

Uwagi na temat klasyfikacji zaburzeń psychicznych z perspektywy klinicznej psychiatrii młodzieżowej zorientowanej systemowo

Some comments on mental disorders classification from the perspective of clinical system-oriented psychiatry of adolescence

MARIA ORWID

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii Collegium Medicum UJ w Krakowie

STRESZCZENIE. *Autorka rozważa wzajemne relacje podejścia systemowego, współczesnych klasyfikacji zaburzeń psychicznych oraz praktycznych potrzeb terapii, zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów w wieku młodzieżowym (red.).*

SUMMARY. *Mutual relationship between the systemic approach, current classifications of mental disorders and practical needs of therapy, especially in adolescent patients, are discussed by the author (ed.).*

Słowa kluczowe: klasyfikacja zaburzeń psychicznych / podejście systemowe / młodzież
Key words: mental disorders classification / systemic approach / youth

Obserwacja losów grupy zaburzeń zwanych nerwicami w historii myśli psychiatrycznej, a w szczególności w kilku ostatnich dużych klasyfikacjach: DSM i ICD [1, 3, 6], nasuwa kilka interesujących, jak mi się wydaje, refleksji. Zastanawiające jest to, że opisując bardzo subtelnie, wręcz drobiazgowo, symptomy i syndromy przypisywane do tej pory nerwicom, starannie unikają używania samego pojęcia nerwica. Nie będę się tutaj kusiła o interpretację tego zjawiska. Chcę jednak zwrócić uwagę, że środowisko, w którym pracuję od lat miało teoretyczne i praktyczne trudności z określeniem u pacjentów adolescencyjnych syndromów, które nie są psychotyczne, a jednocześnie nie wyczerpują w pełni objawów przypisywanych nerwicom.

Zastanawiam się, czy nie jest możliwe, że fenomeny właściwe fazom rozwoju osobowości w dojrzewaniu, związane z rozwiązywaniem tzw. zadań psychologicznych i społecznych adolescencji mogą mieć walor psy-

chopatologii, a różnić się równocześnie od tego, co traktujemy jako charakterystyczne dla nerwic i psychoz. Pojęcie kryzysu adolescencyjnego od lat obecne w psychiatrii może, jak mi się wydaje, rzucać pewne światło na sposób rozumowania współczesnych psychiatrów.

DSM-IV i ICD-10 odeszły od schematycznego podziału przeżyć i reakcji człowieka w różnych sytuacjach. Uwzględniły, między innymi, wymiar rozwojowy, a konkretnie znaczenie procesu rozwoju dla rozpoznawania psychopatologii. W ten sposób zwróciły większą uwagę na treść syndromów odsuwając ją od nozograficznego wymiaru klasyfikacji.

Nie wiem oczywiście, czy moje rozumowanie jest trafne, ale myślę, że opisanie swoistości okresu adolescencji i normatywnego kryzysu adolescencyjnego stało się jednym z czynników „zmiękczejących” twarde dotychczas klasyfikacje nozologiczne. Nie oznacza to oczywiście bagatelizowania znaczenia

objawów traktowanych dotąd jako objawy nerwicy. Pojawia się natomiast nowy sposób uporządkowania, otwierający nowe możliwości ich rozumienia.

Do erozji nozografii psychiatrycznej przyczyniło się też, moim zdaniem, bardzo powoli, ale nieuchronnie, wchodzące do współczesnego myślenia o człowieku podejście systemowe [por. 7, 12]. Podejście systemowe, z założenia obejmując „całość” istoty ludzkiej w jej wszystkich uwarunkowaniach biologicznych i psychospołecznych, z natury rzeczy patrzy na przeżywanie i zachowanie się człowieka jako na proces i jako na zespół zjawisk, które stale się stają i dokonują w licznych interakcjach. Nie może i nie neguje oczywiście istnienia indywidualnej „twardej i miękkiej” psychopatologii występującej u osoby nazywanej w tym podejściu Identyfikowanym Pacjentem. Interesuje się bardziej i staranniej i oświetla procesy interakcyjne Identyfikowanego Pacjenta ze światem (częściami systemu, którego jest podsystemem), próbując stopień nasilenia jego (IP) objawów przypisywać określonym interakcjom rodzinnym i społecznym. Z całą pewnością główne znaczenie nie jest przywiązane do pojedynczych symptomów ani nawet syndromów psychopatologicznych Identyfikowanego Pacjenta. Szczególnie interesujące jest to, że opisywane w podejściu systemowym konstelacje, w jakich żyje pacjent, nie są charakterystyczne dla żadnego z typowych rodzajów psychopatologii indywidualnej Identyfikowanego Pacjenta. Nie ma znaczących różnic w konstelacji, w jakiej żyje pacjent z rozpoznaniem schizofrenii lub zaburzeń typu borderline, czy też osoba z zaburzeniami tożsamości psychoseksualnej. Otwiera to istotne pytanie o przyczyny pojawiania się właśnie takich, a nie innych, zaburzeń psychicznych u Identyfikowanego Pacjenta.

Rozumowanie zgodne z teorią psychoanalityczną dawało psychiatrom więcej porządku. W bardziej klarowny sposób przypisywało określone zespoły psychopatologiczne poszczególnym okresom rozwoju in-

trapsychnicznego jednostki, fiksacjom w tych fazach rozwoju, czy problemom właściwym określonym okresom rozwoju psychospołecznego jednostki. Oczywiście nie idzie mi tu o dyskusję nad wyższością Świąt Bożego Narodzenia nad Świątami Wielkanocnymi, czyli o ideologiczną debatę nad wyższością myślenia systemowego nad psychoanalitycznym. Zależy mi raczej na zwróceniu uwagi czytelnika na dużą moc i pojemność paradygmatu systemowego, które integrując (także!) myślenie psychoanalityczne i biologiczne daje szerszą perspektywę zjawisk, które są obiektem naszych badań i leczenia.

Wracając do tematu głównego, współczesne klasyfikacje punktujące głównie i bardzo subtelnie symptomy psychopatologiczne i odstępujące od nozologicznego rozumienia zaburzeń dokonują przekonującego wyboru. Tak myślę odwołując się do klinicznego doświadczenia środowiska, w którym pracuję [2, 8, 9, 10, 11]. Jak więc w świetle tych uwag można rozumieć objawy nerwicowe u adolescentów? Jest to zagadnienie, jak już wspomniałam, niezwykle trudne i zupełnie nie dające się pomieścić w tradycyjnych klasyfikacjach psychiatrycznych.

Spróbujmy zatem, w tym kontekście, zanalizować główne, nazwane przez Kępińskiego „osiowymi”, objawy nerwic [4, 5]. Weźmy jako przykład lęk. Czy można lęk u pacjenta młodzieżowego albo dziecka postrzegać oddzielnie od jego relacji z osobami znaczącymi, przynajmniej tak, jak zdaniem niektórych można go opisać u osób dorosłych? Ocena nasilenia lęku dziecka poza kontekstem procesu separacji – indywidualizacji (z matką czy z ojcem) nie wydaje się adekwatna, jeżeli w ogóle jest możliwa? Podobnie zresztą jest w przypadku trudności dorastającego z grupą rówieśniczą (lęk społeczny), których nie sposób rozpatrywać poza kontekstem separacji-indywidualizacji zgodnie przebiegającej między dzieckiem a rodzicami. Na ile lęk seksualny jest u adolescenta naturalnym wyrazem nowych, pojawiających się popędów i emocji, a na ile może on

być sygnałem głębokiego zaburzenia tożsamości psychoseksualnej? Na ile zaś ów lęk jest wyrazem różnych sytuacji traumatycznych przeżytych w dzieciństwie, do których po prostu nie możemy dotrzeć? I wreszcie, w jakiej mierze lęk przeżywany przez Identyfikowanego Pacjenta jest wyrazem wielopokoleniowej traumy, czy wielopokoleniowego w danej rodzinie mitu (np. o wczesnych śmierciach w rodzinie, prześladowaniach doznanych przez wcześniejsze pokolenia, nieoczekiwanych separacjach i innych zdarzeniach, o których mówi przekaz rodzinny)? I wreszcie, czy nie może wystąpić w psychiatrii sytuacja, w której wszystkie wymienione wyżej elementy współlistnieją?

Rozpatrując lęki opisane przez Kępińskiego można by się zastanowić czym są lęk dezintegracyjny, moralny i biologiczny traktowane systemowo. To znaczy, na przykład, czy poczucie rozpadu świata wewnętrznego i zewnętrznego oraz poczucie, że coś się strasznego stanie, może być rozpatrywane w oderwaniu od poczucia zagrożenia przekazywanego przez kilka generacji w danej rodzinie i wtedy kiedy np. aktualnie bądź w przeszłości zdarzyło się coś, co zachwiało jego równowagę egzystencjalną. Czy lęk moralny można oddzielić od systemu wartości przekazywanego dziecku przez rodzinę generacyjną i poprzednie pokolenia i w sytuacji kiedy dziecko chce ten system zmienić, nie może już go kontynuować, a nie potrafi jeszcze zastosować własnego? Czy lęk o życie i zdrowie (zwany lękiem biologicznym) jest po prostu objawem, który występuje w przebiegu „określonej” jednostki chorobowej, czy też wyraża stosunek do życia i zdrowia rodziny, w której dziecko się wychowywało, stosunek do życia i zdrowia w poprzednich pokoleniach danej rodziny? Czy jest wyrazem nieświadomianej paniki przed popędami seksualnymi, czy też powtórzeniem emocji płynących z dawnego, stłumionego przeżycia?

Zadając te pytania chciałabym zwrócić uwagę na fakt, że „całościowe”, systemowe podejście do psychopatologii wprawdzie

posiada szeroką perspektywę, ale jest niezwykle trudne metodologicznie i właściwie uniemożliwia wielokrotnie jednoznaczne przypisanie syndromu określonym zaburzeniom psychicznym, a szczególnie w okresie adolescencji.

Powyższe uwagi mają konsekwencje terapeutyczne. Nie umiałabym zaproponować jakiejś jedynie „słusznej” z tzw. wyboru metody leczenia różnych zaburzeń psychicznych u adolescentów. Nie potrafiłabym więc powiedzieć czy ci, którym pomogliśmy, uzyskali poprawę dzięki programowi indywidualnemu, grupowemu, rodzinnemu, czy może struktury społeczności terapeutycznej, czy wręcz środowiska terapeutycznego, czy może dzięki podwyższeniu samooceny poprzez liceum kliniczne. Znacznie łatwiej przyszłoby mi wskazać czym mogliśmy zaszkodzić, a więc wskazać na błędy, które popełniłmy i popełniamy. Również nie umiałabym wskazać bardziej swoistych metod terapeutycznych zastosowanych wobec pacjentów psychotycznych i niepsychotycznych.

Generalnie wydaje mi się, że leczenie pacjentów adolescencyjnych powinno być adresowane do trudności, które mają oni w rozwiązywaniu zadań adolescencji niż do objawów (nie znaczy to przy tym, że nie ingerujemy farmakologicznie w ostry stan psychotyczny).

Myślę, że program terapeutyczny powinien uwzględniać świat intrapsychiczny pacjenta, czyli zdecydowanie za istotną uważam psychoterapię indywidualną. Problemy interakcyjne, separacyjne nie mogą być „tknięte” bez spotkań rodzinnych, które czasem mają charakter interwencji, czasem terapii.

Kontakt ze środowiskiem rówieśniczym jest dla młodzieży nie do przecenienia i dlatego bardzo dużą wagę przypisujemy grupowej psychoterapii młodzieży. Umożliwienie młodzieży nauki w czasie leczenia jest nieocenione ponieważ przeciwdziała izolacji społecznej dziecka od naturalnego środowiska, jakim jest również szkoła. Wszystko to ma jednak jakkolwiek sens jeżeli odbywa

się w atmosferze terapeutycznej, którą stwarza przecież personel. Tak więc kluczem do zintegrowanego i kontekstualnego leczenia jest oczywiście personel multiprofesjonalny, nie rywalizujący z rodziną, w porę uświadamiający sobie własne emocje przeciwrzuceniowe.

PIŚMIENNICTWO

1. Aleksandrowicz J.W.: Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (wg ICD-10). Psychopatologia, diagnostyka, leczenie. CM UJ, Kraków 1997.
2. Jaworska-Frańczak E.: Możliwość istnienia społeczności leczniczej w oddziale młodzieżowym. Rozprawa doktorska, Wydział Lekarski AM w Krakowie. Biblioteka CM UJ.
3. Kaplan H.I., Sadock B.J.: Comprehensive Textbook of Psychiatry (VI ed.). Williams and Wilkins 1995.
4. Kępiński A.: Psychopatologia nerwic. PZWL, Warszawa 1972.
5. Kępiński A.: Rytm życia. Wyd. Literackie, Kraków 1973.
6. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków-Warszawa 1997.
7. Namysłowska I.: Terapia rodzin. PWN, Warszawa 1997.
8. Orwid M.: Sytuacja rodzinna a powstawanie zaburzeń psychicznych u młodzieży dojrzewającej. Folia Medica Cracoviensia 1976.
9. Orwid M. (red.): Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży. PZWL, Warszawa 1981.
10. Orwid M., Czabała Cz. (red.): Terapia rodzin i małżeństw w uzależnieniach i innych zaburzeniach psychicznych. IPiN, Warszawa 1990.
11. Orwid M., Pietruszewski K.: Psychiatria dzieci i młodzieży. CM UJ, Kraków 1996.
12. Stierlin H.: Eltern und Kinder. Zur Beziehung zwischen Einzelperson und System: der Begriff „Individuation” in systemischer Sicht. W: Reiter L., Brunner E.J., Reiter-Theil S. (red.): Von der Familientherapie zur systemischer Perspektive. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Paris, Tokyo 1988.

Adres: Prof. Maria Orwid, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii CM UJ, ul. Kopernika 21 b, 31-501 Kraków