

Relacja terapeutyczna w psychiatrii środowiskowej z perspektywy pacjenta i terapeuty*

Therapeutic relationship in community psychiatry in the patient and therapist's perspective

Małgorzata Sosnowska, Katarzyna Prot-Klinger, Marta Scattergood,
Maria Paczkowska, Aleksandra Smolicz, Małgorzata Ochocka

Zespół Leczenia Domowego
Centrum Zdrowia Psychicznego IPiN w Warszawie
Kierownik: dr n med. K. Prot-Klinger

Summary

Aim. Relationship between therapist and his patient remain the principle in psychiatric health care, being related to the treatment course and results. Sustaining a good therapeutic relationship is a key element in community team work, it promotes the creation and maintaining of the therapeutic bond, trust, good contact with patients, which allows outpatient treatment. Authors explore how the therapeutic relationship is estimated by the patients diagnosed with psychosis and their therapists.

Method. STAR questionnaire was used to measure the therapeutic relationship in patient's and therapist's perspective.

Results. Those patients who has children or other experience of a close relationship estimate higher their relationship with therapist. There is an influence of patient's gender, independence and psychiatric symptoms on the therapeutic relationship from the therapist's perspective. Therapist's positive collaboration effects symptoms improvement in patients diagnosed with psychosis.

Conclusions. The therapists have to be aware of the other than therapeutic factors which influence the relationship with the patient. There is a need of further studies on therapeutic relationship because the study point out that a positive relationship reduce the psychotic symptoms. It is particularly important to distinguish factors favouring therapeutic relationship maintenance as well as those causing negative effect on therapeutic relationship.

Słowa kluczowe: relacja terapeutyczna, schizofrenia, psychiatria środowiskowa

Key words: therapeutic relationship, schizophrenia, community psychiatry

Wprowadzenie

Opieka nad zdrowiem psychicznym nie może istnieć bez pojęcia relacji terapeutycznej. Związek między klinicystą a pacjentem jest centralnym elementem w opiece

* Badanie zostało zrealizowane ze środków programu statutowego IPiN

psychiatrycznej [1]. Jakość więzi z terapeutą wiąże się z przebiegiem i wynikami leczenia oraz przewiduje przywiązanie terapeutyczne [2, 3]. Przymierze terapeutyczne jest pojęciem zbliżonym do pojęcia relacji terapeutycznej i oznacza współpracę pacjenta z terapeutą, która jest utrzymana, pomimo pojawiających się trudnych czy negatywnych przeżyć występujących w procesie terapii [4]. W opinii pacjentów relacja terapeutyczna jest najważniejszym czynnikiem w ich leczeniu. Badania nad czynnikami sprzyjającymi powodzeniu w terapii wyróżniają dobrą relację terapeutyczną jako „warunek sine qua non pożądanego wyniku terapii” [5]. Dowodzą także, że na powodzenie każdej formy terapii, nawet farmakoterapii, wpływ ma relacja terapeutyczna [6]. Dobra relacja terapeutyczna charakteryzuje się zaufaniem, serdecznością, empatycznym rozumieniem i akceptacją, i jest czynnikiem leczącym, prowadzącym do zmiany pod wpływem terapii [6]. Jednocześnie podkreśla się, że relacja terapeutyczna jest zjawiskiem trudno uchwytnym, a tym samym trudnym do obiektywnej oceny [3].

Definicje relacji terapeutycznej różnią się między sobą, są ogólne, nie zawierają wszystkich jej aspektów, a czasem są niejasne i zdają się sugerować, że niemal wszystko można by określić jako relację terapeutyczną, co świadczy o tym, że jest to pojęcie bardzo pojemne [3].

W badaniach empirycznych nad relacją terapeutyczną stosowano wiele pojęć, między innymi sprzymierzenie w pracy terapeutycznej (working alliance), czy pomagające przymierze (helping alliance). Powstało również wiele koncepcji relacji terapeutycznej, wśród nich między innymi podejście psychoanalityczne oraz egzystencjalno-humanistyczne i szkoła Carla Rogersa [1].

Podejście psychoanalityczne opisuje relację terapeutyczną jako niezastąpioną dla skuteczności terapii. Relacja między terapeutą a pacjentem podlega analizie i w procesie terapii staje się czynnikiem leczącym. Na relację terapeutyczną wpływ mają występujące naprzemiennie procesy przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Przeniesienie oznacza tu nieświadome przemieszczenie na analityka materiału w nowym wydaniu [7], doświadczanie odczuć żywionych w przeszłości do ważnych osób, innymi słowy obsadzanie go w roli znaczących dla siebie postaci – „chodzi tu o powtórzenie dziecięcych wzorców, które przeżywane są tak, jakby odnosiły się do terażniejszości” [8, s. 258]. Tonnesmann [7] podaje, że przeniesienie „można traktować jako sposób wchodzenia przez pacjenta w relacje z analitykiem jako obiektem nieświadomych fantazji” (s. 245). Przeciwprzeniesieniem określa się wszelkie nieświadome reakcje analityka wobec pacjenta i jego przeniesienia [7]. Początkowo uważano, że doświadczanie przez analityka przeciwprzeniesienia jest szkodliwe. Obecnie panuje pogląd, że uświadomione przeciwprzeniesienie staje się ważnym źródłem informacji o pacjencie [7].

W podejściu egzystencjalnym relacja terapeutyczna jest uznawana za główny czynnik przynoszący zmianę, a to, co w niej najbardziej istotne, to bycie razem z drugą osobą [9]. Relację opisuje się tutaj za pomocą pojęcia empatii, bezwarunkowej akceptacji pacjenta oraz spójności terapeuty [3].

Porównując terminy „relacja terapeutyczna” oraz „przymierze terapeutyczne”, zwraca się uwagę, że pojęcie relacji terapeutycznej odnosi się do szeroko rozumianego związku, podczas gdy przymierze jest opisywane jako fenomen polegający na poczuciu

więzi i współpracy [10]. Termin „sprzymierzenie w pracy terapeutycznej” zaproponował Greenson (za: Catty [10]) dla opisu celowej współpracy pacjenta z terapeutą.

W opiece psychiatrycznej, zwłaszcza w podejściu środowiskowym, terapeuta staje przed zadaniem nawiązania z pacjentem więzi, przewidując długotrwałą wzajemną współpracę. Uważa się, że taki terapeuta powinien budzić zaufanie pacjenta, umieć uwzględnić jego autorytet, a także zachowywać bezpieczne granice relacji [11]. Terapeuta zapewnia pacjentowi, korzystającemu przez lata z instytucji leczniczych, autonomię i niezależność w relacji z nim oraz ośrodkiem psychiatrycznym. Poznaje i rozumie przeżycia chorego, stwarza bezpośrednią relację opartą na ciepłe i szacunku dla jego odrębności i autonomii, a także zachowuje postawę elastyczności i optymizmu oraz tolerancji wobec psychopatologii.

Ackerman i Hilsenroth podają, że wskaźnikami jakości relacji terapeutycznej są cechy terapeuty, takie jak empatia, doświadczenie i zaufanie; Strong dodaje doświadczenie, atrakcyjność i wiarygodność terapeuty; Clarkin i Crilly uzupełniają tę listę dopasowaniem pacjenta i terapeuty pod względem wieku, płci i pochodzenia etnicznego (za: Evans-Jones [12]). W koncepcji behawioralno-poznawczej wyróżnia się ponadto zdolność terapeuty do akceptacji oraz współczucia. Wśród cech terapeuty związanych z utrzymaniem pozytywnego związku terapeutycznego i sprzyjających zmianie wyróżnia się między innymi bezwarunkową pozytywną akceptację pacjenta, empatię, bycie w zgodzie z własnymi odczuciami oraz otwieranie się przed pacjentem w celu ułatwienia mu dostępu do własnej indywidualności. Interesujące i ważne są zmienne wskazane przez pacjentów jako pomocne w psychoterapii – poczucie bycia rozumianym przez terapeutę, ułatwienie osiągnięcia wglądu, wsparcie, uczciwość terapeuty, okazana troska i zainteresowanie [12].

W literaturze przedmiotu można znaleźć przekonania, że trudno ustanowić dobrą relację terapeutyczną z pacjentami psychotycznymi, z uwagi na ich stan chorobowy, a także przeszłe doświadczenia [11]. Przykładem takiej trudności może być nieufność pacjenta do terapeuty bądź wysuwane wobec niego urojeniowe przekonania. Z kolei terapeuci mogą napotkać trudność w empatycznym reagowaniu na urojeniowe doświadczenia takich pacjentów.

Z badań prowadzonych przez zespół Evans-Jones nad relacją terapeutyczną w terapii behawioralno-poznawczej wynika, że nawet niedoświadczony terapeuta może nawiązać dobrą relację terapeutyczną, jeszcze na wczesnym etapie leczenia, z chorym z psychozą, niezależnie od obecności i nasilenia objawów, braku wglądu czy czasu trwania choroby [5]. Większość badań nad relacją terapeutyczną była prowadzona z udziałem pacjentów niepsychotycznych i wykazywała zazwyczaj umiarkowany związek między jakością relacji terapeutycznej a wynikami terapii. Przy czym zauważono, że wcześniej nawiązana dobra relacja terapeutyczna sprzyja utrzymaniu relacji terapeutycznej w przyszłości, co więcej, nie ma to związku z efektem zmiany objawowej na wczesnym etapie leczenia [12]. Jednym z najistotniejszych wyników badań nad relacją terapeutyczną jest stwierdzenie, że przywiązanie koreluje pozytywnie ze zmianą terapeutyczną w ramach różnych podejść psychoterapeutycznych i kwestii klinicznych [13], uzyskano także wyniki świadczące o powiązaniu jakości sprzymierza terapeutycznego z wynikami leczenia [14]. Pewne prace wykazały, że

zaangażowanie pacjentów w terapię może trwać dłużej i być trudniejsze u pacjentów z zaburzeniami z kręgu psychoz niż u pacjentów niepsychotycznych [12]. Niedawne badania pokazują z kolei porównywalny poziom relacji terapeutycznej w tych grupach chorych. Co ciekawe, takie zmienne związane z osobą terapeuty, jak wiek, płeć, stan cywilny, doświadczenie zawodowe, okazały się w badaniach bez istotnego związku z relacją terapeutyczną.

Narzędzia pomiarowe do oceny relacji terapeutycznej, jak pokazuje przegląd literatury przedmiotu, są pomocne w ustalaniu wskaźników zmiany terapeutycznej [13]. Ocena dokonana przez terapeutę zazwyczaj różni się od oceny pacjenta, która jednocześnie jest lepszym predyktorem wyników leczenia.

W pracy tej przyjęto rozumienie relacji terapeutycznej zaproponowane przez McGuire-Snieckus i współpracowników [2]. Relacja terapeutyczna obejmuje następujące wymiary:

- pozytywna współpraca (positive collaboration) w ocenie pacjenta i terapeuty
- trudności emocjonalne terapeuty w pracy z pacjentem (emotional difficulties) oraz niewspierające oddziaływania terapeuty na pacjenta (non supportive clinician input, w wersji dla pacjenta)
- pozytywne oddziaływania terapeuty (positive clinician input) w ocenie pacjenta i w ocenie terapeuty.

Pozytywna współpraca odzwierciedla, jak dobrze pacjent i terapeuta współpracują ze sobą. Obejmuje dobre porozumiewanie się, podzielane przez terapeutę i pacjenta zrozumienie celów leczenia oraz doświadczenie obopólnej otwartości i zaufania. Pozytywne oddziaływania terapeuty oznaczają, że jest on postrzegany przez pacjenta jako wspierający, uważny, słuchający i rozumiejący. Emocjonalne trudności terapeuty w relacji to poczucie, że nie jest empatyczny, że nie jest przez pacjenta akceptowany. Istnienie niewspierających oddziaływań terapeuty oznacza, że pacjent czuje, że nie jest on z nim szczery, jest niecierpliwy lub autorytarny [2].

Utrzymanie dobrej relacji terapeutycznej jest kluczowe w pracy zespołu leczenia domowego, w podejściu psychiatrii środowiskowej, sprzyja tworzeniu i utrzymywaniu więzi, zaufania, dobrego kontaktu z pacjentami, co umożliwia leczenie pozainstytucjonalne. Opieka środowiskowa oznacza tu leczenie obejmujące oddziaływania farmakologiczne, psychoterapeutyczne oraz edukacyjne, a także wspieranie osób z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzin. Ta forma pomocy to coś więcej niż leczenie, gdyż, poza standardowymi formami terapii, opieka jest sprawowana przez wieloprofesjonalny zespół i w praktyce często polega na towarzyszeniu pacjentom w ich życiu [15]. Poziom relacji terapeutycznej między pacjentem a jego podstawowym opiekunem (np. terapeutą, lekarzem) związany jest ze skutecznością oddziaływań terapeutycznych.

Metoda

Opis narzędzia pomiarowego

Relację terapeutyczną między pacjentem a jego terapeutą oceniano za pomocą kwestionariusza do pomiaru relacji terapeutycznej (Scale to Assess Therapeutic Re-

lationship STAR [2]). Kwestionariusz, w wersji dla klinicysty i w wersji dla pacjenta, składa się z dwunastu stwierdzeń, ocenianych w pięciostopniowej skali od 0 do 4 (nigdy, rzadko, czasami, często, zawsze). Wynik mieści się w przedziale od 0 do 48 – wyższa wartość odpowiada lepszej relacji terapeutycznej. STAR w wersji oryginalnej spełnia kryteria rzetelności testu, w wersji dla pacjenta $r = 0,76$, $p < 0,05$, a w wersji dla klinicysty $r = 0,68$, $p < 0,05$.

W wersji dla pacjenta kwestionariusz obejmuje wymiary pozytywnej współpracy (np. „Mój terapeuta i ja pracujemy nad wspólnie ustalonymi celami”), negatywnych oddziaływań terapeuty (np. „Wierzę, że mój terapeuta ukrywa przede mną prawdę”) oraz pozytywnych oddziaływań terapeuty (np. „Mój terapeuta rozmawia ze mną o moich osobistych celach i myślach na temat leczenia”).

Wersja dla terapeuty bada relację terapeutyczną w wymiarach pozytywnej współpracy (np. „Mój pacjent i ja tworzymy relację opartą na zaufaniu”), trudności emocjonalnych terapeuty we współpracy z pacjentem (np. „Jest mi trudno wczuć się w sytuację swojego pacjenta lub odnieść się do jego problemów”) oraz pozytywnego oddziaływania terapeuty (np. „Jestem w stanie przyjąć perspektywę swojego pacjenta, kiedy z nim pracuję”).

Procedura badań

Etap 1. Badanie walidacyjne – ocena rzetelności polskiej wersji skali STAR

Uzyskano zgodę autora skali, Stefana Priebe, na jej tłumaczenie i stosowanie w Polsce.

Wykonano tłumaczenie lingwistyczne metodą tłumaczenia zwrotnego. Zwrotne tłumaczenie wersji angielskiej porównywały osoby dwujęzyczne posługujące się językiem polskim i angielskim. Następnie osoby dotychczas nie zaangażowane w proces tłumaczenia porównywały obie wersje. W rezultacie pozycje, w których występowała niezgodność, przetłumaczono powtórnie, szukając jak najlepszego polskiego sformułowania. Przeprowadzono następnie badanie pilotażowe z użyciem kwestionariusza STAR celem oszacowania jego rzetelności. Zdecydowano się na określenie współczynnika stabilności bezwzględnej techniką test-retest. Dokonano podwójnego pomiaru w odstępie dwóch tygodni. Zdecydowano się na to przy założeniu, że okres dwóch tygodni niweluje prawdopodobieństwo wystąpienia efektu uczenia się, co mogłoby sztucznie zwiększyć wartość współczynnika rzetelności. W tym przedziale czasu możliwe jest również utrzymanie stabilności subiektywnie postrzeganej relacji terapeutycznej przez pacjenta i klinicystę, przez co unika się zmiany współczynnika trafności związanej z rozwojem więzi.

Badania pilotażowe z użyciem kwestionariusza STAR były prowadzone od lipca do września 2008 roku. Wzięło w nich udział 28 pacjentów i 3 terapeutki z Zespołu Leczenia Domowego. W badanej grupie osób średni wiek terapeutów wynosił 36 lat. Wśród 28 pacjentów było 18 kobiet i 10 mężczyzn. Średni wiek pacjentów wynosił 44 lata. Pacjenci biorący udział w badaniu byli średnio 5 razy hospitalizowani na oddziale całodobowym, czas trwania ich choroby wynosił średnio 12 lat.

Tabela 1. Charakterystyka pacjentów pod względem wieku, płci, liczby hospitalizacji i czasu trwania choroby w 1 etapie badania

wiek (M)	płeć		liczba hospitalizacji (M)	czas trwania choroby (M)
44	K	18	5	12
	M	10		

Uzyskano średni wynik relacji terapeutycznej z punktu widzenia terapeuty (STAR-C) wynoszący $M = 37,9$ w pierwszym pomiarze i $M = 38,2$ w drugim oraz średni wynik w zakresie relacji terapeutycznej z punktu widzenia pacjenta (STAR-P) wynoszący odpowiednio $M = 40,1$ oraz $M = 40,2$. W badaniu oryginalnym średni wynik relacji terapeutycznej z punktu widzenia terapeuty wyniósł $M = 31,5$, natomiast średni wynik relacji terapeutycznej z punktu widzenia pacjenta – $M = 38,4$ [2].

W celu oszacowania współczynnika rzetelności wykonano analizę korelacji Spearmana – korelacja w zakresie STAR-C w pierwszym i drugim pomiarze wyniosła $r = 0,742$ ($p < 0,01$), natomiast w skali STAR-P w pierwszym i drugim pomiarze $r = 0,594$ ($p < 0,01$). W badaniu oryginalnym rzetelność mierzona metodą test-retest wyniosła dla STAR-C $r = 0,68$ ($p < 0,5$) oraz $0,76$ ($p < 0,05$) dla STAR-P [2]. Uzyskany rezultat w badaniach własnych nie odbiega od oryginalnych wyników rzetelności i można uznać, że świadczy o dobrej rzetelności polskiej wersji stosowanego narzędzia do pomiaru relacji terapeutycznej.

Etap 2. Badanie właściwe

Badanie relacji terapeutycznej było prowadzone od maja do października 2009 roku. W badaniu udział wzięli terapeuci i ich pacjenci. Dodatkowo lekarz prowadzący wypełniał skalę PANSS w celu oszacowania stanu psychicznego badanych pacjentów. Uwzględniano takie zmienne, jak: wiek, płeć, diagnozę pacjentów, liczbę hospitalizacji, czas trwania choroby, natężenie objawów psychiatrycznych, wykształcenie, samodzielność finansową, stan cywilny, status zatrudnienia, posiadanie dzieci, przyznanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

W badaniu wzięło udział 63 pacjentów, w tym 40 kobiet i 23 mężczyzn. Średni wiek pacjentów wynosił 37 lat. 8 osób miało wykształcenie zawodowe, najwięcej, bo 31 osób, miało wykształcenie średnie lub wyższe niepełne, wyższe wykształcenie miały 24 osoby. Samodzielność finansową zadeklarowało 40 osób spośród 63 badanych. Pod względem stanu cywilnego 35 osób było stanu wolnego, 15 przebywało w związku, a 13 było rozwiedzionych lub owdowiałych. 36 osób miało dzieci na utrzymaniu. Spośród 43 osób z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności 6 osób miało I grupę, 25 – II, a 5 – III grupę. Wśród badanych 16 osób pracowało zawodowo lub uczyło się, 11 osób przebywało na emeryturze, 36 osób było na rencie lub bezrobotnych (tabela 2 – *na następnym stronie*).

37 osób miało zdiagnozowaną schizofrenię, 8 osób zaburzenia afektywne dwubiegunowe lub depresję jednobiegunową, 10 osób miało rozpoznane zaburzenia schizofektywne. Czas trwania choroby podzielono na trzy grupy: chorujących poniżej 10 lat – 19 osób, chorujących w przedziale 10–25 lat – 23 osoby, oraz chorujących powyżej 25 lat – 19 osób. W grupie pierwszej 19 pacjentów przyjmowało neuroleptyki

krócej niż 10 lat, 29 osób – od 10 do 25 lat, 13 osób powyżej 25 lat. W badanej grupie rodzice 8 osób chorowali psychicznie (tabela 3).

Tabela 2. Charakterystyka badanych osób pod względem danych socjodemograficznych w 2 etapie badania

← Charakterystyki		← N (n = 63)	← % (n = 63)
mężczyźni		23	36
kobiety		40	64
wiek (M)		37	
wykształcenie	zawodowe	8	13
	średnie	31	49
	wyższe	24	38
samodzielność finansowa		40	63
stan cywilny	wolny	35	55
	w związku	15	24
	rozwód/wdowieństwo	13	21
posiada dzieci na utrzymaniu		36	57
orzeczenie o niepełnosprawności		43	68
praca zawodowa lub nauka		16	25
emerytura		11	17
renta/bezrobocie		36	57

Tabela 3. Charakterystyka badanych osób pod względem diagnozy

Charakterystyki	N	% (n = 63)
schizofrenia	37	58,7
zaburzenia afektywne dwubiegunowe lub depresja jednobiegunowa	8	12,6
zaburzenia schizoafektywne	10	15,8

Rezultaty

Stan psychiczny oceniano za pomocą skali PANSS – średni wynik dla objawów negatywnych wyniósł $M = 13,036$ ($df = 0,756$), dla objawów pozytywnych $M = 14,076$ ($df = 0,875$), średni wynik ogólny nasilenia objawów psychotycznych wyniósł $M = 31,252$ ($df = 1,456$). Nie stwierdzono związku między subiektywną oceną relacji terapeutycznej dokonywaną przez pacjentów a poziomem natężenia symptomów psychotycznych.

Relacja terapeutyczna z punktu widzenia pacjenta

Średni wynik ogólny w skali STAR-P wyniósł $M = 39,494$, w zakresie pozytywnej współpracy z terapeutą średni wynik wyniósł $M = 19,792$, w zakresie pozytywnych oddziaływań terapeuty – $M = 8,992$, oraz w zakresie niewspierających interwencji – $M = 10,691$ (tabela 4 – na następnej stronie).

Tabela 4. Średnie i błąd standardowy relacji terapeutycznej z punktu widzenia pacjenta

narzędzie pomiarowe	podskale	średnia (M)	błąd standardowy
STAR-P	relacja terapeutyczna (ogółem)	39,494	0,978
	pozytywna współpraca	19,792	0,533
	pozytywne oddziaływania terapeuty	8,992	0,332
	niewspierające interwencje	10,691	0,279

Jednoczynnikowa analiza wariancji wykazała istotny wpływ posiadania dzieci na ocenę pozytywnych oddziaływań terapeuty – pacjenci posiadający dzieci oceniali wyżej pozytywny wpływ terapeuty niż pacjenci nie mający ich ($p < 0,05$).

Porównania parami wykazały wyższą ocenę pozytywnych oddziaływań terapeuty, gdy pacjent był w związku niż gdy był wolnego stanu cywilnego (panna/kawaler) ($p < 0,05$) oraz wyższe u rozwodników lub wdowców niż u osób wolnego stanu cywilnego ($p < 0,05$).

Pozostałe analizy w zakresie wybranych czynników nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej.

Relacja terapeutyczna z punktu widzenia terapeuty

Średni wynik ogólny w skali STAR-C wyniósł $M = 34,814$. W skali pozytywnej współpracy otrzymano średni wynik $M = 16,809$, w skali trudności emocjonalnych terapeuty we współpracy z pacjentem – $M = 9,132$, a w skali pozytywnych oddziaływań terapeuty – $M = 8,873$ (tabela 5).

Tabela 5. Średnie i błąd standardowy relacji terapeutycznej z punktu widzenia terapeuty

narzędzie pomiarowe	podskale	średnia (M)	błąd standardowy
STAR-C	relacja terapeutyczna (ogółem)	34,814	0,583
	pozytywna współpraca	16,809	0,354
	trudności emocjonalne terapeuty	9,132	0,178
	pozytywne oddziaływania terapeuty	8,873	0,141

Jednoczynnikowa analiza wariancji wykazała wpływ płci pacjenta na poziom trudności emocjonalnych terapeuty we współpracy z pacjentem – poziom trudności emocjonalnych terapeuty był istotnie wyższy, gdy pacjentem była kobieta, nie mężczyzna ($p < 0,05$).

Uzyskano wynik wskazujący, że ocena terapeuty swoich pozytywnych oddziaływań różni się istotnie w zależności od samodzielności finansowej pacjenta – ocena terapeuty pozytywnych oddziaływań była wyższa, gdy pacjent był samodzielny finansowo niż gdy był finansowo zależny ($p < 0,05$). Uzyskano wynik pokazujący, że oceny terapeuty dotyczące relacji terapeutycznej (ogólnie), pozytywnych oddziaływań oraz pozytywnej współpracy, istotnie różniły się w zależności od tego, czy pacjent miał orzeczenie o niepełnosprawności, czy nie. Terapeuci dokonywali istotnie wyższej oceny relacji terapeutycznej (ogólnie) z osobami nie posiadającymi orzeczenia o nie-

pełnosprawności, w porównaniu z oceną relacji z osobami mającymi takie orzeczenie. Ocena pozytywnej współpracy była istotnie wyższa w przypadku osób bez orzeczenia o niepełnosprawności, niż z orzeczeniem, podobnie ocena terapeuty pozytywnych oddziaływań była wyższa w przypadku osób bez orzeczenia. W zakresie pozostałych badanych zmiennych nie osiągnięto poziomu istotności statystycznej.

Zaobserwowano istotny związek między natężeniem symptomów psychotycznych pacjenta a subiektywną oceną relacji terapeutycznej dokonywaną przez terapeutę. Uzyskano istotne ujemne korelacje między poczuciem pozytywnej współpracy a natężeniem objawów pozytywnych ($r = -0,387$, $p < 0,05$), objawów negatywnych ($r = -0,368$, $p < 0,05$) oraz natężeniem ogólnych objawów psychotycznych ($r = -0,427$, $p < 0,001$), czyli im wyższe natężenie objawów pozytywnych, negatywnych i ogólnych objawów psychotycznych, tym niższe poczucie pozytywnej współpracy. Uzyskano istotne korelacje między poczuciem trudności emocjonalnych terapeuty w pracy z pacjentem a natężeniem objawów pozytywnych ($r = -0,474$, $p < 0,001$), objawów negatywnych ($r = -0,449$, $p < 0,001$) oraz natężeniem ogólnych objawów psychotycznych ($r = -0,509$, $p < 0,001$) u pacjenta – im wyższe natężenie objawów pozytywnych, negatywnych i ogólnych objawów psychotycznych, tym mniejsze trudności emocjonalne terapeuty. Uzyskano istotne korelacje między oceną relacji terapeutycznej (średnia trzech podskal) dokonaną przez terapeutę a natężeniem objawów pozytywnych ($r = -0,415$, $p < 0,05$), objawów negatywnych ($r = -0,388$, $p < 0,05$) oraz natężeniem ogólnych objawów psychotycznych ($r = -0,452$, $p < 0,001$) u pacjenta – im wyższe natężenie objawów pozytywnych, negatywnych i ogólnych objawów psychotycznych, tym niższa ocena relacji terapeutycznej. Nie zaobserwowano związku między poczuciem pozytywnych oddziaływań terapeuty a natężeniem objawów psychotycznych u pacjenta.

W celu odpowiedzi na pytanie, czy stan psychiczny zmienia się pod wpływem relacji terapeutycznej, wykonano analizę regresji. Zaobserwowano, że istotnym predyktorem natężenia objawów pozytywnych i negatywnych oraz ogólnego natężenia objawów psychotycznych jest odczucie przez terapeutę pozytywnej współpracy ($p < 0,05$). Można powiedzieć, że interwencje terapeuty w zakresie pozytywnej współpracy mogą wpływać istotnie na stan psychiczny pacjenta, lub że pozytywna współpraca w zakresie relacji terapeutycznej wpływa na stan psychiczny pacjenta.

Dyskusja

Uzyskane rezultaty w zakresie relacji terapeutycznej z punktu widzenia pacjentów wskazują na to, że w badanej próbie doświadczenie posiadania relacji interpersonalnej wiąże się z wchodzeniem w relację terapeutyczną. Pacjenci, którzy pozostawali w związkach lub je zerwali bądź owdowiali, oraz ci, którzy posiadają dzieci, wyżej oceniali pozytywne oddziaływania swojego terapeuty. Relacja z drugim człowiekiem, tak z dorosłym, jak i z dzieckiem, sprzyja budowaniu więzi, przynosi doświadczenia interpersonalne, które sprzyjają wejściu w relację terapeutyczną i utrzymaniu jej. Można przypuszczać, że przyczyniają się one także do bardziej realistycznej oceny oddziaływań terapeuty i większej gotowości do subiektywnej, pozytywnej oceny jego interwencji. McCabe i wsp. [16] wysuwają przypuszczenie, że relacja terapeutyczna może rozwijać

się w sposób podobny do innych relacji w naszym życiu, na przykład przyjacielskich. Być może podobne wzory zachowań charakteryzują różne związki, w które weszła dana osoba. Przypuszcza się, że nowe związki kształtują się na bazie wcześniejszych doświadczeń relacji z innymi ludźmi. Badania systemowe, jak pisze McCabe, przynoszą hipotezę, że potencjał terapeutyczny można rozwijać poprzez badanie, jak relacja terapeutyczna jest podobna lub różna od innych związków ze znaczącymi osobami.

Interesujący jest wynik wskazujący na większe trudności emocjonalne terapeuty w pracy z kobietą niż mężczyzną. Wydaje się prawdopodobne, że kobiety wnoszą większy ładunek emocjonalny do relacji terapeutycznej niż mężczyźni, ale też być może wchodzi w relację terapeutyczną z większymi oczekiwaniami, co może dla terapeuty stanowić trudność. Doświadczenie emocjonalnych trudności obejmuje poczucie, że pacjent odrzuca daną osobę jako swojego terapeutę, że jest się w jakimś sensie gorszym od pacjenta oraz trudność we wczuciu się w pacjenta i odniesienia do jego problemów. Ostatnia charakterystyka wskazuje na niepowodzenie w empatycznym podejściu do pacjenta, które stanowi istotny składnik relacji terapeutycznej. Ważny dla tego wyniku badania może być fakt, że grupę terapeutów stanowiły tylko kobiety (co jest standardem w warunkach polskich). W dalszych badaniach należałoby uwzględnić wpływ płci terapeuty na relację z pacjentem.

Terapeuci lepiej oceniają współpracę z pacjentami samodzielnymi finansowo, co odzwierciedla poziom ich separacji od rodziny. Wynik ten zgodny jest z doświadczeniem klinicznym dotyczącym trudności w pracy z osobami pozostającymi w całkowitej zależności od systemu rodzinnego. Podobnie brak orzeczenia o niepełnosprawności osób z rozpoznaniem psychozy świadczy często o ich dążeniu do pracy i samodzielności.

Ciekawym wynikiem jest wrażenie terapeutów, że z pacjentami „bardziej chorymi” (z bardziej nasilonymi objawami) gorzej im się współpracuje, ale mają mniej trudności emocjonalnych. Wydaje się, że jest to związane z powierzchownością kontaktu w fazie nasilenia objawów chorobowych. Trudności emocjonalne powstają, jak kontakt się pogłębia, pacjent rezygnuje z psychotycznych obron i praca terapeutyczna dotyczy jego rzeczywistych uczuć i problemów.

Wnioski

1. Na relację terapeutyczną z punktu widzenia pacjenta ma istotny wpływ doświadczenie posiadania innych związków w życiu.
2. Na relację terapeutyczną z punktu widzenia terapeuty ma wpływ płeć pacjenta, jego samodzielność oraz objawy chorobowe.
3. Pozytywna współpraca terapeutyczna wpływa na poprawę objawową u pacjentów z doświadczeniem psychozy.
4. Istnieje potrzeba dalszych badań w warunkach polskiej psychiatrii środowiskowej nad relacją terapeutyczną. W przyszłych badaniach wydaje się szczególnie ważne wyodrębnienie czynników sprzyjających utrzymaniu relacji terapeutycznej oraz czynników wpływających na nią negatywnie. Takie dane byłyby pomocne w szkoleniu i wspieraniu terapeutów środowiskowych, tak, by zapewnić jak najlepszą jakość ich pracy, minimalizując wypalenie zawodowe oraz sprzyjać postępom w leczeniu pacjentów.

Терапевтическая реляция в социальной психиатрии с точки зрения пациента и терапевта

Содержание

Задание. Связь между терапевтом, проводящим лечение и пациентом является центральным элементом в психиатрической опеке, связанным с течением и результатами лечения. Поддерживание хороших отношений при терапевтическом процессе является ключевым моментом в работе коллектива домашнего лечения, способствует поддержке связи между ними, доверенности, хорошего контакта с пациентами, а все это обеспечивает успех внебольничного лечения. В работе представлены исследования о терапевтических взаимоотношениях терапевта и больного, а их результаты оцениваются больными с диагнозами психоза, а также проводящих их терапевтов.

Метод. Для исследований использован глоссарий СТАР, оценивающий реляции с точки зрения терапевта и пациента.

Результаты. Пациенты, воспитывающие детей, а также иные контакты с близкими людьми более позитивно оценивают взаимоотношения с терапевтом. На такие взаимоотношения с точки зрения терапевта оказывает влияние пол больного, его самостоятельность и болезненные симптомы. Позитивная терапевтическая работа влияет на симптоматическое улучшение у пациентов с психотическими изменениями.

Выводы. Терапевты должны быть уверены во влияниях внетерапевтических факторов на реляции с больным. Существует необходимость дальнейших исследований над взаимоотношениями при терапии, поскольку оказалось, что позитивная реляция влияет на улучшение болезненных симптомов. В последующих исследованиях, по-видимому, особенно важное значение играет выделение факторов, способствующих поддержанию терапевтических реляций и факторов, негативно на них влияющих.

Therapeutische Beziehung in der milieuorientierten Psychiatrie aus dem Sichtpunkt des Patienten und Therapeuten

Zusammenfassung

Ziel. Der Zusammenhang zwischen dem führenden Therapeuten und dem Patienten ist der zentrale Bestandteil in der psychiatrischen Betreuung, der mit dem Verlauf und Ergebnissen der Behandlung verbunden ist. Die Gestaltung einer guten therapeutischen Beziehung ist ein zentraler Wirkfaktor bei der ambulanten Psychotherapie. Sie schafft die Atmosphäre des Vertrauens, guten Kontakt zum Patienten, was eine Behandlung in der therapeutischen Instituzambulanz ermöglicht. Die Autoren untersuchen, wie die therapeutische Beziehungen durch die Personen beurteilt werden, bei denen eine Psychose diagnostiziert wurde, und auch durch ihre Therapeuten.

Methode. Die Erfassung der Qualität der Beziehung erfolgte in der Studie mit der STAR - Skala, die die Beziehung aus dem Sichtpunkt des Therapeuten und aus dem Sichtpunkt des Patienten misst.

Ergebnisse. Die Patienten mit Kindern und mit anderen Erfahrungen – nahe Beziehungen – beurteilen die Beziehung zum Therapeuten mehr positiv als die anderen. Zur therapeutischen Beziehung mit dem Patienten tragen aus dem Sichtpunkt des Therapeuten das Geschlecht des Patienten, seine Selbständigkeit und Krankheitssymptome bei. Eine positive therapeutische Zusammenarbeit beeinflusst die Verbesserung der Symptome bei Patienten mit einer Psychose.

Schlussfolgerungen. Die Therapeuten sollten den Einfluss der außer therapeutischen Faktoren auf die Beziehung zum Patienten nicht unterschätzen. Es ist notwendig, weitere Studien an der therapeutischen Beziehungen durchzuführen, denn es erweist sich, dass die positive Beziehung die Symptomatik positiv beeinflusst. In den künftigen Studien scheint es wichtig zu sein, die Faktoren auszusondern, die die Basis für eine gute therapeutische Beziehung bilden, und auch die Faktoren, die eine solche Beziehung negativ beeinflussen.

La relation thérapeutique dans la psychiatrie communautaire dans la perspective du patient et du thérapeute

Résumé

Objectif. La relation du patient et du thérapeute constitue un élément central des soins de santé et se lie encore avec le cours et les résultats de la thérapie. Les bonnes relations thérapeutiques sont importantes dans le travail du groupe thérapeutique, elles favorisent l'accroissement de confiance et de bon contact du patient et du thérapeute et facilitent les soins hors les institutions. Les auteurs analysent comment les patients souffrant de la psychose estiment leur relation avec leur thérapeute.

Méthode. On examine les patients avec le questionnaire STAR décrivant la relation du point de vue du patient et du point de vue du thérapeute.

Résultats. Les patients ayant les enfants et d'autres bonnes relations en famille estiment positivement leur relation avec leur thérapeute. La bonne relation estimée par le thérapeute dépend du sexe du patient, de son indépendance et des symptômes des maladies. La positive collaboration du patient et du thérapeute influe encore sur les effets thérapeutiques et améliore l'état de santé du patient.

Conclusions. Les thérapeutes doivent prendre en considération l'influence des facteurs non thérapeutiques sur leur relation avec le patient. Il est donc nécessaire de continuer les recherches en question car la positive relation thérapeutique réduit les symptômes psychotiques. Il semble que les plus importantes sont les recherches concernant les facteurs soutenant la bonne relation et les facteurs négatives.

Piśmiennictwo

1. Pribe S, McCabe R. *The therapeutic relationship in psychiatric settings*. Acta Psychiatr. Scand. 2006; 113 (supl. 429): 69–72.
2. McGuire-Snieckus R, McCabe R, Catty J, Hansson L, Priebe S. *A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR*. Psychol. Med. 2007; 37 (1): 85–95.
3. Gelso JC, Hayes JA. *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk: GWP; 2005.
4. McWilliams N. *Poziomy rozwojowe organizacji osobowości*. W: McWilliams, N, red. *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: GWP; 2009, s. 64–88.
5. Yalom I, Leszcz M. *Spójność grupy*. W: Yalom I, Leszcz M, red. *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006, s. 47–67.
6. Czabała Cz. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000.
7. Tonnesmann M. *Przeniesienie i przeciwprzeniesienie*. W: Budd S, Rusbridger R, red. *Współczesna psychoanaliza brytyjska*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2008, s. 231–249.
8. Prochaska JO, Norcross JC. *Systemy terapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 2006.
9. Cechnicki A. *Co jest istotne w psychospołecznym leczeniu schizofrenii*. W: Bomba J, red. *Schizofrenia, różne konteksty, różne terapie*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000, s. 37–47.
10. Catty J, Winfield H, Clement S. *The therapeutic relationship in secondary mental health care: a conceptual review of measures*. Acta Psychiatr. Scand. 2007; 116 (4): 238–252.
11. Laplanche J, Pontalis JB. *Słownik psychoanalizy*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1996.
12. Evans-Jones C, Peters E, Barker C. *The therapeutic relationship in CBT for psychosis: client, therapist and therapy factors*. Behav. Cogn. Psychother. 2009; 37: 527–540.

13. Castonguay LG, Constantino MJ, Holtforth MG. *The working alliance: Where are we and where should we go?* Psychother. Theory Res. Pract. Train. 2006; 43 (3): 271–279.
14. Crits-Christoph P, Gibbons MBC, Hearon B. *Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance.* Psychother. Theory Res. Pract. Train. 2006; 43 (3): 280–285.
15. Prot-Klinger K, Pawłowska M. *Jak mierzyć skuteczność leczenia środowiskowego.* Post. Psychiatr. Neurol. 2008; 17 (3): 229–233.
16. McCabe R, Röder-Wanner U-U, Hoffmann K, Priebe S. *Therapeutic relationships and quality of life: association of two subjective constructs in schizophrenia patients.* Int. J. Soc. Psychiatry 1999; 45 (4): 276–283.

Adres: Małgorzata Sosnowska
Zespół Leczenia Domowego
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 9

Otrzymano: 16.12.2010
Zrecenzowano: 3.02.2011
Otrzymano po poprawie: 7.03.2011
Przyjęto do druku: 9.05.2011

informacja o leku Olzapin