

Wpływ systemu rodzinnego na proces leczenia: opis przypadku

Influence of the family system on the treatment process: a case study

EWA RUSZKOWSKA, ZOFIA BRONOWSKA

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

STRESZCZENIE. *Autorki analizują znaczenie systemu rodzinnego dla przebiegu leczenia w przypadku 14-letniej pacjentki hospitalizowanej w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży.*

SUMMARY. *The importance of the family system for the course of treatment is analyzed in the case of a 14-year-old female patient hospitalized in the Psychiatric Department for Children and Adolescents.*

Słowa kluczowe: system rodzinny / terapia rodzinna / opis przypadku

Key words: family system / family therapy / case study

Dla okresu adolescencji charakterystyczne jest zwiększenie kontaktów i znaczenia osób spoza rodziny, przede wszystkim grupy rówieśniczej. Hospitalizowani pacjenci młodzieży mają jednak nieliczne i słabe związki z rówieśnikami zarówno poza oddziałem, jak i w nim. Rodzina wciąż pozostaje dla nich jedynym i najważniejszym punktem odniesienia. Często też mają oni w swoich rodzinach szczególną pozycję i pełnią ważną funkcję w całym systemie rodzinnym. Stąd, w procesie leczenia tak ważne jest uwzględnianie kontekstu rodzinnego (ważnych wydarzeń rodzinnych, fazy rozwoju, w której znajduje się aktualnie rodzina, transgeneracyjnych wzorców i przekazów rodzinnych, znaczenia i funkcji pacjenta oraz objawów jego choroby dla systemu rodzinnego).

Okres adolescencji może być trudny zarówno dla rodziny, która pragnie zachować *status quo* w obawie przed nadchodzącymi zmianami, jak i dla młodego człowieka, dla którego warunkiem dalszego rozwoju jest „opuszczenie” systemu rodzinnego. Często

objaw powstrzymuje rodzinę i pacjenta przed koniecznością dokonania poważnych zmian, a jednocześnie hospitalizacja z powodu wystąpienia lub nasilenia objawów wydaje się jedynym akceptowanym przez wszystkich członków rodziny sposobem opuszczania systemu rodzinnego. Celem leczenia pacjenta młodzieżowego jest umożliwienie mu realizacji rozwojowych zadań adolescencji poprzez wzmocnienie procesów separacji i indywidualności. Naturalną konsekwencją tego procesu jest zmiana w strukturze i funkcjonowaniu systemu rodzinnego.

Poniżej przedstawimy jedną z pacjentek Kliniki i rozważymy znaczenie jej choroby dla systemu rodzinnego, wpływ systemu rodzinnego na przebieg jej leczenia w oddziale oraz rolę hospitalizacji dla rozpoczęcia procesu separacji.

OPIS PRZYPADKU

Kasia, 14-letnia uczennica VIII klasy szkoły podstawowej jest dzieckiem z drugiej ciąży, powikłanej infekcją wewnątrzmaciczną.

Urodzona o czasie, bez powikłań. Rozwijała się prawidłowo. Nie chodziła do żłobka ani przedszkola. Naukę w szkole zaczęła w 7 r.ż., dość dobrze się adaptowała, ale zawsze miała kłopoty z nauką. Lekcje odbierała z matką. Miała i ma nieliczne kontakty towarzyskie z rówieśnikami, zawsze czuła się od nich gorsza. Na krótko angażowała się w różne aktywności: sport, odchudzanie, religię. Wg relacji rodziców objawy choroby pojawiły się w V, a nasiliły w VI klasie. Kasia twierdzi, że choroba trwa od 4 r.ż. Na przestrzeni lat zmieniały się rytuały, ale występowały stale, z różnym nasileniem. Polegały na kilkakrotnym dotykaniu tych samych przedmiotów, sprawdzaniu w domu kranów, kurków od gazu, drzwi, kilkakrotnym siadaniu i wstawaniu z miejsca. Towarzyszyły im zaburzenia koncentracji i niepokój o bezpieczeństwo rodziny. W 12 r.ż. Kasia po raz pierwszy trafiła do psychologa, a następnie do psychiatry. Rozpoznano nerwicę natręctw. Przez pół roku prowadzono terapię indywidualną, w tym relaksację. Odbłyło się kilka sesji terapii rodzinnej, którą przerwano, ponieważ Kasi nie podobał się terapeuta. Zrezygnowała też z terapii indywidualnej. Nigdy nie była leczona farmakologicznie. Na żądanie pacjentki i rodziców skierowana została do Kliniki przez psychoterapeutę.

W dniu przyjęcia przyszła do Kliniki z ojcem, napięta i płaczliwa. Oczekiwała pomocy, chętnie pozostała w oddziale. Leczenie w szpitalu wynikało przede wszystkim z jej decyzji, rodzice nie widzieli konieczności hospitalizacji. Kasia twierdziła, że objawy łagodnieją w czasie ferii i wakacji a jednocześnie przyznała, że nie ma ich na terenie szkoły. Pacjentka pozostała w Klinice w trybie całodobowym z możliwością przepustek weekendowych i zaleceniem psychoterapii grupowej i rodzinnej. Włączono leczenie klomipraminą. Proponowane leczenie zaakceptowała, ale już po kilku dniach pobytu dopytywała się o możliwość „nocowania w domu” lub z napięciem i niepokojem żądała pozwolenia na pójście do domu „natychmiast, choć na chwilę”. Zgłaszała zmienne skargi soma-

tyczne: bóle brzucha, bóle i zawroty głowy. Czynności natrętnych w oddziale nie obserwowano. Była często drażliwa, napięta, chwiejna emocjonalnie, podkreślała jak ważna jest dla niej rodzina, jej bezpieczeństwo i że „jej leczenie bez rodziny nie ma sensu”. Po ok. miesięcznym pobycie w Klinice odbyła się pierwsza sesja terapii rodzinnej.

W skład rodziny pacjentki wchodzi rodzice i starsza o 2 lata siostra. Na pierwszej sesji nikt z rodziny, zwłaszcza rodzice, nie chciał rozmawiać o problemach. Wszyscy uważali, że są dobrą, prawidłową rodziną, wg ojca lepszą od innych, w których „palą, piją, nie ma więzi rodzinnej”. W czasie spotkania zebrane zostały podstawowe informacje o rodzinach pochodzenia rodziców i rodzinie pacjentki. Oboje rodzice ojca nie żyją: matka zmarła, gdy miał 15 lat, ojciec zmarł 15 lat temu w wieku 82 lat. Ojciec Kasi był najmłodszym dzieckiem swoich rodziców i jedynym synem. Miał 3 starsze siostry, z których najmłodsza zmarła nagle w wieku 12 lat. Ojciec matki zmarł nagle w tym samym roku, w którym, jak się później okazało, po prawie 3-letniej nieobecności w domu i zarobkowym pobycie za granicą powrócił ojciec pacjentki. Matka matki żyje, ma rentę z powodu nerwicy i leczy się w PZP. W czasie sesji wyraźne były silne tendencje homeostatyczne rodziny widoczne w przekonaniu podzielanym przez wszystkich, że wszystko jest dobrze, nie trzeba nic zmieniać, a istniejące kłótnie i nieporozumienia nie są tak duże, jak w innych rodzinach. Tendencje te jawnie podtrzymywane były przez ojca. Pacjentka, choć otwarcie krytykowała ojca i mówiąc o konfliktach między rodzicami stawała po stronie matki, to w sposób niejawny, poprzez objawy wydawała się wspierać ojca (swoimi natręctwami dbała o porządek i ład, na czym zależało ojcu). Można więc powiedzieć, że w konflikcie między rodzicami wspierała ich oboje, choć w różny sposób, co wskazywało na ogromne wciągnięcie Kasi w konfliktowe relacje małżeńskie. Rodzinę tę cechował również bardzo duży lęk

przed rozpadem rodziny i separacją. Wskazywały na to zwłaszcza wypowiedzi ojca („przed rozpadem chroni tylko dyscyplina”) oraz trudności matki z oddalaniem się od domu i podjęciem pracy. Matka długo nie pracowała, nie wychodziła z domu, 2 lata temu podjęła pracę bardzo blisko miejsca zamieszkania. Prawdopodobną przyczyną tego lęku była m.in. historia doświadczeń rodziców związanych z ich rodzinami pochodzenia (wczesna śmierć siostry ojca i jego matki, choroba matki matki). Na spotkaniu rodzinnym okazało się więc, że rodzinę cechowały bardzo silne tendencje homeostatyczne i ogromny lęk przed zmianą. Po feriach spędzonych z rodziną Kasia domagała się pobytu dziennego motywując to niemożnością zniesienia tygodniowej rozłąki z rodziną. Decyzją zespołu leczącego pozostała w pobycie całodobowym.

W trakcie drugiej sesji rodzinnej uwidocznił się konflikt między rodzicami polegający m.in. na zupełnie odmiennym podejściu do życia. Ojciec – optymista o przekonaniu, iż wszystko jest możliwe, nie dopuszczał do siebie myśli o niepowodzeniu czy niemożności dokonania tego, co się chce. Matka – pesymistka, nie wierzyła, że coś się w ogóle może udać. Rodzice różnili się również swoim podejściem do zmian. Ojciec deklarował brak lęku przed wszelkimi zmianami, natomiast matka bardzo obawiała się zmian zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych, zwłaszcza zmian „złych” dla rodziny, tzn. rozłączenia rodziny np. poprzez wyjazd zarobkowy męża. W przeszłości ojciec dwukrotnie wyjeżdżał za granicę: raz na rok, drugi raz na 2,5 roku. Drugi wyjazd męża matka bardzo źle znosiła, prawdopodobnie była depresyjna. Kasia stwierdziła, że gdyby teraz ojciec chciał wyjechać – to prośby i przekonywania matki, żeby pozostał byłyby nieskuteczne, efekty przyniosłoby natomiast włączenie się córek do przekonywania ojca i ojciec zrezygnowałby z wyjazdu. W czasie tego spotkania ujawniło się silne podtrzymywanie tendencji homeostatycznych przez matkę, widoczna

stała się też słaba więź między małżonkami i duża rola córek w utrzymywaniu związku rodziców. Można przypuszczać, iż nieobecność córek w rodzinie (np. na skutek oddalania się od rodziny w wieku dorastania) zmusiłaby rodziców do większej koncentracji na sobie nawzajem oraz własnych uczuciach do siebie i partnera. Prawdopodobnie doprowadziłoby to do nasilenia tendencji odśrodkowych u ojca i powrotu pesymistycznego nastawienia i nastroju depresyjnego u matki, a to groziłoby rozpadem rodziny. Znaczne nasilenie objawów choroby nastąpiło z chwilą, gdy Kasia weszła w wiek dorastania (11–12 r.ż.) i zbiegło się z podjęciem przez matkę pracy, po długim okresie pozostawnia w domu. Można przypuszczać, iż oba te wydarzenia, będące wyrazem indywidualnych tendencji rozwojowych najmłodszej córki i matki, zagroziły wprowadzeniem zmian w rodzinie i mocno zachwiały dotychczasową (i tak chwiejną) równowagę rodzinną, co wzbudziło silne tendencje homeostatyczne. Ich wyrazem było nasilenie utrzymywania dyscypliny i porządku przez ojca, powtarzanie klasy przez starszą córkę i w końcu choroba Kasi.

Szczególna rola w utrzymaniu rodzinnego status *quo* przypadła Kasi, która poprzez chorobę:

1. powstrzymała całą rodzinę od przejścia do następnej fazy życia rodziny (faza rodziny z dorastającymi dziećmi), która wnosi do niego dużo zmian i zapoczątkowuje procesy separacyjne, z którymi często łączy się wzrost lęków separacyjnych oraz reaktywacja własnych problemów separacyjnych u rodziców,
2. powstrzymała małżeństwo rodziców przed rozpadem,
3. uchroniła rodziców przed ich problemami z własną tożsamością: matkę przed depresją i powrotem pesymizmu i niewiary w siebie, ojca przed konfrontacją z własnymi przekonaniami na swój temat (np. o własnej omnipotencji, sprawstwie i kontroli),

4. koncentrując uwagę rodziców na sobie odciągnęła ją od siostry, uchroniła siostrę (jako sojuszniczkę matki) przed koniecznością wspierania matki i dała jej możliwość utrzymania własnego rozwoju i tak już zachwianego powtarzaniem I klasy szkoły średniej (również z powodu choroby – ospy),
5. ochroniła siebie samą od problemów typowych dla okresu dorastania związanych z określeniem własnej tożsamości i odrębności, m.in. przed konfrontacją wyobrażeń na temat siebie i swojej rodziny z rzeczywistością.

W oddziale Kasia brała udział w zajęciach terapeutycznych, ale była mało aktywna, często z powodu napięcia wychodziła w trakcie zajęć. W czasie jednej z terapii grupowych zgodziła się ustawić rzeźbę swojej rodziny. Wszystkie osoby symbolizujące członków jej rodziny postawiła w rzędzie jeden obok drugiego. Dodała, że gdyby było to możliwe wszyscy staliby w jednym i tym samym miejscu. Na propozycję ustawienia rodziny tak, jak chciałaby, aby ona wyglądała, Kasia zareagowała napięciem i słowną agresją. Zablockowała możliwość dalszej pracy stwierdzeniem, że ma wspaniałą rodzinę i nikt nie może sugerować jakiegokolwiek zmiany.

Można powiedzieć, że podobnie jak jej rodzina, a zwłaszcza rodzice, Kasia bardzo obawiała się różnic między poszczególnymi osobami i ich odrębności. Za wszelką cenę próbowała nie dopuścić do ich ujawnienia. Na możliwość istnienia różnicy między idealnym a rzeczywistym obrazem rodziny zareagowała agresją.

W ciągu 3 miesięcy leczenia w oddziale, nie obserwowano u Kasi natręctw. Pod koniec trzeciego miesiąca hospitalizacji zaczęła skarżyć się na niepokój, lęk przed ludźmi, obniżenie nastroju. Ograniczyła kontakty z innymi pacjentami w oddziale, a w czasie przepustek nie opuszczała domu. Twierdziła, że oddzielamy ją od rodziny. Nie doma-

gała się jednak pobytu dziennego, tak jak to było poprzednio. W związku z pojawieniem się nowych objawów zmieniono leczenie farmakologiczne. Wycofano klomipraminę i podano tioridazynę. Wkrótce potem ojciec pacjentki stwierdził, że bardziej niż leki, Kasię uspokaja pobyt z rodziną i rozmowy z nim. W związku z tym proponował przeniesienie córki na pobyt dzienny. Poprzednio to Kasia wychodziła z inicjatywą sposobu leczenia (pobyt w szpitalu, przejście na pobyt dzienny). Obecnie nastąpiła zmiana, inicjatywę i aktywność wykazywał ojciec. Zgadzał się z opinią taty, Kasia rozpoczęła leczenie w trybie dziennym. Konsekwencją pojawienia się nowych objawów było więc zbliżenie się i powrót Kasi do rodziny. Dalszy całodobowy pobyt w oddziale „groziłby” nawiązaniem bliższych kontaktów z rówieśnikami i osłabieniem związków z rodziną. Choć proces ten jest typowy dla młodych ludzi w okresie dorastania, dla Kasi i jej rodziny ta naturalna rozwojowa tendencja była ogromnym zagrożeniem.

Trzecie spotkanie rodzinne potwierdziło takie sugestie. Początkowo tematem rozmowy w czasie sesji rodzinnej był lęk Kasi przed wychodzeniem z domu. Rodzice nie chcieli zostawiać jej samej w domu, gdyż obawiali się, że może być jej bardzo smutno. Ojciec był przekonany, że tylko on może jej pomóc, dużo z nią rozmawiał starając się nie dopuścić do tego, by była smutna. Okazało się, iż jedyną osobą, która w domu jest smutna, jest Kasia. Smutek stał się tematem rozmowy rodzinnej. Zdaniem córek ojciec byłby smutny, gdyby w rodzinie miała miejsce tragedia, np. śmierć kogoś z rodziny, powodem smutku matki mogłaby być choroba i związane z nią nieporozumienia rodzinne. Ojciec przyznał, że było mu bardzo ciężko i smutno, gdy zmarła jego matka, lecz nie mógł wtedy pokazać jak bardzo mu jej brakuje (miał 15 lat) i opanował technikę pozytywnego myślenia. Rozmowa o smutku i powrót do wydarzeń z przeszłości (śmierć matki) zmniejszyły ciągle wyczuwalne napięcie u ojca. Można powiedzieć, iż obecnie

Kasia otwarcie pokazywała smutek ukrywany do tej pory przez pozostałych członków rodziny, a zwłaszcza rodziców. Wiązał się on z doświadczeniami rodziców wyniesionymi z ich rodzin pochodzenia: śmierciami w rodzinie ojca, zwłaszcza jego matki i nie przeżyta przez niego żałobą po jej stracie, chorobą matki i związanymi z nią poważnymi rodzinnymi nieporozumieniami w rodzinie matki. Smutek Kasi konfrontował rodziców z ich własnym smutkiem. Ojciec starał się go przez długie lata głęboko ukryć. Matka próbowała radzić sobie ze smutkiem naśladowując męża poprzez opanowanie techniki pozytywnego myślenia. Niedopuszczanie do odczuwania smutku przez Kasię chroniło rodziców, a zwłaszcza ojca, przed odczuwaniem własnego smutku, utwierdzało ich w słuszności dotychczasowego sposobu radzenia sobie z bolesnymi uczuciami. Kosztowało ich to wiele wysiłku i energii.

Można przypuszczać, iż Kasia przechodząc na pobyt dzienny próbowała zatrzymać własne tendencje separacyjne i czuła, że rodzice nie są jeszcze gotowi do rozstawiania się z dorastającymi córkami. Oznaczałoby to dla nich ogromną stratę, która przypominałaby ojcu śmierć własnej matki, a matce chorobę jej matki. Naraziłoby to ich na przeżywanie zbyt bolesnych, niemożliwych do zniesienia uczuć. Reakcją na zatrzymanie przez Kasię procesu własnej separacji było obniżenie nastroju i pojawienie się myśli samobójczych. Doprowadziło to do przywrócenia całodobowego trybu pobytu w oddziale. Gdy zahamowana została separacja na poziomie psychicznym, jedyną możliwą formą separacji była dla Kasi fizyczna rozłąka z rodziną. Przywołanie na sesji rodzinnej bolesnych wydarzeń z przeszłości i związanego z nimi uczucia smutku było zbyt trudne dla ojca. Wkrótce po spotkaniu rodzinnym zażądał on zmiany leku. Uważał, że jedyną przyczyną smutku Kasi jest podawany lek (tioridazyne). Było to jedyne akceptowane i możliwe do przyjęcia dla rodziny pacjentki wyjaśnienie wystąpienia obniżonego nastroju u Kasi.

Kasia chroniąc dobry obraz rodziny zaczęła krytykować sposób leczenia i lekarza prowadzącego. Widoczne było przeniesienie na lekarza uczuć negatywnych ukrywanych w stosunku do rodziny. Można powiedzieć, że w stosunku do personelu oddziału Kasia zaczęła zachowywać się jak typowy nastolatek w stosunku do swoich rodziców. Równocześnie zaczęła mówić o swojej przyszłości. Zaplanowała termin wypisu, załatwiła formalności związane z przyjęciem do szkoły średniej, pytała o możliwość terapii indywidualnej, wyrażała niepokój o to, jak będzie, gdy wróci do domu i rozpocznie naukę w nowej szkole. Można powiedzieć, iż pod koniec pobytu w Klinice, u Kasi pojawiły się zachowania charakterystyczne dla okresu dorastania: smutek, wybuchy złości i pretensje w stosunku do osób znaczących (lekarz prowadzący), wątpliwości co do siebie i własnej przyszłości, trudności wyboru własnej drogi.

Na kolejnym spotkaniu rodzinnym ojciec popierany przez Kasię krytykował sposób i efekty leczenia w Klinice. Podkreślał, że córka jest smutna i martwi się o to, co będzie dalej, a to jest stan jeszcze gorszy od natręctw. Okazało się, że smutek i zmartwienie Kasi dotyczą jej przyszłości – jak sobie dalej poradzi, jaką szkołę ma wybrać. Oczekiwania rodziców związane ze szkolną przyszłością Kasi różniły się od chęci samej pacjentki (matura i studia w planach rodziców, szkoła zawodowa w planach Kasi). Na spotkaniu tym okazało się, jak trudny dla całej rodziny, zwłaszcza ojca, był okres dorastania córek, z którym naturalnie łączy się u adolescenta smutek. Smutek ten związany jest z koniecznością rozpoczęcia separacji i rozstania zarówno z osobami dotąd najważniejszymi – rodzicami, jak i z dziećcymi, życzeniowymi wyobrażeniami na temat swoich możliwości. Smutek ten jest tym większy im bardziej nierealistyczne okazują się dzieciece marzenia, im bardziej dotychczasowe wyobrażenia o sobie i swojej rodzinie odbiegają od rzeczywistości i im bardziej „ja” adolescenta złane było z „ja” rodzica.

KOMENTARZ

Przebieg leczenia Kasi jeszcze raz pokazał nam jak ważny dla adolescenta pozostaje system rodzinny. W trakcie pobytu pacjentki w Klinice zmieniały się przejawiane przez nią objawy, stosowano różne kuracje lekowe, zmieniał się tryb hospitalizacji. Kolejne leki łagodziły jedne objawy, w miejsce których pojawiały się inne. Dopiero widzenie zachowań pacjentki w kontekście systemu rodzinnego pozwala zrozumieć dynamikę przejawianych objawów i jej ambiwalentny stosunek do leczenia, jako wyraz konfliktu i trudności wyboru między własnym rozwojem wymagającym separacji i indywidualizacji a chęcią chronienia rodziny przed zmianami towarzyszącymi

postępowi separacji. Poznanie systemu rodzinnego (silne lęki i tendencje homeostaticzne) wraz z jego historią pozwoliło nam również zrozumieć ambiwalentny stosunek rodziców do pobytu i leczenia córki w Klinice. Początkowo wydawało się, że będzie to bardzo utrudniać lub wręcz uniemożliwiać leczenie Kasi. W związku z historiami rodzin pochodzenia, dla rodziców Kasi szczególnie trudnym momentem w procesie jej leczenia było wystąpienie u niej lęku przed ludźmi i pojawienie się myśli samobójczych. Był to jednak kluczowy moment w leczeniu i pierwsza oznaka rozpoczynającej się separacji i powolnego oddzielania się Kasi od rodziny.

*Adres: Dr Ewa Ruszkowska, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*