

BEHAVIORALNE I POZNAWCZE METODY TERAPII PAR

BEHAVIORAL AND COGNITIVE METHODS OF THERAPY FOR COUPLES

Uniwersytet Szczeciński, Zakład Psychologii Ogólnej
Kierownik Zakładu Psychologii Ogólnej: prof. dr hab. Zdzisław Kroplewski

couple therapy cognitive-behavioral couple therapy therapy effectiveness

W artykule przedstawiony jest rys historyczny dotyczący rozwoju terapii par w zakresie podejścia behawioralnego i poznawczego. Opisane są podstawy teoretyczne i techniki terapeutyczne tradycyjnej terapii behawioralnej par (traditional behavioral couple therapy — TBCT), poznawczo-behawioralnej terapii par (cognitive-behavioral couple therapy — CBCT) i integracyjnej behawioralnej terapii par (integrative behavioral couple therapy — IBCT). Przedstawiony jest przegląd wybranych badań dotyczący efektywności omawianych podejść terapeutycznych.

Summary: For a long time emotions and cognition have been considered as separate, but equivalent aspects of the human mind. In recent years some trials have been undertaken, which had to be used in order to connect the cognitive processes with the emotional processes. To understand cooperation of cognition and emotions, it should be clearly defined what this cooperation is exactly. That is a reason why it is important to concentrate on specific cognitive and emotional processes, which will enable collecting data indicating both dependence as well as independence of certain cognitive processes from the emotional.

In the traditional psychopathology, disturbances of the emotional area were quite clearly differentiated from the cognitive area, what was reflected in numerous classification systems.

In some disorders, perceived first of all as emotional disturbances, as it turns out, it comes to a clear deterioration of cognitive functioning. In this article, the authors mentioned that disorders of the cognitive area presented in two disturbances, which in the traditional approach were not included in cognitive disturbances, and they are schizophrenia and depression.

Wstęp

Przez wiele lat terapia par była na drugim planie wśród stosowanych środków pomocy i stanowiła opcję dodatkową w terapii różnych zaburzeń. Jednak w miarę postępu badań zaczęła być brana pod uwagę jako istotna opcja w leczeniu, okazało się bowiem, że problemy małżeńskie czy rozwód należą do najsilniejszych stresorów, że ludzie tkwiący w związkach przeżywających trudności są bardziej narażeni na zaburzenia lękowe, depresję, samobójstwo, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia w funkcjonowaniu układu immunologicznego i inne, a dzieci żyjące na co dzień w takich domach częściej doświadczają zaburzeń lękowych, depresyjnych, zaburzeń zachowania i ogólnych problemów zdrowotnych [1, s. 3]. Ostatnia dekada w praktyce klinicznej w Stanach Zjednoczonych doprowadziła do sytuacji, w której terapia par stała się istotnym rodzajem pomocy stosowanym na równi z innymi, to jest z farmakoterapią i terapią indywidualną różnego typu

[2]. Ocenia się, że problemy rodzin i par są tam powodem blisko połowy wszystkich wizyt w gabinetach psychoterapeutycznych [3, s. 11]. Liczba profesjonalnych ośrodków i specjalistów oferujących pomoc parom w potrzebie jest w Stanach Zjednoczonych imponująca. W ostatnim czasie dużą popularność zyskały również różnego typu programy edukacyjne, mające na celu prewencję poprzez kształtowanie poziomu różnych umiejętności i cech, czego wydzźwięk widać w podejmowanych badaniach naukowych nad ich efektywnością [4]. W polskiej rzeczywistości terapia par jest jednak w dalszym ciągu dodatkowym elementem pomocy psychologicznej, choć zdobywającym coraz szersze uznanie, można bowiem zaobserwować duże zainteresowanie nią, zarówno wśród specjalistów, jak i wśród samych par lub osób indywidualnych.

Obecnie na świecie, pośród wielu istniejących szkół, sześć podejść teoretycznych można uznać za najbardziej znaczące [1, s. 1–2] i najczęściej badane pod kątem efektywności swoich oddziaływań. Okazuje się jednak, że interwencje tradycyjnej behawioralnej terapii par (traditional behavioral couple therapy — TBCT) należą do najchętniej wybieranych przez terapeutów. Do wspomnianych interwencji należą: (1) trening zmiany behawioralnej oraz (2) trening komunikowania i rozwiązywania problemów. TBCT może też pochwalić się największą liczbą empirycznych badań, a także najwyższą efektywnością w przypadkach różnego rodzaju problemów małżeńskich [2]. Techniki behawioralne w pracy z parami i rodzinami są stosowane przez więcej niż 80% współczesnych terapeutów, a podejście poznawczo-behawioralne (cognitive behavioral couple therapy — CBCT) jest najczęściej proponowanym pierwszym sposobem pomocy parom [5, s. 116].

W niniejszym artykule autorzy skupili się na prezentacji trzech szkół z grupy terapii behawioralnych. Są to: tradycyjna terapia behawioralna par (traditional behavioral couple therapy — TBCT), poznawczo-behawioralna terapia par (cognitive-behavioral couple therapy — CBCT) oraz integracyjna behawioralna terapia par (integrative behavioral couple therapy — IBCT).

Źródła problemów małżeńskich

Techniki terapeutyczne powstawały i wciąż powstają jako odpowiedź na występujące konkretne problemy par. Dlatego też warto pokrótce spojrzeć na źródła tych problemów i w ich kontekście omówić wybrane przykłady podejść terapeutycznych.

Osobowość człowieka kształtują nie tylko czynniki biologiczne i środowiskowe, ale zasadnicze przekonania i schematy poznawcze — rozwijają się one na wczesnym etapie życia i są wynikiem osobistych doznań, wpływu rodziców i otoczenia społecznego [6]. To właśnie one będą w przyszłości determinować sposób kodowania, kategoryzowania i oceny doświadczeń przez całe życie. Źródła problemów to niewłaściwe uczenie się i wyciąganie błędnych wniosków na podstawie niepełnych lub mylnych informacji, nierozróżnianie między wyobrażeniami a rzeczywistością [7]. Na przykład partner, który jest przekonany, że nie da się go lubić, może deprecjonować otrzymywane wsparcie i lekceważyć komplementy.

Według Ellisa [8] problemy małżeńskie występują, kiedy obie strony podtrzymują irracjonalne (sztywne, nielogiczne, ogólnikowe) przekonania. W wyniku myślenia irracjonalnego (podtrzymywanego przez zniekształcenia poznawcze) rozwijają się nierealistyczne

postawy i oczekiwania, które, gdy nie są spełnione, rodzą rozczarowanie i frustracje. Emocje te znajdują wyraz w zachowaniach i myśleniu, wywołując kolejne reakcje, co prowadzi do powstania mechanizmu błędnego koła, który skutecznie podtrzymuje dane zaburzenie. Zjawisko to dobrze opisuje model zaproponowany przez Teichman i Teichmana [9], który został nazwany modelem wzajemnych oddziaływań (Teichman's reciprocal model). W modelu tym autorzy wskazują na to, iż każde zachowanie w związku jest reakcją na wcześniejsze zachowanie partnera i wzmacnia je. Jeśli małżonek mówi na przykład: „Piję, ponieważ ona narzeka”, to żona może powiedzieć: „Narzeka, ponieważ on się nie dzieli (problemami, emocjami itp.)”. Zatem symptomatyczne zachowania wpływają na siebie wzajemnie i są podtrzymywane.

Kłopoty małżeńskie mogą prowadzić do niepokoju i depresji, a depresja i niepokój mogą pogłębiać trudności istniejące już wcześniej. Beck [10] zaobserwował, że pacjenci skarżący się na problemy małżeńskie popełniają błędy poznawcze charakterystyczne również dla osób cierpiących na depresję czy zaburzenia lękowe. Niezadowoleni małżonkowie, podobnie jak pacjenci depresyjni, koncentrowali się na negatywnych stronach związku, a ignorowali lub nie dostrzegali pozytywnych aspektów bliskiej relacji ze swoim życiowym partnerem.

W swoich badaniach Birchler, Weiss i Vincent [11] wykazali, że pary usatysfakcjonowane swoim związkiem różnił od par niezadowolonych stosunek między reakcjami nagradzającymi i przyjemnymi a reakcjami karzącymi. Z kolei Gottman i współpracownicy [12] stwierdzili, że zadowolone i niezadowolone małżeństwa mają te same problemy, różnica pomiędzy nimi polega jedynie na tym, że usatysfakcjonowane małżeństwa wspólnie rozwiązują problemy, natomiast wśród niezadowolonych jest mniej reakcji pozytywnych. Późniejsze badania Gottmana [13] dowodzą również, że rozpoznawanie cudzych myśli, które zdarzało się w małżeństwach zadowolonych i niezadowolonych, miało inne ukierunkowanie. Małżonkowie z zadowolonych związków „czytali w myślach” partnerów z nastawieniem na empatię, natomiast niezadowoleni partnerzy zakładali negatywny afekt bądź negatywną motywację. Rozwiązując problemy, pary konfliktowe często stosowały kontrapropozycję w przeciwieństwie do par zadowolonych, które częściej proponowały porozumienie.

Poziom stresu, który jest w ocenie subiektywnej związany z poczuciem satysfakcji, jest również istotnym elementem w życiu partnerów. Co ciekawe, Epstein i Eidelson [14] stwierdzili, że tym, co ma znaczenie w prognozowaniu poziomu stresu w związku, jest podtrzymywanie nierealnych oczekiwań.

Rozwój podejść behawioralnych

Terapia par w podejściu behawioralnym jest obecna w praktyce klinicznej od mniej więcej pięćdziesięciu lat. Zwykle jej historię dzieli się na trzy „fale”, w których dominują pewne główne idee i kliniczne założenia. Zanim jednak nastąpiła pierwsza „fala”, mieliśmy do czynienia z tak zwaną fazą ateoretyczną, w której pomoc parom była praktykowana przez różnych specjalistów, takich jak lekarze położnicy, ginekolodzy, edukatorzy życia rodzinnego czy duchowni. Nie miała jednak wtedy swojej specyfiki i technik, była raczej swoistym doradzaniem na podstawie wyznawanych wartości i zasad moralnych [1].

Pierwsza „fala” ma swój początek w latach 50. i 60. XX wieku. Charakterystyczną cechą tej fazy jest skupienie się na klasycznym behawioralnym rozumieniu natury człowieka, szczególnie istotnym w czasie, gdy podkreślano niedostatki psychoanalitycznego podejścia. Te wczesne lata były inspirowane klasyczną teorią bodźca i reakcji, co oczywiście prowadziło do redukcjonizmu i mechanistycznego rozumienia relacji małżeńskich. To, co się liczyło, to obserwowalne zachowanie i szybka reakcja na jego niewłaściwe formy. W pierwszej „fali” nie brano pod uwagę osobistych doświadczeń, stanu psychicznego, kontekstu społecznego ani historycznego poszczególnych osób. Włączenie terapii behawioralnej do pracy z parami to zasługa Stuarta, który w 1969 roku zaproponował stosowanie behawioralnych zasad do rozwiązywania problemów małżeńskich. Oparł się na teorii wymiany społecznej zakładając, że szczęśliwe pary różnią się od nieszczęśliwych częstotliwością i różnorodnością wzajemnej wymiany, w myśl zasady „coś za coś”, zarówno w kwestiach dóbr materialnych, jak i niematerialnych, takich jak szacunek, satysfakcja itp.

Na podstawie teorii wymiany społecznej zakładano, że osobista satysfakcja ze związku jest oparta na bilansie zysków i kosztów, rozumianych jako pozytywne i negatywne zachowania partnera. Założenia warunkowania sprawczego, które zostało tutaj zastosowane, sugerowały, że partnerzy będą tym pozytywniej zachowywać się wobec siebie, im częściej będą widzieć pozytywne reakcje na swoje działania. Pierwsza terapia par składała się zatem z ustalenia listy pozytywnych zachowań, których partnerzy oczekiwali od siebie. Gdy lista była sporządzona, mieli oni wprowadzać pożądane zachowania w życie codzienne, a na podstawie zawartej umowy wręczali sobie żetony jako nagrody za oczekiwane zachowania. Ten pierwszy krok w konkretnej pracy terapeutycznej z parami został uznany za kamień milowy w rozwoju behawioralnej terapii par i rodzin [15].

Zastosowanie teorii społecznego uczenia się przez Libermana [33], w ramach której zaproponował on techniki odgrywania ról i modelowania alternatywnych interpersonalnych stylów komunikowania się, okazało się również istotnym elementem osobistego rozwoju. Liberman był zwolennikiem dokonywania analizy behawioralnej podczas całego cyklu terapii, tak aby postępowanie terapeutyczne było dostosowane do potrzeb danej pary.

Końcówka lat 60. i lata 70. XX wieku to czas drugiej „fali”, w której do głosu dochodzą aspekty poznawcze pracy terapeutycznej, okazało się bowiem możliwe podjęcie różnorodnych problemów klinicznych w szerszym kontekście indywidualnego doświadczenia ze szczególnym uwzględnieniem myśli (przekonań) i emocji. Terapia poznawcza została zaproponowana w 1979 roku przez Becka, Rush, Shaw i Emery [34], a wcześniej pewne elementy poznawczych aspektów były zauważone także przez Bandurę [16].

Bardzo rzadko terapia poznawcza jest rozpatrywana w oderwaniu od behawioralnych technik interwencji, ponieważ prawie zawsze była i jest praktykowana w ścisłej łączności z interwencjami o charakterze behawioralnym, takimi chociażby, jak trening umiejętności społecznych, trening relaksacji, ekspozycja, trening asertywności i innymi. Poznawcze ujęcie problemów pacjentów, będące centralnym punktem terapii poznawczej, zawsze ściśle było połączone z technikami prowadzącymi do sprawdzenia i utrwalenia zmian w praktyce, to jest z technikami pochodzącymi od jej starszej „siostry” — terapii behawioralnej.

Trzecia „fala” w psychoterapii behawioralnej obejmuje pierwszą dekadę XXI wieku. Gdy kolejne pokolenie terapeutów zetknęło się z problemami, którym nie mogło sprostać za pomocą standardowej terapii poznawczo-behawioralnej, zarówno w pokonywaniu trudów

życia codziennego, jak i w terapii takich zaburzeń, jak depresja i lęk, do głosu doszło nowe spojrzenie na przeciwności losu, także to pochodzące z Dalekiego Wschodu, szczególnie filozofia i praktyka buddyzmu. Terapie z zakresu trzeciej „fali” zwykle oznaczają terapię opartą na akceptacji i zaangażowaniu (*acceptance and commitment therapy*), terapię polegającą na aktywacji behawioralnej (*behavioral activation therapy*), dialektyczną terapię behawioralną (*dialectical behavioral therapy*), funkcjonalną terapię analityczną (*functional analytic therapy*) i integracyjną behawioralną terapię par (*integrative behavioral couple therapy*). Różnica, w stosunku do pierwszej i drugiej „fali”, polega tu na tym, że podkreśla się bardziej rolę kontekstu niż samego problemu (*context over content*), rolę funkcji problemu bardziej niż jego formy (*function over form*), a w podejściu do pacjenta i do problemu terapia jest antyredukcyjna i antymechanistyczna.

Można powiedzieć, że terapeuci pracujący w nurcie określanym jako trzecia „fala” starają się pomóc pacjentowi nie tylko w zredukowaniu jego cierpienia, ale także w zmianieniu sposobu odnoszenia się do owego cierpienia. Starają się na początku pracy robić jak najmniej wstępnych przypuszczeń co do danego przypadku, przy czym zakłada się również, że ani myśli, ani uczucia, ani jakiegokolwiek zachowania nie są jedyną przyczyną danego zaburzenia czy trudnego doświadczenia. Stąd też proponowane interwencje terapeutyczne są z założenia zindywidualizowane i dostosowane do potrzeb i możliwości danej osoby.

Tradycyjna behawioralna terapia par (traditional behavioral couples therapy — TBCT)

Podstawowym mechanizmem zmiany w TBCT jest przestrzeganie reguł zachowania (*rule-governed-behavior*), których uczestnicy terapii uczą się na sesjach. Przedmiotem zmiany jest sposób zachowania w stosunku do drugiej osoby. Podstawowe techniki oparte są na tradycyjnych strategiach zmiany zachowania i uczeniu rozwiązywania problemów. Można zatem powiedzieć, że TBCT jest zorientowaną na zmianę, opartą na umiejętnościach, terapią mającą dwa główne komponenty: 1 — wymianę behawioralną i 2 — trening komunikacji i rozwiązywania problemów.

Tradycyjny model behawioralny zakłada, że zachowania związku są kształtowane, modyfikowane, wzmacniane lub osłabiane przez doświadczanie konsekwencji środowiskowych oddziaływań, szczególnie tych, w które zaangażowany jest partner. Teoria wymiany społecznej z kolei zakłada, że osobista satysfakcja jest bilansem zysków i strat wynikających z bycia w bliskim związku, choć satysfakcja osobista z życia związana jest także z relacjami z innymi ludźmi, mogącymi dawać silniejsze wzmocnienia niż życiowy partner. Model behawioralny zakłada również, że problemy w związku są częściowo powodowane brakiem lub niedostatecznym wykształceniem umiejętności potrzebnych do wzbudzenia poczucia bliskości z drugą osobą. Są to głównie umiejętności rozwiązywania konfliktów, umiejętności zmiany zachowania, konstruktywnej komunikacji, przeżywania intymnej bliskości i wzajemnego wsparcia. Braki owe mogą wynikać bądź to z deficytu wspomnianych umiejętności — np. partnerzy nie nauczyli się ich w swoich rodzinach pochodzenia — bądź też z trudności w ich zastosowaniu (np. odczuwają oni strach lub gniew). W tradycyjnej terapii behawioralnej został położony bardzo silny akcent na uczenie partnerów umiejętności skutecznej komunikacji [15].

Kolejnym elementem, który dzięki modelowi behawioralnemu pracy z parami został wprowadzony, jest założenie, że relacja w diadzie składa się z wzajemnego i cyrkularnego oddziaływania, w którym zachowanie każdego z partnerów symultanicznie wpływa na zachowanie drugiego. Ta wzajemna zależność od obopólnych wzmocnień i kar jest rozumiana jako podstawa częstości pozytywnych i negatywnych zachowań obojga partnerów. Mimo że teoria społecznego uczenia się wskazuje na wcześniejsze sytuacje (np. panujące w domu rodzinnym) jako jedno z istotnych wzorców zachowania wobec partnera, to jednak w tradycyjnej terapii par podkreśla się znaczenie idiograficznej funkcjonalnej analizy behawioralnej, to znaczy bardziej interesują terapeutę same zachowania niż ich tło i ewentualne źródło tkwiące w innych doświadczeniach i relacjach niż z obecnym partnerem życiowym [14]. Według Stuarta [17] najskuteczniejszą metodą zmiany w związkach jest doprowadzenie do częstszych zachowań pozytywnych — technika ta nosi nazwę *dni opieki*.

Integracyjna behawioralna terapia par (integrative behavioral couple therapy — IBCT)

Integracyjna behawioralna terapia par pojawia się po raz pierwszy w publikacji Christensena, Jacobsona i Babcocka z 1995 roku i to oni są uważani za twórców tego podejścia [18]. Terapia ta wyrosła oczywiście z tradycyjnej terapii behawioralnej par. Christensen, Jacobson i Babcock, dzięki krytycznej ocenie i badaniom w drugiej połowie lat 80. XX wieku, zauważyli liczne niedoskonałości i ograniczenia tradycyjnego podejścia behawioralnego. Jako efekt swoich badań i analiz przyjęli stanowisko, że tym, co jest receptą na sukces, nie jest koncentracja na zmianie, ale koncentracja na akceptacji. Kwestię akceptacji określili jako „brakujące ogniwo” w TBCT. IBCT jest terapią integracyjną, ponieważ integruje strategie zmiany ze strategiami akceptacji, a także łączy różne strategie zmiany w spójnym tle behawioralnego rozumienia człowieka [19].

Podstawowym mechanizmem w strategii zmiany jest kształtowanie zachowania w zależności od towarzyszących okoliczności (*contingency-shaped behavior*), a nie według przyjętych zasad (*rule-governed behavior*). Zakłada się tutaj, że zmiana zachowania wynikająca z naturalnej potrzeby i chęci jest trwalsza i ma lepszy wpływ na partnera niż zmiana wymuszona zasadami (zaleceniami, zadaniami itp.) ustalonymi przez terapeutę. Pozytywne zachowania wynikające z ustaleń z terapeutą są zwykle interpretowane przez partnera mniej pozytywnie niż spontanicznie zainicjowane. W związku z takimi właśnie obserwacjami IBCT koncentruje się na dokonywaniu zmian w ramach wydarzeń naturalnie występujących w życiu danej pary. Terapeuta staje się tutaj częścią kontekstu, w którym zachodzą interakcje pomiędzy małżonkami i modeluje pożądane zachowania poprzez docenienie perspektywy każdej ze stron. Przykładowo, zamiast uczyć zasad otwartej rozmowy, preferuje się doświadczenie otwartego mówienia o swoich uczuciach na sesji, co z założenia może doprowadzić partnerów do poczucia większej bliskości [19]. Przedmiotem zmiany jest więc sposób odbioru zachowania drugiej osoby, czyli wzajemna akceptacja. Techniki zmiany oparte są na integracji strategii zmiany zachowania ze strategiami rozwoju akceptacji i tolerancji. Mamy zatem do czynienia z trzema kategoriami technik interwencji terapeutycznej: akceptacji, tolerancji i tradycyjnymi technikami zmiany. Strategie akceptacji polegają na uczeniu empatycznego reagowania (np. wyrażania bólu

w sposób nieoskarżający partnera) i prostego odłączenia (zdystansowania się od konfliktu poprzez analizę problemu raczej intelektualną niż emocjonalną). Strategie kształtowania tolerancji natomiast mają na celu podkreślenie pozytywnych aspektów negatywnego zachowania i trenowanie negatywnego zachowania na sesjach terapeutycznych. Pomiedzy sesjami ćwiczy się także udawanie negatywnego zachowania oraz dbanie o siebie samego. I wreszcie oprócz wyżej wymienionych są też podejmowane tradycyjne strategie zmiany zachowania i uczenie rozwiązywania problemów [2].

Terapia poznawczo-behawioralna par (cognitive-behavioral couples therapy — CBCT)

Terapia poznawczo-behawioralna par, podobnie jak integracyjna behawioralna terapia par, jest młodszą „siostrą” terapii behawioralnej. Obecnie jest szeroko stosowana i jest wciąż rozwijającym się i popularnym systemem terapeutycznym na całym świecie [20]. Korzysta ona z osiągnięć swojej starszej „siostry”, a tym, co odróżnia ją zasadniczo od innych terapii, jest uznanie procesów poznawczych i korzystanie z poznawczych technik w pracy z parami, zakłada się bowiem, że głównym elementem zmiany negatywnych emocji i zachowania jest zmiana sposobu przetwarzania informacji i poznania. Z drugiej jednak strony terapeuci stosujący CBCT twierdzą, że zmiana negatywnych wzorów zachowań skutkuje bardziej pozytywnymi myślami i emocjami w związku. W ramach poznawczo-behawioralnego podejścia wypracowano systematyczne ujęcie terapii, w której wzajemny wpływ poznania (myśli), zachowania i emocji podczas interakcji w diadzie jest postrzegany jako główny czynnik jakości związku.

Jednym z pierwszych, który docenił znaczenie podejścia poznawczego w terapii par, był Ellis [8]. Stwierdził on, że problemy w małżeństwie występują, kiedy małżonkowie mają nierealistyczne oczekiwania względem siebie i formułują skrajne oceny, gdy związek nie spełnia tych oczekiwań. Według Ellisa źródłem problemów nie jest wina któregoś z partnerów, ale ich opinie i sądy, jakie wydają o sytuacjach będących źródłem trudności życiowych [21]. Z kolei Beck w swojej pracy [10] zebrał doświadczenie wielu terapeutów i całościowo opisał poznawcze podejście do terapii małżeńskiej, co było i jest kontynuowane przez wielu badaczy i praktyków. W Polsce najbardziej znane jest ujęcie Dattilia i Padesky [6] oraz najnowsze opracowanie Dattilia [3].

Terapia poznawczo-behawioralna par ma na celu identyfikowanie i modyfikowanie dysfunkcyjnych przekonań o sobie, świecie i przyszłości (tzw. triada poznawcza), również w odniesieniu do partnera i związku. Wykorzystuje się w niej techniki stosowane w leczeniu innych zaburzeń, zaadaptowane do pracy z parami. Należą do nich między innymi: psychoedukacja obejmująca informację o danym zaburzeniu i uczenie małżonków modelu poznawczego, rozpoznawanie zniekształceń poznawczych, restrukturyzacja poznawcza, identyfikacja błędnego przetwarzania informacji, identyfikowanie myśli automatycznych i błędnych kół, techniki obrazowania i podziału na role, testowanie myśli automatycznych, podważanie przekonań, wprowadzanie myśli alternatywnych, uczenie monologu wewnętrznego, zwiększanie pozytywów w związku, trening komunikacji, trening rozwiązywania problemów [6, 10].

Początkowo zasadniczy nacisk został położony na procesy poznawcze, co wynikało z tego, że jednymi z prekursorów podejścia poznawczo-behawioralnego w leczeniu par byli terapeuci, którzy wcześniej już wykorzystywali takie techniki w pracy z osobami indywidualnymi, między innymi znani dobrze w Polsce Beck, Dattilio i Padesky. Rozwój tego podejścia doprowadził jednak dzisiaj do sytuacji, w której model poznawczo-behawioralny stara się wyważyć w proponowanych interwencjach terapeutycznych rolę pozytywnych i negatywnych emocji, zachowania i aspektów poznawczych [3, 15].

W trakcie terapii małżonkowie uczą się identyfikować myśli automatyczne i odkrywają, jakim zniekształceniom poznawczym ulegają. Terapia koncentruje się też na identyfikacji przekonań o związku, nierealnych oczekiwaniach, przypisywaniu winy partnerowi, niewłaściwej atrybucji, przyjęciu przekonań alternatywnych. Małżonkowie często podejmują terapię znajdując się w błędnym kole wzajemnego obwiniania wzmacnianego silnymi emocjami gniewu i niechęci. Wydaje się, że rozwiązanie problemów czy podjęcie treningu komunikacyjnego nie jest możliwe, dopóki partnerzy nie zechcą współpracować. Jacobson i Margolin [22] stworzyli termin „układ współpracy” odnoszący się do tego, że istnieje potrzeba, aby oboje partnerzy postrzegali problemy jako wspólne, konflikty można bowiem rozwiązać poprzez wspólną, a nie indywidualną pracę. Ważnym elementem terapii jest więc pomoc w przeformułowaniu niewłaściwej atrybucji [6].

Badania nad skutecznością terapii par

Równoległe z kształtowaniem się podejść terapeutycznych zwykle prowadzi się badania nad skutecznością oddziaływań, co pozwala na weryfikację założeń teoretycznych, a także na dalszy ich rozwój.

Podejście poznawczo-behawioralne należy do nurtu terapii opartych na dowodach naukowych, co oznacza, że jednym z jego ważnych założeń jest weryfikacja empiryczna skuteczności, dlatego też charakteryzuje się największą liczbą badań poprawnych metodologicznie [23]. Jacobson [24] ocenił skuteczność podejścia behawioralnego porównując grupę poddaną terapii (polegającej na treningu umiejętności rozwiązywania konfliktów oraz opracowaniu wraz z terapeutą i przestrzeganiu kontraktu mającego na celu wzmocnienie właściwego postępowania) z grupą kontrolną (par oczekujących na terapię). Po 8 spotkaniach (odbywających się co tydzień) porównano obie grupy. W grupie leczonej, w stosunku do grupy kontrolnej, obniżyła się istotnie liczba zachowań negatywnych, a liczba zachowań pozytywnych wzrosła. Ten stan utrzymywał się w badaniach przeprowadzonych po roku. W 1978 roku Jacobson [25] powtórzył badanie sprawdzając, czy jest różnica między skutecznością ugody „coś za coś” a „porozumieniem dobrej woli”. Badał 4 grupy par: wobec dwóch zastosowano terapię, a dwie pozostałe były grupami kontrolnymi. Badania wykazały, że w obu grupach, w których zastosowano terapię, zaobserwowano istotną poprawę, w grupach kontrolnych natomiast nie zauważono poprawy. Badania potwierdziły skuteczność metod behawioralnych.

O’Leary i Turkewitz [26] przeprowadzili badanie około trzydziestu par. W pierwszej grupie zastosowano terapię komunikacyjną, w drugiej behawioralną, a trzecia grupa była grupą kontrolną. Po 10 spotkaniach odnotowano, że oba rodzaje terapii prowadziły do pozy-

tywnych zmian w relacjach między małżonkami. Zauważono również zależność, że młodsze pary lepiej reagowały na terapię behawioralną, a starsze na terapię komunikacyjną.

Przeprowadzono wiele badań dotyczących skuteczności behawioralnej terapii małżeńskiej [27]. Wszystkie potwierdzają istotnie większą skuteczność terapii behawioralnej w porównaniu z nieleczoną grupą kontrolną. Badanie zróżnicowania wpływu poszczególnych elementów terapii nie potwierdziły istotnych różnic. Poznawczy aspekt pracy terapeutycznej można uznać za niebagatelne wzbogacenie procesu leczenia. Badania prowadzone przez Margolina i Weissa [28] dowiodły, że leczenie obejmujące elementy poznawcze jest bardziej skuteczne niż sama terapia behawioralna. Niektóre badania wykazały również ciekawą rzecz, a mianowicie, że zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej par jest skuteczne również w odniesieniu do zapobiegania problemom małżeńskim [29].

Przechodząc do współczesnych analiz warto wspomnieć przede wszystkim o badaniach nad TBCT i IBCT — dlatego, iż te dwa systemy terapeutyczne są najczęściej obiektem badań porównawczych.

Przeglądu dwunastu badań z tego zakresu dokonali Perissutti i Barraca [2]. Zauważyli oni, że zarówno TBCT, jak i IBCT są skuteczne w pracy z parami, ale powodują różnego rodzaju zmiany. Stosując podejście TBCT stosuje się szybkie i zauważalne zmiany w początkowej fazie terapii. IBCT nie daje tak znacząco zauważalnych zmian na początku terapii, natomiast wywołuje stopniową poprawę, która wydaje się zdaniem badaczy trwalsza od tej po TBCT.

IBCT powoduje zmianę sposobu rozmowy w kierunku redukcji oskarżeń, zwiększa łatwość emocjonalnego dystansowania się w trudnych sytuacjach, zakres umiejętności wyrażania emocji i minimalizuje postawy negatywne. Powyższe zmiany zaobserwowano po dwóch latach od zakończenia terapii. Zmiany powodowane przez TBCT są zbliżone w zakresie problemów zaistniałych w niedalekiej i średnio odległej przeszłości, natomiast w zakresie problemów długoterminowych IBCT wykazuje nieco lepszą skuteczność. Potwierdzają to także badania Baucoma i współpracowników [30]. Wykazali oni, iż IBCT utrzymuje większą poprawę niż TBCT w zakresie komunikacji w związku i odczuwanej jakości relacji po pięciu latach od zakończenia terapii. Badania Christensena i współpracowników [31] wskazują na to, że zmiany, które zaszły w wyniku stosowania IBCT, analizowane po dwóch latach od zakończenia terapii, są trwalsze niż w przypadku stosowania TBCT. 69% par po terapii IBCT oraz 60% po terapii TBCT wykazało kliniczną poprawę w stosunku do pierwotnego funkcjonowania [32].

Badania nad CBCT należą do najliczniejszych spośród wszystkich badań nad różnymi systemami terapeutycznymi. W 2008 roku mówiło się o 24 dobrze kontrolowanych badaniach [15]. Przeglądy badań, jak również metaanalizy, pozwalają na konkluzję, która jednoznacznie potwierdza, że CBCT jest skutecznym sposobem pomocy parom z różnymi problemami. Wyniki tych analiz wskazują na to, że od 33% do 67% par uzyskuje zadowalający poziom satysfakcji małżeńskiej po ukończeniu terapii. Większość par utrzymuje ten poziom przez 6 do 12 miesięcy, natomiast ocena po 2 latach nie jest już tak zadowalająca, choć są również i takie pary, które wykazują wyższy poziom satysfakcji z małżeństwa niż przed terapią. CBCT jest postrzegana jako odpowiednie narzędzie do pracy nad pewnymi specyficznymi problemami, do których należą między innymi niewierność czy przemoc fizyczna. Jest ona również pomocna w sytuacjach, w których jedno z małżonków

doświadcza trudności związanych ze zdrowiem fizycznym lub psychicznym z zakresu psychopatologii [15].

Zasady pracy, które zaproponowano w ramach CBCT, mają zastosowanie w szerokim spektrum problemów związanych z życiem w diadzie, również, gdy występują indywidualne problemy o charakterze zaburzeń klinicznych. CBCT pozwala na różne interwencje w zależności od rodzaju problemów i jako taka daje możliwość indywidualnego dostosowania do potrzeb danej pary.

Podsumowanie

Podjęte rozważania na temat TBCT, IBCT i CBCT wskazują na istotne miejsce tych podejść we współczesnym świecie. Wszystkie wykazują istotną skuteczność i rzetelność naukową. Wydaje się jednak, że TBCT, jakkolwiek efektywna, pozostaje ujęciem historycznym, którego miejsce zajmują nowsze, bardziej wszechstronne i bardziej otwarte na modyfikacje podejścia terapeutyczne, takie jak IBCT i CBCT. TBCT zasługuje oczywiście na ogromne uznanie ze względów historycznych i każdy młody terapeuta powinien ją poznać, niemniej krytyczna analiza i rozwój kolejnych podejść pokazały jej oczywiste słabości, które są zachętą do szerszego spojrzenia na kwestię psychoterapii par i stosowania w praktyce nowszych metod.

Zarówno IBCT, jak i CBCT są podejściami stosunkowo nowymi, ale ponieważ są one raczej krótkoterminowe, a co za tym idzie korzystne finansowo, mają udokumentowaną skuteczność i są skoncentrowane na „tu i teraz”, zyskały i nadal zyskują wielu zwolenników. Czynnikiem decydującym o wyborze tych podejść do leczenia par jest ich nieustanny rozwój i możliwość włączania coraz to nowych elementów do praktyki terapeutycznej.

Umiejętność akceptacji, którą IBCT wprowadziła do praktyki, jest bardzo ważnym elementem, który dla wielu par wydaje się kluczowym aspektem motywacyjnym. Doświadczenie akceptacji osoby z jej złożonością cech czy zachowań może prowadzić do wzrostu gotowości i chęci do zmiany, a w konsekwencji do faktycznych zmian. Według autorów niniejszego artykułu można takie zjawisko nazwać paradoksem akceptacji, akceptacja bowiem, czyli przyjęcie danej osoby z asertywnym zachowaniem swoich granic, ale bez nacisku na zmianę, może spowodować w odbiorcy właśnie gotowość i chęć do zmiany. Stanowisko takie autorzy opierają na własnym doświadczeniu klinicznym w pracy z parami.

CBCT z kolei wniosła do praktyki bardzo ważne elementy pracy oparte na procesach poznawczych, a w tym wypadku na powiązaniach myśli (przekonań) z przeżywanymi emocjami i zachowaniami. Wydaje się, że takie ujęcie, uwzględniające także behawioralne podejście do rozumienia człowieka (kwestie społecznego uczenia się i warunkowania), ale nadające naczelną rolę procesom poznawczym i ich modyfikacji, jest najbardziej wszechstronne z zaprezentowanych. Badacze i teoretycy powyższego podejścia podkreślają przy tym jego otwartość na rozwój teorii i asymilację nowych elementów odkryć naukowych.

Obok terapii indywidualnej terapia par jest bardzo korzystna dla szukających pomocy małżeństw. Koszty psychologiczne i społeczne rozpadu związków małżeńskich są bardzo

wysokie, zatem praca terapeutyczna jako propozycja stymulacji osobistego rozwoju, działania prewencyjnego, psychoedukacyjnego lub wreszcie leczenia zasługuje na uwagę i promowanie we współczesnym świecie.

Piśmiennictwo

1. Gurman AS. The comparative study of couple therapy. W: Gurman AS, red. *Clinical handbook of couple therapy*. New York London: The Guilford Press; 2008, s. 1–26.
2. Perissutti Ch, Barraca J. Integrative behavioral couple therapy vs. traditional behavioral couple therapy. *Clínica Salud* 2013; 24: 11–18.
3. Dattilio F. *Terapia poznawczo-behawioralna par i rodzin*. Podręcznik dla klinicystów. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013.
4. Kalinka ChJ, Fincham FD, Hirsch AH. A randomized clinical trial of online-biblio relationship education for expectant couples. *J. Fam. Psychol.* 2012; 26: 159–164.
5. Gurman AS. Behavioral couple therapy: building a secure base for therapeutic integration. *Fam. Proc.* 2013; 52: 115–138.
6. Dattilio FM, Padesky ChA. *Terapia poznawcza dla par małżeńskich*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 1999.
7. Kovacs M, Beck AT. Cognitive affective processes in depression W: Izard CE, red. *Emotions in personality and psychopathology*. New York: Plenum; 1979, s. 417–442.
8. Ellis A. The nature of disturbed marital interactions. W: Ellis A, Grieger R, red. *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer; 1986, s. 77–92.
9. Teichman Y, Teichman M. Interpersonal views of depression: *Rev. Int. Fam. Psychol.* 1990; 3: 349–367.
10. Beck AT. *Love is never enough*. New York: Harper&Row; 1988.
11. Birchler GH, Weiss RL, Vincent JP. A multimethod analysis of social reinforcement exchange between martially distressed and nondistressed spouse and stranger dyads. *J. Person. Soc. Psychol.* 1975; 31: 349–360.
12. Gottman JM, Notarius C, Conso J, Markman H. *A couple's guide to communication*. Champaign, Illinois: Research Press; 1976.
13. Gottman JM. *Marital interaction: An experimental investigation*. New York: Academic Press; 1979.
14. Epstein N, Eidelson RJ. Unrealistic beliefs of clinical couples: their relationship to expectations, goals and satisfaction. *Am. J. Fam. Ther.* 1981; 9: 13–22.
15. Baucom D, Epstein N, Taillade JJ, Kirby JS. Cognitive-behavioral couple therapy. W: Gurman AS, red. *Clinical handbook of couple therapy*. New York London: The Guilford Press; 2008; 31–72.
16. Bandura A. *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc; 1969.
17. Stuart RB. *Helping couples change*. New York: Guliford Press; 1980.
18. Christensen A, Jacobson NS, Babcock JC. Integrative behavioral couple therapy. W: Jacobson S, Gurman AS, red. *Clinical handbook of couple therapy*. The Guilford Press: New York; 1995; s. 31–64.
19. Dimidijan S, Martell Ch, Christensen A. integrative behavioral couple therapy. W: Gurman AS, red. *Clinical handbook of couple therapy*. The Guilford Press: New York London; 2008; s. 73–103.

20. Popiel A, Pragłowska E. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Paradygmat; 2008.
21. Ellis A. *Rational-emotive couples therapy. Psychology practitioners guidebooks*. New York: Pergamon; 1989.
22. Jacobson NS, Margolin G. *Marital therapy: strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel; 1979.
23. Butler AC, Chapman JE, Evan EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin. Psychol. Rev.* 2006; 26(1): 17–31.
24. Jacobson NS, Problem solving and contingency contracting in the treatment of marital discord. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1977; 45: 92–100.
25. Jacobson NS. A review of the research on the effectiveness of marital therapy. W: Paolino TJ, McCrady BS, red. *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral and systems theory perspectives*. Oxford: Brunner/Mazel; 1978; s. 395–444.
26. O’Leary KD, Turkewitz H. Marital therapy from a behavioral perspective. W: Paolino TJ, McCrady BS, red. *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral and systems theory perspectives*. Oxford: Brunner/Mazel; 1978; s. 240–297.
27. Alexander JF, Holzworth-Munroe N, Jameson P. The process and outcome of marital and family therapy research: review and evaluation. W: Bergin AE, Garfield SL, red. *Handbook of behavior therapy and behavior change*. New York: J. Wiley; 1994, s. 595–630.
28. Margolin G, Weiss RL. Comparative evaluation of therapeutic components associated with behavioral marital treatments. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1978; 46, 1476–1486.
29. Duffy D, Dowd T. The effect of cognitive-behavioral assertion training on aggressive individuals and their partners. *South. Psychol.* 1987; 3, 45–50.
30. Baucom KJW, Sevier M, Kathleen A, Eldridge KA, Doss BD, Christensen A. Observed communication in couples two years after integrative and traditional behavioral couple therapy: outcome and link with five-year follow-up. *J. Cons. Clin. Psychol.* 2011; 79(5): 565–576.
31. Christensen A, Atkins DC, Berns S, Wheeler J, Baucom D, Simpson LE. Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *J. Cons. Clin. Psychol.* 2004; 72: 176–191.
32. Christensen A, Atkins DC, Yi J, Baucom DH, George WH. Couple and individual adjustment for 2 years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *J. Cons. Clin. Psychol.* 2006; 74: 1180–1191.
33. Liberman RP. Behavioral approaches to family and couple therapy. *Amer. J. Orthopsychiatry.* 1970; 40: 106–118.
34. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press; 1979.

Adresy: roman.szalachowski@univ.szczecin.pl, malgorzata.maria.kulik@gmail.com