Terapia rodzin w Katolickim Ośrodku „Dom Nadziei"– analiza wybranych przypadków

Terapia rodzinna prowadzona w „Domu Nadziei" jest zakorzeniona w teorii systemowej. Polega na analizie genogramu rodziny, analizie schematów komunikacji miedzy członkami rodziny oraz korygowaniu ich. Zawiera również instrukcje, jak rodzina może pomóc w utrzymaniu trzeźwości osobie leczącej się.
Zwykle rodzina jest włączana w system terapii w Ośrodku około 6 miesiąca leczenia, na etapie Opiekuna. Terapia rodziny obejmuje 6 spotkań z wychowankiem i jego rodziną.
Diagnoza relacji emocjonalnych w rodzinie jest jedną z podstaw konstruowania programu leczenia pacjenta. Zwykle właśnie na płaszczyźnie komunikacji z rodziną pojawiają się pierwsze trudności młodego człowieka. Nieumiejętność rozmawiania o nich popycha go w kierunku grupy rówieśniczej, subkultur młodzieżowych lub innych grup oparcia, w których po raz pierwszy ma kontakt z narkotykami.

„Rodzina pełna; matka, l. 39, ojciec, l. 45, brat l. 9. Rodzice w percepcji pacjenta – matka: silna, dominująca, odpowiedzialna za rodzinę; ojciec: mało odpowiedzialny, pod silnym wpływem matki, mało zaradna. Nikt w rodzinie nie używa substancji psychoaktywnych, poza okazjonalnym używaniem alkoholu przez ojca. Rodzice pochłonięci pracą zawodową, zwłaszcza matka. Do 9 roku życia pacjenta mieszkali u babci, która pomagała w opiece, do czasu urodzenia brata i przeprowadzki do własnego mieszkania.

W wieku szkolnym rodzice oczekiwali od syna bardzo dobrych wyników w nauce i wzorowego zachowania. Pacjent zwykle nie spełniał tych oczekiwań. Po urodzeniu drugiego dziecka zainteresowanie rodziców starszym synem zmalało, natomiast oczekiwania rosły jeszcze bardziej. Nie spełniając oczekiwań rodziców pacjent coraz silniej odczuwał poczucie winy wobec rodziców i zazdrość w stosunku do brata. W wieku 12-13 lat nawiązał kontakt z grupą starszych uczniów, wśród których znajdował zainteresowanie i akceptację. Wraz z nimi zaczął używać narkotyków. Rodzice przez długi czas nie dostrzegali problemów syna bądź nie sądzili, że są one na tyle niepokojące".

Dalsza diagnoza sytuacji pacjenta ma źródła w sytuacji rodzinnej –

„...dominujące potrzeby akceptacji, bycia potrzebnym, miłości i bliskości, okazywania czułości, poczucia bezpieczeństwa. Sposobem radzenia sobie z trudnościami stały się: ucieczka w narkotyki, zachowania autoagresywne, poczucie winy, nie przyznawanie się do błędów i trudności; brak umiejętności proszenia o pomoc. Stara się być docenionym i lubianym przy jednoczesnej postawie prezentującej, że mu na nikim i na niczym nie zależy [...]
Celem terapii rodziny jest poprawa relacji w rodzinie; zwiększenie umiejętności otwartej komunikacji potrzeb, ich wzajemne uświadomienie sobie, akceptacja odmienności poglądów, umiejętność rozwiązywania konfliktów i problemów; zmniejszenie poczucia winy pacjenta i poczucia odrzucenia."

Tak brzmi większość diagnoz pacjentów Ośrodka Dom Nadziei. Oczywiście przeróżnie toczą się ich dalsze losy. Niektórzy dopiero co zaczynają brać narkotyki, dla innych narkotyki powoli stają się problemem samym w sobie – biorę, bo się wstydzę, że biorę, parafrazując słowa z „Małego Księcia". Już sobie nie radzę z lękami, z drżeniem rąk. Muszę wziąć, by rano wstać.

„Pacjent przyjmował sporadycznie alkohol, marihuanę (4 lata, 2 lata codziennie), amfetaminę (przez 6 miesięcy codziennie), haszysz, środki wziewne, ekstazy, grzyby halucynogenne. Od 4 lat regularnie palił papierosy. W przypadku głównie zażywanych narkotyków, marihuany i amfetaminy, brak okresów abstynencji pacjenta; wystąpiło szereg objawów abstynencyjnych: „głód" narkotyczny, drżenie mięśni, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność wzmożona potliwość, zaburzenia snu, łaknienia, kołatania serca. Często zażywał narkotyki w celu złagodzenia występujących objawów. Wyraźna potrzeba zażywania większych dawek i wzrost tolerancji. Częste zmiany nastroju od depresji po euforię, występowanie lęków, samookaleczenia, autoagresja, tatuaże."

Co sprzedać, by mieć za co kupić działkę? - mnożą się konflikty z rodzicami, dochodzą konflikty z prawem, pogłębia się stopień demoralizacji - wagary, kradzieże, bójki...

„[...] *sprawa o demoralizację, posiadanie narkotyków, nadzór kuratorski* [...]”

Skuteczność terapii rodzinnej

Narzędziem służącym do oceny relacji w rodzinie pacjenta jest Kwestionariusz Oceny Rodziny, polska adaptacja Familienbogen, Manfreda Cierpki i Gabrieli Frevert (Cierpka i Frevert 1994, Beauvale i wsp., w druku). Jest on oparty na tzw. modelu procesu rodzinnego (Steinhauer i wsp. 1984). Łączy w sobie kryteria oceny intrapsychicznego stanu członków rodziny pacjenta oraz bada relacje poszczególnych członków rodziny między sobą nawzajem w parach i w rodzinie.
Na przykładzie przeprowadzonych badań rodzin pacjentów, którzy ukończyli terapię, można zanalizować zmiany zachodzące w relacjach w rodzinie pacjenta. Ze względu na wielkość narzędzia przeprowadzona zostanie analiza relacji jedynie z punktu widzenia osoby leczącej się.

Charakterystyka narzędzia i mierzonych skal

Badanie Kwestionariuszem Oceny Rodziny przeprowadza się ze wszystkimi członkami rodziny dwupokoleniowej, którzy zamieszkują ze sobą. Również dzieci powyżej 14 roku życia. Każdy wypełnia skalę samooceny, relacji w diadach (np. dla pacjenta to: ja – matka, ja – ojciec, ja – brat) oraz ocenę funkcjonowania rodziny jako całości.

U podstaw modelu rodziny leży założenie, że głównym przejawem funkcjonowania rodziny jest wypełnianie różnorodnych zadań. Podczas gdy niektóre z nich są zdefiniowane kulturowo, inne są specyficzne dla konkretnej rodziny i są określone przez przejmowane przez nią wartości i normy. Na kształt tych wartości i norm mają wpływ normy i wartości wyniesione przez rodziców z własnych rodzin, pochodzenia oraz wpływy kulturowe. Wypełnienie tych zadań niesie za sobą konieczność skutecznego podejmowania przez członków rodziny wielu ról. Skuteczne podejmowanie ról wymaga natomiast sprawnej komunikacji w istotnych dla wypełnienia zadań i pełnienia ról treści, w tym także treści emocjonalnych. Podobnie nawiązywanie relacji uczuciowych przez poszczególnych członków ze sobą i ich sposoby wzajemnego wpływania na siebie mogą ułatwić bądź utrudniać wypełnianie zadań rodzinnych (Steinhauer i wsp., 1984).

Opis poszczególnych wymiarów

1. Wypełnienie zadań – opisuje, w jaki sposób rodzina radzi sobie z zadaniami podstawowymi, jak zapewnieniem pożywienia, ochrony zdrowia, edukacji, zadaniami związanymi z rozwojem psychospołecznym poszczególnych członków, odpowiednio do faz rozwoju rodziny, a także zadaniami kryzysowymi. Zadania kryzysowe ujawniają się, gdy normalne strategie pokonywania problemów wyczerpują się, a zdolność rodziny do ich wypełnienia świadczy o jej elastyczności i zdolności do adaptacji.

2. Pełnienie ról - rola określana jest jako powtarzający się wzorzec zachowania w rodzinie. Ważna dla efektywnego podziału ról w rodzinie jest zdolność poszczególnych członków rodziny do wzajemnego przejmowania lub uzupełniania swoich ról. Precyzyjny podział ról warunkuje skuteczne wypełnienie zadań. Zmiana roli jednego członka rodziny pociąga za sobą zmiany ról innych członków. Wymiar wartości i norm bezpośrednio wpływa na wyobrażenia poszczególnych członków rodzin, co do pełnienia przez siebie konkretnej roli, a procesy dostosowawcze modyfikują te wyobrażenia.

3. Komunikacja - celem jest wymiana informacji pomiędzy członkami rodziny. Na skuteczność informacji wpływa między innymi jej ilość, kompletność, poziom zniekształceń w drodze pomiędzy nadawcą a odbiorcą. Poza komunikacją werbalną wiele informacji przekazywanych jest za pomocą gestykulacji, mimiki, nastrojów. Dla jakości komunikacji w rodzinie duże znaczenie ma zgodność komunikacji werbalnej z pozawerbalną, jak i właściwe proporcje tych dwóch rodzajów komunikacji.

4. Emocjonalność - określony i aprobowany w rodzinie w rodzinie zakres uczuć. Dla prawidłowej emocjonalności ważne jest poczucie przynależności, pewności, bezpieczeństwa oraz wielostronne

poszanowanie wartości. Te wartości wpływają na rozwój poszczególnych członków rodziny prowadząc do wykształcenia u nich silnego poczucia własnej wartości oraz poczucia niezależności, przy jednoczesnym poszanowaniu praw i niezależności innych osób. Można to też określić jako szczelność granic pomiędzy poszczególnymi podsystemami w rodzinie.

5. Zaangażowanie uczuciowe - opisuje poziom wzajemnego zaangażowania uczuciowego członków rodziny. W wymiarze tym na jednym końcu znajdują się rodziny z narcystycznie niezaangażowanymi lub symbiotycznie nadopiekuńczymi członkami, na drugim - rodziny z osobami adekwatnie reagującymi na siebie emocjonalnie. Wraz z emocjonalnością opisuje jakość granic pomiędzy podsystemami w rodzinie.

6. Kontrola - w rodzinnej kontroli autorzy kwestionariusza wyróżniają dwa procesy: właściwe utrzymanie poszczególnych funkcji rodziny i procesy dostosowawcze. Właściwe utrzymanie funkcji rodzinnych odnosi się przeważnie do ról i zadań instrumentalnych w rodzinie. Zwykle kontrolę nad tymi procesami sprawują rodzice. Proces dostosowawczy zależy od siły wzajemnego wpływania na siebie poszczególnych członków rodziny oraz od występowania we wzajemnych relacjach odpowiedzialności, konstruktywności i komunikatywności.

7. Wartości i normy - każdy z opisywanych powyżej wymiarów jest pod wpływem obrazów wartości i norm. To czy jakość któregokolwiek z tych wymiarów zostanie sklasyfikowana przez rodzinę jako odpowiednia bądź nieodpowiednia, zależy od tego, jakie rodzina wyznaje wartości. Służy to w szczególności moralnemu wartościowaniu, które określa, co jest moralnie do zaakceptowania lub w sensie etycznym wartościowe.

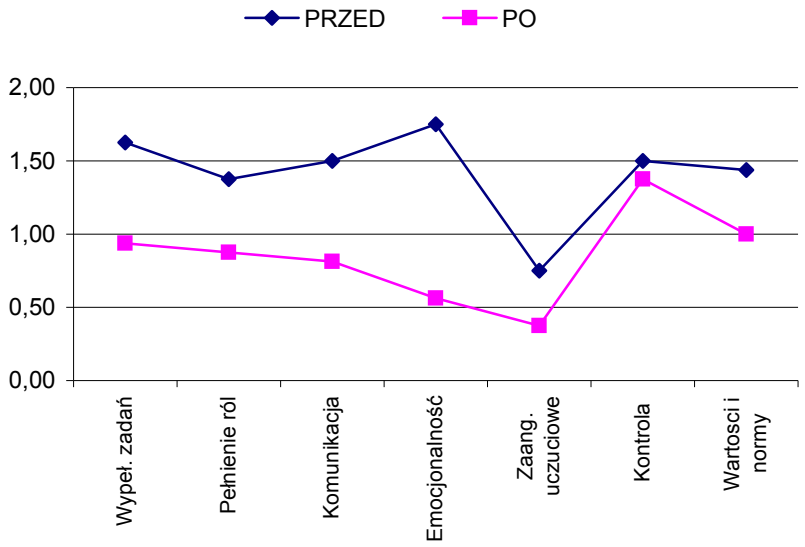
Analiza uzyskanych wyników

Badanie dla każdej z rodzin zostało wykonane dwukrotnie. Na pierwszym spotkaniu z rodziną pacjenta oraz po cyklu 6 spotkań (po ok. pół roku). Porównano średnie wyniki dla czterech rodzin osób, które ukończyły leczenie, z początku (PRZED) i końca terapii (PO).
Dla prawidłowej interpretacji poniżej ukazanych wykresów ważne jest, iż im lepiej funkcjonuje rodzina, tym niższe jest wskazanie danej skali. Wyniki powyżej 1 świadczą o dysfunkcyjności rodziny, natomiast poniżej 1 obrazują prawidłowe relacje w rodzinie.
Osobno porównano wyniki otrzymane przez pacjenta w każdej ze skal: 1. Samooceny; 2. Oceny rodziny; 3. Oceny relacji w diadzie z matką; 4. Oceny relacji w diadzie z ojcem; 5. Oceny relacji w diadzie z rodzeństwem.

1. Samoocena

Uzyskane różnice pomiędzy wynikami sprzed i po terapii w kwestionariuszu samooceny pokazują, iż zmiana w zakresie samooceny badanych osób jest wyraźna. Właściwie wszystkie wymiary poza zaangażowaniem uczuciowym wykazywały dysfunkcjonalność na początku terapii rodzin.
Największą różnicę można zaobserwować pod względem wyraźniejszej emocjonalności i poprawy komunikacji. Najmniejszą natomiast pod względem kontroli, która nadal pokazuje poziom nie do końca prawidłowy. Można stąd wnioskować, iż w oczach samego siebie pacjent widzi poprawę relacji emocjonalnych i komunikacji z członkami rodziny, natomiast nadal utrzymuje się niższe poczucie kontroli nad reakcjami i funkcjonowaniem rodziny.

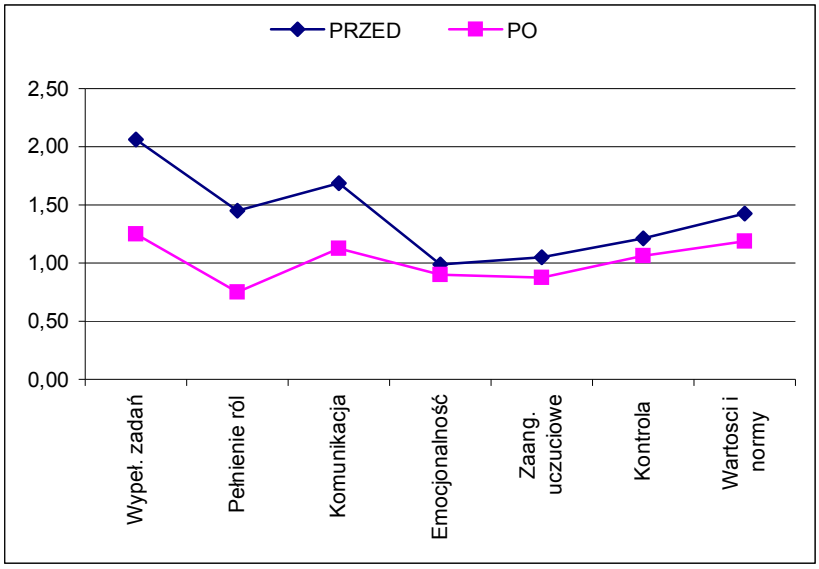
Wyk. 1. Samoocena



2. Ocena rodziny

Rodzina oceniana przez pacjenta prezentuje dość znaczącą zmianę pod względem wypełniania zadań i pełnienia ról, które właściwie są wskaźnikami zależnymi od wszystkich pozostałych. Poprawia się również komunikacja w rodzinie.
Bardzo nieznaczne zmiany zachodzą natomiast pod względem emocjonalności i zaangażowania uczuciowego, kontroli i wartości, które wcześniej również oceniane były jako nieznacznie odbiegające od stanu prawidłowego.
Możliwe, iż w początkowej fazie leczenia trudno jest pacjentowi ocenić własną rodzinę pod względem emocjonalności, zaangażowania uczuciowego, kontroli, wartości i norm, gdyż są to pojęcia abstrakcyjne. Łatwiej ocenić bardziej obserwowalne wymiary jak wypełnianie zadań, pełnienie ról i komunikację. W trakcie terapii pacjent uzyskuje większy wgląd i świadomość relacji panujących w rodzinie, stąd łatwiej mu dokonać oceny również tych abstrakcyjnych wymiarów.

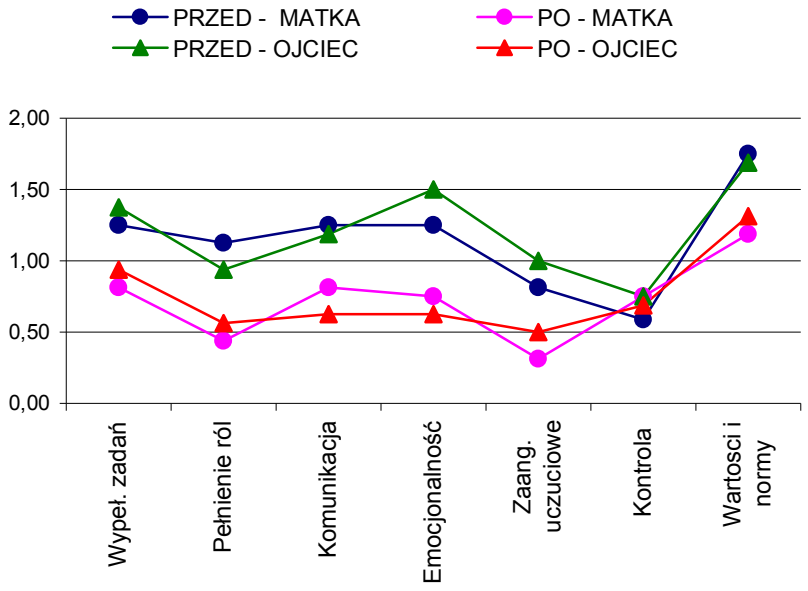
Wyk.2. Ocena rodziny



3. Relacje z rodzicami

W relacjach z rodzicami najwyraźniejszy jest konflikt wyznawanych wartości i norm między pokoleniami. W trakcie leczenia ta różnica poglądów utrzymuje się, jednakże jest na niższym poziomie.
Duża różnica jest w przeżywaniu emocjonalnym relacji z rodzicami i tu zauważalna jest większa zmiana w relacji z ojcem niż z matką. Brak większych zmian w zakresie kontroli.
Podsumowując, można uznać, iż w badanych rodzinach relacje z obojgiem rodziców miały porównywalny przebieg zmian i zarówno z matką, jak i z ojcem uległy w trakcie leczenia poprawie.

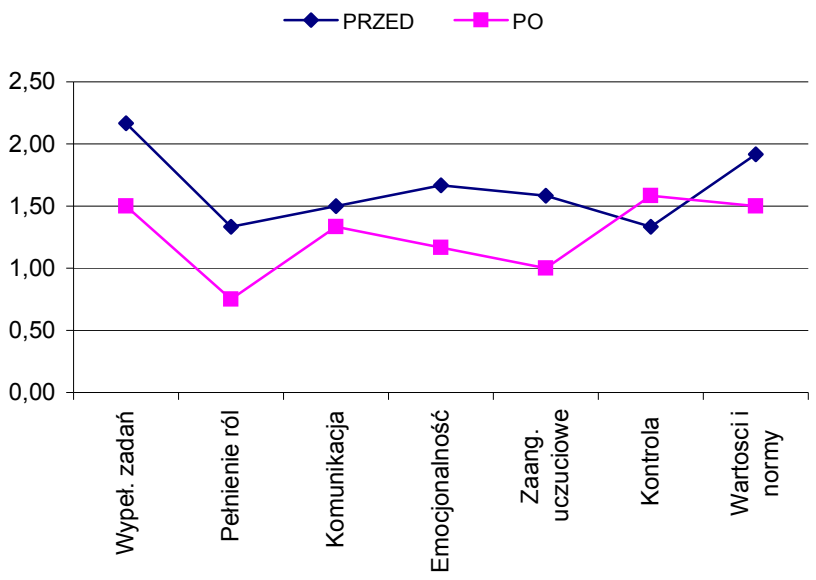
Wyk.3. Relacje z rodzicami



4. Relacje z rodzeństwem

Często na dysfunkcjonalność rodziny mają wpływ konflikty między rodzeństwem. Wydawałoby się, że mniejsza różnica wieku i podobna sytuacja życiowa powinny polepszać relacje braterskie. Na załączonym wykresie widać jednak, iż porozumienie między rodzeństwem poprawiło się po terapii, lecz nadal tylko dwa z siedmiu wymiarów mieszczą się w granicach dobrego funkcjonowania, natomiast w przypadku kontroli nastąpiło pogorszenie relacji po terapii. Możliwe, że na taki obraz relacji ma wpływ silna rywalizacja między rodzeństwem o miłość i zainteresowanie rodziców, czego przykładem może być sytuacja rodzinna omawianego pacjenta.

Wyk.4. Relacje z rodzeństwem



Podsumowanie

Badania relacji w rodzinie pacjenta przed podjęciem terapii pokazują, na ile sytuacja rodzinna miała wpływ na chorobę dziecka. Zależność przebiega również w drugim kierunku, badania określają, na ile choroba dziecka zaburzyła dotychczasowy sposób funkcjonowania rodziny. W pewnym sensie, kryzys, jaką jest choroba, zmusza rodzinę do poszukiwania nowych wzorców porozumiewania i poszukiwań pomocy z zewnątrz.
Terapia pozwala członkom rodziny wyrazić swoje potrzeby i wzajemne oczekiwania. Uczy efektywnego podejmowania ról społecznych i właściwego ich rozumienia, co ułatwia realizację zadań życiowych. Otwiera rodzinę na bezpośrednie wyrażanie emocji i komunikowanie ich sobie nawzajem. Zmniejsza dystans między dzieckiem a rodzicami, którzy oprócz stawiania wymagań uczą się również słuchania i rozumienia potrzeb i problemów swojego dziecka. Nie należy zapominać również o tym, że przez cały czas trwania terapii rodzinnej, jak i przed nią, pacjent należał do społeczności terapeutycznej, gdzie już wcześniej uczył się nowego, skuteczniejszego wyrażania swoich uczuć i potrzeb oraz radzenia sobie z trudnymi emocjami.

Fragment opinii psychologicznej prezentowanego pacjenta sporządzonej już po zakończeniu przez niego leczenia na podstawie KKS (Kwestionariusz Kompetencji Społecznych, Robert Bielewski, Sławomir Panasiuk), NEO-FFI (Inwentarz Osobowości, Robert Bielewski, Sławomir Panasiuk) i Kwestionariusza Terapeuty (Dom Nadziei).

„Badany prezentuje dość wysoki poziom kompetencji społecznych w sytuacjach bliskiego kontaktu indywidualnego, adekwatnie reaguje w sytuacjach ekspozycji społecznej. Poziom asertywności średni. Otwarty na ludzi i nowe doświadczenia, odbierany jest jako miły i sympatyczny, chętny do pomocy. Potrafi również skutecznie i wytrwale dążyć do realizacji swoich potrzeb i zamierzeń.
W sposób jasny i czytelny wyraża emocje, jest otwarty na przyjmowanie informacji o sobie i koryguje zachowanie, ma większą świadomość swoich problemów i obaw w konfrontacji poza Ośrodkiem. Uczy się w liceum, jest wolontariuszem w świetlicy terapeutycznej. Wzrosło jego zaufanie do rodziny i odczuwa niższe poczucie winy w stosunku do swoich bliskich.”

Magdalena Preidl-Sadłowska
psycholog