



Stres w pierwszym epizodzie schizofrenii w okresie dorastania

Stress in the first schizophrenia episode in adolescence

IRENA NAMYSŁOWSKA

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. Autorka omawia źródła stresu w pierwszym epizodzie schizofrenii związane ze wszystkimi systemami, w których funkcjonuje dorastający człowiek, takimi jak system rodzinny, szkoła, grupa rówieśnicza. Omówione są także zmiany zachodzące w o.u.n. w okresie adolescencji, stanowiące swoiste źródło stresu biologicznego, charakterystyczne dla tej fazy cyklu życia.

SUMMARY. Sources of stress in the first schizophrenic episode in adolescence are discussed, in relation to the various systems in which the young person is functioning - such as the family system, school and peer group. Changes in the CNS occurring in adolescence are also discussed as a specific biological stressor typical of this phase of the life cycle.

Słowa kluczowe: stres / okres dorastania / schizofrenia

Key words: stress / schizophrenia / adolescence

Specyfika pierwszego epizodu schizofrenii w okresie dorastania wynika nie z odrębnych cech procesu schizofrenicznego, ale z faktu iż początek choroby przypada na unikalny okres w życiu człowieka, jakim jest dorastanie. Tak więc czynniki stresowe, odgrywające rolę w pierwszym epizodzie schizofrenii będą swoiste dla tej fazy cyklu życia.

Trudności wiążące się z koniecznością poradzenia sobie całego systemu rodzinnego, a więc i jego indywidualnych członków, w tym zwłaszcza samego nastolatka, z zadaniami okresu dorastania nie budzą żadnych wątpliwości. Jednak rozmiar stresu pojawiającego się w tym okresie jest przedmiotem kontrowersji i czasami wręcz skrajnie różnych poglądów.

Anna Freud [9] traktuje ten okres jako okres tzw. „łagodnej psychozy”, podczas gdy Offer [14] uważa, że stres z nim związany nie przekracza możliwości radzenia sobie większości dorastających. Ponad wszelką jednak wątpliwość trudny okres dorastania dla osoby

o mniejszych możliwościach radzenia sobie zarówno indywidualnych, np. w tzw. podatności na zranienie, jak i związanych z systemem rodzinnym, stanowi okres znacznego stresu. Co więcej, indywidualne i rodzinne trudności okresu dorastania są ze sobą zwykle ściśle, cyrkularnie powiązane.

Na wstępie omawiania stresu w pierwszym epizodzie schizofrenii chcielibyśmy przypomnieć, jaki procent psychoz schizofrenicznych rozpoczyna się w okresie dorastania [4, 7]. Ilustruje te dane poniższa tabl. 1.

Tablica 1. Zachorowania na schizofrenię przed 20 rokiem życia.

Kraepelin (1921)	32,5%
Bleuler (1972)	12,0%
Ciompi i Müller (1976)	15,0%
Huber i wsp. (1979)	20,0%

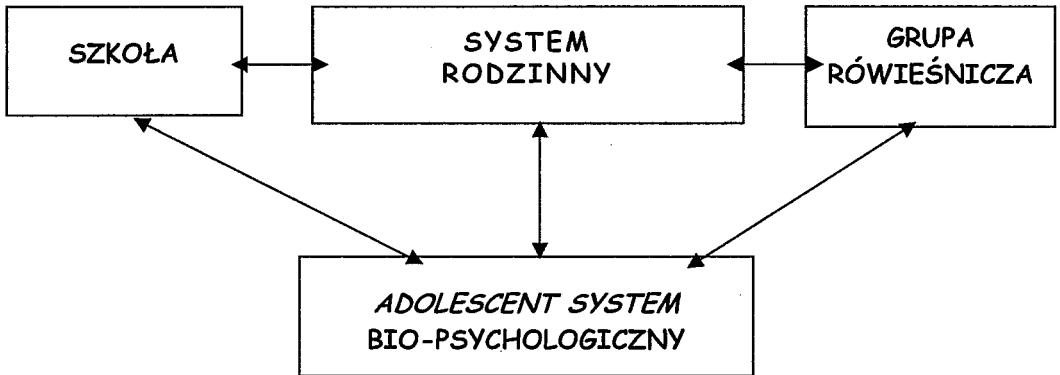
Wyniki badań budzą różniczne wątpliwości. Dotyczą one m.in. trafności stawiania ostatecznej diagnozy w tej grupie wieku pacjentów.

Warto tu podkreślić, że wszyscy badacze są zgodni co do tego, że dane te są mało wiarygodne i mogą być w rzeczywistości zarówno niższe jak i wyższe. Wynika to z jednej strony z trudności diagnostycznych w rozpoznawaniu schizofrenii w tak burzliwym okresie życia, jakim jest dorastanie i koniecznością posługiwania się kryteriami diagnostycznymi dla dorosłych, a z drugiej strony - z niechęci psychiatrów dzieci i młodzieży do stawiania rozpoznania schizofrenii

młodej dziewczynie lub chłopcu, z całym nieuniknionym procesem naznaczania wpływającym na dalsze ich życie [2, 10].

W dalszej części artykułu omówimy kolejno czynniki stresowe związane z różnymi systemami, w których funkcjonuje nastolatek, takimi jak system rodzinny, grupa rówieśnicza i szkoła oraz własny, indywidualny system biopsychologiczny. Wszystkie one pozostają we wzajemnej interakcji.

Rysunek 1. Systemy oddziałujące w okresie dorastania



Rozpoczniemy od omówienia indywidualnego, biologicznego systemu osoby dora-

stającej, a więc od zmian w o.u.n. typowych dla dorastania. Zmiany te ilustruje tabl. 2.

Tablica 2. Zmiany w o.u.n. w okresie normatywnej adolescencji i w schizofrenii.

Obszar zmian w o.u.n.	Zmiany w okresie normatywnej adolescencji	Zmiany w schizofrenii w porównaniu z osobami zdrowymi
Anatomia		
Gęstość synaptyczna	zmniejszenie korowej gęstości synaptycznej	zmniejszenie neuropilu - zwiększenie gęstości synaptycznej
Objętość substancji szarej	zmniejszenie objętości substancji szarej	zmniejszenie ogólnej objętości substancji szarej
Metabolizm		
Metabolizm czołowy (PET, rCBF, SPECT)	zmniejszenie metabolizmu i przepływu krwi w korze przedczołowej	zmniejszenie metabolizmu i przepływu krwi w korze przedczołowej
Synteza błony neuronalnej	fosfomonoestrów w korze przedczołowej	fosfomonoestrów w korze przedczołowej
Elektrofizjologia		
Wzór EEG snu	zmniejszenie snu delta	zmniejszenie snu delta

wojem psychoseksualnym przejawia się także w objawach pacjenta, które często dotyczą prawdziwych lub domniemanych urazów seksualnych, lub dysmorfofobii obejmujących poszczególne części ciała, często narządy płciowe.

Okres dorastania – to także czas na zakończenie rozwoju procesów poznawczych i ostateczne wykształcenie się myślenia abstrakcyjnego, którego wyrazem jest wyparcie pamięci mechanicznej przez pamięć logiczną oraz osiągnięcie stadium myślenia hipotetyczno-dedukcyjnego. Zezwala to na lepsze poznawanie otaczającego świata, właściwe porządkowanie doświadczeń. Równocześnie jednak, z coraz doskonalszymi procesami poznawczymi rodzi się krytycyzm dotyczący siebie, rodziny i całego ładu społecznego. Powoduje on w efekcie upadek dotychczasowych autorytetów, uznanych wartości i szukanie własnej drogi życia i własnego systemu wartości.

Moralność dziecka przekształca się w moralność dorosłego. Ponieważ jednak wartości najbliższych często są negocjowane, rodzi się konieczność szukania innych wartości, co często powoduje zwrot ku odmiennej od rodzinnej filozofii lub religii. Wrócimy do tego zagadnienia omawiając zadania całego systemu rodzinnego w okresie dorastania.

Trudności lub deficyty poznawcze osób podatnych na schizofrenię czynią ten proces jeszcze bardziej trudnym stanowiąc swoisty stres, zwiększający ryzyko wystąpienia objawów psychozy właśnie w okresie dorastania. Nawet normatywne uporanie się z tymi zadaniami rozwojowymi stanowi znaczny stres, prowadzący u wielu, a nawet, jak chcą niektórzy, u większości – do depresji młodzieńczej. W analogii do pojęcia depresji młodzieńczej jako odpowiedzi na normatywny stres adolescencji można by myśleć o pojęciu psychozy młodzieńczej, powstającej w wyniku interakcji podatności na zranienie i stresu okresu dorastania.

Tak na marginesie warto wspomnieć, że z wielu dyskusji klinicznych w gronie psy-

chiatrów dzieci i młodzieży wynika, iż pojęcie psychozy młodzieńczej wydaje się być lepszym rozwiązaniem w odniesieniu do większości zaburzeń psychotycznych okresu dorastania, które nie spełniają w pełni wszystkich kryteriów diagnostycznych schizofrenii dla dorosłych [2, 10].

W rozważaniach na temat stresu, jaki stanowi normatywny okres dorastania, szczególną rolę przypisuje się systemowi rodzinemu, który musi uporać się z zadaniami tej fazy cyklu życia, sprowadzającymi się do konieczności przejścia do następnej fazy, a więc do okresu pustego gniazda, co równa się zgodzie na odejście i ostateczną separację i indywidualizację dorastającego dziecka.

Tę separację charakteryzują szczególnie warunki – musi się ona dokonać bez obarczania nastolatka poczuciem winy oraz powinno jej towarzyszyć przekonanie, że zawsze można do rodziny wrócić, kiedykolwiek będzie to potrzebne. Innymi słowy, że odejście od rodziny nie oznacza końca miłości i utraty więzi.

Jest wiele czynników, które powodują, że większości rodzin trudno jest się uporać z tymi zadaniami nawet w przypadku normatywnego okresu dorastania. Istniejąca w poprzednich okresach koncentracja na dzieciach, a często także na pracy zawodowej, rozluźniająca się z czasem więź między partnerami, powodują, że okres pustego gniazda stanowi pewne zagrożenie. Wymaga on bowiem odzyskania bliskości między małżonkami, znalezienia wspólnych zainteresowań, nowych sposobów spędzania wolnego czasu już bez dzieci, jednym słowem stworzenia nowego modelu życia. Trudności tego okresu pomnażają choroby rodziców i często konieczność zorganizowania nad nimi efektywnej opieki.

Proces separacji młodego człowieka może być znacznie trudniejszy i wolniejszy, jeśli istnieją nieporozumienia w diadzie rodzicielskiej, brak bliskości emocjonalnej, intelektualnej lub poważne konflikty, także z rodzinami pochodzenia, lub inna poważna

dysfunkcja systemu rodzinnego, taka jak np. alkoholizm jednego z rodziców lub inna choroba. Także nieobecność jednego z rodziców w niepełnych rodzinach nie sprzyja odchodzeniu z domu w związku z bardzo silną, często o charakterze symbiotycznym, więzią z rodzicem.

Sytuacja rodzinna chorych na schizofrenię nastolatków jest jeszcze trudniejsza, typowe normatywne trudności okresu dorastania pomnożone są o charakterystyczne cechy systemu rodzinnego, które jeszcze bardziej utrudniają pokonanie kryzysu i stresu rozwojowego związanego z tą fazą cyklu życia. Zakres tego artykułu nie pozwala na analizę dysfunkcji rodzin osób chorych na schizofrenię, poza tym są one powszechnie znane i były wielokrotnie opisywane w polskiej literaturze naukowej [3]. Chcielibyśmy tylko podkreślić, że niektóre ich cechy niezwykle utrudniają realizowanie i tak niełatwych zadań okresu dorastania i nasilają stres przeżywany przez chorego i jego rodzinę.

Z pewnością, na pierwszym miejscu wymienić należy zaburzenia komunikacji, które zresztą są cechą rodzin najczęściej powtarzającą się we wszystkich badaniach eksperymentalnych, jak i też w obserwacjach klinicznych. Jak już pisaliśmy, okres dorastania to okres renegocjacji wielu obszarów funkcjonowania systemu rodzinnego, a zwłaszcza relacji między dorastającym dzieckiem i jego rodzicami. Ta renegocjacja dotyczy także zakresu podziału władzy w rodzinie – władza rodziców zaczyna bowiem w znacznie większym stopniu być dzielona pomiędzy nimi a dziećmi – obowiązujących norm itp. W gruncie rzeczy można powiedzieć, że to co zostało do tej pory ustalone w rodzinie, w okresie dorastania powinno ulec zmianie. Zaburzenia komunikacji stanowią istotną przeszkodę w tych stałych renegocjacjach, uniemożliwiając skuteczne porozumiewanie się członków systemu rodzinnego, zwłaszcza przez komunikację typu podwójnego związania (*double bind*).

Może jeszcze bardziej niż zaburzenia komunikacji, problemem rodziny młodej osoby cierpiącej na schizofrenię są zbyt silne więzy wewnątrzrodzinne, bezpośrednio utrudniające separację. Wielu badaczy, wywodzących się zresztą z różnych orientacji teoretycznych, różnie nazywało tę specyficzną cechę rodzin osób chorych na schizofrenię. Minuchin [12] mówił o zatarciu granic i nadmiernym uwikłaniu, Bowen [6] o „niezróżnicowanym ego rodzinnym”, a Boszormenyi-Nagy [5] o „byciu-razem”. Ten ostatni uznał tę cechę za „najsilniejszą pojedynczą patologiczną okoliczność w rozwoju przewlekłej schizofrenii” [str. 108]. Stierlin [20] z kolei zwraca uwagę na pojęcie delegacji wiążących nastolatka z rodziną i utrudniających mu zajęcie się własnymi celami i realizacją własnych potrzeb.

Na rodzinę jako mniej lub bardziej bezpośrednią przyczynę schizofrenii wskazuje Selvini-Palazzoli [8] pisząc o modelu procesów psychotycznych w rodzinie, sprowadzających się do toczącej się od pokoleń gry między rodzicami. Koncepcje psychodynamiczne z kolei wskazują na przewagę w rodzinach osób chorych na schizofrenię związków symbiotycznych. Badacze fińscy [1] uważają interakcje w rodzinach osób chorych na schizofrenię za bezpośrednio odpowiedzialne nie tylko za rozwój choroby, jej przebieg, ale i wybór strategii terapeutycznych.

Wszystkie powyżej wymienione grupy badaczy jednoznacznie wskazują na trudności separacyjno-indywidualne, jakie młody człowiek może mieć w swojej rodzinie. Te trudności pomnożone o normatywne problemy wynikające z zadań okresu dorastania, niewątpliwie stanowią bardzo silny stres towarzyszący pierwszemu epizodowi psychozy, przypadającym na ten właśnie okres.

Kolejnym systemem, który może być odpowiedzialny za znaczny stres dla młodej osoby chorej na schizofrenię, jest jego lub jej grupa rówieśnicza. Grupa rówieśnicza odgrywa znaczną rolę w życiu nastolatków,

zwłaszcza iż staje się oparciem w procesie separacji od systemu rodzinnego. Staje się tym ważniejsza, im większa jest dysfunkcja rodziny. Dla młodych ludzi szczególnie znaczenia nabierają swoiste normy grupy, a reprezentowane przez nią wartości zastępują dotychczasowe normy rodziny [18].

Dla młodej osoby chorej na schizofrenię grupa rówieśnicza często staje się źródłem znacznego stresu, głównie z powodu jej małych kompetencji społecznych, tendencji do izolowania się, pozostawania na marginesie grupy. Z tych powodów zdarza się, że osoby chore stają się kozłami ofiarnymi grupy, lub są jej całkowicie podporządkowane, a czasami wręcz nieakceptowane, co jeszcze bardziej pogłębia ich tendencje izolacyjne i samotność.

Splot indywidualnych cech przyszłego pacjenta, zwłaszcza tzw. podatność na zranienie, jak i cech rodzinnych w postaci przede wszystkim zaburzeń komunikacji i trudności separacyjnych oraz trudności funkcjonowania w grupie, niewątpliwie odgrywają istotną rolę w patogenezie pierwszego epizodu schizofrenii, przypadającego na okres dorastania, stanowiąc niezwykle silny stres związany z realizacją normatywnych zadań tego okresu.

One też powodują, że w przypadku młodzię chorej na schizofrenię plan terapeutyczny musi uwzględniać wszystkie techniki terapeutyczne, inne niż tylko biologiczne, w tym terapię indywidualną, rodzinną, grupową, trening umiejętności i kompetencji społecznych [13, 15, 16, 21]. Wszystkie one powinny pomóc choremu młodemu człowiekowi i jego rodzinie na mniej lub bardziej pełne uporanie się z zadaniami okresu dorastania i stania się niezależnym dorosłym, nawet jeśli pozostałby dalej osobą o dużym ryzyku nawrotu choroby.

PIŚMIENNICTWO

1. Alanen YO. Schizofrenia. Jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb. Warszawa: IPiN; 2000.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders Fourth Edition, DSM-IV. Washington DC: 1994.
3. De Barbaro B. Schizofrenia w rodzinie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
4. Bleuler M. 23-year longitudinal study of 208 schizophrenics and impressions in respect to the nature of schizophrenia. W: Rosenthal D, Kety S, red. The transmission of schizophrenia. Oxford: Pergamon Press; 1968: 3-15.
5. Boszormenyi-Nagy I. The concept of schizophrenia from the perspective of family treatment. *Family Process* 1962; 1: 103-13.
6. Bowen M, Dysinger R, Basamania B. Role of the father in families in schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1959; 115: 1017-20.
7. Ciompi L. The natural history of schizophrenia in the long-term. *Br J Psychiatry* 1980; 136: 413-20.
8. Feinberg I. Schizophrenia: caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence. *J Psychiatr Res* 1982; 17: 319-34.
9. Freud A. Normality and pathology in childhood. Assessment of development. London: The Hogarth Press; 1966.
10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków, Warszawa: Uniw Wyd Med „Vesalius”, IPiN; 1997.
11. Keshaven MS. Is schizophrenia due to excessive synaptic pruning in the prefrontal cortex? The Feinberg hypothesis revisited. *J Psychiatr Res* 1994; 28: 239-54.
12. Minuchin S. Families and Family Therapy. Cambridge: Harvard University Press; 1974.
13. Namysłowska I. Miejsce terapii rodzin w leczeniu schizofrenii. W: Bomba J, red. Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000: 47-52.
14. Offer D. Normal adolescent development. W: Novello R, red. The short course in adolescent psychiatry. New York: Brunner Mazel; 1979.

15. Orwid M, red. Zaburzenia psychiczne u młodzieży. Warszawa: PZWL; 1981.
16. Orwid M, Pietruszewski K, red. Psychiatria dzieci i młodzieży. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1996.
17. Rabe-Jabłońska J, Kotlicka-Antczak M. Koncepcja neurorozwojowego pochodzenia niektórych postaci schizofrenii. *MediPress. Psychiatria i Neurologia* 1998; 2 (1): 2-8.
18. Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. *Family Games. General Model of Psychotic Processes in the Family*. New York: WW Norton & Company; 1989.
19. Siewierska A, Czeberkus A. Specyfika młodzieżowej grupy terapeutycznej. *Post Psychiatr Neurol* 1994; 3 (4): 437-42.
20. Steirlin H. Separating parents and adolescents: A perspective on running away, schizophrenia and waywardness. New York: Quadrangle; 1974.
21. Tomczyk U. Terapia rodzin pacjentów chorych na schizofrenię. *Psychiatr Pol* 1999; 33 (1): 15-24.
22. Weinberger D. Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 660-9.

Adres: Prof. Irena Namysłowska, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa