

Túry Ferenc – Mezei Ágnes – Leindler Milán

A multiplex családterápia megjelenése

– különös tekintettel az evészavarok és az addikciók kezelésére

Buda Béla kitörölhetetlen nyomot hagyott a magyar pszichiátria történetében. Szellemi öröksége hatalmas, generációk tanítómestere volt. Számos területen elsőként hozott a hazai szakirodalomba alapvetően fontos tudásanyagot. Jelen dolgozat két kedves témakörét érintve tiszteleg emléke előtt: az egyik a családterápia, a másik pedig az addikciók világa. Egy újszerűnek számító, de régi gyökerekkel rendelkező módszert mutatunk be.

Bevezetés

A családterápia kialakulásában három paradigmátikus értékű kórképet tartanak számon, amelyekben a módszer elsődleges jelentőséggel bírhat. Az egyik a szkizofrénia, a másik az anorexia nervosa, a harmadik az alkoholizmus. Ahogyan a pszichoanalízis létrejöttében a hisztéria, a viselkedésterápiákban a fóbák voltak azok a tipikus zavarok, amelyek segítségül szolgáltak az adott módszer kidolgozásához, úgy e három kórkép adott hátteret a családterápiás iskolák kibontakozásának.

A több családdal egyszerre folytatott családterápiát (családcsoporthoz vagy multiplex családterápia: MCST) meglehetősen korán – már a családterápiás iskolák kialakulásának első évtizedében – először Laqueur és munkatársai (1964) írták le. Ez a módszer ötvözi a családterápia és a csoportterápia előnyeit: a diszfunkcionális minták elemzését és a változásra törekvést, valamint a kölcsönös támogatást és konfrontációt, a tapasztalatok megosztását, a modellnyújtást. Az első nemzetközi konferenciát a témakörben 2004-ben rendezték, s ezen érintett családok tagjai is részt vettek. A legfontosabb tanulság az volt, hogy a családok egymástól specifikus segítséget kapnak, amelyeket más terápiás eszközökkel nem lehet elérni. Az MCST lényeges vonása, hogy a családok öngyógyító képességét mobilizálja, a betegség kezelésében tanúsított kompetenciáját fokozza.

A családok saját életük legjobb szakértői, s ezt a szerepet az MCST megerősíti. Ennek eredményeképpen csökken az izoláció és a stigmatizáció, a résztvevők aktívabbak, mint más terápiaformáknál, a családok kapcsolódni tudnak más családokhoz, kölcsönös feedbacket és támogatást nyújtanak, megosztják tapasztalataikat, szolidaritást és reményt, valamint új szempontokat kapnak egymástól (Schmidt és Asen, 2005).

Az evészavarok multiplex családterápiája

Először az MCST evészavarokban történő alkalmazásáról szóló legfontosabb tanulmányokat összegezzük (korábbi rövid hazai áttekintés: Túry és mtsai, 2012). Ezek mintául szolgálhatnak más kórképekben is, tehát ezúttal nem a speciális betegcsoport érdekes számunkra, hanem a módszer, amelyet széles körben lehetne alkalmazni.

Az anorexia nervosa (AN) krónikus, magas mortalitású, az életminőséget jelentősen rontó kórkép, amely jellegzetesen fiatal nők betegsége. Kezelésében a gyógyszeres terápia kevés szerepet játszik, a pszichoterápiák elkerülhetetlenek. A családterápia a tizenéves, eredeti családjukkal élő betegek számára elsődlegesen ajánlott kezelési eljárásá vált, amelyet ma már nemzetközi ajánlások is megerősítenek (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004). Fontos kiemelni, hogy a család nem hibáztatható a kórkép kialakulásáért, mert minden családtagnak megvan a sajátos szerepe az esetleges diszfunkciókban – inkább erőforrásként tekintünk a családra (Le Grange és mtsai, 2010). A másik alapvető evészavar, a bulimia nervosa (BN) 1970-es évekbeli megjelenésével a családterápia ezen a téren is feltűnt. Az evészavarok családterápiájára vonatkozóan egyre több kontrollált vizsgálat áll rendelkezésre (hazai áttekintés: Túry és Pászthy, 2008). Az egy családdal folytatott terápia mellett

az MCST az elmúlt egy-két évtizedben népszerűvé vált ebben a kórkepcsoportban, több modell is született. A következőkben ezeket tekintjük át, néhányat részletesen is bemutatva.

A BN kezelésében is hamar megjelent az MCST. Wooley és Lewis (1987) egy többnapos rendszerről számolt be, amely része volt egy komplex és intenzív kezelési programnak. Egyszerre 6-8 beteget vettek fel egy hónapra, s a napi nyolc órát kitevő pszichoterápia központi eleme a családterápia volt. A program hat része:

1. Naponkénti ételcsoport, amely az ételekkel és az evéssel foglalkozik.
2. Naponkénti pszichoterápiás csoport, ami családi témákat megvilágító szerepjátékokat és dialógusokat jelent, valamint felkészíti a betegeket a többcsaládos ülésre.
3. Naponkénti testképterápia: imaginációk, művészet- és mozgásterápia – elsősorban családi témák feldolgozásával.
4. Heti 2-3 egyéni terápiás ülés.
5. Heti 2-3 edukációs szeminárium: a biológiai, élettani alapoktól a szimbolikus jelentésig, a kulturális hatásokig több témát felölelően.
6. Családterápia, amely elsősorban egy kétnapos, többcsaládos ülést tartalmaz.

A kétnapos családterápiás ülést tíz nappal a felvétel után tartják. Mindegyik beteg meghívja az eredeti családját – az elvált szülőt is beleértve –, illetve a jelenlegi családját a hétéves kor fölötti gyerekekkel együtt. Mivel messziről érkeznek a családtagok, a kétnapos program kényelmesebb. A családtagok és betegek ugyanabban a szállodában vannak. Minden ülésen 30-45 családtag van jelen, legalább három generációt képviselve, továbbá hat teamtag. A program képzéssel kezdődik. A második lépésben a terapeuták a családi kapcsolatokat elemzik, genogramot is készítenek, színekkel kódolva különböző jellegzetességeket. A terapeuták nem értelmeznek, csak megkérdézik, mit tanultak a genogram készítéséből a családtagok – így utalnak a transzgenerációs mintákra. Gyakran előkerülnek titkos információk is a családtagok számára (házasságon kívül született gyerek stb.). Ezután szerepcsoportokba osztják a családokat. Így a családi határokon túlmutatató támogatás alakul ki.

A terápiás folyamatot a terapeuta egy család fókuszba állításával kezdi. A család a szoba közepén foglal helyet egy körben, ami nem zavaró

a család számára, mert a kölcsönösség megakadályozza a mások előtt való feltárulkozás félelmét. Sok családtag a fókuszcsaládon keresztül beszél saját családtagjaihoz. Néha a szerepcsoportok nemek szerint oszlanak meg. Miután a diszfunkcionális interakciós mintákat azonosították, diádikus, triádikus, valamint teljes családi kapcsolatrendszerre vonatkozó gyakorlatok következnek. A témák a korábbi fázisokból nőnek ki (szeparáció, érzelmek kifejezése, szexuális feszültségek, szülői egyetértés hiánya stb.).

Egy példa a ki nem fejezett dühök eljátszására anya-lánya között: a tenyereket összetéve egymást el kell tolni, közben dühös hangokat kell kiadni. Specifikus problémákra specifikus diádokkal végzik a gyakorlást (ilyen diád lehet például az apa és a bulimiás lánya). Élő szoborcsoportot is csinálnak az erő és dependencia viszonyainak illusztrálására. A többcsaládos ülések mindig úgy fejeződnek be, hogy a gyermekek külön ülnek a szülőktől.

A „hello-goodbye” gyakorlatban a bulimiás beteg osztja két részre a felsorakozott családtagokat: azokra, akikkel nagyobb távolságot szeretne tartani, és azokra, akiktől több érzelmi odafordulást igényelne. Az első csoportnak ezután „goodbye”-t mond, ami gyakran sírásba torkolló érzelmkifejezéssel jár, a másik csoportnak pedig „hello”-val köszön. A „goodbye” csoportban általában a szülők vannak, akiknek így át kell élniük, hogy a szeparáció mit jelent. A házastársak számára is katartikus élményeket nyújt ez a forma. Az egyik férj úgy fogalmazta meg válaszát feleségének, hogy bár hat hónapja házasok, de igazából csak az elmúlt két nap óta érzi magát házasnak.

A későbbi csoportfoglalkozások során a családterápiás üléseken történetek felhasználhatók, s a csoporttagokra való átvitel gyakori, így duplikálódnak a családi témák. Egy csoportgyakorlat: képzeletbeli telefonbeszélgetést folytatnak, a beteg egy év után telefonál apjának. A terápia hatékony, egyéves követés után a falásrohamok gyakorisága a betegek 91%-ánál csökkent. A pszichológiai mutatókban további jelentős változások észlelhetők.

Scholz és munkatársai az MCST-t egy drezdai nappali klinika keretei között alkalmazták (Scholz és Asen, 2001; Scholz és mtsai, 2005). Hatnyolc család vett részt a terápiában, amely egyéves időszaktot ölelt fel. Kezdetben a többcsaládos terápiát kombinálták egyéni vagy egycsaládos terápiával is, később önmagában alkalmazták a módszert.

Először minden családdal motivációs beszélgetést folytatnak, majd a program egy ötnapos intenzív héttel indul (ez napi 6-7 órás közös munkát jelent). Három hét után további három intenzív nap következik. Ezután havi kétnapos találkozások vannak, ez később havi egy napra csökken az egyéves kezelés végén. Lényeges része az együttlétnék az együtt étkezés (ez más többcsaládos program esetén is így van). Ezek alkalmával néha gyermeket cserélnek a családok, azaz a beteg családtag más családoknál eszik, s a szülők azzal szembesülhetnek, hogy a gyermek jobban eszik más család társaságában. A csoport új családjai a kezelést már korábban elkezdett családokkal is találkoznak, aminek kifejezett motiváló hatása van a bizonytalanságokkal küzdő, a kezelés elején tartó családokra. Ahogyan az egycsaládos terápiában is szokásos, a kezelés első fázisában a tünetekkel kiemelten foglalkoznak. Ez növeli a szülők kompetenciaérzését és felelősségvállalását. A csoportban erős kohézió alakul ki. A kezelés második fázisában a család kapcsolati viszonyain, azaz a pszichológiai háttértényezőkn van a hangsúly (hierarchia, szövetségek vagy koalíciók, kommunikációs zavarok, a kifejezett érzelmek). Több generáció figyelembevételével elemzik a betegség családbeli jelentését. A terápia harmadik fázisának célja az elért eredmények stabilizálása, a relapszusok megelőzése.

Eisler (2005) az MCST alkalmazását tekintette át az AN-ra vonatkozóan. Lényegesnek tartja, hogy a módszer a családok saját adaptív mechanizmusait segíti, s a családi erőforrásokat mobilizálja. Ugyanez a munkacsoport részletesen ismertetett egy Londonban működő, AN-es betegek számára szervezett programot (Eisler és mtsai, 2010). Az MCST felépítése hasonló az egycsaládos családterápiához. Problémafókuszú részzel indul, melynek során a terapeuták arra bátorítják a szülőket, hogy segítsenek gyermeküknek túljutni az evéssel és a testsúlyukkal kapcsolatos félelmeiken, és ezt követően lépnek át a serdülőkorral és a családon belüli kapcsolatokkal foglalkozó szakaszba. A csoporthoz való csatlakozást megelőzően a család legalább egy, de inkább több egycsaládos terápiás ülésen vesz részt. Ez a találkozás segíti a felmerülő kételyek megbeszélését s a terápiás szövetség kialakítását.

Az első többcsaládos ülés egy négynapos intenzív program keretein belül zajlik, amit a

következő, egyéves időszak alatt 5-6 találkozással toldanak meg. A legfontosabb cél a családi erőforrások kiaknázása, s annak a felismertetése, hogy a család felelős azért, ami velük történik a terápia során, nem pedig a terapeuta. A csoportdinamika segítségével maximalizálni lehet a családok erőforrásait és az adaptív mechanizmusokat. A csoport segíti a kapcsolatokban rejlő lehetőségek kiaknázását, valamint enyhíti a családok izoláltságérzését – azt az érzést, hogy senki más nem értheti meg, min is mennek keresztül. A tapasztalatok csoportban való megosztása gyorsan létrehozza a csoportkohéziót és a támogató közeget. A családok ugyanakkor azt is megtapasztalják, hogy mindannyian más-más szinten vannak. Az első találkozás egy informális bemutatkozó est, amikor is a terapeuták ismertetik a program részleteit, illetve pszichoedukációt tartanak az éhezés lehetséges következményeiről és szövődményeiről. Ezenkívül bemutatkozik egy „végzett” család, akik elmesélik a családcsoporttal kapcsolatos tapasztalataikat. A csoportos találkozások mellett egycsaládos terápiák is folynak az igényeknek megfelelő gyakorisággal.

A négynapos program a következő egységekből épül fel: csoportos családi beszélgetések zajlanak, szülő- és gyermekcsoportok alakulnak különböző témák köré csoportosulva (például: együttélés az anorexiával, a betegség hatása a család életére, az étkezésekkel kapcsolatban felmerülő problémák praktikus kezelése, a betegek motivációjának növelése). Számos kreatív verbális és nonverbális technikát alkalmaznak a terapeuták, így: családszobor készítését, szerepjátékokat, rajzolást. Vannak feladatok, melyeket kisebb csoportokban végeznek el, majd közösen megbeszélik. A szülők külön csoportban beszélgetnek azokról a trükkökről, amelyekkel a betegség jár. Az együttes étkezés e programban is alapszabály, s a tünethordozók „kicserélése” a családok között.

Nézzük az intenzív négynapos program második napjának menetét:

- szülők csoportja: mi működik és mi nem az étkezésekkel kapcsolatban;
- serdülők csoportja: ételek képét tartalmazó magazinokkal és papírtányérokkal megoldva a feladatot, „mi az az étel, amit elkészítenék a szüleim számára?”;

- szerepjáték az étkezéssel kapcsolatban (a serdülők és a szülők együtt játszanak);
- „az internalizált másik” meginterjúvolása (a serdülőket kérdezik a szüleik bőrében, miközben a szülők detektívtükrön keresztül figyelik őket).

Az ülések során nagyon lényeges az „itt és most” helyzetre való rálátás szélesítése, például olyan feladatokkal, hogy a beteg képzelje el magát húsz évvel később, amint egy újságíró interjút vagy filmet készít vele arról, hogyan gyógyult meg az AN-ból, és hogyan változott meg az élete ennek során. A feladatok elvégzése közben érdekes beszélgetések alakulnak ki a tagok között. A szülők detektívtükrön keresztül megfigyelve gyermekeiket hasznos tapasztalatokat szerezhetnek. A családcsoport lezárására vonatkozóan érdemes megemlíteni, hogy egyes családoknál a lezárás egyszerű, más családoknak igényük van további egycsaládos folytatásra.

Depestele és Vandereycken (2009) a költség-haszon arányt kedvezőnek találták ebben a módszerben. A terápiás hatótényezők között a tükrözést (kölcsönös megfigyelést), a gondolatok kicserélését, a támogatást, a családok nagyobb kompetenciaérzését emelték ki. A csoportos ülések kötetlenebbek, kisebb a feszültség, mint az egycsaládos terápiák esetén. A modellnyújtás az interakciók oldottságát tekintve ad segítséget a kliensek számára. A csapdák között nem elhanyagolható, hogy a családok tartanak a más családokkal való konfrontációtól. A szociális megfelelés nyomása a csoportban nagyobb, azaz a családok igyekeznek „normális” benyomást kelteni. Mindezek ellenére a részvétel visszautasítása ritka volt a szülők részéről. Problémát okozhat, hogy az elvált szülők nem mindig akarnak egymással találkozni csoportülésein.

Egy AN-ban szenvedő betegeket kezelő programot ismertetnek Treasure és munkatársai (2011). Ez tulajdonképpen háromnapos pszichoedukációs családcsoportot jelent, amelynek módszerei között elsősorban a kognitív viselkedésterápia elemeit használták (például a hozzátartozók depressziójának és szorongásának csökkentésére). A munka középpontjában a magas „expressed emotion”-szint, azaz a családon belüli kritikusság, a szülői hiperprotektivitás, valamint a kommunikációs zavarok állottak.

Az említett programok mellett más beszámolókból is olvashatunk az MCST sike-

res alkalmazásáról evészavarokban. Colahan és Robinson (2002) szerint a résztvevők kedvezően fogadták a módszert. Tantillo (2006) pszichoedukációs alapokra építve alkalmazta az MCST-t. Érdekes szempontokat olvashatunk egy anorexiás lány és édesanyja leírásában, hogyan élték át belülről az MCST-t (Poser, 2005a; Poser, 2005b). Meg kell említeni azt is, hogy nem csupán AN-ban és BN-ban próbálták ki, hanem adolezscens lányok számára kidolgozott testsúlycsökkentő programban is (Kitzman-Ulrich és mtsai, 2009).

Multiplex családterápia addikciók kezelésében

Az addiktív zavarokban a család szerepe közismert – nem csupán háttértényezőről van szó, hanem a család működésében fellelhető speciális jellegzetességekről, így például a társfüggőségről. Ezért a család- vagy párterápia a népbetegségeként értékelhető addiktív zavarokban a terápiás eszköztár első vonalába került a járóbetegekre, vagy az intézeti rezsimekre vonatkozóan is. Tekintsünk át néhány olyan modellt, amelyben az MCST kiemelkedő szerepet kapott.

Boylin és munkatársai (1997) egy szerhasználókkal foglalkozó klinikán többszaládos csoport felállítását szorgalmazták, hogy ellensúlyozzák a nők túl magas lemorzsolódási arányát. Az intézmény az anonim alkoholisták (AA) filozófiáját követte a kezelés során, családterápiás megközelítésben, 90 napos, kötött kezelési idővel. A heti rendszerességű csoportokon átlagosan 50 résztvevőt számoltak. Az egyik évben az intézménybe felvett 219 betegből 24 nő és 51 férfi jelentkezett a többszaládos terápiára. A szerzők konklúziója szerint a többszaládos terápiás alkalomok hozzájárultak ahhoz, hogy a nők nagyobb eséllyel maradjanak kezelésben – ennek egyik oka az lehet, hogy a benn lakó beteg megbizonyosodhat arról, hogy a család megőrzi funkcionálisát arra az időre is, amíg ő a kórházban tartózkodik. A csoportfoglalkozások alkalmával a családtagok rálátása nagyobb lesz a betegsége, így ők maguk is nagyobb eséllyel biztatják a szerhasználó családtagot, hogy maradjon a kezelésben.

Conner és munkatársai (1998) 164 alkohol- vagy kokainfüggő személy kezelésben maradási arányát igyekezett javítani a többsza-

lados csoportmódszer bevezetésével. A csoport témái 8 hetente ismétlődtek, és olyan témákat érintettek, mint a gyász folyamata, spiritualitás, gyógyulási történetek, családindinamika. A résztvevők 89%-a férfi volt. A folyamat végeztével a szerzők megállapították, hogy a leginkább szignifikáns hatása a „jelentős másik személy” részvételének volt mind rövid, mind hosszú távon. Összességében a csoportban való részvétel is elősegítette a kezelésben maradást, s ez az eredmény főleg rövid távon jelentkezett. Említésre méltó még, hogy a család részvétele nagyobb hatással volt a kokainfüggő (57%), mint az alkoholfüggő (43%) csoportra.

Springer és Orsbon (2002) egy új elméleti keret kidolgozására vállalkozott, mely az egyéni és családterápia mellett az MCST-t is magába foglalja a szerhasználók kezelésére. A következő területekről emeltek be módszereket: megoldásközpontú terápia, strukturális családterápia, interperszonális terápia és a kölcsönös segítség megközelítése. Következtetésük szerint a serdülő szerhasználók és családjaik sokat profitálhatnak a módszerekből, hiszen a kezelést jól egészíti ki, elősegítve az erősségekre való koncentrációt, a kommunikációt és az együttműködést.

A multiplex családterápia egyéb zavarokban

A fenti területek a legnépszerűbbnek számítanak az MCST alkalmazásának terén. Ezek mellett más pszichiátriai/viselkedéses zavarokban is kipróbálták a módszert mind felnőttkorú, mind gyermekkorú betegek családjában, s hasznosnak bizonyult.

A skizofrénia első szociogenetikus elmélete a kettős kötés elmélete volt, amely a speciális családi kommunikáció döntő szerepét vetette fel a kórkép kialakulásában. Később a családterápia a skizofrénia kezelésében polgárjogot nyert, majd a szülők pszichoedukációs kiscsoportját is bevezették a kezelésbe (hazai összefoglaló: Kuipers és mtsai, 2001). Ez a multiplex családterápia egyik formájának tekinthető. Sin és Norman (2013) áttekintésükben kiemelik, hogy a pszichoedukáció hasznosabb csoportban, mint egy család számára, főleg a tapasztalatok átadásában és a skillek fejlesztésében.

Van Noppen és munkatársai (1997) kényserbetegségben szenvedők csoportos viselkedésterápiáját és az MCST viselkedésterápiás változatát hasonlították össze. Az előbbi módszerben 10 nő és 7 férfi, utóbbiban pedig 14 nő és 5 férfi vett részt. A terápiás ülések tartama két óra volt, összesen 10 ülés zajlott le. A hatékonyságvizsgálat méréseit más kérdőívek mellett a Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) segítségével végezték az első alkalom előtt, az utolsó alkalom után és egy évvel később. Mindkét módszer jelentős eredményt hozott az Y-BOCS szerint, a családcsoport résztvevői minimálisan nagyobb javulást értek el. A szerzők szerint érdemes hosszabb kezelési idővel reprodukálni a vizsgálatot.

Lemmens és munkatársai (2007) integratív szemléletű többcsalados terápiás modellje a major depresszióban szenvedők kezelésére irányul, s a rendszerszemléletű, szociális konstruktivista, narratív elemeket és Rolland „csalárendszer-betegség” modelljét ötvözi. A szerzők fontosnak tartják kiemelni, hogy a csoport segítségével az individuális problémák már a megfogalmazás szintjén is kitágulnak, és a család szintjén kerülnek kifejezésre (például: „nem depressziós vagyok”, hanem „depresszióval küzdünk”). A csoportalkalmak során főleg a párokra koncentráltak, összesen két alkalomra (a második és az ötödik ülésre) hívták meg a párok gyermekeit is, hogy a többi alkalommal szabadabban beszélhessenek intim párkapcsolati problémáikról. Lemmens modelljében az első két ülés a depresszió tüneteiről, hatásáról és kezeléséről szól, valamint azonosítják a megküzdési mechanizmusokat és az erőforrásokat. A harmadik ülés során a párok kommunikációja, problémamegoldása kerül előtérbe. A negyedik és az ötödik alkalom a normatív családi funkciók visszaállítására fókuszál, míg a hatodik a visszaesés meggátolását célozza. A hetedik ülés az utánkövetést szolgálja.

Wellisch és munkatársai (1978) csoportfoglalkozást végeztek olyan családok részvételével, amelyekben egy személy rákbetegségben szenvedett. Magát a beteget az első nyolc hónapban mellőzték az ülésekről. Lényeges megállapítás, hogy a családtagok idővel belátták: a halállal kapcsolatos saját félelmeiket projektálják a betegre, növelve annak szorongását. A csoport összeállítására szempontjából fontos volt, hogy olyan családok is bekerültek, amelyek már elvesztették egy családtagjukat a betegség következtében,

így a jelenlévő betegek megbizonyosodhattak arról, hogy esetleges haláluk után méltósággal fognak emlékezni rájuk, és nem felejtik el őket. Az alapbetegséget kezelő orvosok szándékosan kimaradtak a csoportból (a terapeuták természetesen nem), hogy a tagok nyíltabban, őszintébben tudjanak viszonyulni egymáshoz. Jó példa erre, hogy a masztekatómián átesett nők férjét a többi női résztvevő rendre konfrontálta a lelki fájdalommal és veszteségélménnyel, amit a feleségnek kellett elszenvednie.

A következőkben néhány, gyermekekre vagy fiatalokúakra vonatkozó alkalmazást tekintünk át. Fristad és munkatársai (2003) 8-11 év közötti, hangulatzavarban szenvedő gyermekek és családjuk bevonásával vizsgálta a többcsaládos terápia hatékonyságát. A hathónapos, többcsaládos terápiával kiegészülő kezeléstől azt várták, hogy növekszik a szülők rálátása gyermekük tüneteire, valamint fejlődik az interakciók és a támogatás minősége a családon belül. A korosztályra való tekintettel (is) vannak olyan csoportalkalmak, amelyekben csak a szülők, vagy csak a gyermekek vesznek részt. Ez a módszer annyiban tér el az eddig említettektől, hogy a pszichoedukáció nagyobb szerepet kap. A hathónapos kezelés után a szülők arról számoltak be, hogy jobban megértik a gyermek tüneteit, és általánosságban pozitív irányba mozdult a családi interakciók minősége.

Meezan és O'Keefe (1998) az MCST-t és a tradicionális családterápiás megközelítést hasonlította össze bántalmazott gyermekeket vizsgálva, 81 család bevonásával. Kifejezetten nehéz sorsú, szegény családokat kerestek föl, de kizárták a szexuális bántalmazásban érintetteket. Fontos eredményként megemlítik – más tanulmányokkal együtt –, hogy az MCST-ben résztvevők nagyobb eséllyel maradnak kezelésben. A kutatás fő kihatása, hogy a többcsaládos terápiai csoportokban a bántalmazás és az elhanyagolás aránya csökkent a kezelés végeztével. Az ebbe a csoportba járó gyermekek asszertívebbek lettek, gondozóik pedig kevesebb magatartászavarról számoltak be.

Carr (2009) tanulmánya az elmúlt évek családterápiás eredményeit tekinti át, fókuszba helyezve a fiatalokat érintő problémaköröket. Bemutatja a főbb terápiai módszereket. Sok szó esik arról a komplex terápiáról, amelynek

keretein belül a fiatalok a családterápia mellett egyéni készségfejlesztő terápiában is részesülnek. A szerző kiemeli, hogy az öngyilkosságot megkísérlők terápiájában fontos kiegészítő elem a többcsaládos terápia a tradicionális módszerek, például a dialektikus viselkedésterápia mellett. Egy tanulmány (Rathus és Miller, 2002) összevetette a többcsaládos terápiával kiegészített dialektikus viselkedésterápia és a családterápiával kiegészített dinamikus terápia hatékonyságát. Az előbbi kezelést szignifikánsan nagyobb százlékban teljesítették a résztvevők, és kevesebben kerültek kórházba a kezelés alatt, bár mindkét módszer hatékonynak bizonyult az öngyilkossági fantáziálás csökkentésében.

Konklúzió

Az MCST a beszámolók alapján hasznos eszköz lehet különböző mentális zavarokban. Áttekintésünkben elsősorban az evészavarok kezelésében való felhasználását emeltük ki, mert e téren található nagyobb számban pragmatikus leírások. A módszer előnyös számos olyan zavarban is, amelyekben egyes családi tényezők predispozíciós, precipitáló vagy fenntartó szerepet töltenek be. Több példát találunk az addikciók vagy a hangulatzavarok kezelésében való alkalmazásra is. Az MCST nem csupán gazdaságos, hanem speciális hatótényezőket mozgósít, például a családok megismerik egymás kultúráját és erőforrásait, hiteles tapasztalatokkal gazdagodnak, a társas támogatás új formáját kapják, kompetenciaérzésük nő. Reméljük, hogy a sok szempontból előnyös módszer a hazai pszichoterápiás életben is egyre népszerűbbé válik.

Irodalom

Boylin, M.W., Doucette, J., Jean, F.M. (1997): Multifamily therapy in substance abuse treatment with women. *Am. J. Fam. Ther.* 25:39–47.

Carr, A. (2009): The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *J. Fam. Ther.* 31:3–45.

Colahan, M., Robinson, P.H. (2002): Multi-family groups in the treatment of young adults with eating disorders. *J. Fam. Ther.* 24:17–30.

- Conner, R.K., Shea, R.M., McDermoth, P.M., Grolling, R., Tocco, V.R., Baciewicz, G. (1998): The role of multifamily therapy in promoting retention in treatment of alcohol and cocaine dependence. *Am. J. Addict.* 7:61–73.
- Depestele, L., Vandereycken, W. (2009): Families around the table: experiences with a multi-family approach in the treatment of eating-disordered adolescents. *Int. J. Child Health Adolesc. Health* 2:255–261.
- Eisler, I. (2005): The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *J. Fam. Ther.* 27:104–131.
- Eisler, I., Lock, J., le Grange, D. (2010): Family based treatments for adolescents with anorexia nervosa: single-family and multifamily approaches. In: Grilo, C.M., Mitchell, J.E. szerk.: *The treatment of eating disorders*. New York, Guilford, 150–174. old.
- Fristad, A.M., Goldberg-Arnold, S.J., Gavazzi, M.S. (2003): Multi-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. *J. Marital Fam. Ther.* 29:491–504.
- Kitzman-Ulrich, H., Hampson, R., Wilson, D.K., Presnell, K., Brown, A., O'Boyle, M. (2009): An adolescent weight-loss program integrating family variables reduces energy intake. *J. Am. Diet. Assoc.* 109:491–496.
- Kuipers, L., Leff, J., Lam, D. (2001): *A szkizofrénia család-gondozása*. Budapest, Coincidencia Kft.
- Laqueur, H.P., LaBurt, H.A., Morong, E. (1964): Multiple family therapy: further developments. *Int. J. Soc. Psychiatr.* 10:69–80.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., Nicholls, D. (2010): Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *Int. J. Eat. Disorder* 43:1–5.
- Lemmens, M.D.G., Eisler, I., Migerode, L., Heireman, M., Demyttenaere, K. (2007): Family discussion group therapy for major depression: a brief systemic multi-family group intervention for hospitalized patients and their family members. *J. Fam. Ther.* 29:49–68.
- Meezan, W., O'Keefe, M. (1998): Multifamily group therapy: impact on family functioning and child behaviour. *Fam. Soc.* 79:32–44.
- National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE (2004): *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders: a national clinical practice guideline*. London, NICE.
- Poser, M. (2005a): Anorexia nervosa – my story. *J. Fam. Ther.* 27:142–143.
- Poser, M. (2005b): Anorexia nervosa – a parent's perspective. *J. Fam. Ther.* 27:144–146.
- Rathus, J., Miller, A. (2002): Dialectical behaviour therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life-Threat.* 32:146–157.
- Schmidt, U., Asen, E. (2005): Does multi-family day treatment hit the spot that other treatments cannot reach? *J. Fam. Ther.* 27:101–103.
- Scholz, M., Asen, E. (2001): Multiple family therapy with eating disordered adolescents: concepts and preliminary results. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 9:33–42.
- Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Gantchev, K., Thömke, V. (2005): Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. *J. Fam. Ther.* 27:101–103.
- Sin, J., Norman I. (2013): Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *J. Clin. Psychiatry* 74:e1145–1162.
- Springer, W.D., Orsbon, H.S. (2002): Families helping families: implementing a multifamily therapy group with substance-abusing adolescents. *Health Soc. Work* 27:204–207.
- Tantillo, M. (2006): A relational approach to eating disorders multifamily therapy group: moving from difference and disconnection to mutual connection. *Fam. Syst. Health* 24:82–102.
- Treasure, J., Whitaker, W., Todd, G., Whitney, J. (2011): A description of multiple family workshops for carers of people with anorexia nervosa. *Eur. Eat. Disord. Rev.* Doi: 10.1002/erv.1075 (e-pub).
- Túry F., Mezei Á., Güleç, H. (2012): Az evészavarok kezelésében használt új pszichoterápiás módszerek. *Pszichoterápia* 21:76–84.
- Túry F., Pászthy B. (2008): Az evészavarok családterápiája az újabb adatok fényében. In: Túry F., Pászthy B. szerk.: *Evészavarok és testképzavarok*. Budapest, Pro Die, 437–449. old.
- Van Noppen, B., Steketee, G., McCorkle, H.B., Pato, M. (1997): Group and multifamily behavioral treatment for obsessive compulsive disorder: a pilot study. *J. Anxiety Disord.* 11:431–446.
- Wellisch, D., Mosher, M., Van Scoy, C. (1978): Management of family emotion stress: Family group therapy in a private oncology practice. *Int. J. Group Ther.* 28:225–231.
- Wooley, S.C. Lewis, K.G. (1987): Multi-family therapy within an intensive treatment program for bulimia. In: Harkaway, J.E. szerk.: *Eating disorders. The Family Therapy Collections* (sorozatszerk.: Hansen, J.C.). Rockville, Aspen Publishers, Inc., 12–24. old.