

Irena Namysłowska, Anna Siewierska

## TERAPIA RODZINNA DZIECI I MŁODZIEŻY W ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM — MOŻLIWOŚCI I OGRANICZENIA

### CHILDREN AND ADOLESCENT FAMILY THERAPY IN AN IN-PATIENT PSYCHIATRIC WARD — POSSIBILITIES AND LIMITS

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii  
Kierownik: prof. dr hab. Irena Namysłowska

**family therapy  
psychiatric ward  
children and adolescents**

*W artykule omówione są możliwości prowadzenia terapii rodzin w oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży. Autorki zwracają uwagę na problemy terapeuty rodzinnego, np. zagrożenie utratą neutralności, konieczność uwzględnienia medycznego kontekstu terapii rodzin, trudność w określeniu zakresu działań oraz w połączeniu odmiennych koncepcji zaburzeń psychicznych. Przedstawiają korzyści wynikające z udziału rodziny w terapii w czasie hospitalizacji dziecka.*

**Summary.** The authors discuss specific features of family therapy in the psychiatric ward, which are mainly connected with its medical character. The influence of the medical context and the necessity of collaboration of many staff subgroups and many forms of the treatment on the course and effects of family therapy is discussed in details.

W rozważaniach nad specyfiką i znaczeniem terapii rodzinnej w psychiatrycznym oddziale szpitalnym należy przede wszystkim brać pod uwagę właściwości kontekstu, w którym się ona odbywa [1]. W naszym opracowaniu skupimy się na: medycznym kontekście i związanymi z nim oczekiwaniami społecznymi oraz na charakterystycznej dla szpitala współpracy wielu grup specjalistów i powiązaniach pomiędzy różnymi formami pomocy.

Dzieci i młodzież przyjęte na oddział psychiatryczny są w trakcie procesu diagnostycznego albo już mają rozpoznanie medyczne i założoną historię choroby. Mają też w większości przypadków objawy, które są czasem bardzo uciążliwe, dezorganizujące ich funkcjonowanie, a niekiedy wręcz niebezpieczne. Sam fakt przyjęcia do szpitala określa dziecko jako pacjenta.

Jest rzeczą oczywistą, że oczekiwania rodziców dostosowane są do tego kontekstu – oczekują leczenia dziecka. Ładnie wyraziła to 12-letnia siostra pacjentki naszej kliniki mówiąc, w odpowiedzi na pytanie, czego spodziewają się po rozmowie rodzinnej: „Przyszliśmy tu, żeby leczyć moją siostrę”. Wielu terapeutów ma to rodzinom za złe, ale najzupemniej niesłusznie. Taki punkt widzenia rodziny może bowiem wyrażać gotowość do współpracy w takiej formie, jaka jest zgodna ze społecznymi oczekiwaniami od personelu szpitala. Terapeuci nieraz wielokrotnie ironicznie określają motywację rodziców: „Przyszli, aby dostać instrukcję obsługi dziecka” albo „oddali dziecko do naprawy”. Powstaje jednak pytanie, czego możemy oczekiwać od rodziców oddających dziecko do szpitala. Pozosta-

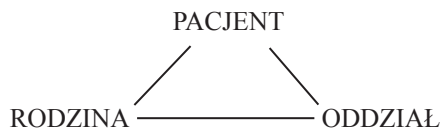
wienie odpowiedzialności za leczenie personelowi szpitala jest zgodne z oczekiwaniami społecznymi i wcale nie musi świadczyć o niechęci rodziny do współpracy. Czasem jest wyrazem bezradności i lęku [2], a także niepewności w roli rodzicielskiej. Każdy terapeuta rodzinny marzy o tym, aby rodziny zwracały się do niego o pomoc w poprawieniu relacji rodzinnych albo rozwiązaniu konfliktów. Taka motywacja w kontekście hospitalizacji psychiatrycznej zdarza się jednak niezwykle rzadko. To, czy chęć pomocy w leczeniu dziecka przybierze formę gotowości do terapii rodziny, zależy od znaczenia, jakie rodzina i terapeuta nadadzą swojej współpracy.

Współczesne kierunki terapii rodzin wyrastające z idei konstrukcjonizmu społecznego [3, 4, 5] są bardzo wrażliwe na poczucie bezpieczeństwa i integralność rodziny oraz szanują określone przez rozmówców granice, chroniąc tym samym rodzinę i terapeuta przed konfliktem oczekiwań i pochopnym orzeczeniem o braku motywacji do terapii [6]. To, nieco inne niż wcześniejsze, tradycyjne rozumienie terapii rodzin doprowadziło do zmniejszenia konfliktu pomiędzy kontekstem medycznym a terapią, co nie oznacza, że konflikt taki nie istnieje. Jeśli np. lekarz i/lub rodzina mają jednoznacznie biologiczną koncepcję choroby i leczenia pacjenta, trudno jest znaleźć miejsce dla systemowej terapii rodzinnej. W takich przypadkach można proponować rodzinie psychoedukację lub poprzestać na rozmowie zmniejszającej lęk o pacjenta.

Pojawia się tu pytanie, czy wobec wyżej przytoczonych ograniczeń, rozpoczynanie rozmów rodzinnych podczas hospitalizacji ma sens? Wydaje się nam, że tak. Po pierwsze, rozmowa z rodziną może pomóc zmniejszyć jej stres, związany z hospitalizacją psychiatryczną, lęk, poczucie winy i wstyd. Po drugie, przy bardzo dużym nasileniu konfliktów rodzinnych, umożliwia w ogóle rozmowę wszystkich członków rodziny. Po trzecie, pomaga wytworzyć gotowość do terapii u rodzin, które nigdy nie dotarłyby do ambulatorium. I wreszcie, rozmowa rodzinna podkreśla znaczenie rodziny w leczeniu pacjenta i odpowiedzialność za dziecko — nawet w czasie pobytu w szpitalu. Pozwala także obniżyć lęk rodziny i pacjenta przed powrotem do domu, tworząc w ten sposób pomost między oddziałem a domem.

W szpitalu terapia rodzin jest elementem całego systemu oddziaływań, co zakłada konieczność współpracy całego zespołu terapeutycznego i uwzględnienia powiązań pomiędzy różnymi formami terapii. Przyjęty na oddział pacjent i jego rodzina wraz z personelem szpitala tworzą nowy system. Relacje pomiędzy jego elementami mogą zmieniać pozycję i możliwości pacjenta, ale mogą także utrzymywać konflikt lojalności. Nowy system może stać się leczący i poszukujący nowych rozwiązań, ale także tworzyć nowe problemy, może stać się systemem „generującym problem” [4, 7].

#### 1. Podstawowy system powstający przy przyjęciu dziecka do szpitala:



Przyjmowane na oddział psychiatryczny dzieci lub młodzieźowi pacjenci bardzo często mają konfliktową relację ze swoimi rodzicami. Konflikty skupiają się wokół objawów i przyjęcia do szpitala lub wokół problemów związanych z separacją. Reprezentujący oddział lekarz prowadzący zajmuje wobec tego konfliktu jakieś stanowisko. Szczególnie ostro widać to w sytuacji, kiedy pacjent i rodzice mają różne zdania na temat potrzeby hospitalizacji.



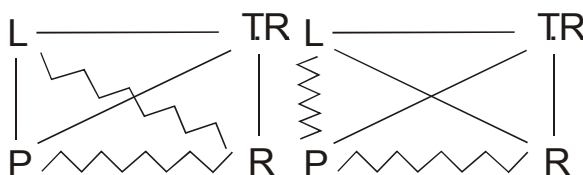
W takiej sytuacji lekarz nie ma możliwości zachowania neutralności, swoją decyzją wspiera jedną lub drugą stronę. Staje po stronie rodziny, która domaga się leczenia, w opozycji do pacjenta, który go nie chce albo przeciwnie — wspiera pacjenta, wchodząc tym samym w konflikt z jego rodziną.

Jeśli konflikt nie dotyczy potrzeby leczenia, utrata neutralności przez personel jest mniej widoczna, ale również nieunikniona. Albo personel wchodzi w koalicję z pacjentem, albo z jego rodzicami. Najlepiej widać to w czasie zebrań zespołu, kiedy padają uwagi o „patologicznej” rodzinie lub o „manipulującym adolescencie”.

Zdarza się, że rodzina i pacjent nie są w otwartym konflikcie, a rozwojowy konflikt, naturalny dla okresu adolescencji, jest głęboko zaprzeczony. Takie rodziny mają małą szansę na rozpoczęcie psychoterapii na oddziale, mają bowiem medyczną mapę problemu i oczekują przede wszystkim farmakoterapii. Nie dotyczy to tylko pracy z rodzinami, również młodzież nie ma w takiej sytuacji motywacji do terapii indywidualnej i grupowej. W efekcie, objawowa poprawa pacjenta doprowadza do jego szybkiego wypisania.

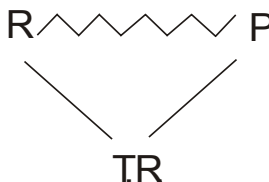
Jakie miejsce wobec opisywanego trójkąta (PACJENT–RODZINA–LEKARZ) zajmuje terapeuta rodzinny?

Aby terapia rodzin była pomocna, terapeuta musi zachować postawę neutralności [1, 8]. Wymagałoby to takich relacji:



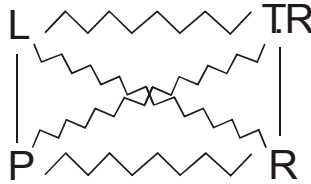
Psychologicznie jest to trudna do osiągnięcia sytuacja, wymagająca od terapeuty rodzinnego zachowania metapozycji, a więc pewnego dystansu wobec zespołu, którego jednocześnie pozostaje członkiem.

Jeśli uda mu się pozostać neutralnym w trójkącie pomiędzy rodziną a pacjentem,

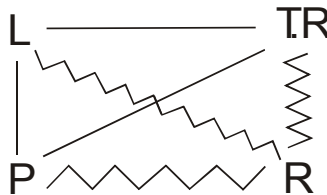


to istnieje realne niebezpieczeństwo polaryzacji stanowisk pomiędzy nim a lekarzem. W czasie wspólnego omawiania problemów pacjenta „neutralny” terapeuta często próbuje

równoważyć stanowisko lekarza, tracąc tym samym neutralność. Na przykład, jeśli lekarz, stając po stronie pacjenta, oskarża rodziców – terapeuta rodzinny może, broniąc rodziców, zacząć oskarżać pacjenta.

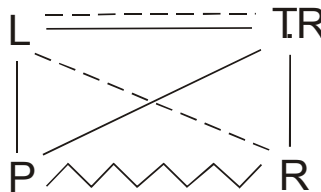


Terapeuta rodzinny może też wesprzeć lekarza i opowiedzieć się po jego stronie w konflikcie z rodziną, akceptując jego rozumienie sytuacji rodzinnej. Oznacza to również utratę neutralności. Zdarza się to szczególnie wtedy, kiedy zachowanie dobrej relacji pomiędzy lekarzem a terapeutą jest ważne.

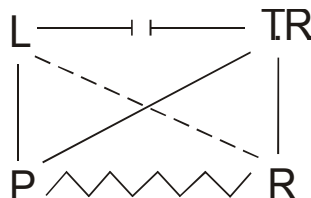


Jak wynika z powyższych rozważań, sytuacja terapeuty rodzinnego na oddziale psychiatrycznym jest niestabilna, delikatna, a skuteczne prowadzenie terapii i współpraca z pozostałymi członkami zespołu wymaga dużej dojrzałości i umiejętności radzenia sobie z różnicami.

Rola terapeuty rodzinnego może w tej sytuacji polegać na przyjęciu na siebie większości kontaktów z rodziną.



Z naszych doświadczeń wynika, że pomaganie rodzinom jest łatwiejsze i bardziej skuteczne wtedy, kiedy ich relacje z oddziałem są mniej intensywne, albo kiedy zakresy oddziaływań są jasno podzielone. Np. rodzina ma świadomość, że lekarz zajmuje się problemami wewnątrzpsychicznymi lub objawami, a w sprawach konfliktów rodzinnych pomaga terapia rodzin. Ważne jest, aby cały zespół akceptował przyjęty podział i podobnie rozumiał rolę różnych form leczenia. Oddziela to zakres oddziaływań terapeuty rodzinnego od zadań lekarza tworząc jakby dwa trójkąty



i pozwala skupić się lekarzowi na relacji z pacjentem, a terapeutę rodzinnemu na konflikcie rodzinnym.

Oczywiście, rozwiązanie takie nie jest jedynym możliwym. Sposób, w jaki członkowie zespołu podzielią między siebie zadania, zależy od przyjętej umowy oraz kompetencji zawodowych. Mamy tu na myśli role w ramach zespołu terapeutycznego, a nie wszelkie posiadane kwalifikacje. Lekarz może być wyszkolonym terapeutą systemowym, podobnie jak terapeuta rodzinny może skupiać się na problemach wewnątrzpsychicznych w innym kontekście lub wobec innego pacjenta. Istnieją także zespoły, w których role te są łączone. W naszym przekonaniu jednak połączenie przez jedną osobę perspektywy medycznej, indywidualnej i rodzinnej jest niezmiernie trudne i dlatego w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii przyjmujemy (z różnym powodzeniem) opisane powyżej rozwiązanie.

W pierwszej fazie hospitalizacji i w pierwszych rozmowach z rodziną terapeuta rodzinny jest zazwyczaj spostrzegany przez rodzinę i pacjenta jako reprezentant zespołu i wtedy kontekst szpitala ma największy wpływ na przebieg terapii (zarówno pozytywny, jak i negatywny). Przychodzą wtedy na rozmowę rodziny, które w innym kontekście nie zgodziłyby się na wspólną rozmowę, ale także wypadają z terapii te rodziny, które weszły w ostry konflikt z oddziałem, np. pacjentów wypisanych niezgodnie z oczekiwaniami rodziny (dyscyplinarnie). Jeśli w tej fazie pacjent zostanie wypisany, najczęściej urywa się kontakt z rodziną.

W miarę postępowania terapii, zarówno pacjenta, jak i rodziny, rodzina zaczyna zwykle spostrzegać odmienny zakres pomocy lekarza i terapeuty rodzinnego. Uniezależnia to kontrakt terapeutyczny od hospitalizacji, co przejawia się między innymi tym, że rodziny kontynuują terapię, niezależnie od sposobu rozstawania się z oddziałem.

### **Wnioski**

Systemowy terapeuta rodzinny pracujący na oddziale psychiatrycznym nie może pomijać medycznego kontekstu swojej pracy.

Pozostaje on w relacjach nie tylko z pacjentem i jego rodziną, ale także z pozostałymi członkami personelu leczącego. Powoduje to często utratę neutralności, np. branie w obronę rodziny przed zespołem leczącym.

Prowadzenie terapii rodzinnej ma sens pod warunkiem, że rodzina, terapeuta rodzinny oraz personel oddziału nadadzą jej podobne znaczenie.

To znaczenie pozwala rodzinie i pacjentowi na spostrzeżenie i zaakceptowanie odmiennych zakresów pomocy lekarza i terapeuty rodzinnego.

Pomimo wszystkich wątpliwości widzimy zasadność rozpoczynania terapii rodzinnej na oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży.

### **Piśmiennictwo**

1. Cecchin G. Mediolańska szkoła terapii rodzin. Wybór prac. Kraków: Collegium Medium UJ; 1995.
2. de Barbaro B, red. Schizofrenia w rodzinie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.

3. Górniak L, Józefik B, red. Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin. Od metafory cybernetycznej do dialogu i narracji. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2003.
4. Deissler KG. Terapia systemowa jako dialog. Odkrywanie samego siebie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1998.
5. Goldenberg H, Goldenberg I. **Terapia rodzin. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.**
6. Andersen T. The reflecting team. Dialogues and dialogues about the dialogues. New York: Norton; 1991.
7. Anderson H, Goolishian HA, Winderman L. Problem determined system: towards transformation in the family therapy. *J. Strat. Therapies* 1986, 5: 1–14.
8. Namysłowska I. *Terapia rodzin*. Warszawa: Springer PWN; 1997.

Adres: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN  
al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa  
e-mail: namyslow@ipin.edu.pl