

Antonina Bryniarska¹, Barbara Wojszel¹, Barbara Józefik¹, Lech Popiołek²

„Co się dzieje z moim dzieckiem?” Sposób rozumienia doświadczeń dziecka przez rodziców w trakcie stacjonarnego leczenia jadłowstrętu psychicznego. Wzmacnianie zrozumienia rodziców dzięki współpracy z personelem medycznym

“What is happening to my child?” Parental understanding of the child’s experiences during inpatient treatment of anorexia nervosa, strengthened by cooperation with medical personnel

¹ Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej, Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków, Polska

² Instytut Psychologii, Katedra Psychopatologii i Psychoprofilaktyki, Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, Kraków, Polska

Adres do korespondencji: Antonina Bryniarska, Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej, Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków, e-mail: antonina.bryniarska@uj.edu.pl

¹ Laboratory of Psychology and Systemic Psychotherapy, Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland

² Institute of Psychology, Department of Psychopathology and Preventive Psychology, Ignatianum University in Krakow, Krakow, Poland

Correspondence: Antonina Bryniarska, Laboratory of Psychology and Systemic Psychotherapy, Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, Jagiellonian University Medical College, Kopernika 21a, 31-501 Krakow, Poland, e-mail: antonina.bryniarska@uj.edu.pl

ORCID iDs

1. Antonina Bryniarska <https://orcid.org/0000-0003-3941-6962>

2. Barbara Wojszel <https://orcid.org/0000-0001-9711-890X>

3. Barbara Józefik <https://orcid.org/0000-0001-6310-792X>

4. Lech Popiołek <https://orcid.org/0000-0002-1638-143X>

Streszczenie

Wprowadzenie i cel: W trakcie hospitalizacji dziecka z jadłowstrętem psychicznym rodzice są obciążeni emocjonalnie, a jednocześnie odpowiedzialni za podejmowanie decyzji medycznych; dlatego jakość współpracy z personelem medycznym ma kluczowe znaczenie. W prezentowanym badaniu starano się odpowiedzieć na pytania, w jaki sposób rodzice rozumieją doświadczenia dziecka w tym szczególnym kontekście i jak personel medyczny może ich wspierać w tym procesie. **Materiał i metody:** Analizie poddano dokumentację medyczną dwóch nastoletnich pacjentek hospitalizowanych z powodu jadłowstrętu psychicznego. Rodziny wyloniono z większego projektu dotyczącego współpracy z personelem medycznym; jedna z nich była postrzegana jako współpracująca w korzystny sposób, a druga – jako zmagająca się ze współpracą. Aby dogłębnie zrozumieć badane zjawisko, zastosowano metody jakościowe: badanie konsensualne (*consensual qualitative research*) i porównawcze studium przypadku (*comparative case study*). **Wyniki:** Zestawienie dwóch przypadków klinicznych wykazało, że rodzina współpracująca i rodzina zmagająca się ze współpracą różniły się pod względem efektywnego rozumienia dziecka (liczba skutecznych prób: 22 vs 4, liczba niepowodzeń: 6 vs 14). Co więcej, rodzice zmagający się ze współpracą trafnie rozumieli głównie kwestie związane z objawami zaburzeń. **Wnioski:** Multidyscyplinarne interwencje personelu pozwoliły opiekunom prawnym na poszerzenie rozumienia dziecka. Lepsze rozumienie wewnętrznego świata nastolatki przez rodziców miało korzystny wpływ na proces leczenia.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny, psychiatria dzieci i młodzieży, współpraca, konsultacje rodzinne, badania jakościowe

Abstract

Introduction and objective: During the inpatient treatment of children with anorexia nervosa, their parents are emotionally burdened and, at the same time, responsible for making key medical decisions; thus, the quality of cooperation with medical personnel is crucial for the treatment outcome. This study aimed to investigate how parents understand the child’s experiences in this particular context and how medical staff may support them in this process. **Materials and methods:** The medical records documenting the hospitalisation of two adolescent patients for anorexia nervosa were reviewed. The families were selected from a larger project studying cooperation with medical staff: one perceived as cooperating in a beneficial way and the other struggling with collaboration. In order to obtain an in-depth understanding of the studied phenomenon, qualitative methods were used, including the comparative case study approach and consensual qualitative research methodology.

Results: Comparing the two clinical cases, it was found that the cooperating family and the one struggling with collaboration differed in their understanding of the child (22 vs. 4 in effective attempts and 6 vs. 14 in failure examples). The second parental couple's comprehension regarded mostly symptoms. **Conclusions:** The personnel's multidisciplinary interventions helped the legal guardians to build their understanding. Better parental understanding of the child's inner world had a beneficial effect on the treatment process.

Keywords: anorexia nervosa, child and adolescent psychiatry, cooperation, family consultations, qualitative research

WPROWADZENIE

Międzynarodowe wytyczne dotyczące praktyki klinicznej zalecają terapię rodzinną jako kluczowy element leczenia jadłowstrętu psychicznego (*anorexia nervosa*, AN) wśród nastolatków (National Institute for Health and Care Excellence, 2020), a metaanalizy wskazują, że uwzględnienie rodziny w leczeniu jest jedyną interwencją skuteczną w zakresie długotrwałej remisji objawowej w AN (Datta *et al.*, 2023; Monteleone *et al.*, 2022; Richards *et al.*, 2018). Chociaż ciężkie przypadki AN leczą się w warunkach stacjonarnych, aktualne zalecenia odnośnie do pracy z rodziną koncentrują się głównie na leczeniu ambulatoryjnym (Hay *et al.*, 2019).

Podczas hospitalizacji dziecka rodzice i personel medyczny mają identyczny cel: osiągnięcie poprawy objawowej u pacjenta. Ich współpraca jest zatem konieczna i wpływa na powodzenie leczenia, ale niekiedy może być utrudniona przez różnorodne czynniki (Bryniarska *et al.*, 2022).

Wyzwaniami dla rodziców bywają zrozumienie egosyntonicznych cech AN (Couturier i Lock, 2006) oraz rozpoznawanie przekonania pacjentów, że nie są chorzy (Guarda *et al.*, 2007), lub postrzegania przez nich konsekwencji AN jako pozytywnych i adaptacyjnych (Abbate-Daga *et al.*, 2013). Rodzice mogą nie rozumieć mechanizmów zaburzeń odżywiania i przeżywać trudne emocje z powodu długiej hospitalizacji dziecka (Kästner *et al.*, 2018).

CEL BADANIA

Prezentowane tu badanie stanowi część większego projektu dotyczącego współpracy między rodzicami młodych pacjentów a personelem medycznym. Niniejszy artykuł jest próbą spojrzenia przez mikroskop na zjawisko rozumienia przez rodziców doświadczeń dziecka w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej. Zamierzeniem autorów było zbadanie, w jaki sposób rodzice mogą postrzegać stany psychiczne swojego dziecka w tym szczególnym czasie, jak rozumieją jego doświadczenia i czy sprawia im to trudności. Kolejny cel pracy to opisanie, jak personel może reagować, aby wspierać rodziców w krytycznych momentach. W analizach poddano refleksji pytanie, czy jakość współpracy może mieć wpływ na proces leczenia.

MATERIAŁ I METODA

Uczestnicy

W badaniu wykorzystano rzeczywiste dane kliniczne pochodzące z programu AMMS (Asseco Medical Management Solutions), w którym prowadzona jest dokumentacja medyczna Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie.

Uczestnicy badania zostali zrekrutowani spośród personelu medycznego pracującego w latach 2017–2020

| | Zmienne | Wiktoria | Katarzyna |
|-------------------------|--|----------|-----------|
| Przed hospitalizacją | Czas trwania objawów [tygodnie] | 7 | 16 |
| | Waga minimalna [kg] | 42,4 | 42,8 |
| | Waga maksymalna [kg] | 51 | 53 |
| | Wzrost [cm] | 167 | 161 |
| | BMI przy przyjęciu [kg/m ²] | 15,2 | 16,7 |
| | Bradykardia przy przyjęciu | Tak | Nie |
| | Liczba poprzednich hospitalizacji z powodu jadłowstrętu psychicznego | 0 | 0 |
| Przebieg hospitalizacji | Czas trwania hospitalizacji [dni] | 108 | 72 |
| | Liczba przepustek do domu | 5 | 2 |
| | Liczba indywidualnych sesji terapeutycznych | 22 | 13 |
| | Liczba konsultacji rodzinnych | 5 | 5 |
| | Stosowanie neuroleptyków | Tak | Nie |
| | Stosowanie leków przeciwdepresyjnych | Tak | Tak |
| | Stosowanie benzodiazepin | Nie | Tak |

Tab. 1. Opis próby pod względem objawów zaburzeń odżywiania i przebiegu procesu hospitalizacji

| | L | Przykłady surowych danych | L | Przykłady surowych danych |
|------------------------|----|--|----|---|
| Trafne rozumienie | 22 | (W-a) „Rodzice opisują Wiktorię jako spokojniejszą i opanowaną. Zauważają jej wrażliwość oraz większe umiejętności radzenia sobie z emocjami” (W-b) „Jako przyczynę trudności córki matka wskazuje przeciążenie jej przez obowiązki domowe, silną wrażliwość, nieszczęśliwe zauroczenie, opinie innych” | 4 | (K-a) „Mama opisuje sytuacje wskazujące na nasilanie się objawów żywieniowych w sytuacjach trudnych emocjonalnie” (K-b) „Rodzice opisują nastrój Katarzyny jako miernie obniżony” |
| Trudności w rozumieniu | 6 | (W-c) Matka do Wiktorii: „Nie będę się złościć, jeśli mi wszystko będziesz mówić” (W-d) „[Wiktoria] Mówi o słowach matki, że pozostanie jej w oddziale zniszczy święta całej rodzinie, która będzie musiała dojeżdżać do Krakowa i zabierać ją na całonocne spacery” | 14 | (K-c) „Próby drapania się przedmiotami rodzice rozumieją jako kopiowanie zachowań innych pacjentów” (K-d) „Ojciec przeżywa zachowania córki jako niepodporządkowanie, szczególnie gdy nie przyjmuje ona oczekiwań realizacji kontraktu wedle potrzeb rodziców” |

Tab. 2. Kategorie rozumienia dziecka przez rodziców – liczebność (L) i przykłady danych z dokumentacji medycznej

w stacjonarnym Oddziale Psychiatrycznym Szpitala św. Ludwika dla młodzieży poniżej 14. roku życia. W obu przypadkach konsultacje indywidualne i spotkania rodzinne prowadził ten sam psychoterapeuta w trakcie szkolenia psychodynamiczno-systemowego. Dodatkowo ośmiu lekarzy i osiem pielęgniarek sporządzało codzienne raporty z procesu leczenia. Wiarygodność porównania wynika z faktu, że oba przypadki opisali ci sami autorzy, należy jednak wziąć pod uwagę, iż opis może zawierać ich własną interpretację.

Metody badawcze

Badanie opierało się na dokumentacji medycznej i miało na celu przedstawienie kontrastujących przykładów współpracy. Ze względu na pytania badawcze o „jak” i „dlaczego” hospitalizacji analizę pogłębił przez zastosowanie konsensualnych badań jakościowych (*consensual qualitative research*, CQR) (Hill *et al.*, 2005) i porównawczego studium przypadku (*comparative case study*, CCS) (Goodrick, 2014). Dane analizowane w CQR obejmują słowa, narracje i historie, a nie liczby. W badaniu wykorzystano podejście służące do rozróżniania kategorii rozumienia dziecka (Hill i Knox, 2021). CCS – specjalnie zaprojektowana 6-etapowa procedura, stosowana w wielu dziedzinach nauki do porównywania przypadków – pozwala badaczom na generowanie nie tylko bogatego opisu, ale przede wszystkim dogłębnego, kontekstualnego rozumienia (Campbell, 2010). W prezentowanym badaniu procedura CCS umożliwiła prześledzenie dynamiki współpracy między personelem a rodzicami w kluczowych momentach hospitalizacji.

Dane mają strukturę narracyjną, a zgromadzone materiały obejmują wywiad lekarski przy przyjęciu, raporty dzienne – lekarskie (1 dziennie) i pielęgniarskie (2 dziennie), 5 notatek z konsultacji rodzinnych w każdym przypadku oraz 13 lub 22 notatki z indywidualnych spotkań terapeutycznych. W sumie przeanalizowano 585 zapisów; wybrano fragmenty dotyczące rozumienia dziecka, następnie poddane szczegółowej analizie. Każdy zapis zawierał od jednego do kilkunastu zdań, przy czym notatki ze spotkań rodzinnych były obszerniejsze, do 37 zdań, a z wywiadu przeprowadzonego przy przyjęciu – jeszcze dłuższe.

Procedura

Zasadniczą część analizy jakościowej została przeprowadzona niezależnie przez dwóch autorów, z nadzorem trzeciego badacza – eksperta. Przeanalizowano małe fragmenty materiału, aby zbadać, w jaki sposób personel medyczny opisuje rozumienie dziecka przez rodziców i próbuje wspierać ten proces. Zgodnie z zasadami analizy konsensualnej na każdym etapie ostateczne decyzje podejmowano w wyniku dyskusji między badaczami (Walker i Lloyd, 2011). Szczegółowy opis procedury CQR zastosowanej w projekcie można znaleźć w pracy Bryniarskiej i wsp. (2022).

W analizie porównawczej zastosowano znaną z literatury 6-stopniową metodologię (Goodrick, 2014). Najpierw określono cel badawczy, podany powyżej. Następnie zidentyfikowano podejścia teoretyczne, do których odwoływano się w ramach konceptualizacji przypadków: podejście systemowe oraz ważność współpracy między członami rodziny a profesjonalistami (Johns *et al.*, 2019). Trzeci etap polegał na określeniu przypadków – zostały one wybrane na podstawie doboru celowego (Kaarbo i Beasley, 1999), z uwzględnieniem podobieństw w rozwoju objawów oraz przebiegu procesu leczenia (tab. 1). W kolejnym kroku zidentyfikowano wszystkie fragmenty dokumentacji odnoszące się do omawianego zagadnienia. Dzięki wykorzystaniu zróżnicowanych źródeł danych możliwe było uwzględnienie perspektywy czasowej, przykładowo poprzez śledzenie, które interwencje personelu następowały po konkretnych zdarzeniach. Alternatywne wyjaśnienia, takie jak wpływ rówieśników czy stan psychiczny członków rodziny, zostały rozważone, jednak nie znaleziono innej istotnej zmiennej mającej wpływ na przebieg leczenia. Ostatni etap – raportowanie wyników – przeprowadzono osobno dla każdego przypadku, bazując na istotnych, uważnie wybranych zdarzeniach, w trakcie których zdolności rodziców do rozumienia dziecka były ograniczone, na co personel zareagował w odpowiedni sposób.

Rodziny wybrano z większego projektu analizującego proces leczenia stacjonarnego młodych nastolatków z rozpoznaniem AN (Bryniarska *et al.*, 2022). Badanie miało na celu przedstawienie kontrastujących przykładów współpracy z personelem medycznym, dlatego

z poprzedniej części projektu wyłoniono jedną rodzinę borykającą się ze współpracą i jedną współpracującą w sposób korzystny (Bryniarska *et al.*, 2022).

Do analizy wybrano dwie rodziny nuklearne; obie pary rodziców pozostawały w małżeństwie, wszyscy rodzice byli w wieku około 40 lat, matki miały wykształcenie średnie, ojcowie – wykształcenie podstawowe, każda z osób miała dwójkę lub trójkę rodzeństwa. Obie pacjentki, Wiktoria (13 lat, uczennica klasy VI) i Katarzyna (12 lat, uczennica klasy VII), ilościowo i jakościowo ograniczały jedzenie, samodzielnie wywoływały wymioty lub się przeczyszczały, a Katarzyna dodatkowo wychładzała swoje ciało. U obu doszło do zatrzymania miesiączki. Tuż przed przyjęciem pacjentki były hospitalizowane w szpitalu pediatrycznym, ale żadnej z nich nie karmiono tam przez sondę. Na oddziale psychiatrycznym obydwie nastolatki leczono według identycznego modelu, jednak u każdej leczenie miało inny przebieg (tab. 1).

Wszystkie dane zostały zanonimizowane, użyto pseudonimów i zebrano wszystkie niezbędne zgody: ordynatora oddziału, dyrektorów szpitala i Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (zgoda nr 1072.6120.168.2020). Otrzymano także pisemną zgodę rodziców pacjentek.

WYNIKI

Jak rodzice rozumieją swoje dziecko?

W tab. 2 zamieszczono przykładowe wypowiedzi sformułowane przez rodziców pacjentek w chwilach, kiedy odnosili oni sukces w próbach rozumienia dziecka, jak również wypowiedzi świadczące o trudnościach z rozumieniem. Termin „trafne rozumienie” odnosi się do danych opisujących reakcje korzystne w procesie leczenia dziecka, a „trudności w rozumieniu” – do danych świadczących o trudnościach rodzicielskich. Różnice między rodzicami obu pacjentek okazały się znaczące (trafne rozumienie w 22 vs 4 przypadkach).

Jak wspierać rozumienie dziecka przez rodziców?

Mimo opisanych różnic w obu rodzinach wystąpił moment trudności rodzicielskich w rozumieniu dziecka. Poniżej na podstawie indywidualnych przypadków omówiono okoliczności wystąpienia kryzysu oraz wskazano, jakie interwencje zostały zastosowane przez personel, aby na niego odpowiedzieć.

Wiktoria

Pacjentka podczas psychoterapii indywidualnej mówiła o „lęku przed oczekiwaniami i presją ze strony rodziny. [...] Rodzina naciskała na nią, aby »starła się bardziej«, osiągając wagę wymaganą do wypisu. Z drugiej strony Wiktoria stawiała opór, mówiąc o swoim braku gotowości do tak szybkiego przyrostu”.

Następnego dnia można było zaobserwować zachowanie rodzica korespondujące z obawami dziecka. Lekarz dyżurny

odnotował, że dziewczynka „była karmiona przez matkę podczas wizyty, najprawdopodobniej w celu uzyskania wagi kolejnego etapu”. Zapewniono natychmiastową interwencję pielęgniarek: „Zwrócono uwagę matce, że to za dużo w zbyt krótkim czasie”.

Kolejnego dnia odbyło się spotkanie rodzinne, w trakcie którego skupiono się na rozumieniu dziecka przez rodziców. Interwencja została przeprowadzona w kilku logicznych krokach. Najpierw omówiono z rodzicami poczucie presji występujące u dziewczynki, która „postrzegała swoje dotychczasowe wysiłki jako niewystarczające”. Następnie zinterpretowano „ambiwalencję pacjentki dotyczącą kwestionowania własnych potrzeb z powodu chęci zadowolenia innych”. W związku z powyższym szczególną uwagę zwrócono na incydent z poprzedniego dnia, kiedy matka przekarmiła córkę w trakcie wizyty. W tym kontekście „omówiono z rodzicami wpływ ich własnych oczekiwań na relacje z córką”. Pod koniec spotkania zaproszono również pacjentkę. Wiktoria mówiła o swoim niepokoju związanym z leczeniem ambulatoryjnym, które „będzie ją złościć, a wyrażanie złości utożsamia z utratą relacji rodzinnych – zwłaszcza z ojcem”.

Hospitalizacja w oddziale stacjonarnym stworzyła wyjątkowe okoliczności do współpracy. Opisane wyżej interwencje terapeutyczne koncentrowały się na budowaniu autonomii dziecka poza objawami anorektycznymi, angażując rodziców w proces przez wzmacnianie ich zdolności rozumienia dziecka. Dzięki przepływowi informacji między specjalistami sytuacja mogła zostać omówiona na spotkaniu rodzinnym, podczas którego personel stworzył przestrzeń do refleksji, wyjaśnił motywy zakazu nagłego karmienia oraz starał się opisać rodzicom uczucia i intencje dziewczynki. Trzy tygodnie później pacjentka w indywidualnej rozmowie z psychoterapeutą mówiła o większym poczuciu samoświadomości i autonomii: „Wiktoria [...] odnosi się do procesu leczenia – przedstawia zmiany, jakie w sobie zauważa. Mówi o większej śmiałości, możliwości bycia z kimś blisko, a jednocześnie stawiania granic dla swojej prywatności, możliwości wyrażania emocji bez obawy o utratę bliskich”.

Katarzyna

Katarzyna płakała po wizycie matki i nie chciała rozmawiać ani z lekarzem, ani z pielęgniarkami – pocieszenia szukała w grupie rówieśniczej. Lekarz dyżurny skontaktował się z rodzicami, aby zrozumieć ostatnie wydarzenia, i usłyszał, że „Katarzyna zdenerwowała się z powodu zdjęć w telefonie matki – według matki są to normalne zdjęcia Katarzyny, które zostały zrobione za jej wiedzą. Matka nie wie, co mogło być przyczyną złośliwości córki”. Personel medyczny zauważył dyskomfort pacjentki i zareagował, odpowiadając na jej potrzeby m.in. poprzez działania wobec rodziców. Trzy dni później, podczas terapii indywidualnej, dziewczynka „wspomina o poczuciu niezrozumienia ze strony rodziców. Koncentruje się na ich złości, określanej jako przytłaczająca. Omawia zaangażowanie rodziców w proces leczenia i budowanie ich zrozumienia dla choroby”.

Dzięki możliwości indywidualnego kontaktu z psychoterapeutą Katarzyna była w stanie zidentyfikować i opisać swoje emocje i potrzeby wobec rodziców. Tego samego dnia, w trakcie pierwszej konsultacji rodzinnej, „rodzice otrzymują psychoedukację na temat zaburzeń odżywiania, form wsparcia i równoległej pracy z rodziną”.

W powyższym fragmencie wyraźnie widać, jak trudności w rozumieniu w relacji rodzic–dziecko wpłynęły na stan psychiczny dziewczynki oraz spowodowały poczucie bezradności, bezsilności i braku kompetencji u rodzica. Przedstawiona sytuacja ujawniła również trudności matki w wyobrażeniu sobie wewnętrznego świata córki. Na spotkaniu rodzinnym psychoterapeuta starał się pogłębić rozumienie objawów anoreksji związanych z zaburzonym obrazem ciała i podkreślał rolę wsparcia rodzicielskiego w procesie leczenia, co może być postrzegane jako doświadczenie korektywne.

W późniejszym okresie hospitalizacji widoczne były efekty poprawy komunikacji między Katarzyną a rodzicami, co opisał psychoterapeuta indywidualny: „Katarzyna jest bardziej pogodna. Zauważyła pozytywną zmianę nastroju. Relacjonuje, że jej matka podjęła wyraźny wysiłek, koncentrując się na zmianie komunikacji z Kasią (mniej krzyków ze strony matki – mniej poczucia winy i złości ze strony Katarzyny). Zauważa zmniejszenie poziomu napięcia i poprawę snu”.

OMÓWIENIE

Wielu badaczy opisuje rodzinę jako główny zasób gwarantujący dobrostan dziecka, szczególnie w sytuacjach kryzysowych, takich jak choroba lub hospitalizacja (Carbonell *et al.*, 2020). Prezentowane tutaj badanie dotyczy triadologii (Jespers, 2022) między młodym pacjentem, rodzicami i personelem medycznym.

Stacjonarna hospitalizacja psychiatryczna może być postrzegana jako wyzwanie (Kästner *et al.*, 2018) i jako szansa (Bryniarska *et al.*, 2022). Jak pokazuje powyższa analiza, dobrze skonstruowany model 24-godzinnej opieki medycznej, intensywnej pracy terapeutycznej i współdziałanie specjalistów różnych specjalności mogą być korzystne nie tylko dla procesu leczenia, ale także dla relacji wewnątrzrodzinnych. Jest to możliwe do osiągnięcia dzięki interwencjom, w które włączeni są lekarze, pielęgniarki i psychoterapeuci pracujący w oddziale.

Badanie wykazało różnicę między rodziną współpracującą a rodziną mającą trudności ze współpracą. Mimo to w leczeniu obu pacjentek wystąpił krytyczny moment związany z faktem, że rodzice niewystarczająco rozumieli mechanizmy chorobowe, zaburzony obraz ciała dziecka czy zasady restytucji masy ciała. W momentach kryzysowych szybkie i adekwatne interwencje personelu pomagały rodzicom przezwyciężyć trudności. Obserwacja ta ma implikacje kliniczne: być może rodziny doświadczające trudności we współpracy z personelem medycznym potrzebują jeszcze więcej aktywności ze strony personelu. Wśród klinicystów

pojawia się niekiedy narracja dotycząca „trudnej rodziny” (White i Epston, 1991), mogąca służyć do budowania emocjonalnego dystansu między specjalistami a rodzicami. Niniejsze badanie sugeruje, że zaobserwowanie trudności występujących w rodzinie może być pomocne – ukierunkowuje bowiem uwagę profesjonalistów na potrzebę szczególnej opieki i gotowości do adekwatnych interwencji. Może też być dla pracowników medycznych cenną wskazówką, że trudne zachowania rodziców niekoniecznie świadczą o niechęci do wspierania procesu leczenia, ale wynikają raczej z braku rozumienia i – w rezultacie – z poczucia zagubienia. W oddziałach stacjonarnych psychoterapeuci odgrywają szczególną rolę w łączeniu personelu, rodziców i dziecka. Integrują i dostosowują różne perspektywy, jednocześnie wzmacniając wzajemne zrozumienie, co okazuje się szczególnie ważne w momentach kryzysowych, gdy atmosfera współpracy jest napięta. Jak ukazano na podstawie opisanych przypadków, podczas konsultacji rodzinnych psychoterapeuta zachęca rodziców do pogłębionego rozumienia dzieci w szerszej perspektywie – poprzez psychoedukację na temat objawów choroby i znaczenia emocji dla codziennego funkcjonowania. Terapeuta koncentruje się też na momentach krytycznych i stara się podkreślić perspektywę pacjenta. Badania wykazują, jak ważna dla rodziców jest wspierająca rola pracownika służby zdrowia, który rozumie zaburzenia odżywiania (Gilbert *et al.*, 2000). W poprzednim badaniu wchodzącym w skład projektu udowodniono, że stworzenie warunków do wyrażania wątpliwości chroniło przed wycofaniem się lub wypisaniem na żądanie (Bryniarska *et al.*, 2022).

Zagłębianie się w wewnętrzny świat dziecka i próbę zrozumienia jego doświadczeń można również nazwać mentalizacją (Bateman i Fonagy, 2013). Status epistemologiczny danych klinicznych nie pozwolił na bezpośrednie zbadanie procesu mentalizacji, jednak możliwe było ukazanie, jak rodzice rozumieją swoje dzieci w konkretnych momentach. Interesujące, że gdy rodzicom zmagającym się ze współpracą udało się wyobrazić sobie wewnętrzny świat dziecka, dotyczyło to głównie objawów, co można odnosić do znanych mechanizmów utrwalających AN (Józefik i Iniewicz, 2004). Zbadano także, w jaki sposób personel pomaga rodzicom przekroczyć własną perspektywę, która jest chwilowo zawężona, i jak stymuluje rodzicielskie „mięśnie mentalizacji” (Bateman i Fonagy, 2019).

WNIOSKI

Metodologia porównawczego studium przypadku nie pozwala na wnioskowanie na poziomie ogólnym, umożliwia jednak pogłębioną obserwację złożoności interakcji zachodzących podczas hospitalizacji dziecka w triadologii specjalistów, pacjentów i rodziców. Wskazówką dla klinicystów może być obserwacja, iż trudne zachowanie rodziców nie musi wynikać z niechęci do wspierania procesu leczenia, lecz bywa związane z brakiem rozumienia, powodującym zagubienie lub zdziwienie. Warto zbadać opisane zjawiska

na większej próbie. W dalszych badaniach cenne byłoby również poszerzenie metodologii – połączenie kwestionariuszy ilościowych z samoopisowymi i obserwacyjnymi badaniami jakościowymi.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść niniejszej publikacji i/lub rościć sobie prawa do autorstwa niniejszej publikacji.

Wkład autorów

Koncepcja i projekt badania: AB, BW, BJ. Gromadzenie i/lub zestawianie danych: AB, BW, LP. Analiza i interpretacja danych: AB, BW, BJ. Napisanie artykułu: AB, BW, BJ. Krytyczne zrecenzowanie artykułu: AB, BW, BJ. Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: AB, BW, BJ.

Piśmiennictwo

- Abbate-Daga G, Amianto F, Delsedime N et al.: Correction: Resistance to treatment and change in anorexia nervosa: a clinical overview. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 294.
- Bateman A, Fonagy P: Mentalization-based treatment. *Psychoanal Inq* 2013; 33: 595–613.
- Bateman AW, Fonagy P (eds.): *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Publishing, 2019.
- Bryniarska A, Wojszel B, Popiołek L et al.: Young adolescents with anorexia nervosa – the cooperation between parents and medical personnel in stationary treatment. *The American Journal of Family Therapy* 2022. DOI: 10.1080/01926187.2022.2071356.
- Campbell S: Comparative case study. In Mills AJ, Durepos G, Wiebe E (eds.): *Encyclopedia of Case Study Research*. SAGE Publications, 2010: 174–176.
- Carbonell Á, Navarro-Pérez JJ, Mestre MV: Challenges and barriers in mental healthcare systems and their impact on the family: a systematic integrative review. *Health Soc Care Community* 2020; 28: 1366–1379.
- Couturier JL, Lock J: Denial and minimization in adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 212–216.
- Datta N, Matheson BE, Citron K et al.: Evidence based update on psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2023; 52: 159–170.
- Gilbert AA, Shaw SM, Notar MK: The impact of eating disorders on family relationships. *Eat Disord* 2000; 8: 331–345.
- Goodrick D: Comparative Case Studies. *Methodological Briefs: Impact Evaluation 9*. UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence 2014. Available from: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/brief_9_comparativecasesstudies_eng.pdf.
- Guarda AS, Pinto AM, Coughlin JW et al.: Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 108–114.
- Hay PJ, Touyz S, Claudino AM et al.: Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 1: CD010827.
- Hill CE, Knox S: *Essentials of Consensual Qualitative Research*. American Psychological Association, 2021.
- Hill CE, Knox S, Thompson BJ et al.: Consensual qualitative research: an update. *J Couns Psychol* 2005; 52: 196–205.
- Jaspers I: Child and adolescent psychiatric units: from working for parents to working with parents. 11th Conference of the European Family Therapy Association: Systemic Resonances and Interferences, Ljubljana, Slovenia, 7–10 September 2022.
- Johns G, Taylor B, John A et al.: Current eating disorder healthcare services – the perspectives and experiences of individuals with eating disorders, their families and health professionals: systematic review and thematic synthesis. *BJPsych Open* 2019; 5: e59.
- Józefik B, Iniewicz G: Czynniki rodzinne jako czynniki ryzyka i mechanizmy podtrzymujące w anoreksji i bulimii psychicznej. *Przegl Lek* 2004; 61: 1288–1290.
- Kaarbo J, Beasley RK: A practical guide to the comparative case study method in political psychology. *Polit Psychol* 1999; 20: 369–391.
- Kästner D, Löwe B, Weigel A et al.: Factors influencing the length of hospital stay of patients with anorexia nervosa – results of a prospective multi-center study. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 22.
- Monteleone AM, Pellegrino F, Croatto G et al.: Treatment of eating disorders: a systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neurosci Biobehav Rev* 2022; 142: 104857.
- National Institute for Health and Care Excellence: *Eating disorders: recognition and treatment*. 2020. NICE guideline, NG69. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>.
- Richards IL, Subar A, Touyz S et al.: Augmentative approaches in family-based treatment for adolescents with restrictive eating disorders: a systematic review. *Eur Eat Disord Rev* 2018; 26: 92–111.
- Walker S, Lloyd C: Barriers and attitudes health professionals working in eating disorders experience. *Int J Ther Rehabil* 2011; 18: 383–390.
- White M, Epston D: *Narrative Means to Therapeutic Ends*. W. W. Norton, 1991.