

## PRZERWANIE TERAPII MAŁŻEŃSKIEJ PRZEZ KLIENTA

### DROPOUT IN MARITAL THERAPY

Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kierownik: dr hab. n. med. Agata Szulc

**dropout  
marriage  
marital/couples therapy**

*Artykuł zawiera analizę przerwania terapii przez 10 par małżeńskich, które zgłosiły się na terapię, po czym same zrezygnowały z niej po pierwszym spotkaniu konsultacyjnym lub na dalszych etapach terapii. Autorki opisują czynniki przerwania terapii leżące po stronie terapeuty i osób korzystających z terapii, jak i wynikające z okoliczności życiowych i warunków, w jakich terapia jest przeprowadzana. Przedstawiona jest wartość superwizji prowadzonej po przerwaniu terapii przez parę małżeńską.*

#### Summary

**Aim.** Analysis of dropout in marital therapy.

**Method.** Qualitative analysis of marital therapy of 20 couples.

**Results.** 10 married couples completed therapy, which is understood as the attainment of therapeutic goals established in the contract and the termination of treatment as a result of a mutual agreement of the couple and the therapist. 10 couples dropped out of therapy as a result of a decision taken by either one or both spouses. Out of the 10 couples who ceased treatment, 5 dropped out after the first session and 5 more at later stages of the therapy process.

**Conclusions.** Dropout in therapy is a result of a combination of many factors relating to both parties – the client and the therapist. An analysis of early therapy termination can assist the therapist in exploring his or her role in the therapy process and allows for the objective evaluation of successful and failed therapy outcomes. Additionally, it can enhance the therapist's professional knowledge and experience and can contribute to more professional planning and realisation of therapy with future clients.

#### Wstęp

W relacji psychoterapeutycznej — w przeciwieństwie do różnych relacji życia codziennego — już od samego początku zakłada się nieuchronność jej końca. Zakończenie procesu psychoterapeutycznego, jeśli jest dobrze przeprowadzone, może być pozytywnym doświadczeniem dla klienta i przyczynić się do jego rozwoju [1]. Może również wzmacniać zmianę osiągniętą w procesie terapeutycznym [2]. Tymczasem przeglądy badań nad psychoterapią wskazują, że około 50% terapii kończy się ich przerwaniem [3, 4].

Istnieje wiele trudności związanych z metodologicznie poprawnym ujęciem tego problemu. Większość kontraktów terapeutycznych zakłada brak kontaktu ze strony terapeuty w sytuacji nieprzychodzenia klienta na spotkanie. Druga strona natomiast rzadko informuje o decyzji swojej rezygnacji [5], co pozostawia terapeutów i badaczy z brakiem precyzyjnych danych o przyczynach przerwania terapii. Literatura przedmiotu odzwierciedla te trudności w zróżnicowanej terminologii i złożonych procedurach kompletowania danych [5, 6].

W Polsce przerwanie terapii przez klienta określa się mianem jej przedwczesnego przerwania [7], porzucenia [8], wypadnięcia, wycofania się, rezygnacji z niej [9, 10]. Niejednokrotnie spolszcza się terminy obce, np. dropout [8, 11]. Również w literaturze anglojęzycznej nie ma uniwersalnego słowa opisującego przerwanie terapii: dropout [12, 13, 14], non-engagement [5], discontinuing [4], client-initiated termination [15], unilateral termination [6], unplanned termination [16], premature termination [2], attrition [17]. Nazwanie zjawiska sugeruje określone jego rozumienie, co ilustruje także nazewnictwo klient/pacjent. I tak, przedwczesne lub nieplanowane przerwanie terapii w domyśle odnosi się do hierarchicznego modelu relacji terapeutycznej, w którym terapeuta jest dominującą stroną i wyłącznie on wie, kiedy i jak należy zakończyć leczenie. Gdy klient podejmuje decyzję o zaprzestaniu korzystania z usług danego terapeuty, robi to wg terapeuty w sposób niezaplanowany i przedwczesny. Termin „porzucenie leczenia” zdaje się jeszcze bardziej podkreślać subiektywną perspektywę terapeuty, który w kontekście nieprzyjścia klienta na umówione spotkanie może czuć się porzucony. Sformułowanie „wypadnięcie z terapii” zawiera w sobie natomiast element braku wpływu, tak jakby przerwanie leczenia było sytuacją od wszystkiego niezależną.

Występują różne definicje przerwania leczenia, np. jednostronne wycofanie się klienta z terapii, zanim osiągnięte zostaną cele terapeutyczne [18]; jednostronna decyzja klienta o zakończeniu terapii bez poinformowania o niej terapeuty, np. nieprzybycie na umówione spotkanie lub pozostawienie informacji o zakończeniu terapii w recepcji [16]; niewykorzystanie określonej liczby sesji terapeutycznych [19]. Zwraca się uwagę, że definicja i operacjonalizacja zjawiska determinuje jakościowo i ilościowo otrzymywane dane [4, 12]. Zbadano, że częstość przerywania leczenia jest różna w zależności od analizowanej grupy, np. ocenia się, że ryzyko przerwania terapii jest szczególnie duże wśród pacjentów ze schizofrenią i różnego typu uzależnieniami [14] oraz w grupie osób z rozpoznaniem zaburzeń osobowości [7] i z diagnozą zaburzeń odżywiania się [8], mniejsze w grupie pacjentów z rozpoznaniem depresji i/lub zaburzeń lękowych [14]. Częstość przerywania psychoterapii różni się w populacji pacjentów ambulatoryjnych i leczonych stacjonarnie [7], jednak tego rodzaju analizy nie są prowadzone w odniesieniu do terapii małżeńskich, które, poza nielicznymi wyjątkami, są realizowane w trybie ambulatoryjnym. Autorzy prawdopodobnie jedyne dostępne badanie analizujące stacjonarną psychoterapię małżeńską wykazują 98% zakończonych terapii. Przez 10 lat zaledwie 5 spośród 257 małżeństw nie ukończyło siedmiotygodniowej terapii [20].

Dane dotyczące częstości przerywania terapii różnią się także w zależności od tego, czy dotyczą pacjentów po procesie diagnostycznym, zakwalifikowanych do psychoterapii [10], czy też odnoszą się do grupy osób zgłaszających się po pomoc, na etapie pierwszej konsultacji [12, 14]; wreszcie — wskazują na różny procent przerwanych terapii w zależności od podejścia teoretycznego, w którym pracuje terapeuta [7].

Przerwanie przez klienta terapii małżeńskiej stanowi specyficzną sytuację, gdyż wiąże się z zaprzestaniem współpracy z obojgiem małżonków. Zakłada się, że skoro do kontynuacji terapii potrzebna jest gotowość uczestniczenia w sesjach obojga partnerów, to w terapii małżeńskiej, w porównaniu z terapią indywidualną i grupową, częściej dochodzi do przerwania leczenia przez klienta. Niektóre badania tę tendencję potwierdzają [14], inne wskazują na brak różnic pomiędzy liczbą przerywanych terapii a formą terapii [12].

Niewątpliwie jednak zjawisko przerywania leczenia jest w terapii systemowej, w porównaniu z terapią indywidualną i grupową, najskromniej opisane [21].

### **Cel**

Celem pracy była analiza jakościowa przerywania leczenia przez klientów na podstawie longitudinalnego badania 20 par uczestniczących w terapii małżeńskiej. Ze względu na zbyt małą liczebność badanej grupy (40 osób) nie zastosowano analiz ilościowych. Dane statystyczne dotyczące terminowego ukończenia lub przerywania leczenia, zaprezentowane w pracy, wzbogacone zostały refleksjami autorek oraz licznymi odniesieniami do badań z literatury.

W niniejszej analizie zaproponowano określenie „przerwanie terapii przez klienta”, które spośród dostępnych terminów wydaje się najbardziej neutralne i odróżniające to zjawisko od sytuacji przerywania terapii przez terapeutę lub zakończenia leczenia.

### **Material**

Analizą objęto 20 małżeństw (40 osób), które zgłosiły się w 2010 roku po pomoc do poradni zdrowia psychicznego, i po rozmowie wstępnej, polegającej na zebraniu podstawowych informacji o parze, zostały zakwalifikowane do konsultacji systemowej. Właściwa terapia małżeńska rozpoczęła się po 1—3 spotkaniach, w czasie których omawiane były problemy i oczekiwania małżonków oraz zawierany był kontrakt. Niniejsza analiza odnosi się do wszystkich zgłaszających się par, które przybyły na minimum jedno spotkanie/konsultację. Małżeństwa uczestniczyły w terapii nieodpłatnie, w ramach podstawowego ubezpieczenia. Wszystkie zgłoszone pary były w związku formalnym cywilnym i/lub religijnym.

Średnia wieku pacjentów wynosiła 37,9 roku (od 24 do 54). Średni staż małżeński wśród par objętych pomocą wynosił 9,15 roku (od 1 do 25). 20 osób miało wykształcenie wyższe, 15 średnie, 5 zawodowe. 3 pary były bezdziejne, 6 par miało jedno dziecko, 8 par — dwoje, 2 pary — troje, 1 para miała czworo dzieci.

Terapię prowadziło 8 terapeutów: 6 kobiet i 2 mężczyzn. W grupie terapeutów było 4 psychologów, 2 pedagogów i 2 psychiatrów. Wszyscy ukończyli całonocny kurs psychoterapii oraz kurs systemowej terapii rodzin. Zespół korzystał z regularnej superwizji.

Terapię 9 par prowadziła kobieta. Terapię 6 par prowadził mężczyzna. 5 par uczestniczyło w leczeniu prowadzonym w koterapii przez dwie kobiety.

Średnia liczba sesji terapeutycznych w całej grupie wyniosła  $\bar{x}=9,45$  (od 1 do 26). Spotkania odbywały się średnio co 2 tygodnie. Sesje terapeutyczne nie były monitorowane.

### **Wyniki**

Spośród 20 par 10 małżeństw (50%) zakończyło terapię, przez co rozumie się osiągnięcie celów terapeutycznych ustalonych w kontrakcie oraz zaprzestanie spotkań w wyniku wspólnej decyzji pary i terapeuty. Średnia liczba sesji terapeutycznych w tej grupie wyniosła  $\bar{x} = 15,6$  (od 12 do 26).

10 par (50%) przerwało leczenie, tj. nie przyszło na kolejne umówione spotkanie (konsultację lub sesję terapeutyczną), w wyniku decyzji jednego lub obojga małżonków. Średnia liczba spotkań w grupie klientów, którzy przegrali leczenie, wyniosła  $\bar{x} = 3,3$ .

Spośród 10 par, które przerwały terapię, 5 (25%) uczyniło to po pierwszym spotkaniu konsultacyjnym. 5 małżeństw (25%) przerwało terapię na dalszych etapach procesu terapeutycznego. Średnia liczba spotkań w grupie klientów, którzy przegrali leczenie po kilku spotkaniach, to  $\bar{x} = 5,6$ .

Spośród 5 małżeństw, które przerwały leczenie już po pierwszym spotkaniu, 2 podały przyczynę swojej rezygnacji. W pierwszym przypadku było to wystąpienie przemocy fizycznej w związku i podjęcie leczenia w innej placówce. W przypadku drugiego małżeństwa, kobieta wyraziła swoje obawy, iż przewiduje, że nie zostanie dobrze zrozumiana przez terapeutę męzczyzną. 3 pary przerwały leczenie po pierwszej konsultacji bez udzielenia jakichkolwiek informacji.

Spośród 5 par, które przerwały leczenie na dalszych etapach terapii, 4 udzieliły informacji o powodach swojej decyzji. Były to odpowiednio: powrót do uzależnienia po długotrwałej abstynencji, pojawienie się choroby onkologicznej u jednego z małżonków, narodziny dziecka, brak przekonania o przydatności terapii w rozwiązaniu problemów.

W przypadku 6 par, które udzieliły informacji zwrotnej o przyczynach przerywania terapii, w 2 przypadkach małżonkowie podjęli decyzję wspólnie, w 3 przypadkach inicjatorem przerywania leczenia był męzczyzna, w 1 przypadku kobieta.

Terapię pary, w której o przerywaniu leczenia zadecydowała kobieta, prowadził męzczyzna. Terapię par, w których o przerywaniu leczenia zadecydowali męzczyźni, prowadziły kobiety.

### Omówienie wyników

Przerwanie leczenia już po pierwszej sesji terapeutycznej jest częste, co potwierdzają także inne badania: 15% [22], 20% [17], 23% [23].

#### Różne czynniki mogą mieć wpływ na przerywanie terapii

Gotowość do zmiany. Małżeństwa zgłaszają się do terapii na różnych etapach cyklu życia rodzinnego, z różnym bagażem doświadczeń i predyspozycji, z różnym poziomem motywacji do zmiany. Prochaska i DiClemente zaproponowali model zmiany (transtheoretical model of change) opisujący pięć poziomów gotowości do niej [24]. Wyróżnili: **1. Poziom prekontemplacyjny** (precontemplation), który charakteryzuje się brakiem potrzeby zmiany oraz trudnościami w rozpoznawaniu problemu. Osoby na tym poziomie, jeśli mają intencję zmiany, dążą raczej do przekształcania środowiska i wywierania wpływu na inne osoby niż do modyfikacji własnych przekonań i zachowań. W terapii małżeńskiej poziom ten jest reprezentowany przez osoby, które poprawę sytuacji widzą w zmianie zachowań partnera. **2. Poziom kontemplacyjny** (contemplation) to etap, w którym klienci często myślą o doświadczanych trudnościach i mają świadomość istnienia problemu, a nawet dostrzegają swój udział w jego powstawaniu, jednak wahają się przed podjęciem zobowiązania do zmiany. **3. Przygotowanie** (preparation) to faza, w której osoby zgłaszają potrzebę i gotowość do zmiany, a nawet rozpoczęły modyfikację niektórych swoich zachowań.

wań, jednak nie powzięły stanowczej decyzji o zmianie ze względu na liczne ambiwalentne emocje z nią związane. **4. Działanie** (action). W czasie tej fazy klienci podejmują liczne, jawne wysiłki z czystą intencją wyeliminowania własnych zachowań, które prowadzą do powstawania problemu. **5. Utrzymanie zmiany** (maintenance) to ostatni poziom pracy nad wprowadzeniem zmiany, polegający na stabilizacji nowych zachowań i integracji dokonanych zmian w życiu codziennym [2, 13]. Istnieją doniesienia wskazujące, że poziom gotowości małżonków do zmiany wpływa na terminowe ukończenie terapii. Osoby na prekontemplacyjnym poziomie są najbardziej skłonne do przerwania terapii, natomiast im wyższy jest poziom gotowości do zmiany, tym ryzyko przerwania leczenia jest mniejsze. Osoby na poziomie przygotowania lub wdrażania zmiany rzadko przerywają terapię [18, 25]. Akcentowana jest rola terapeuty w zapobieganiu przerywaniu leczenia przez klientów. Poprzez diagnozę poziomu gotowości do zmiany i odpowiednie interwencje może on rozwijać motywację małżonków i umacniać ich w dążeniu do wypracowania nowego, bardziej adaptacyjnego repertuaru zachowań [2].

**Pierwsze wrażenie.** Istnieje wiele obserwacji wskazujących na duże znaczenie diagnostyczne werbalnych i pozawerbalnych zachowań klienta podczas pierwszego kontaktu [26]. Zasadne też wydaje się stwierdzenie, że klienci podobnie, choć może mniej świadomie, dokonują „diagnozy” przyszłego terapeuty na podstawie jego pierwszych słów i zachowań. W ankietach przeprowadzanych korespondencyjnie po przerwaniu leczenia klienci często podawali „pierwsze wrażenie”, jakie zrobił na nich terapeuta, jako argument zachęcający lub zniechęcający do kontynuowania spotkań [5]. Tego typu wypowiedzi pojawiają się również na stronach internetowych dotyczących ocen specjalistów. W literaturze zwraca się uwagę na działania mogące stanowić pewnego rodzaju prewencję wczesnego przerwania leczenia. Wymieniane są tu przede wszystkim te zachowania terapeuty, które służą nawiązaniu dobrego kontaktu z małżeństwem i już od samego początku kształtują pozytywne przymierze terapeutyczne [2].

**Warunki ośrodka.** Poza osobą terapeuty, na decyzję klienta o kontynuowaniu terapii mogą wywrzeć wpływ także warunki ośrodka, w którym udzielana jest pomoc. Wymienia się wśród nich jego położenie, oddalenie od miejsca zamieszkania klienta, dostępność parkingu, wygląd i wygodę pomieszczeń. Do zasad funkcjonowania ośrodka zalicza się godziny pracy placówki, sposób kontaktowania się z klientem, obecność studentów i stażystów, monitorowanie sesji, prowadzenie dokumentacji. Spośród wymienionych czynników, niekontynuowaniu terapii miałyby według niektórych badań sprzyjać monitorowanie sesji na wideo oraz obecność studentów [5]. W niniejszym badaniu małżeństwa uczestniczyły w terapii bez obecności studentów i stażystów. Sesje nie były monitorowane. Pewną uciążliwością mogła być natomiast procedura zakładania dokumentacji. Ze względu na wymogi refundacyjne każdy małżonek po rozmowie wstępnej i zakwalifikowaniu do terapii małżeńskiej zobowiązany był do odbycia jednorazowego indywidualnego spotkania z lekarzem psychiatrą celem założenia dokumentacji medycznej. Dopiero po dopełnieniu tej procedury możliwe było uczestniczenie w sesjach terapii małżeńskiej.

**Uprzedzenia.** Klienci zgłaszający się po pomoc mają wstępną, czasami rozległą, wiedzę o psychoterapii. Pochodzi ona z różnych źródeł: od innych osób, które korzystały z terapii, z internetu, książek, mediów, filmów oraz ze swoich ewentualnych wcześniejszych

relacji terapeutycznych. Wiedza ta w sposób istotny wpływa na nastawienie i oczekiwania klienta [2].

**Oczekiwania.** Badania dowodzą, że osoby zgłaszające się do terapii formułują swoje oczekiwania dotyczące procesu terapeutycznego [27], osobowości i zachowań terapeuty [28], jego roli w terapii, tworzenia porozumienia i przymierza z nim [29], czasu trwania terapii [30]. Aby urealnić oczekiwania klientów związane z procesem terapeutycznym pomocne może być wg niektórych terapeutów dostarczenie podstawowych informacji o sposobach pracy, np. w formie broszur czy przystępnych opisów na stronie internetowej ośrodka [7, 31]. Zachęca się również, aby już w ramach kontraktu formułowanego na pierwszych spotkaniach omawiać warunki zakończenia leczenia [32]. Pary wchodzące w skład analizowanej grupy otrzymywały podstawowe informacje o terapii małżeńskiej podczas rozmowy wstępnej.

**Rozbieżności.** Obserwowane są rozbieżności pomiędzy oczekiwaniami klientów a perspektywą terapeutów [2]. Dotyczą one przede wszystkim czasu trwania i sposobu prowadzenia terapii. Terapeuci szacują, że do rozwiązania problemu potrzeba będzie znacznie więcej czasu niż oceniają to klienci [2, 7], dla których średni oczekiwany czas trwania terapii to czas około dziesięciu sesji [30]. Rozbieżności dotyczące czasu trwania terapii w opinii klienta i terapeuty mogą prowadzić do przerwania leczenia. W jednej z metaanaliz obliczono, że 73% klientów pozostawało w terapii tak długo, jak to szacowali zgłaszając się po pomoc, niezależnie od przebiegu procesu leczenia i prognoz terapeutycznych [33]. Według niektórych badaczy oczekiwania klienta co do liczby sesji są najlepszym predyktorem czasu trwania terapii [34]. Kontrowersyjny dla klienta może się wydać sposób prowadzenia terapii. Obserwacje kliniczne i badania oczekiwań klientów potwierdzają, że decydując się na terapię poszukują oni często eksperta, który dysponując fachową wiedzą, poinstruuje, jak skutecznie rozwiązać problem. W przypadku małżeństw spotkać się można z oczekiwaniem, że terapeuta rozstrzygnie — niemal jak sędzia — spór istniejący w parze i orzeknie, kto jest winien [11]. Niepodejmowanie tych ról w pewien sposób frustruje oczekiwania klientów. Na terapię przychodzą często małżonkowie skłóceni, oskarżający się nawzajem. Tymczasem terapeuta jest skłonny rozumieć ich konflikt z perspektywy relacyjnej, w sposób cyrkularny, co skutkuje dużą rozbieżnością zarówno w konceptualizacji problemu, jak i zapatrywaniu się na proces terapeutyczny. Badania donoszą, że te rozbieżności stają się niejednokrotnie przyczyną przerwania leczenia [22]. Aby temu zapobiec, pomocne jest zgłębienie oczekiwań małżonków — dotyczących nie tylko zmian w ich relacji, ale także samego terapeuty i procesu terapeutycznego — np. poprzez pytania o wcześniejsze doświadczenia terapeutyczne, o oczekiwane ramy czasowe terapii, o wyobrażenia o procesie terapeutycznym oraz własnej roli i roli terapeuty w tym procesie [2]. Sugeruje się zwracanie szczególnej uwagi na wszystkie pojawiające się rozbieżności pomiędzy oczekiwaniami małżonków a perspektywą terapeuty [2], inaczej mówiąc pomiędzy mapami klientów a mapą terapeuty [35], i przestrzeganie zasady optymalnej różnicy — takie negocjowanie celów terapeutycznych, które nie będą zbyt tożsame, ani zbyt odległe od tych, z którymi zgłosiło się małżeństwo [36].

**Zakwalifikowanie małżeństwa do terapii.** Pierwsza konsultacja nie tylko stanowi okazję do zapoznania się z oczekiwaniami i celami małżonków, ale jest również sposobnością do weryfikacji, czy terapia małżeńska jest dobrą formą pomocy w osiągnię-



ciu tych celów. Pochopne kontraktowanie terapii, przy nieuwzględnianiu ewentualnych przeciwwskazań, będzie prawdopodobnie skutkować przerwaniem leczenia [11].

Ujawnienie problemu przez rodzinę. Mimo że w Polsce stopniowo zwiększa się gotowość do korzystania z usług psychologicznych i psychoterapeutycznych, zgłoszenie się po pomoc i ujawnienie osobistych problemów obcej osobie pozostaje stresujące [37]. Poprzez zauważenie i pozytywne podkreślenie wspólnej decyzji małżeństwa o stawieniu się razem na sesję i podjęciu dialogu celem rozwiązania problemów terapeuta może wzmocnić motywację małżonków do współdziałania.

Odsłonięcie się terapeuty. Istnieje szeroka gama opinii dotyczących otwartości terapeuty, rozciągająca się — zależnie od jego orientacji teoretycznej oraz osobowości — od niemalże zamknięcia się w sobie do ekstremalnego odsłonięcia [38]. Związek pomiędzy stopniem otwartości terapeuty a przerwaniem leczenia przez klienta nie jest oczywisty — są różne dane na ten temat [39]. Jako pomocną wskazówkę w otwartości terapeuty poleca się rozważenie potencjalnych korzyści z jego odsłonięcia się — czy ujawnienie przez niego przeżyć i problemów będzie korzyścią dla małżeństwa oraz czy wniesie coś dobrego do procesu terapeutycznego [40].

Przebieg procesu terapeutycznego. Każde przerwanie leczenia jest wynikiem wielu czynników po stronie klienta i terapeuty. Przyjmuje się jednak, że przerwanie leczenia na dalszych etapach procesu terapeutycznego, kiedy zawarty jest już kontrakt, tj. małżeństwo i terapeuta umówili się co do czegoś, przerwanie leczenia przez klienta głęboko wiąże się z tym, co zaszło w trakcie terapii [9].

Faza psychoterapii. Pewne fazy procesu terapii małżeńskiej mogą być szczególnie trudne dla klientów. Pierwszym takim momentem jest zgłoszenie się pary po pomoc, a zagrożenia związane z przerwaniem leczenia już po pierwszej sesji opisano powyżej. Kolejnym trudnym momentem jest wstępna faza terapii, kiedy małżonkowie umówiwszy się na współpracę, poruszają w trakcie sesji trudne dla siebie sprawy, mówią o zranieniach i problemach. Często są to tematy długo lub nigdy nie poruszane, których ujawnieniu towarzyszą silne emocje. Badania wskazują, że przerwanie leczenia po kilku sesjach jest szczególnie częste [13]. Jak zauważyli autorzy — wysoki poziom doświadczanego distresu może czynić trudnym proces terapeutyczny dla jednego lub obojga partnerów, prowadząc tym samym do wczesnego przerwania leczenia [13]. W niniejszej analizie, małżeństwa, które przerwały leczenie na dalszych etapach procesu terapeutycznego, uczyniły to odpowiednio po 3, 4, 7 i 10 sesjach. Jednocześnie badania longitudinalne pokazują, że nawet u tych par, które z powodzeniem ukończyły całą terapię, poziom distresu małżonków mierzony po czterech spotkaniach był wyższy niż w momencie zgłaszania się na terapię [41]. Zadaniem terapeuty na tym etapie terapii jest dbanie, aby treści ujawniane przez małżonków nie raniły ich wtórnie. Pomocne może być również omówienie z małżonkami możliwego okresowego pogorszenia się ich samopoczucia na skutek dotykania zaistniałych zranień i trudnych spraw, pamiętając jednak o wyjaśnieniu przejściowego charakteru tego zjawiska.

Poziom wykształcenia i doświadczenie zawodowe terapeuty. Czynniki fachowości oddziaływania terapeuty odgrywa ważną rolę w odniesieniu zarówno do pierwszego spotkania, jak i całego procesu leczenia. Chociaż klienci ponad kompetencje terapeuty cenią emocjonalny wymiar relacji, to jednak przygotowanie teoretyczne i do-

świadczenie zawodowe osoby pomagającej będą decydowały o jakości terapii. Średni staż zawodowy terapeutów prowadzących leczenie par w analizowanej grupie wynosił w odniesieniu do podstawowego wykształcenia, np. praca jako pedagog, psycholog, psychiatra,  $\bar{x} = 13,4$  roku (od 7 do 20), oraz w odniesieniu do stażu pracy w charakterze terapeuty rodzinnego  $\bar{x} = 7,1$  roku (od 5 do 10). Badania potwierdzają związek pomiędzy brakiem doświadczenia terapeutów a przerywaniem leczenia przez klientów [5, 22]. Dostrzeganie wagi wykształcenia i doświadczenia terapeuty dla powodzenia procesu leczenia wyraża się w sprecyzowaniu programu nauczania psychoterapeutów oraz sformułowaniu ustawy o zawodzie psychoterapeuty.

Superwizja. Niezależnie od umiejętności psychoterapeuty, do procesu terapii mogą przenikać jego subiektywne spostrzeżenia, emocje i nastawienia. Ich negatywny wpływ na proces terapii ogranicza regularna superwizja. W przypadku małżeństw i rodzin szczególnie pomocna może być superwizja na żywo [36, 42].

Przymierze terapeutyczne. Nieudzielanie informacji o przyczynach przerwania leczenia przez pary, które uczestniczyły w jednym spotkaniu, oraz częstsze udzielanie takich informacji przez małżeństwa, które zdecydowały się przerwać leczenie po większej liczbie spotkań, jest zrozumiałe z perspektywy dynamiki relacji terapeutycznej. Nawet jeśli w kontrakcie nie było ustalenia o wspólnym omówieniu decyzji o przerwaniu leczenia, małżeństwa dłużej pozostające w relacji z terapeutą czuły się bardziej zobowiązane do wyjaśnienia swojej perspektywy. Małżeństwa, które uczestniczyły w jednym spotkaniu, chociaż były umówione formalnie na kolejne, prawdopodobnie nie wiązały tego z płaszczyzną relacyjną. Brak więzi z terapeutą wyrażał się w braku gotowości do wtajemniczenia go w decyzję o przerwaniu leczenia.

Okoliczności życiowe. Badania wskazują, że proces terapii może zostać przerwany przez klienta na skutek czynników zewnętrznych, takich jak: zmiana miejsca zamieszkania, obciążające zobowiązania w innych sferach życia, podjęcie pracy lub nauki w innym mieście [5]. W niniejszej analizie takimi czynnikami zdają się być: choroba onkologiczna jednego z partnerów oraz narodzenie się dziecka.

Interwencje terapeuty. Z kolei w przypadku pary, która przerwała terapię z powodu powrotu małżonka do nałogu po długotrwałej abstynencji, wystąpiły najprawdopodobniej błędy w postawie i interwencjach psychoterapeuty. Superwizja procesu po przerwaniu leczenia ujawniła nieomówienie z małżeństwem tematu realnego zagrożenia życia mężczyzny związanego z chorobą somatyczną, na którą cierpiał. Pominięcie tego trudnego tematu mogło wzmagać napięcie indywidualne mężczyzny i napięcie w parze oraz sprzyjać sięgnięciu przez mężczyznę po stare nieadaptacyjne sposoby radzenia sobie w postaci nadużywania alkoholu. Podobnie w przypadku pary, która przerwała leczenie w wyniku braku przekonania, że terapia może pomóc — najprawdopodobniej zabrakło miejsca na omówienie wątpliwości i obaw małżonków.

W literaturze dotyczącej terapii małżeńskiej brakuje doniesień na temat strony inicjującej przerwanie leczenia — w jakim stopniu decyzja o zakończeniu terapii wypływa od męża lub żony, a w jakim jest ich wspólnym pomysłem. Wynika to niewątpliwie z trudności uzyskiwania jakichkolwiek informacji od klientów po przerwaniu przez nich leczenia.

Niesymetryczność motywacji partnerów. Chociaż do terapii małżeńskiej zgłasza się para, to stanowi ona związek dwóch odmiennych osób, na różny sposób ukształ-



towanych, z odmiennymi oczekiwaniami. W przypadku małżeństw gotowość mówienia o trudnościach w związku przeważnie rozkłada się nierównomiernie, co dodatkowo może utrudniać terapeutcie nawiązanie z nimi przymierza. Osoba z większą gotowością do korzystania z pomocy terapeutycznej może bardziej otwarcie mówić o problemach w związku. Może pojawić się też wzajemne oskarżanie i atakowanie się partnerów. Tambling i Johnson wykazali, że wśród małżonków uczestniczących w terapii, kobiety doświadczały większego poziomu distressu i były bardziej zmotywowane do zmiany niż mężczyźni [13]. Zadaniem terapeuty jest szczególnie zatroszczenie się o równomierne rozłożenie czasu sesji pomiędzy małżonków, szanowanie intymności związku oraz dbanie o takie opisywanie problemów, które nie będzie raniące dla partnerów [43].

Neutralność terapeuty. Płeć terapeuty. W związku z tym, że w analizowanej grupie o przerwaniu leczenia częściej decydował partner, którego płeć była odmienna od płci terapeuty, pojawia się pytanie, w jakim stopniu decyzja o przerwaniu leczenia była wynikiem zakłócenia neutralności terapeuty w związku z jego płcią. Zasada neutralności — nieoceniania, nietworzenia koalicji i pozostawania neutralnym wobec obojga małżonków — stanowi w terapii par wymóg tak samo konieczny, jak i nieosiągalny. Aby stronniczość terapeuty, która w pewnym stopniu zawsze się pojawia, nie szkodziła parze i procesowi terapeutycznemu, zaleca się przyjmowanie metapozycji i namysł nad własnym udziałem w interakcji [44]. Pomocna może być również praca w koterapii, optymalnie w parze — terapeutki i terapeuty — badania sugerują bowiem związek pomiędzy płcią terapeuty a przerywaniem leczenia przez klientów [5, 22]. Kluczowe znaczenie neutralności terapeuty w zapobieganiu przerywaniu leczenia przez klienta podkreślają także inni autorzy [45].

### Zakończenie

Omówione powyżej czynniki dotyczące przerywania leczenia przez klienta nie wyczerpują złożoności zjawiska. Konstelacja przyczyn i powodów, dla których para najpierw zgłasza się do leczenia, a następnie po pierwszym lub po kilku spotkaniach przerywa terapię jest inna w przypadku każdego małżeństwa, a nawet może być odmienna w odniesieniu do różnych terapii tego samego małżeństwa. Najpełniejszym sposobem dotarcia do znaczeń związanych z przerywaniem leczenia jest rozmowa o tej decyzji z małżeństwem, niestety, rzadko kiedy możliwa. Innym pomocnym narzędziem pogłębiającym rozumienie przerywania terapii może być superwizja — byłoby korzystne, aby dotyczyła każdego przerwane go procesu leczenia. Analiza przerywania leczenia, mimo że nie wpłynie na przerwany już proces, może dostarczyć korzyści w przyszłości. Badania wskazują, że terapeuci dotkliwie przeżywają przerywanie leczenia przez klienta, traktując w większości przypadków tę sytuację jako swoje niepowodzenie [7]. W sytuacji nieprzyjścia klienta na spotkanie, koncentrują się na tym wydarzeniu i dewalują pozytywne zmiany, które nastąpiły w terapii. Ocena terapii przez klientów jest bardziej złożona — mimo że decydują się przerwać leczenie, niejednokrotnie postrzegają terapię pozytywnie i podkreślają dobry wpływ, jaki wywarła na ich życie [46]. Superwizja przerwane go procesu leczenia może pomóc terapeutcie w przyjrzeniu się jego roli w terapii oraz w bardziej obiektywnej ocenie, co w procesie terapeutycznym udało się, a czego nie udało się zrealizować. Analiza przerwane go procesu terapeutycznego, jeśli jest pogłębiona refleksją, może poszerzać

doświadczenie terapeutyczne i korzystnie przekładać się na planowanie i realizowanie terapii z przyszłymi klientami.

Niniejsza praca pretenduje do bycia swego rodzaju inspiracją do dalszych poszukiwań w temacie przerywania leczenia przez klienta oraz wskazuje na przydatność zgłębiania tego zagadnienia dla celów praktycznych.

### Piśmiennictwo

1. Yalom I, Leszcz M. *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2006.
2. Rainer JP, Campbell LF. Premature termination in psychotherapy: Identification and intervention. *J. Psychother. Independent Pract.* 2001; 2(3): 19–41.
3. Phillips LE. *Psychotherapy revised: New frontiers in research and practice*. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1985.
4. Wierzbicki M, Pekarik G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 1993; 24(2): 190–195.
5. Wang M, Sandberg J, Zavada A, Mittal M, Gosling A, Rosenberg T, Jeffrey A, McPathers J. „Almost there”... Why clients fail to engage in family therapy: An exploratory study. *Contemp. Fam. Ther.* 2006; 28: 211–224.
6. Rappleyea DL, Harris SM, Simon K. Termination: Legal and ethical considerations for marriage and family therapists. *Am. J. Fam. Ther.* 2009; 37: 12–27.
7. Gajowy M, Mikułowicz D, Sala P, Simon W. Przedwczesne przerywanie psychoterapii grupowej — specyfika zjawiska i sugestie jego ograniczania. *Psychoter.* 2010; 2(153): 33–48.
8. Sala P, Marchewka D, Simon W. Porzucanie leczenia (drop-out) w trakcie psychoterapii zaburzeń odżywiania. *Psychoter.* 2002; 1(120): 33–40.
9. Grzesiuk L. *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2002.
10. Gajowy M, Marchewka D, Sala P, Simon W. Analiza przyczyn przerywania psychoterapii grupowej (drop-out) w aspekcie czynników dotyczących pacjenta. *Psychoter.* 2004; 2(129): 47–55.
11. Wolska M. Wskazania i przeciwwskazania do terapii małżeńskiej/terapii par. *Psychoter.* 2010; 4(155): 73–81.
12. Masi MV, Miller RB, Olson MM. Differences in dropout rates among individual, couple, and family therapy clients. *Contemp. Fam. Ther.* 2003; 25(1): 63–75.
13. Tambling RB, Johnson LN. The relationship between stages of change and outcome in couple therapy. *Am. J. Fam. Ther.* 2008; 36: 229–241.
14. Hamilton S, Moore AM, Crane DR, Payne SH. Psychotherapy dropouts: Differences by modality, license, and DSM-IV diagnosis. *J. Mar. Fam. Ther.* 2011; 37(3): 333–343.
15. Renk K, Dinger TM. Reasons for therapy termination in a university psychology clinic. *J. Clin. Psychol.* 2002; 58(9): 1173–1181.
16. Allgood SM, Parham KB, Salts CJ, Smith TA. The association between pretreatment change and unplanned termination in family therapy. *Am. J. Fam. Ther.* 1995; 23: 195–202.
17. Ward DB, McCollum EE. Treatment effectiveness and its correlates in a marriage and family therapy training clinic. *Am. J. Fam. Ther.* 2005; 33: 207–223.
18. Smith KJ, Subich LM, Kalodner C. The transtheoretical model's stages and processes and their relation to premature termination. *J. Couns. Psychol.* 1995; 42(1): 34–40.

19. Pekarik G. Relationship of clients' reasons of dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *J. Clin. Psychol.* 1992; 48: 91–98.
20. Sytema S, Bout J. Treatment outcome of an inpatient group therapy for couples. *J. Fam. Ther.* 2006; 28: 392–403.
21. Bischof RJ, Sprenkle DH. Dropping out of marriage and family therapy: A critical review of research. *Fam. Process.* 1993; 32: 353–375.
22. Allgood SM, Crane DR. Predicting marital therapy dropouts. *J. Mar. Fam. Ther.* 1991; 17: 73–79.
23. Sue S, McKinnley HL, Allen DB. Predictors of the duration of therapy for clients in the community mental health system. *Comm. Ment. Health J.* 1976; 12: 365–375.
24. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and progress of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1983; 51(3): 390–395.
25. Borgan MM, Prochaska JO, Prochaska JM. Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychother. Theor. Res. Pract. Train.* 1999; 36(2): 105–113.
26. Stolarska D. Diagnostyczne cechy języka pierwszej wypowiedzi pacjentów nerwicowych — na podstawie analizy przypadku. *Psychoter.* 1999; 1(108): 23–35.
27. Yanico BJ, Hardin SI. Relation of type of problem and expectations of counselor knowledge and understanding to students' gender preferences for counseling. *J. Couns. Psychol.* 1985; 32: 197–205.
28. Reis BF, Brown LG. Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychother.* 1999; 36(2): 123–136.
29. Joyce AS, Piper WE. Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *J. Psychother. Pract. Res.* 1998; 7(3): 236–248.
30. Garfield SL, Wolpin M. Expectations regarding psychotherapy. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1963; 137: 353–362.
31. de Barbaro B, Drożdżowicz L. Problemy etyczne w terapii małżeńskiej. *Psychoter.* 2006; 2(137): 27–34.
32. Pawlik J. *Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe.* Warszawa: Eneteia; 2008.
33. Pekarik G, Wierzbicki M. The relationship between clients' expected and actual treatment duration. *Psychother.* 1986; 23: 532–534.
34. Mueller M, Pekarik G. Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychother.* 2000; 37(2): 117–123.
35. de Barbaro B. Why does psychotherapy need postmodernism? *Arch. Psychiatr. Psychother.* 2008; 3: 43–50.
36. Andersen T. *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues.* Kent: Bormann Publishing, 1990.
37. de Barbaro B. Kontrakt w terapii rodzin — wybrane zagadnienia. *Psychoter.* 2002; 4(123): 23–30.
38. Flaherty JA. Self-disclosure in therapy: marriage of the therapist. *Am. J. Psychother.* 1979; 38: 442–452.
39. Patterson CH. *The therapeutic relationship.* Monterey: Brooks/Cole; 1985.
40. Guy JD. *The personal life of the psychotherapist.* New York: Wiley and Sons, 1987.
41. Hahlweg K, Klann N. The effectiveness of marital counseling in Germany: A contribution to health services research. *J. Fam. Psychol.* 1997; 11: 410–421.

42. Gottlieb MC, Lasser J, Simpson GL. Legal and ethical issues in couple therapy. W: Gurman AS, red. *Clinical handbook of couple therapy*. New York: The Guilford Press, 2008.
43. de Barbaro B, Drożdżowicz L, Janusz B, Gdowska K. Terapia małżeńska jako „szukanie dobrych słów”. *Psychoter.* 2004; 4(131): 29–36.
44. Cecechin G. Jak wykorzystać stronniczość terapeuty. W: Cecechin G, red. *Mediolańska szkoła terapii rodzin. Wybór prac*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 1995.
45. de Barbaro B, Zielińska E, Grabowski G, Budzyna-Dawidowski P. Drop-out w terapii rodzin. *Badania własne. Psychoter.* 2003; 4(127): 21–33.
46. Helmeke KB, Bischof GH, Ford Sori CE. Dropping out of couple therapy: A qualitative case study. *J. Couple Relat. Ther.* 2002; 1(2): 51–73.

Adres: Aleksandra Małus  
e-mail: olawaluk@yahoo.com