



**Rodzinne
uwarunkowania
zaburzeń
emocjonalnych
dzieci i młodzieży**

Kilka uwag o terapii systemowej

Coraz częściej trafiają do poradni psychologicznej młodzi ludzie z poważnymi i złożonymi zaburzeniami emocjonalnymi, w postaci depresji z towarzyszącymi objawami samookaleczania się lub zaburzeń jedzenia albo myślami i próbami samobójczymi. Terapią obejmowane są również coraz młodsze dzieci z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi, objawami encopresis czy objawami lękowo-nerwicowymi. Jako terapeuta rodzinny zadaję sobie pytanie: na ile to, jak funkcjonuje rodzina, wpływa na psychopatologię dziecka?

*„Dom to nie miejsce,
gdzie mieszkasz,
ale gdzie cię rozumieją”*

Christian Morgenstern

Inspiracją do moich rozważań stał się artykuł prof. Ireny Namysłowskiej pt. Transformacja rodziny – przejawy i implikacje dla psychoterapii, zamieszczony w czasopiśmie naukowym „Psychoterapia”. Artykuł dotyczy zmian w zakresie problematyki klinicznej młodzieży leczonej na oddziale psychiatrycznym, w powiązaniu ze zmianami w funkcjonowaniu współczesnych rodzin. Z obserwacji autorki wynika, że w ostatnich latach istotnie zmienił się typ pacjentów przyjmowanych na młodzieżowe oddziały psychiatryczne. Dawniej byli to głównie pacjenci z zaburzeniami internalizacyjnymi (tzn. z objawami skierowanymi do wewnątrz), w postaci zaburzeń lękowych, depresyjnych i sporadycznie

cierpiący na zaburzenia odżywiania się oraz pacjenci psychotyczni. W ostatnich latach coraz częściej trafiają na oddział pacjenci z zaburzeniami typu eksternalizacyjnego (tzn. z objawami skierowanymi na otoczenie) – z poważnymi zaburzeniami zachowania i emocji, deklarujący niechęć do życia, brak celu i myśli samobójcze, o wysokim poziomie samoagresji i agresji kierowanej na zewnątrz. Autorka łączy te dwa profile pacjentów z modelami rodziny, które mogą sprzyjać powstawaniu określonych zaburzeń w zachowaniu młodych ludzi. Rozważa również zmiany kulturowo-socjologiczne, którym podlegają rodziny, oraz konsekwencje tych zmian dla rozwoju i dojrzewania młodego człowieka.

PROBLEMY PSYCHICZNE I EMOCJONALNE DZIECI ORAZ MŁODZIEŻY – OKIEM PRAKTYKA

Powyższe obserwacje są w pewnym sensie zbieżne z moimi, aczkolwiek wynikają z doświadczeń zawodowych w innym kontekście pracy z młodzieżą i rodzinami. Jako pracownik poradni psychologicznej obserwuję zarówno zmiany w charakterze problemów psychicznych zgłaszanej młodzieży, ale również w funkcjonowaniu ich rodzin. Coraz częściej zgłaszani są młodzi ludzie z poważnymi i złożonymi zaburzeniami emocjonalnymi, w postaci depresji z towarzyszącymi objawami samookaleczania się lub zaburzeń jedzenia albo z myślami i próbami samobójczymi. Terapią obejmowane są również coraz młodsze dzieci – wyjątkiem nie są 7–8-latkami, z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi, objawami encopresis czy objawami lękowo-nerwicowymi.

Jako terapeuta rodzinny nieustająco zadaję sobie pytania:

- Na ile to, jak funkcjonuje rodzina, wpływa na psychopatologię dziecka?
- Jakie czynniki leżące poza rodziną mogą ją wzmacniać?
- Co jest możliwe, a co nie jest możliwe do zmiany?

KONDYCJA WSPÓŁCZESNEJ RODZINY – PRZYCZYNY DYSFUNKCJI

Wizerunek współczesnej rodziny bardzo się zmienił na przestrzeni ostatnich lat. Zmiany społeczne i kulturowe zachodzące we współczesnym świecie podnoszą standard naszego życia i stwarzają wiele możliwości realizowania siebie. Ale to co dobre dla jednostki, nie zawsze jest dobre dla rodziny. Życie w rodzinie wymaga czasem rezygnacji z własnych potrzeb i ideałów. Rosnąca lawinowo liczba rozwodów pokazuje, że staje się to coraz trudniejsze. Skutkiem powszechności rozwodów jest rosnąca liczba rodzin, w których dzieci wychowywane są tylko przez jednego rodzica. Statystyki pokazują, że taka sytuacja dotyczy już blisko jednej trzeciej wszystkich rodzin z dziećmi. Zmiany zachodzące w rodzinach obejmują nie tylko kwestie formalne, ale dotyczą przede wszystkim procesów relacyjnych i emocjonalnych rozgrywających się w rodzinach.

W literaturze znaleźć można modele rodziny funkcjonalnej, czyli takiej, która dobrze radzi sobie ze swoimi zadaniami, tj. stwarza dobre warunki do życia wszystkim swoim członkom.

Taką rodzinę charakteryzują m.in.:

- poczucie przywiązania, zaangażowania, bliskości,
- szacunek dla różnic indywidualnych i odrębnych potrzeb,
- przewidywalność wzorców reakcji,
- adaptacyjność i elastyczność w razie zmiany,
- otwarta, prawidłowa komunikacja,
- jasno określona struktura (tzn. kto jest kim w rodzinie oraz gdzie są jej granice),
- skuteczne rodzicielskie przywództwo i autorytet,
- skuteczność w radzeniu sobie z sytuacjami kryzysowymi.

Jeśli spełnione są powyższe warunki, to jest możliwe dobre funkcjonowanie zarówno diady małżeńskiej, jak również dorastających w rodzinie dzieci. Jako terapeuci rodzinni z takimi rodzinami nie mamy do czynienia, bo nie trafiają one do terapii, jak również nie generują one dysfunkcyjnych zachowań u dzieci.

Przyczyny, dla których nie wszystkie rodziny osiągają taki dobrostan, mogą być dwojakie:

PO PIERWSZE – zależy to od dojrzałości osobowościowej i relacji dwojga dorosłych ludzi, którzy decydują się na założenie rodziny. Jak pisze John Bradshaw w książce *Zrozumieć rodzinę*: „Rodzina dysfunkcyjna (w odróżnieniu od funkcjonalnej, opisanej powyżej) jest stworzona przez dysfunkcyjne małżeństwo, takie małżeństwa zaś tworzą dysfunkcyjne osoby, które odnajdują się wzajemnie i żenią ze sobą”. Zatem pewien rodzaj zagrożenia dysfunkcyjnością jest wpisany w rodzinę już wówczas, gdy jedno lub oboje z partnerów nie osiąga takiej dojrzałości osobowościowej i emocjonalnej, aby w miarę dobrze radzić sobie w życiu.

PO DRUGIE – zagrożenia dla funkcjonalności rodziny wy wpływają z zewnętrznych okoliczności. Mogą to być:

- kryzysy życiowe (rozwód, ciężka choroba, utrata pracy),
- problemy finansowe, konieczność emigracji za pracą,
- inne okoliczności, wobec których rodzina traci zdolność ochrony siebie i opiekowania się sobą.

1) ROLA DYSFUNKCYJNEGO RODZICA – SCHEMAT GENEZY DYSFUNKCJI

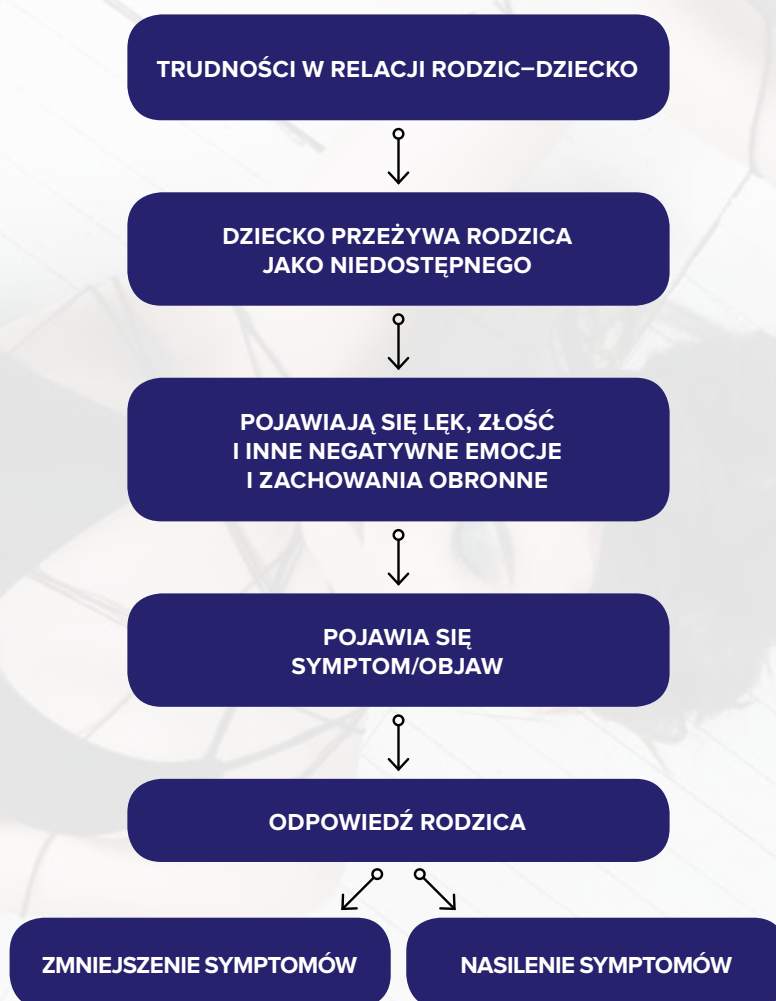
Moje doświadczenia wskazują jednak na to, że większe prawdopodobieństwo dysfunkcji rodzinnej istnieje w pierwszym przypadku – wówczas, kiedy rodzice nie posiadają wystarczających zasobów osobistych do tego, by skutecznie rozwiązywać życiowe problemy.

Gdy do terapii zgłasza się rodzina, w której dobrze funkcjonujący rodzice napotykają na problemy w postaci kryzysu życiowego bądź kryzysu wynikającego z cyklu życia rodziny (takim kryzysem mogą być narodziny dziecka lub dojrzewanie), z reguły mają gotowość i umiejętność do dokonania zmiany w sobie. Myślę tu o zmianach w percepcji i przeżywaniu przyczyn trudności oraz zmianach w sposobach postępowania, w zasadach, wymaganiach itp., które obowiązywały w rodzinie do tej pory, ale przez rozwojowe lub życiowe okoliczności przestały być adaptacyjne. Stały się natomiast źródłem problemów. „Zdrowi” osobowościowo rodzice w takich sytuacjach:

- posiadają możliwość adekwatnego rozpoznawania przyczyn zachowania dziecka i podążania za jego sygnałami (co można nazwać wrażliwością na dziecko),
- są otwarci na zmiany i posiadają elastyczność, która umożliwia ich wprowadzenie.

Terapia takiej rodziny często kończy się konstruktywnie, zarówno dla rodziny, jak i dla terapeuty. Rodzina zmienia się i wychodzi z kryzysu, a terapeuta ma poczucie zawodowej satysfakcji i użyteczności swej pracy. Inaczej przebiega terapia z rodziną, która nie posiada wystarczających zasobów, które umożliwiłyby zmianę. Myślę tu oczywiście o zasobach prezentowanych przez rodziców, bo to w nich tkwi moc wprowadzania potrzebnych zmian.

Wrażliwość na dziecko może być obniżona przy silnym zaabsorbowaniu rodzica jego własnymi problemami (osobowościowymi lub depresją, uzależnieniem itp.). Powoduje to brak emocjonalnej dostępności rodzica dla dziecka i generowanie przez dziecko różnych zachowań, które mają rodzica do niego „zbliżyć”. Przyjmują one często postać objawów, symptomów czy innych nieadaptacyjnych form zachowania. Proces ilustruje poniższy schemat:



Rys. 1. Schemat pojawiania się dysfunkcji

Zatem rozpoczynając pracę z rodziną, zawsze powinno pojawić się pytanie, na ile problemy młodego człowieka mają związek z psychopatologią rodzica, a na ile wynikają z trudności relacyjnych, komunikacyjnych lub innych sytuacji kryzysowych rozgrywających się w rodzinie? Często zatem objawy występujące u dziecka sprowadzają rodzinę do terapii, ale nie wynikają one z psychopatologii dziecka, lecz rodzica lub z niekorzystnego wpływu rodzinnych uwarunkowań.

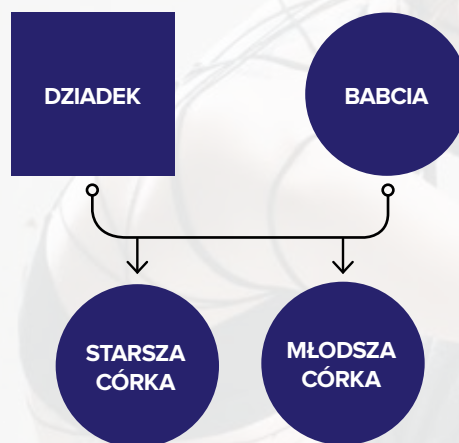
Taki rodzaj terapii, tzn. z dysfunkcyjnością rodzica, jest bardzo trudny, jeśli rodzic nie podejmuje pracy nad swoim problemem lub podejmuje, ale jest to praca długoterminowa, np. terapia zaburzeń osobowości. Wtedy dziecko można jedynie wspierać, zabezpieczać lub modelować takie zachowania, które mogą uchronić je przed postępującą patologizacją i utrwalaniem się niewłaściwych wzorców zachowań.

2) BRAK STRUKTURY RODZINY I KRYZYS AUTORYTETU RODZICA

Tym, co cechuje wiele rodzin zgłaszających się po pomoc, jest ewidentny brak struktury rodziny i wynikającego z niej silnego rodzicielskiego autorytetu. I nie chodzi tylko o brak struktury formalnej w postaci braku jednego z rodziców. Jest wiele rodzin z obojgiem rodziców, ale brakuje w nich „dobrego rodzicielskiego obiektu”. Paradoksalnie, są to często rodzice bardzo zaangażowani, kochający swoje dzieci, stwarzający im bardzo dobre warunki życiowe, ale niepotrafiący stawiać granic i bezradni zarówno wobec wymagań, jak i emocji dziecka. W takich rodzinach często dochodzi do przejęcia władzy i kontroli przez dziecko, co nieuchronnie prowadzi do pojawienia się u niego różnych objawów.

PRZYPADK I

Rodzina dwuosobowa, składająca się z matki i 10-letniej córki. Matka rozwiedziona od 7 lat, bez kontaktu z ojcem dziecka, utrzymująca bliskie relacje ze swoimi rodzicami. Dziewczynka zgłoszona z zaburzeniami jedzenia w postaci okresowej odmowy jedzenia i picia. Waga poniżej należytą dla wieku, hospitalizowana z powodu odwodnienia. Matka niezwykle zaangażowana w sprawy córki, niepotrafiąca jej odmawiać. Dzięki objawom dziewczynka kontroluje matkę, tym samym współdecydując o ważnych rodzinnych sprawach. Matka została pozbawiona pozycji rodzica, stając się de facto „siostrą” swojej córki, co wzmacnia sytuację jej zależności od własnych rodziców. Genogram tej rodziny mógłby wyglądać następująco:



Rys. 2.

PRZYPADK II

Rodzina z obojgiem rodziców, dwoje dzieci w wieku 8 i 6 lat. Do poradni zgłoszona została 8-letnia córka z powodu zaburzeń lękowych oraz zachowań o cechach opozycyjno-buntowniczych. W sprawy wychowawcze zaangażowana głównie matka, ojciec wycofany, „przywoływany” przez matkę do dyscyplinowania córki w sytuacjach jej wybuchów złości i agresji wobec mamy. Matka bezradna wobec emocji córki, niestabilna w swoich reakcjach (raz stanowcza, raz ustępująca i przyzwalająca). W trosce o nieustanne zadowolenie córki i jej dobre samopoczucie rezygnuje z wymagań, obowiązków i stawiania granic. Córka kontroluje nie tylko zachowanie matki, ale również rytm życia rodziny, która się temu podporządkowuje.

PRZYPADK III

Rodzina zrekonstruowana, matka, jej 17-letnia córka i ojczym. Dziewczyna zgłoszona z powodu odmowy chodzenia do szkoły i z objawami depresji, z samookaleczaniem się i myślami samobójczymi. Przed rozwodem matka z córką zamieszkała u swojej matki. Po kilku latach ponownie wyszła za mąż, wyprowadziła się z drugim mężem, pozostawiając córkę pod opieką babci. Argumentem była m.in. duża odległość szkoły od nowego miejsca zamieszkania, długi czas pracy matki i ojczyma. Przez babcię dziewczyna była wychowywana według zasady „zawsze miała wszystko, co chciała”. W 15. r.ż. zaczęły pojawiać się problemy emocjonalne – wycofanie z życia, izolacja, samookaleczanie się, myśli samobójcze. Stopniowo dziewczyna przestawała chodzić do szkoły i wychodzić z domu. Po ingerencji matki odmówiła zamieszkania u niej, jak również uczestniczenia w terapii i przyjmowania zaleconych przez psychiatrę leków.

Powyższe przypadki pokazują, jak ważna dla rozwoju emocjonalnego dziecka jest obecność w rodzinie silnego dorosłego, którego zadaniem jest nie tylko kochać dziecko, ale też od wczesnego dzieciństwa stwarzać mu

granice, na które młody człowiek często protestuje, ale które są niezbędne do rozwoju jego tożsamości wynikającej z rozwoju własnej autonomii, nie z bycia „przeciwno” komuś. Po częstotliwości występowania takich rodzin można sądzić, że dla wielu młodych rodziców nie jest to oczywiste. Model wychowania, w którym dziecko nie naraża się na frustracje i przeżywanie negatywnych emocji, prowadzi do narastających problemów emocjonalnych, skutkujących zaburzeniami emocjonalnymi albo zachowania, bądź sprzyja kształtowaniu się nieprawidłowej osobowości młodego człowieka.

3) PSYCHOPATOLOGIA DZIECKA JAKO EFEKT AMBICJI RODZICA

Inny rodzaj uwarunkowań rodzinnych, który generuje psychopatologię dziecka, zdarza się w rodzinach, w których nadrzędną wartością jest wykształcenie i osiągnięcie sukcesu. Czasem komunikat „Musisz być najlepszy” jest dziecku przekazywany wprost, czasem jest to rodzaj „delegacji”, jaką otrzymuje dziecko od dorosłych i ze wszystkich sił stara się temu sprostać. Są to zazwyczaj rodziny, w których rodzice pracują na prestiżowych stanowiskach, a dzieci od najmłodszych lat uczestniczą w wielu przeróżnych zajęciach pozaszkolnych. Często uczą się w niepublicznych szkołach, a jeśli są to szkoły publiczne, to znajdujące się w rankingu najlepszych w okolicy.

PRZYPADK IV

Rodzina pełna, z czwórką dzieci w wieku 18, 15, 12 i 7 lat. Starsze dzieci z licznymi osiągnięciami na polu edukacyjnym i sportowym. Do poradni został zgłoszony najmłodszy syn rozpoczynający naukę w szkole, który do tej pory moczy się i zanieczyszcza.

PRZYPADK V

Rodzina pełna, z dwójką dzieci w wieku 17 i 10 lat. Zgłoszona starsza córka z objawami zaburzeń jedzenia o charakterze anoreksji. Od najmłodszych lat prymuska w szkole i liderka w sporcie, dziecko, któremu zawsze wszystko przychodziło z łatwością.

PRZYPADK VI

Rodzina pełna, dwoje dzieci w wieku 14 i 10 lat. Zgłoszony starszy syn z zachowaniami autodestrukcyjnymi w postaci samookaleczania się. Przeniesiony z małej, podmiejskiej szkoły do prestiżowego gimnazjum, w którym z pozycji prymusa spadł na pozycję ucznia zagrożonego powtórzeniem klasy.

Terapia takich rodzin jest bardzo trudna, ponieważ rodzice mają głębokie przekonanie, że robią dla dzieci to, co dla nich najlepsze i jest to jedyna możliwa droga życio-

wa. Rezygnacja z tej drogi oznacza dla nich pozbawianie dziecka możliwości osiągnięcia szczęścia w życiu, a który rodzic chciałby pozbawić tego swoje dziecko?

4) „OSTATECZNE ROZWIĄZANIE” – PONURE STATYSTYKI SAMOBÓJSTW WŚRÓD NASTOLATKÓW

Najbardziej dramatyczne są jednak zgłoszenia młodych ludzi, którzy próbują odebrać sobie życie. Sposoby na popełnienie samobójstwa też wydają się coraz bardziej drastyczne – rzucenie się pod pociąg czy ugodzenie się nożem w serce. Przeżywane przez młodych ludzi, o których piszę, poczucie bezradności i beznadziei narastało latami, składały się na nie:

- konflikty rodzinne,
- niski status w grupie społecznej,
- brak sukcesu szkolnego,
- zawody miłosne i inne traumy.

Rodzice tych nastolatków byli obecni w ich życiu, ale nie potrafili ich wesprzeć i ochronić przed skutkami traumy kumulacyjnej, prowadzącej do sięgnięcia po ostateczne rozwiązanie.

Statystyki notują w Polsce około 300 samobójstw nastolatków rocznie. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) stosunek prób samobójczych do dokonanych samobójstw wynosi 15:1. Oznacza to, że przy tej liczbie dokonanych samobójstw, zamachu na swoje życie próbuje dokonać około 4,5 tys. młodych ludzi rocznie. Liczby te niestety mają tendencję wzrostową.

Odnosząc się w zakończeniu do obserwacji prof. Namysłowskiej, powiedziałabym, że zacierają się różnice w klasycznie pojmowanych typach objawów. Oczywiście zdarzają się pacjenci z depresją przeżywaną jako chroniczny smutek i wycofanie z życia („czyste” objawy internalizacyjne) lub przejawiający ewidentne zaburzenia zachowania („czyste” objawy eksternalizacyjne). W większości jednak przypadków zgłaszani młodzi ludzie prezentują postać zaburzeń mieszanych, w których objawy internalizacyjne towarzyszą tym rzutowanym na zewnątrz i odwrotnie. Jednak niezależnie od prób nazywania i klasyfikowania problemów, jedno jest oczywiste – one zawsze są informacją, komunikatem wysyłanym przez młodego człowieka do świata dorosłych. Jeśli trafi on na odbiorcę, który potrafi go rozszyfrować, młody człowiek zyskuje sojusznika, z którym możliwe jest pokonanie kryzysu.

Bibliografia:

1. G. Iniewicz, Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania, „Psychiatria Polska” 2008, nr 5.
2. I. Namysłowska, Transformacja rodziny – przejawy i implikacje dla psychoterapii, „Psychoterapia” 2011, nr 1.
3. www.statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa

mgr Ewelina Pakosz-Szydłowska