

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Barbara Kreš

Naslov diplomske naloge: Svetovanje in psihoterapija v Sloveniji – primer centrov za relacijsko družinsko terapijo

Kraj: Ljubljana

Leto: 2010

Število strani: 91

Število tabel: 3

Število slik: 1

Število prilog: 1

Število bibl. opomb: 0

Število grafov: 11

Mentor: izr. prof. dr. Gabi Čačinovič Vogrinčič

Deskriptorji: psihoterapija, svetovanje, relacijska družinska terapija, socialno delo z družino, terapevtski pristopi, centri za relacijsko družinsko terapijo.

Povzetek:

Psihoterapija in svetovanje sta področji, ki ju lahko v zadnjih letih v Sloveniji vse pogosteje zasledimo. Tudi v socialnem delu z družino, ki se osredotoča na pomoč družini pri reševanju kompleksnih psihosocialnih problemov, se vse bolj prepozna pomen svetovanja oz. psihoterapije kot enega od pristopov, s katerim lahko pomagamo družinam in posameznikom k boljšemu in bolj kompetentnemu delovanju in življenju. Zato je pomembno, da tako uporabniki kot tudi strokovni delavci, dobijo prave informacije o tem, kaj svetovanje oz. psihoterapija je, kdo so izvajalci in kako so uporabnikom tovrstne storitve zagotovljene.

Diplomska naloga zajema pregled definicij in zakonskih podlag za izvajanje svetovanja oz. psihoterapije in kratek oris ter popis vseh uveljavljenih terapevtskih smeri, ki jih lahko zasledimo v Sloveniji, skupaj z njihovimi krovnimi institucijami in programi usposabljanja. Posebej se osredotoča na relacijsko družinsko terapijo, kot eno od sedemnajstih uveljavljenih terapevtskih smeri v Sloveniji. Gre za relativno novo terapevtsko smer, za katero se izvajalci izobražujejo znotraj magistrskega in doktorskega programa na Univerzi v Ljubljani. Trenutno v Sloveniji deluje osemnajst centrov in osem samostojnih podjetnikov, ki uporabnikom ponujajo storitve psihoterapije po relacijskem družinskem pristopu. V raziskavi so prikazane tudi nekatere značilnosti uporabnikov relacijske družinske terapije.

Title: Counseling and psychotherapy in Slovenia – The case of relational family therapy centers

Descriptors: psychotherapy, counseling, relational family therapy, social work with family, therapeutic approaches, relational family therapy centers.

Summary:

Psychotherapy and counseling services can lately be found increasingly often in Slovenia. Social work with family, which focuses on helping the family to resolve complex psychosocial problems, also increasingly recognizes the importance of counseling or psychotherapy as an approach, which can lead families and individuals toward a better and more competent functioning and living. Thus it is important for clients and also for professionals to gather reliable information about what counseling or psychotherapy is, who offers this kind of help and who is entitled to it.

This degree thesis includes an overview of definitions and legal basis for counseling and psychotherapy, together with short descriptions of renowned therapeutic modalities in Slovenia, their umbrella associations and programs of professional education. The thesis focuses on relational family therapy as one of seventeen renowned therapeutic approaches in Slovenia. It is a relatively young therapeutic approach which can be studied at University of Ljubljana. At the time there are eighteen centers and eight independent entrepreneurs which practice relational family therapy. The research also shows some basic features of relational family therapy users.

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA
**SVETOVANJE IN PSIHOTERAPIJA V SLOVENIJI - PRIMER CENTROV ZA
RELACIJSKO DRUŽINSKO TERAPIJO**

Mentorica: izr. prof. dr. GABI ČAČINOVIČ VOGRINČIČ

BARBARA KREŠ

LJUBLJANA, 2010

PREDGOVOR

Psihoterapija in svetovanje (individualno, partnersko ali družinsko) sta v zadnjem desetletju vedno bolj pogosta načina iskanja pomoči ljudi, ki se znajdejo v čustveni ali duševni stiski. Hkrati z zmanjševanjem »eksotičnosti« tovrstnih storitev, se zelo povečuje ponudba na trgu in znotraj različnih javnih institucij. Opaziti je, da se v Sloveniji skladno s povečevanjem ponudbe izobraževanj za različne terapevtske in svetovalne smeri, večja tudi osveščenost uporabnikov o dostopnosti in razpoložljivosti tovrstne pomoči. Pisanja te diplomske naloge sem se lotila z namenom, da v tem, na prvi pogled kaotičnem področju, poskušam nekoliko prispevati k večji urejenosti, s tem, da pregledam in zberem vse terapevtske smeri, ki jih imajo uporabniki na voljo ter tudi pravila in zakone, ki urejajo to področje.

Ugotovila sem, da se prva težava lahko pojavi že pri poimenovanju, saj ponekod pišejo o psihoterapiji, drugod o svetovanju, tretji uporabljajo izraz terapija ali družinska terapija. Zanimala me je razlika med temi poimenovanji ter njihova umestitev v različne sisteme pomoči posamezniku v stiski. Čustvene stiske nisem posebej opredeljevala, ker večina pristopov zelo široko opredeljuje svoje delovno področje pomoči, sem pa iz raziskave izvzela specializirane programe za pomoč pri na primer alkoholizmu, zasvojenostih, motnjah hranjenja in podobno. Predvsem me je zanimalo kje lahko pomoč dobijo ljudje, ki so v stiski, vendar za njo nimajo medicinske diagnoze (npr. ljudje s težavami v odnosih, s samopodobo in podobno). Znotraj samega diplomskega dela uporabljam različne izraze za uporabnike psihoterapevtskih oz. svetovalnih storitev in sicer v skladu s poimenovanjem, ki ga navaja posamezen vir oz. modaliteta. Tako se v socialnem varstvu pojavlja izraz uporabnik, pri nekaterih terapevtskih smereh klient, v bolj medicinskih in analitičnih smereh analizant ali celo pacient.

Pomoč družini in njenim članom pri reševanju kompleksnih psihosocialnih problemov je jedro socialnega dela z družino in iz tega izhaja, da je ena od nalog socialnega dela z družino tudi omogočanje poglobljene psihoterapevtske obravnave v primerih, ko je to potrebno. Namen moje diplomske naloge je bil raziskati to področje v Sloveniji in podrobneje opisati eno od psihoterapevtskih smeri, da bi s tem socialni delavci dobili informacije, ki jih potrebujejo, da bi tovrstno pomoč lahko omogočili in zagotovili svojim uporabnikom. Hkrati je povzetek posameznih psihoterapevtskih smeri, ki jih lahko zasledimo v slovenskem

prostoru, socialnim delavcem in delavkam lahko dodaten vir znanja, ki ga lahko uporabijo pri svojem delu.

Kot relacijska družinska terapevtka sem želela svojo terapevtsko usmeritev nekoliko bolje teoretsko in praktično opisati, jo umestiti v sistem psihoterapevtskih smeri v Sloveniji ter popisati celotno mrežo izvajalcev relacijske družinske terapije, hkrati z nekaterimi značilnostmi njenih uporabnikov. Na ta način bi bila ta diplomska naloga nekakšen doprinos k večji prepoznavnosti relacijske družinske terapije v Sloveniji in kot pomoč uporabnikom pri izbiri ustrezne psihoterapevtske storitve zase.

Tudi Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, kot sofinancer številnih programov s področja relacijske družinske terapije in snovalec socialne politike, bi lahko s tem delom pridobilo več informacij o sami smeri relacijske družinske terapije in njeni umeščenosti med ostale, starejše in v preteklosti bolj prepoznane terapevtske smeri. Število relacijskih družinskih terapevtov in s tem njihovih terapevtskih centrov, se namreč strmo povečuje, hkrati z zaključevanjem študija novih in novih generacij študentov, ki študirajo v okviru Teološke fakultete.

Raziskava je sestavljena iz treh delov. Prvi del zajema popis vseh terapevtskih smeri v Sloveniji, skupaj z njihovimi krovni institucijami in izobraževalnimi ustanovami. Drugi del vsebuje informacije o organiziranosti mreže izvajalcev relacijske družinske terapije, hkrati z opisom pridobivanja izobrazbe, bistvenimi informacijami o Združenju zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, kot krovni organizaciji relacijskih družinskih terapevtov, ter s kratkimi informacijami o pregledu prostorske in finančne dostopnosti relacijske družinske terapije za uporabnika.

V zadnjem delu nas zanimajo nekatere značilnosti uporabnika relacijske družinske terapije z namenom pridobiti informacije, ki bi nam pomagale k oblikovanju takšne mreže centrov in njihovih storitev, ki bi bila uporabnikom bolj prilagojena in bolj dostopna.

KAZALO VSEBINE

1.	TEORETIČNI UVOD	10
1.1.	SVETOVANJE, PSIHOTERAPIJA IN DRUŽINSKA TERAPIJA	10
1.1.1.	PSIHOTERAPIJA IN KLINIČNA PSIHOLOGIJA	10
1.1.2.	SVETOVANJE.....	11
1.1.3.	RAZLIKA MED SVETOVANJEM IN PSIHOTERAPIJO	11
1.2.	SVETOVANJE V OKVIRU CENTROV ZA SOCIALNO DELO	13
1.2.1.	SVETOVANJE KOT SOCIALNO VARSTVENA STORITEV.....	13
1.2.1.1.	Prva socialna pomoč	13
1.2.1.2.	Osebna pomoč.....	14
1.2.1.3.	Pomoč družini za dom	15
1.2.2.	ZAGOTAVLJANJE SVETOVALNIH STORITEV	16
1.2.3.	IZVAJALCI SVETOVALNIH STORITEV	18
1.2.4.	ETIČNI KODEKS TER TEMELJNI KONCEPTI DELOVANJA V SOCIALNEM DELU Z DRUŽINO	19
1.3.	SVETOVANJE OZ. PSIHOTERAPIJA V OKVIRU DOPOLNILNIH SOCIALNIH DEJAVNOSTI IN NEVLADNIH ORGANIZACIJ	20
1.3.1.	JAVNI RAZPIS ZA SOFINANCIRANJE PROGRAMOV V PODPORO DRUŽINI.....	21
1.3.2.	JAVNI RAZPIS ZA SOFINANCIRANJE PROGRAMOV SOCIALNEGA VARSTVA	22
1.3.3.	SOFINANCIRANJE S STRANI OBČIN IN DONATORJEV.....	24
1.4.	SVETOVANJE IN PSIHOTERAPIJA V OKVIRU JAVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	25
1.5.	SVETOVANJE V OKVIRU JAVNEGA ŠOLSTVA	26
1.6.	SVETOVANJE IN PSIHOTERAPIJA PRI ZASEBNIKI IZVEN JAVNEGA SOCIALNEGA IN ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	26
1.6.1.	ZAKON O PSIHOTERAPIJI.....	26

1.7. PSIHOTERAPEVTSKE SMERI V SLOVENIJI	28
1.7.1. ANALITSKO ORENTIRANA PSIHOTERAPIJA	28
1.7.2. SKUPINSKA ANALIZA	29
1.7.3. BIVANJSKA (DASEIN) ANALIZA (EKSISTENCIALISTIČNO – HUMANISTIČNA PSIHOTERAPIJA)	30
1.7.4. GLOBINSKO PSIHOLOŠKA PSIHOTERAPIJA	31
1.7.5. KOGNITIVNO - VEDENJSKA TERAPIJA	32
1.7.6. SISTEMSKA TERAPIJA	33
1.7.7. TRANSAKCIJSKA ANALIZA	35
1.7.8. GESTALT TERAPIJA	36
1.7.9. GESTALT IZKUSTVENA DRUŽINSKA TERAPIJA	37
1.7.10. REALITETNA PSIHOTERAPIJA	38
1.7.11. INTEGRATIVNA PSIHOTERAPIJA	39
1.7.12. INTEGRATIVNA PSIHOTERAPIJA – RELACIJSKA SMER	40
1.7.13. PSIHODRAMA	41
1.7.14. LOGOTERAPIJA	42
1.7.15. NEVROLINGVISTIČNO PROGRAMIRANJE	43
1.7.16. IMAGO TERAPIJA	45
1.8. RELACIJSKA DRUŽINSKA TERAPIJA	46
1.8.1. OPREDELITEV RELACIJSKE DRUŽINSKE TERAPIJE	46
1.8.2. TEMELJNE TEORETIČNE PREDPOSTAVKE RELACIJSKE DRUŽINSKE TERAPIJE	47
1.8.2.1. Osnovna relacijska konfiguracija	47
1.8.2.2. Interpersonalna raven	47
1.8.2.3. Afektivni psihični konstrukt	47
1.8.2.4. Temeljni afekt	48
1.8.2.5. Projekcijsko – introjekcijska identifikacija	48
1.8.2.6. Kompulzivno ponavljanje	48

1.8.2.7.	Regulacija afekta.....	49
1.8.2.8.	Podsistemi in hierarhija.....	49
1.8.3.	RAZISKAVE UČINKOVITOSTI RELACIJSKE DRUŽINSKE TERAPIJE TER STROKOVNA UTEMELJENOST MODELA.....	50
2.	OPREDELITEV PROBLEMA.....	52
3.	METODOLOGIJA	53
3.1.	VRSTA RAZISKAVE.....	53
3.2.	VIRI PODATKOV	53
3.3.	ZBIRANJE PODATKOV.....	53
3.4.	OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV.....	54
3.5.	RAZPRAVA IN SKLEPI	55
3.5.1.	ORGANIZIRANOST TERAPEVTSKIH SMERI V SLOVENIJI.....	55
3.5.2.	ORGANIZIRANOST IZVAJANJA IN USPOSABALJANJA IZ RELACIJSKE DRUŽINSKE TERAPIJE	60
3.5.2.1.	Izobraževanje iz relacijske družinske terapije	60
3.5.2.2.	Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije	61
3.5.3.	USTANOVE, KI IZVAJAJO RELACIJSKO DRUŽINSKO TERAPIJO	63
3.5.4.	ZNAČILNOSTI UPORABNIKOV RELACIJSKE DRUŽINSKE TERAPIJE	70
4.	PREDLOGI.....	76
5.	POVZETEK.....	78
6.	LITERATURA IN VIRI	79
7.	PRILOGE.....	88
7.1.	PRILOGA 1: KRITERIJI ZA IZVOLITEV V NAZIVE V RELACIJSKI DRUŽINSKI TERAPIJI.....	88

KAZALO TABEL

Tabela 3-1: Organiziranost terapevtskih smeri v Sloveniji.....	55
--	----

Tabela 3-2: Mreža ustanov ki izvajajo relacijsko družinsko terapijo v Sloveniji v okviru Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, na dan 20.8.2010.	64
Tabela 3-3: Samostojni podjetniki posamezniki, ki izvajajo relacijsko družinsko terapijo v Sloveniji v okviru Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, na dan 20.8.2010.	67

KAZALO GRAFOV

Graf 3-1: Število centrov za relacijsko družinsko terapijo po regijah v Sloveniji	69
Graf 3-2: Udeleženci po spolu.	70
Graf 3-3: Starost ob vključitvi v terapevtski proces.....	71
Graf 3-4: Izobrazbena struktura udeležencev.....	71
Graf 3-5: Zakonski stan udeležencev.....	72
Graf 3-6: Vrsta terapije.....	73
Graf 3-7: Lokacija težave, zaradi katere je udeleženec prišel na terapijo.....	73
Graf 3-8: Trajanje težave, zaradi katere so prišli na terapijo.....	74
Graf 3-9: Strinjanje s trditvijo: »Veliko lahko izgubim (npr. službo, odnos s partnerjem, zakon, zdravje), če se ne udeležim terapije.«.....	74
Graf 3-10: Strinjanje s trditvijo: »Na terapijo sem prišel, ker so drugi izvajali pritisk name (npr. partner, nadrejeni, sodišča).«.....	75
Graf 3-11: Pomembnost trenutnega svetovanja ali v psihoterapije za udeleženca.....	75

KAZALO SLIK

Slika 3-1: Statistične regije v republiki Sloveniji (Wikipedia, 2010)	55
---	----

1. TEORETIČNI UVOD

1.1. SVETOVANJE, PSIHOTERAPIJA IN DRUŽINSKA TERAPIJA

1.1.1. PSIHOTERAPIJA IN KLINIČNA PSIHOLOGIJA

Beseda terapija izhaja iz grških besed *therapeia*, ki pomeni zdravljenje, negovanje, in *psyche*, ki pomeni duša (Verbinc 1987: 708). V dobesednem prevodu torej psihoterapija pomeni zdravljenje duše. V najširšem smislu Praper (2008: 11) opredeli psihoterapijo kot: »vplivanje na duševno in telesno stanje s pomočjo odnosa« in meni, da jo je močno zaznamovala psihoanaliza. Druga od številnih definicij pravi, da je psihoterapija: »informirana in načrtna uporaba tehnik, izhajajočih iz uveljavljenih psiholoških načel, s strani oseb, ki so kvalificirane preko usposabljanja in izkušenj za razumevanje teh načel in njihovo uporabo, z namenom pomagati posameznikom pri preoblikovanju osebnostnih značilnosti kot so čustva, vrednote, odnos do stvari (nazor) in vedenja, ki jih terapevt prepozna kot neprilagojena ali slabo prilagojena« (Meltzoff in Kornreich 1970, v Gurman, Messer 2003: 4). Veliki slovenski leksikon (Kocjan – Barle, Bajt 2005: 221) pa psihoterapijo opredeljuje kot »raznovrstne psihološke metode za odpravljanje oz. zdravljenje duševnih, čustvenih ali vedenjskih motenj posameznika ali skupine oz. družine. Opravlja jo lahko samo usposobljen strokovnjak s strokovno priznanimi in sprejemljivimi tehnikami, ki razvija učinkovit terapevtski odnos, zmanjšuje čustveno stisko, spodbuja katarzo in uvid pri pacientu, daje nove informacije in zunaj terapevtske naloge. Uporablja se pri odpravljanju številnih motenj, pogosto v terapevtskih skupnostih (psihiatrični ustanovi ali zunaj bolnišnični instituciji, npr. zaporu, šoli, zavodu«.

Od psihoterapije je potrebno ločiti klinično psihologijo, ki uporablja psihološka spoznanja pri obravnavanju duševnih in osebnostnih problemov, težav, motenj ter odklonov in jih skuša reševati oziroma odpravljati. V teku razvoja se je klinična psihologija hitro širila in je kmalu postala ena izmed vodilnih poklicnih dejavnosti v psihološki stroki. Usmerja se v razvijanje metod kliničnega opazovanja, svetovanja, tretmaja in psihoterapije (Musek 1999: 128).

1.1.2. SVETOVANJE

Družinska zdravstvena enciklopedija (Smith 1992: 926) opredeljuje svetovanje kot najbolj preprosto obliko psihoterapije, ki sestoji iz nasvetov in psihološke podpore. Na drugi konec spektruma postavi psihoanalizo. Pri svetovanju svetovalec spodbuja klienta, da izpove svoja čustva, izkušnje in težave. O teh izjavah se lahko kasneje pogovorita in svetovalec poišče protislovja, ki naj pomagajo svetovancu razviti večje in bolj realno razumevanje lastnih težav. V istem delu lahko ločeno najdemo tudi opredelitev družinske terapije, ki je opisana kot zdravljenje družine kot celote, namesto zdravljenje enega ali več družinskih članov na temelju individualnosti. Družinska terapija naj bi temeljila na prepričanju, da na moteno osebo ne smemo gledati izolirano od družinske enote. Stanje motenih otrok utegne le odsevati konflikte med starši. V postopku družinske terapije terapevt pripravi redna srečanja z družino, da bi ugotovil kakšna čustva se skrivajo za načinom, kako starši in otroci obravnavajo drug drugega. S pogovorom in soočenjem se lahko ta čustva postopoma spremenijo, kar pripelje do večje skladnosti in razumevanja.

Drugi dve avtorici v novejšem prispevku menita, da se v izvornem pomenu beseda svetovanje sicer nanaša na dajanje nasvetov in napotkov, vendar pa je sodoben pomen svetovanja drugačen od prvotnega. Svetovanje je namreč oblika pomoči, ki ne temelji na dajanju navodil, ampak podpira človeka v iskanju lastnih rešitev (Čoderl, Arnautovska 2008: 124). Tako je tudi svetovanje v novejšem Velikem slovenskem leksikonu (Kocjan – Barle, Bajt 2005: 545) opredeljeno kot strokovna pomoč posameznikom (z učenjem, odpravljanjem težav, s sklepanjem odločitev, tudi podporo) ali skupinam (npr. v kriznih razmerah), ki se v vsakdanjih življenjskih okoliščinah težje znajdejo sami. Svetovanje kot metoda uporabne psihologije temelji na teoretično utemeljenih tehnikah intervjuvanja, testiranja, vodenja in drugih.

1.1.3. RAZLIKA MED SVETOVANJEM IN PSIHOTERAPIJO

Musek (1999: 148) uvršča tako psihoterapijo kot psihološko svetovanje med metode vplivanja, ki pomenijo uporabo psiholoških spoznanj z namenom, da bi v zaželeni smeri vplivali na duševno delovanje posameznika ali skupin. Uporabljajo se tedaj, kadar se takšni posamezniki ali skupine obračajo po psihološko pomoč, ki predpostavlja vplivanje. Med

najbolj pomembnimi in izdelanimi metodami vplivanja so po avtorjevem mnenju metode psihološkega svetovanja in metode psihoterapije. Pri svetovanju gre za posredovanje spodbud in nasvetov, ki naj posamezniku ali skupini (npr. v okviru družinskega svetovanja) pomaga doseči pomembne cilje (recimo boljšo prilagoditev, večjo uspešnost, boljše zdravje, boljše spoprijemanje s stresi in krizami in podobno). Psihoterapija pa je po mnenju avtorja usmerjena k psihološkemu odpravljanju resnih psihičnih in osebnostnih težav ter motenj. V primerjavi z drugimi uporabnimi metodami in metodami vplivanja je še posebno odgovorna, zahtevna in terja temeljito usposabljanje.

Veliki slovenski leksikon (Kocjan – Barle, Bajt 2005: 545) kot bistveno razliko med svetovanjem in psihoterapijo vidi v namenu. Svetovanje se namreč od psihoterapije razlikuje v tem, da namen svetovanja ni zdravljenje posameznika, temveč njegovo usposabljanje za samostojno spoprijemanje z življenjskimi težavami.

O razliki med svetovanjem in psihoterapijo pišeta tudi Avtorici Čoderlova in Arnautovska (2008: 125). V svojem članku kot eno od glavnih razlik med svetovanjem in psihoterapijo navajata, da so psihoterapevtske obravnave po navadi daljše in bolj poglobljene od svetovalnih obravnav. Določene oblike psihoterapije se namreč osredotočajo na različne vrste psihičnih motenj ter na spreminjanje globljih vplivov na posameznikov način funkcioniranja in se bolj ločijo od svetovanja, medtem ko imajo bolj kratkotrajne oblike psihoterapevtskih obravnav s svetovanjem več skupnih točk. Za razliko od psihoterapije je psihološko svetovanje po mnenju avtoric primerno za obravnavo problemov pri prilagajanju vsakodnevnim spremembam in je kot tako usmerjeno na aktualne težave v posameznikovem življenju. Cilji psihološkega svetovanja so naravnani na sprejemanje zavestnih odločitev za spremembo in osebnostno rast in ne na odpravljanje psihičnih motenj oz. spremembo osebnostnega funkcioniranja. Navajata še, da je zaradi večje strokovne zahtevnosti psihoterapevtska edukacija daljša od edukacije iz psihološkega svetovanja, hkrati pa se psihoterapija izvorno pogosteje povezuje z dejavnostjo specialistov, ki delujejo znotraj zdravstvenega sistema (kliničnih psihologov, psihiatrov), medtem ko je svetovanje bolj povezano s področji izven zdravstva (svetovalnimi službami v šolah, centri za socialno delo, podjetji ipd.).

1.2. SVETOVANJE V OKVIRU CENTROV ZA SOCIALNO DELO

1.2.1. SVETOVANJE KOT SOCIALNO VARSTVENA STORITEV

Ljudje, ki se znajdejo v čustveni oz. osebni stiski, lahko v Sloveniji brezplačno pomoč poiščejo na centrih za socialno delo. Zakon o socialnem varstvu (2007: 283, v nadaljevanju uporabljam kratico ZSV) v 11. členu določa, da so socialno varstvene storitve, namenjene odpravljanju socialnih stisk in težav, naslednje:

- prva socialna pomoč,
- osebna pomoč,
- pomoč družini,
- institucionalno varstvo,
- vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji in
- pomoč delavcem v podjetjih, zavodih ter pri drugih delodajalcih.

Te storitve se v skladu z zakonom izvajajo po normativih in standardih, ki jih predpiše minister, pristojen za socialno varstvo. V nadaljevanju bom podrobneje opredelila tiste od naštetih storitev, ki vključujejo pomoč v obliki svetovanja.

1.2.1.1. Prva socialna pomoč

Prva socialna pomoč v skladu z 12. členom ZSV (2007: 283) obsega pomoč pri prepoznavanju in opredelitvi socialne stiske in težave, oceno možnih rešitev ter seznanitev upravičenca o vseh možnih oblikah socialno varstvenih storitev in dajatev, ki jih lahko uveljavi ter o obveznostih, ki so povezane z oblikami storitev in dajatev, kakor tudi seznanitev upravičenca o mreži in programih izvajalcev, ki nudijo socialno varstvene storitve in dajatve.

V Pravilniku o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010, v nadaljevanju ponekod uporabljam okrajšavo Pravilnik), je določeno, da je upravičenec do prve socialne pomoči vsakdo, ki se znajde v socialni stiski, če se za storitev odloči prostovoljno in jo išče pri pooblaščenem izvajalcu, če sprejme storitev, ki jo pooblaščen izvajalec začne na pobudo upravičenih predlagateljev, ali če pristane na storitev, ki jo začne pooblaščen izvajalec po uradni dolžnosti, ali na osnovi obvestil organov in zavodov, ki so ugotovili socialno ogroženost upravičenca. Postopki prve socialne pomoči kot samostojne storitve trajajo v

povprečju 45 minut in se v isti zadevi praviloma ne ponavljajo, izvajajo pa se po metodi dela s posameznikom. V skladu s Pravilnikom storitve socialne pomoči opravljajo strokovni delavci iz drugega in tretjega odstavka 69. člena zakona o socialnem varstvu s pet let delovnih izkušenj. Po Pravilniku sta sestavni del storitve tudi strokovno izpopolnjevanje in supervizija.

1.2.1.2. Osebna pomoč

Osebna pomoč po 13. členu ZSV (2007: 283) obsega svetovanje, urejanje in vodenje z namenom, da bi posamezniku omogočili razvijanje, dopolnjevanje, ohranjanje ter izboljšanje socialnih zmožnosti. Upravičenec do obeh storitev je (iz 12. in 13. člena) je kdorkoli, ki se znajde v socialni stiski in težavi.

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010) opredeljuje svetovanje kot: »organizirano obliko strokovne pomoči posamezniku v situacijsko pogojenih stiskah in težavah, ki jih sam ne zna ali ne more odpraviti, je pa pripravljen spremeniti svoje vedenje, poiskati ustrezne rešitve in urediti odnose z drugimi osebami v socialnem okolju.« Svetovanje se uporabi ob stiskah in težavah, ki jih posameznik zaznava, pa jih ne zna ali ne zmore reševati sam, kadar se pričakuje, da bo ob pomoči sprostil svojo napetost in se sam usmeril v aktivno reševanje svojega položaja in sam spremenil svoje socialno vedenje. Da bi to obliko pomoči lahko dobil, mora biti upravičenec sposoben aktivno sodelovati v svetovalnem procesu in se sam odločiti za storitev.

Postopki v zvezi s svetovanjem po Pravilniku (ibid.) obsegajo: opredelitev problema in sklenitev dogovora o svetovanju; usmerjanje upravičenca v spoznavanje socialnih odnosov, svojih reakcij, načinov konfrontacije, ter načinov sodelovanja in pogajanja pri razreševanju konfliktov; usposabljanje upravičenca za socialno učenje in spreminjanje odnosov v okolju, ter evalvacijo svetovalnega procesa v obliki spremembe odnosa med svetovalcem in upravičencem iz odnosa pomoči v odnos sodelovanja. Osebna pomoč v obliki svetovanja pred sklenitvijo dogovora obsega 3 ure pogovorov, od tega en pogovor na domu upravičenca. Nadaljnji pogovori in ukrepanja potekajo po dogovorjenih terminih z enkratnimi mesečnimi srečanji v trajanju 90 minut. Možna so tudi srečanja v trajanju 60 minut. Svetovalni cikel zajema največ 10 srečanj, oziroma povprečno 25 ur. Storitve se izvajajo po principih in načelih svetovalnega procesa, uporabljajo se tudi skupinske oblike svetovanja. Osebno pomoč v obliki svetovanja izvajajo strokovni delavci iz drugega in tretjega odstavka 69. člena ZSV s 5

leti izkušenj na področju svetovalnih dejavnosti. Sestavni del storitve sta tudi strokovno izpopolnjevanje in supervizija.

1.2.1.3. Pomoč družini za dom

Pomoč družini po 15. členu ZSV (2007: 283) obsega pomoč za dom, pomoč na domu in socialni servis. V tej nalogi nas zanima pomoč družini za dom, ki obsega strokovno svetovanje in pomoč pri urejanju odnosov med družinskimi člani ter pri skrbi za otroke in usposabljanju družine za opravljanje njene vloge v vsakdanjem življenju. Upravičenci do storitve so po Pravilniku o standardih in normativih socialno varstvenih storitev (2010) posamezniki in družine v primerih, ko socialne stiske in težave izhajajo iz neurejenih odnosov v družini in so rešljive le s spremembami v družini kot celoti, kadar družina išče strokovno svetovanje in pomoč pri skrbi za otroke, vendar poznani vzorci vedenja in znanja družine ne zadoščajo za odpravljanje težav ter v primerih, ko socialne stiske dveh ali več družinskih članov za zagotovitev normalnih pogojev za obstanek in razvoj družine zahtevajo trajnejšo podporo in vodenje. Pogoj za uporabo storitve sta ocena, da so družinski člani motivirani za uresničevanje potrebnih sprememb v svojih socialnih vlogah ter sprejem dogovora o sodelovanju.

Pomoč družini za dom je strokovno voden proces, v katerem sodelujejo dva strokovna delavca, družinski člani – upravičenci, ključni in odgovorni člani družine ter druge osebe, ki žive z obravnavano družino oziroma lahko vplivajo nanjo. Storitev ima pet delov:

1. Prepoznavanje socialnih stisk upravičencev in ostalih družinskih članov, strokovna ocena potreb in pričakovanj družine ter ocena možnosti, ki jih nudi družina.
2. Izmenjava stališč strokovnih delavcev in članov družine o ponujeni storitvi, določitev uresničljivih ciljev ter sklenitev dogovora o oblikah pomoči, trajanju, sodelovanju in obveznostih udeležencev.
3. Izdelava načrta pomoči, zlasti pa opredelitev področij, na katerih je potrebno delovati, določitev pogostosti, krajev in terminov srečanj, določitev prioritet in prevzetih obveznosti vseh sodelujočih.
4. Izvajanje dogovorov. Strokovna delavca usposabljata družinske člane za njihov prispevek k obstoju, spreminjanju in razvoju družine. Spodbujata identifikacijo težav v odnosih in usmerjata družinske člane v progresivno reševanje konfliktov v družini, ter v njenih odnosih z okoljem. Strokovna delavca dajeta pri tem družini oporo.

5. Evalvacija doseganja etapnih ciljev, pri čemer se oceni zlasti motivacijo za spremembe v celotnem funkcioniranju družine, spremembe, ki jih zaznava okolje ter učinke pri posameznih družinskih članih.

Postopki prvega, drugega in tretjega dela do sklenitve dogovora o sodelovanju obsegajo 10 ur pogovorov, ki se lahko opravljajo tudi na domu. Nadaljnja srečanja potekajo po mesečno dogovorjenih terminih v povprečnem trajanju 90 minut. Možna so tudi tedenska srečanja, ki trajajo v povprečju 60 minut. Prvi cikel storitve obsega pripravo in 10 srečanj ali povprečno 40 ur, vsak naslednji cikel pa povprečno 30 ur (ibid.).

Storitev se izvaja timsko po principih skupinskega dela z družino, dopolnjeno s tehnikami animiranja, suporta, usmerjanja in pogajanja. Izvajajo jih lahko strokovni delavci iz drugega in tretjega odstavka 69. člena ZSV s triletnimi izkušnjami pri skupinskem delu. Soizvajalci so lahko strokovni delavci iz prejšnjega odstavka, ali delavci iz 70. člena istega zakona s triletnimi delovnimi izkušnjami. Sestavni del storitve sta tudi strokovno izpopolnjevanje in supervizija, ki ju Pravilnik natančneje opredeli (ibid.).

1.2.2. ZAGOTAVLJANJE SVETOVALNIH STORITEV

Zakon o socialnem varstvu (2007: 292) v 41. a členu določa, da je dejavnost socialnega varstva nepridobitna, v 41. b členu pa določa, da storitve socialnega varstva lahko opravljajo pravne in fizične osebe, če izpolnjujejo pogoje, določene s tem zakonom, in s predpisi, izdanimi na njegovi podlagi. Storitve, ki jih zakon določa kot javno službo, opravljajo v okviru mreže javne službe pod enakimi pogoji javni socialno varstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe, ki pridobijo koncesijo na javnem razpisu. Storitve socialnega varstva izven mreže javne službe opravljajo pravne in fizične osebe, ki pridobijo dovoljenje za delo, ki ga daje in odvzame ministrstvo, pristojno za socialno varstvo.

42. člen ZSV (ibid.) določa, da javna služba na področju socialnega varstva obsega naslednje storitve:

- socialno preventivo,
- prvo socialno pomoč,
- osebno pomoč,
- pomoč družini za dom in na domu,

- institucionalno varstvo in
- vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji.

Merila, po katerih se določa obseg javne službe za posamezne storitve iz prejšnjega odstavka določa socialno varstveni program. 43. člen ZSV določa, da država zagotavlja mrežo javne službe za socialno preventivo, za prvo socialno pomoč, za osebno pomoč, za pomoč družini za dom, za določene oblike institucionalnega varstva ter zaposlitev pod posebnimi pogoji. Občina zagotavlja mrežo javne službe za pomoč družini na domu.

Koncesijo za opravljanje javne službe za socialno preventivo, za prvo socialno pomoč, za osebno pomoč, za pomoč družini za dom ter za institucionalno varstvo, lahko v skladu s 44. členom ZSV (ibid.) podeli na podlagi mnenja socialne zbornice ministrstvo, pristojno za socialno varstvo.

Center za socialno delo lahko po določbah v prvih dveh odstavkih 49. člena ZSV (2007: 295) opravlja naloge, ki so centrom za socialno delo z zakonom poverjene kot javna pooblastila ter naloge, ki jih centrom za socialno delo nalagajo tudi drugi predpisi. Center za socialno delo opravlja tudi storitve socialne preventive, prve socialne pomoči, osebne pomoči, pomoči družini za dom ter organizira skupnostne akcije za socialno ogrožene skupine prebivalstva.

Dobrodelne organizacije so po 62. členu ZSV (2007: 297) prostovoljne in neprofitne organizacije, ki jih v skladu z zakonom ustanovijo posamezniki ali verske skupnosti, z namenom, da bi v njih skupno reševali socialne stiske in težave prebivalcev. Organizacije za samopomoč so po 63. členu tega ZSV prostovoljne in neprofitne organizacije, ki jih v skladu z zakonom ustanovijo posamezniki z namenom, da bi v njih skupno reševali socialne potrebe svojih članov. V skladu s 65. členom lahko socialno varstvene storitve opravlja zasebnik, ki izpolnjuje v zakonu določene pogoje:

- da ima ustrezno strokovno izobrazbo v skladu z 69. ali 70. členom ZSV (2007: 298);
- da ima opravljen strokovni izpit in je pridobil mnenje socialne zbornice;
- da ima najmanj tri leta delovnih izkušenj na področju, na katerem bo opravljal zasebno delo, če bo opravljal delo, za katero se zahteva najmanj višješolska izobrazba;
- da ni v delovnem razmerju;
- da mu ni s pravnomočno odločbo sodišča prepovedano opravljanje poklica;
- da ima zagotovljene prostore, opremo in kadre, če tako zahteva narava dela.

V skladu z 98. členom ZSV (2007: 300) se tako prva socialna pomoč kot pomoč družini za dom financirata iz proračuna Republike Slovenije.

Zakon torej določa, da imajo storitve naravo pravice, kar pomeni, da posameznik, ki potrebuje neko (na primer svetovalno) storitev, lahko uveljavlja pravico do storitve po predvidenem postopku. Pravice do storitev se uveljavljajo po načelih enake dostopnosti in proste izbire oblik za vse upravičence pod enakimi pogoji, ki jih določa zakon, in po načelih socialne pravičnosti. Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve skrbi za čim ustrežnejšo dostopnost do storitev tako s širitvijo mreže javnih zavodov kot s podeljevanjem koncesij in dovoljenj za delo za opravljanje socialno varstvenih storitev (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2010 a).

1.2.3. IZVAJALCI SVETOVALNIH STORITEV

Zakon o socialnem varstvu (2007: 298) v 69. členu določa, da socialno varstvene storitve opravljajo strokovni delavci in strokovni sodelavci. Strokovni delavci po tem zakonu so delavci, ki so končali višjo ali visoko šolo, ki izobražuje za socialno delo in so opravili pripravništvo ter strokovni izpit za delo na področju socialnega varstva. Strokovni delavci so tudi delavci, ki so končali višjo ali visoko šolo psihološke smeri, pedagoške smeri in njenih specialnih smeri – smer delovne terapije in teološke smeri z ustrezno specializacijo ter imajo eno leto delovnih izkušenj na področju socialnega varstva, opravljeno pripravništvo in strokovni izpit po Zakonu o socialnem varstvu. 70. člen zakona (ibid.), določa, da so strokovni sodelavci delavci, ki opravljajo posamezne socialno varstvene storitve in so končali programe izobraževanja v skladu s posebnimi predpisi ter imajo opravljeno pripravništvo in strokovni izpit.

Pogoje in način opravljanja pripravništva in strokovnega izpita s splošnim aktom določi socialna zbornica, ki tudi organizira in izvaja preverjanje znanja za pridobitev strokovnega izpita za področje socialnega varstva (71. člen). Posamezne socialno varstvene storitve lahko opravljajo pod vodstvom strokovnih delavcev s prostovoljnim in nepoklicnim delom tudi laični delavci, za katere strokovna izobrazba ni posebej predpisana (72. člen). Strokovni delavci in strokovni sodelavci v javnih socialno varstvenih zavodih so se dolžni izobraževati

in usposabljati. Strokovno izobraževanje in usposabljanje iz prejšnjega odstavka podrobneje določi socialna zbornica (ibid.).

1.2.4. ETIČNI KODEKS TER TEMELJNI KONCEPTI DELOVANJA V SOCIALNEM DELU Z DRUŽINO

77. člen ZSV (2007: 298) določa, da Socialna zbornica poleg drugih opravlja tudi naslednje naloge:

- sprejme kodeks etike delavcev na področju socialnega varstva, promovira ter nadzira njegovo izvajanje in ukrepa ob njegovem kršenju,
- daje mnenja v postopkih podelitve koncesij in dovoljenj za delo,
- spremlja in izvaja projekte supervizije dela strokovnih delavcev,
- izvaja usposabljanje strokovnih delavcev in strokovnih sodelavcev,
- sodeluje pri pripravi zakonskih predpisov in pri pripravi strokovnih podlag za socialno varstveni program.

Pri svojem delu so vsi, ki delajo na področju socialnega varstva, zavezani k upoštevanju in spoštovanju Kodeksa etičnih načel v socialnem varstvu (2002).

Socialno delo z družino opredeli Gabi Čacinovič Vogrinčič (2006: 26-27) kot pomembno področje socialnega dela, saj reševanje problemov, na katere naletijo delavci in delavke v službah socialnega dela, pogosto zahteva udeležnost družine uporabnikov.

»Predmet socialnega dela z družino je pomoč (opora, podpora) družini pri reševanju kompleksnih psihosocialnih problemov. Delovni odnos zagotavlja instrumentalno definicijo problema in soustvarjanja rešitev, pri čemer proces sodelovanja mobilizira moč same družine. Socialno delo z družino je torej izviren delovni projekt sodelovanja, ki ga soustvarimo na sporazumevanju, dogovarjanju in skupnem oblikovanju rešitev, da bi udeleženi v problemu postali udeleženi v rešitvi.« (ibid.)

Pomoč Čacinovičeva opredeli kot soustvarjanje rešitev in koncept socialnega dela z družino poimenuje kot »znanje za ravnanje«. Odnos med socialno delavko in uporabnico definira kot delovni odnos, ki je opora socialni delavki, da vzpostavi pogovor, ki omogoči raziskovanje in

sooblikovanje dobrih izidov. Delovni odnos uporabnike in socialne delavce definira kot sodelavce v skupnem projektu, ki imajo nalogo, da soustvarijo deleže v rešitvi, hkrati pa omogoči, da je ustvarjanje rešitev za kompleksne probleme ljudi zastavljeno kot izvirni delovni projekt. Koncept izvirnega delovnega projekta pomoči je dopolnilo konceptu delovnega odnosa, saj v delovnem odnosu udeleženci praviloma soustvarjajo izvirne delovne projekte pomoči. Soustvarjene rešitve, ki se oblikujejo v delovnem procesu, prevajajo v akcijo, v dejanja, v konkretne korake, ki udeleženci dogovore (Čačinovič Vogrinčič 2006: 21-22).

Na podlagi definicije socialnega dela z družino ter temeljnih konceptov socialnega dela z družino, lahko psihoterapevtsko oz. svetovalno pomoč umestimo v okvir socialnega dela z družino kot del izvirnega delovnega projekta pomoči in sicer tisti del, ki v skladu z navedenima definicijama svetovanja in psihoterapije (poglavje 1.1.), pomaga posamezniku in družini k preoblikovanju osebnostnih značilnosti in vedenj posameznika in družine, ki so prepoznana kot neprilagojena ali slabo prilagojena, ter k večjemu in bolj realnemu razumevanju težav družinskih članov ter družinske dinamike. Posledično lahko svetovanje in psihoterapija pripomoreta k mobiliziranju moči posameznikov in družine za oblikovanje dobrih izidov v izvirnem delovnem projektu pomoči.

1.3. SVETOVANJE OZ. PSIHOTERAPIJA V OKVIRU DOPOLNILNIH SOCIALNIH DEJAVNOSTI IN NEVLADNIH ORGANIZACIJ

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, si v skladu z Nacionalnim programom socialnega varstva za obdobje 2006 – 2010 (2006) prizadeva, da so storitve različnih izvajalcev povezane v enovit sistem, zato pripravlja letne javne razpise in vsako leto sofinancira približno 200 različnih socialnovarstvenih programov, ki spodbujajo razvoj mrež in institucij za nudenje pomoči posameznim vrstam uporabnikov. Med prednostne usmeritve spada tako sodelovanje z nevladnimi organizacijami kot tudi sofinanciranje programov socialnega varstva (Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve 2010 b).

Tudi v Resoluciji o temeljih oblikovanja družinske politike v Republiki Sloveniji (1993), katere temeljni cilj je med drugim ustvarjanje pogojev za izboljšanje kakovosti življenja vseh družin in za enake možnosti osebnega razvoja vseh članov družine, so opredeljene posebne službe, kot so servisi za informiranje, izobraževanje in svetovanje staršev, partnerjev,

zakoncev in otrok, katerih cilj je izobraževanje, svetovanje in pomoč družini in njenim članom z namenom zdravega družinskega, partnerskega in zakonskega razvoja oziroma kakovosti partnerstva in starševstva. Izobraževanje, urejanje in pomoč po omenjeni resoluciji obsega socialne, psihološke in tudi zdravstvene ukrepe, ki zagotavljajo kakovosten družinski, partnerski in starševski oziroma otrokov razvoj ter svetovanje staršem ob otrokovih težavah. Socialne, psihološke in tudi zdravstvene ukrepe naj bi izvajali v servisih za:

- svetovanje in terapijo staršem in otrokom, ki bodo obsegali ukrepe svetovanja, terapije in kolektivnega dela ter druge oblike pomoči za otroke in starše ob razvojnih, učnih in psihosocialnih težavah;
- družinsko svetovanje, ki bodo obsegali ukrepe oziroma storitve s področja informiranja staršev o vprašanjih vzgoje in razvoja otrok ter o otrokovih potrebah;
- izobraževanje partnerjev, ki bo obsegalo informativno-izobraževalne storitve za partnerje, ki bodo sklenili zakonsko zvezo (ibid.).

Na spletni strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (2010 b) lahko preberemo, da tako kot v številnih državah tudi v Sloveniji že poteka prenos izvajanja različnih storitev na zasebni sektor in del teh storitev lahko opravljajo tudi nevladne organizacije, ki pogosto dajejo pobudo za zagotavljanje določenih storitev, ki jih vlada na podlagi ugotovljenega javnega interesa pogosto tudi sofinancira. Eden od ciljev, ki si jih je Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve zadalo na področju socialnega varstva, je oblikovanje novih pristopov za obvladovanje socialnih stisk. Na tem področju pomembno vlogo igrajo tudi nevladne organizacije, ki razvijajo vedno nove, uporabnikom prilagojene programe. Večino teh programov izvajajo nevladne organizacije same, delno pa se kot izvajalci prijavljajo tudi javni zavodi, ki pa teh programov ne izvajajo kot del javne službe. Ministrstvo na svoji spletni strani (2010 c) tudi navaja, da je leta 1998 pričelo z večletnim sofinanciranjem programov, sklepati so namreč začeli tudi pogodbe za obdobje petih let, da bi na ta način izvajalcem zagotovili stabilno sofinanciranje.

1.3.1. JAVNI RAZPIS ZA SOFINANCIRANJE PROGRAMOV V PODPORO DRUŽINI

V skladu z razpisno dokumentacijo za leto 2010/2011, ki je bila objavljena na spletni strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (2010 d) so predmet javnega razpisa

programov v podporo družini, ki ga razpisuje direktorat za družino v okviru Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve, poleg družinske mediacije (ki je v tem delu ne obravnavamo) tudi programi družinskih centrov, ki morajo imeti v programu vključenih najmanj 5 izmed naslednjih vsebin, ki so enakomerno zastopane:

- a) vzgoja za družino;
- b) izboljšanje komunikacije v družini;
- c) programe za osebnostno rast otrok in mladostnikov;
- d) programe za ustvarjalno skupno preživljanje prostega časa;
- e) organizirano občasno varstvo otrok;
- f) izvajanje počitniških aktivnosti;
- g) strokovno pomoč pri reševanju problemov v družinah.

Storitve svetovanja oz. psihoterapije spadajo v točko g med zgoraj naštetimi in na ta razpis se lahko prijavijo organizacije, ki poleg svetovanja ali terapije ponujajo uporabnikom vsaj še štiri zgoraj opisane storitve.

V sklepu, ki je objavljen na spletni strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (2010 e) lahko preberemo, da je na podlagi meril za izbor in razdelitev sredstev komisija predlagala sofinanciranje 31 programov »družinskih centrov« v letih 2010 in 2011 ter 13 programov »družinske mediacije« v letu 2010. Skupna sredstva dodeljena po merilih iz razpisa za leto 2010 znašajo 393.564,00 evrov. V sklepu so navedeni samo naslovi programov, zato iz le-tega ne moremo ugotoviti, kolikšen delež teh »družinskih centrov« dejansko izvaja svetovalne ali psihoterapevtske storitve, prav tako ne moremo natančno ugotoviti zneska, ki je namenjen sofinanciranju svetovalnih ali psihoterapevtskih storitev. Na tem mestu podatke iz sklepa navajamo zaradi večjega vpogleda v možnosti sofinanciranja svetovalnih oz. psihoterapevtskih storitev.

1.3.2. JAVNI RAZPIS ZA SOFINANCIRANJE PROGRAMOV SOCIALNEGA VARSTVA

Razpisna dokumentacija javnega razpisa za sofinanciranje programov socialnega varstva za leto 2010, objavljena na spletni strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (2010 f) kot predmet razpisa navaja programe na dveh področjih po Resoluciji o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010 (2006):

Javni socialno varstveni programi, med katerimi se storitve svetovanja ali psihoterapije lahko najpogosteje uvrstijo v naslednja poglavja:

- Programi terapevtskih skupnosti in drugi programi, ki omogočajo nastanitev za uživalce drog, skupaj s pripadajočimi mrežami sprejemnih in dnevnih centrov (za motiviranje in pripravo uporabnikov na vstop v terapevtske skupnosti), centri za reintegracijo abstinentov v družbo, programi za vzporedno terapevtsko pomoč družinam uživalcev drog ter terapevtskim skupnostim alternativnih programov za uživalce drog;
- terapevtski programi in drugi programi za urejanje socialnih stisk zaradi alkoholizma in drugih oblik zasvojenosti;
- specializirani terapevtski programi psihosocialne pomoči otrokom, odraslim ali družinam, namenjeni razreševanju medsebojnih osebnostnih problemov;

Razvojni in eksperimentalni programi: pri katerih so svetovalne ali psihoterapevtske storitve po navadi delno ali v celoti umeščene v naslednja področja:

- Programi psihosocialnega svetovanja po telefonu otrokom, mladostnikom in drugim osebam v osebnih stiskah;
- nizkopražni programi za uživalce drog, mreža centrov za svetovanje in socialno rehabilitacijo zasvojenih s prepovedanimi drogami, potrebnih vsakodnevne obravnave;
- terapevtski programi in drugi programi za urejanje socialnih stisk zaradi alkoholizma in drugih oblik zasvojenosti;
- programi psihosocialne pomoči žrtvam nasilja;
- drugi programi, ki so namenjeni odpravljanju socialnih stisk, ki niso del drugih razpisanih programov.

Na razpis se v skladu z objavljeno dokumentacijo lahko prijavijo pravne in fizične osebe, ki so registrirane za opravljanje dejavnosti v Republiki Sloveniji in izpolnjujejo predpisane pogoje kot so: da se program izvaja na območju Republike Slovenije; da se program se že izvaja ob vložitvi prijave na javni razpis; da je prijavitelj registriran za opravljanje dejavnosti socialnega varstva; da prijavitelj izvaja program v skladu s kodeksom etičnih načel v socialnem varstvu in predpisi socialnega varstva in nekateri drugi.

Prijavitelji se lahko prijavljajo tudi na pet letno sofinanciranje z možnostjo podaljšanja. Uporabniki tovrstnega programa so v skladu z razpisno dokumentacijo praviloma vključeni v

dalj časa trajajoče aktivnosti na podlagi individualiziranih načrtov obravnave, program pa je posameznemu uporabniku praviloma na voljo redno vsak delovni dan najmanj 6 ur ali pa so organizirani kot mreža programov enega izvajalca na nacionalnem nivoju. Namen programa je predvsem strukturna in funkcionalna reorganizacija socialne mreže oz. sodelovanje pri oblikovanju nove. Izvajalci programa so strokovni delavci in drugi usposobljeni delavci z ustrezno izobrazbo, prostovoljci v programu samo dopolnjujejo nosilno delo strokovnega kadra. Ministrstvo pri teh programih preverja strokovno utemeljenost, preizkušnost in stabilnost programa, zato se lahko za ta način sofinanciranja prijavijo samo tisti programi, ki poleg splošnih pogojev izpolnjujejo tudi posebne pogoje, določene z razpisom.

V skladu s sklepom, objavljenim na spletnih straneh Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (2010 f), je bila orientacijska vrednost sredstev razpisa v letu 2010, 4.500.000,00 evrov za vse programe skupaj, programi pa so se sofinancirali iz sledečih proračunskih postavk:

- socialna rehabilitacija okvirno 850.000,00 evrov;
- eksperimentalni in razvojni programi socialnega varstva ter sofinanciranje programov nevladnega sektorja okvirno 1.450.000,00 evrov;
- materinski domovi in zavetišča za otroke in ženske žrtve nasilja okvirno 800.000,00 evrov;
- programi duševnega zdravja okvirno 757.000,00 evrov;
- programi za invalide okvirno 378.000,00 evrov;
- terapevtski programi psihosocialne pomoči otrokom, odraslim in družinam okvirno 265.000,00 evrov.

Tudi v tem sklepu so programi naštetí zgolj z imenom in niso opisani, tako da ne moremo natančno razbrati v katerih programih gre za pomoč s svetovanjem ali psihoterapijo. Podatke spet navajamo z namenom, da dobimo vpogled v ta način sofinanciranja svetovalnih in psihoterapevtskih storitev.

1.3.3. SOFINANCIRANJE S STRANI OBČIN IN DONATORJEV

Številne slovenske občine organizirajo javne razpise za različne programe pomoči družinam in posameznikom, iz katerih se sofinancira tudi svetovalna in psihoterapevtska dejavnost in s

tem dodatno povečujejo dostopnost tovrstnih storitev za uporabnike. Pomemben vir sredstev za izvajanje omenjene dejavnosti so tudi donacije zasebnih donatorjev, za katere zaprosijo posamezne institucije in izvajalci. Na ta način imajo donatorska podjetja oz. donatorji možnost tudi navzven poudariti svojo človekoljubno usmerjenost in pripravljenost k podpori skupnosti in njenemu prizadevanju za dobrobit posameznikov, ki si sicer tovrstne pomoči na trgu ne bi mogli privoščiti.

1.4. SVETOVANJE IN PSIHOTERAPIJA V OKVIRU JAVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Psihoterapija (individualna, družinska in skupinska) je v sistemu zdravstvenega varstva opredeljena kot specialistična storitev. V predstavitvi Centra za mentalno zdravje na spletni strani Psihiatrične klinike Ljubljana (2010), ki ga tu kratko predstavljam kot primer, je navedeno, da je Enota za psihoterapijo ločena na Enoto za psihoterapijo nevroz in na Enoto za psihoterapijo psihoz. Prva je namenjena zdravljenju pacientov z nevrotičnimi motnjami kot so: huda tesnoba, potrtost, fobije, pretirana utrujenost, telesne težave, ki jim osebni zdravnik ne najde organske osnove, ter hude težave v odnosih z ljudmi (kot na primer hude zakonske težave, težave v spolnosti, pa tudi težave pri študiju ali delu). Na psihoterapijo lahko klienta napoti lečeči psihiater, izbrani zdravnik, ali pa se za zdravljenje odloči klient sam. Jedro programa na Enoti za psihoterapijo nevroz predstavlja skupina, ki deluje po načelih skupinske analitične psihoterapije (skupinska psihoanaliza).

Po predstavitev na spletnih straneh različnih psihiatričnih ambulant in drugih psihiatričnih ustanov sem ugotovila, da je mreža tovrstnih specialističnih storitev v Sloveniji dokaj obsežna in obsega tako samoplačniške storitve kot tudi storitve, ki jih zagotavljajo izvajalci s koncesijo. Podrobnejša obravnava psihoterapije znotraj javnega zdravstvenega sistema v Sloveniji in predpisov, ki jo urejajo, po svoji obsežnosti presega okvire te diplomske naloge in bi za preučitev zahtevala svoje diplomsko delo.

1.5. SVETOVANJE V OKVIRU JAVNEGA ŠOLSTVA

Na tem mestu omenjam svetovanje v javnih šolah in vrtcih samo kot primerjavo z ostalimi oblikami svetovanja in se z njim v tej nalogi ne bom podrobneje ukvarjala. Svetovanje v šolah oz. vrtcih urejata Zakon o osnovni šoli (2006) in Pravilnik o normativih in standardih za izvajanje programa osnovne šole (2007). 8. člen omenjenega pravilnika (2007: 7764) se nanaša na svetovalnega delavca in opredeljuje, da se v osnovni šoli z 20 oddelki sistemizira 1 delovno mesto svetovalnega delavca, v šoli z večjim oziroma manjšim številom oddelkov pa v ustreznem deležu, vendar ne manj kot 0,25 delovnega mesta.

Temeljni vzgojno-izobraževalni cilj vrtca oziroma šole, ter v tem okviru tudi temeljni cilj svetovalne službe v vrtcu oziroma šoli, je optimalni razvoj otroka ne glede na spol, socialno in kulturno poreklo, veroizpoved, narodno pripadnost ter telesno in duševno konstitucijo. Svetovalna služba v vrtcu oziroma šoli pomaga in sodeluje z osnovnim namenom, da bi bili vsi posamezni udeleženci v vrtcu oziroma šoli in vzgojno-izobraževalna ustanova kot celota čim bolj uspešni pri uresničevanju temeljnega in v tem okviru vseh drugih sistemsko zastavljenih splošnih in posebnih vzgojno-izobraževalnih ciljev. Svetovalna služba v vrtcu oziroma šoli opravlja interdisciplinarno zasnovano strokovno delo v vrtcu za vrtec oziroma v šoli za šolo. Njena temeljna naloga je, da se na podlagi svojega posebnega strokovnega znanja preko svetovalnega odnosa in na strokovno avtonomni način vključuje v kompleksno reševanje pedagoških, psiholoških in socialnih vprašanj vzgojno-izobraževalnega dela v vrtcu oziroma šoli s tem, da pomaga in sodeluje z vsemi udeleženci v vrtcu oziroma šoli in po potrebi tudi z ustreznimi zunanjimi ustanovami (Čačinovič Vogrinčič et al. 2008)

1.6. SVETOVANJE IN PSIHOTERAPIJA PRI ZASEBNIKIH IZVEN JAVNEGA SOCIALNEGA IN ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

1.6.1. ZAKON O PSIHOTERAPIJI

Medtem ko svetovanje v okviru socialnega varstva, javnega zdravstva in javnega šolstva urejeno v področni zakonodaji, pa Slovenija še vedno nima zakona, ki bi urejal psihoterapevtsko dejavnost. Možina in Bohak (2008: 123-124) menita, da v primerjavi z na

področju psihoterapije razvitimi državami (kot primer navajata Avstrijo, Nemčijo, Anglijo, Italijo, Nizozemsko itn.) Slovenija močno zaostaja. V podkrepitev te trditve navajata poleg številnih drugih argumentov tudi naslednje:

- V Sloveniji primanjkuje psihoterapevtov; obseg psihoterapevtskih storitev je veliko premajhen glede na potrebe.
- Poklic psihoterapevta ni registriran.
- Psihoterapija kot zdravstvena dejavnost, ki je ne opravljajo zdravniki je bila registrirana šele pred 5 leti¹.
- Velike so razlike v kvaliteti in ceni ponujenih psihoterapevtskih storitev, prav tako je slaba dostopnost do le-teh.
- Za paciente ni preglednega sistema informiranja o vrsti in kvaliteti psihoterapevtskih storitev.
- Regionalno so velike razlike v gostoti psihoterapevtov.
- Psihoterapija je preslabo integrirana v sistem javnega zdravstva, saj trenutno lahko opravljajo psihoterapijo v okviru javnega zdravstva samo psihiatri in klinični psihologi v veliko premajhnem obsegu glede na potrebe.
- Zavarovalnice ne plačujejo psihoterapevtskih storitev na tržišču (ker ni državne koncesije).
- Pravice pacientov niso zaščitene, saj niso zaščiteni pred šarlatanstvom in zlorabami samooklicanih strokovnjakov, etičnega nadzora praktično ni.
- Veliko psihoterapevtskih storitev poteka v okviru sive ekonomije.
- Javnost je premalo seznanjena s psihoterapijo in laiki npr. pogosto še vedno ne razlikujejo med psihiatrijo, psihologijo in psihoterapijo.
- V javnosti je obisk pri psihoterapevtu podobno kot pri psihiatru še vedno nekaj, kar je obremenjeno s stigmo.

Delovna skupina v okviru Ministrstva za zdravje, v kateri sodelujejo predstavniki Združenja psihoterapevtov Slovenije (ZPS) in Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (SKZP) že od leta 2006 pripravlja osnutek Zakona o psihoterapevtski dejavnosti, vendar je do prelomne točke prišlo šele oktobra 2008, ko so predstavniki obeh krovnih zvez prvič javno pokazali, da so po dolгих letih (ob desetih obletnicah SKZP in ZPS in po dvoletnem delu v delovni skupini

¹ Članek, na katerega se sklicujem, je iz leta 2008, tako da je na dan pisanja te diplomske naloge pravilna formulacija pred 7 leti.

na Ministrstvu za zdravje) pri usklajevanju stališč za osnutek zakona našli skupen jezik in presegli parcialne interese (Možina, Bohak 2008). V zadnjem času se v razpravo ter delovno skupino za pripravo zakona želi vključiti tudi Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, kot krovna institucija relacijskih družinskih terapevtov. Osnutek zakona med drugim ocenjujejo kot nesprejemljivega, saj, kot trdijo, ne priznava njihove javno veljavne izobrazbe, ki jo podeljuje Univerza v Ljubljani. Pred štirimi leti, ko so začeli pripravljati zakon, Združenja zakonskih in družinskih terapevtov še ni bilo in se tako niso mogli vključiti v pripravo zakona, sedaj pa želijo tvorno sodelovati pri zakonski ureditvi področja (STA, 2010).

1.7. PSIHOTERAPEVTSKE SMERI V SLOVENIJI

V nadaljevanju navajam osnovne značilnosti in teoretske predpostavke terapevtskih modelov, ki sem jih zasledila v Sloveniji. Ker je predmet te diplomske naloge relacijska družinska terapija, ostale smeri navajamo zgolj kot orise, ki jih v glavnem povzemam po predstavitvenih spletnih straneh oziroma po zborniku Psihoterapija na Slovenskem (Lojk 2010). Poglobljeni teoretični opisi zaradi svoje obsežnosti presegajo okvire tega diplomskega dela.

1.7.1. ANALITSKO ORENTIRANA PSIHOTERAPIJA

Psihoanalitično teorijo je zasnoval dr. Sigmund Freud na začetku dvajsetega stoletja. Njen temelj je Freudovo odkritje nezavednega, ki vpliva na naše vedenje, čustva, misli, način vstopanja v medosebne odnose in podobno. Pri psihoanalitični obravnavi se pomen nezavednega razkriva preko prostih asociacij, sanj, fantazij, idej, spodrseljajev ter dinamike medsebojne interakcije med analitikom in analizantom, kar nas lahko prevede k razumevanju sedanjih težav. Psihoanalitična obravnava je usmerjena na prepoznavanje in razumevanje nezavednih pomenov in ostankov pretekle osebne izkušnje, ki vpliva na aktualne vedenjske vzorce. Naš notranji svet se že od rojstva dalje gradi pod vplivom gonov in preko odnosov z bližnjimi osebami, raziskovanje notranjega sveta pa je ključ za razumevanje bogate in zapletene človeške izkušnje. Da bi zmanjšali vpliv preteklih izkušenj, se vračamo k njihovim izvirom, jim sledimo ter opazujemo, kako se je oseba s časom spreminjala. V teku psihoanalize se med analitikom in analizantom ustvari tesno sodelovanje, ki se ne gradi le na intelektualni ravni, ampak tudi na čustveni navezanosti, kar lahko vzbuja različna močna

čustva. Ta odnos postopoma postaja del analize, ker na nek način odraža ter ponavlja pomembne odnose analizanta z drugimi. V unikatnem analitičnem prostoru se za analizanta pojavlja možnost razumeti, predelati ter izživeti lastna čustva v odnosih do drugih (Psihoanalitična ordinacija 2010).

Kot celostna teorija osebnosti in psihopatologije je imela psihoanaliza močan vpliv na misel in kulturo dvajsetega stoletja. Ker se je psihoanaliza zelo razvijala, danes ni več točno, če govorimo o psihoanalitskemu pristopu, temveč je potrebno natančneje opredeliti specifično teoretsko perspektivo iz katere preučujemo temo. Avtor Pine (1990, v Wolitzky 2003: 25) razdeli teoretske spremembe v psihoanalitični misli na štiri glavna obdobja. Prvo obdobje predstavlja Freudova teorija nezavedne motivacije s končnimi postulati libidinalnih in agresivnih gonov, kot primarnih gibal mentalnega življenja in obnašanja. Drugi val teorij je bil razvoj ego psihologije, z njenim osredotočenjem na obrambne in obvladovalne mehanizme, ki jih posameznik uporablja pri ravnanju s konfliktnimi željami. Tretja je bila evolucija različnih verzij objektno-relacijske teorije z njenim osredotočanjem na mentalnih predstavah objektov, odnosih med posameznikovim selfom in svetom notranjih objektov (predvsem oseb) ter ponavljajočem se ponovnem odigravanju tega notranjega sveta v kontekstu sedanjih interpersonalnih odnosov in fantazij o teh odnosih. Četrta, najbolj nedavna sprememba v psihoanalitični misli pa je prihod self psihologije, avtorja Heinza Kohuta v kateri na kohezijo in izpolnitev selfa gleda kot na primarni cilj posameznika. Glede na to, da je Pineova razdelitev nastala v devetdesetih letih prejšnjega stoletja, v opisu ne zasledimo naslednjega vala psihoanalitske teorije, ki je bila v zadnji dekadli zelo pomembna in jo Wolitzky (2003) imenuje »ameriška relacijska teorija«. Razvit pretežno s strani Mitchella, je ta pristop skupek Sullivanove interpersonalne teorije in britanskih objekt-relacijskih teorij, prvenstveno Fairbairnove in Winnicottove (ibid.).

1.7.2. SKUPINSKA ANALIZA

Pristop, katerega utemeljitelj je S. H. Foulkes in je danes imenovan skupinska analiza, pomeni integracijo psihoanalize s socialno psihologijo in principi geštalt psihologije, ki jo je Foulkes srečal pri Kurtu Goldsteinu. Goldsteinovo organizmično teorijo sta oba skupaj preoblikovala v idejo o medčloveški socialni mreži, ko sta skušala zdraviti nevrološke paciente v skupini. Posameznika tako vidimo kot le eno od vozlišč v mreži, pa vendar sprememba na kateremkoli od vozlišč povleče za seboj spremembo v celotnem matriksu. Skupinska analiza ohranja

skupino kot polje ozaveščanja posameznikovih konfliktnih vsebin, vendar mu pomaga še predvsem prepoznavati svoje mesto in vlogo v socialni mreži, kar je več kot le druženje in vzdrževanje socialnih stikov. Zato skupinska analiza gradi zmožnost kohezivnosti različnih (dobro diferenciranih in integriranih) posameznikov. Terapevt, ki ustvarja za te procese ustrezno socialno polje, sestavlja bolj heterogene skupine, obravnava paciente z multipersonalno psihologijo, pa vendar ob integraciji različnosti obravnava skupino kot celoto. Vloga terapevta, ki ga Foulkes imenuje »dirigent«, je v tem, da zagotavlja več teh funkcij sam, dokler ne pripelje do te zmožnosti skupine kot celote. Zato smotrno uporablja podporo, da ustvarja dober matriks, in obenem interpretacijo, konfrontacijo in klarifikacijo, usmerjeno bolj na skupino kot na posameznika. Ko je skupinski matriks utrjen, postaja terapevt vse bolj »služabnik skupine« in prepušča dogajanje njenim članom (Praper 2008: 34-35).

Praper (2008: 36) po različnih avtorjih takole povzema osnovne teoretične postavke skupinske analize:

- Bistveno za človeka je to, da je socialno (skupinsko) bitje, ne posameznik. Vsakdo živi v nekih socialnih mrežah in tam zaseda neko vozlišče.
- Simptomi so zunanji izraz nezavednih konfliktov. Mogoče jih je razumeti in prevajati v artikuliran jezik. Če nam to uspe, jih lahko razumemo, in če se bolje razumemo, lahko omilimo stopnjo nevrotičnosti ali neprilagojenosti. Samega sebe spoznavamo in razumemo šele v odnosu do drugih, ob tem, ko prejemamo povratne informacije o tem, kako nas razumejo drugi.
- Komunikacijo lahko metodično izboljšujemo na štirih nivojih: aktualnem in manifestnem (v konkretni življenjski situaciji in pri tematiki, ki je na površju), transfernem (vsebine razumemo ob razsvetljevanju transferne situacije), na nivoju telesnih in mentalnih prezentacij (osvetljevanje ponotranjanja in pozunanjanja) ter na primordialnem nivoju (ob arhetipičnih značilnostih neke skupinske kulture).

1.7.3. BIVANJSKA (DASEIN) ANALIZA (EKSISTENCIALISTIČNO – HUMANISTIČNA PSIHOTERAPIJA)

Izhaja iz psihoanalize in sovpada z njo, naslanja se na tradicijo Binswangerjeve bivanjske psihiatrije in na delo utemeljitelja šole, Meddarda Bossa. Znanstvena podlaga je filozofsko

ozadje neokantizma in ekstenzialna filozofija Heideggerja in Marleau-Pontyja, kar prerašča v eksistencialno paradigmo. Binswanger in Boss sta svojo psihiatrično prakso utemeljila na eksistencialni in fenomenološki filozofiji Martina Heideggerja in Edmunda Husserla. Z razširitvijo Kierkegaardovega poudarka na subjektivnem, je Heidegger razvil filozofijo bivanja, s katerim pa ni mislil vase zaprtega individualizma niti determinističnega realizma, temveč je »živet« sprimek teh dveh poimenoval »biti-v-svetu«. Gre za Heideggerjev poskus prikaza, da je zahodna tradicija ločevanja notranjega od zunanjega ali subjektivnega od objektivnega, zavajajoča in da, z vidika izkušnje, ni jasne poti za ločitev tega dvojega. Skratka, po Heideggerju smo hkrati ločeni subjektivni jazi in povezani z zunanjim svetom. Da bi razvil svojo tezo, je Heidegger sledil metodam in praksi fenomenologije, ki izvirajo iz del njegovega mentorja, Edmunda Husserla. Po Husserlu je glavna naloga fenomenologije razumevanje človeške izkušnje v njeni živeti realnosti, torej v njenem popolnem subjektivnem in intersubjektivnem kontekstu. Večina eksistencialno – humanističnih praktikov je v 60.-tih letih prejšnjega stoletja poudarjala svobodo, refleksijo izkušenj in odgovornost, vendar z različno stopnjo intenzitete. Sodobni praktiki eksistencialno – humanističnega pristopa v veliki večini zagovarjajo holizem, integracijo in komplementarnost (Schneider 2003: 150).

1.7.4. GLOBINSKO PSIHOLOŠKA PSIHOTERAPIJA

Globinskopsihološka psihoterapija (GPP) temelji na kompleksni psihoanalitični teoriji osebnosti, moderni psihoanalitični razvojni teoriji in psihoanalitični teoriji obravnave. Z modificiranimi tehnikami si prizadeva v omejenem času in z omejenimi cilji doseči klientovo zadovoljivo delovanje. Odločilna razlika med GPP in psihoanalizo je v postavljanju indikacij: medtem ko je indikacija za psihoanalizo kronična simptomatika ali kronična odnosna motnja, mora biti fokus v GPP aktualen konflikt. Ta je lahko ločitvena situacija, nenadna izguba delovnega mesta, smrt bližnjega človeka in podobno. Aktualno konfliktno dogajanje praviloma ne sme trajati več kot eno leto, poleg tega pa mora biti utemeljena povezanost med nevrotsko simptomatiko in aktualnim konfliktom. Ker je klient razvil simptomatiko, je temeljna predpostavka, da se v tej konfliktni situaciji zrcali globlji, nezavedni bazični konflikt, ki je posledica negativnih odnosnih izkušenj iz zgodnjega otroštva in razvojnih deficitov. Ta nezavedni, nerešeni osnovni konflikt je hkrati vzrok aktualnih klientovih simptomov. Okvir za obravnavo v GPP predstavljata aktualno konfliktno dogajanje v

klientovi realni življenjski situaciji ter nezavedno delujoč in nerešen osnovni konflikt v globini klientove osebnosti (Božič et al. 2010: 28 - 30).

Aktualni življenjski konflikt se v psihoterapevtskem procesu obravnava in razlaga tako, da klient tako na čustvenem kot tudi na razumskem nivoju uvidi globlje ležeči osnovni konflikt in ga integrira v svojo strukturo. Ko klient poveže aktualno dogajanje z biografskimi koreninami, začneja razumevati zakaj simptomatizira. Na osnovi notranjega razumevanja lahko polagoma razvije alternativne načine gledanja nase in na okolje ter razvije drugačne vedenjske možnosti. Po definiciji GPP zajema etiološko usmerjene oblike terapije, ki ob upoštevanju prenosa (transfera), protiprenosa (kontratransfera) in odporov obravnavajo nezavedno psihodinamiko trenutno delujočih nevrotičnih konfliktov (ibid.).

Terapevt zavzame v GPP aktivno, interakcijsko vlogo. To zahteva od terapevta več neposrednega angažmaja, direktnega razlaganja. Posebnost globinskopsihološkega pristopa v Sloveniji je vključevanje telesnih tehnik v psihoterapevtsko obravnavo, saj telesni pristop nudi direkten dostop do zgodnjih preverbalnih tem in nezavednega. Dotiki med klientom in psihoterapevtom so simbolične narave in niso shematizirani, ampak so individualno prilagojeni razvoju terapevtske situacije. S telesnimi tehnikami (dotikom) terapevt lahko mobilizira energijo in telesne procese, stimulira nove energetske poti ali zadovoljuje primarne potrebe na telesni in čustveni ravni (ibid.).

1.7.5. KOGNITIVNO - VEDENJSKA TERAPIJA

Oče kognitivno vedenjske terapije (KVT) je Aron T. Beck, psihiater in profesor psihiatrije v petdesetih letih prejšnjega stoletja. Njena osnova je kognitivni model, po katerem to, kar čutimo in kako se odzivamo, ni odvisno od okoliščin samih, ampak od tega, kako si te okoliščine razlagamo, oziroma od tega, kakšne so naše misli v teh okoliščinah (avtomatske misli). Ko so avtomatske misli negativne, se lahko pojavijo različne čustvene stiske ali psihične motnje. Kognitivna terapija je zato usmerjena k spreminjanju teh negativnih avtomatskih misli, kar posledično pripelje do sprememb na čustvenem in vedenjskem področju. Kako si bomo neko situacijo razlagali oz. kakšne so naše avtomatske misli, je odvisno od tega, kakšna so naša prepričanja, ki so se razvila v zgodnjem otroštvu (bazična prepričanja) (Beck, v Kuhar, Janjušević 2010: 101-102). Osnovne principe obravnave v kognitivno vedenjski obravnavi Kuhar in Janjušević (2010: 105-107) povzemata po Grantu:

- Intervencije so usmerjene v tretma specifičnih motenj ali problemov – pacientovi problemi so operacionalno opredeljeni v merljivih terminih.
- Glavni cilj je pomoč pacientu pri doseganju zaželenih sprememb v njegovem življenju. Sprememba v terapiji je konceptualizirana kot kognitivni proces in ne kot nekaj, kar je primarno odvisno od medosebne dinamike v terapevtskem odnosu ali od uvida v dinamiko mehanizmov spremembe. Izboljšanje izhaja iz sprememb neadaptivnih sekvenc kognicij in vedenja.
- Je ciljno usmerjena, pacient si skupaj s terapevtom že v začetku terapije zastavlja cilje in tudi terapija je čim bolj prilagojena specifikam okoliščin, v katerih je pacient. Cilji se tudi idiografsko kvantificirajo in med procesom se neprestano preverja, v kolikšni meri so doseženi.
- Je kratkotrajna oz. časovno omejena psihoterapija, ki stremi k doseganju učinkovitih terapevtskih sprememb v čim krajšem času (večinoma 12 do 16 seans, včasih pa tudi veliko več).
- Je edukacijska, saj pacient skozi terapevtski proces pridobiva potrebne veščine in znanje ter spreminja kognicije in vedenja, kar mu olajšuje življenje oz. omogoča bolj adaptivno funkcioniranje. Neposredna edukacijska interakcija med pacientom in terapevtom je značilnost, ki to metodo razlikuje od mnogih drugih terapevtskih šol.
- Pacienta uči spretnosti, ki mu omogočajo bolj adaptivno reševanje problemov, predvsem jih nauči čim bolj učinkovitih strategij in tehnik ter veščin, ki jih lahko potem uporablja izven kliničnega setinga.
- Poudarja sodelovalen odnos med pacientom in terapevtom ter njuno aktivno vlogo pri napredovanju v terapiji.

Intervencije v kognitivno – vedenjski terapiji so vedno kombinacija vedenjskih in kognitivnih tehnik, le te pa se v procesu med seboj stalno prepletajo in dopolnjujejo (Kuhar, Janjuševič 2010: 107).

1.7.6. SISTEMSKA TERAPIJA

Slovenski inštitut za psihoterapijo (SIP, 2010) na svoji spletni strani navaja, da je bila sistemska družinska terapija od petdesetih do vključno sedemdesetih let prejšnjega stoletja ime za skupino družinsko terapevtskih pristopov, ki so imeli ob metodoloških in teoretičnih

razlikah skupne temeljne ideje o družinah in načinih, kako jim pomagati pri razvijanju zelenih sprememb. Te skupne ideje ali konceptualna izhodišča bi lahko imenovali sistemski koncepti. Možina in Rus Makovec (2010: 202-203) povzemata naslednje koncepte:

- vsak človek je del medčloveških interakcij;
- holizem: celota oz. sistem je drugačna kvaliteta kot le vsota posameznih delov sistema;
- krožna vzročnost: član sistema vpliva na druge in nanj vplivajo drugi – z majhno spremembo v delu sistema vnesemo spremembo v večji sistem;
- družina je dinamični sistem, ki se razvija v okolju, z okoljem in v času;
- sistem je organiziran s specifično kvaliteto mej in hierarhije, s kontrolnimi mehanizmi negativne povratne zveze se ohranja v ravnovesju, s pozitivno povratno zvezo pa se homeostaza ruši in pripravlja temelje spremembi.

Na osnovi teh konceptov se je od vključno osemdesetih let naprej področje dela razširilo tudi na terapijo s posamezniki, pari in skupinami, kar je privedlo do razvoja novih konceptov in teorij. Tako se glede na spremenjene in dopolnjene sistemske teorije in prakse vedno bolj uveljavlja ime "sistemska psihoterapija". Izluščimo lahko vsaj pet doprinosov sistemske psihoterapije k evoluciji psihoterapevtske prakse in psihosocialne pomoči: vključevanje klientovih pomembnih bližnjih v obravnavo, upoštevanje in vključevanje socialnega konteksta, usmerjenost na vire, odprtost in dostopnost za kliente z različnimi pričakovanji, premik poudarka od patogeneze k salutogenezi in salutodinamiki (SIP, 2010).

Možina in Makovec (2010: 204-205) vidita pomemben premik v sistemski terapiji od idej kibernetike I. reda k idejam kibernetike II. reda. Za kibernetiko I. reda je značilno, da se terapevt ukvarja z boleznijo in meni, da lahko spremembe vodimo oz. zunaj, da se jih da napovedati in da terapevt pozna smer spremembe. V skladu s kibernetiko II. reda se terapevt ukvarja s človekovim razumevanjem bolezni. Živi sistemi niso objekti, ki jih lahko programiramo od zunaj, ampak so samoustvarjajoče (avtopoetične), neodvisne celote; sprememba izvira od znotraj; ne vemo kakšna bo sprememba in kdaj se bo zgodila. Glede na kibernetiko drugega reda torej tudi terapevtova percepcija ni objektivna resnica, ampak le njegov pogled na družinski problem oziroma dogajanje.

Naslednja smer znotraj sistemskega pristopa, konstruktivizem, izhaja iz ideje, da ni objektivne resničnosti in da je resničnost skonstruirana glede na našo percepcijo in glede na kontekst. Iz

te ideje izvirata dva pomembna vpliva na družinsko psihoterapijo: da družine ni mogoče spreminjati v točno določeno smer in ovrgli so idejo, da ima lahko terapevt povsem objektivno stališče do družine. Konstruktivizem je ustvaril pogoje za ustvarjanje terapevtskega okolja, v katerem družinski člani lahko delijo svoje ideje, percepcije, prepričanja in perspektive, ki jo vsak družinski član daje družinski izkušnji. Postmodernisti so povezovali ideje konstruktivizma s kibernetiko drugega reda: ohranili so osnovno kibernetiko metaforo, ki se ukvarja s strukturo sistema in nadzornimi mehanizmi sistema v obliki pozitivne in negativne povratne zanke, uvedli pa so zavedanje terapevta, da je v družinski seansi navzočih več posameznikov, vsak član sistema pa ima svoj pogled na sistem in vsak pogled je legitimen. Objektivne družinske resnice ni, ampak le družinska stopnja soglasja o skupni resnici. Sistemski pristop omogoča integracijo različnih teorij, ker je že po svoji temeljni predpostavki integrativen (ibid).

1.7.7. TRANSAKCIJSKA ANALIZA

Transakcijska analiza (TA) je celovita teorija osebnosti, komunikacije, psihopatologije in psihoterapevtskega tretmana, ki se danes uporablja kot individualna terapija, skupinska terapija, terapija parov in terapija družine. Prav tako se uporablja v organizacijskih, edukacijskih in drugih odnosnih okoljih. Njena izhodišča je razvil v drugi polovici 50-ih in v 60-ih letih prejšnjega stoletja dr. Eric Berne, ki je s preučevanjem ljudi prišel do zaključka, da lahko o ljudeh zvemo dosti več, če opazujemo njihove interakcije. Pri tem je odkril tri različna ego-stanja, ki jih ima vsaka oseba v sebi, ko je v odnosu z drugo osebo. Ta stanja so ego-stanje Otroka, ego-stanje Odraslega in ego-stanje Starša, ki so med seboj v transakciji. Tako so vsi modeli transakcijske analize v osnovi sestavljeni iz teh treh tipov ego-stanj: Ekstereopsihe, Neopsihe in Arhepsihe oziroma Starša, Odraslega in Otroka. Modeli se običajno predstavljajo tudi grafično v obliki treh enakih, vertikalnih in dotikajočih se krogov (IPTA, 2010).

Ego-stanje Starša predstavljajo internalizirane predstave avtoritet iz odnosne preteklosti klienta; ego-stanje Odraslega predstavlja »pravi jaz« osebe, njegove osnovne funkcije pa so v vzdrževanju notranje homeostaze (med različnimi stanji jaza) in homeostaze z okoljem (reševanje problemov in koriščenje potencialov okolja). Ego-stanje Otroka predstavljajo

»razvojne fiksacije« v polju osebnosti »Jaz«. Ko se oseba fenomenološko »nahaja v tem ego-stanju« se vede, misli in čustvuje kot se je že kdaj (ona sama) v preteklosti. Za razliko od Freudovih konceptov Superega, Ega in Ida so ego-stanja stanja jaza dostopna neposrednemu opazovanju in diagnozi. Psihopatologijo v TA lahko tako npr. razumemo in prepoznavamo, kot intrapsihično in odnosno manifestacijo Otroka in Starša, medtem, ko je Odrasli kot »pravi jaz« strukturno polje »zdravja«. Za razumevanje, oziroma diagnosticiranje intrapsihične psihodinamike, lahko uporabimo različne koncepte, ki se nanašajo na interakcije med posameznimi ego-stanji oziroma njihovimi ego mejami (ibid.)

Terapevtski proces in odnos med klientom in terapevtom v TA temeljita na dogovorih »odraslega« stanja jaza obeh udeležencev. Klient je od prvega trenutka obravnave soodgovoren za proces obravnave, cilje, potek in trajanje ter zaključek. Osnovno filozofijo TA obravnave, tako na problemski kot odnosni ravni, predstavlja življenjska pozicija – »jaz sem v redu in ti si v redu«. Terapevtski cilji imajo dogovorno in s tem odnosno dimenzijo. V ožjem smislu predstavlja terapevtski cilj osebnostno spremembo pri klientu. V temelju terapevtskega odnosa je osnovno zaupanje (varnost), ki ga v minimumu varujejo etični principi zaupnosti in skrbi za integriteto klienta, krepijo pa lahko terapevtova moč (njegovo strokovno znanje in osebnostna avtonomija) ter terapevtov potencial dajanja dovoljenj na ontološke potrebe in aspiracije in potenciale klienta (Bertok 2010: 234-235).

1.7.8. GESTALT TERAPIJA

Kot začetnik gestalt terapije je največkrat omenjen nemški psihiater Fritz Perls. Po Flajsu (2010: 10-11) je središčni pojem gestalt terapije kontakt. Človek kot celostni organizem preživi in raste tako, da v kontaktu z okoljem v polju organizem/okolje zadovoljuje svoje potrebe. Skozi kontakt se človek hkrati vzpostavlja, razmejuje od svojega okolja in se z njim povezuje. Kontakt je dinamičen, nenehno spreminjajoči se proces ustvarjanja in razgradnje gestaltov (gestalt v tem primeru pomeni konfiguracijo oz. celoto doživljanja in delovanja). V tem procesu človek preko diferenciacije doživljanja artikulira svoje potrebe, zaznava možnosti in ovire za njihovo zadovoljitev v okolju ter jih poskuša na najboljši možen način zadovoljiti, zato da lahko ponovno vzpostavi ravnovesje. Težave, zaradi katerih ljudje iščejo psihoterapevtsko pomoč se pojavijo takrat, ko je proces ustvarjalnega prilagajanja moten in

zato ne zmorejo bodisi zadovoljiti, ali pa odžalovati določenih potreb. Pogost razlog za to je sprememba življenjskih okoliščin, na katero se mehansko nezavedno odzivajo na stare načine, ki so jih izoblikovali v preteklosti (fiksni gestalti). Takrat so ti načini predstavljali ustvarjalno prilagoditev, v sedanjosti pa predstavljajo motnjo, zaradi katere ne morejo biti polno pozorni in se optimalno odzivati na trenutne situacije. Tako kopičijo nove nezaključene gestalte in doživljajo konstantno neravnovesje (ibid.).

Gestalt terapevt je pozoren na to, v kateri fazi in kako klient prekinja kontakt. Tako lahko na primer svoje potrebe zamenjuje s potrebami drugih (introjekcija), svoje doživljanje pripisuje drugim (projekcija), namesto da bi deloval navzven, svojo energijo usmeri vase in to, kar bi počel drugim, počne sebi (retrofleksija) itd. Fenomenološki pristop kot eden od temeljnih kamnov gestalt terapije poudarja specifičnost vsakega posameznega klienta. Od terapevta terja spoštovanje in upoštevanje njegove enkratnosti ter na ta način problematizira in relativizira posplošitve diagnostičnih kategorij (ibid.).

Gestalt terapevt ne prevzema vloge eksperta za klientovo doživljanje in njegove življenjske odločitve. Bolj kot njegove lastne interpretacije ga zanima klientovo doživljanje. Njegova vloga eksperta je predvsem v oblikovanju terapije na način, ki klientu omogoča, da sam postaja vse bolj avtonomen ekspert za svojo lastno eksistenco. V praksi to pomeni, da terapevt s klientom raziskuje njegovo doživljanje, mu pomaga, da ozavešča lastne potrebe in občutke, opomeni svoje življenjske situacije, sprejema svoje lastne odločitve, razvija sposobnost globljega razumevanja sebe in okolja in podobno. (GITA, 2010).

1.7.9. GESTALT IZKUSTVENA DRUŽINSKA TERAPIJA

Začetnik izkustvene družinske terapije je ameriški psihiater dr. Walter Kempler, ki je izšel iz gestalt terapevtske šole Fritza Perlsa. Slednji je pojem gestalta vnesel v klinično psihologijo in se ob druženju s Kurtom Goldsteinom oddaljil od psihoanalize in se približal eksistencialni psihologiji. V šestdesetih letih sta Perls in Kempler celo nekaj časa delala skupaj. Oba sta bila prepričana, da sta osebna anamneza in analiza nepotrebni. Moč terapevtskega procesa sta oba videla v neposrednem srečanju v danem trenutku, razšla pa sta se v pojmovanju osebne vloge oz. udeležbe terapevta v terapevtskem procesu. Kempler je svoje delo označil kot »gestalt izkustveno«, da bi s tem poudaril svojo osebno interaktivno izkušnjo. Poudaril je, da sta

vrednost in trajanje terapevtske obravnave odvisna od stopnje in udeležbe vsakega udeleženca v terapiji, vključno s terapevtom. Pomembna razlika med Kemplerjevo in Perlovo terapijo pa je v pojmovanju psihopatologije. V družinski terapiji se namreč ne obravnava posameznik sam zase ali v družini, temveč se zdravi procese, ki potekajo med družinskimi člani. Zato je pravi pacient družina in izkustvena družinska terapija sloni na znanju o delovanju družinskega sistema. Spremembe temeljijo na tem, da družinska stvarnost vsem udeleženi v terapevtskem sistemu postane bolj razvidna (Globevnik Velikonja et al. 2010: 17-20).

Izkustvena družinska terapija se od drugih družinskih terapij razlikuje po izkustvenem pristopu, ki pomeni, da je vsako terapevtsko srečanje doživetje nove izkušnje »tukaj in sedaj«. Ker je v psihoterapevtskem pristopu vsa družina, lahko posameznik takoj preveri in preizkusi njen učinek ter tako dobi potrditev od ostalih članov družine. Dober izid družinske terapije so nove dobre izkušnje pri ravnanju z osnovnimi potrebami. Osnovna metoda izkustvene družinske terapije se osredotoča na terapevtsko alianso – na osebni in delovni odnos. Ta predstavlja temelj terapije in rdečo nit pri terapevtskem delu. Pri tem je zelo pomembna osebnost terapevta, ki mora reagirati osebno in je sam sebi najpomembnejše orodje v terapiji. Terapevt je odgovoren za potek terapije, člani družine pa za svoje življenje v družini (Velikonja et al. 1995, Globevnik Velikonja et. al. 2010: 20-21).

1.7.10. REALITETNA PSIHOTERAPIJA

Realitetna terapija, sloni na teoriji izbire avtorja Williama Glasserja, ki razume človeka kot svobodno, odgovorno bitje, ki je notranje motivirano in katerega vedenje je vedno namensko ter zelo raznovrstno in prožno (Lojk 2000: 2). Glasserjev koncept teorije izbire trdi, da je vsako pomembno vedenje namensko izbrano, da naši geni zahtevajo potešitev petih temeljnih potreb: preživeti, biti sprejet in vključen z drugim, imeti veljavo, biti svoboden in se zabavati z novim oz. drugačnim. V praksi je najbolj pomembna potešitev potrebe po sprejetosti od bližnjih, pomembnih ljudi, ker je povezanost s soljudmi osnova, na kateri lahko potešimo vse potrebe (ibid.).

Druge teoretične predpostavke realitetne psihoterapije so še (Lojk 2000: 3-4):

- *Konstrukt temeljnih potreb*: prepričanje, da k svetovalcu oz. psihoterapevtu prihajajo osebe (ali skupine oseb), ki ne zadovoljujejo teh prirojenih potreb učinkovito, ali pa so

pri svetovalcu, ker zadovoljujejo te potrebe na način, s katerim onemogočajo drugim ljudem, da bi zadovoljevali svoje temeljne potrebe.

- *Konstrukt sveta kakovosti*: predstavlja želeni, povsem osebni notranji svet, ki zadovoljuje potrebe posameznika.
- *Celostno vedenje*: prepričanje o nedeljivosti duševnega in telesnega.

Psihoterapevt pomaga in uči svetovanca, kako učinkoviteje zadovoljiti sedanje potrebe. Ker imamo človeška bitja prirojeno potrebo po pripadnosti, realitetna terapija pravi, da najlažje pomagamo svetovancu, da najde učinkovitejše oblike zadovoljevanja svojih potreb, če ga naučimo razvijati dobre odnose s soljudmi. Teorija izbire ni le teoretični temelj realitetni terapiji, ampak – kadar jo posredujemo svetovancu – pomeni tudi terapevtsko sredstvo (Lojk 2000: 7-8). Glasser v svoji knjigi Realitetna terapija v praksi (2000: 50) meni, da se da v mnogih primerih veliko narediti na enem srečanju, pogosto pa zadošča deset do dvanajst srečanj. Dolžina terapije je bolj kot s čim drugim povezana s hitrostjo vzpostavitve dobrega odnosa stranka – terapevt, osnovanega na terapiji izbire. Če terapevt ne more vzpostaviti takšnega odnosa, bo terapija skoraj zagotovo propadla. Učinkovitost terapije po njegovem poveča branje knjig o realitetni terapiji in teoriji izbire, pa tudi dejstvo, da se ne ustavljamo veliko v preteklosti, razen da iščemo pretekle prednosti; pozorni smo na bolečino ali simptome, vendar se ne osredotočamo nanje. Meni, da pride realitetna terapija hitro do dejanske težave, ki je: kako izboljšati sedanji odnos ali iskati novega, bolj zadovoljujočega.

1.7.11. INTEGRATIVNA PSIHOTERAPIJA

Integrativna terapija (IT) se pojavlja v evropskem prostoru zadnjih trideset let in zastopa »biopsihosocialno paradigmo« celostne in diferencialne obravnave posameznika, krepite njegovega zdravja, osebnostnega razvoja in socialno kulturnega dela (Petzold, v Vidmar, Cvetko 2010: 67). Integrativno terapijo je zasnoval prof. dr. Hilarion Gotfried Petzold v sredini 60 – tih let, in je bila je zamišljena in osnovana kot koncept in hkrati model integracije. Sebe pojmuje skladno s heraklitskim principom, ki je opisan z izrazom "Panta rei"- vse teče. IT ni dovršena konstrukcija, ampak temelji na metodološki nedokončanosti. (EAG-FPI 2010).

Po integrativni terapiji je človek najprej telesno bitje, šele nato socialno in družbeno. Kot

subjekt pa je s so – subjekti v neprestanih korespondenčnih procesih (izraz korespondenca presega medosebne odnose in pomeni odnos posameznika z najširšim okoljem, naravo in kozmosom – koeksistenca vsega bivajočega). Prek fenomenov, ki jih klient v terapevtskem odnosu zaznava-spoznavarazlaga-razume (hermenevtska spirala) spoznava osebnostne strukture oziroma samega sebe. Osnovna antropološka načela integrativne terapije so: koeksistenca in ko-kreacija, kar pomeni so-bivanje z drugimi in kreativnost do sebe in drugih. Po teh načelih je »človek telesni subjekt v življenjskem prostoru« in ker se telo in prostor neprestano spreminjata je tudi človek v neprestanem spreminjanju. Integrativna terapija je celosten proces postopkov, ki klientu pomagajo vzpostaviti zoženo korespondenco in slab odnos s seboj in drugimi. V terapevtskem odnosu je prisotna celotna klientova biografija odnosov in nekateri se bodo aktivirali v odnosu s terapevtom. Terapevtski odnos je torej bistvena sestavina zdravljenja in ga v integrativni terapiji definirajo z intersubjektivnostjo (graditev odnosa klient – terapevt) in s korespondenco. Integrativni terapevti govorijo o tetradnem terapevtskem modelu oziroma o modelu sinergetičnih procesov samoorganiziranja, ki ima 4 faze (inicialna, akcijska, faza integracije in faza konsolidiranja). Potek terapevtskega procesa ponazarjajo s spiralo (postopen razvoj in napredovanje) pri čemer na vsakem obratu stečejo navedeni štirje koraki. Simptome pri klientu lahko klient in terapevt razumeta samo v povezavi z osebnostno strukturo, kjer sta bistveni vprašanji kako in v kakšnem kontekstu se klient tako vede. Na bolezen in na zdravje gleda koncept integrativnosti kot na »kvaliteto človekovega življenjskega procesa«. Poudarek je torej na procesnosti, pri čemer zdravje ni nespremenljivo stanje, temveč je razvoj, ki ga ustvarjamo v sodelovanju z drugimi. Integrativna psihoterapija sicer meni, da so terapevtske intervence in tehnike pomembne, vendar pa poudarja, da so smiselne in uporabne samo v primeru, če izhajajo iz terapevtskega odnosa in ga nadgrajujejo in vzpodbujajo notranja doživetja klienta, samozavedanje in razumevanje procesa (Vidmar, Cvetko 2010: 71-74).

1.7.12. INTEGRATIVNA PSIHOTERAPIJA – RELACIJSKA SMER

Integrativna psihoterapija v širšem smislu se nanaša na katerokoli obliko psihoterapije, ki integrira elemente vsaj dveh ali več obstoječih psihoterapevtskih smeri. Pomembno vlogo pri razvoju integrativne psihoterapije imajo ameriški avtorji Richard Erskine, Rebecca Trautmann in Janet Moursund. Integrativna psihoterapija vključuje metateorijo, v kateri integrira spoznanja transakcijske analize, gestalt terapije, na klienta usmerjene terapije in

psihoanalitične terapije. Integrativna psihoterapija je relacijska, kar pomeni, da se na klienta in psihoterapevta gleda kot na sistem recipročnega vplivanja, veliko pomembnost pa posveča zgodnjim medosebnim izkušnjam otroka s pomembnimi drugimi ljudmi. Otrokova temeljna potreba je potreba po odnosu s pomembnimi drugimi osebami. Psihopatologijo integrativna psihoterapija vidi kot posledico motenj v zgodnjem sistemu otrok – pomembni drugi in tudi motenj v odnosih kasneje v življenju. Integrativni model ego stanj pojasnjuje, kako zaradi pomanjkanja kontakta pride do razcepa ega na različna ločena stanja, ki so odcepljena od odraslega ega. Motnje v zgodnjem odnosu se kažejo tudi v razvoju nefunkcionalnih relacijskih shem in razvoju skriptnih prepričanj o sebi, drugih ljudeh in svetu. Pomembno je skupno raziskovanje terapevta in klienta, na kakšen način klient v odraslosti prekinja kontakt s sabo in drugimi, cilj psihoterapije pa je polni notranji in zunanji kontakt. Model relacijskih potreb opisuje temeljne odnosne potrebe, ki jih imamo v odnosih. Če so te potrebe dalj časa nezadovoljene, lahko pride do občutkov osamljenosti, depresivnosti in nezadovoljstva v življenju. V terapiji smo pozorni na to, katere relacijske potrebe so bile nezadovoljene v preteklosti in katere so trenutne relacijske potrebe, ki jih klient ima. Temeljne metode integrativne psihoterapije so: povpraševanje, uglaševanje in udeleženosť, ki so relacijske metode in so usmerjene na kontakt v psihoterapevtskem odnosu. Prek kontakta v odnosu klienti začenjajo prihajati v stik z njihovimi odcepljenimi deli sebe. Kontakt v odnosu torej omogoči intrapsihični kontakt. Poleg relacijskih metod pa integrativna psihoterapija uporablja tudi intrapsihične metode, ki se nanašajo na delo z različnimi deli sebe. Terapevt je pri tem bolj usmerjevalec procesa, ki vabi klienta, da razreši konflikte med različnimi ego stanji (Žvelc, Žvelc 2010: 83-85).

1.7.13. PSIHODRAMA

Psihodrama je akcijska skupinska psihoterapevtska metoda, ki jo je razvil Jacob Levy Moreno. Osnovna lastnost psihodrame je odrsko odigravanje notranjega sveta in življenjskih situacij posameznika, tako kot jih sam doživlja, ob pomoči psihoterapevta (voditelja psihodrame), ki usmerja psihodramsko seanso in članov skupine, ki igrajo različne vloge. Član skupine, ki to želi, lahko razišče preteklost, sedanjost, prihodnost, situacije, ki so se zgodile (ali bi se lahko, pa se niso), izgovorjene in neizgovorjene misli in čustva, želje, fantazije, sanje. Lahko se sreča z ljudmi iz preteklosti, razreši in dokonča odnose, ki jih ni zmogel ali smel, odkriva lastne omejitve in potenciale, se srečuje s svojimi čustvi in se uči,

kako svobodno izražati sebe. V psihodrami nedostopni viri duševnosti in medosebnih odnosov postanejo dostopnejši zavedanju ter možnosti spremembe. Skozi psihodramo se osvetlijo nejasni vzorci vedenja, razjasnjuje se narava odnosov, razkrivajo se resnične potrebe, kar vodi do boljšega razumevanja sebe in drugih. Psihodrama vzpodbuja ustvarjalno mišljenje, da bi posameznik prevzel iniciativo in našel ustrezen in dovolj dober odgovor na novo, nepoznano situacijo kot tudi nov, boljši odgovor na situacijo, ki se ponavlja. (Sigledal.org 2010)

Glavni udeleženci v terapevtski psihodrami so: protagonista ali subjekt, režiser ali glavni terapevt, pomožni egi in skupina. Psihodrama je lahko izvedena kjer koli, kjer se nahaja bolnik, na njegovem domu, v bolnišnici, šolskem razredu ali kasarni. Največje prednosti ima specifično prilagojen terapevtski prostor, ki ima tudi oder. Psihodrama je lahko osredotočena na protagonista (osebni problem protagonista) ali na skupino (problem skupine). Na splošno je pomembno, da je tema, bodisi osebna ali kolektivna, resnično doživljena izkušnja ali težava udeležencev (realna ali simbolična). Poleg protagonista so pomembni tudi pomožni egi in glavni terapevt. Njihova odgovornost je, da privedejo terapevtsko produktivnost skupine do najvišje možne stopnje. Pomemben je dejavnik tele (iz grščine: daleč, vpliv na daljavo), ki pomeni čutenje posameznikov drugega v drugega, cement, ki drži skupine skupaj. Tele je primarna, transfer pa sekundarna struktura. Ko transfer izgine, določena tele stanja še vedno delujejo. Dejavnik tele spodbuja stabilne odnose in trajne zveze. Odnosi tele med protagonistom, terapevtom, pomožnimi egi in pomembnimi dramskimi osebami iz prikazanega sveta, so ključnega pomena za napredovanje zdravljenja (Moreno 2000: 177-188).

1.7.14. LOGOTERAPIJA

Utemeljitelj logoterapije je Viktor E. Frankl, ki je v središče svoje motivacijske teorije in v ospredje svoje prakse postavil naravnost na smisel oz. »voljo do smisla«. Proti znanim teorijam globinske in vedenjske psihologije postavlja človeško podobo, ki ima poleg vseh psihofizičnih in psihosocialnih izmeničnih iger še prostor za človekovo duhovno (noogeno) razsežnost, ta pa je po definiciji razsežnost človeške svobode in zato ni podvržena determinističnim zakonitostim (Lukas 2001: 9). Frankl (v Lukas 2001: 10-11) zagovarja prepričanje, da človek ni prepuščen svoji usodi, v nobenem primeru in v nikakršnih okoliščinah. Usodno določujoče vplivno človekovo okolje zato Franklu ni vzrok človeškega

mišljenja in ravnanja, ampak pravzaprav šele spodbudi specifično človeškost, ker človeka prisili, da se odloči za eno od možnosti, ki jih ima na izbiro, in da pri tem tudi uporabi človeško svobodo. Marsikakšen problem je mogoče omiliti že samo s tem, da pacientov pogled usmerimo v svobodo, ki mu je odprta. Ne gre samo za to, da logoterapevt pozitivno spremeni razlago kakšnega položaja, ampak predvsem za to, da motivira pacienta ali trpečega človeka, tako da ta sam prispeva k položaju kaj pozitivnega. Prvi pogoj za to motiviranost je človekov občutek svobode, da more kaj prispevati, ne pa, da se kar vda v usodo.

Pomemben koncept logoterapije je tudi volja do smisla. Če obstaja svobodno, duhovno stališče, potem človek ni podrejen lastnemu zadovoljevanju za vsako ceno, potem lahko kakšni potrebi po zadovoljitvi celo reče »ne«, če to hoče ali pa se mu zdi prav, ne da bi zato zbolel ali postal nenormalen. To večvredno merilo človekove duhovne svobode odločanja imenuje Frankl »voljo do smisla« (v Lukas 2001: 13-14). Naslednji pomemben koncept logoterapije je smisel življenja. »Ničesar ni mogoče tako težko prenašati kot občutek o nesmislu lastnega življenja, to bivanjsko prikrajšanost (eksistencialno frustracijo), kot ji pravi Frankl.« (ibid). Glavni pojavi obliki bivanjske prikrajšanosti sta ta po Franklu (1994: 78-79) dolgčas in ravnodušnost. Ti dve sta postali izziv tako vzgoji kakor psihiatriji. Človeška zmožnost, da najdemo smisel, skrit v edinstvenih položajih, je vest. Tako mora vzgoja človeku priskrbeti sredstva za najdevanje smislov. Frankl meni, da potrebujemo nove vrste preživljanja prostega časa, ki omogočajo poglobljanje vase in premišljevanje. V ta namen človek potrebuje pogum, da je lahko osamljen (ibid.).

1.7.15. NEVROLINGVISTIČNO PROGRAMIRANJE

Nevrolingvistična psihoterapija izhaja iz nevrolingvističnega programiranja katerega ustanovitelj sta psiholog Richard Bandler in profesor lingvistike John Grinder. Osnovni model uspešne komunikacije je kmalu prerasel v novo psihoterapevtsko smer. Bandler in Grinder sta detaljno preučevala komunikacijske sposobnosti in oblike vedenja uspešnih psihoterapevtov različnih psihoterapevtskih smeri. Raziskovala sta obrazce razmišljanja in interakcije ter procese in strukture, ki se nahajajo v sami osnovi človekove osebnosti. Njuna delovna hipoteza je bila, da uspešnost terapije ni odvisna od psihoterapevtske smeri, ampak od osebnosti terapevta. To pomeni, da morajo uspešni terapevti imeti posebne komunikacijske

sposobnosti in vzorce vedenja, ki pa jih eksplicitno ne poučujejo v vseh psihoterapevtskih šolah. Da bi ti vzorci vedenja in komunikacijske sposobnosti psihoterapevtov postale eksplicitne in bi se jih tako lahko naučili korak za korakom, sta Bandler in Grinder temeljito preučila vedenje po njunem mnenju najboljših terapevtov v Združenih državah Amerike: Virginio Satir, Fritz Perls, Milтона Eriksona in Gregoryja Batesona (Rak Ankh 2010)

NLP je celovit model komunikacije, ki je sestavljen iz sistema metod in tehnik, s katerimi lahko predrugačimo svoje mišljenje, vedenje in doživljanje sveta, ki nas v dani situaciji podpirajo. Beseda nevro se nanaša na nevrološko – povezano z živčnim sistemom in možgani. To je naša povezava z našimi čutili, katerih zaznave so gradniki naše realnosti. Beseda lingvistično se nanaša na jezik in opisuje vzorce in strukture procesov, ki potekajo v našem telesu. Jezik ni le govorjena beseda, so tudi občutki, govorica telesa in vse ostalo, s čimer komuniciramo navznoter in navzven. Beseda programiranje implicira proces učenja, ki temelji na zavestnem in ciljno usmerjenem ravnanju. Omogoči nam presegati obstoječa neželena ali omejujoča stanja, razširja možnosti izbire mišljenja in ravnanja (Bavec 2010).

Schwarz in Schweppe (2005: 18) navajata, da se NLP ukvarja s tem, kako jezik v najširšem pomenu besede vpliva na potek procesov v možganih, ali z drugimi besedami, kako programiramo svoje možgane. Vanje lahko nameščamo nove programe in tako razširjamo svoje sposobnosti, stare programe lahko nenehno izboljšujemo in uvajamo številne nove podprograme, predvsem pa se lahko naučimo kar najbolje uporabiti že obstoječe programe. NLP ne temelji na nobeni teoretični podlagi, najpomembnejši je za njene privrženke praktični vidik: ali deluje. Obstaja deset temeljnih pravil nevrolingvističnega programiranja, ki po mnenju avtorjev niso neka splošno veljavna resnica o svetu in človeku. Ne gre za teorije, ampak za modele, ki so se v praksi trenerjev NLP in terapevtov izkazali kot najučinkovitejša in najbolj uporabna izhodišča pri delu z ljudmi. V literaturi navajajo 10 temeljnih pravil (Schwarz, Schweppe 2005: 18):

1. Ljudje se v življenju ravnamo po individualnem mentalnem zemljevidu sveta.
2. Najboljši zemljevid je tisti, na katerem je vrisanih kar največ poti.
3. Vsako vedenje in delovanje pravzaprav temelji na pozitivnem izhodišču.
4. Vsaka izkušnja ima svojo strukturo.
5. Za vsak problem je rešitev.
6. Vsak človek razpolaga z vso močjo, ki jo potrebuje.
7. Telo in duševnost sta dela enotnega sistema.

8. Komunikacija dobi svoj končni pomen z rezultatom.
9. Neuspeh ni nič drugega kot le povratno sporočilo.
10. Če nekaj ne deluje, poskusi kaj drugega.

1.7.16. IMAGO TERAPIJA

Eno izmed izhodišč imago partnerske terapije pravi, da se ne zaljubimo v ljubljeno osebo, temveč v podobo, ki jo nosimo v svoji glavi. Imago terapija je konglomerat različnih terapevtskih šol z dodatkom spoznanj o proučevanju možganov ter različnih duhovnih smeri. Avtor, dr. Harville Hendrix, je izhodišča jemal v analitskih terapevtskih modalitetah. V imago partnerski terapiji se pojavlja mnogo elementov transakcijske analize in gestalt terapije, predvsem v tistem delu, ko klient in terapevt raziskujeta razloge za sedanjo situacijo, vendar imago partnerska terapija ne ostaja na razlagah in razumevanju, temveč prek empatije in zavedanja spreminja vedenje. Tu terapevt črpa in uporablja tehnike, razvite v smereh vedenjske psihologije in Glasserjeve teorije izbire (Tavčar, Tavčar 2010: 43).

Terapevt pri imago terapiji je predvsem olajševalec ali pospeševalec, nekdo, ki omogoča in olajša komunikacijo med partnerjema in učitelj, ki usposobi par, da postaneta »terapevta« drug drugemu. Zato imago partnerska terapija največkrat dela s pari in manj s posamezniki. Imago terapija tudi ne gradi samo na uvidu in razumevanju, trajna sprememba vedenja se lahko zgodi le na osnovi partnerjevega razumevanja in empatije. Čustva so tista, ki na koncu ustvarijo pogoje za spremembo. Prav tako imago terapija ne razrešuje konfliktov med partnerjema, temveč omogoči razumevanje razlogov, ki nas privedejo do konfliktov in nas nauči spremeniti vedenje, ki bo imelo za rezultat dobro partnersko zvezo. Terapevt uporablja pri tem več orodij: zavestni partnerski dialog, dialog otrok – starš, rekonstrukcijo frustracije, obnavljanje romantike in postavljanje vizije. Zelo pomembno je, da terapevt v procesu pomoči nauči par, da sam uporablja ta orodja (Tavčar, Tavčar 2010: 55-56).

1.8. RELACIJSKA DRUŽINSKA TERAPIJA

1.8.1. OPREDELITEV RELACIJSKE DRUŽINSKE TERAPIJE

Relacijska družinska terapija temelji na premisi, da ponavljajoči se vzorci odnosov v človeškem doživljanju, kot so doživetja iz zgodnje mladosti in zlasti temeljni afekti, ki se pri tem ustvarjajo, izhajajo iz temeljne potrebe po ohranitvi, kontinuiteti, povezanosti, pripadnosti osebnemu svetu odnosov, saj le-ti predstavljajo varnost in domačnost, pa čeprav so velikokrat zelo boleči in travmatični. Kot trdi avtor te terapije (Gostečnik 2004, 2006, 2007 v Gostečnik 2010: 315), gre pri tem za primarne konstitutivne afektivne odnose, iz katerih je sestavljena psihična struktura posameznika, partnerjev in družine, zaradi česar jih vedno znova iščejo in na novo ustvarjajo. Ti afektivni odnosi in z njimi povezane mentalne vsebine se ohranjajo na osnovnih relacijskih mehanizmih projekcijsko – introjekcijske identifikacije in kompulzivnega ponavljanja, ki strukturirata mehanizem človeške psihične strukture ter sta obenem njeno konstitutivna elementa in ohranjevalca.

Relacijska družinska terapija je inovativni model (Cvetek et al. 2006), ki integrira vidike pomembnih sistemskih teorij z relacijskimi modeli (s kombinacijo objekt relacijskih teorij, self psihologijo in interpersonalno analizo). Po Gostečniku (Gostečnik 2004, v Repič 2008: 117-118) torej relacijska družinska terapija v svojo terapijo umešča vse tri relacijske modele z njihovimi teorijami, ki se vsak na svoj način osredotočajo na čisto določen podsistem. Tako na osnovi *interpersonalne analize* relacijska družinska terapija raziskuje v sistemu predvsem temeljne afekte, način regulacije afekta in način prenosa le-tega na druge in njihove medsebojne interakcije. Razdelati skuša projekcijsko – introjekcijsko identifikacijo, ki vzdržuje afektivni psihični konstrukt. Pri objekt relacijski teoriji je bistven predvsem vpliv zgodnjih objektov (npr. staršev ali drugih pomembnih oseb) oziroma notranjepsihičnih podob, ki so oblikovale odnose posamezniku in se sedaj ponavljajo v najrazličnejših afektivnih navezavah na druge. Psihologija jaza pa se osredotoča predvsem na razvoj posameznikovega jaza in njegovih intrapsihičnih podob, ki so nastale na podlagi primarnih odnosov v njegovi izvorni družini in na osnovi teh afektivnih odnosov ustvarile določeno samopodobo posameznika.

Ta model torej ni samo kombinacija integriranih relacijskih modelov in teorij, ampak je nov, bolj elaboriran družinski sistemski relacijski model terapije, ki presega kombinirane relacijske modele (Gostečnik 2002, v Cvetek et al. 2006).

1.8.2. TEMELJNE TEORETIČNE PREDPOSTAVKE RELACIJSKE DRUŽINSKE TERAPIJE

1.8.2.1. Osnovna relacijska konfiguracija

Posameznikova psihična struktura ima po definiciji tri dimenzije: jaz, jaz – ti in psihični afektivni prostor med jaz in ti (Mitchell 1988, 2000 v Gostečnik 2010: 316). Vsi ti pomeni so med seboj povezani, prepleteni in združujejo posameznikovo subjektivno doživljanje in njegov psihični svet, kar se še na poseben način artikulira v sistemu družine, ki v tem primeru predstavlja četrto dimenzijo v konfiguraciji medosebnih odnosov. Vse štiri dimenzije predstavljajo intrapsihično, interpersonalno in sistemsko konfiguracijo. Vse štiri dimenzije pa se tudi medsebojno prepletajo; vsaka intrapsihična enota pa obenem tudi predstavlja celoten sistem, v katerem so intrapsihični elementi jaz, objekt in afekt, ki se ustvarja med njima, zaključena celota. Gre torej za kompleksen sistem odnosov in afekta, ki se ustvarja med njimi, ter afekta, ki ga ustvarja celoten sistem s svojimi specifičnimi vzorci odnosov, ki jih omogoča (Gostečnik 2010: 316).

1.8.2.2. Interpersonalna raven

Relacijska družinska terapija je zavestno odkrivanje ali raziskovanje, kje ima določen problem svoje korenine ter kako ga je mogoče razrešiti, in sicer na vseh treh nivojih: sistemskem, interpersonalnem in intrapsihičnem. Z drugimi besedami, gre za odkritje sistema, interpesonalnega ali intrapishičnega afektivnega konstrukta, ki v sistemu vzdržuje čisto določene vzorce odnosov, le-ti pa za svoj obstoj in polni razmah nujno potrebujejo določeno problematično vedenje (Gostečnik 2010: 317).

1.8.2.3. Afektivni psihični konstrukt

Afektivni psihični konstrukt predpostavlja kognitivno, vedenjsko in čustveno konfiguracijo ter tudi organsko komponento. Vse te komponente so utemeljene na temeljnem afektu, oziroma na najmočnejših posameznikovih doživetjih skozi določeno življenjsko razdobje v mladosti, na močnih travmatičnih doživetjih skozi določeno življenjsko razdobje v mladosti

ali pa na močnih travmatičnih doživetjih, kot je npr. zloraba, ki se nadaljuje v najrazličnejših oblikah odnosov ter se s tem lahko utrjuje v posameznikovi psihični strukturi in na ta način lahko postane njen bistveni del. Afektivni psihični konstrukt zato tudi predstavlja najglobljo povezanost oziroma zvezanost s primarnimi odnosi ali pa s fizično, spolno, kognitivno, čustveno in z mentalno zlorabo in v njem so vsebovani vsi obrambni mehanizmi (odcepitev, diosciacija, zanikanje, racionalizacija itd.), ki posamezniku preprečujejo, da bi se neposredno soočil s svojim psihičnim zapletom ali travmo. Preko mehanizma projekcijsko – introjekcijske identifikacije se ti vzorci odnosov prenesejo na drugega in se torej v odnosu z novim človekom spet ponovijo. Na ta način lahko afektivni psihični konstrukt zavira zdravo in funkcionalno komunikacijo (Gostečnik 2010: 317-318).

1.8.2.4. Temeljni afekt

Temeljni afekt predstavlja najgloblje psihične vsebine, ki vzdržujejo celoten družinski sistem v njegovi nefunkcionalnosti, predvsem na sistemski ravni, kamor so ti afekti vrisani (Schoore 2003, v Gostečnik 2010: 320). Zato mora terapevt že na samem začetku terapije odkriti te afektivne vsebine, ki so večkrat zelo prekrите, zato pa so zelo vidni simptomi ali afektivni psihični konstrukti. Po mnenju utemeljitelja relacijske družinske terapije Gostečnika (ibid), so ti konstrukti kompromis, ki se lahko predstavlja kot določena fobija, psihosomatsko obolenje, zloraba drog ali alkohola, zakonski konflikt, nesočutno starševstvo in podobno.

1.8.2.5. Projekcijsko – introjekcijska identifikacija

Pri projekcijsko – introjekcijski identifikaciji gre za vnaprejšnjo odcepitev, zanikanje, potlačitev ali disociacijo določenih bolečih, travmatičnih ali nesprejemljivih psihičnih vsebin, ki jih posameznik, par ali pa celotni sistem zaradi notranje napetosti, ki se prebudi v stiku z drugim ali drugimi, projicira na osnovi valentnosti v čisto določenega posameznika, ki postane naslovnik oziroma nosilec teh nerazrešenih nesprejemljivih psihičnih, večkrat pa tudi organskih vsebin. V sistemskih teoriji tega posameznika imenujemo identificirani pacient, ki na najrazličnejše načine odigrava te psihične in organske vsebine (Gostečnik 2004: 146).

1.8.2.6. Kompulzivno ponavljanje

Kompulzivno ponavljanje je prisilno ponavljanje osnovnih modelov intrapsihične, interrelacijske in sistemske interakcije ter komunikacije ter njihovih odcepljenih in potlačenih afektov; pri tem gre za ponavljanje in novo ustvarjanje konfliktnih situacij, travm in vedenjskih modelov v človekovem osebnem in interaktivnem mišljenju in čutenju. Posameznik se aktivno trudi, da bi ustvaril situacijo, ki bi bila podobna pretekli situaciji, da bi

se ta lahko v novem okolju z vso silovitostjo afekta ponovno odigrala na prejšnji način. Ta dinamika se lahko ponavlja tako znotraj kot zunaj terapije (Chu 1991; van der Kolk 1996, v Gostečnik 2004: 183).

1.8.2.7. Regulacija afekta

Regulacija afekta je ena najbolj bistvenih komponent relacijske družinske terapije. Posameznik je reguliran s štirih strani: s strani jaza, strani relacijskega polja, strani afekta, ki nastaja v psihičnem prostoru med jazom in objektom, ter s strani systemskega, družinskega sistema, torej afektov, ki prevevajo in ustvarjajo vzdušja v družini, vse skupaj pa tvori systemsko celovitost. Relacijska družinska terapija se osredotoča na vse štiri dimenzije, in sicer na kreacijo in vzdrževanje relativno stabilnega koherentnega čuta jaza in kontinuitete ter potek percepcije in afekta ter ustvarjanje in vzdrževanje trajne povezanosti z drugimi, tako v dejanskem interpersonalnem, systemskem, kakor tudi v notranjepsihičnem svetu. Vse te dinamike ustvarjajo systemsko ravnovesje, se medsebojno pogojujejo in vzajemno vplivajo druga na drugo. Dialektika med definicijo jaza in povezanostjo z drugimi ter s celotnim sistemom je večkrat izjemno kompleksna. Skoraj bi lahko rekli, da ena ali druga dimenzija izmenično dobivata prednost. Regulacija sebe in regulacija polja ter regulacija afekta in sistema so procesi, ki včasih krepijo drug drugega in so včasih v nasprotju drug z drugim ter tako lahko kreirajo zelo močne konflikte. Intrapsihična kot tudi interpersonalna in systemska komponenta se stalno prepletajo, vsaka s svojimi procesi, mehanizmi in najrazličnejšimi vidiki (Gostečnik 2010: 334).

1.8.2.8. Podsistemi in hierarhija

Podsistemi in hierarhija sta dva koncepta, ki jih relacijska družinska terapija upošteva pri svojem umeščanju tako teorij kot tudi prakse vseh treh relacijskih modelov (interpersonalna analiza, objekt-relacijska teorija, psihologija jaza). Vsaka izmed teh teorij se na svoj način osredotoča na čisto določen podsystem, pri tem pa vedno upošteva hierarhično ureditev posameznikove psihične strukture, ki je vedno systemsko, interpersonalno in intrapsihično skonstruirana in organizirana. Zato tudi terapevt išče temeljni afekt in afektivni psihični konstrukt postopoma na vseh treh nivojih. In če se tu najprej osredotočimo na notranjepsihčne strukture, potem na osnovi interpersonalne psihoanalize relacijska družinska terapija v sistemu predvsem raziskuje temeljne afekte, afektivni regulacijski sistem in kako se le-ta prenaša na posameznike in na njihove medsebojne interakcije. Z ozirom na objekt-relacijsko teorijo, relacijska družinska terapija odkriva predvsem vpliv zgodnjih objektov ali staršev in ostalih pomembnih oseb (notranjepsihčne podobe), ki so kreirale odnose v posameznikovi

mladosti in se sedaj ponavljajo v najrazličnejših afektivnih navezavah na druge, ki spominjajo na te zgodnje intrapsihične podobe. S pomočjo psihologije jaza pa se relacijska družinska terapija osredotoča na razvoj posameznikovega jaza in njegovih notranjepsihičnih podob, ki so nastale na podlagi primarni odnosov v njegovi izvorni družini ter na osnovi teh afektivnih odnosov skreirale določeno samopodobo posameznika, ki je lahko zelo izkrivljena in vodi, ohranja in vzdržuje odnos do sebe pa tudi do drugih. Vsi trije relacijski modeli predstavljajo intrapsihični podsistem in v medsebojni povezavi interpersonalni sistem v celovitosti sistemske dinamike, ki kreira posameznikovo doživljanje v okviru družinskega sistema. Temeljni afekt je mogoče prepoznati oziroma ga v relacijski družinski terapiji raziskujemo na intrapsihični, interpersonalni ali pa na sistemski ravni vsake družine. Ta dva sistema (intrapsihični in interpersonalni) sta namreč samo dva dela večjega in celovitejšega družinskega sistema, v katerem šele dokončno dobivata svoje pravo mesto in predvsem polni pomen. Gre torej za prenos intrapsihičnih in interpersonalnih temeljnih afektov na sistemski nivo, kjer ga je mogoče dokončno prepoznati, razrešiti pa ga je mogoče le, če najdemo njegove korenine v interpersonalnih odnosih in zlasti na intrapsihičnem nivoju psihičnega življenja posameznika (Gostečnik 2010: 336-339).

1.8.3. RAZISKAVE UČINKOVITOSTI RELACIJSKE DRUŽINSKE TERAPIJE TER STROKOVNA UTEMELJENOST MODELA

Relacijska družinska terapija je v zadnjem desetletju v Sloveniji postala zelo razširjen model terapevtske obravnave posameznika, para ali družine. Model je teoretično in znanstveno utemeljil njen ustanovitelj dr. Christian Gostečnik v svojih delih (Gostečnik 2004, 2010). V zvezi s tem modelom je bilo opravljenih kar nekaj raziskav, od katerih jih večina objavljenih vsebuje študije primera (npr. Kompan Erzar, Gostečnik in Erzar 2005; Rožič 2004; Cvetek et al. 2006; Gostečnik, Repič in Cvetek 2009) ali pa se osredotočajo na spremembe posameznih merjenih lastnosti, kot je na primer samopodoba, intimnost in podobno (npr. Repič 2007 v Repič 2008: 180-181). V raziskavi, ki jo je izvedel Cvetek s sodelavci (Cvetek 2006 v Cvetek 2009: 222-225) so v poglobljeni študiji 36 kliničnih primerov travme relacijski družinski terapevti navajali najpomembnejše aktivnosti pri njihovem delu, hkrati pa so ocenjevali katere terapevtske dejavnosti so najmočnejše povezane večjim ocenjenim napredkom (predelavo) v

terapiji. V isti študiji primerov so ugotavljali tudi aktivnosti klienta, ki so najpogostejše za predelavo travme ter pogostost najpomembnejših dogodkov na terapiji (ibid).

Trenutno v okviru doktorskega študija relacijske družinske terapije potekajo številne raziskave, ki bodo še prispevale k znanstveni utemeljitvi in teoretičnim razlagam modela, med katerimi sta tudi vsaj dve raziskavi učinkovitosti. Ena raziskuje učinkovitost relacijskega družinskega modela za izboljšanje emocionalnega procesiranja - izražanja, zaznavanja in predelave/stabilnosti čustev pri klientih (Cvetek v teku). Druga (Kreš v teku) pa vsebuje večje število udeležencev – tako tistih, ki so vključeni v relacijsko družinsko terapijo, kot tudi tistih, ki niso, hkrati pa vključuje tudi pomembnejše lastnosti posameznikovega funkcioniranja, funkcioniranja para in družine. Gre za celostno raziskavo iz prakse različnih centrov, ki že obstajajo v Sloveniji in izvajajo terapije po relacijskem družinskem modelu in ki lahko oriše dejansko stanje in učinkovitost tovrstne pomoči ljudem. Odpira namreč možnost empiričnega, metodološko primernega raziskovanja učinkovitosti modela, hkrati pa tudi poglobljen uvid v povezanost med spremembami na različnih sistemih človeškega delovanja. Raziskovanje spremembe v terapevtskem modelu, ki zajame tako notranjepsihično, medosebno kot tudi sistemsko raven človeškega doživljanja, lahko pomembno prispeva k razvoju teoretičnega razumevanja in izboljšanju klinične prakse na področju družinske terapije.

2. OPREDELITEV PROBLEMA

Že pri teoretičnem raziskovanju sem ugotovila, da je ponudba svetovalne in psihoterapevtske pomoči ljudem v čustveni stiski precej raznolika, tako glede organiziranosti in zagotavljanja terapevtskih in svetovalnih storitev, kot tudi glede teoretskih podlag za izvajanje le-teh. Ker v medijskih prispevkih in oglasih v Sloveniji lahko zasledimo vedno več različnih institucij, ki nudijo tovrstno pomoč, me je zanimalo, kam se lahko umestijo v sistemu socialnega oz. zdravstvenega varstva ter kakšna je njihova dostopnost za uporabnike.

Glede na to, da obstajajo številne teoretske smeri me je zanimalo, kdo usposablja bodoče terapevte za določeno terapevtsko modaliteto ter katere so krovne institucije za posamezno smer, ki zagotavljajo kakovost izvajanja teh storitev v Sloveniji. Pri pregledu izvajalcev sem izločila centre za socialno delo in zdravstvene ustanove, saj je njihovo zagotavljanje storitev urejeno z zakonom, ki ureja tako izvajanje kot tudi dostopnost za uporabnike, sem pa njihovo delovanje teoretično opisala ravno zaradi umestitve različnih vrst svetovalne oz. psihoterapevtske pomoči v razmerje s tema dvema področjema.

Natančneje sem želela opisati mrežo izvajalcev relacijske družinske terapije. Gre za relativno novo in hitro rastočo smer, katere utemeljitelj je Slovenec dr. Christian Gostečnik, in ki je edina od psihoterapevtskih smeri v Sloveniji, za katere se terapevti lahko izobražujejo na Univerzi v Ljubljani in dosežejo strokovni oz. znanstveni naziv iz te smeri. Da bi ugotovila, kakšna je dostopnost psihoterapije po relacijskem – družinskem pristopu za kliente ter kako je organizirano izvajanje psihoterapevtskih storitev v praksi, sem popisala vse ustanove, ki jo izvajajo, njihovo pravno organizacijsko obliko, šifro glavne dejavnosti, število zaposlenih in ostalih sodelujočih ter morebitno sofinanciranje njihove dejavnosti s strani javnih ali zasebnih sofinancerjev. Na ta način sem želela ugotoviti tudi regijsko pokritost centrov za relacijsko družinsko terapijo.

V zadnjem delu so me zanimale značilnosti uporabnikov relacijske družinske terapije. Na podlagi delnih rezultatov ankete, ki je bila opravljena med udeleženci relacijske družinske terapije v številnih centrih po Sloveniji, sem želela ugotoviti spol, starost in še nekatere druge značilnosti uporabnikov.

3. METODOLOGIJA

3.1. VRSTA RAZISKAVE

Raziskava je deskriptivna kvantitativna.

3.2. VIRI PODATKOV

Podatke sem pridobila iz:

- spletnih strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve,
- zakonodaje s področja socialnega varstva, šolstva, zdravstva, idr.,
- literature s področja psihoterapije in svetovanja v Sloveniji,
- spletnih strani različnih združenj, inštitutov, psihoterapevtskih ustanov,
- spletnega registra Agencije Republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve (AJPES),
- spletnih strani Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije ter spletnih strani posameznih ustanov, ki izvajajo relacijsko družinsko terapijo,
- telefonskih in elektronskih stikov z direktorji posameznih ustanov, ki izvajajo relacijsko družinsko terapijo,
- ankete, ki so jo izpolnjevali uporabniki storitev relacijske družinske terapije po različnih ustanovah, ki izvajajo relacijsko družinsko terapijo v Sloveniji.

3.3. ZBIRANJE PODATKOV

Podatke o organiziranosti terapevtskih smeri v Sloveniji, o njihovih krovnih organizacijah in o izobraževanju za posamezno smer sem poiskala na spletnih straneh posameznih institucij. Podatke o relacijski družinski terapiji in njenih izvajalcih sem poiskala na spletni strani združenja zakonskih in družinskih terapevtov, na spletnih straneh posameznih izvajalcev oz. institucij, v predstavitveni brošuri Združenja zakonskih in družinskih terapevtov (Jerebic 2010), na spletnem portalu Agencije republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve (AJPES) in pa preko direktnih stikov s posameznimi centri oziroma njihovimi direktorji. Vsem centrom sem poslala elektronsko sporočilo, v katerem sem jih spraševala po podatkih o zaposlenih ter o možnostih znižanja plačil za uporabnike. Z nekaterimi centri sem navezala tudi telefonski stik. Podatke sem pridobivala juliju in avgustu 2010.

Podatke, ki sem jih uporabila za predstavitev značilnosti uporabnikov relacijske družinske terapije, sem pridobila znotraj širše raziskave v okviru doktorskega študija zakonske in družinske terapije, na temo sprememb pri udeležencih v relacijski družinski terapiji (Kreš v teku). Udeleženci raziskave so uporabniki relacijske družinske terapije v različnih ustanovah v Sloveniji, ki so preko spleta odgovarjali na vprašalnik spremembe v sistemski terapiji (angl. Systemic Therapy Inventory of Change, Pinsof et al. 2005). Raziskava še poteka, za to diplomsko delo sem uporabila samo nekaj demografskih podatkov vzorca 209 udeležencev, z namenom orisati nekaj osnovnih značilnosti uporabnikov relacijske družinske terapije.

3.4. OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV

Podatke o terapevtskih smereh v Sloveniji, njihovih krovnih organizacijah ter o ustanovah, ki izvajajo izobraževanje iz določene smeri, sem poiskala na spletnih straneh izvajalcev psihoterapije v Sloveniji ter na straneh njihovih krovnih organizacij. Podatke sem zbrala v tabeli, kjer sem poleg imena ustanove v oklepaju navedla tudi sedež ustanove in leto ustanovitve. Osnovne podatke o ustanovah, ki izvajajo relacijsko družinsko terapijo sem poiskala na spletni strani Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, podatke o organizacijski obliki in letu ustanovitve sem našla na spletnem portalu Agencije republike Slovenije za javnopravne evidence in storitve (AJPES), podatke o sofinancerjih dejavnosti sem našla na spletnih straneh ustanov in preko elektronskih stikov z direktorji le-teh. Podatke o zaposlenih in o možnosti znižanja plačil sem pridobila preko telefonskih in elektronskih stikov z direktorji posameznih centrov.

Centre sem zaradi preglednosti porazdelila po posameznih regijah in tako pridobila tudi podatke o pokritosti posameznih regij s tovrstnimi ustanovami. Pri razdelitvi posameznih centrov na regije sem uporabila razdelitev na statistične regije, kot jo uporablja Statistični urad Republike Slovenije.



Slika 3-1: Statistične regije v republiki Sloveniji (Wikipedia, 2010)

Podatke o lastnostih uporabnikov relacijske družinske terapije sem pridobila v okviru širše raziskave, v kateri so uporabniki relacijske družinske terapije v Sloveniji odgovarjali na spletni vprašalnik spremembe v sistemski terapiji (Pinsof et. al. 2005). V tej diplomski nalogi je bil uporabljen le manjši del odgovorov iz omenjenega sicer precej obsežnega vprašalnika, ki se nanaša na demografske podatke udeležencev, prav tako je so bili uporabljeni samo vprašalniki iz eksperimentalne skupine (skupno število udeležencev iz eksperimentalne skupine je 209). Podatke sem grafično prikazala in opisala.

3.5. RAZPRAVA IN SKLEPI

3.5.1. ORGANIZIRANOST TERAPEVTSKIH SMERI V SLOVENIJI

Tabela 3-1: Organiziranost terapevtskih smeri v Sloveniji

TERAPEVTSKA SMER	KROVNE ORGANIZACIJE	IZOBRAŽEVANJE
ANALITSKO ORIENTIRANA PSIHOTERAPIJA	Združenje psihoterapevtov Slovenije (Ljubljana, 1998)	Univerza Sigmunda Freuda (USF) Dunaj v sodelovanju s Slovenskim inštitutom za psihoterapijo (SIP)

SKUPINSKA ANALIZA	Slovensko društvo za skupinsko analizo (1998), Združenje psihoterapevtov Slovenije (Ljubljana, 1998)	Slovensko društvo za skupinsko analizo – Inštitut za skupinsko analizo Ljubljana (Psihiatrična klinika Ljubljana) v sodelovanju z European group analytic training institutions network (E.G.A.T.I.N), The institute of group analysis (London) in Group analytic society (London)
BIVANJSKA (DASEIN) ANALIZA	Združenje psihoterapevtov Slovenije (Ljubljana, 1998)	Podatka o izobraževanju nisem našla.
GLOBINSKO PSIHOLOŠKA PSIHOTERAPIJA	Slovensko društvo za globinskopsihološko terapijo (Marezige), Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP, 1998),	Svet za izobraževanje za globinskopsihološko terapijo v sodelovanju s Slovenskim inštitutom za psihoterapijo (SIP) in Univerzo Sigmunda Freuda (Dunaj)
KOGNITIVNO – VEDENJSKA TERAPIJA	Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije (Ljubljana, 1997), European association for behavioral and cognitive therapies (EABCT, Utrecht, 1992), International association for Cognitive Psychotherapy (IACP)	Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije (Ljubljana) v sodelovanju s predavatelji in supervizorji iz Hrvatskih udruženja za kognitivne i behavioralne terapije (HUBIKOT)

SISTEMSKA PSIHOTERAPIJA ² »Londonska« sistemska skupina in Skupina za kibernetiko psihoterapije in sistemski pristop	Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP, 1998), (International Family Therapy Association (IFTA, ZDA, 1987),	Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani; Slovenski inštitut za psihoterapijo (SIP) v sodelovanju z Univerzo Sigmunda Freuda (Dunaj) – izbirna smer ob izobraževanju iz psihoanalize in globinsko psihološke psihoterapije
TRANSAKCIJSKA ANALIZA	SLOVENTA – društvo za transakcijsko analizo Slovenije (Ljubljana, 1995), Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP, 1998), European association for transactional analysis (EATA, Ženeva, 1976), International transactional analysis association (ITAA, Kalifornija, 1960)	Inštitut za psihoterapijo transakcijske analize (IPTA)
GESTALT TERAPIJA	Slovensko društvo za geštalt terapijo – SLOGES (Ljubljana, 2009), European association for gestalt therapy (EAGT, Nemčija, 1985), Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP, 1998)	Gita – inštitut za geštaltsko terapijo (Ljubljana)

² Možina in Rus Makovec (2010: 212) navajata, da so se v Sloveniji v zadnjih dveh desetletjih razvile štiri skupine strokovnjakov, ki se ukvarjajo z družinsko terapijo. Dve skupini sta eksplicitno sistemski: t.i. »londonska« sistemska skupina in skupina za kibernetiko psihoterapije, drugi dve - skupina relacijskih družinskih terapevtov ter skupina izkustvenih geštalt družinskih terapevtov – pa v svoj pristop integrirata tudi sistemske koncepte in metode. Ker sta slednji dve v tej nalogi umeščeni v posebna razdelka, na tem mestu navajamo podatke za prvi dve skupini, kot je razvidno iz opisa.

GESTALT IZKUSTVENA TERAPIJA	European association for gestalt therapy (EAGT, Nemčija, 1985), Slovenska krovnna zveza za psihoterapijo (SKZP, 1998)	Inštitut za družinsko terapijo (Ljubljana, 2005) v sodelovanju s Kemplerjevim inštitutom iz Nizozemske
REALITETNA TERAPIJA	Društvo za realitetno terapijo Slovenije (Izola, 1992), Slovenska krovnna zveza za psihoterapijo (SKZP, 1998), European Association for Reality Therapy (Slovenija, 2008), Evropska zveza za psihoterapijo (EAP, Dunaj, 1991)	Inštitut za realitetno terapijo (Kranj)
INTEGRATIVNA TERAPIJA	Slovensko društvo za integrativno – geštalt terapijo, Slovenska krovnna zveza za psihoterapijo (SKZP, 1998), Evropska zveza za psihoterapijo (EAP, Dunaj, 1991)	EAG – FPI Podružnica Maribor v sodelovanju s Fritz Perls Institut (FPI, Dusseldorf) in Evropsko akademijo za psihosocialno zdravje in kreativno rast (EAG, Huckleswagen)
INTEGRATIVNA PSIHOTERAPIJA – RELACIJSKA SMER	Društvo za integrativno psihoterapijo in transakcijsko analizo (SINTA, Ljubljana, 2009), Slovenska krovnna zveza za psihoterapijo (SKZP, 1998), European Association for Integrative Psychotherapy (EAIP, London, 1993), International Integrative Psychotherapy Association (IIPA, ZDA, 2001)	Inštitut za integrativno psihoterapijo in svetovanje (IPSA, Ljubljana) v sodelovanju z učitelji integrativne terapije, ki delujejo v okviru mednarodne in evropske zveze za integrativno psihoterapijo (IIPA, EAIP)

PSIHODRAMA	V Sloveniji ni krovne organizacije	Institut za psihodramu (Beograd), Hrvatsko psihodramsko društvo (Zagreb), London centre for psychodrama (London), Oxford school for psychodrama and integrative psychotherapy (OSPIP, Oxford)
LOGOTERAPIJA	Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP, 1998)	V Sloveniji ni izobraževanja, ABILE - Ausbildungsinstitut für logotherapie und existenzanalyse (Dunaj) ter inštituti v številnih drugih državah po svetu
NEVROLINGVISTIČNO PROGRAMIRANJE	Slovensko društvo za nevrolingvistično programiranje (Ljubljana, 1996), European Association for Neurolinguistic Psychotherapy (Dunaj, 1995), Evropska zveza za psihoterapijo (EAP, Dunaj, 1991 – modality member)	Idealis, trening odličnosti, Marjan Račnik s.p. (Štore), Bisernica, zavod za razvoj kreativnosti in osebno rast (Kranj), NLP inštitut (Ljubljana), Miba marketing d.o.o. (Ljubljana), Candor – Dominko k.d. (Ljubljana), Osebno in poslovno svetovanje, Nataša Kogoj s.p. (Logatec), Glotta nova d.o.o. (Ljubljana), Tan Taja Veroti s.p. (Ljubljana), Sledi d.o.o., izobraževanje, svetovanje in založništvo (Žalec)
IMAGO TERAPIJA	Slovensko društvo za imago terapijo (Kranj, 2008), Imago relationships International (New York, 2002)	Zavod Mirabi (Kranj) v sodelovanju z Jette Simon (Imago Relationships international)

RELACIJSKA DRUŽINSKA TERAPIJA	Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije (Ljubljana, 2007)	Univerza v Ljubljani, Teološka fakulteta v sodelovanju s Frančiškanskim družinskim inštitutom
-------------------------------------	--	--

3.5.2. ORGANIZIRANOST IZVAJANJA IN USPOSABALJANJA IZ RELACIJSKE DRUŽINSKE TERAPIJE

3.5.2.1. *Izobraževanje iz relacijske družinske terapije*

Leta 2001 je bil na Univerzi v Ljubljani (Teološka fakulteta) uveden specialistični študij zakonske in družinske terapije, leta 2004 pa tudi magistrski in doktorski študij. Pred bolonjsko prenovi so se izvajali naslednji programi:

- Zakonska in družinska terapija (izobraževanje je obsegalo dve leti študija in omogočalo pridobitev naziva »specialist/ka zakonske in družinske terapije«),
- magistrski program Zakonska in družinska terapija (izobraževanje je obsegalo dve leti študija ter zagovor magistrske naloge, omogočalo je pridobitev naziva "magister/magistrica zakonske in družinske terapije") in
- doktorski program s področja Zakonske in družinske terapije (zobraževanje je obsegalo dve leti študija po pridobitvi naziva magister, omogočalo je pridobitev naziva "doktor/doktorica znanosti s področja zakonske in družinske terapije".).

Po bolonjski prenovi pa se za relacijsko družinsko terapijo izobražuje znotraj naslednjih programov:

- magistrski program Zakonske in družinske študije, smer Zakonska in družinska terapija, ki traja dve leti, in s katerim študenti pridobijo naziv "magister/magistrica zakonskih in družinskih študij";
- program izpopolnjevanja Zakonska in družinska terapija, ki traja dve leti in s katerim se pridobi javne listine ter
- doktorski program s področja zakonske in družinske terapije, ki traja tri leta in študenti z njim pridobijo naziv "doktor/doktorica znanosti".

Študij je do avgusta 2010 dokončalo okrog 160 študentov znotraj različnih programov.

Poleg Teološke fakultete pri izvajanju programov sodeluje tudi Frančiškanski družinski inštitut, zasebni zavod ustanovljen leta 1995, ki študentom zagotavlja osebno terapevtsko

izkušnjo ter praktično usposabljanje. Inštitut je član Evropskega združenja za družinsko terapijo (European Family Therapy Association, EFTA) in Zbornice inštitutov za izobraževanje terapevtov (Training Institute Chamber, TIC) pri EFTA. Program se v svojem delovanju naslanja tudi na načela Mednarodnega združenja za družinsko terapijo (International Family Therapy Association, IFTA) ter Ameriškega združenja za zakonsko in družinsko terapijo (American Association for Marriage and Family Therapy, AAMFT).

V okviru izobraževanja je vključen tudi praktični del - stažiranje, ki traja najmanj dve leti po enem od zgoraj opisanih izobraževanj in se opravlja po ustreznih ustanovah (centrih), kjer izvajajo relacijsko družinsko terapijo. Ustanove, ki nudijo ustrezne strokovne, organizacijske in druge pogoje za opravljanje staža, objavi strokovni svet Združenja zakonskih in družinskih terapevtov na spletni strani, ki je namenjena članom. Po opravljenem praktičnem usposabljanju v obliki direktnih stikov s klienti pod redno supervizijo, opravljeni osebni izkušnji in že zaključenem študiju lahko član Združenja zaprosi za imenovanje v naziv zakonski in družinski terapevt. To imenovanje je podlaga za naslednja imenovanja v supervizorja, učitelja in terapevta z osebno izkušnjo.

3.5.2.2. Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije

Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije (v nadaljevanju uporabljam tudi izraz Združenje) je društvo, ki je bilo ustanovljeno z ustanovno skupščino decembra 2007 v Kranju z namenom povezovanja in medsebojne profesionalne podpore, izobraževanja, zagotavljanja kakovosti izvajanja zakonske in družinske terapije, razvoja stroke, urejanja zakonskih podlag za delo zakonskih in družinskih terapevtov, uveljavitve zakonske in družinske terapije ter zagotavljanja dostopnosti storitev zakonske in družinske terapije uporabnikom (ZDT.SI 2007). Ob ustanovitvi je štelo 48 članov, ki so si zadali naslednje cilje, ki so jih zapisali v svoj Statut (ibid.):

- povezovati in profesionalno podpirati specialiste, magistre in doktorje znanosti, ki so zaključili podiplomski študij Zakonske in družinske terapije na Univerzi v Ljubljani in drugih oseb, ki izpolnjujejo pogoje za članstvo;
- spodbujati medsebojno sodelovanje članstva, izmenjavo dobrih praks in rezultatov znanstvenoraziskovalnega dela ter permanentno izobraževanje članov in druge zainteresirane javnosti na področju zakonske in družinske terapije;

- prispevati k napredku, razvoju in ugledu stroke na področju zakonske in družinske terapije;
- razvijati kakovost strokovnega dela zakonskih in družinskih terapevtov in zagotavljati etičnost njihovega delovanja;
- sodelovati pri oblikovanju zakonodaje s področja zakonske in družinske terapije ter psihoterapije;
- prizadevati si za prepoznavnost in uveljavitev zakonske in družinske terapije v Sloveniji in tujini;
- omogočati dostop do storitev zakonske in družinske terapije najširšemu krogu zainteresiranih uporabnikov;
- humanitarna dejavnost, predvsem pomoč družinam v stiski.

Članstvo v združenju je prostovoljno, član pa lahko postane vsaka fizična oseba, ki ima dokončan podiplomski študij Zakonske in družinske terapije na Univerzi v Ljubljani, oz. je študent z že zaključenim drugim letnikom omenjenega študija. Član postane lahko tudi nekdo, ki je zaključil katero izmed drugih oblik izobraževanja za zakonskega in družinskega terapevta v Sloveniji ali v tujini, ki jih Združenje priznava kot sorodne ali primerljive. Osebe, ki ne izpolnjujejo navedenih pogojev, lahko postanejo simpatizerji Združenja (ZDT.SI 2007). V avgustu 2010 Združenje šteje 194 članov in 48 simpatizerjev.

V podiplomski študij zakonske in družinske terapije se vsako leto lahko vpiše 30 novih študentov in ker jih večina tudi uspešno zaključi študij, se je pokazala potreba po strožji ureditvi in pogojih, s katerimi bi regulirali področje relacijske družinske terapije v Sloveniji in njene izvajalce. Tako je strokovni svet Združenja je sprejel kriterije, na podlagi katerih terapevtom, ki jih izpolnjujejo, podeli določen naziv (zakonski in družinski terapevt, supervizor, terapevt za osebno izkušnjo, učitelj). Z izvolitvijo v naziv Združenje posameznemu terapevtu prizna in potrdi, da poleg temeljnih pogojev, ki so pogoj za terapevtsko delo, izpolnjuje tudi dodatne. Kriteriji za nazive so navedeni v Prilogi 1 te diplomske naloge. Kriteriji so skladni s kriteriji, ki jih za licenciranje svojih članov predpisuje Ameriška zveza za zakonsko in družinsko terapijo (AAMFT). Prvi nazivi so bili podeljeni septembra 2008, do avgusta 2010 pa je Združenje podelilo nazive 19 zakonskim in družinskim terapevtom, 5 supervizorjem, 3 učiteljem in enemu terapevtu za osebno izkušnjo. V postopku izvolitve v različne nazive je še okrog 15 članov, ki bodo s strani strokovnega sveta Združenja potrjeni do naslednje redne skupščine Združenja v oktobru 2010.

Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije pripravlja Etični kodeks zakonskih in družinskih terapevtov, ki sloni na Kodeksu etike Ameriškega združenja zakonskih in družinskih terapevtov (AAMFT), s prilagoditvami za slovenski prostor. Ta etični kodeks je trenutno v obravnavi in do takrat se uporablja prevod ameriške verzije. Etični kodeks v tej različici ni zavezujoč in se uporablja kot priporočilo za etično delovanje. Ko bo sprejet Etični kodeks Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije (predvidoma na redni skupščini Združenja, oktobra 2010) bo postal zavezujoč in bo nadzor nad kršitvami prevzelo častno razsodišče Združenja. Ustanove, ki izvajajo relacijsko družinsko terapijo in katerih programi so sofinancirani s strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve RS, pa so že sedaj zavezane Kodeksu etike v socialnem delu in odgovorne osebe zavodov s svojim podpisom jamčijo, da pri svojem delu spoštujejo načela, zapisana v omenjenem kodeksu.

3.5.3. USTANOVE, KI IZVAJAJO RELACIJSKO DRUŽINSKO TERAPIJO

Prva ustanova, ki je bila ustanovljena za izvajanje relacijske družinske terapije ter za praktično usposabljanje bodočih terapevtov je bil Frančiškanski družinski inštitut in sicer leta 1995. Vzporedno z zaključevanjem študija številnih študentov relacijske družinske terapije pa se ustanavljajo številne nove ustanove, ki izvajajo relacijsko družinsko terapijo, pod svojim okriljem pa oblikujejo tudi terapevtske skupine za različne ciljne skupine (npr. skupine za starše, skupine za razvezane, skupine za zakonce, skupine za žrtve spolnih zlorab, skupine za moške storilce nasilja, skupine za žrtve fizičnega nasilja, številne terapevtske skupine za posameznike in druge). Pri svojem delu centri sodelujejo s psihiatri, psihiatričnimi bolnišnicami, centri za socialno delo, zdravstvenimi domovi, tožilstvi, družinskimi sodišči, ustanovami za reintegracijo duševnih bolnikov, ustanovami za zdravljenje in preprečevanje odvisnosti, z lokalnimi akcijskimi skupinami, materinskimi domovi, varnimi hišami in drugimi ustanovami, ki se vsakodnevno srečujejo z ljudmi v najrazličnejših stiskah in težavah. Prav tako zaposleni v centrih za relacijsko družinsko terapijo predavajo na različnih šolah in v zdravstvenih domovih. Svoje znanje in izkušnje posredujejo tudi na izobraževanjih in usposabljanjih, organiziranih v okviru Socialne zbornice Slovenije ter izvajajo supervizijo v javnih zavodih s področja šolstva, sociale in zdravstva (Jerebic 2010).

V razpredelnici spodaj sem za te centre zbrala podatke, ki se nanašajo na kraj izvajanja storitev, leto ustanovitve, pravno organizacijsko obliko ter glavno dejavnost. Zanimalo me je

tudi število sodelujočih v programih ustanov (tako redno zaposleni kot ostali sodelujoči, na primer zaposleni po različnih pogodbah in prostovoljci) ter morebitno sofinanciranje dejavnosti s strani države, občin ali donatorjev. Rezultate raziskave predstavljam v spodnji razpredelnici:

Tabela 3-2: Mreža ustanov ki izvajajo relacijsko družinsko terapijo v Sloveniji v okviru Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, na dan 20.8.2010.

NAZIV USTANOVE	KRAJ IZVAJANJA IN LETO USTANO- VITVE	PRAVNO ORGANIZACIJ - SKA OBLIKA IN ŠIFRA GLAVNE DEJAVNOSTI	ŠTEVILO REDNO ZAPOSLE NIH	ŠTEVILO OSTALIH SODE- LAVCEV	SOFINANCERJI DEJAVNOSTI V LETU 2010
Frančiškanski družinski inštitut	Ljubljana 1995	Zasebni zavod 88.999	5	8	MDDSZ, MO Ljubljana, donatorji
Inštitut Krog terapevtski center	Kranj 2004	Zasebni zavod 86.909	3	7	MDDSZ, MO Kranj, Občina Tržič
Družinski center Mir zavod za pomoč družinam v stiski	Maribor 2005	Zasebni zavod 88.999	3	3	MDDSZ, MO Maribor, donatorji, Evropski socialni sklad
Družinski center Stik (Center za zakonsko in družinsko terapijo Stik)	Ljubljana, Novo mesto 2005	Zasebni zavod 88.999	2	3	MDDSZ, MO Ljubljana, MO Novo mesto, donatorji

Zakonski in družinski inštitut Novo mesto	Novo mesto, Krško 2005	Zasebni zavod 88.999	2	7	MDDSZ, Ministrstvo za šolstvo in šport, MO Novo mesto, občine Brežice, Metlika, Krško, Šmarješke Toplice, Dolenjske Toplice, Straža, Črnomelj, donatorji
Center za družinsko terapijo Kamnik	Kamnik 2006	Zasebni zavod 88.999	3	3	MDDSZ, Občina Kamnik
Družinski inštitut Bližina	Celje, Jesenice 2006	Zasebni zavod 88.999	3	6	MDDSZ, MO Celje, Slovenj Gradec, Kranj, Murska sobota; občine Šmarje pri Jelšah, Podčetrtek, Vojnik, Laško, Žalec, Šentjur, Rogatec, Rogaška Slatina, Slovenske Konjice, Zreče, Polzela, Kranjska gora, Jesenice, Bohinj, Fundacija Vincenca Drakslerja, donatorji
Psihoterapevtski inštitut - PTI d.o.o.	Celje 2006	Družba z omejeno odgovornostjo 86.909	1	0	/

Terapevtski inštitut - Odnos	Izola 2006	Zasebni zavod 88.999	1	7	MDDSZ, MO Koper, občini Izola in Piran, donatorji
Družinski center Sveta gora	Solkan 2007	Zasebni zavod 88.999	1	2	MDDSZ
Inštitut Logos vitae	Cerknica 2007	Zasebni zavod 86.909	0	2	Občina Cerknica
Midva – zakonski in družinski center	Ptuj 2007	Zasebni zavod 88.999	1	2	/
Svetovalnica Fužine (deluje v okviru CSD Ljubljana Moste – Polje)	Ljubljana, Leta 2007 začnejo izvajati relacijsko družinsko terapijo	Javni zavod	0	7	MDDSZ
Zavod Namen	Ljubljana 2007	Zasebni zavod 88.999	0	4	/
Družinski inštitut	Ljubljana 2008	Zasebni zavod 71.129	2	1	/
Center za izobraževanje, supervizijo in terapevtsko pomoč	Maribor 2008	Zasebni zavod 88.999	2	4	MDDSZ, donatorji
Zavod Ptica	Kranj Relacijsko družinsko terapijo začnejo izvajati leta	Zasebni zavod 70.220	1	0	/

Družinski inštitut Zaupanje	Sevnica 2009	Zasebni zavod 88.999	4	1	MDDSZ
--------------------------------	-----------------	----------------------------	---	---	-------

Poleg naštetih 17 zavodov in ene družbe z omejeno odgovornostjo, relacijsko družinsko terapijo izvaja še 8 terapevtov, ki svojo dejavnost opravljajo kot samostojni podjetniki, tako da je skupno število centrov za relacijsko družinsko terapijo 26. Vključila sem samo pravne osebe, v katerih so direktorji (oziroma vsaj polovica zaposlenih) člani Združenja zakonskih in družinskih terapevtov in jih zato v svoji predstavitvi (Jerebic 2010) ter na svoji spletni strani Združenje navaja kot institucije pod njegovim okriljem. Razlog za ta izbor je v tem, da lahko za te institucije Združenje predpisuje in nadzira ustrezno raven strokovnosti in kakovosti storitev ter pogojev za delo. Za razliko od večine zavodov samostojni podjetniki s področja relacijske družinske terapije v Sloveniji za svoje programe ne prejemajo sofinanciranja iz proračunskih sredstev in lahko pri svojem poslovanju zasledujejo cilj doseganja dobička. V tej diplomski nalogi jih navajamo z namenom prikazati mrežo izvajalcev relacijske družinske terapije ter kot primer organiziranja izvajanja družinske terapije v obliki spremljevalne dejavnosti oz. profitne storitve.

Tabela 3-3: Samostojni podjetniki posamezniki, ki izvajajo relacijsko družinsko terapijo v Sloveniji v okviru Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, na dan 20.8.2010.

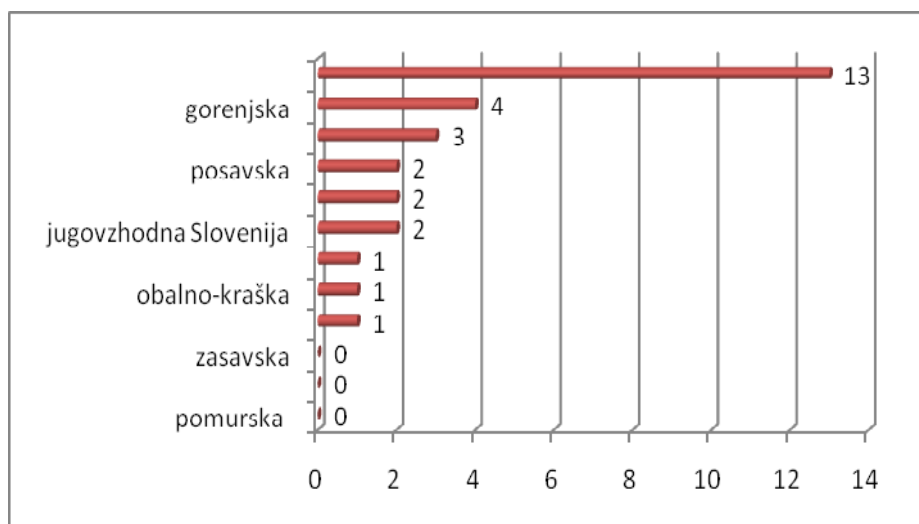
NAZIV	KRAJ IZVAJANJA	LETO USTANOVITVE	ŠIFRA GLAVNE DEJAVNOSTI
Svetovanje in izobraževanje, Jana Lavtižar s.p.	Ljubljana	2005	74.300
Izobraževanje, svetovanje in psihoterapija, Darja Justinek s.p.	Ljubljana	2007	85.600
Polona Ozbič s.p.	Ljubljana	2007	72.200

Psihoterapije Simbalein, Edin Duraković s.p.	Ljubljana	2009	86.909
Zakonska in družinska terapija, Saša Poljak s.p.	Ljubljana	2009	88.999
Katjuša Jakšič s.p.	Ljubljana	2009	86.909
Sočutje, zakonske in družinske terapije, Tanja Repič Slavič s.p.	Ljubljana	2009	88.999
Zakonski in družinski inštitut Bohinj, Mateja Cvetek s.p.	Bohinj	2009	85.590

V pregledu mreže izvajalcev relacijske družinske terapije v Sloveniji sem ugotovila, da se dejavnost v večini primerov izvaja znotraj pravnoorganizacijske oblike zavoda. Zakon o zavodih (1991) med drugim določa, da so zavodi organizacije, ki se ustanovijo za opravljanje dejavnosti vzgoje in izobraževanja, znanosti, kulture, športa, zdravstva, socialnega varstva, otroškega varstva, invalidskega varstva, socialnega zavarovanja ali drugih dejavnosti, če cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička. Zavodi lahko sredstva za delo pridobivajo iz sredstev ustanovitelja, s plačili za storitve, s prodajo blaga in storitev na trgu in iz drugih virov, presežek prihodkov nad odhodki pa sme zavod uporabiti le za opravljanje in razvoj dejavnosti, če ni z aktom o ustanovitvi drugače določeno. Gre torej za neprofitne organizacije, ki jim zakon prepoveduje doseganje in izplačevanje dobička. Večina zavodov ter nekateri samostojni podjetniki, ki izvajajo relacijsko družinsko terapijo v Sloveniji, ima kot glavno dejavnost registrirano dejavnost 88.999 – *drugje nerazvrščeno socialno varstvo brez nastanitve*, kamor med drugimi spadajo tudi socialne, svetovalne, dobrodelne in podobne storitve, ki se nudijo posameznikom in družinam na njihovih domovih ali drugje, in jih opravljajo javne službe, zasebne institucije ali posamezniki, organizacije za pomoč pri nesrečah, lokalne organizacije za samopomoč, specialisti za svetovalne storitve in podobno (Uredba o standardni klasifikaciji dejavnosti 2007).

V centrih za relacijsko družinsko terapijo je bilo avgusta 2010 zaposlenih 34 oseb, pri izvajanju dejavnosti pa je sodelovalo še 67 oseb. Glede na to, da je bila druga tovrstna institucija (za Frančiškanskim družinskim inštitutom, ki sodeluje pri izobraževanju bodočih terapevtov) ustanovljena leta 2004, lahko zasledimo veliko novoustanovljenih centrov in inštitutov v zadnjih šestih letih. Skupno število zaposlenih, prostovoljcev in pogodbeno zaposlenih v 18 centrih je 101, večina samostojnih podjetnikov pa terapije opravlja poleg redne službe v neki drugi instituciji. Če delujočim v centrih za relacijsko družinsko terapijo prištejemo še zgoraj omenjene samostojne podjetnike ugotovimo, da pri izvajanju relacijske družinske terapije v Sloveniji sodeluje 109 izvajalcev, ki pa niso vsi terapevti. Med prostovoljci so tudi študenti in drugi, ki pomagajo pri organizaciji izvajanja terapij z drugim znanjem (administrativno, ekonomsko ipd.).

Vse ustanove in samostojni podjetniki razen Frančiškanskega družinskega inštituta in Svetovalnice Fužine (ki deluje v okviru Centra za socialno delo Ljubljana Moste – Polje) terapevtske storitve zaračunavajo, vendar sem v pogovoru s predstavniki centrov izvedela, da imajo vsi možnost znižanja plačila v primeru socialne ogroženosti uporabnikov. Prav tako možnost znižanja plačila nudijo terapevti, ki svojo dejavnost opravljajo kot samostojni podjetniki, ne glede na to, da za svojo dejavnost nimajo sofinanciranja. Ustanove, ki so sofinancirane s strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve RS, morajo imeti v ta namen (za programe, ki so sofinancirani in tako spadajo med dopolnilne socialne dejavnosti) izdelan pravilnik o znižanju plačil.

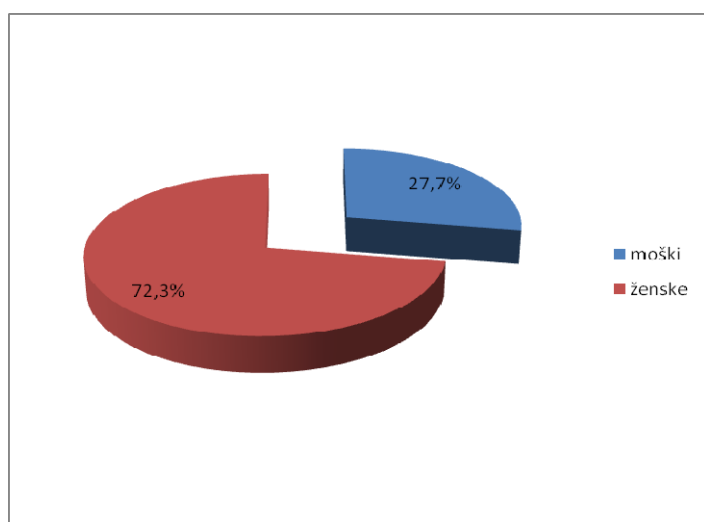


Graf 3-1: Število centrov za relacijsko družinsko terapijo po regijah v Sloveniji

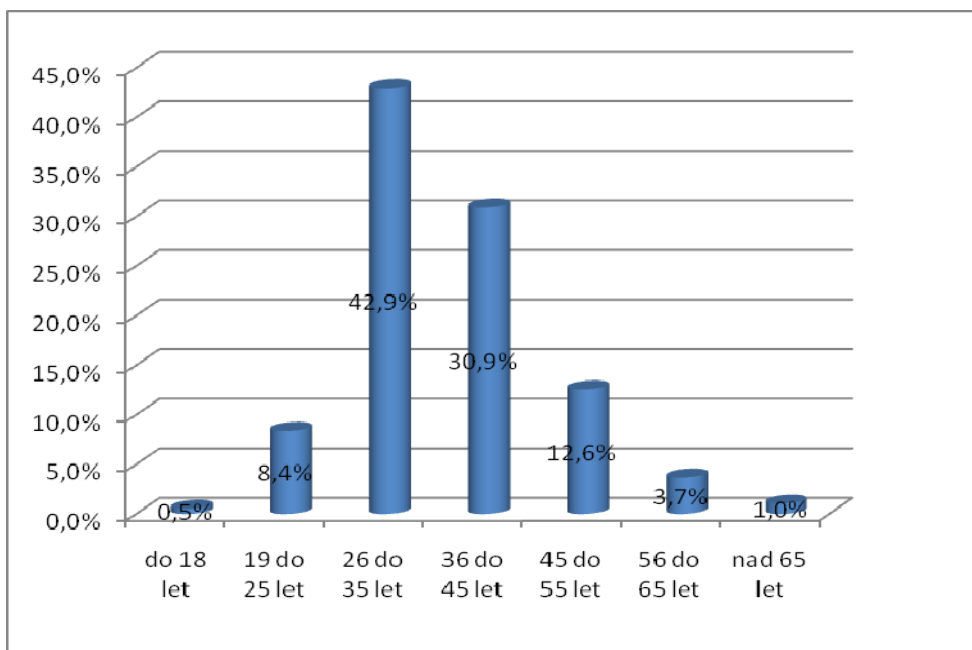
Različne regije v Sloveniji so precej dobro pokrite z izvajalci relacijske družinske terapije (centri za relacijsko družinsko terapijo in samostojnimi podjetniki posamezniki), z največjim številom v osrednjeslovenski regiji in sicer 12 v Ljubljani in 1 v Kamniku (skupaj 13). Ostale regije sledijo s precej nižjim številom izvajalcev in sicer: 4 v gorenjski regiji (2 v Kranju, po en na Jesenicah in v Bohinju), 3 v podravski regiji (2 v Mariboru, 1 na Ptuju), 2 v jugovzhodni Sloveniji (Novo mesto), 2 v savinjski regiji (Celje) ter 2 v posavski regiji (Krško in Sevnica). Po en center oziroma izvajalca imajo goriška (Solkan), obalno-kraška (Izola) in notranjsko-kraška regija (Cerknica). Nobenega centra ni v pomurski, koroški ter v zasavski regiji.

3.5.4. ZNAČILNOSTI UPORABNIKOV RELACIJSKE DRUŽINSKE TERAPIJE

V raziskavi, v katero je bilo vključenih 209 udeležencev relacijske družinske terapije po različnih ustanovah v Sloveniji, sem želela poiskati nekatere demografske in druge značilnosti udeležencev. Med udeleženci raziskave je bilo 27,3 odstotka moških in 72,7 odstotka žensk, povprečna starost udeleženca pa je bila 36,5 let.

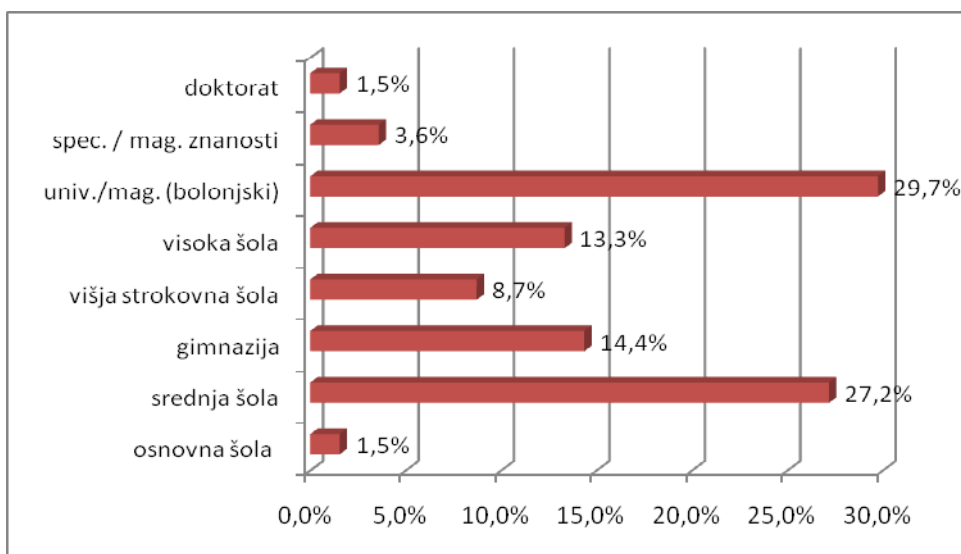


Graf 3-2: Udeleženci po spolu.



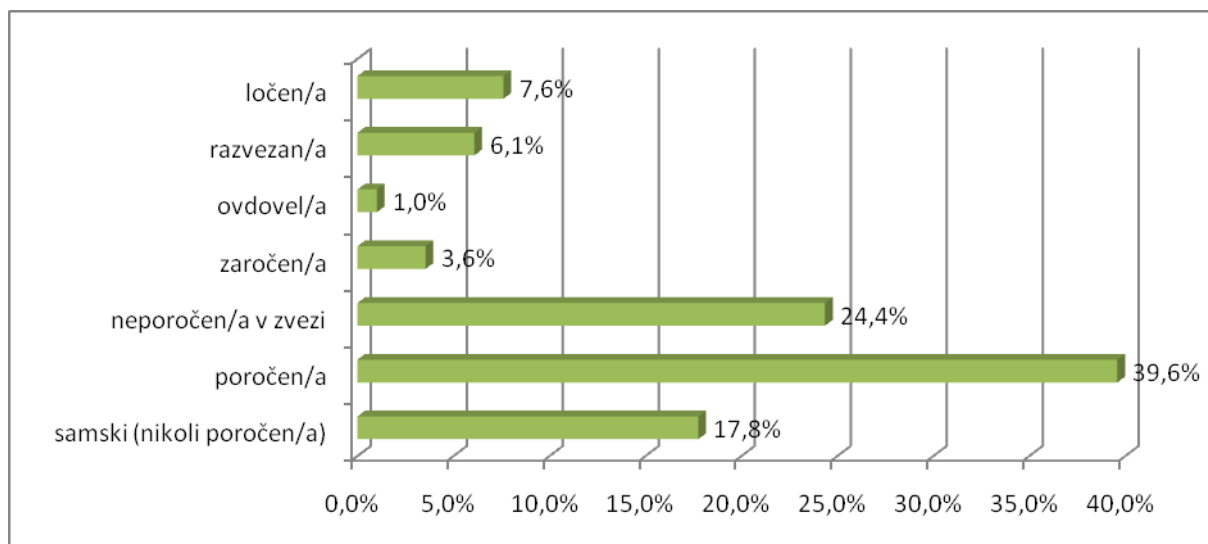
Graf 3-3: Starost ob vključitvi v terapevtski proces.

Večina udeležencev (86,4 odstotkov) je bila ob vključitvi v terapevtski proces stara od 26 do 55 let, največ (42,9 odstotkov) pa jih je terapevtsko pomoč poiskalo v starosti 26 do 35 let. Največ vprašanih je imelo dokončano univerzitetno izobrazbo oz. magisterij po bolonjski prenovi (29,7), na drugem mestu so bili udeleženci z dokončano srednjo strokovno šolo (27,2 odstotka).



Graf 3-4: Izobrazbena struktura udeležencev

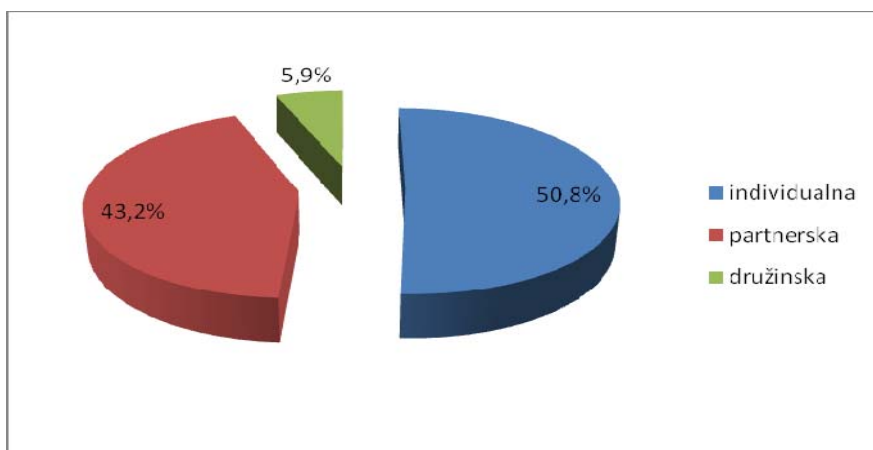
Med vprašanimi je bilo največ poročenih (39,6%), sledjo jim neporočeni v zvezi (24,4%), samski, ki niso bili nikoli poročeni (17,8%) ter ločeni in razvezani³ (skupaj 13,7%). Najmanj udeležencev raziskave je bilo zaročenih (3,6%) in ovdovelih (1%).



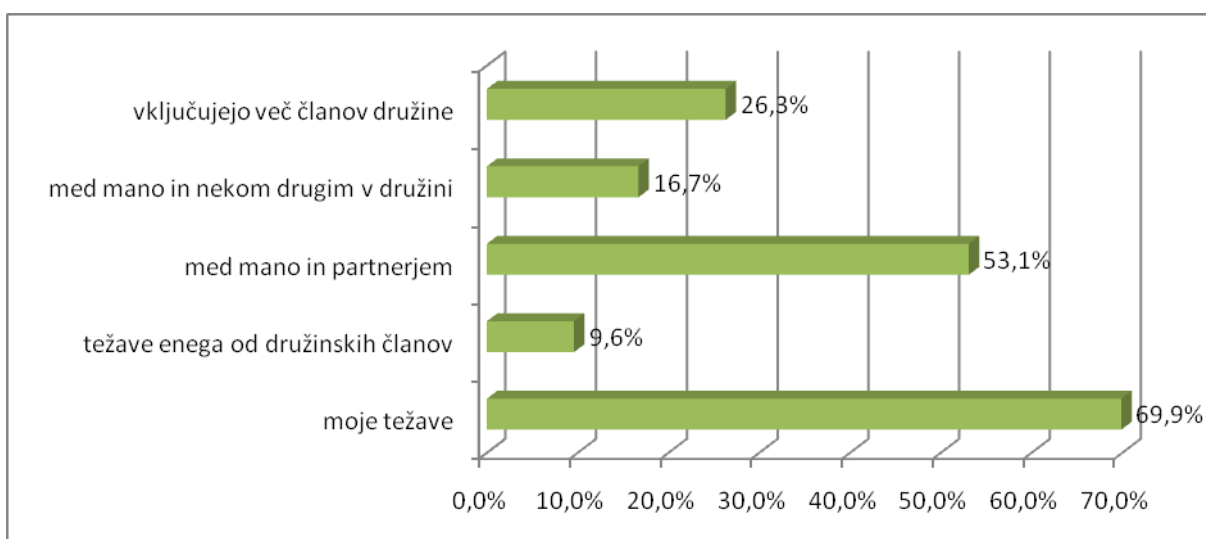
Graf 3-5: Zakonski stan udeležencev.

Med vprašanimi jih je bilo največ (50,8%) vključenih v individualno terapijo, 43,2 % jih je obiskovalo partnersko terapijo, najmanj (5,9%) pa je bilo vključenih v terapijo skupaj s svojo družino. Na vprašanje o tem, na koga se nanaša težava, zaradi katere so se vključili v terapevtski proces, je večina vprašanih (69,9%) odgovorila, da gre za njihove lastne težave. Na drugem mestu so bile težave med udeležencem in njegovim partnerjem, sledile pa so težave, ki so vključevale več članov družine (26,3%), težave med udeležencem in nekom drugim v družini (16,7%), najmanj (9,6%) pa jih je odgovorilo, da so terapevtsko pomoč poiskali zaradi težav enega od družinskih članov.

³ V kategorijo ločenih spadajo ljudje, ki so se razšli s partnerjem, s katerim niso bili uradno poročeni, med razvezane pa štejemo tiste, ki so bili poročeni in so se uradno razvezali.

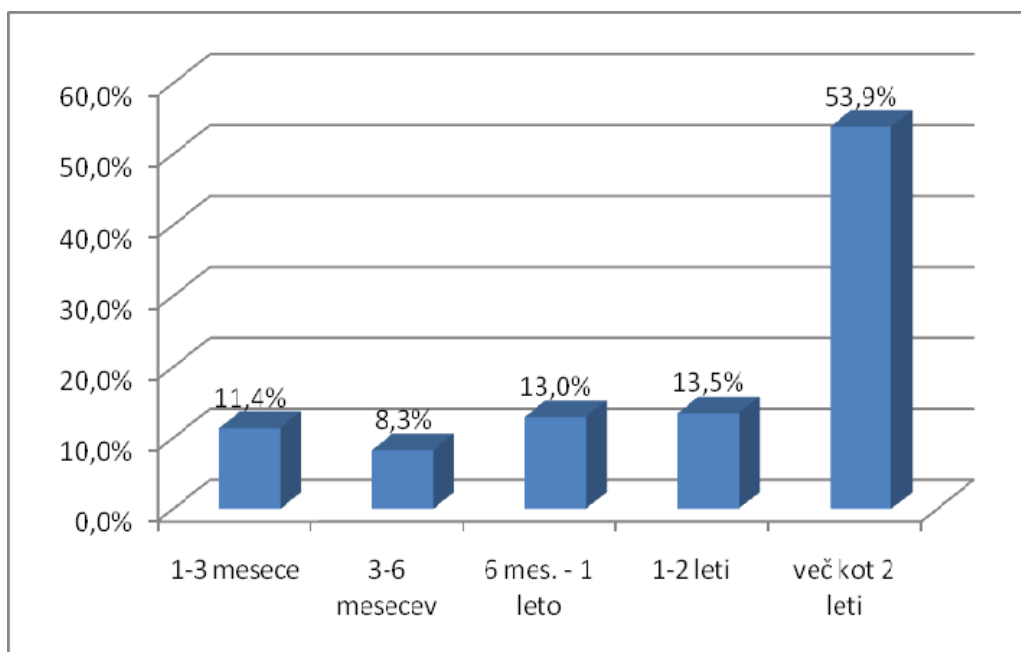


Graf 3-6: Vrsta terapije.



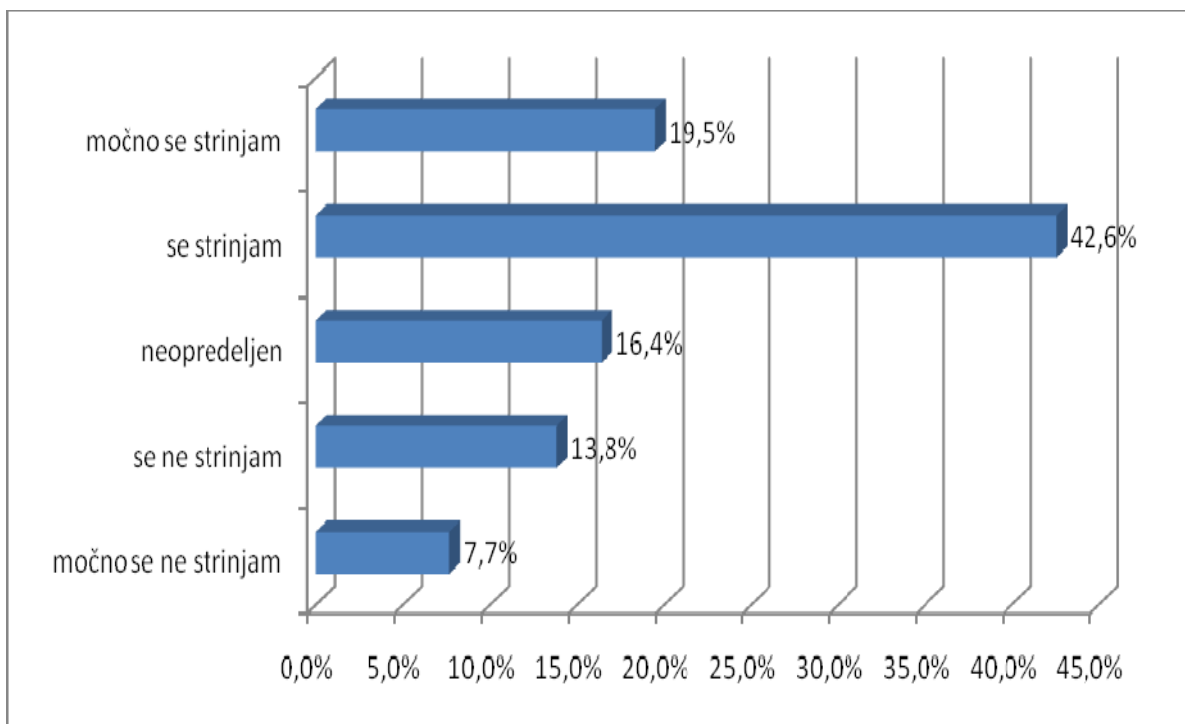
Graf 3-7: Lokacija težave, zaradi katere je udeleženec prišel na terapijo.

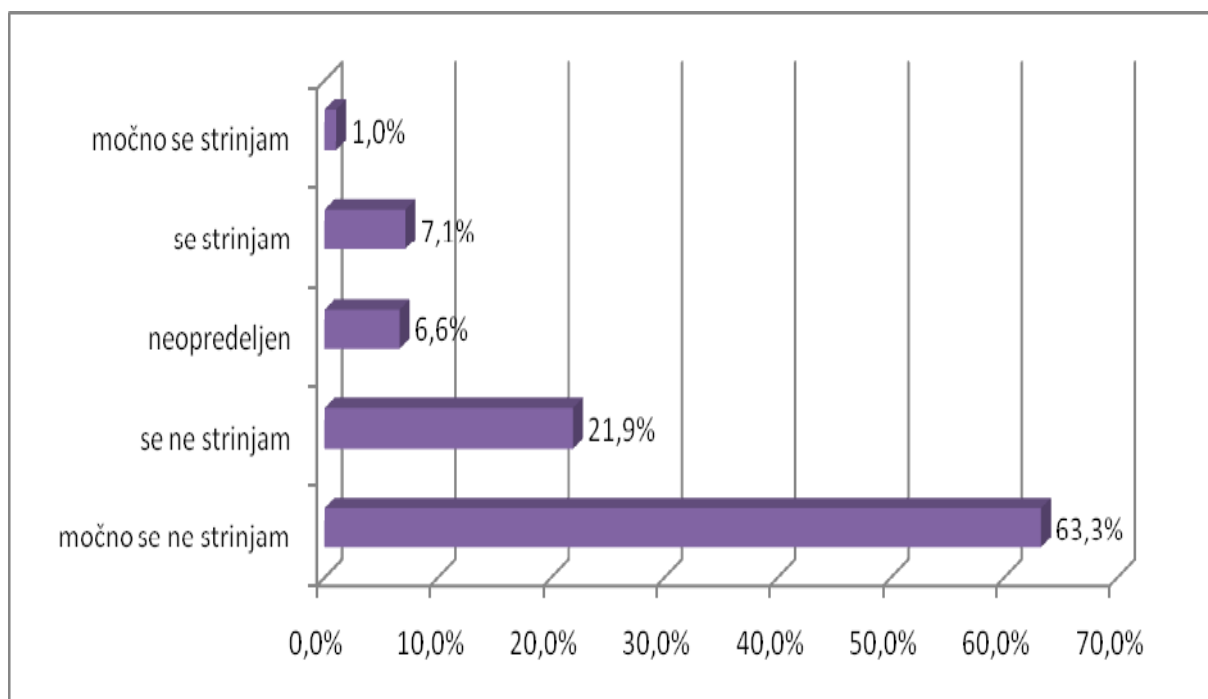
Udeležence raziskave smo vprašali tudi, koliko časa že traja težava, zaradi katere so poiskali terapevtsko pomoč in izkazalo se je, da se jih večina (53,9%) s težavo sooča že več kot dve leti. Ostalih 46,1% vprašanih se s težavo sooča manj kot dve leti. Večina udeleženihi v raziskavi (62,1%) se strinja oz. močno strinja, da lahko veliko izgubi, če se ne udeleži terapije. Hkrati pa se jih 85,2% ne strinja oz. močno ne strinja s trditvijo, da so na terapijo prišli ker bi drugi izvajali pritisk nad njimi (npr. sodišče, partner, nadrejeni).



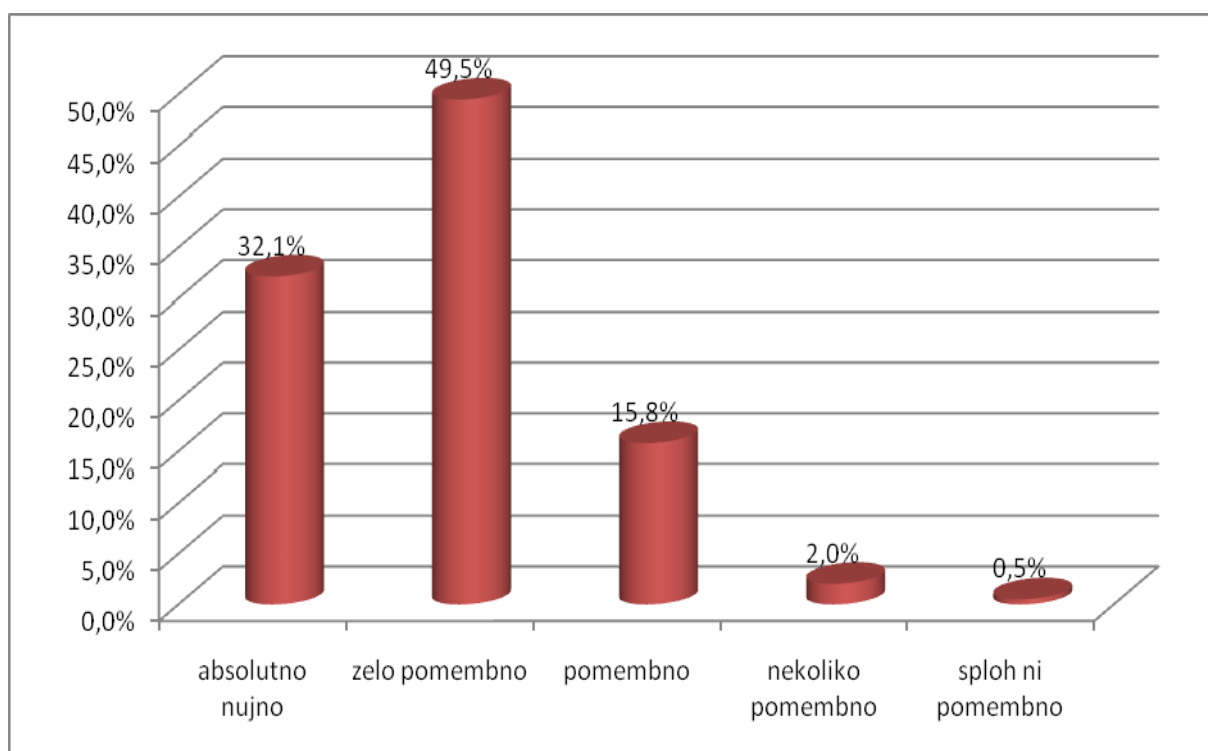
Graf 3-8: Trajanje težave, zaradi katere so prišli na terapijo.

Graf 3-9: Strinjanje s trditvijo: »Veliko lahko izgubim (npr. službo, odnos s partnerjem, zakon, zdravje), če se ne udeležim terapije.«





Graf 3-10: Strinjanje s trditvijo: »Na terapijo sem prišel, ker so drugi izvajali pritisk name (npr. partner, nadrejeni, sodišča).«



Graf 3-11: Pomembnost trenutnega svetovanja ali v psihoterapije za udeleženca.

4. PREDLOGI

Področje psihoterapije in svetovanja v Sloveniji je v delu, ki se ne nanaša na socialno varstvo ali šolstvo, precej neurejeno in so zato ustrezne informacije s tega področja relativno težko dostopne. Predvsem je občutna odsotnost krovnega zakona, ki bi urejal psihoterapijo (že več let je v postopku oblikovanja) ter krovne institucije (npr. Zbornice psihoterapevtov, le-ta naj bi se ustanovila hkrati s sprejetjem zakona o psihoterapiji), ki bi vodila register terapevtov ter izobraževanj in teoretičnih smeri, ki so uradno sprejete kot psihoterapija v Sloveniji. Največ težav sem imela pri iskanju informacij v zvezi s psihoterapijo znotraj sistema javnega zdravstvenega varstva, zato sem ta del tudi izpustila iz svoje diplomske naloge. Eden od razlogov je najbrž tem, da so izvajalci financirani iz javnih sredstev in jim zato svojih storitev ni potrebno oglaševati, za razliko od izvajalcev, ki morajo svoje terapevtske storitve prodajati na trgu in ki na svojih spletnih straneh ponujajo izčrpne informacije o teoretskih in praktičnih podlagah svojega dela, saj morajo z njimi pridobivati svoje kliente.

Podatke o krovnih institucijah in institucijah za izobraževanje za posamezno terapevtsko smer sem pridobila na spletnih straneh in z njihovimi predstavniki nisem navezovala osebnih ali elektronskih stikov, da bi preverjala točnost objavljenih podatkov. Podatke sem preverjala le pri predstavnikih relacijske družinske terapije, saj je bila le-ta osrednja tema moje diplomske naloge.

V zvezi z raziskavo, ki se nanaša na lastnosti udeležencev relacijske družinske terapije je potrebno opomniti, da lahko odraža lastnosti vzorca in ne populacije (udeležencev relacijske družinske terapije v Sloveniji), kar pomeni, da je lahko več udeležencev z lastnostmi, ki smo jih ugotovili, med tistimi udeleženci, ki so pripravljeni odgovarjati na anketo v zvezi s terapevtskim procesom.

Moji predlogi za nadaljnje raziskovanje so:

- Zanimivo bi bilo raziskati, kako v procesu socialnega dela poteka vključevanje terapevtske pomoči, katere oblike terapevtske pomoči se najpogosteje uporabljajo, kdo je pobudnik vključevanja terapije v proces in kako se terapevtsko delo umešča v kompleksen proces socialnega dela.
- Zanimivo bi bilo podrobneje raziskati področje psihoterapije znotraj javnega zdravstva, skupaj s pravnimi podlagami, uredbami, teoretičnimi smermi in

izobraževanju za izvajanje psihoterapije ter dejanskim izvajanjem psihoterapij znotraj zdravstvenih institucij.

- Zanimivo bi bilo primerjati različne terapevtske smeri po značilnostih terapevtskega procesa (kot je npr. trajanje, tako posameznega srečanja kot celotne terapije, pogostost srečanj, intervence terapevtov) ter po zahtevnosti in dolžini izobraževanja in usposabljanja. Po mojih izkušnjah iz te raziskave so to slabo dostopni podatki, ki bi jih verjetno lahko pridobila s pomočjo intervjujev s predstavniki posameznih terapevtskih modalitet.
- Da bi dobili dejanske podatke o udeležencih relacijske družinske terapije, bi lahko zaprosili posamezne izvajalce za demografske podatke o njihovih klientih, ki jih pridobijo na začetku terapije. Prav tako bi lahko raziskali povprečno dolžino vključenosti klienta v terapevtski proces, število udeležencev posamezne terapije in podobno. Na ta način bi dobili natančnejši vpogled v značilnosti uporabnikov relacijske družinske terapije, ki bi nam bil v pomoč pri oblikovanju ustrežnejših in dostopnejših programov pomoči ljudem v stiski.

5. POVZETEK

Psihoterapija in svetovanje sta področji, ki ju lahko v zadnjih letih v Sloveniji vse pogosteje zasledimo. Tudi v socialnem delu z družino, ki se osredotoča na pomoč družini pri reševanju kompleksnih psihosocialnih problemov, se vse bolj prepozna pomen svetovanja oz. psihoterapije kot enega od pristopov, s katerim lahko pomagamo družinam in posameznikom k boljšemu in bolj kompetentnemu delovanju in življenju. Zato je pomembno, da tako uporabniki kot tudi strokovni delavci, dobijo prave informacije o tem, kaj svetovanje oz. psihoterapija je, kdo so izvajalci in kako so uporabnikom tovrstne storitve zagotovljene.

Diplomska naloga zajema pregled definicij in zakonskih podlag za izvajanje svetovanja oz. psihoterapije in kratek oris ter popis vseh uveljavljenih terapevtskih smeri, ki jih lahko zasledimo v Sloveniji, skupaj z njihovimi krovnimi institucijami in programi usposabljanja. Posebej se osredotoča na relacijsko družinsko terapijo, kot eno od sedemnajstih uveljavljenih terapevtskih smeri v Sloveniji. Gre za relativno novo terapevtsko smer, za katero se izvajalci izobražujejo znotraj magistrskega in doktorskega programa na Univerzi v Ljubljani. Trenutno v Sloveniji deluje osemnajst centrov in osem samostojnih podjetnikov, ki uporabnikom ponujajo storitve psihoterapije po relacijskem družinskem pristopu. V raziskavi so prikazane tudi nekatere značilnosti uporabnikov relacijske družinske terapije.

6. LITERATURA IN VIRI

Bertok, M. (2010), Transakcijsko analitična psihoterapija. V: Lojk, B. (ur), Psihoterapija na Slovenskem: pregled psihoterapevtskih šol, udeleženk strokovnega srečanja Psihoterapija na Slovenskem, Bled 26. – 28. Februar 2010. Kranj: Inštitut za realitetno terapijo (227-245).

Božič, T., Fabec, R., Klemenčič, V., Papež, I. (2010), Globinskopsihološka terapija. V: Lojk, B. (ur), Psihoterapija na Slovenskem: pregled psihoterapevtskih šol, udeleženk strokovnega srečanja Psihoterapija na Slovenskem, Bled 26. – 28. Februar 2010. Kranj: Inštitut za realitetno terapijo (25-42).

Cvetek, M. (V teku), Čustveno procesiranje in spodbujanje razvoja zmožnosti čustvenega procesiranja v procesu relacijske zakonske in družinske terapije. Doktorska disertacija, Teološka fakulteta, Univerza v Ljubljani, Ljubljana.

Cvetek, R., Kompan Erzar, K., Erzar, T., Gostečnik, C. (2006), *Relational family therapy*. V: Jill S. Scharff in David E. Scharff, ur. *New paradigms for treating relationships*, 51–61. New York: Jason Aronson.

Cvetek, R. (2009), *Bolečina preteklosti*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Čačinovič Vogrinčič, G. (2006), *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Čačinovič Vogrinčič, G., Golobič, K. B., Bečaj, J., Pečjak, S., Resman, M., Bezić, T., Dobnik Žerjav, M., Grgurevič, J., Niklanović, S., Šmuk, B. (2008), *Programske smernice. Svetovalna služba v osnovni šoli*. Ljubljana: Zavod republike Slovenije za šolstvo.

Čoderl, S., Arnautovska, U. (2008), Različne oblike psihološke pomoči in predstavitev Centra za psihološko svetovanje – Posvet. *Psihološka obzorja (Horizons of Psychology)* 17, št. 1: 123-128.

Flajs, T. (2010), Gestalt terapija. V: Lojk, B. (ur), Psihoterapija na Slovenskem: pregled psihoterapevtskih šol, udeleženk strokovnega srečanja Psihoterapija na Slovenskem, Bled 26. – 28. Februar 2010. Kranj: Inštitut za realitetno terapijo (1-16).

Glasser, W. (2000), *Realitetna terapija v praksi*. Radovljica : Mca.

Globevnik Velikonja, V., Mramor, M., Dobnik Žerjav, M., Plankar Grgurevič, T. (2010), Gestalt izkustvena družinska terapija. V: Lojk, B. (ur), *Psihoterapija na Slovenskem: pregled psihoterapevtskih šol, udeleženk strokovnega srečanja Psihoterapija na Slovenskem, Bled 26. – 28. Februar 2010*. Kranj: Inštitut za realitetno terapijo (17-24).

Gostečnik, C. (2002), *Sodobna psihoanaliza*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

- (2004), *Relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

- (2006), *Neustavljivo hrepenenje*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

- (2007), *Relacijska zakonska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

- (2010), *Sistemske teorije in praksa*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Gostečnik, C., Repič, T., Cvetek, R. (2009), Potential curative space in relational family therapy. *Journal of family psychotherapy* 20, št. 1:46-59.

Gurman, A. S., Messer, S. B. (2003), Contemporary issues in the Theory and Practice of Psychotherapy. V: Gurman, A. S., Messer, S. B. (ur), *Essential psychotherapies: theory and practice*. New York: The Guilford Press (1-23).

Gurman, A. S., Messer, S. B. (ur) (2003), *Essential psychotherapies: theory and practice*. New York: The Guilford Press.

Jerebic, D. (ur) (2010), *Predstavitev združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije – ZDT.SI*. Ljubljana: Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije.

Kocjan-Barle, M., Bajt, D. (2005), *Slovenski veliki leksikon. P-Ž*. Ljubljana: Mladinska knjiga založba.

Kodeks etičnih načel v socialnem varstvu. *Ur. l. RS*, 59/2002: 6181-6183.

Kompan Erzar, K., Gostečnik C., Erzar, T. (2005), 'I remember checking on my mother to see if she was still breathing.' How a relationship maintains, regulates, and helps resolve traumatic experiences: Relational family integration. *Psihološka obzorja* 14, št. 3:89–105.

Kreš, B. (V teku), Analiza sprememb pri udeležencih v relacijski družinski terapiji ter ključni trenutki teh sprememb z vidika udeležencev. Doktorska disertacija, Teološka fakulteta, Univerza v Ljubljani, Ljubljana.

Kuhar, I., Janjušević, P. (2010), Kognitivno-vedenjska terapija. V: Lojk, B. (ur), Psihoterapija na Slovenskem: pregled psihoterapevtskih šol, udeleženk strokovnega srečanja Psihoterapija na Slovenskem, Bled 26. – 28. Februar 2010. Kranj: Inštitut za realitetno terapijo (95-118).

Lojk, L. (2000), *Znanstvena utemeljenost realitetne terapije*. Kranj : SiC - Svetovalno izobraževalni center.

Lojk, L., Lojk, B. (2010), Realitetna terapija. V: Lojk, B. (ur), Psihoterapija na Slovenskem: pregled psihoterapevtskih šol, udeleženk strokovnega srečanja Psihoterapija na Slovenskem, Bled 26. – 28. Februar 2010. Kranj: Inštitut za realitetno terapijo (143-180).

Lojk, B. (ur) (2010), Psihoterapija na Slovenskem: pregled psihoterapevtskih šol, udeleženk strokovnega srečanja Psihoterapija na Slovenskem, Bled 26. – 28. Februar 2010. Kranj: Inštitut za realitetno terapijo.

Lukas, E. (2001), *Tudi tvoje trpljenje ima smisel*. Celje: Mohorjeva družba.

Moreno, J. L, Moreno, Z. T. (2000), *Skupine, njihova dinamika in psihodrama*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.

Možina, M., Bohak, J. (2008), Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo, zvezek 2, številka 3-4*: 119-140.

Možina, M., Rus Makovec, M. (2010), Sistemska psihoterapija. V: Lojk, B. (ur), Psihoterapija na Slovenskem: pregled psihoterapevtskih šol, udeleženk strokovnega srečanja Psihoterapija na Slovenskem, Bled 26. – 28. Februar 2010. Kranj: Inštitut za realitetno terapijo (195-226).

Musek, J. (1999), *Uvod v psihologijo*. Ljubljana: Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani.

Pinsof, W. M., Lebow, J. L., Zinbarg, R. E., Knobloch-Fedders, L. M., Friedman, G. B., Mann, Cytrynbaum, S. B., Durbin, E., Karam E. in Goldsmith, J. (2005), *Systemic Therapy Inventory of Change - STIC*. Evanston, IL: The Family Institute at Northwestern University.

Praper, P. (2008), *Skupinska psihoterapija: od mitologije do teorije*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete, Oddelek za psihologijo.

Pravilnik o standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (2010). *Ur. l. RS*, 45/2010: 6767-6782.

Pravilnik o normativih in standardih za izvajanje programa osnovne šole (2007). *Ur. l. RS*, 57/2007: 7763-7768.

Repič, T. (2007), *Spolna zloraba in proces relacijske družinske terapije*. doktorska disertacija, Teološka fakulteta, Univerza v Ljubljani, Ljubljana.

Repič, T. (2008), *Nemi kriki spolne zlorabe in novo upanje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Resolucija o temeljih oblikovanja družinske politike v Republiki Sloveniji (1993). *Ur. l. RS*, 40/1993: 2076-2081.

Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006-2010 (2006). *Ur. l. RS*, 39/06: 4190-4209.

Rožič, T. (2004), Vpliv izvajanja sistemsko relacijske terapije na terapevta ter nastajanje novega sistema pacienta. *Psihološka Obzorja [Horizons of Psychology]* 13, št. 3:85– 97.

Schneider, K. J. (2003), *Existential – Humanistic Psychotherapies*. V: Gurman, A. S., Messer, S. B. (ur), *Essential psychotherapies: theory and practice*. New York: The Guilford Press (149-181).

Schwarz, A. A., Schweppe, R. P. (2005), *Moč podzavesti : nevrolingvistično programiranje*. Ljubljana : Mladinska knjiga.

Smith, T. (ur) (1992), *Družinska zdravstvena enciklopedija*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Tavčar, M., Tavčar, R. (2010), Imago partnerska terapija. V: Lojk, B. (ur), *Psihoterapija na Slovenskem: pregled psihoterapevtskih šol, udeleženk strokovnega srečanja Psihoterapija na Slovenskem*, Bled 26. – 28. Februar 2010. Kranj: Inštitut za realitetno terapijo (43-66).

Uredba o standardni klasifikaciji dejavnosti. *Ur. l. RS*, 69/2007: 9781-9997.

Velikonja, V., Grgurevič, J., Žemva, B., (ur) (1995), *Izkustvena družinska terapija – teorija in praksa v Sloveniji: zbornik prispevkov*. Skupina za izkustveno družinsko terapijo. Ljubljana: Quatro d.o.o.

Verbinc, F. (1987), *Slovar tujk*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Vidmar, M., Cvetko, H. (2010), Integrativna terapija. V: Lojk, B. (ur), *Psihoterapija na Slovenskem: pregled psihoterapevtskih šol, udeleženk strokovnega srečanja Psihoterapija na Slovenskem*, Bled 26. – 28. Februar 2010. Kranj: Inštitut za realitetno terapijo (67-82).

Wolitzky, D. L. (2003), *The Theory and Practice of Traditional Psychoanalytic Treatment*. V: Gurman, A. S., Messer, S. B. (ur), *Essential psychotherapies: theory and practice*. New York: The Guilford Press (24-68).

Zakon o osnovni šoli (2006). *Ur. l. RS*, 81/2006: 8663-8673.

Zakon o socialnem varstvu (2007). *Ur. l. RS*, 3/2007: 282-310.

Zakon o zavodih (1991). *Ur. l. RS*, 12/91, 17/91, 55/92, 66/93, 8/96, 36/2000.

Žvelc, G., Žvelc, M. (2010), Integrativna psihoterapija – relacijska smer. V: Lojk, B. (ur), *Psihoterapija na Slovenskem: pregled psihoterapevtskih šol, udeleženk strokovnega*

srečanja Psihoterapija na Slovenskem, Bled 26. – 28. Februar 2010. Kranj: Inštitut za realitetno terapijo (83-93).

INTERNETNI VIRI

Bavec, M. (2010), NLP treningi. http://www.transformacija.com/?page_id=15. (1. 9. 2010)

Center za družinsko terapijo Kamnik: <http://www.druzinska-terapija.si/> (1. 9. 2010)

Center za izobraževanje, supervizijo in terapevtsko pomoč: <http://www.svetovanje-maribor.com>. (1. 9. 2010)

Društvo za realitetno terapijo Slovenije: <http://www.drustvo-rt.si/>. (1. 9. 2010)

Društvo za vedenjsko-kognitivno terapijo: <http://www.drustvo-vkt.org>. (1. 9. 2010)

Družinski center Mir: <http://dcm.rkc.si/>. (1. 9. 2010)

Družinski center Stik: <http://www.stik.si>. (1. 9. 2010)

Družinski center Sveta gora:

http://svetagora.si/index.php?option=com_content&task=view&id=18&Itemid=32. (1. 9. 2010)

Družinski inštitut: <http://www.druzinski-institut.si/>. (1. 9. 2010)

Družinski inštitut Bližina: <http://www.blizina.si/>. (1. 9. 2010)

Družinski inštitut Zaupanje: <http://www.zaupanje.net/>. (1. 9. 2010)

EAG – FPI Slovenija integrativna psihoterapija (2010), Splošno o integrativni psihoterapiji. <http://www.fpi-slo.org/splosno.asp>. (1. 9. 2010)

EAGT European association for gestalt therapy – Evropska zveza za gestalt terapijo: <http://www.eagt.org/>. (1. 9. 2010)

EAIP European association for integrative psychotherapy – Evropska zveza za integrativno psihoterapijo: <http://www.europeanintegrativepsychotherapy.com/>. (1. 9. 2010)

EANLP European association for neuro – linguistic therapy – Evropska zveza za nevrolingvistično programiranje: <http://www.eanlpt.org/>. (1. 9. 2010)

EAP European association for psychotherapy – Evropska zveza za psihoterapijo: <http://www.europsyche.org/>. (1. 9. 2010)

EART European association for reality therapy – Evropska zveza za realitetno terapijo: <http://www.realitytherapy-europe.org/>. (1. 9. 2010)

EATA - European association for transactional analysis – Evropska zveza za transakcijsko analizo: <http://www.eatanews.org/>. (1. 9. 2010)

EABCT European association for behavioral-cognitive therapy – Evropska zveza za vedenjske in kognitivne terapije: <http://www.eabct.com/>. (1. 9. 2010)

EGATIN European group analytic training institutions network: <http://www.egatin.net/>

Frančiškanski družinski inštitut: <http://franciskani.rkc.si/fdi/>. (1. 9. 2010)

GITA – Inštitut za geštaltsko terapijo (2010), Načela inštituta. <http://www.gita.si/nacela.htm>

Group analytic society: <http://groupanalyticsociety.co.uk/>. (1. 9. 2010)

IACP International association for cognitive psychotherapies – Mednarodna zveza za kognitivne terapije: <http://www.cognitivetherapyassociation.org/>. (1. 9. 2010)

IFTA International family therapy association: <http://www.ifta-familytherapy.org/>. (1. 9. 2010)

IGA The Institute of group analysis: <http://www.groupanalysis.org/>. (1. 9. 2010)

IIPA International integrative psychotherapy association – Mednarodna zveza za integrativno psihoterapijo: <http://www.integrativeassociation.com/>. (1. 9. 2010)

Inštitut Antona Trstenjaka: <http://www.inst-antonatrstenjaka.si/>. (1. 9. 2010)

Inštitut Krog terapevtski center: <http://www.zdi-krog.si/>. (1. 9. 2010)

Inštitut za družinsko terapijo: <http://www.kempler.si/>. (1. 9. 2010)

Imago relationships international: <http://gettingtheloveyouwant.com/>. (1. 9. 2010)

Imago Slovenija – Slovensko društvo za imago terapijo: <http://imagoslovenija.net/>. (1. 9. 2010)

IPSA Inštitut za integrativno psihoterapijo in svetovanje: <http://www.institut-ipsa.si/>. (1. 9. 2010)

IPTA Inštitut za psihoterapijo transakcijske analize (2010), Transakcijsko analitični psihoterapevtski pristop. <http://www.ipta.si/>. (1. 9. 2010)

ITAA International transactional analysis association – Mednarodna zveza za transakcijsko analizo: <http://www.ita-net.org/>. (1. 9. 2010)

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (2010 a), Socialnovarstvene storitve. http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/socialnovarstvene_storitve/ (1. 9. 2010)

- (2010 b), Sodelovanje z nevladnimi organizacijami.

http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/programi_socialnega_varstva/sociala_nvo/. (1. 9. 2010)

- (2010 c), Sofinanciranje programov socialnega varstva.

http://www.mddsz.gov.si/si/delovna_podrocja/sociala/programi_socialnega_varstva/sofinanciranje_programov_socialnega_varstva/ (1. 9. 2010)

- (2010 d), Javni razpis za sofinanciranje programov v podporo družini v letih 2010 – 2011.

http://www.mddsz.gov.si/si/o_ministrstvu/javne_objave/javni_razpisi/?tx_t3javnirazpis_pi1%5Bshow_single%5D=888. (1. 9. 2010)

- (2010 e), Sklep o sofinanciranju programov »družinskih centrov« v letih 2010/2011.

http://www.mddsz.gov.si/si/o_ministrstvu/javne_objave/javni_razpisi/?tx_t3javnirazpis_pi1%5Bshow_single%5D=899. (1. 9. 2010).

- (2010 f), Javni razpis za sofinanciranje programov socialnega varstva v letu 2010.

http://www.mddsz.gov.si/si/o_ministrstvu/javne_objave/javni_razpisi/?tx_t3javnirazpis_pi1%5Bshow_single%5D=877. (1. 9. 2010)

- (2010 g), Sklep javnega razpisa o sofinanciranju programov socialnega varstva v letu 2010.

http://www.mddsz.gov.si/si/o_ministrstvu/javne_objave/javni_razpisi/?tx_t3javnirazpis_pi1%5Bshow_single%5D=895 (1. 9. 2010)

Psihiatrična klinika Ljubljana (2010), Center za mentalno zdravje. <http://www.psih-klinika.si/index.php?id=113/> (1. 9. 2010)

Psihoanalitična ordinacija (2010), O psihoanalizi. <http://psihoanalitik.si/psihoanaliza.htm>. (1. 9. 2010)

Psihoterapije Simbalein, Edin Duraković s.p.: <http://studio-simbalein.si/>. (1. 9. 2010)

Psihoterapevtski inštitut – PTI d.o.o.: <http://www.pti.si/>. (1. 9. 2010)

Rak Ankh, K. (2010), Psihološko svetovanje - Nevrolingvistično programiranje. <http://www.katja.si/joomla/index.php/Psiholosko-svetovanje/>. (1. 9. 2010)

Sigledal.org (2010), Informativna delavnica – uvod v psihodramo, 5. 3. 2010. <http://www.veza.sigledal.org/prispevki/informativna-delavnica-uvod-v-psihodramo>. (1. 9. 2010)

SINTA Slovensko društvo za integrativno psihoterapijo in transakcijsko analizo: <http://www.drustvo-sinta.si/>. (1. 9. 2010)

SIP - Slovenski inštitut za psihoterapijo (2010), Izobraževanje - Specialistični študij – sistemska psihoterapija. <http://www.psihoterapija-institut.si/izobrazevanje/specialisticni-studij-sistemska-psihoterapija.aspx>. (1. 9. 2010)

Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: <http://www.skzp.org/>. (1. 9. 2010)

Slovensko društvo za globinsko psihološko psihoterapijo: <http://www.sdgp.si/>. (1. 9. 2010)

Slovensko društvo za nevrolingvistično programiranje: <http://snlp.si/>. (1. 9. 2010)

Slovensko društvo za skupinsko analizo: <http://www.sdsa.si/>. (1. 9. 2010)

SLOVENTA društvo za transakcijsko analizo Slovenije: <http://www.sloventa.si/>. (1. 9. 2010)

Sočutje, zakonske in družinske terapije, Tanja Repič Slavič s.p.: <http://www.socutje.si/>

STA – Slovenska tiskovna agencija (2010), Psihoterapija je danes po mnenju terapevtov že del osebne higiene, 15.5.2010. <http://www.sta.si/vest.php?s=s&id=1513337>. (1. 9. 2010)

Svetovalnica Fužine (Center za socialno delo Moste – Polje): <http://www.csd-ljmostepolje.si/svetovalnica/namen-programa.aspx>. (1. 9. 2010)

Svetovanje in izobraževanje, Jana Lavtižar s.p.: <http://www.jana-lavtizar.com/>. (1. 9. 2010)

Terapevtski inštitut – Odnos: <http://odnos.org/>. (1. 9. 2010)

Wikipedija (2010), Statistične regije Slovenije.

http://sl.wikipedia.org/wiki/Statisti%C4%8Dne_regije_Slovenije#Klasifikacija_teritorialnih_enot. (1. 9. 2010)

Zakonska in družinska terapija, Saša Poljak s.p.: <http://www.druzinskaterapija.si/>. (1. 9. 2010)

Zakonska in družinska terapija ter svetovanje, Katjuša Jakšič s.p.: <http://www.druzinsko-svetovanje.si/>. (1. 9. 2010)

Zakonski in družinski inštitut Novo mesto: <http://www.zdi-nm.si/>. (1. 9. 2010)

Zavod Namen: <http://www.zavod-namen.si/>. (1. 9. 2010)

Zavod Ptica: <http://www.ptica.si/>. (1. 9. 2010)

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije: <http://www.zzzs.si/>. (1. 9. 2010)

Združenje psihoterapevtov Slovenije: http://www.ordinacija.net/members/www-pzs.php?mg_pzs_id=548&lang=slo. (1. 9. 2010)

ZDT.SI – Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije (2007), Statut združenja zakonskih in družinskih terapevtov. http://zdt.si/o_nas/ustanovitveni_akti/. (1. 9. 2010)

- (2008), Kriteriji za izvolitev v nazive.

http://zdt.si/clanstvo_in_licence/kriteriji_za_izvolitev_v_nazive/. (1. 9. 2010)

7. PRILOGE

7.1. PRILOGA 1: KRITERIJI ZA IZVOLITEV V NAZIVE V RELACIJSKI DRUŽINSKI TERAPIJI

Strokovni svet Združenja je sprejel kriterije, na podlagi katerih terapevtom, ki jih izpolnjujejo, podeli določen naziv (npr. zakonski in družinski terapevt, supervizor). Z izvolitvijo v naziv Združenje posameznemu terapevtu prizna in potrdi, da poleg osnovne izobrazbe izpolnjuje tudi dodatne kriterije. Ti pa so glede na nazive naslednji:

Naziv zakonski in družinski terapevt/zakonska in družinska terapevtka:

- članstvo v Združenju zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije,
- a) končan podiplomski študijski program druge stopnje humanistične ali družboslovne smeri po uvedbi bolonjskega sistema izobraževanja; oziroma b) končana univerzitetna ali visokošolska stopnja izobrazbe humanistične ali družboslovne smeri v obsegu najmanj 1800 ur pred uvedbo bolonjskega sistema izobraževanja (visokošolska izobrazba je zadostna le v kombinaciji s specializacijo po predbolonjskem izobraževalnem sistemu, da se doseže 7. stopnjo izobrazbe; v izjemnih primerih je možna tudi druga končana univerzitetna ali visokošolska stopnja izobrazbe oz. študijski program druge stopnje - v tem primeru se upošteva opravljanje diferencialnih izpitov kot dopolnitev izobrazbe)
- najmanj 250 ur osebne terapevtske izkušnje,
- najmanj 750 ur študija teorije zakonske in družinske terapije (vključujoč psihopatologijo, raziskovanje, metodo zakonske in družinske terapije) v obliki predavanj in seminarjev,
- najmanj 550 ur usposabljanja (v obliki direktnih kontaktov s klienti) iz praktičnega terapevtskega dela pod redno supervizijo; supervizija najmanj v obsegu 180 ur, in sicer vsaj ena ura supervizije na pet ur direktnih kontaktov s klienti; supervizija vsaj enkrat v vsakem tednu, ko se izvajajo direktni kontakti s klienti; pri tem superviziranih najmanj 12 oseb v terapevtski obravnavi ves čas terapevtskega procesa pri istem supervizorju,

- najmanj 3 leta delovnih izkušenj s področja zakonske in družinske terapije v primerni ustanovi,
- na ustreznih strokovnih srečanjih ali v ustreznih strokovnih revijah predstavljeni oziroma objavljeni vsaj trije prispevki, ki vključujejo prikaz ali evalvacijo terapevtskega dela.

Naziv *supervizor/supervizorka*:

- članstvo v Združenju zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije,
- najmanj 5 let dela na področju zakonske in družinske terapije (po pridobljenem nazivu zakonski in družinski terapevt/zakonska in družinska terapevtka),
- opravljeno izobraževanje iz teorije in prakse supervizije v obsegu najmanj 60 ur,
- najmanj 1000 ur zakonske in družinske terapije (po pridobljenem nazivu zakonski in družinski terapevt/zakonska in družinska terapevtka),
- najmanj 200 ur obravnavanega terapevtskega dela pod supervizijo, od tega superviziranih vsaj 20 oseb v terapevtski obravnavi ves čas terapevtskega procesa,
- najmanj pet strokovnih ali znanstvenih prispevkov s področja terapevtskega dela,
- priporočljiva je še dodatna osebna terapevtska izkušnja,
- priporočljiva je zmožnost integracije konceptov več pristopov terapevtskega dela.

Naziv *terapevt/terapevtka za osebno izkušnjo*:

- članstvo v Združenju zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije,
- najmanj 5-letno delovanje po zaključeni lastni edukaciji kot zakonski in družinski terapevt/zakonska in družinska terapevtka,
- najmanj 300 ur osebne terapevtske izkušnje,
- stalno sodelovanje s strokovnimi prispevki na srečanjih zakonskih in družinskih terapevtov in v publikacijah, katerih vsebina zajema (tudi) zakonsko in družinsko terapijo,
- je priznan in cenjen med sodelavci in v širšem krogu terapevtov zakonske in družinske terapije ter brez utemeljenih pritožb s strani klientov.

Naziv *učitelj/učiteljica*:

- je priznan strokovnjak na področju, ki pomembno prispeva k področju zakonske in družinske terapije, z nazivom doktorja znanosti in akademskim nazivom,

- upošteva kriterije izobraževanja in usposabljanja, ki jih določi Strokovni svet Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije,
- najmanj tri leta dela na področju zakonske in družinske terapije po lastnem usposabljanju in ima stalne izkušnje v zakonski in družinski terapiji,
- najmanj 5 strokovnih ali znanstvenih člankov s področja psihoterapije (ZDT.SI 2008).

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Barbara Kreš, vpisana na Fakulteto za socialno delo v študijskem letu 2005 kot izredna študentka, izjavljam, da sem diplomsko delo z naslovom Svetovanje in psihoterapija v Sloveniji – primer centrov za relacijsko družinsko terapijo, napisala samostojno, s korektnim navajanjem virov in ob pomoči mentorice izr. prof. dr. Gabi Čačinovič Vogrinčič.

Datum: 14.10.2010

Podpis: