

## Przed bitwą, bitwa, krajobraz po bitwie, czas pokoju: analiza 15 lat choroby i terapii chorego na schizofrenię

*Before the battle, the battle, scenery after the battle, time of peace:  
an analysis of schizophrenic patient's illness  
and therapy during 15 years*

KATARZYNA MUSKAT, MAŁGORZATA BACIA-OTTO

Z Ośrodka Leczenia Środowiskowego I Kliniki Psychiatrycznej  
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**STRESZCZENIE.** *Przedstawiono przebieg 15 lat leczenia pacjenta z zaburzeniami schizofrenicznymi. Autorki zestawiają ważne fakty w życiu chorego, wzajemne relacje między członkami układu rodzinnego oraz rodzaj obserwowanych objawów i podjęte działania terapeutyczne. Starają się wyodrębnić kolejne fazy procesu terapii na tle dynamiki rozwoju sytuacji rodzinnej.*

**SUMMARY.** *The course of treatment of a schizophrenic patient during 15 years is presented. The patient's important life events are outlined, as well as mutual relations between members of his family system, type of his symptoms, and therapeutic interventions administered. An attempt was made to distinguish successive stages of the therapy process against the background of the dynamics of the family situation development.*

---

**Słowa kluczowe:** schizofrenia / terapia / system rodzinny / 15-letnia katamneza / opis przypadku  
**Key words:** schizophrenia / therapy / family system / 15-year follow-up / case study

---

Koncepcje wpływu rodziny na kształtowanie się patologii u dziecka są obecne w literaturze już od lat czterdziestych [3, 5]. W latach sześćdziesiątych nastąpił gwałtowny rozkwit terapii rodzinnej inspirowanej w dużej mierze nurtem kontrkultury i antypsychiatrii. Najbardziej popularnym okazało się podejście systemowe skoncentrowane na procesie komunikacji i zasadach porządkujących wzajemne relacje w rodzinie [4, 6, 7] oraz strukturalne, analizujące rodzinę jako system i zmierzające do jej zmiany [1, 2].

Artykuł ten przedstawia próbę spojrzenia na terapię Adama – osoby przewlekle chorującej psychotycznie – w kontekście relacji w rodzinie i ważnych wydarzeń życiowych.

### OPIS PRZYPADKU

#### Przed bitwą (17–20 rok życia)

*Fakty.* Od II klasy liceum ogólnokształcącego, po burzliwym konflikcie z nauczycielką, narastające trudności w zakresie jej przedmiotu, a w III klasie uogólnione. Uraz psychiczny w trakcie wycieczki szkolnej. Zmiana szkoły i po 2 miesiącach powrót. Odroczenie matury i wywiezienie Adama poza miasto. Wcielenie do wojska, od drugiego dnia – obserwacja psychiatryczna.

#### Rodzina

*Relacja małżeńska.* Decyzja o zawarciu związku wymuszona ciążą. Od początku

brak zgodności co do: podziału władzy, ról, odpowiedzialności w małżeństwie. Mąż przeciwny podjęciu pracy przez żonę, dążący do kontroli nad nią i synem. W 5 r.ż. dziecka ostry konflikt z rękoczynami i 6-tygodniowa kuracja żony (Ośrodek Leczenia Nerwic), po jej zakończeniu wzrost dystansu między małżonkami. W 9 r.ż. ponowny kryzys, oddanie dziecka na kilka miesięcy do babci (matka matki). Wobec narastających trudności szkolnych syna, okres pojednania – „wspólny front”.

*Matka* na narastające konflikty małżeńskie reaguje nerwicowo. Po psychoterapii podejmuje pracę, kompensacyjnie zwiększa opiekę nad synem, zacieśnia z nim więź zwiększając dystans wobec męża. Wobec nadmiernej intymności relacji z synem, inicjuje próby jego socjalizacji („wypychanie” na obozy, wycieczki). Chroniąc syna przed porażką a rodzinę przed kompromitacją wywozi go przed maturą używając podstępu (fałszywa informacja o przełożeniu matury). Naciska na wizyty w PZP, a gdy syn odmawia, kontaktuje się z lekarką i podaje zlecony lek w herbacie. Interweniuje w sprawie wojska.

*Ojciec* walczy o zatrzymanie żony w domu. W konfliktach agresja słowna, rękoczynny. Leczenie żony traktuje jako objaw słabości, argument do kontrolowania jej relacji z synem. W konflikcie syna z nauczycielką opowiada się po jego stronie – napastliwie interweniując w szkole. Przeciwny podawaniu leków, kwestionuje kompetencje lekarki. Nie akceptuje zwolnienia z wojska, uważając, że syn stracił szansę na „wydoroslenie”, rozerwanie „niezdrowego” związku z matką. Na wizyty do PZP przychodzi rzadko, krytykuje metody wychowawcze żony, buduje „seksualną” teorię zaburzeń syna (brak inicjacji) i terapii (seksoterapeutka).

*Syn* stara się spełnić oczekiwania rodziców – grzeczne, układne, „bezproblemowe” dziecko, wzorowy uczeń. W konfliktach między rodzicami opowiada się po stronie matki. Pobyt u babci traktuje jako „przymusowe wygnanie”. Dużo czasu spędza u sąsiadów

budując mit „wspaniałej rodziny”. W konflikcie z nauczycielką bezradny, nieudane interwencje rodziców przyjmuje z poczuciem krzywdy – zburzenie obrazu „dobrego rodzica”. Na trudności szkolne reaguje uciezkowo – przestaje się uczyć, opuszcza lekcje, narasta (początkowo wzmocniane przez rodziców) poczucie szykanowania przez nauczycielkę, skargi somatyczne. Z oporami opuszcza dom, na szkolnych wyjazdach jest poza grupą, z wycieczki wraca zmieniony, agresywny wobec matki jako jej inicjator. Przyjmuje wersję przełożenia matur, a po odkryciu prawdy – żal, agresja w stosunku do matki („wpuściła w maliny... uniemożliwiła normalne życie”). Odrzuca pomoc z zewnątrz (psycholog szkolny, wizyty w PZP) w obronie przed etykietą chorego psychicznie. Zataja powołanie do wojska, na początku obserwacji psychiatrycznej odcina się od kontaktu z rodzicami, potem zabiega o ich względy naciskając na jak najszybsze zabranie do domu.

*Psychopatologia.* Stany lękowe, okresowa drażliwość, skargi somatyczne. Narastająca podejrzliwość, gotowość do urojeniowych interpretacji zachowań innych osób (nauczycielka, rodzice). W trakcie obserwacji odnotowano „niedostosowanie afektywne”.

*Interwencje farmakologiczne.* Niewielkie dawki haloperydolu podawane w herbacie.

*Interwencje pozafarmakologiczne.* Spotkania z matką (PZP) zdominowane omawianiem problemów z synem. Inicjowanie spotkań z całą rodziną (odbyły się tylko 2), w parze małżeńskiej (4) z próbą wynegocjowania spójnego systemu oddziaływań wobec syna. Małżonkowie podkreślają, że przychodzą ze względu na dobro syna.

### **Bitwa (20–24 rok życia)**

*Fakty.* Narastająca agresja syna wobec ojca stanowi przyczynę drugiej, miesięcznej hospitalizacji. Po wypisie, próba (3 miesiące) podjęcia nauki, przerwanie, próba samobójcza i kolejna (trzecia) hospitalizacja. Wypis na żądanie rodziców. W trakcie 9 miesięcy pobytu w domu, kilka wizyt Adama

w PZP. Adam przebywa często poza domem (również nocami), unika kontaktów z rodzicami. W przeddzień planowanego wyjazdu na wczasy wraz z matką i jej kuzynem – pobudzenie, pobicie matki – czwarta hospitalizacja. W trakcie ponad rocznego pobytu w szpitalu znaczący tygodniowy wyjazd do rodziny ojca, pierwszy turnus rehabilitacyjny – nieudana próba nawiązania bliższego kontaktu z dziewczyną. Po 5 miesiącach, wobec nasilonych stanów lękowych, agresji w stosunku do rodziców – kolejna (szósta) hospitalizacja. Wypisany zaocznie. Po 3 miesiącach kolejny (siódmy) pobyt w oddziale całodobowym, potem dziennym i pierwszy obóz rodzinny.

### *Rodzina*

*Relacja małżeńska.* Narastające konflikty, wzajemne obciążanie się odpowiedzialnością za stan psychiczny syna, różnica poglądów, co do strategii postępowania z synem, podważanie autorytetu współmałżonka w oczach syna. Próba odcięcia się żony od męża (w trakcie obozu mieszka osobno, z synem), włączenie przez ojca własnej rodziny do koalicji przeciw żonie.

*Matka* ochrania syna przed nadmiernymi, jej zdaniem, wymaganiami męża, powstrzymuje restrykcyjne zachowania ojca. Regresywne zachowania syna przyjmuje z satysfakcją („lepszy, wybrany rodzic”), ale i z obawami (erotyzacja relacji, potencjalne zagrożenie fizyczne). Na spotkaniach rodzin na krytykę męża reaguje poczuciem winy, bezradnością, często płacze. Wzmacniana przez grupę krytykuje stosowane przez męża metody („tresura”), ujawnia konflikty małżeńskie, zabiega o terapię w parze. W obronie siebie („jestem wykończona... muszę się wyrwać”) wyjeżdża na urlop bez rodziny. Po powrocie przyjmuje odrzuconą dotąd propozycję renty dla syna.

*Ojciec* angażuje się w konflikt z synem demonstrując swą władzę, przewagę fizyczną. W trakcie spotkań rodzin napastliwy, krytyczny wobec żony, forsujący koncepcję kompleksu Edypa („syn chce zatrzymać

ją jako kobietę, a żona go w tym tylko utrwała”), poszukuje obiektu zastępczego (seksoterapeutka). Wsparty przez własną rodzinę próbuje wciągnąć syna do koalicji przeciw matce, utwierdza go w podziale na rodzinę „dobrą” i „złą” (ze strony matki). Naciska na kolejne wypisy syna uważając leczenie szpitalne za nieskuteczne i blokujące podjęcie nauki.

Syn czuje się zagrożony przez ojca („chce mnie unieszkodliwić... pozbyć się z domu...”) także seksualnie („nachodzi mnie w łazienkę”). Odcina się od identyfikacji z ojcem, deprecjonując go jako mężczyznę (krytyka powierzchowności), stale kontroluje swój wygląd, zwłaszcza nos („sprawdzam, czy nie robi się taki wstrętny, złamany... żydowski, jak u ojca”). Podejmuje działania zabezpieczające: wizyty u szefa ojca, prokuratora („na wypadek, gdyby mi coś zrobił”). Zabiega o matkę jako kobietę – stale jej towarzyszy, wychodzi tylko z nią, domaga się czułości, zapewnień o uczuciu, wspólnego spania. Podtrzymuje wizerunek dobrego dziecka – kolejne próby wznawiania nauki, chodzenie pod szkołę, podtrzymywanie fikcji uczenia się w rozmowach ze znajomymi rodziców.

Na narastające trudności szkolne reaguje agrawowaniem objawów polekowych, opuszczaniem lekcji, próbą samobójczą (połyka dużą dawkę leków). Okres załagodzenia konfliktów między rodzicami i ujednolicenia postępowania traktuje jako zdradę ze strony matki, przemieszczona agresja na babcię, znajome matki. Po powrocie od rodziny ojca otwarta krytyka matki, także jako kobiety. Rozdział rodziny na „dobrą” (gloryfikowana rodzina ojca) i „złą” (ze strony matki). Wychodzi z domu na całe noce karząc matkę (całe noce nie śpi, czuwa, czeka z jedzeniem). Próbuje znaleźć obiekt zastępczy (zabiega o względy pacjenti w czasie turnusu) – odrzucony wycofuje się. Wobec planowanego wyjazdu z matką i kuzynem a bez ojca, dramatyczna próba zachowania stałości rodziny z agresją czynną wobec matki zakończona hospitalizacją. W trakcie pobytu w szpitalu

poczucie zagrożenia ze strony pacjentów z elementami paniki homoseksualnej. Podczas sesji rodzinnych skargi na rodziców (przy próbach ich analizy, wycofuje się), stereotypowe, „autoterapeutyczne” wypowiedzi („nie ma co do tego wracać... wszystko dobrze” itp.).

*Psychopatologia.* Nasilająca się nieufność, urojeniowa interpretacja zachowań innych ludzi, czynna agresja wobec ojca. Dziwactwa postawy, zachowania, okresowy niepokój, elementy dysmorfofobii. Brak krytycyzmu chorobowego, gotowości do leczenia.

### *Interwencja*

*Interwencje farmakologiczne.* W trakcie hospitalizacji – neuroleptyki (lewopromazy-na, perfenazy-na, chloropromazy-na) w okresie między pobytami w szpitalu, podawane nieregularnie lub odstawiane. Częste zmiany kuracji (także zaoczne), spowodowane bardzo złą tolerancją leków: chloropromazy-na – nadwrażliwość na światło, perfenazy-na depot (100 mg co 3 tyg.) – napady „patrzenia”, kloksazepina – spowolnienie, wzmożone napięcie mięśniowe, czerwienie twarzy, ponownie perfenazy-na depot (50 mg co 14 dni) – ostre dyskiinezy, wymioty. Po powrocie do chloropromazy-ny (do 300 mg/die) – dyskiinezy. Od końca 1988 r. leczony niewielkimi dawkami klozapiny (do 300 mg/die).

*Interwencje pozafarmakologiczne.* Okresowe (częstsze podczas hospitalizacji Adama) wizyty matki w PZP zdominowane przez problemy z synem ujmowane w kategoriach choroby. Epizodyczne spotkania z Adamem wypełnione dereistycznym monologiem (szkoła, przetworzone relacje o zachowaniach ojca). Trzy spotkania z obojgiem rodziców – problemy wychowawcze z dużą ekspresją emocji i sygnalizowaniem nieprzepracowanych konfliktów małżeńskich. Od szóstej hospitalizacji udział obojga w cotygodniowych spotkaniach rodzin. W ich trakcie: ojciec bardzo aktywny – relacje o dysfunkcyjnych zachowaniach syna, akcentowanie roli żony w ich powstawaniu i utrwalaniu (nadmierna tolerancja, brak

wymagań, niekonsekwencja, brak czasu na „pracę” z synem). Matka reaguje poczuciem winy, krzywdy. W trakcie obozu rodzinnego, sesje z całą rodziną – nieudane próby pokazania zależności między zachowaniami członków rodziny. Matka unika konfrontacji z problemami, tuszuje, „pacyfikuje” terapeutów (konwencja „herbatki”). Ojciec wykorzystuje spotkania do deprecjonowania żony jako matki. Adam próbuje użyć terapeutów do wyegzekwowania od rodziców określonych (materialnych) roszczeń. Próby kontynuowania spotkań po powrocie z obozu bokotowane przez Adama.

### **Krajobraz po bitwie (24–33 rok życia)**

*Fakty.* W trakcie urlopu matki, Adam z ojcem uczestniczy w turnusie. Od lipca 1990 r. do czerwca 1995 r. 10 pobytów na obozach, od lipca 1994 r. z samą matką. W 1991 r. przez 8 miesięcy Adam pozostaje w domu z nie pracującym ojcem, matka bardzo intensywnie pracuje we własnej firmie. W czerwcu 1992 r., w trakcie obozu wiadomość o śmierci babci (matka matki) – burzliwy przebieg pobytu: oddalanie się pacjenta poza teren, unikanie kontaktów, po raz pierwszy agresja wobec zespołu terapeutycznego. We wrześniu 1995 r. matka składa pozew o rozwód informując o tym syna. Po długotrwałym, burzliwym postępowaniu w listopadzie 1996 r. orzeczenie o rozwodzie. We wrześniu 1996 r. matka wraz z synem wyprowadza się, zgodnie z ustaleniami sądu. Adam spędza u ojca weekendy.

### *Rodzina*

*Relacja małżeńska.* Zwiększenie dystansu przy podtrzymywaniu pozorów małżeństwa – wspólne wyjazdy na obozy, zakup domu letniskowego. Od 1995 r. faktyczna separacja, przy wspólnym zamieszkiwaniu. Intensywne zabiegi męża o podtrzymanie związku, szukanie sojuszników.

*Matka* przejmuje firmę zapewniając sobie niezależność finansową, bardzo intensywnie pracuje. Od 1994 r. przyjeżdża na obozy sama tłumacząc nieobecność męża

względami obiektywnymi. Od połowy 1995 r. z dużym uczuciem winy, antycypując ocenę krytyczną wspomina o planach rozstania z mężem. Wobec interwencji męża zażenowana, ale stanowcza, stara się unikać osobistego kontaktu z nim.

*Ojciec* w czasie ostatniego wspólnego obozu zabiega o wspólny pokój z żoną argumentując dobrem syna, „normalnością”. W 1991 r. okres załamania zdrowia, wzmożonej drażliwości jako reakcja na chroniczne konflikty w pracy, zakończone wypowiedzeniem. W trakcie przymusowego pobytu w domu zintensyfikowane zajmowanie się synem, sprawdzanie własnych teorii z szukaniem poparcia u profesjonalistów. Nie akceptuje decyzji żony o rozwodzie, zabiega o utrzymanie związku włączając w to osoby z zewnątrz. Wobec braku wsparcia ze strony Ośrodka (odmowa wydania opinii) zrywa z nim kontakty. W trakcie wizyt syna nie podaje mu leków, stosuje własną terapię.

*Syn* w czasie pobytu na obozie z rodzicami okupuje ich pokój, kontroluje kontakty broniąc dostępu do rodziców. Na ostatnim, wspólnym obozie, ignoruje obecność rodziców, nie odwiedza ich, nawiązuje instrumentalny kontakt wyłącznie z ich inicjatywy. Poszukuje zastępczej matki, wobec własnej przyjmuje rolę męża: strofuje, poucza, częste cytaty z wypowiedzi ojca. Wobec ojca podporządkowany, automatycznie wypełnia jego polecenia. W czerwcu, gdy rodzice osobno (matka z opóźnieniem ze względu na śmierć babci) odwiedzają Adama, całe dni spędza poza obozem, nie reaguje na polecenia, zachowuje się agresywnie wobec terapeuty, personelu. Od 1993 r. coraz bierniejszy, wycofujący się z kontaktów, beczynny, rzadko wychodzi z domu, izoluje się zamykając się na całe godziny w toalecie, siedząc przy telewizorze bokiem do ekranu lub zasłonięty gazetą.

*Psychopatologia.* Powierzchnowy, stereotypowy kontakt. Postępujący regres: nie dba o higienę, nie zmienia ubrania, nie używa sztucców, beczynny, nadmiernie żarłoczny. Okresowe zastyganie, spowolnienie, Chwi-

lowe wzbudzenia, z agresją ukierunkowaną w stronę przypadkowych osób z otoczenia. Utrwalone dziwactwa postawy, ruchów.

*Interwencje farmakologiczne.* Nieregularnie przyjmowana klozapina w dawce do 150 mg/die, często doraźnie po 25 mg w okresach niepokoju. Z własnej inicjatywy przyjmuje duże ilości witamin, zwłaszcza z grupy B.

*Interwencje pozafarmakologiczne.* W 1993 r. rodzice regularnie uczestniczą w spotkaniach rodzin – próby ujednoczenia systemu wymagań i sposobu ich egzekwowania. Od połowy 1995 r. spotkania z matką – podtrzymanie, wsparcie, odreagowanie emocji. Nieudane próby spotkań z Adamem.

### **Czas pokoju? (od 32 roku życia)**

*Fakty.* Z inicjatywy matki, po turnusie Adam przychodzi do Ośrodka i wyraża pisemną zgodę na pobyt. W końcu września 1996 r. wyjeżdża z matką na obóz, na którym jest kilkakrotnie odwiedzany przez ojca. Regularnie przychodzi na zajęcia, stymulowany podejmuje zadania objęte programem. Podporządkowany, choć bierny, stereotypowy w zachowaniach. Popołudnia spędza w klubie, oczekując na matkę. W czerwcu wraz z matką bierze udział w turnusie sanatoryjnym – zagubiony podtrzymuje kontakt tylko z jednym, znanym sobie pacjentem, korzysta z zabiegów. Z turnusu wraca sam i przez 2 tygodnie mieszka u ojca. W końcu lipca 1997 r. wypisany z Ośrodka – planowane kontynuowanie terapii w ramach oddziału rehabilitacyjnego.

### *Rodzina*

*Matka* przejmuje opiekę nad synem, decyduje o umieszczeniu go w Ośrodku. Podkreśla partnerską relację z synem, tymczasowość wspólnego mieszkania (poszukuje w sąsiedztwie mieszkania dla siebie). Wciąża Adama w prace domowe, załatwianie spraw administracyjnych wraz z nim wiele czasu spędza poza domem, wprowadzając go w swe kontakty towarzyskie. Odwozi syna na weekendy do ojca.

*Ojciec*, na zaproszenie terapeuty, przychodzi na wspólne spotkania z synem, uzgadniane plany realizuje w bardzo wąskim zakresie, nie przyjmuje argumentów o konieczności zachowania ciągłości leczenia. Pod nieobecność żony nie zachęca syna do przychodzenia na zajęcia, nie podaje leków.

*Syn* biernie podporządkowuje się rygorom Ośrodka, nawiązuje powierzchowny, stereotypowy kontakt z grupą. Żywo reaguje na pochwały, zachętę, przyjmuje pomoc w sposób infantylny, zabiega o sympatię terapeutów. Akceptuje weekendy u ojca, o jego telefonach informuje jako o ważnym dla siebie wydarzeniu. W sposób natrętny dopytuje o wyjazdy, być może oczekując wspólnego rodzinnego obozu. Bardzo często, mimo posiadanego zegarka, dopytuje o godzinę. Wypowiedzi bardzo ogólnikowe, komplementarne („miło... przyjemnie... dobrze zorganizowane...”). Nawet prowokowany nie wyraża emocji negatywnych, wspominając o konfliktach z ojcem natychmiast je wycisza („już jest dobrze... tak było kiedyś... tata jest dobry”). Sugeruje zaproszenie go na psychoterapię („tata potrzebuje pani pomocy”). W trakcie pobytu w sanatorium zagubiony, „wczepiony” w znanego sobie pacjenta, w sposób natarczywy deklarując z nim przyjaźń. W drugiej połowie – długie „ablucje” w łazience, odmowa chodzenia na zabiegi, wyłączenie. Bez widocznego niepokoju przyjmuje informację o pozostaniu matki, wraca do ojca, za oczywiste uważa powrót do Ośrodka po jej przyjeździe. Wyraża zgodę na przeniesienie do oddziału rehabilitacyjnego.

*Psychopatologia.* Powierzchowny kontakt, zubożenie myślenia. Nastrój pogodny, bez cech drażliwości, gotowość do podejmowania inicjowanych przez partnerów kontaktów. Przejściowe pogorszenie na turnusie, spowolnienie, zastyganie, nasilenie autystycznej postawy. Po powrocie do Ośrodka w lepszym kontakcie, aktywniejszy, żywszy emocjonalnie.

*Interwencje farmakologiczne.* Risperidon (1 mg/die) podawany pod kontrolą matki,

ale w sposób jawny nie podawany w trakcie wizyt u ojca. Po powrocie z turnusu stopniowe podwyższanie dawki do 4 mg/die. Po wypisie matka przez pewien czas utrzymywała dawkę, następnie ze względu na nadmierną senność i męczliwość obniżyła ją do 2 mg (rano i wieczorem).

*Interwencje pozafarmakologiczne.* Włączenie do programu Ośrodka, trenowanie czynności dnia codziennego w grupie. Stymulowanie do nawiązywania i podtrzymywania kontaktów. Próba osadzenia Adama w czasoprzestrzeni – codzienne wypełnianie dzienniczka – kontynuowana przez matkę. Wymuszanie szczegółowych relacji ze zdarzeń, czasu spędzanego poza Ośrodkiem. Wspólne rozmowy o przeszłości z urealnianiem, dostarczaniem informacji zwrotnych.

## KOMENTARZ

Zawarta w tytule „bitwa” toczyła się na kilku frontach, każda z zaangażowanych stron stawiała sobie różne, zmieniające się w czasie cele, zjednywała wielu, nie zawsze świadomych swego udziału sojuszników.

## Pole rodziny

Decyzja o zawarciu małżeństwa została wymuszona przez ciążę i to właśnie dziecku przypadła rola spoiwa tego związku. Dorastanie i związany z nim proces separacji – indywidualacji stanowiły zagrożenie dla rodziny jako całości, zostały więc zablokowane – pojawiły się niepokojące, doprowadzające do pierwszej hospitalizacji zachowania pacjenta. Adam, wobec narastających niepowodzeń szkolnych, niemożności zdania matury, utrzymania się w wojsku, przymusowego umieszczenia w szpitalu, przegrywa walkę o własną autonomię.

Rodzice od początku trwania małżeństwa ze zmienną intensywnością toczą walkę o wciągnięcie syna w sferę swych wpływów, wykorzystanie go w walce przeciw małżonkowi. Ojciec z wyraźnym celem zatrzymania żony i kontroli nad jej zachowaniem, żona – by utrzymać wizerunek dobrej matki, wy-

dłużyć dystans wobec męża. Adam wchodzi w czasowe koalicje z jednym bądź drugim rodzicem, uwikłany w konflikt lojalności racjonalizuje swe postępowanie używając przetworzonych urojeniowo argumentów. Walka o matkę naraża go na agresję ze strony ojca tak w planie realnym, jak i wyobrażeniowym. Gdy działania zabezpieczające przed antycypowaną agresją, unicestwieniem ze strony ojca okazują się nieskuteczne, rośnie poczucie zagrożenia. Adam próbuje odciąć się od ojca odrzucając identyfikację z nim jako mężczyzną. Tendencje matki do rozluźnienia symbiotycznego, erotyzowanego związku odbiera jako karę, zdradę i odrzucenie. Po nieudanych próbach znalezienia obiektu zastępczego wycofuje się, zamyka na kontakty, redukując aktywność własną, rytualizując zachowania. Niedobór uczuć kompensuje nadmierną żarłocznością. Nie rezygnuje z prób utrzymania rodziny jako całości, jednak dramatyzm podejmowanych prób, niekontrolowana agresja wobec rodziców, którzy go zawiedli, nieadekwatność zachowań kończy się kolejnymi pobytami w szpitalu.

Kolejna batalia toczy się w obronie rodziny przed skazą choroby psychicznej i utratą nadziei na realizację przez syna „normalnego” scenariusza życiowego. Syn wielokrotnie podejmuje naukę, przez długi czas podtrzymując fikcję chodzenia do szkoły (czas zatrzymany na ostatniej klasie), godzi się na przyjmowanie leków dopiero w ostatnim roku. Ojciec do końca, mimo 15 lat trwania choroby i siedmiu hospitalizacji, utrzymuje koncepcję przejściowych, uwarunkowanych środowiskowo (wychowanie) zaburzeń i odrzuca leki. Matka wycofuje się z przyjętych wobec syna planów i podejmuje starania o rentę dopiero po 4 latach. Choroba pełni dla każdego członka rodziny określoną funkcję. Dla ojca stanowi oręż w walce z żoną, utrzymanie jej w sferze własnych wpływów i potwierdzenia własnej męskości. Dla matki, do pewnego momentu stanowi alibi dla własnej bezradności, utrzymania się w roli ofiary, chroniąc przed zmianami,

do których nie czuje się jeszcze przygotowana. Dla Adama stanowi jedyną możliwość podtrzymania wizerunku dobrego dziecka i rozładowania negatywnych emocji wobec rodziców, ale i zniesienia dramatycznych, narastających konfliktów między rodzicami, niedopuszczenia do świadomości faktu rozpadu rodziny.

### **Pole interwencji**

*Farmakologiczne.* Batalia o dopasowanie leku była komplikowana złą tolerancją kolejnych kuracji, brakiem krytycyzmu chorobowego i gotowości do leczenia u samego pacjenta, ambiwalentną postawą wobec leków u matki i zdecydowanym ich negowaniem przez ojca. Dobranie dobrze tolerowanego przez pacjenta leku, podawanego po raz pierwszy w sposób jawny („lek na nerwy”) przez akceptującą jego stosowanie matkę, wydaje się rokować dobrze.

*Pozafarmakologiczne.* Terapeuci nie w pełni świadomie, przez dłuższy czas prowadzili batalię o utrzymanie rodziny jako całości, nie dostrzegając oznak postępującego rozkładu systemu małżeńskiego lub bagatelizując je. Ogniskując swą uwagę na zachowaniach Adama, dość wcześnie zidentyfikowanych jako chorobowe, stracili szansę na interwencje adresowane do rodziny jako systemu. Spostrzegani przez Adama jako gwarant stałości rodziny zostali przez niego odrzuceni w okresie ewidentnego już rozpadu związku małżeńskiego. Wydaje się, że dopiero zdecydowane odcięcie się od udziału w inicjowanych przez ojca próbach podtrzymania małżeństwa i od uczestnictwa w procesie rozwodowym przywróciło terapeutom neutralność niezbędną wobec tak skonfliktowanej rodziny. Można przypuścić, że cel, jakim była restrukturyzacja systemu rodziny, został osiągnięty w sposób pośredni – poprzez przekazanie matce określonych informacji (na temat genezy chorób psychicznych, wpływu rodziny na kształtowanie się i utrwalanie objawów) oraz podtrzymanie terapeutyczne w okresie podejmowania decyzji o rozwodzie i w trakcie procesu.

Tak więc dopiero ostatni pobyt Adama w Ośrodku (gdą dochodził na zajęcia już z nowego mieszkania), podanie nowego, owianego pewną legendą leku skłoniło nas do podjęcia wysiłków, uruchomiło myślenie o dalszych perspektywach życiowych. Obecnie Adam od ponad roku samodzielnie dochodzi do oddziału rehabilitacyjnego, popołudnia często spędza w klubie uczestnicząc w zajęciach (nauka języka, ćwiczenia gimnastyczne, od niedawna także grupa spotkaniowa prowadzona przez psychologa).

## PIŚMIENNICTWO

1. Grzebiuk L.: Strukturalna terapia rodzin w ujęciu S. Minuchina. *Nowiny Psychologiczne* 1987, 1, 33–48.
2. Grzebiuk L. (red.): *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki, specyficzne problemy*. PWN, Warszawa 1994, s. 245–288.
3. Minuchin S.: *Families and family therapy*. Cambridge, Maryland Univ. Press 1974.
4. Namysłowska I: *Proces terapii rodzinnej* W: Pohorecka A. (red.): *Rodzian w terapii*. IPiN Warszawa 1992, s. 55–76.
5. Orwid M., Fortuna D.: *Źródła paradygmatu rodzinnego w psychoterapii*. W: Orwid M. Czabała C. (red.): *Terapia rodzin i małżeństw w uzależnieniach i innych zaburzeniach psychicznych*. IPiN Warszawa 1986, s. 6–11.
6. Radochoński M.: *Psychoterapia rodzinna w ujęciu systemowym*. Wydawnictwo WSP, Rzeszów 1974.
7. Tryjarska B.: *Główni przedstawiciele psychoterapii rodzinnej*: N. Ackerman, D. Jackson, J. Halley, V. Satir, M. Bowen. *Nowiny Psychologiczne* 1991, 1, 5–32.

*Adres: Mgr Katarzyna Muskat, Ośrodek Leczenia Środowiskowego, I Klinika Psychiatryczna IPiN, Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*