

Wiesław Sikorski

WŁĄCZANIE DZIECI DO TERAPII W TERAPII STRATEGICZNEJ NA TLE INNYCH PODEJŚĆ

INCLUDING CHILDREN INTO THE FAMILY THERAPY IN STRATEGIC THERAPY BASING ON OTHER FAMILY THERAPY APPROACHES

Instytut Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Opolski
Dyrektor: prof. dr hab. Zenon Jasiński
oraz

Wojewódzki Ośrodek Psychosomatyki Diagnostyki Osobowości
i Czynności Bioelektrycznej Mózgu w Głucholazach
Kierownik: dr Ryszard Szewczyk

Artykuł jest próbą odpowiedzi na pytanie, czy w celu dokonania istotnej zmiany w funkcjonowaniu rodziny zawsze należy włączyć wszystkie dzieci do terapii rodzin, czy wystarczy może tylko praca z małżeństwem? Autor prezentuje szczegółowo poglądy terapeutów strukturalnych, którzy zakładają konieczność pracy z całą rodziną. W mniejszym zakresie przedstawia również założenia innych podejść w terapii rodzin.

family therapy
structural approach
children in family therapy

Wielu terapeutów prowadzących sesje terapeutyczne z udziałem rodziny staje przed dylematem, czy oddziaływaniem należy objąć tylko jej część, czy też całość, często bowiem wiele trudności pojawia się już w terapii prowadzonej tylko z parą małżeńską, a cóż dopiero, gdy trzeba nią objąć dwa pokolenia jednocześnie. Wątpliwości te dodatkowo są potęgowane obawami, że udział dzieci w terapii rodziny może spowodować pojawienie się pewnej formy anarchii, w szczególności ze strony tych najmłodszych. Nie potrafiąc jeszcze dłużej skupiać uwagi i preferując zachowania (działania) impulsywne, w związku z tym niełatwe do przewidzenia i opanowania, mogą wprowadzać chaos w przebieg terapii. Przedkładając jednocześnie aktywność ruchową (zachowania niewerbalne) nad kontaktowanie się za pomocą słów, nie są, z jednej strony, skłonne do spokojnego siedzenia przez czas trwania sesji, a z drugiej — w dość ograniczonym stopniu są w stanie poddać się rygorom terapii, której dominującym rodzajem komunikowania się jest przekaz werbalny. Inaczej mówiąc, proces werbalny, jakim w przeważającej mierze jest terapia rodziny, może je niezbyt wciągać.

Niełatwo jest też terapeutom odpowiedzieć sobie na pytanie: Czy jednoczesnym oddziaływaniem terapeutycznym należy objąć tylko rodziców i dziecko, które wykazuje symptomy, czy również i pozostałe? Podobnych trudności może dostarczyć przyjęcie jednoznacznych reguł dotyczących sposobu włączania dzieci do terapii rodziny. Chodzi tu przede wszystkim o powzięcie decyzji: Czy należy je włączyć od samego początku,

a jeżeli nie, to w którym momencie terapii? Jak długo powinny one w niej uczestniczyć, a także, w jaki sposób potem je z niej wyłączyć?

Ogół tego typu trudnych wyborów sprawia, iż problematyka udziału i włączania dzieci do terapii rodziny jest różnie postrzegana zarówno przez zwolenników poszczególnych szkół psychoterapii, jak i twórców kolejnych koncepcji dotyczących tej formy terapii, przy czym — jedni mówią o tym stosunkowo mało (jak np. reprezentanci psychoanalitycznej i behawioralnej terapii rodzin oraz kontekstualnej terapii rodzinnej Whitakera), inni z kolei o wiele więcej (V. Satir — reprezentantka komunikacyjnej terapii rodzin, a także zwolennicy terapii strategicznej i strukturalnej). Nie brakuje także adwersarzy, zdecydowanych przeciwników włączania dzieci do terapii rodziny (np. M. Bowen).

Psychoanalityczna i behawioralna terapia rodzin

Terapeuci o orientacji psychoanalitycznej, a wśród nich głównie N. Ackerman [1], już w latach pięćdziesiątych systematycznie obejmowali terapią wszystkich członków rodziny. Wspomniany Ackerman, traktując rodzinę jako strukturę składającą się z pozostających w ciągłej interakcji osobowości, utrzymywał, że na poziomie rodzinnym zaburzenia są konsekwencją wciąż powielanych negatywnych wzorców zachowań, które destabilizując rodzinną homeostazę kształtują nieprawidłowe relacje wewnątrzrodzinne. Zaburzenia pojawiające się u jednego jej członka implikują zahamowanie zmian i rozwoju rodziny, prowadząc do jej dysfunkcyjności. Z kolei D. Anzieu [2] i P. Racamier [3] — psychoanalitycy francuscy — ściśle realizując w toku terapii rodzin formułę (koncepcje i techniki) psychoanalityczną, twierdzą, iż cała rodzina jest odpowiednikiem indywidualnego pacjenta. Natomiast terapeuci o orientacji behawioralnej uważają, iż symptomatologiczne zachowanie dziecka może być wypadkową tego, co ma miejsce w diadzie rodzicielskiej. Para małżeńska postrzegana jest jako osoby w równej mierze stanowiące dla siebie źródło stymulacji, nawzajem „obdarowujące się” wzmocnieniami pozytywnymi (nagrodami) i negatywnymi (karami). W terapii zaburzonych dzieci rodzice (zwykle matka) traktowani są jako dostarczyciele nagród i kar dziecku, ono z kolei pozostaje jedynie ich odbiorcą. Postępowanie terapeutyczne polega na tym, by np. matkę nauczyć wygaszania niepożądanych reakcji (zachowań), a jednocześnie wzmocnienia reakcji pożądanych. Nie oznacza to niewłączania do terapii dzieci, gdyż behawioralna terapia rodzinna to zarówno terapia pary małżeńskiej, jak i terapia różnych diad, w tym także układu: zaburzone dziecko—rodzic. Dla behawiorystów niezmiernie ważne jest, czy obejmują oddziaływaniem terapeutycznym całą rodzinę (ogół jej członków), poszczególne jej diady czy też wybrane osoby [4].

Kontekstualna terapia rodzin

Konieczność włączania dzieci do terapii rodziny jest wyjątkowo silnie podkreślana w kontekstualnej terapii rodzin. Według I. Boszormenyi-Nagy'ego [5] — twórcy tej terapii — udział dzieci w terapii jest czymś koniecznym nawet wówczas, gdy zasadniczym problemem jest konflikt między małżonkami. Uczestnictwo dzieci w terapii jest integralną częścią kontraktu terapeutycznego z rodzicami, nie ma tu zarazem możliwości, by rodzice przyjęli postawę biernych obserwatorów pracy terapeuty z dzieckiem. Nieodzowność włączania dzieci do terapii ma tu swoje uzasadnienie w przekonaniu, że dysfunkcyjność

rodziny w dużej mierze wynika z tzw. podzielonej lojalności. Występuje ona wówczas, gdy oczekiwania rodziców wobec dziecka zmuszają go czy wywierają na nim presję, by pozostawało ono lojalne wobec jednego z rodziców, kosztem braku lojalności w stosunku do drugiego z nich. W rezultacie dziecko doznaje ambiwalencji, niemożności przyjęcia jakiegś kompromisowej postawy, co w konsekwencji prowadzi do rozwoju zaburzeń, potęgowania objawów, mających umożliwić mu zbliżenie do siebie rodziców. Ujmując to inaczej, ujawniane przez dziecko symptomy mają konsolidować rodziców, inspirować ich do opartej na wzajemnej współpracy pomocy dziecku w jego problemach.

Terapia rodzinna Whitakera

Podobnie mocno akcentowana jest konieczność włączania dzieci do terapii w symbolicznej terapii rodzinnej C. A. Whitakera [6]. Według niego, pierwszą z technik terapii symbolicznej jest rozciąganie problemu na wszystkich członków rodziny, a także traktowanie dzieci jak dzieci, a nie jak rówieśników. Chodzi tu zatem o to, by każde z dzieci zajmowało przynależną mu pozycję w strukturze rodzinnej, w zależności od okresu rozwojowego, w jakim znajduje się w danym czasie. W myśl tej tezy, inne funkcje w rodzinie ma do spełnienia dziecko w wieku przedszkolnym, inne w wieku młodszym szkolnym, a jeszcze inne w okresie dorastania (adolescencji). Właśnie włączenie dzieci do terapii ma umożliwić zarówno im, jak i ich rodzicom dookreślenie tychże funkcji, przywrócenie lub przydzielenie ich na nowo. W terapii symbolicznej udział dzieci ma usprawnić realizację jej zasadniczych celów, jak np. nauczenie rodziny zabawy (wszystkie role powinny być w rodzinie dostępne dla poszczególnych członków, pod warunkiem jednak pełnej akceptacji ogółu), ustanowienie granic rodzinnych i separacji międzypokoleniowej, oraz pomóc rozwiązać mit indywidualności (rodzina powinna zrozumieć, iż jest jednością, lecz równocześnie musi postrzegać to w kategorii absurdałności).

Teoria Bowena

Całkowicie odmienne zdanie w sprawie włączania dzieci do terapii wyraża M. Bowen, twórca teorii systemów rodzinnych. Odwołując się do własnych negatywnych doświadczeń z terapii prowadzonej z całą rodziną jednocześnie, łącznie z rodzicami i dziećmi, opowiada się za pracą prawie wyłącznie z dziadą małżeńską. Bowen poparł to tezę, że zmiana w relacji rodzicielskiej (między matką a ojcem) pociągnie za sobą kompensacyjną zmianę w całym systemie rodzinnym. Dla celów teoretycznych i terapeutycznych przyjął, że rodzina jest systemem emocjonalno-relacyjnym. „Emocjonalność” obejmuje siły pobudzające, aktywizujące do działania system, „relacyjność” zaś odnosi się do komunikowania się, wzajemnej wymiany informacji w różnych interakcjach w ramach systemu rodzinnego. Zaburzenia równoczesne tych obu sfer albo raz jednej, a raz drugiej, przybierając charakter emocjonalny czy społeczny, prowadzą do destabilizacji systemu rodzinnego [7].

Bowen kwestionuje zasadność fizycznej obecności dzieci w toku terapii rodziny, wyrażając pogląd, że każdy problem rodzinny — niezależnie od tego, czy jest wynikiem konfliktów między małżonkami, objawów ujawnianych przez dziecko lub jednego z partnerów — jest możliwy do rozwiązania poprzez ograniczenie do pracy z dziadą małżeńską. Udział dzieci zdaniem Bowena — mimo że przyczynia się do poprawy komunikowania

się, usunięcia objawów — niezmiernie rzadko prowadzi do uzyskania podstawowych zmian (przewartościowań) w relacji małżeńskiej, a ta, jak wiadomo, traktowana jest przez niego jako główne podłoże zaburzeń dziecka, a w sumie i całej rodziny. Sugeruje także, aby znaczną część czasu terapii (nawet blisko czterdzieści procent) poświęcać pracy tylko z jednym z partnerów, głównie wówczas, gdy praca z diadą przebiega zbyt wolno [8].

Teoria systemów rodzinnych i oparta na niej praktyka kliniczna stały się „zaczynem” wielu pokrewnych nurtów psychoterapii rodzin. Następcy Bowena, jak choćby P. J. Guerin [9], M. McGoldrick [10], czerpiąc z tej teorii stworzyli bardzo interesującą koncepcję wielopokoleniowej terapii rodziny. Wielu też dostrzegło potrzebę włączania do terapii rodziny dzieci, a zatem nie wykluczają ich tak rygorystycznie z terapii. Chętnie podejmują się pracy z całą rodziną, a często nawet z kilkoma jej pokoleniami. Zresztą stało się to możliwe dzięki samemu Bowenowi, który zainspirował swych uczniów i następców do wnikliwszego poznawania rodziny pochodzenia. Również za jego sprawą podstawowym narzędziem wielopokoleniowej terapii stał się genogram — rysowanie „mapy rodziny”. W gabinetach terapeutów pojawiły się tablice do rysowania genogramów, mające ułatwić prezentację konstrukcji systemu rodziny [11].

Za koniecznością włączania dzieci do terapii rodziny opowiadają się również inni twórcy terapii w podejściu systemowym, a w szczególności szkoły komunikacyjnej (P. Watzlawick, B. Bateson, V. Satir), terapii strukturalnej (S. Minuchin) oraz strategicznej (J. Haley, C. Madanes).

Poglądy Virginii Satir

W szkole komunikacyjnej praca z rodziną koncentruje się na problemie komunikowania się i stylów interakcyjnych wewnątrz rodziny. V. Satir — reprezentantka tej szkoły — przyjmując, że symptomy i zaburzenia w zachowaniu są właśnie pochodną wadliwego komunikowania się członków rodziny, określa cel terapii jako: próbę modyfikowania sposobów komunikacji wewnątrzrodzinnej, a także uczenia adekwatnych wzorów wzajemnego porozumiewania się [12]. Jednocześnie przy tym wskazuje, iż wymaga to objęcia postępowaniem „naprawczym” całej rodziny. Włączając dzieci do terapii, i to począwszy od pierwszej sesji, o wiele łatwiej — jej zdaniem — przychodzi uświadomienie wszystkim członkom rodziny, że są jednostkami różniącymi się od siebie i mogącymi w związku z tym prezentować antagonistyczne poglądy, nie zgadzać się ze sobą. Udział dzieci w terapii umożliwia zarazem realizację swoście rozumianego „treningu” umiejętności komunikacyjnych, przeprowadzanie ćwiczeń mających sprawić, aby członkowie rodziny porozumiewali się ze sobą w sposób jasny, mówiąc słownie i przekazując niewerbalnie, co widzą i czują, aby ujawniali różnice zdań i nauczyli się komunikowania różnych stanów emocjonalnych, zarówno tych dostarczających przyjemności i zadowolenia, jak i cierpienia i bólu. Z wielokrotnia to jednocześnie szansę na to, by dzieci i rodzice byli w stanie dostrzeżać aktualnie istniejące w rodzinie trudności, nauczyć się rozmawiania o nich, wspólnego określania ich źródeł [13].

Wielu terapeutów waha się przed włączeniem dzieci do terapii rodziny, obawiając się dodatkowej komplikacji wynikającej z konieczności pracy z dwoma pokoleniami równocześnie, a przy tym jeszcze prawdopodobieństwa pojawienia się impulsywnych, „buntowniczych”, trudnych do przewidzenia, zachowań dzieci. Aby rozwiązać te obawy czy

też zminimalizować ich wielkość, podjęcie decyzji o włączeniu dzieci do terapii rodziny powinno być poprzedzone: określeniem dolnej granicy wiekowej współuczestniczących w terapii dzieci; ustaleniem momentu włączenia ich do terapii; określeniem czasu uczestniczenia w terapii, liczby sesji (spotkań); wcześniejszym zadecydowaniem, czy w terapii powinny brać udział wszystkie dzieci z danej (objętej terapią) rodziny, czy tylko te, które ujawniają objawy.

Virginia Satir, wielka orędowniczka włączania dzieci do terapii rodziny, odmawia udziału w terapii jedynie tym poniżej czwartego roku życia, rygorystycznie jednak nakazując, by uczestniczyły one w co najmniej dwóch sesjach — umożliwiając przez to klinicyście uzyskanie obrazu funkcjonowania rodziny jako całości. Wskazuje także, iż korzystne może okazać się ponowne ich włączenie do końcowej fazy terapii, by w ten sposób wspólnie z nimi wzmocnić i utrwalić to, czego ich rodzice i starsze rodzeństwo nauczyli się w trakcie terapii.

Satir, hołdując zasadzie rozpoczynania terapii rodziny od spotkań jedynie z parą małżeńską (przynajmniej przez dwie sesje), nie wyklucza jednak ewentualności (choćby niezbyt chętnie) włączania do terapii dzieci już od pierwszej sesji. Najbardziej jest do tego przekonana w sytuacji, gdy rodzina jest w takim stopniu dysfunkcyjna, że partnerzy nie potrafią skoncentrować się na swoim związku, a przy tym muszą mieć w pobliżu dziecko, by na nim skupiać swą uwagę. Ponadto dopuszczalny jest udział dzieci od pierwszej sesji, gdy mają one więcej niż dwadzieścia jeden lat, a zatem po osiągnięciu przez nie emocjonalnej dojrzałości. Pozostałe zaś dzieci, a więc te mieszczące się w przedziale wiekowym od czwartego do dwudziestego pierwszego roku życia, mogą być — zdaniem Satir — uczestnikami przez większość sesji. Zawsze jednak kilka sesji jest realizowanych tylko z samymi rodzicami (partnerami) lub innymi dorosłymi (np. babka, dziadek) wspólnie z nimi mieszkającymi albo pozostającymi w bardzo bliskich i częstych kontaktach [13].

Terapeutka ta, wychodząc z założenia, że istniejący w rodzinie ból jest współodczuwany przez wszystkich członków rodziny (w tym także tych, którzy w danej chwili nie wykazują wyraźnych tego symptomów), praktykuje włączanie wszystkich dzieci do procesu terapeutycznego. Sprzyjać ma to zapobieganiu wielu niekorzystnym zjawiskom, a samym dzieciom biorącym udział w terapii (mimo że nie kwalifikują się do niej, nie ujawniają symptomów) zapewnia potencjalną możliwość zaangażowania się w proces przeformułowywania wzajemnych relacji w rodzinie. W rezultacie ma to, z jednej strony, ustrzec je przed pojawieniem się u nich symptomów w przyszłości, a z drugiej — pozwolić im uzyskać podobne korzyści z udziału w terapii, jak członkom rodziny bezpośrednio objętym postępowaniem terapeutycznym.

Poglądy Stierlina

Helm Stierlin — lekarz, filozof i psychoanalityk — wielki orędownik podejścia systemowego w terapii rodzin, jest kolejnym po V. Satir i S. Minuchinie autorytetem opowiadającym się za włączaniem dzieci do terapii. Podaje on jednocześnie wiele zasad, których należy w tym względzie przestrzegać. Wyraźnie opowiada się za koniecznością jak najwcześniejszego — najlepiej już podczas pierwszego kontaktu z rodziną — określenia swego stanowiska co do udziału dzieci w terapii. Niejednokrotnie głównym powodem podjęcia decyzji o udaniu się do psychoterapeuty są symptomy ujawniane przez dziecko,

ale czy należy przez to rozumieć, że w czasie pierwszego spotkania z rodziną (prowadzenia z nią wywiadu), oprócz dziecka zdradzającego objawy, powinny być także obecne wszystkie dzieci (niezależnie od wieku) z tej rodziny? W kwestii tej Stierlin wypowiada się w sposób jednoznaczny: „Członków rodziny spostrzega się obecnie jako elementy współdziałającej ze sobą grupy, w której zachowanie jednego z członków w nieunikniony sposób wpływa na wszystkich pozostałych” [14, s. 16]. Podleganie tego typu interakcjom dotyczy zarówno dziecka objawiającego dolegliwości, jak i dopiero co narodzonego jego brata czy siostry, a także pozostałych osób z rodziny, a zatem zasadne jest, by pierwszy wywiad przebiegał z udziałem ogółu jej członków. Mimo że np. nowo narodzona siostra, z wiadomych względów, nie udzieli żadnych informacji słownie, to jednak jej obecność może wpłynąć na wypowiedź jej starszego brata. Może także umożliwić obserwację wielu zachowań niewerbalnych, wyrażających np. stosunek do nowego członka rodziny, w jakim stopniu jest on widziany z akceptacją, a w jakiej mierze niezbyt przychylnie itd. Brak któregośkolwiek dziecka może sprawić, że biorący udział w wywiadzie mogą dopuścić się przeinaczenia faktów.

Stierlin utrzymuje, iż sytuacje tego typu są niemal regułą, i zawsze nieobecność dziecka w czasie terapii działa na jego niekorzyść [15]. Natomiast, uzasadniając konieczność włączania dzieci do terapii rodziny, zwraca uwagę na fakt, że ujawniane przez dziecko objawy mają dość często swoje źródło w poświęcaniu się na rzecz rodziców. Może to np. manifestować się w utrzymywaniu silnej więzi z rodzicami, przybierającej postać zbyt uległości (submisyjności), i tym samym implikującej utratę niezależności i integralności dziecka. Zdarza się też tak, że dziecko jest delegowane do wzięcia na siebie określonych cech osobowości rodziców (np. tych odrzuczanych albo tych, których rozwój został zaniedbany w czasie, gdy sami byli dziećmi, a dzisiaj, z uwagi na walory tych cech, wymaganych od własnych dzieci) czy też wytypowane do spełnienia ich pragnień i aspiracji; zwykle takich, których nie udało im się zrealizować. To dość powszechna praktyka [16]. Udział dzieci w terapii umożliwia klinicyście szybciej zlokalizować tego rodzaju współzależności, często nawet już w trakcie pierwszego spotkania.

Terapia strategiczna

Potrzeba włączania dzieci do terapii rodziny równie silnie jest akcentowana przez twórców terapii strategicznej. Takie jej techniki pracy z rodziną, jak np. pytania cyrkularne czy zadania do wykonania, wymagają wręcz udziału całej rodziny.

Pytania cyrkularne, by mogły spełnić swą funkcję związania systemu rodzinnego w jedną całość z terapeutą, muszą być kierowane do wszystkich członków rodziny. Cyrkularność traktowana jest tu jako umiejętność terapeuty uzyskiwania i korzystania z informacji zwrotnych od całej rodziny, które są ustosunkowaniami poszczególnych jej członków do treści przekazywanych przez klinicystę — treści dotyczących ujawnianych przez rodzinę interakcji, wzajemnych zależności i relacji, a także antagonizmów i przewartościowań [17]. Odpowiedzi na pytania cyrkularne umożliwiają poznanie swoistych interakcji w szczególnych warunkach; ułatwiają uchwycenie charakterystycznych wzorów zachowań poszczególnych członków rodziny, różnic w ich sposobach reagowania w określonych sytuacjach; sprzyjają ustaleniu, jak różne zdarzenia w życiu rodziny wpływały na jej losy, w jaki sposób pokonywała ona pojawiające się trudności; umożliwiają wysnuć przypuszczenia

co do dalszych, hipotetycznych sytuacji, a w związku z tym w dużym stopniu zapobiegać rozwojowi niekorzystnych tendencji [18]. Pytania te powinny być formułowane w sposób jasny i kategoriyczny, bez jakichkolwiek podtekstów, podchwytliwości i metafor. Przykładowo: „Kto zwykle w czasie istniejącego konfliktu między rodzicami bardziej dąży do jego rozwiązania, mama czy tata?” (pytanie skierowane do dzieci). „Kto najlepiej i najszybciej potrafi rozładować napiętą atmosferę w rodzinie — matka, ojciec, siostra czy może brat?” (pytanie skierowane do wszystkich członków rodziny). „Gdybyś wyjechał na dłuższy czas z domu, kto zajęłby się rodzicami?”. „Kto jest najbardziej podatny na sugestie ojca, a kto na argumentację matki?”. Zadawanie tego typu pytań całej rodzinie może z pewnością mieć większą wartość terapeutyczną, implikować o wiele intensywniejsze zmiany w sposobach funkcjonowania rodziny niż kierowanie ich jedynie do samych rodziców czy do wybranych (np. tylko tych mających objawy) jej członków [19].

Trudno również sobie wyobrazić posługiwanie się bez udziału całej rodziny drugą z wymienionych powyżej technik, a mianowicie „zadaniami do wykonania”. Chodzi tu o zadania domowe zalecane rodzinie do realizacji w przerwach między sesjami terapeutycznymi. W zadaniach tych podane są wskazania co do sposobów zachowania w różnych okolicznościach zarówno konkretnych osób z rodziny, jak i rodziny jako całości. Właśnie specyficzną kategorią zadań są polecenia dotyczące wykonania w domu przez całą rodzinę złożonych rytuałów, które mogą pobudzić ją do zmian, a także ukształtować wzory zachowań prowadzących do zachowania rodzinnego status quo [20].

Zarówno pytania cyrkularne, jak i zadania domowe, by mogły być poprawnie formułowane, wymagają dużej wiedzy terapeuty o rodzinie. W terapii strategicznej ów proces gromadzenia tej wiedzy traktowany jest jako specyficzna technika, procedura wymagająca bezpośredniego kontaktu klinicysty ze wszystkimi członkami rodziny. Tylko wtedy terapeuta może nabrać przekonania o tym, co ma być zmienione, w jakim kierunku i jakie nieefektywne próby podejmowała rodzina w celu pokonania problemów, oraz jakie zwykle popełniała w tym względzie błędy.

Zbieranie informacji o rodzinie, swoiście rozumiany wywiad, ma w terapii strategicznej niewiele wspólnego z klasycznym stawianiem psychiatrycznej czy psychologicznej diagnozy. Terapeuci strategiczni sądzą, że postawienie diagnozy psychiatrycznej czy psychologicznej może prowadzić do „tworzenia” problemu. W modelu strategicznym gromadzenie wiedzy o rodzinie ma na celu takie zdefiniowanie i opisanie ujawnianych problemów, by mogły one zostać przedefiniowane, a w konsekwencji rozwiązane [21]. Klasyczna diagnoza zostaje tu zatem zastąpiona specyficznym potraktowanym wstępnym wywiadem, w którym zwykle bierze udział cała rodzina. Haley uważa, iż wywiad ten stwarza sprzyjające warunki do przebiegu całej terapii [22]. Stąd też — o czym wspomniano nieco wyżej — tak rozumiany i praktykowany wywiad zaliczany jest do jednej z technik terapii strategicznej.

W terapii strategicznej cele „naprawcze” ustalane są ze wszystkimi członkami rodziny, a zatem także z dziećmi. Podejście strategiczne koncentruje się na zrozumieniu, co jest postrzegane jako problem przez jednego członka rodziny, co nim jest dla większości czy wręcz całej rodziny. Kontakt terapeuty, i to od pierwszych chwil, z całą rodziną ma umożliwić rozpoznanie tych wzorów zachowań członków rodziny oraz wpływu czynników zewnętrznych (instytucji oraz osób mniej lub bardziej oddziałujących na system rodzin-

ny), które w rzeczywistości, zamiast sprzyjać pokonywaniu trudności, wprost przeciwnie — podtrzymują je, a nierzadko nawet nasilają [23].

Charakterystyczne dla terapii strategicznej instruowanie, dyrektywność i pouczanie o tym, co członkowie rodziny mają robić w czasie sesji terapeutycznej i/lub poza nią (technika „zadań domowych”), powinno obejmować wszystkich członków rodziny, nie wyłączając dzieci. Interwencje terapeutyczne przybierające formę instrukcji mają doprowadzić do zmiany sposobów odnoszenia się członków rodziny do siebie, a także do terapeuty, przyjmującego w definiowaniu problemu pozycję rodziny, nawet wówczas, gdy łączy on problem jedynie z zidentyfikowanym (mającym objawy) członkiem rodziny. Z każdym członkiem rodziny — nie pomijając dzieci — są omawiane i określone w miarę dokładnie cele terapii, z uwzględnieniem konkretnych zachowań [22]. Instrukcje mogą być formułowane wprost lub przekazywane w formie paradoksu, adresowane do jednej lub dwóch osób czy też do całej rodziny [24].

Terapia strukturalna

Również terapeuci strukturalni opowiadają się za potrzebą pracy z całą rodziną. Zdają się dość powszechnie zgodni co do konieczności włączania do terapii rodziny wszystkich jej członków. Wynika to w dużej mierze z założeń teoretycznych koncepcji strukturalnej, ze wskazywanej w niej etiologii patologii rodziny, jak choćby tego, że trudności i zaburzenia w funkcjonowaniu całej rodziny, a także jej członków stanowią pochodną zakłóceń transakcji w podsystemach. Tworzą się one według różnych kryteriów, np. funkcji (ojciec — matka, mąż — żona, rodzeństwo), płci (mężczyźni w rodzinie, matka — córka, ojciec — syn), wieku i pokolenia (dziadkowie, rodzice, dzieci). Podłożem powstawania podsystemu mogą być także zainteresowania (np. kolekcjonerstwo, turystyka rowerowa i w związku z tym członkostwo w określonych klubach), czynności (ojciec hydraulik, matka krawcowa, dzieci uczniowie) itp. Poszczególne członkowie rodziny, przynależąc do konkretnego podsystemu, mogą być jednocześnie postrzegani wielorako, np. kobieta jako: córka, siostra, matka, ciotka, „płeć piękna”, a mężczyzna jako: syn, ojciec, wujek, brat, kompan do gry w piłkę itp.

Włączanie dzieci do terapii rodziny umożliwia wyodrębnienie w miarę wszystkich granic istniejących w podsystemach, a tym samym poznanie podłoża zaburzeń w funkcjonowaniu rodziny, oraz przyjęcie odpowiedniego planu oddziaływań terapeutycznych. Dysfunkcjonalność może tu się manifestować zbytnią sztywnością i zupełnym zamknięciem granic podsystemów lub też odwrotnie — słabością i całkowitym ich rozmyciem (deficytem). W pierwszym przypadku może to prowadzić do utrudniania lub wadliwej komunikacji, w drugim — do trudności w wyraźnym podziale pełnionych ról, a w konsekwencji do ograniczenia autonomii członków rodziny [25].

Bezpośrednie uczestnictwo dzieci w terapii strukturalnej sprzyja również bardziej rzetelnemu poznaniu rodziny w różnych jej wymiarach, co w rezultacie prowadzi do wzrostu jej efektywności. Terapeuta ma wówczas większe możliwości głębszego poznania struktury i preferowanych wzorców transakcyjnych, a także alternatywnych stylów interakcji, które można w rodzinie ukształtować. Podobnie o wiele łatwiej przychodzi klinicyście dokonywanie oceny struktury rodziny i jej dyspozycji do „formowalności”, płynnej restrukturyzacji, jej podsystemów, istniejących w niej granic, koalicji itp. Udział dzieci pozwala spostrze-

gać rodzinę jako całość (np. pod kątem systemu podtrzymania) — a przy tym trafniej ocenić jej aktualny etap rozwojowy oraz stosowane dotychczas strategie radzenia sobie z uprzednimi fazami przejściowymi — sprzyja również w miarę sprawnemu rozpoznaniu mechanizmu wyznaczania (delegowania) kogoś z członków (właśnie często kogoś dziecka) na pacjenta i znaczenia objawów tego członka rodziny. Niejednokrotnie wręcz niemożliwe staje się poznanie tego mechanizmu bez udziału w terapii dzieci. Trudno też sobie wyobrazić postępowanie terapeutyczne mające na celu uświadomienie członkom rodziny ich skłonności do przypisywania objawów komuś wybranemu spośród nich, jak też zmianę tej praktyki bez uczestnictwa „wydelegowanego” członka rodziny. W przypadku zatem, gdy tym „chorym” z wyboru staje się dziecko, włączenie go do terapii rodziny prowadzi z jednej strony do dostrzeżenia tego faktu przez wszystkich jej członków, jak i przez tego (tu: dziecko) wytypowanego do roli „chorego”. W przeciwnym razie może zdarzyć się tak, że członkowie rodziny zadowolą się uświadomieniem sobie swych tendencji do stygmatyzowania (nadawania objawów) wybranego członka (tu: nieobecnego w czasie terapii dziecka) i na tym cała rzecz się zakończy. Mówiąc inaczej, mając szansę uniknięcia bezpośredniej konfrontacji z nim (z powodu jego nieobecności w toku terapii) mogą uznać, iż korzystniejsze będzie zatajenie tego faktu, a to choćby z tej przyczyny, że w niezbyt pozytywnym świetle ich to stawia [26].

Włączanie dzieci do terapii strukturalnej jest również uzasadnione charakterem strategii i technik stosowanych w jej ramach. Typowe dla tego podejścia aktywne włączanie się terapeuty do systemu rodzinnego (życia rodziny), wchodzenie w koalicje, granie ról członka kogoś z podsystemów (czy kolejno poszczególnych ich rodzajów), wymagają, by od samego początku terapii obecni byli wszyscy członkowie rodziny, tylko wówczas bowiem klinicysta ma największe możliwości „wkupienia się” w łaski rodziny, dość sprawnego zdobycia zaufania u poszczególnych jej członków. Praktyka dowodzi, że to właśnie dzieci najszybciej nabierają zaufania do terapeuty, przystają na jego zachowania zachęcające do aktywności. Rodzice zwykle ujawniają dużo niepokoju, obawiając się, iż dojdzie do „zdemaskowania” negatywnych stron rodziny, pilnie strzeżonych jej tajemnic, a także nieprzychylnych sądów dotyczących niewłaściwych postaw wychowawczych. W czasie pierwszych sesji są najczęściej skoncentrowani na obronie, a nie na współpracy. Dostrzegając jednak, jak ich dziecko czy dzieci zbliżają się do terapeuty, stają się otwarci na jego propozycje i sugestie, szybciej adaptują się do specyficznych warunków terapii. Sprawniej dochodzi u nich do obniżenia niepokoju, a towarzyszące temu akcentowanie ich autorytetu (np. poprzez zalecenia, by oni jako pierwsi ustosunkowywali się do wyróżnianych przez klinicystę problemów) sprawia, iż z chwili na chwilę obecność dzieci jest coraz bardziej przez nich aprobowana [Minuchin S. 1984].

Udział całej rodziny w terapii, a zatem także obecność dzieci, umożliwia terapeutę wyszczególnienie znamienych paradygmatów transakcji między członkami rodziny. Ustaleniu charakterystycznych interakcji sprzyja obserwowanie rodziny w akcji i właśnie obecność dzieci zapewnia warunki do tego, by mogło zaistnieć zdynamizowanie jej struktury (wymiana zdań między rodzicami a dziećmi, wyrażanie własnych poglądów przez poszczególnych członków — różniących się choćby wiekiem — na kwestie wskazywane przez klinicystę, wspólne, rodziców i dzieci, wykonywanie określonych dyrektyw terapeuty itp.). Objęcie oddziaływaniem terapeutycznym całej rodziny umożliwia dostrzeżenie, kto

z kim najchętniej rozmawia, czyj głos i przez kogo jest ignorowany, kto uzurpuje sobie prawo wyłączności głosu, jakie przejawia trudności w komunikowaniu się z poszczególnymi osobami z rodziny itd. [28].

Włączanie dzieci do strukturalnej terapii rodziny umożliwia wytworzenie specyficznego klimatu, który sam w sobie jest niezmiernie ważnym czynnikiem usprawniającym wyjaśnianie i modyfikowanie wadliwie ukształtowanych i praktykowanych stylów porozumiewania się. Ujmując to inaczej, obecność dzieci w toku terapii sprzyja lepszemu organizowaniu sytuacji terapeutycznych, nadaniu stosowanym technikom terapeutycznym wymaganego (znamiennego dla tego nurtu w terapii) charakteru dużej aktywności, nieustannego „dziania się”. Udział dzieci pozwala jednocześnie w większym wymiarze obserwować i wykorzystywać zachowania niewerbalne (bezsłowne sposoby komunikowania się), gdyż ich obecność wymusza pojawianie się większej liczby możliwych typów interakcji; w szczególności tych związanych z komunikowaniem się z odmiennymi — zwykle opartych na dysproporcji i nierówności — pozycji (np. dominujących rodziców i submisyjnych dzieci). Obecność dzieci sprzyja zarazem przeformułowywaniu wadliwie uformowanych stylów interakcji, odnotowanych niespójności w obszarze porozumiewania się zarówno na płaszczyźnie werbalnej (słownej), jak i pozawerbalnej, a także na każdej z nich z osobna [29]. Samemu klinicyście ułatwia to rozważniej i trafniej waloryzować, dobrać treść komunikatów oraz przejawiać większą dbałość o ogół własnych zachowań niewerbalnych; po prostu udział dzieci zmniejsza ryzyko dopuszczenia przekłamań interpretacyjnych obserwowanych wzorów interakcji i w konsekwencji umożliwia zajęcie właściwego stanowiska.

Charakterystyczne dla terapii strukturalnej wielokrotne powtarzanie danych wątków, nieraz aż do znudzenia, po to, by przywrócić właściwe granice, przebiega o wiele bardziej „atrakcyjnie” i efektywniej, gdy klinicysta może pracować z całą rodziną. Wówczas wyraźnie zmniejsza się możliwość manipulowania informacjami, przypisywania komuś domniemych win, co najczęściej ma miejsce, gdy rodzina nie jest w pełnym składzie; o wiele łatwiej przychodzi wtedy stygmatyzować, piętnować właśnie tych nieobecnych. Z reguły też objęcie terapią ogółu członków rodziny wyraźnie zmniejsza liczbę koniecznych, wspomnianych przed chwilą, powtórzeń określonych wątków — utrwalonych, zaburzających poprawne funkcjonowanie rodziny wzorów transakcji — brak któregoś z członków wymaga bowiem dodatkowych czynności mających na celu umiejscowienie go w strukturze rodziny, ustalenie, jak dalece pełnione przez niego role w rodzinie, zajmowana pozycja, determinują tworzenie się subsystemów, i wynikających z nich rodzajów granic. W sytuacji, gdy tymi nieobecniymi są dzieci, z dużym prawdopodobieństwem trzeba przyjąć, iż rodzice nie będą skłonni przyznać się do swych przewinień wychowawczych popełnionych wobec nich. Z równie dużą trudnością może im przyjść ujawnienie tych zdarzeń, które wręcz kompromitują czy podważają ich „kompetencje rodzicielskie” (np. zbyt częste uciekanie się do stosowania kar cielesnych czy „psychicznych tortur”) [30].

Terapeuta, mając możliwość komunikowania się z wszystkimi członkami rodziny, może skuteczniej wpływać na ustanawianie granic: wzmacniać te bardzo płynne, a uelastyczniać te jawiące się jako zbyt sztywne. Na przykład w sytuacji, gdy występują niejasne granice między ojcem a synem, klinicysta może dążyć do wzmocnienia subsystemu rodzeństwa. W przypadku z kolei, gdy widoczna jest nadmierna sztywność granic między matką a córką, klinicysta powinien pracować nad ich uplastycznieniem. Praca z wszystkimi członkami

sprzyja jednocześnie podtrzymywaniu aktywności klinicysty, aktywnemu współuczestniczeniu w rodzinnych interakcjach. Ma tu on większe możliwości tworzenia różnych koalicji, wchodzenia w krótkotrwałe relacje z którymś z podsystemów lub tylko z którąś z osób z rodziny, uruchamiania wybranych kanałów komunikacji lub też ich blokowania, ściślejszego i bardziej uzasadnionego przydzielania różnych zadań do realizacji w domu (w przerwach między sesjami) i wreszcie objęcia oddziaływaniem terapeutycznym (swoiście rozumianym wsparciem) poszczególnych członków rodziny [31].

Równoczesna praca z całą rodziną zapewnia w miarę „demokratyczne” przekazywanie różnych informacji przez terapeutę. W przypadku, gdy dzieci nie uczestniczą w sesjach, tracą sposobność uzyskania wielu cennych treści, ważnej wiedzy, mogącej służyć obniżeniu poziomu lęku, poznaniu rzeczywistej pozycji w rodzinie (ustalenie faktycznego poczucia kompetencji pełnionych ról w rodzinie), by w ten sposób wyznaczyć jej optymalny poziom. Pozbawia się ich szansy skorzystania z wielu dobrodziejstw płynących z bezpośredniego kontaktowania się (spotkania) z klinicystą, który w toku terapii przyjmuje różne role, jak np. osoby wspierającej, rozumiejącej czy wskazującej konkretne sposoby pokonywania wielorakich trudności.

S. Minuchin [27] jest tym reprezentantem terapii rodziny, który mocno akcentuje i domaga się włączania dzieci do terapii, ich równoprawnego udziału w procesie oddziaływania terapeutycznego. W takim też duchu sprecyzował strategię i techniki terapeutyczne w zaproponowanym modelu postępowania terapeutycznego z rodziną. Klinicysta przyjmujący rolę „reżysera”, nauczyciela, modela jest nastawiony na pracę ze wszystkimi członkami rodziny. Udział ogółu jej członków jest tu wręcz nakazem, gdyż nie sposób wyobrazić sobie stosowania większości technik tej odmiany terapii w składzie ograniczonym tylko do rodziców. Takiej pełnej obecności wymaga np. tzw. rzeźbienie, tworzenie wspólnego (zespołowego) portretu rodziny, rekonstruującego różnorodne wzory zachowań w rodzinie, a następnie ćwiczenie nowych wariantów — udoskonalanie pozytywnych, eliminowanie negatywnych i zastępowanie ich pożądanymi stylami funkcjonowania. Podobnie uczestnictwa całej rodziny wymaga modelowanie, przede wszystkim różnorodnych transakcji oraz uczenie się sposobów swobodnej komunikacji w rodzinie. Terapeuta, mając do dyspozycji całą rodzinę, może odtworzyć każdą utrwaloną i stosowaną strategię rodzinną, a także zasadnicze trudności. Pełniąc specyficzną rozumianą funkcję „reżysera”, osoby inspirującej do improwizowanego „odgrywania” ważnych zdarzeń z historii rodziny (stanowiących prawdopodobne podłoże zaburzeń), zachęcającej do „trenowania” nowych, alternatywnych transakcji w uwarunkowaniach naturalnych (np. nowy podział obowiązków domowych) — czyni to o wiele efektywniej, gdy może pracować z całą rodziną. Ujmując to alegorycznie, „reżyserowi” o wiele łatwiej jest realizować swe „twórcze” przedsięwzięcie, gdy ma do dyspozycji „aktorów” mogących obsadzić wszystkie założone „role”. Na przykład w ćwiczeniu właściwego wzoru porozumiewania się ojca z synem, najkorzystniej jest, gdy przebiega to z udziałem rzeczywistych osób, a nie ucieka się do zastępowania syna (gdy jego udział jest oceniany jako niepotrzebny) matką czy samym terapeutą. Nikt nie jest w stanie go w tym wyręczyć w takim stopniu, by nie dopuścić się jakichś mniej czy bardziej istotnych przekłamań. Trzeba tu też wspomnieć o „ekonomicznych” walorach tego typu rozwiązań, bo przecież w tym samym czasie oddziaływaniem terapeutycznym są objęte dwie, a nie jedna osoba.

Refleksje własne

Niejednokrotnie obawy zarówno rodziców, jak i terapeutów, związane z udziałem dzieci w terapii, wynikają z przekonania, że nie powinno się ich zapoznawać z problemami dotyczącymi relacji małżeńskich, dotyczących często zdarzeń bardzo wstydliwych i w związku z tym — zdaniem rodziców — niezmiernie trudnych do wyjawienia w obecności dzieci. Podobnie nie sposób ujawniać treści o sytuacjach drastycznych, o różnego typu przewinieniach i nadużyciach zaistniałych między małżonkami, przybierających nieraz formę „terroru” psychicznego czy naruszenia cielesności współpartnera. Pamiętać jednak trzeba, że dzieci są świadkami tych zdarzeń, a tym samym, mniej lub bardziej, świadome stosunków panujących między matką a ojcem, również i tych opartych na przemocy i zachowaniach agresywnych. Zwykle dzieci o wiele więcej wiedzą niż się ich rodzicom wydaje. Chociaż jest również sporo zdarzeń nieczytelnych, rodzących u dzieci poczucie trudnego do określenia zagrożenia, utraty bezpieczeństwa, spowodowanej mimowolnym uczestnictwem w niezbyt jasnych dla nich sytuacjach. Owa niejasność może wynikać z bardzo wielu przyczyn: raz to może być nieporadny kamuflaż rodziców, nieumiejętne ukrywanie przed dziećmi istniejących napięć między nimi, innym razem zaś bycie świadkiem zdarzeń nie mających odniesienia do posiadanych doświadczeń, przeżywanych po raz pierwszy, i z tego względu niezrozumiałych. Włączenie dzieci do terapii rodziny, ich udział w pierwszym wywiadzie, może zatem sprzyjać przywracaniu poczucia bezpieczeństwa, gdyż stwarza możliwość porozmawiania i wyjaśnienia wielu wątpliwości, jak również daje szansę wyeliminowania błędnych przekonań dotyczących postrzegania siebie jako winnych za nieporozumienia między rodzicami. Ujmując to inaczej, może to uwolnić dzieci z przyjętego na siebie poczucia winy za rodzicielskie problemy [32].

Adwersarze włączania dzieci do terapii rodziny, w wysuwanych przez siebie argumentach, najczęściej wskazują na kwestie dotyczące pracy nad problemami seksualnymi, która jest — ich zdaniem — niemożliwa w obecności dzieci. Z pewnością tak jest, lecz cóż stoi na przeszkodzie, by w takich sytuacjach na chwilę odesłać je do sąsiedniego pokoju, tłumacząc to jakimiś trafającymi do nich uzasadnieniami. Niedopuszczalne jest nagłe wypraszenie dzieci, z użyciem argumentacji pozbawionej wiarygodności, brzmiącej mało przekonywająco, w nikłym stopniu rozsądnie wyjaśniającej motywy takiego działania. Nie mogą one w żadnej mierze odebrać tego jako naruszenia ich indywidualności i praw, wynikających z bycia członkiem rodziny, czy też nabrać przekonania, że są tu niezbyt mile widziane i niepotrzebne. W chwili gdy tylko zostanie zakończone omawianie problemów seksualnych (lub innych wymagających zachowania intymności), należy niezwłocznie poprosić dzieci, by powróciły. I tu znowu powinno to przebiegać nie nakazowo, ale taktownie i bez zbytniej egzaltacji.

Terapeuta, stając przed dylematem — włączać czy też nie włączać dzieci do terapii rodziny, powinien umieć ocenić, w jakim stopniu jego wątpliwości wynikają z własnych obaw, a w jakiej mierze są konsekwencją presji rodziców, wysuwanych przez nich żądań, by nie uczestniczyły one w terapii wspólnie z nimi, bywa bowiem tak, że to właśnie bardziej przeciwny udziałowi dzieci w terapii rodziny jest klinicysta niż rodzice. Może on np. sądzić, że obecność dzieci niesie za sobą ryzyko narażenia ich na różnego rodzaju obciążenia, które z uwagi na swój wyjątkowy charakter (związane są z przykrymi, często traumatycznymi zdarzeniami z życia rodziny), mogą wpłynąć ujemnie na psychikę dzieci. Obawy prowadzącego terapię rodziny mogą także wynikać z przekonania, że udział

dzieci wprowadzi nienaturalność i skrupowanie, i w efekcie znacznie utrudni pożądaną przebieg terapii, spowoduje znaczne jej wydłużenie, a także może skierować ją na błędne tory. Tymczasem praktykujący terapeuci zgodnie przyznają, iż to właśnie dzieci, w szczególności te najmłodsze (w tym również niemowlęta), nie ograniczone znamionami dla dorosłych konwenansami i zwyczajami, są zwykle najlepszymi adherentami (stronnikami) prowadzącego terapię. W przeciwieństwie do swych matek i ojców, przejawiających dość często trudności w otwartym prezentowaniu problemów trawiących rodzinę, potrafią często z marszu niejako od razu przejść do sedna sprawy.

Natomiast jeżeli chodzi o ryzyko nadmiernych obciążeń, to tu cała sztuka polega na umiejętnym organizowaniu przebiegu terapii — w takim prezentowaniu zawiłych problemów rodziny, by tworzyło to klimat pracy nad nimi, a nie prowadziło do ich potęgowania; chodzi tu o stopniowe ujawnianie i oswajanie poszczególnych członków, w tym przede wszystkim dzieci — z trudnościami, z jakimi boryka się rodzina, i o takie organizowanie pracy nad nimi, by każdy miał swój udział w ich minimalizowaniu czy eliminowaniu, a zatem ze wszech miar konieczne jest tu zespołowe zmaganie się z nimi.

W ten sposób programowane i realizowane sesje terapeutyczne, oparte na grupowym zaangażowaniu, pozwalają jednocześnie ustrzec się przed jeszcze jednym ryzykiem, a mianowicie niemożnością zapanowania nad zbytnią swobodą zachowań u dzieci, typową dla nich impulsywnością, rozemocjonowaniem i hałaśliwością. Nie oznacza to, że należy dążyć do tłumienia tych dziecięcych zachowań, lecz tylko o to, by w odpowiednich chwilach — w czasie intensywnej pracy nad jakimś problemem — nie dezorganizowały one przebiegu terapii. Pamiętać trzeba, że obserwacja dziecięcych zachowań może dostarczyć wielu cennych informacji, bo np. poziom hałaśliwości dzieci można potraktować jako miernik wagi poruszanych spraw: im istotniejsze treści prezentują rodzice czy starsze rodzeństwo, tym bardziej maluchy są spokojne i ciche, a jednocześnie silniej skoncentrowane i spięte.

Obawy i wątpliwości pojawiające się w związku z włączaniem do terapii dzieci mogą zostać rozwiane, jeżeli terapeuta na początku jasno sprecyzuje i odpowiednio poda zasady mające obowiązywać podczas przebiegu spotkań. Zasady, które nie tylko sprzyjają wciągnięciu się dzieci w proces terapeutyczny, ale również dają im możliwość zaangażowania się w niego w takim samym (lub bardzo zbliżonym) stopniu, jak ich rodzicom.

Oprócz wskazanych w tym opracowaniu racji merytorycznych (rzeczowych i formalnych) włączania dzieci do terapii rodziny, niezmiernie istotne są te dotyczące konkretnych zaburzeń ujawnianych przez dzieci. Często właśnie określone schorzenia stanowią wystarczającą przesłankę, by podjąć decyzję o konieczności udziału dzieci w terapii rodziny. I tak np. I. Namysłowska [22] — wybitna znawczyni problematyki terapii rodzin — sugeruje, że obecność dzieci jest uzasadniona i wręcz nieodzowna w leczeniu zaburzeń emocjonalnych okresu dorastania, choćby z uwagi na specyficzny charakter tego okresu rozwojowego, jakim jest adolescencja i związane z nią opuszczanie domu rodzinnego.

Summary

The article presents benefits deriving from including children into the family therapy. Basing on views held by outstanding representatives dealing with family therapy, an attempt was undertaken to justify the necessity of carrying out therapy with the inclusion of all the family members. Opinions were quoted in the work on the subject under question expressed by representatives of psychoanalytical, behavioural and contextual family therapy, as well as the symbolic family therapy

and therapies referring to the systemic approach, that is the communicative, strategic and structural family therapy.

While presenting standpoints of such theoreticians and practitioners in the field of family therapy as V. Satir, S. Minuchin or H. Stierlin, a number of advantages deriving from participation of the whole family in the therapy progress were distinguished. The following aspects, among others were pointed to: possibilities of a more discriminating cognition of the functioning of the family as a whole, more perfected modification and 'training' in ways of communication (communicating between each other) in the family, a more efficient restoration of desired roles in the family and group work on concrete problems.

A lot of attention was also paid to activities preceding the inclusion of children into family therapy. The most important ones comprise the following: determining the lower age limit of the children participating in the therapy, establishing the moment of including them into the therapy, the duration of their participation, taking the decision whether or not all the children of a given family should take part in the therapy, or only the ones displaying symptoms.

Difficulties which may occur in the therapist's work when the latter decides to work with the whole family together, as well as ways of checking and dealing with them. Situations were specified which require that family therapy should be carried out without children (e.g. discussing matters pertaining to sexual life) in order that full intimacy and possibility of open presentation of their viewpoints could be guaranteed to the parents.

Piśmiennictwo

1. Ackerman N. Treating the troubled family. New York: Basic Books; 1966.
2. Anzieu D. Le groupe et l'inconscient. Paris: Dunod; 1975.
3. Racamier P. Les schizophrènes. Paris: Payot; 1980.
4. Gottman J, Markman H J, Notarius C. The topography of marital conflict: a sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *J. Marr. Fam.* 1977; 39: 461-477.
5. Boszormenyi-Nagy I. Foundations of contextual therapy: Collected papers of Ivan Boszormenyi-Nagy. New York: Brunner and Mazel; 1987
6. Whitaker C A. Process techniques of family therapy. *Interaction*, 1977; 1: 4-19.
7. Drożdżowicz L. Ogólna teoria systemów. W: de Barbaro B, red. Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999; s. 9-17.
8. Bowen M. Family therapy and family group therapy. W: Kaplan H, Sadock B red. Comprehensive group psychotherapy. Baltimore: Williams and Wilkins; 1971.
9. Guerin P J. Family therapy: Theory and practice. New York: Gardner Press; 1976.
10. McGoldrick M. Ethnicity and the family life cycle. W: Carter B, McGoldrick M, red. The changing family life cycle: A framework for family therapy, wyd. 2. New York: Gardner Press; 1988.
11. Kołbik I. Procesy emocjonalne w rodzinie. W: de Barbaro B, red. Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999, s. 31-44.
12. Walker W. Przygoda z komunikacją. Gdańsk: GWP; 2001.
13. Satir V. Terapia rodziny. Teoria i praktyka. Gdańsk: GWP; 2000.
14. Stierlin H, Rucker-Embden I, Wetzell N, Wirsching M. Pierwszy wywiad z rodziną. Gdańsk: GWP; 1999.
15. Stierlin H. Psychoanalysis and family therapy. New York: Aronson; 1977.
16. Sikorski W. Aspiracje młodzieży uczącej się i ich tło rozwojowe. Opole: Wyd. Uniwersytetu Opolskiego; 1999.
17. Namysłowska I. Proces terapii rodzinnej. W: Pohorecka A, red. Rodzina w terapii. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1992, s. 52-76.
18. Papp P. The family who had all the answers. W: Papp P, red. Family therapy. Full length case studies. New York: Gardner Press; 1977.

19. Haley J. Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne Miltona H. Ericksona. Strategiczna terapia krótkoterminowa. Gdańsk: GWP; 1995.
20. Tryjarska B. Terapia rodzinna. W: Grzesiuk L, red. Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy. Warszawa: PWN; 1994, s. 245-293.
21. Józefik B. Strategie rodzinne. W: de Barbaro B, red. Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999, s. 69-77.
22. Namysłowska I. Terapia rodzin. Warszawa: Springer PWN; 1997.
23. Madanes C. Strategic family therapy. W: Gurman A S, Kniskern D P, red. Handbook of family therapy. New York: Brunner and Mazel; 1991.
24. Bateson G. Steps to an ecology of mind. New York: Ballantine Books; 1972.
25. Aleksandrowicz J. Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów. Warszawa: PZWL; 2000.
26. Aponte H. The anatomy of therapist W: Papp P, red. Family therapy. Full length case studies. New York: Gardner Press; 1977, s. 101-116.
27. Minuchin S. Families and family therapy. Cambridge: Harvard University Press; 1984.
28. Grzesiuk L. Strukturalna terapia rodzin w ujęciu Minuchina. Now. Psychol. 1987; 1: 33-48.
29. Sikorski W. Niewerbalne komunikowanie się w psychoterapii. Psychoter. 1999; 4: 37-48.
30. Minuchin S, Nichols M. Family healing — strategies for hope and understanding. New York: Simon and Schuster; 1993.
31. Czabała JC. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: PWN; 1997.
32. Strojnowski J. Psychoterapia. Przewodnik dla osób, które chcą się odnaleźć oraz dla ich terapeutów. Wrocław: Wyd. Arboretum; 1998.

Adres: ul. Nowowiejska 5/13, 45-460 Opole

