

Barbara Józefik, Małgorzata Wolska, Romualda Ułasińska, Grzegorz Iniewicz

OCENA TERAPII Z PERSPEKTYWY PACJENTÓW I ICH RODZIN — OPACOWANIE WYNIKÓW ANKIETY

EFFECTIVENESS OF TREATMENT IN THE FAMILY THERAPY OUT-PATIENT UNIT OF THE DEPARTMENT OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY OF CM UJ IN THE PATIENTS' AND THEIR FAMILY'S PERSPECTIVE

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

systemic family therapy effectiveness of therapy

Autorzy przedstawiają jakościową analizę wyników badań ankietowych byłych pacjentów ATR i ich rodzin. Badania miały na celu sprawdzenie efektywności stosowanych metod leczenia (terapia rodzin w podejściu systemowym).

Summary: The paper presents the result of follow up studies run in the Family Therapy Out-Patient Unit of the Department of Child and Adolescent Psychiatry of CM UJ in Kraków in 2002. The aim of the study was to assess the effectiveness of the treatment. The questionnaires were sent to all family members of 130 families treated between 1992- 1996. They were asked to assess the effectiveness of different forms of psychotherapy used during the treatment. 19% of family members sent the questionnaires back and the qualitative analysis were done. For most of the family members family therapy was perceived as a very useful kind of treatment, which allows for the understanding of the mechanism of the illness, reinforcing coping with the problem, giving emotional support and better understanding of mutual relationships.

Same disadvantages of family meetings were also described (e.g. using the one way mirror).

The quality of the relationship which occurred between the therapists and the family was an important factor, reinforcing effectiveness of the treatment.

Wprowadzenie

W 2002 roku, w Ambulatorium Terapii Rodzin Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ, przeprowadzono badania, których celem było dokonanie oceny efektywności leczenia w naszej placówce w latach 1992–1996. Ambulatorium od wielu lat stosuje leczenie oparte na paradygmacie systemowym, proponując jako podstawową metodę oddziaływań terapię rodzin [1]. Zależnie od zgłaszanego problemu, fazy terapii, przebiegu procesu leczenia stosowane są także inne formy terapii takie, jak terapia indywidualna, leczenie farmakologiczne, terapia małżeńska.

Obszerna literatura przedmiotu wskazuje, iż efektywność terapeutycznych oddziaływań zależy od wielu czynników. Do najistotniejszych należą:

- właściwości pacjenta — składają się na nie cechy osobowości, wiek, mechanizmy

obronne, zdolność wchodzenia w relację terapeutyczną, ale też właściwości jego środowiska (sytuacja rodzinna i społeczna) oraz rodzaj i nasilenie objawów;

- zmienne charakteryzujące relację terapeutyczną — opisują wzajemne dopasowanie się pacjenta i terapeuty, umożliwiające stworzenie przymierza terapeutycznego, wejście w rolę pacjenta, urealnianie oczekiwań oraz wzbudzanie nadziei;
- kontekst, w jakim odbywa się leczenie — przez który rozumie się miejsce leczenia (ambulatoryjne, stacjonarne, publiczne, prywatne), formę leczenia, czas trwania i częstotliwość spotkań;
- dobór strategii i stosowanych technik terapeutycznych — proponowanych w zależności od zdefiniowanego problemu pacjenta [2].

Subiektywne reakcje pacjenta i jego rodziny dotyczące procesu leczenia są istotnymi czynnikami, które powinny być uwzględnione w doborze sposobów pracy. Ich odczucia i opinie na temat proponowanych form terapii oraz stosowanych interwencji terapeutycznych w istotny sposób wpływają na relację terapeutyczną, przebieg psychoterapii i na jej skuteczność. Stąd wydaje się szczególnie ważne uzyskanie informacji zwrotnych od osób korzystających z proponowanego w Ambulatorium Terapii Rodzin modelu leczenia. Artykuł przedstawia rezultaty badań i analizę zebranego materiału.

Cel badań

Celem badań było dokonanie oceny:

1. zadowolenia z terapii i korzyści uzyskanych w trakcie leczenia w ATR;
2. stopnia uzyskanych zmian i ich trwałości;
3. form terapii, które były uznane przez pacjenta i jego rodzinę za najbardziej skuteczne.

Dodatkowym celem było zbadanie dalszych losów pacjentów.

Metoda badania

W programie zastosowano ankietę (patrz: aneks), opracowaną w ATR, zawierającą pytania otwarte i zamknięte dotyczące następujących zakresów:

1. ogólna ocena leczenia w ATR;
2. ocena korzyści płynących z pracy z całą rodziną oraz trudności, jakie mogły się z tym wiązać;
3. określenie aspektów funkcjonowania pacjenta i rodziny, które uległy poprawie;
4. określenie problemów, które pozostały nie rozwiązane;
5. określenie form terapii, które były najbardziej pomocne;
6. określenie zakresów tematycznych, które były najbardziej istotne z punktu widzenia każdej z osób;
7. określenie elementów leczenia, które budziły największe zastrzeżenia;
8. ocena postawy osób prowadzących leczenie;
9. aktualna sytuacja zawodowa, rodzinna i zdrowotna pacjenta.

Grupa badana

Grupę badaną stanowiło 130 rodzin, które pozostawały w leczeniu w ATR w latach

1992–1996 z powodu różnorodnych problemów, m.in.: trudności szkolnych, anoreksji i bulimii psychicznej, depresji młodzieńczej, zaburzeń zachowania. Do pacjentów i wszystkich członków rodzin, biorących udział w sesjach rodzinnych, zostały wysłane zaproszenia do udziału w badaniu, zawierające jednocześnie wyjaśnienie jego celu wraz z dołączonymi ankietami. Grupa respondentów składała się zatem z 482 osób w różnym wieku i różnej płci.

W sumie otrzymaliśmy odpowiedzi od 91 osób (19% ankietowanych): 23 byłych pacjentów, 18 rodzeństwa, 22 ojców, 1 ojczyma, 27 matek.

Badaniami nie objęto rodzin, które korzystały z jednorazowej konsultacji w ATR lub uczestniczyły w terapii w okresie krótszym niż 3 miesiące (dotyczy to zarówno krótkoterminowych interwencji terapeutycznych, jak i przerwanych terapii).

Wyniki

Ze względu na liczbę odpowiedzi, uniemożliwiającą statystyczne opracowanie, dokonano analizy jakościowej uzyskanego materiału.

Analiza uzyskanych danych

I Pierwsza kategoria pytań dotyczyła ogólnego zadowolenia z leczenia w ATR (pytanie

Tabela 1

Wyniki uzyskane w kategorii: ogólne zadowolenie

Ogólne zadowolenie z leczenia	Tak	Ne	Tak i nie
IP	16	6	1
Rodzeństwo	15	3	0
Rodzice	41	5	3
SUMA	77	14	4

1 i 2 w ankiecie). Uzyskane wyniki przedstawia tabela 1.

Zarówno byli pacjenci (oznaczani symbolem IP — identyfikowany pacjent), jak i ich rodzice oraz rodzeństwo w większości byli zadowoleni ze sposobu leczenia w naszym ambulatorium. Zadowolenie wynikało z pozytywnej oceny następujących obszarów:

1. Zmian dotyczących sfery objawowej. Ilustrują to następujące wypowiedzi: „Po spotkaniach w ambulatorium czuję się lepiej psychicznie i mam lepszy kontakt z rodzicami, a przede wszystkim z ojcem”. „Leczenie w klinice uratowało mi życie, pozwoliło mi na powrót do normalnego myślenia, powrót do szkoły, podjęcie studiów i bycie szczęśliwą”. „Córka była leczona w kilku innych ośrodkach, gdzie jej choroba tylko się pogłębiała. Leczenie w państwa ośrodku doprowadziło do znaczącej poprawy jej zdrowia. Obecnie funkcjonuje prawie normalnie i nadal zauważam poprawę”.

2. Zmian zachodzących w relacjach rodzinnych. Zmiany te dotyczyły większej bliskości i otwartości w relacjach, wspierania się, rozwiązywania sytuacji konfliktowych, poprawy relacji diadycznych: „Terapia umożliwiła nawiązanie kontaktu między człon-

kami rodziny, złagodziła istniejące konflikty”. „Terapia zbliżyła rodzinę, wyculiła na różne sprawy”. „Rodzina poznała swoje problemy i każdy próbował je rozwiązać”. „Po spotkaniach z terapeutami z całą moją rodziną, relacje w niej, a szczególnie pomiędzy mną a żoną są dobre”. „Dzięki terapii rodzina uzyskała inne spojrzenie na różne sprawy, nauczyliśmy się wiele o sobie i uznaliśmy, że trzeba rozmawiać”. „Spotkania pomogły nam i córce przetrwać trudny okres”. „Spotkania w ambulatorium spowodowały przede wszystkim to, że zaczęliśmy w rodzinie rozmawiać ze sobą częściej niż to zdarzało się do tej pory, na różne, także osobiste tematy. Dotyczy to zwłaszcza córki”.

3. Sposobu prowadzenia terapii: „W atmosferze spokoju można poznać punkt widzenia wszystkich”. „Wspólne rozmowy z terapeutami dały sposobność do określenia i sprecyzowania problemów i do refleksji”. „Podstawą leczenia były rozmowy. Mówienie o tym, co jest dla mnie problemem, zmniejszało napięcie, skłaniało mnie do przemyśleń i ewentualnych zmian”.

Niezadowolone, wyrażone przez mniej więcej 1/8 rodziców i 1/3 pacjentów, dotyczyło warunków, w jakich prowadzona była terapia. Zarzuty obejmowały:

1. Poczucie braku intymności, związane z obecnością stażystów za szybą jednostronną i z wyposażeniem pokoju w kamery wideo: „Oczekiwałam bardziej kameralnej atmosfery, nie lubię być obserwowana przez kamerę i kilka osób za lustrem”. „Nie odpowiada mi publiczna analiza konfliktów całej rodziny jednocześnie”.

2. Konieczność otwarcia się, aktywnego uczestniczenia w spotkaniach i zaangażowania się: „Nie lubię się zwierzać”. „Pytania, na które trzeba było odpowiadać, były bardzo zagmatwane (niektóre), stresujące”. „Chwilami czułem się jak na spowiedzi w kościele odpowiadając na niektóre zadane mi pytania”. „Ponieważ było to uciążliwe dla całej rodziny ze względu na daleki dojazd”.

II Druga kategoria pytań dotyczyła korzyści bądź jej braku, z zapraszania na terapię

Tabela 2

Wyniki uzyskane w kategorii: czy korzystne było zapraszanie całej rodziny na terapię

Udział całej rodziny	Korzystny	Niekorzystny	Tak i nie
IP	11	3	9
Rodzeństwo	13	1	4
Rodzice	33	4	12
SUMA	57	8	25

całej rodziny (pytanie 3 i 4 w ankiecie). Wyniki prezentuje tabela 2.

Odpowiedzi w tej kategorii są bardziej zróżnicowane. W przeważającej większości rodzice i rodzeństwo pacjentów uznali, że zapraszanie i uczestnictwo całej rodziny w terapii jest korzystne, wskazując, iż:

1. pozwala ono lepiej zrozumieć mechanizm chorowania,
2. dostarcza wsparcia emocjonalnego;
3. pomaga w radzeniu sobie z chorobą;
4. pogłębia wzajemne rozumienie się członków rodziny;

5. pomaga rodzicom lepiej rozumieć problemy dzieci.

Pozytywną ocenę ilustrują następujące wypowiedzi rodziców i rodzeństwa:

„Spotkania te pomogły nam zrozumieć istotę choroby córki, zmieniły nasze podejście do tej choroby, uspokoiły nas. Każde spotkanie wzmacniało nas psychicznie i uczyło, jak postępować, aby pomóc jej wyzdrowieć”. „Córka została wyleczona z anoreksji. Cała rodzina wspierała córkę w jej problemach, przy okazji nauczyliśmy się lepiej rozumieć siebie nawzajem, nauczyliśmy się lepiej słuchać i rozmawiać”. „Otrzymaliśmy wyjątkową okazję poznania siebie bliżej, rozmawiania o rzeczach często bardzo trudnych i przykrych, a tym samym omijanych w normalnym życiu rodzinnym”. „W bezpośredniej rozmowie dzieci–rodzice — terapeuta można się dowiedzieć wiele o sobie i zmienić bądź skorygować własne postępowanie względem dzieci, rodziny”. „Zaczęły ujawniać się przyczyny problemów i sprawy, o których w mojej rodzinie nigdy się nie mówiło, które były ukrywane, a które niszczyły relacje w rodzinie”. „Spotkanie się wszystkich członków rodziny daje bardzo często możliwość wspólnej rozmowy, uświadomienie sobie problemów, niedomowień, wzajemnych oczekiwań”.

1/3 rodziców, obok aspektów korzystnych, dostrzegała także negatywne elementy pracy z całą rodziną. Wątpliwości dotyczyły głównie poczucia przekraczania intymności, a także trudności w zmotywowaniu niektórych członków rodziny do udziału w terapii:

„Było to dla mnie krępujące, bo często poruszało się sprawy naprawdę osobiste”. „Osoby biorące udział w terapii rodzinnej muszą być przekonane do słuszności tej metody, muszą zdobyć się na szczerość i okazać wysoką kulturę i tolerancję, aby po wyjściu z terapii nie obrażać się na resztę rodziny i nie przenieść polemiki do domu”.

W przypadku pacjentów ocena pracy z całą rodziną była bardziej zróżnicowana. Prawie połowa pacjentów korzystnie oceniała jej udział w terapii. Prawie tyle samo pacjentów wyrażało jednak ambiwalentny stosunek do spotkań rodzinnych, podkreślając, obok elementów pozytywnych, także ograniczenia tej formy terapii. Pozytywną ocenę ilustrują następujące wypowiedzi pacjentów:

„Spotkania rodzinne były decydującym czynnikiem w wyleczeniu, a jeżeli nie decydującym (bo to dużo powiedziane), to bardzo ważnym”. „Podczas terapii czułam bardziej rodzinną atmosferę niż dotychczas w domu”. „Leczenie pozytywnie wpłynęło na moją psychikę”. „Poprawiła się ogólna sytuacja w domu, wzajemne relacje. Ja i siostra otrzymałyśmy pomoc w burzliwym okresie dorostania”.

Ambiwalencja wobec spotkań rodzinnych dotyczyła dostrzeganych zagrożeń wynikających z otwierania się, ujawniania uczuć i osobistych spraw w trakcie spotkań, a także problemów, jakie wiązały się z brakiem motywacji innych członków rodziny. Wyraża się ona w następujących wypowiedziach:

„Czasami jest to duże wsparcie psychiczne, jednak moi rodzice dowiadują się wiele niepotrzebnych rzeczy na mój temat, które wykorzystują przeciwko mnie, co mnie pogłębia w chorobie”. „Udział w terapii osób, które nie mają ochoty się w nią angażować, jest według mnie bezsensowny. Osoby takie traktują spotkania jako przykry obowiązek, po jego wypełnieniu zaś nie mają zamiaru wracać do niego”. „Trudno powiedzieć [czy zapraszanie całej rodziny było korzystne], ponieważ można było się dowiedzieć czegoś miłego i ciekawego o rodzicach, ich przeszłości itp., a z drugiej strony niełatwo było się

wypowiadać na własny temat od strony nie najlepszej”.

III Trzecia kategoria pytań dotyczyła uzyskanych w trakcie trwania terapii zmian

Tabela 3

Wyniki otrzymane w kategorii: uzyskane zmiany w trakcie trwania terapii

Rodzaje zmian	Rodzice	Rodzeństwo	P	SUMA
(1) Poprawa objawowa	33	7	12	52
(2) Poprawa kontaktów z rówieśnikami	14	5	9	28
(3) Poprawa stosunków między rodzeństwem	14	8	6	28
(4) Poprawa relacji między rodzicami	17	7	5	29
(5) Poprawa sytuacji szkolnej	10	6	5	21
(6) Inne zmiany* (np. poprawa relacji między IP a rodzicami)	14	4	5	23
(7) Brak zmian	4	2	2	8
(8) Brak odpowiedzi	0	0	1	1

* W większości wypadków ankietowani zwracali uwagę na poprawę relacji między IP a rodzicami (tego pytania zabrakło w naszej ankiecie).

(pytanie 5 w ankiecie). Wyniki zawarte zostały w tabeli 3.

Większość badanych dostrzegała zmiany zazwyczaj w więcej niż jednym obszarze. Jedynie czworo rodziców, dwie osoby spośród rodzeństwa oraz dwoje pacjentów nie dostrzegło żadnych zmian, a jeden z byłych pacjentów nie udzielił odpowiedzi. Rodzice najczęściej zauważali poprawę objawową u IP, ale też stosunkowo często zaznaczali zmianę w innych obszarach. Można przypuszczać, że zmiany w zakresie objawów będących przyczyną zgłoszenia się do terapii były najbardziej wyraźne czy najłatwiejsze do porównania i oceny, a poza tym obszar ten był przedmiotem największej troski rodziców.

Pacjenci zwracali głównie uwagę na poprawę objawową oraz na poprawę relacji z rówieśnikami. Odpowiedzi rodzeństwa mniej więcej w równym stopniu dotyczyły wszystkich wymienionych obszarów. Niektórzy dopisywali jeszcze inne zmiany, np.: uzyskanie większego dystansu do problemów życiowych, unikanie sytuacji konfliktowych, jak również zwiększenie poczucia własnej wartości i większą otwartość u IP. W dwóch rodzinach, w których w czasie trwania terapii został ujawniony konflikt pomiędzy rodzicami i rodzice nie podjęli proponowanej terapii małżeńskiej, zwracano uwagę na „załamanie się relacji w rodzinie” i „pogorszenie relacji między ojcem a resztą rodziny”.

IV Kategoria czwarta dotyczyła problemów, które w chwili zakończenia terapii nadal nie były rozwiązane (pytanie 6 w ankiecie). Uzyskane wyniki przedstawia tabela 4.

Zarówno w grupie rodziców, jak i w grupie byłych pacjentów najczęściej odpowiedzi dotyczyło obszaru objawów. Aczkolwiek w czasie trwania terapii zauważalna była poprawa objawowa u pacjentów (kategoria 3), odpowiedzi mogą świadczyć o tym, że nie doszło jednak do całkowitego ustąpienia objawów, bądź też oczekiwania zmian w tym zakresie były większe niż uzyskana poprawa. Być może częściowym wyjaśnieniem niezadowolenia członków rodziny mogą być ich wypowiedzi dotyczące innych, nie rozwiązanych proble-

mów. W pojedynczych przypadkach zwracano uwagę m.in. na zmianę rodzaju objawów (pojawienie się objawów bulimicznych u pacjentki z anoreksją), ogólne znerwicowanie członków rodziny, ich ogólną nadwrażliwość i nerwowość, a zwłaszcza siostry jednej

Tabela 4

Wyniki uzyskane w kategorii: które z problemów pozostały nadal nie rozwiązane w chwili zakończenia terapii

Uważamy, że się problemy	Rodzice	Rodzzeństwo	IP	SUMA
(1) Objawy będące przyczyną zgłoszenia się do leczenia	22	4	10	36
(2) Kontakty z rówieśnikami	0	2	1	3
(3) Stosunki między rodzzeństwem	7	2	2	11
(4) Relacje między rodzicami	0	4	7	20
(5) Sytuacja szkolna	1	1	0	2
(6) Inne problemy	10	5	7	22
(7) Wskazane w ankiecie problemy, których rozwiązanie	13	5	0	20

z pacjentek, oraz wzajemne obciążanie się winą.

V Piąta kategoria dotyczyła tego, co było najbardziej pomocne w rozwiązywaniu pro-

Tabela 5

Wyniki uzyskane w kategorii: co było najbardziej pomocne w rozwiązywaniu problemów

Najbardziej pomocne w leczeniu	Rodzice	Rodzzeństwo	IP	SUMA
(1) Rozmowa o objawach	26	5	13	44
(2) Rozmowa o stosunkach rodzinnych	34	7	14	55
(3) Rozmowa o historii życia rodziny	19	5	7	31
(4) Rozmowa o historii małżeństwa	9	1	1	11
(5) Rozmowa o stosunkach pomiędzy rodzzeństwem	10	6	2	18
(6) Rozmowa o kontaktach rówieśniczych	6	2	3	11
(7) Rozmowa o sytuacji szkolnej	9	4	2	15
(8) Rozmowa o trudnościach emocjonalnych	27	8	10	45
(9) Inne tematy	8	1	2	11

blemów (pytanie 7 i 8 w ankiecie). Uzyskane wyniki zostały zamieszczone w tabeli 5.

Rozkład odpowiedzi był podobny u wszystkich członków rodziny. Jako najbardziej pomocne w rozwiązywaniu problemów uznano następujące tematy rozmów: stosunki rodzinne, objawy, trudności emocjonalne i historia rodziny. Na drugim miejscu pod względem ważności zaznaczono pozostałe tematy: historia małżeństwa, stosunki między

rodzeństwem, kontakty z rówieśnikami i sytuacja szkolna.

Odpowiedzi udzielone na kolejne otwarte pytanie, dotyczące tematów najbardziej istotnych dla poszczególnych osób, często były uszczegółowieniem ogólnych kategorii wymienionych w poprzednim pytaniu. Zwracano uwagę na ważność następujących tematów: objawy, mechanizmy ich powstawania, skutki choroby, rozumienie mechanizmu chorowania, wpływ rodziców na proces zdrowienia, wskazówki dotyczące dalszego postępowania oraz ogólne zasady postępowania z osobą mającą problemy (aspekt ten dotyczył szczególnie pacjentek chorujących na anoreksję psychiczną). Część odpowiedzi dotyczyła szczegółowych aspektów relacji rodzinnych takich, jak: wzajemne oczekiwania, stosunki emocjonalne w rodzinie, sytuacja rodzinna, potrzeba wzajemnego zaufania, uwrażliwienie na siebie nawzajem, poznanie uczuć innych osób, poznanie opinii dzieci na temat rodziny i małżeństwa rodziców, przyczyny konfliktu pomiędzy ojcem a synem czy też na problemy pojedynczych osób, np. problem winy u matki, problem alkoholizmu u ojca, możliwość poznania własnej osobowości, praca nad poprawą samooceny, umocnienie wiary we własną wartość itp.

VI Szósta kategoria dotyczyła tematów, których zdaniem badanych brakowało w trakcie terapii (pytanie 9 w ankiecie). Około połowa respondentów udzieliła odpowiedzi na to pytanie. Rodzicom najczęściej brakowało konkretnych rad i wskazówek, jak postępować z chorym dzieckiem, zwłaszcza w sytuacji nasilenia się objawów, bądź też informacji, jak powinno się postępować, aby uniknąć problemów. Takich informacji brakowało też niektórym byłym pacjentom. W sporadycznych wypowiedziach pacjentów i ich rodzeństwa powtarza się opinia, iż za mało było także rozmów na temat stosunków rówieśniczych i relacji pomiędzy rodzeństwem. Kilkoro rodziców potrzebowało więcej rozmów o pracy zawodowej lub osobistych problemach.

VII Kategoria siódma dotyczyła elementów terapii budzących zadowolenie (pytanie 10 w ankiecie). Uzyskane wyniki zostały zamieszczone w tabeli 6.

Tabela 6

Wyniki uzyskane w kategorii: elementy terapii budzące zadowolenie

Elementy procesu leczenia budzące zadowolenie	Rodzice	Rodzeństwo	IP	SUMA
(1) Spotkania rodzinne	30	12	8	50
(2) Spotkania indywidualne	20	7	14	41
(3) Spotkania z rodzicami	7	1	1	9
(4) Spotkania z rodzeństwem	4	3	2	9
(5) Leczenie farmakologiczne	10	3	3	16
(6) Konsultacja psychiatryczna	13	4	3	20
(7) Pomoc w sprawach szkolnych	11	3	4	18
(8) Wydanie opinii psychologicznej	9	2	6	17
(9) Inne	4	1	3	8

10 w ankiecie). Uzyskane wyniki zostały zamieszczone w tabeli 6.

Rodzice, oprócz spotkań rodzinnych i indywidualnej psychoterapii swojego dziecka, cenili sobie doraźną pomoc w trudnych sytuacjach (interwencję medyczną i szkolną).

Dla byłych pacjentów ważne były przede wszystkim spotkania indywidualne i rodzinne. Istotne, chociaż w znacznie mniejszym stopniu, były także konsultacje psychiatryczne i wprowadzone farmakologiczne leczenie, a także interwencja w sprawach szkolnych (np. poprzez wydanie opinii psychologicznej). Najmniej zwolenników zyskała natomiast praca z subsystemami (spotkania z rodzicami, spotkania z rodzeństwem).

VIII Kategoria ósma dotyczyła elementów terapii budzących największe zastrzeżenia

Tabela 7

Wyniki uzyskane w kategorii: elementy terapii budzące zastrzeżenia

Elementy procesu leczenia budzące zastrzeżenia	Rodzice	Rodzeństwo	IP	SUMA
(1) Spotkania rodzinne	6	4	7	17
(2) Spotkania indywidualne	0	1	0	1
(3) Spotkania z rodzicami	3	0	3	6
(4) Spotkania z rodzeństwem	3	1	1	5
(5) Leczenie farmakologiczne	5	3	6	14
(6) Konsultacja psychiatryczna	2	2	3	7
(7) Praca w sprawach szkolnych	1	1	0	2
(8) Wydanie opinii psychologicznej	0	0	1	1
(9) Inne (osoby ze szpitala, mało wskazówek, mało częstotliwość ocen spotkań, mało indywidualnych spotkań)	4	2	4	10

(pytanie 11 w ankiecie). Uzyskane wyniki zostały zamieszczone w tabeli 7.

Liczba zastrzeżeń w stosunku do prowadzonego leczenia jest nieznaczna i dotyczy w większości spotkań rodzinnych i leczenia farmakologicznego. Wątpliwości związane z prowadzeniem terapii rodzin dotyczyły głównie tych sytuacji, w których nasilone konflikty między członkami rodziny wyrażały się we wzajemnym oskarżaniu i obwinianiu się, co powodowało, iż wspólne spotkania były nie tylko trudne, ale i mało skuteczne. Wydaje się, iż zastrzeżenia co do leczenia farmakologicznego wynikały ze zbyt dużych oczekiwań dotyczących skuteczności tej formy leczenia. Dodatkowo fakt, iż w okresie objętym badaniem pracowaliśmy bez stałego lekarza w zespole, korzystając z konsultacji kolegów pracujących na stałe w innych zespołach kliniki, mógł stanowić pewne utrudnienie w postaci mniejszej dostępności konsultacji, a także trudniejszej współpracy pomiędzy osobami włączonymi do terapii.

Wśród innych zastrzeżeń wymieniano udział osób szkolących się oraz warunki, w jakich odbywały się spotkania — pokój z kamerą i szyba jednostronna. W pojedynczych przypadkach wskazywano na brak konkretnych wskazówek, jak należy postępować w ściśle określonej sytuacji (np.: gdy córka odmawia jedzenia, gdy dziecko się obraża, złości lub buntuje itp.), na małą częstotliwość spotkań czy też zbyt małą liczbę spotkań indywidualnych. Kilkoro rodziców uważało, że udział młodszego rodzeństwa (w wieku 8-11 lat) był niepotrzebny. Ich zdaniem, młodsze dzieci czuły się skrępowane, nieco zagubione, nie

rozumiały problemu, czasem obawiały się wypowiedzieć swoje zdanie.

IX Dziewiąta kategoria dotyczyła oceny postawy terapeutów prowadzących terapię (pytanie 12 i 13 w ankiecie).

Na pytanie o to, co badani uważają za korzystne w postawie osób prowadzących terapię, odpowiedzieli prawie wszyscy. Większość ceniła sobie stworzenie przez terapeutów dobrej, ciepłej atmosfery, ich duże zaangażowanie w sprawy rodziny i widoczną chęć pomocy (bez zbędnych obietnic). Dla rodzin ważna była również umiejętność wysłuchania wszystkich członków rodziny, życzliwość, takt i delikatność w poruszaniu trudnych problemów, bycie do dyspozycji, spokój, wyrozumiałość i cierpliwość, dyskrecja, punktualność, kompetencje, łatwość w nawiązywaniu kontaktu. Rodziny ceniły także wzbudzanie nadziei, odbarczanie od poczucia winy, wzmocnienie wiary w pomyślność terapii i zarazem realizm w prognozowaniu.

Na pytanie o to, co badani uważają za niekorzystne w postawie osób prowadzących terapię, odpowiedzi udzieliła prawie połowa ankietowanych. Wśród nich były zarówno osoby ogólnie zadowolone z przebiegu terapii, jak i niezadowolone. Najczęściej negatywnie ponownie oceniano warunki, w jakich prowadzona była terapia (pokój z szybą jednostronną i kamerami, obecność osób za szybą, z którymi terapeuci konsultowali się w czasie przerwy). Kilkoro rodziców niekorzystnie oceniło unikanie dawania rad i wskazówek, dotyczących tego, jak należy postępować w konkretnych sytuacjach. Kilkoro rodzeństwa uważało, że terapeuci poświęcili zbyt mało czasu na ich sprawy czy problemy. W pojedynczych przypadkach za niekorzystne uznano zbyt odległe terminy spotkań, ograniczenie czasu do 1 godziny (czasem było to za mało, czasem za dużo) lub zadawanie zanedo szczegółowych i zbyt trudnych pytań. Kilka pacjentek z anoreksją miało poczucie za dużego nacisku na zmianę zachowań, poczucie niezrozumienia ze strony terapeutów. Jedna odczuwała brak zaufania i wiary w nią terapeutów.

X Dziesiąta, ostatnia, kategoria dotyczyła kontynuowania terapii w innym miejscu przez któregoś z członków rodziny po zakończeniu terapii w ATR (pytania 14, 15, 16 i 17 w ankiecie). W 5 rodzinach miało miejsce ponowne podjęcie terapii po mniej więcej rocznej przerwie od zakończenia terapii w ATR — dotyczyło ono czterech identyfikowanych pacjentów, dwojga rodzeństwa, jednej matki i jednego małżeństwa.

Dyskusja i wnioski

Na ankietę odpowiedziało 19% osób, co spowodowało, że uzyskane wyniki mogły być tylko wykorzystane do przeprowadzenia analizy jakościowej. Jak wiadomo, w ankietowaniu za pośrednictwem poczty otrzymuje się od 10% do 30% zwrotów [3], tak więc otrzymana ilość (19%) mieści się ww. granicach. Nie zmienia to faktu, iż bez odpowiedzi pozostaje ważne pytanie, jaki był stosunek do proponowanych form leczenia tych osób, które nie nadesłały odpowiedzi. Możemy się domyślać, iż w grupie tej będą zarówno osoby zadowolone, jak i rozczarowane, ale i tak nie znamy odpowiedzi na ważne dla nas szczegółowe kwestie.

Niestety, ze względu na fakt, iż bardzo duża liczba rodzin leczonych w naszej placówce pochodzi spoza Krakowa, nie było możliwe bezpośrednie przeprowadzenie wywiadu z byłymi pacjentami i ich rodzinami. Mimo ograniczeń, uzyskane rezultaty pozwalają na

sformułowanie wniosków, które mogą być wykorzystane w pracy terapeutycznej.

Zdecydowana większość badanych, wskazujących na korzystne aspekty udziału całej rodziny w leczeniu, podkreślała, iż ta forma terapii umożliwiała zrozumienie mechanizmów chorowania i lepsze radzenie sobie z chorobą, dostarczała emocjonalnego wsparcia dla rodziny, przyczyniała się do lepszego wzajemnego zrozumienia się, a szczególnie do zrozumienia przez rodziców problemów własnych dzieci. Ambivalentny stosunek badanych do spotkań rodzinnych, do którego przyznała się mniej więcej 1/3, dotyczył przede wszystkim poczucia przekraczania granic intymności, wyraźnie nasilonego przez obecność stażystów i warunków, w jakich odbywała się terapia (lustro weneckie, kamera umożliwiająca nagrywanie spotkania w celach dokumentacyjnych). Wątpliwości dotyczyły również uczestnictwa w spotkaniach tych członków rodziny, którzy nie byli zmotywowani, czy też takich sytuacji, w których nasilone mechanizmy wzajemnego oskarżania się ograniczały znacznie skuteczność terapii rodzinnej. Należy zaznaczyć, iż w świetle danych z literatury, w przypadku identyfikacji wyżej wymienionych mechanizmów obwiniania się i oskarżania, zalecane są, jako bardziej efektywne, inne formy terapii, takie jak terapia indywidualna czy grupowa [4].

Z analizy ankiet wynika, iż członkowie rodzin, którzy byli zadowoleni z prowadzonej przez nas terapii, w porównaniu z osobami mniej zadowolonymi, największą wagę przypisywali czynnikom związanym ze zmiennymi relacyjnymi. Z podawanych przez członków rodzin ważnych tematów rozmów, obok rozumienia choroby i postępowania z pacjentem, często pojawiały się różne aspekty relacji rodzinnych takie, jak: stosunki emocjonalne, wzajemne oczekiwania, wzajemne zaufanie, uwrażliwienie na potrzeby innych czy poznanie opinii innych członków rodziny o wspólnych problemach. Można postawić tezę, iż zaciekawienie aspektami relacji było elementem łączącym mapy członków rodzin i mapy terapeutów, tym samym stwarzając przestrzeń na wytworzenie się terapeutycznego dialogu. Jak wskazują terapeuci wywodzący swoje praktyki z idei społecznego konstrukcjonizmu, w tak rozumianym procesie terapeutycznym ważna jest, z jednej strony, otwarta i zaangażowana postawa terapeutów, nastawienie raczej na poszukiwanie nowych opisów i znaczeń niż podawanie gotowych rozwiązań, z drugiej — gotowość rodziny do refleksyjnego swojej sytuacji, podejmowania wyzwania, jakim jest zawieszanie dotychczasowych przekonań [5, 6, 7].

Wydaje się, iż inne dodatkowe elementy, które przyczyniły się do zadowolenia z procesu terapii, mogły się wiązać także z tymi czynnikami, które opisywane są przez badaczy różnych orientacji jako szczególnie istotne dla wystąpienia zmiany. Te elementy to: zaangażowanie osób korzystających z terapii, ich aktywność, nadzieja na osiągnięcie rezultatów, akceptacja postępowania terapeutycznego oraz własna odpowiedzialność za przebieg psychoterapii [8, 9]. Można przypuszczać, iż osoby, które zdecydowały się odpowiedzieć na ankietę, charakteryzowały się przynajmniej niektórymi z tych cech. Wydaje się, iż dla badanych rodzin istotna także była postawa terapeutów i jakość relacji terapeutycznej. Jest zastanawiające, jak wiele aspektów związanych z relacją terapeutyczną zostało wymienionych przez osoby badane jako ważne i znaczące, m.in. stworzenie odpowiedniej atmosfery, umiejętność wysłuchania wszystkich członków rodziny, wzbudzanie nadziei, odbarczenie od poczucia winy, chęć udzielenia pomocy, życzliwość, delikatność w poruszaniu trudnych problemów, bycie do dyspozycji. Elementy te zwrotnie mogły przyczynić do zwiększania

zaangażowania pacjentów i ich rodzin w proces leczenia.

Mała liczba danych nie pozwala nam na pogłębienie analizy, możemy jednak przypuszczać, że zadowolenie jest wprost proporcjonalne do efektów terapii rodzinnej. Wydaje się, że rodziny niezadowolone to te, z którymi nie udało się zbudować wspólnego dialogu, wspólnej mapy. Oznaczałoby to, iż oczekiwały one nie tyle rozumienia problemów i wspólnego konstruowania systemów rozwiązań, ile porady, konsultacji farmakologicznej czy też wskazówek, jak postępować z zidentyfikowanym pacjentem, koncentrując swoją uwagę na tych właśnie obszarach. Można sądzić, iż zbyt duża różnica pomiędzy tym, jak terapeuci rodzinni rozumieli swoją rolę i proces pomagania a tym, co rodzina uważała dla siebie za pomocne, skutkowało nie tylko swoistym rozmijaniem się obu stron, ale i rozczarowaniem i oczekiwaniem coraz to innych form terapii.

Należy tutaj wyraźnie zaznaczyć, iż w ramach systemowego paradygmatu uznajemy za ważne łączenie różnych form terapii: pracy z całą rodziną, małżeństwem, rodzeństwem i indywidualnego kontaktu. W praktyce, w każdym pojedynczym przypadku, przebieg terapii jest więc zależny od indywidualnej problematyki, wieku pacjenta, dynamiki obrazu klinicznego, kontekstu rodzinnego i społecznego. Oznacza to, iż proponowana forma terapii jest pewną wypadkową rozumienia problemu oraz procesu terapii przez terapeutę i przez rodzinę. Oznacza to zarazem, iż w niektórych wypadkach oczekiwania rodziny mogą pozostać nie spełnione i wtedy wspólnie z rodziną negocjowane są możliwości korzystania z innych form leczenia w pozostałych placówkach kliniki lub poza nią.

Dane uzyskane w ankietach zwróciły także naszą uwagę na inne istotne kwestie, np. udział młodszego rodzeństwa pacjenta w proponowanej terapii rodzinnej. W literaturze temat ten jest szeroko dyskutowany ze wskazaniem na zalety i ograniczenia wynikające z udziału dzieci w terapii. Z naszego punktu widzenia, udział rodzeństwa, nawet dużo młodszego, wydaje się korzystny – dzieci dostarczają wielu cennych informacji, czasem celnie nazywają problem istniejący w rodzinie i podsuwają nowe wątki. Oczywiście oznacza to zarazem konieczność dostosowania języka i zakresu problemów do możliwości i wieku dzieci. Niewątpliwie jest ważne zadbanie o ich komfort psychiczny w czasie trwania sesji rodzinnych.

Wątpliwości naszych pacjentów dotyczące warunków, w jakich odbywa się terapia, mimo pewnej oczywistości argumentów, wydają się zarazem trudne do uwzględnienia. W ramach działalności dydaktycznej prowadzonej przez klinikę jesteśmy zobowiązani do tego, by zapewnić warunki do odbywania staży specjalizacyjnych, szkolenia studentów medycyny czy uczestników kursów specjalizacyjnych. Korzystanie, za pisemnie wyrażoną zgodą rodzin i pacjentów, z szyby jednostronnej, nagrań wideo umożliwia prowadzenie tej działalności i niezwykle przyspiesza proces dydaktyczny. Wiedząc, że dla niektórych osób opisane warunki leczenia mogą stanowić trudność, możemy jedynie starać się w pojedynczych przypadkach uwzględnić tę okoliczność.

Chociaż kontaktowanie się z byłymi pacjentami może budzić pewne wątpliwości natury etycznej, uzyskane informacje zwrotne są ważnym elementem procesu badającego poczucie korzyści wyniesionych z terapii przez pacjentów i ich rodziny. W wypadku naszych badań, mimo iż otrzymane odpowiedzi nie dostarczyły pełnego obrazu zależności będących przedmiotem zainteresowania, uzyskany materiał skłania do wielu refleksji i zachęca do dalszych analiz, które być może powinny być przeprowadzane z odwołaniem się do innych

narzędzi badawczych.

Piśmiennictwo

1. Józefik B, Nogas G, Pilecki M, Ulasińska R, Wolska M. Podejście systemowe w ambulatoryjnej terapii rodzin. Post. Psychiatr. Neurol. 1994; 3: 455–459.
2. Czabała JCz. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997.
3. Mangione TW. Ankietywanie pocztowe w badaniach marketingowych i socjologicznych. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1999.
4. Le Grange D, Eisler I, Dare Ch, Hodes M. Family criticism and self-starvation: a study of expressed emotion. Int. J. Eat. Dis. 1992; 14: 177–192.
5. Andersen T. Basic ideas and concepts and practical constructions. W: Andersen T. The reflecting team. Borgman, Broadstaris; 1990. Rozdział tłumaczony przez de Barbaro M. i de Barbaro B., na III Krajowe Sympozjum Sekcji Naukowej Terapii Rodzin PTP, Kraków 2000. Materiały do użytku wewnętrznego.
6. Deissler KG. Terapia systemowa jako dialog. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1998.
7. Goolishian HA, Anderson H. Strategy and intervention versus non-intervention: a matter of theory. J. Mar. Fam. Ther. 1992; 18: 1, 5–15.
8. Greenberg LS. Research strategies. W: Greenberg LS, Pinsof WM, red. The psychotherapeutic process. A research handbook. New York: The Guilford Press; 1986, s. 707–734.
9. Greenberg LS. Research on the process of change. Psychother. Res. 1991; 1 (1): 3–16.

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

ANEKS

Ankieta wysyłana do wszystkich członków rodzin, korzystających z terapii w ATR w latach 1992–1996

Szanowni Państwo,

w związku z oceną skuteczności naszego sposobu leczenia zwracamy się do Państwa z prośbą o wypełnienie poniżej załączonej ankiety. Uzyskane informacje pomogą nam w doskonaleniu procesu leczenia. Ważne są dla nas wszelkie Państwa uwagi, także te krytyczne.

Bardzo prosimy, aby ankiety wypełniły wszystkie osoby, które brały udział w terapii.

Podane przez Państwa informacje nie będą w żadnej postaci udostępniane osobom postronnym.

Prosimy o przysłanie wypełnionych formularzy w załączonej kopercie, możliwie jak najszybciej. Z góry dziękujemy za pomoc.

W imieniu Zespołu,
Kierownik Ambulatorium Terapii Rodzin
dr n.hum. Barbara Józefik

1. Czy jest Pani/Pan ogólnie zadowolona/-y ze sposobu leczenia w naszym Ambulatorium?

[1] Tak

[2] Nie

2. Proszę uzasadnić powyższą opinię:

✍️.....

3. Czy zapraszanie całej rodziny na terapię ocenia Pani/Pan jako:

- [1] korzystne
- [2] niekorzystne
- [3] nie wiem, trudno powiedzieć

4. Proszę uzasadnić powyższą opinię:

.....

5. Czy w trakcie trwania terapii zauważył/a/ Pan/Pani, jakieś zmiany dotyczące pacjenta lub sytuacji rodziny? Proszę zaznaczyć, jakich sytuacji dotyczyły te zmiany?

- [1] Poprawy objawowej
- [2] Poprawy kontaktów z rówieśnikami
- [3] Poprawy stosunków między rodzeństwem
- [4] Poprawy relacji między rodzicami
- [5] Poprawy sytuacji szkolnej
- [6] Zmiany w innych kwestiach, jakich?
- [7] Nie dostrzegam żadnych zmian w okresie terapii

6. Które z problemów pozostały nadal nie rozwiązane w chwili zakończenia terapii?

- [1] Objawy będące przyczyną zgłoszenia
- [2] Kontakty z rówieśnikami
- [3] Stosunki między rodzeństwem
- [4] Relacje między rodzicami
- [5] Sytuacja szkolna
- [6] Inne problemy, jakie?
- [7] Większość ważnych problemów została rozwiązana

7. Co z Pani/Pana perspektywy było najbardziej pomocne w rozwiązywaniu Państwa problemów?

- [1] Rozmowa o objawach
- [2] Rozmowa o stosunkach rodzinnych
- [3] Rozmowa o historii życia rodziny
- [4] Rozmowa o historii małżeństwa
- [5] Rozmowa o stosunkach pomiędzy rodzeństwem
- [6] Rozmowa o kontaktach rówieśniczych
- [7] Rozmowa o sytuacji szkolnej
- [8] Rozmowa o trudnościach emocjonalnych
- [9] Inne tematy, jakie?.....

8. Które z tematów poruszanych w trakcie spotkań uważa Pani/Pan za najistotniejsze dla siebie?

.....

9. Jakich tematów Pani/Pana zdaniem najbardziej brakowało w trakcie terapii?

.....

10. Które elementy terapii budzą Pani/Pana szczególne zadowolenie?

- [1] Spotkania rodzinne
- [2] Spotkania indywidualne
- [3] Spotkania z rodzicami
- [4] Spotkania z rodzeństwem
- [5] Leczenie farmakologiczne
- [6] Konsultacja psychiatryczna
- [7] Pomoc w sprawach szkolnych
- [8] Wydanie opinii psychologicznej
- [9] Inne, jakie? ✍

.....

11. Które elementy terapii budzą Pani/Pana zastrzeżenia?

- [1] Spotkania rodzinne
- [2] Spotkania indywidualne
- [3] Spotkania z rodzicami
- [4] Spotkania z rodzeństwem
- [5] Leczenie farmakologiczne
- [6] Konsultacja psychiatryczna
- [7] Pomoc w sprawach szkolnych
- [8] Wydanie opinii psychologicznej
- [9] Inne, jakie? ✍

.....

12. Co Pani/Pan uważa za korzystne w postawie osób prowadzących terapię?

✍

13. Co Pani/Pan uważa za niekorzystne w postawie osób prowadzących terapię?

✍

14. Czy po zakończeniu terapii w naszym Ambulatorium Terapii Rodzin kontynuowali Państwo leczenie w innym miejscu?

- [1] Tak
- [2] Nie

15. Jeśli tak, kto z rodziny kontynuował terapię w innym miejscu?

✍

16. Proszę podać nazwę ośrodka, w którym była prowadzona ta terapia?

✍

17. Jak długo trwała terapia w innym ośrodku?

✍

DANE O RESPONDENCIE (dane będą wykorzystane jedynie do użytku wewnętrznego)

18. Imię ✍.....

19. Nazwisko ✍.....

20. Wiek ✍.....

21. Wykształcenie

[1] Podstawowe

[2] Zawodowe

[3] Średnie

[4] Wyższe

22. Stan cywilny