

Funkcjonowanie małżeństw zgłaszających się do terapii małżeńskiej

Functioning of the marriages applying for marital therapy

Aleksandra Małus, Beata Konarzewska, Agata Szulc,
Beata Galińska-Skok

Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Kierownik: dr hab. n. med. A. Szulc

Summary

Aim. Assessment of functioning of the marriages applying for marital therapy.

Method. The research included 44 marriages: 22 of them were qualified for the marital therapy and 22 constituted a control group – were not taking part in therapy. Participants evaluated themselves and their relation using: SCORE-15 (Systematic Clinical Outcome and Routine Evaluation), UMACL (UWIST Mood Adjective Check List), KKM (Marriage Communication Questionnaire).

Results. Marriages applying for the therapy, when compared with control group, showed worse general functioning, lower adaptability, more disrupted communication and were overwhelmed by difficulties in higher degree. The lower level of engagement and support, as well as the higher level of depreciating behavior were present in their communication. In this group the lower mood expressed in lower degree of Hedonic Tone and higher degree of Tense Arousal was also recorded.

Conclusions. The specific functioning of marriages in crisis applying for the marital therapy is an important indication for the family therapists, in respect to their interventions during therapy process. When working with couples, it is important to consider their difficulties in communication, the tendency to depreciating each other, the lower mood and estimating the therapy as helpful and needful with simultaneous devaluating of their own styles of coping.

Słowa kluczowe: małżeństwo, terapia małżeńska/par, terapia rodzinna

Key words: marriage, marital/couples therapy, family therapy

Wstęp

Małżeństwo stanowi specyficzną relację w systemie rodzinnym. Z jednej strony, w sensie strukturalnym, jest podstawą tego systemu, z drugiej – jego najmniej stabilną relacją – jedyną w rodzinie, którą można zerwać [1]. W bardzo ogólnym ujęciu małżeństwo tworzy podsystem rodziny złożony z dorosłych osób wywodzących się z dwóch różnych rodzin generacyjnych, które związały się (w ich zamyśle

na stałe), aby wspólnie mieszkać i żyć [2]. Aby cel wspólnego życia był możliwy i dawał satysfakcję, małżonkowie muszą dokonać wielu transformacji w zakresie ich indywidualnego i wspólnego funkcjonowania. Ze względu na to, że małżeństwo jest związkiem zanurzonym w szerszej sieci relacji rodzinnych i społecznych – podlega wielu oddziaływaniom. Obserwuje się, że szczególnie w ostatnim czasie dochodzi do ważnych zmian społeczno-kulturowych, które wpływają na jakość funkcjonowania małżeństw [2, 3, 4]. Tradycyjne role męża jako żywiciela i żony jako gospodyni i matki zostały zastąpione przez inne możliwe układy, a wyobrażenia co do pełnienia ról stały się niestabilne i straciły swoją wyrazistość. Doświadczenia mężczyzn i kobiet wyniesione z rodzin generacyjnych, nawet jeśli korzystnie ich uformowały, mogą okazać się nieaktualne w obliczu nowych wymagań, a to może przyczyniać się do wzrostu napięcia i konfliktów pomiędzy partnerami [5]. Źródeł napięć i stresów w małżeństwie może być wiele. Dotyczą indywidualnego, małżeńskiego, rodzinnego i społecznego wymiaru funkcjonowania, przy czym relacja małżeńska zdaje się determinować wszystkie pozostałe sfery. Jej jakość zależy od wielu czynników. Jako istotne podawane są w badaniach: komunikacja pomiędzy małżonkami [6, 7, 8], ich cechy osobowościowe [9, 10, 11], inteligencja emocjonalna [12], empatia [13], samoakceptacja [14], poczucie koherencji [15, 16], hierarchia wartości [16], cechy psychopatologiczne [15, 17, 18], doświadczenia wyniesione z rodziny pochodzenia oraz relacje z nią, wcześniejsza motywacja do zawarcia związku [16], oczekiwania wobec małżeństwa i rodziny [5], wpływy kulturowe [19] i inne [16].

Złożoność zadań, przed którymi stoi małżeństwo, oraz wielość czynników determinujących powodzenie w radzeniu sobie powodują, że nie wszystkie pary potrafią konstruktywnie rozwiązywać problemy pojawiające się w ich relacji, niektóre szukają pomocy z zewnątrz. Badania wykazały, że małżonkowie decydują się na terapię z powodu narastania pomiędzy nimi napięcia lub wówczas, gdy napięcie w ich relacji stało się chroniczne [1]. Jako element motywacji prowadzący do zgłaszania się po pomoc akcentowany jest również konflikt między potrzebą bliskości a dystansem, który próbują rozwiązać poprzez włączenie w ich relację osoby pomagającej [1, 20]. Wymieniane są także inne powody podejmowania terapii małżeńskiej: chęć poprawy relacji, zapobieganie kłopotom, przeciwdziałanie pogłębianiu się kryzysu [21]. Terapia małżeńska/terapia par jest formą pomocy partnerom w uzyskaniu większej bliskości i większej satysfakcji w byciu razem [22].

Cel

Celem badania była ocena funkcjonowania małżeństw zgłaszających się do terapii. Sprawdzone, czy małżeństwa mające problemy w relacji i uczestniczące w terapii małżeńskiej różnią się od losowo wybranych małżeństw nie korzystających z niej. Analizie poddano ogólne funkcjonowanie małżeństw (mocne strony i zdolność adaptacji, przytłoczenie trudnościami, komunikację, postrzeganie rodziny, własnego problemu, radzenia sobie, subiektywną ocenę potrzeby terapii), nastroj małżonków, komunikację w aspekcie wsparcia, zaangażowania i deprecjacji.

Material

Grupę badaną (GB) stanowiły małżeństwa, które zgłosiły się do Centrum Zdrowia Psychicznego w Białymstoku. Przyjęcie zgłoszenia odbywało się osobiście i polegało na krótkiej rozmowie małżonków z terapeutą rodzinnym. Na tym etapie kwalifikowano rodziny do terapii systemowej. Następnie wszystkie zakwalifikowane pary (N = 22) otrzymały drogą pocztową informacje o badaniu i zaproszenie do udziału w nim. Przed pierwszą konsultacją pary miały możliwość odniesienia się do otrzymanego listu i zadania pytań, po czym wyrażały – lub nie – zgodę na udział w badaniu. W przypadku wyrażenia zgody, jeszcze przed konsultacją, wypełniały baterię testów. Spośród 22 małżeństw 2 pary odmówiły wypełnienia ankiet. Wszystkie pary korzystały z terapii w ramach podstawowego ubezpieczenia.

Dobór osób do grupy kontrolnej (GK) był doborem przypadkowym. Losowo z populacji Białegostoku dobrano małżeństwa, które nie zgłaszały potrzeby udziału w terapii małżeńskiej. Respondenci wypełniali ankiety anonimowo. Wyeliminowano osoby korzystające w przeszłości lub aktualnie z psychoterapii. Na badanie nie wyraziła zgody 1 para spośród 22, do których zwrócono się z prośbą o udział w nim.

GB i GK nie różniły się istotnie statystycznie pod względem zmiennych socjodemograficznych: miejsce zamieszkania, wiek, wykształcenie, wyznanie, posiadanie dzieci, liczba dzieci, skład osób mieszkających razem, liczba osób w powtórny związek. Średnia wieku respondentów wynosiła w GB 37,9 roku (od 24 do 54) oraz w GK 41,1 roku (od 29 do 66).

Metoda

Kwestionariusz SCORE-15 (Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation) jest skróconą wersją SCORE-40, narzędzia służącego do oceny funkcjonowania rodziny, jak również pomiaru wskaźników, które mogą być podatne na zmiany w procesie leczenia terapeutycznego. Autorami kwestionariusza są Stratton, Bland, Janes i Lask [23]. SCORE-15 składa się z piętnastu stwierdzeń opisujących funkcjonowanie rodziny, do których badany odnosi się, zaznaczając swoją odpowiedź na 5-punktowej skali. Druga część testu to trzy pytania otwarte: Jakie słowa najlepiej opisują Twoją rodzinę? Jaki problem/powód spowodował, że zgłosiliście się Państwo na terapię? Głównym problemem jest... . Do trzech pytań – 1. Jak poważny jest ten problem? 2. Jak sobie radzicie jako rodzina? 3. Czy myślisz, że terapia będzie/jest dotąd pomocna? – badany odnosi się w skali punktowej od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak problemu, bardzo dobre funkcjonowanie i potrzebę terapii, a 10 bardzo poważny problem, złe funkcjonowanie i nieprzydatność terapii. Instrukcja nieklinicznej wersji testu dla osób z grupy kontrolnej jest zmodyfikowana następująco: Jak opisałbyś główny problem/wyzwanie, przed którym stoi Twoja rodzina? Główny problem/wyzwanie to... oraz Czy myślisz, że terapia pary/rodziny byłaby pomocna dla Twojej rodziny? Inne elementy testu pozostają niezmienione. W badaniu za pomocą testu uzyskuje się wynik ogólny określający funkcjonowanie rodziny oraz wyniki w trzech wymiarach: mocne strony i zdolność do adaptacji, przytłoczenie trudnościami, zakłócona komunikacja. Drugą

część testu poddaje się analizie jakościowej i ilościowej w odniesieniu do pytań opisywanych przez badanego na osi od 0 do 10. Alfa Cronbacha dla całego testu SCORE-15 wynosi 0,89, wskaźnik zgodności wewnątrzpołówkowej Guttmanna także 0,89 [23]. Wyniki SCORE-15 są zgodne z pomiarami SCORE-40 w 97,5% [24].

Nastrój małżonków oceniano za pomocą Przymiotnikowej Skali Nastroju [25], polskiej wersji testu UMACL – UWIST (University of Wales Institute of Science and Technology) Mood Adjective Checklist, autorstwa Matthews, Jonesa, Chamberlaina [26]. Polskiej adaptacji i normalizacji testu dokonała Ewa Goryńska [25]. Skala składa się z 29 przymiotników opisujących nastrój. Zadaniem osoby badanej jest zaznaczenie na 4-punktowej skali odpowiedzi na pytanie: Czy ten przymiotnik opisuje Twój obecny nastrój? Wyniki UMACL obejmują trzy wymiary: ton hedonistyczny, pobudzenie napięciowe, pobudzenie energetyczne. Wymiar „ton hedonistyczny” to subiektywne odczucie przyjemności – nieprzyjemności. Pobudzenie napięciowe można określić jako pobudzenie lękotwórcze, natomiast pobudzenie energetyczne to „energia do działania”. Współczynniki rzetelności i trafności polskiej wersji testu są dobre. Alfa Cronbacha waha się od 0,79 do 0,92 dla poszczególnych skal [25].

Komunikację w małżeństwie oceniono za pomocą Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej konstrukcji Kaźmierczak i Plopy [8]. Wykorzystano wersję samoopisową oraz wersję opisującą zachowania partnera. Narzędzie składa się z 30 stwierdzeń opisujących zachowania pojawiające się w relacji. Komunikacja w kwestionariuszu opisana jest za pomocą trzech wymiarów, które odpowiadają trzem skalom: wsparcie, zaangażowanie, deprecjacja. Wymiar „wsparcie” oznacza okazywanie szacunku partnerowi poprzez docenianie jego wysiłków, przejawianie zainteresowania jego problemami, a także aktywne uczestnictwo w procesie wspólnego rozwiązywania owych problemów. Wymiar „zaangażowanie” to umiejętność tworzenia atmosfery wzajemnego zrozumienia i bliskości w związku poprzez okazywanie sobie uczuć, podkreślanie wyjątkowości i ważności partnera oraz zapobieganie konfliktom. Wymiar „deprecjacja” oznacza przejawianie agresji wobec partnera, chęć zdominowania i kontrolowania jego działań oraz brak poszanowania jego godności. W wersji uszczegółowionej uzupełniono dwa pierwsze wymiary podskalami, uzyskując: wsparcie zorientowane na ogólne samopoczucie, wsparcie zorientowane na konkretne problemy oraz zaangażowanie zorientowane na ogólne samopoczucie i zaangażowanie zorientowane na wyrażanie emocji. KKM wykazuje wysoką rzetelność zarówno w odniesieniu do skal podstawowych, jak i skal uszczegółowionych. Alfa Cronbacha w zależności od skali wynosi 0,83 do 0,92 w badaniu samooceny oraz od 0,86 do 0,93 w badaniu zachowań partnera [8].

Wyniki

Wskaźnikiem funkcjonowania małżeństwa był wynik ogólny SCORE-15. Zakres punktów możliwy do uzyskania w teście to 15-75. Wyższy wynik oznacza gorsze funkcjonowanie małżeństwa. Analiza różnic pomiędzy GB a GK wykazała znacząco gorsze funkcjonowanie małżeństw uczestniczących w terapii zarówno w odniesieniu do wyniku ogólnego testu, jak i poszczególnych jego wymiarów. Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Różnice w funkcjonowaniu małżeństw uczestniczących (GB) i nie uczestniczących (GK) w terapii małżeńskiej

Wymiar testu SCORE	GB		GK		Różnice między grupami
	średnia	SD	średnia	SD	t
SCORE – wynik ogólny	43,868	8,416	28,048	5,203	7,063***
Mocne strony i zdolność adaptacji	15,315	2,70	10,214	2,047	6,623***
Przytłoczenie trudnościami	14,974	2,801	8,738	2,083	8,039***
Zakłócona komunikacja	13,631	4,034	9,095	2,421	4,257***
pyt. 1	7,90	1,410	3,429	2,327	6,411***
pyt. 2	5,075	1,498	2,781	2,280	3,631**
pyt. 3	2,658	1,424	7,0	2,623	6,114***

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

pyt. 1. Jak poważny jest ten problem?

pyt. 2. Jak sobie radzicie jako rodzina?

pyt. 3. Czy myślisz, że terapia będzie pomocna?/Czy myślisz, że terapia pary/rodziny byłaby pomocna dla Twojej rodziny?

Dokonano analizy jakościowej odpowiedzi respondentów na pytania otwarte SCORE-15. Wszystkie odpowiedzi badanych na pytanie: Jakie słowa najlepiej opisują Twoją rodzinę? – uporządkowano w trzy zbiory: skojarzenia o pozytywnej konotacji, skojarzenia o negatywnej konotacji, skojarzenia ambiwalentne. Osoby z GB wybierały najczęściej do opisu swojej rodziny słowa o negatywnej konotacji. Nie odnotowano negatywnych opisów w GK. Jedynie 2 małżeństwa z GB dały pozytywny opis swojej rodziny. Pozytywne określenia dominowały w GK – aż 18 małżeństw pozytywnie opisało swoją rodzinę.

Sprawdzono, czy osoby z GB oraz osoby z GK różnią się w zakresie przeżywanego nastroju. Podstawą porównania obu grup w zakresie nastroju były wyniki w trzech skalach testu UMACL. Wyniki zaprezentowano w tabeli 2. GB uzyskała w porównaniu z GK niższe wyniki w skali ton hedonistyczny, wyższe wyniki w skali pobudzenie napięciowe oraz zbliżone wyniki w skali pobudzenie energetyczne.

Tabela 2. Różnice w nastroju małżonków uczestniczących (GB) i nie uczestniczących (GK) w terapii małżeńskiej

Skala UMACL	GB		GK		Różnice pomiędzy grupami
	średnia	SD	średnia	SD	t
TH	4,075	1,280	6,095	1,271	5,069***
PN	6,225	1,634	4,714	1,338	3,246**
PE	5,075	1,290	5,833	1,288	1,883

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

TH – ton hedonistyczny; PN – pobudzenie napięciowe; PE – pobudzenie energetyczne

Szczegółową analizę stylów komunikacyjnych małżonków przeprowadzono za pomocą KKM. Uwzględniono podział na samoocenę i opis zachowań partnera. GB i GK różniły się istotnie we wszystkich skalach i podskalach KKM, zarówno w ocenie

własnych zachowań, jak i ocenie zachowań partnera. Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli 3 (samoocena) i tabeli 4 (ocena partnera).

Tabela 3. Różnice w komunikacji małżonków uczestniczących (GB) i nie uczestniczących (GK) w terapii małżeńskiej – samoocena

Skale KKM	GB		GK		Różnice między grupami
	średnia	SD	średnia	SD	t
Wsparcie	4,50	1,327	5,452	1,516	2,136*
W-s	6,30	1,584	7,333	1,390	2,222*
W-p	5,875	1,605	7,095	1,393	2,604*
Zaangażowanie	4,525	1,585	5,809	1,409	2,745**
Z-s	4,50	1,112	5,690	1,006	3,598**
Z-w	4,850	1,878	5,952	1,556	2,050*
Deprecjacja	6,850	1,470	5,143	1,501	3,677**

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabela 4. Różnice w komunikacji małżonków uczestniczących (GB) i nie uczestniczących (GK) w terapii małżeńskiej – ocena partnera

Skale KKM	GB		GK		Różnice między grupami
	średnia	SD	średnia	SD	t
Wsparcie	3,30	1,625	5,761	1,715	4,713***
W-s	3,875	1,939	6,667	1,913	4,640***
W-p	4,625	1,925	7,261	1,594	4,787***
Zaangażowanie	2,70	1,331	5,0	1,635	4,923***
Z-s	3,10	1,154	5,167	1,218	5,572***
Z-w	4,175	1,742	6,619	2,012	4,150***
Deprecjacja	7,675	1,664	4,571	1,551	6,179***

*** $p < 0,001$

W-s – wsparcie zorientowane na ogólne samopoczucie małżonka

W-p – wsparcie zorientowane na konkretne problemy małżonka

Z-s – zaangażowanie zorientowane na ogólne samopoczucie małżonka

Z-w – zaangażowanie zorientowane na wyrażanie emocji wobec małżonka

W odniesieniu do wyników KKM zbadano również, czy istnieją różnice w sposobie komunikowania się kobiet i mężczyzn. Wszystkie kobiety (GB i GK) zauważały u siebie więcej zachowań deprecjonujących w porównaniu z mężczyznami $t = 2,863$, $p < 0,01$. Kobiety z GB w porównaniu ze swoimi mężami oceniały, że w ich sposobie komunikowania się jest więcej zachowań deprecjonujących $t = 3,101$, $p < 0,01$, mniej wsparcia zorientowanego na konkretne problemy męża $t = 2,147$, $p < 0,05$, i mniej zaangażowania zorientowanego na wyrażanie emocji wobec męża $t = 2,476$, $p < 0,05$.

W ocenie zachowań partnera kobiety z GB dostrzegały w zachowaniach swoich mężów mniej wsparcia zorientowanego na ich ogólne samopoczucie niż byli to skłonni zauważyć mężczyźni u swoich żon $t = 2,476$, $p < 0,05$. Kobiety z GK w aspekcie samooceny opisywały się jako bardziej wspierające $t = 2,356$, $p < 0,05$, szczególnie jeśli chodzi o wsparcie zorientowane na samopoczucie partnera $t = 2,364$, $p < 0,05$, i bardziej zaangażowane $t = 1,960$, $p < 0,05$, zarówno w aspekcie zaangażowania zorientowanego na samopoczucie partnera $t = 2,304$, $p < 0,05$, jak i zaangażowania zorientowanego na wyrażanie emocji $t = 1,947$, $p < 0,01$, niż ich mężowie. W ocenie zachowań partnera w GK kobiety w porównaniu z mężczyznami opisywały zachowanie partnera jako bardziej wspierające $t = 2,523$, $p < 0,01$.

Omówienie wyników

Analizy wyników wykazały, że istnieją istotne różnice pomiędzy małżeństwami doświadczającymi problemów i decydującymi się na terapię a małżeństwami nie korzystającymi z leczenia terapeutycznego. Ogólne funkcjonowanie małżeństw poddających się terapii było gorsze niż małżeństw nie zwracających się o pomoc terapeutyczną.

Małżeństwa decydujące się na terapię podkreślały powagę doświadczanych problemów oraz silne przytłoczenie nimi. Jednocześnie wskazywały na ubogość swoich zasobów i niedostateczne możliwości radzenia sobie. Sposobu na rozwiązanie problemów upatrywały w terapii, której przydatność oceniały wysoko. Połączenie przekonania o własnej nieskuteczności z wiarą w sprawczość innych może prowadzić do przesuwania aktywności i odpowiedzialności na terapeutę. Takie nastawienie pary może nieść ze sobą ryzyko przejmowania przez terapeutę inicjatywy w procesie leczenia i działania w przeświadczeniu, że wie lepiej od rodziny, jak należy rozwiązywać jej problemy [22, 27, 28].

Małżeństwa biorące udział w terapii przejawiały bardziej zakłóconą komunikację w porównaniu z małżeństwami nie korzystającymi z leczenia. Różnica ta potwierdziła się niezależnie w wynikach uzyskanych przez respondentów w SCORE-15 – wymiar „zakłócona komunikacja”, we wszystkich skalach i podskalach testu KKM oraz w odpowiedziach na otwarte pytanie o główny problem – 17 małżeństw uczestniczących w leczeniu w stosunku do 3 małżeństw nie korzystających z niego wskazało na zakłóconą komunikację jako najbardziej istotny problem w relacji, skłaniający do podjęcia terapii. Również w innych badaniach odnotowano występowanie niepowodzeń w zakresie komunikacji werbalnej wśród małżeństw uczestniczących w terapii i/lub niezadowolonych ze związku [7,19].

Komunikacja małżonków uczestniczących w terapii w porównaniu z komunikacją małżonków nie leczących się charakteryzowała się mniejszym wzajemnym wsparciem i zaangażowaniem w związek oraz silniejszą deprecjacją partnera. Różnice te ujawniły się zarówno w ocenie własnej komunikacji, jak i opisie komunikacji partnera, co można sprowadzić do uproszczenia, że osoby decydujące się na terapię nie były zadowolone ze sposobu porozumiewania się zarówno swojego, jak i małżonka.

Jakościowa analiza odpowiedzi małżonków na pytanie o główny problem sugeruje występowanie podobnych trudności w obu grupach małżeństw, z wyjątkiem wska-

zywania przez osoby uczestniczące w leczeniu na częste występowanie zakłóconej komunikacji i obecność zachowań impulsywnych. Jednocześnie, mimo doświadczania podobnych trudności życiowych przez obie grupy małżeństw, pary zgłaszające się do terapii były skłonne oceniać swoje problemy jako poważniejsze, a siebie jako bardziej przytłoczonych w porównaniu z małżeństwami nie korzystającymi z leczenia. Prawdopodobnie w wyniku braku wsparcia, wskutek niemożności porozumienia i wspólnego dźwignania napotykanych trudności, mogło pojawiać się u małżonków uczucie osamotnienia i większego obciążenia istniejącymi problemami. Małżeństwa nawiązujące dialog i poprawnie komunikujące się mogły natomiast doświadczać wsparcia wynikającego z rozłożenia odpowiedzialności i uciążliwości trudnych sytuacji życiowych na obu uczestników relacji.

Uwzględniając różnice płciowe w zakresie komunikacji, stwierdzono większą koncentrację kobiet na udzielaniu i uzyskiwaniu wsparcia zorientowanego na ogólne samopoczucie kosztem wsparcia zorientowanego na konkretne problemy małżonka. Wyniki te sugerują, jak ważna z perspektywy kobiet jest w rozmowie dbałość o dobrą atmosferę i dążenie do poprawy samopoczucia, niekoniecznie natomiast koncentracja na poszukiwaniu rozwiązań problemu. W badaniach wykazano, że w procesie komunikacyjnym mężczyźni są bardziej autonomiczni i niezależni [29], dążą do dostarczania sugestii, opinii i informacji [30], natomiast kobiety są bardziej czułe społecznie [31], zależy im na takich formach komunikacji, które zachęcają innych do udziału w rozmowie [29].

Innym, obok wsparcia, analizowanym aspektem komunikacji było zaangażowanie. Osoby uczestniczące w leczeniu w porównaniu z osobami nie leczącymi się oceniały siebie i współmałżonków jako mniej zaangażowanych. Brak zaangażowania mógł być wynikiem zmęczenia i zniechęcenia na skutek braku efektów ponoszonych wysiłków, mógł też być przejawem złości na partnera. Osoby zgłaszające się do leczenia doświadczały deficytu uwagi ze strony współmałżonka, który w ich oczach był skupiony na sobie. Takie przeżywanie relacji mogło implikować uczucie niesprawiedliwości i nierównomiernego zaangażowania w sprawy związku i tym samym potęgować niezadowolenie z małżeństwa. Przywiązanie i wiara we wzajemność uczuć oraz porównywalność poziomu zaangażowania w związek sprawiają, że jest on bardziej zadowalający i trwalszy niż w przypadku nierównowagi pod tym względem [32]. Na ogół kobiety są bardziej otwarte niż mężczyźni [29, 31], i to właśnie różnice płciowe zwiększają prawdopodobieństwo, że reguła wzajemności będzie w małżeństwie naruszona.

W komunikacji małżeństw zgłaszających się do terapii w porównaniu z komunikacją osób nie korzystających z leczenia było zdecydowanie więcej zachowań deprecjonujących, wyrażających się w agresji wobec partnera, chęci zdominowania i kontrolowania jego działań oraz braku poszanowania jego godności. Krytykowanie partnera i obarczanie go odpowiedzialnością za zaistniałą niekorzystną sytuację w związku może wynikać z zachowań obronnych służących ochronie pozytywnego obrazu siebie. Negatywne odnośnienie się do partnera i atakowanie go może też pełnić funkcję odreagowywania nieprzyjemnych emocji – redukcji napięcia związanego z problemami istniejącymi w relacji. Agresja w związku przyjmuje najczęściej charakter cyrkularny [33], co może tłumaczyć dostrzeganie zachowań deprecjonujących zarówno w komunikacji własnej, jak i partnera. Uwzględnienie zmiennej „płeć” wykazało, że kobiety bardziej niż mężczyźni

są skłonne do przejawiania zachowań deprecjonujących. Większą agresję werbalną kobiet wobec mężczyzn można łączyć z bardziej rozwiniętą u nich fluencją słowną [31], większą łatwością werbalizowania przeżywanych emocji, także negatywnych. Nie bez znaczenia wydaje się też czynnik społeczno-kulturowy wyrażający się w oczekiwaniu szczególnego szacunku mężczyzn dla kobiet. Deprecjonujący charakter miały również słowa wybierane przez osoby leczące się do opisu własnej rodziny. Małżeństwa uczestniczące w terapii w porównaniu z małżeństwami nie korzystającymi z leczenia znacząco częściej używały do określenia swojej rodziny słów o znaczeniu pejoratywnym, rzadko dawały opisy pozytywne. Tworzenie negatywnych narracji dotyczących małżeństwa przez związki nieudane i uczestniczące w terapii odnotowano także w innych badaniach [5, 34]. Charakter konstruowanej opowieści ma kluczowe znaczenie dla rozumienia problemu. Odwołując się do teorii konstruktywizmu społecznego i psychologii narracji, i przyjmując założenie, że język współtworzy rzeczywistość, sposób opisywania doświadczanej sytuacji przez małżonków bezpośrednio przekłada się na ich emocje i działanie [28]. Krytyka, oskarżanie i deprecjonowanie partnera wiążą się z wrogim nastawieniem i prowadzą do walki, pozytywne słowa i opisy sprzyjają natomiast tworzeniu przestrzeni do dialogu. Ważną rolę w procesie terapii małżeńskiej odgrywa zatem poszukiwanie nowych, dobrych słów, które dają szansę na przejście od postawy obwiniania i krytykowania do wzajemnego słuchania i zrozumienia [34, 35].

Osoby zgłaszające się do terapii w porównaniu z osobami nie korzystającymi z niej doświadczały gorszego nastroju. U małżonków leczących się odnotowano wzmożone subiektywne odczuwanie nieprzyjemności oraz pobudzenie lękotwórcze. Przyczyn gorszego samopoczucia u osób będących w terapii można upatrywać w ich przytłoczeniu problemami. Częste doświadczanie nieporozumień, konfliktów i frustracji w ważnej dla siebie relacji naturalnie wiąże się z nasileniem negatywnych emocji. Trudną emocjonalnie sytuacją może być również otwarte zwrócenie się po pomoc z zewnątrz. Decyzję o podjęciu terapii małżeńskiej, która jest formą leczenia w ramach psychiatrycznej opieki zdrowotnej, można rozumieć jako akt desperacji pary. Małżeństwo musi przyznać się przed sobą i przed terapeutą do fiaska dotychczasowych swoich zmagania, często – przedstawiając aktualną sytuację w związku – ujawnia intymne szczegóły dotyczące relacji. Jest to niewątpliwie kontekst trudny, związany z dużym emocjonalnym dyskomfortem [27]. Małżeństwa uczestniczące i nie uczestniczące w leczeniu nie różniły się istotnie w zakresie wymiaru „pobudzenie energetyczne”. Wysoki poziom pobudzenia energetycznego u osób zgłaszających się do terapii może być związany z ich decyzją o podjęciu leczenia. Z uwagi na wspomniany trud zgłoszenia się po pomoc terapeutyczną, potrzeba wzmożonej motywacji i wewnętrznej determinacji, by przełamać istniejące obawy, stereotypy i opory. Niejednokrotnie motywacja do podjęcia leczenia rozkłada się nierównomiernie w związku, co dodatkowo może nasilać negatywne emocje u osoby mniej przekonanej, aby ujawniać problemy istniejące w relacji i angażować do ich rozwiązywania obce osoby trzecie.

Wnioski

Małżeństwa zgłaszające się do terapii stanowią specyficzną grupę osób w kryzysie, przejawiającą niski poziom wsparcia i zaangażowania w relacji, zakłóconą

komunikację, deprecjonujący stosunek do partnera, obniżony nastrój oraz negatywne postrzeganie własnych zasobów i chęć zdania się na pomoc z zewnątrz.

Функционирование супругов, обращающихся за лечением в случаях переживаемых трудностей в их супружеских отношениях

Содержание

Задание. Оценка функционирования супружеских пар, обращающихся за лечением трудностей в супружеских отношениях.

Метод. Исследованием охвачено 44 супружеских пар: 22 пары заквалифицированы к лечению супругов, а 22 пары составляли контрольную группу и не пользовались терапевтическими процедурами. Участники исследования оценили себя и супружеские отношения тестов, а именно Прилагательной шкалы настроения, Глоссария супружеской коммуникации SCORE–15.

Результаты. Супружеские пары, обращающиеся за лечением к терапевту, в сравнение с контрольной группой отличались худшим функционированием, меньшими адаптационными возможностями, большими расстройствами общего типа и более трудной коммуникацией. В этой последней отмечен меньший уровень заинтересованности и помощи, а также больший уровень безрассудных поведений. В этой группе отмечено также пониженное настроение, низкий уровень гедонистического тона, а также более высокий уровень Напряженного возбуждения.

Выводы. Специфика функционирования супругов при кризисе их жизни, обращающихся к терапевту за помощью, является важным показателем для семейных терапевтов, относительно их интервенции в терапевтическом процессе. В терапевтической работе с супружескими четами необходимо учитывать их трудности в коммуникации, тенденции во взаимной депрециации, пониженное настроение, а также оценка терапии как помощи и необходимости при одновременной двальвации собственных возможностей преодоления трудностей в повседневной жизни.

Ключевые слова: супружество, супружеская терапия пар, семейная терапия

Funktionsweise der Ehepaare, die an die Eheberatung heranreten

Zusammenfassung

Ziel. Bewertung der Funktionsweise der Ehepaare, die sich zur Eheberatung melden.

Methode. An die Studie wurden 44 Ehepaare eingeschlossen: 22 Ehepaare wurden in die Eheberatung eingestuft, 22 Ehepaare bildeten eine Kontrollgruppe – sie nahmen die Eheberatung nicht in Anspruch. Die Beteiligten bewerteten sich selbst und die Beziehungen in der Ehe mittels: SCORE-15, UMACL, KIP (Fragebogen zur Kommunikation in der Partnerschaft).

Ergebnisse. Die Ehepaare, die an der Therapie teilnahmen, wiesen im Vergleich mit der Kontrollgruppe allgemein schlechtere Funktionsweise, geringere Anpassungsmöglichkeiten, größere Anhäufung von Problemen und eine mehr gestörte Kommunikation auf. In ihrer Kommunikation waren ein niedrigeres Niveau an Engagement und Unterstützung und ein höherer Level an wertmindernde Verhaltensweisen anwesend. In dieser Gruppe wurde auch gesunkene Stimmung nachgewiesen: niedrigerer Level von „hedonic tone“ und höherer Level von Tense Arousal.

Schlussfolgerungen. Die Besonderheit der Funktionsweise der an der Eheberatung teilnehmenden Ehepaare in der Krise, ist ein wichtiger Hinweis für die Eheberaterinnen zu ihrer Intervention im therapeutischen Prozess. In der therapeutischen Arbeit mit den Ehepaaren soll man ihre Kommunikationsprobleme, Tendenzen zur gegenseitigen Wertminderung, gesunkene Stimmung und Wahrnehmen der Therapie als behilflich und notwendig berücksichtigen, bei gleichzeitiger Entwertung eigener Ressourcen bei der Selbsthilfe.

Schlüsselwörter: Ehe, Eheberatung/Paartherapie, Familientherapie

Le fonctionnement des mariages demandant la thérapie de couple

Résumé

Objectif. Evaluer le fonctionnement des mariages demandant la thérapie de couple.

Méthode. On analyse 44 couples ; 22 demandant la thérapie conjugale et 22 du groupe de contrôle. Les couples s'analysent eux-mêmes et leurs unions avec : SCORE-15 (Systematic Clinical Outcome and Routine Evaluation), UMACL (UWIST Mood Adjective Check List), KKM (Marriage Communication Questionnaire).

Résultats. En général, le fonctionnement, les capacités d'adaptation des mariages demandant la thérapie de couple, comparés avec ceux du groupe de contrôle, sont pires, il en est de même avec leur capacité de communication, de plus ils ont plus de difficultés différentes. Leur communication se caractérise par le niveau petit d'engagement et du support. Dans ce groupe on note aussi : plus grand niveau des comportements dépréciatifs, niveau peu élevé du Ton Hédonique et niveau très élevé d'Activation Physiologique.

Conclusions. Le fonctionnement spécifique des mariages en crises demandant la thérapie conjugale est l'indication importante pour les thérapeutes de couple et de famille. Au cours de leur travail thérapeutique ils doivent prendre en considération : difficultés de communication, tendances à se déprécier mutuellement, abaissement de l'humeur des mariages en crise ; leur perception de la thérapie conjugale est considérée comme utile et efficace et leurs propres manières de se débrouiller avec les difficultés comme dévaluées.

Mots clefs. Mariage, thérapie de couple, thérapie de famille

Piśmiennictwo

1. Namysłowska I, Siewierska A. *Terapia rodzin a terapia par*. Psychoter. 2007; 3 (142): 37–42.
2. Plopa M. *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2008.
3. Murray CE, Murray TL. *Reconsidering the term „marriage” in marriage and family therapy*. Contemp. Fam. Ther. 2009; 31: 209–221.
4. Namysłowska I. *Transformacja rodziny – przejawy i implikacje dla psychoterapii*. Psychoter. 2011; 1 (156): 5–11.
5. Klein RC, Johnson MP. *Strategies of couple conflict*. W: Milardo RM, Duck S, red. *Families and relationships*. New York: Wiley; 2000.
6. Gottman JM, Markman H, Notarius CI. *The topography of marital conflict: A sequential analysis of verbal and nonverbal behavior*. J. Marr. Fam. 1977; 39: 461–477.
7. Kriegerewicz O. *Strategie rozwiązywania konfliktów a zadowolenie ze związku*. Psychiatr. Pol. 2006; XL(2): 245–259.
8. Kaźmierczak M, Plopa M. *Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Wyższej Szkoły Finansów i Zarządzania w Warszawie; 2008.
9. Budnik B. *Jakość związku małżeńskiego w świetle badań 16-czynnikowym kwestionariuszem R. B. Cattella (mps pracy mgr.)*. Gdańsk: Uniwersytet Gdański; 2002.
10. Kubiak M. *Jakość związku małżeńskiego w świetle badań skalą SNAP (mps pracy mgr.)*. Gdańsk: Uniwersytet Gdański; 2002.
11. Syldatk I. *Jakość związku małżeńskiego w świetle badań kwestionariuszem osobowości Big Five (mps pracy mgr.)*. Gdańsk: Uniwersytet Gdański; 2002.
12. Kriegerewicz O. *Inteligencja emocjonalna partnerów a zadowolenie ze związku i strategie rozwiązywania konfliktów w małżeństwie*. Przegl. Psychol. 2005; 48 (4): 431–452.
13. Sitarczyk M, Waniewski A. *Rola empatii w małżeństwie*. Mał. Rodz. 2002; 2 (2)I: 23–27.
14. Aronson E, Wilson TD, Akert RM. *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Wydawnictwo Zysk & S-ka; 2004.

15. Lundblad AM, Hansson K. *Couples therapy: effectiveness of treatment and long-term follow-up*. J. Fam. Ther. 2006; 28: 136–152.
16. Plopa M. *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2011.
17. Wrzeszcz K. *Jakość związku małżeńskiego w świetle badań testem MMPI (mps pracy mgr.)*. Gdańsk: Uniwersytet Gdański; 2003.
18. Sytema S, Bout J. *Treatment outcome of an inpatient group therapy for couples*. J. Fam. Ther. 2006; 28: 392–403.
19. Rosenblatt PC, Rieks S. *No compromise: couples dealing with issues for which they do not see a compromise*. Am. J. Fam. Ther. 2009; 37: 196–208.
20. Young S. *Two's company, three's a crowd: revisiting triangles in family therapy*. Austr. N. Z. J. Fam. Ther. 2010; 31 (1): 92–99.
21. Crane DR. *Podstawy terapii małżeństw*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.
22. Wolska M. *Wskazania i przeciwwskazania do terapii małżeńskiej/terapii par*. Psychoter. 2010; 4 (155): 73–81.
23. Stratton P, Bland J, Janes E, Lask J. *Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: the SCORE*. J. Fam. Ther. 2010; 32 (3): 232–258.
24. Sperry L. *Family assessment: contemporary and cutting-edge strategies*. New York: Taylor & Francis Group; 2012.
25. Goryńska E. *Przymiotnikowa Skala Nastroju UMACL*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2005.
26. Matthews G, Jones DM, Chamberlain AG. *Refining the measurement of mood: the UWIST Mood Adjective Checklist*. Brit. J. Psychol. 1990; 81: 17–42.
27. de Barbaro B. *Kontrakt w terapii rodzin – wybrane zagadnienia*. Psychoter. 2002; 4 (123): 23–30.
28. de Barbaro B. *Why does psychotherapy need postmodernism?* Arch. Psychiatr. Psychother. 2008; 3: 43–50.
29. Tannen D. *You just don't understand: Women and men in conversation*. New York: Ballantine Books; 1990.
30. Anderson SA, Sabatelli RM. *Family interaction*. Boston: Allyn & Bacon; 1999.
31. Pearson JC. *Tender and communication*. Dubuque Iowa: WmC. Brown; 1985.
32. Wojciszke B. *Psychologia miłości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2010.
33. Cecechin G. *Mediolańska szkoła terapii rodzin. Wybór prac*. Kraków: Wydawnictwo Collegium Medicum; 1995.
34. de Barbaro B, Drożdżowicz L, Janusz B, Gdowska K. *Terapia małżeńska jako „szukanie dobrych słów”*. Psychoter. 2004; 4 (131): 29–36.
35. Kauffman C, Silberman J. *Finding and fostering the positive in relationships: positive interventions in couples therapy*. J. Clin. Psychol. 2009; 65 (5): 520–531.

Adres: Aleksandra Małus
Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku
16-070 Choroszcz, pl. Brodowicza 1

Otrzymano: 15.11.2011
Zrecenzowano: 13.01.2013
Otrzymano po poprawie: 13.02.2013
Przyjęto do druku: 18.02.2013
Adiustacja: L. Sz.