

Iolanda MITROFAN

We know
books

Fondator SPER (marcă înregistrată OSIM), autor al metodei P.E.U. și autor al psihodiagnozei experiențiale, psihoterapeut formator în consiliere și psihoterapie experiențială a unificării, terapii creative, analiză reichiană și transgenerațională unificatoare, dezvoltare personală și transpersonală, terapii de grup, de cuplu și familie (acreditat cu nr. 91/25.12.2005; cod personal 00008), **psiholog clinician principal** (acreditat cu nr. 92/25.12.2005), specializări și colaborări în Olanda, Franța, Belgia, Canada, SUA, Spania, grandparent FRP, **Doctor în psihologie, profesor universitar dr.** în cadrul Universității București, **coordonator de stagii masterale și doctorale** în psihologie, specialitățile Psihoterapie, Consiliere și Psihologie Clinică, Membru în Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie a Colegiului Psihologilor din România, Membru în Consiliul Internațional al Psihologilor (IPC), fondator al Revistei de Psihoterapie Experiențială, **Președinte SPER.**

Diana Lucia VASILE

Doctor în Psihologie, cadru didactic la Universitatea „Hyperion”, psiholog clinician principal, psihoterapeut, formator și supervisor în psihoterapie experiențială, psihoterapii scurte și colaborative. Specialist în dezvoltare personală, psihoterapia traumei, terapii de grup. Membru fondator SPER, ARTS&CORS, ARPT, ARTS, Președinte al Institutului pentru Studiul și Tratatamentul Traumei (ISTT).

IOLANDA MITROFAN

DIANA LUCIA VASILE

TERAPII DE FAMILIE

Ediția a III-a revizuită



Editura SPER
Colecția „ALMA MATER” Nr. 27
București, 2012

ISBN 978-606-8429-08-3

Editura SPER – acreditată de Consiliul Național al Cercetării Științifice
din Învățământul Superior (CNCSIS)

Toate drepturile sunt rezervate Editurii SPER.

Nicio parte a lucrării nu poate fi copiată, tradusă, reprodusă în niciun fel
fără acordul scris al editurii.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

MITROFAN, IOLANDA

Terapii de familie / Iolanda Mitrofan, Diana Lucia Vasile. –

Ed. a 3-a, rev. - București : Editura SPER, 2012

Bibliogr.

ISBN 978-606-8429-08-3

I. Vasile, Diana

615.851:316.356.2

Director General: Iolanda Mitrofan

Director Editorial: Sorina Daniela Dumitrache

Tehnoredactare și Corectură: Violeta Pavelescu

Design: Mircea Vatavu

Difuzare – Editura SPER

București, Bd. Chișinău nr. 12, Sector 2

Tel./ Fax 031.104.35.18

Email: sperpsi@gmail.com; comenzi.sper@gmail.com

Web: <http://www.sper.ro>

Cuprins

Argument	9
Capitolul I. Terapii de familie de tip comunicațional	11
Scopurile terapiei comunicării de familie	14
Procesul terapeutic.....	16
Căile terapeutice care provoacă schimbarea	17
Tehnici terapeutice comunicaționale de familie	18
Modelul terapeutic cu grup de familii	20
Desfășurarea terapiei în rețea	22
Alte tehnici și procedee terapeutice comunicaționale aplicate familiei.....	23
Capitolul II. Terapia multiplă de familie.....	27
Scopul terapiei multiple de familie	27
Procesul terapeutic.....	28
Selectarea familiilor pentru grupul terapeutic și motivarea clienților pentru terapie.....	29
Diferențele culturale, sociale și generaționale dintre familiile participante, ca factor facilitant în procesul terapeutic.....	30
Desfășurarea unei ședințe terapeutice.....	32
Procesul terapeutic.....	34
Dificultăți în conducerea unui grup de terapie familială multiplă.....	37
Avantaje și particularități ale terapiei multiple de familie.....	41
Concluzie.....	42
Capitolul III. Terapia de familie de tip experiențial	43
Scopurile terapiei experiențiale de familie	46
Tehnici și modalități de lucru ale terapiei experiențiale.....	50
Tehnici expresive integrate în terapia experiențială de familie	55
Instructaj - ghid al terapeutului.....	56
Exerciții — suport pentru „sculptura familială”	57

Tehnici bazate pe joc de rol și dramaterapie	62
Concluzie.....	64

Capitolul IV. Terapia structurală de familie	65
Procesul terapeutic și tehnicile de intervenție.....	80
Studiu de caz.....	85
Modelul psihopatogen al familiei.....	86
Diagnoza familiei Brown	88
Scopurile terapeutice	97
Strategii terapeutice.....	98
Concluzie.....	100

Capitolul V. Terapia transgenerațională de familie.....	101
Principii teoretice	105
Scopurile terapiei boweniene de familie	113
Procesul terapeutic.....	114
Tehnicile terapeutice ale terapiei boweniene	115
Concluzii	119

Capitolul VI. Terapia strategică de familie	121
Premise conceptuale.....	122
Scopurile terapiei strategice de familie.....	127
Procesul terapeutic.....	127
Tehnicile terapiei strategice	130
Studii de caz	137
Concluzie.....	140

Capitolul VII. Terapia sistemică de familie	141
Premise conceptuale.....	141
Caracteristici ale terapiei sistemice	143
Scopurile terapiei sistemice.....	146
Procesul terapeutic.....	147
Tehnicile terapiei sistemice.....	150
Etapele procesului terapeutic.....	154
Studiu de caz	157
Concluzie.....	163

Capitolul VIII. Terapia narativă de familie	165
Premise conceptuale.....	165
Procesul terapeutic.....	170
Studiu de caz.....	176
Rezultatele excepționale.....	181
Concluzii	183

Capitolul IX. Terapia de familie integrativă.....	185
Premise conceptuale.....	186
Scopurile terapiei integrative de familie.....	193
Procesul terapeutic.....	193
Tehnicile terapiei integrative de familie.....	195
Concluzii	197

Bibliografie selectivă.....	199
------------------------------------	------------

CAPITOLUL I

TERAPII DE FAMILIE DE TIP COMUNICAȚIONAL

Abordarea comunicațională a fost prima formă de terapie de familie care nu are origini în vreo formă de terapie individuală.

Spre deosebire de teoria psihodinamică, ale cărei rădăcini se situează la începutul secolului, teoria comunicării se dezvoltă în strânsă legătură cu orientarea sistemică și informațională inițiată la jumătatea secolului XX de către N. Wiener, care a publicat „Cibernetica” (1949). În 1950, această centrare pe sistemul homeostatic cu autocontrol prin feed-back pătrunde și în domeniul terapiei.

Deși influențele gândirii sistemice se fac simțite în foarte multe terapii, curentul comunicațional devine foarte cunoscut odată cu cercetările Școlii de la Palo Alto, în special ale lui Gregory Bateson (1952 - 1962). Acestea sunt urmate de contribuții valoroase: Virginia Satir (1962 - 1970), J. Haley (1963), D. Jackson (1968), Weakland (1962).

Ideea „dublei legături” sau a mesajului dublu, formulată de Bateson (1950), a influențat mulți terapeuți care au început să gândească relațiile umane din perspectiva teoriei patogene. Această teorie sugerează că schimbul de mesaje între persoane definește relațiile stabilite prin procese homeostatice traduse prin acțiunile membrilor familiei.

Terapia comunicațională se aplică atât la *diadă* (minimum necesar pentru schimbarea comunicării între emițător și receptor), cât și la *grupul familial*. Această terapie accentuează *schimbarea* în sistemul familial, prin comunicarea diferită a unora cu alții, reflectată în modificări comportamentale.

Accentuarea trecutului este abandonată, pentru că e avut în vedere modul în care persoanele *comunică acum* (centrare pe prezent).

După 1950, numărul celor care participau la o ședință de terapie comunicațională a crescut de la 2 la 3 și mai mulți membri. Familia a început să fie concepută ca având o **structură** cu un anumit grad de **organizare**.

Cele două tipuri de comunicare familială clasificate de Bateson sunt:

- Comunicarea **digitală**;
- Comunicarea **analogică**.

În *comunicarea digitală*, fiecare mesaj are *doar un referent*, aparține doar unui tip logic și constă în semne arbitrare (Bateson și Jackson, 1968). De exemplu, cuvântul „masă” nu desemnează nimic altceva decât o piesă de mobilier. Din punctul de vedere al comunicării digitale, o durere de cap este o durere de cap și nimic altceva.

În *comunicarea analogică*, mesajul are mai mult decât un referent, putând exprima diferite grade. De exemplu, strângerea unui pumn este în același timp un *semn* pentru un anumit tip de comportament (de exemplu amenințare, opoziție, frustrare, agresivitate), dar, totodată, este și o *parte* a acestui comportament. În anumite culturi, manifestări ca plânsul, țipatul, ruperea hainelor, smulgerea părului, lovirea capului de un zid exprimă în mod analog diferite grade de disperare. Un mesaj analogic poate fi decodificat doar prin luarea în considerare a altor mesaje. Așa de pildă, o durere de stomac nu este doar o durere de stomac, ci, concomitent, exprimarea dezgustului, un mod de a te sustrage de la a face o treabă, sau o cerere de afecțiune. „Durerea de stomac” comunicată cuiva ca mesaj analogic va depinde de situația și de contextul în care mesajul analogic a fost emis (Madanes).

De exemplu, o soție frustrată de lipsa de atenție a soțului său preocupat de alte probleme îi poate comunica brusc o durere de stomac, în timpul cinei. Mesajul are mai multe semnificații. El poate însemna intenția de a-l deturna pe soț de la problemele lui, nevoia de a-i capta atenția și afecțiunea și, totodată, o stare fizică logică de disconfort epigastric.

De asemenea, a comunica „*Am o durere de cap...*” în momentul pregătirii de culcare poate însemna mai mult decât o stare internă - deteriorarea relațiilor sexuale sau refuzul acestora.

Unele școli de terapie (cum ar fi psihanaliza, terapia experiențială) se bazează pe teoria comunicării analogice, considerând că, indiferent de tulburarea de comportament (teamă, probleme psihosomatice, act antisocial etc.), aceasta este o *expresie metaforică* pentru dificultățile apărute în viața unei persoane.

Alte școli terapeutice (de exemplu comportamentalismul) consideră comportamentul simptomatic ca având un singur referent (gândire digitală), fiind răspunsul clar, unic, la un stimul care îl precede.

Terapia comunicațională de familie utilizează dominant gândirea *analogică*, înțelegând simptomele și comportamentele ca pe *comunicări despre viața persoanei*, incluzând inframesaje sau metamesaje, fiind în consecință referiri simbolice la altceva.

Primele modele terapeutice de familie considerau că *schimbarea* e adusă de *conștientizarea* semnificației comunicărilor și, de aceea, era folosită *interpretarea*, pentru că nu se dezvoltaseră alte tehnici bazate pe noi moduri de gândire.

În anii '60, terapeuții aparținând curentului comunicării introduc o noutate: *experiența comunicațională*, în sensul adoptării unui nou comportament. Ei utilizează *directive* în interviu pentru a *schimba modurile de comunicare ale clientului*. De exemplu, ei solicită membrilor familiei care, de obicei, nu vorbesc, să vorbească și folosesc frecvent tehnica *intențiilor paradoxale*, sub influența terapiei directive a lui Milton Erikson.

La început, terapeuții de familie s-au centrat pe *încurajarea și creșterea comunicării* în familie, apoi ei au accentuat centrarea pe *problemă*, sub influența lui Erikson. Astfel, problema nu a mai fost categorisită doar ca un „simptom”, ci ca un răspuns necesar și adecvat la comportamentul de comunicare ce l-a provocat.

După ce în fazele de început ale terapiei fusese încurajată accentuarea *ierarhiei* în structura familială, ulterior terapeuții comunicării au sprijinit comunicarea *de la egal la egal* între membrii familiei.

În unele abordări, accentul cade *pe clarificarea comunicării* (V. Satir, 1964), în altele pe *status* și *organizare familială* (D. Jackson și Weakland, 1961, 1968) - care accentuează importanța autorității parentale în cazul tinerilor psihotici.

Curentul comunicării a tins să devină parte a altor curente. Astfel, Virginia Satir (1972) dezvoltă curentul „**terapiei experiențiale a comunicării**”, după participarea sa la grupurile de gestalt - terapie de la Esalen.

Un alt curent important dezvoltat din teoria comunicării va fi „**terapia structurală**” (S. Minuchin), care accentuează organizarea ierarhică în familie.

Un al treilea curent important născut din terapia comunicațională este „**terapia strategică de familie**”, care accentuează secvențele repetitive ce stau la baza structurii familiale (J. Haley, C. Madanes, S. Ariel).

Scopurile terapiei comunicării de familie

Obiectivele terapiei comunicării în grupul familial sunt asemănătoare tratării grupului format din persoane străine:

- *Promovarea individualității membrilor familiei;*
- *Optimizarea relațiilor interpersonale.*

Creșterea individuală este promovată când nevoile nesatisfăcute sunt verbalizate și înțelese, iar rolurile restrictive (delimitate) sunt explorate și extinse.

Terapeuții comunicării au plecat de la premisa că, atunci când membrii familiei vor fi eliberați de propriile inhibiții, ei își vor dezvolta o mai mare coeziune familială. Abordările reflectă însă două puncte de vedere diferite:

- *Tratarea familiei ca un grup de indivizi;*
- *Tratarea familiei ca pe un sistem, ca pe o unitate.*

Ceea ce se reproșează primei abordări este faptul că nu reușește să evalueze corect nevoia de *ierarhie* și *structură* a grupului familial, lucru comun și abordării celorlalte tipuri de grupuri. Astfel, din această *perspectivă*, care *concepe familia mai mult ca un grup de persoane* individualizate decât ca pe un sistem, Bell (1975) susține că dezvoltarea capacității familiilor de a învăța să facă față simptomelor se realizează prin:

- Manifestarea unei cooperări sporite;
- Independența personală;
- Creșterea libertății și deschiderii interacțiunilor;
- Creșterea gradului de securitate a fiecărui membru al familiei;
- Creșterea flexibilității rolurilor în familie.

Modalitatea esențială de satisfacere a acestor obiective este *optimizarea comunicării*. Scopurile acestei abordări reflectă o viziune relativ naivă și simplă asupra familiei, aparținând practicienilor clinicieni, înainte de a învăța să gândească sistemic fenomenul familial.

În timp ce G. Bateson și colaboratorii săi analizau complexitatea sistemelor comunicaționale, terapeuții obișnuiți credeau inițial că modul de a ajuta familiile în dificultate ar consta în a le determina să se așeze și să discute unele cu altele. Deși multe familii reunite găsesc suficiente subiecte de conversație, ele prezintă erori de comunicare pe care terapeuții le-ar putea corecta pe parcursul mai multor întâlniri, fără a ajunge însă nici la dinamica individuală, nici la dinamica sistemului familial care le generează.

Scopul terapiei de familie comunicaționale a fost să întreprindă o „acțiune” deliberată pentru a alerta nivelele slabe de funcționare ale interacțiunii prin intermediul unei comunicări îmbunătățite. Weakland precizează că scopul era determinismul simptomelor, și nu reorganizarea familiilor („Noi privim rezolvarea problemelor ca ne-

cesitând prioritar o substituie de modele de comportament, astfel încât să întrerupă *cercurile vicioase* cu feed-back sigur"). În cadrul acestui model terapeutic, terapeuții au identificat *simptomele* drept *mesaje* și apoi au căutat acele *secvențe de comportament care mențin problemele*. Odată descoperite, scopul intervențiilor era de a le înlocui cu alte secvențe comportamentale nedistructive, deci care nu susțineau simptomele.

Terapeutul de comunicare acționează ca și terapeutul comportamentalist, adică interzice comportamentele care au stimulat și întărit simptomele. Ambii împărtășesc ipoteza că, odată ce comportamentul patologic este blocat, el va fi înlocuit de alternative constructive în locul altor simptome.

Limita modelului comportamental este că el tratează *persoana* simptomatică drept *problemă* și concepe simptomul ca pe o reacție, mai degrabă, decât ca pe un stimul în lanțul interacțiunii.

Limita modelului comunicațional este aceea că *izolează* secvențe de comportament care mențin simptomele și se concentrează pe interacțiunile diadice, fără a considera „triumfuri” sau alte *probleme structurale* în familie. De exemplu, când un copil se teme pentru că tatăl său, supraimplicat, țipă la el, de fapt tatăl țipă la copil pentru că soția sa nu este implicată emoțional. Relația tatălui cu soția nefiind adecvată, schimbarea comportamentului tatălui ar putea să creeze un comportament simptomatic la copil.

Procesul terapeutic

Schimbarea comportamentului se realizează în special prin:

- *ajutarea membrilor familiei să vorbească deschis;*
- *sprijinirea celor care par reticenți;*
- *criticarea procesului interacțiunii lor;*
- *prezentarea fiecărui membru în parte într-o nouă lumină, care le permite celorlalți să se raporteze la el în noi moduri.*

Exemplu: Copiii care nu sunt obișnuiți să fie ascultați de către maturi tind să se facă „auziți” printr-un comportament discordant (de dezbinare), dar dacă terapeutul manifestă bunăvoință de a-i asculta, ei *pot învăța* să-și exprime sentimentele mai degrabă prin *cuvinte* decât prin acțiuni. Pe măsură ce încep să interacționeze cu cineva care îi ia în serios, ei pot să „crească”, să se maturizeze brusc.

Terapeuții orientați spre grupuri promovează comunicarea prin concentrare asupra *procesului*, mai degrabă decât asupra *conținutului comunicării*. Considerăm important să subliniem și următorul aspect: dacă un terapeut se lasă furat de detalii despre problemele unei familii sau se gândește la rezolvarea lor, el poate pierde ocazia de a descoperi procesul acțiunilor membrilor familiei, respectiv lucrurile care îi împiedică să-și găsească propriile soluții.

Căile terapeutice care provoacă schimbarea

• **Modelarea ascultării** este una dintre căile prin care terapeuții influențează procesul familial. În timp ce membrii familiei vorbesc, *terapeutul ascultă atent, demonstrând* vorbitorului ce anume îl face să simtă că vrea să fie auzit și înțeles, iar altor membri ai familiei de ce nu trebuie să întrerupă, să nu se certe sau să nu agreseze;

• **Analiza.** După exprimare, membrii familiei sunt ajutați să analizeze ceea ce au exprimat (sentimentele și nevoia de a fi ascultați). Ei au astfel șansa să exploreze de ce aceste *sentimente* sunt *prezente și de ce au fost ele reținute*. Ipoteza este aceea că *famiile pot schimba ceea ce pot înțelege*. Dacă comportamentul înseamnă comunicare, atunci modul de a schimba comunicarea înseamnă schimbarea comportamentului;

• **Aducerea la lumină a mesajelor acoperite.** Potrivit teoriei comunicării, toate evenimentele și acțiunile au *proprietăți comunicante*. Simptomele pot fi considerate ca **mesaje acoperite** care informează asupra relațiilor. De exemplu, o durere de cap care se dezvoltă prin menținerea unei tensiuni la nivelul mușchilor cervico-occipitali poate fi un *mesaj despre cum se simte* persoana într-o situație, sau un răspuns la o comandă indirectă adresată cuiva.

Dacă un simptom este de fapt un mesaj acoperit, atunci, făcând mesajul deschis, prin implicare, se elimină nevoia de simptom. Așadar, unul dintre modurile importante de a schimba comportamentul este de a aduce mesajele acoperite la lumină. Dar nicio schimbare nu poate veni din interior, ci doar din exterior. Pentru teoreticienii comunicării (Watzlawich, Beavin, Jackson, 1967) *paradigma psihoterapiei* constă într-o *intervenție din afară pentru a rezolva dileme relaționale*. Terapeutul este un om din afara familiei, care furnizează ceea ce nu poate relația - o schimbare a regulilor de funcționare.

De pe poziția sa (exterioară familiei), *terapeutul poate fie să releve secvențele problematice, fie, pur și simplu, să le manipuleze* pentru a provoca o schimbare terapeutică.

În primul caz, strategia se bazează pe puterea interiorului, depinzând de cooperare și de dorința de schimbare.

În al doilea caz, strategia constă în a „învinge” familiile cu propriile lor jocuri interacționale, cu sau fără cooperarea acestora.

Aceste strategii manipulative au format baza terapiei de familie strategice, care este un produs al teoriei comunicaționale.

Tehnici terapeutice comunicaționale de familie

Tehnicile terapiei de familie comunicaționale au fost similare cu cele ale terapiei de grup analitic și de sprijin. Rolul terapeutului a fost acela al unui dirijor de proces, modelul familiei fiind cel al unui grup democratic. Terapeutul s-a raportat de asemenea democratic la membrii familiei, așa după cum ei se așteaptă să procedeze unul față de altul. Astfel, el a observat că toți membrii familiei au ceva de spus, că trebuie ajutați să spună și i-a încurajat pe toți să se deschidă și să-și exprime punctele de vedere.

Modelul stadial al lui J. Bell (1961) constituie o abordare originală, structurată în două faze:

- *O fază centrată pe copil*, în care copiii (copilul) sunt ajutați să-și exprime (verbalizeze) dorințele și preocupările. Bell a fost atât de

interesat să ajute copiii în acest sens, încât a solicitat părinții în avans să-i asculte și să dea curs solicitărilor copiilor, introducând astfel o schimbare în *regulile familiei*. Aceasta s-a dovedit un mijloc de a facilita încrederea și cooperarea în procesul de negociere și de rezolvare a problemelor de familie. După ce copiii au vorbit și au fost compensați cu unele privilegii suplimentare, atunci a venit și rândul părinților.

- *O fază centrată pe părinte*, în care părinții au dat curs „plângerilor” privind comportamentul copiilor. Bell a fost foarte atent în intervențiile sale, astfel încât să *atenueze* pe cât posibil *atitudinile hiper-critice ale părinților*, concentrând și facilitând discuțiile privind rezolvarea problemelor. În finalul etapei, a reușit să egalizeze sprijinul pentru toți membrii familiei.

Stilul de intervenție al lui Bell (1975) a fost *directiv*, după cum rezultă din următorul exemplu:

„... După ce rămăsese tăcut câteva sedințe, un tată a declanșat o tiradă înfocată la adresa fiului, fiicei și a soției. Treptat, s-a putut observa că fiecare membru al familiei se retrage din discuție. În acest moment, terapeutul a intervenit astfel: «Acum cred că ar trebui să auzim și ce are de spus J. (fiul) în legătură cu asta. De asemenea, H. (fiica) trebuie să aibă și ea ceva de spus, și probabil că ar trebui să ascultăm și ce simte soția dumneavoastră în legătură cu toate acestea»...”

Acest comportament terapeutic a stimulat participarea întregii familii, fără a bloca în același timp comunicarea tatălui. Adesea, „semnalele” non-verbale au fost utilizate ca mijloace de a da curs mărturisirii unor sentimente inexprimabile, ca de exemplu: „D-le X, ați tăcut meru, dar mă întreb dacă faptul că vă pocniți degetele nu vrea să ne spună ceva...”

În cadrul procesului terapeutic, Bell utilizează 4 tipuri de *interpretări*:

Interpretări reflective - descriu ceea ce se întâmplă în momentul respectiv: „Observ că atunci când soția dumneavoastră spune ceva critic, lăsați capul în jos, înclinându-l, ca și cum ați spune: „Săracul de mine...”;

Interpretări conective - evidențiază legături nerecunoscute de membrii familiei, existente în diverse acțiuni ale lor. De exemplu: „Ați

observat că Ioana a început să se poarte urât, chiar din clipa în care voi doi începeți să vă certăți”;

Interpretări reconstructive - explică în ce mod evenimentele din istoria familiei susțin contextul pentru unele experiențe cotidiene;

Interpretări normative - apar în remarci avansate pentru a sprijini sau provoca un membru al familiei, comparându-l cu majoritatea oamenilor. De exemplu: „*Mare scofală... Majoritatea adolescenților sunt obraznici cu părinții. Face parte din procesul de maturizare.*”

Modelul terapeutic cu grup de familie

Există 3 aplicații de bază ale metodelor de grup în terapia de familie:

- **Terapia de familie multiplă** (cu grup format din 4 - 6 familii reunite în ședințe săptămânale de 90 de minute). **P. Laqueur** și colaboratorii săi introduc acest model pe principiul terapiei de grup tradiționale, incluzând tehnici specifice ale grupului de întâlnire și psihodramatice. El folosește exerciții structurate pentru a spori nivelul de interacțiune și intensitatea sentimentelor. Familiile participante la grup sunt folosite drept *co-terapeuți* care să ajute la confruntarea membrilor altor familii dintr-o poziție mai personală decât ar fi putut terapeuții s-o adopte.

- **Terapia de familie multiplă cu impact** este un model dezvoltat de **R. MacGregor** (1967, University of Texas Medical Branch din Galveston) și colaboratorii săi (Richie, Serrano, Schuster, McDonald și Goolishian). Acest model își propune să realizeze un impact multidirecționat asupra membrilor familiilor cu un *adolescent aflat în criză* (cu tulburări de comportament). Aceste familii sunt reunite pentru câteva zile la centrul din Galveston, într-o terapie *intensivă*, asigurată de o largă echipă de profesioniști. Membrii echipei au mai multe întreveneri în diverse combinații cu membrii familiilor, pe care le rearanjează într-un grup mai mare de lucru. În cadrul acestuia se revăd o serie de constatări, opinii, atitudini și concluzii care stau la

baza comportamentului membrilor incluși în terapie, iar unele dintre acestea se reformulează sub aspectul unor recomandări. Și chiar dacă această modalitate de lucru, intensivă, deși nu prea frecventă, nu prea mai este practică astăzi, ea a impulsionat dezvoltarea altor tehnici și modele ale terapiei de familie actuale:

- Modelul experiențialist;
- Modelul sistemic de la Milano.

- **Modelul terapiei de rețea** (Network Therapy) este dezvoltat de **Ross Speack** și **Carolyn Attneave**, pentru ajutorarea familiilor aflate în *criză*. Se bazează pe suscitarea și asamblarea întregii rețele de suport social al familiei respective (rude, prieteni, vecini), incluzând circa 50 de persoane. Echipele de terapeuți sunt obișnuite să lucreze în grupuri mari. *Obiectivele* sunt „spargerea” modelelor relaționale distructive și mobilizarea sprijinului pentru noi opțiuni (Speack, Attneave, 1973, Ruevini, 1975).

Se utilizează o serie de tehnici de grup și 6 *faze de dezvoltare a procesului terapeutic*:

1. **Retribalizarea** - implică *recunoașterea și conștientizarea* problemei prezente. *Începe cu prima convorbire prin care sunt invitați membrii rețelei să se asambleze (reunească) și continuă pe parcursul tuturor întrunirilor.*

2. **Polarizarea** - implică **activarea** pozițiilor aflate în conflict și în primul rând a conflictelor intergeneraționale.

3. **Mobilizarea** - în timpul căreia *sunt desemnate sarcini și sunt inaugurate inițiative și eforturi active* de ajutorare a *familiei țintă de către membrii interesați ai rețelei.*

4. **Depresia rețelei**, care pare să se instaleze în mod regulat, după declanșarea entuziasmului general al tuturor.

5. **Înteruperea și epuizarea** - când eforturile din etapa mobilizării încep să se diminueze.

6. **Exaltarea**, care se resuscită după fiecare întâlnire în timp ce membrii familiei traversează stări de speranță și ușurare. Exaltarea crește în rețea după fiecare întâlnire reușită.