

Waldemar Świętochowski

Proces "chorowania" w rodzinie

Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica 8, 197-204

2004

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

WALDEMAR ŚWIĘTOCHOWSKI

Zakład Psychologii Osobowości i Różnic Indywidualnych
Instytut Psychologii UŁ

PROCES „CHOROWANIA” W RODZINIE

MODELE ZDROWIA I CHOROBY

Prowadząc badania złożonych zjawisk i procesów psychospołecznych coraz trudniej jest nakreślić model badawczy z klasycznym podziałem na zmienne zależne i niezależne. Zdaje się to jednoznacznie dowodzić, że deterministyczny paradygmat wyjaśniania zależności między zjawiskami staje się już niewystarczający. Alternatywą dla niego jest model cyrkularny, który najpełniejszy wyraz znalazł w postaci ogólnej teorii systemów.

Koncepcja systemowa zaistniała także w psychologii – pierwotnie, jako sposób rozpatrywania psychopatologii jednostek w kontekście dynamiki procesów rodzinnych. Pojawia się jednak coraz więcej prac wskazujących na to, że systemowy model myślenia, zakładający konieczność rozpatrywania zjawisk w ich wzajemnych interakcjach, może być przydatny w wielu różnych obszarach badawczych. Niniejszy artykuł jest próbą przeniesienia niektórych zasad koncepcji systemowej do psychologii zdrowia, ujmowanej tradycyjnie w perspektywie jednostkowej i indywidualnej.

Dominujący współcześnie w naukach lekarskich biomedyczny model zdrowia traktuje każde jego zaburzenie (chorobę) jako problem niemal wyłącznie cielesny, ciało zaś – jak maszynę, „naprawianą” za pomocą usuwania lub wymiany wadliwych części (np. chirurgia) albo niszczenia ciał obcych stanowiących przyczynę problemu. Myślenie takie jest pozostałością po kartezjańskim dualizmie, zakładającym dwoistą naturę człowieka, czyli rozdzielanie pierwiastka cielesnego i psychicznego. Ewentualne dolegliwości psychiczne stanowią w tym ujęciu jedynie uboczne skutki choroby, wynikające głównie z ograniczeń aktywności, bólu i cierpienia chorego lub też z uciążliwości procesu leczenia i rehabilitacji.

Model biomedyczny redukuje człowieka wyłącznie do jego organizmu, a tymczasem już w 1946 r. Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła definicję mówiącą, że zdrowie to nie tylko brak chorób i niedomagań, lecz „pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny”. Pojawia się postulat poszerzenia modelu biomedycznego, który proponuje wąskie specjalizacje i kosztowne metody leczenia, budząc rosnące niezadowolenie z systemu opieki zdrowotnej, o czynniki społeczne i psychologiczne, które również wpływają na problemy zdrowotne. Proponowany model biopsychospołeczny wychodzi z założeń ogólnej teorii systemów i zakłada spostrzeganie każdego zjawiska w związku z jego elementami składowymi (podsystemami), ale również w kontekście jego „nadsystemu, czyli ogólnej sytuacji, w jakiej to zjawisko powstaje. Przyjęcie takiego podejścia musiałoby skłonić lekarzy do koncentrowania się nie tylko na składnikach systemu, zlokalizowanych w pacjencie (czyli na chorym organizmie i nieprawidłowo funkcjonujących narządach), ale również do uwzględniania całego kontekstu społecznego i psychologicznego, w jakim choroba pacjenta przebiega. Uzasadnione byłoby więc mówienie nie o fakcie choroby i jej leczeniu, lecz o **procesie chorowania** i wspomaganiu w nim pacjenta zarówno pod względem biologicznym, jak i społecznym oraz psychologicznym.

Warto dodać, że paradygmat biomedyczny bywa również stosowany, na zasadzie analogii, w odniesieniu do problemów natury psychologicznej. Większość klientów gabinetów psychologicznych oczekuje, że psycholog–terapeuta przy pomocy specyficznych metod „naprawi” sprawiające trudności wychowawcze i nieposłuszne dziecko, nadużywającego alkohol partnera czy stosującego przemoc współmałżonka.

ZROZUMIEĆ CHOROBE W RODZINIE

Bardzo popularna swego czasu tzw. teoria podwójnego wiązania G. Batesona głosiła, że do powstania schizofrenii u dzieci przyczynia się niespójność komunikatów ich rodziców, wyrażająca się niezgodnością pomiędzy tym, co się mówi, a tym, jak się to mówi (np. słowa kocham cię wypowiedziane do dziecka z nutą zniecierpliwienia i irytacji w głosie). Osoby szczególnie wrażliwe na komunikaty niewerbalne (w powyższym przykładzie są nimi ton głosu i emocjonalna atmosfera kontaktu), nie potrafiąc jednoznacznie zinterpretować tak sprzecznych przekazów, miały uciekać od nich, tworząc własny, jednostkowy świat znaczeń i symboli (Walker 2001). Według innego teoretyka komunikacji interpersonalnej P. Watzlawicka samo podwójne wiązanie generuje samonapędzający się wzorec komunikowania się, obarczony wysokim poziomem zakłóceń. Jest on zupełnie niezrozumiały dla otoczenia, które w tej sytuacji

uznaje je za zespół objawów chorobowych (schizofrenię). Ta uproszczona koncepcja, przypisująca jednoznacznie rodzicom odpowiedzialność za rozwój choroby u ich dzieci, została zanegowana i przeszła do historii psychiatrii (Simon, Stierlin 1998). Niemniej jednak pozwoliła zwrócić uwagę następnych pokoleń badaczy, w tym i lekarzy, na to, że niektóre objawy choroby mają nie tylko swoje przyczyny, ale pełnią również określoną rolę w życiu chorego (w podanym przykładzie służyły ucieczce od niezrozumiałości i niepewności).

Zaczęto dostrzegać coraz liczniejsze przykłady świadczące o tym, że istotnie wiele zaburzeń zachowania powstaje i trwa nie tylko dlatego, że coś je wywołało, ale również dlatego, że ich istnienie pełni konkretną funkcję. Istnieją one **po coś**, w jakimś celu, który najczęściej nie jest uświadomiony. Na przykład, uporeczywe i nawracające przez szereg dni bóle głowy sprawiają, że trudną i ryzykowną decyzję odkładamy „na później”; dokuczliwe i niepokojące bóle w okolicy serca u młodej żony, jedynaczki bardzo związanej z rodzicami powodują, że małżonkowie odkładają przeprowadzkę do własnego mieszkania i na czas choroby postanawiają mieszkać w domu rodziców, a wystąpienie stanu przedzawałowego u męża w przeddzień rozprawy rozwodowej skłania żonę do wycofania wniosku i zaopiekowania się partnerem, i tak dalej (de Barbaro 1997).

W przytoczonych przykładach występujące zaburzenia zdrowia miały bardzo konkretne następstwa w postaci zmiany postępowania dotkniętych nimi osób oraz ich otoczenia, odegrały więc rolę sprawczą. W podanych powyżej przykładach (opartych na rzeczywistych przypadkach pacjentów) wykluczono świadome sugerowanie otoczeniu, że jest się poważnie chorym, czyli symulację, chociaż takie ich wyjaśnienie wydaje się najbardziej kuszące ze względu na swoją prostotę i racjonalność. Ludzie wszak symulują objawy chorobowe zwykle **po to**, żeby osiągnąć nienależne im korzyści: zwolnienie lekarskie, rentę, zwolnienie od odpowiedzialności karnej czy też po prostu w celu uniknięcia przewidywanej, a trudnej sytuacji. Czasami więc podejrzenie symulacji nasuwa się samo przez się. Przeanalizujemy jednak kilka kolejnych przypadków, które być może pozwolą inaczej spojrzeć na problem funkcji pełnionych przez chorobę.

Przypadek 1. 26-letni Maciej od dzieciństwa cierpi z powodu bólów kości i kręgosłupa oraz zwiększonej podatności na łamliwość kończyn. Są to rezultaty dynamicznego przyrostu wysokości ciała w okresie dojrzewania (obecnie Maciej ma ponad dwa metry wzrostu). Po zdaniu matury w liceum ogólnokształcącym rozpoczął studia, które jednak po pierwszym roku przerwał. Ponieważ nie może podejmować pracy związanej z wysiłkiem fizycznym, zatrudnił się w rodzinnej wypożyczalni kaset wideo. Zamieszkał u swojej starszej siostry, a przerwanej nauki już nie podjął. Można by więc przypuszczać, że dolegliwości Maćka, na które okresowo uskarża się w dalszym ciągu,

stanowią dla niego wygodną wymówkę, usprawiedliwiającą fakt, że nie podejmuje prób samodzielnego ułożenia sobie życia. Jednak poznanie pewnych okoliczności dotyczących rodziny Macieja rzuca dodatkowo światło na zaistniałą sytuację. Otóż Maciek jest najmłodszy z czworga rodzeństwa, w dodatku był dzieckiem nieplanowanym. Decyzję o jego urodzeniu matka podjęła na prośbę starszych dzieci, które zobowiązały się do opieki nad bratem. Siostra, u której obecnie Maciek mieszka, jest 41-letnią samotną osobą, która w ten sposób „realizuje” podjęte kiedyś zobowiązanie. Opieka nad chorym bratem jest więc dla niej racjonalnym uzasadnieniem swego statusu i chroni przed etykietką „starej panny”. Uzasadnione jest więc przypuszczenie, że w otoczeniu Macieja działają mechanizmy, które wręcz powstrzymują go przed rozpoczęciem w pełni samodzielnego życia; są to jednocześnie mechanizmy podtrzymujące jego chorobę. Tak więc stwierdzenie, że Maciek jest tylko pasożytem symulującym objawy choroby, byłoby w tym przypadku zupełnie nieuzasadnione. Choroba Macieja pełni więc funkcję **ochronną (wobec niego i siostry)**, a jednocześnie **stabilizującą** aktualną sytuację rodzinną.

Przypadek 2. Nauczyciele i rodzice doskonale znają prawdziwe „epidemie” chorób, które pojawiają się przed trudnymi klasówkami, żeby później równie gwałtownie wygasnąć. Czy jednak do symulacji zdolne jest małe dziecko? Przeanalizujmy następującą sytuację. W małżeństwie Anny i Piotra przed mniej więcej dwoma laty pojawiły się poważne problemy, których tłem było obciążenie małżonków czasochłonnymi zajęciami pozazawodowymi, a także skłonność Piotra do nadużywania alkoholu. Dochodziło do gwałtownych awantur, a nawet do rękoczynów. Kilka miesięcy później u ich syna, 5-letniego Tomka, wystąpiły pierwsze objawy zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego: bóle w obrębie jamy brzusznej, wymioty, biegunki, a także brak łaknienia. Wkrótce chłopiec zaczął się moczyć, stał się nerwowy i niespokojny. Liczne badania lekarskie wykluczyły organiczne tło zaburzeń zdrowia u chłopca. Objawy chorobowe skoncentrowały uwagę rodziców i dziadków na Tomku; Anna i Piotr zaprzestali kłótni, stali się dla siebie miłsi i bardziej wyrozumiali, a ojciec przestał zaglądać do kieliszka. Mamy tutaj klasyczny niemal przykład **integracji** (a właściwie reintegracji) zagrożonej rozpadem rodziny przy pomocy choroby dziecka, która skłoniła rodziców do zajęcia się zdrowiem Tomka, a tym samym zbliżyła ich do siebie.

Przypadek 3. 52-letni Władysław, ojciec trojga dorosłych już dzieci, był właścicielem zakładu naprawy samochodów, który odziedziczył ok. 10 lat temu. Przed siedmiu laty u Władysława rozpoznano rozedmę płuc, co stało się bezpośrednim powodem przekazania zakładu bratu. W tym samym jednak czasie urodził się najmłodszy syn Władysława, 7-letni obecnie Jakub, który stał się ulubieńcem rodziny i „oczkiem w głowie” Władysława. Rezygnacja

z pracy pozwoliła mu poświęcać synowi cały czas, którego obecnie ma znacznie więcej niż kiedyś. Chciałby, żeby Jakub zrealizował w przyszłości jego niespełnione marzenia. Ponieważ żona Władysława cały czas pracuje, realizując się w pełni w swoim zawodzie, przejął on w całości funkcję prowadzenia domu i wychowywania syna. W sprawach gospodarskich pomaga mu czasami matka, która od kilkunastu lat jest samotna i pozbawiona poczucia sensu życia.

Odpowiednio leczona rozedma płuc nie upośledza możliwości kontynuowania pracy zawodowej; w przypadku Władysława nie było takich wskazań lekarskich. Jednak rozpoznanie choroby doprowadziło do znaczących modyfikacji w funkcjonowaniu rodziny, które pozwoliły wielu jej członkom lepiej (z ich punktu widzenia) zaspokoić swoje potrzeby psychologiczne: Władysław mógł bez ograniczeń oddać się pokierowaniu wychowaniem ukochanego syna, jego żona odzyskała nieskrępowaną niczym możliwość kontynuowania kariery zawodowej, zaś matka, po utracie męża, odzyskała poczucie sensu życia i zacieśniła więź ze swoim synem.

Opisane powyżej historie pozwalają dostrzec, że choroba może paradoksalnie przynosić różnorodne korzyści systemowi rodzinnemu: może go stabilizować, modyfikować, integrować oraz ochraniać system lub tylko niektórych członków rodziny. Analiza wielu przypadków skłania do wniosku, że funkcji takich można wymienić więcej, są one również realizowane przy pomocy różnorodnych zachowań członków rodziny. W wielu sytuacjach objawy chorobowe szybciej by ustąpiły, gdyby ich istnienie nie pomagało rodzinie w rozwiązywaniu różnych życiowych trudności.

Przewlekła choroba somatyczna uruchamia w rodzinie wiele procesów. Do najważniejszych funkcji, wyzwanych przez proces chorowania, można zaliczyć:

1) funkcję łagodzącą różnice, co pozwala na wzrost tolerancji, bliskości emocjonalnej i uczuciowej oraz bardziej skuteczne rozwiązywanie konfliktów rodzinnych,

2) funkcję regulującą dystans (zmniejszanie dystansu pozwala na wzrost więzi uczuciowych w rodzinie; zwiększanie dystansu stanowi warunek sprzyjający indywidualnemu rozwojowi jednostek),

3) funkcję racjonalizującą, która pozwala na uzasadnienie odmienności i różnic indywidualnych (np. na niższy poziom osiągnięć szkolnych).

Badania, którym poddano ponad 120 rodzin z osobą przewlekle chorą wykazały, że wskaźnik zmian o zasięgu ogólnorodzinnym wynosi ponad 1,8. Oznacza to, że w każdej rodzinie, w której zaistniał „proces chorowania”, pojawiają się średnio prawie dwie zmiany strategiczne, służące całej rodzinie (Świętochowski 2003).

MEDYCZNA TERAPIA RODZIN

Psychoterapeuci rodzinni pracujący według założeń podejścia systemowego zadają sobie często pytanie: Kto w rodzinie odnosi korzyść z istniejącego problemu (choroby, zaburzeń zachowania, konfliktu itp.)? Odpowiedź na tak sformułowane pytanie pomaga w opracowaniu hipotez systemowych, które ukierunkowują interwencje terapeutyczne. Podobne pytanie można zupełnie zasadnie postawić również w odniesieniu do choroby somatycznej lub psychosomatycznej. Nie ulega oczywiście wątpliwości, że w przypadku ostrych zaburzeń – infekcji, chorób zakaźnych – nie ma ono większego sensu, trudno bowiem tutaj mówić o jakichkolwiek korzyściach. Ale już choroby długotrwałe, przewlekłe, nawracające – generują w rodzinie sytuację, którą można nazwać „procesem chorowania”. Wymuszona chorobą zmiana tempa i rytmu codziennego życia, czynności pielęgnacyjne, dieta, rehabilitacja itd. rzutują na funkcjonowanie wszystkich członków rodziny, zmieniając je czasami nawet zasadniczo. Niezależnie od bólu i cierpienia, które są nieodłącznymi atrybutami towarzyszącymi chorobie i chorowaniu – niektórzy członkowie rodziny, a często i sami chorujący, odnoszą oczywiste i odczuwalne korzyści, które służą zaspokojeniu istotnych potrzeb psychologicznych: potrzeby znaczenia (gdy np. syn przejmuje część obowiązków chorującego ojca, w wyniku czego wzrasta jego pozycja w rodzinie), potrzeby władzy (kiedy chorujące dziecko „decyduje” kiedy i w jakim zakresie skłócenia rodzice będą się nim wspólnie zajmować), potrzeby bezpieczeństwa (choroba zwalnia od podejmowania ryzykownych decyzji do czasu wyleczenia), czy potrzeby uznania (poświęcając swój czas opiece nad chorym izolowany dotychczas członek rodziny zyskuje szacunek i wdzięczność pozostałych). W takich przypadkach pytanie o to, kto ma korzyści z chorowania (a nie z choroby), jest więc całkowicie uzasadnione. Trafna odpowiedź na to pytanie może pomóc w podjęciu takich interwencji psychologicznych, które pomogą zaspokoić te potrzeby bez uciekania się do korzystania ze swojej lub czyjejś choroby. Wówczas znikną mechanizmy podtrzymujące proces chorowania, a pozostaną jedynie te, które go zwalczają. A o to przecież chodzi.

Jak wskazują doświadczenia terapeutyczne, psychologiczna terapia systemowa jest szczególnie wskazana w leczeniu takich zaburzeń zdrowotnych, jak: choroby psychosomatyczne (astma, alergie, łuszczyca, niektóre postaci choroby wrzodowej), bezpłodność i samoistne poronienia, wiele chorób przewlekłych (w tym neurologiczne, nowotworowe oraz cukrzyca i funkcjonalne deficyty słuchu i wzroku), choroby chroniczne u dzieci a także autodestrukcyjne zaburzenia behawioralne (nikotynizm, alkoholizm, anoreksja i bulimia), a także wielu innych (McDaniel, Hepworth, Doherty 1992).

ZAKOŃCZENIE

W koncepcji systemowej przyjmuje się założenie, iż problemy pacjenta powstają i istnieją w złożonym kontekście, jakim jest jego najbliższe i naturalne środowisko funkcjonowania, tzn. rodzina. Rodzinę zaś rozpatruje się jako zorganizowaną całość, a złożone mechanizmy nim rządzące jako istotną okoliczność wyzwalającą objawy chorobowe lub podtrzymującą je. Źródłem problemów jest w tym ujęciu nieprawidłowo funkcjonujący system. Skoro tak, to pacjent, poddany jedynie terapii indywidualnej (medycznej czy psychologicznej), po jej zakończeniu powraca do swojego środowiska, które, poprzez zaburzone mechanizmy homeostatyczne, nie dopuszcza do skorzystania ze zdobyczy odbytego leczenia. Efektem tego mogą być nawroty objawów, co neguje skuteczność terapii, a w najlepszym razie znacząco ją obniża. Alternatywę stanowić może medyczna terapia rodzinna. Wydaje się ona niezbędna, szczególnie w przypadku takich sytuacji, gdzie w proces „chorowania” pacjenta w istotnym stopniu włączone jest najbliższe otoczenie, którym zwykle jest jego bliska i dalsza rodzina. Stanowi ona wówczas nie tylko kontekst owego chorowania, ale może także być ważnym elementem procesu odzyskiwania przez pacjenta utraconego czy choćby tylko nadwątlonego zdrowia.

Należy przy tym podkreślić, że powyższa konkluzja nie oznacza, iż należy terapię medyczną zastąpić terapią psychologiczną. Byłoby to zbyt daleko idące i niebezpieczne stwierdzenie. Zmiany chorobowe w budowie i funkcjonowaniu narządów organizmu powodują konieczność skorzystania w pierwszym rzędzie z pomocy lekarskiej, dla której terapia psychologiczna może stanowić ważne uzupełnienie, a czasami nawet bardzo istotne wsparcie.

BIBLIOGRAFIA

- Barbaro B. de (1997), *Pacjent w swojej rodzinie*, Springer – Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- McDaniel S. H., Hepworth J., Doherty W. J. (1992), *Medical Family Therapy*, Basic Books, New York (NY)
- Morgan M. (1985), *Sociological Approaches to Health and Medicine (Social Analysis)*, Kegan & Paul, Routledge
- Simon F. B., Stierlin H. (1998), *Słownik terapii rodzin*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
- Świętochowski W. (2003), *Psychologiczny kontekst procesu „chorowania” w rodzinie*, [w:] I. Janicka, T. Rostowska (red.), *Psychologia w służbie rodziny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 208–219
- Walker W. (2001), *Przygoda z komunikacją*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk

WALDEMAR ŚWIĘTOCHOWSKI

LONGTERM ILLNESS IN FAMILY CONTEXT

The paper ins proposition of understanding longterm illness in terms of process regulating the family homeostasis. It includes four case studies of illnesses as crucial element of family process context. In the end author suggests deeper integration of therapeutic activity both medical and psychological in treatment of certain longterm somatic illnesses.

Key words: “process of being ill”, systemic family therapy.