

Barbara Józefik, Małgorzata Wolska

KONTEKST SKIEROWANIA DO LECZENIA I PRZEBIEG KONSULTACJI RODZINNEJ A GOTOWOŚĆ PODJĘCIA TERAPII RODZINNEJ¹

THE FAMILIAL AND SOCIAL CONTEXT, FAMILY CONSULTATION OF PATIENTS AND THEIR FAMILIES REFERRED TO THE FAMILY THERAPY UNIT OF THE DEPARTMENT OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY OF CM UJ, KRAKÓW

Ambulatorium Terapii Rodzin Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ
Kierownik kliniki: prof. dr hab. Jacek Bomba

W artykule przedstawione są wyniki badań własnych, których celem było przeanalizowanie, które z czynników rodzinnego i społecznego kontekstu wpływają na motywację pacjentów i ich rodzin (lub jej brak) do podjęcia terapii rodzinnej. Czynniki sprzyjające podjęciu terapii, to m.in. krótszy czas trwania objawów, specyfika obrazu psychopatologicznego, poczucie bezradności rodziców. Dłuższy niż 2 lata czas trwania objawów oraz rozumienie przez rodzinę problemu w kategoriach medycznych są główną przyczyną niepodjęcia terapii rodzinnej

**context of the treatment
family therapy**

Summary:The aim of the study was to analyse the familial and social context of the patients and their families referred to the Family Therapy Unit of the Department of Child and Adolescent Psychiatry of CM UJ, Kraków. The study was based on the first referral interview and the first consultation family session. The assumption was that the obtained results allow us to describe which families and social factors are connected with the motivation towards the treatment based on family therapy. The results of the study show that motivation to participate in family therapy is connected with short duration of the illness and proper referrals (by psychiatrist or other specialist). Also parents' feelings of helplessness in dealing with their child's problem, and partly the specificity of their child's symptoms play a vital role. In the case when the problems and symptoms lasted more than 2 years, even when a family participates in a family consultation, family members are not ready to start family therapy. It can be said that the patient's problems and symptom chronicity is maintained by parents' and patients' difficulties in understanding the psychological, family and social context of the symptoms, medical model of the illness, late searching for professional help in solving problems.

Wprowadzenie

Motywacja do leczenia jest jednym z istotnych czynników warunkujących gotowość do podjęcia psychoterapii i jej efektywność. W psychiatrii okresu rozwojowego zagadnienie to jest bardzo złożone, gdyż musi obejmować nie tylko motywację pacjenta, ale i jego

¹ Badanie było realizowane w ramach programu statutowego CM UJ nr: 501/PKL/155/L, kierownik programu: dr Barbara Józefik

rodziny. Rola rodziny w leczeniu dzieci ma także podstawowe znaczenie, gdyż terapia rodzinna uznawana jest za metodę z wyboru w leczeniu wielu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania u dzieci i młodzieży. Rozumienie relacji rodzinnych, pozycji dziecka w rodzinie, stylu rodzinnej komunikacji jest niezbędne dla oceny jego sytuacji psychologicznej i oceny mechanizmów etiologicznych zaburzeń. Czynniki motywacyjne wpływają na moment, w jakim dziecko jest kierowane do instytucji leczącej. Badania wskazują, iż motywacja rodziny do poszukiwania pomocy jest bardzo złożona, a kontekst skierowania do leczenia wymaga wnikliwej analizy, gdyż znacząco wpływa na gotowość rodziny do podjęcia działań terapeutycznych [1, 2, 3]. Doświadczenia kliniczne zebrane w trakcie pracy w Ambulatorium Terapii Rodzin Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ w Krakowie, placówce od wielu lat specjalizującej się w prowadzeniu terapii rodzin, wskazują, że drugim istotnym elementem wpływającym na decyzję o podjęciu leczenia jest przebieg konsultacyjnej sesji rodzinnej. Wstępna analiza ilościowa przeprowadzona w Ambulatorium Terapii Rodzin, obejmująca rodziny konsultowane i leczone w latach 1998-1999, ujawniła, że 20% konsultowanych rodzin nie zdecydowało się na kontynuowanie procesu diagnostycznego i podjęcie terapii rodzinnej [4]. Biorąc pod uwagę, iż konsultowani w klinice pacjenci zazwyczaj przejawiają duże nasilenie objawów psychopatologicznych, niepokój budzi fakt, iż rezygnują oni z proponowanego specjalistycznego leczenia.

Cel badań

Celem badań była analiza rodzinnego i społecznego kontekstu towarzyszącego skierowaniu pacjentów i ich rodzin do Ambulatorium Terapii Rodzin Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ oraz analiza przebiegu rodzinnej sesji konsultacyjnej. Zakładano, że przeprowadzenie badań pozwoli na ustalenie, które czynniki rodzinno-społecznego kontekstu powiązane są z motywacją rodziny do leczenia i jaki jest kierunek tej zależności. Pozwoliłoby to na uściślenie wskazań do modelu terapii opracowanego w klinice.

Grupa badana

Badaniami objęto 100 rodzin, które zgłosiły się do Ambulatorium Terapii Rodzin Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ w Krakowie w okresie od 1 listopada 2002 do 31 października 2003.

Metody

Badanie miało charakter naturalistyczny i oparte było o analizę następujących materiałów:

1. dokumentacji lekarskiej zebranej w okresie poprzedzającym skierowanie do Ambulatorium Terapii Rodzin
2. danych zebranych za pomocą Formularza Zgłoszeniowego Wstępnego (FZW)
3. dokumentacji przebiegu rodzinnej sesji konsultacyjnej.

W analizie zostały uwzględnione następujące wymiary:

4. dane socjodemograficzne o rodzinie
5. obraz psychopatologiczny pacjenta

6. czas trwania problemu
7. poprzednie sposoby i miejsca leczenia
8. czas oczekiwania na przyjęcie do Ambulatorium Terapii Rodzin
9. rozumienie problemu przez pacjenta
10. rozumienie problemu przez członków rodziny
11. adaptacja społeczna pacjenta.

Analiza uzyskanych wyników

Od 1 listopada 2002 do 31 października 2003 roku 100 pacjentów wraz z rodzinami zadeklarowało, w trakcie konsultacji psychiatrycznej odbywającej się w Przychodni Diagnostycznej Kliniki, wolę uczestniczenia w konsultacji rodzinnej w Ambulatorium Terapii Rodzin (ATR). Rodziny te wypełniły tzw. Formularz Zgłoszenia Wstępnego (FZW) i umówiły się na konsultację rodzinną w dogodnym dla siebie terminie. Należy zaznaczyć, iż celem konsultacji rodzinnej jest zdiagnozowanie problemu pacjenta w kontekście relacji rodzinnych i ustalenie wskazań do prowadzenia terapii rodzin. Zazwyczaj umówienie się na termin konsultacji następowało telefonicznie, ale też zdarzały się rodziny, które zgłaszały się osobiście w ATR w celu ustalenia terminu i wypełnienia Formularza Zgłoszenia Wstępnego (FZW). Dane te, obok danych formalnych, zawierały informacje o problemie, czasie trwania problemów, kontekście wystąpienia i ich rozumieniu przez pacjenta i jego rodzinę, dotychczasowych formach leczenia oraz okolicznościach zgłoszenia się o pomoc do ATR-u.

W badanej grupie ze 100 rodzin, które wyraziły wolę uczestniczenia w konsultacji rodzinnej, 19 (19%) ostatecznie nie zgłosiło się na wyznaczony termin, w przypadku 11 rodzin (11%) po konsultacji nie doszło do podjęcia terapii, pozostałe 70 rodzin (70%) rozpoczęło terapię rodzinną (tab.1).

Tabela 1

Ogólna charakterystyka rodzin

Kategorie rodzin	Liczba rodzin	Liczba rodzin %
Liczba rodzin ogółem	100	100 %
Liczba rodzin, które podjęły terapię	70	70%
Liczba rodzin, które nie zgłosiły się na umówioną konsultację	19	19%
Liczba rodzin, które nie podjęły terapii	11	11%

Znaczne różnice w liczebności wyróżnionych grup rodzin pozwoliły na zestawienie statystyk procentowych jako podstawy do analizy jakościowej. Poniżej przedstawiona została charakterystyka poszczególnych grup pacjentów i ich rodzin wg określonych kryteriów.

I. Charakterystyka formalna grup

Tabela 2

Wiek pacjentów

Wiek pacjentów	Grupa I, która nie zgłosiła się na konsultację N=19		Grupa II, która nie podjęła terapii rodzin N=11		Grupa III, która podjęła terapię rodzin N=70	
	Liczba pacjentów	%	Liczba pacjentów	%	Liczba pacjentów	%
6-12 lat	3	16	1	9	2	3
13-15 lat	6	32	1	9	23	33
16-18 lat	10	52	9	82	45	64

Tabela 3

Typ szkoły

Typ szkoły	Grupa I, która nie zgłosiła się na konsultację N=19		Grupa II, która nie podjęła terapii rodzin N=11		Grupa III, która podjęła terapię rodzin N=70	
	Liczba pacjentów	%	Liczba pacjentów	%	Liczba pacjentów	%
Szkoła podstawowa	3	16	1	9	2	3
Gimnazjum	8	42	0	0	24	33,5
Uczym	8	42	4	36	42	60,5
Inne					2	3

Przeprowadzona analiza ujawniła, iż we wszystkich grupach przeważali pacjenci w okresie dojrzewania (powyżej 50%). Warto zauważyć, iż w grupie osób, które nie zgłosiły się na konsultację rodzinną, wyższy procent, niż w pozostałych grupach, stanowiły osoby z dzieckiem do 12. roku życia. W grupie, która podjęła terapię wyraźnie dominowali pacjenci powyżej 16. roku życia, będący uczniami liceów.

Porównanie miejsca zamieszkania trzech grup wskazuje, że odległość od kliniki w zasadzie nie różnicowała grupy rodzin, które nie zgłosiły się na konsultację i grupy rodzin, które podjęły terapię. Być może czynnik ten był istotny w przypadku rodzin, które po konsultacji nie zdecydowały się na terapię: w tej grupie ponad 60% rodzin stanowiły rodziny mieszkające dalej niż 100 km od kliniki. Warto zarazem zauważyć, że 40% rodzin, które korzystały z terapii rodzinnej, to rodziny mieszkające również ponad 100 km od kliniki, co wskazuje na ich dużą motywację do leczenia.

We wszystkich 3 grupach najczęściej występują zaburzenia specyficzne dla pacjentów w okresie dojrzewania w postaci zaburzeń odżywiania się oraz zaburzeń zachowania i emocji. Wyraźne różnice dotyczą częstotliwości rozpoznawania obu tych zaburzeń

Tabela 4

Miejsce zamieszkania rodziny

Miejsce zamieszkania	Grupa I, która nie zgłosiła się na konsultację N=19		Grupa II, która nie podjęła terapii rodzin N=11		Grupa III, która podjęła terapię rodzin N=70	
	Liczba rodzin	%	Liczba rodzin	%	Liczba rodzin	%
Kraków	8	42	2	18	23	32
Do 50 km	3	16	2	18	16	23
Ponad 100 km	8	42	7	64	29	40

Tabela 5

Rozpoznanie

Rozpoznanie	Grupa I, która nie zgłosiła się na konsultację N=19		Grupa II, która nie podjęła terapii rodzin N=11		Grupa III, która podjęła terapię rodzin N=70	
	Liczba pacjentów	%	Liczba pacjentów	%	Liczba pacjentów	%
Anoreksja psychiczna	5	27	2	18	34	48
Bulimia psychiczna	2	10	2	18	12	17
Zaburzenia zachowania i emocji	7	37	3	27,5	5	7
Depresja	2	10	1	9	5	7
Inne	3	16	3	27,5	14	20

w poszczególnych grupach. W grupie, która podjęła i kontynuowała terapię, znacząco częściej rozpoznawana była anoreksja psychiczna (48%). W grupach pozostałych największy procent stanowiły rodziny z zaburzeniami zachowania i emocji. Z badań wynika, że zaburzenia zachowania często powiązane są z typem relacji rodzinnych, które określa się jako „odśrodkowe” (centrifugal) [5]. Oznacza to, iż w rodzinach tych dominują słabe więzy rodzinne, relacje nie dające poczucia przynależności, utrudniające proces socjalizacji i osiągnięcie autonomii. Rodziny te, ze względu na typ struktury rodzinnej i charakterystykę relacji, są generalnie mało zmotywowane do podejmowania wysiłków na rzecz innych członków rodziny.

Jest zastanawiające, iż wśród rodzin, które nie zgłosiły się na konsultację rodzinną, 27% stanowiły rodziny z dziewczętami, u których zdiagnozowano anoreksję psychiczną. Ze względu na niepokój, jaki budzi wśród rodziców odmowa jedzenia przez dziecko, rodziny z problemem anoreksji psychicznej są zazwyczaj zainteresowane szybką możliwością konsultacji i podjęcia terapii. Można wysunąć dwie hipotezy. Po pierwsze, można

przypuszczać, iż konsultacja w ATR była jedną z wielu możliwości, jakimi dysponowała rodzina. Po drugie, decyzję o niezgłoszeniu się na konsultację można wiązać z występowaniem silnych mechanizmów zaprzeczeniowych u pacjentek. Mechanizmy te utrudniają pacjentkom dostrzeżenie skali objawów i wpływają na utrzymywanie się postawy oporu wobec leczenia.

Tabela 6

Czas trwania problemu do momentu zgłoszenia się na konsultację

Czas trwania problemu	Grupa I, która nie zgłosiła się na konsultację N=19		Grupa II, która nie podjęła terapii rodzin N=11		Grupa III, która podjęła terapię rodzin N=70	
	Liczba rodzin	%	Liczba rodzin	%	Liczba rodzin	%
Do półroka	3	16	0	0	18	26
Od półroka do roku	2	10	0	0	20	28
Od 1 roku do 2 lat	4	21	0	0	14	20
Od 2 lat do 5	4	21	6	55	11	16
Powyżej 5 lat	3	16	5	45	6	9
Brak danych	3	16	0	0	1	1

Porównanie grup ujawnia interesujące różnice. Zwraca uwagę, iż w grupie, która nie podjęła terapii po konsultacji, zgłaszany problem miał charakter przewlekły. U wszystkich konsultowanych osób z tej grupy występowanie objawów trwało ponad 2 lata. Można sądzić, iż rodzina była zaadaptowana do objawów, a celem konsultacji nie było podjęcie wysiłku w celu rozwiązania problemu, a raczej skorzystanie z konsultacji w klinice uważanej za miejsce leczenia specjalistycznego. Charakterystyczne dla tej grupy było dysponowanie przez rodzinę bogatą dokumentacją medyczną, używanie języka medycznego do opisu problemów dziecka. Rodzice nie dostrzegali relacyjnych aspektów, które mogły wpływać na podtrzymywanie objawów. Traktowali konsultację jako kolejną wizytę u ekspertów, którzy nie tyle będą poszukiwać psychologicznych sposobów rozwiązywania problemu, ile uznają niezmiennosć sytuacji rodziców chorego, trudnego dziecka i pochylą się nad ich brzemieniem. Większość rodzin pozostawała jednocześnie w leczeniu w innych instytucjach.

W grupie, która nie zgłosiła się na konsultację, 53% stanowiły rodziny, u których problemy występowały od ponad 2 lat, podczas gdy w grupie, która rozpoczęła terapię, procent ten był znacznie mniejszy (38%). Wskazuje to wyraźnie na zależność pomiędzy motywacją do leczenia a czasem trwania objawów.

Wydaje się, że czas oczekiwania na konsultację nie był istotnym czynnikiem różniącym grupę rodzin, która podjęła terapię, i grupę rodzin, która zrezygnowała z terapii. Czynnikiem ten mógł mieć pewne znaczenie w przypadku grupy, która nie zgłosiła się na konsultację rodzinną.

Analiza wcześniejszego leczenia wskazuje, iż większość rodzin była przedtem leczona

Tabela 7

Czas oczekiwania na konsultację

Czas oczekiwania	Grupa I, która nie zgłosiła się na konsultację N=19		Grupa II, która nie podjęła terapii rodzin N=11		Grupa III, która podjęła terapię rodzin N=70	
	Liczba rodzin	%	Liczba rodzin	%	Liczba rodzin	%
Do 2 tygodni	5	26	4	36	16	23
Do 4 tygodni	6	32	6	55	34	49
Do 6 tygodni	5	26	0	0	16	23
Do 10 tygodni	3	16	1	9	4	5

Tabela 8

Wcześniejsze leczenie

Faktkozyserania z leczenia	Grupa I, która nie zgłosiła się na konsultację N=19		Grupa II, która nie podjęła terapii rodzin N=11		Grupa III, która podjęła terapię rodzin N=70	
	Liczba rodzin	%	Liczba rodzin	%	Liczba rodzin	%
Rodziny nie korzystają z leczenia	4	21	1	9	10	14
Rodziny korzystają z leczenia	15	79	10	91	60	86
szpitalnego	9	47	5	45	27	40
ambulatoryjnego, w tym:	15	79	10	91	50	70
- z pomocą psychologicznej	7	37	5	45	30	42
- leczenia psychiatrycznego	6	32	3	27	15	23,5
- inne i pomoc medycznej	2	10	6	55	15	23,5
w tym:					5	7
- endokrynolog					4	6
- neurolog					3	4
- lekarz rodzinny					2	3
- pediatra						

* niektóre rodziny korzystały z różnych form leczenia

w innych instytucjach. Było to 91% rodzin, które nie podjęły terapii, 86% tych rodzin, które podjęły terapię, i 79%, które nie zgłosiły się na konsultację. Jest znaczące, że w tej ostatniej grupie jest najwyższy procent rodzin, które nie korzystały z leczenia. Można się zastanawiać, w jakim stopniu jest to czynnik przyczyniający się do utrzymywania się problemu.

Porównanie powodów zgłoszenia się do ATR-u, podawanych przez rodziców pacjentów,

Tabela 9

Podawane powody zgłoszenia się do Ambulatorium Terapii Rodzin

Podawane powody zgłoszenia się do ATR-u	Rodziny, które nie zgłosiły się na konsultację N=9	Rodziny, które nie podjęły terapii po konsultacji N=11	Rodziny, które podjęły terapię N=70
Skierowanie przez psychiatrę lub innego specjalistę	3	3	34
Poczucie bezradności rodziców wobec problemów dziecka	5	4	25
Narastanie niepokojących objawów u dziecka	2	6	15
Chęć zmiany relacji w rodzinie	4	2	10
Chęć aby wykryć chorobę, problemy	0	0	7
Inne (skierowanie przez zaniejomych, nieaktywizowanych w czasie wychowawczych metod)	2	1	7

*niektóre rodziny podawały więcej niż jeden powód zgłoszenia się

ujawnia interesujące różnice pomiędzy porównywanymi grupami. W grupie, która podjęła terapię, podawane najczęściej istotne przyczyny zgłoszenia się to:

- skierowanie przez psychiatrę lub innego specjalistę,
- poczucie bezradności rodziców,
- narastanie niepokojących objawów u dziecka.

Warto zauważyć, że te dwa pierwsze czynniki nie są istotne w dwu pozostałych grupach. Należy dodać, iż wszystkie rodziny kierowane do ATR-u są w ramach procedury przyjętej w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ konsultowane przez lekarza psychiatrę, którego celem, obok diagnozy, jest ustalenie wskazań do poszczególnych form leczenia stosowanych w klinice. Jest zastanawiające, że rodziny z dwóch pozostałych grup nie wymieniały skierowania jako ważnej dla siebie przyczyny zgłoszenia się. Pytanie dotyczy więc znaczenia skierowania przez specjalistę w grupie, która podjęła terapię. Czy decydujące było postawienie diagnozy psychiatrycznej, wyjaśnienie relacyjnego kontekstu zaburzeń, wyjaśnienie zasad postępowania i motywowanie do podjęcia leczenia w formie terapii rodzin, czy też uznanie przez rodzinę autorytetu medycznego? Można sądzić, że każdy z elementów mógł mieć znaczenie w opisywanym procesie. W świetle uzyskanych danych, procedurę skierowania, w tym rolę osoby kierującej, należy więc rozpatrywać jako istotne aspekty złożonego procesu podejmowania przez rodzinę decyzji o terapii [1]. Poczucie bezradności rodziców było drugim istotnym czynnikiem, który skłaniał ich do rozpoczęcia terapii. Osłabienie poczucia kompetencji rodzicielskich, poczucie utraty wpływu na dziecko, przeżywane przez rodziców w kontekście nasilania się objawów i trudności pacjenta uruchamiały w rodzicach potrzebę szukania pomocy poza systemem

rodzinnym. Wydaje się, że pokazuje to adekwatną ocenę problemu dokonaną przez rodzinę i funkcjonalne mechanizmy adaptacyjne systemu rodzinnego.

A. Rodziny, które podjęły terapię

Zestawienie ujawnia obok podobieństw także wiele różnic w rozumieniu problemów przez pacjenta i jego rodzinę (rodziców i rodzeństwo). Obie strony wiążą pojawienie się

Tabela 10
Źródła problemu według rodziny i pacjenta

Rozumienie problemu	Rodziny, które podjęły terapię N= 70		Rodziny, które nie podjęły terapii N= 11	
	Przez pacjenta	Przez rodzinę	Przez pacjenta	Przez rodzinę
Trudności w relacjach rodzinnych	30	30	3	2
Błędy wychowawcze	7	12	0	2
Inne czynniki rodzinne (konflikty z dalszą rodziną)	7	15	0	2
Niska samoocena	10	10	1	3
Nadmierna ambicja, perfekcjonizm, chęć porażenia oczekiwaniami	7	15	1	2
Brak akceptacji swojego wyglądu	19	13	1	0
Nadmierna wrażliwość na krytykę	4	15	0	3
Problemy szkolne	5	12	1	0
Trudności w relacji rówieśniczej	2	0	1	0
Używanie substancji	5	0	0	2
Choroba	4	4	0	1
Brak rozumienia	0	4	1	0
Inne (geny, nadużywanie seksualne)	4	4	0	1

problemów z sytuacją rodzinną, szczególnie podkreślając znaczenie trudności w relacjach rodzinnych w rozwoju objawów. Dodatkowo, rodzice częściej przypisują sobie błędy wychowawcze, a także wskazują na szerszy kontekst rodzinny, który ich zdaniem mógł wpływać na zachowanie i sytuację emocjonalną przyszłego pacjenta (np. śmierć dziadków, konflikty w dalszej rodzinie). Drugi istotny mechanizm wiąże się z indywidualnymi charakterystykami pacjenta. Rodzice w poszukiwaniu wyjaśnień wskazywali na takie cechy osobowości dziecka, jak: nadmierny perfekcjonizm i ambicje, pragnienie spełnienia oczekiwań społecznych, przy jednoczesnym braku wiary w siebie, nerwowości, niedocenianiu własnej wartości, braku akceptacji własnego wyglądu oraz nadmiernej wrażliwości na krytykę. Pacjenci w mniejszym stopniu dostrzegali własne trudności w wymienionych obszarach; wyjątkiem jest brak akceptacji własnego wyglądu u pacjentek chorujących na zaburzenia odżywiania się, który w ich odczuciu był elementem istotnym w podejmowa-

niu decyzji o ograniczeniu jedzenia. Problemy związane z adaptacją w szkole, z relacjami z rówieśnikami były także podawane przez rodziców jako ważny element wyjaśniający mechanizm narastania trudności i problemów emocjonalnych dziecka. Z perspektywy pacjentów te elementy sytuacji miały nieco mniejsze znaczenie.

Zaskakująco mało było odniesień do choroby rozumianej jako choroba biologiczna. Można przypuszczać, iż dominujące u rodziców i pacjentów psychologiczne rozumienie mechanizmów, mogących mieć wpływ na pojawienie się objawów i ich utrzymywanie się, decydowało o podjęciu decyzji o wyborze terapii rodzinnej, jako właściwej procedurze terapeutycznej.

Poniżej przytoczone są niektóre z wypowiedzi pacjentów i ich rodziców oraz rodzeństwa ilustrujące rozumienie przez nich objawów i problemów.

Rozumienie problemu przez pacjenta:

Chęć sprostania oczekiwaniom własnym i rodziny

„chciałam być we wszystkim najlepsza”; „miałam być najlepsza, jak dostałam piątkę, tata pytał: a czemu nie szóstkę”

Trudności w relacjach rodzinnych

„brakuje bliskości, porozumienia z rodzicami; teraz, jak mam rano lęk, idę do łóżka rodziców, żeby mnie przytulili i pocieszyli”; „objadam się, gdy jest mi przykro z jakiegoś powodu, gdy dochodzi do nieporozumień z kimś w domu, z mamą, babcią”; „ja mam we wszystkich wrogów, wszyscy na mnie krzyczą, są mili, jak czegoś chcą; siostry się trzymają razem, a mnie zostawiają, skarżą na mnie”; „nie chcę zajmować się konfliktem rodziców, to mnie obciąża; czuję się pomostem między rodzicami, czuję się odpowiedzialna za sytuację między rodzicami”

Trudności adaptacyjne w szkole, trudności w relacjach rówieśniczych

„trafiła mi się najgorsza pani, unikałem historii”, „jednym z powodów była zmiana szkoły – inaczej sobie to wyobrażałam; od początku była bardzo silna rywalizacja, tylko się uczyłam”; „miałam mało przyjaciół”, „straciłem najlepszego kolegę, bo on się zrobił taki dziwny, zaczął się przechwalać”

Trudności w akceptacji siebie

„chciałam dla siebie schudnąć; chciałam zrobić na złość”, „po napaści przez tego mężczyznę żyłam ze świadomością, że mogłam to sprowokować, miałam niechęć do własnego ciała”.

Rozumienie problemu przez rodzinę:

Chęć sprostania oczekiwaniom własnym i rodziny

Matka: „jest wrażliwa, chciała się wyróżnić”; „syn uważa, że zawsze musi być najlepszy”;

Ojciec: „duży udział w chorobie ma też szkoła i nadmiar ambicji”

Siostra IP: „rodzice zbyt wiele oczekują, chcieliby, by siostra miała takie same oceny w LO, jak w wiejskim gimnazjum”.

Matka: „objawy są związane z zakończeniem nauki w gimnazjum — córka bardzo ambitnie podeszła do zakończenia roku; wtedy pojawiły się pierwsze omdlenia, lęki;

starala się o przyjęcie do bardzo dobrego LO, ale miała zbyt małą ilość punktów i poszła do mniej ambitnego”.

Trudności w relacjach rodzinnych

Siostra IP: „bardzo mało rozmawiamy o osobistych sprawach; rodzice do wieczora zajęci pracą; siostra potrzebuje wsparcia”.

Matka: „choroba córki uświadomiła mi, że dziecku trzeba poświęcić dużo czasu, niezależnie od tego, ile ma lat”; „nasze problemy małżeńskie miały wpływ na pojawienie się choroby — córka się przejmowała kłótniami, chciała zwrócić na siebie uwagę”.

B. Rodziny, które nie podjęły terapii

Mała liczba rodzin, które po konsultacji nie podjęły terapii (11), nie pozwala na wiarygodne analizowanie kategorii, w jakich pacjenci i ich rodziny rozpatrują trudności, będące przyczyną szukania pomocy. Nie pozwala to tym samym na rozstrzygnięcie, czy czynnikiem różnicującym obie grupy są inne „mapy” rozumienia problemu. Podawane przez rodzinę powody rezygnacji z leczenia wskazywały na nasilenie się obrazu psychopatologicznego, zmuszającego do zmiany trybu leczenia (hospitalizacja pacjenta — 4 przypadki), z drugiej strony na specyfikę samej terapii rodzin (niechęć mówienia przy innych osobach, warunki prowadzenia terapii, wysiłek angażowania całej rodziny — 5 przypadków). W dwóch przypadkach rodziny odwołały spotkanie nie podając przyczyn.

Wydaje się, iż jednym z powodów niepodjęcia terapii po pierwszej konsultacji mogło być to, że niektóre rodziny nie były gotowe do zmierzenia się z trudnymi problemami. W rozmowie z psychologiem niektórzy rodzice podawali, że zgłosili się po to, by uzyskać pomoc dla dziecka, ale woleliby, by dziecko przychodziło na terapię samo. Twierdzili, iż nie chcą rozmawiać o innych problemach, gdyż uważają je za nieistotne. Dla rodziny ważne było, by rozmowa jedynie koncentrowała się na objawach dziecka w celu ich wyeliminowania („chcemy tylko, żeby przytyła, żeby znowu zaczęła chodzić do szkoły, żeby nie była taka nerwowa” itp.).

Dla niektórych rodzin, nadmiernie obawiających się oceny lub odkrycia trudnych problemów, pretekstem do odmowy terapii mogło stać się lustro weneckie i obecność za nim stażystów. O tej sprawie, jako przeszkodzie w terapii, wspominali nasi byli pacjenci i członkowie ich rodzin, badani pod kątem oceny efektywności leczenia [6].

Podsumowanie

Przeprowadzone badanie dostarcza wielu danych pozwalających na lepsze rozumienie kontekstu podejmowania i niepodjęcia przez rodziny terapii w ramach Ambulatorium Terapii Rodzin. Na podstawie zebranych informacji możemy postawić kilka hipotez, które wymagałyby sprawdzenia w dalszych badaniach:

- Na gotowość podjęcia terapii wpływa: krótszy czas trwania objawów, właściwe skierowanie od psychiatry lub innego specjalisty, poczucie bezradności przeżywane przez rodziców w obliczu objawów dziecka, a także, w pewnym zakresie, specyfika obrazu psychopatologicznego.
- Problemy utrzymujące się powyżej 2 lat, nawet gdy rodzina korzysta z konsultacji rodzinnej, nie wiążą się z gotowością podjęcia terapii rodzinnej.

- Mechanizmem podtrzymującym przewlekły charakter problemów pacjenta może być niedostrzeżenie ich relacyjnych, psychologicznych aspektów, „medyczna mapa” rozumienia trudności ich ujawniania przez rodziców i pacjenta, oraz niepodejmowanie leczenia we wczesnej fazie pojawiania się trudności.

Mała liczba rodzin, które nie podjęły terapii, nie pozwala na sformułowanie odpowiedzi na interesujące pytanie, czy czynnikiem różnicującym obie grupy są inne „mapy” rozumienia problemu. Zwraca uwagę, iż w grupie rodzin, które rozpoczęły terapię, rodzice odwoływali się do relacyjnego rozumienia problemów i wskazywali na trudności w relacjach rodzinnych, niekorzystne zmiany w sytuacji rodzinnej oraz własne trudności w roli rodziców jako istotne aspekty mogące mieć wpływ na zachowania i objawy dziecka. Czynniki te z jednej strony mogły wpływać na odczuwanie poczucia winy przez rodziców, z drugiej zwiększać ich motywację do zmiany relacji rodzinnych. W tym kontekście pojęcie terapii rodzin mogło być spostrzegane jako właściwe działanie nastawione nie tylko na rozwiązywanie problemów dziecka, ale i zmianę relacji rodzinnych. Warto tutaj podkreślić, że niezwykle rzadko rodzice odwoływali się do rozumienia problemu jako choroby. Jeżeli odwoływali się do innych czynników, to były to specyficzne cechy dziecka, brak umiejętności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi.

Przeprowadzone badanie wyraźnie ujawnia znaczącą rolę rodziców w podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu terapii rodzin i w zmotywowaniu pozostałych członków rodziny do uczestniczenia w spotkaniach. Podkreśla to ważność badania motywacji rodziców nie tylko w trakcie pierwszej konsultacji rodzinnej, ale i podczas pierwszego kontaktu z tą osobą z rodziny, która zgłasza gotowość rodziny do terapii. Uwrażliwienie się na sygnały świadczące o małej motywacji (np. trudność w umówieniu terminu spotkania, nieobecność znaczącej osoby z rodziny na konsultacji) może sprzyjać ujawnieniu się problemu i doprecyzowaniu oczekiwań członków rodziny.

Piśmiennictwo

1. Selvini-Palazzoli M. The problem of referring persons. *J. Mar. Fam. Ther.* 1985; 1: 21-34.
2. De Barbaro B. Wpływ czynników wewnątrzrodzinnych na okoliczności pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej osób chorych na schizofrenię. Praca doktorska. Akademia Medyczna, Kraków: 1981.
3. Pietruszewski K. Cechy systemu rodzinnego a hospitalizacja pacjenta młodzieżowego. Praca doktorska. Akademia Medyczna, Kraków: 1990.
4. Ulańska R, Ślosarczyk M. Droga to terapii rodzin pacjentek z zaburzeniami odżywiania się. Analiza wstępna. Materiały konferencyjne I Krakowskiej Konferencji „Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej”. Kraków: 2002.
5. Stierlin H. Separating parents and adolescents. A perspective on running away, schizophrenia, and waywardness. New York: Quadrangle; 1974.
6. Józefik B, Wolska M, Iniewicz G, Ulańska R. Ocena terapii przez pacjentów i ich rodziny. Opis wyników ankiety. *Psychoter.* 2003; 2: 69-84.

Adres: Ambulatorium Terapii Rodzin
Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ
ul. Kopernika 21
31-501 Kraków