

Studium kliniczne udaremnienia rozwoju psychoseksualnego u kobiety z zespołem Downa

The clinical study of the psychosexual development's frustration of a woman with Down syndrome

Akademickie Centrum Pomocy Psychologicznej, Zakład Psychologii Klinicznej, Instytut Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, ul. Leopolda Staffa 1, 85-859 Bydgoszcz, tel.: 052 370 84 19, e-mail: lessing@neostrada.pl
Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Praca prezentuje w formie studium klinicznego materiał ze spotkań diagnostyczno-terapeutycznych z 23-letnią kobietą z zespołem Downa. Pacjentka zgłosiła się do Akademickiego Centrum Pomocy Psychologicznej z objawem uciążliwego dla otoczenia krzyku, nad którym nie miała kontroli, oraz z diagnozą psychiatryczną zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego oraz nadpobudliwości psychoruchowej. Wszystkie symptomy chorobowe zbiegły się w czasie z wejściem pacjentki w okres dojrzewania, do tego momentu rozwój przebiegał prawidłowo. Studium ma na celu analizę szerokich uwarunkowań prezentowanych przez pacjentkę objawów psychopatologicznych z perspektywy psychologii klinicznej. Interpretację symptomów oparto na teorii rozwoju psychoseksualnego Kościelskiej, teorii przywiązania Bowlby'ego oraz regulacyjnej teorii temperamentu Strelaua. Postawiono tezę o rozwoju symptomów psychopatologicznych w wyniku niezaspokojenia podstawowych potrzeb pacjentki, udaremnienia rozwoju psychoseksualnego, zaburzonej więzi oraz specyficznej interakcji upośledzenia umysłowego w wyniku zespołu Downa i temperamentu, potęgujących patologiczny obraz kliniczny chorej. W obliczu niemożności praktycznej weryfikacji postawionej tezy, w wyniku braku wsparcia społecznego i rodzinnego zawieszono spotkania terapeutyczne.

Słowa kluczowe: upośledzenie umysłowe, rozwój psychoseksualny, zespół Downa, potrzeby, zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, zaburzenia więzi

Summary

This work presents, in the form of a clinical study, materials from diagnostic and therapeutic meetings with a 23-year-old woman with Down syndrome. She was applied to the Academic Centre of Psychological Help with concerns for her surroundings the symptom – under controlled shouts and with psychiatric diagnosis of obsessive-compulsive disorder and hyperactivity disorder. All symptoms coincided in the time of the patient's entry in her adolescent period, until this time her development ran correctly. The goal of the study is the analysis of wide conditioning of psychopathological symptoms presented by patient within perspective of clinical psychology. Interpretation of the patient's symptoms was based on theory of psychosexual development by Kościelska, the theory of attachment by Bowlby and the regulative theory of temperament by Strelau. It was put the thesis about development of psychopathological symptoms as a result: of the patient's basic needs deprivations, frustration of psychosexual development, interrupted attachment and specific interactions between the mental handicap as a result of Down syndrome and the temperament, heightening the patient's clinical pathological presentment. In the face of the impossibility of practical verification of the thesis put forth, in result of a lack of social and family support, the therapeutic meetings were suspended.

Key words: mental handicap, psychosexual development, Down syndrome, needs, obsessive-compulsive disorder, attachment disorders

Z Magdą, 22-letnią dziewczyną z zespołem Downa, spotykaliśmy się w semestrze zimowym roku akademickiego 2005/2006 w ramach zajęć z praktycznej diagnostyki i terapii psychologicznej, które odbywały się w Akademickim Centrum Pomocy Psychologicznej działającym przy Instytucie Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. W spotkaniach uczestniczyła grupa studentów V roku psychologii ze specjalności klinicznej oraz autorka jako prowadząca zajęcia. Magda została zgłoszona do Centrum na konsultację przez mamę, głównie z powodu uciążliwego dla otoczenia objawu – głośnego krzyku, pojawiającego się kilkakrotnie w ciągu dnia i utrzymującego się nawet przez kilka minut. Pacjentka ma poza tym stwierdzoną niedoczynność tarczycy i psychiatryczne rozpoznanie nadpobudliwości oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego. Z danych z wywiadu wynika, że Magda jest drugim dzieckiem swojej matki. Urodziła się, gdy matka miała 32 lata. Pierwsze dziecko, syn – 29-letni Paweł jest zdrowy. Matka w ciąży czuła się dobrze, poród przebiegał prawidłowo. Informacja o chorobie córki została przez lekarza pediatrę podana w dzień po porodzie i poprzedzona pytaniem, czy matka zażywała w ciąży jakieś leki. Odpowiedź negatywna została skwitowana komentarzem, że musiała, skoro urodziła „takie dziecko”, dziecko, które najlepiej jak najszybciej oddać do zakładu, żeby się nie przywiązywać, bo „będzie z niej roślina”.

Tak rozpoczęła się historia zmagania matki z poczuciem winy – historia wnikliwych studiów nad zespołem Downa; matka ma rzetelną wiedzę o etiologii, objawach, rokowaniach itp., potrafi wymienić wszystkie 7 z 21 cech zespołu Downa, które ma jej córka.

Informację o niepełnosprawności córki matka wspomina jako szok, który przez wiele miesięcy nie pozwolił jej odzyskać równowagi psychicznej; brała w tamtym okresie silne leki uspokajające. Matka uważa, że urodzenie dziecka niepełnosprawnego można porównać jedynie ze śmiercią zdrowego dziecka i rozmiarów tej tragedii nie zrozumie nikt, kto tego nie doświadczył. W tamtym czasie wsparciem dla naszych pacjentek była mama mamy, czyli babcia. To ona zajęła się dzieckiem i otoczyła opieką matkę, co sprawiło, że Magda była z nią silnie związana. Rozwój i nasilenie objawów psychopatologicznych u Magdy zbiega się w czasie z chorobą i śmiercią babci. Matka Magdy nigdy się z tą śmiercią nie pogodziła i jej wspomnienie wywołuje w niej do tej pory silną falę emocji.

Początkowo, po porodzie matka myślała o oddaniu Magdy do placówki opiekuńczej, jednak kategoryczny sprzeciw męża oraz obawa matki, że sumienie nie da jej spokoju, odwiodły ją od tego zamiaru. Nigdy jednak ostatecznie nie została podjęta decyzja o pozostawieniu Magdy na zawsze w domu. Choć sytuacja okrzepla i nikt nie wspomina o takiej ewentualności, status Magdy jako domownika jest psychologicznie niedopełniony.

Rodzice Magdy oraz jej starszy brat mają wyższe wykształcenie, są żywiołowi, pełni energii, aktywni zawodo-

wo. Brat założył własną rodzinę; wraz z żoną i 2-letnim synkiem zamieszkuje w pobliżu swoich rodziców. Magda mieszka z rodzicami, po skończeniu zwykłego przedszkola, szkoły specjalnej i odrzuceniu propozycji pracy w zakładzie pracy chronionej uczęszcza codziennie na zajęcia terapii zajęciowej.

Według matki Magda do okresu dojrzewania rozwijała się prawidłowo, a nawet nadzwyczaj dobrze – była grzeczna, spokojna, pomagała w domu, nie sprawiała większych kłopotów, potrafiła szybko układać puzzle i była ładna. Teraz wszystko się zmieniło.

Na pierwsze spotkanie matka i córka przybyły razem. Matka jest kobietą w wieku 54 lat, bardzo elegancką, przystojną, z mocnym głosem o niskiej barwie, jej córka to dziewczyna o krągłych kształtach, nosząca się młodzieżowo (dżinsy i T-shirt).

Od pierwszych chwil wywiadu stało się jasne, że nie poznamy Magdy, dopóki obok będzie przebywać jej mama. Mama jest osobą władczą i dominującą, kontroluje wszystkie sfery życia córki. W czasie rozmowy odpowiadała za nią na pytania, ze względu na słabą artykulację Magdy (jako dziecko mówiła lepiej, teraz wymowa się pogorszyła, gdyż Magda nie chce ćwiczyć u logopedy). Mama decyduje, co Magda ma założyć na siebie (jej zdaniem córka nie przywiązuje do tego wagi), co będzie jadła i w jakich ilościach (twierdzi, że Magda jest za gruba, a nadmierny apetyt jest skutkiem ubocznym przyjmowania leków zaleconych przez psychiatrę). Początkowo dowiadujemy się o protodiagnozie schizofrenii – objawem na nią wskazującym są wieczorne rozmowy Magdy z wymagowanymi osobami, ostatecznie jednak w czasie trwania naszych spotkań psychiatra stawia diagnozę zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego.

Magda przyjmuje także leki na nadpobudliwość, która wyraża się zbyt głośnym krzykiem, impulsywnym reagowaniem i ogólną żywiołowością. Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne przejawia się zrytualizowanymi zachowaniami, Magda ma swoje obyczaje: krzykiem wita i żegna każdy program w telewizji, ma swój rytuał wchodzenia do domu po pracy – wjeżdża na wycieraczkę, upadając na plecy nogami do przodu, nie czyniąc sobie przy tym krzywdy i pytając: „czy jest dla mnie obiadek?” W rytuale uczestniczy mama, która odpowiada, że nie, bo Magda jest za gruba. Magda powtarza pytanie tak długo, aż otrzyma pozytywną odpowiedź. Sytuacja ta i wiele innych daje nam obraz relacji między córką i matką – relacji, która ma charakter bardzo ambiwalentny. Matka ogranicza córkę dla jej dobra, ogranicza jej jedzenie, przerywa kompulsywne mycie zębów prowadzące do kaleczenia dziąseł, wyręcza ją w czynnościach, które Magda mogłaby wykonywać, jednak istnieje niebezpieczeństwo, że na przykład zaleje łazienkę, zanim skończy myć ręce. Przerywanie przez matkę podjętych przez Magdę czynności prowadzi do agresji z atakami przemocy wobec matki. Na poziomie werbalnym matka komentuje w ironiczno-zartobliwy sposób zachowanie córki, co Magda,

pomrując, próbuje przedrzeźniać. Ogólnie sytuacja jest trudna: im matkę bardziej irytują pewne zachowania córki, tym ona chętniej i dłużej postępuje w taki właśnie – denerwujący dla matki – sposób.

Wcześniej sytuacja była inna.

Co się takiego stało, że rozpoczął się i narasta konflikt? Wiąż, na której opiera się relacja między matką i córką, od początku była osłabiona w wyniku depresji poporodowej matki⁽¹⁾. Jednak dziecko pomimo, a może właśnie z powodu upośledzenia nie sprawiało tzw. kłopotów wychowawczych, zawsze było miłe, grzeczne, samodzielne, ładnie mówiło i zachowywało się prawie tak, jakby nie miało zespołu Downa. Problemy zaczęły się dopiero w okresie dojrzewania – być może Magda poczuła, że przyszedł czas zawalczyć o swoje dorosłe życie. Na warsztatach poznała chłopca, który zaczął ją odwiedzać w domu. Nowy przyjaciel wydał się rodzicom nieodpowiednim towarzyszem ich córki – pochodził z patologicznej rodziny i matka podejrzewała, że jego odwiedziny tak naprawdę zawdzięczają jedynie brakowi innego miejsca i sposobu spędzania wolnego czasu. W efekcie przy okazji przeprowadzki kontakt ten został zerwany (zatajenie adresu nowego miejsca zamieszkania).

Gdy Magda zaczęła się onanizować, odpowiedzią matki było przejęcie kontroli nad wieczorami i nocami córki, poprzez wspólne sypianie. Wprawdzie zaowocowało to ustaniem onanizmu, ale także zwiększeniem się objawów psychopatologicznych.

Uwarunkowania zgłaszanych problemów są wieloczynnikowe: biologiczne, medyczne, społeczne, psychologiczne. Kłopoty z Magdą zasadniczo zaczęły się wraz z wejściem w etap dojrzewania, co wskazuje na biologiczne podłoże problemów związanych z przemianami hormonalnymi. Jednakże okres dojrzewania to nie tylko przemiany fizjologiczne – zachodzi wtedy wiele procesów, które sprawiają, że dziecko, pełniąc określone role, staje się człowiekiem dorosłym. W przypadku naszej pacjentki – z powodu występującego u niej zespołu Downa – zabrakło wizji, jaką osobą dorosłą ma ona być. Zazwyczaj dziecko i rodzice odkrywają i uczą się wzajemnie nowych ról, sytuacja Magdy, choć jest szczególna, potwierdza założenia teoretycznego modelu udaremnienia procesu seksualnego⁽²⁾.

Jak Magda ma zaspokajać swoje potrzeby, potrzeby człowieka dorosłego? Jest to pytanie kluczowe, na które odpowiedzi muszą udzielić wszyscy członkowie rodziny zaangażowani w życie Magdy.

Młody dorosły człowiek ma mnóstwo nowych potrzeb – najczęściej chce być samodzielny, samostanowiący i samowystarczalny, potrzebny i podziwiany, chce realizować się zawodowo, związać z kimś bliskim, stworzyć rodzinę, wydać na świat potomstwo i opiekować się nim – to tylko kilka podstawowych.

Losy życiowe Magdy tak się potoczyły, że większość tych rodzących się podstawowych pragnień nie została zaspokojona, choć bez wątpienia wiele z nich istnieje w wypar-

tej, stłumionej formie. Frustracja, udaremnienie owocują objawami psychopatologicznymi.

Krzyk, rytuały autoagresywne (drapanie się do krwi, raniecie dziąseł podczas mycia zębów), rytuał wieczornych rozmów z wymagowanymi znajomymi czy nieposkromiony apetyt (poza związkiem z lekami psychiatrycznymi i z niedoczynnością tarczycy) mogą być rozpaczliwą próbą pseudorealizacji wspomnianych potrzeb. Magda dramatycznie pragnie, jednak jej oczekiwania nie mogą zostać spełnione, bo „ma zespół Downa”, jak sama mówi. Nauczyła się swoje potrzeby wypierać i tłumić, bez sygnalizowania ich otoczeniu, nie chce o nich rozmawiać, nie skarży się.

W trakcie licznych spotkań z Magdą w Akademickim Centrum Pomocy Psychologicznej w ogóle nie usłyszeliśmy jej krzyku, być może dlatego, że uwaga wielu osób była skupiona na niej i nie musiała się jej domagać w ten sposób. Osoby upośledzone, które czują, że są ciężarem dla otoczenia, że nie są w stanie spełnić jego oczekiwań, że nie są takie jak inni, za wszelką cenę – nawet wyparcia czy zaprzeczenia własnych uczuć – będą zabiegać o względy swoich bliskich⁽³⁾. Jednak postępowanie wbrew sobie nie przynosi korzyści, często kończy się wybuchem żalu i pretensji i tak właśnie uwarunkowane mogą być akty złości i agresji Magdy.

Uzasadnieniem diagnozy nadpobudliwości wydaje się jej naturalny, genetycznie odziedziczony temperament, nad którym wskutek upośledzenia umysłowego nie ma dostatecznej kontroli. Mieliśmy okazję poznać członków rodziny Magdy i mogliśmy się przekonać, że jej temperament w żaden sposób nie odbiega od temperamentu brata i rodziców. Oczywiście kontrola emocjonalna, ukierunkowanie energii emocjonalnej, aktywność i ekspresja emocjonalna są w dużym stopniu związane z poziomem intelektu. Temperament, który Magda otrzymała w naturalnym wyposażeniu, niejako przerasta jej możliwości intelektualnej kontroli⁽⁴⁾.

Przyjmując psychologiczną perspektywę interpretacji zaburzeń Magdy, można się spodziewać zmniejszenia objawów psychopatologicznych w wyniku stworzenia sytuacji umożliwiającej choćby częściową realizację potrzeb Magdy. Trzeba zaznaczyć, że powstałe mechanizmy psychopatologiczne są na tyle sztywnymi strukturami w psychice, iż sam fakt stworzenia warunków sprzyjających zahamowanemu rozwojowi nie sprawi, że automatycznie znikną. Jednak pozbawiając je podstaw istnienia, można spodziewać się osłabienia ich działania.

Wprowadzenie Magdy w dorosłość jest zadaniem trudnym i obciążającym i nikt z rodziny nie deklaruje chęci pomocy w nim. Rodzice pogodzili się z obecnym stanem rzeczy i nie wyobrażają sobie podjęcia trudu stworzenia warunków sprzyjających rozwojowi i osiągnięciu przez Magdę dorosłości, a także udzielenia jej pomocy w założeniu rodziny i prowadzeniu domu. Takiej pomocy nie można też oczekiwać ze strony instytucji opiekuńczych, chociaż kierowniczka warsztatów terapii

zajęciowej uważa, że Magda funkcjonuje na tyle dobrze, że mogłaby taki dom stworzyć i przy niewielkiej pomocy z zewnątrz prowadzić.

Spotkania terapeutyczne z Magdą zawiesiliśmy, gdy rodzice stwierdzili, iż nie są gotowi wprowadzić córki w dorosłe życie. Jest ona więc skazana na leczenie przejawów swojego libido i potrzeby rozwoju farmakologicznie – tylko dlatego, że ma zespół Downa i nie jest zupełnie samodzielna.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Bowlby J.: Attachment and Loss. London 1969.
2. Kościelska M.: Niechciana seksualność. O ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie. Wydawnictwo Jacek Santorski & Co, Warszawa 2004.
3. Kościelska M.: Oblicza upośledzenia. Wyd. 3, PWN, Warszawa 2000.
4. Strelau J.: Psychologia temperamentu. PWN, Warszawa 2001.

Informacja dla autorów!

Chcąc zapewnić naszemu czasopismu „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” wyższą indeksację KBN i Index Copernicus, zwracamy się do autorów o dopełnienie poniższych warunków podczas przygotowywania pracy do publikacji:

- Praca oryginalna powinna być poprzedzona **streszczeniem** zawierającym **od 200 do 250 słów**, a praca poglądowa i kazuistyczna – **150-200 słów**.

Streszczeniu pracy oryginalnej należy nadać budowę strukturalną: wstęp, materiał i metoda, wyniki, wnioski.

- Liczba **słów kluczowych** nie może być mniejsza niż **5**.
Słowa kluczowe nie powinny być powtórzeniem tytułu.
Najlepiej stosować słowa kluczowe z katalogu MeSH.

– **Praca oryginalna** winna zawierać elementy: wstęp, materiał i metoda, wyniki, dyskusja, wnioski, piśmiennictwo.

- **Piśmiennictwo** powinno być ułożone w **kolejności cytowania**.

Pełny Regulamin ogłaszania prac znajduje się na stronie 108.