



Dwie różne narracje – dwa różne oczekiwania od terapii rodzinnej. Studium przypadku

Two different narratives – two different expectations of family therapy. Case report

KATARZYNA GDOWSKA, ILONA KOŁBIK

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

STRESZCZENIE. *Jednym z najważniejszych zadań terapii rodzinnej jest uzgodnienie w czasie wstępnego spotkania wspólnych oczekiwań od terapii, czyli tzw. kontraktu terapeutycznego. Autorzy artykułu przedstawiają trudności w terapii, w której – wbrew powszechnie praktykowanej formule – doszło do serii spotkań pomimo braku kontraktu terapeutycznego.*

SUMMARY. *Establishment of the so-called therapeutic contract (i.e. negotiation of shared expectations of therapy, during the first session) is regarded as one of the therapist's crucial tasks. The authors discuss difficulties encountered in therapy of a case in which a series of sessions were held against the general rule, i.e. despite the lack of a therapeutic contract.*

Słowa kluczowe: terapia rodzinna / narracja / opis przypadku

Key words: family therapy / narrative / case report

Zazwyczaj na początku terapii próbuje się uzgodnić z członkami rodziny wspólny plan, bądź ustalić listę nie wykluczających się wzajemnie oczekiwań. W przedstawianym przypadku, do terapii zgłosiła się para małżonków, po ostrym kryzysie psychotycznym męża, zaś oczekiwania małżonków były rozbieżne: żona pragnęła pomocy w pokojowym, „przyjacielskim” rozstaniu się z mężem, natomiast mąż oczekiwał od terapeutów pomocy w scaleniu jego małżeństwa.

OPIS PRZYPADKU

Terapia dotyczy małżeństwa, państwa X. 46-letnia pani Katarzyna i 44-letni pan Krzysztof pozostają w związku małżeńskim od 1980 r. Mąż jest z zawodu geodetą, naukowcem. Żona zajmuje się konserwacją zabytków i dzieł sztuki. 19-letni syn uczy się w liceum. Problem zgłaszany na karcie skie-

rowania to spór małżeński, co do decyzji w sprawie rozłąki, bądź zejścia się.

Pan Krzysztof był trzykrotnie hospitalizowany. Podczas dwóch pierwszych jego pobyków na oddziale psychiatrycznym rozpoznano zespół paranoidalny związany z nadużywaniem alkoholu. Trzeci, ostatni raz pacjent hospitalizowany był w klinice psychiatrii, w związku z agresywnym zachowaniem pod wpływem masywnych urojeń prześladowczych dotyczących jego osoby i jego najbliższych: syna i żony. Wówczas rozpoznano zespół paranoiczny. Ten epizod poprzedzało 10 lat nadużywania alkoholu (prawdopodobnie na podłożu depresyjnym). W trakcie choroby pan Krzysztof mieszkał poza domem (w drugim mieszkaniu rodziny). Został „wyprowadzony” przez żonę po tym, jak zwierzył się jej ze swojego silnego uczucia do młodej dziewczyny, swojej studentki. Obecnie mieszka ze swoimi rodzi-

cami. Twierdzi, że nie jest w stanie przebywać sam, bez obecności w mieszkaniu kogoś bliskiego.

Do Zakładu Terapii Rodzin państwo X. zostali zgłoszeni przez lekarkę z oddziału kliniki, na którym pan Krzysztof przez ponad dwa miesiące był leczony. W ich sprawie konsultował się z terapeutami znajomy psycholog z kliniki, który pełnił początkowo rolę rozmówcy małżonka, a potem konsultował i wspierał oboje. Z nim zaś skontaktował ich znajomy lekarz z poprzedniego miejsca leczenia się męża. Sytuacja była w tym sensie nietypowa, że na ogół rodziny zgłaszają się do terapii osobiście i nie są w taki sposób „protegowane”. Małżonkowie prosili o rychły termin i osobiście w tej sprawie pojawiali się w Zakładzie Terapii Rodzin. Czas, jaki upłynął od momentu zgłoszenia do pierwszej konsultacji był stosunkowo niedługi (poniżej 3 tygodni). Spotkanie prowadziła jedna z terapeutek, ze strony państwa X. w spotkaniu oprócz małżonków uczestniczył ich syn. Biernymi uczestnikami pierwszego spotkania (z zastrzeżeniem jednostronnej) byli: koterapeutka, lekarz, która skierowała małżonków do Zakładu oraz psycholog z oddziału, na którym przebywał pan Krzysztof.

Konsultacja ujawniła dwa rozbieżne stanowiska małżonków. O ile terapeutki rozumiały motywy męża, dlaczego się tutaj znalazł i co pragnie uzyskać, o tyle niejasne wydawały się im racjonalne argumenty żony, w jakiej sprawie ona się zgłosiła. Powtarzała, że nie ma już siły i ochoty, aby mieszkać z mężem, że stanowi on dla niej ciężar, wymaga opieki jak małe dziecko. Twierdziła, że jej kobiece uczucia do męża wygasły. Jednocześnie zostawiała furtkę nadziei jemu (a być może sobie). Dopuszczała myśl, że za jakiś czas może zmienić swoje stanowisko, zwłaszcza gdy mąż stanie na nogi, gdy się wzmocni, gdy pozwoli jej zatęsknić. Aktualnie nie potrafiła sobie wyobrazić powrotu męża do niej i do syna. Uzasadniała to poczuciem zagrożenia z jego strony: pamiętała

jego zachowania agresywne z czasów choroby, obawiała się o syna, dochodziło bowiem do bójek pomiędzy nim a mężem. Deklarowała chęć łagodnego rozejścia się z mężem. Gotowa była służyć mu pomocą, ale wyłącznie przyjacielską i taki też proponowała układ – przyjacielski. Nie wspominała o rozwodzie, czy jakiegokolwiek prawnej separacji.

Mąż natomiast pragnął, aby terapia pomogła ujrzeć żonie postępy w jego leczeniu i jego wyzdrowienie. Obecność koło siebie żony i syna traktował jako warunek swojego (dosłownie) przeżycia, źródło zdolności do pracy, zaznawania spokoju. Chciał, aby terapeuci wytłumaczyli żonie jego skrajną potrzebę „bycia blisko niej”. Zdecydowanie pragnął powrotu do domu, ponownego zejścia się. Przyznawał się do krzywd, jakie wyrządził rodzinie. Wszystkie je kładł na karb swej choroby, nie zaś świadomego wyboru.

Syn zdecydowanie nie życzył sobie powrotu ojca do domu, wypominał mu wszystkie jego dziwaczne zachowania, zwłaszcza zaś ostatni romans i propozycję adoptowania przez żonę jego kochanki.

To pierwsze spotkanie ujawniło dużą wrogość i żal syna wobec ojca, jak i zaskakujący dla prowadzących terapię, brak odpowiedzi na te uczucia ze strony pana Krzysztofa. O ile mąż cały swój wysiłek i uwagę wkładał w odzyskanie bliskiej relacji z żoną, o tyle żona okazywała wyraźny niepokój o rozwój syna i o jego dotychczasowe niepowodzenia szkolne, które wiązała z sytuacją w domu. Nie angażowała się w słowne utarczki pomiędzy synem i ojcem (a właściwie ataki tego pierwszego).

Terapeuci zaproponowali spotkania małżeńskie z wyłączeniem syna. Terapeutki skłonił do tego wiek syna oraz jego wyraźne stwierdzenie, że jest i czuje się „odrębną sprawą”, odrębną osobą. Ponadto wzięto pod uwagę silny konflikt między synem a ojcem i wpływ tego konfliktu na żonę. Terapeutki obawiały się, że w obecności syna, tak mocno

pałającego gniewem do rodzica, matka będzie przeżywać rozdarcie lojalności i utrudni jej to ujrzenie relacji z mężem niezależne od relacji z synem.

W takich okolicznościach małżonkowie zostali zaproszeni na następną konsultację. W czasie tego spotkania udało się wyraźniej ujrzeć aktualną sytuację emocjonalną każdego z nich. Nietrudno było terapeutkom zrozumieć potrzebę oddalenia u pani Katarzyny. Czuła się osaczona przez męża, który od czasu wypisania z oddziału w klinice nieustannie indagował ją o ponowne wspólne zamieszkanie i o zajęcie się nim.

Rozumiały one również stan emocjonalny pana Krzysztofa. Opisował go jako potrzebę „skrajnej bliskości”. Żalił się, że pod nieobecność rodziny dokuczają mu różne wegetatywne doznania, towarzyszy mu silny lęk, nie potrafi też wtedy pracować (kończy właśnie rozprawę doktorską). Dowodził, że jest i czuje się wyleczony, ale jest słaby psychicznie, wpada w różne stany emocjonalne, przeżywa lęki, miewa obniżony nastrój.

Gdy terapeutka proponowała rozważenie konsekwencji każdej z możliwości: zejścia się czy rozstania, mąż niezwykle obrazowo i dramatycznie opisywał swoje ewentualne przeżycia i zagrożenia związane z przedłużającą się nieobecnością jego najbliższych. Żona próbowała zaś pozyskać współczucie terapeutki opowiadając o „dziecięcej nieporadności” małżonka, przytaczając przykłady jego egoistycznego zachowania się. Takie komunikaty terapeuci odbierali zarówno jako informacje o sposobie wzajemnego przeżywania się, jak i próby wciągnięcia ich w koalicję. Rodziło to trudności w utrzymaniu przez terapeutów neutralnej postawy.

Terapeutki podjęły się pracy z małżeństwem pod warunkiem zawieszenia na czas spotkań terapeutycznych nalegania na spełnienie swych wzajemnych oczekiwań. W zamian za to terapeutyczna oferta miała polegać na prześledzeniu historii związku i dojsciu do źródeł obecnego stanu rzeczy. U źródeł takiej propozycji terapeutycznej

pozostawał zamiar przyjrzenia się potencjalnym możliwościom tej pary, zaś czynnik czasu wydawał się tutaj sprzyjającym elementem. Oboje małżonkowie stwierdzili, że są w stanie (na jakiś czas) przestać się wzajemnie przekonywać do słuszności właśnie swojej wersji związku. Jak się później okazało, terapeutka odczytała to jako zielone światło dla wersji żony, czyli pozwolenie jej na pewną formę odejścia. Natomiast koterapeutka miała nadzieję na to, że w trakcie zaproponowanego procesu śledzenia losów tego związku, pozostałości psychozy u pana Krzysztofa znikną zupełnie, a wraz z tym zmieni się postawa żony wobec niego; tak więc liczyła na powrót małżonków do siebie. W każdej z nich zaistniała nadzieja, na zrealizowanie jednej z opcji. Nadzieje te nie były wygłaszane.

Zazwyczaj różnice w rozumieniu problemu, jakie istnieją pomiędzy terapeutami, o ile rozbieżne są interesy pary, jest stanem pożądanym. Łatwiej wówczas o zachowanie neutralności, gdyż koterapeuta jest czujny na utratę równowagi terapeuty. W tym wypadku jednak, polaryzacja była tak silna, że zabrakło w terapeutach otwarcia się na nowe, trzecie rozwiązanie – a każda ze stron zyskała swojego stronnika w procesie terapii, zatem każde ze stanowisk miało swojego niemego adwokata. Być może, te pierwsze wrażenia, odczucia i motywy przyjęcia rodziny do terapii prawdopodobnie zaciążyły na całym kontakcie i procesie pracy.

W czasie pięciu kolejnych spotkań małżonkowie przedstawili dzieje swojego związku. Chociaż historia małżeństwa okazała się dwiema różnymi narracjami, z opisów każdego z partnerów wynikało, że związek był „skośny”i już od samego jego początku trudno było w nim, o równoważną partnerską wymianę. W uproszczeniu, można powiedzieć, że był to układ silnej kobiety – matki i oddającego się pod jej opiekę mężczyzny – dziecka. Role, jakie pełnili w swoim związku uwyrażniają tą asymetrię: zarabianiem na utrzymanie, wychowywaniem

syna, sprawami majątkowymi i spadkowymi zajmowała się zawsze żona. Była osobą udzielającą wsparcia mężowi w jego trudnych momentach, a jednocześnie pozostawała bardzo aktywna i zaangażowana w swojej pracy. Terapeutki dalekie były od sugestii, że model odwrotny to jedyny słuszny w naszym kręgu kulturowym. Wydaje się natomiast, że w przypadku tego małżeństwa nastąpiło przeciążenie jednej ze stron w wyniku kryzysu drugiej (choroba małżonka). Być może taki układ mógłby istnieć nadal, w swojej poprzedniej formie, gdyby mąż pozostawał – poprzez alkohol – nieobecny, a przez to nie obciążałby żony/matki, która mogłaby wciąż dawać oparcie emocjonalne i finansowe zarówno synowi, jak i współmałżonkowi.

Te hipotezy dotyczące sposobu funkcjonowania związku nie znalazły odbicia w komentarzu terapeutów. Prawdopodobnie obawy terapeutki przed utratą neutralności na rzecz pani Katarzyny, a koterapeutki – przed dekompensacją psychotyczną pana Krzysztofa, spowodowały nieujawnienie hipotez.

Szczególna skupienie uwagi na neutralności oraz ostrożność terapeutki miały swoje źródła w początkowych spotkaniach z rodziną. Wtedy to koterapeutka zwróciła uwagę na utratę symetrycznego traktowania małżonków przez terapeutkę, która w pewnym stopniu osłaniała panią Katarzynę. Przykładowo, nie został omówiony jej pozamałżeński związek sprzed kilku lat, gdy jednocześnie romanse męża były obszarem pytań i rozmowy w czasie sesji.

Istotnym wyzwaniem dla terapii okazała się różnica między małżonkami w pojmowaniu przyczyn i funkcji choroby męża. Jakkolwiek państwo Z. zgodnie kojarzyli chorobę mężczyzny z jego fascynacją młodą dziewczyną, to jednak przy bliższym omówieniu problemu ujawniała się pomiędzy nimi zasadnicza różnica. Dla pana Krzysztofa to gwałtowne zauroczenie było już częścią jego choroby. Twierdził, że został przez

nią (zarówno przez chorobę jak i dziewczynę) zniewolony, a ów związek nie był jego świadomym wolnym wyborem, lecz pochodną jego urojeniowych miraży. Natomiast dla pani Katarzyny to właśnie romans męża doprowadził do choroby. Postrzegła ona psychozę jako wynik rozdwojenia emocjonalnego (gdzie gwałtowna miłość do jednej kobiety współwystępowała z ryzykiem utraty domu i rodziny), przed którym ratując się uciekł w stworzony przez siebie własny drugi świat – świat prześladowców. Sytuowała ona początek jego romansu jeszcze przed wybuchem choroby i stąd traktowała go jako dobrowolny wybór męża. Takie rozumienie sytuacji obarczało małżonka odpowiedzialnością za to, co ją zraniło i upokorzyło.

Nie było zadaniem terapeutek dociekanie tzw. prawdy obiektywnej. W komentarzu, jaki terapeutka wypowiedziała na zakończenie jednego ze spotkań mowa była o tym, że każde z małżonków tworzy odmienną sekwencję zdarzeń i daje to obraz ich własnych dwóch, nieuzgadnialnych prawd, do których są bardzo przywiązani. Te zaś, zwrotnie, wpływają na ich decyzje.

Wobec nierozstrzygniętej sytuacji aktualnej małżeństwa i z braku konkretnej odpowiedzi na pytanie o przyczyny „pata”, następnym terapeutycznym krokiem była praca nad przekazami i wzorcami wyniesionymi z rodzin generacyjnych, czyli praca z genogramem.

Pomysł i propozycja ta powstały po komentarzu opisującym i podkreślającym ich wspólny „małżeński taniec”. Ów taniec polegał na tym, że żona nie potrafi zdobyć się na pewną dozę agresji, niezbędną do odsunięcia męża od siebie i bierze na siebie jego troski i niedole. Małżonek, z kolei, nie potrafi radzić sobie samodzielnie, w podstawowym tego słowa znaczeniu i chętnie powierza partnerce odpowiedzialność za swój stan somatyczny i psychiczny.

W omawianym tu okresie odbyły się trzy spotkania, na których omawiano relacje żo-

ny. Jej opowieści o rodzinie pochodzenia wskazują na wyniesione z domu zadanie „bycia za wszelką cenę silną”, poczucie zobowiązania, nadodpowiedzialności. Pochodzi z domu, w którym kobiety „dostarczały warunków do pracy”, bądź pasji, mężczyznom. Brak analogicznego materiału ze strony męża nie pozwala na dogłębne zajęcie się tą treścią.

KOMENTARZ

Dokonując refleksji nad opisanim powyżej przebiegiem terapii, można zobaczyć nie do końca adekwatne oczekiwanie terapeutek, że mimo nieuzgodnienia kontraktu, na wspólnych małżeńskich spotkaniach uda się przepracować wzorce postępowania, przeżywania i postrzegania każdego z małżonków. Mechanizmy, które podtrzymywały w tym małżeństwie cykl dawania (przez żonę) i brania (przez męża) opieki, wymagały znacznej uwagi i osobnego czasu na przeanalizowanie. Rozpatrywanie ich jedynie w kontekście interakcji nie byłoby wystarczające.

Można przypuszczać, że niezdolność terapeutek do odmówienia rodzinie terapii (wobec braku kontraktu), była pochodną kilku zmiennych. Złożył się na to zarówno ujmujący sposób bycia tej pary, jak i szczególne umiejętności pana Krzysztofa w zwracaniu się o pomoc do innych oraz odpowiedź terapeutek na to oczekiwanie. Nie bez znaczenia była także okoliczność protegowania pary małżeńskiej przez różnych – znajomych i nieznanych terapeutom – specjalistów, a także terapeutyczne oczekiwania i ambicje wyrosłe w tym procesie.

Sposób postępowania prowadzących terapię można zobaczyć jako lustrzane odbicie zachowań żony. Jej trud w odmówieniu mężowi swojej troski i uwagi, jej dylemat, czy właściwe jest dawanie małżonkowi nadziei, stał się też w pewnym momencie dylematem terapeutek. Rodziło się w nich pytanie: czy można mieć nadzieję, kiedy rodzina jej nie ma?

Z przedstawionego opisu można wyciągnąć kilka wniosków.

1. W terapii rodzin sprawą podstawową jest jasne sformułowanie jej celu, nawet, jeśli ten cel miałby w trakcie terapii ulec przeformułowaniu. Chodzi tu o cel zgodny z oczekiwaniami osób zgłaszających się po pomoc, spójny z wyrażanymi przez nich życzeniami. Pułapką okazało się podejmowanie terapii bez doprecyzowania, jakiemu wspólnemu nadrzędnemu oczekiwaniu spotkania miałyby służyć. Było to tym bardziej ryzykowne, że obie strony wyraźnie mówiły o swoich oczekiwaniach. „Archeologiczna” praca z rodziną nad przyczynami jej destabilizacji może być niezwykle użyteczna, jeśli służy jakiemś dalszemu celowi, ma jakąś perspektywę, przy czym ważniejsza jest tu perspektywa klienta niż terapeuty.

2. Omawiana terapia wskazuje, że celem terapii rodzin nie może być dociekanie, która z wersji wydarzeń przedstawionych przez członków rodziny jest najbliższa prawdy. Podstawą jest wsłuchiwanie się w różnice, bez ich tzw. obiektywnej oceny [de Barbaro 1994]. Pomaga to zachować terapeutę neutralną postawę, a tylko z nią może się on przydać swoim klientom. Systemowa perspektywa podkreśla, że składowe systemu równoważnie przyczyniają się do jego stanu. Stąd wielość opowieści, jakie podają członkowie rodziny, terapeuci rodzinni odczytują jako lepszy opis jej złożonej sytuacji. Terapeutki pragnąc pozostać neutralnymi przyznawały równą wagę obu wersjom. Z różnych małżeńskich narracji wpływały dalsze przekonania każdego z małżonków. Z kolei, podjęte w świetle tych przekonań różne decyzje zwrótnie podtrzymywały ich różnice w postrzeganiu przeszłości. Takie błędne koło podtrzymywało impas małżeński.

Według konstrukcjonistów sposób rozumienia i przeżywania zdarzeń jest pewną formą prywatnej narracji, opowieści. Taka osobista opowieść zanurzona w przeszłym doświadczeniu, we wzorcach kultury i kate-

goriach językowych daje asumpt do intencji, decyzji i planów, do tworzenia (nazywania) własnego doświadczenia. W myśl tego każdy jest zarazem autorem, jak i aktorem tych opowiadań. Wyjście z impasu, w przypadku tej pary metaforycznie można by ująć, jako taką edycję własnego tekstu, która zmieniła-by sposób własnej gry [Neimeyer i wsp. 1995]. Zbyt duża różnica pomiędzy mężem i żoną (pomiędzy ich „scenariuszami”) przeszkadzała w negocjacji, w otwieraniu i poszukiwaniu innych narracji, innych perspektyw.

3. Sięganie po pojęcia ze szkoły psychodynamicznej skłania do refleksji nad przeżyciami i uczuciami terapeutów, czyli nad wątkiem przeciw-przeniesieniowym. Rozumienie swoich przeżyć nie tylko pozwala na dostrzeżenie błędów, ale jest też źródłem informacji o osobach uczestniczących w terapii. Tak więc w naszej praktyce nie wykluczamy pojęć i stojących za nimi inter-

wencji, które pochodzą z różnych podejść teoretycznych [por. Cecchin 1995]. Opisany powyżej fragmentarycznie przebieg terapii pokazuje, że z szeroko rozumianego przeciw-przeniesienia można uczynić kontrolowany użytek w pracy terapeutycznej z rodzinami. Różne paradygmaty terapii są realnościami językowymi, które nie muszą się wykluczać, nawet w przypadku pracy z jednym klientem, z jedną rodziną.

PIŚMIENNICTWO

1. de Barbaro B. Wprowadzanie do systemowego rozumienia rodziny. Kraków: Coll Med UJ; 1994.
2. Cecchin G. Jak wykorzystać stronniczość terapeuty? W: Cecchin G. Mediolańska Szkoła Terapii Rodzin. Kraków: Coll Med UJ; 1995: 36-40.
3. Neimeyer RA, Mahoney MJ, red. *Constructivism in Psychotherapy*. Washington DC: 1995.

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