

MARIA CHUCHRA

## ZMIANY W FUNKCJONOWANIU RODZINY PO ZACHOROWANIU DZIECKA NA SCHIZOFRENIĘ

Rozumienie rodziny jako systemu<sup>1</sup> sprawiło, że problemu osoby chorej nie rozpatruje się jedynie jako jej indywidualnej reakcji na zaistniałą sytuację, ale uwzględnia się wzajemne interakcje zachodzące w całej rodzinie. Nie można analizować problemu chorego w oderwaniu od najbliższego otoczenia, w którym żyje. Rodzina w ujęciu systemowym stanowi całość, a to, co dzieje się z poszczególnymi jej członkami, oddziałuje na funkcjonowanie całego systemu, a jednocześnie funkcjonowanie rodziny jako całości wpływa na rozwój, zachowanie i zdrowie jej członków. Tak więc choroba jednego z jej członków dotyka całą rodzinę, wpływa na jej funkcjonowanie i stanowi trudną próbę dla rodziny. Zazwyczaj zmusza wszystkich do zmiany trybu życia, zrezygnowania z pełnienia określonych ról i różnych form aktywności. Istotne jest jednak to, kto choruje w rodzinie. Według niektórych autorów, choroba matki w największym stopniu zakłóca funkcjonowanie rodziny ze względu na zachwianie emocjonalnych potrzeb rodziny, zaś choroba dziecka może spowodować napięcia w rodzinie i rywalizację z powodu koncentracji matki na chorym dziecku i zaniedbywania potrzeb męża oraz pozostałych dzieci<sup>2</sup> Nie znalazło to jednak potwierdzenia w badaniach I. Namysłowskiej<sup>3</sup>, według

---

Dr MARIA CHUCHRA – adiunkt Katedry Opieki Społecznej, Paliatywnej i Hospicyjnej w Instytucie Nauk o Rodzinie KUL; adres do korespondencji: Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin.

<sup>1</sup> Zob. M. Stepulak, *Relacyjność systemu rodzinnego*, „Roczniki Teologiczne” 54(2007), nr 10, s. 93-118.

<sup>2</sup> T. Parsons, R. Fox R., *Illness, Therapy and the Modern Urban American Family*, „The Journal of Social Issues” 1952, nr 8, s. 31-44.

<sup>3</sup> *Społeczna i emocjonalna adaptacja rodzin pacjentów chorych na schizofrenię*, Warszawa:

których większa dezorganizacja występowała w rodzinach z chorym na schizofrenię ojcem. To, jak radzi sobie konkretna osoba z chorobą, w istotny sposób wpływa na funkcjonowanie rodziny, zaś – z drugiej strony – od sytuacji rodzinnej w dużej mierze zależy, w jaki sposób człowiek będzie zmagał się z chorobą<sup>4</sup>

Każda choroba wywołuje sytuację stresu, a choroba psychiczna z wielu powodów jest szczególnym stresem zarówno dla pacjenta, jak i jego rodziny. Stres rodzinny to stan, który powstaje wskutek uszkodzenia umiejętności przewycięzania przeszkód w funkcjonowaniu rodziny. Wymaga nowych form przystosowania na różnych płaszczyznach życia rodzinnego. Stan ten będzie przyjmował różne formy w zależności od rodzaju choroby, cech danej rodziny i właściwości psychicznych poszczególnych jej członków<sup>5</sup> Wiele więc będzie zależało także od nabytych wcześniej przez rodzinę sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. W omawianej sytuacji przeszkodą jest choroba psychiczna dziecka. Zmaganie się z chorobą psychiczną jest procesem bardzo trudnym i zazwyczaj przewlekłym. W czasie jego trwania w rodzinach pojawia się wiele emocji, kształtują się różne postawy. Od tego, jak rodzina poradzi sobie z tym stresem, w jaki sposób się przereorganizuje, będzie zależało, czy będzie wpływała normalizująco czy też nasili patologię chorego, modyfikując w ten sposób przebieg i rokowanie choroby psychicznej<sup>6</sup> Adaptacyjne zmaganie się rodziny – jak pisze M. Radochoński – to „proces wzajemnego oddziaływania na siebie zasobów sił i środków, percepcji elementów składających się na sytuację stresową oraz reakcji emocjonalnych i behawioralnych występujących w rodzinie usiłujących uzyskać równowagę w swym funkcjonowaniu”<sup>7</sup> Większe szanse na funkcjonalne radzenie sobie z chorobą dziecka mają rodzice stosujący podobne strategie<sup>8</sup> Pomocnie na przywróce-

---

AM 1983, s. 174.

<sup>4</sup> D. O c h o j s k a, *Człowiek chory w rodzinie – proces zmagania się z sytuacją*, „Problemy Rodziny” 1994, nr 6, s. 19.

<sup>5</sup> H. I. M c C u b b i n, J. M. P a t t e r s o n, *Family Transitions: Adaptation to Stress*, [w:] *Stress and the Family: Coping with Normative Transitions*, red. H. I. McCubbin, C. R. Figley, t. 1, New York: Brunnel/Mazel 1983, s. 5-25.

<sup>6</sup> E. B o h o m o l e c, I. N a m y s ł o w s k a, W. S z y s z k o w s k i, *Wpływ choroby psychicznej na funkcjonowanie rodziny*, „Psychiatria Polska” 12(1978), nr 1, s. 79.

<sup>7</sup> *Choroba a rodzina*, Rzeszów: Wydawnictwo WSP 1987, s. 69.

<sup>8</sup> J. S h a p i r o, *Assessment of Family Coping with Illness*, „Psychosomatics” 1986, nr 27, s. 269.

nie tej równowagi w rodzinie może wpłynąć jej otoczenie, przyjaciele i sąsiedzi, udzielając tak pożądanego w tej sytuacji wsparcia<sup>9</sup>

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie, jakie zmiany zachodzą w funkcjonowaniu rodziny po zachorowaniu dziecka na schizofrenię. Część pierwsza przybliży postawy i emocje towarzyszące zmaganiu się z chorobą, zaś druga – zmiany w zakresie wybranych funkcji.

## 1. „ZDERZENIE” Z CHOROBA

Zaistnienie choroby psychicznej w rodzinie może przejawiać się na dwa sposoby, i właśnie od nich zależą pierwsze reakcje bliskich na nią. Jak pisze Kępiński, „schizofrenia może zacząć się nagle, dramatycznie, nie pozostawiając wątpliwości, że ma się do czynienia z chorobą umysłową, lub skrycie, gdy miesiącami, a nawet latami najbliższe otoczenie nie orientuje się w rozwijającym się procesie chorobowym, dopiero nagłe zaostrzenie czy też postępująca degradacja sygnalizuje psychozę”<sup>10</sup> Pierwsza sytuacja zmusza rodzinę do natychmiastowych decyzji i działań. Szybko też wówczas dociera do świadomości rodziców fakt wystąpienia u dziecka zaburzeń psychicznych. Gdy natomiast choroba rozwija się powoli, podstępnie, zmiana dziecka jest raczej wyczuwana niż zauważana. Pojawiające się początkowo sporadycznie, a z czasem częściej niepokojące zachowania rodzice tłumaczą nadmiernym przemęczeniem nauką, przebytą niedawno chorobą somatyczną, trudnym „czasem”, jeśli dziecko jest w okresie adolescencji, czy też np. kłopotami w nauce, porzuceniem przez dziewczynę czy chłopca. Momentem krytycznym mogą czasem być zdradzane mimochodem zamierzenia suicydialne czy niespodziewana próba samobójcza<sup>11</sup> Niekiedy fakt, że „coś złego dzieje się z dzieckiem”, może być zasygnalizowany przez nauczyciela, kolegów, dalszych krewnych lub sąsiadów, którzy bardziej obiektywnie oceniają zachowanie dziecka<sup>12</sup> Sugerowanie wówczas kontaktu z psychiatrą może narazić

---

<sup>9</sup> W B r o d n i a k, T. S t a ń c z a k, *Rodzina chorego w środowisku społecznym*, [w:] *Spoleczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych*, red. W. Brodniak, Warszawa: PZWL 1985, s. 42-48; O c h o j s k a, art. cyt., s. 21.

<sup>10</sup> A. K ę p i ń s k i, *Schizofrenia*, Warszawa: PZWL 1981, s. 26.

<sup>11</sup> W. K o w a l s k a, *Dom wobec dziecka chorego na schizofrenię*, „Edukacja i Dialog” 2004, nr 1, s. 10.

<sup>12</sup> N a m y s ł o w s k a, *Spotkanie z chorobą*, s. 26.

doradcę na negatywne emocje ze strony rodziców. Częściej więc doradza się wizytę u psychologa, i wówczas od jego wiedzy i doświadczenia zależy, czy pacjent w porę otrzyma adekwatne leczenie, a rodzina od początku profesjonalną pomoc i wsparcie.

Niezależnie od sposobu dotarcia do świadomości rodziców faktu zaistnienia choroby psychicznej u dziecka, zawsze wywołuje to głęboki stres. W niektórych rodzinach jest on jeszcze potęgowany przez okoliczności hospitalizacji lub włączenie rodziny w system urojeniowy. Podstępne czy niekiedy wbrew woli umieszczenie go w szpitalu pozostawia głęboki żal i uraz co do formy, nawet w chwili zaakceptowania w późniejszym czasie decyzji rodziców o potrzebie leczenia w szpitalu.

Szczególnie ciężkie chwile przeżywają rodzice, gdy zostaną włączeni w system urojeniowy dziecka. Są wówczas przerażeni zmianą uczuciową syna lub córki. Stosunek do rodziców, a zwłaszcza do matki, staje się punktem centralnym przeżyć. Gdy obraz rodziców ulegnie patologicznemu przekształceniu, nagle z życzliwych i dobrych stają się wrogami, prześladowcami, którzy chcą zniszczyć pacjenta, złamać jego życie i zrobić z niego „wariata” czy otruć lekami<sup>13</sup> Jak wykazują badania, wrogie nastawienie wobec najbliższych nie jest takie rzadkie. Najwięcej, bo 9,5% omamów i urojeń, dotyczyło prześladowania przez członków rodziny, a 7,25% przez współmałżonka. Fakt ten jest dodatkowym źródłem cierpień rodziny<sup>14</sup>

Rozpoczęcie leczenia – czy to w formie ambulatoryjnej, czy też w szpitalu, jak pisze Namysłowska<sup>15</sup> – jest ciężkim przeżyciem wywołującym uczucie niemal żałoby, czasami wręcz wrażenia, że wszystko się zawaliło. Silny stres dezorganizuje życie rodzinne, wprowadza chaos, napiętą atmosferę a czasem wręcz rozpacz, tym większą, im wspanialsze były plany, marzenia i oczekiwania względem dziecka. Pryskają one jak bańka mydlana. Rodzi się wiele pytań, na które nie ma odpowiedzi. Towarzyszą im strach, niepokój, niepewność, bezsilność i bezradność. Od tego momentu rozpoczyna się dla rodziny jeszcze trudniejszy okres – życie z chorobą.

W zależności od tego, czy i jak długo chory przebywa w szpitalu, czy też leczy się ambulatoryjnie i mieszka w domu, funkcjonowanie rodziny w róż-

---

<sup>13</sup> K ę p i ń s k i, dz. cyt., s. 137.

<sup>14</sup> M. K r z y s t a n e k, K. S z w a j c a, I. K r u p k a M a t u s z c z y k, *Zniekształcenie i zmienność obrazu rodziny i społeczeństwa w schizofrenii paranoidalnej*, „Psychiatria Polska” 33(1999), nr 1, s. 12.

<sup>15</sup> N a m y s ł o w s k a, *Spotkanie z chorobą*, s. 27.

nym stopniu może ulec dezorganizacji. Każda jednak z tych sytuacji wymusza zmiany w systemie rodzinnym, w którego centrum jest chore dziecko. Jeśli dziecko jest w szpitalu, należy w planie dnia lub tygodnia uwzględnić czas niezbędny na odwiedzenie go i zmobilizować siły, aby go wspierać. Jeśli chce się ukryć pobyt dziecka w szpitalu psychiatrycznym przed dalszą rodziną, sąsiadami czy znajomymi, trzeba wymyślić wiarygodne uzasadnienie nieobecności dziecka w domu, znieść spojrzenia i pytania. Jeśli natomiast dziecko, lecąc się, mieszka w domu, należy zapewnić mu stosowną opiekę i starać się włączyć je w życie rodzinne oraz obowiązki, uwzględniając jego możliwości. Chcąc natomiast ukryć chorobę dziecka, niektóre rodziny unikają gości w swoim domu, nie odwiedzają innych, izolują się i cierpią w samotności. Zdarza się niekiedy, że nawet zmieniają miejsce zamieszkania. Muszą jednak zmobilizować wszystkie siły i zasoby rodzinne, aby mimo choroby funkcjonować.

E. J. Anthony<sup>16</sup> uważa, że choroba ma wszelkie cechy wyzwania, a reakcje rodziny na tę sytuację można podzielić na trzy kategorie: rozwój i zróżnicowanie, przejściowe załamanie i odzyskanie równowagi oraz bezład i dezintegrację. W pierwszej sytuacji ujawniają się ukryte możliwości zarówno poszczególnych członków, jak i rodziny jako całości. Zwiększa się w niej poziom empatii i osiąga wyższy poziom integracji. W sytuacji drugiej rodzina staje się mniej zintegrowana, traci inicjatywę i dochodzi do załamania. Jeśli otrzyma pomoc z zewnątrz, mobilizuje się i szybko odzyskuje równowagę. Trzeci typ reakcji na chorobę prowadzi do postępującej dezorganizacji rodziny, co może spowodować rozpad rodziny. Następuje utrata spójności i tworzą się antagonistyczne koalicje. Pojawiają się uczucia bezradności, beznadziejności i rozpacz.

Rodzicom trudno jest pogodzić się z faktem, że syn czy córka są chorzy psychicznie. Niekiedy pierwszą reakcją obronną ze strony rodziców jest zaprzeczanie, bagatelizowanie, a czasem nadzieja, że to tylko przejściowy epizod, a rozpoznanie okaże się błędne. Z niedowierzaniem przyjmują diagnozy lekarskie, szukając potwierdzenia – a jeszcze bardziej zaprzeczenia – u innych specjalistów<sup>17</sup>. Zarówno niektórzy pacjenci, jak i ich rodziny chcieliby usłyszeć jakiegokolwiek inne rozpoznanie, byleby nie padło to strasz-

---

<sup>16</sup> Cyt. za: N a m y s ł o w s k a, *Spoleczna i emocjonalna*, s. 41-42.

<sup>17</sup> K o w a l s k a, art. cyt., s. 11.

ne słowo „schizofrenia” Gdy wreszcie następuje poprawa i dziecko wraca do domu, pojawiają się kolejne pytania, emocje i problemy.

Zwykle po pierwszym rzucie choroby pacjenci wracają do przerwanych obowiązków, kontynuują naukę. Po ustąpieniu dramatycznych przeżyć pojawia się uczucie ulgi i często nadziei, że koszmar ten był epizodem i więcej się nie powtórzy. Istnieją obawy co do przyszłości, nawrotów, ale pragnienie kontynuowania i realizacji zamierzeń oraz wytyczonych celów, a także chęć sprawdzenia się jest u niektórych pacjentów silniejsza<sup>18</sup> To nastawienie może udzielić się także rodzicom, którzy bardzo chcą uwierzyć, że dziecko będzie zdrowe i zrealizuje pokładane w nim nadzieje. Inni są natomiast bardzo czujni, bacznie obserwują dziecko i pilnują przyjmowania leków, które mają być gwarantem całkowitego powrotu do zdrowia i braku nawrotów<sup>19</sup>

„Zderzenie” z chorobą pozostawia na każdym członku rodziny bardziej lub mniej wyraźne „ślady” Gdy jednak choroba powraca, i to bez uchwyt-nych przyczyn, a dziecko trafia po raz drugi, trzeci i kolejny do szpitala, rodzina uświadamia sobie, że jej życie już nigdy nie będzie takie jak przed zachorowaniem dziecka.

## 2. ZMIANY W OBSZARZE WYBRANYCH FUNKCJI

W zależności od przebiegu choroby, pacjent częściej lub rzadziej, dłużej lub krócej przebywa w szpitalu. Rodzina musi przystosować się do funkcjonowania z pacjentem mieszkającym w domu bądź przebywającym w szpitalu. Wymaga to więc co jakiś czas reorganizacji i adaptacji do różnych sytuacji życiowych. Zmiany, jakie zachodzą w rodzinie, w większym lub mniejszym stopniu, z czasem dotyczą wszystkich jej funkcji. Różni autorzy określają je bardziej lub mniej podobnie, podają różne ich liczby oraz podziały<sup>20</sup> W niniejszym artykule uwzględniono następujące funkcje: materialno-ekonomiczną, prokreacyjną, seksualną, rekreacyjno-towarzyską, emocjonalno-ekspresyjną,

---

<sup>18</sup> M. C h u c h r a, *Obraz siebie w przebiegu schizofrenii paranoidalnej* (mps pracy doktorskiej, Lublin, AM 1996, s. 41).

<sup>19</sup> K o w a l s k a, art. cyt., s. 11.

<sup>20</sup> Zob. Z. T y s z k a, *Socjologia rodziny*, Warszawa: PWN 1974; W P i w o w a r s k i, *Proces sekularyzacji rodziny jako instytucji społeczno-religijnej*, „Roczniki Nauk Społecznych” 1976, nr 4, s. 9-123; Z. B u t r y m, *Rodziny kontekst zdrowia i choroby*, Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej 1995.

opiekuńczą, kontrolną, konsumpcyjną i religijną. Jedne zostaną nieco szerzej omówione, inne natomiast będą jedynie zasygnalizowane.

W wielu rodzinach choroba psychiczna dziecka wpływa znacząco na **materialno-ekonomiczną** funkcję rodziny, nie tylko ze względu na rosnące koszty leczenia. Mimo postępów w terapii schizofrenii, niektórzy pacjenci nigdy nie będą mogli podjąć pracy, a znaczna część tych, którzy pracują, wcześniej lub później przejdzie na rentę. W wymiarze materialnym stają się więc obciążeniem dla rodziny nie tylko dlatego, że na siebie nie zarabiają, ale także przez to, że niekiedy nieumiejętnie wydają posiadane pieniądze. Jeśli pacjent wymaga stałej opieki, może to zmusić, zazwyczaj matkę, do przerwania bądź ograniczenia aktywności zawodowej, bądź do dodatkowych wydatków związanych z zatrudnieniem kogoś do opieki<sup>21</sup>. Należy także uwzględnić tzw. koszty pośrednie, a mianowicie straty okazji do zarobienia dodatkowych pieniędzy z powodu opieki nad chorym lub mniejszą efektywność w pracy z powodu przeciążenia.

Na **funkcję prokreacyjną** choroba psychiczna dziecka będzie miała wpływ jedynie w sytuacji, gdy rodzina jest w fazie rozwojowej. Zachorowanie np. pierwszego dziecka może wpłynąć na decyzje związane z powiększeniem rodziny.

Pośrednio fakt choroby może też wpłynąć na **funkcję seksualną** w małżeństwie. W zależności od tego, czy choroba dziecka bardziej zbliży czy oddali od siebie rodziców, wpływ ten może być pozytywny lub negatywny. Dla jednych seks może być wyrazem więzi w okresie przeżywania smutku, dla innych jest nie do zaakceptowania w takich okolicznościach<sup>22</sup>.

W znacznej mierze zauważa się także zmiany w zakresie **funkcji rekreacyjno-towarzyskiej**. Rodzice zaabsorbowani z jednej strony troską o dziecko, z drugiej strony pełni obaw i lęków, zwłaszcza gdy ukrywają przed innymi chorobę syna lub córki, zrywają bądź ograniczają kontakty z innymi. Wraz z postępem choroby postępuje także izolacja społeczna rodziny. Niektóre rodziny ograniczają wspólne wyjścia z chorym do miejsc publicznych, aby ktoś ze znajomych nie zauważył, że z dzieckiem dzieje się „coś złego”. Obawiają się niekontrolowanych, niekiedy dziwnych zachowań. Unikają także

---

<sup>21</sup> Brodnia k S tań c z a k, art. cyt., s. 44-45; Z. P u c h e l a k, A. B i e l a n s k a, *Rodzina pacjenta: jej brzemię i jej możliwości*, [w:] *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie* (2), red. J. Bomba, B. de Barbaro, Kraków: BPP 2002, s. 82.

<sup>22</sup> M. K e i r s e, *Piętno smutku*, Radom: Polskie Wyd. Encyklopedyczne „Polwen” 2005, s. 78.

spotkań z sąsiadami czy znajomymi, aby nie być narażonymi na kłopotliwe pytania. Ukrywają skrzętnie rodzinną tajemnicę przed innymi, dodając sobie w ten sposób ciężaru. Boją się ujawnić swój wstydlivy problem w obawie przez odrzuceniem i stygmatyzacją. Jeśli dotychczas wspólnie ze znajomymi spędzali weekendy czy urlopy, obecność chorego psychicznie może uniemożliwić wypoczynek i wpłynąć na postawy znajomych, co z kolei może stać się dodatkowym źródłem cierpienia<sup>23</sup>

**Emocjonalno-ekspresyjna funkcja** sprowadza się do zabezpieczenia potrzeb emocjonalnych jej członków. Nie sposób omówić ją w oderwaniu od funkcji opiekuńczej, związanej z kolei z funkcją kontrolną. W sytuacji choroby psychicznej dziecka poszczególni członkowie rodziny doznają wielu, niekiedy skrajnych czy ambiwalentnych emocji i uczuć związanych z kształtowaniem się określonych postaw wobec chorego. Związane są one między innymi z przebiegiem choroby, zachowaniami dziecka, a także odpornością psychiczną bliskich oraz pokładanymi w nim nadziejami. Jak ważną rolę odgrywają emocje w rodzinie, może świadczyć fakt stworzenia koncepcji, którą w literaturze przyjęto się określać jako Expressed Emotion Theory, zbudowania kwestionariusza badającego klimat emocjonalny rodziny (Camberwell Family Interview – CFI), a następnie określenia tzw. wskaźnika ujawnianych uczuć (Index of EE). Badania nad wpływem atmosfery w rodzinie na przebieg choroby zapoczątkowane zostały przez G. W. Browna i jego współpracowników<sup>24</sup>. Wykazali oni, że pacjenci, których krewni ujawniali „wysokie emocjonalne zaangażowanie”, byli znacznie częściej hospitalizowani. Liczba nawrotów u pacjentów najsilniej korelowała z liczbą uwag krytycznych wyrażanych przez bliskich, wrogością i emocjonalnym uwikłaniem<sup>25</sup>. W Polsce zagadnieniem tym zajmowała się M. Rostworowska<sup>26</sup>

<sup>23</sup> Namysłowska, *Spoleczna i emocjonalna*, s. 39; Namysłowska, *Życie z chorobą*, s. 29; Puchelak, Bielanińska, art. cyt., s. 82; Kowalska, art. cyt., s. 11.

<sup>24</sup> Zob. G. W. Brown, G. Carstairs, G. Topping, *The Post-hospital Adjustment of Chronic Mental Patients*, „Lancet” 1958, nr 2, s. 685-689; G. W. Brown, E. Monck, G. Carstairs, G. Topping, *The Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Illnesses*, „British Journal of Preventive and Social Medicine” 1962, nr 16, s. 55-68; G. W. Brown, M. Rutter, *The Measurement of Family Activities and Relationships: A Methodological Study*, „Human Relations” 1966, nr 19, s. 241-263.

<sup>25</sup> G. W. Brown, J. Birley, J. Wing, *Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorder: Replication*, „British Journal of Psychiatry” 1972, nr 121, s. 241-258.

<sup>26</sup> *Zależność przebiegu schizofrenii od klimatu emocjonalnego rodziny mierzonego Wskaźnikiem Ujawnianych Uczuć* (mps pracy doktorskiej, Kraków, 1991).



Choroba zazwyczaj sprawia, że pacjent jest zwolniony z pełnienia dotychczasowych ról i obowiązków, jest w centrum uwagi całej rodziny, która intensyfikuje wobec niego działania opiekuńcze. Ciężar opieki z kolei wyzwala określone emocje, co może mieć wpływ na proces zdrowienia. Z drugiej strony – jak wykazały badania B. de Barbaro<sup>27</sup> – ocena przez bliskich ciężaru opieki nad chorym uzależniona jest od emocjonalnego nastawienia wobec niego, zanim zachorował. Potwierdza to poglądy innych badaczy<sup>28</sup>, że istotną zmienną w przystosowaniu rodziny do funkcjonowania w sytuacji choroby jest to, na jaką atmosferę emocjonalną w rodzinie nałoży się fakt wystąpienia zaburzeń psychicznych. Jeśli atmosfera nie była prawidłowa już przed zachorowaniem dziecka, relacje emocjonalne między rodzicami po jego zachorowaniu na ogół stopniowo stają się coraz bardziej zaburzone. W rodzinach o prawidłowej atmosferze emocjonalnej choroba dziecka bądź zbliża, bądź oddala od siebie małżonków.

W sytuacji choroby dziecka rodzice przeżywają silne poczucie winy, paraliżujące możliwości przystosowawcze rodziny. Może ono mieć wiele źródeł: wypływać z poczucia popełnianych błędów wychowawczych; niezauważenia pierwszych objawów choroby i braku wczesnej interwencji; karania za wcześniejsze zachowania, które były już skutkiem choroby.

Szczególne poczucie winy odczuwa rodzic, w którego rodzinie ktoś chorował psychicznie. Uruchomić je może także jedno z pierwszych pytań o ten fakt w trakcie wywiadu, a potęguje niekiedy oskarżanie ze strony współmałżonka czy chorego. Fakt choroby wyzwala łańcuch skomplikowanych stanów emocjonalnych rodzących ogólne napięcie w rodzinie. Do najczęstszych należy zaliczyć strach, lęk, przygnębienie, wstyd, żal, poczucie bezsilności, bezradności i niepewności<sup>29</sup>. Wszystkie one na różnych etapach procesu chorobowego ujawniają się w różnym natężeniu.

W przebiegu choroby dziecka rzadziej natomiast ujawniane są uczucia ambiwalentne, mniej akceptowane i „głębiej” leżące, takie jak złość czy agresja<sup>30</sup>. U niektórych rodziców występuje zespół objawów depresyj-

---

<sup>27</sup> B. de Barbaro, *Brzemie rodziny w schizofrenii*, Kraków: AM 1992, s. 95-96.

<sup>28</sup> H. Sulestrowska, M. Wosiński, *Schizofrenia u dzieci*, Warszawa: PZWL 1978, s. 118-119; Namysłowska, *Życie z chorobą*, s. 30-31.

<sup>29</sup> Namysłowska, *Życie z chorobą*, s. 31; Puchelak, Bielańska, art. cyt., s. 81.

<sup>30</sup> E. H. Thompson, W. Doll, *The Burden of Families Coping with the Mentally Ill: An Invisible Crisis*, „Family Relations” 1982, nr 31, nr 379-388.

nych<sup>31</sup>, a niekiedy poczucie tzw. śmierci psychospołecznej, gdy osobowość chorego ulega takiej zmianie, że tak naprawdę nie istnieje już ten, którego wcześniej znali<sup>32</sup>

Każda choroba dziecka intensyfikuje **funkcje opiekuńcze** u rodziców, które jednak w połączeniu z silnym poczuciem winy mogą przerodzić się w postawy nadopiekuńcze. Dorosłe dziecko jest wówczas zwalniane ze wszystkich obowiązków, wyřęczane nawet w drobnych codziennych czynnościach, jest ochraniańe przed trudnymi sytuacjami, nie informowane o problemach i trudnościach rodziny. Obniża się wobec niego wymagania, toleruje niewłaściwe zachowania i przez to nieświadomie wzmacnia poczucie choroby, uniemożliwia odzyskanie samodzielności i odpowiedzialności, a potęguje zależność od rodziców i otoczenia. Odwrotnością tej postawy jest postawa odrzucenia, związana z takimi odczuciami, jak rozczarowanie, gniew, wstyd. Rodzina rzadko wówczas odwiedza chorego, opóźnia decyzję wypisania ze szpitala, zaniedbuje chorego<sup>33</sup>

Szczęólnego znaczenia w sytuacji choroby nabiera także niejednokrotnie nasilona **funkcja kontrolna** ze strony rodziców. Z obawy przed nawrotem choroby zazwyczaj matka bacznie obserwuje dziecko, wypytuje wielokrotnie w ciągu dnia, jak się czuje, sprawdza przyjmowanie leków, zagląda do pokoju, co ono robi, gdzie wychodzi, z kim się spotyka i kiedy wraca. Takie postawy mogą wyzwać irytację czy wręcz agresję u dziecka, a jednocześnie powodować ogromne obciążenie u kontrolującego rodzica. Ograniczają życie rodziców, koncentrując je na chorym dziecku, co w konsekwencji doprowadza do tego, że nie żyją oni dla siebie, tylko dla chorego<sup>34</sup>

W niektórych przypadkach można zauważyć pewne zmiany także w zakresie **funkcji konsumpcyjnej**. Jeśli rodzina wspólnie spożywała przynajmniej niektóre posiłki, może zaistnieć taka sytuacja, że chore dziecko nie zawsze będzie chciało brać w nich udział. Może to wynikać np. z ogólnej niechęci

---

<sup>31</sup> A. B. H a t f i e l d, *Psychological Cost of Schizophrenia to the Family*, „Social Work” 1978, nr 23, s. 355-359.

<sup>32</sup> M. K e i r s e, *Smutek, strata, żałoba*, Radom: Polskie Wyd. Encyklopedyczne „Polwen” 2004, s. 147; K o w a l s k a, art. cyt., s. 12.

<sup>33</sup> M. K o s t e c k a - W a l e n i a, M. Ż a r d e c k a M i e ś c i c k a, *Schizofrenia w rodzinie*, [w:] *Spółeczne problemy*, s. 86-87; B. H i n z e, A. B ę b e n e k, A. K ü h n -D y m e c k a, *Praca z rodzinami chorych na schizofrenię w ujęciu psychoedukacyjnym – poglądy i doświadczenia*, „Neurologia i Psychiatria” 7(2003), nr 2, s. 28; K o w a l s k a, art. cyt., s. 10.

<sup>34</sup> P u c h e l a k, B i e l a ń s k a, art. cyt., s. 81.

do kontaktów bądź z powodu nasilenia konfliktów w rodzinie albo jest spowodowane niemożnością wczesnego wstania na śniadanie, gdyż ma ono gorsze poranne samopoczucie. W sporadycznych sytuacjach, gdy np. pacjent jest przekonany, że jest truty, może nie tylko unikać wspólnych posiłków, ale sam robić zakupy i przygotowywać sobie potrawy, niekiedy zaskakując rodzinę zestawem składników.

Istotne zmiany w niektórych rodzinach zachodzą także w zakresie **funkcji religijnej**. W jednych, zwłaszcza na początku choroby, mogą zrodzić się postawy buntu i żalu do Pana Boga, a co za tym idzie – osłabienie praktyk religijnych czy nawet zaniechanie. W innych rodzinach natomiast wiara nadaje inny wymiar cierpieniu, któremu zawsze towarzyszy nadzieja<sup>35</sup>, oraz jest źródłem siły i wsparcia<sup>36</sup>

\*

Niniejszy artykuł nie wyczerpuje w pełni analizowanego tematu. Problemów wiążących się z zachorowaniem dziecka na schizofrenię jest o wiele więcej. Już chociażby ogólny przegląd zmian w zakresie wybranych funkcji ukazuje, jak komplikuje się funkcjonowanie rodziny w sytuacji choroby psychicznej dziecka i jak wiele będzie trzeba włożyć trudu, aby rodzina nie uległa całkowitej dezorganizacji.

### BIBLIOGRAFIA

- A n t h o n y E. J.: The Mutative Impact no Family of Serious Mental and Physical Illness Un a Parent, „Canadian Psychiatric Association Journal” 14(1969), nr 5, s. 443-452.
- A n t h o n y E. J., K o p e r n i k C.: The Child and His Family, New York: Wiley 1970.
- B o h o m o l e c E., N a m y s ł o w s k a I., S z y s z k o w s k i W.: Wpływ choroby psychicznej na funkcjonowanie rodziny, „Psychiatria Polska” 12(1978), nr 1, s. 79-85.
- B r o d n i a k W., S t a n i c z a k T.: Rodzina chorego w środowisku społecznym, [w:] Społeczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych, red. W. Brodniak, Warszawa: PZWL 1985, s. 42-48.

---

<sup>35</sup> N a m y s ł o w s k a, *Życie z chorobą*, s. 42.

<sup>36</sup> D e B a r b a r o, dz. cyt., s. 85; P u c h e l a k, B i e l a n s k a, art. cyt., s. 84.

- B r o w n G. W., C a r s t a i r s G., T o p p i n g G.: The Post-Hospital Adjustment of Chronic Mental Patients, „Lancet” 1958, nr 2, s. 685-689.
- B r o w n G. W., M o n c k E., C a r s t a i r s G., T o p p i n g G.: The Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Illnesses, „British Journal of Preventive and Social Medicine” 1962, nr 16, s. 55-68.
- B r o w n G. W., R u t t e r M.: The Measurement of Family Activities and Relationships: A Methodological Study, „Human Relations” 1966, nr 19, s. 241-263.
- B r o w n G. W., B i r l e y J., W i n g J.: Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorder: Replication, „British Journal of Psychiatry” 1972, nr 121, s. 241-258.
- B u t r y m Z.: Rodzinny kontekst zdrowia i choroby, Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej 1995.
- C h u c h r a M.: Obraz siebie w przebiegu schizofrenii paranoidalnej (mps pracy doktorskiej, Lublin, AM 1996).
- D e B a r b a r o B.: Brzemie rodziny w schizofrenii, Kraków: AM 1992, s. 95-96.
- H a t f i e l d A. B.: Psychological Cost of Schizophrenia to the Family, „Social Work” 1978, nr 23, s. 355-359.
- H i n z e B., B ę b e n e k A., K ü h n - D y m e c k a A.: Praca z rodzinami chorych na schizofrenię w ujęciu psychoedukacyjnym – poglądy i doświadczenia, „Neurologia i Psychiatria” 7(2003), nr 2, s. 23-30.
- K e i r s e M.: Smutek, strata, żałoba, Radom: Polskie Wyd. Encyklopedyczne „Polwen” 2004.
- K e i r s e M.: Piętno smutku, Radom: Polskie Wyd. Encyklopedyczne „Polwen” 2005.
- K ę p i ń s k i A.: Schizofrenia, Warszawa: PZWL 1981.
- K o s t e c k a W a l e n i a M., Ż a r d e c k a - M i e ś c i c k a M.: Schizofrenik w rodzinie, [w:] Społeczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych, red. W. Brodniak, Warszawa: PZWL 1985, s. 76-95.
- K o w a l s k a W.: Dom wobec dziecka chorego na schizofrenię, „Edukacja i Dialog” 2004, nr 1, s. 10-14.
- K r z y s t a n e k M., S z w a j c a K., K r u p k a - M a t u s z c z y k I.: Zniekształcenie i zmienność obrazu rodziny i społeczeństwa w schizofrenii paranoidalnej, „Psychiatria Polska” 33(1999), nr 1, s. 5-14.
- M c C u b b i n H. I., P a t t e r s o n J. M.: Family Transitions: Adaptation to Stress, [w:] Stress and Family: Coping with Normative Transitions, Eds. H. I. McCubbin, C. R. Figley, t. 1, New York: Brunnel/Mazel 1983, s. 5-25.
- N a m y ś ł o w s k a I.: Społeczna i emocjonalna adaptacja rodzin pacjentów chorych na schizofrenię, Warszawa: AM 1983.
- N a m y ś ł o w s k a I.: Spotkanie z chorobą, [w:] Społeczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych, red. W. Brodniak, Warszawa: PZWL 1985, s. 13-27.
- N a m y ś ł o w s k a I.: Życie z chorobą, [w:] Społeczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych, red. W. Brodniak, Warszawa: PZWL 1985, s. 27-42.
- O c h o j s k a D.: Człowiek chory w rodzinie – proces zmagania się z sytuacją, „Problemy Rodziny” 1994, nr 6, s. 19-22.

- P a r s o n s T., F o x R.: Illness, Therapy and the Modern Urban American Family, „The Journal of Social Issues” 1952, nr 8, s. 31-44.
- P i w o w a r s k i W.: Proces sekularyzacji rodziny jako instytucji społeczno-religijnej, „Roczniki Filozoficzne” 1976, nr 4, s. 93-123.
- P u c h e l a k Z., B i e l a ń s k a A.: Rodzina pacjenta: jej brzemie i jej możliwości, [w:] Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie (2), red. J. Bomba, B. de Barbaro, Kraków: BPP 2002, s. 81-85.
- R a d o c h o ń s k i M.: Choroba a rodzina, Rzeszów: Wydawnictwo WSP 1987.
- R o s t w o r o w s k a M.: Zależność przebiegu schizofrenii od klimatu emocjonalnego rodziny mierzonego wskaźnikiem Ujawnianych Uczuć (mps pracy doktor-skiej, Kraków 1991).
- S h a p i r o J.: Assessment of Family Coping With Illness, „Psychosomatics” 1986, nr 27, s. 262-271.
- S t e p u l a k M.: Relacyjność systemu rodzinnego, „Roczniki Teologiczne” 54(2007), nr 10, s. 93-118.
- S u l e s t r o w s k a H., W o s i ń s k i M.: Schizofrenia u dzieci, Warszawa: PZWL 1978.
- T h o m p s o n E. H., D o l l W.: The Burden of Families Coping With the Mentally Ill: An Invisible Crisis, „Family Relations” 1982, nr 31, nr 379-388.
- T y s z k a Z.: Socjologia rodziny, Warszawa: PWN 1974.

## CHANGES IN THE FUNCTIONING OF THE FAMILY AFTER A CHILD FALLS ILL WITH SCHIZOPHRENIA

### S u m m a r y

In the contemporary world more and more people need psychiatric treatment. Among them a special group – because of family and social effects – is constituted by schizophrenic patients. The aim of the present article is to show the changes that occur in functioning of a family after a child in it falls ill with schizophrenia. Part I presents the attitudes and emotions that accompany the struggle with the illness, and Part II – the changes in the selected functions of the family. The author first of all focuses her considerations on the following functions: material-economic, procreative, sexual, recreation-social, emotional-expressive, tutelary, controlling, consumption and religious ones. Some of them are discussed more extensively, others are only pointed to. The basis of the paper mainly consists of articles both in Polish and English.

*Translated by Tadeusz Karłowicz*

**Słowa kluczowe:** schizofrenia, rodzina.

**Key words:** schizophrenia, family.