

Sytuacja rodzinna pacjentów młodzieżowych z jednym rodzicem na emigracji zarobkowej

Familial situation of adolescent patients having a parent on economic emigration

EWA DERESZAK-KOZANECKA

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum UJ w Krakowie

STRESZCZENIE. *Artykuł jest próbą opisu sytuacji rodzinnej 9 pacjentów młodzieżowych hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych w oddziale stacjonarnym Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Krakowie, których jedno z rodziców przez dłuższy czas przebywało na emigracji zarobkowej. Analizowano związki między wystąpieniem trudności u dzieci a decyzjami rodziców o wyjeździe, przedłużaniu pobytu i powrocie (red.).*

SUMMARY. *An attempt was made to describe the family situation of 9 adolescent patients hospitalized for mental disorders in Child and Adolescent Psychiatry Ward in Cracow. Specificity of this sample consists in a prolonged absence of a parent due to his/her economic emigration. Relationships were analyzed between the onset of the adolescents' problems and parental decisions concerning emigration, extension of their stay abroad, and return (Eds.).*

Słowa kluczowe: emigracja / sytuacja rodzinna /pacjenci młodzieżowi

Key words: emigration / family situation / adolescent patients

Problematyka występowania zaburzeń psychicznych wśród emigrantów i ich rodzin jest problematyką dość szeroko omawianą w piśmiennictwie psychiatrycznym. Znany zagadnieniem jest zarówno większa częstość zaburzeń paranoicznych wśród emigrantów i ich rodzin (Brodscholl i wsp. 1957, Namysłowska 1987), jak i większa częstość występowania depresji reaktywnych u emigrantów także po powrocie do kraju (Pużyński 1979). Badania rodzin emigracyjnych w USA wskazują na dezorganizację życia rodzinnego na skutek długotrwałego narażenia na dezadaptację w nowym środowisku (Sluzki 1979). Interesującym wydaje się obserwowanie skutków długotrwałej ekspozycji na stres związany z wyjazdem jednego z członków rodziny u pozostałych w kraju bliskich. Zjawisko emigracji zarobkowej jest w naszym kraju nadal bardzo popularne i otwartym pozostaje pytanie o jej odległe skutki dla rodzin pozostających w kra-

ju. Model czasowych wyjazdów zarobkowych z określonym planem i ustalonym terminem powrotu wydaje się być zagrożony przez pogarszanie się statusu materialnego członków rodziny pozostałych w kraju.

Przedmiotem opisu stało się 9 rodzin pacjentów będących pod opieką stacjonarną oddziału młodzieżowego Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w latach 1992-93. Interesujące wydawało się pytanie, czy istnieją wspólne dla tych rodzin czynniki emocjonalne a jeśli tak - to w jakim stopniu korelujące z czasem wystąpienia lub nasilenia objawów i hospitalizacją psychiatryczną dziecka. Drugim pytaniem było, czy motywacja do podjęcia decyzji o wyjeździe zarobkowym była motywacją tylko ekonomiczną, czy także był to stosowany w tych rodzinach sposób rozwiązania lub odsunięcia narastającego konfliktu małżeńskiego. Wydawało się także, że czas wystąpienia i stopień głębokości zabu-

rzeń u dziecka winny korelować z czasem rozłąki i utrzymaniem lub zerwaniem kontaktu z rodzicem przebywającym na emigracji.

W stosunku do wszystkich rodzin (9) zastosowano do opisu dwie kategorie pytań: (1) grupa pytań dotyczących okoliczności wyjazdu i podawanej motywacji, (2) grupa pytań dotyczących relacji w rodzinie.

Wśród 9 hospitalizowanych pacjentów przeważały dziewczynki (7:2). U 7 pacjentów rozpoznano zespół psychotyczny, a u pozostałych 2 - zaburzenia emocjonalne okresu adolescencji i nieprawidłowy rozwój osobowości. Rozpiętość wieku pacjentów wynosiła od 15 do 19 lat. Sześciu pacjentów pochodziło z miasta, 3 ze wsi. Przeciętny czas rozłąki w 8 rodzinach wynosił 3 lub więcej lat, wahając się w granicach czasowych 1,5 roku do 8 lat od wyjazdu rodzica do hospitalizacji dziecka.

Pacjenci pochodzili z rodzin pełnych, w jednym przypadku pacjentka pochodziła z rodziny o formalnie przeprowadzonej separacji. W chwili podejmowania decyzji o wyjeździe tylko w jednej rodzinie dziecko sprawiało kłopoty wychowawcze i zdrowotne (przebyty zespół urojeniowy, podejrzenie padaczki skroniowej, stany lękowe). Pozostałe dzieci w momencie podejmowania przez rodzinę decyzji o wyjeździe rozwijały się harmonijnie, niezależnie od dotychczasowego przebiegu rozwoju. Średni wiek pacjentów hospitalizowanych wynosił 16,9 lat, średni wiek pacjentów w momencie wyjazdu rodzica 12,1 lat. Spośród 9 rodziców w 7 rodzinach wyjechali ojcowie, w jednej - matka, a w jednej - matka i ojciec.

W 5 rodzinach dzieci akceptowały wyjazd rodziców na Zachód, w 4 przeżywały go z lękiem i reakcjami protestu lub nie uczestniczyły w decyzji. Wszystkie rodziny deklarowały ekonomiczną konieczność emigracji zarobkowej, przy czym w 6 rodzinach była ta motywacja traktowana jako zasadnicza. W jednej rodzinie czynnik ekonomiczny był deklarowany jako równorzędny z potrzebą rozstania się rodziców. W 5 rodzinach rozpoczęta była budowa domu lub inna inwestycja,

1 rodzina zagrożona była bezrobociem. Wcześniejsze wyjazdy dalszych członków rodziny miały miejsce w 4 przypadkach. Zwyczaj wyjazdów w środowisku deklarowany był przez 7 rodzin, zaledwie 4 oceniało wyjazd i pracę na emigracji jako sukces. W dwóch przypadkach rodzic na emigracji zachorował lub utracił na skutek wypadku uzbierany uprzednio majątek - u pozostałych w kraju członków tych rodzin, zwłaszcza u dzieci, występował silny lęk o niego.

W 7 rodzinach kontakt dziecka z rodzicem będącym na emigracji nie był przerwany całkowicie, rodzic odwiedzał kraj lub zapraszał poszczególnych członków do siebie. W 2 rodzinach kontakt z dzieckiem do momentu hospitalizacji był całkowicie przerwany i ponownie zrealizował się dopiero w trakcie pobytu dziecka na oddziale. We wszystkich 9 rodzinach ważnym problemem spontanicznie zgłaszanym już w początkach hospitalizacji pacjenta było przekładanie, tj. odwlekanie terminu powrotu rodzica z emigracji. Wszystkie rodziny były już po przekroczeniu terminu powrotu ustalonego w chwili wyjazdu, mogło to korelować z wyczerpaniem możliwości mobilizacji i adaptacji (Sluzki 1979) rodzin pozostających w kraju. Czynnik ten podnoszony był jako ważny i niepokojący.

Rozpatrując wyjazd jednego z rodziców jako sposób na rozstanie i czasowe rozwiązanie otwartego lub utajonego konfliktu i kryzysu małżeńskiego, można było wyróżnić następujące postawy małżonków:

- w 2 rodzinach wyjazd był traktowany jako sposób na zmniejszenie ilości sytuacji konfliktowych,
- w 5 rodzinach oboje małżonkowie mówili o konfliktach istniejących od początku małżeństwa,
- bezpośrednio przed wyjazdem konflikty małżeńskie pojawiły się dodatkowo w 2 rodzinach i dotyczyły głównie niewierności seksualnej.

W chwili hospitalizacji pacjenta 6 rodzin zgłaszało istnienie aktualnych problemów małżeńskich wymagających jak najszybszego

rozwiązania, co w jednym przypadku doprowadziło do rozwodu jeszcze w trakcie trwania hospitalizacji. Tylko w jednej rodzinie w pokoleniu dziadków miał miejsce rozwód, pozostałe rodziny nie miały wzorców rozwodowych.

Trudności wychowawcze z dzieckiem narastające po wyjeździe rodzica zgłaszało 6 rodzin. W momencie hospitalizacji dziecka 7 rodziców czuło się niewydolnych wychowawczo i oczekiwało pomocy i powrotu współmałżonka.

Przed ukończeniem hospitalizacji wróciło 7 rodziców, 1 zdecydowanie odmówił powrotu i podjęcia roli opiekuńczej wobec dziecka (w rodzinie tej konflikty małżeńskie istniały od początku związku, a u ich źródeł leżał homoseksualizm ojca).

WNIOSKI

1. W opisanych rodzinach wyjazd emigracyjny był częstym sposobem doraźnego roz-

wiązania problemu małżeńskiego występującym u 7 rodzin (ewolucja konfliktu i sposobu rozwiązywania go wymaga dalszych badań tych rodzin).

2. Trudności wychowawcze z dzieckiem powstałe po wyjeździe rodzica korelowały ze słabym systemem oparcia rodzica pozostającego w kraju i konfliktem małżeńskim istniejącym przed wyjazdem (6 rodzin). Nie korelowały natomiast z utrzymaniem lub zerwaniem kontaktu z rodzicem na emigracji.
3. Choroba pacjenta zaistniała jako czynnik preceptujący powrót i rozwiązywanie problemu małżeńskiego w 7 rodzinach.

PIŚMIENNICTWO

1. Brodscholl B., Strozka H.: Statistic investigations relating to paranoia. Arch. Psychiat. Nervenk. 1957, 196, 3, 241-246.
2. Pużyński S.: Depresja. PZWL, Warszawa 1979.
3. Sluzki C.: Migration and Family Conflict. Family Process 1979, 18, 4, 379-390.

*Adres: Dr Ewa Dereszak-Kozanecka, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Collegium Medicum UJ, ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków*