

TERAPIA PAR JAKO NARZĘDZIE PRZECIWDZIAŁANIA DYSFUNKCJI RODZINY

MONIKA FRĄCKOWIAK-SOCHAŃSKA

ABSTRACT. Frąckowiak - Sochańska Monika, Terapia par jako narzędzie przeciwdziałania dysfunkcji rodziny (Marital therapy as a method of prevention of dysfunctions of family). Dysfunkcje rodziny. Roczniki Socjologii Rodziny, XXI, Poznań 2011. Adam Mickiewicz University Press, pp. 185-212, ISBN 978-83-232-2390-0. ISSN 0867-2059. Text in Polish with a summary in English.

Monika Frąckowiak - Sochańska, Instytut Socjologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza (Institute of Sociology Adam Mickiewicz University), ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań, Poland.

1. WPROWADZENIE

Celem niniejszego artykułu jest przegląd oraz krytyczna analiza wybranych nurtów terapii par¹. Istotną część tekstu stanowi prezentacja zarówno wiodących paradygmatów terapeutycznych, jak i kierunków mających status niszowych. Jej ramy wyznacza teza, iż szeroko rozumianą terapię małżeńską można potraktować jako metodę zapobiegania dysfunkcji rodziny oraz zaburzeń doświadczanych przez poszczególnych jej członków.

Zgodnie z założeniami systemowych teorii rodziny najważniejsze znaczenie dla całego systemu rodzinnego ma podsystem małżeński, który wraz z pojawieniem się dzieci zyskuje nowy wymiar – podsystemu rodzicielskiego. Jak twierdzi M. Plopa, jakość życia i zdrowie psychiczne wszystkich przedstawicieli systemu rodzinnego zależą od stopnia odczuwanego wsparcia, bliskości oraz umiejętności stosowania właściwych strategii w różnych sytuacjach konfliktowych nieodłącznie towarzyszących życiu rodzinnemu. Ponadto, „satysfakcja z małżeństwa wzbogaca poczucie sensu i szczęśliwości u każdego z małżonków i pośrednio u osób zależnych od nich, czyli dzieci. Brak tej satysfakcji może przyczyniać się do doświadczania przewlekłego stresu, pogłębiającej się dezintegracji systemu rodzinnego, a w konsekwencji może nawet doprowadzić do jego rozpadu”².

¹ Terminy „terapia małżeńska” i „terapia par” będą w niniejszym artykule używane wymiennie. Abstrahuję bowiem od rozróżnienia na związki sformalizowane i niesformalizowane.

² M. Plopa, *Psychologia rodziny. Teoria i badania*, Kraków 2011, Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 30 i 126-127. Zob. też: J.E. Jemmot, K. Maglorie, *Academic Stress, Social Support, and Secretary Immunoglobulin*, [w:] „A Journal of Personality and Social Psychology”, 55(1988), s. 803-810; M. Plopa, *Stres rozwo-*

W dominujących współcześnie rodzinach nuklearnych, relacja między partnerami stanowi swoistą matrycę interakcji. W toku socjalizacji pierwotnej, dzieci obserwują rodziców i ich wzajemne stosunki. Tym samym przyswajają wzory relacji interpersonalnych i kształtują wyobrażenia o bliskich związkach. Przekaz socjalizacyjny wyniesiony z rodzin pochodzenia może zatem ułatwiać bądź utrudniać nawiązywanie satysfakcjonujących więzi z innymi ludźmi.

W zależności od przyjętej perspektywy teoretycznej, źródeł zakłóceń relacji między partnerami można upatrywać między innymi w: nieświadomie powielanych wzorcach wyniesionych z rodzin pochodzenia oraz wczesnodziecięcych urazogennych relacjach z osobami bliskimi, zaburzonej wymianie wzmocnień pozytywnych i negatywnych, błędnych przekonaniach na temat partnera i jego intencji, nierealistycznych oczekiwań wobec związku, a także w deficytach w zakresie umiejętności komunikacyjnych i strategii rozwiązywania problemów³.

W rodzinach zmagających się z długotrwałymi, nierozwiązanymi konfliktami małżeńskimi istnieje ryzyko zaburzeń funkcji i struktury rodziny. Wśród nich wymienić należy: pomieszanie ról⁴, patologię granic pomiędzy podsystemami⁵ oraz pomiędzy rodziną a światem zewnętrznym⁶, a także trudności w wyregulowaniu dystansu interpersonalnego pomiędzy członkami rodziny⁷. Z danych klinicznych wynika, że zaburzenia psychiczne, takie jak np. depresja dzieci i młodzieży, zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia), czy zaburze-

dowy i niektóre jego uwarunkowania, [w:] Z. Łoś, A. Oleszkowicz (red), *Rozwój człowieka i jego zagrożenia w świetle współczesnej psychologii*, Wrocław - Lublin 1997.

³ V. Satir, *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, przekład: E. Ochmańska, M. Trzebiatowska, Gdańsk 2002, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 138. M. Płopa wśród powodów konfliktów małżeńskich wymienia także: nierównomierną wymianę (zaangażowanie partnerów oraz niepodzielanie przez partnerów istotnych wartości życiowych, nierównomierny podział obowiązków związanych z szeroko rozumianym prowadzeniem domu). Płopa, *Psychologia rodziny...*, op. cit., s. 32-33.

⁴ Przykład stanowi sytuacja, w której dorastające dzieci pełnią rolę opiekunów swoich rodziców, czy szerzej - są obarczane odpowiedzialnością za sprawy, z którymi z racji wieku i niewystarczających zasobów psychicznych nie potrafią sobie poradzić.

⁵ Z patologią granic wewnątrzrodziny mamy do czynienia zarówno w przypadku naruszenia granic i brakiem prywatności poszczególnych członków rodziny, jak i w przypadku nadmiernie szczelnych granic i manifestowanym jawnie dystansem interpersonalnym.

⁶ Podobnie jak w przypadku granic wewnątrzrodziny, zaburzone granice między rodziną a światem zewnętrznym mogą być nadmiernie szczelne lub rozmyte. W pierwszym przypadku rodzina izoluje się od świata zewnętrznego, a jej członkowie utrzymują bardzo ograniczone i powierzchowne relacje z osobami spoza rodziny. W drugim przypadku natomiast członkowie rodziny nie różnicują, kto należy, a kto nie do systemu rodzinnego, a prywatność rodziny jest poważnie naruszona.

⁷ Wzory interakcji przybierają w takim przypadku postać konfliktu „dążenie - unikanie”. Mamy tu do czynienia z mechanizmem błędnego koła. Członkowie rodziny mają poczucie osamotnienia, więc dążą do zwiększenia bliskości, lecz gdy to następuje, pojawiają się napięcia i lęk przed utratą autonomii, więc dystansują się od siebie i cały proces rozpoczyna się od nowa.

nia zachowania⁸ diagnozowane u jednostek pełniących często rolę „rodziny delegatów do patologii”⁹ z reguły pojawiają się w kontekście rodzinnym wyznaczonym przez obciążające relacje między partnerami (rodzicami).

Ryzyko zaburzeń w obrębie diady małżeńskiej wzrasta w pewnych krytycznych momentach w cyklu życia (rozwoju) pary i rodziny. Należą do nich m.in.: ciąża i narodziny dziecka, śmierć któregoś z członków rodziny, czy konieczność zamieszkania z rodzicem wymagającym stałej opieki. Na pojawienie się kryzysu w związku mają także wpływ okoliczności zewnętrzne wymuszające zmianę dotychczasowego funkcjonowania pary i rodziny (np. utrata pracy przez któregoś z małżonków, zmiana miejsca zamieszkania itd.). Konflikty doświadczane przez parterów w jednej płaszczyźnie funkcjonowania z łatwością przenoszą się na inne obszary, wywołując poczucie niezadowolenia, niepokoju, oraz osamotnienia¹⁰. W związku z powyższym psychoedukacja w zakresie dynamiki bliskich związków oraz przyswojenie przez partnerów umiejętności rozwiązywania pojawiających się problemów i konfliktów mogą pełnić funkcję profilaktyczną wobec różnorodnych zaburzeń doświadczanych przez poszczególne członków rodziny oraz przez rodzinę jako całość.

2. PROBLEMY MAŁŻEŃSKIE A JAKOŚĆ ŻYCIA UCZESTNIKÓW SYSTEMU RODZINNEGO

Zgodnie z przyjętymi powyżej założeniami, istnieje wyraźny związek pomiędzy poziomem satysfakcji ze związku małżeńskiego a różnymi wymiarami jakości życia całej rodziny oraz poszczególnych jej członków – zarówno partnerów, jak i dzieci. Z badań przeprowadzonych przez M. Płopę wynika, że małżonkowie niezadowoleni ze związku wykazywali niższe (średnio o kilka punktów) wskaźniki poczucia sensu życia w porównaniu z osobami odczuwającymi satysfakcję z małżeństwa¹¹. Niska jakość zwią-

⁸ Z zaburzeniami tymi współwystępują np. zaburzenia lękowe, czy uzależnienia substancjalne i niesubstancjalne.

⁹ Proces delegacji został opisany przez Helma Stierlina. Polega on na tym, że w razie kryzysu w systemie rodzinnym, zaburzeniami zdrowia psychicznego reaguje jego „najsłabsze ogniwo”, czyli jednostka, która w danym momencie ma relatywnie najmniej zasoby pozwalające radzić sobie z obciążeniami. Wyłonienie „rodzinnego delegata” pozwala z jednej strony odwrócić uwagę od zaburzeń całego systemu determinowanych z reguły przez konflikt między rodzicami. Z drugiej strony natomiast jednostka manifestująca objawy zaburzeń ma szansę na specjalistyczną pomoc, a „przy okazji” towarzysząca jej rodzina może również z tej pomocy skorzystać (np. kiedy rodzice przyprowadzają do terapeuty dziecko i jakoby „przy okazji” korzystają z możliwości konsultacji bądź terapii małżeńskiej). Por. F.B. Simon, H. Stierlin, *Słownik terapii rodzin*, Gdańsk 1998, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 50-54. Por. też: H. Stierlin, *Delegation und Familie*, Frankfurt 1978, Suhrkamp; F.B. Simon, H. Stierlin, *Słownik terapii rodzin*, przekład: M. Przyłipiak, K. Drat-Ruszczak, E. Suchar, E. Zubrzycka, Gdańsk 1998, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 50-54.

¹⁰ Płopa, op. cit., s. 30.

¹¹ Autor wziął pod uwagę następujące wymiary poczucia sensu życia: poczucie celu życia, ocenę

ku powoduje frustrację wielu istotnych potrzeb, m.in. potrzeby bezpieczeństwa, aprobaty społecznej, wymiany emocjonalnej, intymności, a także, w niektórych przypadkach, potrzeb samorealizacji (np. osiągnięć i poznania)¹². Partnerzy doświadczają natomiast działania różnorodnych czynników stresogennych.

Jakość związku małżeńskiego rodziców w znacznej mierze determinuje sytuację dzieci. Dobrze funkcjonujący związek stanowi bowiem dla partnerów istotne źródło emocjonalnego i instrumentalnego wsparcia w pełnieniu roli rodzica. „Emocjonalne wsparcie jest komunikatem dla małżonka-rodzica, że jest kochany, szanowany i ceniony, a to wpływa na stopień zaangażowania i cierpliwość, którą rodzic wnosi do relacji z dzieckiem. Instrumentalne wsparcie wiąże się ze stworzeniem takiego standardu życia, który pozwala na większe wydatkowanie energii w procesie opieki nad dzieckiem”¹³. Jak wynika z ustaleń empirycznych M. Plopy, partnerzy żyjący w szczęśliwych związkach częściej stosują spójne (jednolite) oddziaływania wychowawcze¹⁴, co w korzystny sposób wpływa na poczucie bezpieczeństwa dzieci.

Zaburzenia stosunków między rodzicami mogą powodować nadmierny dystans emocjonalny wobec dziecka bądź zbyt dużą koncentrację na nim. „Prezencje do współmałżonka mogą być przenoszone na dziecko (na przykład, gdy mąż dostrzega w córce cechy żony). W wyniku braku integracji małżeńskiej dziecko może być przedmiotem rozgrywki między rodzicami, co z kolei może doprowadzić do nieliczenia się z jego potrzebami. Z rozczarowania z życia w małżeństwie może wynikać postawa nadmiernej koncentracji na dziecku, której przyjęcie ma na celu kompensowanie braku szczęścia rodzinnego czy też braku któregoś z rodziców”¹⁵.

J. Belsky dokonał przeglądu wyników badań wskazujących na istnienie silnego związku między poziomem satysfakcji ze związku małżeńskiego a postawami rodzicielskimi. Na ich podstawie postawił tezę, iż rodzice tworzący relację małżeńską o słabej jakości mają bardziej negatywne nastawienia do rodzicielstwa. Są także mniej zaangażowani i wspierający w stosunku do swoich dzieci w porównaniu z rodzicami deklarującymi zadowolenie z małżeństwa. Zdolności rodziców do efektywnego spełniania potrzeb dzieci są zatem w znacznym stopniu związane ze zdolnością do kierowania małżeńskim konfliktem i stresem¹⁶.

wartości życia, ocenę siebie, stosunek do śmierci oraz wskaźnik ogólny (sumaryczny). Plopa, *Psychologia rodziny...*, op. cit., s. 173.

¹² Ibidem.

¹³ Ibidem, s. 249.

¹⁴ Ibidem, s. 310 i dalsze.

¹⁵ Ibidem, s. 262. J. Rostowski, *Zarys psychologii małżeństwa*, PWN, Warszawa 1987.

¹⁶ Plopa, op. cit. s. 249; J. Belsky, *The Determinants of Parenting: A Process Model*, [w:] "Child Development" 55 (1984), s. 83-96.

M. Plopa przywołuje tezę, zgodnie z którą „[...] rodzinny klimat wyznaczany przez małżeński konflikt i rodzicielskie postępowanie, które cechuje brak racjonalnego nadzoru, wrogość, odrzucenie lub stosowanie przymusu – sprzyja powstawaniu zaburzeń rozwojowych u dzieci, takich jak: agresywność, przestępczość, zaburzenia psychiczne, szkolne niepowodzenia, nadużywanie środków odurzających”¹⁷. Szczególnie silny związek zaobserwowano pomiędzy chronicznymi, intensywnymi konfliktami małżeńskimi rodziców a depresją dzieci i młodzieży oraz zaburzeniami odżywiania diagnozowanymi głównie u dorastających córek.

Jak twierdzą M. Seligman, D. Rosenhan i E. Walker, „dzieci doświadczają poczucia straty w momencie rozvodu i separacji rodziców, jak również podczas poprzedzającego te sytuacje wzburzenia”¹⁸. Powołując się na wyniki badań klinicznych, autorzy podają, że do najważniejszych przyczyn depresji dziecięcej należały kłótnie rodziców. Gwałtowne i przeciągające się konflikty między rodzicami podważają poczucie bezpieczeństwa dziecka. Ponadto burzliwe starcia pomiędzy małżonkami są powiązane z niekorzystnymi sytuacjami życiowymi, takimi jak m.in. separacja, czy problemy ekonomiczne, które również zwiększają ryzyko wystąpienia depresji¹⁹.

Dokładne testy psychologiczne ujawniły u dzieci tyle samo symptomów depresyjnych, co u dorosłych, łącznie ze spodziewanym deficytem intelektualnym²⁰. D.L. DuBois, R.D. Felner, C.L. Bartels, M.M. Silverman podają, że

¹⁷ Plopa, op. cit. 243. Zob też. G.M. Barnes, M.P. Farrel, *Parental Support and Control as Predictors of Adolescent Drinking, Delinquency, and Related Problem Behaviors*, „Journal of Marriage and the Family”, 54 (1992), s. 763-776.

¹⁸ M. Seligman, D. Rosenhan, E. Walker, *Psychopatologia*, tłumaczenie: J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Poznań 2003, Wydawnictwo Zysk i S-ka s. 279-280.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ S.H. Blumberg, C.E. Izard, *Affective and cognitive characteristics of depression in 10- and 11-year-old children*, [w:] „Journal of Personality and Social Psychology” 49 (1985), s. 194-202; N.J. Kaslow, R.L. Tannenbaum, L.Y. Abramson, C. Peterson, M. Seligman, *Problem solving deficits and depressive symptoms among children*, [w:] „Journal of Abnormal Child Psychology” 14(4) 1983, s. 497-502; M. Kovacs, A.T. Beck, *An empirical – clinical approach towards a definition of childhood depression*, [w:] A. Schullerbrand, A. Raven (red.), *Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models*, New York 1977, Raven Press.

Istnieją cztery grupy objawów depresji: zaburzenia nastroju, zaburzenia myślenia (zaburzenia poznawcze), zaburzenia motywacyjne oraz zaburzenia fizyczne (somatyczne). W międzynarodowej klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych DSM IV przyjmuje się, że aby zdiagnozować depresję, co najmniej 5 objawów należących do ww. grup musi utrzymywać się przez co najmniej 2 tygodnie. Do koniecznych do postawienia diagnozy symptomów należą: nastrój depresyjny, utrata zainteresowania dotychczasowymi formami aktywności oraz utrata odczuwania przyjemności. Ponadto mogą wystąpić następujące objawy: poczucie winy, niepokój, izolowanie się od innych ludzi, negatywny, zniekształcony obraz własnej osoby, negatywne nastawienie do przyszłości, branie na siebie odpowiedzialności za wszystkie niepowodzenia własne oraz negatywne zdarzenia z udziałem innych osób (przekonanie, że ponosi się winę za wszystko), trudności w utrzymywaniu aktywności typowej dla określonego wieku (praca, nauka, różne formy rozrywki, a w skrajnej postaci – niezdolność do wykonania nawet koniecznych czynności życiowych). Efektem depresji może także być deficyt intelektualny. Na poziomie objawów fizycznych mamy do czynienia z: pogorszeniem ogólnej kondycji zdro-

ryzyko zaburzeń nastroju typu depresyjnego zwiększa się w okresie adolescencji²¹. S. Nolen-Hoeksema, J. Gergus i M. Seligman przeprowadzili badania podłużne z udziałem 400 dzieci, które były obserwowane w okresie od trzeciej do szóstej klasy szkoły podstawowej. Badacze zauważyli, że 20 procent z nich ujawniło umiarkowane i silne symptomy depresyjne²².

Cierpiące na depresję nastolatki mają takie same objawy, jakie obserwuje się u dorosłych. Oprócz symptomów podstawowych, często obserwuje się, zwłaszcza u chłopców, postawy negatywistyczne, a nawet antyspołeczne. Do częstych oznak należą również niepokój ruchowy, „zrzedliwość”, agresja i silne pragnienie ucieczki z domu, a także dąsanie się, niechęć do współpracy w zakresie obowiązków domowych, kłopoty szkolne, wreszcie nadużywanie alkoholu i narkotyków²³.

U dzieci zmagających się z sytuacją kryzysową w systemie rodzinnym pojawiają się także symptomy nadpobudliwości reaktywnej przypominającej na poziomie zewnętrznych zachowań ADHD. Podobnie jak w przypadku ADHD, zespół objawów obejmuje nadruchliwość, trudności w koncentracji uwagi oraz impulsywność, jednak w odróżnieniu od tej jednostki chorobowej, zaburzone zachowania nie mają podłoża neurologicznego, lecz służą odreagowaniu przeżywanego przez dziecko napięcia. Niezależnie od etiologii, nadpobudliwość skutkuje różnorodnymi trudnościami w funkcjonowaniu w wielu kontekstach (w szkole, w rodzinie, w grupie rówieśniczej itd.).

Istnieje wiele źródeł wskazujących na związki pomiędzy dysfunkcjami w obrębie diady małżeńskiej a zaburzeniami odżywiania u dzieci²⁴. M. Selvini-Palazzoli analizowała rozwój relacji małżeńskiej w rodzinach anorektycznych. W związkach tych bycie dobrymi rodzicami przedkładane jest nad

wotnej i odporności, zanikiem apetytu, utratą zainteresowania aktywnością seksualną, zaburzeniami snu. W umiarkowanej i silnej depresji następuje spadek wagi ciała, natomiast w stanach łagodnych – wzrost wagi; Seligman i Rosenhan, Walker, op. cit., s. 271 i dalsze.

²¹ O ile w przypadku klinicznej depresji częstotliwość jej występowania u dzieci wynosiła niespełna 3 procent, o tyle w okresie dojrzewania jej powszechność wzrastała przynajmniej do 6,4 procent – Seligman i Rosenhan, Walker, op. cit., s. 279-280; D.L. DuBois, R.D. Felner, C.L. Bartels, M.M. Silverman, *Stability of self-reported depressive symptoms in a community sample of children and adolescents*, [w:] *Journal of Clinical Child Psychology*, 24 (4) 1995, s. 386-396.

²² Seligman i Rosenhan, Walker, op. cit. s. 279-280; S. Nolen-Hoeksema, J. Gergus, M. Seligman, *Learned helplessness in children: A longitudinal study of depression, achievement and explanatory style*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (1986), s. 435-442; S. Nolen-Hoeksema, J. Gergus, M. Seligman, *Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study*, [w:] *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (3) 1992, s. 405-422.

²³ Por. Seligman, Rosenhan, Walker, *Psychopatologia*, s. 279-280 i Nolen-Hoeksema, Gergus, Seligman, op. cit.

²⁴ Zob. m.in. S. Minuchin, B. Rosman, L. Baker, *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in Context*, Cambridge 1978, Harvard University Press. M. Selvini-Palazzoli, *Self-starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*, New York 1978, Jason Aronson; *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, pod red. B. Józefik, Kraków 1999, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

bliskość i więź małżeńską²⁵. Funkcjonowanie pary małżeńskiej charakteryzuje pewien rodzaj sztywności, który utrudnia plastyczne adaptowanie się do zmian i rozwiązywanie sytuacji konfliktowych. Pary te bądź zaprzeczają istnieniu obszarów spornych, bądź też unikają konfrontacji z problemami i różnicami, co uniemożliwia rozwiązanie. Selvini-Palazzoli wraz ze współpracownikami opisała relacje w parze małżeńskiej jako oparte na głębokim rozczarowaniu i wzajemnej niechęci, przy zachowaniu fasady jedności. Autorzy uważają, że małżonkowie prowadzą grę opartą na wzajemnym prowokowaniu i rozmijaniu się w oczekiwaniach. Zazwyczaj jedna osoba (najczęściej żona) wyraża swoje niezadowolenie, podczas gdy druga blokuje możliwość interakcji. Ta stale prowadzona gra prowokacji staje się podstawą włączenia dzieci w konflikt małżeński, a szczególnie tego dziecka, u którego pojawiają się objawy jadłowstrętu psychicznego²⁶.

Według S. Minuchina, proces tworzenia triad, czyli włączania dziecka w rozgrywkę między rodzicami może przybierać kilka zasadniczych form. Pierwsza – określana mianem triangulacji polega na tym, że skonfliktowani rodzice starają się w ukryty sposób pozyskać dziecko, aby stało się sojusznikiem któregoś z nich w walce z drugim partnerem. Druga – sprowadza się do tworzenia koalicji dziecka z jednym z rodziców (dziecko zostaje jawnie przypisane do jednej ze stron konfliktu). Trzecia – to zastępcze opiekowanie się, gdy konflikt rodziców zostaje przysłonięty troską o chore dziecko. Czwarta – „zastępcze kontrolowanie” ma miejsce wówczas, gdy konflikt rodziców zastąpiony jest wspólnym celem, jakim staje się kontrolowanie nieakceptowanych zachowań dziecka. W rodzinach anorektycznych możemy mieć do czynienia ze wszystkimi wariantami w różnych okresach rozwoju relacji rodzinnych²⁷.

Oprócz anoreksji, wskaźnikiem dysfunkcji w obrębie pary małżeńskiej może być bulimia dorastającej córki. Rodziny „anorektyczne” i „bulimiczne” funkcjonują jednak w odmienny sposób. Istotne różnice dotyczą rozwiązywania sytuacji konfliktowych. Podczas gdy w rodzinach anorektycznych konflikt jest z reguły tłumiony, w rodzinach bulimicznych różnice i trudności

²⁵ Jak piszą B. Józefik i R. Ulaścińska, „Obowiązki rodzicielskie traktowane są nad wyraz poważnie. Zwłaszcza matki skłonne są do poświęcenia i rezygnacji na rzecz dzieci i rodziny. To uczucie troski i odpowiedzialności dotyczy często w pierwszym rzędzie zdrowia i dobrego samopoczucia bliskich. Zauważono, że matki anorektycznych pacjentek często z lękiem zadają sobie pytania, czy wystarczająco troszczą się o swoje dziecko, czy robią wszystko dla jego zdrowia”; B. Józefik, R. Ulaścińska, *Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się*, [w:] B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, Kraków 1999, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagellońskiego, s. 89-93; Selvini-Palazzoli, op. cit.

²⁶ Por. Józefik, Ulaścińska, op. cit., s. 93; M. Selvini-Palazzoli, M. Viaro, *The anorectic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy*, [w:] „Family Process” 27 (1988), s. 129-148. M. Selvini-Palazzoli, S. Cirillo, M. Selvini, A.M. Sorrentino, *Family games*, London 1989, Karnac Books.

²⁷ Por. Minuchin, Rosman, Baker, op. cit.; Józefik, Ulaścińska, op. cit., s. 94.

wyrażane są w sposób otwarty i burzliwy. Jak podają B. Józefik i R. Ulaścińska, w rodzinach bulimicznych znacznie częściej dochodzi o separacji i rozwodów²⁸. Jednak, podobnie jak w przypadku rodzin anorektycznych, dzieci są w znacznym stopniu obciążone odpowiedzialnością za rozwiązywanie trudności małżeńskich i przetrwanie rodziny²⁹. G. Reich i M. Cierpka wskazują także na zaburzenia rezonansu emocjonalnego i brak empatycznego współbrzmienia, które dotyczą relacji wszystkich członków rodziny (w tym współmałżonków). Autorzy konstatują, iż w miejsce emocjonalnej intymności pojawiają się spory będące swoistą obroną przed bliskością³⁰.

Symptomy manifestowane przez dzieci, których rodzice doświadczają przewlekłego kryzysu w relacji partnerskiej stanowią specyficzną formę adaptacji do stresogennej i obciążającej emocjonalnie sytuacji. Dziecko, które otrzymuje status chorego, może być zwolnione z konieczności przeżywania konfliktu lojalności wobec rodziców. Rodzice zdają się bowiem jednoczyć dla ratowania chorego dziecka. W ten sposób konflikt między nimi ulega pozornemu zawieszeniu, a choroba bądź zaburzenia zachowania dziecka odwracają uwagę od problemów małżeńskich. Objawy, jakich doświadcza „rodzinny delegat do patologii” pozwalają zatem stabilizować dysfunkcyjny system rodzinny, bez wprowadzenia zasadniczych zmian, które wymagałyby rozwiązania problemów w relacji między rodzicami³¹.

Zaprezentowane ustalenia mogą posłużyć jako uzasadnienie tezy, iż terapia małżeńska stanowi narzędzie zapobiegania różnorodnym zaburzeniom zarówno u partnerów, jak i u dzieci. Ogólnym celem terapii par jest podniesienie jakości życia małżonków oraz osób od nich zależnych. Istnieją jednak różne podejścia do terapii małżeńskiej, w ramach których odmiennie definiować można jej cele szczegółowe. Zostaną one omówione w dalszej części tekstu.

3. TERAPIA RODZINNA JAKO FORMA INTERWENCJI PSYCHOLOGICZNEJ – KWESTIE TERMINOLOGICZNE

W kontekście powyższych rozważań należy określić znaczenie terminu „terapia małżeńska”. Według S. Kratochvila jest ona „szczególną formą psychoterapii, która dotyczy małżonków i ich problemów. Jej celem jest pomoc

²⁸ Józefik, Ulaścińska, op. cit. s. 101.

²⁹ Ibidem.

³⁰ Por. Ibidem, s. 102. G. Reich, M. Cierpka, *Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle Und Therapiepraxis – störungsspezifisch Und schulenergreifend*, Stuttgart - New York 1997, Georg Thieme Verlag.

³¹ Por. M. Frąckowiak, *Anoreksja nervosa – fenomen ponowoczesnej kultury i choroba systemu rodzinnego*, [w:] „Roczniki socjologii rodziny” XVI (2005), Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.

w przezwyciężeniu poważnych konfliktów i sytuacji kryzysowych oraz osiągnięciu harmonii i zapewnieniu obustronnego zaspokojenia potrzeb we wzajemnych relacjach. Leczy zaburzenia pożycia małżeńskiego i dąży do uporządkowania obustronnych kontaktów. W terapii tej przeważa praca z parą, ale możliwa jest także współpraca z jednym z partnerów, mająca cały czas na uwadze relację małżeńską³². V.A. Sadock mianem terapii małżeńskiej określa formę psychoterapii, której celem jest zmiana interakcji między małżeńskimi partnerami będącymi w konflikcie³³.

D.H. Olson przyjmuje natomiast, że celem terapii małżeńskiej jest pomoc małżonkom w osiągnięciu lepszego wzajemnego porozumienia i zaspokojenia potrzeb każdego z nich oraz w pracy nad ich indywidualnym rozwojem³⁴. Wątek wzmacniania potencjału rozwojowego zarówno jednostek, jak i par oraz rodzin stanowi istotę koncepcji *resilience* wyjaśniającej mechanizmy pozytywnej adaptacji w niesprzyjających warunkach życia (tzw. fenomen „dobrego przystosowania”)³⁵. Zgodnie z powyższą koncepcją wszystkie jednostki, pary oraz rodziny dysponują pewnymi zasobami i są zdolne do podjęcia działań korekcyjnych w odpowiedzi na cierpienie, przeżycie traumatyczne czy kryzys³⁶. Rodzina jako całość bądź poszczególni jej członkowie mogą przejawiać zachowania dysfunkcjonalne podczas długotrwałego stresu, ale nie znaczy to, że system lub jego elementy nie mają w sobie sił i zasobów wzmacniających odporność rodziny. Zdaniem A.S. Masten *resilience* nie stanowi zespołu cech rzadkich lub specjalnych, które można posiadać lub nie. Zdolność regeneracji po przebytych kryzysie jest zjawiskiem powszechnie występującym, wywodzącym się ze zwykłych procesów przystosowawczych, które z powodzeniem opanowuje większość dzieci w trakcie rozwoju³⁷.

Odejście od szukania w jednostkach, parach i rodzinach deficytów lub patologii, na rzecz dostrzegania mocnych stron i możliwości, jest częścią rozwijającego się ruchu psychologii pozytywnej³⁸. Pojawienie się tej perspektywy

³² S. Kratochvil, *Terapia małżeńska*, przekład E.M. Srajerowa, Gdańsk 2006, Wydawnictwo Via Medica, s. 1.

³³ V.A. Sadock, *Marital therapy*, [w:] B.J. Sadock, H.I. Kaplan (red.), *The sexual experience*, Baltimore 1976, Williams and Wilkins, cyt. za: Kratochvil, op. cit.

³⁴ D.H. Olson, *Current status of marital therapy. A critical overview*, [w:] A.S. Gurman, D.C. Rice (red.) *Couples in conflict*, New York 1975, Jason Aronson, cyt. za: Kratochvil, op. cit.

³⁵ W języku angielskim pierwotnie termin *resilience* oznaczał właściwość metalu polegającą na powrocie do stanu wyjściowego po odkształceniu go. Zob. H. Goldenberg, I. Goldenberg, *Terapia rodzin*, przekład: M. Łuczak, M. Młynarz, K. Siemienuk, Kraków 2006, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 9.

³⁶ Ibidem. Zob. też: F. Walsh, *Strengthening family resilience*, New York 1998, Guilfor Press.

³⁷ Autorka utrzymuje, że na pozytywną adaptację dzieci wpływa stosunkowo niewielka liczba czynników globalnych: związek z kompetentnymi i troskliwymi dorosłymi w rodzinie i społeczności, zdolności poznawcze i samoregulacyjne, pozytywna samoocena oraz motywacja do skutecznego działania w środowisku. Por. A.S. Masten, *Ordinary magic: Resilience processes in development*, [w:] *“American Psychologist”*, 53 (2001), s. 227-238. Zob. też: Goldenberg, Goldenberg, op. cit., s. 9.

³⁸ Por. Goldenberg, Goldenberg, op. cit., s. 9. Powyższe założenia są również spójne z koncepcją

w terapii par zaowocowało przeniesieniem akcentu z „leczenia zaburzeń relacji małżeńskiej” na wspieranie potencjału pary potrzebnego do samodzielnego radzenia sobie z pojawiającymi się problemami.

Terapia małżeńska jest powiązana z innymi formami interwencji psychologicznej – z poradnictwem małżeńskim oraz z terapią rodzinną. Istnieją jednak zróżnicowane poglądy na temat relacji pomiędzy nimi. Przykładowo Adrowie (1969) i Sadock (1976) twierdzą, że rozróżnienie między terapią małżeńską a poradnictwem małżeńskim nie ma sensu, ponieważ przedmiot ich działań jest ten sam, a w technikach terapii oba się pokrywają³⁹. Z innego punktu widzenia na poradnictwo małżeńskie można spojrzeć jako na cząstkową formę terapii małżeńskiej, która zajmuje się prostszymi, bardziej powierzchownymi, krótszymi i mniej systematycznymi metodami psychoterapeutycznymi oraz pewnymi formami pomocy w kryzysie⁴⁰. W tym ujęciu poradnictwo pomaga rozwiązać bieżącą sytuację konfliktową i posiłkuje się przede wszystkim technikami eksplikacji, pobudzania do refleksji i działania oraz wiąże się z udzielaniem specyficznych wskazówek i rad. Terapia małżeńska zakłada natomiast dłuższą pracę zmierzającą do głębszych zmian relacji między małżonkami⁴¹.

Analizując relacje pomiędzy terapią małżeńską a rodzinną, Kratochvil stawia tezę, iż są to dwie pokrewne, ale różnie zorientowane formy specjalnej psychoterapii. Autor ten twierdzi, że „zasadniczą różnicę widać przede wszystkim w zakresie celów. W terapii małżeńskiej dąży się głównie do uzyskania harmonii i zadowolenia małżonków, natomiast w terapii rodzinnej – do pozytywnego, niezaburzonego rozwoju dzieci i całej rodziny”⁴². Odmiennego zdania są natomiast I.D. Glick, D.R. Kessler oraz W.C. Nichols, którzy twierdzą, że terapia małżeńska stanowi aspekt terapii rodzinnej, a poprawa jakości związku partnerów wpływa nie tylko na funkcjonowanie małżonków, lecz także na pozostałych członków rodziny oraz cały system rodzinny⁴³.

empowerment w pracy socjalnej. Zob. B. DuBois, K. Miley K., *Praca socjalna. Zawód, który dodaje sił*, Katowice 1999, Wydawnictwo „Śląsk”.

³⁹ Kratochvil, op. cit., s. 1-2.

⁴⁰ E.M., Berman, H.O. Lief, *Marital therapy from a psychiatric perspective: An overview*, [w:] “American Journal of Psychiatry”, 132 (1975), s. 583-592; Olson, op. cit.; D. C. Aguilera, J. M. Messick, *Crisis intervention*, St Louis 1974, C.V. Mosby; Kratochvil, op. cit. s. 1-2.

⁴¹ Kratochvil, op. cit. s. 1-2.

⁴² Ibidem, s. 2-3.

⁴³ I.D. Glick, D.R. Kessler, *Marital and family therapy*, New York 1974, Grune and Stratton; W.C. Nichols, *Marital therapy. An integrative approach*, New York 1988, Guilford Press. Zob też.: Kratochvil, op. cit., s. 2. Mimo przyjęcia powyższych założeń jasne jest, że trudności, jakich doświadcza para, nie zawsze mają swój wymiar rodzinny. Dzieje się tak w przypadku bezdzietnych małżeństw (związków partnerskich) decydujących się na terapię swojej relacji bądź w sytuacji, w której nie ma wskazań do terapii rodzinnej, a praca terapeutyczna odbywa się wyłącznie z parą (partnerzy w relacjach z dziećmi wykorzystują cały dostępny potencjał rozwojowy i role rodzicielskie realizują w sposób optymalny).

Ważnym aspektem psychoterapii (w tym również terapii par) jest postawa neutralności oraz otwartości terapeuty na różne kierunki pracy terapeutycznej. Ponowna integracja partnerów jest tylko jednym z możliwych celów terapii. W efekcie pracy, którą wykonują klienci, mogą oni również podjąć decyzję o rozstaniu. Celem pracy terapeutycznej deklarowanym od początku może być także wspieranie małżonków (partnerów) w procesie rozstania i rekonstrukcji życia po zakończeniu związku⁴⁴. Pomyślne przepracowanie kryzysu związanego z rozwodem pomaga w ponownej organizacji życia małżeńskiego i rodzinnego w nowych systemach rodzinnych, podczas gdy nierozstrzygnięte konflikty z wcześniejszych okresów mogą znacząco utrudniać, a nawet uniemożliwiać późniejszą adaptację⁴⁵. Stwierdzenie tej zależności stanowi argument na rzecz tezy, iż terapia małżeńska może być potrzebna nawet wówczas, gdy partnerzy podjęli już decyzję o rozstaniu⁴⁶.

Na potrzeby niniejszego opracowania terapię par traktuję jako formę interwencji psychologicznej zmierzającej bezpośrednio do poprawy jakości życia partnerów (małżonków) oraz pośrednio – osób od nich zależnych (dzieci). Zakładam, że w wielu przypadkach terapia par stanowi istotny aspekt terapii rodzinnej. Przyjmuję również szerokie rozumienie terapii małżeńskiej, zakładając, że funkcje terapeutyczne (tzn. niwelujące zaburzenia i wspomagające konstruktywne wykorzystanie zasobów) mogą pełnić różne formy interwencji – w tym zarówno wąsko rozumiana terapia, jak i poradnictwo małżeńskie oraz różnego rodzaju treningi umiejętności i warsztaty rozwoju dla par.

4. WYBRANE NURTY W TERAPII PAR – PREZENTACJA I KRYTYCZNA ANALIZA

Każdy z funkcjonujących współcześnie nurtów terapeutycznych wykorzystywanych w pracy z parami oraz rodzinami opiera się na określonych założeniach teoretycznych, z których wynika sposób sformułowania szczegółowych celów terapii oraz konkretne metody pracy terapeutycznej. Wybór

⁴⁴ W tym kontekście istotna jest teza przywołana przez M. Plopę, zgodnie z którą „Rozwód nie tyle jest atypowym albo patologicznym wydarzeniem, co jedną z możliwości rozwiązywania głębokich, długotrwałych konfliktów w systemie rodzinnym [...] Jak każdy inny rozwojowy proces, rozwód może być skutkiem przechodzenia przez małżeństwo różnych faz w zakresie doświadczanej intymności [...] Dojrzała adaptacja dorosłych do rozwodu powinna wiązać się z akceptacją konieczności rezekcji się, wynikającej z przekonania, że jest to konieczność zasadna z perspektywy jakości dalszego życia”; Plopa, *Psychologia rodziny...*, op. cit., s. 128. Zob. też. M. Beisert, *Rozwód. Proces radzenia sobie z kryzysem*, Poznań 2000, Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

⁴⁵ Plopa, op. cit., s. 129.

⁴⁶ Uwaga ta dotyczy także terapii rodzinnej, której celem jest wspomaganie wszystkich członków rodziny w procesie radzenia sobie z kryzysem rozwoju.

określonego podejścia determinuje interpretacje materiału pojawiającego się na sesjach oraz kryteria sukcesu terapeutycznego. Konsekwentne korzystanie z określonego paradygmatu pozwala terapeutcie zachować jasną wizję celu, do którego zmierza terapia oraz świadomie selekcjonować tematy do pracy podczas sesji.

4.1. PSYCHODYNAMICZNA TERAPIA PAR

Założenia teoretyczne psychodynamicznej terapii par wywodzą się z klasycznej psychoanalizy. Zgodnie z tym podejściem osobowość („ja”) jednostki kształtuje się w interakcji z osobami znaczącymi (na najwcześniejszym etapie są nimi rodzice/opiekunowie). Patologia relacji między partnerami jest lokalizowana w sferze intrapsychicznej jednostek wchodzących z sobą w bliskie związki. Bazą patologii jednostki jest nieprawidłowy charakter wczesnych relacji z „obiektem” (osobą znaczącą). Przyjmuje się, że źródłem problemów małżeńskich jest zahamowany rozwój ego małżonków. Relacje tworzone w dorosłym życiu są zdeterminowane charakterem związków z ważnymi postaciami we wczesnych etapach rozwoju oraz konfliktami wewnętrznymi doświadczanymi przez partnerów. W klasycznej psychoanalizie symptom zaburzenia traktowany jest jako próba radzenia sobie z nieświadomymi konfliktami i lękiem, natomiast w teorii relacji z obiektem patologia jest widziana jako konsekwencja niepomyślnych wczesnych związków z ważnymi postaciami.

Z psychodynamicznego punktu widzenia jakość małżeństwa i rodziny, jaką stworzą dorośli ludzie, jest zdeterminowana rozwojem osobowości w rodzinach pochodzenia; jeżeli małżonkowie są zdrowi i dojrzały, ich rodzina będzie zdrowa i harmonijna. H. Stearn w następujący sposób opisuje dojrzałych małżonków: „Są oni zdolni do ciepłego, bliskiego kontaktu z partnerem, bez obawy, że zostaną przez niego pochłonięci lub przytłoczeni. Potrafią ufać i polegać na małżonku. Mogą tolerować niezależność partnera i okresowe frustracje, a także nie spełniać wszystkich jego życzeń. Współpracują ze sobą bez wdawania się w walkę, ponieważ partnera widzą jako równego sobie. Wyrażają podziw, zauważają sukcesy współmałżonka i wczuwają się w jego troski i cierpienia. Cieszą się z odczuć erotycznych w kontaktach z partnerem, bez obaw i poczucia winy. Ich relacje są otwarte i spontaniczne. Potrafią jako rodzice współpracować ze sobą, bez rywalizacji o uwagę i uczucia dzieci, popierają ich indywidualność i rozwój”⁴⁷.

⁴⁷ H. Stearn, *Resolving marital conflicts. A psychodynamics perspective*. New York 1986, Willey and Sons; cyt za: B. Tryjarska, *Psychoanalityczna terapia rodzin*, [w:] L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki. Tom 2 Praktyka*, Warszawa 2005, Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury, s. 81.

Zgodnie z założeniami teorii psychodynamicznych, nieświadome konflikty i dążenia przejawiają się w wyborze partnera. H. Strean uważa, że partner życiowy jest wybierany w taki sposób, aby spełniał pragnienia ochrony, dominowania lub był osobą karzącą i kontrolującą nieświadome i nieakceptowane impulsy. Zgodnie z założeniami psychoanalizy, wybór ten może odbywać się według kilku zasad: (1) partner podobny do osoby opiekującej się w okresie dzieciństwa, (2) partner dobrze wyczuwający i rozumiejący potrzeby, (3) partner spełniający standardy „ja idealnego”, (4) partner uzupełniający braki „ja” oraz (5) partner jako przedłużenie własnego „ja”⁴⁸. Wybór współmałżonka może zatem bazować na pragnieniu znalezienia osoby, która będzie spełniała i wzmacniała nieświadome fantazje, a zasady doboru małżonków często sprowadzają się do wzajemnego dopasowania systemów projekcji. B. Tryjarska przywołuje psychoanalityczną tezę, iż, „nierządkiem każde z małżonków pragnie, by jego partner był wyidealizowanym rodzicem”⁴⁹. Potrzeba posiadania idealnego rodzica była blokowana w dzieciństwie i wyżej wymienione dążenie jest niemożliwe do osiągnięcia w życiu dorosłym. Frustracja z tym związana utrudnia jednak stworzenie satysfakcjonującego związku.

W najogólniejszym rozumieniu, celem psychoanalitycznej terapii par jest zmiana osobowości partnerów, w efekcie której będą oni zdolni do kontaktowania się ze sobą na bazie aktualnych realiów, a nie na podstawie wyobrażeń z przeszłości. Wśród celów szczegółowych wymienić można: przepracowanie emocjonalnych związków w rodzinie pochodzenia oraz uzyskanie psychicznej autonomii od rodziny pochodzenia. Omawiane podejście z reguły zakłada długoterminową pracę terapeutyczną. Najczęściej stosowaną formą interwencji jest terapia indywidualna, choć możliwa jest również indywidualna terapia obojga małżonków u tego samego terapeuty (lub u dwóch różnych terapeutów), a także grupowa terapia małżeńska.

Istotą pracy terapeutycznej w konwencji psychodynamicznej jest osiągnięcie wglądu. Wgląd w dynamicznej terapii małżeńskiej oznacza rozumienie minionych źródeł obecnego zachowania każdego z małżonków. Jak pisze S. Kratochvil, „Każdy z nich ma zrozumieć, dlaczego jest taki, a nie inny, czego i z jakiego powodu oczekuje w związku i dlaczego w określony sposób reaguje na zachowanie swojego partnera”⁵⁰. Pojawiają się jednak wątpliwości, czy osiągnięcie wglądu wystarczy, by uczynić związek bardziej satysfakcjonującym. Sama świadomość uwarunkowań osobowościowych, w tym przyczyn przeżywanych napięć i konfliktów intrapsychicznych własnych oraz partnera, nie musi implikować zmiany we wzajemnych relacjach. Ponadto, w przypadku koncepcji psychodynamicznych mamy do czynienia z arbitral-

⁴⁸ Strean, op. cit.

⁴⁹ Tryjarska, op. cit., s. 81.

⁵⁰ Kratochvil, op. cit., s. 3-4.

nym założeniem, iż wczesnodziecięce relacje determinują funkcjonowanie w związkach partnerskich. W konsekwencji pojawia się ryzyko, iż podczas obserwacji klinicznych powstawać będą artefakty mające potwierdzać przyjęte wcześniej konstrukty i założenia.

4.2. BEHAWIORALNO-POZNAWCZA TERAPIA PAR

Teoretyczne podstawy behawioralno-poznawczej terapii par wyznaczają behawioryzm, neobehawioryzm, teorie wymiany i racjonalnego wyboru oraz poznawczy paradygmat w psychologii traktujący człowieka jako istotę przyswajającą, interpretującą i przekazującą informacje. Zaburzenie relacji interpersonalnych jest lokalizowane na poziomie zachowań oraz przekonań jednostek tworzących bliskie związki. Człowiek traktowany jest jako istota reagująca na bodźce o charakterze społecznym oraz będąca źródłem bodźców dla drugiego partnera interakcji. Przedmiotem zainteresowania jest wymiana bodźców i reakcji w diadzie oraz systemy przekonań osób pozostających w związku.

Zgodnie z założeniami klasycznego behawioryzmu, człowiek uczy się zachowań na drodze warunkowania i modelowania. Małżonkowie traktowani są jako dwie osoby, które stymulują się w równym stopniu, wzajemnie dostarczając sobie nagród i kar. Każdy człowiek przypisuje określone znaczenia zachowaniom drugiej osoby i na ich podstawie tworzy sądy o trwałych właściwościach, intencjach, nastawieniach, motywacji i myślach partnera bądź partnerki interakcji. Podstawą zachowań generujących problemy w diadzie małżeńskiej jest: specyfika stymulacji nagradzającej i karzącej oraz fałszywe przekonania wynikające z błędów poznawczych (np. przypisuje się partnerowi złe intencje, podczas gdy partner działa w dobrej wierze, ale popełnia błędy wynikające z braku określonych umiejętności).

Do wyjaśnienia istoty relacji między małżonkami zastosowano teorię wymiany społecznej. Zgodnie z jej założeniami partnerzy dostarczają sobie rozmaitych dóbr: emocjonalnych, komunikacyjnych, seksualnych i materialnych. Pary usatysfakcjonowane funkcjonują na zasadzie schematu pozytywnej wymiany, co oznacza, że starają się maksymalizować nagrody i minimalizować koszty związku. W związkach niesatysfakcjonujących partnerzy koncentrują się na minimalizacji kosztów związku i nie oczekują wysokich nagród.

W początkowych fazach trwania związku zachowania małżonków mają największą wartość wzmacniającą. Partnerzy zwykle spodziewają się, że taki stan będzie trwał, niezależnie od upływu czasu. Oczekiwanie to jest jednak nierealistyczne. Ponadto na początku znajomości często następuje idealizacja partnera. Jej podstawą są zniekształcenia poznawcze polegające na wyolbrzy-

mianiu cech dodatnich, a ignorowaniu takich cech, które dla związku mogą być niepożądane. Mankamenty zaczynają być dostrzegane wraz z upływem czasu. Ponadto obie strony zwykle mają pewne oczekiwania wobec związku i partnera, które nigdy nie zostały głośno i jednoznacznie wypowiedziane. Zwykle natomiast zakłada się, że druga osoba powinna je znać. Oczekiwania, które nie zostały spełnione, nie są omawiane i w związku z tym nie mogą zostać skorygowane. Niezgodność między nimi a rzeczywistością staje się pierwszym, najbardziej powszechnym powodem braku satysfakcji w małżeństwie.

Mechanizmy doprowadzające do zaburzenia relacji małżeńskiej sprowadzają się do erozji wzmocnień, nieelastyczności zachowań, deficytów kontroli bodźców oraz braków umiejętności interpersonalnych⁵¹. Przyczyną devaluacji wzmocnień jest pozostawanie przez partnerów (pomimo upływu czasu) przy dawnych wzorach zachowań, które przestały być nagradzające. W konsekwencji pojawia się brak zadowolenia ze związku. Jak twierdzą N.S. Jacobson i G. Margolin partnerzy, którzy w przyszłości mają szansę zachować zadowolenie ze związku są w stanie poszukiwać nowych, pozytywnie wzmacniających zachowań⁵². W związkach, których jakość jest oceniana negatywnie, partnerzy często nie chcą uznać, że powinni zmienić niektóre własne zachowania tylko dlatego, że są one awersyjne dla partnera.

Przykłady braku konkretnych umiejętności postępowania ujawniają się w sytuacjach konfliktowych, nieuniknionych w dłuższej trwających, bliskich związkach. W zdrowych związkach partnerzy są w stanie mówić o przedmiocie konfliktu, poszukiwać rozwiązania i zmieniać zachowanie. Są także skłonni uznać rozwiązanie kompromisowe. Niektóre pary charakteryzują się jednak niską tolerancją wobec samego zjawiska konfliktu. Małżonkowie nie potrafią jawnie mówić o konfliktach oraz o leżących u ich podłoża przyczynach. Tym samym nie uczą się produktywnie rozwiązywać sporów i nie zmieniają własnych zachowań względem partnera⁵³. Nawet jeżeli pojawią się nowe zachowania u jednego z małżonków i nie zostaną wzmocnione poprzez partnera, wygasną.

W związkach postrzeganych przez partnerów jako niesatysfakcjonujące małżonkowie nie kontrolują niektórych względnie typowych sytuacji ze wspólnego życia. U podłoża tego problemu tkwi często brak uzgodnienia reguł dotyczących wspólnego funkcjonowania⁵⁴. Zasady te każdy z partnerów

⁵¹ Por. N.S. Jacobson., G. Margolin, *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*, New York 1979, Brunner/Mazel; B. Tryjarska, *Behavioralno-poznawcza terapia rodzin*, [w:] L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria*. Podręcznik akademicki. Tom 2 *Praktyka*, Warszawa 2005, Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury, s. 88 i dalsze.

⁵² Ibidem.

⁵³ Ibidem. Założenia te są spójne z socjologiczną teorią konfliktu L. Cosera. Por. L. Coser, *Społeczne funkcje konfliktu*, [w:] *Elementy teorii socjologicznych*, pod red. J. Szackiego, W. Derczyńskiego i A. Jasińskiej-Kanii, Warszawa 1975, Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

⁵⁴ Np. jeśli małżonkowie nie uzgodnili między sobą podziału obowiązków czy wzorów zachowania w określonych sytuacjach – będzie prawdopodobnie na tym tle dochodziło do napięć.

uznaje za „oczywiste”, a ponieważ nie zostały one jawnie omówione, może się okazać, że każde z partnerów rozumie je inaczej, gdyż odwołuje się do osobistych doświadczeń – różnych od doświadczeń współmałżonka.

W nurcie behawioralno-poznawczym szczególną rolę przypisuje się umiejętności rozwiązywania problemów i efektywnego porozumiewania się. Na etapie rozwiązywania problemów partnerzy często usiłują rozwiązać kilka problemów jednocześnie, zamiast skoncentrować się na jednym, konkretnym problemie; nie uwzględniają pomysłów partnera, mają skłonność do zbędnych interpretacji⁵⁵. Najbardziej powszechne braki w umiejętnościach komunikacyjnych polegają na: przerywaniu wypowiedzi partnera, nieumiejętności uważnego słuchania i potwierdzania odbioru komunikatów, niezdolności do adekwatnego wyrażania emocji pozytywnych, braku umiejętności wyrażania uczuć negatywnych w sposób, który nie rani partnera. Wyżej wymienione umiejętności są przedmiotem treningu komunikacji stanowiącego element terapii małżeńskiej.

Źródłem problemów doświadczanych przez małżonków są także zniekształcenia poznawcze oraz błędy w myśleniu. Wśród nich wymienia się: widzenie tunelowe⁵⁶, postrzeganie selektywne, arbitralne wnioskowanie⁵⁷, nadmierne uogólnienia⁵⁸, myślenie spolaryzowane⁵⁹, wyolbrzymianie⁶⁰, negatywne atrybucje⁶¹, „czytanie w cudzych myślach”⁶², rozumowanie emocjonalne⁶³.

Celem behawioralno-poznawczej terapii par jest zmiana zachowań i przekonań. W efekcie pracy terapeutycznej partnerzy powinni poszerzyć dotychczasowy repertuar zachowań i(lub) częściej demonstrować zachowania wzajemnie nagradzające. Modyfikacja zachowania pary może być jednak nietrwała, jeżeli nie nastąpi zmiana wzajemnego sposobu postrzegania i nie zostaną zmodyfikowane nierealistyczne oczekiwania partnerów.

⁵⁵ Tryjarska, op. cit.

⁵⁶ Polega ono na postrzeganiu elementów zgodnych z aktualnie doświadczanymi emocjami (np. widzenie samych negatywnych aspektów sytuacji w złości).

⁵⁷ Formułowanie sądu bez realnych podstaw ku temu.

⁵⁸ Tendencja do formułowania sądów na temat partnera z użyciem wielkich kwantyfikatorów („Bo ty zawsze...”, „Bo ty nigdy...”).

⁵⁹ Tendencja do posługiwania się biegunowymi alternatywami typu „wszystko albo nic” (np. „albo będzie idealnie, albo się rozstaniemy”).

⁶⁰ Formułowanie kategorycznych sądów o silnym zabarwieniu emocjonalnym na podstawie niewystarczających przesłanek, często przybiera postać myślenia katastroficznego (np. „on jest niepunktualny i zupełnie nieodpowiedzialny, przez co na pewno doprowadzi naszą rodzinę do nędzy”).

⁶¹ Przypisywanie partnerowi negatywnych cech (często na podstawie relatywnie drobnych zdarzeń).

⁶² Przypisywanie partnerowi negatywnych myśli oraz intencji (np. „on z pewnością myśli, że jestem głupia i chce mnie skompromitować w oczach jego rodziców”).

⁶³ Zniekształcenie poznawcze bazujące na przekonaniu, że skoro przeżywamy silne uczucia, to muszą być one uzasadnione i ktoś inny jest za nie odpowiedzialny (np. „Jestem bardzo zaniepokojona, ponieważ mój mąż nie dba o mnie”).

W tym kontekście zasadne wydaje się pytanie o kryteria zmiany przekonań partnerów. Uznanie jakiegoś punktu widzenia za słuszny, czy poparty argumentami, których nie sposób odrzucić, nie musi od razu oznaczać pełnego przyswojenia (internalizacji) nowych przekonań. Aby zmiana wzorców funkcjonowania partnerów miała charakter trwały, musi ona obejmować trzy części składowe postaw: aspekt behawioralny, poznawczy i emocjonalny⁶⁴. Emocje przeżywane przez partnerów (np. lęk uwarunkowany brakiem poczucia bezpieczeństwa w relacji, smutek wynikający z długotrwałego rozczarowania relacją bądź złość związana z frustracją potrzeb) w relatywnie trwały sposób kształtują ich wzajemne nastawienia. W związku z tym zmiany zachowań i przekonań mogą być nietrwałe lub powierzchowne, jeśli pominięty zostanie aspekt przepracowania emocji.

4.3. PODEJŚCIE SYSTEMOWE W TERAPII PAR

Podstawy teoretyczne terapii systemowej (indywidualnej, rodzin i par) wyznacza ogólna teoria systemów sformułowana przez L. von Bertalanffy'ego, odwołująca się do cybernetyki, teorii gier, teorii informacji oraz teorii podejmowania decyzji⁶⁵. Stanowi ona metateorię, dostarczając modeli do opisu zjawisk społecznych i przyrodniczych⁶⁶. Koncentruje się na opisie struktury systemu i zasad jego funkcjonowania. System jest rozumiany jako zespół powiązanych ze sobą elementów, które stanowią pewną całość. Istotną cechą tej całości jest to, że nie jest ona prostą sumą swych części⁶⁷. Powyższe założenie jest zawarte w większości klasycznych i współczesnych teorii socjologicznych.

Pojęcia zaczerpnięte z ogólnej teorii systemów zostały zastosowane do opisu procesów przebiegających w obrębie rodziny, w tym do wyjaśniania genezy zaburzeń psychicznych. Rodzina traktowana jest jako system otwarty, pozostający w relacjach z innymi systemami. Do jej poznania istotne jest zrozumienie zarówno struktury i relacji w rodzinie, jak i szerokiego kontekstu, w jakim rodzina funkcjonuje. „W podejściu systemowym rodzina rozumiana jest jako system, który aby trwać, musi się zmieniać. Funkcjonalność rodziny ocenia się poprzez to, jak członkowie rodziny radzą sobie ze zmianami wynikającymi zarówno z cyklu życiowego rodziny, czyli naturalnych

⁶⁴ Por. E. Aronson, T. Wilson, R. Ackert, *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, przekład: A. Bezwińska, W. Domachowski, M. Draheim, E. Hornowska, M. Kowalczyk, Z. Kowalik, M. Zakrzewska, Poznań 1997, Wydawnictwo Zysk i S-ka, s. 309-353.

⁶⁵ L. von Bertalanffy, *Ogólna teoria systemów*, przekład E. Woydyłło-Woźniak, Warszawa 1984, PWN.

⁶⁶ E. Laszlo, *Systemowy obraz świata*, przekład: A. Siciński Warszawa 1978, PIW.

⁶⁷ Józefik, Ulasińska, op. cit., s. 90.

procesów rozwojowych rodziny, jak i z nieprzewidywalnymi wydarzeniami losowymi”⁶⁸.

Zgodnie z podejściem systemowym, patologii i problemów jednego z członków rodziny nie da się wyjaśnić w kategoriach zakłóceń intrapsychicznych. Zaburzenia zdrowia psychicznego są wyrazem dysfunkcjonalności całego systemu. Symptom może przyczyniać się do utrzymywania homeostazy w rodzinie albo stanowić sygnał skłaniający do zmiany sposobu funkcjonowania rodziny. Co istotne, osoba z objawami nie jest traktowana jako „ofiara” pozostałych członków rodziny, gdyż, podobnie jak inni, jest włączona w dysfunkcjonalną sekwencję wydarzeń, tworząc tzw. system problemowy⁶⁹. Jak twierdzą G. Weber i H. Stierlin, każdy człowiek współtworzy swoją sytuację, a nie jest obiektem oddziaływań procesów chorobotwórczych i innych wewnętrznych czy zewnętrznych okoliczności⁷⁰.

Istotą myślenia systemowego jest cyrkularne rozumienie przyczynowości. Oznacza to, że elementy systemu oddziałują na siebie na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Stanowi to różnicę w stosunku do linearnego, przyczynowo-skutkowego modelu ujmowania przyczynowości. Sprzężenie zwrotne może być dodatnie lub ujemne. Ujemne sprzężenie zwrotne koryguje system, przywracając mu poprzednią równowagę, natomiast dodatnie może doprowadzić do jego rozpadu⁷¹.

U podstaw koncepcji systemowych leżą także założenia konstruktywistyczne, które przyjmują postać konstruktywizmu radykalnego lub konstrukcjonizmu społecznego. Pierwsze z wymienionych stanowisk zakłada, że każda jednostka tworzy własny obraz rzeczywistości na podstawie swoich indywidualnych doświadczeń. Zgodnie z drugim – obrazy rzeczywistości (czyli myśli, wspomnienia itd.) wytwarzane są w interakcji społecznej i są przekazywane w procesie komunikowania symbolicznego. Społeczny konstruktywizm zakłada zatem, że jednostki tworzą, przetwarzają i odtwarzają to, co ich społeczeństwo uważa za prawdziwe, znaczące i sensowne. Proces ten przebiega w określonym kontekście historycznym i społeczno-kulturowym⁷².

Celem terapii w ujęciu systemowym jest interweniowanie w system rodziny poprzez dostarczanie nowych informacji, tak by rodzina sama mogła dostosować się do zmian wynikających z wydarzeń życiowych, czy zadań związanych z cyklem życia⁷³. Pozwala to zmodyfikować dotychczasowe wzo-

⁶⁸ Por. J. Haley, *Uncommon therapy. The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*, New York, London 1986, W.W. Norton & Company; Józefik, Ułasińska, op. cit.

⁶⁹ Józefik, Ułasińska, op. cit. s. 91.

⁷⁰ G. Weber, H. Stierlin, *In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verstandnis und zur Behandlung der Magersuchtfamilie*, Reinbek bei Hamburg 1991, Rowohlt Verlag.

⁷¹ Józefik, Ułasińska, op. cit. s. 91.

⁷² Kratochvil, op. cit. s. 33.

⁷³ K. Ludewig, *Terapia systemowa. Podstawy teoretyczne i praktyka*, przekład A. Ubertowska, Gdańsk 1995, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

ry relacji oraz reguły komunikowania się. W efekcie możliwy staje się zarówno rozwój rodziny, jak i poszczególnych jej członków. Kolejnym istotnym celem terapii jest zmiana zachowań podtrzymujących objawy⁷⁴.

W ramach terapii systemowej wyróżnia się nurty koncentrujące się na poszczególnych aspektach funkcjonowania pary i rodziny. Należą do nich: strukturalna terapia par (koncentrująca się na problemie granic pomiędzy partnerami oraz między podsystemem małżeńskim a innymi podsystemami rodziny oraz światem zewnętrznym), strategiczna terapia par (której celem jest wypracowanie konstruktywnych strategii rozwiązywania problemów) oraz podejście komunikacyjne (skoncentrowane na wzorach interakcji będących nośnikiem istotnych treści)⁷⁵.

Reprezentanci mediolańskiej szkoły systemowej (Selvini-Palazzoli, Cecchin, Boscolo i in.) skoncentrowani na komunikowaniu wewnątrzrodzinnym opracowali metodę zadawania pytań drogą okreśną (tzw. pytania cyrkularne). Zamiast bezpośrednio pytać pacjentkę: *Jak się pani czuje*, terapeuta zwraca się do jej męża: *Jak pan myśli, jak się teraz czują pana żona*. Takie pytania zmuszają pytanego, aby wczuł się w myśli i przeżycia partnera i spróbował zrozumieć, co się z nim dzieje. Ponieważ partner jest przy tym obecny, może sobie uświadomić, jak druga strona pojmuje jego motywy i odczucia, a niewłaściwą ocenę może od razu skorygować. Terapeuta zyskuje wówczas informację nie tylko o przeżyciach każdego z partnerów, ale jednocześnie o ich interakcjach⁷⁶. Technika ta uwidacznia różnicę pomiędzy podejściem behawioralno-poznawczym a systemowym. „W terapii kognitywno-behawioralnej takie czytanie myśli i atrybucję intencji uważa się za poważny błąd i stara się partnerów tego oduczyć podczas treningu komunikacji. W terapii systemowej odwrotnie – tego rodzaju materiał zostaje wykorzystany podczas sesji”⁷⁷.

Jedną z propozycji w ramach strategicznego nurtu systemowej terapii par jest terapia ukierunkowana na rozwiązanie. Zgodnie z podstawowym założeniem tego podejścia „Mówienie o problemach tworzy problemy, mówienie o rozwiązaniach tworzy rozwiązania”⁷⁸. Inna technika pracy terapeutycznej – przepisywanie (zalecanie) kontynuowania objawów opiera się na zasadzie paradoksu. J.H. Weakland i współpracownicy wyjaśniali, iż „przepisywanie objawów” i pobudzanie symptomatycznego lub innego niepożądanego zachowania stosuje się po to, aby takie zachowanie znalazło się pod kontrolą

⁷⁴ Józefik, Ułasińska, op. cit. s. 91

⁷⁵ Por. L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria*. Podręcznik akademicki. Tom 1 *Teoria*, Warszawa 2005, Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury, s. 189-198; L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria*. Podręcznik akademicki. Tom 2 *Praktyka*, Warszawa 2005, Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury, s. 99-144; I. Namysłowska *Terapia rodzin*, Warszawa (1997/2000), Wydawnictwo Naukowe PWN.

⁷⁶ Kratochvil, op. cit. 34.

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ A. von Schlippe, J. Schweitzer, *Lerbuch der systemischen Therapie und Beratung*, Gottingen 1999, Vandenhoeck u. Ruprech.

klienta⁷⁹. Według J. Haleya sens paradoksalnych dyrektyw sprowadza się do pobudzania buntu klienta wobec terapeuty. Pod wpływem wspomnianego buntu osoba uczestnicząca w terapii może się zmienić lub wyleczyć⁸⁰. Jak pisze Kratochvil, w niektórych przypadkach metoda ta może okazać się bardzo skuteczna, „[...] zwłaszcza jeśli terapeuta jest doświadczony i jeśli stanowi dla pacjenta pewien autorytet, w innym przypadku może to jednak sprawiać tylko wrażenie, że terapeuta nie rozumie pacjenta, sam nie wie, czego chce i do tego wyraża się w sposób chaotyczny”⁸¹.

Podsumowując rozważania dotyczące podejścia systemowego w terapii par, można skonstatować, iż klienci w różnym stopniu skłonni są akceptować perspektywę konstruktywistyczną. Dla niektórych osób źródłem znacznych trudności może być równoważne traktowanie różnych interpretacji faktów i zdarzeń, zwłaszcza gdy dotyczą one sfery, która według konkretnych jednostek nie podlega negocjacji (stanowi swoistą „twardą rzeczywistość”). Ponadto, trudności z przyjęciem perspektywy systemowej mogą mieć jednostki charakteryzujące się niską tolerancją wobec wieloznaczności, w których strukturze potrzeb dominuje dążenie do posiadania jednolitej wizji świata.

4.4. NARRACYJNA TERAPIA PAR

Głównym przedstawicielem psychoterapii narracyjnej jest M. White. Ramy filozoficzne tego podejścia, podobnie jak w przypadku terapii systemowej, wyznacza konstrukcjonizm społeczny, a do podstawowych pojęć należą: konstrukcja, dekonstrukcja i rekonstrukcja znaczeń przypisywanych zdarzeniom oraz eksternalizacja problemu⁸².

Zgodnie z tym podejściem, jednostki nadają subiektywne interpretacje faktom, które „jako takie” są pozbawione znaczeń. W związku z tym terapia zmierza do dekonstrukcji wytworzonych systemów przekonań (jeśli przekonania te powodują doświadczanie problemu i cierpienia). Cel ten osiąga się poprzez powtarzanie kolejny raz tej samej opowieści w zmienionych ramach (technika *reframingu*) w celu pozytywnego przeformułowania. Po każdej wypowiedzi niektóre jej aspekty zostają pominięte, a inne wysuwają się na pierwszy plan. W efekcie zmienia się struktura znaczeniowa zdarzenia. „Przyczynia się do tego sytuacja, kiedy zdarzenie opowiada ponownie obserwator według tego, co usłyszał od narratora. Podczas ponownego opowiadania u pacjenta powstają nowe wyobrażenia o nim samym, odkrywa on nowe

⁷⁹ J.H. Weakland, R. Fisch, P. Watzlawick, A.M. Bodin, *Brief therapy: focused problem resolution*, [w:] „Family Process”, 13 (1974), s. 141-168.

⁸⁰ J. Haley, *Problem solving therapy*, San Francisco 1976, Jossey Bass.

⁸¹ Kratochvil, op. cit. s. 31-32.

⁸² Ibidem.

możliwości dla swych relacji z otoczeniem i nowe perspektywy na przyszłość. Wytwarza się przekonanie, że pacjenci mogą wpływać na swoje życie, być za nie odpowiedzialni, rekonstruować je i stać się aktywnymi twórcami ciągu zdarzeń, w których uczestniczą⁸³.

Eksternalizacja jest metodą, w której terapeuta stara się oddzielić problem od osoby opowiadającej. Pacjent przestaje utożsamiać się z problemem i zaczyna go traktować jako coś, co jest poza nim. Przestaje uważać samego siebie za problem i inni także już go nie utożsamiają z problemem. Tworzy relację z problemem jako czymś zewnętrznym i przejmuje odpowiedzialność za to, jak sobie z nim poradzić⁸⁴.

W tym kontekście istotne jest, by pozytywne przeformułowania treści problemowych w maksymalnym stopniu wykorzystywały inicjatywę klientów. W przeciwnym wypadku technika ta może sprowadzać się do usilnych, a nawet naiwnych prób poszukiwania przez terapeutę pozytywnych aspektów trudnych sytuacji i formułowania treści, które nie są przekonujące dla klientów. W takiej sytuacji klienci nie przejmują odpowiedzialności za proces terapii (co jest koniecznym warunkiem powodzenia pracy terapeutycznej), a ich aktywność sprowadza się jedynie do odrzucania kolejnych propozycji terapeuty.

4.5. TERAPIA PAR BAZUJĄCA NA DOŚWIADCZANIU

Podstaw teoretycznych terapii par bazującej na doświadczaniu należy upatrywać w psychologii humanistycznej czerpiącej z filozoficznych założeń egzystencjalizmu i fenomenologii. Nurt ten opiera się na postulatywnej wizji człowieka jako istoty wolnej, doświadczającej siebie i świata w indywidualny, niepowtarzalny sposób, zdolnej do kontaktowania się z ludźmi przez przekazywanie uczuć. Według reprezentującego podejście humanistyczne w psychologii i psychoterapii C. Rogersa każdy człowiek jest zdolny do rozwoju i samorealizacji⁸⁵.

W omawianym kontekście dysfunkcyjne związki oraz rodziny mogą przyczyniać się do blokowania potencjału rozwojowego swoich członków. Terapia bazująca na doświadczaniu polega na wspomaganiu partnerów lub szerzej – członków rodzin w poszukiwaniu drogi indywidualnego rozwoju. Kryterium zdrowia psychicznego oraz jakości relacji może być jedynie jakość bezpośredniego, aktualnego doświadczania. Terapeuci zorientowani na doświadczanie koncentrują się na „tu i teraz”, a nie na przeszłości (terapeuci

⁸³ Kratochvil, op. cit., s. 35.

⁸⁴ Ibidem.

⁸⁵ Zob. C.S. Hall, G. Lindzey, *Teorie osobowości*, przekład: J. Kowalczevska, J. Radzicki, Warszawa 1990, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 263 i dalsze.

o orientacji psychoanalitycznej) bądź przyszłości. Terapeuta pracuje w sposób niedyrektywny. Dzieli się z członkami rodziny własnymi spostrzeżeniami i odczuciami oraz przedstawia własne doświadczenia z przeszłości, zwłaszcza wtedy, gdy mogą być one podobne do tego, co czują i myślą członkowie rodziny. Zgodnie z założeniami przyjmowanymi przez reprezentantów omawianego nurtu, ma to pomagać partnerom bądź członkom rodziny w rozwoju ich wrażliwości i świadomości.

Praca w tej konwencji jest w bardzo niewielkim stopniu strukturalizowana. Pojawiają się zatem trudności w ocenie jej efektywności. Jedynym kryterium mogą być subiektywne doświadczenia klientów, które nie zawsze są jawnie komunikowane. Terapeuta ma zatem polegać na własnych odczuciach, co również zakłada wysoką dozę subiektywizmu i uniemożliwia dokonanie rzetelnej ewaluacji terapii.

4.6. RACJONALNO-PSYCHOEDUKACYJNA TERAPIA PAR

Według tej koncepcji przyczynami problemów i konfliktów małżeńskich są: „nierozważne podejście do życia i małżeństwa, nieznamość prawidłowości relacji małżeńskiej i trzymanie się nierealistycznych wyobrażeń, określanych jako małżeńskie i rodzinne mity”⁸⁶. Ten sposób terapii małżeńskiej stara się je zastąpić racjonalną, rzeczową oceną oraz praktycznym rozwiązywaniem aktualnie pojawiających się problemów. Terapeuta pracuje w sposób dyrektywny, przekazując informacje o prawidłowościach rozwoju relacji małżeńskich oraz konkretne wskazówki dotyczące postępowania. Nurt racjonalno-psychoedukacyjny w terapii par wykazuje pewne podobieństwa wobec podejścia behawioralno-poznawczego, a równocześnie zajmuje przeciwne stanowisko w stosunku do terapii bazującej na doświadczeniu⁸⁷.

Oprócz pozbywania się nielogicznych, romantycznych czy katatymicznych form rozumowania, podejście to jest także nastawione na praktyczne rozwiązywanie aktualnych problemów małżonków. Problemy powinny być szybko zidentyfikowane, a pacjent otrzymuje wyraźne wskazówki dotyczące sposobu ich rozwiązania⁸⁸. M. Plzak podkreśla znaczenie racjonalnego upo-

⁸⁶ Według S. Kratochvila, do mitów małżeńskich należą między innymi następujące przekonania: „małżonkowie mają być dla siebie najlepszymi przyjaciółmi”, „miłość romantyczna tworzy dobre małżeństwo”, „zdrady niszczą każde małżeństwo”, „dobrzy małżonkowie czynią swoich partnerów szczęśliwymi”, „w dobrym małżeństwie można sobie pozwolić niemal na wszystko”, „pojawienie się dzieci w rodzinie poprawi nawet złe małżeństwo”, „małżonkowie powinni dzielić się równo prawami i obowiązkami”, „partnerzy, którzy się naprawdę kochają, automatycznie rozpoznają, co drugi myśli i co czuje”, „dla dzieci nawet nieszczęśliwe małżeństwo rodziców jest lepsze niż ich rozwód”, Kratochvil, op. cit. s. 37-38.

⁸⁷ Ibidem.

⁸⁸ Ibidem, s. 39.

rządkowania pięciu głównych aspektów wspólnego życia, do których należą: prowadzenie domu i rodzinnego budżetu, opieka nad dziećmi i ich wychowanie, spędzanie wolnego czasu, życie seksualne i komunikacja małżeńska. W czasie zaostrzenia sytuacji konfliktowej najstosowniejsze jest „schematycznie sterowane współżycie”. Zgodnie z jego zasadami, partnerzy otrzymują od terapeuty jednoznaczne i autorytatywne instrukcje regulujące prawa i obowiązki każdego z nich, w każdym z wymienionych aspektów życia pary⁸⁹. Szczególnie istotne są w tym kontekście reguły komunikacji. „W obszarze komunikacji surowo zakazuje się jej asymetrycznych form, jakimi są: upominanie, wytykanie, krytykowanie, pouczanie i moralizowanie (nikt z małżonków nie ma do tego prawa), a także komunikacja oparta na wyrzutach, rozczulaniu się nad sobą i wybuchach złości, ponieważ nie prowadzi ona do żadnych rozwiązań”⁹⁰. Ta forma terapii stanowi swoisty rodzaj „interwencji kryzysowej” dla par. Pozwala bowiem odwołać się do przyjętych reguł i o ile jest to możliwe zachować sprawne funkcjonowanie małżeństwa i rodziny, pomimo przeżywanych napięć. Należy jednak pamiętać, że zalecenia sformułowane w ramach tego nurtu mogą być niemożliwe do zrealizowania, gdy poziom napięcia emocjonalnego partnerów jest na tyle wysoki, że ograniczona zostaje zdolność racjonalnego kierowania zachowaniem. Z perspektywy teorii konfliktu Cosera można też postawić tezę, iż realizowanie wspomnianych zaleceń może odsuwać w czasie ujawnienie konfliktu, który zwiększa swą gwałtowność i natężenie⁹¹.

4.7. TERAPIA PAR SKONCENTROWANA NA WARTOŚCIACH

Ten nurt jest stosunkowo rzadko stosowany w praktyce terapeutycznej. Częściej można się z nim spotkać w pracach o charakterze filozoficznym (np. u E. Fromma⁹²). Niektóre interpretacje tego podejścia za punkt odniesienia przyjmują wartości chrześcijańskie.

Zgodnie z założeniami terapii skoncentrowanej na wartościach można określić, jak powinna wyglądać relacja małżonków (partnerów) z punktu widzenia ideału dojrzałości indywidualnej i społecznej. Jak pisze Kratochvil „Apel o dojrzałość i wyższe wartości prezentuje jedną z podstawowych zasad tego podejścia. Terapeuta sam ma oddziaływać przez sprawianie wrażenia dojrzałego, zrównoważonego człowieka, który swoim zachowaniem

⁸⁹ M. Plzak, *Edukacyjna psychoterapia małżeńska*, [w:] „Problemy rodziny”, 6/104 (1978), s. 33-39; cyt za: Kratochvil, op. cit. s. 39.

⁹⁰ Kratochvil, op. cit. s. 39.

⁹¹ Coser, op. cit.

⁹² Zob. np. E. Fromm, *O sztuce miłości*, przekład A. Bogdański, Warszawa 1971, Państwowy Instytut Wydawniczy.

wzbudza u pacjentów poczucie, że istnieje coś ważniejszego niż ich konflikty, oraz że w imię odpowiedzialności, miłości i dążenia do doskonałości mogliby przezwyciężyć swoje małostkowe niezgodności. Wobec takich pojęć jak: doskonałość, człowieczeństwo, wieczność czy pokój i wojna, konflikty par muszą wydawać się błahymi: wówczas małżonkowie najlepiej zrobiliby godząc się, podając sobie ręce, starając się sobie nawzajem zadośćuczynić, życząc sobie szczęścia i żyjąc szczęśliwie⁹³.

Koncepcja ta nie wypracowała żadnych specyficznych technik pracy terapeutycznej. „Ważna jest raczej całościowa atmosfera, zastosowanie zupełnie innych ram, przez które patrzy się na świat. Chodzi o *osiągnięcie spojrzenia z góry*, ale nie w znaczeniu rozumienia przyczyn, jak to jest w psychoterapii dynamicznej, ale ogólnego spojrzenia na życie małżeńskie z góry⁹⁴.

S. Kratochvil przedstawia również argumenty pojawiające się w dyskusji pomiędzy zwolennikami racjonalno-edukacyjnej terapii par a przedstawicielami nurtu terapii skoncentrowanej na wartościach. Z punktu widzenia skoncentrowanego na wartościach podejście racjonalno-edukacyjne może być oceniane jako „cyniczne i niedojrzałe” oraz zakłada pozostawanie partnerów na niższych poziomach rozwoju osobowości oraz rozwoju moralnego⁹⁵. Z drugiej strony zwolennikom podejścia racjonalno-edukacyjnego podejście skoncentrowane na wartościach również wydaje się „niedojrzałym”, ponieważ „[...] obstaje przy iluzjach romantycznego etapu pojmowania małżeństwa, nie potrafi w konkretny sposób poradzić sobie z otaczającą rzeczywistością, formułuje ideały, które dla większości współczesnych par z rozwiniętą konfliktową interakcją będą miały charakter zamków z piasku i pięknie brzmiących słów, które w istotny sposób nie wpłyną na ich dysharmonię⁹⁶.

5. KONKLUZJE

Trzy spośród omówionych powyżej podejść: podejście psychodynamiczne, behawioralno-poznawcze oraz systemowe stanowią dominujące paradygmaty w psychoterapii (w tym w terapii par). Pozostałe propozycje terapeutyczne bądź nawiązują do wiodących szkół, bądź stanowią swoistą niszę. Terapia racjonalno-psychoedukacyjna w dużym stopniu nawiązuje do nurtu behawioralno-poznawczego, a narracyjna – do systemowego. Z kolei terapia bazująca na doświadczeniu oraz skoncentrowana na wartościach należą do kierunków rozwijających się poza dominującymi nurtami.

⁹³ Kratochvil, op. cit. s. 40-41.

⁹⁴ Ibidem.

⁹⁵ Ibidem.

⁹⁶ Ibidem.

Pojawianie się kolejnych paradygmatów w terapii par wskazuje kierunki zmian myślenia o terapii małżeńskiej oraz zakłóceń w funkcjonowaniu związków. Główne trendy, które można zaobserwować sprowadzają się do odejścia od lokalizowania zaburzeń w obrębie osobowości jednostek tworzących związek, do postrzegania dysfunkcji na poziomie zewnętrznych zachowań bądź pewnych istotnych aspektów relacji, np. komunikacji czy strategii rozwiązywania problemów. Konkretnie zachowania łatwiej podlegają modyfikacji niż będąca konstruktem teoretycznym osobowość. Ponadto, klienci gotowi do zmiany zachowania nie podlegają stygmatyzacji związanej z postawieniem diagnozy konkretnej, zaburzonej struktury osobowości czy stylu charakteru (np. z wiodącym problemem schizoidalnym, oralnym, symbiotycznym, masochistycznym, narcystycznym, histrionicznym, obsesyjno-kompulsywnym itd.⁹⁷). W efekcie klientom łatwiej zachować poczucie własnej wartości, co wpływa korzystnie na poziom motywacji do terapii oraz przekonanie o możliwości osiągnięcia sukcesu terapeutycznego.

Istotna zmiana związana z pojawianiem się kolejnych paradygmatów terapii par dotyczy również odchodzenia od poszukiwania patologii w związku czy rodzinie na rzecz diagnozowania i wspomagania potencjału rozwojowego, który pozwala na samodzielne, konstruktywne radzenie sobie z problemami pojawiającymi się w toku wspólnego życia. W konsekwencji, w ramach relacji terapeutycznej powstają warunki sprzyjające przejmowaniu inicjatywy i odpowiedzialności przez klientów.

Zmianie ulega również rola terapeuty – od dominującej w podejściu psychodynamicznym pozycji „przewodnika po świecie psychiki klientów” dostrzegającego z wyprzedzeniem to, czego klienci jeszcze nie są świadomi, poprzez przypominającego trenera określonych umiejętności terapeutę behawioralno-poznawczego, po osobę wspierającą klientów w samodzielnym poszukiwaniu rozwiązań własnych problemów (jak w terapii systemowej i narracyjnej).

Wobec powyższych ustaleń interesujące są również pytania o czynniki determinujące powodzenie w terapii par. Jest to zagadnienie o tyle istotne, że od efektów terapii małżeńskiej zależy jakość życia całego systemu rodzinnego. W dalszym ciągu stosunkowo słabo rozpoznany obszar badawczy stanowią problemy ewaluacji różnych szkół i metod terapeutycznych. Badania na ten temat wiążą się jednak ze znacznymi trudnościami metodologicznymi – począwszy od konceptualizacji pojęcia „sukcesu terapeutycznego”, a skończywszy na technicznych aspektach realizacji badań.

⁹⁷ Por. S.M. Johnson, *Style charakteru*, tłumaczenie B. Mizia, Poznań 1998, Wydawnictwo Zysk i S-ka.

LITERATURA

- Aguilera D.C., Messick J. M. (1997), *Crisis intervention*, St Louis 1974, C.V. Mosby
- Aronson E., Wilson T., Ackert R. (1997), *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, przekład: A. Bezwińska, W. Domachowski, M. Draheim, E. Hornowska, M. Kowalczyk, Z. Kowalik, M. Zakrzewska, Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka
- Barnes G.M., Farrel M.P. (1992), *Parental Support and Control as Predictors of Adolescent Drinking, Delinquency, and Related Problem Behaviors*, "Journal of Marriage and the Family", 54, s. 763-776
- Belsky J. (1984), *The Determinants of Parenting: A Process Model*, "Child Development" 55, s. 83-96
- Berman E.M., Lief H.O. (1975), *Marital therapy from a psychiatric perspective: An overview*, [w:] "American Journal of Psychiatry", 132, s. 583-592
- Beisert M. (2000), *Rozwód. Proces radzenia sobie z kryzysem*, Poznań, Wydawnictwo Fundacji Humaniora
- Bertalanffy von L. (1984), *Ogólna teoria systemów*, przekład E. Woydyłło-Woźniak, Warszawa, PWN
- Blumberg S.H., Izard C.E. (1985), *Affective and cognitive characteristics of depression in 10- and 11-year-old children*, [w:] "Journal of Personality and Social Psychology", 49, s. 194-202
- Ceccin G. (1995), *Mediolańska szkoła terapii rodzin*, Kraków, Collegium Medicum UJ
- Coser L. (1975), *Společne funkce konfliktu*, [w:] *Elementy teorii socjologicznych*, pod red. J. Szackiego, W. Derczyńskiego i A. Jasińskiej-Kanii, Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe
- DuBois B., Miley K. (1999), *Praca socjalna. Zawód, który dodaje sił*, Katowice, Wydawnictwo „Śląsk”
- DuBois D.L., Felner R.D., Bartels C.L., Silverman M.M. (1995), *Stability of self-reported depressive symptoms in a community sample of children and adolescents*, [w:] "Journal of Clinical Child Psychology", 24 (4) s. 386-396
- Frąckowiak M. (2005), *Anoreksja nervosa – fenomen ponowoczesnej kultury i choroba systemu rodzinnego*, [w:] „Roczniki Socjologii Rodziny” XVI, Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM
- Fromm E. (1971), *O sztuce miłości*, przekład A. Bogdański, Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy
- Glick I.D., Kessler D.R. (1974), *Marital and family therapy*, New York, Grune and Stratton
- Goldenberg H., Goldenberg I. (2006), *Terapia rodzin*, przekład M. Łuczak, M. Młynarz, K. Siemieniuk, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Grzesiuk L. (red. – 2006), *Psychoterapia. Praktyka*. Podręcznik akademicki, Warszawa, Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury
- Grzesiuk L. (red. – 2005), *Psychoterapia. Teoria*. Podręcznik akademicki. Tom 2 *Praktyka*, Warszawa, Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury
- Haley J. (1976), *Problem solving therapy*, San Francisco, Jossey Bass
- Haley J. (1986), *Uncommon therapy. The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*, New York, London, W.W. Norton & Company
- Hall C.S., Lindzey G. (1990), *Teorie osobowości*, przekład: J. Kowalczevska, J. Radzicki, Warszawa, Państwowe Wydawnictwo Naukowe
- Jacobson N.S., Margolin G. (1979), *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*, New York, Brunner/Mazel
- Jemmot J.E., Maglorie K. (1988), *Academic Stress, Sicial Support, and Secretary Immunoglobulin*, [w:] "A Journal of Personality and Social Psychology", 55, s. 803-810

- Johnson S.M. (1988), *Style charakteru*, tłumaczenie B. Mizia, Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka
- Józefik B., Ulaścińska R. (1999), *Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się* [w:] B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Józefik B. (red. – 1999), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Kaslow N.J., Tannenbaum R.L., Abramson L.Y., Peterson C., Seligman M. (1983), *Problem solving deficits and depressive symptoms among children*, [w:] "Journal of Abnormal Child Psychology", 14(4), s. 497-502
- Kovacs M., Beck A.T. (1977), *An empirical – clinical approach towards a definition of childhood depression*, [w:] A. Schullerbrand, A. Raven (red.), *Depression in childhood: Diagnosis, treatment, and conceptual models*, New York, Raven Press
- Kratochvil S. (2006), *Terapia małżeńska*, przekład E.M. Srajerowa, Gdańsk, Wydawnictwo Via Medica
- Laszlo E. (1978), *Systemowy obraz świata*, przekład A. Siciński, Warszawa, PIW
- Ludewig K. (1995), *Terapia systemowa. Podstawy teoretyczne i praktyka*, przekład A. Ubertowska, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Masten A.S. (2001), *Ordinary magic: Resilience processes in development*, "American Psychologist", 53, s. 227-238
- Minuchin S., Rosman B., Baker L. (1978), *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in Context*, Cambridge, Harvard University Press
- Namysłowska I., (1997/2000), *Terapia rodzin*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN
- Nichols W.C. (1988) *Marital therapy. An integrative approach*, New York, Guilford Press
- Nolen-Hoeksema S., Girgus J., Seligman M. (1986), *Learned helplessness in children: A longitudinal study of depression, achievement and explanatory style*, "Journal of Personality and Social Psychology", 51, s. 435-442
- Nolen-Hoeksema S., Girgus J., Seligman M. (1992), *Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study*, [w:] "Journal of Abnormal Psychology", 101 (3), s. 405-422
- Olson D. H. (1975), *Current status of marital therapy. A critical overview*, [w:] A. S. Gurman, D.C. Rice (red.), *Couples in conflict*, New York, Jason Aronson
- Plzak M. (1978), *Edukacyjna psychoterapia małżeńska*, [w:] „Problemy rodziny”, 6/104
- Plopa M. (2011), *Psychologia rodziny. Teoria i badania*, Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls
- Plopa M. (1997), *Stres rozwodowy i niektóre jego uwarunkowania*, [w:] Z. Łoś, A. Oleszkowicz (red), *Rozwój człowieka i jego zagrożenia w świetle współczesnej psychologii*, Wrocław – Lublin
- Reich G., Cierpka M. (1997), *Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle Und Therapiepraxis – störungsspezifisch Und schulenergreifend*, Stuttgart – New York, Georg Thieme Verlag
- Rostowski J. (1987), *Zarys psychologii małżeństwa*, Warszawa, PWN
- Sadock V. A. (1976), *Marital therapy*, [w:] B.J. Sadock, H.I. Kaplan (red.) *The sexual experience*, Baltimore, Williams and Wilkins
- Satir V. (2002), *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, przekład Ł. Ochmańska, M. Trzebiatowska, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Seligman M., Rosenhan D., Walker E. (2003), *Psychopatologia*, przekład: J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka

- Selvini-Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (1989), *Family games*, London, Karnac Books
- Selvini-Palazzoli M. (1978), *Self-starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*, New York, Jason Aronson
- Selvini-Palazzoli M., Viaro M. (1988), *The anorectic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy*, "Family Process", 27
- Schlippe A. von, Schweitzer J. (1999), *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*, Göttingen, Vandenhoeck u. Ruprecht
- Simon F. B., Stierlin H. (1998), *Słownik terapii rodzin*, przekład: M. Przyłipiak, K. Drat – Ruszczak, E. Suchar, E. Zubrzycka, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Stierlin H. (1978), *Delegation und Familie*, Frankfurt, Suhrkamp
- Strean H. (1986), *Resolving marital conflicts. A psychodynamics perspective*, New York, Willey and Sons
- Tryjarska B. (2005), *Psychoanalityczna terapia rodzin*, [w:] L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki. Tom 2 Praktyka*, Warszawa, Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury
- Walsh F. (1998), *Strengthening family resilience*, New York, Guilfor Press
- Weakland J. H., Fisch R., Watzlawick P., Bodin A.M. (1974), *Brief therapy: focused problem resolution*, "Family Process", 13
- Weber G., Stierlin H. (1991), *In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtfamilie*, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Verlag

MARITAL THERAPY AS A METHOD OF PREVENTION OF DYSFUNCTIONS OF FAMILY

Summary

This article is aiming at a presentation and critical analysis of selected concepts of marital therapy. Permanent conflicts between partners influence generalized life quality of every member of a family system (spouses as well as children). According to clinical research results presented in the text, there is a strong link between marital conflicts between parents and depression, eating disorders, and behavioral disorders among children and youngsters. That is why marital therapy can be considered to be a method of prevention of above mentioned disorders. The author compares seven schools of marital therapy: psychodynamic, behavioral-cognitive, systemic, narrative, process-oriented, rational-educational and values-oriented in order to single out main changes in philosophy of therapy concerning explanations of disorders, roles of therapist and clients as well as methods of work.