

Ryszard Izdebski

Wanda Szaszkiewicz

Zespół Leczenia Domowego Kliniki Psychiatrii

Collegium Medicum UJ

Terapia systemowa rodziny z przemocą

Autorzy omówili zakres działań podejmowanych w ramach postępowania terapeutycznego w sytuacji przemocy w rodzinie. Ponadto zaprezentowano model terapii rodzin z przemocą, opracowany przez Zespół Leczenia Domowego.

Uwagi wstępne

Przedmiotem niniejszego opracowania jest analiza możliwości zastosowania systemowej terapii rodzinnej w stosunku do rodzin, w których dochodzi do przemocy. Problem budzi szereg kontrowersji zarówno z perspektywy teoretycznej, jak też dylematów natury praktycznej. Zespół Leczenia Domowego Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Krakowie od wielu lat zajmując się terapią rodzinną na terenie domu, podejmuje się również terapii rodzin z wyżej

wymienionym problemem. Wiele rodzin trafia do terapii ze wskazań sądu, ale także w coraz większej liczbie rodzin objętych terapią z innych powodów niż przemoc, w trakcie leczenia ta problematyka zostaje ujawniana. Zdając sobie sprawę ze specyfiki terapii rodzinnej w sytuacji przemocy w rodzinie trwającej od lat i związanych z tym trudności, Zespół Leczenia Domowego usiłuje wypracować właściwe metody postępowania terapeutycznego.

Przemoc w rodzinie – rozumienie zjawiska

Istnieje szereg definicji zjawiska przemocy w rodzinie. Dla celów jej przeciwdziałania, w tym także terapii, interesujące wydają się te, które zawierają – obok ogólnych określeń – również wyjaśnienia jej mechanizmów, jak też innych praktycznych aspektów jej występowania.

Definicja Jerzego Mellibrudy określa przemoc jako intencjonalne naruszenie mocy oraz wszelkich praw i dóbr osobistych jednostki w sposób uniemożliwiający jej obronę i powodujący szkody psychiczne, fizyczne, symboliczne i materialne (Mazur 2002, s. 20).

Na aspekt „odebrania mocy” osobie, wobec której stosowana jest przemoc, zwraca uwagę Wanda Sztander, która uważa, że celem przemocy jest uczynienie z człowieka istoty bezwolnej. Podobnie określa przemoc Anna L. Galey, cytowana przez Annę Lipowską-Teutsch w *Wychować, wyleczyć, wyzwolić*. Jej zdaniem jest to *zespół atakujących, nadzorujących i kontrolujących zachowań, obejmujący przemoc fizyczną, przemoc seksualną i przemoc emocjonalną. Jest to spójna całość, ciąg zachowań o charakterze zamierzonym i instrumentalnym, którego celem jest zniewolenie*

ofiary, wyeliminowanie jej suwerennych myśli i działań, podporządkowanie jej żądaniom i potrzebom sprawcy (Lipowska-Teutsch 1998).

Przemoc opisuje ludzkie zachowanie, które wprawdzie jest poważnym zaburzeniem prawidłowych relacji społecznych, nie jest jednak definiowane w kategoriach klinicznych. Sprawcy przemocy niezmiernie rzadko uważają się za osoby zaburzone, a jeszcze rzadziej są gotowi z tego powodu podjąć terapię. Ich zachowanie na ogół nie polega na utracie kontroli pod wpływem emocji. Jeżeli przemoc tę potraktujemy jako przejaw „choroby” rodziny, to rodzinę tę można traktować jako potencjalnego „pacjenta” wymagającego terapii. Wynika z tego, iż powinno się podjąć postępowanie leczące wobec całego systemu rodzinnego, a także wobec jego podsystemów. Jest wiele wypracowanych metod tego postępowania, a jedną z nich jest systemowa terapia rodzinna, której zresztą nie zawsze można zastosować. Podjęcie jej bowiem zakłada zarówno pewną wydolność systemu rodzinnego, jak i motywację do zmiany w jego podsystemach. Od strony terapeutów wymaga się nie tylko umiejętności terapeutycznych, ale również znajomości zagadnień związanych ze zjawiskami przemocy i agresji w rodzinie oraz poza nią.

Przemoc jest najczęściej związana z agresją. Bywa jednak również zachowaniem usankcjonowanym i „wzniosłym” celem wychowawczym, takim jak np. „przywrócenie do porządku”, czy „dyscyplinowanie”.

Jej działanie jest wtedy szczególnie destruktywne, gdyż jest wkomponowane w system wychowawczy stosowany w rodzinie lub w szerszej społeczności. Jego skutki odbijają się w kolejnych pokoleniach, wywierając wpływ na pojęcie ról społecznych i innych kulturowych uwarunkowań. Nie pozostają również bez wpływu na rozwój jednostki i jej patologię. Zachowania agresywne są także pochodną przemocy stosowanej wobec człowieka w dzieciństwie. Rodzi się wtedy swoista generacyjna „spirala agresji i przemocy”, za pomocą której jednostka zdobywa poczucie kontroli nad innymi. Agresja jest zatem dobrym sposobem potwierdzania swojej przewagi, gdyż okazuje się efektywnym (to znaczy szybkim i wyrazistym) sygnałem potwierdzającym własną moc i kompetencję. To z kolei podnosi nadwątlone w przebiegu nieprawidłowej socjalizacji poczucie własnej wartości. Zbudowane jest ono na dominacji i kontroli nad osobami zależnymi od sprawcy przemocy, którym bywa „kochający” rodzic czy współmałżonek.

Zachowaniem agresywnym wobec dziecka jest jego złe traktowanie. Adam Frączek wymienia cztery podstawowe sposoby złego traktowania dziecka, takie jak: przemoc fizyczną, znęcanie psychiczne, seksualne eksploatowanie dziecka oraz zaniedbywanie (Frączek red. 1986). Z kolei do opisu przemocowych relacji na poziomie emocjonalnym pomiędzy dorosłymi partnerami używa się takich pojęć, jak wrogość, złość, gniew, a w odpowiedzi na to strach, lęk, rozdrażnienie, poczucie bezradności.

Postępowanie terapeutyczne w sytuacji przemocy

1. Interwencja w kryzysie

Przeciwdziałanie przemocy i leczenie jej skutków jest problemem społecznym wymagającym postępowania interdyscyplinarnego. Istnieją wyspecjalizowane ośrodki i zespoły zajmujące się interwencją w sytuacjach przemocy, mającą na celu jej powstrzymanie, zapewnienie bezpieczeń-

stwa ofiarom i pomoc w radzeniu sobie w kryzysie. Niezbędna jest profesjonalna pomoc ukierunkowana na złagodzenie ostrych objawów urazu u dzieci i dorosłych, będących bezpośrednim następstwem przemocy. Kładzie się tutaj nacisk na przywrócenie jednostce wiary we własne

siły tak, aby była zdolna do samodzielnego radzenia sobie w przyszłości. Wymaga to od terapeuty umiejętności dostrzegania zasobów pacjenta i nie wyręczania go we wszystkim oraz przestrzegania granic związku terapeutycznego.

2. Psychoterapia ofiar przemocy

Istnieje szereg skutecznych metod leczenia ofiar przemocy w ramach psychoterapii indywidualnej, grupowej oraz rodzinnej.

A. Psychoterapia indywidualna osób dorosłych

Powodzenie tej metody leczenia zależy od nawiązania bliskiej, bezpiecznej relacji z pacjentem. Z drugiej strony wiadomo, że osoby, które doznawały przemocy, mogą mieć z tym trudność. Należy to uwzględnić zarówno przy określaniu celów terapii, jak też jej przebiegu i czasu trwania. Zwykle jest on dłuższy (nawet do 5 lat), a częstość spotkań zależy od potrzeb pacjenta. W trakcie terapii mogą ulegać zmianie oczekiwania pacjenta w stosunku do terapeuty. Relacja terapeutyczna zwykle jest nasycona bardzo silnymi uczuciami. Wszystko to wymaga odpowiedniego podejścia ze strony terapeuty. Pomocne w tym zakresie mogą być zasady psychoterapii ofiar traumy, sformułowane przez psychiatrę Franka Ochberga. Są one następujące (Badura-Madej, Dobrzyńska-Mesterhazy 2000):

- uwzględnianie przestrzeni realności – szczególnie na początku terapii;
- podejście interdyscyplinarne – stosowanie różnych form pomocy;
- zasada bezpiecznej relacji terapeutycznej – dla odbudowania poczucia bezpieczeństwa, wpływu i kontroli;
- zasada normalizacji – uznanie własnych przeżyć za normalne wobec nienormalnej sytuacji przemocy, zasada pomaga odbudować poczucie godności własnej osób krzywdzonych;
- zasada indywidualizowania podejścia terapeutycznego wobec różnych sposobów przystosowania po urazie;

- elastyczna, otwarta postawa – aby odkryć stosowną metodę leczenia;
- wzmacnianie mechanizmów radzenia sobie i koncentracja na mocnych stronach – tych, które wspomagają proces odzyskiwania siły.

Praca terapeutyczna z ofiarą przemocy powinna zmierzać do przywrócenia jej wiary we własne siły. Pierwszym krokiem na drodze do tego celu jest odzyskanie przez pacjenta kontroli. Terapeuta powinien wspierać autonomię i podejmowanie inicjatywy przez pacjenta, który może mieć trudności z rozwiązaniem dylematu pragnienia zależności i równocześnie niechęcią poddania się władzy, ze względu na negatywne przeżycia pozostawiania w niszczącym związku. Stworzenie terapeutycznego przymierza wymaga od obu stron pracowania bardzo trudnych uczuć przeniesieniowych i przeciwprzeniesieniowych. Zadaniem pierwszego stadium leczenia ofiar urazu przemocy jest zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa (Herman 1999). Kolejne kroki to odtworzenie historii urazu i przeżycie żałoby (opłakanie strat). Dopiero po przejściu tej trudnej dla pacjenta drogi rozpamiętywania, konfrontacji z negatywnymi uczuciami, możliwy jest etap trzeci, polegający na odbudowie związków społecznych i powrocie do normalnego życia. Dopiero po swoistym odzyskaniu siebie, pacjent może odzyskać kontakt z innymi, a także nadać swojemu życiu sens. Kontakt z terapeutą stanowi podstawę tej zmiany.

B. Oddziaływania terapeutyczne wobec dzieci

W zależności od wieku dziecka stosuje się stosowną formę terapii, pamiętając zawsze o konieczności zapewnienia poczucia bezpieczeństwa jako warunku pracy terapeutycznej. Z tego powodu niekiedy praca terapeutyczna obejmować powinna dziecko wraz z jego opiekunem lub rodziną. Dotyczy to szczególnie małych dzieci. Terapia nastawiona jest zawsze na odbudowanie poczucia bezpieczeństwa oraz odbudowanie uszkodzonej więzi. Materiałem

terapii może być wspólna zabawa. Gdy mamy do czynienia ze starszym dzieckiem i możliwa jest rozmowa, zwraca się uwagę również na zbudowanie poczucia bezpieczeństwa i dopiero wtedy odpaamiętanie urazu i odreagowanie związanych z tym uczuć. W kolejnych etapach zostaje nawiązana i umocniona więź terapeutyczna. Terapeuta zwraca uwagę na pracę nad doświadczanym przez dziecko odwróceniem roli w relacjach z wykorzystującym je emocjonalnie rodzicem.

C. Psychoterapia grupowa dla ofiar przemocy

W sytuacji kryzysu, w jakim znajduje się człowiek doświadczający przemocy, niekwestionowana jest rola wsparcia społecznego. Takie wsparcie może dawać grupa osób z podobnymi doświadczeniami.

Grupy wsparcia dla ofiar przemocy mają różny charakter: mogą być otwarte i mało ustrukturyzowane, nastawione na odreagowanie i radzenie sobie z negatywnymi uczuciami, mogą zawierać elementy psychoedukacji, być skoncentrowane na uczeniu radzenia sobie w życiu. Wszystkie one nastawione są na wzajemne wsparcie w grupie, w której uczestnictwo daje poczucie bezpieczeństwa, zmniejsza izolację, pomaga odbudować więzi z innymi. Grupy wsparcia powinny być prowadzone przez profesjonalistów.

Grupy terapeutyczne – oprócz tych celów, jakie mają grupy wsparcia – stanowią miejsce do przepracowania objawów zaburzeń pourazowych. Powinny być zamknięte, zaś zajęcia w nich ustrukturyzowane. Ofiara powinna być gotowa do rekonstrukcji historii urazu w grupie, w której toczy się praca nad przekształcaniem traumatycznych wspomnień (Herman 1999). Kolejnym etapem leczenia jest odbudowanie związków i projektowanie swojej przyszłości.

D. Terapia rodzinna rodziny z przemocą

Jest to metoda budząca szereg wątpliwości zarówno z powodów praktycznych, jak i etycznych. Jednym z istotnych problemów jest trudność zachowania neu-

tralności terapeutycznej w sytuacji przemocy. Spotkania rodzinne czy małżeńskie mogą stać się wobec terapeuty sceną dalszej walki o rację. Niekiedy stają się sposobem na ratowanie rodziny, która w istocie jest w rozpadzie. Badania potwierdzają raczej małą skuteczność tej formy terapii. Z drugiej strony w sytuacji wysokiej motywacji do zmiany i przy odpowiedniej kwalifikacji do terapii, praca z rodziną z przemocą może przynieść dobre efekty terapeutyczne i to dla wszystkich jej członków. Wymaga to odpowiedniego przygotowania terapeutów rodzinnych, ich dużego doświadczenia oraz wyczulenia na sprawy związane z odpowiedzialnością.

Na podstawie własnych doświadczeń Zespół Leczenia Domowego opracował model terapii z rodziną z przemocą. Po raz pierwszy był on prezentowany w „Psychoterapii” (de Barbaro i in. 2001), a następnie dyskutowany w gronie specjalistów i weryfikowany w trakcie pracy z rodzinami. Przedstawimy go, analizując kolejne etapy pracy terapeutycznej i równocześnie akcentując trudności i dylematy terapeutów związane z obciążeniami i ograniczeniami postępowania.

I etap – nawiązanie kontaktu z rodziną

Celem tego etapu jest:

- wzajemne poznanie się rodziny i terapeutów,
- wytworzenie wewnętrznej motywacji u członków rodziny,
- wprowadzenie wątpliwości odnośnie silnego przeświadczenia członków rodziny, że zmiana destruktywnej sytuacji jest niemożliwa.

Podstawową metodą na tym etapie jest prowadzenie rozmów w taki sposób, aby rodzina uznała, że terapeuci chcą wszystkich poznać, wysłuchać, zrozumieć i pomóc. Zasadniczą trudność stanowić może wytworzenie „wewnętrznej motywacji” u członków rodziny do zmiany. W terapii rodzinnej zazwyczaj istnieje wspólny cel terapeuty i pacjenta (tym pacjentem jest rodzina),

którym jest ustąpienie objawów. Jeżeli za główny objaw czy dysfunkcję systemu rodzinnego potraktujemy przemoc, to nie zawsze motywacja do zaprzestania jej stosowania będzie jednoznaczna. Takie właśnie rodziny często kieruje do terapii sąd. Oznacza to dla nich sytuację przymusowego leczenia. Rodzi to dylemat: czy psychoterapia pod przymusem, czyli z motywacji „zewnątrznej” (nakazu, strachu przed karą), może być skuteczna, a więc czy w ogóle powinna być podejmowana? Czy to działanie w ogóle można nazwać psychoterapią?

Jeśli odpowiemy pozytywnie na to pytanie, to stajemy przed psychoterapeutycznym zadaniem „uwewnętrznienia” tej motywacji, przyjęcia jej jako własnej przez cały system rodzinny, w tym również przez sprawcę przemocy. Powinien on potraktować terapię rodziny jako taką, która jest też jego wyborem. Stanie się to wtedy, gdy uzna, że psychoterapia leży w jego interesie. Jeżeli do tego nie dojdzie, efekty leczenia nie będą trwałe. Rodzina nie dokona zmiany mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach trudnych na takie, które będą pozbawione przemocy.

Zanim przejdziemy do następnych etapów niezbędne jest, aby pierwszy etap terapii – etap **pracy nad motywacją do zmiany** – zakończyć z dobrym efektem. Do tego etapu należy też diagnoza gotowości do zmiany w zakresie ustalenia stopnia zgody każdego z członków rodziny na to, aby zachowania przemocowe trwały nadal. Jeśli ta zgoda jest znaczna, trudno będzie doprowadzić do współpracy nad ich wyeliminowaniem. Ważne jest, aby rodzina przyjęła jako warunek konieczny, że współpraca terapeutyczna oznacza brak zgody na przemoc. Chodzi o to, aby terapeuci nie pełnili roli „dra Homeostata”, czyli łagodząc tylko skutki przemocy, w istocie nie stanowili czegoś w rodzaju systemu podtrzymującego dotychczasowe patologiczne zachowania rodziny. Dlatego należy w rodzinie ustalić, kto jest najbardziej zdeterminowany i stanowi najsilniejszą opozycję wobec przemocy, pełniąc rolę „strażnika” zgłaszającego

terapeutom przypadki stosowania przemocy. Na podstawie tych informacji oraz bezpośrednich rozmów i obserwacji, terapeuci każdorazowo ustalają, czy terapia daje pozytywne efekty, czy też należy ją przerwać i przekazać sprawę organom ścigania. Trzeba się liczyć tutaj z przekłamaniami i dążeniem rodziny do utrzymania *status quo* ze strachu przed sprawcą, a równocześnie przed rozpadem. Dlatego terapeuci powinni mieć ograniczony stopień zaufania do relacji członków rodziny. Ta ostatnia kwestia stanowi poważny dylemat dla psychoterapeutów, którzy nie mogą pozostać neutralni w sytuacji nawrotu zachowań przemocowych w rodzinie.

II etap – opisanie problemu rodziny

Celem tego etapu jest stworzenie wiarygodnego, dokładnego, szczegółowego opisu zajęć związanych z przemocą zarówno przeszłych, jak i aktualnych, gdyż:

- a) samo podzielenie się doznana krzywdą zazwyczaj przynosi ulgę;
- b) stanowi akt zarejestrowania przemocy, a drobiazgowość opisu nadaje rangę temu, co jest opisywane;
- c) poprzez szczegółowy opis dociera się do różnych informacji, które mogłyby nigdy nie zostać przekazane, a są ważne;
- d) osoby poszkodowane, np. dzieci, mogą mieć uczucie, że ktoś spoza rodziny wie co się w niej się działo, jaka krzywda je spotykała. Osoba stosująca przemoc wie, że to, co robiła, zostało ujawnione i należycie oświetlone, oraz że otwarta rozmowa na ten temat będzie kontynuowana;
- e) w ten sposób zostaje przełamane tabu, że przemoc jest problemem wstydlivym i trzeba o niej milczeć, oraz że mówienie o sprawach drastycznych „przy dzieciach” im szkodzi;
- f) zostaje opisany impas rodziny, bezradność jej członków, wieloletnie tolerowanie zachowań agresywnych oraz niekiedy ogromnie złożone lub nieodwracalne następstwa.

To, co jest istotne na tym etapie, to prowadzenie rozmów w taki sposób, aby można było w nich poruszać trudne dla rodziny sprawy. Terapeuta musi być prawdziwie gotów usłyszeć różne drastyczne historie, a członkowie rodziny powinni tę gotowość odczuwać.

Specyfika rozmowy terapeutycznej polega na tym, że terapeuci posługują się jasnym językiem do opisu zachowań agresywnych, unikając z jednej strony nadmiernej dosadności, z drugiej zaś eufemizmów. Powinno dojść do wysłuchania relacji członków rodziny w obecności osoby, która tę przemoc stosuje. Należy dążyć do jasnego określenia na czym to konkretnie polega, jakie są jej formy, nasilenie, częstotliwość, wobec kogo jest stosowana. Powinny powstać opisy konkretnych zachowań, bez unikania przedstawiania drastycznych faktów. Unikanie drastyczności może wynikać z deklarowanej potrzeby (członków rodziny lub terapeutów) „oszczędzenia” dzieci, aby nie przeżywały znów traumatycznych wydarzeń, a naprawdę wynika najczęściej z chęci oszczędzenia wstydu sprawcy, lub po prostu z lęku przed karą sądową. Działa tu czasem nieświadomy mechanizm obronny: to o czym się nie mówi, nie miało miejsca, można to wyrzucić z pamięci. Jest to również często dążenie do poprawienia obrazu rodziny przez podtrzymywanie tajemnic rodzinnych.

Terapeuci przyjmują inną strategię. Aby coś się skończyło, trzeba do tego wrócić, omówić to, przeżyć raz jeszcze, zrozumieć to w inny, niż dotychczas sposób, ale zgodny z jawną rzeczywistością i dopiero wtedy zamknąć. Tajemnice rodzinne nie sprzyjają odrzuceniu zachowań destrukcyjnych i krzywdzących, lecz raczej je chronią. Stąd konieczność prowadzenia szeregu rozmów opisujących konkretne sytuacje w rodzinie. Nawet wówczas, gdy budzi to silny opór członków rodziny.

III etap – uzgadnianie warunków terapii rodzinnej

Celem tego etapu jest przyjęcie przez

rodzinę, a w szczególności przez sprawcę:

- a) oceny przemocy jako zachowań szkodliwych i niedopuszczalnych;
- b) założenia, że zachowania związane ze stosowaniem przemocy nie polegają na utracie kontroli, lecz przeciwnie – są formą sprawowania skutecznej kontroli. Osoba stosująca przemoc powinna przyjąć do wiadomości, że są to działania świadome, że posiada kontrolę nad swoimi impulsami i potrafi w różnych innych sytuacjach zachować się nie agresywnie;
- c) warunku koniecznego, że dalsza terapia jest możliwa jedynie wówczas, gdy przemoc w rodzinie ustanie.

W istocie dopiero po przyjęciu przez uczestników terapii powyższych założeń jest możliwe kontynuowanie terapii w kierunku głębszych zmian zarówno w systemie rodzinnym, jak też w świadomości poszczególnych podsystemów (współmałżonków, dzieci, innych członków rodziny). Niestety, praktyka pokazuje, że po okresie „poprawy” właśnie na tym etapie pracy terapeutycznej może dojść do załamania motywacji do zmiany i wycofania z terapii pod pozorem tego, że przemoc ustała lub wręcz do jej powrotu.

Trzeba pamiętać, że przemoc w rodzinie często idzie w parze z uzależnieniem od alkoholu, z podobnymi wzorcami z przeszłości, z trudnościami socjalnymi, biedą, bezrobociem, niskim statusem społecznym, związaną z tym izolacją dzieci. Dlatego często same rozmowy nie wystarczą. Terapeuci podejmują niekiedy działania interwencyjne, które wprawdzie mogą być nadmierną ingerencją w życie rodziny, ale których zaniechanie byłoby znacznie poważniejszym błędem. Wymaga to wydolności zespołu terapeutycznego do współpracy z sądem i innymi instytucjami. Rodzina musi mieć pewność, że terapeuci są gotowi poinformować sąd w sytuacji, gdy znów dojdzie do przestępstwa, jakim jest znęcanie się nad drugim człowiekiem.

IV etap – kontynuowanie terapii na głębszym poziomie

Celem etapu jest pogłębienie omawianych problemów poprzez:

- a) analizowanie przeszłości rodziny, wzorców generacyjnych, osobistych doświadczeń rodziców, ich relacji małżeńskiej. Niejednokrotnie ich własna historia, historia dorosłego życia była „rozbita” gniewem, wrogością, poniżaniem, biciem i zaniedbaniem;
- b) powrót do weryfikacji „zgody” członków rodziny na przemoc, podtrzymywania przez rodzinę przekazu o „bezsilności” wobec agresora. Terapeuta musi uważać, aby samemu nie ulec sile przekazu o bezsilności, ponieważ zmiana tego stereotypu myślenia jest podstawą zmiany w rodzinie. Jeśli się go przyjmie, uznaje się, że bezsilni rodzice nie ponoszą odpowiedzialności za sytuację i że dzieci muszą przyjąć swoją rolę – rolę ich ofiar;
- c) omówienie korzyści, jakie przynosi ofierze (najczęściej jest nią kobieta) rola ofiary;
- d) ukazywanie mechanizmu, w jaki sposób rodzice wikłają swoje dzieci w to, aby stanowiły ich „drużynę” we wzajemnej walce, której wcale nie chcą zakończyć;
- e) uświadomienie, w jaki sposób przejmowana przez dzieci odpowiedzialność za bezpieczeństwo matki i istnienie rodziny jako całości zmienia ich widzenie świata;
- f) podtrzymywanie zmiany w zachowaniu osoby stosującej przemoc. Osoba, która do tej pory kojarzyła się raczej z działaniem, rozkazem, terrorem i strachem zaczyna mówić o sobie, odsłaniając tym samym „ludzkie oblicze”. Może to spowodować, że zostanie inaczej odebrana i potraktowana przez innych. Ma szansę się dowiedzieć, że pomimo doznanych krzywd, osoby bliskie są

gotowe jej przebaczyć i kochać ją. Jest to silnie korektywne doświadczenie dla sprawcy przemocy.

Celem terapii rodzinnej w ogóle, a w rodzinach z przemocą w szczególności, jest wytworzenie nawyku w rodzinie do prowadzenia szczególnego rodzaju rozmowy, w której:

- a) opinie wszystkich członków rodziny są szanowane;
- b) osoba, która mówi jest słuchana i inni starają się ją rozumieć;
- c) wypowiedane są zdania, których dotąd wypowiedzieć nie było wolno;
- d) dzieci zostają dopuszczone do głosu, wysłuchane i nic im nie grozi, jeśli powiedzą to, co myślą. Uczą się wyrażać wprost swoje odczucia, a nie poprzez chorobowe symptomy;
- e) dzieci przestają być jedynie obiektami do odreagowywania napięć;
- f) prezentowane są różnice zdań pomiędzy członkami rodziny, ale nie przerażają one w agresywny konflikt.

Jest oczywiste, że wyżej wymienione cele są tym trudniejsze do uzyskania, im bardziej utrwalone były dotychczasowe wzorce relacji i komunikacji. Jednym z nich jest poczucie bezsilności i łatwości poddawania się bezradności oraz szukania oparcia w systemie pomagania. System terapeutyczny może się czuć przeciążony pojawiającą się w tym etapie frustracją, gdy nie ma widocznych efektów w stosunku do wkładu pracy terapeutycznej. Musi bronić się sam przed poczuciem bezsilności. W tej fazie terapii pomocna jest superwizja, zdystansowanie się do problemu, poczucie humoru.

V etap – towarzyszenie rodzinie w poszukiwaniu nowych rozwiązań

Celem tego etapu jest praca nad znalezieniem i utwaleniem nowych wzorów relacji,

gdy ustanie przemoc. Materiałem do pracy w tej fazie jest znów omawianie bieżącej sytuacji w rodzinie. Trudna zmiana, którą podejmują członkowie rodziny, powinna być odpowiednio wspierana i gratyfikowana. Nie uporanie się z nią grozi ryzykiem powrotu do poczucia impasu, bezsilności i frustracji, która znów może szukać ujścia w agresywnych zachowaniach. Może zaistnieć sytuacja, gdy nie dojdzie do wytworzenia nowych wzorów relacji, co spowoduje rozpad rodziny. Poszczególne jej podsystemy będą wtedy potrzebowały innej pomocy terapeutycznej. Niekiedy w trakcie terapii rodzinnej jeden z jej członków zgłasza się na własne leczenie,

np. odwykowe lub psychiatryczne. Uwzględnienie tego jest bardzo istotne w pracy z całym systemem rodzinnym. To, co może znów być frustrujące dla terapeutów, to dostrzeżenie tego, iż nie zdołali „wyleczyć” wszystkich zaburzeń istniejących w systemie rodzinnym i jego podsystemach. Szczególnie zaś frustrujące może okazać się, że po ustaniu przemocy rodzina często odsłania inne problemy wymagające pracy nad nimi, nie zawsze okazując do tego gotowość.

VI etap – zakończenie terapii

W tej fazie pracy może dojść do rozstania z rodziną lub przeformułowania celu dalszych spotkań terapeutycznych.

Podsumowanie

Wszystkie wymienione sposoby terapii wobec ofiar przemocy dążą do odbudowania poczucia bezpieczeństwa tych osób i poczucia kontroli, dzięki czemu odzyskują one poczucie własnej wartości i pozbywają się dotkliwych objawów. Jednak nieuchronne w terapii jest przejście przez etap analizy doświadczeń urazowych po to, aby się od nich uwolnić. Dopiero wtedy możliwe jest zbudowanie satysfakcjonujących relacji społecznych. W sytuacji systemowej terapii rodziny z przemocą dzieje się to w rodzinie, która ma szansę dokonać zmiany będącej przekonstruowaniem wzorców przekazywanych następnemu pokoleniu.

Kluczowe wydaje się wypracowanie sposobów terapeutycznego postępowania w fazie rozpoznawania przemocy w rodzi-

nie, a nie czekanie na jej skutki w postaci objawów psychopatologicznych u ofiar oraz izolacji sprawców przez wymiar sprawiedliwości. Zmienia to pozycję psychoterapeuty na bardziej aktywną i zaangażowaną w proces przeciwdziałania przemocy. Jest to prawdziwe wyzwanie dla współczesnej psychoterapii, która szuka nowych metod postępowania w sytuacji przemocy w rodzinie. Napotyka ona przy tym szereg utrudnień, wynikających zarówno z naturalnych ograniczeń stosowania psychoterapii, jak też z uprzedzeń, które towarzyszą specjalistom zajmującym się leczeniem zaburzeń bez uwzględnienia kontekstu ich występowania. Wydaje się, że podejście systemowe może być przezwyciężeniem wielu dylematów terapeutycznych.

Bibliografia

- Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A. (2000), *Przemoc w rodzinie – interwencja kryzysowa i psychoterapia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Barbaro de B. (1994), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Barbaro de M. i in. (2001), *Specyfika systemowej terapii rodziny z przemocą*, „Psychoterapia” nr 4 (119).
- Bielawska-Batorowicz E., Golińska L. (1997), *Przemoc w rodzinie*, w: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch, *Wobec przemocy*, Wydawnictwo All, Kraków.

- Frączek A., red. (1986), *Studia nad uwarunkowaniami i regulacją agresji interpersonalnej*, Ossolineum, Wrocław.
- Glaser D., Frosh S. (1995), *Dziecko seksualnie wykorzystywane*, PZWL, Warszawa.
- Herman J.L. (1999), *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Lipowska-Teutsch A. (1998), *Wychować, wyleczyć, wyzwolić*, PARPA, Warszawa.
- Mazur J. (2002), *Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Piekarska A. (1994), *Przemoc w rodzinie. Agresja rodziców wobec dzieci. Przejawy i psychologiczne uwarunkowania*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.
- Pospiszyl I. (1994), *Przemoc w rodzinie*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Strelau J., red. (2000), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.