

Irena Namysłowska, Anna Siewierska

TERAPIA RODZIN A TERAPIA PAR

FAMILY AND MARRIAGE THERAPY

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN
Kierownik: prof. dr hab. med. Irena Namysłowska

family therapy marriage therapy

Autorki dokonują wieloaspektowej analizy podobieństw i różnic między terapią rodzin a terapią par. Akcentują rolę wiedzy o procesach rodzinnych oraz umiejętność pełnienia roli psychoterapeuty z uwzględnieniem odmienności relacji: terapeuta – rodzina i terapeuta – para. Podkreślają potrzebę kształcenia terapeutów w dostrzeganiu tych różnic i nabywaniu umiejętności niezbędnych do prowadzenia obu typów terapii.

Summary: The authors analyse the differences and similarities between family and marriage therapy. They discuss the theoretical basis for both types of therapy, different ways by which family members or partners come to therapy, motivation for therapy and for change, as well as transference and countertransference reactions in both types of therapy. The formal expectations, especially in training and therapeutic skills of therapists in family and marriage therapy are also discussed.

Obie formy terapii: rodzinna i pary często są porównywane i łączone. W końcu para (niezależnie od tego, czy łączą ją formalne więzy, czy nie) jest również rodziną bądź jej zasadniczym podsystemem. W rozmowach rodzinnych, oprócz problemu relacji między rodzicami i dziećmi, porusza się na ogół także temat relacji pomiędzy rodzicami. Jednocześnie jednak terapeuci pracujący z rodzinami i parami często mówią o odrębności obu tych form terapii, nieco innym rodzaju relacji terapeutycznej oraz odmiennych umiejętnościach potrzebnych do ich prowadzenia.

Według Goldenbergów [1] obie formy terapii rozwijały się niezależnie od siebie. Terapia rodzinna korzeniami swoimi sięga do badań nad schizofrenią oraz poradnictwa dziecięcego, terapia pary natomiast wywodzi się z poradnictwa przedmałżeńskiego i małżeńskiego Mudd [2], i jest wymieniana jako jeden z nurtów powstania terapii rodzinnej. Poradnictwo zaczęło zastępować podejściem terapeutycznym w latach 50. i nazywać je terapią małżeńską. W latach 70. Olson [3] zaproponował integrację poradnictwa małżeńskiego z nowo powstałym nurtem terapii rodzin, ponieważ oba te kierunki zajmują się relacjami, a nie jednostkami, a Amerykańskie Towarzystwo Doradców Małżeńskich zmieniło nazwę na Amerykańskie Towarzystwo Doradców Małżeńskich i Rodzinnych. Od 1978 r. towarzystwo to przyjęło nazwę Amerykańskiego Towarzystwa Terapii Małżeńskiej i Rodzinnej. Broderick i Schrader [4] uważają, że w wyniku tego poradnictwo małżeńskie straciło swoją odrębną tożsamość łącząc się z terapią rodzin.

Ciekawa wydaje się relacja pomiędzy terapią małżeńską a rodzinną w Polsce. Ta ostatnia rozwija się znacznie bardziej dynamicznie — jest dużo szkoleń, wzrasta też liczba publikacji polskich i tłumaczeń poświęconych jej. Skądinąd wiadomo, że polscy terapeuci pracują z parami, których ostatnio zgłasza się do terapii coraz więcej. Zajmują się tym profesjonalnie zarówno terapeuci rodzinni, jak i indywidualni. Niedużo jest jednak szkoleń w terapii małżeńskiej i nie ma żadnej książki polskiego autora na ten temat. Może przemawiać to za słabym wyodrębnieniem się terapii pary z innych form terapii. W ostatnich latach zainteresowanie psychoterapeutyczną pracą z parami wzrasta, czego dowodem jest m.in. konferencja Sekcji Psychoterapii Towarzystwa Psychiatrycznego i Psychologicznego, która odbyła się w kwietniu br.

Przypuszczamy, że różna waga przykładana do obu form terapii może być związana z kulturową wartością przypisywaną w Polsce rodzinie, nadrzędną w stosunku do wartości małżeństwa. Stąd częste stwierdzenia, że rozwód, w razie problemów małżeńskich, może poczekać do czasu dorobienia dzieci (twierdzący tak nie wprost zakładają, że wychowanie dzieci jest ważniejsze niż satysfakcja małżeńska oraz że dzieciom lepiej służy utrzymywanie rodziny w całości niż dbający o swoje szczęście rodzice). Być może także dlatego, poza innymi względami socjokulturowymi, częstość rozwodów w Polsce jest niewielka. Wzrost liczby rozwodów i zainteresowania terapią małżeńską wydają się wywodzić z jednego zjawiska — zwiększania się społecznego przyzwolenia na oczekiwanie szczęścia w relacji partnerskiej (oczywiście mają one też inne uwarunkowania).

W dalszej części artykułu zajmiemy się właściwościami terapii pary, które odróżniają ją od terapii rodzinnej, oraz tymi, które obie formy łączą. Musimy tu zaznaczyć, że używamy terminów terapia pary i terapia małżeńska zamiennie, chociaż zdajemy sobie sprawę, że terapia pary jest pojęciem szerszym. W obu przypadkach mamy na myśli partnerów, których łączy względnie trwała, formalna lub nieformalna, relacja i którzy, przynajmniej w swoich intencjach, planują wspólną przyszłość.

W obu formach terapii pracujemy, razem z naszymi klientami, nad podwyższeniem satysfakcji bądź rozwiązaniem problemów w relacji pomiędzy bliskimi sobie osobami, przy czym zaangażowane w tę relację osoby realnie w tej pracy uczestniczą. (W odróżnieniu od terapii indywidualnej, podczas której pacjent może omawiać np. związek z rodzicami lub partnerem w pewnym sensie symbolicznie wtedy obecnymi.)

Relacja partnerska jest odmienna od innych związków w rodzinie. Wyróżnia się intymnością (w tym seksualną), chronioną zwykle przed nawet bliskimi osobami (np. dziećmi, dalszą rodziną, przyjaciółmi). Jest to także jedyna relacja w rodzinie, którą można rozwiązać; jest najmniej stabilna. Właściwości te decydują o odrębności terapii małżeńskiej. Jej większa intymność, bliższa relacja z terapeutą, inny zakres poruszanych tematów, a także większy lęk przed konfrontacją, spowodowany ryzykiem rozpadu, jest często powodem trudności podjęcia decyzji o uczestniczeniu w terapii.

Zarówno terapeuci rodzinni, jak i małżeńscy opierają się w swojej pracy na różnych, właściwych swojemu wykszoleniu i preferencjom, koncepcjach teoretycznych, w terapii rodzinnej dominuje jednak paradygmat systemowy [5, 6, 7] w swojej współczesnej postaci. Różne odmiany tego podejścia integrowane są czasem z innymi koncepcjami, np. wielopokoleniowymi [8, 9, 10, 11], jednak przez wielu terapeutów uważane jest ono za najbardziej przydatne do opisywania i rozumienia relacji w rodzinie. Terapeuci pracujący

z parami prezentują dużo bardziej różnorodne podejścia teoretyczne — należą do nich teoria psychoanalityczna, teoria związku z obiektem, teoria przywiązania, podejście behawioralno-poznawcze, humanistyczne, transgeneracyjne, wreszcie także koncepcje systemowe, w tym te związane z konstrukcjonizmem społecznym, a szczególnie podejście narracyjne [12, 13].

W różnorodności koncepcji, na których się opiera, terapia pary zbliżona jest bardziej do terapii indywidualnej. Być może związane jest to z faktem, że praca z diadą wymaga integrowania różnych podejść, pozwalających opisać zarówno relację partnerską, jej uwarunkowania transgeneracyjne i znaczenie tej relacji w szerszym systemie rodzin pochodzenia, jak i funkcjonowanie intrapsychiczne partnerów. Problemy pary wynikają między innymi z tego, że nakładają się na siebie — i znajdują ekspresję w relacji diady — przekazy międzypokoleniowe, związki z rodzinami pochodzenia, historia związku obecnego i poprzednich, osobowościowe problemy partnerów i aktualna sytuacja.

Powody, dla których zgłaszają się do terapii rodziny i pary, są kolejnym czynnikiem różnicującym obie formy terapii. Rodziny najczęściej trafiają do terapeuty z powodu swego dziecka, które choruje lub sprawia kłopoty wychowawcze. Może zdarzyć się też, że poszukują pomocy w celu rozwiązania konfliktów między sobą a dziećmi, szczególnie tych wynikających z rozwojowych faz cyklu życia. Partnerzy decydują się na terapię zazwyczaj z powodu narastania pomiędzy nimi napięcia. Napięcie to może przybierać charakter kryzysu związanego z trudnymi sytuacjami, bądź koniecznością dokonania zmian. Innym rodzajem partnerów potrzebujących pomocy są ci, u których napięcie stało się chroniczne.

Bowen [14, 15, 16] twierdził, że partnerzy, pomiędzy którymi narasta napięcie — najczęściej wg niego związane z trudnościami w poradzeniu sobie z konfliktem między potrzebą bliskości a dystansu — próbują poradzić sobie z nim poprzez włączenie w swoją relację trzeciej osoby, bądź innego czynnika, rozładowującego je. Jeśli opisywane zjawisko staje się chroniczne, utralają się wzorce radzenia sobie z nim, o których Bowen pisze jako o wzorcach prowadzących do powstawania symptomów.

Wyróżnia trzy takie wzorce. W pierwszym rolę obniżającą napięcie i chroniącą pary przed konfrontacją z konfliktem odgrywa dysfunkcja jednego z partnerów.

W drugim para wchodzi w jawny, przewlekły i nierozwiązany konflikt, z powtarzającym się cyklem zbliżania i oddalania. W trzecim — rolę zmniejszania napięcia pełni włączone w konflikt dziecko, u którego emocje rodziców przeradzają się w objawy, bądź kłopotliwe zachowania.

Te trzy sposoby radzenia sobie z napięciem obrazują dobrze drogi prowadzące do terapii małżeńskiej. W pierwszym przypadku pary zgłaszają się z powodu objawów jednego z partnerów (depresja, uzależnienie itp.). Początkowo koncentrują się na problemach partnera jako pierwszy cel konsultacji stawiają „wyleczenie” jego objawów. Zdrowy partner nie zawsze widzi problemy współmałżonka w kontekście ich relacji. Przypomina to motywację rodziny do szukania pomocy u terapeuty w celu wyleczenia dziecka.

W drugim typie pary zwracają się o pomoc w związku z trudnościami w znoszeniu przewlekłego konfliktu celem jego rozwiązania lub podjęcia decyzji o rozstaniu.

Trzeci typ powoduje, że najczęściej cała rodzina decyduje się na terapię rodzinną — kontrakt zostaje zawarty wtedy, kiedy okaże się w trakcie terapii, że kłopoty dziecka pełnią funkcje obniżania napięcia w parze małżeńskiej.

Inni autorzy [17] wymieniają następujące powody zwrócenia się pary do terapeuty z prośbą o pomoc: poprawa relacji, zapobieganie kłopotom w przyszłości, przeciwdziałanie pogłębianiu się kryzysu, rozważanie rozvodu lub separacji i spostrzeganie terapii jako ostatniej próby dojścia do porozumienia albo, jeśli jedno z małżonków powzięło już decyzję — uzyskanie pomocy w przeprowadzeniu separacji lub rozvodu. I ostatni powód to sytuacja, w której terapia małżeńska jest zalecana jako pomoc w poradzeniu sobie z innymi problemami, np. wychowawczymi dziecka, lub w leczeniu agorafobii, uzależnienia.

Można powiedzieć, że decyzje o terapii podejmowane są za radą terapeuty indywidualnego czy rodzinnego lub wypływają z potrzeby poruszenia tematu problemów małżeńskich.

Odrębnym zagadnieniem jest różnica w relacjach terapeuty z rodziną i parą małżeńską. Para małżeńska intensywnie zaprasza terapeutę do odgrywania różnych ról: matki, ojca lub kogoś innego z bliskiej rodziny, lub też — jak wymienia White [18] — eksperta, sędziego, osoby pomieszczającej trudne emocje lub spajającej, bądź przejmującej odpowiedzialność. W terapii rodzinnej według nas intensywność tych „zaproszeń” jest znacznie mniejsza. Można to wyjaśnić zjawiskami triangulacji opisanymi przez Bowena. W terapii rodzinnej rolę trzeciego wierzchołka trójkąta obniżającego napięcie odgrywa inny członek rodziny, zazwyczaj dziecko. Na terapię małżeńską natomiast decydują się pary w kryzysie, który między innymi wywołany jest stratą czynnika stabilizującego. Strata ta może być spowodowana śmiercią jakiegoś członka rodziny, wyleczeniem z objawów, które dotychczas odgrywały rolę czynnika stabilizującego, lub nawet może być wynikiem terapii rodzinnej, która pomogła dziecku wycofać się z pozycji w trójkącie. W to miejsce para zaprasza terapeutę, aby stabilizował ich związek i obniżał w nim napięcie. Małżeństwo jest relacją bardzo intymną. Do rozmowy na temat tej intymności zostaje włączony terapeuta, przez co relacja z nim staje się bliższa niż w terapii rodzinnej, w której często lojalność rodzinna nie dopuszcza terapeuty do takiej bliskości.

Jeżeli terapeuta małżeński zostaje włączony w trójkąt, w rozumienia Bowena, staje się obiektem projekcji rodzinnych [11]. Ułatwia to również tworzenie się przeniesienia. Następuje niezwykle intensywny przepływ emocji przeniesieniowych i przeciwprzeniesieniowych. W terapii pary terapeucie często zdarza się np. przeżywać uczucia opiekuńcze, jak do dwójki dzieci, a małżonkowie przeżywają terapeutę jak rodzica. W czasie sesji rodzinnych natomiast role rodzinne są już obsadzone realnymi członkami rodziny. Z naszych osobistych doświadczeń wynika, że pośrednim wskaźnikiem bliższych relacji terapeuty z parą niż z rodziną jest częstsze posługiwanie się imionami małżonków w terapii małżeńskiej niż w rodzinnej.

Terapię małżeńską zajmują się z jednej strony terapeuci wyszkoleni i prowadzący terapię rodzinną, a z drugiej — terapeuci indywidualni. Można się zastanawiać, czy wyszkolenie obu tych typów terapeutów wystarcza do prowadzenia terapii małżeńskiej. Wydaje się, że w obu przypadkach odpowiedź jest negatywna. Terapeucie indywidualnemu może brakować systemowego rozumienia procesów zachodzących w parze, podczas

gdy terapeutę rodzinnemu może brakować znajomości i rozumienia mechanizmów wewnętrznych.

Również w trakcie trwania procesu terapeutycznego, na różnych jego etapach, jeden lub drugi typ wykształcenia staje się bardziej przydatny. Zwykle, choć nie z reguły, na początku bardziej przydatna jest wiedza systemowa, a w miarę trwania terapii, rozwoju przeniesienia — znajomość mechanizmów intrapsychicznych.

W naszym przekonaniu terapeutę małżeńskiemu potrzebne są wiedza i umiejętności związane zarówno z procesami rodzinnymi, jak i indywidualnymi.

Na szczęście system szkolenia w Polsce gwarantuje nabywanie rozeznania i umiejętności potrzebnych do posługiwania się różnymi formami psychoterapii.

Wnioski

Naszym zdaniem istnieje pewna odrębność terapii rodzin i terapii par. Sprowadza się ona do:

- częściowej odmienności podejść teoretycznych leżących u podstaw pracy terapeutycznej,
- różnych dróg szukania pomocy terapeutycznej i zgłaszania się do terapii przez parę i rodzinę,
- odmienności relacji terapeuty z rodziną i parą małżeńską,
- różnic w zakresie szkolenia i w konsekwencji — różnych umiejętności potrzebnych do prowadzenia obu typów terapii.

Piśmiennictwo

1. Goldenberg H, Goldenberg I. *Terapia małżeńska*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
2. Mudd EH. *The practice of marriage counseling*. New York: Association Press; 1951.
3. Olson DH. Marital and family therapy. Integrative reviews and critique. *J. Marr. Fam. Counsel.* 1970, 4: 77–98.
4. Broderick CB, Schrader SS. The history of professional marriage and family counseling. W: Gurman AS, Kniskern DP, red. *Handbook of family therapy*. New York: Bruner/Mazel; 1979.
5. de Barbaro B, Namysłowska I, *Terapia rodzinna*. W: Bilikiewicz A, Puzyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom 3. Wrocław: Urban & Partner; 2003, s. 264–286.
6. Namysłowska I. *Terapia rodzin*. Warszawa: Wydawnictwo IPiN; 2000.
7. Józefik B. *Terapia rodzin*. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL; 2004, s. 448–470.
8. Carter B, McGoldrick M. *The changing life cycle. A framework for family therapy*. Second edition. Boston, London, Sydney, Toronto: Allyn & Bacon; 1989.
9. Carter B, McGoldrick M. Overview: The expanded life cycle. Individual, family and social perspective W: Carter B, McGoldrick M, red. *The expanded family life cycle*. Boston: Allyn & Bacon; 1999.
10. Goldrick M, Gerson R. *Genograms in family assessment*. New York: Norton; 1985.
11. Boszormenyi-Nagy I, Spark GM. *Invisible loyalties. Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Harper & Row; 1973.
12. Gergen KL. *Realities and relationships. Soundings in social construction*. Harvard University Press, Cambridge: Massachusetts and London, England; 1994.

13. White M, Epston D. Narrative means to therapeutic ends. New York: W. W. Norton and Co; 1990.
14. Bowen M. Family therapy in clinical practice. New York: Aronson; 1976.
15. Kerr ME, Bowen M. Family evaluation. An approach based on Bowen therapy. New York: Norton; 1998.
16. Namysłowska I, Siewierska A. Lęk w systemie rodzinnym. *Psychiatr. Pol.*, 1994; 5: 547–556.
17. Crane. DR. Podstawy terapii małżeństw. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.
18. White M. Selected papers. Adelaide, Australia, Dulwich Centre Publications; 1989.

Adres: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN
al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa