mieszane zaburzenia afektywne oraz trudności w nauce z powodu choroby. Pacjent często sięgał po alkohol, nie współpracował z lekarzem, trudno nawiązywał kontakty rówieśnicze. W szkole średniej, podczas pobytu w oddziale, jeszcze przed ukończeniem 18. roku życia, dostał od rodziców mieszkanie; ci ograniczyli z nim kontakt. Zdał maturę z bardzo dobrymi wynikami. Podjął studia. Na I roku studiów wystąpił ciężki zespół depresyjny i pacjent nie kontynuował nauki. Przez 2 lata funkcjonowanie społeczne było bardzo ograniczone. W kolejnym roku wystąpił ciężki zespół depresyjny psychotyczny.

Relacja z rodzicami

Podczas epizodów choroby syna rodzice nie zwiększyli nad nim opieki. Ich kontakt z dzieckiem polegał głównie na dostarczaniu jedzenia do jego mieszkania oraz praniu ubrań. Rodzice nie dawali chłopcu pieniędzy z obawy, że może wydać je na alkohol. Na uwagę zasługuje również fakt, że kiedy pacjent miał 16 lat, rodzice wystąpili do sądu o zwolnienie z opieki nad synem. Sąd nie przychylił się do ich wniosku. Rodzice, a szczególnie ojciec, przywiązywali wagę do wyglądu oraz zdrowego trybu życia, a syn, który nie spełniał ich oczekiwań, był często krytykowany i odrzucany. Ojciec reprezentował postawę chroniącą w stosunku do matki dziecka. Często podkreślał trudności, jakie napotykali w kontakcie z synem, patrząc na nie z perspektywy matki. Tłumaczył również fakt zaniechania troskliwej opieki nad synem z powodu piętna psychicznego, jaki kontakt z dzieckiem odciskał na matce.

Dyskusja

Powyższe studium przypadku pokazuje, jak trudne jest postawienie jednoznacznej diagnozy psychiatrycznej u pacjenta w wieku rozwojowym, opierając się na klasyfikacji chorób psychicznych przyjętej dla dorosłych. Trudność wynika nie tylko z wieloznacznych, często niejasnych objawów, ale również z odpowiedzialności, by nie stygmatyzować pacjenta np. diagnozą schizofrenii, skoro w wyniku wzmożonego rozwoju objawy mogą ulec zmianie, a przy tym zmieni się także obraz choroby.

Bardzo często zdarza się, że za dzieckiem z rozpoznaniem psychiatrycznym stoi nieprawidłowo funkcjonujący system rodzinny [12]. Jest to kolejny bardzo ważny czynnik, który kształtuje objawy pacjenta poza wcześniej wymienionymi aspektami wzmożonego rozwoju: behawioralnymi, emocjonalnymi i poznawczymi. Zarysowany wyżej system rodzinny pacjenta jest bardzo sztywny i nie jest w stanie uzyskać prawidłowej homeostazy w obliczu ciężkiej choroby jednego z członków, szczególnie że jest to choroba psychiczna [13]. Skutkowało to zaostrzeniem objawów psychiatrycznych u pacjenta, obniżonymi nastrojem i samooceną, a także zespołami psychotycznymi. W świetle przedstawionych wyżej teorii rodzice odgrodzili granicą nie do przekroczenia dla syna swój podsystem małżeński [2]. Pacjent zgłaszał poczucie wyobcowania z tego powodu. Bardzo interesował się tym, co mają rodzice do powiedzenia na jego temat. Podczas rozmów rodzice

ujawniali niechęć do syna, krytyczny stosunek do jego możliwości intelektualnych oraz całkowite niezrozumienie jego sytuacji, spowodowanej chorobą. Tym samym doszukiwali się przyczyn zachowania syna w jego złej woli. Stosunek rodziców do chorego dziecka można nazwać postawą odrzucającą [7, 8], która przejawiała się przede wszystkim tym, że ciężko chorego pacjenta, przed ukończeniem przez niego 18. roku życia, postanowili przenieść do zakupionej w celu odcięcia się od niego kawalerki, a wcześniej próbowali odseparować się od niego również na drodze prawnej. Sam pacjent wyrażał chęć powrotu do domu rodzinnego, ponieważ jako jeszcze bardzo niedojrzały chłopiec, wymagający opieki i wsparcia, czuł się samotny, opuszczony i niespokojny. Nieprawidłowa więź z opiekunami pogłębiła jego poczucie niskiej wartości oraz zaostrzyła objawy chorobowe [8]. Rodzice nie byli skłonni przyjąć pacjenta do domu, nawet w sytuacji nawrotu choroby, szczególnie podczas epizodów depresyjnych, gdzie pacjent wymagał całodobowej opieki.

Podsumowując: przedstawiona wyżej sytuacja rodzinna pacjenta w świetle omówionych teorii wskazuje przede wszystkim na brak elastyczności oraz nieprawidłowo funkcjonujący system rodzinny, odrzucające postawy rodzicielskie oraz całkowite oddzielenie się rodziców sztywnymi granicami podsystemu. Przyczyną tak głębokiej patologizacji rodziny są prawdopodobnie zasoby rodziców – ich cechy osobowości oraz schematy postępowania, a także wykształcone w rodzinie więzi, które w znaczący sposób nasilają psychopatologię pacjenta [3]. System rodzinny został postawiony w obliczu choroby psychicznej dziecka – choroby o nieprzewidywalnym przebiegu. Równocześnie trudno było przekazać rodzicom jednoznaczne rokowania co do jej postępu i rozwoju, co dodatkowo pogłębiło sztywność systemu rodzinnego i chęć odcięcia elementu tego systemu, który nie był w stanie realizować przypisanej mu sztywno roli, prawdopodobnie grzecznego, dobrze uczącego się chłopca, niesprawiającego problemów. Pacjent jako element systemu nie tylko nie był w stanie realizować przypisanej mu roli, ale z powodu frustracji z tym związanej zaostrzały się u niego objawy psychopatologiczne, co nasilało odrzucającą postawę rodziców wobec niego. W efekcie pacjent nie jest w stanie realizować życiowych ról, charakterystycznych dla jego wieku, jak praca czy studia, i wymaga stałej opieki osób trzecich z powodu trudnego przebiegu choroby psychicznej. Rodzice starają się o uzyskanie renty dla niego, aby zwiększyć jego samodzielność finansową.

Piśmiennictwo

1. Namysłowska I. Terapia rodzin. Warszawa: PWN; 1997. 28–41.
2. Radochoński M. Wybrane zagadnienia psychopatologii w ujęciu systemowej koncepcji rodziny. Roczniki Socjologii Rodziny. 1998; 10: 91–109.
3. Świętochowski W. System rodzinny wobec przewlekłej choroby somatycznej. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2010. 67–80.
4. Paszkiewicz E. Rodzina jako system. Wpływ systemu rodzinnego na funkcjonowanie dziecka. W: Wolańczyk T (red.). Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci. Warszawa: PZWL; 2005. 39–46.
5. Radochoński M. Rodzina a choroba. Adaptacja systemu rodzinnego do sytuacji stresowej wywołanej chorobą somatyczną. Rzeszów: Wydawnictwo WSP; 1987. 32–43.
6. LeCroy CW. Parenting Mentally Ill Children: Faith, Caring, Support, and Surviving the System. Westport: Praeger Publishing; 2011. 99–116.
7. Kościelska M. Oblicza upośledzenia. Warszawa: PWN; 1995. 43–65.
8. Sendecka E, et al. Funkcjonowanie społeczne rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym. Neurologia Dziecięca. 2010; 37: 67–73.
9. Przywarka I. Rodzina w sytuacji choroby. Wpływ choroby psychicznej na funkcjonowanie rodziny w wielkim mieście. Roczniki Socjologii Rodziny. 2002; 14: 153–172.
10. Dąbkowska M. Schizofrenia o wczesnym początku — nadal terra incognita? Psychiatria w Praktyce Klinicznej. 2009; 1(2): 23–29.
11. Obuchowska I. Adolescencja. W: Harwas-Napierała B, Trempała J (red.). Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia. Warszawa: PWN; 2000. 186–197.
12. Bijl R, Cuijpers P, Smit F. Psychiatric disorders in adult children of Parents with a history of psychopathology. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2002; 37: 7–12.
13. Twardowski A. Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. W: Obuchowska I (red.). Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Warszawa: WSiP; 1999. 10–46.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014
Artykuł przyjęty do publikacji: 30.08.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Magdalena Izydorczyk
ul. Karola Kurpińskiego 19
85-096 Bydgoszcz
tel.: 506606145
e-mail: magdalena.izydorczyk@gmail.com
Katedra i Klinika Psychiatrii
Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu