

Bogdan de Barbaro, Ewa Zielińska, Grzegorz Grabowski,  
Przemysław Budzyna-Dawidowski

## ***DROP-OUT W TERAPII RODZIN. BADANIA WŁASNE***

### **DROPOUT IN FAMILY THERAPY**

Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii CM UJ

Kierownik: dr hab. Bogdan de Barbaro

**family therapy**  
**drop out**

*Autorzy przedstawiają wyniki badań rodzin, które przerwały terapię rodzinną w porównaniu z rodzinami, które ją ukończyły. Badaniami zostali objęci również terapeuci. Autorzy wskazują m.in. na kluczową rolę ojca w decyzji o przerwaniu terapii oraz na istotne znaczenie neutralności terapeuty dla utrzymania się rodzin w terapii.*

**Summary:** In an attempt to use the systems theory as a heuristic tool to explain family therapy dropout the authors conducted a post hoc study involving 20 dropout families and 18 families completing therapy. The results indicate that most frequently it was the husband/father who initiated the dropout. His perception of himself, his partner and the therapist appeared to influence his decision. Furthermore, it appeared that mutual negative perceptions of the family and of the therapist form a spiral. The authors conclude that therapist neutrality is a key issue in decreasing the chance of dropout.

### **Wstęp**

Znajomość okoliczności i przyczyn, w jakich dochodzi do przerwania terapii przez rodzinę, może być istotna nie tylko z teoretycznego punktu widzenia – przede wszystkim może być ważną wskazówką praktyczną dla zespołu terapeutycznego. Skłoniło to zespół ZTR do podjęcia badań, mających na celu określenie, jakie były powody zaniechania terapii z punktu widzenia członków rodziny oraz z punktu widzenia samych terapeutów.

Przedstawione wyniki, chociaż skromne liczbowo, wydają się godne przedstawienia z uwagi na implikacje praktyczne.

### ***Drop-out w terapii rodzin***

Jest zastanawiające, że tak kluczowy problem, jak przerywanie terapii, nie cieszy się szczególnym zainteresowaniem badaczy — dotyczy to także terapii rodzin — nie mniej, przeglądając piśmiennictwo, można wyodrębnić wiele czynników, które, w świetle badań empirycznych, okazały się mieć wpływ na przerywanie terapii przez rodzinę.

Pierwsza grupa to czynniki demograficzne i etniczne. Okazuje się, że większe prawdopodobieństwo przerywania terapii zachodzi w przypadku rodzin o najniższym statusie

społeczno-ekonomicznym [1, 2] oraz odmiennej rasy niż terapeuci, a także wtedy, gdy identyfikowany pacjent jest innej płci niż terapeuta [3].

Druga grupa to okoliczności podjęcia terapii. Większe ryzyko *drop-outu* zachodzi w przypadku rodzin skierowanych przez instytucje (podejmujących terapię z zalecenia np. sądu, szkoły czy służb społecznych) [4], rodzin skierowanych przez psychologa, a nie psychiatrę [5], rodzin uczestniczących jednocześnie w innej terapii [6], rodzin nie mających dotąd do czynienia z psychoterapią oraz rodzin mieszkających w mieście, w którym prowadzona jest terapia, nie zaś dojeżdżających z innego miasta [5].

Z decyzją przedwczesnego zakończenia terapii korelują także określone czynniki rodzinne. Okazuje się, że większe ryzyko *drop-outu* zachodzi w tych rodzinach, w których występują autorytarne postawy mężów i tradycyjne rozumienie roli kobiety przez żony [7], w których mężowie sygnalizują przed terapią niezadowolone z życia rodzinnego [8], a także w tych, w których zaburzenia trwają krócej [9] i występują u innych członków rodziny [10].

Ostatnia grupa czynników dotyczy terapeuty i samego procesu terapii. Na przerwanie terapii przez rodzinę może mieć wpływ jej bezpłatność [11], a także małe doświadczenie terapeuty (mierzone ilością szkoleń, a nie latami pracy) [12, 13], wstępna ocena, że rodzina „jest trudna” [14], określanie przez terapeutę natury problemu w sposób nieprzystający do „mapy rodzinnej” [15], w trakcie terapii zaś: przewaga interpretacji (zwłaszcza rozwlekłych) nad stymulowaniem i wsparciem [16], udzielanie porad i nasilanie stresu [4], niska aktywność [2, 15, 17], brak pewności siebie, nieumiejętność strukturywania spotkania [18] i *joiningu* [19].

Ten skrótowy przegląd czynników ryzyka *drop-outu* wskazuje, że wiedza na temat okoliczności przerwania terapii przez rodzinę jest nadal niepełna, by nie rzec — przypadkowa. Chociaż brak spójnej koncepcji *drop-outu* można wytłumaczyć wielością uwarunkowań tego zjawiska, uzasadnione wydaje się dalsze poszukiwanie okoliczności, które pomogłyby lepiej wyjaśnić, dlaczego rodzina przerywa terapię oraz umożliwiłyby zapobieganie temu zjawisku.

### **Definicja *drop-outu***

Pojęcie *drop-outu*, chociaż intuicyjnie wydaje się jednoznaczne, w praktyce przez różnych autorów jest różnie definiowane. Pekarik [20] wyróżnia „*drop-out* wczesny”, jeśli następuje po 1–2 spotkaniach, oraz „*drop-out* późny”: po 3 i więcej spotkaniach. Zdaniem Davisa i Dhillona [21] o wypadnięciu z terapii można mówić, jeśli następuje przed piątym spotkaniem, według zaś definicji Becka i Jonesa [3], a także Gainesa i Stedman [9] *drop-out* występuje wtedy, gdy dochodzi do przerwania terapii przed osiągnięciem celów ustalonych w kontrakcie.

W przedstawionych poniżej badaniach przyjęto najczęściej stosowane kryterium: *drop-out* w terapii rodzin to jednostronne (bez uzgodnienia z terapeutą) podjęcie decyzji przez członków rodziny o zakończeniu terapii. W myśl tej definicji nie moment przerwania terapii będzie tu istotny, lecz jednostronność decyzji.

### **Cel badania**

Celem badań było:

- określenie, w jakim stopniu struktura rodziny wpływa na przerwanie terapii;
- zbadanie związków między nastawieniem terapeuty do rodziny i terapii a przerwaniem

- terapii przez rodzinę;
- zbadanie związków między tym, jak rodzina ocenia terapeutę i terapię, a przerwaniem terapii przez rodzinę.

### Badana grupa

Badaniami objęto rodziny, które podjęły terapię w ZTR w latach 1994–1999. Najczęściej były to rodziny, które zgłaszały się z powodu kryzysu małżeńskiego, kryzysu z dzieckiem w okresie pokwitania, sporadycznie zaś — w związku z chorobą psychiczną bądź somatyczną w rodzinie. Zasady pracy ośrodka oparte są na paradygmacie systemowym, z preferencją szkoły strategicznej i mediolańskiej. W analizowanym okresie podjęło terapię 77 rodzin (z których 33 ukończyły terapię, a 44 przerwały ją). Wskaźniki te nie odbiegają od publikowanych w pracach na temat *drop-outu* w terapii rodzin [17]. Ostatecznie w badaniu wzięło udział 38 rodzin (pozostałe rodziny nie wyraziły zgody lub nie udało się do nich dotrzeć): 20 rodzin, które przerwały terapię, oraz 18 rodzin, które ją ukończyły. Tak więc w grupie rodzin, które ostatecznie uczestniczyły w badaniu, obie podgrupy (tych rodzin, które zakończyły terapię i tych, które ją przerwały) były prawie takie same.

Ogółem zbadano 82 osoby: 45 kobiet i 37 mężczyzn, w wieku od 13 do 72 lat. Podgrupa rodzin, które ukończyły terapię pod względem czynników demograficznych nie różniła się od rodzin, które terapię przerwały.

W badaniu uczestniczył także zespół 5 terapeutów: 3 kobiety i 2 mężczyzn, w wieku od 43 do 60 lat, ze stażem pracy od 19 do 38 lat. Jeden z terapeutów to psychiatra, pozostali to psycholodzy.

### Badana grupa

	Liczba osób	Młodzi/ starsi	Ojcowie/ matki	Cótki	Synowie	Razem
Przerwana terapia	20 rodzin	17	18	4	1	40
Ukończona terapia	18 rodzin	18	16	5	3	42
<b>Razem</b>	<b>38 rodzin</b>	<b>35</b>	<b>34</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>82</b>

### Metody badania

Badanie miało charakter katamnesticzny i obejmowało zarówno rodziny, jak i terapeutów. Do rodzin, które niegdyś uczestniczyły w terapii (zarówno tych, które ukończyły terapię, jak i tych, które ją przerwały), zgłosili się, po uprzedniej rozmowie telefonicznej i uzyskaniu zgody na badanie, wykwalifikowani ankieterzy (w przypadku osób spoza Krakowa zestaw narzędzi badawczych wraz z dokładną instrukcją wysyłany był pocztą) i legitymizując się pismem z placówki terapeutycznej zbierali informacje drogą ankiety i kwestionariuszy. Osoby badające były spoza zespołu terapeutycznego, co zmniejszało ryzyko dodatkowej stronniczości wypowiedzi rodziny.

Członkowie rodzin mieli za zadanie wypełnić trzy kwestionariusze.

1. Kwestionariusz, za pomocą którego rodzina — z perspektywy momentu wypełniania kwestionariusza — oceniała zmianę w zakresie problemu, z którym zgłosiła się do

ZTR, stopień zadowolenia z terapii, pomocność terapii, stopień swojego zaangażowania w terapię oraz swoje uczucia w czasie terapii. Ponadto rodziny, które przerwały terapię miały za zadanie opisać przyczyny jej przzerwania i wskazać, kto z rodziny zdecydował o jej przzerwaniu.

2. Kwestionariusz Manfreda Cierpki w polskiej modyfikacji [22, 23] pozwalający uzyskać trójwymiarowy opis rodziny. Opis rodziny jako całości, opis siebie w rodzinie oraz opis innych osób z rodziny dotyczy siedmiu wymiarów procesu rodzinnego: pełnienie ról, emocjonalność, wypełnianie zadań, komunikacja, kontrola, afektywne nawiązywanie relacji oraz wartości i normy. Ponadto w polskiej adaptacji kwestionariusza wyróżniono dodatkowe czynniki: negatywne i pozytywne postawy wobec rodziny, negatywne i pozytywne postawy wobec partnera małżeńskiego, negatywne i pozytywne postawy wobec samego siebie.
3. Kwestionariusz Michaela Starka w jego polskiej adaptacji [24] i po przystosowaniu go do relacji w terapii rodzin, badający wielowymiarowo relację „terapeuta–pacjent”. W kwestionariuszu tym pacjent określa, w jakim stopniu akceptuje, a w jakim odrzuca terapeuta oraz ocenia profesjonalizm terapeuty, jego niepewność i dominację.

Zestaw narzędzi dla terapeutów obejmował:

1. Kwestionariusz, za pomocą którego terapeuci szacowali dla poszczególnych rodzin: zmiany pod wpływem terapii w zakresie problemu, z którym zgłosiły się one do ZTR, swoje uczucia wobec rodziny w trakcie terapii, a w przypadku rodzin, które przerwały terapię, dodatkowo: prawdopodobne przyczyny jej przzerwania oraz swoją uczuciową reakcję na *drop-out*.
2. Polską adaptację kwestionariusza Michaela Starka w wersji dla terapeutów. Terapeuta miał za zadanie określić: w jakim stopniu akceptował pacjenta (rodzinę), jak oceniał swój profesjonalizm i swoją niepewność w danej terapii oraz w jakim stopniu w czasie terapii odrzucał emocjonalnie rodzinę.

### Wyniki

Szczegółowe wyniki zostały przedstawione w dwóch pracach [25, 26]. Poniżej omówione zostaną niektóre z nich, z wypukleniem ośmiu konkretnych aspektów.

#### 1. Okoliczności przzerwania terapii

Sprawdzono, kiedy doszło do przzerwania terapii oraz jak do niej doszło.

Tabela 2

Liczba sesji terapeutycznych

Liczba sesji	Rodziny, które przerwały terapię	Rodziny, które ukończyły terapię
1-2	8 (40%)	0
3-4	9 (45%)	2 (11%)
5-6	2 (10%)	2 (11%)
7 i więcej	1 (5%)	14 (78%)
min.	1	4
maks.	7	30

Tabela 3

## Okoliczności przerwania terapii przez rodzinę

Sposób przerwania terapii	Liczba rodzin
Niezgłoszenie się na kolejne umówione spotkanie	11 (55%)
Nieumówienie się na kolejne spotkanie	8 (40%)
Po przerwie wakacyjnej	3
Po odwołaniu umówionego terminu przez terapeuta	2
Po odwołaniu terminu przez rodzinę	2
Terapeuta nie miał kontaktu z planem swoich zajęć	1
Decyzja podjęta przez rodzinę na ostatnim spotkaniu	1 (5%)
Powinno mieć nie terapeuta o rezygnacji z terapii (niezależnie od sposobu, w jaki zakończyła się terapia)	7 (35%)

Tabela 4

## Osoba z rodziny decydująca o przerwaniu terapii

Osoby odpowiedzialne za przerwanie terapii	Liczba rodzin
Ojciec / mąż	9 (45%)
Mama / żona	5 (25%)
Diecko	4 (20%)
Ojciec i synowie	1 (5%)
Terapeuta (zadaniem rodziny)	1 (5%)

Wyniki te wskazują, że w olbrzymiej większości przypadków do przerwania terapii przez rodzinę dochodziło nie później niż po 4 spotkaniach, najczęstszą zaś formą było niezgłoszenie się na umówiony termin bez powiadomienia o tym terapeutów. Może to przemawiać za brakiem związku terapeutycznego jako znaczącą okolicznością przerwania terapii, a jednocześnie dowodzić szczególnego znaczenia pierwszych spotkań, w czasie których dochodzi (bądź nie) do nawiązania *therapeutic alliance*. Jednocześnie znamienne okazuje się rola ojca (męża) w rodzinie. To on jest najczęściej inicjatorem przerwania terapii.

## 2. Ocena stopnia zmian uzyskanych dzięki terapii i aktualnych problemów według rodziny

Wyniki przedstawione w tabelach 5 i 6 (strona następna) wskazują na znamienne fakt: jakkolwiek zmiany pozytywne zauważają zwłaszcza osoby z rodzin, które ukończyły terapię (w sumie — 93%), to jednak także w rodzinach, które terapię przerwały, ponad połowa osób stwierdza wystąpienie pozytywnych zmian. Stanowi to potwierdzenie opisywanego zjawiska, że także wtedy, gdy dochodzi do przerwania terapii, często występują zmiany pozytywne. Nie powinno to jednocześnie przesłaniać faktu, że w rodzinach, które przerwały terapię, u 12% osób doszło do pogorszenia, a u 35% nie było zmian (odpowiednio dla rodzin, które ukończyły terapię: 0 i 7%).

Tabela 5

Ocena stopnia zmiany problemów w trakcie terapii dokonana przez rodzinę

Stopień zmiany problemów	Liczba osób	
	Rodziny, które przerwały terapię	Rodziny, które ukończyły terapię
Poprawzenie	5 (12,5%)	0
Brak zmian	14 (35%)	3 (7%)
Mieła poprawę	13 (32,5%)	8 (19%)
Poprawa	8 (20%)	17 (41%)
Użyły innej poprawy	0	14 (33%)

Tabela 6

Ocena sytuacji rodzinnej w momencie przeprowadzania badania katamnesticznego

Ocena aktualnej sytuacji rodzinnej	Liczba osób	
	Rodziny, które przerwały terapię	Rodziny, które ukończyły terapię
Problemy sprzed terapii nadal	17 (42,5%)	20 (48%)
Problemy nie pogłębiły się	8 (20%)	0
Pojawiły się nowe problemy	4 (10%)	1 (2,4%)
Brak powstania nowych problemów	0 (0%)	13 (30%)
Po rozwodzie	1 małżeństwo (2,5%)	1 małżeństwo (2,4%)
Brak danych	4 (10%)	1 (2,4%)

Jednocześnie powyższe wyniki przemawiają za tym, że subiektywna poprawa nie musi oznaczać „zniknięcia problemu”. U blisko połowy osób, które ukończyły terapię, problem („obiektywny?”) nadal istnieje, natomiast rodziny lepiej sobie z nim radzą (lub – jak powiedzieliby konstrukcjoniści społeczeni – opis problemów jest inny: nie prowadzący do impasu).

### 3. Ocena rodziny jako całości a przerwanie terapii

Kwestionariusz Oceny Rodziny (KOR) pozwala uzyskać trzy profile: samooceny, rodzinny i diadyczny, z których każdy dotyczy siedmiu wymiarów życia rodzinnego (wykonywania zadań, pełnienia ról, komunikacji, emocjonalności, afektywnego nawiązywania relacji, kontroli oraz wartości i norm).

Należy pamiętać, że badanie za pomocą kwestionariusza miało miejsce w momencie katamnety, a więc trudno te dane traktować jako predyktor *drop-outu*. Zbadano, w których wymiarach i w jakim stopniu rodziny, które przerwały terapię, różnią się od rodzin, które ukończyły terapię.

Tabela 7

## Ocena rodziny przez członków rodziny a przerwanie terapii

Ocena rodziny jako osoby przez	WZ	PR	KOM	EM	ANR	KON	WN	SUM
matki/żony	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
ojciec/męża	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns	*
dzieci	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Oznaczenia dla tabel 7, 8, 9:

\* istotność  $p < 0,05$ , \*\* istotność  $p < 0,01$ , ns – brak istotności statystycznej.

Istotności (w tej i w następnych tabelach) dotyczą różnicy między podgrupą rodzin, które przerwały terapię, a podgrupą rodzin, które terapię ukończyły.

WZ – wykonywanie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, EM – emocjonalność, ANR – afektywne nawiązywanie relacji, KON – kontrola, WN – wartości i normy, SUM – wartość sumaryczna

Powyższa tabela wskazuje, że mężowie/ojcowie z rodzin, które przerwały terapię, gorzej ocenili swoją rodzinę w zakresie komunikacji i w skali ogólnej niż mężowie/ojcowie z rodzin, które ukończyły terapię. Zależności tych nie stwierdzono w przypadku żon ani dzieci.

Tab. 8

## Samoocena członków rodziny a przerwanie terapii

Samoocena	WZ	PR	KOM	EM	ANR	KON	WN	SUM
matki/żony	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
ojciec/męża	ns	ns	*	*	*	ns	*	*
dzieci	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

## 4. Ocena samych siebie w rodzinie a przerwanie terapii

W przypadku kwestionariusza samooceny wyniki okazują się jeszcze bardziej znaczące. Mężowie/ojcowie z rodzin, które przerwały terapię, gorzej w istotnym stopniu oceniają swoje funkcjonowanie w rodzinie w zakresie komunikacji, emocjonalności, afektywnego nawiązywania relacji i czynnika „wartości i normy”. Może to oznaczać, że mężowie/ojcowie z rodzin, które przerwały terapię (a – jak wynika z tabeli 4 – byli być może także inicjatorami jej przerwania) mają szczególnie niską samoocenę w wielu istotnych wymiarach życia rodzinnego. W dalszej części rozważań omówione zostanie, jaka może być istota tej zależności. Podobnie jak w przypadku oceny rodzinnej, matki/żony oraz dzieci z rodzin przerywających terapię nie różnią się w samoocenie od matek/żon i dzieci z rodzin, które terapię ukończyły.

## 5. Ocena partnera małżeńskiego a przerwanie terapii

Wyniki zawarte w tab. 9 wskazują na znaczną rozbieżność między ocenami małżon-

ków: żony z rodzin przerywających terapię niżej oceniały funkcjonowanie emocjonalne męża w małżeństwie niż żony z rodzin, które terapię ukończyły. Jednocześnie mężowie z rodzin, które przerwały terapię, gorzej niż mężowie z rodzin, które ukończyły terapię, ocenili swoje żony w zakresie wypełniania zadań, pełnienia ról, czynnika „wartości i nor-

Tabela 9

#### Ocena partnera małżeńskiego a przerwanie terapii

Ocena udzielona	UZ	PR	KOM	EM	ANR	KON	UN	SUM
Żony oceniają mężów	ns	ns	ns	*	ns	ns	ns	ns
Mężowie oceniają żony	*	*	ns	ns	ns	ns	**	*

my” oraz w skali globalnej.

Można powiedzieć, że w świetle wyników zawartych w tabelach 8 i 9 mężowie/ojcowie z rodzin, które przerwały terapię, nisko oceniają zarówno siebie, jak i swoją partnerkę. Zgodność między ocenami mężów i żon zachodzi jedynie w parametrze „emocjonalność”, co oznacza, że w podgrupie rodzin, które przerwały terapię, mężowie oceniają się gorzej w tym czynniku niż mężowie z rodzin, które terapię ukończyły i – podobnie – żony z podgrupy „drop-out” spostrzegały gorzej swych mężów niż żony z podgrupy „ukończona terapia” (w zakresie czynnika „emocjonalność”).

#### 6. Rodziny oceniają terapeutów i terapię

Zgodnie z przyjętą procedurą, rodziny w ramach badania katamnesticznego oceniały za pomocą kwestionariusza Starka swego terapeutę. Sprawdzano hipotezę, zgodnie z którą osoby z rodzin, które przerwały terapię, gorzej oceniają terapeutów, niż osoby z rodzin, które terapię ukończyły. Wyniki zamieszczone w poniższej tabeli częściowo potwierdzają

Tabela 10

#### Ocena terapeutów przez rodziny, które przerwały terapię

Terapeuta	Nieakceptowalny	Profesjonalny	Niepełny	Dominujący	Odrzucający
wg matki/żon	**	ns	*	ns	ns
wg ojców/mężów	*	ns	*	ns	*
wg dzieci	ns	ns	**	ns	***

Oznaczenia dla tabel 10-14:

\* istotność  $p < 0,05$ , \*\* istotność  $p < 0,01$ , \*\*\* oznacza  $p < 0,001$

ns – brak istotności statystycznej

tę hipotezę.

W świetle powyższych wyników nasuwa się wniosek, że osoby z rodzin porzucających terapię w znacząco wyższym stopniu niż osoby, które ją ukończyły, nie akceptowały swych terapeutów, uznając ich za niepełnych i odrzucających. Autorami tej krytycznej oceny są zarówno matki/żony, ojcowie/mężowie, jak i dzieci, przy czym niemal pełna zgodność zachodzi w przypadku kategorii „niepełność”. Jednocześnie kategorie „profesjonalność”



Tabela 11

## Rodziny, które przerwały terapię, oceniają terapię

Terapia	Niska skuteczność	Niskie zadowolenie	Niska pomoc
Ug matek	**	*	ns
Ug ojców	**	**	ns
Ug dzieci	**	*	**

i „dominacja” nie różnicują dwóch porównywanych podgrup rodzin.

Wniosek płynący z powyższej tabeli wydaje się nie budzić zdziwienia. Wysoka istotność statystyczna ( $p$  kilkakrotnie  $< 0,01$ , a nawet  $0,001$ ) potwierdza narzucające się domniemanie, iż rodziny, które przerwały terapię, nisko oceniały jej skuteczność i nie

Tabela 12

## Rodziny, które przerwały terapię oceniają swoje zaangażowanie w terapię i emocje w czasie terapii

	Poczucie nie zaangażowania	Pozytywne emocje	Negatywne emocje
Matki	Ns	ns	ns
Ojcowie	*	ns	*
Dzieci	Ns	ns	ns

były z niej zadowoleni.

Wyniki tej tabeli wydają się dopełniać obrazu i roli ojców/mężów w terapii. W badaniu katamnetycznym ojcowie/mężowie z rodzin, które przerwały terapię, uznają istotnie częściej niż ojcowie/mężowie z rodzin, które ukończyły terapię, że ich zaangażowanie było słabe, za to negatywne emocje silne. Tego typu zależności nie stwierdza się u matek/żon ani u dzieci.

## 7. Terapeuci oceniają swoją postawę oraz terapię

Kwestionariusz M. Starka bada także, jak terapeuci oceniali swoją postawę terapeutyczną.

Tabela 13

## Samocena terapeutów w terapiach, które zostały przerwane

Postawa terapeuty	Brak skłębłości	Niski profesjonalizm	Niepewność	Odrzućenie rodziny
Rodziny, które przerwały terapię	**	**	*	**

Tabela 14

## Ocena przerwanych terapii dokonana przez terapeutów

	Niska skuteczność	Negatywne uczucia terapeuty do rodziny
Przerwane terapie	**	**

Tabele wskazują, że terapeuci w stopniu statystycznie istotnym ( $p < 0,001$  w pięciu parametrach na sześć) znacznie krytyczniej oceniali siebie i terapię w przypadku rodzin, które ją przerwały, niż rodzin, które ją ukończyły. Należy jednak nadmienić, że w czasie dokonywania tej oceny terapeuci byli świadomi, w których rodzinach miał miejsce *drop-out* i mogło to zaważyć na stopniu ich autokrytycyzmu. Interesujące są natomiast wyniki wskazujące na silną zależność między poziomem negatywnych uczuć terapeuty do rodziny a przerwaniem terapii. Trudno tu rozstrzygać, czy negatywne uczucia terapeuty przyczyniły się do powstania *drop-outu*, czy były jego skutkiem, wszelako za tą pierwszą możliwością przemawiają wyniki uzyskane od członków rodzin. Najbardziej prawdopodobna wydaje się hipoteza o cyrkularnym („spiralitywnym”) charakterze tego zjawiska: negatywne emocje mogły się udzielać i wzajemnie wzmacniać „po obu stronach”.

#### 8. Inne aspekty

Weryfikując niektóre zależności w innych badaniach, nie stwierdzono zależności między przerwaniem terapii a stażem małżeńskim, liczbą dzieci w rodzinie, miejscem zamieszkania rodziny, czasem oczekiwania na terapię i stosunkiem rodziny do rozpoczęcia terapii.

Przedstawione analizy nie wyczerpują złożoności zjawiska. Przykładowo, w niniejszym badaniu nie poddano weryfikacji empirycznej, w jakim stopniu zjawisko przerwania terapii związane jest z rodzajem problemu, z jakim zgłosiła się rodzina do terapii, a w jakim z tym, kto był terapeutą.

#### Dyskusja

Badania nie miały charakteru prospektywnego i dlatego, a także z uwagi na małą liczebność grup (zwłaszcza terapeutów) oraz niedoskonałość narzędzi badawczych, wnioski mogą być jedynie ograniczone. Badania zostały przeprowadzone *ex post*, przez co oceny np. relacji nie wolno traktować jako predyktora, gdyż może być ona wyrazem rzutowania wstecz uczuć i ocen bieżących. Przykładowo, rodzina, która przerwała terapię, może bardziej negatywnie spozstrzegać terapię w momencie badania niż w trakcie terapii (i *vice versa*).

Większość uzyskanych wyników zdaje się potwierdzać zdroworozsądkową tezę, zgodnie z którą *drop-out* jest zjawiskiem negatywnym, stanowiąc trudność i zagrożenie dla rodzin, które wypadły z terapii oraz niepowodzenie dla terapeuty. Jednocześnie jednak wyniki przedstawione w tabeli 5 są częściowym chociażby potwierdzeniem badań Talmona [27], według którego w 78% przypadków pacjenci mimo przerwania terapii „uzyskali to, co chcieli”. W przypadku niniejszej grupy tak optymistycznych wyników nie uzyskano, niemniej fakt, że ponad połowa osób z rodzin, które wypadły z terapii, stwierdziła „małą poprawę” bądź „poprawę” świadczyć może o „częściowej efektywności częściowej terapii”.

Inna ważna konkluzja dotyczy tych elementów procesu terapeutycznego, które można uważać za prowadzące do przedwczesnej rezygnacji rodziny z terapii. Przedstawione wyniki przemawiają za tym, że negatywne emocje terapeuty do rodziny i członków rodziny do terapeuty tworzą napędzającą się pętlę i na zasadzie sprzężenia zwrotnego dodatniego w pewnym momencie rozrywają system terapeutyczny. W przypadku przedstawianych

wyników można jedynie mówić o przesłankach wskazujących na ten proces (por. analiza tab. 12 i 14), niemniej są one o tyle godne uwagi, że mają znaczną moc wyjaśniającą. Jeśli najbardziej adekwatnym sposobem objaśniania procesu zachodzącego między terapeutą a rodziną jest opis spiralnych zależności między percepcją terapeuty przez rodzinę i percepcją rodziny przez terapeuta, to wynika z tego istotna konkluzja praktyczna: na powodzenie terapii zasadniczo wpływa to, w jakim stopniu terapeutę udaje się pozostawić w stanie empatii wobec poszczególnych członków rodziny. Prowadzi to do wniosku, że kluczowa dla uniknięcia *drop-outu* rodziny pozostaje neutralność terapeuty.

W tej sytuacji istotne jest pytanie, co tworzy owe negatywne emocje. Częściową odpowiedź na nie można odnaleźć w przedstawionych wynikach. Oto bowiem okazuje się, że w rodzinach, które przerwały terapię, poszczególne osoby oceniają siebie samych i siebie nawzajem w wielu kategoriach znacznie krytyczniej niż osoby z rodzin, które ukończyły terapię (por. tab. 7, 8, 9). Te negatywne oceny, kiedy występują w diadzie, tworzą szczególny układ wzajemnego oskarżania się zgodnie z istotą destrukcyjnej gry: „Może ja jestem nie w porządku, ale ty jeszcze bardziej”. Zasadniczy rozdźwięk między zgłaszającymi się do terapii małżonkami pozostającymi w kryzysie znajduje odzwierciedlenie w wynikach: nawet jeśli autoportret własny jest zaniżony, jeszcze gorzej prezentuje się obraz partnera małżeńskiego. Rozdźwięk ten stawia przed terapeutą poważne wyzwanie: jak nie poddawać się presji i pozostać neutralnym. Może to być tym trudniejsze, że formalnie rzecz biorąc osoby te zgłaszając się do terapeuty, mogłyby się wydawać — chcą coś zmienić, tymczasem w gruncie rzeczy zwracają się do niego o stanięcie po ich stronie, a więc o przyjęcie postawy stronnika. Owo dopominanie się od terapeuty o stronniczość może go wytrącić z neutralności.

W pracach z zakresu terapii rodzin podkreśla się znaczenie udziału ojców i mężów w terapii jako czynnika wzmacniającego motywację [2, 5, 9, 13, 17, 28, 29]. Wyniki tej pracy potwierdzają tę obserwację. W ich świetle kluczową rolę w zjawisku *drop-outu* odgrywa mężczyzna. To on jest tym, który w podgrupie rodzin przerywających terapię znacząco gorzej ocenia rodzinę (tab. 7), siebie (tab. 8) oraz aż w czterech wymiarach procesu rodzinnego swoją żonę (tab. 9). On też w podgrupie rodzin przerywających terapię zauważa u siebie znacząco więcej negatywnych emocji wywoływanych przez nią. Jeśli zestawić to z faktem, że w rodzinach przerywających terapię żony oceniały emocjonalność swych mężów znacząco gorzej (tab. 9), otrzymujemy obraz męża/ojca, który pozostaje w tak trudnej sytuacji, że trudno się dziwić, że jest osobą najczęściej inicjującą przerwanie terapii (tab. 4). To wszystko dzieje się na tle szerszego kontekstu: zgodnie z obowiązującym w naszym kręgu kulturowym wzorcem, mężczyzna powinien być zaradny, samowystarczalny i powściągliwy emocjonalnie. Z analizy tej wynika praktyczne przesłanie: mężczyzna uczestniczący w terapii rodzin wymaga szczególnej uważności i empatycznej postawy ze strony terapeuty.

Niniejsze badanie wskazuje jednocześnie na zasadnicze znaczenie podobieństwa „mapy” terapeuty i rodziny [15]. Różnica w mapach dotyczy bowiem nie tylko różnicy między opisami mężów i żon, ale także między opisami członków rodziny a opisem terapeuty. Niedocenianie przez terapeuta faktu, że rodzina przyszła „niby na terapię, a w gruncie rzeczy do sądu” może spowodować zbyt dużą różnicę w spojrzeniu na pro-

blem [30], a w konsekwencji – poczucie zagrożenia tożsamości rodzinnej i przerwanie terapii. W tym kontekście *drop-out* można traktować jako przerwanie komunikacji między terapeutą a rodziną.

### Wnioski

1. Badania empiryczne nad okolicznościami przerwania terapii mogą prowadzić do istotnych konkluzji praktycznych.
2. Kluczowa dla uniknięcia *drop-outu* pozostaje neutralność terapeuty, zagrożona prowokacjami ze strony członków rodziny, starających się przeciągnąć go „na swoją stronę”.
3. Szczególnej uważności ze strony terapeuty wymagają podejmujący terapię ojcowie/mężowie, których motywacja do udziału w terapii jest osłabiona przez ich niski autoportret rodzinny oraz presję kulturową.
4. Zasadniczą wskazówką, pomagającą utrzymać neutralność, wydaje się zasada optymalnej różnicy, pomagająca terapeutce zawiesić „grę w winnego”.
5. Kluczowy praktyczny wniosek płynący z przedstawionych badań koresponduje z obserwacją Sullivana, że do gabinetu terapeutycznego nie przyjdzie po raz drugi ten pacjent, do którego terapeuta nie czuje sympatii i empatii. Odnosząc tę maksymę do terapii rodzin można powiedzieć, że pozostaje sprawą doświadczenia i osobistych predyspozycji terapeuty, a momentami także sztuki, by stale dbać o sympatię dla rodziny i empatię do każdego z jej członków.

### Piśmiennictwo

1. Slipp S, Kressel K. Difficulties in family therapy evaluation: I: A comparison of insight vs. problem-solving approaches. II. Design critique and recommendations. *Fam. Proc.* 1978; 17: 409-422.
2. Hollis F. Continuance and discontinuance in marital counselling and some observations on joint interviews. *Soc. Casework* 1968; 49: 167-174.
3. Beck DF, Jones MA. Progress on family problems: A nationwide study of clients' and counsellors' view on family agency services. New York: Family Service Association of America; 1973.
4. Pohorecka A. Poszukiwanie przyczyn wczesnego przerywania terapii. W: Pohorecka A, red. *Rodzina w terapii*, Warszawa: Wyd. IPIN; 1992, s.188-193.
5. Józefik B, Ulasińska R, Wolska M. Model pracy Ambulatorium Terapii Rodziny Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży AM w Krakowie. *Psychoter.* 1991; 4:41-51.
6. Russell MN, Lang M, Brett B. Reducing drop-out rates through improved intake procedures. *Soc. Casework* 1987; 68: 421-425.
7. Kressel K, Slipp S. Perception of marriage related to engagement in conjoint therapy. *J. Marr. Fam. Couns.* 1975; 1: 367-377.
8. Anderson SA, Atilano RB, Bergen LP, Russel CS, Jurich A.P. Dropping out of marriage and family therapy: Intervention strategies and spouses' perceptions. *Am. J. Fam. Ther.* 1975; 13: 39-54.
9. Gaines T, Stedman JM. Factors associated with dropping out of child and family treatment. *Am. J. Fam. Ther.* 1981; 2: 45-51.
10. Kazdin AE. Premature termination from treatment among children referred for antisocial behavior. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1990; 31: 415-425.
11. Stanton MD, Steier F, Todd TC. Paying families for attending sessions: Counteracting the drop-out problem. *J. Mar. Fam. Ther.* 1982; 8: 371-373.
12. Sager CJ, Masters YJ, Ronall RE, Normand WC. Selection and engagement of patients in family therapy. *Am. J. Orthopsychiatry* 1968; 38: 715-723.
13. Berg B, Rosenblum N. Fathers in family therapy: a survey of family therapists. *J. Marr. Fam. Couns.* 1977;

- 3, 2: 85-91.
14. Allgood SM, Crane DR. Predicting marital therapy dropouts. *J. Mar. Fam. Ther.* 1991; 17: 73-79.
  15. Bischof RJ, Sprenkle DH. Dropping out of marriage and family therapy: a critical review of research. *Fam. Proc.* 1993; 32: 353-375.
  16. Postner RS, Guttman HA., Sigal JJ, Epstein NB, Rakoff VM. Proces and outcome in conjoint family therapy. *Fam. Proc.* 1971; 10, 4: 451-473.
  17. Shapiro R, Budman S. Defection, termination and continuation in family and individual therapy. *Fam. Proc.*; 1973; 12: 55-67.
  18. Alexander JF, Barton C, Schiavo RS, Parsons BV. Systems-behavioral intervention with families of delinquents: Therapist characteristics, family behavior, and outcome. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1976; 44: 656-664.
  19. Shields CG, Sprenkle DH, Constantiner JA. Anatomy of an initial interview: The importance of joining and structuring skills. *Am. J. Fam. Ther.* 1991; 19: 3-18.
  20. Pekarik G. Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. late in treatment. *J. Clin. Psychol.* 1992; 48, 3: 379-387.
  21. Davis H, Dhillon AM. Prediction of early attrition from couple therapy. *Psychol. Rep.* 1989; 65: 899-902.
  22. Beauvale A, de Barbaro B, Namysłowska I, Furgał M. Niektóre psychometryczne własności Kwestionariuszy do Oceny Rodziny. *Psychiat. Pol.* 2002; 36,1: 29-40.
  23. Namysłowska I, Paszkiewicz E, Siewierska A, de Barbaro B, Furgał M, Drożdżowicz L, Józefik B. Kwestionariusze Manfreda Cierpki do Oceny Rodziny. *Psychiat. Pol.* 2002; 36,1: 17-28.
  24. Cechnicki A, Wojnar M. Konstrukcja kwestionariusza do badania relacji między terapeutą a pacjentem psychotycznym. *Post. Psychiat. Neurol.* 1997; 6: 269-276.
  25. Grabowski G. Komunikacja interpersonalna w rodzinie a kontynuacja bądź porzucenie terapii. Nieopublikowana praca magisterska. Instytut Psychologii UJ, Kraków 2000.
  26. Zielińska E. Drop-out w terapii rodzin. Nieopublikowana praca magisterska. Instytut Psychologii UJ, Kraków 2000.
  27. Talmon M. *Single-session therapy*. San Francisco: Jossey-Bass; 1990.
  28. Glick ID, Clarkin JF, Kessler DR. *Marital and family therapy*, wyd. 3. Orlando: Grune & Stratton, Inc.; 1987.
  29. Slipp S, Ellis S, Kressel K. Factors associated with engagement in family therapy. *Fam. Proc.* 1974; 13, 4: 413-427.
  30. Andersen T. *The reflecting team, Dialogues and dialogues about the dialogues*. Broadstairs: Borgmann Publishing Ltd.; 1990.

Adres: Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychatrii CM UJ  
ul. Kopernika 21a  
31-501 Kraków

