

Dzieci z rodzin dotkniętych chorobą psychiczną. Analiza sytuacji trzech rodzin

Children from families with mental illness. Case study

Jolanta P a s z k o

IV Klinika Psychiatrii IPiN w Warszawie
Kierownik: dr hab. n. med. M. Załuska

Summary

The article reveals the influence of mental illness of one or both parents on the emotional and psychosocial development and possible adjustment disturbances of their children on the example of 3 patients. The patients (all females) were treated in the 4th Psychiatric Clinic of the Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw in the all-day clinic, and in the out-patient clinic with community mobile teams and specialised social help services. The analysis of the history of their mental illnesses was done and compared with the analysis of their family situation and accessible data about the emotional and psychosocial development of their children. Each of these patients was at some time a single parent due to different reasons. In each case the adjustment and emotional disturbances of patients' children occurred on a different level of their development (boy and girl of the primary school age, teen-ager and young adult). In all presented cases there is a need of help and support apart from the family, which indicates a need of early diagnosis of situations demanding proper systemic interventions.

Słowa kluczowe: choroba psychiczna rodzica, zaburzenia adaptacyjne dzieci
Key words: mentally ill parent, children with adjustment disturbances

Wprowadzenie

Pracując z dorosłymi osobami chorymi psychicznie często spotykamy się z sytuacją, gdy istotny staje się temat rodziny, współmałżonka, dzieci. Temat ten budzi wiele emocji, niesie różne problemy do rozwiązania.

Postępy w farmakoterapii zaburzeń psychicznych w ciągu ostatnich pięćdziesięciu lat spowodowały, że więcej osób chorych psychicznie powraca po leczeniu do swojego środowiska. Podejmują one dotychczasowe role społeczne, a często także nowe, w tym rodzicielskie [1, 2]. Obecnie częściej niż dawniej osoby leczone z powodu choroby psychicznej zakładają rodziny, mają dzieci [1], stąd zajmując się chorymi psychicznie mamy do czynienia również z problematyką dotyczącą ich potomstwa. Szczególnie

widoczny jest ten problem w pracy z pacjentami w środowisku, gdzie oddziaływania terapeutyczne obejmują także najbliższe otoczenie pacjenta, w tym jego rodzinę.

Wiadomo, iż dzieci osób chorujących na schizofrenię są obciążone zwiększonym ryzykiem zachorowania na tę chorobę [3]. Nawet w przypadkach, gdy u potomstwa nie dochodzi do rozwoju klinicznej postaci schizofrenii, obserwuje się występowanie różnych zaburzeń psychicznych, takich jak: inne psychozy, zaburzenia osobowości, zaburzenia schizotypowe, trudności przystosowawcze, uzależnienia [3]. Stawiano pytanie, jak dużą rolę w zachorowaniach odgrywają czynniki genetyczne, a jaką środowiskowe, socjalne i inne [3, 4]. Interesujące jest, jakie są perspektywy badawcze i problemy do rozwiązania w tym zakresie [5].

Analiza przypadków

Opierając się na własnych doświadczeniach w pracy z chorymi psychicznie w środowisku, chcę pokazać, jak choroba rodzica wpływa na dzieci osób chorych psychicznie. Wybrałam trzy najbardziej reprezentatywne sytuacje:

- rodzeństwa w wieku wczesnoszkolnym (Ewa i Adam)
- nastolatki (Karina)
- młodej osoby dorosłej (Anna).

Z pierwszą sytuacją zapoznałam się, superwizując pracę terapeutów Usług Specjalistycznych. Przy omawianiu przypadku jednej z podopiecznych na plan pierwszy wysuwał się problem jej dzieci. Terapeuci zgłaszali dyskomfort, w jakim się znajdują, zajmując się matką i widząc dzieci, które w ich ocenie potrzebują więcej oddziaływań opiekuńczo-wychowawczych. Podobne sytuacje, problemy i sugestie pojawiały się prawie w każdej pracy z podopiecznymi wychowującymi dzieci do 16 r.ż.

Przypadek I

Pacjentka I. 34, leczona psychiatrycznie od sześciu lat. Do psychiatry zgłosiła się z powodu obniżonego nastroju, po części uwarunkowanego sytuacją. Mąż nadużywał alkoholu, zachowywał się wobec niej agresywnie, stosował przemoc fizyczną. Pacjentka otrzymała leki przeciwdepresyjne i zalecenie zgłoszenia się na terapię dla żon alkoholików. Kontaktowała się również z organizacją zajmującą się przemocą w rodzinie. Doszło do separacji między małżonkami. Pozostała z dwojgiem dzieci: córką w wieku czterech lat i dwuletnim synem, oraz z matką, kobietą schorowaną, wymagającą opieki. Po roku doszło do rozwodu, a prawo opieki nad dziećmi przyznano matce. W tym czasie jej problemy psychiczne nasiliły się tak, że wymagała hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym całodobowym. Na czas hospitalizacji umieściła dzieci w domu dziecka, nie powiadamiając o tym ich ojca. Obawiała się, że oddając dzieci pod jego opiekę mogłaby ich nie odzyskać po wyjściu ze szpitala.

Temat dzieci przewijał się od początku podjęcia przez pacjentkę leczenia psychiatrycznego. Po roku od rozpoczęcia leczenia przyznano jej usługi specjalistyczne, w tym pomoc w sprawowaniu roli wychowawczej. Po orzeczeniu grupy inwalidzkiej

z powodu rozpoznanej psychozy schizoafektywnej pacjentka podjęła rehabilitację w Warsztatach Terapii Zajęciowej. Przez cały czas jest pod opieką psychiatry i psychologa w Zespole Leczenia Środowiskowego. Pomimo oddziaływań leczniczo-rehabilitacyjnych problemy w wychowywaniu dzieci narastały. Szczególnie było to zauważalne po rozpoczęciu przez córkę nauki w szkole podstawowej. Córka wymagała pomocy w nauce, czego matka nie była w stanie jej zapewnić, a dziewczynka na zajęcia wyrównawcze w szkole nie chciała chodzić. Problemami córki zainteresował się ojciec. Dwa lata temu wniósł sprawę do Sądu Rodzinnego o przyznanie prawa opieki nad dziećmi. Na tę okoliczność rodzice i dzieci zostali zbadani psychologicznie i psychiatrycznie¹. W wyniku badania stwierdzono, że dziewczynka (lat 8) w gronie rówieśniczym funkcjonuje prawidłowo, ale jest dzieckiem raczej skrytym, zamkniętym w sobie. W trakcie badań rezolutna, poważna, raczej smutna, bardzo opiekuńcza wobec brata. Widoczna jest jej duża samodzielność, zaradność, nadmierna, w stosunku do wieku, dojrzałość społeczna. Wydaje się, że przejmuje częściowo rolę matki, czuje się odpowiedzialna za nią, pilnuje przyjmowania przez nią leków, obawia się, że przejście przez ojca opieki nad nią i bratem mogłoby wpłynąć negatywnie na zdrowie matki i brata. Stara się zajmować bratem, uspokaja go, chroni przed matką w okresie jej wzmożonej nerwowości i agresywności przy nawrocie choroby. Zdaniem osób badających, psychika dziecka jest przeciążona, co ma też swoje odbicie w wynikach w nauce. Chłopiec (6 lat) w trakcie badań pobudzony, nadaktywny, nadruchliwy, słabo koncentruje się na rozmowie, trudno mu się opanować. Przy wypowiedziach gestykuluje, „odgrywa” zachowania innych osób. Według siostry i matki, w domu też jest bardzo żywy, rozsadza go energia, nie zawsze jest posłuszny.

Decyzją sądu pozostawiono dzieci pod opieką matki z zapewnieniem jak najszerszego kontaktu z ojcem.

Po roku ojciec dzieci wniósł powtórnie sprawę o przyznanie mu opieki nad nimi. Ponownie zbadano² sytuację rodzinną małoletnich i relacje między dziećmi i rodzicami. Oceniono, że matka zajmuje się dziećmi na miarę swoich możliwości, choć z opinii szkoły, przedszkola i kuratora wynika, że oddziaływania i opieka sprawowane przez nią nie spełniają standardów pełnej poprawności (zaniedbania higieniczne, brak stymulacji rozwoju intelektualnego, słaby nadzór, brak wystarczającej pomocy w nauce). Oddziaływania ojca były, z uwagi na jego rzadki kontakt z dziećmi, niewystarczające, by zniwelować skutki dotychczasowych zaniedbań szkolnych i opiekuńczych. Według wychowawczyni i pedagoga szkolnego, w okresie, gdy ojciec sprawował opiekę nad dziećmi, ich sytuacja szkolna, postępy w nauce, stan higieniczny uległy znaczącej poprawie. Ponowne badania uzupełniły charakterystykę dziewczynki nowymi informacjami: „Dziecko ma duże kłopoty z nauką. Powinno mieć stałą, codzienną pomoc w domu przy odrabianiu lekcji, wymaga stałej stymulacji i nadzoru”. Badający ją psycholog w Poradni Zdrowia Psychicznego stwierdził nieznaczne opóźnienie funkcji intelektualnych, niepokój ruchowy, trudności w skupieniu uwagi. Najniższe wyniki

¹ Badanie przeprowadzono w Rodzinnym Ośrodku Diagnostyczno-Konsultacyjnym w Falenicy.

² Badanie przeprowadzono w Rodzinnym Ośrodku Diagnostyczno-Konsultacyjnym nr 2

w teście mierzącym poziom rozwoju intelektualnego uzyskała w obszarach, za które odpowiedzialne jest głównie środowisko wychowawcze, a nie potencjalne możliwości intelektualne dziecka. Z powodu powtarzających się ataków agresji w środowisku domowym i niechęci do chodzenia do szkoły, dziewczynka została skierowana do Sanatorium Neuropsychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży. Przebywała tam około dwóch miesięcy. W sanatorium nie prezentowała zachowań agresywnych, uczestniczyła w terapii grupowej i relaksacyjnej. Dobrze radziła sobie na zajęciach szkolnych. Osoby badające sugerowały, że ataki agresji występujące w domu matki były spowodowane przeciążeniem psychiki dziecka koniecznością przejęcia części „dorostych” ról i obowiązków.

Jeśli chodzi o chłopca, stwierdzono, że ma on odroczone obowiązki szkolne z uwagi na duże opóźnienie funkcji analizatorów, dużą nadpobudliwość, niedojrzałość, niechęć do pracy. Konsultowany był w poradni psychiatrycznej z powodu moczenia się i opóźnień rozwoju. Według opinii z przedszkola wymaga wzmożonej stymulacji rozwoju intelektualnego, zainteresowania i opieki. Zdaniem badających, u dzieci coraz bardziej ujawniają się negatywne efekty sytuacji rodzinnej. Brak dostatecznej stymulacji rozwoju intelektualnego i systematycznej pracy w tym zakresie skutkuje opóźnieniami w tej dziedzinie u obojga dzieci, a przeciążenie ich psychiki znajduje odbicie w ich funkcjonowaniu (ataki agresji, nadpobudliwość, trudności w koncentracji). Stwierdzono, że matka, mimo swoich najlepszych chęci, ma znacznie mniejsze niż ojciec szanse na zaspokojenie potrzeb dzieci i prawidłowe stymulowanie ich rozwoju. Zaproponowano przekazanie małoletnich pod bezpośrednią opiekę ojca. Dzieci są związane emocjonalnie z obojgiem rodziców. Dziewczynka deklarowała chęć pozostania pod opieką matki, ale stwierdzono, że uwzględnienie jej preferencji może skutkować pogłębieniem się u niej deficytów rozwojowych.

Reasumując – sytuacja dzieci i rodziców jest skomplikowana i złożona. Jeszcze przed wystąpieniem choroby psychicznej u pacjentki, w jej rodzinie już istniała sytuacja patologiczna – nadużywanie przez męża (ojca dzieci) alkoholu i akty przemocy. Po rozstaniu z mężem żona (matka dzieci) zachorowała psychicznie (jak zaznaczono wyżej, rozpoznano psychozę schizoafektywną, ale też niski poziom intelektualny), nie miała oparcia w żadnej dorosłej osobie. Otoczona opieką psychiatryczną w środowisku, starała się wywiązywać ze swoich obowiązków rodzicielskich. Pomimo jej starań, u dzieci dość wcześnie zaczęły ujawniać się zaburzenia zachowania, zaniedbania wychowawcze. Aby sprostać potrzebom rozwojowym dzieci, a jednocześnie dać im możliwość pozostania z matką, konieczne byłoby wyznaczenie osoby, która kilka godzin dziennie zajmowałaby się wyłącznie dziećmi. Jest to jednak postulat w praktyce trudny do zrealizowania. Inne rozwiązanie to współpraca między rodzicami w wychowywaniu dzieci. Wymagałoby to obopólnej zgody rozwiedzionych małżonków na udział w terapii rodzinnej. Z analizy sytuacji wynika, że na pierwszy plan wysuwa się walka o dzieci pomiędzy rodzicami, co w oczywisty sposób może tylko pogłębiać problemy dzieci i torpedować oddziaływania rehabilitacyjne.

Przypadek 2

Nastolatka – 16 lat, Karina. Ojciec zginął kilka lat temu. Ma młodszego brata. Po śmierci ojca u jej matki ujawniła się choroba psychiczna pod postacią schizofrenii paranoidalnej. Matka cztery lata temu podjęła leczenie psychiatryczne w trybie ambulatoryjnym. Karina również była leczona na Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych i zachowania, mieszanych uzależnień od opiatów, kannabinoli, alkoholu i nikotyny. Badania psychologiczne za pomocą technik projekcyjnych (Zdania Niedokończone, test „Drzewo” i test Lischera) wskazują na poczucie izolacji, odrzucenia, osamotnienia, brak satysfakcjonujących relacji z bliskimi osobami. Stwierdzono, że ma ona niezaspokojoną potrzebę przynależności, ujawnia potrzebę identyfikacji z osobą znaczącą. Kompensuje to uciekając w przypadkowe relacje. Obecnie nie jest gotowa do nawiązania trwałych relacji z innymi, gdyż obawia się odrzucenia i brak jej zaufania. Cechuje ją nerwicowa depresyjność, defensywna postawa wobec życia, lęk przed frustracją. Nie potrafi rozwiązywać swoich problemów. Ucieka od nich poprzez wzmożoną pobudliwość (impulsywność, nieprzewidywalne działanie, acting-out) lub nadmierne angażowanie się w zaspokajanie potrzeb ciała³. Można przypuszczać, że problemy osobowościowe i adaptacyjne występujące u Kariny, potwierdzone badaniem psychologicznym, są ściśle powiązane z sytuacją rodzinną nastolatki. Jedyną osobą dorosłą w jej najbliższym otoczeniu, która powinna pełnić dla niej rolę osoby znaczącej, jest chora psychicznie matka, z którą trudno się zidentyfikować dorastającej dziewczynie.

Przypadek 3

Anna, osoba dorosła, lat 24. Matka i ojciec chorują na schizofrenię. Rodzice byli w krótkotrwałym związku. Ojciec z cechami schizofrenii rezydualnej, obecnie zdegradowany przez chorobę, zaniedbany. Córka nie utrzymuje z nim kontaktów; czasami widuje go na ulicy, ale on jej nie rozpoznaje. Była wychowywana przez dziadków, którzy byli dla niej formalnie rodziną zastępczą. Babcia opiekowała się zarówno nią, jako dzieckiem, jak i jej chorującą matką. Nawet w okresach, gdy matka Anny była w dobrej formie psychicznej, zajmowała się jej wychowywaniem. Analizując historię choroby matki Anny widzimy, że kobieta ta miała motywację do leczenia, dopóki żyła jej własna matka, a babcia Anny. Babcia zmarła dziesięć lat temu, od tego czasu wychowywaniem Anny zajmowali się wujostwo. Anna po śmierci babci, jako jej przysposobione dziecko, otrzymuje rentę, która należy się jej do 25 r.ż. pod warunkiem kontynuowania nauki szkolnej. Dzięki zabezpieczeniu finansowemu, jakim jest dla niej renta, dotychczas żyła niezależnie, ukończyła wyższe studia, obecnie uczy się w dwuletnim studium. Kiedy zmarli jej wujostwo, Anna próbowała zamieszkać z matką. Jednak z powodu zmiennych stanów psychicznych matki, z okresami pobudzenia, nie była w stanie z nią mieszkać i wyprowadziła się do wynajmowanego pokoju. Obecnie opłaca mieszkanie matki i wynajmowany przez siebie pokój. Matka ma do niej tylko

³ Opis badania psychologicznego cytowany z karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

numer telefonu, adresu nie zna, gdyż Anna chce uniknąć jej nachodzenia w miejscu zamieszkania. W ciągu ostatnich dziesięciu lat stan psychiczny matki znacznie się pogorszył. Nie współpracuje w leczeniu, nie potrafi gospodarować swoimi pieniędzmi, rentę wydaje w ciągu dwóch dni, a następnie do końca miesiąca pożycza pieniądze lub awanturuje się z córką o dodatkowe fundusze. Przez kilka lat matka Anny nie płaciła również za mieszkanie; zadłużyła je tak, że groziła jej eksmisja. W ostatnich kilku latach pogorszył się również jej stan somatyczny, dołączyła się cukrzyca leczona insuliną i wymagająca utrzymywania odpowiedniej diety. Przez ostatnie dwa lata była ona wielokrotnie hospitalizowana, również ze względu na przerywanie leczenia po wypisie ze szpitala. Pogarszający się stan zdrowia matki Anny, utrudniona współpraca w ramach opieki środowiskowej oraz potrzeba stałej opieki spowodowały złożenie wniosku o umieszczenie jej w Domu Pomocy wbrew woli. Córka początkowo była temu przeciwna wiedząc, że matka bardzo ceni sobie swobodę i niezależność. Jednak obecnie, widząc jej funkcjonowanie, ma świadomość, że nie jest w stanie jej pomóc. Ma poczucie winy, że za mało zajmuje się matką, a jednocześnie ze względu na duże obciążenie psychiczne w kontaktach z nią nie jest w stanie zajmować się nią więcej. Opłacanie mieszkania matki jest też dla niej dużym obciążeniem finansowym. Za około pół roku Annie kończy się prawo do renty rodzinnej. Martwi się, czy znajdzie wystarczająco dobrą pracę, żeby utrzymać się na dotychczasowym poziomie i nadal móc pomagać matce. Gdyby matka zamieszkała w Domu Pomocy, ona mogłaby zamieszkać w jej mieszkaniu. Anna jest obecnie w konflikcie wewnętrznym, żyje w poczuciu, że musi wybierać pomiędzy sobą a matką, pomiędzy dobrem swoim a matki. Obecnie nie widzi rozwiązania tej sytuacji. Problemem dla niej jest też to, że nie ma żadnej osoby dorosłej w jej otoczeniu, która służyłaby jej pomocą i oparciem. Twierdzi, że to ona musi być oparciem dla swojej matki. Anna ma przyjaciela, który jest nieporadny życiowo; czuje, że i dla niego to ona jest oparciem. Jednocześnie jest mu wdzięczna, że akceptuje ją z jej obciążeniem rodzinnym chorobą psychiczną. Ze względu na to obciążenie nie ma w niej też chęci do poznawania nowych osób, do poszerzania grona przyjaciół i znajomych.

Z problemów tych dziewczyna zwierzyła się terapeutce, zajmującej się jej matką. Terapeutka poradziła Annie zgłoszenie się do psychiatry. W badaniu psychiatrycznym stwierdzono cechy zaburzeń adaptacyjnych. W funkcjonowaniu Anny zaznacza się jej nadmierna odpowiedzialność za osoby bliskie, a zaniebywanie realizacji swoich potrzeb, co wiąże się z poczuciem mniejszej wartości i brakiem oparcia społecznego w najbliższym otoczeniu.

Podsumowanie

Sytuacja rodzinna i życiowa przedstawionych osób jest, jak widać, szczególnie trudna i problematyczna. Nasuwają się pierwsze wnioski i wyłaniają elementy wspólne dla przedstawionych przypadków:

1. W pierwszym i trzecim przypadku patologia dotyczy obojga rodziców. W drugim przypadku ojciec dziewczynki zginął tragicznie, w niewyjaśnionych okolicznościach, co miało duży wpływ na rozwój zaburzeń psychicznych u jej matki.
2. U matek w trakcie leczenia nie uzyskano takiej poprawy stanu psychicznego

**Les enfants des familles souffrant des maladies mentales
– analyse des situations de trois familles**

Résumé

L'article décrit l'influence de la maladie mentale d'un ou de deux parents sur le développement émotif et psychosocial de leurs enfants et sur l'apparition des difficultés d'adaptation chez ces enfants. On analyse ce problème en présentant les cas de trois patientes de La Clinique Psychiatrique de l'Institut de Neurologie de Varsovie et de leurs enfants. L'analyse du cours de la maladie est faite parallèlement avec celle de leur situation familiale ainsi que des données concernant le développement émotif et psychosocial de leurs enfants. Chacune de ces patientes reste seule dans son rôle de parent (divers moments de vie, diverses causes). Tous les cas analysés des troubles émotifs et des difficultés d'adaptation décrivent une autre étape du développement des enfants (garçon et fille de l'école primaire, jeune fille de l'école secondaire, jeune fille adulte). Ces cas présentés accentuent aussi le fait que l'on cherche l'aide et le support hors la famille, ce phénomène entraîne avec soi la nécessité du diagnostic précoce de la situation et des interventions systémiques.

Piśmiennictwo

1. Castle DJ, McGrath J, Kulkarni J. *Women and schizophrenia*. Cambridge University Press; 2000, s. 67–94.
2. Załuska M. *Funkcjonowanie społeczne i zapotrzebowanie na opiekę środowiskową w schizofrenii*. Warszawa: IPiN; 2000, s. 53–58.
3. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. *Psychiatria*. T II, Wrocław: Urban & Partner; 2002, s. 236–239.
4. Dudek D, Zięba A, Jawor M, Szymaczek M, Wróbel A. *Dzieci wobec depresji rodziców. Wyniki badań nad dorosłymi potomkami pacjentów depresyjnych*. *Psychiatr. Pol.* 1999; XXXIII, 4: 565–573.
5. Matetejat F, Wuthrich C, Remschmidt H. *Kinder psychisch kranker Eltem. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindem depressiver Eltem*. *Nervenarzt* 2000-71, 164–172.

Otrzymano: 18.08.2003

Zrecenzowano: 4.10.2004

Przyjęto do druku: 5.04.2004

Adres: IV Klinika IPiN
Szpital Bielański
01-809 Warsza-

wa