

PSYCHOTERAPIA 1 (172) 2015

strony: 47-57

TERAPIA WIELORODZINNA DLA RODZIN Z PROBLEMEM DOMOWEJ PRZEMOCY

MULTI-FAMILY THERAPY USED IN WORKING WITH FAMILIES WITH THE PROBLEM OF DOMESTIC VIOLENCE

Barbara Józefik, Bartosz Treger

Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ
Kierownik: dr hab. n. hum. Barbara Józefik, prof. UJ

rules and techniques of therapy multifamily therapy domestic violence

Celem artykułu jest przybliżenie modelu terapii wielorodzinnej zastosowanego w pracy z rodzinami z problemem przemocy, sprawdzanego w Marlborough Family Center w Londynie, ośrodku, który od wielu lat rozwija tę metodę terapii. Bazuje ona na terapii systemowej i psychodynamicznej terapii grupowej, obejmuje równocześnie kilka rodzin, w których dochodzi do przepracowania trudnych, traumatycznych problemów w relacjach rodzinnych. Autorzy opracowania rekomendują tę formę terapii w naszym kraju i uważają, że zasługuje ona na podjęcie systematycznych szkoleń i włączenia jej następnie do praktyki terapeutycznej.

Summary: The aim of this article is to familiarize the reader with the model of the multi-family therapy used in working with families with the problem of domestic violence.

The inspiration to write this text was the authors' involvement in the European project EU's Daphne III: Multi-Family Pack Training for Professionals Working with Abusive and Violent high risk Families (MFT-V), aimed at developing the manual and training materials for professionals engaged in family therapy, for families in which violence against children was identified. The project used the experiences of multifamily therapy at Marlborough Family Center in London, the Center that for many decades creatively develops this concept of therapy and has particular experience in conducting complex interactions to families with the problem of violence. The Marlborough Family Center model, which is based on systemic therapy and psychodynamic group therapy approach, is the use of psychotherapy sessions in groups consisting of parents and children. During this psychotherapy sessions multiple techniques, including workshop techniques are used to facilitate difficult problems in family relationships. The experiences of the London team, due to its originality, may be found interesting by therapeutic teams, not only those facing the problem of violence in the family.

Wprowadzenie

Terapia wielorodzinna (Multi-family therapy — MFT) to połączenie zasad i technik systemowej terapii rodzin z psychodynamiczną terapią grupową [1]. Prowadzący ją terapeuci spotykają się z kilkoma rodzinami jednocześnie. Ten sposób pracy najczęściej stosuje się w powiązaniu z innymi metodami terapeutycznymi, ale może też stanowić samodzielną formę terapii. Terapia wielorodzinna ma długą historię: jej początek przypada na przełom lat 40. i 50. ubiegłego wieku i wiąże się z terapią rodzin pacjentów psychotycznych. Piszą

o niej: Ross (1948), Abrahams & Varon (1953), Kahn & Prestwood (1954) [za: 2]. Za ojca terapii wielorodzinnej uważa się Petera Laqueura [3, 4], który pracując z grupami rodzin pacjentów psychotycznych opisał pozytywne aspekty takiej pracy. Zaliczył do nich: wzajemne dzielenie się doświadczeniami, możliwość wspierania się, konstruktywny krytycyzm, modelowanie i wzbudzanie nadziei na zmianę.

W kolejnych dekadach terapia wielorodzinna zyskiwała na znaczeniu, np. w latach 60. ub. wieku wprowadzono grupową terapię par [5, 6]. Asen i Scholz [2] w przeglądzie badań podkreślają szerokie spectrum zastosowania terapii wielorodzinnej w leczeniu dorosłych pacjentów psychiatrycznych, a także — w coraz większym stopniu — w leczeniu pacjentów w wieku rozwojowym. Zwracają uwagę, że forma ta przynosi korzystne efekty m.in. w chorobie afektywnej dwubiegunowej, zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych, uzależnieniach od alkoholu i leków, zaburzeniach osobowości typu borderline, zaburzeniach odżywiania u młodzieży, w radzeniu sobie z różnorodnymi problemami emocjonalnymi u dzieci, takimi jak np. ADHD, zespół Aspergera, trudności wychowawcze, trudności w nauce, zaniedbanie emocjonalne. Co więcej, terapia wielorodzinna jest użyteczna jako wsparcie w leczeniu chorób somatycznych u dzieci i dorosłych, a także u osób, które doświadczyły traumy [7–11]. Zależnie od kontekstu przybiera ona różne formy, może zawierać także elementy psychoedukacji.

Pomimo swojej długiej historii i wyników wskazujących na skuteczność, terapia wielorodzinna jest wciąż w niedostatecznym stopniu regularnie wykorzystywana w praktyce klinicznej. Jednym z ośrodków, które mają szczególne zasługi dla jej rozwoju, jest Marlborough Family Center w Londynie, instytucja założona w roku 1977 przez dr. Alana Cooklina, a później prowadzona przez dr. Eię Asena. Ta systemowo zorientowana instytucja od lat pracuje z rodzinami zmarginalizowanymi społecznie. Poszukując modelu do pracy z rodzinami wieloproblemowymi zespół ośrodka, jako pierwszy w Anglii, zastosował terapię wielorodzinną wkomponowując ją w całościowy system oddziaływań terapeutycznych i psychospołecznych [1, 12, 13]. Lata praktyki pozwoliły na twórcze rozwinięcie tej formy terapii i zarazem na opracowanie jej różnych wariantów, odpowiednio do specyfiki zaburzeń. Szczególnie interesujące okazało się zastosowanie terapii wielorodzinnej w leczeniu anoreksji i pracy z rodzinami z problemem przemocy i/lub zaniedbania [2, 14].

W Polsce terapia wielorodzinna nie jest wykorzystywana w wystarczającym stopniu. Jako stały element leczenia jest stosowana w Poradni Rodzinnej Oddziału Dziennego Leczenia Psychoz SU w Krakowie [15, 16]. Interesujące są także próby prowadzenia terapii grupowej dla par podejmowane przez Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii UJ [17].

Założenia terapii wielorodzinnej

Podstawowym założeniem terapii wielorodzinnej jest umożliwienie rodzinom i ich członkom wyjścia poza własną perspektywę i wykorzystania zasobów, jakie istnieją w grupie. Proces ten dokonuje się poprzez wykorzystanie technik opartych na teorii procesu mentalizacji oraz na zasadach teamu reflektującego. Rodziny są zachęcane do pomagania innym — do dzielenia się swoimi obserwacjami, sugestiami i swoim rozumieniem

sytuacji. Niesienie pomocy pozwala inaczej spojrzeć na własne problemy oraz podnosi samoocenę.

Terapeuta rodzinny jest katalizatorem umożliwiającym nawiązywanie relacji i wchodzenie w interakcje, które w innej sytuacji nie mogłyby się zdarzyć. Powinien być uwrażliwiony na ewentualne różnice etniczne czy wynikające z przynależności do odmiennych warstw społecznych, w konsekwencji podtrzymujące stygmatyzację i wykluczenie. Warto zauważyć, że wspólne rozwiązywanie problemów, wzajemne uczenie się przy katalizującej roli terapeuty jest spójne ze współczesnym paradygmatem terapii rodzinnej, zakładającym wartość doświadczeń rodziny i uznanie jej za eksperta w rozwiązywaniu własnych problemów [18, 19].

Porównując terapię wielorodzinną z klasycznymi formami terapii rodzin i terapii grupowej zwraca się uwagę na odmiennosc obowiązujących w nich zasad i różnice w stosowaniu. Asen i Scholz [2] wskazują na wielość procesów dokonujących się w terapii wielorodzinnej i możliwe trudności w konceptualizacji granic wewnątrz- i międzygrupowych. Praca z grupą rodzin uruchamia złożone interakcje i procesy, które zachodzą wewnątrz poszczególnych rodzin (procesy wewnątrzrodzinne), pomiędzy rodzinami (procesy międzyrodzinne), pomiędzy terapeutami rodzinnymi a rodzinami i ich indywidualnymi członkami (procesy w relacji terapeuci rodzinni — pacjenci), a także pomiędzy rodzinami i terapeutami rodzinnymi, czyli całą grupą a szerszym kontekstem (procesy zewnętrzne). Dla uczestników może być trudne ustalenie jednoznacznych zasad dotyczących zachowania informacji wewnątrz grupy, a więc zasada poufności. Z drugiej strony autorzy podkreślają wiele pozytywnych zjawisk. Uczestniczenie w grupie zmniejsza izolację społeczną, poczucie odmienności i stygmatyzacji, osłabia postawy obronne i tym samym sprzyja większej otwartości i autorefleksji. Łatwiej spojrzeć racjonalnie na swoje problemy, gdy widzi się podobne u innych. Asen i Scholz [2] zwracają uwagę, że o ile trudno jest o trzeźwe myślenie i obiektywizm we własnych sprawach, o tyle znacznie łatwiej zachowuje się wrażliwość i rozsądek w sprawach dotyczących innych osób. Dlatego — jeżeli uda się stworzyć właściwe warunki — możliwe staje się dzielenie własnymi problemami i propozycjami ich rozwiązania.

Terapia wielorodzinna może być traktowana jako indywidualna, specyficzna forma terapii lub jako część większego programu oddziaływań. Może być rozumiana „jako kontekst, w którym można prowadzić inne oddziaływania terapeutyczne, takie jak praca z pojedynczą rodziną, praca z parą lub praca z pojedynczą osobą, dzieckiem lub dorosłym. Jeżeli rodziny uczestniczą w spotkaniach przez cały dzień, spontanicznie pojawiają się wydarzenia analogiczne do tych, jakie występują w codziennym życiu. Tego rodzaju zdarzenia oraz kryzysy mogą często być omawiane i »leczona« na gorąco. Podjęcie dziesięćminutowej terapeutycznej sesji »ad hoc« w grupie wielorodzinnej może przynieść więcej korzyści niż ustalona regularna sesja trwająca 50 minut kilka dni później» [20, s. 8].

Terapia wielorodzinna dla rodzin z problemem przemocy

Celem tej formy terapii (*Multi-family therapy for abusive and violent high risk families, MFT-V*) jest ograniczenie i zahamowanie przemocy wewnątrz rodziny oraz nadużywania i zaniedbywania dzieci. Obejmuje ona rodziny, w których niepowodzenia w edukacji, trud-

ności w funkcjonowaniu społecznym, konflikty z prawem powiązane są z występowaniem przemocy lub/i zaniedbania. Tak złożone i trudne sytuacje wymagają intensywnych działań, obejmujących obok terapii wielorodzinnej zazwyczaj także indywidualną terapię rodzinną, terapię rodziców, dziecka oraz inne oddziaływania psychospołeczne, np. interwencje w środowisku szkolnym czy opiekę kuratora. Wieloletnie doświadczenia londyńskiego ośrodka pokazują, że wypracowany tam model, którego podstawą jest praca z wieloma rodzinami o podobnych doświadczeniach, stanowi najbardziej efektywną metodę oddziaływania [2, 12, 13]. Jak wskazują autorzy powyższych prac, intensywna terapia MFT-V jest zalecana, gdy może objąć najbardziej dyskryminowane społecznie rodziny z różnorodnymi problemami, w których obserwujemy cykl przemocy domowej. W lżejszych i mniej chronicznych przypadkach znajduje zastosowanie podejście mniej intensywne.

Pierwszym i podstawowym zadaniem przy podejmowaniu terapii MFT-V jest zapewnienie przez terapeutów „wystarczająco bezpiecznego” settingu — bezpiecznych warunków pracy dla grupy oraz jej uczestników. Stąd, zanim rodzina zostanie dołączona do grupy terapeutycznej MFT-V, każdy z jej członków musi być oceniony pod kątem ryzyka, na jakie naraża swoje dzieci oraz inne osoby. Warto zaznaczyć, że rodziny są kierowane do ośrodka zazwyczaj przez placówki opieki społecznej, sąd lub inne instytucje. Terapeuci muszą dokonać oceny stopnia zagrożenia przemocą w kontekście obowiązującego systemu prawnego nie tylko na etapie kwalifikacji do grupy. Monitorowanie ryzyka jest procesem ciągłym, dokonującym się podczas wszystkich form oddziaływań. Jeżeli w czasie trwania terapii MFT-V rodzice nie są w stanie ochronić dzieci przed swoimi stanami emocjonalnymi lub swoją wrogością i fizyczną lub emocjonalną agresją, sam ich udział w terapii może nabrać charakteru nadużycia. Jeżeli poziom ryzyka nie może być zmniejszony i dzieci będą narażane na złe traktowanie ze strony rodziców, terapeuci muszą zakończyć pracę z rodziną, zawiadamiając o tym odpowiednie instytucje odpowiedzialne za chronienie dzieci.

Inną istotną kwestią w terapii MFT-V jest poufność, ponieważ zbudowanie klimatu wzajemnego zaufania jest niezbędne do tego, aby rodziny i ich członkowie mogli wymieniać między sobą ważne informacje dotyczące ich rodzinnego życia. Reguła, która powinna być ustalona na samym początku, jest taka, że nikt nie musi mówić w grupie o sprawach, o których nie chce mówić, a także to, że każdy jest odpowiedzialny za to, jakie informacje ujawnia. Terapeuci rodzinni mogą również rozpocząć dyskusję, czy uczestnicy grupy nie powinni podpisać zobowiązania do nieujawniania osobom postronnym tego, co dzieje się w grupie. Kwestie poufności mogą być szczególnie ważne dla rodzin, które znały się przed podjęciem terapii MFT-V lub które mieszkają po sąsiedzku, lub w niewielkich społecznościach, gdzie „wszyscy się znają”, co wywołuje dodatkowy lęk przed byciem obiektem plotek. Do dyskusji z rodzicami należy również zaprosić dzieci, ponieważ kwestie poufności omawiane podczas terapii MFT-V często odzwierciedlają rozmowy i dyskusje odbywające się w rodzinach na temat tego, o czym można mówić na zewnątrz, a o czym nie. Dzieci mogą zastanawiać się na przykład, czego ich koledzy ze szkoły chcieliby się dowiedzieć o terapii. Terapeuci rodzinni sami często zmagają się z kwestiami poufności, ponieważ podczas rozmów indywidualnych lub rodzinnych dowiadują się o sprawach, które nie mogą być ujawniane na forum grupy. Omówienie z rodziną lub poszczególnymi osobami, dlaczego pewne kwestie nie powinny lub nie mogą być ujawniane innym jest więc kwestią istotną.

W terapii MFT-V część zasad i norm jest tworzona i ustalana wspólnie w czasie pracy grupy. Zwrócenie się do jej uczestników z pytaniem: „Jakie waszym zdaniem zasady powinny kierować naszą pracą?” ma na celu pobudzenie do długotrwałej dyskusji, w której „stare” zasady mogą być weryfikowane, a nowe, wynikające z zaistniałych sytuacji i doświadczeń, wprowadzane. Ważne jest także zachęcenie grupy do dyskusji na temat sankcji za złamanie przyjętych zasad, a także ustalenie, czy sankcje te będą takie same przy pierwszym przekroczeniu, jak przy kolejnych. Zaangażowanie rodzin w ustalanie zasad i konsekwencji ich złamania daje im okazję doświadczenia własnej sprawczości.

Podręcznik terapii wielorodzinnej podaje wiele szczegółowych zasad, które są ważne w pracy terapeutycznej nastawionej na rozwiązywanie problemów domowej przemocy. Należą do nich [20, s. 7]:

- budowanie solidarności (*Wszyscy jedziemy na tym samym wózku*)
- przełamywanie stygmatyzacji i izolacji społecznej (*Nie jesteśmy jedynymi, którzy mają takie problemy*)
- stymulowanie nowych perspektyw (*Kiedy widzę te sprawy u innych, są dla mnie jasne, tymczasem u siebie ich nie dostrzegam*)
- wzajemne uczenie się (*Podoba mi się, jak inni sobie z tym radzą*)
- przegłądanie się w innych (*Robimy to tak jak wy*)
- pozytywne wykorzystanie presji grupy (*Widzę, że nie uda się uniknąć trudnych tematów*)
- wzajemne wsparcie i informacje zwrotne (*Świetnie wam idzie, a jak nam idzie?*)
- odkrywanie i budowanie nowych kompetencji (*Potrafię więcej niż myślałem, nie jestem bezradny*)
- eksperymentowanie z rodzinami „zastępczymi” i opieka nad cudzymi dziećmi (*Możemy zajmować się innymi dziećmi — podoba mi się sposób, w jaki twoi rodzice zajmują się moim dzieckiem*)
- intensyfikowanie interakcji i doświadczeń (*Tu jest jak w ulu, tu się coś dzieje*)
- wzbudzanie nadziei (*Światło na końcu tunelu – nawet dla nas*)
- ćwiczenie nowych zachowań w bezpiecznej przestrzeni (*Możemy tutaj poeksperymentować, nawet jeżeli czasem nam się nie uda*)
- pogłębianie refleksji nad samym sobą (*Widzę się teraz dokładniej — inaczej niż wcześniej*)
- promowanie otwartości i wzmacnianie pewności siebie poprzez „publiczne” wypowiedzi i interakcje (*Nikt tu nas nie ocenia, możemy się otworzyć*).

Aspekty prawne

Większość rodzin objętych MFT-V korzysta z pomocy społecznej, jest pod kuratelą sądu lub innych instytucji. Dla niektórych rodzin udział w MFT-V jest jedyną możliwością kontaktu z dziećmi i szansą na chociażby częściowe uzyskanie możliwości sprawowania nad nimi opieki. Niektóre dzieci oddane do rodzin zastępczych spotykają się z rodzicami tylko podczas sesji MFT-V.

Ze względu na bezpieczeństwo dzieci oraz innych członków rodzin zespół londyński sformułował także przeciwwskazania do udziału w MFT-V [2]. Po pierwsze, osoby dorosłe

(rodzice lub opiekunowie) aktualnie mający poważne lub ostre zaburzenia psychiczne, takie jak nasilone objawy wytwórcze lub głębokie zaburzenia depresyjne, którym mogą towarzyszyć myśli i tendencje samobójcze, nie powinny uczestniczyć w tej formie terapii. Dotyczy to także osób stosujących substancje psychoaktywne lub uzależnionych od alkoholu. Wymogiem wstępnym do wzięcia udziału w terapii MFT-V dla osób uzależnionych jest sześciomiesięczna abstynencja. Dalsze wykluczenia obejmują osoby dorosłe i nastoletnie, które są sprawcami przemocy seksualnej lub u których zdiagnozowano skłonności pedofilskie, lub które dokonały poważnych przestępstw lub ataków na innych ludzi.

Kontekst instytucjonalny

Projekty MFT-V mogą być realizowane przez zespoły lub ośrodki związane z opieką społeczną, ze służbą zdrowia lub szkolnictwem. Terapia wielorodzinna może być prowadzona z różną intensywnością. W przypadku Marlborough Family Center, MFT-V jest wkomponowana w pracę oddziału dziennego (Family Day Center Unit). Rodziny obejmowane są 12-tygodniowym intensywnym programem trwającym codziennie od 9.00 do 15.30. Składają się na niego 2 sesje terapii wielorodzinnej, indywidualne aktywności członków rodziny, a także wspólnie przygotowywane posiłki. W innych ośrodkach terapia wielorodzinna odbywa się 1 raz w tygodniu, lub 1 raz na dwa tygodnie lub 1 raz na miesiąc. W takiej sytuacji nie wymaga ona dużej przestrzeni: do prowadzenia 2-, 3-godzinnych sesji MFT-V wystarcza jeden duży pokój. Przydatna jest możliwość nagrania sesji, tak aby później móc zanalizować jej przebieg, wrócić do momentów trudnych i przemyśleć dalsze strategie terapii.

MFT-V może być prowadzona już przez dwóch terapeutów rodzinnych, przy czym jeden z nich wchodzi w rolę aktywną, a drugi pozostaje obserwatorem. Terapeuci mogą zamieniać się rolami, a w doświadczonych zespołach taka wymiana może nastąpić płynnie w trakcie sesji terapeutycznej. Terapeuta będący w roli obserwatora może przebywać w sali terapii lub za lustrem weneckim, albo oglądać pracę na ekranie monitora, jeżeli są takie warunki techniczne. W praktyce jest korzystne, aby zespół liczył trzech terapeutów — zapewnia to ciągłość pracy w przypadku choroby lub urlopu jednego z nich.

Rozpoczęcie MFT-V poprzedzone jest zazwyczaj spotkaniem, w którym biorą udział przedstawiciele instytucji włączonych w rozwiązywanie problemu rodziny, dorośli członkowie rodziny i terapeuci ośrodka. Spotkanie takie ma kilka celów. Przede wszystkim pozwala sporządzić „mapę” wszystkich osób profesjonalnie zajmujących się rodziną wraz z określeniem ich obszarów działania, zadań i postawy wobec rodziny. Poza tym ułatwia zrozumienie relacji pomiędzy profesjonalistami a rodziną, sprzyja wzajemnej otwartej wymianie przez profesjonalistów uwag i niepokojów, a także umożliwia rodzicom przekazanie swojego stanowiska oraz określenie własnych obaw i potrzeb związanych z sytuacją problemową i uczestniczeniem w terapii. Wreszcie — ułatwia uzgodnienie obszarów pracy, zakresu czasowego oraz oczekiwań dotyczących zmiany relacji rodzinnych, a także dookreślenie konsekwencji braku takiej zmiany.

Rola terapeuty

W terapii wielorodzinnej szczególnie ważna jest rola psychoterapeuty. Chociaż edukacja systemowa i praca z rodzinami oraz grupowa rozwijają wiele umiejętności, w tym

stosowania technik terapeutycznych, niemniej prowadzenie terapii wielorodzinnej w opisywanym modelu wymaga specyficznych kwalifikacji. Jak już zaznaczono, terapeuta jest katalizatorem umożliwiającym nawiązywanie relacji i wchodzenie w interakcje, które w innej sytuacji nie mogłyby się zdarzyć, dzięki czemu możliwe jest zbliżenie do siebie rodzin. Wymaga to od niego aktywnej postawy, musi być nieustannie w ruchu, budując mosty pomiędzy rodzinami. Kiedy tylko rodziny lub pojedyncze osoby nawiążą kontakt, terapeuta stopniowo wycofuje się i oddaje im pole. W tym procesie pomocna jest zarówno postawa terapeuty, jak i umiejętność stosowania właściwych technik terapeutycznych. Asen i Scholz [2] podkreślają, że ważna jest np. umiejętność niekoncentrowania wzroku na jednej osobie, tylko swobodne przenoszenie go z jednej osoby na drugą. To płynne wodzenie spojrzeniem, określone przez nich jako *skanowanie*, jest sygnałem częściowej obecności i bez podkreślania własnej roli ułatwia zdobycie i utrzymanie metapozycji. Innym ważnym aspektem jest *wielopozycyjność*. Przenoszenie wzroku może być poparte ruchem fizycznym — terapeuta rodzinny może „przechadzać się” wokół uczestników grupy jak satelita. Celem takiego zachowania jest podchwytywanie tematów oraz dokonywanie obserwacji i aktywizowanie członków rodzin. Terapeuta MFT-V najczęściej nie potrzebuje krzesła, nie musi siedzieć, ponieważ pozostaje w ciągłym ruchu, spacerując, zatrzymując się lub przyklękając obok rodziny lub konkretnej osoby. Np. terapeuta może przykucnąć przy danej osobie, gdy dostrzeże, że ma ona trudności z włączeniem się w zadanie lub rozmowę i poprzez przyłączenie się do niej pomóc jej w ich przezwyciężeniu. W tym sensie jego zachowanie różni się od zachowania terapeuty grupowego pracującego w podejściu psychodynamicznym, a także terapeuty rodzinnego pracującego z jedną rodziną. Oznacza to, że terapeuta MFT-V jest aktywny jedynie czasowo, a następnie „przekazuje pałeczkę” członkom rodziny. Jego praca polega na wchodzeniu w sytuację i wychodzeniu z niej, poruszaniu się jakby w tańcu, dzięki czemu pozostaje jednocześnie blisko i daleko. Terapeuci pracujący w tym modelu muszą mieć umiejętność nawiązywania dobrego kontaktu zarówno z dorosłymi, jak i dziećmi. Warto zaznaczyć, że w terapii wielorodzinnej część spotkań odbywa się w dużej grupie obejmującej rodziców i dzieci, a część w odrębnych podsystemach rodziców i dzieci.

Podsumowując rolę terapeutów należy podkreślić ich zadania. Pierwszym jest budowanie bezpiecznego settingu; drugim — zachęcenie rodzin do aktywnego uczestnictwa w konkretnych działaniach terapeutycznych; trzecim — doprowadzenie do zmiany zachowań ocenionych przez rodziny jako nieadaptacyjne. Całemu procesowi terapii musi towarzyszyć rezygnacja z roli eksperta i oddanie jej członkom grupy. Współpraca pomiędzy terapeutami dokonuje się poprzez zmiany w ich aktywności. Techniki terapeutyczne prowadzone są zamiennie raz przez jednego, raz przez drugiego terapeuta. Obecność dwóch terapeutów oraz trzeciego członka zespołu pozwala na pełniejsze rozumienie dynamiki grupy, emocji, relacji oraz daje ciągłą możliwość wspierania się w trakcie sesji i po ich zakończeniu.

Pracując z osobami, które doświadczyły licznych traum — a tak zazwyczaj bywa, gdy konfrontujemy się z przemocą — terapeuta musi mieć umiejętność elastycznego reagowania i właściwego kierowania procesem grupowym, tak aby jego przebieg był korzystny dla wszystkich uczestników. Stąd ważny aspekt strukturywania spotkań, wprowadzania zadań — niekiedy wspólnych dla całej grupy, innym razem oddzielnych dla rodziców i dzieci — omawiania trudnych kwestii z wykorzystaniem ćwiczeń i technik warsztatowych.

Ważnym zadaniem jest przewidywanie momentów trudnych, krytycznych w pracy grupowej i umiejętność ich terapeutycznego rozwiązywania.

Fazy terapii

Rodziny zapraszane do udziału w terapii MFT-V mogą być znane terapeutom rodzinnym z wcześniejszej lub bieżącej pracy terapeutycznej, mogą też być kierowane z innych instytucji, takich jak opieka społeczna, ośrodki związane z opieką psychologiczną i psychiatryczną, szkoły. Większość rodzin początkowo niechętnie podchodzi do propozycji spotykania się z innymi rodzinami i rozmawiania na tematy, które uważają za sprawy osobiste i wewnątrzrodzinne, nienadające się do „publicznego ujawniania”.

Spotkanie wstępne

Rozpoczęcie terapii powinno być poprzedzone spotkaniem wstępnym. Jego celem jest stworzenie sytuacji, w której rodziny mogą doświadczyć korzyści, jakie daje uczestnictwo w grupie, co spowoduje, że będą one chciały wrócić. Terapeuci rodzinni powinni jasno i jednoznacznie poinformować, na czym polega działanie grupy. Powinni się również zorientować, jakie są oczekiwania rodziny i dlaczego szuka ona pomocy. Tego rodzaju spotkanie daje rodzinie przedsmak tego, czym jest terapia i umożliwia podjęcie bardziej świadomej decyzji, czy chcą brać w niej udział.

Spotkania mogą trwać do dwóch godzin i powinny być zorganizowane późnym popołudniem lub wieczorem, tak aby ograniczyć możliwość usprawiedliwiania nieobecności koniecznością pracy. Należy je dobrze zaplanować, ponieważ może się na nim pojawić 12 do 25 osób, więc potencjalnie może zapanować duży chaos. Aby uniknąć sytuacji, które mogłyby wzbudzić u uczestników niepotrzebne lęki, terapeuci rodzinni powinni przejąć kierowanie przebiegiem spotkania. Sala, w której ma się odbyć spotkanie, powinna wyglądać zachęcająco, dobrze jest również zadbać o zapewnienie napojów i przekąsek, co pozwoli rodzinom na skupienie się na nieformalnych aspektach spotkania. W jego trakcie terapeuci wykorzystują wiele ćwiczeń i technik pozwalających na szybkie poznanie się połączone z zabawą, co jest atrakcyjne nie tylko dla dzieci. Np. zamiast tradycyjnego przedstawiania się terapeuci mogą zaproponować zabawę z piłką. W jednej rundzie osoba, do której rzucono piłkę, ma wymienić swoje imię, w następnej zwierzę, które lubi, w dalszych jeszcze coś innego, np. swoje hobby. W ten sposób poznanie się osób w grupie przebiega w sposób naturalny, a ćwiczenie pomaga odkryć różnice i podobieństwa i rozwija wzajemne zainteresowanie sobą. Plusem jest wyzwolenie dużego poziomu energetycznego grupy i budowanie swobodnej atmosfery.

Spotkania wstępne mogą pomóc w zmniejszeniu lęku rodzin przed wzięciem udziału w zajęciach grupowych. Jeżeli grupa jest prowadzona w systemie otwartym i do udziału w spotkaniu zostały zaproszone rodziny, które ukończyły terapię, ich doświadczenia mogą stanowić inspirację dla nowych uczestników.

Faza koncentracji na problemie

Po wstępnym etapie spotkań, kiedy już powstaną więzi pomiędzy członkami grupy, następuje faza nazywania problemów i bezpośredniego odnoszenia się do nich. Jej celem

jest ograniczenie problemowych zachowań prezentowanych przez danego członka rodziny. Chodzi o to, by rodzice podjęli pełną odpowiedzialność za trudności i problemy swoich dzieci. Stąd w terapii ważne kwestie dotyczą stawiania granic, wprowadzania dopuszczalnych zachowań dyscyplinujących, wzajemnego wspierania się rodziców, umiejętności omawiania spraw dorosłych bez obecności dzieci. W tej fazie następuje również identyfikacja problemów z komunikacją oraz interakcjami związanymi z przemocą, nadużywaniem oraz zaniedbywaniem. Dla większości rodzin moment ciężkich chwil okazuje się zwykle bardzo trudny, a motywowanie ich do przetrwania tych trudnych chwil przynosi najlepsze efekty wtedy, gdy spójność grupy jest wysoka, a rodzice z poszczególnych rodzin wspierają się wzajemnie.

Zadaniem terapeuty rodzinnego jest podtrzymywanie rodziców w ich staraniach, niemodelowanie zachowań i nieprzejmowanie funkcji wychowawczych. W tej fazie, podobnie jak w następnych, dużą rolę odgrywają stosowane techniki zabawowe i ćwiczenia. Np. wstępem do rozmów o trudnych uczuciach może być ćwiczenie określone jako *zastygłe pomniki*, polegające na tym, że każdy z uczestników jest proszony, aby zastygł w pozycji ukazującej jakieś uczucie. Zadaniem pozostałych osób jest odkrycie, jakie uczucie jest przedstawiane. Może temu towarzyszyć robienie zdjęć, nagrywanie. Można tworzyć listę uczuć i przypasowywać do nich zdjęcia czy kadry z filmu. Kolejno można prosić, aby każda z osób przedstawiła takie uczucie, które najczęściej pojawia się np. w jej relacji z innym członkiem rodziny. Ćwiczenie to może być dalej rozwijane, np. można prosić o pokazanie emocji, którą chciałoby się przeżywać w kontakcie z danym członkiem rodziny. Ta technika, modyfikowana zależnie od celu, problemów grupy, dostarcza doświadczeń, które są dalej dyskutowane: W jaki sposób można wyrażać i rozpoznawać u innych różne stany emocjonalne, zwłaszcza złość i agresję? Czy można je trafnie rozpoznawać? Skąd możemy wiedzieć, co czuje druga osoba? W jaki sposób możemy udawać, że coś odczuwamy? Kiedy któryś z uczestników czuł się w ten sposób? [20].

Faza koncentracji na relacjach

W tej fazie początkowo nacisk nadal kładzie się na te wewnątrzrodzinne schematy interakcji i komunikacji, w których nie występuje przemoc i nadużycia. Stopniowo jednak następuje przeniesienie ciężaru na inne aspekty relacji. Są to kwestie związane z hierarchią w rodzinie, triangulacją, specyficznymi trudnościami w komunikacji, nieodpowiednim zaangażowaniem emocjonalnym, ukrytymi koalicjami, tajemnicami rodzinnymi itp. W fazie tej bada się również, jakie znaczenie ma i jaką rolę odgrywa przemoc w bliższej i dalszej rodzinie, oraz jakie w niej panują stałe i transgeneracyjne wzorce rodzinne. Identyfikuje się dostępne wewnętrzne i zewnętrzne źródła wsparcia i zachęca rodziny do ich wykorzystywania. Pomocnym ćwiczeniem może być np. rysowanie tzw. mapy konfliktów, którego celem jest odkrycie związków pomiędzy społecznym kontekstem i problematycznymi sytuacjami a interakcjami. Kolejnym może być ćwiczenie wykorzystujące metaforę pilota do telewizora, w którym w symbolicznej formie można doświadczyć, jak ludzie kontrolują się nawzajem.

Faza zapobiegania nawrotom

Na tym etapie praca koncentruje się na przyszłości i dotyczy nie tylko tego, jak rodzina radzi sobie z przemocą, nadużyciami oraz zaniedbywaniem dzieci, ale również z innymi

sprawami domowymi. Celem jest zapobieganie nawrotom oraz wczesna identyfikacja sygnałów, które mogą je zwiastować. Na koniec pracy terapeuci rodzinni skupiają się na towarzyszeniu rodzinom w utrzymaniu zmian oraz uczestniczą w rytuałach kończących terapię.

Podsumowanie

Artykuł jest próbą przybliżenia modelu terapii wielorodzinnej rodzin z problemem domowej przemocy, wypracowanego w Marlborough Family Center pod kierunkiem Alana Cooklina i Ei Asena. Istotnym aspektem ich podejścia jest umiejętność wykorzystania zdobyczy różnych nurtów terapii rodzin oraz psychoterapii w ogóle w powiązaniu z tym, co wnosi dynamika grupowa. Zespół Marlborough Family Center akcentuje ważność pracy strukturalnej i strategicznej zakładającej odpowiedzialność rodziców za właściwą opiekę nad dziećmi, wzajemne wspieranie się w rodzicielstwie, konieczność utrzymywania jasnych granic, stosowania właściwych strategii kontroli, co jest szczególnie ważne w rodzinach z problemem przemocy i zaniedbania emocjonalnego. Prezentowane ujęcie uwzględnia kontekst transgeneracyjny, wzorce przywiązania, kwestie tożsamości powiązane z przynależnością kulturową, etniczną i rasową. Bliska współpraca Ei Asena z Peterem Fonagim, współtwórcą terapii mentalizacji, sprawia, że terapeuci rodzinni uwrażliwieni są na rozwój procesów mentalizowania w relacjach rodzinnych także poprzez stosowanie sprzyjających temu technik terapeutycznych [21]. Struktura i przebieg spotkań, podczas których łączy się techniki warsztatowe z procesami refleksyjnymi zachodzącymi w różnych podgrupach i w całej grupie, daje możliwość wykorzystania współczesnych idei terapii rodzin i sprzyja poszerzaniu rodzinnych map, zmianie znaczeń, pojawianiu się nowych opisów. Tak skonstruowany proces terapeutyczny wydaje się szczególnie korzystny dla rodzin z problemem przemocy. Strukturywanie spotkań poprzez zadania i ćwiczenia dostarcza nowych doświadczeń, które dalej są komentowane i refleksjowane w procesie grupowym zarówno przez dorosłych, jak i dzieci. Pozwala to lepiej zrozumieć różne punkty widzenia i podobieństwa. Z tych względów korzystny byłby rozwój tej formy terapii w naszym kraju poprzez systematyczne szkolenia i w dalszej perspektywie superwizję podejmowanej praktyki terapeutycznej.

Piśmiennictwo

1. Asen E, Dawson N, McHugh B. Multiple family therapy — the Marlborough model and its wider applications. New York and London: Karnac; 2001.
2. Asen E, Scholz M. Multi-family therapy. Concepts and techniques. London & New York: Routledge; 2010.
3. Laqueur HP. Multiple family therapy in a state hospital. Hosp. Comm. Psychiatr. 1969; 20: 13–20.
4. Laqueur HP. Multiple family therapy. W: Guerin PJ, red. Family therapy: theory and practice. New York: Gardner; 1976.
5. Boas CV. Intensive group psychotherapy with married couples. Int. J. Group Psychother. 1962; 12: 142–153.
6. Gottlieb A, Pattison EM. Married couples group psychotherapy. Arch. Gen. Psychiatry 1966; 14: 143–152.

7. Fristad MA, Verducci JS, Walters K, Young ME. Impact of multifamily psychoeducational in treating children aged 8 to 12 years with mood disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 2009; 66 (9): 1013–1021.
8. Kiser LJ, Donohue A, Hodgkinson H, Medoff D, Black MM. Strengthening family coping resources: the feasibility of a multifamily group intervention for families exposed to trauma. *J. Trauma Stress* 2010; 23(6): 802–806.
9. Mendes A, Paneque M, Sousa L. Are family-oriented interventions in Portuguese genetics services a remote possibility? Professionals' views on multifamily intervention for cancer susceptibility families. *J. Comm. Genet.* 2012; 3(4): 311–318, doi: 10.1007/s12687-012-0079-z. Epub. 2012 Feb 8.
10. Retzlaff R, Brazil S, Goll-Kopka A. Multifamily therapy in children with learn disabilities *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 2008; 57(5): 346–361.
11. Straits-Troster K, Gierrisch JM, Strauss JL, Dyck DG, Dixon LB, Norell D, Perlick DA. Multifamily group treatment for veterans with traumatic brain injury: what is the value to participants. *Psychiatr. Serv.* 2013; 64(6): 541–546.
12. Asen KE, Stein R, Stevens A, McHugh B, Greenwood J, Cooklin A. A day unit for families. *J. Fam. Ther.* 1982; 4: 345–358.
13. Asen KE, George E, Piper P, Stevens A. A systems approach to child abuse: management and treatment issues. *Child Abuse Neglect* 1989; 13: 45–57.
14. Asen KE. Grupa wielorodzinna w leczeniu pacjentów z zaburzeniami odżywiania się. W: Bomba J, Józefik B, red. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu?* Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 2003, s. 93–102.
15. Bogacz J, Wojnar M. Terapia systemowa w grupie wielorodzinnej. *Psychoter.* 1995; 3: 27–36.
16. Bogacz J, Wojnar M. Model pracy z rodzinami pacjentów dziennego oddziału psychiatrycznego. *Psychoter.* 1999; 2: 25–34.
17. de Barbaro B, Drożdżowicz L, Janusz B, Gdowska K, Dembińska E, Kołbik I, Furgal M. Multi-couple reflecting team. Preliminary report. *J. Mar. Fam. Ther.* 2008; 34(3): 287–297.
18. Anderson H. Becoming a postmodern collaborative therapist. A clinical and theoretical journey. Part I. Houston Galveston Institute, Taos Institute 2014. <http://www.taosinstitute.net/harlene-anderson-phd> 20.02.2014
19. White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends.* New York, London: W. W. Norton and Co.; 1990.
20. Terapia wielorodzinna. **Multifamily therapy (MFT). Materiały szkoleniowe dla profesjonalistów.** Praca z przemocą i nadużyciami w rodzinie. Rodziny z grupy wysokiego ryzyka. MFT-V e-podręcznik, UE Daphne III 2011.
21. Górska D, Marszał M. Mentalizacja i teoria umysłu w organizacji osobowości borderline — różnice pomiędzy afektywnymi i poznawczymi aspektami poznania społecznego w patologii emocjonalnej. *Psychiatr. Pol.* 2014; 48(3): 503–513.

Adres: bjozefik@cm-uj.krakow.pl