

## Odślanianie nowych kontekstów przemocy w pracy terapeutycznej z rodziną – od etykiety do opisu

### Revealing new contexts of violence in therapeutic work with families (from label to description)

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży  
Katedry Psychiatrii Collegium Medicum  
Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie  
Kierownik: Prof. dr hab. n. med. Jacek Bomba

#### Dodatkowe słowa kluczowe:

przemoc  
terapia rodzin  
konteksty

#### Additional key words:

violence  
family therapy  
contexts

**Autorzy prezentują wielość kontekstów tworzących i podtrzymujących zjawisko przemocy. Opisują psychoterapię rodzin jako narzędzie odślaniające wieloczynnikowość w zakresie etiologii i współtworzenia zachowań agresywnych. Przedstawiają również możliwości i ograniczenia stosowania terapii rodzin jako metody zmiany zachowań przemocowych w rodzinie i poza nią.**

**The authors present numerous contexts which create and support the phenomenon of violence. They describe family psychotherapy as a tool which reveals a variety of factors in the etiology and creation of aggressive behaviors. They also present the possibilities and limitations of family therapy as a method of changing violent behaviors in and outside family.**

Zespół Leczenia Domowego Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży zajmuje się terapią rodzin. Jednakże głównym podmiotem terapeutycznych oddziaływań jest dziecko, jego objawy i problemy z nim związane [12]. Zespół nasz istnieje od 1989 roku. Powstał w odpowiedzi na zapotrzebowanie na nowe, pozainstytucjonalne formy działania, których znaczenie podkreśla się szczególnie wobec pacjentów młodzieżowych i dziecięcych [9, 14, 19]. Podstawą naszych oddziaływań jest systemowo zorientowana terapia rodzinna. Spotkania odbywają się w domach rodzinnych, na terenie zamieszkiwania naszych pacjentów, nie zaś w ambulatorium.

W ostatnich latach w rodzinach, które prowadzimy coraz częściej spotykamy się z problemem agresji i przemocy. Do terapii kierowanych jest coraz więcej pacjentów z rozpoznaniem z grupy zaburzeń zachowania i emocji (F 91-92) oraz coraz częściej relacjonowana jest przemoc w rodzinie, której ofiarami są dzieci i adolescenty [18].

Jak wynika z analizy terapii prowadzonych w Zespole Leczenia Domowego w latach 2000-2004 z problematyką zachowań agresywnych zetknęliśmy się w 24% prowadzonych przez nas terapii. Oznacza to wyraźny wzrost w stosunku do poprzednich czterech lat, kiedy to problematyka przemocy pojawiła się w 11% rodzin uczestniczących w leczeniu. Agresja, o której mówimy dotyczy z jednej strony przemocy, którą stosują dorośli wobec dzieci, a z drugiej przemocy dzieci (szczególnie młodzieży) wobec rodziców.

Obserwowane przez nas nasilenie problemów związanych z agresją, jest niewątpliwie zjawiskiem wielowątkowym [6].

Jedną z istotnych przyczyn jest globalizacja kultury, która sprawia, że młodzi ludzie są w znacznie większym stopniu niż dawniej poddawani wpływowi wywodzącym się z przestrzeni społecznej [4]. Zmiany w

obrębie stosunku do autorytetów, „oswajanie” z agresją poprzez stałą jej ekspozycję w mediach, osłabienie wychowawczego wpływu rodziny oraz wiele innych nieuchwytnych, a stale aktywnych wpływów, którym poddawany jest młody człowiek, ustanawiają nowe granice dopuszczalnych zachowań [20].

Medykalizacja zła, czyli uznawanie przemocy za problem, który ma podlegać oddziaływaniom terapeutycznym, a nie penitencjarnym sprawia, że osoby te kierowane są do terapeutów.

Specjaliści, do których odsyłane są osoby zachowujące się agresywnie stają przed nowym wyzwaniem dotyczącym kwestii: czy i w jaki sposób poddawać agresję oddziaływaniom psychoterapeutycznym.

Rodziny, które docierają do terapii w Zespole Leczenia Domowego są kierowane przez różne instytucje. Są nimi:

- Instytucje oświatowe (przede wszystkim szkoły) w osobach pedagogów szkolnych, psychologów i wychowawców, którzy kierują uczniów z trudnościami w przystosowaniu do norm szkolnych, przejawiających zachowania o typie opozycyjno-buntowniczym lub fobijnym albo takich, którzy nie realizują obowiązku szkolnego.

- Instytucje sądowe, a więc sędzią rodzinną lub kuratorzy, którzy zalecają albo wręcz nakazują terapię rodzinom, w których dochodzi do aktów przemocy albo rodzinom z adolescentem, który przekroczył normy prawne i jest zagrożony – mówiąc językiem prawa – demoralizacją, ale nadal pozostaje w rodzinie – zwykle pod kuratelą ze strony sądu.

- Systemy wsparcia (MOPS, Centra Pomocy Rodzinie), które kierują do terapii rodziny silnie dysfunkcjonalne, nie tylko wychowawczo, ale i społecznie, z bezrobociem, licznymi dodatkowymi obciążeniami,

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. n. med. Jacek Bomba  
Zespół Leczenia Domowego Kliniki Psychiatrii  
Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

jak wielopokoleniowa przemoc, alkoholizm, choroby psychiczne, upośledzenie itd.

• System zdrowia (w tym lekarze pierwszego kontaktu) kierujący do terapii rodziny z identyfikowanym pacjentem z różnego typu objawami, z za których dopiero w toku terapii wylania się przemoc rodzinna.

W sytuacji, kiedy większość skierowań pochodzi spoza systemu zdrowia, spora część naszej pracy z problematyką agresji dotyczy dorosłych, stosujących niekiedy brutalną przemoc wobec swoich najbliższych w tym dzieci oraz młodych osób stosujących przemoc wobec swoich rodziców i rówieśników, łamiących normy społeczne, często także normy prawne. Adolescenci zaniedbują obowiązek szkolny, uczestniczą w agresywnych akcjach grup nieformalnych, mają dostęp do narkotyków i alkoholu, nierządno kradną, aby zdobyć na te środki pieniądze lub je agresywnie wymuszają [21].

Problematyka wnoszona przez takie osoby sytuuje się na styku prawa, pedagogiki, etyki, medycyny, socjologii, psychologii rozwojowej [11]. W tej sytuacji pojawiają się różne języki – z zakresu wychowawczego, etycznego, prawnego czy też medycznego. Mieszają się charakterystyki i rozumienia. Czy pracujemy ze „sprawcą” czy też z osobą „nerwową”, mamy do czynienia z kimś „chorym” czy „złym”, „zdemoralizowanym” czy „nieszczęśliwym”, „rebeliantem” czy „chuliganem”, „przestępcą” czy „osobą w kryzysie”? Różne języki akcentują inne fragmenty skomplikowanego zjawiska przemocy wśród młodzieży, a na wielorakość opisów generowanych przez instytucje nakłada się opis rodzinny. Reprezentanci instytucji kierujących rodzinę do terapii mogą typować jednego „winnego” tej sytuacji. I tak na przykład sąd uzna, że jest nim ojciec, który stosuje przemoc; szkoła, niegrzeszące dziecko, które przysparza rodzinie kłopotów i wstydu, i prowokuje do stosowania wobec niego kar; pracownicy socjalni, bezrobocie, na które nakłada się na przykład alkoholizm matki. Wszyscy „oni” mogą też oczekiwać od terapeutów „naprawienia” tego słabego ognia. W każdej instytucji zajmującej się rodziną i kierującej ją do terapii mogą powstać upraszczające opisy, które odbierają możliwość zrozumienia złożonego kontekstu powstawania „przemocowych” zachowań jej członków.

Specjaliści wiedzą, że zachowania agresywne mają swoje różne źródła, i że może być ich wiele [1], ale rodziny często są skłonne szukać jednej przyczyny powstania tych zachowań. Można powiedzieć, że zarówno instytucje wspierające rodzinę, jak też jej członkowie ze swojej perspektywy tworzą własne rozumienia sytuacji, które opisują tylko jej fragment.

Rodzice stojący w obliczu dziecka wymykającego się ich wpływowi i konfliktującemu z prawem starają się zrozumieć postępowanie dziecka i w zależności od tego jak je rozumieją, reagują na trzy sposoby:

Wariant „A” zakłada, że rodzic boi się o dziecko, ale chce nadal myśleć o swoim dziecku, że jest dobre i nic złego nie robi. Zaprzecza więc problemowi, bagatelizuje ostrzeżenia, usprawiedliwia dziecko. Neutralizujące zabiegi rodzica podtrzymują groź-

na, bo dezorientującą je etykietę niezagrożonego, „NIEWINNEGO”.

W wariacie „B” rodzic ma świadomość, że dziecko przekracza granice normy społecznej. Rozmowy rodzinne ustają na rzecz pretensji, wzajemnych oskarżeń, aktów słownej lub fizycznej agresji. Dziecko dostaje groźną etykietę „ZŁY”, w obrębie której nie ma już nic do stracenia.

Wariant „C”: Rodzic wie, że dziecko jest zagrożone, ale chce utrzymać obraz jego niewinności. Nieodpowiednie zachowania zostają uznane za przejaw dysfunkcji. Wizyty u lekarzy, badania, leki itp. wytwarzają groźną etykietę „CHORY”, w obrębie której odpowiedzialność własna zostaje zniesiona, na rzecz stanów, które trzeba leczyć [12].

Dla terapii niezwykle istotnym wydaje się dotarcie do rodzinnego opisu rozumienia agresywnych zachowań swojego dziecka.

Ten opis rodzinny jest często zaindukowany wpływem innych opisów, w których rodzina zetknęła się uprzednio np. podczas rozmów z pedagogami szkolnymi. Określenie, niedostosowany społecznie, często przez nich stosowane sugeruje negatywny wpływ wzorców rodzinnych lub też brak wystarczająco skutecznych oddziaływań wychowawczych.

Szkoła stara się współpracować z rodzinami – również tymi, w których rodzice przejawiają skłonności do nałogów, prezentują zaburzenia natury psychicznej lub społecznej takimi, w których tylko jedno z rodziców sprawuje opiekę wychowawczą czy też innymi w jakimś stopniu mniej funkcjonalnymi. Szkoła stara się wspierać także te rodziny, w których jest niedostatek ekonomiczny.

Podczas rozmów z rodzinami staramy się rozpoznać tło faktograficzne agresywnych zachowań oraz narracyjne ujęcia, które są obowiązującymi w rodzinie opisami osób i sytuacji.

Zakładamy, że istnieje głęboka i wieloraka zależność pomiędzy przeszłością rodzinną, wzorami interakcyjnymi, w których zostali wychowani rodzice [22], wieloletnią historią własną rodziny, normami i opowieściami rodzinnymi, a agresywnymi zachowaniami, które współtworzą rodzinną historię [5].

Można uznać, że określenie dzieci pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych, jako społecznie niedostosowanych niesie w sobie pewną sprzeczność [15]. Dzieci te bowiem swoim postępowaniem **dostosują się** do funkcjonowania systemu rodzinnego i to na wielu płaszczyznach. Robią to, aby przetrwać w rodzinie, która jest dla dziecka pierwszym i najważniejszym systemem odniesienia i placą za to dużą cenę. Robią to niejako wbrew światu oczekiwaniom społecznych reprezentowanemu między innymi przez szkołę. Narażają się temu światu, ale pozostają lojalne wobec najbliższych z domu rodzinnego. Takiego domu, w którym kłamstwo jest formą reakcji zgodną z obowiązującymi normami, gdzie „oszukanie” kogoś nie jest naganne, jest nawet przejawem sprytu i zaradności życiowej. Czasem to kłamstwo jest obroną przed przerażającą i niewspółmiernie surową karą za jakies przewinienie lub nawet za niewinne zachowanie, jako skutek nieprzewidywalnej agresji rodziców. Niekiedy kłamstwo jest formą

zwrócenia uwagi, podkreślenia własnej wartości i tym samym posiada walor dostosowania do sytuacji. Najczęściej jego szkoła jest dom, dopiero na drugim miejscu szersze otoczenie. Kolejne wymienione powyżej objawy niedostosowania, są często odzwierciedleniem tego, co się dzieje w domu. Czyż bowiem np. fakt, że niezbyt chętnie uczy się dzieci rodziców mało ambitnych, niewykształconych nie jest wyrazem dostosowania do sytuacji domowej, w której jedyną książką to te wyjęte z tornistra ucznia? Domu, w którym panuje pogardliwy stosunek do pracy, do której nikt nie chodzi, wszyscy „zalegają” od rana przed telewizorem lub znikają gdzieś w niejasnych „interesach”. W domu, w którym na porządku dziennym są alkohol i inne nałogi.

Zachowanie agresywne dziecka może być rozumiane nie tylko jako modelowane przez najbliższe otoczenie. Bywa często zachowaniem obronnym przed przemocą ze strony rodziców. Jest to zachowanie nieakceptowane społecznie, gdyż w świadomości społecznej nadal funkcjonuje stereotyp „dobrego rodzica”, który w słusznej sprawie wymusza posłuszeństwa u dziecka, stosuje kary cielesne itp. Ucieczka dziecka z takiego domu w zasadzie nikogo nie dziwi, ale to właśnie ono zatrzymane przez policję w trakcie ucieczki ponosi jej konsekwencje. Najczęściej podczas takiej ucieczki mają miejsce inne ryzykowne zachowania, które mogą prowadzić do naruszenia prawa. Dzieci doznające przemocy w swoich rodzinach skazane są na przystosowanie się do warunków, w których stosunek ich najbliższych do nich bywa nasycony wrogością, agresywną kontrolą oraz nieprzewidywalnym zachowaniem osób dorosłych. Konsekwencje tej adaptacji do sytuacji przemocy emocjonalnej czy fizycznej można dostrzec na wielu płaszczyznach – w postaci negatywnych następstw zarówno bezpośrednich jak i czasowo odległych [7]. Dziecko stosuje dostępne mu mechanizmy obronne, aby uratować to, czego najbardziej potrzebuje – więź z rodzicami. Z tymi rodzicami, którzy je zaniebują, katują i wykorzystują. W tym celu musi niejako zafalszować rzeczywistość: ignorować ją lub zmieniać znaczenie traumatycznych wydarzeń. Prowadzić to może do obwiniania siebie, dysocjacji lub dezintegracji osobowości. Skutki przemocy w obszarze somatycznym obejmują nie tylko bezpośrednie fizyczne urazy ciała, powstałe w wyniku maltretowania dzieci, często poważne, ale także pośrednie: bóle głowy, żołądka, mięśni, zaburzenia ciśnienia, choroby psychosomatyczne, takie jak zaburzenia krążenia, astma i inne. Ceną tej „adaptacji” w sferze emocjonalnej bywają przeżycia lękowe u dzieci, wszelkie fobie, kłopoty z kontrolą emocji, zaburzenia nerwicowe, problemy szkolne, poczucie alienacji, bezsensu, anomii. Odległe konsekwencje doznawania przemocy w dzieciństwie to utrwalona później niska samoocena, depresyjność, tendencja do uzależniania się od innych, dążenie do ich kontrolowania i stosowanie przemocy, izolacja, zachowania przestępcze oraz zachowania autoagresywne z samobójstwem włącznie. Zaniedbywanie dzieci prowadzi do zahamowania ich rozwoju psychicznego.

Rozpoznawanie wspólnie z rodziną wielowymiarowego „rodzinnego niedostosowania” jest procesem trudnym i bolesnym. Z jednej strony wydaje się niezbędnym to, aby zachowanie dziecka czy adolescenta nie było traktowane jako „zawieszony w próżni” lub jako patologia indywidualna osoby, której „wyleczenia” mają dokonać specjaliści. Z drugiej strony odszukiwanie rodzinnego wpływu i rodzinnego współdziałania w powstaniu i utrzymywaniu się zachowań agresywnych u jej członka grozi wzajemnymi oskarżeniami i zamykaniem się rodziny przed czymś co może być odbierane jako osądzenie, orzekanie o winie. Pewnym ułatwieniem ominięcia tej pułapki jest praca z genogramem i poszukiwanie wcześniejszych wpływów, którym podlegali i które kontynuują rodzice [2].

Jeśli uda się nam w rozmowie z rodziną zostać uznaniymi za osoby gotowe wspólnie poszukiwać korzeni agresji, opisywać historię „niedostosowania rodziny” kontynuowaną w „niedostosowanym dziecku”, możemy liczyć na to, że będzie można nie tyle uznać jedną osobę, np. dziecko czy rodzica za złą, tylko zrozumieć wzajemnie wpływy i szukać zmian, które pozwoliłyby przekształcić niekorzystne wzorce relacji rodzinnych.

Podjęcie terapeutyczne, które nastawione jest na to, aby w różnych źródłach widzieć korzenie aktualnych przejawów agresji, pozwala zobaczyć wielorakość czynników, które ją współtworzą. Wartościowe w przebiegu terapii jest poszukiwanie wraz z rodziną wielorakich opisów i sposobów rozumienia mechanizmu powstawania przemocy. Poszukiwanie owo powinno być prowadzone w taki sposób, aby odsłonić możliwie wszystkie jej konteksty. Terapeuci mogą bowiem z racji swojego wykształcenia i doświadczenia zawodowego oraz metapozycji w stosunku do systemu rodzinnego mieć jasny obraz tzw. przyczyn powstawania przemocy i pochopnie uznawać go za wspólny z rodziną. Należy również pamiętać, że pomimo teoretycznej trafności si reguły jest to jedynie kolejny statyczny opis pewnego zjawiska. Chodzi zaś o to, aby rodzina zobaczyła i „własnoręcznie” odkryła powtarzające się pętle sprzężeń zwrotnych. Żeby wszyscy jej członkowie uzyskali świadomość uczestnictwa w tańcu, którego kroki dobrze znają i precyzyjnie powtarzają, a który bez ich udziału nie może zaistnieć. Rozmowy terapeutyczne mają doprowadzić nie tylko do ustania przemocy w rodzinie. Bowiem często okazuje się, że nawet bardzo efektywna praca terapeutyczna nad eliminacją zachowań „przemocowych”, nie jest wystarczającą prewencją przed powstaniem zaburzeń psychicznych u doświadczających ich przez lata członków rodziny. Można powiedzieć metaforycznie, że ustąpienie fali powodziowej nie eliminuje jej niszczących skutków materialnych i psychologicznych ani też nie zabezpiecza przed kolejną powodzią w przyszłości.

Zarazem zachowana musi być podstawowa przesłanka o jednostkowej, nie zaś zbiorowej odpowiedzialności. W wyniku terapii nie może bowiem ulec zatarciu wina, która przecież jest jednostkowa, a wybaczenia nie powinien zastąpić kolejny – tym ra-

zem systemowy opis. Nie chodzi bowiem o relatywizację zła lecz o zrozumienie jego złożonych korzeni. Terapeuci nie mogą stać się sędziami ferującymi wyroki skazujące bądź uniewinniające. Mogą natomiast poprzez swój profesjonalizm wytyczać – wraz z rodziną znającą „swoją teren” – bezpieczne drogi przez pola minowe rodzinnych napięć. W tej niezwykle „koterapii” przebiegającej na terenie, na którym przez wiele dni, miesięcy czy wręcz lat dochodziło do nieogarniętych słowami i refleksją aktów przemocy dokonuje się eksperyment, w którym dwoje terapeutów, dwoje rodziców, jedno lub więcej dzieci oraz obserwator (stażujący terapeuta) próbują ogarnąć wszelkie możliwe konteksty przejawiania się tych aktów w przeszłości.

W niniejszym artykule próbujemy przybliżyć te konteksty, których odsłonięcie jest niezbędnym warunkiem formowania się „pozytywnej historii rodzinnej w przyszłości”.

Pierwszym kontekstem pracy terapeutycznej w rodzinie z przemocą jest kontekst **indywidualny** osoby, która ją stosuje. To ta osoba bowiem – niezależnie od tego czy jest to dorosły czy nastolatek staje się niejako negatywnym bohaterem prowadzonych rozmów. Mechanizm rozwoju takiego zachowania czy nawet budowania tożsamości w rodzinie, w której dziecko jest zaniedbywane lub traktowane z agresją jest następujący [13]. Wiek adolescencji stanowi kluczowy okres dla rozwoju kształtowania się tożsamości człowieka, umacniania jego odrębnego i autonomicznego „Ja” oraz dla podnoszenia poczucia własnej wartości. Dla prawidłowego kształtowania się tożsamości niezbędne są prawidłowe relacje we wczesnym dzieciństwie z obiektami uczuć macierzyńskich i ojcowskich. Niedostatek tych uczuć, a także deficyty w zakresie poczucia bezpieczeństwa i akceptacji mogą poważnie zakłócić proces kształtowania się bycia sobą, który w najwcześniejszych fazach przebiega w znacznej mierze poza świadomą kontrolą jednostki. Brak doznawania akceptacji i miłości wywołuje lęk oraz niepewność co do własnej wartości i znaczenia dla innych, co z czasem może spowodować reakcje agresywne i skłonność do stosowania przemocy nawet wobec osób najbliższych. Wchodzi one niejako w miejsce relacji pełnych miłości i zaufania i świadczą zapewne o swoistym uszkodzeniu więzi [10]. Zachowania agresywne i przemoc mają z drugiej strony dla jednostki funkcję przywracającą znaczenie własnej osobie, odzyskiwania kontroli nad sobą i relacjami z innymi. Dzięki nim bez większego wysiłku i nareszcie skutecznie uzyskuje się uwagę dorosłych, nierzadko też podziw rówieśników. Potwierdza się w ten sposób swoją wartość, co utrwala jej negatywne społecznie zachowanie. Nie dzieje się oczywiście to w jednej chwili lecz przebiega w trakcie procesu, którego miejscem jest dom rodziny i relacje z najbliższymi.

Według uproszczonej, ale sprawdzającej się w życiu zasady, że „bici biją” można przyjąć, że osoba, która doznawała przemocy może sama posunąć się do jej stosowania [16]. A więc prowadzenie rozmów o indywidualnych zachowaniach czy nawet cechach sprawcy przemocy jest ważne i na

pewno niekorzystne jest sprowadzenie tego do etykiety „zły” czy nawet „zaburzony” lecz zrozumienie złożonego mechanizmu ich powstania [17]. Trzeba uwzględnić fakt, iż w tej sytuacji często mamy do czynienia z ludźmi o dużych trudnościach osobowościowych. Gdy mówimy o indywidualnych zachowaniach trzeba także wziąć pod uwagę ich tło biologiczne takie jak organiczne uszkodzenia mózgu czy choroba psychiczna osoby, która mogła być przeżywana przez dziecko jako stosująca przemoc. Omówienie zakresu jej odpowiedzialności, sposobów radzenia sobie jest kluczowe w sytuacji terapii rodzin, która bierze pod uwagę cały system rodzinny, jak także jej podsystemy i systemy indywidualnych jej członków.

Kolejnym kontekstem, który zawsze w terapii rodzin bierzemy pod uwagę, a który w przypadku przemocy jest niezwykle istotny to kontekst **generacyjny**. Jest on omawiany z rodziną przy użyciu genogramu, który odsłania wielopokoleniowe wzorce struktury rodziny, funkcjonowania i relacji. Przedstawiana jest historia rodziny, ważne i traumatyczne w niej wydarzenia oraz ich skutki. Często z poważnymi urazami z własnego dzieciństwa osób dorosłych [przykładowo 8]. Omówienie tego daje odpowiedź na pytanie „*jak ten syn może w ten sposób się zachowywać i tak traktować własnych rodziców?*” bez nadawania mu etykiety „*potwora*”. W trakcie tej pracy niekiedy zostają odsłonięte tajemnice i sekrety rodzinne utrzymywane dotychczas dzięki „*zmowie milczenia*”. Okazuje się na przykład, że kochana i szanowana osoba z przeszłości – na przykład babcia – była tą, przez której restryktywne, karzące wychowanie ojciec rodziny jest taki, jaki jest i trudno się z nim porozumieć. Przy okazji tych rozmów zostają wyświetlone wzorce komunikowania się w rodzinie utrwalone przez pokolenia. Są one często dysfunkcyjne dla rozwoju jednostki i służą utrzymaniu homeostazy systemu i ochronieniu dobrego imienia rodziny, w której było wiele poważnych traumatycznych bądź wstydlivych wydarzeń.

Kolejny kontekst można nazwać „**sytuacyjnym**” lub relacyjnym. Polega on na omawianiu wzajemnych relacji w rodzinie w oparciu o opisy zachowań wobec siebie w różnych sytuacjach. W szczególności rozmowy dotyczą zachowań agresywnych i przemocowych. Mają one często charakter powtarzających się cyklicznie „wyładowań”, po których następuje pomiędzy małżonkami „miodowy okres”. Wyświetlenie kontekstu powstania i utrwalania się tych zachowań może prowadzić do rezygnacji z nich na rzecz bardziej dojrzałych.

W większości przypadków terapii rodzin z dzieckiem, które swoimi agresywnymi zachowaniami wobec bliskich sygnalizuje niepewność, co do ich pozytywnych uczuć do niego mają miejsce rozmowy o tych uczuciach od chwili narodzenia dziecka, aż do czasu teraźniejszego. Dochodzi do wyznania pokazujących utrudnienia rodziców w prawidłowej ekspresji tych uczuć. Zwykle rodzina trafia do terapii wówczas, gdy rodzice są już stosunkowo dojrzały do rodzicielskiej roli, chociaż nie zawsze jeszcze potrafią być w tym konsekwentni. Niekiedy dopiero własna terapia pokazuje im deficyty ich własnych

dzieci. Podejmują wtedy długą drogę „reformulowania” swoich zachowań z przeszłości wobec dziecka w taki sposób, aby były one wiarygodne jako te, które są wyrazem miłości. Najtrudniej jest ze „zwróceniem” utraconego poczucia bezpieczeństwa oraz akceptacją dziecka pomimo jego zachowania. Szczególnie, że jego zachowania często są trudne do zaakceptowania. Rodzice są wspierani z jednej strony przez terapeutów we właściwym rozumieniu ich dzieci oraz w procesie doinwestowywania ich potrzeb, z drugiej zaś przez pedagogów lub nawet kuratorów w kontroli ich zachowań, a więc w procesie wychowawczym, wymagającym przecież dużego nakładu energii i cierpliwości w stawianiu granic. Obydwa te procesy są omawiane podczas terapeutycznych sesji rodzinnych.

Jak już wspominaliśmy wehikulem terapii jest odślanianie przy całej rodzinie – i co szczególnie ważne nie przez ekspertów, ale przez nią samą – wielu rodzajów pętli sprzężeń zwrotnych relacji, wzajemnych zachowań i innych kontekstów powstawania w niej przemocy. Nie jest to zarazem dokumentowanie i opisywanie jedynie tych ścieżek, które prowadzą na manowce, ale również poszukiwanie w przeszłości rodzinnej wszelkich od nich odstępstw i sprawdzanie co musiałoby się wydarzyć, aby odstępstwa stały się nową regułą wyznaczającą szlak pozytywnego funkcjonowania. Ważna jest również rodzinna edukacja w znakach ostrzegawczych, które pojawiają się na rozwidleniach ścieżek, aby nie można już było – zasłaniając się niewiedzą, zdenerwowaniem czy niedbalstwem – wchodzić na te, które prowadzą do eskalacji przemocy.

Trzeba jasno powiedzieć, że w wielu wypadkach psychoterapia jako narzędzie zmiany stosowana wobec osób, które są przewlekłe agresywne nie przynosi oczeki-

wanych efektów. Wieloletnie, utwalone wzorce zachowania, brak motywów do zmiany, uszkodzenia organiczne, które są następstwem wieloletniego nadużywania alkoholu, stała frustracja spowodowana biedą i szereg innych przyczyn sprawiają, że zmiana staje się za trudna. Terapia jako narzędzie tej zmiany okazuje się niewystarczająca. Uznanie tego w odpowiednim momencie jest również cenne terapeutycznie. Może bowiem zapobiegać szkodliwej dla terapeutyzowanego systemu pokusie omnipotencji, a najgorszą rzeczą, która mogłaby się przytrafić byłoby kontynuowanie terapii pomimo zachodzącej przemocy. Terapia stałaby się wtedy procesem przewlekłego sankcjonowania rodzinnej agresji i z lekarstwa zamieniła w truciznę.

#### Piśmiennictwo

1. **Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A.:** Przemoc w rodzinie – interwencja kryzysowa i psychoterapia. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków, 2000.
2. **Barbaro de B.:** Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków, 1994.
3. **Barbaro de M., Izdebski R., Szaszkiwicz W., Szwajca K.:** Specyfika systemowej terapii rodziny z problemem przemocy. *Psychoterapia* 2001, 4, 5.
4. **Barbaro de M., Szwajca K., Treger B., Izdebski R., Szaszkiwicz W.:** Chory czy zły? Konferencja Sekcji Psychoterapii i Terapii Rodzin PTP, Jurata, 2004.
5. **Bomba J.:** Zaburzenia zachowania. [W:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Red. Namysłowska I., Wyd Lekarskie PZWL, Warszawa, 2004, 220-230.
6. **Cohall A., Cohall R., Bannister H.:** Adolescent and violent crime. *Curr. Opin. Pediatr.* 1998, 10, 356.
7. **Dong M., Anda R., Felitti V. et al.:** The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl.* 2004, 28, 771.
8. **Downs W., Capshew T., Rindels B.:** Relationships between adult women's alcohol problems and their childhood experiences of parental violence and psychological aggression. *J. Stud. Alcohol* 2004, 65, 336.
9. **Henggeler S., Rowland M., Pickrel S. et al.:** Inve-

stigating family-based alternatives to institution-based mental health services for youth: lessons learned from the pilot study of a randomized field trial. *J. Clin. Child Psychol.* 1997, 26, 226.

10. **Herman J.:** Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańskie Wyd. Psychologiczne. Gdańsk 1999.
11. **Howell J., Kelly M., Palmer J., Mangum R.:** Integrating child welfare, juvenile justice, and other agencies in a continuum of services. *Child Welfare* 2004, 83, 143.
12. **Izdebski R., Barbaro de B., Szaszkiwicz W. i wsp.:** Psychoterapia poza gabinetem. XI Zjazd Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Warszawa, 2004.
13. **Kubacka- Jasięcka D.:** W poszukiwaniu własnego ja poprzez przemoc i agresję. [W:] Kuźma J. Szarola Z. *Agresja i przemoc we współczesnym świecie. Agresja i przemoc wśród dzieci i młodzieży oraz w instytucjach społeczno-opiekunich.* Oficyna Wydawnicza Text. Kraków, 1998.
14. **Linihan P.:** Adolescent day treatment: a community alternative to institutionalization of the emotionally disturbed adolescent. *Am. J. Orthopsychiatry* 1997, 47, 679.
15. **Makowski A.:** Niedostosowanie społeczne młodzieży i jej resocjalizacja. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 1994.
16. **Malmgren K., Meisel S.:** Examining the link between child maltreatment and delinquency for youth with emotional and behavioral disorders. *Child Welfare*, 2004, 83, 175.
17. **Pospiszyl I.:** Przemoc w rodzinie. Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 1994.
18. **Pratt H., Greydanus D.:** Adolescent violence: concepts for a new millennium. *Adolescent Med.* 2000, 11, 103-125.
19. **Seelig W., Goldman-Hall B., Jerrel J.:** In-home treatment of families with seriously disturbed adolescents in crisis. *Family Process* 1992, 31, 135.
20. **Strelau J. [red.]:** Psychologia. Podręcznik Akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2000.
21. **Urban B. [red.]:** 2001: Dewiacje wśród młodzieży. Uwarunkowania i profilaktyka. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego Kraków 2001.
22. **Waldman F.:** Violence or discipline? Working with multicultural court-ordered clients. *J. Marital Fam. Ther.* 1999, 25, 503.