

Mum, Dad! Is the hospital my home? The psychological and psychiatric consequences of parental neglect – a description of 2 cases

Mamo, Tato! Czy szpital to mój dom? Czyli o psychologiczno-psychiatrycznych konsekwencjach zaniedbywań rodzicielskich - opis 2 przypadków

Małgorzata Janowska ABDEF <https://orcid.org/0000-0001-7090-0977>, Michał Flis BD <https://orcid.org/0000-0002-4831-9091>, Paulina Wróbel-Knybel ADE <https://orcid.org/0000-0002-4741-5911>,
Hanna Karakuła-Juchnowicz ABD <https://orcid.org/0000-0002-5971-795X>

I Department of Psychiatry, Psychotherapy and Early Intervention, Medical University of Lublin, Poland

Abstract

The issue of parental neglect is a constantly topical one. Neglect is not only the lack of satisfying basic needs, but also the lack of ensuring a sense of security, belonging, and insufficient physical, emotional or verbal closeness with the child. Poor parental care, lack of a sense of closeness and availability of the parent, along with other environmental factors (e.g. addictions, diseases and mental disorders in the family) result in abnormal formation of the child's personality, and can also be associated with depression, anxiety, self-harm or suicide attempts.

The aim of the study was to present the clinical cases of two teenage patients (AA. – 13 years old, BB. – 16 years old) staying in the I Department of Psychiatry, Psychotherapy and Early Intervention in Lublin (Department for Children and Youth), whose mental health problems were caused by a constant neglect on the part of parents.

Case reports: The patients came from dysfunctional families in which members showed a tendency to addiction (alcohol) and were emotionally and physically absent from the lives of the girls. Due to considerable upbringing problems, girls were hospitalized many times, both in paediatric wards and in psychiatric wards for children and adolescents, with various medical diagnoses.

Conclusions: The presented cases of two patients indicate a potential cause-and-effect relationship between parental neglect, coexisting environmental factors (addictions of family members) and abnormal formation of the child's personality, self-harm or suicide attempts. In such family systems, it is extremely important, apart from a court-appointed family guardian, to introduce a family assistant to provide emotional or advisory support.

Keywords: child neglect, dysfunctional family, Self Injurious Behavior.

Streszczenie

Problematyka zaniedbywania rodzicielskiego jest zagadnieniem stale aktualnym. Zaniedbywanie to nie tylko brak zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, ale także brak zapewnienia poczucia bezpieczeństwa, przynależności, oraz niedostateczna bliskość fizyczna, emocjonalna czy werbalna z dzieckiem. Słaba opieka rodzicielska, brak poczucia bliskości i dostępności rodzica, wraz z innymi czynnikami środowiskowymi (np. uzależnieniami, chorobami i zaburzeniami psychicznymi w rodzinie) skutkuje nieprawidłowym kształtowaniem się osobowości dziecka, a także może wiązać się z występowaniem depresji, lęku, samookaleczeń czy z próbami samobójczymi.

Celem pracy było przedstawienie przypadków klinicznych dwóch nastoletnich pacjentek (AA. – 13 l., BB. – 16 l.) przebywających w Oddziale dla Dzieci i Młodzieży I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji w Lublinie, u których występujące problemy ze zdrowiem psychicznym były spowodowane stałymi zaniedbywaniami ze strony rodziców.

Opis przypadków: Pacjentki pochodziły z rodzin dysfunkcyjnych, w których członkowie wykazywali skłonność do uzależnień (alkohol) oraz byli emocjonalnie i fizycznie nieobecni w życiu dziewczynek. Ze względu na znaczne trudności wychowawcze, dziewczynki były wielokrotnie hospitalizowane, zarówno w oddziałach pediatrycznych, jak i w oddziałach psychiatrii dla dzieci i młodzieży, z różnymi rozpoznaniem medycznymi.

Wnioski: Prezentowane przypadki nastoletnich pacjentek wskazują na potencjalny związek przyczynowo - skutkowy między występującymi zaniedbywaniami rodzicielskimi, współistniejącymi czynnikami środowiskowymi (uzależnienia w rodzinie) a nieprawidłowym kształtowaniem się osobowości dziecka, samookaleczeniami czy próbami samobójczymi. W tak funkcjonujących systemach rodzinnych niezmiernie istotne jest, poza objęciem opieką kuratora, wprowadzenie asystenta rodziny, zapewniającego wsparcie emocjonalne czy doradcze.

Słowa kluczowe: zaniedbywanie rodzicielskie, rodzina dysfunkcyjna, samouszkodzenia.

Introduction

The result of the study "National diagnosis of the problem of violence against children" from 2012, carried out on a group of 1005 people aged 11-17 years, indicated that 21% of young people were affected by physical violence from adults; while 22% – by emotional violence. The total number of 6% of children aged 12 years old who participated in the analysis, experienced neglect [1].

Violent relationships are those interpersonal interactions that are based on the use of disproportionate force by one side [2]. Violence can be divided into physical, emotional (psychological), economic, sexual and neglect [2]. Neglecting a child is not only the complete lack of satisfying his/her needs, but also not satisfying them fully [1].

The reasons for parental neglect are attributed to the lack of knowledge and insufficient parenting skills [3], the parent's personal history [1].

Examples of parental neglect include alcohol use, the mother smoking during pregnancy, insufficient or improper nutrition, lack of care and supervision over the child, failure to provide assistance or support, emotional unavailability, preventing development of abilities, and also disregarding the child's right to obtain information about itself [4].

With the current dysfunctionality of the family system, the child's psychological sphere cannot develop properly. The effects of the children's experience of violence are an increased risk of depression, anxiety, suicide attempts, somatic complaints, addictions or the occurrence of risky sexual behaviour [5]. It is worth considering what can be changed in such environments to facilitate children's better psychosocial functioning in the future. Members of dysfunctional families can now count on the help of many institutions (including a court-appointed family guardian, help from a crisis intervention centre) that provide social or legal assistance. However, it is worth paying attention to the possibility of introducing a family assistant to such environments. With pursuant to the Statute of 9 June 2011 on family support and surrogate care [5] the family assistant is not only to provide support for children, but also to provide educational, psychological or social assistance to all family members. The family assistant remains in cooperation with every institution whose task is to act for the benefit of the child and the

family [6].

Aim

1. Presentation of the clinical cases of two teenage patients (AA. – 13 years old, BB. – 16 years old) admitted to the Department for Children and Youth of the I Department of Psychiatry, Psychotherapy and Early Intervention in Lublin, whose mental health problems were caused by permanent neglect on the part of parents.
2. Presenting examples confirming and emphasizing the legitimacy of introducing a family assistant to family care.

Case reports

Case 1 – AA.

Patient AA is a 13-year-old 7th grade of primary school student who suffers from hypothyroidism, obesity (BMI 32.6 kg/m²). The patient lives with her mother and siblings (older brother and two younger sisters). For financial reasons, the father left a few years ago to work in a city about 200 km away. From the patient's account, the distance and her father's great commitment to his job were one of the reasons for the limited contact between them. However, her father's alcohol abuse was a direct cause of the patient's running away from home. The patient has been suffering from bedwetting; conducted diagnostics excluded a somatic background. The interview shows that the patient has often suffered from episodes of syncope, however, as in the previous case, the study excluded a biological background of the disorder.

The girl's educational problems appeared in the 3rd grade of primary school. Before then, the girl functioned well. Even though she did not attend nursery school, she quickly adapted to the conditions in kindergarten, which she went to a year early. From the 3rd grade of primary school, the patient's behaviour began to change. Aggression appeared at the beginning (verbal and physical in relation to the mother), then auto-aggressive behaviours began (self-harm – cutting and suicide attempts – the last attempt being before admission to the clinic by swallowing 12 tablets of paracetamol and 14 of ibuprofen). In the following years, the patient also began to run away from home (police patrols were involved

in the search), smoked cigarettes, and began drinking alcohol. Due to the psychological state (aggression and auto-aggression – self-harm and suicide attempts), the patient was hospitalized in various hospitals with short breaks for a period of 6 months.

During her therapy in the Department, at first, she easily established contacts with other patients. After some time, self-destructive behaviours began to appear – she swallowed objects (pieces of DVD, office glue, pen tip), arbitrarily allowed herself to take drugs of undetermined origin (paracetamol, levothyroxine) and began to enter into conflicts with other patients and staff. She posed a threat to her own life and the health and lives of others. It required immobilization and sedation. The patient explained her aggression by the presence of intrusive thoughts about low self-esteem and the situation of sexual abuse by a peer when she was 11 years old. Actions were taken to look after the family through a court-appointed family guardian and family assistant. Due to difficulties in conducting family therapy caused by over 400 km distance between the place of residence and the Department, the patient was transferred to another institution closer to home town, which conducts therapy for children and adolescents.

Case 2 – BB.

A 16-year-old high school student, who lives with her mother and younger brother. She has not been in touch with her father since she was six. The father was addicted to alcohol and showed no interest in his daughter for years. The girl's first memory of her father is the one in which her mother was a victim of physical violence by her husband. After this event, the patient left her family home with her mother and brother to live with her maternal grandparents. From the patient's report, the mother showed little interest in the patient, she worked shifts a lot, she dismissed the patient's attempts to build a relationship and did not show any efforts to improve it. She often left the patient in the care of her grandfather, who was described by the girl as "cold, harsh, without emotion", but unlike her mother, he devoted time for her. She has often complained about feeling neglected. The mother underestimated her daughter's problems in her peer group when she suffered violence from her friends (making fun of her), explaining her lack of strength and time. During hospitalization, the patient's mother was not interested in her daughter's health, both mental and somatic. She often concealed information about the child and aggressively referred to the staff of the Department. When she obtained information that the daughter could be placed in an educational centre, she was happy and declared that she had already wanted to do it before, but she did not know how.

The patient's psychological development in the first years of her life was good – she easily adapted to kindergarten and did not cause educational problems. Difficulties began to appear in elementary school – there were educational problems and problems with relationships with peers. For this reason, during primary and junior high school, the patient was under the care of a court-appointed family guardian. Since the age of 11, suicidal thoughts and tendencies appeared, in addition to auto-aggressive behaviours. She declared that at the same time her mood lowered and visual hallucinations began to appear as well as commanding and accusing voices. In March 2015, she started outpatient psychiatric treatment (diagnosed with mixed behavioural and emotional disorders). The patient first attempted suicide in October 2015 (13 years old) by taking a dozen or so sertraline 50 mg tablets, 20 tablets of 25 mg perazine, and 7 tablets of 10 mg zolpidem, after which she was first hospitalized in a psychiatric ward. After 2 months, she made another attempt by strangulation, which was the reason for psychiatric hospitalization. In the following years, the patient made two further attempts by cutting her wrists, after which she was also hospitalized psychiatrically. In recent years, in connection with various medical diagnoses (schizophrenia, bipolar disorder, personality disorder), the patient has been treated with many sets of drugs (fluoxetine 10 mg/d + flupentixol 3.5 mg/d + lorazepam 3 mg/d + olanzapine 10 mg/d; lamotrigine 200 mg/d + clozapine 200 mg/d; clozapine 300 mg + aripiprazole 15 mg + lamotrigine 200 mg; perazine + olanzapine 5 mg/d), but no effect.

During her stay in the Clinic, the patient was moody, tearful, confirmed the presence of positive symptoms and suicidal thoughts. She obtained 23 points in the MINI scale – high suicide risk. Repeatedly injured her neck and forearms (always in the presence of staff) and swallowed a piece of glass. She undertook two suicide attempts during her stay to leave: by stabbing and by taking an excessive dose of drugs (clozapine 2500 mg). Due to symptoms of clozapine poisoning, the patient was admitted to the toxicology department.

The table summarizes the data of both patients, including the number and total time of hospitalization and previous psychiatric diagnoses (Table 1). Parents were marked as follows – "M" mother, "F" father.

Discussion

Based on the available literature classifying the types of parental neglect, the table below presents a summary of the types of neglect together with their brief descriptions in relation to the above two clinical cases [4] (Table 2). The patients' parents were marked: "M" – mother, "F" – father.

Table 1. Compilation of data on both patients, including the duration of hospitalization and previous diagnoses.

	AA. – 13 y.o.	BB. – 16 y.o..
Patient information	one-parent family (patient, mother (M), brother; 2 sisters; father (F) has been away in delegation for many years, visits from time to time)	one-parent family (patient, mother (M), brother; father (F) absent for several years; in an interview, physical violence from F to M; M works shifts – spends a lot of time away from home)
Family history	F alcohol dependence syndrome	F alcohol dependence syndrome
Somatic diseases	hypothyroidism, obesity; psychogenic syncope and night bedwetting	obesity
Observed disorders	- early change of behaviour from 9/10 year of age - auto-aggressive behaviours (self-harm – cutting and attempting suicidal – intentional drug poisoning), - running away from home - aggression (verbal and physical towards the mother), - smoking and drinking alcohol, SPA (sniffing glue)	- early behaviour changes from 7/8 year of age - suicidal thoughts and tendencies, auto-aggressive behaviours, 's' attempts: swallowing medication, stabbing, slitting the wrists twice, depressed mood + visual and auditory hallucinations – commanding and accusing voices
Psychiatric hospital stays	approx. 10 months during the period 02.2018 - 06.2019	13 months during the period 10.2015 - 04.2019
Previous diagnoses	- atypical autism (F84.1); - moderate depressive episode (F32.1); oppositional defiant disorder (F91.3) - mixed anxiety and depressive disorder (F41.2); Other childhood disorders of social functioning (F94.8) - mixed behavioural disorders and emotions of the adolescence period conditioned by a complex aetiology	- severe depressive episode with psychotic symptoms F32.3; patient after suicide attempt; X78 self-harm; other specified problems related to primary support group Z63.8 - bipolar affective disorder, current episode severe depression with psychotic symptoms F31.5 - emotionally unstable personality disorder – borderline F60.3; poisoning: clozapine psychotropic drugs (T43); - paranoid schizophrenia F20.0

Table 2. Comparison of the neglect experienced by the patients based on literature - M. Kolankiewicz (2012) [4].

Neglect on the part of the parents		AA.	BB.	
Neglect on the part of the parents	Hostility and conflicts in the family	-	+	AA, BB – alcohol dependence syndrome, physical violence from F to M
Physical neglect	Insufficient or improper nutrition	+	+	AA, BB. obesity - M, F did not pay attention to nutrition; AA. – carious lesions not taken care of by dentist
	Leaving the child alone at home	-	+	AA. – M at work most of the time; the girl was alone and had to look after her younger brother
	Lack of care and supervision, lack of interest in what the child is doing and where it is, lack of control	-	+	AA. – running away from home (M, F helplessness - search involving the police); D. – as above
	Lack of concern for hygiene	+	-	AA. – severe caries lesions
Civil and legal neglect	Lack of respect for the child's right to have and meet both parents	-	+	BB. F - completely ignores the daughter's presence, no contact since the age of 6
Psychological neglect	Lack of concern for meeting psychological needs: sense of security, attachment, acceptance, belonging, no signs of physical intimacy	+	+	AA. – F has been away in delegation for many years, visits have been sporadic and short, lack of knowledge about the child's needs; BB. – F no contact since the patient was 6 years old; working M, unavailable emotionally and time wise
	Psychological, emotional unavailability	+	+	AA, BB. – as above.
	Not noticing signals sent by the child, ignoring or not having the ability to meet the child's needs, not responding to them	+	+	BB. – lack of M's reaction to bullying by peers; AA. – insufficient help from M, F in connection with bullying
	Indifference, poor quality of care, helplessness	-	+	AA. – running away from home required the involvement of police patrols; insufficient skill of parents in organizing somatic medical care for their daughter; BB. – M planned to send the girl to a school-educational center but did not know how
	Isolating the child from its peers	+	-	AA. – individualized educational program since the 3rd grade of primary school

Conclusion

1. The presented cases indicate a potential cause-and-effect relationship between parental neglect, co-existing environmental factors (addiction in the family) and abnormal formation of the child's personality, self-harm and suicide attempts.
2. Very numerous hospitalizations, which were an expression of insufficient educational skills of carers, significantly hindered establishing proper relationships in the family environment. Based on the understanding of neglect as a limitation of physical and emotional contact between a parent and a child, it can be concluded that both patients have experienced constant neglect on the part of caregivers.
3. The lack of the ability to build healthy and safe relationships acquired in a family environment resulted in rejection and abuse by the peer group.
4. With such dysfunctional family systems, it is extremely important, apart from a court-appointed family guardian, to introduce a family assistant to provide emotional, advisory or mediation support.

Wstęp

Wynik badania pt. „Ogólnopolska diagnoza problemu przemocy wobec dzieci” z 2012 r., przeprowadzone na grupie 1005 osób w wieku 11-17 lat, wskazuje, iż 21% badanych doświadczyło przemocy fizyczną ze strony dorosłych, 22% przemocy psychicznej, natomiast 6% dzieci do 12 rż., które uczestniczyły w analizie, doświadczyło zaniedbywań [1].

Relacje przemocowe to te interakcje międzyludzkie, które opierają się na używaniu dysproporcjonalnej siły, przez jedną stronę [2]. Przemoc można podzielić na fizyczną, emocjonalną (psychiczną), ekonomiczną, seksualną oraz na zaniedbywanie [2]. Zaniedbywanie dziecka to nie tylko całkowity brak zaspokajania jego potrzeb, ale także zaspokajanie ich, ale w niepełnym stopniu [1].

Przyczyn zaniedbywań rodzicielskich upatruje się w braku wiedzy i w niedostatecznych umiejętnościach wychowawczych rodziców [3], osobistej historii rodzica [1].

Do przykładów zaniedbywani rodzicielskich zalicza się m.in. używanie alkoholu, palenie papierosów przez matkę w czasie ciąży, niedostateczne lub niewłaściwe żywienie, brak opieki i nadzoru nad dzieckiem, nieudzielanie pomocy, wsparcia, emocjonalna niedostępność, uniemożliwienie rozwijania zdolności oraz także lekceważenie prawa dziecka do uzyskiwania informacji dotyczących samego siebie [4].

Przy obecnej dysfunkcjonalności systemu rodzinnego, sfera psychiczna dziecka nie może rozwijać się w sposób prawidłowy. Skutkami doświadczanej przemocy przez dzieci jest zwiększone ryzyko wystąpienia depresji, lęków, prób samobójczych, dolegliwości somatycznych, uzależnień czy wystąpienia ryzykownych zachowań seksualnych [5]. Warto zastanowić się co można zmienić w takich środowiskach, żeby ułatwić dzieciom lepsze funkcjonowanie psychospołeczne w przyszłości. Członkowie rodzin dysfunkcjonalnych mogą liczyć obecnie na pomoc wielu instytucji (w tym kuratora, pomoc ze strony centrum interwencji kryzysowej), które

zapewniają pomoc społeczną czy pomoc prawną. Warto jednak zwrócić uwagę na możliwość wprowadzenia do takich środowisk także asystenta rodziny. Zgodnie z ustawą z 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, asystent rodziny ma za zadanie nie tylko udzielanie wsparcia dla dzieci, ale także zapewnienie pomocy wychowawczej, psychologicznej czy socjalnej dla wszystkich członków rodziny. Asystent rodziny pozostaje we współpracy z każdą instytucją, której zadaniem jest działanie na rzecz dziecka i rodziny [6].

Cel pracy

1. Przedstawienie przypadków klinicznych dwóch nastoletnich pacjentek (AA. – 13 l., BB. – 16 l.) leczonych w Oddziale dla Dzieci i Młodzieży I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji w Lublinie, u których występujące problemy ze zdrowiem psychicznym były spowodowane stanem stałego zaniedbywania ze strony rodziców.
2. Zaprezentowanie przykładów, potwierdzających i podkreślających zasadność wprowadzania asystenta rodziny do opieki nad rodziną.

Opis przypadków

Przypadek 1 – AA.

Pacjentka AA., lat 13, uczennica VII klasy szkoły podstawowej. Choruje na niedoczynność tarczycy i cierpi z powodu otyłości (BMI 32,6 kg/m²). Mieszka z matką i rodzeństwem (starszy brat i dwie młodsze siostry). Ojciec za względów finansowych wyjechał kilka lat temu do oddalonego o ok. 200 km miasta. Z relacji pacjentki odległość, duże zaangażowanie ojca w pracę, były jednymi z przyczyn ograniczenia kontaktu między nimi. Natomiast, nadużywanie alkoholu przez ojca, było bezpośrednią przyczyną ucieczek pacjentki z domu. Pacjentka cierpi na moczenie nocne przeprowadzona diagnostyka wykluczyła tło somatyczne. Z wywiadu wynika, że u pacjentki występowały niejednokrotnie epizody omdleń, jednak podobnie jak w poprzednim przypadku, przeprowadzone

badania wykluczyły tło biologiczne dolegliwości.

Problemy wychowawcze z dziewczynką pojawiły się w III klasie szkoły podstawowej. Wcześniej dziewczynka funkcjonowała dobrze. Pomimo tego, że nie uczęszczała do przedszkola, szybko zaadaptowała się do warunków panujących w klasie „0”, do której poszła rok wcześniej. Od III klasy szkoły podstawowej zachowanie pacjentki zaczęło się zmieniać. Na początku pojawiła się agresja (słowna i fizyczna w stosunku do matki), następnie zaczęły pojawiać się zachowania autoagresywne (samouszkodzenia – nacinanie skóry przedramion) i próby samobójcze – ostatnia przed przyjęciem do tut. Kliniki poprzez połknięcie 12 tabletek paracetamolu i 14 ibuprofenu). W kolejnych latach pacjentka zaczęła także uciekać z domu (w poszukiwania były zaangażowane patrole policyjne), paliła papierosy, zaczęła sięgać po alkohol. Za względu na stan psychiczny (agresja i autoagresja - samouszkodzenia i próby samobójcze), pacjentka była hospitalizowana w różnych szpitalach z krótkimi przerwami przez okres 6 miesięcy.

W czasie leczenia w tut. Klinice, początkowo łatwo nawiązywała kontakty z innymi pacjentkami Oddziału. Po pewnym czasie zaczęły się pojawiać zachowania autodestrukcyjne – połykała przedmioty (kawałki płyty DVD, klej biurowy, końcówkę długopisu), samowolnie dopuszczała się przyjmowania leków o nieustalonym pochodzeniu (paracetamol, lewotyrosyna) oraz zaczęła wchodzić w relacje konfliktowe z innymi pacjentami i personelem. Stwarzała zagrożenie dla własnego życia oraz zdrowia i życia innych osób. Wymagała unieruchomienia i sedacji. Swoją agresję pacjentka tłumaczyła obecnością myśli natrętnych dotyczących niskiej samooceny i sytuacji nadużycia seksualnego przez rówieśnika gdy miała 11 lat. Podjęto czynności mające na celu otoczenie rodziny opieką kuratora i asystenta rodziny. Ze względu na trudności w prowadzeniu terapii rodzinnej, spowodowanej ponad 400 km dystansem pomiędzy miejscem zamieszkania i tut. Kliniką, pacjentką przeniesiono do innej placówki, położonej bliżej miejsca zamieszkania, która prowadzi terapię dzieci i młodzieży.

Przypadek 2 – BB.

Pacjentka lat 16, uczennica LO, mieszka z matką i młodszym bratem. Od 6 roku życia nie ma kontaktu z ojcem. Ojciec był uzależniony od alkoholu i przez lata nie wykazywał zainteresowania córką. Pierwsze wspomnienie jakie pamięta dziewczyna, to takie, w którym matka była ofiarą przemocy fizycznej ze strony męża. Po tym wydarzeniu razem z matką i bratem pacjentka opuściła dom rodzinny, zamieszkując u dziadków ze strony matki. Z relacji pacjentki matka wykazywała nikłe zainteresowanie pacjentką, bardzo dużo pracowała w systemie zmianowym, przy próbach nawiązania kontaktu

zbywała i nie wykazywała żadnych starań, żeby tą relację polepszyć. Często zostawiała pacjentkę pod opieką dziadka, który przez dziewczynę opisywany był jako „chłodny, oschły, bez emocji”, jednak w przeciwieństwie do matki, poświęcał jej czas. Niejednokrotnie skarżyła się na poczucie bycia zaniedbaną. Matka bagatelizowała problemy córki w grupie rówieśniczej, gdy ta doznawała przemocy ze strony koleżanek i kolegów (wyśmiewano się z niej), tłumacząc brakiem sił i czasu. Podczas hospitalizacji matka pacjentki nie interesowała się stanem zdrowia córki, zarówno psychicznym jak i stanem somatycznym. Często zatajała informacje o dziecku, z agresją odnosiła się do personelu Oddziału. Uzyskując informację, że córka może zostać umieszczona w ośrodku wychowawczym, ucieszyła się, deklarując, że już sama wcześniej chciała to zrobić, ale nie wiedziała jak.

Rozwój psychiczny pacjentki w pierwszych latach życia był dobry – łatwo zaadaptowała się w przedszkolu i nie sprawiała problemów wychowawczych. Trudności zaczęły pojawiać się w szkole podstawowej - wystąpiły problemy w nauce oraz relacjach z rówieśnikami. Z tego powodu, przez okres szkoły podstawowej i gimnazjum pacjentka była objęta opieką kuratora. Od 11 roku pojawiały się myśli i tendencje samobójcze, dodatkowo pojawiały się zachowania autoagresywne. Deklarowała, iż w tym samym czasie jej nastrój obniżył się i zaczęły pojawiać się halucynacje wzrokowe oraz głosy nakazujące i oskarżające. W marcu 2015 roku podjęła leczenie psychiatryczne ambulatoryjne (z rozpoznaniem: mieszane zaburzenia zachowania i emocji). Pierwszą próbę samobójczą pacjentka podjęła w październiku 2015 r. (13 r.ż.) poprzez zażycie kilkunastu tabletek sertraliny 50 mg, 20 tabletek perazyny 25 mg, oraz 7 tabletek zolpidemu 10 mg, po której była po raz pierwszy hospitalizowana w oddziale psychiatrycznym. Po 2 miesiącach podjęła kolejną próbę poprzez zadzierzgnięcie, co było powodem hospitalizacji psychiatrycznej. W następnych latach pacjentka podjęła dwie kolejne próby poprzez nacięcie nadgarstków, po których również była hospitalizowana psychiatrycznie. Przez ostatnie lata, w związku z różnymi diagnozami medycznymi (schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenie osobowości), pacjentka była leczona wieloma zestawami leków (fluoksetyna 10 mg/d + flupentyksol 3,5mg/d + lorazepam 3mg/d + olanzapina 10 mg/d; lamotrygina 200 mg/d + kłozapina 200 mg/d; kłozapina 300 mg + aripiprazolem 15 mg + lamotryginą 200 mg; pernazyna + olanzapina 5 mg/d), jednak bez efektu.

Podczas pobytu w Klinice pacjentka była w zmiennym nastroju, płacziwa, potwierdzała obecność objawów wytwórczych i myśli samobójczych. W skali MINI- 23 pkt wysokie ryzyko samobójcze. Wielokrotnie dokonywała samookaleczeń szyi, przedramion (zawsze

Tabela 1. Zestawianie danych dotyczących obu pacjentek, z uwzględnieniem czasu trwania hospitalizacji i stawianych w przeszłości rozpoznań.

	AA. – 13 l.	BB. – 16 l.
Dane o pacjentce	rodzina niepełna (pacjentka, matka (M), brat, 2 siostry; ojciec (O) od kilku lat w delegacji, przyjeżdża okresowo)	rodzina niepełna (pacjentka, matka (M), brat; ojciec (O) od kilkunastu lat nieobecny; w wywiadzie przemoc fizyczna ze strony O do M; M pracuje w systemie zmianowym – dużo czasu spędza poza domem)
Wywiad rodzinny	Ojciec ZUA	Ojciec ZUA
Choroby somatyczne	niedoczynność tarczycy, otyłość; psychogenne omdlenia i moczenie nocne	otyłość
Obserwowane zaburzenia	- wczesna zmiana zachowania od 9/10 rż. - zachowania autoagresywne (samouszkodzenia – cięcie się i próby „s” – zamierzone zatrucia lekami), - ucieczki z domu - agresja (słowna i fizyczna w stosunku do matki), - palenie papierosów i spożywanie alkoholu, SPA (wchłanianie kleju)	- wczesna zmiana zachowania od 7/8 rż. - myśli i tendencje „s”, zachowania autoagresywne, próby „s”: połknięcie leków, zadziergnięcie, dwukrotnie poprzez podcięcie nadgarstków, obniżenie nastroju + halucynacje wzrokowe oraz słuchowe – głosy nakazujące i oskarżające
Pobyty w szpitalach psychiatrycznych	ok. 10 m-cy w okresie 02.2018 - 06.2019	13 m-cy w okresie 10.2015 - 04.2019
Dotychczasowe rozpoznania	- autyzm atypowy (F 84.1); - epizod depresyjny umiarkowany (F32.1); zaburzenia zachowania opozycyjno-buntownicze (F91.3) - zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane (F41.2); Inne dziecięce zaburzenia funkcjonowania społecznego (F94.8) - mieszanie zaburzenia zachowania i emocji okresu adolescencji uwarunkowane złożoną etiologią	- epizod ciężkiej depresji objawami psychotycznymi F32.3; stan po próbie samobójczej; samouszkodzenia X78; inne określone problemy związane z najbliższą rodziną Z63.8 - zaburzenia afektywne dwubiegunowe, obecnie epizod ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi F31.5 - Osobowość chwiejna emocjonalnie – typ borderline F60.3; zatrucie lekami psychotropowymi kłozapina (T43); - schizofrenia paranoidalna F20.0

Tabela 2. Zestawienie doświadczeń przez pacjentki zaniedbywani rodzicielskich w oparciu o literaturę – M. Kolankiewicz (2012) [4].

Zaniedbywanie ze strony rodziców		AA.	BB.	
Zaniedbywanie prenatalne	Wrogość i konflikty w rodzinie	-	+	BB. O – ZUA, przemoc fizyczna ze strony O do M
Zaniedbywanie fizyczne	Niedostateczne lub niewłaściwe żywienie	+	+	AA, BB. otyłość - M, O nie zwracali uwagi na sposób żywienia; BB. – zmiany próchnicze niezaopatrzone stomatologicznie
	Pozostawienie dziecka samego w domu	-	+	BB. – M przez większość czasu w pracy; dziewczyna była sama i musiała opiekować się młodszym bratem
	Brak opieki i nadzoru, brak zainteresowania tym co dziecko robi i gdzie przebywa, brak kontroli	-	+	AA. – ucieczki z domu (niewydolność M, O - poszukiwania z zaangażowaniem policji); BB. – jw.
	Brak troski o higienę	+	-	AA. – znacznie nasilone zmiany próchnicze
Zaniedbania cywilno – prawne	Brak respektu do prawa dziecka do posiadania i poznania obojga rodziców	-	+	BB. – O - całkowita ignorancja obecności córki, brak kontaktu od 6 rż.
Zaniedbywania psychiczne	Brak troski o zaspokojenie potrzeb psychicznych: poczucia bezpieczeństwa, przywiązania, akceptacji, przynależności, brak oznak fizycznej bliskości	+	+	AA. – O – od wielu lat w delegacji przyjeżdża sporadycznie i na krótko, brak wiedzy o potrzebach dziecka; BB. – O nienawidzący kontaktu od 6 rż pacjentki; M pracująca, niedostępna czasowo i emocjonalnie
	Psychiczna, emocjonalna niedostępność	+	+	AA, BB - jw.
	Niezauważanie sygnałów płynących od dziecka, ignorowanie lub nieumiejętność zaspokajania potrzeb dziecka, niereagowanie na nie	+	+	BB. – brak reakcji M na sytuację przemocy ze strony rówieśników; AA. – niedostateczna pomoc M, O w związku z przemocą w szkole
	Obojętność, niska jakość opieki, niezarażność	-	+	sytuacja ucieczki z domu wymagała zaangażowania patroli policyjnych; niedostateczna umiejętność rodziców w organizowaniu opieki lekarskiej somatycznej dla córki; BB. – M planowała oddać dziewczynkę do ośrodka szkolno-wychowawczego, ale nie wiedziała jak
	Izolowanie dziecka od rówieśników	+	-	AA. – indywidualny program nauczania od III klasy szkoły podstawowej

w obecności personelu), połknęła także kawałek szkła. Podjęła na przepustce, dwie próby samobójcze: przez zadzierzgnięcie oraz przez przyjęcie nadmiernej dawki leków (2500 mg kłozapiny). Ze względu na objawy zatrucia kłozapiną, pacjentka została przyjęta do oddziału toksykologii.

W tabeli dokonano zestawienia danych obu pacjentek, z uwzględnieniem liczby i łącznego czasu hospitalizacji oraz uprzednio stawianych rozpoznań psychiatrycznych (Tabela 1). Rodzice zostali oznaczeni w następujący sposób – „M” matka, „O” ojciec.

Dyskusja

Na podstawie dostępnej literatury klasyfikującej rodzaje zaniedbywań rodzicielskich, w poniższej tabeli przedstawiono zestawienie rodzajów zaniedbywań wraz z ich krótkimi opisami w nawiązaniu do dwóch powyższych przypadków klinicznych [4] (Tabela 2). Rodziców pacjentek oznaczono: „M”- matka, „O” – ojciec.

Wnioski

1. Prezentowane przypadki wskazują na potencjalny związek przyczynowo - skutkowy między występującymi zaniedbywaniami rodzicielskimi, współistniejącymi czynnikami środowiskowymi (uzależnienia w rodzinie) a nieprawidłowym kształtowaniem się osobowości dziecka, samookaleczeniami czy próbami samobójczymi.
2. Bardzo liczne hospitalizacje, które były wyrazem niedostatecznych umiejętności wychowawczych opiekunów, utrudniły w znaczny sposób nawiązanie prawidłowych relacji w środowisku rodzinnym. Opierając się na rozumieniu zaniedbywania jako ograniczenia kontaktu fizycznego i emocjonalnego między rodzicem a dzieckiem, można wnioskować, że obie pacjentki doświadczyły stałych zaniedbywań ze strony opiekunów.
3. Brak nabytej w środowisku rodzinnym umiejętności budowania zdrowych i bezpiecznych relacji, skutkowało odrzuceniem i nadużyciami ze strony grupy rówieśniczej.
4. Przy tak dysfunkcyjnych systemach rodzinnych niezmiernie istotne jest, poza objęciem rodziny opieką kuratora, wprowadzenie asystenta rodziny, zapewniającego wsparcie emocjonalne, doradcze czy medacyjne.

Conflict of interest

The authors have declared no conflict of interest.

References

1. Wójcik, S. (2013). Przemoc w rodzinie, zaniedbanie, wiktymizacja pośrednia. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy problemu przemocy wobec dzieci. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka., 12(3), 40-62.
2. Jedlecka, W. (2017). Formy i rodzaje przemocy. Przemoc w prawie i polityce. *Violenza in law and Politics.*, 13.
3. Sochocka, L., Komenda-Kołecka, J., 2014. Zaniedbanie- (nie) świadomą formą przemocy wobec dziecka. *Medycyna Środowiskowa-Environmental Medicine*, 1(17), 83-89.
4. Kolankiewicz, M. (2012). Zaniedbywanie dzieci. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka., 11(2), 81-94.
5. Włodarczyk, J. (2017). Przemoc wobec dzieci. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka., 16(1), 192-213.
6. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. (2017, 07 20). Pobrano z lokalizacji <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20111490887/U/D20110887Lj.pdf>

Corresponding author

Małgorzata Janowska
I Department of Psychiatry, Psychotherapy and
Early Intervention, Medical University of Lublin
Ul. Głuska 1, 20-439 Lublin, Poland
e-mail. malgorzatajanowska@umlub.pl
tel. 817487307

Otrzymano: 21.02.2020
Zrecenzowano: 01.03.2020
Przyjęto do druku 17.03.2020