



eaphne

# **RAPORT DAPHNE**

**Przełamywanie kręgu  
stosowania przemocy w rodzinie  
w stosunku do  
dzieci i kobiet:**

***Europejska Terapia Wielorodzinna***

**Sporządzony przez**

**Dr E. Asen i S. Bianchi**

**30 kwietnia 2007**

# Spis Treści

## I. Wstęp

- A. Cele projektu*
- B. Proces gromadzenia informacji i sporządzania raportu*
- C. Podsumowanie*

## II. Podejścia i Konteksty Działań Partnerów Projektu

- A. Historia i opis MFA (Podejście Wielorodzinne) w przypadku rodzin multi- problemowych*
- B. Konteksty działań partnerów projektu*
  - 1. Kontekst polityczno- kulturowy
  - 2. Charakterystyka rodzin i kadry
  - 3. Czas trwania i częstotliwość spotkań, rodzaje raportu
  - 4. Lokalizacja zajęć
  - 5. Format pracy terapeutycznej
  - 6. Podejścia wspomagające terapię

## III. Podejście Wielorodzinne (MFA- Multi- Family Approach)

- A. Model i pryncypia*
- B. Przykład kliniczny*
- C. Ograniczenia i przeciwwskazania dla MFA*
- D. Zagadnienia szkoleniowe*
- E. Struktury zespołu i nadzoru*
- F. Lokalne podejścia alternatywne*

## IV. Ewaluacja i rezultaty

- A. Metodologia*
- B. Audyt retrospektywny*
- C. Pilotażowe badanie prospektywne*
- D. Partnerska wymiana ekspertów*

## V. Rezultaty i rekomendacje

## VI. Przypisy

*Instrumenty oceny i kwestionariusze*

## I. Wstęp

## **A. Cele projektu**

**DAPHNE** jest jednym z wielu programów Komisji Europejskiej, który wspiera organizacje i projekty rozwijające działania, mające na celu ochronę lub zwalczanie wszelkiego rodzaju przemocy w stosunku do dzieci, młodych ludzi i kobiet. Nasz projekt skupia uwagę na tychże grupach ryzyka w rodzinie oraz ma na celu zidentyfikowanie, zewidencjonowanie, wymianę i uważne przyjrzenie się praktyce pracy innowacyjnej- Podejście Wielorodzinne (MFA)- w wybranych krajach europejskich (Belgia, Zjednoczone Królestwo, Włochy, Niemcy, Polska i Francja). MFA jest narzędziem oceny i terapii rodzin multi- iproblemowych, których członkowie są ofiarami przemocy, ze szczególnym uwzględnieniem zapobiegania przemocy w stosunku do dzieci i kobiet.

Cele szczegółowe projektu to:

- promowanie wymiany przykładów dobrej praktyki pomiędzy organizacjami prowadzącymi intensywną terapię rodzin multi-problemowych
- przegląd i ocena alternatywnych metod terapeutycznych prowadzonych na obszarach działania organizacji partnerskich oraz stworzenie, w miarę możliwości, wspólnie uzgodnionych kryteriów dla ich porównania; rozwiązywanie problemów rodzin dysfunkcyjnych
- opisanie doświadczeń każdego z partnerów projektu, w tym także proces podejmowania decyzji, co będzie pomocne w pełnym zrozumieniu zastosowanego podejścia oraz jego kulturowego i socjo- politycznego podłoża
- przeprowadzenie testu na możliwość prowadzenia badań nad MFA
- sporządzenie szczegółowego raportu omawiającego wyniki badań oraz rekomendacja przyszłych kierunków pracy terapeutów.

## **B. Proces gromadzenia informacji i sporządzania raportu**

Poniższy raport i jego wyniki są rezultatem pracy 25 specjalistów z 7 europejskich organizacji partnerskich uzyskanych w czasie spotkań klinicznych, wymiany eksperckiej, kontaktów e-mailowych oraz informacji gromadzonych i uzyskanych poprzez interaktywną stronę internetową.

Trzy spotkania kliniczne, każde trwające 2 pełne dni, zostały zaaranżowane w Londynie (Kwiecień 2006), Mediolanie (Lipiec 2006) i Dreźnie (Październik 2006). Brało w nich udział 25 członków organizacji partnerskich. W czasie tych spotkań zdefiniowano i uzgodniono przedmiot badań, porównano indywidualne cechy każdego zespołu (klientów, kadry, przywództwa oraz technik terapeutycznych i rezultatów) oraz omówiono różnice i podobieństwa kulturowe.

Partnerska wymiana „ekspercka” polegała na wizytach 2 specjalistów obserwujących wdrażanie MFA w organizacji partnerskiej czasie 3 dniowych pobytów. Wizyty miały również charakter edukacyjny (nauka nowych metod pracy z rodzinami multi-problemowymi) oraz zapewniały ekspercki nadzór i wzajemną wymianę doświadczeń.

Kontakty e- mailowe pomiędzy specjalistami poszczególnych organizacji partnerskich były źródłem bieżących informacji.

Stworzenie strony internetowej [www. multifamilyassessment.net](http://www.multifamilyassessment.net) przez Inform' Action, firmę z siedzibą w Nivelles (Belgia), dało podwaliny do stworzenia łatwo dostępnego forum dyskusyjnego wymiany partnerskiej. Strona ta, dostępna jedynie dla organizacji partnerskich, umożliwiła wolny przepływ informacji w ramach projektu. W przyszłości część strony będzie ogólnie dostępna w 3 językach: włoskim, francuskim i angielskim.

### **C. Podsumowanie wyników**

Wszystkie spotkania kliniczne i wymiany eksperckie odbyły się zgodnie z planem. Były znakomitymi okazjami do porównania aktualnie prowadzonych działań, jak i stworzyły możliwość do dyskusji i rozwinięcia nowych pomysłów. W trakcie pracy dokonaliśmy fascynujących odkryć dotyczących uprzedzeń kulturowych na temat rodziny i roli agencji rządowych w jej funkcjonowaniu, jak i odnaleźliśmy wiele podobieństw i różnic w funkcjonowaniu poradni. Trzy formalne spotkania, w czasie których obecni byli wszyscy partnerzy, odbyły się w 2006 roku- w Londynie, Mediolanie i Dreźnie. Dodatkowo, „eksperci” wszystkich organizacji partnerskich złożyli sobie wzajemnie wizyty, w czasie których obserwowali i dyskutowali pracę partnera, zdobywali wiedzę oraz przyczyniali się do podniesienia jakości pracy organizacji partnerskiej. W rezultacie, praktyka pracy klinicznej w każdej poradni odniosła znaczne korzyści, dzięki czemu podniosła się jakość usług świadczonych dzieciom i kobietom.

Każdy zespół zapewnił badania oraz przegląd alternatywnych metod oceny i terapii dostępnych dla rodzin na lokalnym terenie. Biorąc pod uwagę różnice polityczne i społeczne występujące w każdym z krajów, opracowanie wspólnych kryteriów umożliwiających porównanie powyższych metod było niemożliwe. Odkryliśmy wiele społecznych, kulturowych i zdrowotno- politycznych różnic pomiędzy poszczególnymi krajami i poradniami, lecz MFA zdołało wypracować drogę współpracy oraz stworzyć efektywną, a co najważniejsze pożądaną, alternatywę dla „zwykłej terapii”. Kolejnym naszym spostrzeżeniem było odkrycie, że pomimo bardzo specyficznych i politycznych nacisków wywieranych na każdą z poradni, wszystkie mają wiele wspólnego w przypadku podejmowania decyzji klinicznych, wdrażania MFA oraz sporządzania raportów dla sądów i agencji.

Podjęliśmy decyzję o przetestowaniu MFA i odnieśliśmy sukces przeprowadzając audyt retrospektywny pracy 5 poradni biorących stosujących MFA. Zdecydowaliśmy również o przeprowadzeniu małego pilotażowego projektu. Zdołaliśmy zidentyfikować (oraz zgodziliśmy się na zastosowanie) 3 instrumentów badawczych, których celem była ewaluacja wyników MFA. Zespoły zaprojektowały także dwa kwestionariusze dla użytkowników (jeden dla dorosłych i jeden dla dzieci), których celem jest ocena odbioru przez rodziny MFA. Jednakże uzyskanie powtarzalnych i godnych zaufania danych okazało się bardzo trudne. Głównym powodem był brak czasu na szczegółowe zaplanowanie projektu: bardzo trudno było uzyskać etyczną aprobatę jednocześnie w tak wielu krajach i organizacjach; nie byliśmy w stanie stworzyć adekwatne wersje niektórych instrumentów oceny we wszystkich językach. Jednakże zorientowaliśmy się, że jest możliwe użycie każdego z instrumentów w odniesieniu do ograniczonej ilości rodzin, a dzięki temu uzyskać znaczące rezultaty. Doszliśmy do wniosku, że badanie wyników MFA jest zarówno ważne, jak i efektywne.

Raport ten szczegółowo opisuje wyniki pracy 7 partnerskich organizacji w przeciągu ostatniego roku (kwiecień 2006- kwiecień 2007) oraz przekazuje rekomendacje dla przyszłych kierunków działań specjalistów stosujących MFA.

## **II. Podejścia i Konteksty Działań Partnerów Projektu**

## **A. Historia i opis MFA dla rodzin multi- problemowych**

MFA bazuje na wieloletniej pionierskiej pracy klinicznej dr Alana Cooklina (zapoczątkowanej w połowie lat 70.) z tzw. „rodzinami multi- problemowymi” w Poradni dla Rodzin w Marlborough, a której kontynuatorem został zespół dr Eia Asena. Na multi- problemowość składają się (zarówno dawniej, jak i obecnie) nie tylko problemy o charakterze psychologicznym, lecz także społecznym, edukacyjnym, a nader wszystko przemoc w rodzinie. Rozwiązanie tak dużej ilości złożonych problemów wymaga zaangażowania całego zespołu (lub wielu zespołów) specjalistów. W rezultacie mamy do czynienia z pojawieniem się „multi- agencyjnych rodzin”, z którymi pracuje duża grupa „pomocników” paraliżujących wzajemnie swoje działania. Rodzice otoczeni przez tak dużą liczbę „pomocników” często zaczynają się czuć bezradni MFA powstało w celu rozwiązania tego problemu poprzez wytworzenie wielorodzinnego kontekstu (środowiska), który zachęciłby rodziny do ponownego odkrycia własnych zasobów i do wzajemnej pomocy, i który umożliwiłby przejście z pozycji „bezradni” na pozycję „pomocni”. Praca kliniczna z rodzinami multi- problemowymi wymaga stworzenia określonego rozkładu dnia, gdyż w zajęciach będzie uczestniczyło jednocześnie 6- 8 rodzin przez całe dni i tygodnie. Niektóre dzieci zostały odseparowane od swoich rodziców i przebywają z opiekunami, a inne, pomimo ryzyka wystąpienia sytuacji dla nich niebezpiecznych, nadal przebywają ze swoimi rodzicami. Bez względu na to czy dzieci mieszkają ze swoimi rodzicami czy nie, to na zajęcia przychodzą razem z nimi i z innymi rodzinami, a zadaniem poradni jest zapewnienie różnorodnych i złożonych kontekstów. Podczas odtwarzania rzeczywistych sytuacji życiowych, obserwuje się niewłaściwe wzorce zachowań i interakcji rodzin, jednocześnie starając się im pomóc je zauważyć i zmienić, redukując dzięki temu, prawdopodobieństwo wystąpienia przemocy. Obecność innych rodzin z podobnymi problemami i dylematami daje możliwość szukania wspólnych rozwiązań, dzielenia się pomysłami i spostrzeżeniami. Przebywanie z wieloma rodzinami z niemal identycznymi problemami jest unikalnym doświadczeniem, które może przyczyniać się do zmniejszenia poczucia izolacji społecznej i stygmatyzacji, w wyniku czego rodziny stają się mniej defensywne i w większym stopniu otwarte na wprowadzanie zmian (w tym na „zmierzenie się” z konkretnymi problemami). Podczas codziennych zajęć rodzice przejmują pełną kontrolę nad swoimi dziećmi, a kadra pełni raczej rolę osób asystujących, niż przejmujących kontrolę. MFA ma charakter multi- dyscyplinarny, co oznacza współpracę specjalistów z dziedziny psychiatrii i psychoterapii dziecięcej, psychologii, edukacji, pracy socjalnej i terapii rodzinnej. Jeden cykl MFA zajmuje okres od 6 tygodni do 6 miesięcy i może charakteryzować się dużymi różnicami w zależności od poradni. Częstotliwość 8i czas trwania spotkań jest również dostosowana do indywidualnych potrzeb rodzin.

Rodziny multi- problemowe stają w obliczu jednoczesnego wystąpienia całej grupy problemów i zagadnień:

- wykorzystywanie fizyczne, seksualne i emocjonalne oraz zaniedbanie
- problemy zdrowia psychicznego o charakterze chronicznym
- społeczne wykluczenie i problemy socjalne, takie jak bieda, bezrobocie, dyskryminacja, złe warunki mieszkaniowe
- alkoholizm i inne uzależnienia
- przemoc i wykroczenia
- problemy szkolne

Konsekwencje są następujące:

- występują znaczne trudności w dotarciu do rodzin i w ich leczeniu
- stosunki rodzin i specjalistów są naznaczone wzajemną niechęcią, czasem wręcz wrogością oraz brakiem zaufania

- rodziny obwiniają Opiekę Społeczną lub „system” za swoje problemy, opierają się zmianom i czują się zmuszani do wzięcia udziału w terapii
- ilość zaangażowanych specjalistów ma tendencję do nieograniczonego wzrostu, z jednoczesnym wystąpieniem podziału na grupy i dużym zróżnicowaniem opinii, jako efektów ubocznych
- często występuje paraliż współdziałania specjalistów.

Do celów MFA należy niesienie pomocy rodzinom w następujących obszarach:

- pokonanie izolacji i stygmatyzacji
- wzajemne porównanie doświadczeń uczestniczących rodzin i zobaczenie własnych problemów „oczami innych”
- stworzenie dużej ilości nowych rozwiązań
- ruch z pozycji „bezzadni” w kierunku „pomocni”
- omówienie „drażliwych” tematów w bezpiecznym środowisku grupy.

### **Charakterystyka organizacji partnerskich**

W projekcie wzięło udział 7 organizacji partnerskich, z których 5 już wcześniej stosowało MFA: Londyn (Wielka Brytania), Drezno (Niemcy), Mediolan (Włochy), Spiren (Dania) i Gosselies (Belgia). Zespół z Beuvais (Francja) miał kilku członków, którzy zdobywali doświadczenie z MFA pracując na przedmieściach Paryża, a do projektu dołączyli na początku 2007 roku. Zespół z Rzeszowa (Polska) wziął udział w projekcie w celu zdobycia wiedzy i doświadczenia niezbędnych do otwarcia poradni MFA.

#### **a) Poradnia Dzienna dla Rodzin w Marlborough, Londyn (Wielka Brytania)**

Poradnia (FDU) rozpoczęła swoją działalność w drugiej połowie lat 70., kiedy to na spotkania odbywające się 5 dni w tygodniu i trwające 8 godzin, uczęszczało maksymalnie 10 rodzin. Zajęcia odbywały się w różnorodnych kontekstach- spotkania dużych grup, praca z poszczególnymi rodzinami lub psychoterapia indywidualna. Podejście w tym czasie miało charakter eklektyczny i łączyło 3 różne modele: systemy rodzinne, psychoanalizę i psychodynamicznie zorientowaną pracę grupową. Rodziny miały zajęcia w FDU przez maks. 18 miesięcy, co było wyrazem przekonania, że wprowadzanie zmian jest procesem powolnym, który wymaga od rodzin stopniowego „dorastania” do zmian w ich własnym tempie. Kadra zapewniała także usługi telefoniczne na wypadek wystąpienia sytuacji kryzysowych nocą lub w czasie weekendów. Podejście to zmieniło się we wczesnych latach 80., kiedy to okazało się, że rodziny w zbyt dużym stopniu opierały się na FDU i w rezultacie pomoc „na telefon” została zlikwidowana. Od tej pory długość cyklu zajęć ogranicza się do 3 miesięcy (6 godzin dziennie). Do współpracy zaproszono multi- dyscyplinarny zespół specjalistów, rekrutujących się spośród pielęgniarek, pracowników socjalnych, i psychologów. W ciągu ostatnich 15 lat liczba przypadków prowadzonych przez FDU znacząco wzrosła. Większość z rodzin uczestniczących w zajęciach już wcześniej była znana opiece społecznej (nierzadko od wielu lat), a niektóre z ich dzieci przebywały pod opieką osób trzecich. FDU bardzo rzadko ma szansę na podjęcie wczesnej interwencji- ten obszar działań jest rozwijany dopiero od niedawna. Ponad 1000 rodzin zostało poddanych terapii w FDU przez ostatnie 25 lat.

#### **b) Poradnia dla Dzieci i Młodzieży, Drezno (Niemcy)**

Poradnia Psychiatryczna dla Dzieci i Młodzieży działająca przy uniwersytecie w Dreźnie, otworzyła Centrum Wielorodzinne w marcu 1998. Nadzór nad jego działaniem sprawował dr Eia Asen. Ponieważ Centrum zostało otwarte w ramach już działającej poradni medycznej, to w początkowym okresie terapię prowadzili lekarze i psychologowie, których pracę

obserwowały i dokumentowały pielęgniarki. Jednakże w ostatnich 8 latach sytuacja uległa radykalnej zmianie i aktualnie zespół składa się z multi- dyscyplinarnych specjalistów: pielęgniarek, lekarzy, psychologów i terapeutów zajęciowych. Wszyscy pracownicy uczestniczyli w szkoleniach z zakresu terapii systemowej. Początkowy 8- 10 tygodniowy czas trwania cyklu MFA został aktualnie skrócony do 6 tygodni, a spotkania odbywają się przez pięć dni w tygodniu i trwają 7, 5 godz. W centrum zainteresowania pracowników poradni znajdują się przede wszystkim dzieci z zaburzeniami psychicznymi i psychiatrycznymi oraz ich rodzice, którzy często cierpią na podobne zaburzenia. Klienci są kierowani do poradni przez lekarzy ogólnych, specjalistów, psychologów, szkoły oraz zgłaszają się sami- jedynie w nielicznych przypadkach są kierowani przez pracowników socjalnych.

### **c) Poradnia Spiren, Holstebro (Dania)**

Poradnia Spiren pracuje z grupami rodziców i dzieci już od wielu lat i odnosi znaczące sukcesy. W 2002 r. po zakończeniu warsztatów prowadzonych przez Dereka Taylora (Poradnia dla Rodzin w Marlborough), a w których uczestniczył również dr Eia Asen, zespół rozpoczął MFA. Spiren jest instytucją publiczną, finansowaną i należącą do władz miasta Holstebro. Rodziny są kierowane do poradni przez pracowników socjalnych, do których należy decyzja o charakterze interwencji oferowanej danej rodzinie. Pracownicy socjalni, przed podjęciem decyzji o sposobie interwencji, mają za zadanie przeprowadzić ocenę istniejącej w rodzinie sytuacji. Misją Poradni Spiren jest oferowanie terapii wszystkim zgłoszonym rodzinom. Sami rodzice także mogą zwracać się o pomoc do poradni. Pomiedzy rodzinami a ich specjalistycznym otoczeniem, istnieje bardzo dobra współpraca. 100% rodzin-klientów jest narodowości duńskiej. Wiele z nich to samotne matki, których dzieci pochodzą od różnych ojców.

### **d) Centre de Protection de l'Enfant- CPE, Gosselies (Belgia)**

CPE, otwarte w 1989 r., jest domem opieki dla dzieci, które zostały odsunięte od swoich rodzin nakazem sądowym. Po wielu latach, nieskończonej ilości prób pomocy rodzicom w poprawieniu ich stosunków z dziećmi oraz wprowadzenia w ich życie istotnych zmian, stało się jasne, że relatywnie powierzchowny kontakt jaki mieli oni z dziećmi w czasie odwiedzin lub zajęć indywidualnych, nie był wystarczający w przypadku rozwiązywania złożonych problemów rodzinnych, jak i nie stwarzał możliwości wprowadzania zmian. Dlatego też w 2003 r. zespół, po uprzednim przeszkoleniu przez dr Eia Asena, podjął decyzję o użyciu MFA. Poradnia Wielorodzinna specjalizuje się w bliskiej obserwacji interakcji w rodzinie i skupia się na wspomaganiu rodziców w zmianie ich dysfunkcyjnych zachowań w stosunku do dzieci. Nacisk jest także kładziony na pracę terapeutyczną z dziećmi oraz na ocenie ich problemów rozwojowych (emocjonalnych, psychologicznych i fizycznych).

### **e) Centro di Trattamento Multifamiliare, Mediolan (Włochy)**

CTM jest projektem prowadzonym przez Servizio Sanitario della Citta di Milano (Służba Zdrowia w Mediolanie). Został zapoczątkowany w 2001 r. w formie eksperymentu, po szkoleniu i pod nadzorem dr Eia Asena i jego pracowników. Jest to pierwsza na terenie Włoch placówka, zajmująca się oceną i terapią rodzin multi- problemowych. CTM świadczy usługi wszystkim rodzinom mieszkającym w obrębie Mediolanu. Poradnia jest oczywiście multi- dyscyplinarna- tworzą ją pracownicy socjalni, psychologowie, psychiatrzy i pedagodzy (wszyscy po szkoleniach z dziedziny terapii systemowej). Nacisk jest kładziony na pracę transpokoleniową- o uczestnictwo w zajęciach są również proszeni dziadkowie i babcie.

### **f) Service d'Intervention Specialisee, Beauvais (Francja)**

Poradnia prowadzi terapię MFA na obszarze aglomeracji Paryża już od marca 2003 r. W dotychczasowych zajęciach uczestniczyło ponad 60 rodzin. Niektórzy z pracowników poradni uczestniczyło w szkoleniach prowadzonych przez Poradnię Marlborough w latach 2003-2004. Nowa Poradnia Wielorodzinna została otwarta w 2007 r. w celu zintensyfikowania terapii z rodzinami multi- problemowymi. Jej celem jest wykluczenie zachowań agresywnych oraz pomoc rodzinom we wprowadzaniu pozytywnych zmian.

#### **g) Rzeszów**

Zespół w Rzeszowie nie otworzył jeszcze poradni MFA. W 2005 r. jeden z członków zespołu odwiedził Poradnię w Marlborough i obserwował jej pracę. We wrześniu 2006 r. zespół rozpoczął 12. tygodniowy program szkolenia umiejętności rodzicielskich (zajęcia odbywają się raz w tygodniu) dla rodziców, których dzieci przebywają w ośrodku wychowawczym. Dzieci biorą udział w zajęciach prowadzonych równoległe do zajęć z rodzicami i mają możliwość przyłączenia się do rodziców. Zespół składa się z psychologów i pracowników socjalnych (z przeszkoleniem systemowym). W planie jest otwarcie poradni MFA wiosną 2007 r.

### **D. Konteksty działań partnerów projektu**

W tej części zostanie omówiona różnorodność kontekstów w jakich działają poszczególne organizacje partnerskie- różnice kulturowe, odmienność kadry i klientów poradni, czas trwania i częstotliwość oceny i terapii, lokalizacja oraz stosowane techniki i podejścia.

#### **1. Kontekst kulturowo- polityczny**

Każda organizacja partnerska została poproszona o scharakteryzowanie kontekstu kulturowo-politycznego w jakim prowadzi działalność. Nikomu nie zostały narzucone żadne ramy czy format wypowiedzi, które mogłyby potencjalnie zakłócić jakość wypowiedzi. W rezultacie otrzymaliśmy bardzo zróżnicowane i niejednorodne opracowania.

#### **a) Anglia**

Poradnia w Marlborough jest poradnią publiczną i świadczy usługi w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Jako placówka służby zdrowia jest finansowana z lokalnych świadczeń socjalnych i edukacyjnych. Jest podmiotem rządowej polityki wprowadzania zmian i co się z tym wiąże, podlega naciskom finansowym. Poradnia współpracuje z innymi agencjami zajmującymi się problemami dzieci, dzieląc się z nimi informacjami i współdziałając w kierunku ochrony dzieci i młodzieży przed przemocą oraz niosąc pomoc w osiągnięciu celów życiowych. Obszar na którym działa poradnia Marlborough jest jednym z najbardziej zróżnicowanych i kosmopolitycznych w Europie. Mieszkańcy tworzą duże grupy etniczne, poczynając od mniejszości czarnych, białych i Azjatów (często, lecz nie zawsze, tworzących również mniejsze mini- społeczności), poprzez grupy, w których większość tworzą osoby o innym niż biały kolorze skóry, a kończąc na dużej ilości uchodźców i osób oczekujących na azyl polityczny. Mniej niż 50% mieszkańców definiuje siebie jako Białych Brytyjczyków. Istnieją również olbrzymie różnice społeczno- ekonomiczne- „społeczne niziny” i ogromna bieda, blisko sąsiadują z uprzywilejowaniem i bogactwem. Kluczową sprawą jest uzmysłowienie sobie, jak wielkie znaczenie ma dla mieszkańców tego obszaru dzielących ich różnic rasowych i etnicznych. Dlatego też wszelkie świadczenia ze strony poradni Marlborough muszą być nacechowane wrażliwością kulturową i religijną, a interwencje prowadzone w języku danej społeczności (o ile jest to możliwe). Z tego też powodu

pracownicy posługują się 15 językami, a do pomocy są także bardzo często zatrudniani tłumacze. Ex- klienci (rodzice i dzieci) są aktywnie zaangażowani w bieżącą działalność poradni i spełniają rolę „ambasadorów” MFA w stosunku do nowych rodzin i specjalistów.

### **b) Niemcy**

Przed zjednoczenie w 1989 r. Niemcy Zachodnie i Wschodnie dzieliły znaczące różnice w kontekście reprezentowanych wartości rodzinnych. Na przykład, Niemcy Wschodnie kładły nacisk na równe prawa kobiet i mężczyzn, równe szanse zatrudnienia, wynagrodzenia i kariery zawodowej. Większość kobiet przed 1989 rokiem była zatrudniona i niezależna finansowo, a poziom rozwodów wynosił około 40 %. Opieką nad dziećmi małżonkowie dzielili się w równym stopniu, a przedszkola i świetlice szkolne były bardzo popularną formą opieki zapewnianą przez państwo. W Niemczech Zachodnich natomiast główny ciężar opieki nad dziećmi spoczywał w rękach kobiet, a mężczyźni stali raczej na uboczu, poświęcając się karierze zawodowej. Po zjednoczeniu, obszar byłych Niemiec Wschodnich w znacznym stopniu ucierpiał z powodu wysokiego bezrobocia, niskich zarobków, mniejszej opieki ze strony państwa oraz, po raz pierwszy, z powodu biedy dzieci lub jej zagrożenia. Na rodziny miały wpływ również zupełnie odmienne style wychowania dzieci: na przykład, kobiety ze Wschodnich Niemiec oczekiwały od swoich zachodnioniemieckich mężów dzielenia się obowiązkami domowymi, co było „szokiem kulturowym” dla tych ostatnich. Innym przykładem mogą być żłobki, do których chodziły wschodnioniemieckie dzieci ukończywszy pierwszy rok życia, a które były zupełnie nieznane w Niemczech Zachodnich. Teraz, Niemcy wywodzący się z dawnych Niemiec Zachodnich i mieszkający na terenach dawnych Niemiec Wschodnich, na pewno nie powiedzą swoim zachodnioniemieckim dziadkom, że ich dzieci już od najmłodszego wieku chodzą do przedszkola. Stopień integracji imigrantów jest na niskim poziomie. Jednocześnie można zaobserwować falę powrotów na teren Niemiec potomków niemieckich osiedleńców w krajach słowiańskich (tzw. Spaetaussiedler). Niemieckie społeczeństwo jest społeczeństwem starzejącym się o niskiej akceptacji dzieci. Tylko 20% par ma ślub, 30% jest rozwiedzionych, a 50% praktykuje tzw. seryjną monogamię, przez co rodzeństwo bardzo często ma różnych ojców.

### **c) Dania**

100% dzieci w Danii otrzymuje jakąś formę świadczeń ze strony państwa, które troszczy się praktycznie o wszystko (skandynawski model państwa opiekuńczego). Kościół nie ma żadnych wpływów. Średnia ilość dzieci w rodzinie duńskiej to 1,78. Adopcje w ramach kraju są wyjątkowo rzadkie, a jeśli już się odbywają to mają charakter transkulturowy. Dzieci, które zostały odsunięte od swoich rodzin mieszkają albo z opiekunami prawnymi, albo w przeznaczonych do tego instytucjach. Jednakże rodzice mają prawo rokrocznie ubiegać się sądowo o ich powrót (aż do uzyskania przez dzieci pełnoletności). Takie rozwiązanie prawne może powodować u dzieci poczucie niepewności i braku bezpieczeństwa, a w dłuższym okresie, taka sytuacja będzie miała również negatywne skutki na wszystkich zaangażowanych w opiekę nad dziećmi. Rząd duński kładzie bardzo silny nacisk na ochronę praw dzieci i ich rodzin, w związku z czym istnieją silnie rozwinięte instrumenty prewencyjne wspierające taki stan rzeczy. Bezrobocie praktycznie nie istnieje, a rząd popiera wszelkie formy aktywności społecznej. Jeśli jednak rodzice są bezrobotni, to lokalne władze płacą im zapomogę lecz jednocześnie zobowiązują do brania udziału w projektach przygotowujących ich do wkroczenia na rynek pracy. Nowoczesne rodziny zwykle mieszkają z dala od swoich dziadków, co powoduje wyraźny brak wzorców wychowania dzieci, a co z kolei przekłada się na bardzo niepewne umiejętności rodzicielskie. W przypadku ochrony praw dziecka wszyscy mogą interweniować, jeśli tylko stwierdzą ich naruszenie. Sąsiedzi, przyjaciele, krewni i inni

mają prawo wezwać pracowników socjalnych. Z kolei nauczyciele w szkole, pielęgniarki, opiekunowie w przedszkolach, policjanci, lekarze itp. są zobowiązani do poinformowania pracowników socjalnych w przypadku zauważenia jakichkolwiek nieprawidłowości dotyczących sprawowania opieki nad dziećmi. Informacja taka jest asumptem do podjęcia wstępnego dochodzenia.

#### **d) Belgia**

The Centre de Protection de l'Enfant (CPE) znajduje się w Wallonie, które w przeszłości było szybko rozwijającym się centrum górnictwa i hutnictwa szkła. Po zakończeniu II wojny światowej, obszar ten przeżywał ponowny rozkwit, co spowodowało napływ dużej ilości imigrantów z Włoch i Polski. Płace jakie im oferowano były jednakże bardzo niskie. Dzisiaj, cały region przeżywa upadek ekonomiczny i staje się jednym z najbiedniejszych w Belgii. Oczywiście stopa bezrobocia kształtuje się na bardzo wysokim poziomie. Rodziny, żyjące w dużym stresie, są społecznie izolowane. W przeszłości, tożsamość i wartości były kształtowane przez wykonywaną pracę, a teraz wraz z jej utratą, rodzice tracą również poczucie własnej wartości, a co ważniejsze, tracą szacunek w oczach dzieci. W rezultacie następuje utrata kontroli rodzicielskiej nad postawami i poczynaniami dzieci. W centrum CPE mieszkają dzieci w wieku od urodzenia do 7 lat. Są to ofiary poważnych nadużyć władzy rodzicielskiej i zaniedbań. Działalność Centrum jest częściowo finansowana z funduszy lokalnych, a częściowo z prywatnych dotacji. Chociaż nacisk jest kładziony na ochronę praw dzieci, to nie zapomina się o partnerskiej współpracy z rodzicami i służbami socjalnymi. Celem działań jest przywrócenie tradycyjnych ról: rodzinie jej roli opiekuńczej, a służbom socjalnym niesienia pomocy i oceny sytuacji. Zespół CPE jest jednolity pod względem kulturowym, jednakże niektórzy jego członkowie są potomkami pierwszej i drugiej fali imigrantów. Większość znajdujących się w nim dzieci pochodzi z rozbitych rodzin, w których matki mają dzieci z różnymi mężczyznami. Większość matek jest bezrobotna, a jedynie nieliczna grupa ojców posiada stałe zatrudnienie. Niewielka liczba rodzin pochodzi z poza Europy. Rodziny są ubogie, bez stabilnych modeli wychowawczych z długą historią utrwalań wzorców niewłaściwych zachowań. Prawo dotyczące ochrony dzieci zostało zmienione w 1991 r. w celu zmniejszenia często przedłużającego się okresu przebywania dzieci w instytucjach opiekuńczych. Bez względu na powagę istniejącej sytuacji rodzinnej kładzie ono nacisk na pozostawianie dzieci przy rodzicach i na pomoc niesioną w domach. Jednakże zmianom prawnym nie towarzyszył niezbędny w tym przypadku napływ funduszy - czy to ze strony instytucji rządowych, czy też władz lokalnych, co w praktyce oznaczało zupełny brak instrumentów. Belgia cierpi na brak rodzin zastępczych, a istniejące rozwiązania faworyzujące rodziców i ich prawo do domagania się powrotu dzieci, nie są niestety pomocne. Aktualnie istniejący system wzmacnia jedynie i tak już niestabilną sytuację dzieci. W ostatnim okresie można zaobserwować wzrastającą ilość samotnych ojców chcących mieć pełne prawa rodzicielskie.

#### **e) Włochy**

Ostatnie zmiany polityczne we Włoszech miały istotny wpływ na finansowanie projektów publicznych. Lokalne instytucje socjalne i służby zdrowia zostały zmuszone do podporządkowania swoich działań, i wynikającej z nich polityki finansowej, planom centralnym. W związku z czym żaden projekt nie ma szansy przetrwania jeśli nie wpisuje się w jakiś projekt nadrzędny. CTM jest jednym z tych projektów, który zawsze działał pod groźbą zamknięcia, co powodowało z kolei dużą rotację menedżerów. Niepewność finansowa zmusiła CTM do poszukiwania alternatywnych źródeł finansowania, w tym prywatnych. CTM pracuje z rodzinami o bardzo zróżnicowanej gamie problemów, lecz nader wszystko z rodzinami cierpiącymi z powodu przemocy i nadużyć w stosunku do dzieci. Są to rodziny,

które praktycznie wszystkie już miały do czynienia ze służbami socjalnymi i sądami dla nieletnich. Prośby o ocenę sytuacji i ewentualną pomoc pochodzą od lokalnych instytucji opiekujących się dziećmi i rodzinami lub też bezpośrednio z sądów dla nieletnich. W działania poradni jest zaangażowana cała sieć specjalistów i odpowiednich służb, którzy kierują swoje działania przede wszystkim na ojców (ponad 65% przypadków)- żaden z nich jeszcze nie odmówił uczestniczenia w zajęciach.

#### **f) Polska**

Polska jest krajem etnicznie jednolitym: mniejszości stanowią jedynie 3- 4% społeczeństwa. Większość Polaków jest katolikami (95%), a Kościół jest integralną częścią państwa i systemu politycznego. Współzamieszkiwanie partnerów przed ślubem jest rzadkie i społecznie nieakceptowane. Rozwodzi się 25% małżeństw, a głównymi powodami są niewierność, „niezgodność charakterów” i alkoholizm. Ostatnio coraz częściej pojawiającym się powodem jest niepewność ekonomiczna (np. bezrobocie), która powoduje napięcia w rodzinie. Młode małżeństwa przeważnie mieszkają z rodzicami, gdyż nie stać ich na kupno mieszkania- szczególnie w dużym mieście. Wskaźnik narodzin ma tendencję spadkową. Jedna trzecia wszystkich bezrobotnych jest poniżej 30. roku życia. Przekłada się to bezpośrednio na ilość popełnianych przestępstw, uzależnień od alkoholu i innych używek. Prawie połowa wszystkich kobiet nie jest w stanie znaleźć pracy, co ma wpływ na jakość życia w rodzinie. Pomimo tego, że kobiety są przeważnie lepiej wykształcone od mężczyzn, lepiej adaptują się do wymogów nowoczesnego stylu życia i mają dostęp do różnorodnych ścieżek kariery, to tradycjonalizm w ich postrzeganiu znacznie zmniejsza ich możliwości. Wiele z nich w dalszym ciągu jest zmuszona pełnić podwójną rolę- zawodową i gospodyni domowej. Mniej zarabiają, w większym stopniu są narażone na zwolnienia i nie mają odpowiedniej ochrony socjalnej. Wynagrodzenie w Polsce jest znacznie niższe niż w krajach Zachodnich, co zmusza obojga rodziców do podjęcia pracy zawodowej. Jest to również powodem emigracji zawodowej. Według danych rządowych około 600 tys. Polaków opuściło kraj w poszukiwaniu pracy od momentu przyłączenia Polski w 2004 r. do UE. Dane nieoficjalne zwiększają tę ilość do 2 mln (5% ludności). Mamy do czynienia z drenażem mózgow- wiele osób z wyższym wykształceniem lub wysokimi umiejętnościami pracuje aktualnie poza krajem. Poczynając od 2004 r., mamy do czynienia z rodzicami przychodzącymi do instytucji opiekuńczych z prośbą o zaopiekowanie się ich dziećmi w związku z wyjazdem zagranicę (w większości są to ojcowie). Pomimo widocznych bardzo pozytywnych zmian w ostatnich latach w Polsce, poglądy na stosowanie przemocy w rodzinie są nadal bardzo tradycyjne- jest ona traktowana jako marginalny problem. Konsekwencją takiego podejścia jest również brak spójnego rządowego planu jej przeciwdziałania, co przekłada się na praktyczny brak jakichkolwiek działań. W sporządzonym ostatnio przez rząd „Raportie o Stanie Polskiej Rodziny”” przemoc w stosunku do kobiet nie doczekała się nawet najmniejszej wzmianki. Należy jednak zauważyć, że zauważono istnienie przemocy w stosunku do dzieci. W Polsce panuje powszechne przekonanie, że przemoc w rodzinie ściśle wiąże się z nadużywaniem alkoholu pomimo, że nie istnieją żadne wiarygodne dane popierające tą tezę. Należy jednakże zauważyć, że alkoholizm jest dużym problemem społecznym.

#### **g) Francja**

Beauvais znajduje się w L’Oise (Północny Paryż) na obszarze o najniższej we Francji średniej wieku (28% mieszkańców poniżej 20. roku życia). Ludność Beauvais w większości przynależy do klasy średniej, a w mieście znajdują się siedziby dużych firm międzynarodowych. Jest to region bogatych i historycznych miejscowości, lecz znajdują się na nim także obszary typowo wiejskie, w szczególności w południowym L’Oise, które jest

zamieszkałe przez rodziny, których nie stać na życie w Paryżu i dlatego przenieśli się do L'Oise. Rodziny te znajdują się przeważnie na niższym szczeblu społeczno- ekonomicznym. 50% dzieci mieszka z obydwojoma rodzicami, 35% z jednym (z czego 50% w Beauvais), a 70% dzieci jest w wieku poniżej 13 lat i pochodzi z klasy robotniczej. 10% rodzin to imigranci. We francuskim społeczeństwie dziecko znajduje się w centrum uwagi i jego dobro jest monitorowane do osiągnięcia pełnoletności. System ochrony dziecka jest efektywny, a w wyjątkowych przypadkach interwenują sądy dla nieletnich. Różnorodne instytucje, wliczając policję i służby socjalne, stoją na straży zapewnienia odpowiednich standardów opieki nad dzieckiem. We Francji, podczas wstępnego przesłuchania rodziców i ich nastoletnich dzieci, sąd podejmuje decyzję o zastosowaniu kolejnych kroków (jeśli w ogóle one nastąpią).

## **2) Charakterystyka rodzin i kadry**

Tabela 1 ukazuje, osobno dla każdej poradni, ilość rodzin jednocześnie uczestniczących w zajęciach; rodzaj i ilość zatrudnionej kadry (zarówno ilość kadry, jak i Ilość Pełnych Etatów-IPE); zagadnienia do rozwiązania; źródło skierowania.

*Tabela 1*

<b>Poradnia</b>	<b>Ilość rodzin uczestniczących jednocześnie w zajęciach</b>	<b>Struktura kadry</b>	<b>Rodzaj rodzin</b>	<b>Źródło skierowania</b>
Belgia	4	2 NWG: 2 pracowników socjalnych (terapeuta rodzinny, psycholog) terapeuta rozwojowy dla dzieci= <b>1,5 OIPE</b>	Bardzo ubogie, Problemy zdrowia Psychicznego, Belgowie i imigranci z Północnej Afryki	Służby socjalne, lekarze, sąd
Anglia	8	5 NWG i 5 PWG: 5 specjalistów klinicznych, 5 terapeutów (psychoterapeuta dziecięcy, psycholog, psychiatra, pracownik socjalny)= <b>6 OIPE</b>	Bardzo ubogie, multi- problemowe, problemy zdrowia psychicznego, mniejszości etniczne, uchodźcy	Służby socjalne, sąd
Włochy	8	7 NWG: pracownik socjalny, terapeuta rodzinny, koordynator, psychologowie, terapeuci rodzinni, psychiatra, nauczyciel=	Multi- problemowe, problemy zdrowia psychicznego, różnorodne mniejszości etniczne	Sąd, służby socjalne

		<b>3 OIPE</b>		
Niemcy	6	8 NWG: psychiatra dziecięcy, psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarki, terapeuta edukacyjny, nauczyciel= <b>5 OIPE</b>	Problemy zdrowia psychicznego dzieci i rodziców, trudności w stosunkach międzyludzkich, agresywne dzieci, trudności dzieci w nauce, przemoc w rodzinie, głównie Niemcy	Psychologowie, psychiatrzy, lekarze ogólni, bardzo rzadko służby socjalne
Dania	4	2 NWG, 2 PWG: pedagog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka= <b>3 OIPE</b>	Przemoc w rodzinie, rozwód, problemy socjalne	Służby socjalne
Francja	5	5 NWG= <b>4,5 OIPE</b>	Multi- problemowe rodziny, ubóstwo	Sąd, służby socjalne
Polska	3	3 NWG: psycholog, pracownicy socjalni= <b>2,5 OIPE</b>	Problemy związane z nadużywaniem alkoholu	Służby socjalne

NWG- Niepełny Wymiar Godzin

PWG- Pełny Wymiar Godzin

OIPE- Odpowiednik Ilości Pełnych Etatów

### **3) Czas trwania i częstotliwość spotkań, rodzaje raportu**

Tabela 2 ukazuje czas trwania i częstotliwość spotkań z rodzinami; ilość rodzin uczestniczących w zajęciach w przeciągu roku; rodzaj raportu sporządzonego po zakończeniu terapii.

*Tabela 2*

<b>Poradnia</b>	<b>Czas trwania/ Częstotliwość</b>	<b>Liczba rodzin rocznie</b>	<b>Częstotliwość i długość wielorodzinnych sesji</b>	<b>Rodzaj raportu</b>
Belgia	12 tygodni: 3 dni w tygodniu= 21 godz.	12	Zajęcia wielorodzinne: raz w tygodniu 1,5 godz. (malarstwo, rzeźba, genogramy, 6. miesięczna projekcja itp.) wspólne spotkania na	50% : B 50%: C

			początku i na koniec dnia: 15' spotkanie podsumowujące: 35' raz w tygodniu	
Anglia	12 tygodni: 3 dni w tygodniu= 15 godz.	30	3 sesje wielorodzinne dziennie trwające w sumie 3- 4 godz.	100%: C
Włochy	10- 12 tygodni: 3 dni w tygodniu= 15 godz.	14	spotkania na początku i na koniec dnia: 15' spotkanie podsumowujące: 20' wiele zajęć wielorodzinnych każdego dnia (3 godz.)	80%: C 20%: B
Niemcy	6 tygodni: 5 dni w tygodniu= 13 godz.	40	3 godziny zajęć wielorodzinnych dziennie	100%: A w tym 20% B
Dania	6 miesięcy: 3 dni w tygodniu= 13 godz.	10	Codziennie zajęcia wielorodzinne, a w tym planowanie spotkań, ocena, zabawy, rytuały- 3 godz. Dziennie	100%: B
Francja	9 tygodni: 3 dni w tygodniu= 20 godz.	50	Plan zajęć w trakcie realizacji	50%: B 50%: C
Polska	12 tygodni: raz w tygodniu= 5 godz.	10	Plan zajęć w trakcie realizacji	100%: B

Rodzaj raportu:

A: medyczny/ psychologiczny

B: pracowników socjalnych

C: prawny

## 2. 4) Lokalizacja zajęć

Tabela 3 pokazuje miejsce prowadzenia zajęć klinicznych.

*Tabela 3*

Poradnia	Lokalizacja	Najbliższe sąsiedztwo
----------	-------------	-----------------------

Belgia	Budynek mieszkalny Ogród	Supermarket, park, sklepy
Anglia	Poradnia Dzienna dla Rodzin Ogród	Supermarket, park, muzeum, zoo
Włochy	Poradnia Teren szpitala	Supermarket, targowisko, park, muzeum
Niemcy	Poradnia Dzienna dla Rodzin	Stadnina koni, muzeum, park
Dania	Teren służb socjalnych	Supermarket, teren otwarty
Francja	Teren służb socjalnych	Supermarket, teren otwarty
Polska	Teren służb socjalnych	

### **5) Format pracy terapeutycznej**

Tabela 4 ukazuje formaty pracy terapeutycznej każdej z poradni- indywidualny, z jedną rodziną, wielorodzinny, inny rodzaj zajęć grupowych, spotkania w szerszym gronie .

*Tabela 4*

<b>Poradnia</b>	<b>Zajęcia wielorodzinne</b>	<b>Zajęcia z jedną rodziną</b>	<b>Zajęcia indywidualne</b>	<b>Równoległe zajęcia z rodzicami i dziećmi</b>	<b>Spotkania w szerszym gronie</b>
Belgia	Tak	Tak	Tak	Nie	Wizyty domowe Spotkania systemowe
Anglia	Tak	Tak	Tak	Tak	Spotkania systemowe Wizyty domowe
Włochy	Tak	Tak	Tak	Tak	Spotkania systemowe Wizyty domowe
Niemcy	Tak	Tak	Tak	Tak	Spotkania systemowe Wizyty domowe
Dania	Tak	Tak	Tak	Nie	Spotkania systemowe Wizyty domowe
Francja	Tak	Tak	Tak	Nie	Spotkania systemowe Wizyty domowe
Polska	Nie	Tak	Tak		Wizyty domowe

### **6) Podejścia wspomagające terapię**

Chociaż systemowe podejście wielorodzinne jest modelem wiodącym w pracy wszystkich poradni, to jednak stosują one również inne podejścia. Są one wyszczególnione w tabeli 5.

*Tabela 5*

Poradnia	Systemowe	Psycho- edukacyjne	Psycho- dynamiczne	Medyczne	Behawio- -ralne	Inne
Belgia	Tak	Tak	Tak	Nie	Tak	Teatr Terapia sztuką
Anglia	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Teatr Film
Włochy	Tak	Tak	Tak	Nie	Tak	Teatr
Niemcy	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Terapia zajęciowa Terapia sztuką Jeździectwo konne
Dania	Tak	Tak	Nie	Nie	Tak	Marte Meo Terapia zajęciowa Webster- Stratton Eutoni PMT
Francja	Tak	Tak	Tak	Nie	Tak	
Polska	Tak	Tak	Nie	Nie	Tak	

### III. Podejście Wielorodzinne (MFA- Multi- Family Approach)

*E. Model i pryncypia*

*F. Przykład kliniczny*

*G. Ograniczenia i przeciwwskazania dla MFA*

*H. Zagadnienia szkoleniowe*

*I. Struktury zespołu i nadzoru*

*J. Lokalne podejścia alternatywne*

## Podejście Wielorodzinne

### A. Model i pryncypia

W rozdziale tym zostaną przedstawione podstawowe pryncypia pracy klinicznej każdej organizacji partnerskiej.

#### 1. Włochy

1. szacunek, docenienie i zrozumienie
2. podejście systemowe trzy- pokoleniowe
3. podejście psycho- dynamiczne i poznawcze
4. obserwacja
5. techniki kreacji i ekspresji
6. odgrywanie ról

7. wizyty domowe
8. wielorodzinne zajęcia z rzeźby
9. aktorstwo- „Teatr Uciśnionych” (Theatre of Oppressed)

## **2. Niemcy**

1. jasne określenie celów skierowania (kto czego potrzebuje)
2. cotygodniowe, wspólne z rodziną, określenie konkretnych celów do osiągnięcia
3. konferencje przeprowadzane w szerszym gronie
4. model 5. kroków
5. współpraca ze szkołami
6. genogram
7. omówienie zajęć odtworzonych z wideo
8. terapeutyczny wpływ jazdy konnej
9. zamiana ról, krzyżowa zamiana rodzin

## **3. Dania**

1. pozytywne wzmocnienie/ szukania dobrych intencji
2. umieszczenie zajęć w określonym kontekście oraz refleksja
3. zasada „ręce precz”
4. pełna odpowiedzialność rodziców za dzieci
5. wiara w zaradność ludzi
6. pisanie/ opowiadania nowych historii

## **4. Anglia**

1. tworzenie map związków i sytuacji
2. tworzenie różnorodnych wymiarów sprzężenia zwrotnego
3. odtwarzanie, intensyfikacja i tworzenie terapeutycznego kryzysu
4. tworzenie mentalnych obrazów dzieci w umysłach dzieci
5. podtrzymywanie zaciekawienia
6. wymyślanie nowych pomysłów i ich wdrażanie
7. używanie nagrań rodziców zrobionych w domu
8. szkolenie wzajemne rodziców
9. zaangażowanie użytkowników (rodzice absolwenci)

## **5. Francja**

1. ocena-terapia- prewencja
2. jednoczesne/ alternatywne wielorodzinne- indywidualne zajęcia
3. przeniesienie zajęć z budynku na zewnątrz (w tym 48 godzinne wycieczki)
4. zaangażowanie użytkowników (np. poprzedni klienci pomagający aktualnym)

## **6. Belgia**

1. praca z hipotetycznymi scenariuszami
2. gra na emocjach (np. ze zdjęciami itp.)
3. zaangażowanie rodziny w kręcenie domowych filmów
4. rodzice pomagają rodzicom
5. tworzenie dobrej atmosfery (także okazjonalna zabawa)

6. uczenie się przez całe życie
7. używanie grup z zewnątrz w celu zwiększenia napięcia

### **B. Przykład kliniczny**

*Janet jest 23 letnią matką trójki dzieci poniżej 5 roku, z których każde ma innego ojca. Żaden z mężczyzn nie utrzymuje kontaktów z rodziną. Jej aktualny partner, Bill, jest najnowszym przybyszem na scenie rodzinnej. On również, jak poprzedni partnerzy, stosuje przemoc fizyczną. Janet już wcześniej była molestowana seksualnie, zaniedbywana emocjonalnie, nadużywała alkohol i brała narkotyki, mieszkała z rodziną zastępczą oraz znajdowała się pod opieką różnych instytucji- była także podmiotem fizycznych napaści ze strony wszystkich swoich dotychczasowych partnerów. Po ostatnich incydentach przemocy domowej, cała trójka dzieci została zabrana z domu Janet przez pracowników socjalnych i umieszczona w rodzinie zastępczej. Pracownicy socjalni zawsze byli nieodłączną częścią życia Janet i również teraz się pojawili z powodu poważnego zagrożenia dobra dzieci. Można powiedzieć, że są oni dalszą rodziną Janet, która nie ma żadnego kontaktu z żadnym członkiem swojej prawdziwej rodziny.*

Zespół MFA został poproszony przez służby socjalne o ocenę możliwości rodzicielskich Janet oraz o pracę z nią samą i jej dziećmi. Kiedy okazało się, że w dotychczasową pracę z rodziną było zaangażowanych 18 różnorodnych specjalistów, zespół zdecydował się na zorganizowanie spotkania integracyjnego, w którym udział wzięliby wszyscy specjaliści oraz Janet. Podczas spotkania wszyscy podkreślali głęboką troskę zarówno o możliwości rodzicielskie Janet, jak i jej problemy rodzinne. Na spotkaniu zostało zawarte pisemne porozumienie pomiędzy Janet, służbami socjalnymi i Poradnią MFA dotyczące celu zajęć, czasu trwania oraz ewentualnych konsekwencji w przypadku pozytywnych lub negatywnych rezultatów terapii. W przypadku gdyby wynik oceny terapeutycznej był pozytywny, to opieka nad dziećmi byłaby jej stopniowo przywracana, a gdyby był negatywny, musiałyby się pogodzić z umieszczeniem dzieci w rodzinach zastępczych na stałe.

Początkowo Janet była niechętna uczestniczeniu w zajęciach prowadzonych w poradni twierdząc, że obawia się spotykania z innymi „dziwnymi” rodzicami i roztrząsania swoich prywatnych spraw na forum publicznym. Zespół zaaranżował spotkanie Janet z matką „absolwentką”, która uczestnicząc w zajęciach w poradni poczyniła znaczące postępy. Udało się jej przekonać Janet, że warto spróbować. Janet zaczęła więc przychodzić do poradni, gdzie spotykała się ze swoimi dziećmi, które były przyprowadzane przez opiekunów, a następnie również przez nich odbierane po zakończeniu zajęć. Janet powiedziała, że przebywanie w takim „gorącym domu” jest dla niej stresujące lecz także „trochę pomocne”. Zespół miał okazję do prowadzenia na żywo obserwacji interakcji pomiędzy członkami rodziny- zarówno przykładów dobrych, jak i złych zachowań rodzicielskich. Zespół na bieżąco omawiał z Janet swoje spostrzeżenia. Janet twierdziła, że są one dla niej pomocne, lecz równocześnie domagała się coraz większej ilości komentarzy ze strony innych rodzin. W sumie Janet i jej dzieci brały udział w zajęciach przez 3 miesiące: w niektórych tygodniach 3-4 dni przez 6 godzin, a w innych jedynie 2 dni, w tym dni jedynie dla rodziców tzw.- „Dni dorosłych”. Okazała się być bardzo zaradną osobą, zarówno w stosunku do swojej rodziny, jak i w stosunku do pozostałych pięciu rodzin, które razem z nią uczestniczyły w zajęciach. Szczególnie zaprzyjaźniła się (jej dzieci także) z jedną rodziną, co było początkiem tworzenia silniejszych więzi z innymi rodzicami i zmniejszenia uzależnienia od specjalistów. Zajęcia także dotyczyły jej stosunków z aktualnym partnerem, którego po paru tygodniach „wylała”. Po około 8 tygodniach zezwolono dzieciom na spędzanie w domu Janet kilku godzin dziennie. W spotkaniach uczestniczył także zespół z poradni, którego zadaniem była pomoc

Janet w przeniesieniu świeżo nabytych umiejętności rodzicielskich do środowiska domowego. Raport poradni został przedłożony służbom socjalnym i sądowi 3 miesiące po rozpoczęciu pracy z Janet. Zespół rekomendował w nim stopniowe przywracanie opieki rodzicielskiej Janet nad dziećmi, aż do „pełnego wymiaru godzin”. Zespół także wspierał Janet w tym procesie. Po odwiedzeniu rodziny Janet 9 miesięcy później okazało się, że dzieci znakomicie dorastały pod jej opieką. Janet powiedziała członkom zespołu, że zaczęła brać udział w spotkaniach grupy wsparcia dla rodzin z problemami w ośrodku w pobliżu jej osiedla. Znalazła również dwie bliskie przyjaciółki oraz zarekomendowała zajęcia w poradni dwóm rodzinom aby „nauczyły się tego samego czego ja się nauczyłam”.

### **C. Ograniczenia i przeciwwskazania dla MFA**

Nie ma wielu ograniczeń i przeciwwskazań dla stosowania MFA. Rodziny mogą być oceniane i poddane terapii bez względu na to, czy okazują początkową motywację, czy też nie. Wiele rodzin uczestniczących w zajęciach prowadzonych przez organizacje partnerskie wykazywało niechęć oraz miały odczucie bycia przymuszonymi przez służby socjalne i sądy. Jednakże już po paru miesiącach nawet te rodziny całkowicie angażowały się w tok zajęć. Jedynie niewielka liczba rodzin nie zaangażowała się w zajęcia. Są to jednakże przypadki, w których rolę przeciwwskazań odegrały olbrzymia niechęć i/ lub niewystarczające wsparcie (także finansowe) ze strony instytucji kierujących na terapię.

Uczestniczenie w zajęciach MFA osób skazanych lub podejrzanych o molestowanie seksualne jest również przeciwwskazane. MFA umożliwia dostęp do bezbronnych dzieci, które przecież także uczestniczą w programie. Jest faktem powszechnie znanym, że przestępcy seksualni są ekspertami w „wychowywaniu” dzieci innych rodzin, dzięki czemu zdobywają dostęp do wdzięcznych matek

W niektórych przypadkach przeciwwskazaniem będzie zezwolenie na branie udziału w zajęciach osób dorosłych z kryminalną przeszłością dotyczącą napaści na dzieci (jeśli po uprzednio przeprowadzonym wywiadzie nasuną się poważne wątpliwości).

Kolejnym przeciwwskazaniem jest uczestnictwo w spotkaniach na terenie poradni dorosłych uzależnionych od narkotyków i/ lub alkoholu. Jeśli nie są oni w stanie zachować trzeźwości w czasie zajęć, to naturalną konsekwencją jest zakończenie ich udziału w spotkaniach.

### **D. Zagadnienia szkoleniowe**

Większość zespołów uczestniczących w tym projekcie brało udział we wstępnych szkoleniach (2- 10 lat temu). Szkolenia trwały od paru dni do kilku miesięcy. Większość zespołów dowiedziała się o MFA dzięki wzięciu udziału w prezentacji dr Eia Asena w ich krajach. Zespoły zainteresowane rozszerzeniem wiedzy na temat MFA, zwykle prosiły o umożliwienie przeprowadzenia jednotygodniowej obserwacji poradni Marlborough. Zespoły planujące zastosowanie MFA we własnych krajach, były odwiedzane i szkolone przez Dereka Taylora i dr Eia Asena, a późniejszy kontakt i nadzór był utrzymywany poprzez e- maile i rozmowy telefoniczne, jak i warsztaty.

Nowi członkowie przyłączający się do już istniejących poradni MFA, są szkoleni na miejscu, biorąc udział w roboczym dniu poradni. Formalne szkolenia są również oferowane dla wykwalifikowanych specjalistów systemowych lub terapeutów rodzinnych; trwają 5 pełnych dni.

### **E. Struktury zespołu i nadzoru**

Podczas naszych spotkań klinicznych szybko stało się jasne, jak ważną rzeczą jest zapewnienie profesjonalizmu i zadowolenia specjalistom zaangażowanym w tak intensywną pracę z trudnymi rodzinami. Wszyscy byli zgodni, że praca jest bardzo wyczerpująca psychicznie i wymaga dużej dozy energii oraz „balansu” obowiązków. Odkryliśmy, że każda poradnia ma swój własny sposób wspierania pracowników i zapobiegania wypaleniu zawodowemu. Sposoby te są podsumowane poniżej. ]

#### **a) Anglia**

Regularny nadzór: dwa razy w miesiącu, indywidualny lub grupowy  
Formalne spotkania zespołu: raz w miesiącu (planowanie, zmiany, problemy...)- 2 godziny  
Spotkania kliniczne: jedno na trzy tygodnie- 2 godziny  
Warsztaty sądowe: raz w miesiącu- 1 godzina  
Szkolenia w poradni: różne możliwości  
Dni poza poradnią: dwa dni w roku (budowanie zespołu, planowanie strategiczne)  
Zmienne godziny pracy (praca w domu,- np. pisanie raportów)  
Codzienne briefingi: 15 minut  
Nieformalne socjalizacyjne spotkania zespołu w pubie lub restauracji: raz w miesiącu- **zakaz poruszania tematów zawodowych.**

#### **b) Niemcy**

Nadzór: raz w miesiącu, zewnętrzny, w grupie  
Spotkania kliniczne: raz w tygodniu- 1,5 godziny (kadra)  
2 razy w miesiącu- 1,5 godziny (osoba sprawująca nadzór)  
Szkolenia w poradni  
Różnorodność zadań/ rotacja  
Regularne przerwy dla pracowników

#### **c) Dania**

Spotkania kliniczne: raz w miesiącu- dwie godziny  
Nadzór wewnętrzny: dwa razy w miesiącu  
Briefingi: raz w tygodniu- 15 minut  
Ćwiczenia budujące zespół  
Dni poza poradnią: dwa dni w roku  
Różnorodność zadań/ rotacja

#### **d) Belgia**

Spotkania zespołu: raz w tygodniu- 45 minut  
Spotkania kliniczne:

- z opiekunami/ pedagogami: raz w tygodniu- 2 godziny
- terapeuci psycho- społeczni (psycholog, psychiatra dziecięcy, pracownik socjalny)
- przypadki prowadzone przez poradnię: raz w tygodniu- 30 minut

Jak na razie brak indywidualnego nadzoru ( w planach)  
Regularne krótkie przerwy  
Różnorodność zadań  
Spotkania w restauracji (cała poradnia): dwa razy w roku

### **e) Włochy**

Nadzór: raz w miesiącu- 3 godziny, nadzór grupowy  
Spotkania kliniczne: raz w tygodniu- 2 godziny  
Spotkania dotyczące planów: raz w tygodniu- 2 godziny  
Różnorodność zadań  
Szkolenia w poradni

### **a) Francja**

Spotkania kliniczne: raz w tygodniu- 3 godziny  
Spotkania dotyczące planów: raz w tygodniu- 3 godziny  
Dni poza poradnią: dwa co dziesięć tygodni  
Regularne przerwy w pracy  
Szkolenia w poradni  
Spotkania integracyjne: pięć w przeciągu dziesięciu tygodni- 2 godziny  
Nadzór: raz w tygodniu

### **b) Polska**

Zespół nie ma jeszcze możliwości zaprezentowania sposobu funkcjonowania. .

## **F. Lokalne podejścia alternatywne**

W poniższym rozdziale zaprezentujemy możliwości uzyskania specjalistycznej opieki w krajach organizacji partnerskich w przypadku braku dostępu do MFA. We wszystkich krajach partnerskich istnieją instytucje państwowe świadczące usługi z zakresu psychiatrii i psychologii. Instytucje te zapewniają opiekę indywidualną i dla rodzin, lecz *nie* specjalizują się w ocenie i terapii rodzin multi- problemowych, w których występuje przemoc w stosunku do dzieci i kobiet.

### **a) Anglia**

Sektor publiczny, poprzez służby socjalne, ma obowiązek zapewnić pomoc rodzinom multi- problemowym. Pomoc ta jest jednakże bardzo zróżnicowana i nie opiera się na spójnym modelu ogólnonarodowym, lecz ma charakter lokalnych inicjatyw. Niektóre departamenty służb socjalnych posiadają poradnie rodzinne, w których indywidualne rodziny mogą oczekiwać na pomoc. Również ilość przychodni finansowanych z funduszu zdrowia jest bardzo ograniczona. W sektorze niezależnym od państwa mamy do czynienia z dużą różnorodnością instytucji: organizacje charytatywne, prywatne przedsięwzięcia o charakterze komercyjnym oferujące intensywne zajęcia zarówno w formacie dziennym, jak i posiadające warunki do zakwaterowania swoich klientów. Jednakże zdecydowana większość z nich nie jest przygotowana do zajmowania się rodzinami multi- problemowymi, w których istnieje przemoc fizyczna. Szkolenia dotyczące umiejętności rodzicielskich są oferowane zarówno w sektorze państwowym, jak i prywatnym, lecz nie dotyczą one problemów, z którymi spotykamy się w rodzinach multi- problemowych. Istnieją zespoły zajmujące się (wręcz specjalizujące się) w rozwiązywaniu problemu przemocy w rodzinie, lecz nie zapewniają one ani regularnych zajęć dziennych, ani tym bardziej dłuższych (wymagających zakwaterowania).

### **b) Niemcy**

W Niemczech „Jugendamt” i „Erziehungshilfe” (odpowiedniki służb socjalnych) zapewniają pomoc multi- problemowym rodzinom. Przeważnie terapia jest prowadzona w placówkach służby zdrowia, i w tych przypadkach skupia się na chorobie i diagnozie stawianej dziecku. Kursy umiejętności rodzicielskich są przeznaczone dla rodzin z „mniejszym bagażem problemów”. Istnieją również poradnie oferujące pomoc dochodzącym rodzinom oraz domy dla matek z dziećmi. Pomoc rodzinom zapewnia także Kościół.

## 7. Dania

W Danii pełna odpowiedzialność za niesienia pomocy multi- problemowej rodzinie spoczywa w rękach służb socjalnych. Istnieje duża ilość bardzo zróżnicowanych poradni, do których rodziny są kierowane przez psychologów. Psychiatrzy dziecięcy przeprowadzają wstępną ocenę rodziny i stawiają diagnozę, lecz zwykle nie angażują się w samą terapię i działania z nią związane.

## 8. Belgia

*Service d'Aide la Jeunesse* jest przeznaczony dla rodziców proszących o pomoc w związku z problemami w wychowaniu dzieci. Istnieją poradnie, w których mogą przebywać dzieci w czasie, gdy służby socjalne próbują pomóc rodzicom. Istnieją również służby wyspecjalizowane w zwalczaniu przemocy w rodzinie. Składają się one z multi- dyscyplinarnego zespołu (pielęgniarki, psychologowie, psychiatrzy). Wydziały edukacji także zapewniają pomoc w domach. Tak, jak i w innych krajach, niektóre placówki służby zdrowia zapewniają usługi w dziedzinie terapii rodzinnej lub doradztwa dla rodzin i dzieci. Obrazu dopełniają organizacje wolontaryjne specjalizujące się w pomocy rodzinom.

## 9. Włochy

UTM (Unita' Tutela Minori) jest częścią państwowych służb ds. dzieci i rodziny (ASL), finansowaną wspólnie przez służbę zdrowia i służby socjalne, a specjalizującą się w zwalczaniu przemocy w rodzinie. Przeprowadza głównie ocenę psychologiczną dzieci i dorosłych oraz ocenia umiejętności rodzicielskie. Zespół składa się z psychologów i psychoterapeutów. Istnieje duża ilość poradni wyspecjalizowanych w terapii rodzinnej, zarówno w sektorze państwowych, jak i prywatnym. Niektóre z nich zajmują się zwalczaniem przemocy w rodzinie.

## 10. Francja

Istnieje duża ilość służb zajmujących się ochroną dzieci, które niosą również pomoc socjo- edukacyjną (pomoc w poprawie warunków mieszkaniowych, znalezieniu pracy, opiece zdrowotnej). Istnieją także organizacje zajmujące się pomocą prawną dla młodzieży: AEMO, które wdrażają w życie postanowienia sądów dla nieletnich. Ich celem jest niesienie pomocy i doradzanie rodzinom oraz kontrolowanie prawidłowego rozwoju dzieci (praca wykonywana przez opiekunów ds. wykształcenia i psychologów- pół dnia miesięcznie).

## 11. Polska

W Polsce istnieją zespoły ds. zwalczania przemocy w rodzinie, poradnie dla dzieci oraz domy dziecka, lecz oprócz psychiatrów specjalizujących się w problemach dzieci i młodzieży i posiadających jednocześnie umiejętności terapeutyczne, nie istnieje żaden spójny i ogólnonarodowy program niesienia pomocy zarówno rodzinie, jak i dzieciom. W ostatnim

okresie zaczynają dopiero powstawać zespoły i wyspecjalizowane placówki zajmujące się tą problematyką.

## **IV. Ewaluacja i rezultaty**

W tym rozdziale podsumowujemy nasze wysiłki wdrażania MFA- metodologię, audyt retrospektywny, oraz pilotażowe badanie prospektywne i wyniki końcowe. Ogólnie rzecz ujmując, biorąc pod uwagę relatywnie niewielką ilość czasu oraz niejednorodność organizacji partnerski, nie byliśmy w stanie przeprowadzić pełną ewaluację efektywności zastosowanego podejścia. Pomimo tego, rezultaty, którymi dysponujemy wskazują na konieczność przeprowadzenia dokładnej analizy przy użyciu uzgodnionych przez wszystkich partnerów kryteriów.

### **A. Metodologia**

Dr Ivan Eisler, wykładowca psychologii w Instytucie Psychiatrii King's College w Londynie, został mianowany doradcą naukowym projektu. Uczestniczył w pierwszym spotkaniu klinicznym, które odbyło się w Londynie w kwietniu 2006 r. i omawiał z zespołem różnorodne możliwości ewaluacji projektu. W kolejnym spotkaniu w listopadzie 2006 r., dr Eisler poddał pod ponowną analizę metodologię i dotychczasowe rezultaty projektu.

W kwietniu 2006 r. zespoły uzgodniły 2 różne typy ewaluacji: **audyt retrospektywny** pracy przeprowadzonej w organizacjach partnerskich już wcześniej stosujących AMF; i niewielkie **pilotażowe badanie prospektywne** z 3 rodzinami uczestniczącymi w zajęciach AMF w każdej istniejącej poradni. Celem audytu retrospektywnego było porównanie rekomendacji poczynionych przez każdą z poradni, odnośnie dalszych losów dzieci- czy powinny pozostać z rodzinami i w nich być poddane rehabilitacji, czy też na stałe odseparowane. Celem badania prospektywnego była rekrutacja 20- 30 rodzin i użycie relatywnie prostych instrumentów badawczych, nie wymagających przeprowadzania długotrwałych wywiadów lub wysyłania kwestionariuszy.

### **B. Audyt retrospektywny**

Byliśmy szczególnie zainteresowani danymi dotyczącymi ilości rodzin i dzieci, jaka uczestniczyła w zajęciach każdej poradni w ostatnich paru latach oraz informacjami na temat poczynionych rekomendacji.

Wyszczególniliśmy trzy kategorie:

- permanentna separacja dziecka (dzieci) od rodziny (**PP**)
- dziecko (dzieci) rehabilitowane razem z rodzicami (rodzicem), które powróciły do rodzinnego domu (**R**)
- dodatkowa praca implikująca, że należało wykonać większą ilość badań i pracy terapeutycznej przed podjęciem decyzji dotyczącej losów dziecka (**DP**)
- przerwana terapia (**PT**)
- brak danych (**BD**)

Tabela poniżej podsumowuje dane dotyczące każdej poradni. Można zaobserwować duże zróżnicowanie okresów. Jest to spowodowane różnicami w długości działania poszczególnych poradni.

### **Anglia**

Ponad 1000 rodzin uczestniczyło od 1977 r. w zajęciach MFA prowadzonych przez Poradnię Dzienną dla Rodzin w Marlborough. Zapisy sięgają daleko w przeszłość lecz przeważnie są niepełne i charakteryzują się dużymi różnicami w zakresie zastosowanych kryteriów oceny. Dla celów tego audytu zawęziliśmy dane do 83 rodzin, które uczestniczyły w zajęciach w latach 2003- 2006, gdyż są one najbliższe aktualnie prowadzonej pracy w poradni. W czasie zajęć praktycznie wszystkie dzieci przebywały pod opieką rodzin zastępczych.

*Tabela 6*

<b>Rok</b>	<b>Liczba rodzin- 83</b>	<b>Liczba dzieci</b>	<b>Rekomendacje</b>
2003	19	40	7 R 33 PS
2004	19	37	8 R 19 PS
2005	24	50	21 R 29 PS
2006	21	33	10 R 23 PS

### Niemcy

W zajęciach MFA uczestniczyło od 1998 r. 260 rodzin. Prawie wszystkie dzieci mieszkały ze swoimi rodzinami w czasie zajęć w poradni, co było spowodowane faktem, iż poradnia jest raczej placówką o charakterze medycznym, której celem jest przede wszystkim psychologiczna i psychiatryczna ocena i terapia, a nie ocena możliwości rodzicielskich.

*Tabela 7*

<b>Rok</b>	<b>Liczba rodzin- 260</b>	<b>Liczba dzieci</b>	<b>Rekomendacje</b>
1998	18	24	24 R
1999	21	30	30 R
2000	24	34	33 R 1PS
2001	28 (wszystkich 43)	42	37 R 5 PS
2002	48	56	48 R 8 PS
2003	35	57	57 R
2004	43	51	48 R 3 PS
2005	36	48	47 R 1 PS
2006	36	61	56 R 5 PS

### Dania

*Tabela 8*

<b>Rok</b>	<b>Liczba rodzin</b>	<b>Liczba dzieci</b>	<b>Rekomendacje</b>
2002	3	6	1 DP 2 PS 3 R
2003	11	24	8 DP 3 PS 11 R 2 BD
2004	8	18	9 DP 6 R 2 PT 1 BD
2005	10	20	10 DP 10 PS
2006	4	16	9 DP 2 PS 5 R

### **Belgia**

*Tabela 9*

<b>Rok</b>	<b>Liczba rodzin- 35</b>	<b>Liczba dzieci</b>	<b>Rekomendacja</b>
2003	6	9	8 R 1 PS
2004	7	12	8 R 3 PS 1 DP
2005	9	15	11 R 1 DP 3 PS
2006	13	17	11 R 6 PS

### **Włochy**

*Tabela 10*

<b>Rok</b>	<b>Liczba rodzin- 59</b>	<b>Liczba dzieci</b>	<b>Rekomendacja</b>
2002	10	20	1 PS 19 DP
2003	13	23	1 PS 22 DP
2004	5	7	1 R 6 DP
2005	14	25	4 R 21 DP
2006	17	29	1 PS 1 R 27 DP

## Francja

Tabela 11

Rok	Liczba rodzin	Liczba dzieci	Rekomendacja
2007	15	22	BD

### ***Komentarz***

Znaczące różnice pomiędzy skalą zarekomendowanych rehabilitacji, a permanentnych separacji w poszczególnych poradniach są nader widoczne. Dzieje się tak z dwóch powodów. Po pierwsze do poszczególnych poradni są kierowane zupełnie odmienne rodziny i dzieci. Po drugie, poradnie przez wszystkie lata pracy wyspecjalizowały się i skupiły na określonej pracy klinicznej. Na przykład, poradnia w Londynie wyspecjalizowała się w pracy z najtrudniejszymi multi- problemowymi rodzinami mieszkającymi na terenie aglomeracji Londynu i okolicznych hrabstw. Z kolei zespół w Dreźnie jest usytuowany w placówce służby zdrowia i jedynie niewielka liczba rodzin ma problemy o porównywalnym natężeniu i długotrwałości. Większość z pozostałych poradni znajduje się gdzieś pomiędzy tymi dwoma krańcowymi przykładami.

### **B. Pilotażowe badania prospektywne**

Na wstępie, porozumieliśmy się odnośnie **kryteriów kwalifikujących** dla rodzin poddanych badaniu prospektywnemu:

1. Brak barier wewnątrz rodziny
2. Doświadczenie słabej jakości opieki rodzicielskiej
3. Emocjonalne zaniedbanie dzieci
4. Fizyczne zaniedbanie dzieci
5. Wiek dzieci- do 10 lat

Uzgodniliśmy także następujące kryteria wykluczające:

1. Uzależnienie od narkotyków/ nadużywanie innych środków
2. Ostre symptomy psychotyczne

Podjęto również decyzję o użyciu trzech instrumentów pozwalających przeprowadzić pomiar zarówno przed, jak i po MFA. Posłużono się także tłumaczeniami tychże instrumentów (jeśli stwierdzono ich wiarygodność). Były to następujące instrumenty pomiaru: SCL- 90, SDQ, SFPT. Dodatkowo, po zakończeniu zajęć MFA wszystkim uczestnikom dano do wypełnienia specjalnie dla nich skonstruowany kwestionariusz.

**a) Instrument pomiaru 1: SCL- 90** Jest to dobrze poznany instrument pomiaru stopnia zdrowia psychicznego rodziców. Otrzymaliśmy 24 kompletne SCL- 90.

Belgia: 5 (każdy przed i po MFA)

Niemcy: 12 (każdy przed i po MFA)

Anglia: 7 (Tylko przed MFA)

Trudności w zdobyciu przetłumaczonych na język organizacji partnerskiej wersji SCL- 90 spowodowały, że nie wszystkie zespoły mogły przeprowadzić badanie. Ponadto, długi i skomplikowany proces zdobywania poparcia etycznego na przeprowadzenie tego badania pilotażowego uniemożliwił zespołowi z Anglii skompletowanie danych.

### ***Rezultaty***

Umiarkowane i znaczące problemy zdrowia psychicznego stwierdzono u 40% przebadanych rodziców. Podczas prowadzenia zajęć MFA zaobserwowano poprawę wyniku końcowego oraz obniżenie poziomu niepokoju, lecz liczby są zbyt małe aby można było wyciągać jakiegokolwiek wnioski. Jednakże poprzednie badanie przeprowadzone na Uniwersytecie Drezdeńskim (dr U. Suss) wykazało, że większa część mierzalnych zmian w tym obszarze ma miejsce już po zakończeniu programu. Należy w tym przypadku zwrócić uwagę na przewlekły charakter problemów zdrowia psychicznego i jednoczesną krótkotrwałość programów prowadzonych przez zespół w Dreźnie (6 tygodni).

### **b) Instrument pomiaru 2: SDQ**

Jest to również dobrze znany instrument pomiaru służący do oceny silnych stron i trudności dzieci w wieku 3- 16 lat. Badanie zostało przeprowadzone na rodzinach wyłącznie przed ich przystąpieniem do programu MFA. Otrzymaliśmy w sumie 28 kompletnych SDQ:

1. Belgia: 2
2. Niemcy: 2
3. Anglia: 9
4. Polska: 15

### ***Rezultaty***

Po przeanalizowaniu danych daje się zauważyć, że poziom zaburzeń przebadanych dzieci w Polsce jest znacząco niższy od poziomu zaburzeń dzieci uczestniczących w zajęciach MFA w Anglii, Belgii i Niemczech. Niemalże wszystkie dzieci przebadane w Anglii znalazły się wysoko na skali poziomu zaburzeń behawioralnych. Ponieważ nie dysponujemy żadnymi danymi, które stwierdzałyby zmiany w poziomie tychże zaburzeń związane z programem MFA (większość dzieci w dalszym ciągu uczestniczyła w zajęciach w marcu 2007 r.), więc nie jesteśmy w stanie wyciągnąć jakichkolwiek wniosków.

### **c) Instrument pomiaru 3: SFPT**

Ten instrument służy do oceny specyficznych aspektów stosunków w rodzinie, tak jak są one postrzegane przez jej poszczególnych członków. Może być używany zarówno w przypadku dorosłych, jak i dzieci powyżej 8 lat. W sumie otrzymaliśmy 24 kompletne SFPT, w większości od niemieckiego zespołu oraz parę z Włoch, Belgii i Anglii. Posiadamy dane dotyczące 12 rodzin niemieckich, które wypełniły test dwukrotnie- na początku i na końcu programu MFA. SFPT został skonstruowany przez pro. M. Scholza (Drezno), tak więc członkowie jego zespołu są znakomicie przygotowani do jego stosowania. Jest oczywiste, że ich poziom wiedzy w tym temacie znacznie przewyższa wiedzę innych zespołów.

### ***Rezultaty***

Test jest skomplikowany i wytwarza wiele interesujących danych, z których jedynie nieliczne mogą zostać zaprezentowane w tym sprawozdaniu. Około 25% matek określiło swoje stosunki z partnerem jako dobre i bliskie, podczas gdy 25% zaprezentowało dokładnie przeciwny pogląd- ich stosunki z partnerem cechuje duży dystans. Prawie 40% rodziców

miało odczucie, że dzielił ich od dzieci dystans emocjonalny, który powinien być znacznie mniejszy. Około 25% matek opisało siebie jako osoby zdecydowane, 35% jako słabe, niezaradne i niesamodzielne. 43% matek stwierdziło, że powinny wykazywać więcej zdecydowania w stosunkach z dziećmi. Ojcowie swoje stosunki z dziećmi i partnerkami opisywali jako emocjonalnie bliskie i w większym stopniu postrzegali siebie jako osoby zdecydowane i niezależne w porównaniu do matek.

Po zakończeniu programu MFA, 25% matek, w szczególności te o niskim stopniu autonomii i niezależności w relacjach z partnerami, stwierdzało znaczne pogorszenie emocjonalnej bliskości ze swoimi partnerami, z jednoczesnym zbliżeniem się do dzieci oraz zwiększeniem osobistej autonomii i zdecydowania (50%). Wszystkie matki również zauważyły zbliżenie się emocjonalne dzieci. Bliskość emocjonalna ojca do dzieci także uległa poprawie, lecz w znacznie mniejszym stopniu. Dzieci opisywały siebie, jako osoby o większej autonomii w stosunku do matki i ojca oraz zauważały, zbliżenie emocjonalne do rodziców w porównaniu do początku programu.

Powyższe dane nie upoważniają do trans- kulturowych porównań, ale wyraźnie wskazują na znaczące pozytywne zmiany w stosunkach panujących w rodzinie po zakończeniu programu MFA, w szczególności należy zwrócić w tym przypadku uwagę na zwiększony poziom emocjonalnej bliskości.

#### **d) Instrument pomiaru 4: opinia użytkowników**

Podczas jednego ze spotkań klinicznych organizacji partnerskich, zostały skonstruowane dwa kwestionariusze pozwalające ocenić użytkownikom zarówno sam program MFA (oczywiście po jego zakończeniu), jak i zagadnienia z nim związane. Sporządzono 2 kwestionariusze: jeden dla dzieci i jeden dla dorosłych. Otrzymaliśmy 22 kompletne kwestionariusze dla dorosłych i 8 dla dzieci.

Belgia: 4 dla dorosłych  
 Niemcy: 3 dla dorosłych i 4 dla dzieci  
 Włochy: 8 dla dorosłych i 2 dla dzieci  
 Anglia: 5 dla dorosłych  
 Dania: 2 dla dorosłych i 2 dla dzieci

#### ***Rezultaty***

##### 1. Czy zmieniły się stosunki w rodzinie?

Znacznie gorzej	gorzej	Bez zmian	trochę	bardzo
		1	13	7

1 rodzina: „zmiany zarówno na lepsze, jak i na gorsze- w jaki sposób ocenić?”

##### 2. Czy będziecie w stanie w inny sposób poradzić sobie z ewentualnym przyszłym kryzysem?

Znacznie gorzej	gorzej	Bez zmian	trochę	bardzo
	1		11	9

1 rodzina: „nie sądziliśmy, że to jest problem- pracownicy socjalni stwierdzili, że tak”

##### 3. Czy lepiej rozumiesz potrzeby swojego dziecka?

Znacznie gorzej	gorzej	Bez zmian	trochę	bardzo

		3	5	14
--	--	---	---	----

1 rodzina: „W jaki sposób? Emocje, myśli.

4. Czy inne osoby zauważyły zmiany w tobie i twojej rodzinie?

Znacznie gorzej	gorzej	Bez zmian	trochę	bardzo
		3	9	9

1 rodzina: „Nie wiem”.

5. Czy są jakieś zmiany w stosunkach z osobami spoza rodziny?

Znacznie gorzej	gorzej	Bez zmian	trochę	bardzo
		6	9	6

1 rodzina: „Nie wiem”.

### **a) Przychodzenie na zajęcia do Poradni Diennej dla Rodzin**

1. Czy obecność innych rodzin była pomocna?

wcale	trochę	bardzo
2	8	12

2. Czy systematyczne omawianie przebiegu zajęć było pomocne?

wcale	trochę	bardzo
	5	16

Brak odpowiedzi: 1

3. Czy sądzisz, że byłeś/aś pomocny/a innym rodzinom?

wcale	trochę	bardzo
4	13	4

Brak odpowiedzi: 1

4. Czy osiągnąłeś/osiągnęłaś swoje cele?

wcale	trochę	bardzo
1	11	10

Brak odpowiedzi: 1

5. Czy terapeuci byli pomocni?

wcale	trochę	bardzo
1	5	14

Brak odpowiedzi: 2

6. Którą część programu oceniasz jako najbardziej przydatną, a którą najmniej i co byś zmienił/a?

Przykłady pozytywnych wypowiedzi:

- nagrywanie na wideo dobre
- przebywanie z innymi rodzinami
- wszystko pomogło

Przykłady negatywnych wypowiedzi:

- zbyt dużo kamer
- czasami zbyt chaotycznie

Odpowiedzi skompletowane za pomocą kwestionariusza sugerują, że stosunek rodziców do zajęć MFA był raczej pozytywny oraz, że większość z nich miało subiektywne odczucie odniesienia jakichś korzyści. Należy zauważyć, że większość rodzin nie była wolontariuszami na zajęciach, lecz mieli odczucie, że nie pozostawiono im wyboru, że ich zmuszono.

Większość rodzin utrzymywało na początku, że to służby socjalne mają problemy, a nie oni. Jednakże po jakimś czasie wszyscy zaczęli się angażować w przebieg zajęć i stali się bardziej otwarci, lepiej wykorzystując możliwości jakie stworzył program. Wyniki są, ogólnie rzecz biorąc, podobne do poprzednich badań i sugerują, że multi- problemowe rodziny angażują się i odnoszą korzyści z zajęć MFA.

Jedynie ośmioro dzieci wypełniło kwestionariusze- większość była za mała. Odpowiedzi dzieci były w przeważającej części pozytywne, lecz nie można ich wykorzystać z powodu zbyt małej ilości. Z 4 niemieckich dzieci, 3 zauważyło większe zrozumienie w rodzinie, a wszystkie 4 stwierdziło zmiany w stosunkach do innych członków rodziny. 3 zauważyło, że ich rodzice się zmienili i byli „milsi lecz bardziej stanowczy”. Wszystkie 8 lubiły zajęcia MFA „bardzo” lub „najbardziej” i wszystkie określiły swoje samopoczucie jako „dobre” po zakończeniu zajęć.

#### **D. Wymiana ekspertów z partnerami projektu**

Każda organizacja partnerska wysyłała swoich członków, aby spędzili pewien czas w poradni innej organizacji. Poprosiliśmy wszystkich ekspertów o **pozytywne komentarze** na temat wymiany:

- porównywanie i kontrastowanie pracy wraz z przemyśleniami na temat własnych działań
- dzielenie się opiniami na temat najtrudniejszych tematów, np. dynamiki zespołu i występujących trudności, trudne rodziny i zewnętrzne bariery hamujące rozwój poradni
- spotkanie podobnych do nas specjalistów i związane z tym poczucie kompetencji przy dzieleniu się wiedzą
- zapewnienie i otrzymanie wsparcia
- uświadomienie sobie, że pomimo złożoności pracy, jest możliwe znalezienie sposobów zlikwidowania ugruntowanych wzorców zachowań agresywnych
- dyskutowanie na poziomie europejskim na tematy zawodowe
- wysłuchanie komentarzy na temat pracy z różnymi grupami wiekowymi i rozwiązywanie problemów rozwojowych dzieci
- wykorzystanie nowych pomysłów na zajęcia wielorodzinne, w tym wykorzystanie wideo
- uświadomienie sobie znaczenia trzymania się raz obranych celów
- uzyskanie dodatkowych informacji na temat pracy z rodzinami w ich domach
- uzyskanie dodatkowej wiedzy o spotkaniach systemów terapeutycznych

- uświadomienie sobie siły multi- dyscyplinarnego zespołu
- zauważenie możliwości wspólnych działań i konsultacji z członkami innych organizacji partnerskich
- zdobycie doświadczenia w zakresie innych kontekstów pracy oraz zmiana politycznej i kulturowej perspektywy
- stworzenie europejskiej sieci specjalistów, którzy mogą być pomocni w przypadku pojawienia się trudności. .

Eksperci poczynili następujące uwagi dotyczące ewentualnych **ulepszeń w wymianie:**

- wizyty powinny być poprzedzone dyskusją na temat wzajemnych oczekiwań- szczególnie w przypadku mniej doświadczonych zespołów
- przygotować ekspertów i rodziny do spotkań w celu uniknięcia poczucia dyskomfortu ze strony tych ostatnich
- stworzyć możliwość ponownej wizyty w tej samej poradni parę tygodni później, aby móc zaobserwować postępy, lub zapewnić możliwość dłuższego pobytu
- zapewnić większą ilość informacji na temat danej poradni i uczestniczących w programie rodzin przed planowaną wizytą
- stworzyć więcej możliwości uczestniczenia w zajęciach z rodzinami
- zapewnić ciągłą obecność tłumaczy
- zapewnić większą ilość informacji na temat pisania raportów
- zapewnić odpowiednią ilość czasu na uzgodnienie standardów wyszukiwania nowych rodzin do pracy w poradniach oraz uzgodnienie sposobu wprowadzania instrumentów pomiaru, jak, i wykorzystania rezultatów badań i sposobu uzyskiwania opinii zwrotnej rodzin.

Zdecydowana większość ekspertów określiła wizyty, jako owocne doświadczenie, zarówno na poziomie zawodowym, jak i prywatnym. Bardzo pozytywnie wypowiedali się także na temat swoich gospodarzy. Partnerska wymiana ekspertów wydaje się być bardzo ważna i użyteczna dla zespołów właśnie zaczynających program MFA.

## V.     **Rezultaty i rekomendacje**

**Pierwszym** i najważniejszym celem tego projektu była promocja wymiany przykładów dobrych praktyk klinicznych pomiędzy organizacjami partnerskimi pracującymi z rodzinami multi- problemowymi, w których istnieje przemoc fizyczna, w ramach intensywnych wielorodzinnych zajęć. Ta część projektu okazała się największym sukcesem: mieliśmy do czynienia z wysokiej jakości spotkaniami pomiędzy organizacjami partnerskimi, zarówno dzięki trzem spotkaniom formalnym, na których obecne były wszystkie zespoły (Londyn, Mediolan, Drezno), jak i dzięki partnerskiej wymianie ekspertów. Stworzyło to możliwości obserwacji i dyskusji na temat sposobów pracy partnerów oraz zarówno do uczenia się od innych, jak i wnoszenia wkładu w ich pracę. Poczyniono wiele pozytywnych obserwacji w każdej z poradni, co z pewnością będzie miało wpływ na naszą aktualną i przyszłą pracę.

**Drugim** celem było uzyskanie informacji i analiza alternatywnych podejść używanych przez organizacje partnerskie w pracy z rodzinami dysfunkcyjnymi oraz wspólne określenie kryteriów ich oceny. Temat ten był dogłębnie dyskutowany na każdym z trzech formalnych spotkań, a wnioski znajdują się w głównej części tego raportu. Stwierdziliśmy, że pomimo dużych różnic kulturowych, społecznych i politycznych, a w rezultacie dużego zróżnicowania stosowanych podejść alternatywnych w organizacjach partnerskich, MFA okazało się być podejściem, które znalazło wspólny mianownik dla wszystkich reprezentowanych kultur. Stało się efektywną alternatywą dla „zwykłych terapii”.

**Trzecim** celem było opisanie działań praktycznych każdej organizacji, w tym proces podejmowania decyzji, tak aby przyczyniły się one do lepszego zrozumienia tego podejścia i jego kulturowych i społeczno- politycznych wariacji. W ostatnim roku wiele pracy zostało wykonane w tym zakresie. Stwierdziliśmy, że chociaż istnieją różnorodne naciski na każdą poradnię ze strony sił politycznych, to jednak mamy podobne doświadczenia w procesie podejmowania decyzji, stosowania podejścia i pisanie raportów.

**Czwartym** celem była ewaluacja przeprowadzonych działań. Przeprowadziliśmy pilotażowy projekt badawczy, w celu określenia możliwości przeprowadzenia badań w przyszłości. Udało się nam przeprowadzić audyt retrospektywny MFA w różnych poradniach. Chociaż napływające dane nie zawsze były kompletne. Byliśmy w stanie zastosować odpowiednie instrumenty badawcze, jak i stworzyć własne kwestionariusze dla użytkowników, które umożliwiły przeprowadzenie ewaluacji naszej pracy w wybranych poradniach. Uzyskanie spójnych i wiarygodnych danych okazało się znacznie trudniejszym zadaniem, jako że czas przeznaczony na stworzenie satysfakcjonującego projektu, uzyskania zgody etycznej oraz ewaluacji rezultatów był po prostu zbyt krótki. Większość analiz dotyczących uzyskanych rezultatów zajmuje minimum 2 lata, a nasz plan wykonania tego w mniej niż rok okazał się zbyt ambitny. Ponadto dodatkową trudnością było znalezienie odpowiednich wersji językowych dla stosowanych przez nas instrumentów. Jednakże nauczyliśmy się, że jest możliwe zastosowanie ich w odniesieniu do niewielkiej liczby rodzin i dzięki temu uzyskać wiarygodne rezultaty. Naszym zdaniem analiza wyników przeprowadzonego projektu może przynieść korzyści.

Jeśli mielibyśmy określić **przyszłe kierunki** dla zainteresowanych specjalistów, to możemy z całym przekonaniem stwierdzić, że zastosowane podejście udowodniło swoją przydatność w terapii rodzin. Jednak jakiegokolwiek wnioski dotyczące jego efektywności w porównaniu do innych aktywnych terapii, muszą poczekać, aż do przeprowadzenie pełniejszej analizy empirycznej. Model jest gotowy do zastosowania w krajach europejskich z jedynie niewielkimi zmianami adaptacyjnymi. Jesteśmy świadomi, że oprócz zespołów, które wzięły udział w projekcie DAPHNE, istnieje wiele zespołów w Europie i USA, które również stosują w swojej pracy MFA, pioniersko wprowadzone przez poradnię w Marlborough. Fakt ten dodatkowo udowadnia, że podejście jest popularnym i użytecznym narzędziem w pracy z rodzinami multi- problemowymi, bez względu na kontekst kulturowy w jaki działa dana poradnia. Zalecamy więc dalsze prace, w tym systemowa ewaluację wyników, i mamy nadzieję, że znajda się fundusze do zademonstrowania przydatności i efektywności MFA w Europie i gdziekolwiek indziej.

## **VI. Przypisy- Instrumenty oceny i kwestionariusze**

### **1. Formularz wizyty eksperta**

**Nazwisko eksperta:**

**Data wizyty:**

**I. Różnice i podobieństwa:**

**Struktura poradni**

	Nazwa poradni eksperta	Nazwa poradni odwiedzanej
Tylko zajęcia wielorodzinne	TAK/NIE	TAK/NIE
Poradnia z możliwością zakwaterowania	TAK/NIE	TAK/NIE
Liczba zatrudnionej kadry w całej organizacji		

### **Struktura poradni wielorodzinnej**

	Nazwa poradni eksperta	Nazwa poradni odwiedzanej
Budynki, udogodnienia, lokalizacja		
Opis kadr (pełny etat/część, terapeuta rodzinny, pielęgniarka...)		
Dodatkowy personel		
Struktura programu/rozkład dnia		

### **Rodziny uczestniczące w programie i obserwowane przez eksperta**

Liczba rodzin uczestniczących w zajęciach MFA	
Liczba dzieci	
Wiek dzieci	
Liczba dzieci mieszkających w domu rodzinnym	
Liczba dzieci mieszkających w rodzinach zastępczych	
Liczba dzieci przebywających w domach opieki	
Liczba dzieci mieszkających z dalszą rodziną	
Struktura rodziny (genogram)	<b>Rodzina 1</b> <b>Rodzina 2</b> <b>Rodzina 3</b> <b>Rodzina 4</b> <b>Rodzina 5</b> <b>Rodzina 6</b>
Pochodzenie etniczne rodziny	
Rodzaj problemów	
Problemy zdrowia psychicznego	<b>TAK/NIE</b> Szczegóły:

### **Zajęcia wielorodzinne obserwowane podczas wizyty (proszę wyjaśnić cele, różnice i podobieństwa np. poziom zaangażowania kadry...)**

- 1.
- 2.
- 3.

### **Wsparcie terapeutyczne oferowane rodzinom**

	Nazwa poradni odwiedzanej	Nazwa poradni odwiedzanej
Terapia indywidualna z dorosłym	TAK/NIE	TAK/NIE
Terapia dla par	TAK/NIE	TAK/NIE
Terapia dla dzieci	TAK/NIE	TAK/NIE
Wizyty domowe	TAK/NIE	TAK/NIE

### **Działania podejmowane w stosunku do rodziny po zakończeniu programu**

	Nazwa poradni odwiedzanej	Nazwa poradni odwiedzanej
Wizyty domowe	TAK/NIE	TAK/NIE
Terapia indywidualna w poradni	TAK/NIE	TAK/NIE
Pakiet terapii rodzinnej	TAK/NIE	TAK/NIE
Inne		

### **Nadzór kadry**

Proszę zaznaczyć częstotliwość nadzoru każdego rodzaju

	Nazwa poradni odwiedzanej	Nazwa poradni odwiedzanej
Indywidualna wewnętrzna (przeprowadzana przez...)		
Indywidualna zewnętrzna (przeprowadzana przez...)		
Grupowa/całej instytucji wewnętrzna (przeprowadzana przez...)		
Grupowa/całej instytucji (przeprowadzana przez...)		
Rodzaj nadzoru (przeprowadzany przez...) - kliniczny rozwój osobisty/dynamika zespołu		
Inne		

### **Raporty**

1. Ilość raportów sporządzonych dla tego programu
2. napisanych dla:
3. ilość stron (wszystkich raportów)
4. treść

### **II. Rezultaty edukacyjne odwiedzin (dla zespołu przyjezdnego)**

Wizyta była interesującym/użytecznym doświadczeniem z następujących powodów:

- A
- B

- C
- D

### **III. Usprawnienia**

Wizyta może zostać usprawniona poprzez:

- A
- B
- C
- D

### **IV. Komentarz**

## **2a. Kwestionariusz dla użytkownika (wersja dla dorosłych)**

**Nazwisko:**

**Kraj:**

### **a) Samopoczucie Pani/a rodziny**

1. Czy zmieniły się stosunki w rodzinie?

Znacznie gorzej	gorzej	Bez zmian	trochę	bardzo

2. Czy będziecie w stanie w inny sposób poradzić sobie z ewentualnym przyszłym kryzysem?

Znacznie gorzej	gorzej	Bez zmian	trochę	bardzo

3. Czy lepiej rozumiesz potrzeby swojego dziecka?

Znacznie gorzej	gorzej	Bez zmian	trochę	bardzo

4. Czy inne osoby zauważyły zmiany w tobie i twojej rodzinie?

Znacznie gorzej	gorzej	Bez zmian	trochę	bardzo

5. Czy są jakieś zmiany w stosunkach z osobami spoza rodziny?

Znacznie gorzej	gorzej	Bez zmian	trochę	bardzo

### **b) Przychodzenie na zajęcia do Poradni Diennej dla Rodzin**

6. Czy obecność innych rodzin była pomocna?

wcale	trochę	bardzo

7. Czy systematyczne omawianie przebiegu zajęć było pomocne?

wcale	trochę	bardzo

8. Czy sądzisz, że byłeś/aś pomocny/a innym rodzinom?

wcale	trochę	bardzo

9. Czy osiągnąłeś/osiągnęłaś swoje cele?

wcale	trochę	bardzo

10. Czy terapeuci byli pomocni?

wcale	trochę	bardzo

11. Którą część programu oceniasz jako najbardziej przydatną, a którą najmniej i co byś zmienił/a?

Dziękujemy za odpowiedzi. Wszystkie uzyskane przez nas informacje mają charakter poufny i będą wykorzystane wyłącznie do potrzeb tego projektu.

## 2b. Kwestionariusz dla użytkownika (wersja dla dzieci)

Nazwisko:

Wiek:

Kraj:

Pytania dla dzieci (wiek: 3- 16)

1. Co ci się najbardziej podobało w zajęciach?
2. Co ci się najmniej podobało w zajęciach?
3. Czy twoje stosunki z rodziną się polepszyły?
4. Czy zmieniłeś swój stosunek do członków rodziny?
5. Czy inni ludzie sądzą, że się zmieniłeś?
6. Czy rodzice zmienili swój stosunek do ciebie?
7. Jak bardzo podobało ci się przychodzenie tutaj?



8. Jak się teraz czujesz?



Dziękujemy za odpowiedzi. Wszystkie uzyskane przez nas informacje mają charakter poufny i będą wykorzystane wyłącznie do potrzeb tego projektu.