

Artykuł publikowany w: Kosek-Nita B., Raś D.: „Resocjalizacja, diagnoza, wychowanie”.
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 1999; s. 76-96.

Małgorzata Wolska

Terapia małżeńska jako jeden ze sposobów radzenia sobie w sytuacji kryzysu małżeńskiego.

Zjawisko kryzysu małżeńskiego wydaje się tak stare jak instytucja małżeństwa, czy może nawet jak pomysł łączenia się w pary. Każdy związek dwojga osób nie jest stanem, a procesem: ma swoją dynamikę, czas trwania, mniej lub bardziej określone zasady, na których się opiera. Tworzony jest przez odrębne osoby, które mają swoją historię życia, wzory relacji, bliskości, swoje potrzeby i oczekiwania, dążenia i cele. Związek dwojga ludzi polega na wzajemnym dopasowaniu do siebie całego emocjonalnego i społecznego „posagu”. Skynner (Skynner, Cleese; 1992) uważa, że ludzie dobierają się na zasadzie podobieństwa środowiska rodzinnego. Każda rodzina ma swoje normy, zasady i cele, jak również reguły dotyczące wyrażania uczuć i ujawniania swoich potrzeb. Te uczucia, czy potrzeby, które nie są akceptowane przez rodziców dziecko chowa „za kurtynę”, czyli uczy się ich nie ujawniać, zapomnieć o nich, nie dopuścić do świadomości (np. w jednej rodzinie zabrania się dzieciom otwartego wyrażania złości, w innej karane jest okazywanie bezradności, w jeszcze innej nie wolno się cieszyć). Ludzie stają się dla siebie atrakcyjni wtedy, zdaniem Skynnera (Skynner, Cleese, 1992), jeśli mają kłopot z tymi samymi uczuciami. Na zewnątrz dana osoba widzi u partnera te cechy, które w procesie wychowywania nauczono ją pochwalać i podziwiać. Nie widzi u partnera cech potępianych przez swoją rodzinę, gdyż partner, podobnie jak ona ukrywa je skrzętnie i może nawet do końca nie jest tego świadomy. Jednak zdarzają się sytuacje, kiedy to, co ukryte przebija się na powierzchnię i staje się czymś, co nas pociąga w partnerze i zwiększa jego atrakcyjność, gdyż pojawia się szansa na odkrycie schowanych fragmentów własnej psychiki, ale też ryzyko pułapki, w którą partnerzy mogą się wzajemnie wciągnąć. Skynner ujmuje to tak: „Twój partner jest *dokładnie* ta osobą, z którą najlepiej mógłbyś się rozwijać...ale

również osobą, która najłatwiej może cię zatrzymać w rozwoju. I którą w końcu nawet możesz nienawidzić najmocniej na świecie” (tamże, s. 53).

Małżeństwa przechodzą ze sobą różne koleje losu, doświadczają najróżniejszych sytuacji i chociaż w momencie zawierania związku umawiają się ze sobą, że będą razem „na dobre i na złe”, w obliczu niepowodzeń życiowych i sytuacji stresowych trudno wypełnić tę obietnicę. Im więcej się zmienia wokół nas, tym trudniej zachować stabilność i poczucie bezpieczeństwa, zarówno osobiste, jak i w relacji z partnerem.

Umawiając się z kimś, że spędzimy ze sobą całe życie nie zawsze zdajemy sobie sprawę, że będziemy wspólnie przechodzić przez cały cykl życia rodzinnego, obejmujący wiele faz, czy etapów, z których każdy niesie ze sobą określone zadania. Haley (za: Ostoja-Zawadzka, 1994) wyróżnia sześć faz życia rodzinnego:

I faza - narzeczeństwo,

II faza - wczesne małżeństwo,

III faza - narodziny dziecka,

IV faza - średnia faza małżeństwa (małżeństwo z dziećmi w wieku szkolnym),

V faza - rodzice oddzieleni od dzieci (tzw. „puste gniazdo”),

VI faza - emerytura i starość.

W poszczególnych fazach przed partnerami stoją zupełnie inne zadania. W fazie narzeczeństwa młodzi ludzie uczą się kontaktu partnerskiego. Początek małżeństwa to m. in. kontynuacja wzajemnego poznawania się i dostosowywania; ustalanie ról i pozycji w małżeństwie; ustalanie granic (zewnątrznych, oddzielających małżeństwo od otoczenia społecznego i wewnętrznych, pomiędzy małżonkami, zabezpieczających przed całkowitym „sklejeniem się” i trwaniem w symbiozie); podział obowiązków; ustalanie zasad bliskości (emocjonalnej i fizycznej), itp. W momencie przyjścia dziecka na świat małżonkowie podejmują nowe role społeczne - matka i ojca, ale też nadal są małżeństwem, które będzie funkcjonować na nieco innych niż do tej pory zasadach. Kolejna faza to kolejne nowe sytuacje i nowe zadania z którymi trzeba się zmierzyć. Dzieci dorastają i usamodzielniają się, a małżonkowie mają coraz więcej czasu dla siebie. Jednocześnie jest to czas pierwszego bilansu życiowego - osobistego i mał-

żeństwa jako pary. Proces odchodzenia dziecka z domu może rodzić wiele napięć. W fazie „pustego gniazda” małżonkowie muszą na nowo ustalić wzajemne relacje; uczą się nowych ról społecznych - roli babci i roli dziadka; konfrontują się z procesem starzenia się, obserwowanego u siebie i u partnera. Faza starości to z kolei konfrontacja z problemem choroby i śmierci oraz dokonywanie całościowego bilansu życiowego.

Każde przejście z jednej fazy do drugiej stanowi niewątpliwie sytuację trudną, która w sposób przejściowy zaburza dotychczasowy stan równowagi i bezpieczeństwa. Jurg Willi, jeden ze znanych terapeutów małżeńskich uważa (za: Fortuna, 1986), że każda faza rozwoju małżeństwa niesie ze sobą nieuchronny, niejako fizjologiczny kryzys, który musi być przezwyciężony, aby małżeństwo mogło dalej się rozwijać; w przeciwnym razie albo zatrzyma się w rozwoju, albo rozpadnie.

Termin „kryzys małżeński” może oznaczać przejściową burzę lub początek rozpadu małżeństwa. Wiele osób zadaje sobie pytanie: „co robić, żeby moje małżeństwo było szczęśliwe?” Dużo zależy od tego, co rozumiemy przez pojęcie „szczęśliwe małżeństwo” - czy ma być to wieczna sielanka, wzajemne zrozumienie we wszystkim, ustępowanie, odgadywanie potrzeb i wyręczanie, czy też po prostu normalne codzienne życie razem z możliwością realizowania swoich potrzeb, z pewnością, że w trudnych chwilach można liczyć na pomoc ze strony partnera, z możliwością wypowiedzenia swoich oczekiwań i z pewnością, że się zostanie wysłuchanym, a może też i zrozumianym przez partnera. Wielu terapeutów jest zgodnych co do tego, że nie ma takich małżeństw, które nie przechodziłyby kryzysu. Spośród tych wszystkich małżeństw są takie, które potrafią sobie poradzić same i takie, które potrzebują pomocy by uporać się z kryzysem swojego związku. Wśród tych par, które potrzebują pomocy są takie, które tej pomocy szukają i takie, które nadal prowadzą wzajemne walki, prowadzące czasem aż do rozpadu związku.

Terapia małżeńska jest jednym ze sposobów pomocy parze małżeńskiej w uporaniu się z kryzysem, niezależnie od tego, czy jest to kryzys „fizjologiczny”, związany z przejściem z jednej fazy rozwojowej do drugiej, czy jest to kryzys związany z przeciążeniem jednego lub obojga małżonków sytuacjami stresowymi, czy wreszcie jest to kryzys związku związany ściśle z indywidualnymi, emocjonalnymi i osobowościowymi problemami męża lub żony. W

dalszej części pracy będą omawiane niektóre wybrane i najczęściej obecnie stosowane rodzaje terapii małżeńskiej, ze zwróceniem uwagi na sposoby pracy terapeutycznej i zakres pomocy w zależności od sposobu rozumienia kryzysu małżeńskiego.

Rodzaje terapii małżeńskiej

Poniżej zostaną przedstawione cztery rodzaje współcześnie stosowanej terapii małżeńskiej. Kryterium wyboru stanowiła ich praktyczna użyteczność. W terapii małżeńskiej zaleca się, jako najbardziej skuteczne łączenie różnych technik i sposobów pracy. W zależności od głębokości kryzysu małżeńskiego i od sposobu rozumienia tego kryzysu terapeuta powinien umiejętnie dobierać techniki i metody pracy terapeutycznej tak, aby pomóc małżonkom znaleźć drogę wyjścia z pułapki, w której oboje się znaleźli.

Behawioralna terapia małżeństw

Behawioralna terapia małżeństw stosowana jest od lat 60-70-tych, a opiera się na teorii uczenia się społecznego sformułowanej przez Dollarda i Millera oraz Bandurę a także na teorii wymiany społecznej, której autorami są Thibaut i Kelley (za: Mroziak, 1986). W czasie terapii behawioralnej następuje koncentracja na zachowaniu - próbuje się zdefiniować takie zachowania, które mogły doprowadzić do kryzysu oraz koncentracja na objawach i/lub problemach, których usunięcie czy zmodyfikowanie stanowi cel terapii. Terapeuta pracujący w tym podejściu powinien posługiwać się jak najprościej zdefiniowanymi pojęciami, interweniować w sposób dyrektywny i posługiwać się nie technikami awersyjnymi, ale technikami tzw. „kontroli pozytywnej”.

Behawioralną terapię małżeństw prowadzi się w grupie (4-5 par małżeńskich) lub indywidualnie, tzn. dla każdej pary osobno. Terapia ta jest krótkoterminowa, obejmująca 10 spotkań cotygodniowych lub średnia - do 20 spotkań. W behawioralnej terapii małżeństw stosuje się dwie grupy metod:

1. Trening komunikacji, czyli metody ukierunkowane na poprawę procesu porozumiewania się. Celem treningu jest przede wszystkim nauczenie partnerów jasnego i klarownego

sposobu porozumiewania się. Małżonkowie powinni nauczyć się wyrażać wprost swoje oczekiwania, chęci i uczucia w stosunku do partnera, swoje poglądy i postawy tak, aby przy tym nie oskarżać i nie obwiniać partnera. Kolejnym celem jest nauczenie małżonków odczytywania komunikatów partnera zgodnie z jego intencją oraz wzmacniania poprzez pozytywne reakcje każdy przejaw komunikacji otwartej i wprost. Jeszcze jednym celem treningu komunikacji jest nauczenie partnerów meta-komunikacji, czyli umiejętności klaryfikowania komunikatów niejasnych i niejednoznacznych. W czasie treningu komunikacji, który trwa najczęściej ok. 8 sesji, ćwiczy się także komunikowanie się w sposób niewerbalny; wyrażanie uczuć pozytywnych i negatywnych wobec partnera w sposób bezpieczny i nie raniący; odzwierciedlanie komunikacji partnera, czyli powtarzanie „własnymi słowami” tego co powiedział partner; radzenie sobie z negatywnymi uczuciami partnera i swoimi własnymi (wrogość, złość, itp.). Technikami stosowanymi najczęściej przez terapeutów jest modelowanie (terapeuta stanowi wzór komunikacji jasnej, prostej i jednoznacznej), podpowiadanie czy sugerowanie jak partnerzy mają się zachować w ćwiczonych przez nie sytuacjach oraz udzielanie informacji zwrotnych.

2. Metody ukierunkowane na zawarcie kontraktu, czyli na wzajemną wymianę zachowań pozytywnych (nazywane terapią kontraktową, terapią instrumentalno-interpersonalną lub treningiem wzajemnej wymiany). Metoda ta jest rozwinięta na podstawie teorii wymiany społecznej Thibaulta i Kelley’ a (za: Mroziak, 1986), według której istnieje taka prawidłowość, obecna u wszystkich ludzi, a polegająca na tym, że uczestnicy interakcji zawsze dążą do zdobycia maksymalnych „nagród” czy korzyści minimalnym kosztem. Małżeństwo jest oparte na zasadzie równowagi - większość ludzi oczekuje, aby w małżeństwie miał miejsce sprawiedliwy podział przywilejów (czyli nagród) i obowiązków (czyli kosztów). Każdy z małżonków dąży do realizacji swoich potrzeb i oczekiwań, stosując strategię minimalnych kosztów. Konflikt małżeński może wynikać zatem z nierównego podziału praw i obowiązków. Jeden z małżonków może uważać, że zbyt wiele inwestuje w małżeństwo, biorąc na siebie więcej obowiązków i zaczyna domagać się, by partner przejął ich część. Drugiemu z małżonków dotychczasowy podział przywilejów i

obowiązków może odpowiadać, w związku z czym będzie on opierał się proponowanym przez partnera zmianom. W takiej sytuacji konflikt może się nasilać, a partnerzy, którzy stosują awersyjne sposoby uzyskania celu takie jak: wymuszanie, obrażanie się, zrządzenie, groźby, odmowa współżycia seksualnego, kary, czy nawet przemoc, mogą znaleźć się w ślepej uliczce i stracić nadzieję na to, że kiedykolwiek uda im się dojść ze sobą do porozumienia.

Najbardziej podstawowym celem behawioralnej terapii małżeństw jest zatem zmniejszenie częstości interakcji opartych na stosowaniu bodźców awersyjnych (czyli „kontroli negatywnej”), przy jednoczesnym zwiększaniu częstotliwości interakcji opartych na zachowaniach pozytywnych, czyli dostarczaniu sobie wzajemnie pozytywnych wzmocnień po wystąpieniu zachowań oczekiwanych (tzw. „kontrola pozytywna”). Zmianę tę można osiągnąć właśnie przy pomocy metody zawierania kontraktów warunkowych. Małżonkowie kolejno określają swoje oczekiwania w stosunku do partnera, a potem oboje deklarują, które oczekiwania z listy partnera mogą zrealizować, pod warunkiem, że partner zrealizuje określone ich oczekiwanie. Na przykład żona oczekuje od męża m.in. aby codziennie robił zakupy, raz na dwa tygodnie wychodził z nią do znajomych, odprowadzał codziennie dziecko do przedszkola i co najmniej dwa razy w tygodniu posłuchał o tym co się dzieje u jej koleżanek. Mąż oczekuje od żony, by raz w miesiącu odwiedzała z nim jego matkę, raz w tygodniu była inicjatorką współżycia seksualnego, poświęciła pół godziny dziennie na wysłuchanie opowieści o bieżących wydarzeniach w jego pracy i nie będzie miała nic przeciwko temu by spotykał się ze swoim kolegą raz na dwa tygodnie. Drogą wzajemnych negocjacji, przy pomocy terapeuty, małżonkowie zawierają kontrakt warunkowy, który w efekcie może wyglądać następująco:

	<i>Zobowiązania</i>	<i>Przywileje</i>
ŻONA	1. Pozwoli mężowi spotkać się z kolegą raz na trzy tygodnie 2. Raz w tygodniu będzie inicjatorką pożycia seksualnego	- za to mąż raz w tygodniu wysłucha plotek o jej koleżankach. - za to mąż raz na dwa tygodnie wyjdzie z nią do jej znajomych.
MAŻ	1. Codziennie będzie robił zakupy 2. Trzy razy w tygodniu odprowadzi dziecko do przedszkola	- za to żona odwiedzi z nim jego matkę raz w miesiącu - za to żona przez 15 min. codziennie wysłucha jego opowieści o pracy.

Na kolejnych sesjach małżonkowie relacjonują, jak udała się realizacja określonych zobowiązań, czego nie dało się zrobić i dlaczego, ustalają nowe kontrakty na następny tydzień po doprecyzowaniu wcześniej przedstawionych oczekiwań, albo po ujawnieniu jeszcze innych oczekiwań. Terapeuta musi pilnować, aby zacząć od zadań (zobowiązań) w miarę prostych, obejmujących zachowanie już występujące, ale np. zbyt rzadko w stosunku do oczekiwań partnera. Odniesiony sukces, a co za tym idzie, poprawa relacji motywuje małżonków do dalszej pracy nad realizacją kolejnych, trudniejszych zadań. Metoda kontraktu warunkowego realizowana jest na 5-10 sesjach z obojgiem małżonków, albo też w grupie 4-5 par. Sesje odbywają się zwykle z częstotliwością raz na 1-2 tygodnie.

Behawioralna terapia małżeńska oparta na metodzie kontraktu warunkowego spotyka się stale z krytyką. Zarzuca się jej powierzchowność i nie docieranie do istoty konfliktu, jednakże badania wskazują na wysoką skuteczność tego rodzaju terapii, zwłaszcza w przypadku problemów seksualnych, gdzie znajduje najszersze zastosowanie (Tryjarska, 1994). Sposób za-

wierania kontraktów warunkowych jest krytykowany przez samych przedstawicieli tego kierunku (Mroziak, 1986). Zwraca się uwagę, że jeśli w kontrakcie umieści się zachowania dotyczące sytuacji intymnych (np. okazywanie czułości), to zachowania te przestają być spostrzegane jako wyraz miłości. Stają się zachowaniami instrumentalnymi, uwarunkowanymi przez zewnętrzne czynniki i jako takie tracą wartość jako wzmocnienie. Małżonkowie mogą przypuszczać, że owo okazywanie czułości jest możliwe tylko dlatego, że tak się umówili ze sobą w obecności terapeuty. Oboje mogą tracić zaufanie co do istnienia u partnera uczuć pozytywnych w stosunku do współmałżonka.

Stosowanie kontraktu warunkowego przypomina dotychczas stosowane przez małżonków strategie. Zanim się zgłosili na terapię postępowali wobec siebie według zasady „oko za oko”. Terapeuta proponuje im, żeby nadal wymieniali się po równo zachowaniami, ale tym razem pozytywnymi. Istnieje niebezpieczeństwo, że dojdzie do swoistego prześcigania się w robieniu różnych pozytywnych rzeczy na korzyść współmałżonka tylko po to, by mieć argument przeciwko niemu („ja zrobiłem dla ciebie tyle rzeczy, a ty co?”); a konflikt nadal będzie trwał, przechodząc na przykład w fazę utajoną.

W związku z opisanymi wyżej wątpliwościami co do zasadności stosowania metody kontraktu warunkowego, do procesu terapii zostały wprowadzone różnorodne innowacje. Mroziak (1986) wyróżnia trzy istotne modyfikacje tej metody: 1. zmniejsza się częstość stosowania metody kontraktu warunkowego; 2. w kontrakcie ogranicza się liczbę wyborów różnych wariantów zachowań, jak również nie precyzuje się dokładnie co dana osoba ma zrobić dla swojego partnera; dzięki temu, że małżonkowie mają swobodę wyboru zachowań zmiana zachowania któregoś z nich wobec partnera na pozytywne będzie odbierana jako działanie spontaniczne i wynikające z pozytywnych uczuć; 3. unika się sytuacji, w których jedno z małżonków żąda od drugiego zmiany konkretnego zachowania; dzięki temu, że osoba zmieniająca zachowanie sama decyduje co zmienić, może ona zachować nadal poczucie kontroli sytuacji i swobody wyboru. Innego rodzaju modyfikacją behawioralnej terapii małżeństw jest rozszerzenie jej o elementy podejścia poznawczego, które są pomocne w zmianie różnych irracjonalnych przekonań współmałżonków i w zrozumieniu przez nich istoty konfliktu, co może zwiększyć efektywność tejże terapii.

Krótkoterminowa terapia małżeństw w ujęciu Dorothy R. Freeman

Krótkoterminową terapią małżeństw zajmowała się przez wiele lat zawodowej praktyki i opisała w książce „Kryzys małżeński i psychoterapia” Dorothy R. Freeman (1991), pracownik socjalny Centrum Poradnictwa Małżeńskiego w Montrealu. W swojej pracy terapeutycznej z małżeństwami w kryzysie Freeman wykorzystuje w szerokim stopniu elementy podejścia behawioralnego, poznawczego i systemowego, kładąc nacisk na to, że niezależnie od tego jakie będą proporcje technik wywodzących się z różnych podejść teoretycznych w terapii danej pary, terapia małżeńska ma trwać stosunkowo krótko.

Prowadzona przez nią terapia opiera się na założeniu, że większość uzyskanych zmian przy pomocy psychoterapii zachodzi w początkowym okresie leczenia, a skuteczność terapii krótkoterminowej i długoterminowej nie różni się zasadniczo od siebie. Niewątpliwą korzyścią wynikającą ze stosowania terapii krótkoterminowej jest to, że można w krótszym czasie pomóc większej ilości osób. Określenie z góry czasu trwania terapii może mieć też znaczenie jako czynnik motywujący daną osobę, czy parę małżeńską do podjęcia terapii. Freeman uważa, że istotą terapii krótkoterminowej adresowanej do par (małżeństw) w kryzysie jest natychmiastowa interwencja terapeuty, czyli oferowanie pomocy terapeutycznej tak szybko jak to tylko jest możliwe, często tego samego dnia lub nazajutrz po wstępnym zgłoszeniu problemu przez jednego lub obojga małżonków. Od samego początku terapii małżonkowie są przez terapeutę zapraszani i zachęcani do podjęcia współpracy w szukaniu rozwiązań aktualnych problemów, w której to pracy pomocne jest wspólne ustalanie różnorodnych zadań do realizacji w okresie między sesjami.

Freeman swoją pracę terapeutyczną z małżeństwami opiera na poglądzie, że poznawanie i zajmowanie się tym, jak ludzie zachowują się może być bardziej produktywnie niż poznawanie i zajmowanie się tym, dlaczego tak się zachowują. Skupiając się na istocie konfliktu małżeńskiego terapeuta pracujący metodą krótkoterminową będzie śledził wspólnie z zainteresowaną parą sekwencje zachowań męża i żony, aby móc wyeliminować zachowania budzące u partne-

ra napięcie, a wprowadzić na to miejsce zachowanie pożądane przez partnera, spełniające jego oczekiwania, nie zagrażające jego poczuciu bezpieczeństwa i stabilności. Nie jest proste uzyskać zmianę zachowania u walczących na śmierć i życie małżonków. Niejednokrotnie przychodzą oni do terapeuty nie po to, by podjąć żmudną pracę nad złagodzeniem sporów, ale po to, by zyskać sprzymierzeńca lub adwokata własnych interesów. O specyficznej sytuacji terapeuty małżeńskiego będzie jeszcze mowa w dalszej części rozdziału, trzeba tu tylko zaznaczyć, że terapeuta, chcąc pomóc małżonkom w ich trudnej sytuacji, nie może proponować takich zadań, które nie uwzględniałyby interesów obojga partnerów.

Udział w terapii wymaga mobilizacji. Jeśli ta mobilizacja ma trwać określony i niezbyt długi czas (ok. 3 miesiące) łatwiej wytrwać w podjętej decyzji. Jeśli w miarę szybko sytuacja zacznie się poprawiać (dzięki zaangażowaniu małżonków i terapeuty oraz dzięki realizacji zadań) to zwiększa się motywacja do podjęcia jeszcze większych starań aby wyjść z kryzysu.

Próbując zrozumieć istotę kryzysu jakiegokolwiek pary małżeńskiej trzeba wziąć pod uwagę udział różnych czynników zakłócających równowagę danego związku: a) czynników wewnątrzpochodnych, na które składają się osobiste problemy emocjonalne; b) czynników relacyjnych, czyli problemów w relacji małżeńskiej (trudności w komunikacji, w określeniu i realizacji potrzeb, nieustanna walka o władzę i dominację, trudności w bliskości emocjonalnej i fizycznej, itp.); c) czynników zewnątrzpochodnych, na które składają się relacje z otoczeniem społecznym (rodziny pochodzenia, współpracownicy, znajomi, itp.) oraz szczególne wydarzenia życiowe (choroba lub śmierć bliskiej osoby, utrata pracy, przeprowadzka, awans, nagła poprawa lub pogorszenie warunków życiowych, narodziny dziecka i przechodzenie przez nie kolejnych faz rozwojowych, dorastanie i odchodzenie dzieci z domu, itp.).

Terapia krótkoterminowa nie jest lekarstwem na wszelkie problemy małżeńskie. Głównym celem tej terapii jest uaktywnienie zdolności adaptacyjnych osób będących w kryzysie oraz uzyskanie przez nie samodzielności w pracy nad problemami w ich relacji małżeńskiej. Terapeuta ma pomóc w zmodyfikowaniu nieprawidłowych (rodzących nadmierne, niepożądane napięcie) zachowań w jednej lub więcej dziedzin pożycia małżeńskiego. Uważa się, że uzyskanie częściowych sukcesów, złagodzenie napięcia i lęku, konfrontacja z uczuciami pozytywnymi, częściowe zaspokojenie własnych oczekiwań i potrzeb będzie na tyle satysfakcjonu-

jące, że stanie się bodźcem do samodzielnego podjęcia starań nad rozwiązywaniem innych problemów, które są określane jeszcze w trakcie trwania terapii.

Terapia krótkoterminowa obejmuje 6-12 jednogodzinnych spotkań, odbywanych w odstępie tygodniowym. Freeman (1991) wyróżnia trzy fazy procesu terapeutycznego - wstępną, środkową i końcową, nie odbiegając w tym od podziałów stosowanych przez terapeutów pracujących przy pomocy innych metod.

Faza wstępna, złożona z 1-3 spotkań, to faza przeprowadzenia diagnozy (wylonięcia czynników wyzwających, określenia wpływu ostatnich wydarzeń na pojawienie się kryzysu małżeńskiego), zawierania kontraktu oraz identyfikacji problemu, czyli wylonienie z całej puli pretensji, zadrzań, frustracji i konfliktów najistotniejszych i w miarę aktualnych problemów - takich, by można było poprzez określone zadanie uzyskać szybką zmianę na lepsze.

Faza środkowa, obejmująca okres od drugiego czy trzeciego spotkania do trzeciego spotkania od końca jest poświęcona najintensywniejszej pracy nad zrozumieniem istoty kryzysu oraz nad modyfikacją zachowania. Jeśli nad jednym z partnerów lub obojgiem ciąży doświadczenia wyniesione z dalszej przeszłości, podejmuje się pracę służącą rozwiązaniu osobistych konfliktów jednego lub obojga małżonków, mających źródło w rodzinie pochodzenia, lub przynajmniej osłabieniu negatywnych wpływów tychże konfliktów na ich związek. Aby uzyskać zamierzony cel, można użyć całego zestawu różnorodnych technik i stosować różnorodne podejścia. Każda para boryka się ze swoim odrębnym i niepowtarzalnym problemem w swoisty sposób. Pomimo tego, wspólnym problemem dla każdej pary przeżywającej kryzys swojego związku jest problem komunikacji. Terapeuta powinien zwracać uwagę na trudności w porozumiewaniu się i próbować to modyfikować wspólnie z parą małżeńską. Ponadto, powinien objaśniać komunikaty zagmatwane i niejasne, jak również dostarczyć wzorów jednoznacznego, prostego komunikowania się. W tej fazie terapeuta stopniowo ogranicza swoją aktywność. Jeśli zmiany we wzajemnym komunikowaniu się utrzymują się w okresie pomiędzy sesjami, należy zmierzać do końca terapii.

W **fazie końcowej** (ostatnie 2-3 spotkania) dokonuje się trójstronnego podsumowania uzyskanych wyników oraz określa się problemy nie rozwiązane do końca, nad którymi para powinna dalej pracować sama. Aby złagodzić niepokój związany z zakończeniem terapii i osła-

bić związek pary małżeńskiej z terapeutą, proponuje się odbyć ostatnie dwie sesje w odstępie dwutygodniowym a następnie umówić się jeszcze z małżonkami na tzw. „kontrolną” sesję w 2-3 miesiące po zakończeniu terapii.

Krótkoterminowa terapia małżeństw jest często stosowana dla małżeństw, które przechodzą niezbyt głęboki kryzys, a oboje małżonkowie są osobami w miarę dojrzałymi i zmotywowanymi do tego, aby wspólnie z terapeutą podjąć pracę nad poprawą wzajemnych relacji. Określenie czasu trwania terapii i ograniczenie go do około 10 sesji może być czynnikiem zachęcającym małżeństwo do podjęcia terapii i dodającym im otuchy i nadziei na szybkie rozwiązanie trudnej sytuacji, w jakiej oboje się znaleźli.

Terapia z udziałem współmałżonka w ujęciu R.J. Hafnera

Terapia z udziałem współmałżonka jest rodzajem terapii małżeńskiej proponowanej przez R. Juliana Hafnera (za: Kosińska-Dec, 1986), opartej na systemowym rozumieniu rodziny. Hafner proponuje przeniesienie pojęcia homeostazy rodzinnej na najbardziej znaczący subsystem w rodzinie, czyli na parę małżeńską. Uważa on, że jeśli współmałżonek osoby z zaburzeniami psychicznymi nie zostanie włączony do terapii, nie można liczyć na powodzenie i ustąpienie objawów. Objawy bowiem mają znaczącą rolę stabilizacji związku. Na przykład, jeśli nastąpi kryzys związku małżeńskiego i związane z tym zaburzenie równowagi pomiędzy małżonkami, pojawienie się objawów u jednego ze współmałżonków może przyczynić się do osiągnięcia ponownej równowagi. Wcześniejsze problemy leżące u źródeł kryzysu zostaną zepchnięte na plan dalszy, a małżeństwo będzie funkcjonowało w oparciu o objawy występujące u jednej osoby. W tej nowej sytuacji objawy utrzymują homeostazę małżeńską i zabezpieczają przed ponowną zmianą i koniecznością adaptacji do nowej sytuacji. Hafner utrzymuje, że współmałżonek osoby z zaburzeniami psychicznymi będzie opierał się tym wszystkim oddziaływaniami, które mogłyby znieść objawy u pacjenta i zmusić do konfrontacji z nową sytuacją.

Wprawdzie występowanie zaburzeń psychicznych łączy się z cierpieniem i poczuciem głębokiego dyskomfortu, ale utrzymywanie objawów ma swój głęboki, najczęściej nieuświadomiony sens dla obojga małżonków. Oboje z nich mogą np. rozwijać fantazje o opuszczeniu

partnera. Fantazje takie budzą silny lęk i wtedy przychodzą z pomocą objawy, które ten lęk redukują. Pacjentka może myśleć: „opuszczę męża, jak tylko uporam się z tymi nieznosnymi atakami lękowymi i będę mogła być bardziej samodzielna”. Mąż pacjentki może myśleć: „odejdę od niej, jak tylko ona wyzdrowieje, nie mogę teraz opuścić tak bezradnej osoby”. Z kolei pacjentka może myśleć: „jeśli wyzdrowieję, on nie będzie musiał się mną opiekować i poczuje się wolny”. Mąż pacjentki może myśleć: „ona wraca zupełnie inna od tego terapeuty; jeśli tak dalej pójdzie przestanę jej być potrzebny”. Takie przekonania są świetną pożywką dla objawów, które mogą trwać aż do końca związku.

Hafner zwraca uwagę, że występowanie objawów u jednego z małżonków może stanowić dobry parawan dla problemów psychologicznych partnera. W takiej sytuacji w interesie „zdrowego” małżonka nie leży uporanie się z zaburzeniami psychicznymi partnera, gdyż istnieje niebezpieczeństwo, że wtedy jego własne problemy wyszłyby na wierzch. Inną korzyścią płynącą z utrzymywania objawów jest to, że stanowią one bezpieczne ujście dla negatywnych emocji. Partnerzy zamiast złościć się na siebie wzajemnie, złością się na objawy, które niejako stają się uosobieniem wszelkiego zła i niepowodzeń.

Kolejnym pozytywnym aspektem występowania objawów jest to, że sprawowanie stałej opieki i udzielanie wsparcia osobie z zaburzeniami psychicznymi może być odbierane przez otoczenie jako czyn szlachetny. Osoba niosąca pomoc, czy towarzysząca cierpiącemu współmałżonkowi często spotyka się ze wsparciem i zrozumieniem ze strony innych osób, ale też sama o sobie zaczyna myśleć lepiej. Udzielanie pomocy, czy trwanie w związku z osobą zaburzoną psychicznie może stanowić czynnik podnoszący samoocenę „zdrowego” współmałżonka. W konfrontacji z osobą słabą, zależną i wymagającą wsparcia współmałżonek może czuć się jako osoba silna, niezależna i radząca sobie. Ponadto, konieczność opiekowania się chorym współmałżonkiem usprawiedliwia własne niepowodzenia zarówno w życiu rodzinnym jak i w pracy zawodowej.

Biorąc pod uwagę powyższe uwarunkowania można stwierdzić, że - z punktu widzenia podejścia systemowego - objawy występujące u jednego ze współmałżonków mogą maskować leżący pod spodem kryzys małżeński, który w momencie ustąpienia objawów może się niebezpiecznie zaostriżyć. W związku z tym, że leczenie tylko osoby z zaburzeniami psychicz-

mi jest często długotrwałe i mało efektywne, Hafner proponuje włączenie współmałżonka i zajęcie się w terapii relacjami małżeńskimi. Sugeruje, by odbywało się to czteroetapowo:

1. Zaproszenie współmałżonka do udziału w sesjach listownie bądź telefonicznie. Terapeuta podając powody zaproszenia na spotkanie, powinien położyć nacisk na chęć włączenia współmałżonka w proces terapii na zasadzie koterapeuty. Takie postawienie sprawy ułatwi nawiązanie kontaktu ze współmałżonkiem pacjenta i może go bardziej zmotywować do udziału w terapii niż propozycja terapii małżeńskiej.
2. Wywiad ze współmałżonkiem (bez obecności pacjenta). Wstępną rozmowę należy rozpocząć od pytania o sposoby radzenia sobie z objawami partnera. Terapeuta sprawdza też stopień obciążenia emocjonalnego współmałżonka w związku z chorobą partnera. Następnie można przejść do omówienia osobistych problemów współmałżonka. Terapeuta ma za zadanie określić w tej rozmowie to, jakie są ogólne możliwości adaptacyjne współmałżonka; w jaki sposób jest zaangażowany w problemy pacjenta; czy u współmałżonka występują objawy jakichś zaburzeń psychicznych; czy istnieją przeszkody w prowadzeniu tego rodzaju terapii małżeńskiej takie, jak np. brak emocjonalnego zaangażowania, wysoki poziom ukrywanej wrogości, czy też zaangażowanie współmałżonka w związek pozamałżeński, o którym pacjent nie wie.
3. Zawieranie kontraktu - ustalanie celów i czasu trwania terapii na spotkaniu z obojgiem małżonków. Powinno się ustalić takie cele, które pozostają w zgodzie z oczekiwaniami chęciami i możliwościami pary małżeńskiej. Czas trwania terapii, zdaniem Hafnera, powinien się ograniczać do najwyżej 15 cotygodniowych, jednogodzinnych sesji, czyli tego rodzaju terapia ma charakter krótkoterminowy. Niekiedy pojawia się konieczność dodatkowych spotkań indywidualnych z jednym lub drugim partnerem. Ważne jest to, aby takie spotkania odbywały się za zgodą drugiego partnera.
4. Osiągnięcie celów terapeutycznych na wspólnych sesjach.

Terapia małżeńska w podejściu systemowym

Bertalanffy (1984) definiuje systemy jako struktury, które składają się z powiązanych elementów. System rodzinny składa się z pojedynczych członków rodziny, którzy pozostają ze sobą w interakcjach w ciągu całego życia (Namysłowska, 1997). Nie jest jednak prostą sumą osobowości swoich członków, jest odrębną całością, zorganizowaną według pewnych reguł i zasad. System rodzinny, tak jak i inne systemy charakteryzuje się m. in. :

- * podziałem na podsystemy (podsystem rodzicielski, małżeński, podsystem dzieci, dziadków, itp.);
- * istnieniem granic zewnętrznych (oddzielających cały system od otoczenia) i wewnętrznych (oddzielających od siebie poszczególne osoby i podsystemy);
- * wymianą informacji z otoczeniem;
- * tendencją do zachowywania struktury (morfostaza) i przeciwstawną tendencją do zmiany (morfogeneza), obie realizowane poprzez dwa procesy regulacyjne - mechanizm sprzężenia zwrotnego dodatniego i ujemnego.

W odniesieniu do systemu rodzinnego zostało wprowadzone przez Don Jacksona (za: Namysłowska, 1997) pojęcie homeostazy rodzinnej. Opisuje ono pewne zachowania członków rodziny i zjawiska zachodzące w rodzinie, służące utrzymaniu stałości i niezmienności. Członkowie systemu rodzinnego poprzez działania bezpośrednie i zachowania nie wprost, starają się utrzymać równowagę i stałość we wzajemnych relacjach. Homeostaza rodzinna jest widoczna na zewnątrz poprzez powtarzające się i dające się przewidzieć wzorce zachowań wszystkich członków rodziny. W sytuacji, kiedy równowaga jest zagrożona, wszyscy członkowie rodziny podejmują działania w kierunku utrzymania jej. Natomiast w sytuacji, gdy jeden z członków rodziny sygnalizuje chęć zmiany w relacji z inną osobą, ta będzie próbowała osłabić lub zmodyfikować tę tendencję.

Z systemowego punktu widzenia objawy występujące u któregoś z członków rodziny można traktować jako sposób na utrzymanie, czy przywrócenie równowagi rodzinnej. Skłócenie ze sobą rodzice mogą zawiesić broń i zjednoczyć się w obliczu trudności szkolnych swojego dziecka, czy jego problemów emocjonalnych. Mogą próbować różnych sposobów radzenia

Komentarz [PW1]: we

Komentarz [PW2]:

sobie z trudnościami dziecka, aż do podjęcia terapii rodzinnej włącznie. Terapeuta rodzinny po pierwszej konsultacji rodzinnej zwróci uwagę na czasową zbieżność kryzysu małżeńskiego i pojawienia się objawów u dziecka; zauważy też jak bardzo dziecko jest włączone (wtriangulowane) w konflikt pomiędzy jego rodzicami poprzez np. bycie w koalicji z matką przeciwko ojcu. Dostrzeże, że dziecko czuje się odpowiedzialne za losy rodziny, a objawy są swoistą tarczą ochraniającą rodzinę przed możliwym rozpadem. Terapeuta, oprócz pracy z całą rodziną podejmie też pracę z podsystemami w celu pooddzielania od siebie różnych spraw i przywrócenia pierwotnych funkcji i hierarchii w rodzinie oraz naturalnych granic. Dziecko może poczuć się zwolnione z obowiązku „pilnowania” rodziców, by nie zrobili sobie wzajemnie krzywdy, rodzice natomiast mają szansę przy pomocy terapeuty zająć się tym co trudne w ich relacji małżeńskiej.

Oczywiście w rodzinie istnieje sieć wzajemnych powiązań i nie można kryzysu małżeńskiego traktować jako początku wszelkiego zła. Rodzina funkcjonuje w określonym czasie i kontekście społecznym, przechodzi przez określone fazy rozwojowe, z których każda wyznacza dla członków rodziny nowe zadania, role, funkcje. Wydarzenia dnia codziennego, kontakty z otoczeniem społecznym mogą czasem przysparzać wielu kłopotów i stanowić źródło napięć. Poza tym małżonkowie, to osoby pochodzące z określonych rodzin z niepowtarzalną historią, której fragment każde z nich wnosi do wspólnego życia. Biorąc pod uwagę wszystkie możliwe uwarunkowania i współzależności istniejące w rodzinie, praca terapeutyczna z małżeństwem, podobnie jak praca z całą rodziną, będzie miała na celu zmianę wzorca interakcji pomiędzy małżonkami przez dostarczenie nowych informacji, na które do tej pory rodzina była zamknięta, próbę zmodyfikowania reguł wzajemnych kontaktów, przerwanie dotychczasowej sekwencji zdarzeń i prowokowanie zmiany zachowań (Tryjarska, 1994).

Terapeuta pracujący w podejściu systemowym będzie zmierzał do wprowadzenia zmian w system rodzinny. Dążenie do zmiany jest tendencją przeciwstawną do utrzymania homeostazy rodzinnej, na której skupiona jest cała rodzina. Jednak to utrzymywanie równowagi jest kosztowne dla poszczególnych członków i dla rodziny jako całości. Można sądzić, że rodzina szuka pomocy, bo dotychczasowa sytuacja stała się tak niewygodna, że pojawia się potrzeba jej zmiany. Terapeuta przyłącza się do systemu rodzinnego na pewien czas, by pomóc rodzinie w

osiągnięciu tej zmiany. Jest to najważniejszy element terapii; terapeuci systemowi sądzą, że wgląd nie jest konieczny aby nastąpiła zmiana. Uzyskuje się ją poprzez różne techniki terapeutyczne, np. zadania domowe, interwencje paradoksalne, odtwarzanie interakcji rodzinnych, itp. Techniki są dobierane w zależności od problemów prezentowanych przez rodzinę oraz w zależności od hipotez formułowanych przez terapeutę (Czabała, 1997).

Istnieją różne szkoły terapii systemowej np. strategiczna, strukturalna, komunikacyjna, (por. Namysłowska, 1997; Czabała, 1997; Orwid, Pietruszewski, 1993). W zależności od obszaru zainteresowań terapeuta będzie prowokował główną zmianę w określonym obszarze funkcjonowania małżeństwa (rodziny), oczekując, że uzyskana zmiana rozszerzy się na inne sfery życia, lub też obejmie relacje z innymi osobami spoza diady małżeńskiej uczestniczącej w terapii.

Terapia małżeńska prowadzona w podejściu systemowym nie ma w zasadzie określonego czasu trwania. Spotkania terapeutyczne raczej nie odbywają się zbyt często, zazwyczaj co 2-3 tygodnie tak, aby uczestnicy spotkania mieli czas na samodzielną wspólną pracę w kierunku zmiany dotychczasowych sekwencji zachowań na inne, bardziej funkcjonalne. Długość terapii zależna jest od wielu czynników (prezentowanych problemów, motywacji partnerów do zmiany, wyznaczonych celów terapii, itp.), a osiąganie zmian przez konkretne małżeństwo (rodzinę) ma swoje tempo i wymaga określonego czasu. Ogólnie przyjmuje się, że liczba spotkań (1-1,5 godzinnych) powinna się zawierać w przedziale 10-20. Zakończenie terapii małżeńskiej (rodzinnej) powinno być uzależnione od osiągnięcia wspólnie wyznaczonych na początku terapii celów, jak również od oczekiwań uczestników terapii. Terapeuta, poza innymi wymaganymi cechami, powinien być elastyczny i umieć wycofać się z systemu małżeńskiego (rodzinnego) w odpowiednim czasie - kiedy małżonkowie, którzy już dokonali pewnych zmian we wzajemnej relacji poczują się na tyle bezpiecznie by mogli funkcjonować samodzielnie bez pomocy terapeuty. Innymi słowy, terapię kończymy gdy wsparcie jakie sobie wzajemnie dają małżonkowie jest wystarczające, by mogli poczuć się bezpiecznie, darzyć siebie wzajemnie zaufaniem i otwarcie informować o swoich potrzebach, a zmiany jakie zaszły są przez nich pozytywnie odbierane i dają szansę na rozwój każdej pojedynczej osobie, małżeństwu jako parze i rodzinie jako całości.

Istnieje jeszcze wiele innych szkół i podejść w terapii małżeńskiej. Szeroko rozpowszechniona jest na przykład **terapia poznawcza małżeństw**, zwłaszcza w połączeniu z terapią behawioralną. W podejściu poznawczym praca terapeutyczna głównie polega na tym, że pomaga się małżonkom odkryć swoje własne postawy, przekonania i ich źródła oraz własne pomysły i teorie na temat przyczyn zachowania się partnera. Terapeuci pracujący w tym podejściu nie zmiernają do ujawniania uczuć, wychodząc z założenia, że wydobywanie na jaw uczuć, zwłaszcza negatywnych może jeszcze zwiększyć i tak już duży dystans pomiędzy małżonkami. Poprawa relacji małżeńskiej ma się dokonać poprzez nabycie umiejętności wyjaśnienia tego co dzieje się pomiędzy partnerami (Kosińska-Dec, 1986).

Szerokie zastosowanie w rozwiązywaniu konfliktów małżeńskich ma również **terapia Gestalt**, w której terapeuta jest skoncentrowany na sytuacji „tu i teraz” małżeństwa, a celem terapii jest m.in. uwolnienie się od obciążeń płynących z przeszłości lub z wyobrażeń o przyszłości (Harman, 1988).

Z całą pewnością dokonany wybór różnych form terapii małżeńskiej nie obejmuje wszystkich szkół terapii małżeńskiej, których nie sposób byłoby zamieścić w tak fragmentarycznym opracowaniu. Na koniec tego przeglądu należy zaznaczyć, że w praktyce terapeutycznej można często spotkać się z łączeniem różnych podejść i wypływających z nich technik i metod terapeutycznych. Wydaje się to słuszną ideą, jeśli tylko nie są łączone ze sobą metody znacznie różniące się między sobą. Głównym celem pomocy terapeutycznej jest pomoc w porządkowaniu, a nie mnożenie chaosu.

Skuteczność różnych form terapii małżeńskiej

W literaturze przedmiotu niewiele można znaleźć informacji o skuteczności tej czy innej formy terapii małżeńskiej. Freeman (1991) opisując stosowaną przez siebie krótkoterminową terapię małżeństw zwraca uwagę, że nie przeprowadzono specjalnych badań dla sprawdzenia efektywności tej metody. Powołuje się zatem na zdanie większości leczonych przez nią pacjentów, którzy uważają, że krótkoterminowa terapia pomogła im przezwyciężyć kryzys małżeński. Jednocześnie podkreśla, że pary małżeńskie ocenione w czasie pierwszych trzech sesji jako nie kwalifikujące się do terapii krótkoterminowej, były odsyłane do innych ośrodków.

Z tego widać jak ważne jest ściśle ustalenie kryteriów kwalifikacji do określonych rodzajów psychoterapii. Można powiedzieć, że ocena czy coś było skuteczne i w jakim stopniu, czy też nie, zależy w ogromnym stopniu od wstępnych założeń - terapeuta musi wiedzieć komu może pomagać, w jakim zakresie jest ta pomoc możliwa i stosownie do tego wybrać odpowiednią metodę pracy. Zatem pierwszym warunkiem skuteczności będzie określenie przez terapeutę własnych możliwości niesienia pomocy w określonym obszarze wybranym osobom (np. pomoc młodym małżeństwom w zakresie wzajemnego dopasowania się seksualnego). Drugim warunkiem skuteczności (równie ważnym jak pierwszy) będzie rozeznanie się i jak najbardziej precyzyjne określenie oczekiwań i możliwości osób podejmujących terapię. Niezwykle ważny wydaje się również następny krok - wspólne określenie celów terapii, dokonane przez terapeutę i parę małżeńską w czasie wstępnej konsultacji i zawierania kontraktu. Może zdarzyć się bowiem taka sytuacja, że to co dla jednej osoby jest pożądane, dla drugiej może być niekorzystne i oceniane niemal jako porażka. Na przykład: żona oczekuje od męża większej bliskości emocjonalnej (czułości, troskliwości), zamiast bliskości fizycznej. Dla męża taka zmiana może oznaczać mniejszą szansę potwierdzenia się jako mężczyzny i stwarzać konieczność podporządkowania się żonie, a więc w konsekwencji grozi utratą wolności. Terapeuta z kolei jest zwolennikiem takiej zasady, że w małżeństwie powinno być miejsce zarówno na bliskość fizyczną jak i emocjonalną, ale też dobrze jest określić granice tej bliskości uwzględniając potrzeby emocjonalne obu osób i dbając o zachowanie równowagi. Wspólnie z małżonkami ustali on na spotkaniu (spotkaniach) konsultacyjnym cele, do których będą razem dochodzili podczas terapii. Gdy cele te zostaną osiągnięte, można zakończyć terapię, albo też umówić się na kolejny cykl spotkań pod innym hasłem. Może też zdarzyć się tak, że główny cel, np. poprawa komunikacji będzie rozbity na mniejsze cele cząstkowe, np. nabycie umiejętności uważnego słuchania, otwarte komunikowanie swoich chęci, poprawa zgodności przekazów werbalnych i niewerbalnych, itp., które można osiągać na poszczególnych sesjach terapeutycznych.

Czabała (1997) opisuje różne rodzaje zmian, które są możliwe do osiągnięcia w psychoterapii. Są to: 1) zmiana zachowania; 2) zmiana relacji interpersonalnych; 3) zmiana systemów, a w tym najczęściej zmiana struktury rodziny, zmiana zasad regulujących funkcjonowanie ro-

dziny, zmiana wzorców komunikowania się oraz zmiana w zakresie reakcji emocjonalnych; 4) zmiana właściwości intrapsychicznych, a w tym najczęściej uświadomienie konfliktów intrapsychicznych, usuwanie deficytów osobowości, zmiana relacji z innymi ludźmi, zmiana schematów poznawczych i towarzyszących im emocji, zmiana postaw, zmiany w zakresie poczucia sensu własnego życia. Każdy z wymienionych rodzajów zmian jest równie ważny i potrzebny, różnicuje je głównie stopień trudności ich osiągnięcia. Czabała pisze: "Dla terapeuty i pacjenta najważniejsza jest decyzja o tym, jaka zmiana jest potrzebna i możliwa do osiągnięcia w psychoterapii, warunkująca ustąpienie lub zmniejszenie nasilenia objawów pacjenta" (1997, s.145).

Na koniec rozważań o skuteczności terapii należy zwrócić uwagę na to, że znacznie lepiej jest postawić przed sobą mniejsze i konkretne cele, gdyż wtedy zarówno małżonkowie, jak i terapeuta unikną frustracji, a drobne sukcesy mogą wzmacniać motywację do dalszej pracy, podnieść atrakcyjność partnera, dostarczyć nadziei i ochoty do kontynuowania podjętego wysiłku bycia razem („na dobre i na złe”). Terapeuta, pracujący z małżeństwami nie powinien też stawiać przed sobą zadania ratowania każdego małżeństwa, za każdą cenę, bez precyzyjnego rozeznania się w sytuacji osobistej obojga małżonków, poznania historii ich związku i historii konfliktów, wpływu tych konfliktów na wspólne życie (małżeńskie i rodzinne), itd. Nie każde małżeństwo można uratować, a decyzja małżonków o rozwodzie, podjęta w czasie terapii tylko wtedy nie będzie porażką, jeśli terapeuta uwolni się na wstępie od ponoszenia odpowiedzialności za to czy małżeństwo będzie razem, czy rozstanie się (zob. Gurman, 1985).

Wskazania i przeciwwskazania do terapii małżeńskiej

Rozszerzeniem nakreślonego powyżej zagadnienia skuteczności terapii małżeńskiej będzie przedstawienie zakresu stosowania terapii małżeńskiej, czyli tego, dla kogo może być przeznaczona. Określone przez różnych terapeutów wskazania do terapii małżeńskiej pokrywają się ze wskazaniami do innego rodzaju psychoterapii. Strojnowski (1985) wyróżnia dziewięć prawidłowości, które należy wziąć pod uwagę w punkcie wyjścia, tzn. w czasie pierwszej konsultacji, poprzedzającej ostateczną decyzję o podjęciu psychoterapii. W ujęciu Strojnowskiego przedstawiają się one następująco:

- „1. Psychoterapia leczy zaburzenia funkcjonalne, a nie organiczne.
2. Lepiej leczą się objawy, które wystąpiły niedawno i trwają niezbyt długo.
3. Można spodziewać się większej skuteczności leczenia u pacjentów młodszych aniżeli u starszych.
4. Ci pacjenci będą bardziej zaangażowani w proces psychoterapeutyczny, którzy pozostają pod sporym naciskiem cierpienia i wskutek tego posiadają dostateczne motywacje do terapii.
5. Sprzyja wyleczeniu brak korzyści z choroby.
6. Ważne jest przewidywanie przez pacjenta potencjalnych nagród za postęp w psychoterapii.
7. Pacjent powinien posiadać nawyk społecznego uczenia się.
8. Sprzyja leczeniu uprzednie dobre przystosowanie społeczne, będące wyrazem względnie harmonijnej osobowości.
9. Pacjenci mający uczestniczyć w terapii prowadzonej metodą werbalizowania własnych stanów psychicznych winni odznaczać się odpowiednim poziomem umysłowym” (1985, s. 63).

We wstępnej kwalifikacji do terapii małżeńskiej zwraca się ponadto uwagę na to co dzieje się w relacji małżeńskiej. Z całą pewnością nie powinno się proponować terapii małżeńskiej parze zagrożonej rozpadem związku (np. jedna osoba już podjęła decyzję o rozwodzie; jeden z małżonków pozostaje w związku pozamałżeńskim). W takiej sytuacji możemy zaproponować parze podjęcie mediacji rozwodowej albo jednej osobie podjęcie terapii indywidualnej. Zatem, aby nasze terapeutyczne działania były bardziej skuteczne oraz aby uniknąć wzajemnych rozczarowań należy z całą kliniczną wnikliwością przeprowadzić wstępną konsultację, aby móc stwierdzić z dużą dozą pewności, czy **ja, jako terapeuta mogę pomóc tym konkretnym osobom pozostającym w relacji małżeńskiej opartej na pewnych zasadach w osiągnięciu zmiany w określonym obszarze.**

W niniejszej pracy przedstawione zostały niektóre formy terapeutycznej pomocy parze małżeńskiej, znajdującej się w sytuacji kryzysu. Z całą pewnością można do tego dodać wiele opi-

sów najróżniejszych form terapii prowadzonych w ramach różnych podejść terapeutycznych. W zasadzie można byłoby stwierdzić, że tyle jest form terapii małżeńskiej, ilu terapeutów zajmujących się tym obszarem. Na koniec chciałam podzielić się spostrzeżeniem, że stosunkowo mała liczba terapeutów zajmuje się terapią małżeńską. Nie wynika to na pewno z małego popytu na tę formę pomocy. Stale rosnąca liczba rozwodów świadczyłaby o tym, że wielu parom małżeńskim brakło siły i ochoty do przezwyciężenia kryzysu małżeńskiego, ale może też małżeństwa te nie wiedziały gdzie mogą znaleźć pomoc w okresie, kiedy jeszcze mieli motywację do przeprowadzenia jakiejś zmiany w swoim związku. Terapia małżeńska wydaje się być najtrudniejszym rodzajem psychoterapii być może dlatego, że terapeuci też kiedyś byli dziećmi zaangażowanymi w konflikt małżeński swoich rodziców i borykającymi się z ciężącym poczuciem odpowiedzialności za utrzymanie tego małżeństwa; być może dlatego, że w sytuacji konfliktu małżeńskiego, kiedy dwie zdesperowane osoby zapalczywie walczą ze sobą, bardzo trudno jest przerwać sieć wzajemnych oskarżeń, pretensji, roszczeń, krzywd i zająć pozycję bezstronnego mediatora. Pomocą dla terapeuty, niezależnie od jego doświadczenia, będzie prowadzenie terapii małżeńskiej we współpracy z drugim specjalistą (najlepiej innej płci, aby równowaga została zachowana), jak też korzystanie z superwizji innego doświadczonego terapeuty, niezaangażowanego osobiście w pomoc danej parze małżeńskiej.

Niewiele miejsca poświęcono problematyce rozwodów. Małżeństwu, które podjęło decyzję o rozwodzie i wkroczyło już na drogę sądową też można, a nawet należy pomóc. Wiele małżeństw da się jeszcze uratować nawet wtedy, gdy małżonkowie podjęli otwartą walkę. Jednak najistotniejsza pomoc udzielona w tym czasie, to podjęcie mediacji rozwodowej, która nie jest terapią małżeńską. Jest to forma pomocy małżonkom i całej rodzinie (włączając w to dzieci) w porządkowaniu wielu spraw, zakłóconych przez ostry konflikt małżeński i rozwód. Mediacja ma regulować konkretne negatywne skutki rozwodu, tak więc tematami sesji mediacyjnych będą m.in. zasady kontaktu rodziców z dziećmi, sprawy majątkowe, sprawy opieki nad dziećmi, kontakt rodziców ze sobą wzajemnie, przyszłość dzieci, itp. (Ostoja-Zawadzka, 1996). Mediacji nie należy łączyć z terapią małżeńską, a jeśli małżeństwo w trakcie terapii podejmie decyzję o rozwodzie, terapeuta może polecić inną osobę, która podejmie rolę mediatora.

Stosunkowo mało par małżeńskich zgłasza się do terapii zanim kryzys przybierze ostrą formę. Wiele małżeństw mogłoby trwać, gdyby w odpowiednim czasie uzyskało fachową pomoc. Ponieważ z roku na rok liczba osób korzystających z pomocy psychoterapeutów stale wzrasta, jest szansa, że z czasem więcej małżeństw w kryzysie będzie korzystało z terapii małżeńskiej, jeśli tylko ta forma pomocy stanie się bardziej dostępna poprzez np. utworzenie specjalistycznych ośrodków terapii małżeńskiej.

Kraków, marzec 1998

Adres autorki:

Małgorzata Wolska; Ambulatorium Terapii Rodzin Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ; Kraków, ul. Kopernika 21 A

Bibliografia:

Bertalanffy, L. von: Ogólna teoria systemów. PWN. Warszawa, 1984.

Czabała J. Cz.: Czynniki leczące w psychoterapii. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa, 1997.

Fortuna D. Jurg Willi i jego koncepcja małżeńskiej koluzji. W: Orwid M., Czabała J. Cz. (red.): Terapia rodzin i małżeństw w uzależnieniach i innych zaburzeniach psychicznych. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Warszawa, 1986.

Freeman D.R.: Kryzys małżeński i psychoterapia. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa, 1991.

Gurman A.: W ochronie małżeństwa, czyli co może zrobić terapeuta, gdy małżeństwo chce się rozwieść. Mity i rzeczywistość terapii rodzin. Tom I. Koło TPD nr 134 przy OOZP „Synapsis”. Warszawa, 1988.

Harman. R.L.: Terapia Gestalt dla małżeństw i rodzin. Mity i rzeczywistość terapii rodzin. Tom I. Koło TPD nr 134 przy OZP „Synapsis”. Warszawa, 1988.

Kosińska-Dec K.: Wybrane poglądy na terapię małżeńską. W.: Orwid M., Czabała J. Cz. (red.), Terapia rodzin i małżeństw w uzależnieniach i innych zaburzeniach psychicznych. Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Warszawa, 1986.

Mroziak B.: Behawioralna terapia małżeństw (BTM). W.: Orwid M., Czabała J. Cz. (red.), Terapia rodzin i małżeństw w uzależnieniach i innych zaburzeniach psychicznych. Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Warszawa, 1986.

Namysłowska I. Terapia rodzin. Springer PWN. Warszawa, 1997.

Orwid M., Pietruszewski K.: Psychiatria dzieci i młodzieży. Collegium Medicum UJ. Kraków, 1993.

Ostoj-Zawadzka K.: Cykl życia rodzinnego. W: Barbaro B. de (red.): Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Collegium Medicum UJ. Kraków, 1994.

Ostoj-Zawadzka K.: Dynamika rozvodu - konsultacja i mediacja. Sprawozdanie z seminarium prowadzonego przez prof. Josefa Duss von Werdt w Krakowie w dniu 22 maja 1995 r. Psychoterapia, 1996, 1(96), s. 79-82.

Skyner R., Cleese J.: Życie w rodzinie i przetrwać. Jacek Santorski & CO, Agencja Wydawnicza. Warszawa, 1992.

Strojnowski J.: Psychoterapia. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa, 1985.

Tryjarska B.: Terapia rodziny. W: Grzesiuk L. (red.), Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa, 1994.

Małgorzata Wolska

**Terapia małżeńska jako jeden ze sposobów radzenia sobie
w sytuacji kryzysu małżeńskiego.**

Pytania dla studentów:

1. Zastanów się, jakie mogą być typowe przyczyny kryzysu małżeńskiego w różnych fazach życia wyróżnionych przez Haley'a (narzeczeństwo, wczesne małżeństwo, narodiny dziecka, średnia faza małżeństwa, faza tzw. „pustego gniazda”, emerytura i starość).
2. Opisz główne techniki pracy terapeutycznej w podejściu behawioralnym i cele, jakim służą.
3. Wymień cele małżeńskiej terapii krótkoterminowej i sposoby ich realizacji w poszczególnych etapach pracy terapeutycznej.
4. Jakimi powodami może kierować się terapeuta, który prowadząc terapię osoby z zaburzeniami psychicznymi zaprasza jej współmałżonka na wspólne spotkania?
5. Opisz zjawisko homeostazy rodzinnej (i małżeńskiej) podając kilka przykładów z codziennego życia.
6. Zastanów się, jakie zalety i słabe punkty posiadają prezentowane podejścia terapeutyczne.
7. Jak można pomóc małżeństwu rozwodzącemu się?