

Podejście systemowe w ambulatoryjnej terapii rodzin

Systemic approach in outpatient family therapy

BARBARA JÓZEFIK, GRZEGORZ NOGAS, MACIEJ PILECKI,
ROMUALDA ULASIŃSKA, MAŁGORZATA WOLSKA

*Z Ambulatorium Terapii Rodzin Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Collegium Medicum UJ w Krakowie*

STRESZCZENIE. *Przedstawiono zasady działania oraz charakterystykę populacji pacjentów ambulatoryjnego ośrodka terapii rodzin wykorzystującego w pracy podejście systemowe. Więcej uwagi poświęcono leczeniu osób z zaburzeniami odżywiania się, ilościowo przeważających wśród ogółu pacjentów ośrodka (red.).*

SUMMARY. *Principles of functioning of an outpatient family therapy unit using the systemic approach, as well as characteristics of the patient population are presented in the paper. Rather more attention is paid to the treatment of eating disorders, i.e. to the condition relatively most frequent in patients treated in the unit (Eds.).*

Słowa kluczowe: leczenie ambulatoryjne / terapia rodzin / podejście systemowe / dzieci / młodzież
Key words: ambulatory treatment / family therapy / systemic approach / children / adolescents

Celem artykułu jest przedstawienie modelu pracy i dotychczasowych doświadczeń związanych z prowadzeniem terapii rodzinnej w ramach Ambulatorium Terapii Rodzin (ATR). Zostało ono powołane w roku 1983 przy Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego jako alternatywne wobec oddziału stacjonarnego miejsce leczenia dzieci i młodzieży. Należy zaznaczyć, że przez kilka lat było pierwszym w Polsce ośrodkiem, w którym podstawową metodę leczenia stanowiła systemowa terapia rodzin. Pierwszy okres pracy został przedstawiony w artykule opublikowanym poprzednio (1).

Model, w jakim pracujemy od kilku lat, oparty jest na szeroko rozumianym podejściu systemowym. Korzystamy z doświadczeń różnych szkół. Szczególnie ważne jest dla nas podejście transgeneracyjne, które przypisuje duże znaczenie wzorom relacji i przekazów międzypokoleniowych. Uwzględniamy elementy podejścia strukturalnego, akcentującego znaczenie aktualnej struktury rodziny.

Wykorzystujemy doświadczenia szkoły mediolańskiej dotyczące procesu terapii i relacji pomiędzy rodziną a terapeutą oraz rozumienia procesów wewnątrzrodzinnych.

W ostatnim okresie uwzględniamy w naszym modelu pracy to, co wnosi teoria i metoda tzw. *teamu* reflektującego Toma Andersena, znajdując szczególną przydatność tego podejścia w konsultacjach systemowych i superwizji zespołu.

W naszej pracy przypisujemy duże znaczenie zmianie przekonań i reguł interakcyjnych, przywiązujemy także wagę do tego, aby system rodzinny i jego członkowie mieli czas na dokonanie zmian i mogli sami rozwijać się stosownie do wymagań indywidualnego i rodzinnego cyklu życia.

ZASADY PRACY

Zdecydowana większość rodzin jest kierowana do Ambulatorium przez specjalistów. W niewielu przypadkach rodziny zgłaszają się same. Większość rodzin dotarła po konsultacji psychiatrycznej w Ambulatorium Konsulta-

cyjno-Diagnostycznym po leczeniu w oddziałach naszej Kliniki oraz ze skierowania z innych placówek służby zdrowia czy gabinetów prywatnych.

Ze względu na ambulatoryjny tryb leczenia szczególną wagę przywiązujemy do *pierwszej konsultacji psychiatrycznej*, która ma na celu określenie stanu psychicznego i somatycznego pacjenta oraz takich elementów sytuacji rodzinnej, które są wskazaniem lub przeciw-wskazaniem do tego typu leczenia. Nie wszyscy konsultowani w Klinice pacjenci są objęci przez nas terapią rodzin. Przed pierwszą sesją rodzinną wypełniamy kartę zgłoszenia wstępnego z tą osobą z rodziny, która ustala z nami termin spotkania. Proces przyjmowania tego zgłoszenia jest ważnym momentem poznawania kontekstu rodzinnego, sytuacji pojawienia się objawów oraz motywowania do przyścia na spotkanie i poinformowania o zasadach leczenia.

Kolejnym etapem jest *rodzinna sesja konsultacyjna*, podczas której istotne jest uwzględnienie kontekstu rozpoczęcia terapii. Czynniki, na które zwracamy uwagę w trakcie tej sesji są:

-
-
- kontekst skierowania do terapii rodzinnej, zaangażowanie osoby kierującej w problemy rodziny, sposób w jaki rodzina była kierowana do nas,
 - dotychczasowe sposoby radzenia sobie z problemem i rodzaj pomocy, jaką rodzina otrzymała w poprzednim miejscu leczenia,
 - oczekiwania wszystkich członków rodziny i sposób rozumienia przez nich problemu.
-
-

Dokładne przyjrzenie się tym czynnikom umożliwi jasne sprecyzowanie celu terapii, określenie motywacji rodziny do współpracy z nami i sprzyja osiągnięciu pozytywnych efektów. Podczas tej konsultacji określa się również czas i kontekst pojawienia się objawów. Członkowie rodziny są zachęceni do zdefiniowania, co jest problemem dla innych członków rodziny.

Zakres poruszonej tematyki związany jest z rodzajem zaburzenia, jakie występuje u zidentyfikowanego pacjenta.

Podczas następnych sesji odbywa się *praca z genogramem rodziny*. Badamy wzory relacji, szczególnie wzory bliskości, wzory zależności - niezależności, wzory struktury rodzinnej, system wartości rodziny, wzory relacji małżeńskiej itp. Na podstawie genogramu próbujemy ponownie określić kontekst pojawienia się objawów i szukamy tych elementów w systemie rodzinnym, które złożyły się na szczególną pozycję pacjenta w rodzinie. Sprawdzamy podejmowane przez rodzinę sposoby rozwiązywania problemów. Interesujemy się koalicjami skupionymi wokół problemu i zachowaniami podtrzymującymi objawy. Omawiamy z pacjentem możliwe zmiany, akceptowane przez niego, rodzinę i terapeutów. Opisanym zagadnieniom poświęcone są dwie lub więcej sesje terapeutyczne.

Następnym krokiem jest *praca z subsystemami*. Dzielenie rodziny na subsystemy jest jedną z technik strategicznych używanych zwłaszcza wtedy, kiedy mamy do czynienia z konfliktem małżeńskim i problemem adolesencyjnej separacji. Omawiamy z rodzicami kontekst małżeński. Prowadzimy badanie ról rodzicielskich i małżeńskich związanych z rodziną pochodzenia. Eksplorujemy motywację do posiadania dziecka (zidentyfikowanego pacjenta) i okoliczności związane z jego urodzeniem. Bierzymy pod uwagę sposób włączenia dzieci, a zwłaszcza pacjenta, w relacje małżeńskie. Ważne jest także dyskusowanie problemów pary jako rodziców.

Podczas spotkania z rodzeństwem pracujemy nad wzmocnieniem ich związku. Istotną kwestią może być rywalizacja. Pytamy o indywidualne plany i aktywności. Możliwe jest również dyskusowanie problemu kobiecości/męskości zidentyfikowanego pacjenta. Zdarza się jednakże, że aby badać ten problem spotykamy się z nim oddzielnie. Celem tych spotkań jest wzmocnienie procesu indywidualnej/separacji.

Tablica 1. Proporcje częstości przyjęć "identyfikowanych pacjentów" (IP) z zaburzeniami jedzenia a IP z innymi zaburzeniami w latach 1989-1994.

Rok	Ogólna liczba pacjentów nowoprzyjętych	Liczba pacjentów z zaburzeniami jedzenia	Liczba pacjentów z innymi zaburzeniami
1989	43	7 (16%)	36
1990	49	8 (16%)	41
1991	59	14 (24%)	45
1992	37	10 (27%)	27
1993	63	17 (27%)	46
1994	47	21(45%)	26

Kiedy praca z subsystemami jest zakończona, zapraszamy wszystkich członków rodziny i równolegle utrzymujemy sesje indywidualne. Dyskutujemy problemy dotyczące przyszłości i indywidualności każdego z członków rodziny. Jeszcze raz badana jest specyficzna pozycja identyfikowanego pacjenta - dlaczego jest on włączony w problemy rodzinne czy małżeńskie. Oceniamy zakres poprawy objawowej. Jest to krok zmierzający do zakończenia terapii.

OPIS GRUPY LECZONEJ

ATR przyjmuje do terapii rodziny, w których identyfikowanym pacjentem jest dziecko lub osoba w okresie adolescencji. Przedział wiekowy pacjentów jest dość szeroki: najmłodszy pacjent miał 3 lata, najstarszy - 21 lat. Zdecydowanie najliczniejszą grupę stanowią pacjenci w wieku 15-18 lat.

Od 1988 do końca 1994 r. do leczenia ambulatoryjnego przyjęto łącznie 384 nowych pacjentów (wraz z rodzinami), w tym 154 chłopców i 230 dziewcząt. W ciągu jednego roku spotykamy się łącznie z około 1000 osób (np. 1991 r. - 1003 osoby, 1992 r. - 942 osoby, 1993 r. - 1015 osób, 1994 r. - 1166 osób).

W kontakcie z rodzinami mamy do czynienia z całym spektrum psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej: *anorexia* i *bulimia nervosa*, depresja młodzieńcza, kryzys adolescencji, zaburzenia zachowania, nerwica lękowa i natręctw, fobia szkolna. Do tej pory mieliśmy w terapii mniej rodzin z dzieckiem psychotycznym. Z roku na rok zwiększa się liczba leczonych rodzin z występującymi u dziecka zaburzeniami jedzenia. Porównanie liczby pacjentów z zaburzeniami jedzenia z liczbą pacjentów z innymi zaburzeniami obrazuje tabl. 1.

Przeważająca większość rodzin zgłaszających się do ATR pochodziła z Krakowa i województwa krakowskiego, część rodzin przyjeżdżała z innych województw, głównie południowej Polski (katowickie, rzeszowskie, bielskie, nowosądeckie).

W ostatnim czasie *praca z rodzinami z problemem anoreksji* stanowi szczególnie przedmiot naszego zainteresowania, wobec tego zostaną poniżej przedstawione niektóre dane statystyczne opisujące grupę tych pacjentów, ich rodzin i efekty pracy terapeutycznej. Opiszem objęte są rodziny, które zgłaszały się do ATR w okresie od I.I.1988 r. do 31.XII.1994 r. W ciągu tych siedmiu lat zgłosiło się do nas 81 rodzin, w tym jedna rodzina z dwoma chłopcami przejawiającymi

Tabela 2. Charakterystyka grupy "identyfikowanych pacjentów" z zaburzeniami jedzenia

Ogólna liczba pacjentów	Płeć		Rozpoznanie	
	Dziewczęta	Chłopcy	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
82	75	7	74	8

w tym samym czasie zaburzenia jedzenia, tak że liczba "indeksowanych pacjentów" (IP) wynosi 82. Płeć IP oraz rodzaj występującego zaburzenia jedzenia przedstawia tabl. 2.

Po pierwszej sesji konsultacyjnej 79% rodzin podjęło dalszą terapię w ATR, natomiast pozostałe rodziny bądź nie zdecydowały się na podjęcie terapii, bądź, ze względu na bardzo zły stan somatyczny IP, zostały skierowane do innej instytucji. Dwóm rodzinom nie proponowaliśmy terapii w naszym ośrodku, gdyż w obu przypadkach zgłosiły się one po długotrwałym leczeniu pacjenta w oddziale stacjonarnym, z dużą poprawą objawową, wobec czego członkowie tych rodzin nie widzieli konieczności kontynuowania terapii w innym trybie. W każdym przypadku rodziny te otrzymały od nas ofertę pomocy, z której

mogły skorzystać w razie potrzeby. Decyzje dotyczące podjęcia terapii lub dokonania innych wyborów ilustruje tabl. 3.

Z 64 rodzin, które podjęły terapię, 47% ukończyło ją z dobrymi lub średnimi efektami. Poprawa wagi i powrót miesiączki oraz poprawa relacji rodzinnych ocenione zostały jako dobry efekt, jako średni - poprawa wagi i relacji rodzinnych. Przebieg terapii ilustruje tabl. 4.

Spośród 30 rodzin, które ukończyły już terapię, 13 rodzin pozostawało w terapii w okresie do dwóch lat, 10 rodzin - do 1 roku, a 7 rodzin - do 6 miesięcy, z czego widać, że terapia rodzin z problemem zaburzeń jedzenia jest najczęściej terapią długoterminową.

Tablica 3. Decyzje terapeutów i rodzin co do podjęcia terapii

Ogólna liczba rodzin	Terapia w ATR	Skierowanie do innych instytucji	Propozycja terapii nie podjęta	Brak wskazań do terapii
81	64 (79%)	4 (5%)	11 (14%)	2 (2%)

Tablica 4. Przebieg terapii rodzin, które podjęły leczenie w ATR

Ogólna liczba rodzin	Ukończona terapia	Przerwana terapia	Skierowanie do innej instytucji	Nadal trwająca terapia
64	30 (47%)	9 (15%)	2 (3%)	23 (35%)

ZESPÓŁ LECZĄCY

W zespole pracuje 5 osób różniących się płcią, zawodem, stażem i stopniem doświadczenia. Trzy osoby posiadają certyfikat psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Członkowie zespołu biorą udział zarówno w licznych warsztatach, kursach prowadzonych w ramach Katedry Psychiatrii, jak i sami prowadzą szkolenia podyplomowe. Korzystamy regularnie z superwizji (prof. Maria Orwid, od 3 lat - doc. Bogdan de Barbaro).

Aktualnie w zespole realizowane są dwa programy badawcze dotyczące wzorów międzypokoleniowych w rodzinach pacjentów z zaburzeniami jedzenia i pacjentów psychotycznych oraz obrazu siebie u młodzieży.

PODSUMOWANIE

W Ambulatorium Terapii Rodzin leczone są rodziny z bardzo różnorodnymi problema-

mi. W ostatnich latach coraz większy procent naszych pacjentów stanowią chorzy z zaburzeniami jedzenia. Dzieje się tak niewątpliwie z powodu wzrastającej liczby zaburzeń jedzenia w populacji adolescentów obu płci. Jest to jednak również wynik preferencji i zainteresowań naszego zespołu. Prawdopodobnie procent leczonych przez nas pacjentów z tego typu zaburzeniami, czy ujmując szerzej - z zaburzeniami psychosomatycznymi - będzie wzrastał. Przed zespołem stoi otwarte pytanie, czy Ambulatorium powinno specjalizować się w leczeniu rodzin z zaburzeniami jedzenia, czy też utrzymać szerszą formułę.

PIŚMIENNICTWO

1. Józefik B., Ulaścińska R., Wolska M.: Model pracy Ambulatorium Terapii Rodzin Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży AM w Krakowie. *Psychoterapia* 1991, 4/79/, 41-51.

*Adres: Dr Barbara Józefik, Ambulatorium Terapii Rodzin Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Collegium Medicum UJ, ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków*