

Sylvia Niemiec-Elanany

UNIWERSYTET PEDAGOGICZNY W KRAKOWIE

STYLE FUNKCJONOWANIA INTERPERSONALNEGO ADOLESCENTÓW Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Abstract

This article looks at the social functioning of young people with mental disorders, and in particular their contacts with family and peers. The theoretical part of the article contextualizes the problem within discussions of behavioural disorders, adolescent depression, eating disorders, the obsessive-compulsive syndrome and schizophrenia. The other part contains results of the author's research of the social functioning of adolescent patients of the Mental Health Centre for Children and Adolescents in Cracow.

Key words: social functioning, psychiatric disorders, adolescence

Słowa kluczowe: funkcjonowanie społeczne, zaburzenia psychiczne, adolescencja

Człowiek jest istotą społeczną, a środowisko, w którym żyje wywiera na niego istotny wpływ. Wystąpienie schorzenia psychicznego może zaburzać funkcjonowanie w społeczeństwie, aczkolwiek nie zawsze wywiera negatywny czy też destrukcyjny wpływ na ten aspekt życia.

Funkcjonowanie społeczne jest pojęciem bardzo szerokim, obejmującym wiele sfer życia. P.J. Tyrer¹ rozumie je jako „poziom, na jakim osoba funkcjonuje w jej społecznym kontekście, od podstawowych umiejętności życiowych po relacje z innymi osobami z otoczenia”.

Owe relacje wydają się być szczególnie znaczące w adolescencji, kiedy młodzież intensywnie poszukuje swego miejsca w różnych stosunkach społecznych. Jest to okres licznych przemian i zagrożeń, które wynikają m.in. z trudności w określeniu swojej

¹ J. Rymaszewska, E. Dobrzyńska, A. Kiejna, *Funkcjonowanie społeczne i niesprawność społeczna — definicje, narzędzia oraz znaczenie kliniczne w psychiatrii*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2006, 15, s. 99–194.

zmieniającej się tożsamości². Młodzież odczuwa także dezorientację w relacjach interpersonalnych, tymczasowość aktualnego położenia życiowego oraz trudność znalezienia swojego miejsca w świecie³.

Poważne zmiany i konflikty widoczne są także w rodzinie — środowisku, które do tej pory dla młodego człowieka było najbliższe. Po raz pierwszy opinie rodziców tracą znaczenie na rzecz opinii rówieśników, których świat staje się tak samo ważny, a chwilami ważniejszy niż rodzina. Adolescenci intensywnie poszukują wsparcia, miłości oraz przyjaźni w grupach rówieśniczych. Tam właśnie zdobywają nowe doświadczenia społeczne, tj. umiejętności działania w zespole, rywalizacji czy też zdolności przywódcze⁴. Adolescencja jest także okresem ilościowego i jakościowego wzrastania zasobów psychicznych. Wielu młodych przechodzi ten czas bez kryzysów i zaburzeń, chociaż nie bez trudności, które jednak udaje im się pokonać. U osób, które sobie z nimi nie radzą, spotyka się typowe dla tego okresu zaburzenia⁵. Nieprawidłowości te w mniejszym lub większym stopniu utrudniają młodzieży funkcjonowanie na różnych płaszczyznach.

Funkcjonowanie interpersonalne, związane m.in. ze środowiskiem rodzinnym, rówieśniczym oraz szkolnym, jest znacznie upośledzone w przypadku zaburzeń typowych dla okresu adolescencji, czyli zaburzeń zachowania⁶. Powodują one poważne przekroczenie norm oraz oczekiwań społecznych, a także bardzo nieprzyjemne konsekwencje dla innych (rodziców, rodzeństwa, rówieśników, nauczycieli, nieznajomych), którzy stają się obiektem zachowań antyspołecznych i agresywnych.

Do takich należą m.in. zastraszanie, wszczynanie bójek, fizyczne okrucieństwo, kradzieże, podpalanie, niszczenie mienia, wagarowanie, ucieczki z domu⁷.

Zachowania te wzbudzają niechęć otoczenia, prowadząc do słabych relacji społecznych, które są spowodowane niskim poziomem umiejętności interpersonalnych oraz wyższym poziomem odrzucenia tych osób. Konflikty społeczne są także rezultatem niedoborów w ogólnej liczbie i jakości wygenerowanych rozwiązań dotyczących problemów⁸.

Agresywni adolescenty skłonni są przypisywać wrogie intencje innym osobom. Ma to miejsce zwłaszcza w sytuacjach społecznych, w których oznaki rzeczywistych motywów są niejednoznaczne⁹. Szczególną uwagę zwracają oni na sygnały nieprzyjemne, a wzrastająca tendencja do postrzegania cudzych działań jako wrogich powoduje

² I. Obuchowska, *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży — wybrane zagadnienia*, [w:] *Psychologia kliniczna*, t. 2, red. H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

³ H. Sęk, *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2001.

⁴ M. Orwid, K. Pietruszewski, *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Collegium Medicum UJ, Kraków 1996.

⁵ I. Obuchowska, *Psychologia...*

⁶ L. Niebrzydowski, *Psychologia wychowawcza i społeczna. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo WSP im. T. Kotarbińskiego, Zielona Góra 1995.

⁷ H. Sulestowska, *Zaburzenia zachowania i nieprawidłowy rozwój osobowości u dzieci i młodzieży*, [w:] *Psychiatria wieku rozwojowego*, red. A. Popielarska, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1989.

⁸ J.E. Lochman, T.D. Barry, D.A. Pardini, *Trening kontroli gniewu dla agresywnej młodzieży*, [w:] *Psychoterapia dzieci i młodzieży: metody oparte na dowodach*, red. A.E. Kazdin, J.R. Weisz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.

⁹ A.E. Kazdin, *Trening rozwiązywania problemów i warsztaty umiejętności rodzicielskich w zaburzeniach zachowania*, [w:] *Psychoterapia dzieci i młodzieży: metody oparte na dowodach*, red. A.E. Kazdin, J.R. Weisz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.

wyższy poziom agresywności. Młodzież jest przekonana, że agresywne rozwiązania przyniosą pozytywne wyniki i rzadko żywi przeświadczenie o negatywnych konsekwencjach wrogiego zachowania¹⁰.

Środowisko rodzinne nie tylko jest narażone na antyspoleczne zachowania nastolatków, ale w dużej mierze takie postępowanie generuje. Ma na to wpływ m.in. głęboko zaburzony związek w diadzie rodzic–dziecko, ciągle wzmacnianie negatywnych zachowań przez rodziców oraz niewyciąganie przez nich konsekwencji¹¹. W takiej rodzinie występuje wiele konfliktów interpersonalnych, rozwiązywanych zazwyczaj za pomocą czynnej agresji, ponadto słaba komunikacja, wysoki poziom stresu rodzicielskiego oraz częsta patologia w postaci zachowań przestępczych i zaburzeń czynności psychicznych¹². Młodzież w takich rodzinach narażona jest na niestabilność więzi uczuciowych i brak społecznie akceptowanych wzorców. Słabe bądź ograniczone umiejętności społeczne mogą przyczynić się do odrzucenia przez rówieśników, a także izolacji, niepopularności, braku bliskich przyjaciół lub trwałych, empatycznych, obustronnych związków z innymi członkami tej samej grupy wiekowej¹³.

Dość często osoby, szukając przyjaznego dla siebie otoczenia, często natrafiają na ludzi z podobnymi problemami. Zazwyczaj jednak są to grupy eksperymentujące z alkoholem i narkotykami bądź o charakterze przestępczym, adolescenti nabywają przez to coraz większej odporności na typowe procesy socjalizacji¹⁴.

Konflikty przyczyniają się również do problemów w szkole. Osoby takie są niezdolne do nawiązywania czy podtrzymywania zadowalających kontaktów nie tylko z uczniami — rówieśnikami, ale i nauczycielami¹⁵. Pojawiają się trudności szkolne, gorsze wyniki w nauce, powtarzanie klas, problemy z opanowaniem poszczególnych umiejętności, np. czytania, a także wagary i czasem porzucanie szkoły¹⁶.

Drugim z kolei zaburzeniem, diagnozowanym najczęściej u adolescentów jest depresja młodzieńcza.

Sferę relacji międzyludzkich u depresyjnych nastolatków charakteryzuje przede wszystkim wycofanie społeczne i izolacja, które związane są z lękiem, szczególnie tym o charakterze społecznym¹⁷. Depresja u adolescentów powiązana jest z poważ-

¹⁰ J.E. Lochman, T.D. Barry, D.A. Pardini, *Trening...*

¹¹ P. Chamberlain, D.K. Smith, *Zachowania antyspoleczne u dzieci i nastolatków. Oregoński Program Wielowymiarowej Terapii i Opieki Zastępczej (MTFC)*, [w:] *Psychoterapia dzieci i młodzieży: metody oparte na dowodach*, red. A.E. Kazdin, J.R. Weisz, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.

¹² S.C. Henggeler, T. Lee, *Terapia wielosystemowa poważnych problemów klinicznych*, [w:] *Psychoterapia dzieci i młodzieży: metody oparte na dowodach*, red. A.E. Kazdin, J.R. Weisz, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.

¹³ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych: Rewizja dziesiąta, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 1997, s. 221.

¹⁴ M. Orwid, K. Pietruszewski, *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Collegium Medicum UJ, Kraków 1996.

¹⁵ P. Huget, *Kompetencje społeczne dzieci z zaburzeniami w zachowaniu*, [w:] *Spoleczne konteksty zaburzeń w zachowaniu*, red. B. Urban, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

¹⁶ M. Orwid, K. Pietruszewski, *Psychiatria...*

¹⁷ G.N. Clarke, L.L. De Bar, P.M. Lewinohn, *Poznawczo-behawioralna terapia grupowa depresji młodzieńczej*, [w:] *Psychoterapia dzieci i młodzieży: metody oparte na dowodach*, red. A.E. Kazdin, J.R. Weisz, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.

nymi problemami w funkcjonowaniu — zaburzone są relacje interpersonalne (trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu więzi społecznych) oraz występują znacznie niższe wyniki w skalach ogólnego dostosowania i funkcjonowania¹⁸.

Osoby z tym zaburzeniem interpretują niejednoznaczne sytuacje w bardzo pesymistyczny sposób, np. „Ci ludzie na pewno śmieją się ze mnie, bo wiedzą, że jestem nieudacznikiem”¹⁹, co związane jest m.in. z nieadekwatnym, nadmiernie negatywnym obrazem samego siebie, świata i przyszłych możliwości²⁰.

Depresja w okresie adolescencji związana jest z wieloma deficytami umiejętności w zakresie rozwiązywania problemów, wytwarzania, oceny i wdrażania rozwiązań, z napięciem oraz słabą zdolnością do jego łagodzenia, co powoduje unikanie nowych i potencjalnie wymagających sytuacji, z nieśmiałą i nieangażującą się postawą w sytuacjach społecznych, co z kolei uniemożliwia satysfakcjonujące interakcje oraz powstrzymuje rozwój bliskich relacji, ponadto z gorszym wykonaniem w specyficznych dziedzinach umiejętności cenionych przez szkołę lub rówieśników, co prowadzi do niekorzystnych porównań społecznych dokonywanych przez siebie i innych oraz obniża zarówno status wśród rówieśników, jak i poczucie własnej wartości²¹.

Sytuacja rodzinna ma często ogromny wpływ na pojawienie się depresji u adolescentów. Młodzież doświadcza wielu sytuacji konfliktowych, stawiane są im duże wymagania, pojawiają się trudności interpersonalne i stres, z którymi nie zawsze dają sobie radę. Między nastolatkiem a rodzicami często powstają spory. Młodzież z depresją może być szczególnie źle przygotowana do radzenia sobie z tego typu problemami, co w konsekwencji może zaostrzać obraz kliniczny tego zaburzenia²².

Identyfikowane są także trudności funkcjonowania w obszarze szkolnym, tj. problemy w uczeniu się, niepowodzenia szkolne, odrzucanie lub ignorowanie przyjaciół²³. Obserwuje się tendencje do samokarania, przejawiające się w demonstracyjnym niszczeniu swojej dobrej opinii w szkole i wśród rówieśników, w wagarowaniu, zaniedbywaniu i porzucaniu nauki szkolnej²⁴.

Kolejną nieprawidłowością, która sprawia chyba najwięcej trudności osobom sprawującym nadzór i opiekę nad młodzieżą, są zaburzenia zachowania, będące zazwyczaj nieodłącznymi w depresji młodzieńczej²⁵. Długotrwałe konflikty, stopniowe narastanie

¹⁸ J.R. Weisz, M.A. Southam-Gerow, E.B. Gordis, J. Connor-Smith, *Trening wzmocnienia pierwotnej i wtórnej kontroli u młodzieży z depresją. Zastosowanie modelu systematycznego wdrażania jako modelu rozwijania i testowania metod terapeutycznych*, [w:] *Psychoterapia dzieci i młodzieży: metody oparte na dowodach*, red. A.E. Kazdin, J.R. Weisz, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 187.

¹⁹ G.N. Clarke, L.L. DeBar, P.M. Lewinohn, *Poznawczo-behawioralna...*, s. 135.

²⁰ V.R. Weersing, D.A. Brent, *Terapia poznawczo-behawioralna depresji młodzieńczej. Porównawcza skuteczność eksperymentalna, mediatory, moderatory i skuteczność rzeczywista*, [w:] *Psychoterapia dzieci i młodzieży: metody oparte na dowodach*, red. A.E. Kazdin, J.R. Weisz, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.

²¹ J.R. Weisz, M.A. Southam-Gerow, E.B. Gordis, J. Connor-Smith, *Trening...*, s. 188–189.

²² L. Mufson, K.P. Dorta, *Psychoterapia interpersonalna dla depresyjnych adolescentów*, [w:] *Psychoterapia dzieci i młodzieży: metody oparte na dowodach*, red. A.E. Kazdin, J.R. Weisz, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.

²³ J. Bomba, *Depresja młodzieńcza*, [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. I. Namysłowska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

²⁴ M. Orwid, K. Pietrusz ewski, *Psychiatria*, s. 145.

²⁵ J. Bomba, *Depresja młodzieńcza...*

kryzysów, rozluźnienie znaczących związków społecznych prowadzą także często do prób samobójczych²⁶.

W przypadku kolejnych nieprawidłowości — zaburzeń odżywiania, a dokładniej jadłowstrętu psychicznego, sfera kontaktów społecznych charakteryzuje się nieufnością interpersonalną, która objawia się poczuciem wyobcowania i niechęcią do wchodzenia w bliższe relacje²⁷.

Rodzinę anorektyczną cechuje swoista słabość systemu małżeńskiego. Duże znaczenie przywiązuje się do pozycji społecznej, osiągnięć oraz wartości edukacji, którym to oczekiwaniom stara się sprostać zwłaszcza córka z omawianym zaburzeniem odżywiania. Hierarchia rodzinna ma charakter dysfunkcyjny z niezbyt jasną strukturą władzy²⁸. Środowisko rodzinne pacjentów anorektycznych cechuje stawianie bardzo wysokich wymagań, pilność, obowiązkowość, nadopiekuńczość, sztywność oraz unikanie konfliktów²⁹. B. Józefik³⁰ w swoich badaniach dowiodła, iż anorektyczki ogólnie pozytywnie postrzegają swoją rodzinę jako całość, a trudności identyfikują jedynie w zakresie komunikacji i kontroli. Bardzo pozytywnie oceniają swoje relacje z rodzicami, a w małym zakresie widzą objawy swojej choroby oraz trudności w funkcjonowaniu.

Istnieje wiele koncepcji dotyczących rodzin osób z zaburzeniami odżywiania. Jedną z nich, czyli Model S. Palazzoli³¹, ograniczanie jedzenia rozumie jako wyzwanie młodej anorektyczki rzucone swojej matce, która to natychmiast zaczyna się temu sprzeciwiać. Moment podjęcia decyzji o ograniczaniu przyjmowania pokarmów jest często sprowokowany specyficznym zachowaniem matki w stosunku do męża lub nastolatki. Rodzinna gra zaczyna toczyć się wokół symptomu, powodując tym samym u córki dużą przyjemność z posiadanej siły i kontroli. W miarę upływu czasu i postępowania zaburzenia nasilają się różnice w spostrzeganiu własnego wyglądu przez pacjentki i przez ich otoczenie, skutkiem czego zamykają się one w sobie i zrywają kontakty z rówieśnikami i znajomymi³². Nie przejawiają także zainteresowania płcią przeciwną. Mimo wyniszczenia nastolatki zachowują sprawność i aktywność życiową. W szkole są z reguły wzorowymi uczennicami, często uczestniczą w różnych zajęciach pozaszkolnych, w których okazują się perfekcjonistkami. Dziewczęta takie stale planują swoją przyszłość, uczą się systematycznie, sumiennie i pilnie, a także żywo reagują na niepowodzenia szkolne oraz są bardzo przejęte, gdy ich sprawność w nauce zmniejsza się³³.

²⁶ M.B. Pecyna, *Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej*, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa 1998.

²⁷ A.L. Robin, *Behawioralna terapia systemów rodzinnych dla nastolatków cierpiących na jadłowstręt psychiczny*, [w:] *Psychoterapia dzieci i młodzieży: metody oparte na dowodach*, red. A.E. Kazdin, J.R. Weisz, Wyda. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.

²⁸ B. Józefik, *Modele rodzinne a anoreksja psychiczna*. Cz. II. *Wzory i przekazy międzypokoleniowe*, „Psychiatria Polska” 1999, 6, s. 877–886.

²⁹ M. Orwid, K. Pietruszewski, *Psychiatria...*

³⁰ B. Józefik, *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.

³¹ B. Józefik, *Modele rodzinne...*, s. 861–875.

³² A. Rajewski, *Zaburzenia odżywiania*, [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. I. Namysłowska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

³³ M. Suffczyńska-Kotowska, *Zaburzenia psychosomatyczne*, [w:] *Psychiatria wieku rozwojowego*, red. A. Popielarska, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1989.

W przypadku kolejnych nieprawidłowości występujących w okresie adolescencji, czyli zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, aktywność pacjentów ogranicza się prawie wyłącznie do powracających ciągle myśli, wątpliwości, impulsów oraz powtarzanych czynności, co prowadzi do istotnego spowolnienia tempa codziennych czynności. Niektóre obsesje, np. obsesyjne impulsy, często prowadzą do natychmiastowych, bardzo niebezpiecznych działań o charakterze agresywnym, które powodują społeczne zakłopotanie, a niekiedy nawet i zagrożenie. Natrętne, agresywne myśli związane są zazwyczaj z atakiem na inną osobę lub osoby, ujawnieniem złości, a także zachowaniami obscenicznymi w miejscu publicznym. Objawy zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych w znacznym stopniu utrudniają codzienną aktywność szkolną nastolatków, funkcjonowanie społeczne oraz relacje z innymi ludźmi. Temu zaburzeniu może towarzyszyć m.in. fobia społeczna³⁴.

Problemy w zakresie funkcjonowania interpersonalnego występują również w przypadku następnego zaburzenia — choroby afektywnej dwubiegunowej. Epizodom manii towarzyszą zachowania buntownicze, a także zachowania ryzykowne. Dominują również problemy szkolne oraz skłonność do bójek, bardzo niebezpiecznych zabaw, a często i nadużywanie środków psychoaktywnych³⁵.

Wielość objawów, które spotykane są w obrazie klinicznym ostatniego zaburzenia — schizofrenii, prowadzi zwykle do społecznego wycofania i zmniejszenia dostosowania społecznego, a także izolacji i dziwacznych zachowań³⁶. Ogólny poziom funkcjonowania osób dotkniętych tym zaburzeniem zależy od współistnienia szeregu czynników związanych z przebiegiem choroby (z liczbą i długością hospitalizacji, stosowaną terapią, wiekiem zachorowania). Lepsze funkcjonowanie koreluje z mniejszym nasileniem objawów pozytywnych. Chorzy na schizofrenię prezentują gorszy poziom umiejętności społecznych zarówno w stosunku do osób zdrowych, jak i tych z innymi zaburzeniami psychicznymi³⁷.

Zjawiska, które mają miejsce po ujawnieniu się psychozy, wywierają wpływ nie tylko na pacjenta, ale także jego rodzinę³⁸. D. Miklowitz³⁹ twierdzi, iż schizofreniczni adolescenty, którzy wycofują się i są mniej aktywni społecznie, pochodzą z rodzin, gdzie przeważały zachowania nadmiernie kontrolujące, ochraniające, wyrażające się samopoświęceniem bądź też przesadnymi reakcjami emocjonalnymi.

Osoby z omawianym zaburzeniem doświadczają pomijania ze strony środowiska lokalnego, braku przyjaciół, osób kochanych, a z drugiej strony nie są zdolni do funkcjonowania w relacjach społecznych. Dużą rolę odgrywają też doświadczenia odrzucenia, które pojawiły się wraz z pierwszymi oznakami choroby. Schizofrenicy są nadwrażliwi na negatywne aspekty relacji, nie radzą sobie z takimi doświadczeniami

³⁴ J. Rabe-Jabłońska, *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia dysocjacyjne*, [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. I. Namysłowska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

³⁵ Tamże.

³⁶ Z. Bronowska, *Zaburzenia psychotyczne w okresie adolescencji*, [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. I. Namysłowska, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

³⁷ I. Krupka-Matuszczyk, *Katamneza wczesnego zachorowania na schizofrenię. Ocena stanu psychicznego i funkcjonowania życiowego*, „Psychiatria Polska” 1998, 3, s. 287–296.

³⁸ L. Bury, B. Zaborowski, Z. Konieczńska, M. Jarema, G. Cikowska, A. Kunička, J. Bartoszewicz, L. Muraszkiewicz, *Brzemie rodziny pacjentów ze schizofrenią objętych różnymi formami opieki psychiatrycznej*, „Psychiatria Polska” 1998, 3, s. 275–286.

³⁹ E. Motak, *Cechy środowiska rodzinnego a umiejętności społeczne w schizofrenii*, „Psychiatria Polska” 1997, 3, s. 295–304.

społecznymi, jak złość, wrogość, krytyka, odrzucenie, dezaprobata. Codzienne, zwykłe relacje przeżywane są zbyt intensywnie, co prowadzi do ich ograniczenia, mimo chęci związków i towarzystwa⁴⁰.

Niejednokrotnie pierwszym sygnałem schizofrenii jest gwałtowna zmiana postaw uczuciowych względem rodziny. Schizofrenicy nagle wybuchają w stosunku do rodziców niepoohamowaną agresją. Często ich uczucia są zmienne: osoby te raz są czułe, chwilę później wrogie. Stosunek emocjonalny zwłaszcza do matek staje się centralnym punktem przeżyć pacjentów. Niekiedy relacje te mają charakter symbiotyczny: chorzy boją się poruszać bez rodziców, stale są razem z nimi, zawsze pytają ich o zdanie, przy tym mają jednak „ukryte” silnie ambiwalentne lub wrogie do nich nastawienie⁴¹.

Badania M. Małkiewicz-Borkowskiej i wsp.⁴² dowiodły, iż psychotyczni adolescenty, pochodzący z rodzin chaotycznych, wykazują gorsze przystosowanie społeczne. Rodzeństwo osób ze schizofrenią często cechuje wyraźna tendencja do normalizacji chorobowych zachowań swego brata lub siostry, która niekiedy osiąga poziom zaprzeczania, minimalizowania lub nawet negocjowania ich znaczenia⁴³. Występują także trudności w podejmowaniu ról społecznych (w tym roli ucznia), co wiąże się z pogorszeniem funkcjonowania w szkole, wyników w nauce, z odmową chodzenia do szkoły, a także bierną i czynną agresją⁴⁴.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą prezentować wiele stylów funkcjonowania interpersonalnego. Styl wycofująco-masochistyczny charakteryzuje się przede wszystkim uległością i społecznym wycofaniem (nierzadko także izolacją), a także odrzucaniem siebie i innych. Takie zachowanie cechuje osoby schizofreniczne, anorektyczne, depresyjne i nerwicowe. Ostatni z komponentów spotykany jest także u osób z zaburzeniami zachowania.

Jednym z komponentów stylu buntowniczo-podejrzliwego są zachowania wrogie i antyspołeczne, a nierzadko i agresywne. W obrazie klinicznym chorób psychicznych występujących u młodzieży, często pojawia się lęk, który należy do czynników powiązanych z występowaniem zachowań agresywnych. J. Ranschburg⁴⁵ wskazuje na nierozłączną korelację tych dwóch czynników. Według niego „społeczna agresja i lękliwość są dwiema stronami tego samego zjawiska”. Uważa on, że jeżeli lękliwość znajduje się wewnątrz człowieka to agresja skierowana jest na zewnątrz. Natomiast D. Kubacka-Jasiecka⁴⁶ twierdzi, iż prawdopodobieństwo udziału lęku w motywacji agresji jest wyższe, gdy silniejsza jest reakcja lęku, który to z kolei jest odpowiedzią na niezgodność stanowiącą zagrożenie dla Ja.

⁴⁰ K. Drat-Ruszczak, *Psychologia schizofrenii*, [w:] *Psychologia kliniczna*, t. 2, red. H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

⁴¹ A. Kępiński, *Schizofrenia*, Wydawnictwo Lekarskie, Kraków 2001.

⁴² M. Małkiewicz-Borkowska, I. Namysłowska, A. Siewierska, E. Pużyńska, H. Średniawa, C. Żechowski, A. Iwanek, E. Ruszkowska, *Cechy rodziny a obciążenie organiczne, obraz psychopatologiczny i przystosowanie przedchorobowe hospitalizowanych pacjentów młodzieżowych*, „Psychiatria Polska” 1996, 6, s. 889–906.

⁴³ I. Namysłowska, *Badania nad rodzeństwem osób chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo*, „Psychiatria Polska” 1996, 6, s. 907–918.

⁴⁴ Z. Bronowska, *Zaburzenia...*

⁴⁵ J. Ranschburg, *Lęk gniew agresja*, WSiP, Warszawa 1980, s. 114.

⁴⁶ D. Kubacka-Jasiecka, *Związek między lękiem a agresywnością*, [w:] *Studia nad uwarunkowaniami i regulacją agresji interpersonalnej*, red. A. Frączek, Wydawnictwo Ossolineum, Wrocław 1986.

Styl uległo-zależny charakteryzuje się przede wszystkim uległością, chęcią bycia podległym i ochranianym przez innych. Takie zachowania spotykane są u neurotyków, którzy to, aby uciec przed lękiem często podporządkowują się ludziom i instytucjom.

ORGANIZACJA BADAŃ WŁASNYCH

Opierając się na opisie obrazu klinicznego zaburzeń psychicznych występujących u adolescentów można stwierdzić, że style funkcjonowania interpersonalnego młodzieży przewlekłe chorej psychicznie będą zachowaniami z kręgu „wrogiej submisji” (zachowanie wycofująco-masochistyczne i zachowanie buntowniczo- podejrzliwe) oraz „przyjaznej submisji” (zachowanie uległo-zależne). Dlatego też celem badań własnych było określenie, jakie style funkcjonowania interpersonalnego są preferowane przez adolescentów z zaburzeniami psychicznymi.

Badaniami zostało objętych łącznie 36 osób w wieku 14–18 lat.

Tabela 1

Liczba osób objętych badaniem

grupa badawcza badane osoby	GRUPA PODSTAWOWA	GRUPA KONTROLNA
wszyscy	18	18
dziewczęta	8	8
chłopcy	10	10

Źródło: Opracowanie własne

Grupa podstawowa czyli młodzież z zaburzeniami psychicznymi liczyła 18 osób (8 dziewcząt i 10 chłopców) w wieku 14–18 lat. Byli to pacjenci Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze. Kryteriami doboru osób do grupy podstawowej były: występowanie zaburzeń psychicznych (oparto się w tym zakresie na dokumentacji klinicznej) oraz wiek badanych: 14 do 18 lat.

Grupę kontrolną, liczącą 18 osób, stanowiła młodzież zdrowa wiekiem i płcią odpowiadająca osobom z grupy podstawowej, uczniowie krakowskiego gimnazjum. Kryterium doboru w przypadku grupy kontrolnej stanowiło: norma intelektualna oraz wiek 14–18 lat.

Wśród zaburzeń psychicznych, które zdiagnozowane były u badanej młodzieży z grupy podstawowej występowały: zaburzenia zachowania (3 os.), zaburzenia emocjonalne (3 os.), zaburzenia zachowania i emocji (4 os.), nastawienie urojeniowe (urojenia ksobne) — 1 os., anoreksja (1 os.), zaburzenia dysocjacyjne (1 os.), choroba afektywna dwubiegunowa (1 os.), zaburzenia adaptacyjne (2 os.), zaburzenia opozycyjno-buntownicze (1 os.), zaburzenia obsesyjne (1 os.). W grupie badanych, przeważającym zaburzeniem były zaburzenia zachowania i emocji.

Tabela 2

Zaburzenia psychiczne występujące u badanej młodzieży

	dziewczęta	chłopcy
zaburzenia zachowania	1	2
zaburzenia emocjonalne	3	-
zaburzenia zachowania i emocji	-	4
urojenia ksobne	1	-
anoreksja	1	-
zaburzenia dysocjacyjne	1	-
choroba afektywna dwubiegunowa	1	-
zaburzenia adaptacyjne	-	2
zaburzenia opozycyjno-buntownicze	-	1
zaburzenia obsesyjne	-	1

Źródło: Opracowanie własne

Do zbadania stylów funkcjonowania interpersonalnego posłużono się Skalą Ustosunkowań Interpersonalnych autorstwa J.M. Stanika⁴⁷. Autor wyróżnia w swym modelu dwanaście skal, z czego pierwszych osiem opisuje konkretne style funkcjonowania, oparte na dwóch wymiarach: dominacja–submisja oraz wrogość–afiliacja. Natomiast pozostałe cztery skale są silnie związane z poprzednimi i stanowią ich uzupełnienie.

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

Poddając analizie dane zawarte w poniższej tabeli można zauważyć, że istotne różnice w obu grupach młodzieży występują w sześciu skalach oraz liczbie znaków zapytania (?), co stanowi siódmą różnicę.

Tabela 3

Style funkcjonowania interpersonalnego preferowane przez młodzież w z zaburzeniami psychicznymi i zdrową

SUI	GR. PODSTAWOWA		GR. KONTROLNA		p
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	
SKALA I	6,33	2,61	6,06	2,73	0,757
SKALA II	6,5	2,62	7,72	2,02	0,126
SKALA III	7,17	1,92	7,67	2,38	0,492

⁴⁷ J.M. Stanik, *Skala Ustosunkowań Interpersonalnych (SUI)*, Wydawnictwo Szumacher, Kielce 1994.

Tabela 3 cd.

SUI	GR. PODSTAWOWA		GR. KONTROLNA		<i>p</i>
	\bar{X}	<i>s</i>	\bar{X}	<i>s</i>	
SKALA IV	9,11	2,93	9,06	2,21	0,949
SKALA V	6,61	2,87	3,22	2,92	0,001
SKALA VI	4,39	3,57	2,17	1,92	0,026
SKALA VII	5,17	3,09	2,94	2,94	0,034
SKALA VIII	6,17	2,79	5,61	3,01	0,569
SKALA IX	7,83	2,94	5,11	4,07	0,028
SKALA X	2,56	2,36	1,83	1,76	0,305
SKALA XI	5,17	2,9	7,5	3,01	0,024
SKALA XII	6,11	3,68	1,67	2,2	0,0001
?	10,34	6,63	6,33	5,54	0,058

Źródło: Opracowanie własne

Największe dysproporcje w wynikach badanej grupy adolescentów obserwuje się w skali XII, czyli *pesymizmie, bezradności, „wołaniu o pomoc”*, gdzie $p = 0,0001$. Wyższe wartości uzyskały osoby z zaburzeniami psychicznymi. Wysokie wyniki oznaczają, że młodzież z tej grupy należy do osób o wysokim napięciu lękowym, charakteryzujących się pesymizmem, podejrzliwością oraz często izolujących się. Oprócz wymienionych cech dodatkowo występuje poczucie niskiej wartości, negatywna ocena własnego miejsca w życiu, a także swoich możliwości i działań. Osoby z wysokimi wynikami w tej skali odznaczają się negatywnym stosunkiem do innych, są mało aktywni społecznie i przewidują jedynie przeszkody oraz niepowodzenia.

Kolejne różnice ($p = 0,001$) wśród badanej młodzieży występują w skali V, opisującej styl funkcjonowania interpersonalnego zwany *wycofująco-masochistycznym*. Wyższe wyniki uzyskali adolescenty z zaburzeniami psychicznymi.

Można zatem przypuszczać, że osoby z tej grupy prezentują zachowania poczyniwszy od uległości do społecznego wycofania się, a niekiedy i izolacji. Charakterystyczne jest też odrzucanie siebie i innych (podtekst wrogości). Młodzież może również stosować różne mechanizmy obronne oraz taktyki oznaczające swoje negatywne nastawienie do drugiego człowieka, tzn. manifestowana skromność, samooskarżanie się oraz mała aktywność społeczna.

Skala XI, czyli *zaradność, realizm, względna autonomia* to następna, gdzie w badanej grupie występują istotne różnice ($p = 0,024$). Wyższe wyniki w tej skali uzyskali zdrowi adolescenty. Wnioskować zatem można, że osoby zdrowe psychicznie akceptują siebie w większym stopniu niż rówieśnicy z zaburzeniami psychicznymi. Ponadto nastawieni są na realizację celów, które sobie wytyczyli, są przedsiębiorczymi i zaradnymi optymistami.

Następną skalą, w której występują istotne różnice ($p = 0,026$) jest skala VI, opisująca styl funkcjonowania interpersonalnego zwany *buntowniczo-podejrzliwym*, który preferuje młodzież z zaburzeniami psychicznymi, gdyż grupa ta uzyskała wyższe

wyniki niż osoby zdrowe. Wnioskować można, że adolescenti przebywający na leczeniu w szpitalu psychiatrycznym w swoim zachowaniu są wrodzy i antyspołeczni oraz chłodni uczuciowo wobec drugiego człowieka, a także nieufni, podejrzliwi, często buntujący się przeciwko nakazom.

Kolejna skala, gdzie w badanych grupach występują różnice ($p = 0,028$) to skala IX, dotycząca *samoakceptacji* (*stopnia samozadowolenia*). Wyższe wyniki, które odzwierciedlają niską samoocenę, związaną z neurotyczną, podejrzliwą i wrogą osobowością, uzyskali adolescenti z zaburzeniami psychicznymi.

Istotna statystycznie różnica ($p = 0,034$) występuje również w skali VII, opisującej styl funkcjonowania interpersonalnego zwany *agresywno-sadystrycznym*. Wyższe wyniki uzyskała młodzież z grupy podstawowej, co oznacza, że osoby z zaburzeniami psychicznymi o wiele częściej preferują ten styl niż ich zdrowi koledzy i koleżanki. Adolescenti przebywający na leczeniu w szpitalu psychiatrycznym mogą przejawiać częściej zachowania z kręgu agresji (zarówno słownej w formie wyzwisk, sarkazmu i nadmiernego krytycyzmu, jak również i fizycznej), dążą do wyrządzenia drugiej osobie krzywdy natury fizycznej lub moralnej. Oprócz wrogości w stosunku do siebie i innych, występować może również podtekst dominacji.

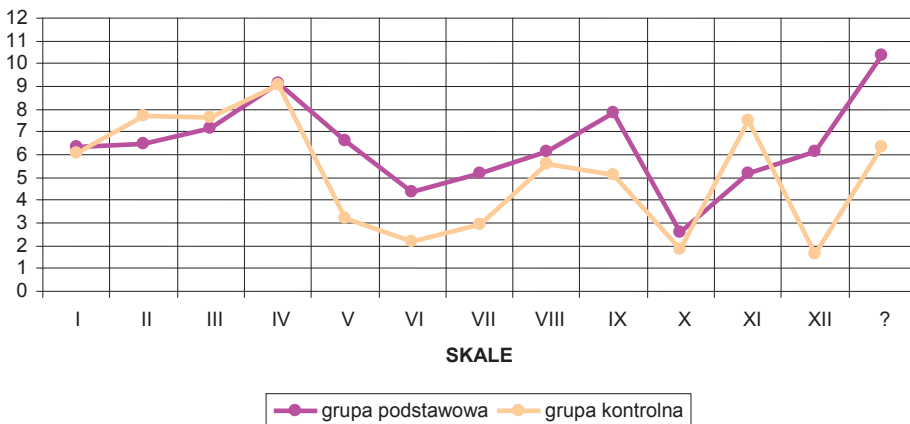
Ostatnie różnice w omawianej grupie młodzieży występują w liczbie uzyskanych znaków zapytania „?”, gdzie $p = 0,058$. Więcej znaków zapytania zakresliła młodzież z zaburzeniami psychicznymi, co dowodzi, że mogli oni przyjąć postawę asekuracyjną lub być nieufni w stosunku do badania.

Analizę graficzną wyników badań młodzieży z zaburzeniami psychicznymi i zdrowej prezentuje poniższy wykres (rysunek 1.)

Na podstawie przedstawionych wyników badań można stwierdzić, że młodzież z zaburzeniami psychicznymi preferuje takie style funkcjonowania interpersonalnego jak: styl wycofująco-masochistyczny, buntowniczo-podejrzliwy i agresywno-sady-

Rysunek 1

Style funkcjonowania interpersonalnego preferowane przez młodzież z zaburzeniami psychicznymi i zdrową



styczny, czyli te, w których istotnymi komponentami są uległość i wrogość. Adolescenci z zaburzeniami psychicznymi ponadto odznaczają się niskim stopniem samoakceptacji, są mniej zaradne oraz częściej zauważyć można u nich pesymizm i bezradność.

Jedną z podstawowych umiejętności każdego człowieka jest zdolność życia w społeczeństwie. Zaburzenia psychiczne w istotny sposób wpływają na sferę przystosowania społecznego każdego nastoletniego pacjenta, często w sposób znaczący upośledzając jego funkcjonowanie. Adolescencja jest okresem ważnym, ale i trudnym, okresem burzliwych zmian, kiedy to młody człowiek próbuje znaleźć swoje miejsce, określić samego siebie. Zaburzenia psychiczne występujące w tym czasie powodują duże utrudnienia oraz w sposób znaczący stwarzają przeszkody w prawidłowej socjalizacji młodego człowieka zarówno w rodzinie, wśród rówieśników, jak i w szkole.

Sylvia Niemiec-Elanany

STYLES OF INTERPERSONAL FUNCTIONING IN ADOLESCENTS WITH MENTAL DISORDERS

Summary

The research conducted for this study suggests that adolescents with psychiatric disorders have a preferences for styles of interpersonal functioning that combine submissiveness and hostility. These modes of behaviour can be labelled as the withdrawal-masochistic, the defiantly-suspicious and the aggressive-sadistic. Moreover, adolescence with mental disorders is characterized by a low degree of self-acceptance, a deficit of resourcefulness and a prevalence of helplessness and pessimism.