

Pacjent młodzieżowy jako członek rodziny

The adolescent patient as a family member

MAGDA MAŁKIEWICZ-BORKOWSKA

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. *Adolescencja jako jedna z faz cyklu życiowego rodziny wymaga realizowania przez wszystkich członków systemu rodzinnego specyficznych zadań rozwojowych. Trudności w ich realizacji zwiększają niebezpieczeństwo pojawienia się symptomów chorobowych lub zachowań objawowych u dziecka w wieku dorastania. Można wyodrębnić kilka ich specyficznych funkcji, zależnych od charakterystyki rodziny, często bez związku z rozpoznaniem psychiatrycznym. W trudnej sytuacji choroby psychicznej adolescenta rodzina radzi sobie zgodnie ze swą wcześniejszą charakterystyką. Istotne znaczenie mają także pozarodzinne elementy systemu wielorakiego osadzenia pacjenta młodzieżowego.*

SUMMARY. *Adolescence as a stage in the family life cycle requires some specific developmental tasks fulfilment by all the family members. Difficulties in these tasks performance by the family result in an increased risk of symptoms or symptomatic behaviors incidence in the adolescent. Several specific functions of such symptoms may be distinguished; they all are related to family characteristics and often are irrelevant of the psychiatric diagnosis. In the stressful situation of a psychiatric illness in the adolescent, coping strategies employed by the family depend on its earlier characteristics. Moreover, non-familial elements of the adolescent patient's multiple embedded system are of importance.*

Słowa kluczowe: wiek młodzieżowy / pacjent młodzieżowy / system rodzinny / podejście systemowe
Key words: adolescence / adolescent patient / family system / systemic approach

Adolescencja rozumiana jako zjawisko psychologiczne i kulturowe oraz biologiczna konieczność dojrzwania to niezmiernie trudny i niebezpieczny okres rozwojowy.

Podstawowym rozwojowym zadaniem rodziny w tej fazie cyklu życiowego jest pozwolenie adolescentowi na bycie w rodzinie, na zależność od niej - gdy tego potrzebuje, ale jednocześnie umożliwienie mu eksperymentowania z własną niezależnością, gdy jest do tego gotów (8, 10).

Te podstawowe zadania adolescencji: zakończenie procesu separacji-indywiduacji oraz określenie własnej tożsamości psychologicznej, psychoseksualnej, społecznej, a także ustalenie własnego systemu wartości oraz celów życiowych - to zadania trudne zarówno dla dziecka, jak i jego rodziców (5, 9). Od całego

systemu rodzinnego wymagają one dużej plastyczności w zakresie adaptacyjności rodzinnej oraz zdrowej, nie wiążącej spójności.

Zmiany niezbędne rozwojowo w tej fazie cyklu życiowego rodziny wymagają więc zwiększenia plastyczności granic wewnątrz- i zewnątrzrodzinnych oraz zaakceptowania przez wszystkich członków rodziny niezależności dziecka. Niejednokrotnie najtrudniejsze staje się umożliwienie adolescentowi wychodzenia z systemu rodzinnego bez poczucia winy.

Rodzina, podobnie jak jednostka, podlega systemowi społecznych oczekiwań, przechodzi przez nie tylko biologicznie, ale i społecznie regulowany cykl życia od narodzin aż do śmierci. Każdy etap rozwojowy łączy się z określonymi prawami, obowiązkami, zadaniami i rolami. Istnieje społecznie określony roz-

kład zadań wyznaczający czas głównych życiowych wydarzeń tak jednostki, jak i rodziny. Wszystkie punkty zwrotne, przechodzenie z jednego etapu rozwojowego w drugi, wymagają stałego przeformułowywania koncepcji siebie i rodziny, wymagają internalizacji nowych wartości, ról, także adaptacji do nowych doświadczeń i doznań symultanicznie przez wszystkich członków rodziny.

Ponadnormatywny stres pojawia się, gdy wydarzenia życiowe następują w nieostosownym czasie - przedwcześnie lub z opóźnieniem, gdy np. pojawiają się nie rozwiązane zadania rozwojowe z poprzednich faz cyklu życiowego, albo wtedy, gdy są to wydarzenia nieplanowane, naruszające naturalną sekwencję i rytm cyklu życiowego rodziny.

Pojawiający się wtedy symptom czy zachowania objawowe odzwierciedlają wypadnięcie, tzw. wykolejenie się systemu rodzinnego z normatywnego, rozwojowego cyklu życiowego (10). Symptomy mogą pojawiać się nie tylko wobec stresu ponadnormatywnego, lecz także w odpowiedzi na kryzysy rozwojowe.

Należy też pamiętać o trudnościach w różnicowaniu w okresie adolescencji zaburzeń funkcjonowania powodowanych normatywnym kryzysem tej fazy rozwojowej z zaburzeniami psychicznymi (5, 8, 9, 10). Warto też zwrócić uwagę, że jest to problem nie tylko dla profesjonalistów, ale także, a może przede wszystkim dla rodziny oraz pozostałych systemów odniesienia "identyfikowanego pacjenta", które jako pierwsze dokonują diagnozy (5).

Funkcje konkretnych symptomów lub zachowań objawowych są zawsze charakterystyczne dla danego systemu rodzinnego, często niezależne od rozpoznania psychiatrycznego. Niemniej jednak można wyodrębnić kilka funkcji specyficznych dla tego właśnie okresu rozwojowego, tej właśnie fazy cyklu życiowego rodziny. Są to:

- obrona przed nadmiernymi czy nieadekwatnymi wymaganiami rodzinnymi i własnymi (tu problem wiązania, delegacji rodzinnych),
- ochrona innego członka rodziny przed chorobą,
- restrukturyzacja dysfunkcyjnych systemów rodzinnych (to częste w rodzinach z problemem alkoholowym lub przy rozpadzie - faktycznym czy emocjonalnym - diady małżeńskie).

Reakcja rodziny na chorobę może być rozpatrywana na kontinuum od totalnego odrzucenia do całkowitej akceptacji (4, 7). W przypadku choroby dziecka, także dorastającego, postawy skrajne obserwuje się stosunkowo rzadko.

Choroba sama w sobie, jako sytuacja trudna, kryzysowa wyznacza zmiany dotychczasowego sposobu funkcjonowania społecznego i emocjonalnego, zarówno pacjenta, jak i jego rodziny. Na sposób radzenia sobie przez rodzinę z trudną sytuacją choroby psychicznej adoleścента ma niewielki wpływ rodzaj zaburzenia, diagnoza psychiatryczna, może za wyjątkiem jej aspektu rokowniczego. Decydujące o tym wydają się być rodzinne mechanizmy radzenia sobie (ang. *coping mechanisms*), rozumiane jako całość strategii rodzinnych podejmowanych w celu minimalizowania kryzysu (1, 2, 4, 6, 9). Umiejętność realistycznej oceny sytuacji, jej akceptacji, zdolność do poszukiwania i wykorzystywania informacji oraz zdolność do zmian stylu i sposobu rodzinnego funkcjonowania w decydującym stopniu uzależnione są od tego, jaki był system rodzinny przed chorobą. Szczególnie istotne wydają się być takie wymiary funkcjonowania rodziny, jak jej spójność, adaptacyjność, percepcja i komunikacja (3).

W przypadku, gdy "identyfikowanym pacjentem" jest adolescent jest to o tyle istotniejsze, że pozostaje on wciąż w dużej, naturalnej zależności od rodziców (8, 9). Niestety, zależność ta często przyjmuje w obliczu choroby psychicznej postać skrajną, aż do nieformalnego ubezwłasnowolnienia. Wydaje się, że szczególnie w Polsce, być może także ze względu na brak jednoznacznej regulacji

-
- ochrona przed podjęciem przez adolescenta zadań i ról dorosłego (społecznych, seksualnych, rodzinnych),

prawnej, a nie tylko z powodu specyfiki polskich rodzin, bardzo często pacjenci młodzieży są hospitalizowani wbrew własnej woli, często dowożeni do psychiatry pod pretekstem konsultacji u innego specjalisty. Pacjenci młodzieży, podobnie jak ludzie dorośli, nie mają dostępu do historii chorób, często nie z nimi, lecz z ich rodzicami omawiane są plany terapeutyczne i postępy leczenia.

Należy też wspomnieć, że pacjent młodzieżowy wraz ze swoją rodziną staje się częścią tzw. systemu wielorakiego osadzenia (ang. *multiple embedded system*) (5). System ten składa się z wielu osób i instytucji uwikłanych w świadczenie pomocy, lecz nie kooperujących ze sobą, a nawet często nie wiedzących wzajemnie o swoim istnieniu - psychiatra, neurolog, psycholog, pedagog szkolny, nauczyciele, krewni i przyjaciele rodziny, koledzy szkolni oraz wiele innych osób.

Niestety, między innymi ze względu na stosunkowo niski w naszym kraju poziom wiedzy psychologiczno-psychiatrycznej, ten wieloraki system osadzenia "identyfikowanego pacjenta" młodzieżowego posługuje się na ogół mitami na temat choroby psychicznej, jej rzekomej nieuleczalności, niebezpieczeństwa agresji ze strony chorych psychicznie, nawet możliwości zarażenia się chorobą i wieloma innymi błędnymi, obiegowymi opiniami.

Ta pseudowiedza stygmatyzuje pacjenta młodzieżowego i jego rodzinę, kształtując stosunek wielu instytucji, np. szkół i internatów, które niechętnie przyjmują uczniów leczonych psychiatrycznie. Wpływa także na stosunek samych rodzin do procesu leczenia psychiatryczno-psychologicznego, co przejawia się w zwlekaniu z decyzją o leczeniu, czy niechęcią do współpracy psychoterapeutycznej.

Należy jednak podkreślić, że postulat przejścia od klasycznego psychiatryczno-szpitalnego modelu leczenia zaburzeń psychicznych wieku dojrzewania do modelu ekosyste-

mowego coraz częściej staje się rzeczywistością pracy terapeutycznej z pacjentem młodzieżowym i jego rodziną. Model ekosystemowy zaleca kompleksowość leczenia pacjenta młodzieżowego. Kompleksowość ta winna konsekwentnie łączyć różnorodne płaszczyzny leczenia, unikając ich przeciwstawiania sobie, np. leczenia biologicznego i psychoterapii oraz umożliwiać wzajemne uzupełnianie i wzmacnianie poszczególnych oddziaływań terapeutycznych. Zgodnie z trendami światowymi zastępuje się też hospitalizację różnymi formami leczenia ambulatoryjnego, np. terapią indywidualną, grupową, rodzinną, leczeniem w oddziałach dziennych, czy tzw. hospitalizacją domową.

Podstawowym warunkiem wszystkich form leczenia pacjenta młodzieżowego pozostaje zawsze postrzeganie go w kontekście rodzinno-środowiskowym.

PIŚMIENNICTWO

1. Bohomolec P., Namysłowska I., Szyszkowski W.: Wpływ choroby psychicznej na funkcjonowanie rodziny. *Psychiatr. Pol.* 1978, XII.
2. Bohomolec P., Namysłowska I., Żardecka M.: Mechanizmy radzenia sobie. *Psychiatr. Pol.* 1981, XV.
3. Czabała J.C.: Rodzina a zaburzenia psychiczne. IPiN, Warszawa 1988.
4. Namysłowska I.: Społeczna i emocjonalna adaptacja rodzin pacjentów chorych na schizofrenię. AM, Warszawa 1983.
5. Orwid M., Pietruszewski K.: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. UJ, Kraków 1993.
6. Pohorecka A., Kosińska-Dec K.: Radzenie sobie przez rodzinę z zaburzeniami emocjonalnymi dziecka a cechy systemu rodzinnego. *Psychoterapia* 1993, 3/86/.
7. Radochoński M.: *Choroba a rodzina*. Wyd. WSP, Rzeszów 1987.
8. Steinberg D.: *Basic adolescent psychiatry*. Blackwell Scientific Publication, Oxford, London, Boston, Palo Alto, Melbourne 1987.
9. Steinberg D.: *The clinical psychiatry of adolescence*. John Wiley & Sons, Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore 1984.
10. Walsh F.: *Normal family processes*. Guilford Press, 1986.