

**Dariusz Baran**

**„TERAPIA WIELORODZINNA W LONDYŃSKIM OŚRODKU „MARLBOROUGH FAMILY SERVICE” W KONTEKŚCIE SYSTEMU OCHRONY DZIECKA I WSPARCIA RODZINY W WIELKIEJ BRYTANII.”**

**Rys historyczny rozwoju pracy socjalno-opiekuńczej z dzieckiem i rodziną w Wielkiej Brytanii**

Ustawa dotycząca opieki nad dziećmi z 1948 roku w Wielkiej Brytanii określała fundamentalną zasadę pracy socjalno-opiekuńczej z dziećmi, że najważniejsze jest dobro dziecka. W tym czasie powszechnie obowiązującym sposobem rozumienia potrzeb indywidualnych i psychopatologii jednostki była psychoanaliza. Dominował model pracy indywidualnej. To podejście zakładało istnienie pomiędzy klientem i pracownikiem socjalnym „bezpiecznych” lub „dobrych” stosunków. Rolą pracownika socjalnego było okazanie uczucia, chęci niesienia pomocy, dawanie pewności siebie oraz sprawianie wrażenia kontrolowania sytuacji. W relacji ze swoim klientem pracownik socjalny był „dobrym rodzicem”, zaangażowanym w proces rozwiązywania problemów i trudności klienta w odgrywaniu jego ról społecznych. Praca indywidualna z dziećmi w początkowym okresie opierała się na wykonywaniu statutowych obowiązków, odwiedzaniu dzieci i utrzymywaniu z nimi kontaktów w miarę zmieniania się środowiska, w którym przebywały. Większość literatury w dziedzinie pracy socjalnej wyrażała stanowisko, że pracownik powinien pełnić obowiązki „rodzicielskie” w stosunku do dziecka, którego rodzice zawiedli (por. Britton, 1954)<sup>1</sup>.

W latach pięćdziesiątych pojawił się pogląd, że praca indywidualna z klientem powinna koncentrować się na celach krótkoterminowych, poprzez edukację w dziedzinie rozwiązywania problemów, a nie na bliżej nieokreślonych celach długoterminowych zmiany jego charakteru (por. Perlman, 1957)<sup>2</sup>. W następstwie tego poglądu rozwinęło się podejście „psycho-społeczne”, które było próbą połączenia metod ukierunkowanych na rozwiązywanie wewnętrznych psychologicznych trudności z metodami łagodzenia stresów środowiskowych. Zarówno czynniki wewnętrzne jak i zewnętrzne były wykorzystane do tworzenia warunków dla

---

<sup>1</sup> por.: C. Britton, *Child care*, [w:] *Social Casework in Great Britain*, red. C. Morris, London 1954, s. 167-194.

<sup>2</sup> por.: H.H. Perlman, *Social Casework: A Problem-solving Process*, Chicago 1957.

stabilnego, pełnego zaufania i wzajemnej pomocy związku pomocowego (por.Hollis,1964)<sup>3</sup>. Praca indywidualna miała dużo wspólnego z ideą psychoterapii i była pod dużym wpływem modelu medycznego (por. Kahn i Nursten, 1968)<sup>4</sup>.

W latach sześćdziesiątych dokonała się radykalna zmiana w poglądach na temat pracy socjalno-opiekuńczej. Poddano gruntownej krytyce pracę indywidualną jako metodę pracy socjalnej. Rozszerzono zakres zainteresowania pracownika socjalnego z jednostki na struktury społeczne i ekonomiczne oraz zalecano działania kolektywne, jako metodę pracy socjalnej. Dążono przede wszystkim do zredukowania różnic klasowych i związanej z nimi niesprawiedliwości społecznej. W tym okresie pracownicy socjalni, którzy kontynuowali swoje działania oparte głównie na pracy indywidualnej, rozwijali model indywidualnej pracy z rodzinami. Potrzeba pracy indywidualnej z rodziną pojawiła się po doświadczeniach, jakie pracownicy socjalni wynieśli z pracy z dziećmi wychowawczo zaniedbanymi. Wskazywali oni na potrzebę świadczeń prewencyjnych, jako środka niesienia pomocy całej rodzinie. Ich działania w zakresie pomocy rodzinom w pracy z dziećmi pełne były zaangażowania, gdyż wierzyli, że ich bliskie kontakty zawodowe z rodziną przyczyniają się do poprawy jej funkcjonowania. Ich praca opierała się na głębokiej wierze w siłę współczucia i zaangażowania, czasami wyrażanej w praktyczny sposób, jako najsilniejszej motywacji w rozwoju osobistym i wprowadzaniu zmian. Zauważono znaczenie więzi emocjonalnej z klientem w efektywności pomocy, co oznaczało długoterminowe zaangażowanie się pracownika w pracę z rodziną, połączone z pogłębianiem wiedzy na temat trudności w jej funkcjonowaniu. Dążono do redukcji dystansu pomiędzy pracownikiem a klientem poprzez nieformalne zachowanie, zbliżanie się do rodziny w czasie szczerych dyskusji, cierpliwość oraz równe traktowanie wszystkich członków rodziny (por.Sainsbury,1975)<sup>5</sup>. Taki patriarchalny styl pracy z rodziną był charakterystyczny dla lat siedemdziesiątych (por. Searing, 2003)<sup>6</sup>.

Jednak praca indywidualna z rodzicami nigdy nie osiągnęła takiego znaczenia, aby być wpisana w statutowe obowiązki pracy socjalnej z dziećmi. Istniało potencjalne ryzyko zaistnienia niezdrowych stosunków pomiędzy pracownikami a rodzinami, które znajdowały się pod ich opieką. Na początku lat siedemdziesiątych w Wielkiej Brytanii dostrzeżono zjawisko wykorzystywania seksualnego dzieci, jako „problem społeczny”. Bezpośrednią konsekwencją

---

<sup>3</sup> por.: F. Hollis, *Casework: A Psychosocial Therapy*, New York 1964.

<sup>4</sup> por.: J. Kahn, J. Nursten, *Unwillingly to School*, London 1968.

<sup>5</sup> por.: E. Sainsbury, *Social Work with Families*, London 1975.

<sup>6</sup> por.: H. Searing, *The continuing relevance of casework ideas to long-term child protection work*, „Child & Family Social Work” 2003 nr 8, s.311-320.

sprawy śmierci siedmioletniej Marii Colwell w 1973 r. było utworzenie „rejestru dzieci zagrożonych”. Matka Marii Colwell zaraz po urodzeniu przekazała córkę pod opiekę dalszej rodziny, bo sama nie była w stanie utrzymać pięciorga dzieci. Po pięciu latach podjęła starania o odzyskanie dziecka, jednak służby społeczne nie znalazły dostatecznych powodów do przekazania dziecka matce. W trakcie tej procedury odbyło się 50 oficjalnych odwiedzin w domu przybranych rodziców Marii Colwell, w których uczestniczyli pracownicy socjalni, pielęgniarki środowiskowe, policjanci i administratorzy budynków mieszkalnych. Nie zapobiegło to jednak maltretowaniu i zagłodzeniu dziecka przez wujka, wskutek czego dziewczynka zmarła. Kolejnym wstrząsającym zdarzeniem dla opinii publicznej w Wielkiej Brytanii była śmierć Jasmine Beckford w 1984 roku. Dziewczynka umarła na skutek maltretowania przez ojczyma. Stało się tak pomimo tego, że dziecko od dwóch i pół roku było pod opieką służb społecznych. W tym czasie pracownik socjalny widział dziecko raz na dziesięć miesięcy. Wydarzenia te zapoczątkowały zmiany w kulturze organizacyjnej służb społecznych, w której dominujące znaczenie nabrała opieka nad dzieckiem oraz nacisk na procedury. Krytykowano pracowników socjalnych za zbytne wspieranie rodziców z jednoczesnym zaniedbaniem spoczywającego na nich prawnie obowiązku ochrony dziecka (por. Blom- Cooper, 1985)<sup>7</sup>.

Nadrzędność dobra dziecka i ściśle określone procedury sprawiły, że nazywanie działań pracowników socjalnych „opieką społeczną” stało się mylące. W praktyce system ochrony dziecka ma charakter kontroli społecznej, której większość dzieci i rodziców jest pod opieką instytucji, bynajmniej nie z własnej woli. Występowanie z pozycji władzy i mocy prawa pozwalało pracownikom służb społecznych określać obowiązki rodzicom, bez względu na to czy z tym się zgadzali, czy też nie. Stawiało to pracowników socjalnych przed wyzwaniem, aby jednocześnie zapewnić ochronę dziecku oraz podtrzymać dobry kontakt z rodzicami, aby uzyskać pozytywną zmianę w rodzinie. Taka sytuacja ma charakter wewnętrznej sprzeczności, gdzie wzajemnie wykluczają się „kontrola” i „pomaganie”.

Doświadczenia stosowania procedury prewencyjnej mocno ingerującej w życie rodzinne, zaowocowało również przypadkami nadużycia władzy służb społecznych, której ofiarą stawali się kochający rodzice, niesłusznie podejrzewani o maltretowanie swoich dzieci w rodzinie. Ustawa z 1989 roku zobowiązywała instytucje do partnerskiej współpracy z rodzicami. To zaostrzyło sprzeczności między działaniami na rzecz ochrony dobra dziecka a działaniami ukierunkowanymi na współpracę z rodzicami i podtrzymywanie spójności rodziny.

---

<sup>7</sup> por.: L. Blom-Cooper, *A Child in Trust*, London 1985.

Pracownicy socjalni stanęli wobec dylematu, w jaki sposób dzielić się z rodzicami odpowiedzialnością za wychowanie dzieci, jeśli ochrona dziecka zakłada możliwość niechcianej kontroli i wtrącania się w ich życie osobiste? Działania kontrolne i interwencyjne powodują gniew i strach rodziny. To jak w takiej sytuacji podtrzymać zaufanie i otwartość członków rodziny do pracownika socjalnego?

W drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych w polityce społecznej rządu Wielkiej Brytanii położono nacisk na integrację działań na rzecz opieki nad dzieckiem i rodziną poprzez współpracę między resortami i między instytucjami na każdym szczeblu władzy administracyjnej i samorządowej. Oznaczało to konieczność rozwoju umiejętności współpracy interdyscyplinarnej u wszystkich pracowników pomocy społecznej, ochrony zdrowia, edukacji, sądownictwa rodzinnego w ramach opieki nad dzieckiem i rodziną. (por. Department of Health, 1995)<sup>8</sup>.

Służby społeczne mają obowiązek reagować na każde zgłoszenie o możliwości zaniedbania, maltretowania i nadużycia dziecka w rodzinie i środowisku. W ciągu 7 dni musi być sporządzony wstępny raport, a po 35 dniach pełny raport o diagnozie ryzyka zagrożenia dziecka. Jeżeli potwierdzi się ryzyko zagrożenia, a nie ma dostatecznych przesłanek i dowodów przemawiających za skierowaniem sprawy do sądu rodzinnego, to nazwisko dziecka umieszcza się w krajowym rejestrze dzieci zagrożonych zaniedbaniami i przemocą. Na etapie diagnozy sytuacji rodzinnej dziecka pracownik socjalny organizuje „wstępną konferencję przypadku” (initial conference), na które zapraszani są pracownicy różnych instytucji mających kontakt środowiskowy z rodziną lub wiedzę na jej temat oraz sami rodzice (por. Social Service Directorate, 2005)<sup>9</sup>. Jeżeli pozwala na to wiek dziecka, to może ono również wypowiedzieć się i być wysłuchane. Rodzice są uprzednio informowani o celu spotkania, które ma na względzie dobro dziecka. Mogą oni przyprowadzić osoby wspierające, do których mają zaufanie. Na tej konferencji przypadku omawia się fakty dotyczące sytuacji dziecka w rodzinie i środowisku oraz zaprasza się rodziców do współpracy przy tworzeniu warunków optymalnego rozwoju dla dziecka. Tworzy się plan działań służących ochronie dziecka, w ramach którego każda instytucja i rodzice mają określone obowiązki i zadania. Po trzech miesiącach i pół roku dokonuje się ewaluacji efektów realizacji planu z punktu widzenia dobra dziecka. Nazwisko dziecko może figurować w rejestrze dzieci zagrożonych do dwóch lat. Tyle czasu mają służby społeczne na wyjaśnienie wszelkich wątpliwości dotyczących ryzyka

---

<sup>8</sup> Por.: Department of Health, *Child Protection: Messages from Research*, London 1995.

<sup>9</sup> Por.: Social Services Directorate, *Children's Services - Information Sheet Four - Initial Child Protection Conferences*, Newcastle City Council 2005.

przemocy i zaniedbania wobec dziecka albo na udzielenie skutecznej pomocy dziecku i rodzinie bez przekazywania sprawy do sądu rodzinnego, który może wprowadzić zarządzenia opiekuńcze i odebrać dziecko rodzicom.

Wiele rodzin znajdujących się w polu zainteresowania opieki społecznej ma wielorakie potrzeby i skomplikowane problemy, a zadaniem pracownika socjalnego jest poszukiwanie rozwiązań zarówno w samej rodzinie, jak i w jej najbliższym otoczeniu. Rejestracja jest następstwem nieudanych wysiłków niesienia pomocy przez rodzinę, przyjaciół i sąsiadów. Na tym etapie pracownik ma niezbędne pełnomocnictwa (wynikające z litery prawa) do bezpośredniej rozmowy z rodziną i do mówienia o bolesnej rzeczywistości dotyczącej stosunków rodziców z ich dzieckiem. W powyższej procedurze uwzględnia się fakt, że często rodzice dzieci, podejrzewani o nadużywanie władzy rodzicielskiej, wykorzystywanie lub zaniedbywanie, są często ludźmi ze złożonymi problemami osobistymi i z bagażem urazowych doświadczeń wyniesionych z własnego dzieciństwa. Dlatego ochrona dziecka obejmuje również ofertę pomocy dla rodziców. Zwykle rodzice spostrzegają pracownika socjalnego jako przedstawiciela władzy i instytucji, która ingeruje w ich życie osobiste, co wzbudza nieufność i wrogość ograniczając możliwości zbudowania relacji służącej pomaganiu. Współpraca wielu instytucji umożliwia pokierowanie rodziców po pomoc tam, gdzie mogą oni liczyć na wysłuchanie i zrozumienie ich starań na rzecz dziecka. Rodzice, którzy się na to zgodzą mogą korzystać z poradnictwa i terapii rodzinnej.

### **Diagnoza systemowa potrzeb rozwojowych dziecka i jego sytuacji rodzinnej**

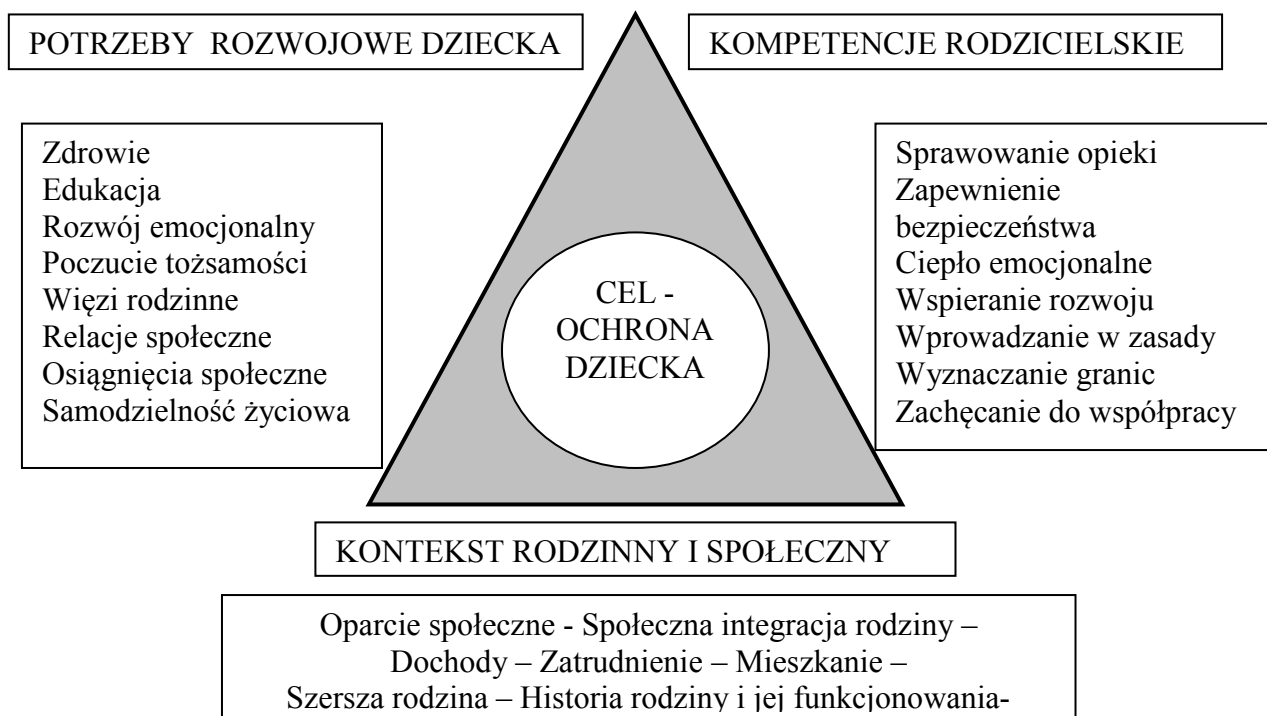
W Wielkiej Brytanii zalecana jest diagnoza sytuacji rodzinnej dziecka według metody trójkąta diagnostycznego (por. Department of Health, 2000)<sup>10</sup>. Diagnoza obejmuje trzy wymiary, które razem tworzą schematycznie ramiona trójkąta:

- potrzeby rozwojowe dziecka
- kompetencje rodzicielskie w opiece nad dzieckiem i wychowaniu
- kontekst rodzinny i społeczny.

---

<sup>10</sup> Por.: Department of Health, *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*, London 2000.

## TRÓJKĄT DIAGNOSTYCZNY W DIAGNOZIE DZIECKA I RODZINY



(źródło: Department of Health, *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*, London 2000, s.17)

Diagnoza etapu rozwojowego dziecka odpowiednio do jego wieku, pozwala określić, czy potrzeby rozwojowe dziecka są dobrze zaspokajane w różnych sferach: zdrowie, realizacja obowiązku szkolnego, rozwój emocjonalny, poczucie tożsamości i kompetencji, umiejętność pełnienia ról społecznych i autoprezentacji, zdolność do empatii i utrzymywania stabilnych związków uczuciowych z innymi, umiejętność troski o siebie, samodzielność na miarę wieku dziecka.

Ocena kompetencji rodzicielskich obejmuje przede wszystkim zdolności rodziców do budowania więzi emocjonalnej z dzieckiem oraz stawiania granic i wymagań, które zapewniają bezpieczeństwo i stymulują rozwój dziecka. Rodzice powinni umieć zapewnić opiekę w zakresie potrzeb fizycznych dziecka, pożywienia, schronienia, ciepła, ubrania, higieny osobistej i opieki medycznej. Zapewnienie bezpieczeństwa dotyczy z jednej strony zagrożeń zewnętrznych, jak chociażby ochrona przed kontaktami z osobami obcymi, a z drugiej strony dziecko trzeba chronić przed ryzykownymi zachowaniami dla niego samego poprzez stawianie granic i wprowadzanie w zasady. Wspieranie emocjonalne dziecka wymaga od rodziców wiedzy o potrzebach rozwojowych dziecka, umiejętności nazywania uczuć, zachęcania do

samodzielności, potwierdzania trwałości więzi. Rodzice powinni umieć dbać o siebie i swoją relację małżeńską. Nawet, jeżeli rodzice żyją osobno, to ich zadaniem jest umieć współpracować ze sobą w sprawach dotyczących dziecka. Istotny jest sposób radzenia sobie ze stresem przez każdego z rodziców, ryzyko uzależnienia od środków odurzających oraz innych kompulsywnych form aktywności, np. pracoholizm, hazard, gry komputerowe, Internet itp.

Opis funkcjonowania dziecka i jego rodziny w kontekście społecznym obejmuje powiązania i zależności z szerszą rodziną, sąsiadami oraz instytucjami. Znaczenie mają aktualne warunki mieszkaniowe, aktywność zawodowa rodziców, integracja z lokalną społecznością. Zrozumienie faktów z historii może mieć znaczący wpływ na zrozumienie tego, co się w niej aktualnie dzieje. Zdolność rodziców do wypełniania obowiązków rodzicielskich może mieć ścisły związek z wydarzeniami z ich przeszłości. W historii rodziny mają znaczenie cykl życia rodzinnego, przekazy międzypokoleniowe, doświadczenia urazowe separacji, straty, przemocy, zaniedbania w dzieciństwie i młodości samych rodziców. Opis wzorców interakcyjnych w rodzinie i mechanizm dziedziczenia pokoleniowego pozwala zrozumieć obecny styl życia i strukturę rodziny w kategoriach, przymierzy, koalicji oraz granic międzypokoleniowych. Rodzina funkcjonuje inaczej w normalnych warunkach niż w sytuacji stresowej. Wyuczona strategia radzenia sobie ze stresem może zawierać wzorce zachowań, które, zamiast pozytywnych rozwiązań, podtrzymują problem lub eskalują napięcia i konflikty w rodzinie. Przedłużający się konflikt pomiędzy rodzicami może mieć niszczący wpływ na dziecko. Znaczenie mają również pozycja dziecka w rodzinie i relacje między rodzeństwem.

Diagnoza systemu rodzinnego i jakości opieki rodzicielskiej spełnia jednocześnie dwie funkcje, które z założenia mają sprzeczne cele. Z jednej strony wywiad środowiskowy i zbieranie danych o członkach rodziny służy ocenie stopnia ryzyka zagrożenia dziecka w rodzinie w kontekście zgłoszenia o sytuacji przemocy lub zaniedbania dziecka. Kiedy istnieją wystarczające dowody dokonanej przemocy lub przesłanki wysokiego ryzyka jej wystąpienia w przyszłości, to sprawa kierowana jest do sądu rodzinnego, który może postanowić o zabraniu dziecka z domu rodzinnego i o umieszczeniu w rodzinie zastępczej. W Wielkiej Brytanii możliwe jest także postanowienie sądowe o tym, że podejrzany o przemoc zmuszony jest do zamieszkania poza rodziną. Ten aspekt diagnozy przypomina działania śledcze przy zbieraniu dowodów winy. Z drugiej strony diagnoza służy określeniu obszaru ograniczeń, zranień, konfliktów i niewydolności wychowawczej w rodzinie oraz jej zasobów i mocnych stron, które mogą być użyte do rozwiązania tych problemów. Zgłoszenie o zagrożeniu dobra dziecka może być przejawem przejściowego kryzysu, przez który przechodzi rodzina. Ewentualność

pozostania dziecka w rodzinie i ewentualność dalszej pracy terapeutycznej z rodziną wymaga myślenia pozytywnego o rodzinie, ukierunkowanego na rozwiązanie problemu.

Wstępna diagnoza jakości opieki rodzicielskiej oparta wyłącznie na jednym lub dwóch wywiadach oraz szczegółowym przestudiowaniu dostępnych w danym przypadku materiałów jest, w najlepszym wypadku, jedynie migawkowym obrazem aktualnego stanu funkcjonowania danej rodziny. Dlatego dopiero weryfikacja efektów realizacji planu pracy z rodziną po trzech miesiącach lub pół roku pozwala ocenić stopień podatności rodziny na pozytywne zmiany pod wpływem oddziaływań korekcyjno-terapeutycznych. Właśnie zdolność do zmian powinna znajdować się w centrum zainteresowania wszystkich działań podejmowanych w sferze ochrony dziecka i rodziny (Asen 2003)<sup>11</sup>, (Taylor 2003)<sup>12</sup>. Diagnoza opieki rodzicielskiej w podejściu systemowym jest nie tylko opisem zjawisk i procesów zachodzących w samej rodzinie, ale zawiera w sobie refleksję nad sposobem i efektywnością pracy z dzieckiem i rodziną ze strony zaangażowanych instytucji. Zdolność rodziny do pozytywnej zmiany nie zależy jedynie od wewnątrzrodzinnych deficytów i zasobów, ale również od sposobu pracy pracowników różnych instytucji w kontakcie z członkami rodziny.

### **Terapia wielorodzinna w londyńskim ośrodku Malborough Family Service**

Opis funkcjonowania Ośrodka Wsparcia Dziennego dla Rodzin (Family Day Unit), określanego w skrócie Ośrodkiem, który istnieje w ramach przychodni zdrowia psychicznego „Malborough Family Service” w Londynie, opiera się na publikacjach pracujących tam terapeutów Eia Asen (2001)<sup>13</sup> i (2003)<sup>14</sup>, Derek Taylor (2003)<sup>15</sup>, Sue Fyvel i Philippe Mandin (2003)<sup>16</sup> oraz doświadczeniach własnych autora artykułu ze stażu odbytego w lipcu 2004 roku oraz udziału w trzech spotkaniach klinicznych w ramach europejskiego projektu pt. „Przełamanie błędnego koła przemocy wobec dzieci i kobiet w rodzinie: analiza alternatywnych podejść z uwzględnieniem terapii wielorodzinnej zgodnie ze standardami Unii Europejskiej”, programu Daphne w 2006 roku.

---

<sup>11</sup> Por.: E. Asen, *Promoting change or collusion?*, „Context” 2003 nr 66, s. 8-9.

<sup>12</sup> Por.: D. Taylor, *In a day unit for families*, „Context” 2003 nr 66, s.10-13.

<sup>13</sup> Por.: E. Asen, N. Dawson, B. McHugh, *Multiple Family Therapy: The Marlborough Model*. London i New York 2001.

<sup>14</sup> Por.: E. Asen, *Promoting change or collusion?*, „Context” 2003 nr 66, s. 8-9.

<sup>15</sup> Por.: D. Taylor, *In a day unit for families*, „Context” 2003 nr 66, s.10-13.

<sup>16</sup> Por.: S. Fyvel, P. Mandin, *The whole is greater than the sum of its parts*, „Context” 2003 nr 66, s.14-17.



Ośrodek Wsparcia Dziennego dla Rodzin utworzyli Alan Cooklin i Eia Asen pod koniec lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku. Zadaniem Ośrodka była praca terapeutyczna z rodzinami wieloproblemowymi, inaczej nazywanymi „rodzinami chaotycznymi”. Tego typu rodziny były zwykle klientami pomocy społecznej i jednocześnie podlegały nadzorowi ze względu na niewydolność wychowawczą w opiece nad dziećmi. W przypadku tych rodzin rutynowe działania służb społecznych nie przynosiły pozytywnego efektu.

Nowatorskim pomysłem było utworzenie zamkniętej grupy terapeutycznej składającej się z sześciu rodzin (rodzice z dziećmi), z którymi terapeuci pracowali niemal codziennie, od rana do południa, przez 18 miesięcy. Na zakończenie grupowej terapii rodzin zorganizowano wyjazdowy obóz terapeutyczny z tygodniowym pobytem nad morzem. Początkowo u podstaw pracy z tymi rodzinami przeważało założenie, że potrzebują one dużo zrozumienia i akceptacji, co wymagało długiego czasu w terapii. Czas był potrzebny również do uruchomienia procesów dynamiki grupowej i wytworzenia spontanicznej struktury grupowej. Było to zgodne z ówczesnie dominującym w psychoterapii modelem terapii analitycznej i podejściem humanistycznym. Terapeuci żywili wówczas przekonanie, że rodziny trzeba ochraniać przed kontaktem z pracownikami socjalnymi, psychiatrami i sądami, którzy myśleli w kategoriach linearnych, a nie systemowych. W myśleniu linearnym zachowanie problemowe spostrzegane jest albo jako przejaw psychopatologii osoby, co jest przesłanką kierowania jej na leczenie, albo jako przejaw jej demoralizacji, co spotyka się z sankcjami karnymi oraz skierowaniem do resocjalizacji. W myśleniu systemowym zachowanie jednego członka rodziny jest komunikatem, którego znaczenie może być zrozumiałe wyłącznie w kontekście zachowań innych członków rodziny i szerszych systemów społecznych i kulturowych. Z obawy, że interwencja ze strony służb społecznych albo lekarza psychiatry doprowadzi do rozdzielenia rodziny, terapeuci oferowali rodzinom możliwość kontaktu telefonicznego o każdej porze dnia i nocy. Szybko okazało się, że szczególnie późnym wieczorem, a nawet nocą terapeuci bywali często wzywani do różnych interwencji. Z kolei za dnia w ośrodku intensywność interakcji rodzinnych była mała. Zmusiło to zespół terapeutyczny do zweryfikowania swojej postawy i odstąpiono od ochraniać członków rodziny przed konsekwencjami ich zachowań w ich środowisku zamieszkania. Długi czas terapii sprzyjał wytworzeniu silnych więzi między rodzinami i terapeutami, co prowadziło do wtórnej zależności. Kiedy zbliżał się zapowiadany koniec wielomiesięcznej terapii, to członkowie rodzin gwałtownie zaczęli zgłaszać nawrót problemów, z którymi zgłosili się do terapii. Powyższe doświadczenia zaowocowały opracowaniem znacznie krótszego i jednocześnie bardziej intensywnego programu terapeutycznego, który obejmował tylko 12 tygodni i był skoncentrowany na konkretnych

celach, określonych w kontrakcie terapeutycznym. Rodzice i dzieci przebywali w ośrodku od godziny 9 rano do 15 popołudniu. W tych rodzinach najczęściej dochodziło do nadużycia, zaniedbywania lub porzucenia dziecka, występowały problemy ze zdrowiem psychicznym, problemy szkolne, uzależnienie od alkoholu lub narkotyków, a także przemoc domowa. W przypadku wielu rodzin dzieci nie mieszkaly ze swoimi rodzicami, lecz przebywały w rodzinach zastępczych na podstawie zarządzeń opiekuńczych sądu rodzinnego. Uczestnictwo w grupowej terapii rodzinnej było szansą dla rodziców na kontakt z własnymi dziećmi i wsparciem w staraniach o odzyskanie opieki nad nimi. Program terapeutyczny obejmował planowanie aktywności i tematów do przepracowania na dany dzień w ramach określonej struktury zajęć: sesja grupowa rodziców z dziećmi, spotkanie grupowe osobno dla rodziców i dzieci, indywidualne sesje rodzinne, rejestrowane kamerą wspólne wyjścia na zakupy, do parku, na plac zabaw itp., przygotowanie obiadu przez same rodziny z ich własnych produktów żywnościowych, popołudniowa sesja grupowa rodzin i podsumowanie dnia.

Tabela 1 – Tygodniowy plan zajęć terapeutycznych.

Czas	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek
8:45- 9:30	Przybycie rodziców i dzieci	Przybycie rodziców i dzieci	Przybycie rodziców i dzieci	Przybycie rodziców i dzieci	Przybycie rodziców
9:30-10:00	Planowanie	Planowanie	Planowanie	Planowanie	Planowanie
10:00-11:00	Zajęcia rodziców ze swoim dzieckiem	Grupa wielo-rodzinna	Zajęcia rodziców ze swoim dzieckiem	Wyjścia do sklepu, parku, muzeum itp.	Indywidualne sesje pary rodziców
11:00-12:00	Indywidualne sesje rodzinne	Grupa rodziców i grupa dla dzieci	Indywidualne sesje rodzinne		Grupa dorosłych
12:00-13:00	Obiad	Obiad	Obiad	Obiad	Obiad
13:00-14:30	Grupa wielo-rodzinna	Grupa wielo-rodzinna	Grupa wielo-rodzinna	Grupa wielo-rodzinna	Sesja grupowa – czas refleksji i komentarzy
14:30-15:00	Podsumowanie	Podsumowanie	Podsumowanie	Podsumowanie	
15:00-	Opuszczanie Ośrodka	Opuszczanie Ośrodka	Opuszczanie Ośrodka	Opuszczanie Ośrodka	Opuszczanie Ośrodka

(por. Asen, *Multiple Family Therapy: The Marlborough Model*. London i New York 2001. 2001, s. 24)<sup>17</sup>

Intensywność zajęć i mnogość interakcji między członkami rodziny i w grupie rodzin stwarzała okazję do odkrywania obszarów do przepracowania i możliwość eksperymentowania

<sup>17</sup> E. Asen, N. Dawson, B. McHugh, *Multiple Family Therapy: The Marlborough Model*. London i New York 2001.

ze zmianami we wzorcach interakcji rodzinnych. Pod koniec lat siedemdziesiątych pracę Ośrodka superwizował Salvador Minuchin, twórca szkoły strukturalnej w terapii rodzin. Praca terapeutyczna została ograniczona wyłącznie do kontaktu w ramach sesji w Ośrodku. Zachowano jedynie zwyczaj organizowania pięciodniowego wyjazdowego obozu terapeutycznego dla rodzinami, które w danym roku były objęte terapią.

Na początku lat osiemdziesiątych inspirujący wpływ wywarły idee podejścia systemowego zespołu mediolańskiego. Nastąpiło otwarcie zespołu terapeutycznego Ośrodka na współpracę z siecią instytucji. W odpowiedzi na skierowanie rodziny do Ośrodka przez służby społeczne lub sąd rodzinny, zaczęto organizować wstępne konsultacje przed przyjęciem rodziny na terapię. Na wstępną konsultację kontraktową była zapraszana rodzina oraz pracownicy wszystkich instytucji zaangażowanych w problemy danej rodziny. Na spotkaniu był omawiany instytucjonalny kontekst skierowania i oczekiwane cele. Z jednej strony decyzję o podjęciu terapii podejmowali terapeuci rodzin z Ośrodka, a z drugiej strony czas do namysłu na decyzje o uczestnictwie w terapii mieli członkowie rodzin. Potwierdzenie swojej decyzji zgłaszali na drugi dzień. Kontrakt terapeutyczny zawierał ramy czasowe, specyficzne cele do osiągnięcia dla rodziny i warunki uczestnictwa w terapii. Zespół terapeutyczny zachowywał autonomię wobec instytucji kierujących w podjęciu decyzji o przyjęciu rodziny na terapię. Oczekiwania sądu rodzinnego i służb społecznych mogły odbiegać od celów i metody pracy terapeutycznej. Wysokie ryzyko naruszenia poczucia bezpieczeństwa dzieci w kontakcie z rodzicami było przeciwskazaniem do terapii rodzinnej.

Podjęcie systemowe w pracy terapeutycznej z grupą rodzin w Ośrodku wyrażało się w licznych formach udzielania informacji zwrotnych i komentowania tego co działo się w procesie terapeutycznym. Praca terapeutyczna z grupą rodzin dawała dodatkowo trzy ważne korzyści w porównaniu z indywidualną terapią rodziny. Po pierwsze członkowie rodzin uzyskiwali informacji zwrotne i komentarze nie tylko od terapeutów, ale również od innych rodzin, które znajdowały się w podobnej sytuacji, że miały swoje problemy i naciski służb społecznych. Przykładowo w trakcie omawiania w grupie wpływu na sześciolatniego chłopca postawy jego matki, która zaprzeczała lub usprawiedliwiała wszystkie agresywne zachowania jej dziecka wobec rówieśników zachowania jej dziecka, jeden z młodych ojców opowiedział historią swojego kolegi. Ten kolega miał matkę, która postępowała podobnie. Chłopak wyrósł na nieliczącego się z kimkolwiek egoistę, który w końcu pobił swoją matkę i znalazł się w więzieniu. Historia ta wywarła silne wrażenie na rodzicu. Terapeutom nie wolno byłoby posłużyć się interwencją terapeutyczną opartą na „proroctwie i straszaniu”. „Współpacjenci” w grupie terapeutycznej mogli podzielić się swoimi wrażeniami formułując je wprost i

zdroworozsądkowo. Terapeuci mogą przeformułować „zbyt ostre” interwencje tak, aby były łatwiejsze do przyjęcia. Na przykład, że stawianie granic dziecku i konfrontowanie go z konsekwencjami jego zachowania jest potrzebne do uspołecznienia w przyszłości. Po drugie rodzice uczyli się wzajemnie od siebie i dawali sobie wsparcie. Otwartość w grupie pozwalała na wgląd w doświadczenia innych rodzin. Wspólne zajęcia stwarzały okazję do różnorodnych sposobów kontaktu z dziećmi i zachowań w relacjach z dorosłymi. Po trzecie praca grupowa pozwalała na większe zaangażowanie rodziców w proces terapeutyczny, nawet poprzez wchodzenie w rolę „eksperta” dla innego rodzica. Zastosowanie innowacji technicznych pozwoliło aranżować sytuacje, w których jedna z matek obserwująca zza szyby jednostronnej interakcje drugiej matki z jej dzieckiem, na bieżąco udzielała rad i dawała wzmocnienia za pośrednictwem mikrofonu i słuchawek sprzężonych drogą radiową.

Innym przykładem podejścia systemowego w pracy terapeutycznej z grupą rodzin był sposób udzielania informacji zwrotnych przez terapeutów oraz dawanie rodzicom możliwości ich komentowania. Na koniec każdego dnia terapeuci omawiali przebieg zdarzeń, dzieląc się przy tym swoimi spostrzeżeniami i hipotezami. Co parę tygodni wewnętrzna dyskusja zespołu terapeutycznego o zmianach w rodzinach była nagrywana na wideo. Następnie odbywała się sesja grupowa dla rodziców prowadzona przez konsultanta systemowego, który na co dzień nie pracował terapeutycznie z tymi rodzinami. Konsultant systemowy zapoznawał się z treścią opinii terapeutów, oglądając razem z rodzinami nagrany materiał. Co pewien czas odtwarzanie było zatrzymywane i swój komentarz udzielał rodzic, o którym była mowa w opinii, a następnie swoimi wrażeniami dzielili się pozostali rodzice. Konsultant systemowy pozostawał neutralny dbając o otwartą i uporządkowaną komunikację. W tym czasie terapeuci rodzin obserwowali przebieg sesji reflektującej zza szyby jednostronnej i słuchali komentarzy rodziców. Dbano o pętle sprzężeń zwrotnych w komunikacji między terapeutami i rodzinami oraz między samymi rodzinami, to podstawowy element podejścia systemowego w pracy terapeutycznej z grupą rodzin.

Kolejnym etapem w rozwoju terapii wielorodzinnej było włączenie do programu terapeutycznego wizyt domowych oraz innych spotkań w środowisku lokalnym rodziny. Poznawanie rodzin w ich realiach życiowych dostarczało cennych informacji i doświadczeń, które mogły być przepracowane na sesjach terapeutycznych w Ośrodku. Wizyty domowe były rozwinięciem działań terapeutycznych ze spotkań w Ośrodku i jednocześnie inspirowały do nowych interwencji terapeutycznych. Jedną z form pracy w środowisku lokalnym były między innymi cotygodniowe wspólne wyjścia na zakupy, do parku, muzeum itp. Zebrane doświadczenia i obserwacje były omawiane na kolejnych sesjach terapeutycznych.

Efektywność pracy terapeutycznej w grupą rodzin wieloproblemowych spowodowała wzrost skierowań przypadków „patologicznych” rodzin ze strony służb społecznych i sądu rodzinnego z jednoczesnym zapotrzebowaniem na sformułowanie opinii o rodzinie w kontekście spraw opiekuńczych i procedur ochrony dziecka. Ośrodek podjął się podwójnego zadania świadczenia terapii dla rodzin oraz jednoczesnego „eksperckiego” diagnozowania jakości opieki rodzicielskiej i ryzyka zagrożeń dobra dziecka w rodzinie.

### **Przewyciężenie dualizmu między „kontrolą społeczną i terapią rodzinną”**

Kontrola społeczna służy ochronie dobra dziecka przed takimi zachowaniami rodziców i innych osób dorosłych w rodzinie, które z punktu widzenia moralnego lub prawnego są nieakceptowalne w społeczeństwie. Kontrola społeczna opiera się na założeniu, że z mniejszym lub większym prawdopodobieństwem każde dziecko jest narażone na zaniedbanie lub przemoc ze strony swoich rodziców. Każde podejrzenie o nagannym zachowaniu rodziców i opiekunów dziecka musi być wyjaśnione i poddane procedurze zbierania dowodów. Dochodzenie do prawdy obiektywnej o rzeczywistym przebiegu zdarzeń jest konieczne do sprawiedliwego orzeczenia o winie i karze.

Terapia rodzin opiera się na założeniu, że terapeuta znajduje się w pozycji systemowej wobec rodziny oraz szerszych systemów społecznych, którą cechuje: neutralność i cyrularność w stawianiu hipotez (Cecchin, 1995)<sup>18</sup>. Neutralność oznacza, że terapeuta jest zaciekawiony sytuacją rodziny, bez oceniania i wartościowania zachowań. Hipotezy opisujące wzorce zachowań nie mają cechy obiektywności, lecz są jedynie propozycją rozumienia interakcji rodzinnych użytecznych w dialogu z rodziną. Terapeuta dba o dialog z rodziną, na którym opiera się proces poprawy jakości relacji rodzinnych według jej własnych potrzeb. Terapeuta nie zmienia rodziny według preferowanej przez siebie doktryny i nie realizuje zamówień instytucji kontroli społecznej na zajmowanie się zachowaniami, które są poczytywane za niemoralne lub niedopuszczalne w społeczeństwie. W języku umowy kontraktowej można to określić w ten sposób, że terapeuta rodzin reprezentuje interes wszystkich relacji w rodzinie, a nie interesy poszczególnych jej członków.

Kontrola społeczna i terapia rodzin mają rozbieżne cele i opierają się na sprzecznych ze sobą zasadach. Model pracy terapeutycznej z grupą rodzin wielo-problemowych w Dziennym Ośrodku Wsparcia dla Rodzin (Malborough Family Service) w Londynie jest przykładem

---

<sup>18</sup> G. Cecchin, *Mediolańska Szkoła Terapii Rodzin*, Kraków 1995.

przewyciężenia tego dualizmu w systemie ochrony dziecka i opieki nad rodziną. Gianfranco Cecchin stwierdził, że „w wielu przypadkach praca z zespołem terapeutycznym może pomóc nam działać zarówno zgodnie z prawem, jak i terapeutycznie” (Cecchin, 1995, s.28)<sup>19</sup>.

Istotne znaczenie przy definiowaniu kontraktu terapeutycznego ma kontekst instytucjonalno-prawny. W Wielkiej Brytanii kładzie się duży nacisk na szybkie rozstrzygnięcie spraw opiekuńczych, aby ochrona dziecka lub jego sytuacja prawna była w jak najkrótszym unormowana. W związku z tym zarówno instytucje, jak i rodzice są zainteresowani intensywnymi działaniami, które prowadzą do rozstrzygnięć prawnych. Ponadto sądy rodzinne w Wielkiej Brytanii mają szeroki zakres kompetencji w wydawaniu zarządzeń opiekuńczych i możliwość pozbawiania praw rodzelskich bez zgody rodziców. W tym kontekście sami adwokaci rodziców starających się o zatrzymanie dzieci w rodzinie doradzają korzystanie z terapii rodzinnej i poddanie się procedurze diagnostycznej w londyńskim ośrodku. Rodzice spostrzegają ofertę terapii, jako szansę dla siebie i rodziny, a nie jako „karę” za niewłaściwe zachowanie. Motywacja do terapii jest zbudowana na instytucjonalnej presji z zewnątrz. Jednak ważne jest przekonanie rodziców o potencjalnych korzyściach własnych z terapii w Ośrodku. Warunek dobrowolności jest również spełniony, bo zarówno rodziny, jak i terapeuci mają prawo wyboru. Rodzina wyraża zgodę na terapię po zapoznaniu się z warunkami i wymaganiami oraz po uzgodnieniu celów terapii w trakcie wstępnej konferencji. Zespół terapeutyczny ma możliwość odmówić instytucji kierującej przypadek prowadzenie terapii z daną rodziną. Wstępna konferencja z udziałem przedstawicieli instytucji kierującej, pracowników innych instytucji będących w kontakcie z rodziną, samych rodziców i zaproszonych przez nich osób zaufania, starszych dzieci służy otwarciu bezpośredniej komunikacji o problemie z zachowaniem zasady wieloobrazowości. Każdy członek rodziny i pracownik instytucji ma prawo do własnego rozumienia sytuacji i pomysłu na najlepsze dla dziecka rozwiązanie. Wobec rodziny i instytucji terapeuci mogą zdefiniować swoją rolę, jako zaangażowanych w szukanie możliwości pozytywnych zmian w relacjach rodzinnych. Dlatego terapeuci rodzinni poza listem kierującym, nie mają w zwyczaju czytać akt sądowych sprawy przed terapią. Interwencja terapeutyczna opiera się na interakcjach i treściach ujawniających się w procesie terapeutycznym. Odpowiedzialność za przygotowanie opinii na zamówienie instytucji zewnętrznej spoczywa na innym pracowniku Ośrodka, określanym jako menadżer przypadku, który jest odpowiedzialny za koordynowanie spraw od strony formalnej i gromadzenie danych do sporządzenia ostatecznej opinii biegłego. Menadżer przypadku

---

<sup>19</sup> G. Cecchin, *Mediolańska Szkoła Terapii Rodzin*, Kraków 1995.

utrzymuje regularny kontakt z innymi instytucjami, w razie potrzeby organizuje ponowną międzyinstytucjonalną konferencję przypadku z udziałem rodziny, zwykle na etapie zaawansowania terapii w połowie. W ramach Ośrodka menadżer przypadku konsultuje sprawę danej rodziny z szerszym zespołem interdyscyplinarnym, gromadząc spostrzeżenia i hipotezy.

Terapeuci zajmujący się bezpośrednio pracą terapeutyczną z rodzinami kierują się zasadą pełnej otwartości, mówiąc na bieżąco o swoich spostrzeżeniach i opiniach bez względu na to, czy są pozytywne, czy negatywne w odczuciu rodziców. Z drugiej strony rodziny mogą dzielić się otwarcie swoimi doświadczeniami i wyrażać swoje opinie. Zwykle na początku rodzice dużo mówią o poczuciu krzywdy za to, jak zostali potraktowani przez służby społeczne i sąd rodzinny. Często twierdzą, że do czasu przybycia do Ośrodka nie byli wysłuchiwanymi, a wszelkie decyzje zapadały bez ich wiedzy i udziału. Terapeuci zachowują neutralność, pozostając w zaciekawieniu doświadczeniami rodzin. Konieczny jest jasny kontrakt terapeutyczny i podział zadań instytucjonalnych w systemie ochrony dziecka, aby nie ulec próbom budowania koalicji rodziny z „rozumiejącymi i wrażliwymi terapeutami” przeciwko instytucjom służb społecznych. Dawny sposób nazywania tych rodzin „chaotycznymi” odzwierciedlał to, że brakuje w nich jasnych reguł rodzinnych oraz wyraźnych granic międzypokoleniowych. Odbywa się ciągła walka o władzę i kontrolę. Taka sytuacja sprzyja przekraczaniu granic i stosowaniu przemocy w rodzinie. Działania interwencyjne osób i instytucji chroniących dobro dziecka z reguły mają charakter arbitralny z mocy prawa. Paradoksalnie wpisuje się to w nabyte już przekonania i utrwała wzorce relacji, że tylko silniejszy ma rację i porządek można wprowadzić jedynie metodami siłowymi. O ile członkowie rodziny potrafią się podporządkować kontroli społecznej, to nie idzie za tym zmiana postaw. Do zaistnienia zmiany brakuje bowiem doświadczenia korygującego, aby mogli poczuć różnicę. W związku z powyższym terapeuci dbają o uzyskiwanie informacji zwrotnych od rodzin na temat samej terapii. Rodziny aktywnie uczestniczą w kolejnych etapach procesu terapeutycznego - od wstępnego spotkania kontraktowego, poprzez konstruowanie dziennego programu zajęć, a kończąc na uczeniu się od innych rodzin oraz pomaganiu im.

## **Efektywność terapii wielorodzinnej według modelu Marlborough Family Service w Londynie**

Średnio około 50 % rodziców uzyskuje opinię pozytywną Ośrodka rekomendującą pozostanie dziecka w rodzinie. Wskaźnik ten zależy nie tylko od efektywności pracy zespołu terapeutycznego, ale również od „ciężkości i chroniczności problemów” w rodzinie .

Efektywność pracy z rodziną w Ośrodku bardziej oddaje wskaźnik powtórzenia się lub nie przemocy w rodzinie w przyszłości. Z analizy informacji o dalszych losach dzieci i rodzin po ponad rocznym okresie od zakończenia grupowej terapii rodzin wynikało, że u około 98 % rodzin, które uzyskały pozytywną opinię Ośrodka i zgodę sądu rodzinnego na powrót dzieci do domu, nie powtórzyła się przemoc. Nastąpiła trwała poprawa. Z drugiej strony wśród rodzin, którym sąd rodzinny przyznał dzieci pomimo negatywnej opinii Ośrodka, aż w 95 % przypadków nastąpiła ponowna eskalacja przemocy.

Zakończenie programu terapii wielorodzinnej nie oznacza, zakończenia procesu terapeutycznego w ogóle. Wiele rodzin kontynuuje różne formy kontaktu ambulatoryjnego według potrzeby. Miarą efektywności grupowej terapii rodzin niekoniecznie musi być znacząca zmiana w rodzinie. Duże znaczenie ma zbudowanie motywacji nawet do długotrwałej terapii w przyszłości.

Zespół terapeutyczny zaprasza niektórych rodziców, którzy przeszli terapię w grupie rodzin, do rozmów z nowymi rodzinami, kierowanymi do Ośrodka. Rodzic, który nazywany jest „ambasadorem”, udziela wyjaśnień i zachęt nowo przybyłym opartych na własnym doświadczeniu. Uruchomienie procesu wspierania jednych rodziców przez drugich jest dodatkowym wskaźnikiem efektywności tej formy pracy terapeutycznej.

### **Komentarz w kontekście polskich doświadczeń**

W Polsce system opieki nad dzieckiem i rodziną różni się od tego, jaki funkcjonuje w Wielkiej Brytanii. Nie istnieje rejestr dzieci zagrożonych. Przypadki zaniedbań i przemocy wobec dzieci są zgłaszane bezpośrednio do sądu rodzinnego. Nadzorem nad sprawowaniem władzy rodzicielskiej w rodzinie zajmują się kuratorzy rodzinni, a nie pracownicy socjalni. Pomimo różnic w rozwiązaniach instytucjonalno-prawnych w obu krajach, pewien aspekt problematyki jest uniwersalny. W Polsce również pracownicy socjalni, pedagodzy szkolni, pielęgniarki środowiskowe, a nawet kuratorzy rodzinni oraz inne osoby pracujące w środowisku, zmagają się z dualizmem pomiędzy „pomaganiem” i „kontrolą społeczną”. Kiedy sprawy dzieją się bezproblemowo, to oczekuje się, że rodzinom powinno się pomagać. Kiedy wydarzy się tragedia i dziecko zostanie ciężko pobite, zaniedbane lub nawet zginie, służby pracujące w środowisku rozliczane są za niedopełnienie obowiązków.



Psychoterapeuci pracujący w poradniach i ośrodkach interwencji kryzysowej nie ponoszą porównywalnej odpowiedzialności za opiekę nad dzieckiem i rodziną, bo ich zaangażowanie i pomaganie jest możliwe dopiero wtedy, kiedy rodzina dobrowolnie przyjdzie do placówki. Tymczasem do poradni zgłaszają się z reguły rodzice kochający „za bardzo”, którzy martwiąc się o swoje dzieci i czasami narzekając na nie, gotowi są przede wszystkim doszukiwać się błędów w sobie. W ten sposób najlepiej są zaopiekowane dzieci, które są najbardziej bezpieczne, bo ich rodzice z miłości do nich mają odwagę przyznać się do swojej bezradności i prosić o pomoc.

Wiele dziesiątków lat doświadczeń pracy służb społecznych i placówek terapeutycznych w opiece nad dzieckiem i wsparciu rodziny w Wielkiej Brytanii potwierdza tezę, że skuteczna ochrona dzieci i efektywna pomoc rodzinie jest możliwa pod warunkiem integracji działań instytucji z obszaru pomocy społecznej, ochrony zdrowia, edukacji i sądownictwa rodzinnego oraz rozwijania wielodyscyplinarnej pracy zespołowej. W warunkach polskich wymaga to przezwyciężenia szeregu barier instytucjonalnych i mentalnych.

Wśród barier instytucjonalnych warto wskazać na podział resortowy struktur instytucji pomocowych. Każdy z resortów takich, jak pomoc społeczna, ochrona zdrowia, edukacja, sądownictwo rodzinne ma swój zakres zadań, wewnętrzne regulacje prawne, zasady finansowania i wynagradzania, odrębne ścieżki szkoleń i awansu zawodowego pracowników. Sprzyja to rozbudowie instytucji pomocowych odrębnie w każdym resorcie pomimo, że w wielu przypadkach zajmują się tym samym np. terapią rodzinną. W konsekwencji zorganizowanie konsultacji systemowej danego przypadku i spotkanie się członków rodziny z osobami pracującymi w różnych instytucjach w jednym czasie i miejscu może być niezwykle trudne. Lokalnie potrzebna jest koordynacja działań i „okienka czasowe” na użytek konsultacji interdyscyplinarnych i współpracy międzyinstytucjonalnej.

Wieloresortowy kontekst instytucjonalny może podtrzymywać i powiększać bariery mentalne, które zaczynają się ze swej natury na etapie kształcenia zawodowego profesjonalistów od pomagania. Inaczej pomaganie rozumiane jest przez psychologów, pedagogów, pracowników socjalnych, kuratorów rodzinnych itd. Inaczej rozumiane są cele i metody pracy. W samym środowisku psychoterapeutów występują bardzo istotne różnice w podejściach systemowym i psychodynamicznym. Język medyczny, pedagogiczny, socjalny, prawny różnią się między sobą i tworzą barierę w komunikacji między profesjonalistami.

Przedstawiony w tym artykule model pracy diagnostyczno-terapeutycznej z rodzinami w londyńskim ośrodku Marlborough może posłużyć jako przykład, że można przezwyciężyć dualizm między kontrolą społeczną i pomaganiem. Paradygmat systemowy w pracy z rodziną

mieści w sobie różnorodność kultur instytucjonalnych i wielorakość podejść terapeutycznych. Z natury rzeczy w pracy z rodziną, systemowy terapeuta rodzin ma do czynienia z wieloobrazowym opisem sytuacji problemowej. Przyłączenie do „wieloobrazowego” dialogu przedstawicieli innych instytucji pomocowych nie stanowi większej różnicy. Wystarczy tylko chcieć, spotkać się i zacząć ze sobą rozmawiać.

The summary:

**“MULTIPLE FAMILY THERAPY OF „MARLBOROUGH FAMILY SERVICE” IN LONDON WITHIN THE CONTEXT OF CHILD PROTECTION AND FAMILY WORK IN THE UK”**

This paper outlines the development of methods of working with children and families in social work following registration of a child on the child protection register in the UK. Dualism between social control and giving support is explored. The multiple family work developed at the Marlborough Family Service in London is described. This approach is an example of good practice in conjoined child protection and family work. This service is available to families where professionals have serious child protection concerns. In the Family Day Unit a group of families spends time together for extended periods, including whole days and weeks. Therapists and families constantly attempt to create and re-create relevant contexts that can be used to promote the possibility of change. In a large number of these cases, independent reports are provided for the Family Courts as well as for various Social Services Departments. Assessments address various issues including possibilities for change in the following and other areas of family functioning and parenting. In Poland there is a need for the multiple family therapy development as a part of multi-agency system in child protection and family support.

Rzeszów, lipiec-sierpień 2007