



Kto jest pacjentem? Integrowanie terapii indywidualnej i systemowej – opis przypadku

Who is the patient? Integrating individual and systemic therapy – case report

LUCYNA DROŹDŻOWICZ, PRZEMYSŁAW BUDZYNA-DAWIDOWSKI,
BARTŁOMIEJ WALCZYŃSKI

Z Zakładu Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

STRESZCZENIE. Autorzy opisują przebieg długotrwałej terapii rodzinnej pacjentki z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych. Praca nad relacją małżeńską z perspektywy transgeneracyjnej ujawniła głębokie konflikty pacjentki z własną matką i spowodowała konieczność podjęcia terapii indywidualnej. Autorzy starają się pokazać możliwość integrowania różnych perspektyw teoretycznych jak i praktycznych w pracy z pacjentem i jego rodziną.

SUMMARY. Long-term family therapy of a patient diagnosed with depressive disorders is reported in the paper. Therapeutic work on marital relationship in the transgenerational perspective has revealed the patient's deep conflicts with her mother – in consequence, individual therapy turned out to be necessary. An attempt was made to show a possibility of integrating various theoretical and practical perspectives in therapy of the patient and her family.

Słowa kluczowe: terapia rodzinna / terapia indywidualna / opis przypadku

Key words: family therapy / individual therapy / case report

Zastosowanie paradygmatu systemowego w terapii rodzin ożywiło dyskusję na temat adekwatności i skuteczności stosowania różnych podejść psychoterapeutycznych w leczeniu zaburzeń psychicznych. Początkowo pomiędzy zwolennikami rozumienia objawu jako efektu nierozwiązanych, intrapsychicznych konfliktów a wyznawcami systemowego podejścia traktującego objaw jako przejaw interpersonalnej równowagi w rodzinie panował klimat rywalizacji. Podkreślano różnice, odmienne założenia metodologiczne obu podejść, inne cele terapii i style pracy. W ostatnich kilkunastu latach można zaobserwować tendencję sprzyjającą integracji, a dyskusje toczą się raczej wokół tego, które podejście czy strategia może być najlepiej wykorzystana w leczeniu jakich problemów

i w którym momencie terapii [Feldman i Pinsof 1982, Bentovim i Kinston 1991, Nichols 1987]. Przedstawiana praca stanowi opis terapii rodzinnej, w której podejście systemowe jest integrowane z perspektywą psychodynamiczną. Autorzy starają się pokazać jak nieortodoksyjne czerpanie z różnych paradygmatów może się wzajemnie uzupełniać i służyć terapii oraz jakie trudności mogą z tego wynikać.

OPIS TERAPII

Do Zakładu Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii CMUJ w Krakowie zgłosiła się para małżeńska: pani Halina i pan Adam. Para ta została skierowana przez terapeutę oddziału nerwic, który znając sytuację rodzinną pa-

cientki uznał, iż uzyskane w wyniku leczenia w grupie terapeutycznej zmiany powinny zostać zasymilowane przez męża pacjentki.

Pacjentka, lat 36, od ok. dwóch lat cierpiała na zaburzenia depresyjne, okresowo nasilone w stopniu znacznym (trzykrotnie próbowała sobie odebrać życie). Farmakoterapia prowadzona przez psychiatrę z PZP oraz psychoterapia przeprowadzona w jednym z ośrodków leczenia nerwic nie przyniosły odpowiednich rezultatów, a nawet pogłębiły kryzys. Dopiero zastosowanie psychoterapii grupowej w kolejnym oddziale nerwic przyniosło satysfakcjonującą poprawę. Zauważono jednak, że pacjentka po przebytych kryzysie ma trudność z powrotem do wcześniej pełnionych ról żony i matki, a zmiany jakie osiągnęła w czasie terapii nie są dobrze przyjmowane i rozumiane przez męża.

Pierwsze spotkanie z parą małżeńską traktowaliśmy jako konsultację, która miała na celu zdiagnozowanie sytuacji rodzinnej i nakreślenie ewentualnego planu terapeutycznego. Oboje małżonkowie koncentrowali się na trudnościach w komunikowaniu się matki z córkami (obydwie w wieku dorastania: 15 i 12 lat). Problemy te wiązano z trwającymi ponad dwa lata zaburzeniami depresyjnymi matki. Córki często opiekowały się matką, szczególnie w sytuacjach zastrzeżenia się kryzysu i zagrożenia samobójstwem. Bezpośrednim czynnikiem wywołującym kryzys depresyjny pani Haliny była ostra sytuacja konfliktowa, jaka zaistniała pomiędzy nią i jej własną matką. W efekcie tego konfliktu rodzina pani Haliny zmuszona została do wyprowadzenia się z domu, stanowiącego w połowie jej własność. Pani Halina nigdy nie miała dobrego kontaktu ze swoją matką. Matka znana była w otoczeniu ze swoich nieadekwatnych i agresywnych zachowań. Sytuacja ta nasiliła się po śmierci ojca i trwała od wielu lat. Ostatni konflikt spowodował załamanie się narcystycznych obron p. Haliny, a w efekcie narosłych uczuć krzywdy, żalu i opuszczenia, pacjentka wy-

kazywała regresyjne cechy zachowania. Nie była w stanie wypełniać zadań związanych z rolami żony i matki. W tej sytuacji córki, wkraczające w okres dojrzewania pozostawione sobie, próbowały na własną rękę radzić sobie z tą trudną sytuacją psychologiczną. Obciążone też były opieką nad matką i zagrożeniem jej samobójstwem – np. starsza córka szukała matki w lesie po znalezieniu listu pożegnalnego zapowiadającego odebranie sobie życia.

Systemowa konsultacja pozwoliła uwrażliwić się na szerszy kontekst rodzinny. Małżonkowie wprowadzili tematy nie dotyczące bezpośrednio relacji małżeńskiej, które w ich ocenie były w tym momencie bardziej istotne: trudności porozumiewania się z córkami. Takie zdefiniowanie problemu można było rozumieć jako opór wobec pracy nad relacją małżeńską i postawienie znaku zapytania wobec motywacji i gotowości pary do terapii. Wyjście poza zdefiniowany na wstępie cel mogło więc wydawać się poszerzeniem problemów. Były jednak co najmniej dwa argumenty przemawiające za zajęciem się problemami dotyczącymi również dzieci. Po pierwsze, podjęcie wątku dzieci respektowało mapę rodzinną i hipotetyczny opór małżonków; umożliwiało pójście za rodziną. Po drugie, zajęcie się problemami komunikacji pomiędzy matką a córkami wydawało się istotne zarówno z perspektywy systemowej (rodzina w fazie dorastania dzieci), jak i indywidualnego rozwoju pani Haliny (właśnie relacja z matką nasycona była szczególnymi deficytami i stanowiła zasadniczą oś jej kryzysu depresyjnego).

W tym etapie pracy spotkaliśmy się dwukrotnie z całą rodziną. Chodziło o to, by umożliwić wszystkim członkom rodziny, a szczególnie córkom, wyrażenie myśli i uczuć związanych z kryzysem matki. Córki okazały się bardzo współpracujące, sprawiały wrażenie nazbyt dojrzałych jak na swój wiek i bardzo zaangażowanych w problemy z matką. Równocześnie potrafiły częściowo wyrazić swoje negatywne odczucia w tej

sprawie: złość i żal wobec matki. W efekcie przyniosło to dużą ulgę i poprawiło komunikację. Traktowaliśmy to jako pierwszy krok w pokonywaniu kryzysu w rodzinie.

W dalszym etapie zaproponowano spotkania tylko z rodzicami. Koncentrowano się na trudnościach wychowawczych: szczególnie pani Haliny ze starszą córką. Pani Halina wносиła wiele problemów związanych z rolą matki. Towarzyszyło jej poczucie bezradności i niepewności wobec problemów jakie stwarzały córki. Szukała sposobów odzyskania ich zaufania. W tym etapie istotne było wsparcie jej wysiłków oraz znalezienie sensownego wytłumaczenia tych trudności, by pomóc jej uwolnić się od poczucia winy. Bardzo pomocna okazała się analiza genogramu, a szczególnie historia relacji z matką. Obecność męża sprzyjała budowaniu wzajemnego wsparcia i zrozumienia.

Równoległe z odnajdywaniem się przez panią Halinę w roli matki, narastały kłopoty ze starszą córką, która coraz bardziej drastycznie manifestowała swoją dorosłość. Najczęstsze konflikty dotyczyły czasu spędzanego poza domem (jak długo i z kim). Problemom związanym z radzeniem sobie z dorastającymi córkami towarzyszyła eskalacja różnic pomiędzy małżonkami. W tym momencie po raz pierwszy przybliżono się do problemów relacji małżeńskiej, które ciągle jeszcze definiowane były z perspektywy rodzicielskiej. Pojawiły się problemy dotyczące regulacji bliskości i dystansu. Na przykład, powszechną praktyką stosowaną we wzajemnych relacjach było czytanie osobistych pamiętników: mąż żony, matka córki, siostra siostry. Fakty te można było również przeformułować pozytywnie jako sposób poszukiwania bliskości. Nawarstwieniu się problemów w rodzinie towarzyszyło nasilenie się objawów depresyjnych pani Haliny.

Zaistniały kryzys dotyczący radzenia sobie z dorastającą córką rozumiano jako rozwojowy z perspektywy cyklu życia rodziny. Koncentrowanie się rodziny na depresji

matki blokowało możliwość pojawienia się problemów charakterystycznych dla fazy związanej z dorastaniem dzieci. Córki uwikłane w opiekowanie się matką nie mogły realizować swoich zadań rozwojowych. W sytuacji poprawy komunikacji między małżonkami i wzmocnienia ich rodzicielskich pozycji, dzieci mogły zacząć zachowywać się jak dzieci, czyli stwarzać problemy charakterystyczne dla ich wieku. Z perspektywy historii doświadczeń indywidualnych członków rodziny, pojawienie się problemów z dorastającą córką również wydawało się logiczną konsekwencją. Dla matki, która sama nie doświadczyła wystarczająco dobrych wzorców opieki, było to szczególnie trudne. Warto podkreślić rolę pana Adama, który początkowo prezentował się jako osoba pełna dobrej woli i chęci współpracy, maksymalnie poświęcająca się dla rodziny. Komplementarnie do bezradności pani Haliny występował jako porządkujący życie rodzinne, dający oparcie ojciec i mąż. Gdyby skoncentrować się jedynie na relacji małżeńskiej i jej szczególnej równowadze (a raczej nierównowadze), łatwo byłoby dostrzec tę specyficzną polaryzację i jej konsekwencje np. dla relacji z córkami. Systemowa perspektywa pozwalała domyślać się, że pod zewnętrzną okazywaną siłą ojca kryje się słabość, ale stanowi ona istotny element homeostazy rodzinnej, którą należy respektować i przyjąć na ten moment. Zakładano również, że doświadczenia pana Adama wyniesione z własnej rodziny pochodzenia są prawdopodobnie komplementarne do doświadczeń pani Haliny, tzn. wiążą się z brakiem przeżycia autentycznych więzi rodzinnych opartych na zaufaniu, trosce i otwartości. Do sformułowania takiej hipotezy uprawniały informacje uzyskane w czasie sesji genogramowych.

Uznano, że deficyty dotyczące umiejętności budowania wzajemnych więzi są zbyt duże u obojga małżonków, by terapia małżeńska mogła być wystarczająca dla rozwiązania zaistniałych problemów. Jednocześnie

uznano, że oboje małżonkowie nie są w równym stopniu gotowi do podjęcia równoległych terapii indywidualnych. Choć mąż był w stanie w znacznie większym stopniu dostrzegać swój udział w tworzeniu problemów, to jednak ciężar ten wzięła na siebie pani Halina. Prawdopodobnie dzięki swoim specyficznym doświadczeniom z dzieciństwa, została wydelegowana do roli osoby chorej.

Po naradzie z terapeutą z oddziału nerwic postanowiliśmy włączyć terapię indywidualną pani Haliny. Terapię tę podjął pracownik oddziału nerwic. Równocześnie kontynuowaliśmy spotkania rodzinne, na które zaproszono starszą córkę. Ze względu na pojawienie się zagrożenia kontaktu córki z narkotykami oraz reakcje typu acting-out (cięcie się), zaproponowaliśmy jej spotkania indywidualne z terapeutką prowadzącą sesje rodzinne. Naszym celem było danie czasowego psychologicznego wsparcia córce, zanim będą gotowi do tego rodzice. Równocześnie kontynuowaliśmy spotkania rodzinne, w których niekiedy uczestniczyła starsza córka. Wprowadzono również zmianę w prowadzeniu sesji rodzinnych¹. Koterapeuta z za szyby – mężczyzna – został włączony do współprowadzenia sesji małżeńskich.

Celem tak zaproponowanych interwencji było wsparcie indywidualnych potrzeb poszczególnych członków rodziny: matki poprzez terapię indywidualną, córki poprzez kilka spotkań wspierających i dających możliwość reflektowania własnych przeżyć oraz ojca poprzez włączenie terapeuty mężczyzny do współprowadzenia terapii małżeńskiej. Spotkania indywidualne dawały możliwość wsparcia w wyrażaniu indywidualnych potrzeb, a równocześnie podkreślały granice pomiędzy poszczególnymi osobami w rodzinie.

Równolegle prowadzone spotkania rodzinne lub małżeńskie nastawione były na

wypracowanie nowych wzorców wzajemnej komunikacji. Łatwo zauważyć, że w cieniu pozostała druga córka, która nie sprawiała jak dotąd problemów i w związku z tym została pominięta w interwencjach terapeutycznych. Sytuacja ta, jak podpowiada perspektywa systemowa, powinna w niedługim czasie dać znać o sobie. Tak się też stało, o czym będzie mowa poniżej.

Być może dzięki tym wszystkim spotkaniom (rodzinnym i indywidualnym) uporano się w końcu na tyle z problemami dotyczącymi starszej córki, że można było przejść do problemów małżeńskich, a szczególnie trudności komunikowania własnych potrzeb i uczuć. Sprawom tym poświęcono kilka spotkań, w których chętnie sięgano do genogramu jako do źródła pozwalającego zrozumieć występujące trudności i zmagania się małżonków. Warto też zauważyć, że pogłębianie wzajemnej relacji i przekształcanie jej w związek oparty o zasady partnerskie rozumiano jako proces, który równocześnie współbrzmiał z terapią indywidualną pani Haliny. Terapeutka pani Haliny również dwukrotnie uczestniczyła w sesjach rodzinnych w charakterze obserwatora za szybą jednostronną. Ta współpraca miała na celu integrację wysiłków terapeutycznych. Z kolei obecność na sesjach małżeńskich pary terapeutów (kobiety i mężczyzny) dawała możliwość mocniejszego akcentowania obu indywidualnych perspektyw. Przykładowo, wzmocnienie pozycji żony przy pomocy wypowiedzi terapeutki może zachodzić swobodniej w obecności drugiego terapeuty, który równolegle wzmacnia pozycję męża. Zalecana przez systemowe podejście neutralność może zostać chwilowo i celowo zawieszona, by uzyskać konstruktywną konfrontację. W efekcie tych strategii coraz pewniejszym sobie działaniami żony towarzyszyły początkowo silne protesty męża przejawiające się zwiększoną krytycznością, co w dalszym etapie doprowadziło do względnej równowagi pomiędzy małżonkami. Taka sytuacja sprowokowała podsumo-

¹ Początkowo spotkania rodzinne prowadziła terapeutka, zaś koterapeuta (obecny za szybą) był mężczyzna.

wanie dotychczasowej terapii, na które zaproszono wszystkich członków rodziny i doprowadziła do dyskusji na temat jej zakończenia. Tak więc po 23 spotkaniach (3 z całą rodziną, 14 małżeńskich, 4 indywidualnych ze starszą córką i 2 z rodzicami i ich starszą córką²), które przeprowadzono na przestrzeni 18 miesięcy, doszło do zakończenia terapii.

Zakończenie terapii okazało się jednak przedwczesne. Po kilku miesiącach doszło do kolejnego kryzysu w rodzinie. Tym razem ciężar kryzysu spoczywał na obu córkach. Wprawdzie starsza wydelegowana została jako nośnik problemu (matka zgłosiła problemy związane z radzeniem sobie ze starszą córką), ale szybko okazało się, że tym razem trudności wychowawcze dotyczą młodszej córki. Poświęciliśmy im dwa spotkania: jedno z całą rodziną, a na drugie zaprosiliśmy tylko córki. Spodziewaliśmy się, że problemy wychowawcze są zasłoną dla leżących u ich podłoża problemów związanych z relacją małżeńską. Hipoteza szybko potwierdziła się. Tym razem przejawem tych problemów było nadużywanie alkoholu przez męża. Po zanalizowaniu sytuacji zrozumieliśmy, że zbyt intensywny nacisk na zmianę i nie docenienie oporu męża było przyczyną przedwczesnego zakończenia terapii. Terapia trwa nadal.

KOMENTARZ

Terapia nastawiona jest aktualnie na problemy relacji małżeńskiej, szczególnie dotyczące bliskości i intymności. Powstaje jednak pytanie, dlaczego terapeuci przedwcześnie zgodzili się na zakończenie terapii.

Analizując tę sytuację istotne wydają się dwie kwestie. Po pierwsze, ważna wydaje się kwestia diagnozy relacji małżeńskiej i wynikająca z niej strategia terapeutyczna. Przydatne w rozumieniu problemów doty-

czących relacji okazały się teorie psychoanalityczne, a szczególnie wywodzące się z kleinowskiej teorii relacji z obiektem pojęcie projekcyjnej identyfikacji i opisana przez Williego koncepcja koluzji małżeńskiej [Willie 1996]. Typ relacji małżeńskiej, jaką obserwowaliśmy w trakcie prowadzonej terapii można określić jako związek koluzyjny. Słabości i bezradności żony odpowiadała siła i zaradność męża. U obojwojga zaprzeczane były przeciwstawne aspekty osobowości. W takim związku wzmocnieniu się żony powinno towarzyszyć pojawienie się słabych stron męża. Jak wiadomo z praktyki terapeutycznej, ten rodzaj zmiany nie jest łatwy do osiągnięcia i najczęściej wymaga długotrwałej terapii, często opartej o analizę przeciwprzeniesienia.

Powstaje pytanie, czy możliwa była skuteczna terapia bez włączenia równoległej terapii indywidualnej męża? Trudno jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Natomiast niewątpliwie terapeuci nie docenili wagi problemu.

Po drugie, ważna wydaje się też oczekiwana w terapii rodzin efektywność. W większości szkół terapii rodzin, szczególnie tych zorientowanych behawioralnie, podkreśla się efektywność tej formy terapii. Terapeuci koncentrują się na zdefiniowaniu problemu i doprowadzeniu do zmiany w interakcyjnym łańcuchu zachowań. Powszechnie oczekuje się, że w większości przypadków terapia powinna przynieść efekty po 8-10 spotkaniach, a czasami mówi się, że uzasadnione jest przedłużenie terapii do kilkunastu spotkań. Przedłużanie terapii stawia pytanie o jej sensowność i ewentualne uwikłanie terapeutów. Jako terapeuci systemowi mieliśmy z pewnością tendencję, by dostosować się do wymogów szkoły, jaką reprezentujemy. Szczególnie mało komfortowe dla nas było poszerzanie kontekstu rozumienia problemów i włączanie kolejnych terapeutów. Warto tu postawić pytanie, czy dalibyśmy sobie więcej czasu, gdyby nasze rozumienie osadzone było raczej w paradygmacie psy-

² Terapia indywidualna matki była nadal kontynuowana.

choanalitycznym i czy cele terapii byłyby bardziej dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjentów. Wydaje się, że tak.

Na zakończenie należy pokreślić, że łączenie obu perspektyw – indywidualnej i systemowej, wydaje nam się sensownym wysiłkiem w pracy z niektórymi rodzinami. Staranna refleksja nad procesem terapii może zabezpieczać ją przed pozornymi efektami.

PIŚMIENNICTWO

1. Bentovim A, Kinstom W. Focal family therapy: Joining systems theory with psychodynamic understanding. W: Gurman AS, Kniskern DP, red. Handbook of Family Therapy, vol 2. New York: Brunner-Mazel; 1991: 284-324.
2. Feldman LB, Pinsof WM. Problem maintenance in family systems: An integrative model. J Marital Family Therapy 1982; 8: 417-28.
3. Nichols M. The self in the systems: Expanding the limits of family therapy. New York: Brunner-Mazel; 1987.
4. Willi J. Związek dwojga. Psychoanaliza pary. Warszawa: Wyd Jacek Santorski & CO; 1996.

Adres: Dr Lucyna Drożdżowicz, Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Kopernika 21A, 31-501 Kraków