

Irena Namysłowska, Anna Siewierska

ASPEKTY ETYCZNE PROWADZENIA TERAPII RODZIN W WARUNKACH MŁODZIEŻOWEGO ODDZIAŁU PSYCHIATRYCZNEGO*

ETHICAL ASPECTS OF FAMILY THERAPY IN AN IN-PATIENT PSYCHIATRIC WARD

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. Irena Namysłowska

**family therapy
ethical dilemmas
psychiatric ward**

W artykule przedstawione są niektóre problemy etyczne związane z prowadzeniem terapii rodzinnej w młodzieżowym oddziale psychiatrycznym. Szczególne znaczenie w pojawianiu się dylematów natury etycznej mają: medyczny charakter instytucji, zespołowy charakter pomocy terapeutycznej oraz ograniczony czas hospitalizacji.

Summary. The authors discussed ethical dilemmas concerning family therapy in the adolescent psychiatric unit. Those dilemmas are connected mainly with the medical context of the treatment in the psychiatric institution. Authors concentrate on ethical questions concerning: medical character of the treatment institution, relations between the patient family and the staff, as well as with the team psychotherapeutic work and limited time of psychiatric hospitalization.

Terapia rodzinna jest jedną z form psychoterapii, a praca psychoterapeuty rodzinnego jest regulowana ogólnymi zasadami kodeksów etycznych psychoterapeuty oraz publikowanych zasad postępowania etycznego [1, 2, 3, 4]. Jednak fakt, że pracujemy z rodziną, czyli ludźmi powiązaniymi ze sobą więzami lojalności, zależności i uczuć, rodzi dylematy etyczne, specyficzne dla tej formy terapii [5, 6, 7].

Dodatkowo, prowadzenie terapii rodzinnej na oddziale młodzieżowym szpitala psychiatrycznego stwarza kolejne problemy etyczne, związane z jej specyficznym kontekstem — z jednej strony praca na oddziale psychiatrycznym, z drugiej zaś praca z młodzieżą [8, 9]. Naszym zdaniem prowadzenie terapii rodzin implikuje przede wszystkim powstanie nowego systemu o skomplikowanych współzależnościach w obrębie oddziału i nasuwa pytania etyczne charakterystyczne dla tego kontekstu.

W niniejszym opracowaniu zajmujemy się jedynie tymi pytaniami, które wiążą się z prowadzeniem terapii rodzinnej na młodzieżowym oddziale psychiatrycznym. Nie opisujemy tu licznych dylematów powstających w innych kontekstach terapeutycznych, ani też ogólnych problemów etycznych, swoistych dla terapii rodzin.

Problemy etyczne nasuwające się w pracy terapeutycznej z rodzinami hospitalizowanych pacjentów związane są z bogactwem kontekstu szpitalnego.

* Artykuł jest rozwinięciem wystąpienia na konferencji „Problemy etyczne w psychoterapii”, która odbyła się w Krakowie 23 października 2005 roku.

Szczególne znaczenie mają:

- medyczny charakter instytucji, w której odbywa się terapia, i związane z tym relacje pomiędzy rodzinami pacjentów a personelem szpitala;
- zespołowy charakter pomocy terapeutycznej, w której systemowa terapia rodzin jest jednym z wielu oddziaływań psychoterapeutycznych, obok terapii grupowej, indywidualnej i innych form, takich jak muzykoterapia, psychorysunek, praca z ciałem; wśród tych wszystkich form psychoterapii, terapia rodzin zajmuje istotne miejsce w świadomości zespołu leczącego, dotyczącej znaczenia tej fazy cyklu życia rodziny, jaką jest adolescencja, dla rozwoju zaburzeń u hospitalizowanych pacjentów.
- ograniczony czas hospitalizacji.

Ad. 1. Charakter medyczny instytucji, w której odbywa się terapia, implikuje, że co najmniej jeden z członków rodziny przejawia symptomy kwalifikujące go do diagnozy psychiatrycznej i leczenia szpitalnego. Powoduje to zależność pacjenta i jego rodziny (szczególnie w razie choroby dziecka) od służb medycznych. W tej sytuacji propozycja spotkania rodzinnego (konsultacji) równoznaczna jest z zaleceniem lekarskim, które trudno jest rodzinie, często przerażonej objawami dziecka, odrzucić. Również zgoda bądź odmowa samego dziecka może być związana z jego relacjami z personelem oddziału. Może bać się reakcji na odmowę (złości, rozczarowania, zmartwienia) lub odwrotnie — pokazać swój bunt przeciw zależności od osób leczących, nie zgadzając się na udział w spotkaniu.

Rodzice często obawiają się odmówić spotkania lekarzowi leczącemu ich dziecko, a także chcą się pokazać jako „dobra rodzina”, która nie unika rozmowy, choć jej nie potrzebuje (bo nie jest patologiczna). Można powiedzieć, że wytwarza się swoisty medyczno-terapeutyczny paradoks. Rodzina musi przyjść na terapię, żeby pokazać, że jej nie potrzebuje.

Wątpliwość etyczna wiąże się z pytaniem, czy zespół leczący ma prawo wykorzystywać to związanie do rozpoczęcia terapii, którą skądinąd uznaje za konieczną; czy też, idąc za wątpliwościami, zrezygnować z terapii w szpitalu, ryzykując, że (przy pełnej swobodzie decyzji) rodziny nigdy nie podejmą jej poza szpitalem, a pacjenta trudno będzie wypisać do domu?

Ad. 2. W szpitalu opieka nad pacjentem jest zespołowa. Efektywność i przebieg terapii rodzinnej zależą również od relacji pomiędzy wszystkimi członkami zespołu. Terapeuta rodzinny łatwo może znaleźć się w konflikcie lojalności pomiędzy kolegami i rodziną, z którą pracuje. Szczególnie często zdarza się to, kiedy terapeuta indywidualny, bądź inny członek zespołu (lekarz, pielęgniarka), identyfikując się ze złością i żalem pacjenta, występuje przeciwko jego rodzicom — zgodnie z tendencją do linearnego ujmowania przyczynowości, obwiniając ich o cierpienia i chorobę dziecka. Terapeuta rodzinny uwikłany zostaje wtedy w konflikt pomiędzy własnymi przekonaniem o potrzebie terapii a zasadą niepodważania ustaleń innych osób leczących, a także wiarą w większą efektywność spójnych oddziaływań. Łatwo też złamać w takim przypadku zasadę, mówiącą o tym, że nie należy krytykować zaleceń kolegów w obecności pacjenta.

Opisywana tu sytuacja nasuwa też inny dylemat, także o charakterze etycznym.

Wydawałoby się, że najprostszym rozwiązaniem wyżej wspomnianego konfliktu jest rozmowa w zespole leczącym. Jeśli zespół ten współpracuje ze sobą, wniesienie innego

spojrzenia wzbogaca rozumienie problematyki pacjenta, poszerza perspektywy. Jeśli zespół nie współpracuje — co się czasem zdarza — uwagi takie nabierają charakteru krytyki. Terapeuta rodzinny ma wtedy wybór między zachowaniem zgodnym ze swoim spostrzeganiem sytuacji, które może nasilić konflikt, a „przemilczeniem” bądź przyłączeniem się do zdania zespołu.

Ze względu na dużą liczbę osób zajmujących się pacjentami, w szpitalu istnieje też duże prawdopodobieństwo powstawania konfliktów interpersonalnych — otwartych bądź nieujawnionych. Mogą być one rozgrywane jako dyskusja pozornie „merytoryczna” lub jako niespójne zachowania wobec pacjentów i ich rodzin. Ma to charakter wykorzystywania pacjentów w walce pomiędzy członkami zespołu. Jeśli zjawisko to jest nieuświadomione — etyka naszego zawodu wskazuje na potrzebę superwizji, jako sposobu poradzenia sobie z nim. Superwizja taka może dotyczyć całego zespołu, i wtedy powinna być prowadzona przez osobę z zewnątrz, lub pojedynczych członków zespołu, gdy wyrażają taką potrzebę. Jeżeli działania takie są świadome, choć na szczęście rzadko tak bywa — nazwałobyśmy je poważnym wykroczeniem.

Jeśli zaś chodzi o superwizję terapii rodzinnej, to obecność zespołu za szybą, w skład którego wchodzi doświadczeni terapeuci, i wynikające z tej formy pracy długie dyskusje zarówno przed rozpoczęciem terapii, jak i po jej zakończeniu stanowią pewien ekwiwalent formalnej superwizji. W trakcie tych dyskusji dylematy etyczne związane z pracą terapeuty rodzinnego zajmują ważne miejsce. Gdy zachodzi dodatkowa potrzeba superwizji, zawsze istnieje taka możliwość.

Praca zespołowa implikuje też kolejną trudność, mianowicie konieczność radzenia sobie w terapii rodzinnej z informacjami spoza jej kontekstu, uzyskiwanymi od pacjenta, członków rodziny bądź od innych osób leczących. Często staje się to źródłem problemów, zarówno merytorycznych, jak i etycznych. Przykładem może być sytuacja, kiedy chora na anoreksję dziewczyna mówi prowadzącemu ją lekarzowi o alkoholizmie ojca jako głównym problemie. Prosi jednak, aby nie zdradzać rodzicom, że powiedziała o tym. Nie zgadza się też na wniesienie problemu w czasie rozmowy rodzinnej. Tym samym stawia przed terapeutami wiele pytań. Czy prowadzić rozmowę, jak gdyby nigdy nic — może rodzice sami wprowadzą ten temat (a co zrobić, jak nic o nim nie powiedzą)? Czy wprowadzić temat? Czy ujawnić, że pacjentka powiedziała? Czy udawać, że sami się domyślili? Czy próbować sprytnie skłonić pytaniami do mówienia? Jak to zrobić, żeby nie zasugerować, że już wie się o picciu? A przede wszystkim, jak sprostać wielopiętrowej sytuacji „tato pije, mama wie i nie mówi, córka wie i nie mówi, terapeuta też wie i nie mówi, córka wie, że terapeuta wie i nie mówi, terapeuta wie, że pozostali wiedzą i nie mówią”. Profesjonalizm terapeuty doradza w takiej sytuacji rezygnację z rozmowy rodzinnej, w której z góry jesteśmy skazani na dwuznaczność i nieuczciwość. Z drugiej strony — czy etycznie jest nie proponować pracy rodzinie, która ma tak duży i związany z chorobą kłopot? Rozwiązaniem może być współpraca z samą pacjentką, w efekcie której zdecyduje się ona na poruszenie kwestii picia w czasie wspólnej rozmowy i dopiero wtedy rozpoczęcie terapii rodzinnej. Jeśli jednak dziewczyna nie podejmie takiego ryzyka?

Ad. 3. Kontekst szpitalny stawia przed terapeutami i rodzinami problem kontynuacji terapii (jeśli jest to potrzebne) po wypisaniu pacjenta ze szpitala. Okres hospitalizacji jest zwykle krótszy od czasu trwania terapii rodzinnej. Problem nie istnieje, jeśli funkcjonuje

przychodnia przyszpitalna, w której terapia może być kontynuowana. W innej sytuacji terapeuta staje przed dylematem, gdzie skierować pacjenta. Każde rozwiązanie jest złe. Jeśli przerwiemy czy też przedwcześnie zakończymy terapię i skierujemy go do innego terapeuty, ryzykujemy, że rodzina nie będzie jej kontynuować, poczuje się porzucona, a proces terapeutyczny zostanie przerwany. Jeśli zakończymy terapię nie kierując dalej rodziny, istnieje ryzyko, że powodują nami względy organizacyjne, a nie merytoryczne. Jeśli proponujemy kontynuację terapii w innej formie organizacyjnej, co zwykle oznacza praktykę prywatną — zmieniamy warunki kontraktu.

Proponowanie w trakcie trwania procesu terapeutycznego zmiany z terapii bezpłatnej na opłacaną przez rodzinę jest wykorzystywaniem związku terapeutycznego dla budowania sobie praktyki prywatnej, co według nas jest nieetyczne. Naszym zdaniem konieczne jest więc kontynuowanie terapii rodzinnej przez ten sam zespół terapeutyczny, już po wypisaniu pacjenta, nawet kosztem naszego czasu przeznaczanego dla oddziału. Jak już pisałyśmy, optymalnym rozwiązaniem jest kontynuowanie terapii rodzin w poradni przyszpitalnej przez tych samych terapeutów, którzy prowadzili ją w szpitalu.

Źródłem wielu dylematów etycznych są sytuacje, kiedy spotykamy się w rodzinach z problemami przemocy i wykorzystania, szczególnie dzieci. Często zdarza się, że informacje o faktach przemocy uzyskujemy od hospitalizowanego pacjenta (w trakcie terapii grupowej, indywidualnej, od innych pacjentów, którym się zwierzył). Powstaje pytanie, jak należy zareagować? Czy proponować standardową konsultację rodzinną w nadziei, że rodzina będzie chciała mówić o tym problemie? Czy wnieść problem interwencyjnie, wzywając rodziców na rozmowę? Jeszcze innym rozwiązaniem może być rezygnacja z terapii i poprzestanie na poinformowaniu rodziny o skierowaniu sprawy do sądu czy do innych służb zajmujących się opieką i kontrolą społeczną. Decyzja jest łatwiejsza, kiedy sprawca przemocy nie chce współpracować — zapewnienie bezpieczeństwa młodzieżowemu pacjentowi wymaga wtedy działań policyjno-prawnych.

Trudno jest prowadzić terapię osoby, która zaprzecza istnieniu problemu. Dla wielu terapeutów jednak przekazanie kompetencji osoby pomagającej strukturom kontrolnym jest trudną decyzją, zwłaszcza że nie zawsze mamy zaufanie do sprawności i tempa pracy tych służb. Dodatkowo wiąże się to z uznaniem przez terapeuta własnej bezradności (terapia nie potrafi pomóc rodzinie). Nie jest też łatwo zaakceptować, szczególnie terapeutę rodzinnemu, że potrzebne może być umieszczenie dziecka poza rodziną — w pewnym sensie interwencja terapeuty prowadzi w takim wypadku do zniszczenia systemu.

Znacznie większy dylemat rodzi się w sytuacji, kiedy sprawca przemocy uznaje swoją winę, a cała rodzina chce współpracować w terapii, nie chce natomiast zawiadamiać o przestępstwie. Terapeuta stoi wtedy przed wyborem: terapia czy interwencja służb społecznych? Jeśli złoży zawiadomienie o przestępstwie, w większości przypadków przerywa to pracę terapeutyczną. Jeśli nie zrobi tego — możliwe jest wprowadzenie kontynuowanie terapii, ale terapeuta stawia siebie w konflikcie z prawem, jeśli przemoc używana była wobec dziecka. Bierze na siebie odpowiedzialność za zapewnienie bezpieczeństwa dzieciom w rodzinie, co jest zadaniem wykraczającym poza jego możliwości. Może wprowadzić zawręcz z rodziną kontrakt, obejmujący działania zabezpieczające, ale nie kontroluje jego przestrzegania.

Omawiając etyczne aspekty terapii rodzin, z którymi spotykamy się najczęściej w warunkach oddziału szpitalnego, częściej stawiamy pytania niż formułujemy jednoznaczne

odpowiedzi. Obszar rozważań etycznych szczególnie nie sprzyja kategorycznym stwierdzeniom, poza oczywiście tymi, które są zawarte w odpowiednich kodeksach etycznych, a w szczególności w kodeksie etycznym Sekcji Naukowej Psychoterapii i Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Jak wynika z naszych spostrzeżeń, kontekst szpitalny, oprócz problemów etycznych, wspólnych wszystkim terapeutom, jest źródłem specyficznych wątpliwości. Stwarza on dodatkowe pytania, ale też dostarcza wsparcia, daje możliwość dyskusji i poprzez pracę w zespole zmniejsza obciążenie terapeuty. Omawianie procesu terapii, uczestniczenie w niej zespołu stanowi też formę kontroli (w pozytywnym tego słowa znaczeniu), pomagającej wyłaniać i rozważać wątpliwości natury etycznej. Nic nie zmniejsza jednak odpowiedzialności terapeuty za podejmowane przez niego działania.

Piśmiennictwo

1. Kodeks etyczny psychoterapeuty. *Psychoter.* 2006; 2 (137): 85–88.
2. Aleksandrowicz J. Psychoterapia: etyka–wartości–deontologia. *Psychoter.* 2006; 2 (137): 13–20.
3. Orwid M. Etyka w psychoterapii. *Psychoter.* 1997; 2 (101): 5–14.
4. Gottlieb MC, Cooper CC. Ethical and risk management issues in integrative psychotherapy. W: Kaslow FW, red. *Comprehensive book of psychotherapy*, vol 4. New York: John Wiley and Sons; 2002
5. Dogerty WJ, Boss PG. Values and ethics in family therapy. W: Gurman AS, Kniskern DP, red. *Handbook of family therapy*, vol II. New York: Brunner Mazel; 1991.
6. de Barbaro B, Drożdżowicz L. Problemy etyczne w terapii małżeńskiej. *Psychoter.* 2006; 2 (137): 27–34.
7. Margolin G. Ethical and legal consideration in marriage and family therapy. *Am. Psychol.* 1982; 7: 789–801.
8. Bomba J. Zagadnienia etyczne w psychiatrii. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*, tom 3, Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner; 2003, s. 341–362.
9. Ghurman HS, Sarles RM, red. *Handbook of adolescent inpatient psychiatric treatment*. New York: Brunner-Routledge; 1994.

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
Tel +48 22 642-12-72 e-mail: namyslow@ipin.edu.pl.