

Elżbieta Trylińska-Tekielska

Środowisko rodzinne a zaburzenia psychiczne

Studia nad Rodziną 2/2 (3), 151-156

1998

Artykuł został zdigitalizowany i 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.

ELŻBIETA TRYLIŃSKA-TEKIELSKA

ŚRODOWISKO RODZINNE A ZABURZENIA PSYCHICZNE

Problem wpływu środowiska rodzinnego, osób znaczących, czy dziedziczności za powstawanie zaburzeń psychicznych nie został w pełni jeszcze wyjaśniony, mimo wielu badań przeprowadzonych w tym zakresie. Jednym z podejmowanych aspektów jest analiza wszystkich czynników, które ujemnie wpływają na rozwój osobowości człowieka.

1. Czynniki ujemnie wpływające na rozwój osobowości

Obecne badania nad środowiskiem rodzinnym biorą pod uwagę czynniki, które wpływają ujemnie na rozwój osobowości jednostki (w okresie wychowywania się w domu rodzinnym).

Czynniki te dadzą się podzielić na:

1°. Czynniki składające się na atmosferę emocjonalną rodziny (mikroklimat specyficzny dla każdej komórki rodzinnej) będące wynikiem:

- osobowości rodziców (ojca, matki) i innych członków rodziny;
- pożycia małżeńskiego rodziców;
- braku któregoś z rodziców z powodu choroby;
- stosunku emocjonalnego ojca i matki wobec dzieci;
- stosunku między rodzeństwem;
- rozłąki dziecka z najbliższą rodziną w okresie dzieciństwa lub dojrzewania.

2°. Warunki ekonomiczne, wysokość zarobków, regularność płac, warunki mieszkaniowe. Ważne jest subiektywne odczuwanie statusu społecznego przez członków danej rodziny, przynależność klasowa (społeczna), czynniki zewnętrzne.

3°. Obciążenia rodzinne niezależnie od ich pochodzenia.

Wszystkie te czynniki pojawiają się w badaniach Lidza, Planka i innych¹. Od kilkunastu lat Lidz i jego współpracownicy na Uniwersytecie Yale w New Haven badali różne problemy rodzinne. Podjęli oni próby interpretacji pozna-

¹ Cyt. za R. Bastide, Socjologia chorób psychicznych, Warszawa, 1972.

wanych faktów — ale nie wysunęli żadnych wniosków i hipotez odnośnie do etiologii zaburzeń psychicznych. Starają się jedynie dać odpowiedź, jak doszło do tego, że pacjent stał się tym, kim jest. Metody i źródła, z których korzystali to: historie chorób, biografie chorych, wywiady zebrane bezpośrednio od rodzin w ich własnym środowisku, testy: inteligencji, osobowości, projekcyjne i kwestionariusze. Wyniki nie potwierdziły hipotez o decydującym i jednoznacznym wpływie dziedziczności. W rodzinach schizofrenicznych występowała większa liczba rodzin rozbitych, niepełnych, większa ilość obciążeń niż w grupach kontrolnych. Wielu rodziców osób psychicznie chorych wykazywało niezrównowagę emocjonalną. Jednak cechy rodzin psychicznie chorych nie odgrywały decydującej roli w powstawaniu chorób psychicznych.

2. Badania dotyczące patogenezy schizofrenii

M. Orwid, W. Badura² zakładały, że ważną i istotną sprawą w patogenezie schizofrenii jest izolująca postawa ojca, jak i jego peryferyczna rola zarówno w małżeństwie, jak i w rodzinie, ponieważ ojciec nie staje się dla dzieci wzorem identyfikacyjnym. Izolacja pacjentów w rodzinie często miała źródło w tym, że dziecko było niechciane, lub było to dziecko urodzone po śmierci poprzedniego dziecka, (które było chciane i oczekiwane). Matki często stwierdzały ciężki przebieg ciąży, dziecko rodziło się małe i źle się chowało (w niemowlęctwie, dzieciństwie). Często było to dziecko z obowiązku (jak również i związek małżeński). W tych przypadkach, gdy dziecko było wyraźnie niechciane, matki nie mogły sobie dać rady ze swoim poczuciem winy. Często nie zdając sobie z tego sprawy, bały się o dziecko, właśnie dlatego, że je nie chciały.

Postawa matek w stosunku do pacjenta była odmienna, niż w stosunku do jego rodzeństwa. Matki nie brały pod uwagę zapotrzebowań rozwojowych dziecka. Ogólnie rzecz biorąc autorki — na podstawie przeprowadzonych badań — wyodrębniły dwa modele rodzin pacjentów schizofrenicznych:

Model pierwszy — to rodziny typu: „nie ujawnionych uczuć ojca”. Model drugi, nazwały autorki modelem „pustki uczuciowej”.

W grupie rodzin z modelu pierwszego motywem małżeństwa była chęć bycia razem i chęć posiadania własnego domu. Rodzice wzajemnie się akceptujący, mający w życiu postawę — „do”- szanujący własną tożsamość i niezależność osobowościową, przeżywający i ujawniający głównie uczucia pozytywne. Ojcowie różnili się od matek rzadszą realizacją potrzeby kontaktu i uboższą ekspresją uczuć. U matek występowała duża aktywność i inicjatywa w kontaktach z dziećmi, natomiast ojcowie nie wykazywali ani takiej inicjatywy ani aktywności. W stosunku do przyszłego pacjenta matki przyjmowały postawę dominacji zabarwionej lękiem, podczas gdy w stosunku do rodzeństwa okazywa-

² M. Orwid, W. Badura, w: Sytuacja rodzinna a powstawanie zaburzeń psychicznych u młodzieży dojrzewającej, *Folia Medica Cracow*, 2 (1976) 18, s. 279-310.

ły uczucia macierzyńskie: przyjaźń, aprobatę, zainteresowanie, pozostawiając tym dzieciom dużą swobodę, ułatwiając rozwój samodzielności. Ojcowie okazywali postawę — „do” — sympatię, życzliwość. Nie starali się jednak wpływać na atmosferę domu i kontakty z dziećmi. Przyszły pacjent nie umiał nawiązać kontaktu z ojcem. Izolacja była obopólna. Żadna ze stron nie wykazywała inicjatywy w nawiązaniu kontaktu. Z matką z kolei pacjent był bardzo silnie związany, co uniemożliwiało mu prawidłowy rozwój psychiczny, rozpoczęcie samodzielnego życia. W piśmiennictwie podkreśla się, że taka sytuacja jest szczególnie niebezpieczna dla zdrowia psychicznego człowieka. Rodzeństwo nawiązywało kontakty społeczne poza domem, uczestniczyło aktywnie w życiu swojego środowiska rówieśniczego. Stawało się niezależne emocjonalnie. Ogólnie rzecz ujmując, z punktu widzenia społecznego były to rodziny „spójne” i „dobre”. Z punktu widzenia psychologicznego, przy głębszej analizie interakcji emocjonalnych problem wydaje się bardziej złożony. Członkowie rodziny niewiele umieli o sobie powiedzieć, nie było między nimi kontaktu emocjonalnego, nie stanowili dla siebie oparcia, wszyscy czuli się osamotnieni, a już najbardziej przyszły pacjent.

Nie miał kontaktu ani z ojcem, ani z rodzeństwem, — z nikim poza matką — a i to też na zasadzie ogromnego od niej uzależnienia i zdominowania. Konsekwencją tego stanu była nieumiejętność nawiązania kontaktu z grupą rówieśników. I mimo, że ze społecznego punktu widzenia każdy w rodzinie pełnił rolę mu należną (ojciec — żywiciel, matka — centrum życia domowego), to jednak nie było „prawidłowości emocjonalnych”. Żadne z rodziców nie przekazało tych postaw i wzorców, które są potrzebne do prawidłowego rozwoju osobowości. W takiej sytuacji cechy przyszłego pacjenta: słaby napęd życiowy, smutny nastrój, trudności przystosowania społecznego — zostały jeszcze bardziej pogłębione i utrwalone.

W grupie rodzin schizofrenicznych, w których związek emocjonalny między rodzicami był bardzo słaby, w których każde z rodziców żyło na swój sposób (tego typu małżeństwo było zawarte nie z miłości a z konieczności — szczególnie ze strony matki) dominowała postawa — „od”. Nie było wzajemnej akceptacji między rodzicami. Matki w zachowaniach przejawiały i ukazywały najczęściej agresję, rzadziej sympatię czy życzliwość. Nie mogąc realizować potrzeby kontaktu z innymi pozostawały więc w pewnej izolacji społecznej. Wyrażały niezadowolenie i poczucie krzywdy w stosunku do rodziny generacyjnej, mniejszą aktywność na terenie domu. Ich podstawowy nastrój to smutek. Trudności emocjonalne rozwiązywały poprzez postawę „domagania się”.

Ojcowie wykazywali podobne postawy do matek, przejawiali podstawowy, smutny nastrój, przeżywali i ujawniali uczucia agresywne. Trudności osobiste też rozwiązywali poprzez postawę „domagania się”. Więzy emocjonalne między rodzicami (i wszystkimi domownikami) były słabe, agresywna postawa matki była wzmocniona przez podobne zachowanie ojca. Agresywna matka

dominowała w stosunku do wszystkich swoich dzieci. Pacjent nie miał kontaktu ani z ojcem, ani z matką, i był jeszcze negatywnie do niej nastawiony. Rodzina nie była zainteresowana pacjentem, a już w szczególności hospitalizowanym. Społeczna struktura domu była zachowana, jednak więzy emocjonalne — bardzo słabe, ambiwalentne, często dochodziło do ujawnienia uczuć negatywnych. Samotność uczuciowa tych osób wynikała z tego, że mało łączyło je uczuć. Przyszły schizofrenik był nie tylko samotny, ale nie miał kontaktu z nikim z rodziny, uzależniony od matki — ale był to związek agresywno-zależnościowy; z rodzeństwem bardzo słabo związany, nie wspierany emocjonalnie przez ojca. Pacjent pozbawiony był wzorca osobowego nie tylko w postaci ojca, ale także w postaci matki. Zdaniem auterek warto zwrócić uwagę na to, że najważniejsze są nie same cechy osobowości, ale konstelacje w jakich one występują, i to jak wpływają one na zachowanie osób badanych.

Matka schizofrenika przyczyniła się do rozwoju jego psychozy poprzez utrzymywanie go w silnym związku zależności i uniemożliwianie mu wejścia w burzliwy okres dojrzewania osobowości. Ojciec schizofrenika jest zdominowany (przez żonę), mając peryferyczną rolę w rodzinie, zaniżoną samoocenę, niepewność w sposobie realizowaniu roli ojca. Znacznie głębiej przeżywający uczucia niż je ujawniający, z bardzo silną potrzebą kontaktów z innymi i z małymi możliwościami ich realizowania.

Wielu autorów podkreśla, że przebieg procesu schizofrenicznego zależy od czynników socjalnych, które mogą sprzyjać ujawnieniu psychozy lub jej nawrotowi. Twierdzi się, że jeżeli środowisko rodzinne jest nadmiernie opiekuńcze, pozbawiające samodzielności — to powstaje układ patologiczny nie pozwalający na prawidłową rehabilitację chorego.

3. Cechy osobowości członków rodziny a zaburzenia psychiczne dziecka

Badaniem zależności między współwystępowaniem różnych cech i czynników w rodzinie, ich wpływu na sytuację rodzinną a powstawaniem zaburzeń psychicznych zajęły się M. Orwid i W. Badura³. Wskazały one na patogeniczny wpływ różnorodnych konstelacji rodzinnych, na kształtowanie się różnego rodzaju patologii psychiatrycznej. Dużo uwagi poświęciły układom małżeńskim i rodzinnym, ukazując zarówno rolę matki, jak i ojca w ich tworzeniu. Wyszły one z założenia, że prawidłowa rodzina spełnia potrzeby człowieka w zakresie dojrzewania psychicznego i społecznego. Staje się miejscem socjalizacji i najszerszej pojętych identyfikacji. To właśnie na terenie rodziny człowiek nawiązuje swoje pierwsze, najważniejsze kontakty emocjonalne, spotyka osoby znaczące. Relacje z nimi wyznaczają późniejsze życie uczuciowe, umożliwiają

³ Tamże.

osiągnięcie dojrzałości psychicznej. Z kolei rodzeństwo jest pierwszą grupą rówieśniczą, w której się człowiek sprawdza. Rodzina jest tą komórką, która musi dać swoim członkom oparcie psycho-socjalne.

Co może zatem wpływać ujemnie na zdrowie psychiczne dziecka ze strony rodziny?

Ich zdaniem pewne typy osobowości rodziców lub ich szczególne postawy wobec dzieci, np.: błędna postawa matki, może wpłynąć na powstanie takiej samej postawy u dziecka. Biorąc pod uwagę fakt, że stosunek dziecka do świata zewnętrznego w pierwszych latach kształtuje się przez naśladownictwo matki, wyróżniono następujące typy relacji między matką a dzieckiem:

1°. Matka odrzucająca dziecko, które nie znajduje w niej oparcia, a przede wszystkim miłości;

2°. Matka nadmiernie opiekuńcza, krępująca indywidualność dziecka, które czuje się nadmiernie z nią związane. Taka postawa często stanowi maskę postawy odrzucającej;

3°. Matka dominująca, perfekcjonistka, ostra, autorytatywna, która wymaga od dziecka doskonałego wypełniania obowiązków i budzi w nim lęk;

4°. Matka ambiwalentna — zmieniająca swoją postawę w stosunku do dziecka w zależności od nastrojów;

5°. Matka niedojrzała — bezradna, lękliwa wobec dziecka, niezdolna do pielęgnowania i wychowania;

6°. Matka labilna, uczuciowo nierównoważona, niezdolna do równego postępowania wobec dziecka;

7°. Matka z odchyleniami psychicznymi, nieprawidłową osobowością, umysłowo chora.

Zdaniem cytowanych badaczy wszystkie te wymienione powyżej cechy matki mogą wytwarzać podobne cechy u dziecka. Staje się ono nieufne, wrogie, lękliwe, przygnębione. Może ono nawet przejąć objawy chorobowe np.: urojeń, — dopiero oddzielanie go od środowiska ujawnia źródło tych odchyłeń.

Jeżeli chodzi o ojca, to zarówno jego zachowanie, jak i postawa mają wpływ na kształtowanie się osobowości dziecka. Ojciec może poprzez swoją postawę dominacji, autorytatywności budzić lęk w dziecku, lub może być tak zdominowany przez matkę, że jego rola jest (w układzie rodzinnym) znikoma. Może nie mieć żadnego wpływu wychowawczego przez brak zainteresowania lub na skutek przebywania poza domem.

Bardzo ważnym czynnikiem jest to, czy mamy do czynienia z rodziną, w której człowiek rósł i wychowywał się (rodzina pochodzenia), czy też z rodziną, którą sam założył (rodzina prokreacyjna). Jeśli rodzina, w której się wychował była bardziej tolerancyjna, stawiająca mniejsze wymagania, człowiek nie jest zbyt dostosowany społecznie, nie sprawdza się zawodowo, ale funkcjonuje na terenie domu (nie jest to dla niego sytuacja zagrażająca). Jeśli w rodzinie panowało stałe napięcie, zagrożenie, walka — jej

członkowie nie są w stanie rozwiązywać tych problemów. Nie potrafią oni spontanicznie nawiązać kontaktu ze swym otoczeniem. Jest im potrzebna pomoc z zewnątrz.

Inne podejście reprezentuje J. K. Szłykowitz z Kliniki Chorób Psychiczych Akademii Medycznej w Gdańsku⁴. Kładzie ona nacisk nie tyle na środowisko pacjenta, ile na cechy osobowości, sugerując, że zachorowanie na chorobę psychiczną (schizofrenię) było (i jest) poprzedzone występowaniem cech osobowych schizoidalnych. Zajął się ona retrospektywną oceną osobowości przedpsychotycznej oraz próbą ustalenia związku schizoidalności ze schizofrenią. Przyjęła ona, że osobowość schizoidalna określa osoby nietowarzystkie, zamknięte w sobie, skryte, chłodne uczuciowo, mające trudności w dostosowaniu się do przyjętych norm życia społecznego. W badaniach swoich J. K. Szłykowitz skoncentrowała się na omówieniu (na podstawie wywiadu, kwestionariuszy zebranych od najbliższych osób — rodzice, rodzeństwo) cech, osobowości pacjenta charakterystycznych w okresie przedszkolnym, szkolnym i dojrzałym. Brała pod uwagę takie cechy, jak: napęd psychoruchowy, kontakt słowny, inicjatywę, przywiązanie do najbliższych, skrytość, także samodzielność w nauce, obowiązkowość. Na podstawie zebranych informacji odtworzyła postać pacjenta z okresu przedszkolnego i szkoły jako dziecka o słabym napędzie psychoruchowym (wolno poruszającego się), unikającego zabaw, spokojnego, posłusznego, odizolowanego od innych dzieci, nadmiernie poważnego, mało spostrzegawczego, małowównego, cichego, nie okazującego radości. Jest to obraz dziecka utrzymującego dystans uczuciowy wobec najbliższych, traktującego jedno z rodziców — szczególnie matkę — z dużym stopniem lekkości, o zainteresowaniach ponad wiek, np.: astronautyką, początkiem życia, wszechświatem; zdolnego, pedantycznego, wykazującego dbałość: o porządek i estetykę zewnętrzną, większą niż u rówieśników. W wieku szkolnym dzieci te stawały się bardzo skryte, na pierwszym miejscu stawiające naukę, obojętne na rodzinę, o obniżonym napędzie psychoruchowym, uzyskujące gorsze wyniki w gimnastyce.

Po tak gruntownie przeprowadzonych badaniach autorka wysuwa wniosek, że schizofrenię poprzedza osobowość prepsychotyczna typu schizoidalnego, podobna do osobowości schizofreników, u których początek choroby przypadał na okres wczesnego dzieciństwa, różni się od niej jedynie mniejszym nasileniem wielu wspólnych cech.

⁴ J. K. Szłykowitz, Retrospektywna ocena osobowości przedpsychotycznej oraz próby ustalenia związku schizoidii ze schizofrenią, *Psychiatria Polska*, 11 (1997) 35.