

Bogdan de Barbaro

KONTRAKT W TERAPII RODZIN — WYBRANE ZAGADNIENIA¹

CONTRACT IN FAMILY THERAPY — SOME SELECTED PROBLEMS

Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii CM UJ

Kierownik: dr hab. Bogdan de Barbaro

**family therapy
contract**

Kontrakt terapeutyczny jest w terapii rodzin czymś trudnym, a zarazem kluczowym dla powodzenia terapii. Jednocześnie rzadko się na ten temat pisze i dyskutuje. Poniższe uwagi mają charakter refleksji nad praktycznymi trudnościami związanymi z zawieraniem kontraktu w terapii rodzin.

Summary: The author presents — on the basis of his own experience, the importance of therapeutic contract in family therapy and difficulties and challenges therapists and families are facing. The author stresses that the contract is a process and describes circumstances causing the first meetings with therapists to be extremely difficult experiences. The therapist may overlook the family's difficulty. The contract has to do not only with the goals of therapy but the ways of the therapeutic work as well. In the paper, the author is describing the traps the therapist is exposed to during the contracting a therapy and contexts in which the contract failed. Paradoxes and factors specific for contract in family therapy (in opposite to the other forms of psychotherapy) are presented.

Znaczenie kontraktu w terapii rodzin

Podręczniki terapii rodzin kontraktowi terapeutycznemu nie poświęcają zbyt wiele miejsca, słowniki nie wyodrębniają osobnego hasła [1, 2], a jedyna książkowa publikacja poświęcona temu zjawisku [3] jest w swojej istocie bardziej opisem całej koncepcji terapii niż analizą procesu zawierania kontraktu. Jest to tym bardziej zastanawiające, że wśród terapeutów rodzinnych panuje dość zgodne przekonanie, że kontrakt między terapeutą a członkami rodziny, zawierany przez nich na samym początku terapii, jest ważnym i niezbędnym etapem procesu terapii. Składa się na to kilka czynników:

1. Kontrakt wprowadza wzajemne zobowiązanie dążenia do celu.
2. Kontrakt wprowadza w ten sposób przekaz o współsprawczości rodziny i jej partnerskiej roli w terapii.
3. Kontrakt zawiera projekt, odwołuje się do przyszłości, co — w świetle podejścia konstrukcjonistycznego — ma szczególne znaczenie dla terażniejszości.

¹Jest to nieco zmieniona wersja wystąpienia na IV Konferencji Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, mającej miejsce w dniach 18–19 października 2002 roku w Kra-

4. W trakcie formułowania kontraktu dochodzi do określenia problemu oraz do uwyrażenia nierealistycznych lub patowych wzajemnych oczekiwań.

To zestawienie staje się potem punktem wyjścia do szukania (negocjowania) zmian. Doświadczenia płynące z superwizji, a zwłaszcza analiza *drop-outów*, wskazują, że niepowodzenie w terapii ma często swoje przyczyny w niepełnym kontrakcie, pozornym kontrakcie lub w jego braku. (Np. wtedy, gdy terapeuta ma swoją wizję i albo zakłada, że to wystarczy, albo przyjmuje, że rodzina myśli podobnie jak on.)

Zewnętrznym wyrazem znaczenia kontraktu terapeutycznego jest fakt, że w wielu ośrodkach terapii rodzin pierwsze spotkanie traktowane jest jako konsultacja wstępna i dopiero jeśli zostanie zawarty kontrakt, podejmowana jest terapia.

Trudności przy zawieraniu kontraktu

Kontrakt w terapii rodzin jest czymś trudnym dla terapeuty, ale zwłaszcza dla rodziny. Zawierany jest zwykle w czasie pierwszego spotkania, kiedy to emocjonalna sytuacja rodziny jest szczególnie dyskomfortowa. Składa się na to kilka przyczyn:

1. Rodzina zgłaszająca się na terapię jest w stanie kryzysu. To oznacza skłonność do wycofania się lub konfrontacji, a tymczasem zamysły terapeuty są zupełnie inne. Idee terapeutycznej zmiany są rodzinie obce. Zachodzi ryzyko „zbyt dużej różnicy” [4] między tymi dwiema wizjami.
2. Zwłaszcza wtedy, gdy rodzina przychodzi do ośrodka z psychiatrycznym szyldem (np.: „Zakład Terapii Rodzin — Katedra Psychiatrii”), jej członkowie są przytłoczeni wstydem i lękiem. Muszą wobec terapeutów (osób obcych, pierwszy raz widzianych) ujawniać osobiste, intymne szczegóły z życia rodzinnego. Zrujnowaniu ulega przysłowiowa rodzina twierdza, ich dotychczasowy dom.
3. Jeśli o pomoc zwracają się rodzice, to przekroczenie progu ośrodka terapeutycznego może dla nich oznaczać przyznanie się do porażki pedagogicznej. To żenujące wyznanie czynią niekiedy wobec osób młodszych od siebie.
4. U terapeuty sytuacja pierwszego spotkania może budzić zaciekawienie i zainteresowanie („co to za rodzina?”). Może się czuć swobodnie, bez tremy podejmując kolejne zadanie zawodowe. Jeśli jest za bardzo „na luzie”, aktywnie i ambitnie stara się poznać problem rodzinny, to może to być zbyt różne, zbyt odległe od emocjonalnej sytuacji rodziny, przeżywającej lęk, wstyd i poczucie zagrożenia. Ponadto, w ośrodkach, w których terapeuci posługują się kamerą wideo i szybą jednostronną, rodzina może mieć poczucie, że jest obiektem eksperymentu.

Powyższe trudności mają swój początek w dyskomforcie osób zgłaszających się na terapię. Należy jednak pamiętać, że sam proces terapeutyczny ma charakter „spiralny”, jest rozciągniętym w czasie sprzężeniem zwrotnym. Podczas pierwszego spotkania istotę tego sprzężenia można opisać następująco: troska (terapeuty) → zawierzenie (rodzina zawiera terapeucie). Pozornie nieznacznie różne od powyższego, a brzemiennie w negatywne skutki jest sprzężenie: troskliwość (terapeuty) → zawieszenie (rodzina „zawiesza się” na terapeucie). To, w jakim stopniu rodzina zaufa terapeucie (ale się na nim nie „zawiesi”) oraz w jakim terapeuta nie uzależni rodziny od siebie będzie miało zasadniczy wpływ na

dalszy przebieg terapii. W ten kontekst wpisane jest negocjowanie kontraktu: umowy co do celów i sposobów terapii.

Rodzaj zgłaszanego problemu a trudności w doprowadzeniu do kontraktu

W przypadku konfliktu rodzinnego lub małżeńskiego uczestnicy konfliktu głównie nawzajem się oskarżają i usiłują wymusić na terapeutach przymierze lub znowę: „Przyznaj, terapeuto, że ja mam rację, a nie inni. Nawet jeśli ja jestem nie w porządku, to ten drugi — jeszcze bardziej”. Tymczasem terapeuta stara się o zawieszenie broni w rodzinie, a sam przyjmuje — wbrew nadziei walczących stron — postawę neutralną. Jak ma się zachować terapeuta, żeby poszczególne osoby w rodzinie, które liczyły, że znajdą w nim sprzymierzeńca i poplecznika, nadal chciały uczestniczyć w spotkaniach? Terapeuta stara się, by zmiana formy z etycznej („kto jest dobry, a kto niedobry”) na estetyczną („jakie są wzajemne relacje”) była dla rodziny w pewnym sensie atrakcyjna. Przesłanie terapeuty do rodziny brzmi: „Zamiast ferować wyroki, zorientujmy się, co się dzieje w rodzinie”, a do poszczególnych osób z rodziny: „Nie wygrasz, ale też nie przegrasz”.

Z innymi problemami przychodzi się zmagać terapeutom, jeśli w rodzinie występuje tzw. identyfikowany pacjent (*IP, Index patient*). Trudność wynika tu z tego, że rodzina i terapeuta inaczej definiują problem, to, czemu mają służyć te spotkania, oraz to, w jakiej roli są opiekunowie „pacjenta indeksowego”. Ze strony rodziny pada komunikat: „Doprowadziliśmy osobę chorą do leczenia. Należy ją zmienić, wyleczyć, uspokoić, zreperować, wyperswadować jej błędne postępowanie. Proszę to zrobić, terapeuto, nas w to raczej nie angażując”. Tymczasem mapa terapeuty jest diametralnie inna: „Problem jest między Wami, a nie w osobie wyznaczonej przez objawy”. Lecz przedstawienie przez terapeutę tego opisu byłoby dla rodziny zbyt dziwne, zbyt niezwykle. Szybkie, nachalne, przemądrzałe przyjmowanie przez terapeutów, że to ich („systemowa”) definicja problemu jest słuszna, może spowodować, że rodzina odrzuci tę perspektywę (i wówczas dochodzi do wczesnego *drop--outu*). A zatem wyzwaniem dla terapeuty jest stopniowe zbliżanie tych wizji. Kontrakt powinien być negocjowany pod koniec spotkania (a niekiedy nawet na następnym, dodatkowym spotkaniu), po uważnym i respektującym całą rodzinę wsłuchaniu się w zgłaszany problem.

Dodatkowa trudność występuje wtedy, gdy identyfikowany pacjent pozostaje w instytucji medycznej (np. w przypadku próby terapii rodziny pacjenta hospitalizowanego z powodu psychozy). Wówczas w rodzinie dominuje zależność i pozorna zgoda na propozycje terapeutów. Zadaniem terapeuty jest tu zmiana mapy ze „skośnej” na „poziomą”. Pozorna współpraca rodziny na wstępie (póki zależność trwa) może skończyć się wypadnięciem z terapii.

Różne szkoły terapeutyczne — różny kontrakt

W ramach systemowej terapii rodzin istnieje wiele podejść i szkół. Trudno byłoby wskazać taką, która nie przywiązuje wagi do kontraktu. Różnie jednak rozłożone są główne akcenty.

1. W podejściu strukturalnym, strategicznym czy wczesnym mediolańskim terapeuta pełni rolę eksperta od spraw rodzinnych. Po rozeznaniu się w konkretnym problemie, po

jego zdiagnozowaniu w ramach własnego modelu, konstruuje on plan terapeutyczny. Mniej więcej wie, co trzeba zrobić, by zlikwidować problem zgłaszany przez rodzinę. W takim przypadku istotą kontraktu będzie uzgadnianie celów. Terapeuta pod koniec spotkania określa w „języku swojej szkoły” w miarę precyzyjnie zadanie i cel terapii. Kontrakt będzie więc w zasadniczym stopniu dotyczył treści i odpowiadał na pytanie: „co?” (jest celem, zadaniem itp.) [por. np. 5, 6].

2. W podejściu opartym na założeniach konstrukcjonizmu społecznego terapeuta koncentruje się na samym procesie terapeutycznym (zawieranie kontraktu oznacza głównie ustalanie sposobów prowadzenia dialogu) i na stworzeniu odpowiednich warunków do dialogu [7]: poczucia bezpieczeństwa, respektu dla poszczególnych osób, uznawaniu kompetencji rodziny (wbrew porażce, która ich przywiodła do gabinetu terapeutycznego). Ilustracją takiego podejścia są pytania konsultanta „andersenowskiego” do rodziny i teamu leczącego: co powinno się stać, żeby uczestnicy spotkania czuli się dobrze, o czym się nie powinno mówić, kto z kim o czym powinien porozmawiać. Ze strony terapeuty padają też pytania, jak dalece rodzina akceptuje techniczne warunki spotkania. Już samo zawieranie kontraktu jest doświadczaniem bezpieczeństwa, prawa do własnych granic, do prywatności, do ograniczeń. Kontrakt bardziej dotyczy tego, „jak” (będzie przebiegała praca) niż „co” (jest konkretnym celem terapii).

Treść i forma kontraktu terapeutycznego

1. „Co” — czyli określenie celu terapii. Ten aspekt kontraktu jest w znacznym stopniu formułowany wprost, niekiedy wręcz na piśmie. Zdarza się czasem, że zwieńczenie tego procesu może mieć charakter rytualny, np. poprzez wręczenie członkom rodziny treści umowy terapeutycznej w formie pisemnej. Częściej sporządzanie kontraktu odbywa się poprzez zapisywanie (i skreślanie lub dopisywanie) kolejnych punktów na planszy widocznej dla wszystkich uczestników spotkania. Ta wspólna praca nad tekstem kontraktu (cyrkularne konstruowanie i dekonstruowanie celu) często stanowi dla uczestników zaskakująco pozytywne doświadczenie (poprzez „efekt uporządkowania problemu”).
2. „Jak” — czyli styl wspólnej pracy. Ten aspekt kontraktu jest wprowadzany niejako „między wierszami”: terapeuta (konsultant) poprzez swoje zachowanie, reakcje, wypowiedzi pokazuje, jak będzie wyglądała praca, na jakich regułach będzie oparta. Można dyskutować, czy ten aspekt pierwszego spotkania można określać jako część kontraktu. W moim przekonaniu przemawia za tym zarówno fakt, że jest to wprost lub pośrednio przedmiotem pracy w czasie pierwszego, „kontraktowego” spotkania, jak i to, że umowa dotycząca wspólnego przedsięwzięcia na ogół dotyczy nie tylko planowanego celu, ale także sposobów osiągnięcia tego celu.

Przykładowo, jeśli jeden z członków rodziny zreferuje problem „w imieniu wszystkich”, a terapeuta zwróci się do każdego z pozostałych członków o przedstawienie ich odrębnych indywidualnych perspektyw, a następnie nada tym wypowiedziom równie ważną rangę jak pierwszej wypowiedzi, to będzie to ważny komunikat wprowadzający zasadę wieloobrazu. Zaakceptowanie tej części kontraktu (kontrakt — „jak”) może być dla rodziny znacznie trudniejsze niż samo ustalenie, że praca terapeutyczna będzie miała na celu np. poprawę komunikacji w rodzinie czy wypracowanie nowej strategii postępowania wobec dziecka,

oto bowiem w ciągu kilkunastu minut ma dojść do ważnych zmian, często trudnych do przyjęcia. W uproszczeniu można je zestawić następująco:

O ile przed pierwszym spotkaniem rodzina — nazwijmy to — „szuka sprawiedliwości” („kto jest winien, kto skrzywdzony”), o tyle kontrakt dotyczy tego, jak wzajemnie zrozumieć swoje opowieści.

Rola, jaką pierwotnie członkowie rodziny wyznaczają terapeutę, to rola sędziego (wobec „tego drugiego” w rodzinie) lub adwokata (wobec samego siebie). W trakcie procesu zawierania kontraktu terapeuta wchodzi w rolę tłumacza i facilitatora zmian. Każdy w rodzinie ma swoją prawdę o problemie i pozostałych perspektyw nie uznaje. W trakcie procesu zawierania kontraktu wprowadzana jest idea „wielooobrazu”: każda z indywidualnych opowieści jest na swój sposób prawdziwa.

Łatwo zauważyć, że te dwie wersje (członków rodziny i terapeuty) znacznie się od siebie różnią. Czy nie jest to zatem „za duża różnica”? Zbyt duża, by była do zaakceptowania przez rodzinę? Przecież nie można oczekiwać, by rodzina po pierwszym spotkaniu miała zrezygnować ze swojej dotychczasowej mapy i sposobów reagowania. Gdyby to było możliwe, to prawdopodobnie jedno spotkanie mogłoby być zarazem ostatnim. Ta różnica między „mapą rodzinną” a zamysłem terapeuty stanowi podstawowe wyzwanie dla terapeuty w momencie zawierania kontraktu. Można by je określić jako użyteczną utopię, do której już samo zmierzanie ma sens i wartość. To, o co należy się starać i co można osiągnąć w ramach umowy wstępnej, to zaledwie zgoda na ten kierunek zmiany, na wysiłek w tym kierunku. Zadanie terapeuty polegać będzie na takim rozmawianiu (a ściślej — na takim byciu) z rodziną, by zmiana „w tym kierunku” była dla niej możliwa, dopuszczalna. Ta zmiana dokonywać się będzie stopniowo, będzie w trakcie następnych spotkań zarówno celem, jak i sposobem. W tym sensie, zdaniem wielu terapeutów rodzinnych, każde kolejne spotkanie może być okazją do renegotjacji kontraktu i okazją do kolejnego kroku: zmiany obrazu świata, w którym słowami-kluczami są pojęcia krzywdy, winy, prawdy obiektywnej, w kierunku dostrzegania wielości perspektyw oraz cyrkularnej sprawczości. Jest więc swoistym paradoksem, że z jednej strony niezbędne jest, by do zawarcia kontraktu doszło już pod koniec pierwszego, jeszcze konsultacyjnego spotkania, a jednocześnie, że kontrakt jest wprost lub pośrednio stale renegotjowany i zmieniany w ciągu kolejnych spotkań.

Kontrakt na temat „jak” dotyczy także spraw technicznych, np. jak często będą spotkania, w jakim składzie, ale także zawiera informacje o kamerach wideo czy szybach jednostronnych. Nie trzeba dodawać, że zwłaszcza te ostatnie mogą być trudne do przyjęcia dla rodziny.

Tak więc kontrakt łączy aspekt „co” (co jest problemem) z „jak” (jakie są sposoby rozwiązania tego problemu). Do kontraktu jednak nie dojdzie, jeśli nie będzie się on opierał na emocjonalnej zgodzie rodziny na dalszą pracę. Bez związku (a właściwie — zawiązku zawiązku) terapeutycznego kontrakt będzie pozorny. Dlatego terapeuta (wówczas jeszcze konsultant) ma za zadanie zadbać, by budowanie kontraktu przebiegało w klimacie szacunku dla rodziny. Respektuje każdą osobę w rodzinie, szczególnie dbając o komfort jej lidera. Unika dezynwoltury i interpretacji konfrontacyjnych. Respektuje trudności rodziny w wyrażaniu swoich opinii. Pozytywnie przeformułowuje oskarżycielskie opowieści rodzinne (jednocześnie bacząc, by nie było to nazbyt dziwne dla rodziny). W razie potrzeby — za-

chowując strukturę spotkania — terapeuta jest dyrektywny. Dba o klarowność kontraktu i o to, by nie był on wymierzony przeciw komukolwiek z rodziny.

W świetle powyższego: kontrakt to proces, a nie akt ani fakt. Dochodzenie do kontraktu (negocjowanie go) jest często dla rodziny nowym doświadczeniem.

Nowe jest doświadczenie wieloobrazu. Może być zaskakujące dla niektórych członków rodziny, że każdy w rodzinie ma swój suwerenny głos.

Nowe jest doświadczenie neutralności terapeuty. Zaskakujące, a niekiedy nieomal nie do przyjęcia dla niektórych członków rodziny może być to, że terapeuta nie przyznaje nikomu racji.

Nowe jest doświadczenie współsprawczości i współmożliwości. Terapeuta nie przejmuje odpowiedzialności za rodzinę, lecz przyjmuje odpowiedzialność za swój udział w terapii.

Zadaniem terapeuty jest zadbanie, by kontrakt został sformułowany na średnim poziomie ogólności. Do treści kontraktu zostają zazwyczaj wprowadzone idee wzajemnego zrozumienia się w rodzinie oraz porozumienia się (umiejętności komunikacji). Te cele zostają ukonkretnione (kto wobec kogo, w jakich sytuacjach itp.)

Sygnalizowany może być też cel dalszy: ustalenia, co wymaga zmiany (kto co ma zmienić).

Pułapki kontraktu

Wśród wielu problemów, z którymi zмага się terapeuta zawierając kontrakt z rodziną, warto wymienić błędy, które najczęściej się powtarzają:

1. Terapeuta lekceważy samą ideę kontraktu („bo sam dobrze wie, co robić”). W pułapkę tego typu wpadają częściej terapeuci mający wyraźną doktrynę terapeutyczną, skłonność do szybkiego stawiania hipotez i chętnie wchodzący w rolę „eksperta od problemów rodzinnych”.
2. Terapeuta nie zauważa, że rodzina godzi się na jego propozycje pozornie i z powodu zależności od niego. Do takiej sytuacji może dojść wtedy, gdy ktoś z rodziny zostaje „zinstytucjonalizowany”, a rodzina obawia się odrzucić zaproszenie na terapię (np. terapia rodzin w czasie całodobowej hospitalizacji pacjenta). Podobne ryzyko pojawia się, gdy pomysł terapii rodzinnej powstaje w umyśle osoby obdarzonej przez rodzinę autorytetem (np. skierowanie od lekarza rodzinnego czy zalecenia od księdza, którzy nie wyjaśniają sensu terapii). Rodzina zgłasza się wówczas do ośrodka nie z własnej potrzeby, lecz z posłuszeństwa.
3. Dochodzi do zawarcia kontraktu między terapeutą a jedynie niektórymi członkami rodziny. Pominięcie kogokolwiek w umowie terapeutycznej, niedotarcie do subiektywnych interesów każdej z osób może spowodować, że osoba pominięta (często — najmniej zmotywowana do zmiany) będzie wprost lub nie wprost hamować proces terapii.
4. Kontrakt zawiera cele zbyt ogólne (np. „żeby w rodzinie było lepiej”). Enigmatyczne i nieprecyzyjne określenie celów terapii nie pozwala rodzinie i terapeutce monitorować przebiegu terapii. Tymczasem właśnie wspólne przyjmowanie co pewien czas meta-pozycji i sprawdzanie, co się udało w terapii lub renegotjowanie kontraktu może być ważnym impulsem dla procesu terapii.
5. Kontrakt zawiera cele nierealistyczne, np. że w ciągu kilku spotkań ustąpią przewlekłe

objawy choroby psychosomatycznej. Takie naobiecywanie rodzinie szybko wiedzie do frustracji — rodzina może czuć się zawiedziona i dochodzi do destruktywnego sprzężenia zwrotnego między jej irytacją na terapeutę (że nie doprowadził do obiecaney zmiany) a irytacją terapeuty na nią (że się nie zmienia, tylko „zawiesza” na nim).

6. Terapeuta nie uwzględnia emocjonalnego wymiaru procesu zawierania kontraktu (i jest bardziej urzędnikiem spisującym umowę niż osobą dbającą o poczucie bezpieczeństwa każdej z osób).
7. Terapeuta dogmatycznie przestrzega idei neutralności i wieloobrazu, co powoduje, że jest zbyt dziwny dla rodziny (np. w rodzinie z apodyktycznymi rodzicami forsuje prawa nastolatka do autonomii, przez co wdaje się w konfrontację nie tylko z rodzicami, ale też z „zależnościową częścią” buntującego się nastolatka).

Kontrakt niezawarty — terapia rodzin zaniechana

Wbrew pozorom, nie każde zgłoszenie się rodziny na terapię musi prowadzić do podjęcia terapii. Jeśli w czasie pierwszego spotkania okaże się, że zgłoszenie się jest jedynie fragmentem gry wzajemnej wrogości, a terapeutę nie uda się namówić członków rodziny do chociażby częściowego zawieszenia broni, to kontrakt nie zostaje zawarty i nie dochodzi do terapii. Ważne jest, by terapeuta pamiętał o takiej możliwości. Dzięki temu uniknie pułapki, w której rodzina „zawiesza się” na nim i nie wyraża gotowości do zmiany. Troskliwy terapeuta uzależnia się wówczas od rodziny i zabiega o jej zgodę na spotkania. A przecież rodzina ma prawo do niezmienniania się. I zadaniem terapeuty jest uznać to, uprzednio rozpoznając grę, którą można by zatytułować: „Pokaż terapeuta, że potrafisz nas wyleczyć wbrew nam”.

Powstaje zatem pytanie, jakie są progowe warunki, przy których terapeuta może stwierdzić, że terapia nie ma sensu (a ściślej — że on nie jest gotów jej prowadzić). W moim przekonaniu takie warunki to:

- 1 – formalna niemożność udziału w rozmowie (powstała np. z powodu nieobecności lub nie dających się powstrzymać kłótni);
- 2 – głęboka i obecna na różnych poziomach niezgoda członków rodziny na zmianę;
- 3 – podtrzymywanie zachowań przestępczych (np. nadużyć seksualnych czy przemocy fizycznej w rodzinie) przy zewnętrznej gotowości rodziny do terapii; terapia w takiej sytuacji byłaby legitymizacją przestępstwa.

Podsumowanie

Powyższe uwagi nie obejmują całości zagadnień związanych z kontraktem w terapii rodzin. Przykładowo, nie został poruszony problem diagnostycznego aspektu kontraktu, a także sposobów i kontekstu jego rozwiązywania. Koncentracja na wybranych aspektach tego zjawiska pozwala jednak uwyraźnić te problemy, które wydają się swoiste właśnie dla terapii rodzin. Które zatem cechy kontraktu są specyficzne dla niej? Wydaje się, że szczególnie charakterystyczną cechą sytuacji, w której dochodzi do kontraktu, jest wysoki stopień opresji, jakiej poddana jest rodzina w czasie pierwszego spotkania. Ponadto swoista jest konieczność pogodzenia wielu perspektyw. Dochodzi do joiningu z wieloma osobami przy zachowanej neutralności, dochodzi także do przyznania każdemu „racji”;

choć są to różne racje. Umowa zaś dotyczy planowanej zmiany między osobami, a nie zmiany osób.

Na koniec warto zwrócić uwagę na swoiste paradoksy. Pierwszym, niejako wstępnym paradoksem w terapii rodzin, pozostaje fakt, że rodzina zgłasza się do ośrodka terapeutycznego, ale nie oczekuje terapii. Uczestnik „tańca rodzinnego” ma raczej nadzieję, że terapeuta zostanie jego adwokatem, a sędzią pozostałych. I ten niedoszły sędzia doprowadza do terapeutycznej umowy.

Jakkolwiek — z formalnego punktu widzenia — umowa ta poprzedza proces terapii, tę terapię przygotowuje, to jednocześnie sama wywołuje istotne zmiany w systemie rodzinnym.

Sztywny, wydawałoby się, kontrakt na kolejnych spotkaniach jest wprost lub pośrednio zmieniany. I to stanowi ważny element wspólnej (rodziny i terapeuty) refleksji nad przebiegiem terapii.

Piśmiennictwo

1. Simon BF, Stierlin H. Słownik terapii rodzin. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1998.
2. Sauber SR, L'Abate L, Weeks GR, Buchanan WL. The dictionary of family psychology and family therapy. II wyd. Newbury Park: Sage Publ.; 1993.
3. Stierlin H, Rucklen-Emden I, Wetzel N, Wirsching M. Pierwszy wywiad z rodziną. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999.
4. Andersen T. The reflecting team. Broadstairs: Borgmann; 1990.
5. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Paradox and counterparadox. New York: Jason Aronson; 1978.
6. Hoffman L. Foundation of family therapy. New York: Basic Books, Inc.; 1981.
7. Deissler K. Terapia systemowa jako dialog. Odkrywanie samego siebie? Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1998.