

Kontekst i obraz pierwszorazowych zachorowań psychotycznych u adolescentów jako czynniki warunkujące całokształt działań terapeutycznych

Tekst zawiera refleksje i obserwacje z praktyki klinicznej terapeutów stacjonarnego oddziału młodzieżowego Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CMUJ, które są wynikiem podsumowania 3-letniego okresu pracy terapeutycznej, dokonanego w oparciu o analizę dokumentacji i towarzyszące jej nasze rozmowy i dyskusje.

Oddział jest oddziałem rejonowym dla makroregionu Polski południowo-wschodniej, dysponuje 20 miejscami dla nastolatków między 14-tym a 19-tym rokiem życia. Prawie 50% rocznie przyjmowanej liczby pacjentów oddziału stanowią osoby z rozpoznaniem psychozy, w tym ok. 40% osoby w okresie pierwszego epizodu psychotycznego, przyjęcia tych pacjentów najczęściej odbywają się w trybie nagłym.

Jasne i jednoznaczne opisanie obrazu psychopatologicznego zaburzeń psychicznych w okresie dojrzewania sprawia powszechnie znaną trudność diagnostyczną. W dużej mierze dotyczy to rozpoznawania i opisywania pierwszych epizodów psychotycznych.

Najczęściej spotykane u adolescentów obrazy psychopatologiczne psychoz to (oczywiście w dużym skrócie i uproszczeniu):

Zespoły psychopatologiczne z bogatymi objawami wytwórczymi z dominacją urojeń odnoszących aż po urojenia oddziaływania, wpływu, z bardzo często występującymi treściami religijnymi, - albo z kolorytem depresyjnym, poczuciem grzeszności, winy za siebie, rodzinę, zło

w świecie, - albo zespoły o zabarwieniu hypomaniakalnym, z poczuciem misji, wezwania do naprawiania bliższego i dalszego świata, bycia wybranym, poczuciem nadprzyrodzonych zdolności i mocy, Zespoły psychopatologiczne z dominującym w obrazie zahamowaniem psychoruchowym, wycofaniem i izolacją od otoczenia, aż po zespoły subkatatoniczne, z różnie nasilonymi przeżyciami urojeniowymi, często o charakterze depresyjnym, z wątkami nihilistycznymi, a nawet apokaliptycznymi,

Zespoły ze znacznym nasileniem namiętności, często dominujących w początkowym obrazie zaburzeń (co jest związane ze znanymi wszystkim trudnościami diagnostycznymi), poczuciem zagrożenia, zespoły z urojeniami o charakterze hipochondrycznym, z silną komponentą lęku biologicznego.

We wszystkich tych zespołach mogą oczywiście występować w różnym nasileniu formalne zaburzenia myślenia i zaburzenia spostrzegania. Objawy psychotyczne mają u pacjentów młodzieżowych ścisły związek z ich problematyką adolescencyjną. Niektórzy autorzy rozważają dekompensację psychotyczną w tym okresie życia jako zjawisko związane z nieradzeniem sobie z zadaniami rozwojowymi - procesem separacji i indywidualizacji (2, 3, 7).

Diagnoza psychopatologicznych i rodzinnych problemów pacjenta jest więc integral-

ną częścią diagnozy psychiatrycznej, rozumienia i leczenia psychozy.

Od samego początku nasz kontakt z pacjentem i jego rodziną traktujemy jako jednolity proces diagnostyczno - terapeutyczny, w trakcie którego trudno jest oddzielać myślenie diagnostyczne od działań terapeutycznych.

W naszym myśleniu o istocie choroby i istocie terapii, są nierozdzielnie związane ze sobą te jakby trzy etapy:

- kontekst zachorowania
- związany z nim obraz psychopatologiczny choroby
- i wyznaczone nimi działania terapeutyczne.

Proporcje form i treść psychoterapii staramy się dostosować do psychopatologii pacjenta i do problemów, które w naszym rozumieniu do niej doprowadziły. Zawsze jest to indywidualny kontakt psychoterapeutyczny, praca z rodziną, praca nad problemami własnymi i relacjami w grupie rówieśniczej i społeczności terapeutycznej.

Terapią nazywamy działania lecznicze, w których koniecznemu w psychozach leczeniu farmakologicznemu, zawsze towarzyszą rozumienie pacjenta i działania psychoterapeutyczne.

Pracujemy z rodziną pacjenta, chcąc poznać najbliższe środowisko w jakim kształtowało się i przebiega jego życie - świat znaczeń, języka, wartości, emocji i związków. Potrzebne nam to jest dla zrozumienia źródła lęku psychotycznego, znaczenia psychotycznych zaburzeń świadomości, granic „ja”, istoty cierpienia, prowadzącego do rozbicia świata wewnętrznego i komunikacji z otoczeniem (5).

Dlaczego temu młodemu człowiekowi, w tym właśnie momencie jego życia i w konkretnym miejscu w krajobrazie rodzinnym, załamał się świat?

Wybuch psychozy można widzieć jako zderzenie się silnego, właściwego wiekowi dążenia do samookreślenia z rolą wyznaczoną przez system, którego jest się częścią, który kształtował młodego człowieka od chwili jego zaistnienia w świecie, determinował jego rozwój w określony sposób, nie dając mu

odpowiedniego przygotowania do pozytywnego rozwiązania zadań adolescencji (2, 3, 7).

Z naszych obserwacji klinicznych wynika, że istnieją pewne konstelacje czynników emocjonalnych, związanych ze specyficzną rolą i pozycją naszych młodych pacjentów w ich rodzinach, które mogą być odpowiedzialne za nasilenie trudności rozwojowych do ekstremalnego stopnia, aż do wystąpienia objawów psychotycznych.

Czynniki doprowadzające do wybuchu psychozy występują zawsze w złożonych indywidualnych konstelacjach, stąd tak trudno ujmować je w schematy, tworzyć typologie.

Możemy mówić o trzech źródłach (płaszczyznach) trudności, których koincydencja może doprowadzić do skutków psychopatologicznych:

- kontekst narodzin w określonym systemie, stanowiący szczególne obciążenie emocjonalne danego dziecka w rodzinie, determinujące jego indywidualny rozwój w określony sposób,
- często możliwe do odtworzenia wydarzenia lub sytuacje bezpośrednio poprzedzające zachorowanie, mogące mieć charakter „czynnika spustowego” psychozy, pokazujące szczególne obszary problemowe pacjenta,
- wejście w okres adolescencji z jego zadaniami rozwojowymi (przechodzenie od relacji zależności emocjonalnej od postaci znaczących do relacji partnerskich, budowanie poczucia tożsamości).

Analiza kontekstu narodzin dostarcza faktów mogących tłumaczyć szczególne obciążenie danego dziecka, które staje się nośnikiem psychopatologii - głównie różnorodnych stanów lęku i jego następstw w rodzinie.

Moment okoliczności narodzin na przestrzeni trwania związku małżeńskiego rodziców wyróżnia przyszłego pacjenta w rodzinie. W naszych doświadczeniach klinicznych czasem są to dzieci pierwotne albo jedyne, obarczone szczególną koncentracją oczekiwań, delegacji, lęku; czasem dzieci najmłodsze będące bądź „maskotką” rodziną, bądź ostatnią nadzieją na przejęcie zie-

mi, nieruchomości, „interesu” rodzinnego, opieki nad rodzicami.

Bywają to dzieci urodzone po stracie poprzedniego dziecka (dzieci) lub po stracie innego znaczącego dla rodziców krewnego.

Czasem są to dzieci będące powodem do zawarcia związku małżeńskiego, ze związków nieformalnych, dzieci matek opuszczonych przez partnera, dzieci urodzone w okresie pogorszenia relacji małżeńskich, w okresach trudnych dla rodziny z różnych powodów (ekonomicznych, mieszkaniowych, trudności w pracy, chorób czy żaloby w rodzinach).

Czasem obciążenie dziecka związane jest z jego płcią np. pierwszy syn jako spadkobierca linii męskiej w rodzinie, córka delegowana do opieki nad starzejącymi się rodzicami. Niekiedy płeć jest nośnikiem słabości lub siły w poprzednich generacjach np. „silne kobiety”, „słabi mężczyźni” lub odwrotnie (2).

Nasze obserwacje potwierdzają znane od dawna teorie psychoanalityczne, jak bardzo ważny jest we wszystkich wyżej wymienionych sytuacjach związek z matką (6).

Wydaje nam się istotna obserwacja, że dziecko przychodzące na świat bywa odbiorcą lęku matki, mogąc mieć jednocześnie zadanie ocalenia jej od lęku.

Matka nieprzystosowawczo przywiera do dziecka, które w tej sytuacji samo nie może mieć w niej wystarczającego oparcia. Matka nieświadomie kocha w dziecku pewną własną wizję, co może utrudniać dziecku jego własny proces indywiduacji. Może pojawić się wątek odrzucenia w momencie frustrowania potrzeb matki przez dziecko w miarę osiągania przez nie autonomii. Trudnym zadaniem, zarówno dla matki jak i dorastającego dziecka, jest znalezienie pozytywnego rozwiązania takiej relacji.

Własne trudności emocjonalne matki w zmianie (rozwiązaniu) związku zależnościowego z dzieckiem są tym większe, im mniej wsparcia otrzymuje ona od swojego partnera, ojca dziecka.

Adolescent często dopiero w chorobie próbuje wyzwolić się od nieświadomie wkładającej go w symbiotyczny związek matki, stosując bierny opór bądź dopuszczając do głosu sprzeciw w postaci agresji wobec mil-

czącego do tej pory ojca. Można w tym widzieć swoistą próbę „zaproszenia” ojca do odciążenia relacji z matką. Ojciec może tego początkowo nie odczytywać, widząc w agresji dziecka dodatkowe potwierdzenie braku miejsca dla siebie w tym układzie.

W rodzinach naszych pacjentów powtarzająca się często „peryferyczność” czy wręcz „nieobecność” ojców ma różne oblicza. Obok zaangażowanych emocjonalnie w związek małżeński, nie wspierających partnerki, są ojcowie dosłownie nieobecni - na wieloletnich wyjazdach zarobkowych, często odraczający datę powrotu, są ojcowie mieszkający czy pracujący w innym miejscu - „niedzielni ojcowie”, często nie odseparowani od swoich rodzin generacyjnych, wreszcie ojcowie nadużywający alkoholu, czasem agresywni. Ilustruje to trudności w pełnym podejmowaniu roli ojca jako dawcy poczucia bezpieczeństwa i wzorca identyfikacyjnego.

Wielu naszych pacjentów zostaje włączonych przez rodziców w relację małżeńską (triangulacja dziecka), przeżywając w następstwie konflikt lojalności (1, 2).

W wyniku faktycznej lub psychologicznej nieobecności jednego z rodziców lub w sytuacji konfliktu z rodzicami z deprecjonowaniem przez jednego z rodziców partnera, dziecko jest jak gdyby „powoływane”, „ob-sadzane” w jego roli, czy to partnera matki czy partnerki ojca i/lub obarczane odpowiedzialnością za rodzinę.

Dzieje się tak też w przypadkach przewlekłej choroby rodzica, somatycznej lub psychicznej, do czego jeszcze dołącza się lęk przed własnym zachorowaniem, wstyd społeczny.

W związku z powyżej opisywanymi sytuacjami, problemami, zasadne jest objęcie pomocą całej rodziny.

Wydarzenia lub sytuacje, które możemy nazywać „czynnikami spustowymi” psychozy, rozumiemy jako ilustrację zderzenia stawianych przez nowy etap życia zadaniowych sytuacji z niewydolnością w radzeniu sobie z innymi przez nieprzygotowanego do nich, uwikłanego w różne lęki, role, delegacje pacjenta.

Nie są bezpośrednią przyczyną zachorowania, są momentem, który pokazał, ujawnił silne zderzenie sił regresywnych i progresywnych w rozwoju. Dzieją się w perspektywie adolescencji.

Okoliczności bezpośrednio poprzedzające zachorowanie mieszczą się pomiędzy różnego rodzaju „utrataami” a zakłóceniami homeostazy życia rodzinnego, niekiedy również mającymi subiektywny wymiar utraty.

Czasem jest to dosłownie śmierć jednego z rodziców, zagrożenie śmiercią, poważna choroba naruszająca stabilność rodziny i poczucie bezpieczeństwa lub śmierć bądź perspektywa śmierci innego znaczącego krewnego (4). Wąlar utraty miewa rozwód rodziców, wyjazd, odejście z domu starszego rodzeństwa, wejście samotnego rodzica w związek partnerski, przeprowadzka. Zdarza się też, paradoksalnie wobec wymienionych wcześniej obciążeń, wynikających z nieobecności rodzica, że powrót faktyczny (zza granicy) lub psychologiczny (np. niedawne zaprzestanie picia alkoholu przez rodzica), stwarza trudność adaptacyjną, ma charakter zaburzenia dotychczasowej homeostazy rodzinnej.

Stosunkowo często mamy do czynienia z zachorowaniem w czasie pierwszego lub pierwszego odległego (za granicę) samodzielnego wyjazdu z domu.

Czasem w wywiadzie traumatycznie przeżytymi wydarzeniami są sprawa sądowa, pobicie, posądzenie o kradzież, ostry konflikt poza domem (z rówieśnikami, nauczycielem, księdzem).

Często naszymi pacjentami stają się młodzi ludzie w przełomowym momencie życia, w sytuacji konieczności podjęcia ważnych decyzji, dokonania wyborów, głównie dalszego kierunku kształcenia lub niepewności, niezadowolona ze świeżo podjętych decyzji.

Jest to też czas podejmowania nowych ról - kobiety, mężczyzny, stąd też w wywiadzie spotykamy silnie przeżywane inicjacje seksualne, zawody miłosne.

Wiele z wymienionych zdarzeń wiąże się z wchodzeniem w rywalizację, konkurencję w różnych rolach społecznych. Są one ilustracją wejścia w nowy etap życia z jego

wymaganiami i zadaniami samookreślenia się, decydowania, szukania swojego miejsca w życiu, świecie, wśród ludzi. Są wyzwaniem zbliżającej się dorosłości.

Wszystkie tego rodzaju trudne sytuacje mogą przekraczać możliwości kompensacyjne jednostki i stać się „czynnikami spustowym” choroby na tle opisywanych poprzednio niekorzystnych uwarunkowań emocjonalnych.

Można powiedzieć, że młody człowiek nie ma zasobów sił (w postaci własnej wartości i sprawczości) jak też często nie ma nawet bieżącego przyzwolenia na zmianę swojego funkcjonowania, wyjście z jakiejś konkretnej roli w rodzinie, uczenia się samodzielnego podejmowania i rozwiązywania trudności.

Istnieje pokusa znalezienia pomostu między rzeczywistymi przeżyciami, problemami w życiu konkretnej osoby i nie tylko samym faktem jej zachorowania, ale także obrazem jej choroby.

Jak to się dzieje, że ten młody człowiek choruje i to właśnie w taki a nie inny sposób?

Jakie są drogi powstawania objawów psychopatologicznych w kontekście historii życia?

Oczywiście takie pytania można zadać tylko w perspektywie indywidualnej; szukać pewnej „konsekwencji” zaistnienia i kształtu choroby w stosunku do jedyne, niepowtarzalnego w swej złożoności życia konkretnego człowieka.

Chociaż w życiu wielu naszych pacjentów odnajdujemy wspólne wątki problemowe na płaszczyźnie adolescencji, podobne trudności indywidualne, rodzinne, społeczne, to ich układ, koincydencja są dla każdego pacjenta inne. W zderzeniu z konkretną indywidualnością dają odmienne skutki psychopatologiczne.

Jak młodzi ludzie opowiadają o swoim życiu i cierpieniu?

Nasi nastoletni pacjenci często mówią o licznych trudnościach w relacjach z ludźmi, czasem już od dzieciństwa przeżywają subiektywne trudności w radzeniu sobie w środowisku, zwłaszcza rówieśniczym. Przeżywają siebie jako jednostki o niskiej wartości, zakompleksione, bojaźliwe, gorsze, odrzucone. W którymś momencie przeżycia te eskalują poza granice rzeczywistości - pojawia się

poczucie napiętnowania, naznaczenia, przesładowania. Niekiedy z trudem dopuściwszy do świata swoich wewnętrznych przeżyć, ujawniają głębokie poczucie porażki w radzeniu sobie w świecie. Cierpią z powodu dotkliwego przekonania o braku wpływu na swoje życie. W ich głębokim wycofaniu można widzieć połączenie rezygnacji z odmową podejmowania wysiłku kolejnych, być może znowu raniących prób porozumienia się z otoczeniem.

Inni znowu cierpią z powodu silnego lęku o zdrowie, życie, zdają się „wołać o pomoc” lub szukać magicznych rozwiązań, które uchroniłyby ich przed poczuciem zbliżającego się „końca, katastrofy”.

Symbolicznie można powiedzieć, że kończy się dzieciństwo i nie ma bezpiecznej wizji samodzielnej egzystencji w dorosłości.

W wywiadzie czasem obecna jest zaznaczona początkowa faza buntu adolescencyjnego, z którego młody człowiek wycofał się pod naporem oczekiwań znaczących dorosłych, a poczucie winy jest tak ciężkie, że „złe zachowanie” znalazło „wytlumaczenie” w działaniu sił zewnętrznych.

Niektórzy właśnie dopiero w chorobie jakby „pozwalają sobie” na manifestację buntu adolescencyjnego, walkę o niezależność.

Jeszcze inni po okresie cierpienia wywołanego poczuciem nieradzenia sobie ze swoim życiem, przeżywają w chorobie doświadczenie nagłego zrozumienia świata i siebie - „oświecenia” i cudownego rozwiązania swoich problemów poprzez poczucie niezwyklej mocy, bycia wybranym.

Dlaczego dany wariant rozwoju choroby i jej objawów wydarza się w życiu naszego konkretnego pacjenta, dlaczego taki a nie inny kształt przybiera jego lęk i obrona przed nim, można zrozumieć tylko w procesie wnikliwego poznawania jednostki w terapeutycznym kontakcie, poznawania historii jej życia i złożonego kontekstu zachorowania.

Uważamy, że próba zrozumienia zakorzenienia zaburzeń psychiatrycznych naszych pacjentów w ich rzeczywistej problematyce, na tle ich życia i ich indywidualnego rozwoju w określonych warunkach, z ich specyficznymi trudnościami, pozwala na podjęcie adekwatnej pracy terapeutycznej, daje jakąś szansę na skuteczną pomoc w wyjściu z impasu choroby oraz umożliwia dalszy rozwój.

Bibliografia:

1. Boszormenyi-Nagy I., Spark G.: *Invisible Loyalties*. Hoeber and Harper, New York 1973.
2. Bowen M.: Family psychotherapy with schizophrenia in the hospital and private practice. In: Boszormenyi-Nagy I., Framo J. (ed.): *Intensive Family Therapy*. Harper and Row, New York 1965.
3. Erickson E.: Identification and identity. In: Conger J. J. (ed.): *Contemporary issues in adolescent development*. Harper and Row, New York, Evanston, San Francisco, London 1975. Za Orwid M., Pietruszewski K.: *Psychiatria Dzieci i Młodzieży*. Collegium Medicum UJ, Kraków 1995.
4. Hann N.: Coping and defending. Process of self-environment organization. Academic Press, New York 1977. Za de Barbaro B. (red.): *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Collegium Medicum UJ, Kraków 1994.
5. Kępiński A.: *Schizofrenia*. PZWL, Warszawa 1972.
6. Mahler M., Furur M., Settlege C. F.: Severe emotional disturbances in childhood: psychosis. In: Arieti S. (ed.): *American handbook of psychiatry*. Basic Books, Inc. New York 1959. Za Orwid M. (red.): *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*. PZWL, Warszawa 1981.
7. Stierlin H.: *Separating Parents and Adolescents*. Jason Aronson, New York, London 1981.