

Katarzyna Wójcik

**WSPÓŁPRACA Z RODZINĄ W WARUNKACH
PSYCHIATRYCZNEGO ODDZIAŁU INTERWENCYJNEGO
NA PRZYKŁADZIE DOŚWIADCZEŃ ODDZIAŁU
PSYCHOSOMATYKI I PSYCHIATRII WOJEWÓDZKIEGO
SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
IM. L. RYDYGIERA W KRAKOWIE**

Badania i obserwacje kliniczne prowadzone intensywnie od kilku dekad pokazują, jak ważną rolę w procesie chorowania, zdrowienia i utrzymywania zdrowia odgrywa rodzina¹. Przekonania rodzinne dotyczące zdrowia i choroby, doświadczenia rodzinne związane z chorowaniem, przeżywaniem kryzysów i utrat, założenia dotyczące przyczyn i przebiegu choroby, znaczenie przypisywane poszczególnym objawom i jednostkom chorobowym, a wreszcie przekonania dotyczące kompetencji rodzinnych w stosunku do działań leczniczych w dużej mierze warunkują sposób chorowania jej członków oraz możliwość zaakceptowania przez rodzinę proponowanego sposobu leczenia². Wiele uwagi poświęcono również szczególnej roli rodziny borykającej się z chorobą psychiczną któregoś ze swoich członków. Chorzy znajdujący wśród najbliższych zrozumienie, wsparcie, gotowość do udzielenia pomocy, bez nadmiernego wyręczania, nadopiekuńczości lepiej radzą sobie z adaptacją do normalnego funkcjonowania po przebyciu ostrej fazy choroby. W związku z rozpowszechnianiem się koncepcji deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej, skróceniem czasu hospitalizacji do niezbędnego minimum, to rodzina przejęła odpowiedzialność za opiekę nad chorym³. Niejednokrotnie bliscy chorych potrzebują wsparcia ze strony profesjonalistów, aby poradzić sobie z tym trudnym

¹ R. H. Woody, *Modern family interventions*, „The American Journal of Family Therapy” 2004, no 32, s. 353-357.

² B. de Barbaro, *Pacjent w swojej rodzinie*, Warszawa 1997.

³ P. Solomon, *Moving from psychoeducation to family education for families of adults with serious mental illness*, „Psychiatric Service” 1960, no 47, s. 1364-1370.

zadaniem, szczególnie w momencie pierwszej hospitalizacji lub gdy choroba trwa długo i siły rodziny są na wyczerpaniu.

Pomimo rosnącej świadomości – zarówno po stronie profesjonalistów, jak i rodzin – nadal w przełożeniu na praktyczną realizację można napotkać liczne trudności w zrozumieniu, jak ważnymi sprzymierzeńcami w trosce o pacjenta i jego zdrowie są jego najbliżsi⁴. Przyczyn można upatrywać zarówno po stronie personelu, jak i samych rodzin. Personel w oddziałach interwencyjnych może mieć poczucie braku wystarczających kompetencji, z czego z kolei może wynikać przekonanie, że pomoc rodzinie można tylko w wysoko specjalistycznych ośrodkach. Przekonanie to pogłębia się dodatkowo w związku z rosnącą specjalizacją w medycynie. Z drugiej strony szczególne brzemie rodziny chorego trafiającego do oddziału psychiatrycznego⁵ – lęk przed chorobą psychiczną, stygmatyzacją społeczną, przed przypisaniem jej winy za chorobę, poczucie bezradności wobec niezrozumiałej choroby – może utrudniać nawiązanie współpracy.

Mając świadomość tych trudności, podjęliśmy* systematyczne obserwacje kontaktu z rodzinami naszych pacjentów, aby możliwie jak najpełniej zaspokoić ich potrzeby i wykorzystać tkwiący w nich „potencjał leczniczy”.

Obserwacje prowadzono w istniejącym od bez mała dziesięciu lat Oddziale Psychosomatyki i Psychiatrii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera. Idea powstania oddziału psychiatrycznego w szpitalu wielospecjalistycznym – zgodna z ogólnosiwiatowym trendem – jest związana z próbą możliwie jak największej integracji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne z lokalną społecznością oraz integracji samej psychiatrii z pozostałymi dziedzinami medycznymi. Naturalną konsekwencją tego założenia jest przekonanie o konieczności włączania rodziny pacjenta w oddziaływanie lecznicze. Rocznie do Oddziału przyjmowanych jest średnio około pięciuset pacjentów. Dla blisko połowy jest to pierwsza hospitalizacja. Większość pacjentów ma rodziny lub inne bliskie osoby, od których mogliby oczekiwać wsparcia. Każda z rodzin ma swoje specyficzne potrzeby i problemy.

Na podstawie systematycznych obserwacji klinicznych wyodrębniliśmy kilka „kategorii” sytuacji wstępnego kontaktu z rodziną pacjenta, z którymi najczęściej spotkamy się w Oddziale. Czynniki wpływające na funkcjonowanie rodzin pacjentów – postawa wobec choroby, hospitalizacji i propozycji leczenia, atmosfera emocjonalna w rodzinie, długość i intensywność kontaktów (wspólne zamieszkanie, stała opieka *versus* sporadyczne kontakty, doraźna pomoc), rodzaj i czas trwania choroby oraz funkcjonowanie społeczne pacjenta i jego nastawienie wobec leczenia – dały podstawę do wyodrębnienia poniższych kategorii:

⁴ R. Schmid, H. Spiessl, *Relatives expectations and satisfaction of psychiatric in-patients*, „Psychiatr. Prax.” 2004, November 31, Supplement 1, s. 117-119 [źródło: PubMed].

⁵ B. de Barbaro, *Brzemie rodziny w schizofrenii*, Kraków 1992; R. Schmid, H. Spiessl, *Between responsibility and delimitation: emotional distress of caregivers*, „Psychiatr. Prax.” 2005, no 32 (6), s. 272-280 [źródło: PubMed].

* W pracę z rodziną zaangażowany jest zwykle zespół: lekarz prowadzący pacjenta, psycholog oraz w przypadku niektórych form interwencji – pielęgniarka.

- 1) „Rodziny o nastawieniu biomedycznym”. Rodzina rozumie chorobę w kategoriach biomedycznych, co może sugerować, że nie zetknęła się dotychczas lub nie przyjęła innego modelu choroby. Zwykle są to rodziny po raz pierwszy mające kontakt z psychiatrią, czują się zagubione i zdezorientowane. Nie posiadają „narzędzi” do rozumienia specyfiki problemów psychicznych. Nie wiedzą, czego mogą oczekiwać od personelu. Często kontaktują się z lekarzem prowadzącym wyłącznie w celu uzyskania informacji o medycznym stanie zdrowia pacjenta. Członkowie rodziny początkowo unikają angażowania się w proces leczenia, pozostawiając go „kompetentnym autorytetom”.
- 2) „Rodziny uwikłane”. Zwykle są to rodziny mające za sobą doświadczenie długotrwałego narastania problemów psychicznych swojego bliskiego. Często wiele energii wszystkich jej członków jest wydatkowane na unikanie bezpośredniej konfrontacji z trudnościami psychicznymi jednego z członków. Rodziny zaadaptowały się do specyficznej sytuacji, nierzadko uzyskując wtórne korzyści z choroby. W efekcie choroba niepostrzeżenie staje się centralnym elementem dynamiki rodzinnej. W kontakcie z personelem dążą do uzyskania potwierdzenia swoich przekonań i niejako „uwikłania” personelu. Początkowo reagują silnym oporem na alternatywne propozycje.
- 3) „Rodziny wypalone”. Zwykle są to rodziny zmęczone i zniechęcone długotrwałym chorowaniem swojego bliskiego. Mają poczucie przeciążenia koniecznością opieki nad chorym. Bywa, że hospitalizację traktują jako moment wytchnienia, kiedy to kto inny przejmuje odpowiedzialność za chorego. Spontanicznie nie nawiązują kontaktu z personelem, ponieważ utraciły nadzieję na uzyskanie jakiegokolwiek zmiany.
- 4) „Rodziny świadome”. Dysponują pewną wiedzą lub wcześniejszym doświadczeniem z szerszym, biopsychospołecznym podejściem do leczenia zaburzeń psychicznych. W tej kategorii można najczęściej odnaleźć rodziny, które mają dużą intuicję, swoistą mądrość, która pozwala im na rozumienie sytuacji swojego bliskiego i swojej własnej. Dzięki temu mają świadomość swojej roli w procesie zdrowienia. Angażują się w działania lecznicze. Spontanicznie nawiązują kontakt z personelem, poszukując wsparcia i porady.

Z zebranych doświadczeń wynika, że jedynie sporadycznie rodziny aktywnie zabiegają o nawiązanie współpracy, zwykle to terapeuci muszą wystąpić z inicjatywą, przekonać rodziny o sensowności podjęcia trudu wspólnych spotkań.

Pierwszym krokiem do organizacji pierwszego spotkania rodzinnego jest motywowanie samego pacjenta do zaproszenia bliskich mu osób. Decyzję, kogo zaprosić i kiedy spotkanie powinno się odbyć podejmuje pacjent wspólnie z terapeutą lub/i lekarzem prowadzącym. W założeniu pacjent sam powinien przekazać zaproszenie swoim najbliższym. Bywają jednak i takie sytuacje, w których pacjent oczekuje pomocy personelu. Może się tak zdarzyć, gdy rodzina nie pojawia się w szpitalu, nie daje okazji do przekazania zaproszenia albo nie przyjmuje go z powodu zniechęcenia wcześniejszymi niepowodzeniami w wysiłkach wprowadzania zmiany (rodziny wypalone). Innym powodem może być obawa przed tym, co może się podczas spotkania wydarzyć, przed zaangażowaniem się w nieznane dotychczas

doświadczenie. Pomimo trudności, które mogą pojawić się już na tym wstępnym etapie, zwykle udaje się doprowadzić do spotkania.

Zaproszenie do kontaktu jest dla większości osób (z wyjątkiem może rodzin nazywanych przez nas *świadomymi*) źródłem silnych, często ambiwalentnych emocji, będących mieszaniną niepokoju, lęku przed oceną, poczucia zagubienia, ale i nadziei. Niezwykle istotne jest, aby w czasie spotkania nie zabrakło miejsca na zajęcie się tymi emocjami. Ten element organizacji spotkania pozostaje w ścisłym związku z pozostałymi, priorytetowymi w naszym przekonaniu, celami konsultacji rodzinnej: udzieleniem wsparcia emocjonalnego, „odciążeniem emocjonalnym” rodziny; stworzeniem każdemu członkowi rodziny możliwości swobodnego wypowiedzenia swoich obaw i wątpliwości, dostarczeniem informacji potrzebnych do zrozumienia choroby i procesu leczenia (stąd między innymi założenie, że obok psychologa w spotkaniu bierze udział także lekarz prowadzący chorego). Dla terapeutów z kolei konsultacja rodzinna jest niepowtarzalną okazją do poszerzenia rozumienia psychodynamiki pacjenta, zapoznania się ze sposobem jego funkcjonowania w środowisku. Finalnym elementem przeprowadzanych przez nas konsultacji jest zachęcenie rodziny do dalszej współpracy, ustalenie jej celów i sposobów realizacji. Nie zawsze wszystkie założone cele da się zrealizować w ciągu jednej konsultacji, ich liczba i przebieg zależą przede wszystkim od możliwości i potrzeb rodziny. Dalsze propozycje wsparcia dla bliskich pacjentów obejmują:

- 1) interwencję kryzysową,
- 2) „mediację” w konfliktach rodzinnych,
- 3) krótkoterminowe oddziaływania terapeutyczne,
- 4) wielorodzinne grupy o charakterze psychoedukacyjnym,
- 5) pomoc w nawiązaniu kontaktu ze specjalistycznym ośrodkiem terapii rodzin.

Ze względu na specyfikę oddziały, proponowane formy wsparcia mają charakter głównie interwencyjny, a terapeuci koncentrują się przede wszystkim na rozwiązaniu bieżących problemów zgłaszanych przez rodzinę, udzieleniu wsparcia i psychoedukacji. Jeżeli problemy zgłaszane w czasie konsultacji wydają się wymagać długotrwałej terapii, angażującej wszystkich członków rodziny, interwencje w oddziale skierowane są głównie na motywowanie rodziny do podjęcia trudu psychoterapii oraz udzielenie pomocy w nawiązaniu kontaktu ze specjalistycznym ośrodkiem terapii rodzin.

Interwencja kryzysowa adresowana jest przede wszystkim do tych rodzin, w których hospitalizacja doprowadziła do nagłego załamania funkcjonowania rodziny, bliscy sami mają trudności z emocjonalnym przystosowaniem się od nowej sytuacji. Gdy do oddziału trafi osoba, która dotychczas była odpowiedzialna za utrzymanie całej rodziny, a była spostrzegana jako jej główna podpora, rodzina staje przed koniecznością całkowitego przeorganizowania swojego sposobu życia. Innym przykładem może być niezmiernie obciążająca emocjonalnie sytuacja rodziców, których dziecko trafiło do szpitala po próbie samobójczej. W podejmowanych interwencjach najwięcej uwagi poświęca się zwykle bliskim pacjenta, a zasadniczym celem jest zapobieżenie pogłębianiu się sytuacji kryzysowej.

Na etapie nawiązywania kontaktu z rodziną albo i jeszcze wcześniej, przy próbach przekazania zaproszenia na spotkanie, może okazać się, że między jej członkami trwa konflikt, którego nie potrafią rozwiązać. W takich sytuacjach zmotywowanie rodziny do podjęcia wspólnych rozmów stanowi wyzwanie głównie dla personelu. Pierwsze spotkania poświęcone są wówczas szukaniu możliwych wyjść z kryzysowej sytuacji, negocjacom, w których terapeuci przyjmują rolę mediatorów. Podobnie jak w przypadku wszystkich negocjacji i tutaj o sukcesie możemy mówić, gdy wszyscy zainteresowani mają poczucie „wygranej”, satysfakcji z uzyskanego efektu końcowego. Aby w pełni wykorzystać pozytywne rezultaty wspólnej pracy, kolejnych kilka spotkań przeznaczonych jest na trening umiejętności niezbędnych przy rozwiązywaniu konfliktów tak, aby w przyszłości rodzina była sobie w stanie radzić samodzielnie.

Częstokroć konsekwencją podejmowanych interwencji w kryzysie czy mediacji w konfliktach jest zaproszenie rodziny do pracy terapeutycznej. Podejmując się pomocy terapeutycznej, zakładamy, za Virginą Satir (1976)⁶, że każda „rodzina problemowa” ma potencjalną szansę stać się rodziną dobrze funkcjonującą, będącą źródłem wsparcia dla wszystkich swoich członków. Podstawowymi krokami do urzeczywistnienia tej idei jest pomoc w uświadomieniu i rozpoznaniu problemu, wzbudzenie nadziei i zachęcenie do podjęcia działań, które zapoczątkują zmianę. Bez względu na główny powód, dla którego rodzina znalazła się na terapii, u podłoża można znaleźć pewne elementy wspólne, charakterystyczne dla „rodzin problemowych”: zaburzony proces komunikacji (mglista, ogólnikowa, niebezpośrednia, nieszczerza wymiana komunikatów) sztywne, niezmiennie i nienegocjowalne zasady przesycone lękiem, nieufnością czy wrogością relacje z zewnętrznym otoczeniem rodziny⁷. W tym kontekście najbardziej ogólnie postawionym celem terapii będzie dokonanie (czy też zapoczątkowanie) zmiany w zakresie tych obszarów problemowych. Długość, intensywność i przebieg psychoterapii zależy od indywidualnych potrzeb każdej rodziny.

Granice pomiędzy opisanymi wyżej formami interwencji są płynne i w codziennej praktyce często na siebie zachodzą. Ostatnią propozycją, z której mogą skorzystać rodziny pacjentów leczonych w Oddziale, są psychoedukacyjne grupy wielorodzinne⁸. Oferta ta przeznaczona jest przede wszystkim dla rodzin pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, czasem zapraszani są również bliscy osób cierpiących z powodu innych przewlekłych lub nawracających zaburzeń psychicznych wymagających długotrwałej farmakoterapii, np. zaburzeń schizoafektywnych. Grupy organizowane są kilka razy w roku, gdy zbierze się odpowiednia liczba zainteresowanych osób, i obejmują cykl 10 półtoragodzinnych spotkań. W spotkaniach uczestniczą zazwyczaj same rodziny, bez pacjentów. Czasem jednak organizowane są grupy, do których zapraszani są także chorzy. Obie formy mają swoje zalety i ograniczenia. W grupach, w których spotykają się wspólnie pacjenci i ich bliscy, praca zawiera więcej elementów psychoedukacyjnych i treningowych. Gdy spoty-

⁶ V. Satir, *Peoplemaking*, Palo Alto 1976.

⁷ *Ibidem*.

⁸ M. Rabińska, niepublikowany projekt.

kają się wyłącznie rodziny, na plan pierwszy wysuwa się potrzeba dzielenia się problemami i trudnymi emocjami związanymi z opieką nad chorym. W obu wariantach praca grupy organizuje się wokół trzech głównych elementów: psychoedukacji, treningu umiejętności radzenia sobie oraz wsparcia emocjonalnego. Terapeuci prowadzący przekazują informacje na temat specyfiki choroby i jej leczenia, prowadzą trening umiejętności efektywnej komunikacji, radzenia sobie ze stresem. Pracując nad obciążeniami⁹ („brzemieniem rodzinnym”), które wiążą się z opieką nad przewlekle chorym, warto zwrócić uwagę rodziny także na pozytywne, gratyfikujące aspekty zaangażowania w pomoc choremu¹⁰. Zrozumienie i wsparcie płynące od współuczestników, którzy na co dzień przeżywają podobne trudności, wydaje się być bardzo istotnym elementem tej formy oddziaływań.

Tym, co łączy wszystkie przedstawione powyżej formy pomocy i co jest jednym z najistotniejszych, niespecyficznych czynników warunkujących ich skuteczność, to dawanie nadziei na zmianę. Czasem zaskakuje, jak wiele może przynieść już pierwsze wspólne spotkanie.

Podsumowując, należy podkreślić, że dla wielu pacjentów i ich bliskich hospitalizacja w Oddziale Psychiatrii jest pierwszym kontaktem ze specyfiką problemów psychicznych i szerszym ich rozumieniem. Rodziny w większości oczekują od personelu pomocy, ale często nie wiedzą, jak się o nią zwrócić, czego mogą oczekiwać. W związku z tym konieczne wydaje się zajęcie przez personel aktywnej postawy w nawiązywaniu początkowego kontaktu. Trzeba pomóc im odkryć i zwerbalizować specyficzne dla tej sytuacji potrzeby oraz pokazać, jakiej pomocy w ich zaspokajaniu mogą oczekiwać. Nawet gdy rodzina wymaga opieki specjalistycznego ośrodka zajmującego się terapią rodzin, ktoś musi pokazać jej „drogę” do niego.

⁹ P. Cuijpers, H. Stam, *Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups*, „Psychiatric Service” 2000, no 51, s. 375-379.

¹⁰ A. Veltman, *The experience of providing care to relatives with chronic mental illness*, „The Journal of Nervous and Mental Diseases” 2002, vol. 190 (2), s. 108-114.