

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Luka Agrež

Večdružinska skupinska podpora in pomoč

Magistrsko delo

Ljubljana, 2019

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Luka Agrež

Večdružinska skupinska podpora in pomoč

Magistrsko delo

Mentorica: doc. dr. Lea Šugman Bohinc

Študijski program: Socialno delo z družino

Ljubljana, 2019

Večdružinska skupinska podpora in pomoč

Povzetek magistrskega dela

Večdružinska skupinska podpora in pomoč je v slovenskem prostoru nepoznana oblika podpore in pomoči. V ZDA se je začela razvijati v 60-ih letih preteklega stoletja, vendar je, kljub številnim kliničnim poročilom o njeni uspešnosti, še vedno empirično malo raziskana. Pričujoče delo je temeljna in eksplorativna raziskava, ki je v pretežnem delu teoretična in v manjšem empirična. V teoretičnem delu raziskovalne naloge povzamem teorije, ki so povezane z razumevanjem večdružinske skupinske podpore in pomoči ter so prisotne v slovenski teoriji in praksi. Znanja o oblikah skupinske in družinske podpore in pomoči dopolnim s povzetki teorije sistemske terapije, teorije skupnih dejavnikov uspešnosti ter socialnega dela z družino. Dalje povzamem prvi (Laqueurov) model večdružinske skupinske terapije in njegove kasnejše različice. Znotraj njih raziščem različne settinge oz. kontekste, namene in cilje ter populacije in izvajalce. V razpravi teoretskega dela raziskave analiziram in sintetiziram obravnavane oblike podpore in pomoči s pomočjo grafičnih upodobitev njihovih procesov v interakcijskem polju. Opredelim 9 nivojev dela pri večdružinski skupinski podpori in pomoči ter možnosti strokovnih ravnanj oz. intervencij na posameznih nivojih. Teoretska izhodišča oz. teme izida teoretičnega dela raziskave nato preverim z empirično raziskavo. Kot raziskovalni instrument oblikujem odprta vprašanja in z deduktivnim pristopom analize pridobljenega empiričnega gradiva potrdim 4 teoretska izhodišča; 3 ostanejo empirično nepreverjena in nobenega teoretskega stališča empirični podatki ne zanikajo. Nalogo zaključim z ugotovitvami: da lahko večdružinsko skupinsko podporo in pomoč primerjamo z družinsko in skupinsko obliko podpore in pomoči; da omogoča integracijo raznolikih teorij, metod in pristopov dela z družinami; da nudi družinam v procesu številne nove vire moči; da je primerna oblika podpore in pomoči za večino populacij družin, s katerimi izvajamo socialno delo z družino; da je časovno in stroškovno učinkovita oblika podpore in pomoči; ter kompatibilna s socialnim delom z družino. Predlagam izvedbo pilotnega večdružinskega skupinskega procesa podpore in pomoči in znotraj njega, raziskovanje dela z družinami na stiku z njihovimi lokalnimi skupnostmi.

Ključne besede: večdružinska skupinska terapija, skupinska dinamika, družinski življenjski cikel, sistemska teorija

Multiple Family Group Support and Help

Master's Thesis Abstract

Multiple family group support and help is an unknown form of support and help in Slovenia. In the United States, it began to develop in the 1960s. However, despite numerous clinical reports on its successful performance, it has still not been thoroughly empirically researched. The following thesis is a fundamental and exploratory study that is predominantly theoretical, and only empirical to a lesser degree. In the theoretical part of the research, I summarize the theories relating to the understanding of multiple family group support and help that are present in Slovenian theory and practice. I expand on the data on the different forms of group and family support and help by summarizing the theory of systems therapy, the theory of common factors and social work with families. Furthermore, I summarize the first (Laqueur's) model of multiple family group therapy and its later versions. Through them, I explore different settings, purposes and goals, populations and practitioners. In the discussion part of the theoretical part of the research, I analyze and synthesize the examined forms of support and help by means of graphic depictions of their processes in an interactional field. I define nine levels of work with multiple family group support and help and the possible interventions at individual levels. I examine the outcome themes of the theoretical part of the research based on empirical research. As a research instrument, I formulate open questions and by using the deductive approach to analyze the obtained empirical material, I confirm 4 theoretical starting points; 3 remain empirically unverified, and no empirical data refutes any of the theoretical starting points. I conclude the thesis with the following conclusions: multiple family group support and help can be compared to family and group support and help; it is possible to integrate diverse theories, methods and approaches within it; it provides a number of new sources of strength to families in the process; it is a suitable form of support and help for most of the families with whom we do social work; it is a time and cost effective form of support and help; it is compatible with social work with families. I propose the implementation of a pilot multiple family group support and help process and, as part of that process, research into working with families at their point of contact with their local communities.

Keywords: multiple family group therapy, group dynamics, family life cycle, systems theory

Kazalo vsebine

1.	Uvod v proučevani problem	1
2.	Oblike podpore in pomoči	4
2.1	Skupinska podpora in pomoč	4
2.1.1	Terapevtski faktorji	5
2.1.2	Odprtost skupine	6
2.1.3	Razvojne faze skupine.....	8
2.1.4	Velikost skupine	10
2.1.5	Skupina kot celota	11
2.1.6	Skupinska dinamika	12
2.2	Družinska podpora in pomoč.....	17
2.2.1	Družinski življenjski cikel.....	18
2.2.2	Sociološki dejavniki družin	20
2.2.3	Psihološki dejavniki družin	24
3.	Pristopi k podpori in pomoči v Sloveniji	29
3.1	Sistemska psihoterapija	29
3.1.1	Sistemska družinska terapija	31
3.1.2	Sistemska skupinska terapija.....	33
3.2	Skupni dejavniki uspešnosti	35
3.3	Socialno delo z družino	38
4.	Večdružinska skupinska terapija (VDST).....	40
4.1	Začetki	41
4.2	Laquerov model.....	41
4.2.1	Strukture motenih družin [Structures of Disturbed Families]	44
4.2.2	Mehanizmi VDST	45
4.3	Sodobna VDST	47
4.3.1	Setting oz. kontekst	47

4.3.2	Namen in cilji	48
4.3.3	Populacije	48
4.3.4	Izvajalci	49
4.3.5	Pristopi k VDST	50
4.3.6	Interpersonalni postmoderni pristop k VDST	53
4.4	Kritika VDST	55
5.	Rezultati teoretičnega dela raziskave z razpravo	57
6.	Problem empiričnega dela raziskave	70
6.1	Teoretična izhodišča oz. teme	70
6.2	Raziskovalna vprašanja	71
7.	Metodologija	72
7.1	Vrsta raziskave	72
7.2	Raziskovalni instrument in vir podatkov	72
7.3	Populacija in vzorčenje.....	73
7.4	Zbiranje podatkov	74
7.5	Obdelava in analiza podatkov.....	74
8.	Rezultati in razprava.....	76
9.	Sklepi in predlogi	78
10.	Viri	79
11.	Priloga	85
A)	Gestalt psihoterapija	85
	Gestalt izkustvena družinska terapija	86
	Gestalt skupinska terapija.....	87
B)	Kognitivno-vedenjska terapija.....	88
	Kognitivno-vedenjska skupinska terapija	89
C)	E-poštna sporočila	91
D)	Deduktivna analiza pridobljenega gradiva	94

Kazalo slik

Slika 1: Model procesa komunikacije	13
Slika 2: Dejavniki vpliva na izid psihoterapevtskega procesa	37
Slika 3: Velikost učinka skupnih dejavnikov kontekstualnega modela in specifičnih dejavnikov	38
Slika 4: Skupinska podpora in pomoč enega strokovnega delavca petim članom skupine	58
Slika 5: Družinska podpora in pomoč enega delavca tričlanski družini	59
Slika 6: Socialno delo enega strokovnega delavca s tričlansko družino	61
Slika 7: Večdružinska skupinska podpora in pomoč dveh strokovnih delavcev in opazovalca trem družinam	62

1. Uvod v proučevani problem

Do ideje »skupinske terapije z več družinami« sem prišel na podlagi razmišljanja o sistemskem načelu, ki pravi, da je skupina več kot seštevek njenih posameznih enot. To je po mojem razumevanju tudi eden ključnih momentov, ki jih izkorišča socialno delo z družino. Takšno delo lahko ima učinkovitejše in trajnejše izide, saj se spreminja cel sistem (v tem primeru družina) in ne le njegovi posamezni deli (družinski člani), ki jih ustaljeno delovanje sistema spodbuja k delovanju po starih/ustaljenih vzorcih vedenja. Ideja, ki jo želim raziskovati v magistrski nalogi, se mi je porodila v obliki vprašanja: ali je mogoče v prid družinam pri našem delu, poleg sinergije znotraj družinskega sistema, izkoriščati tudi sinergijo interakcij med večdružinskimi sistemi?

Ob raziskovanju različnih spletnih mest nisem našel tovrstne dejavnosti ali raziskav v slovenskem prostoru; odkril pa sem, da je v ZDA ta ideja že precej stara. Dr. Hans Peter Laqueur, vodja psihiatričnega oddelka v newyorški bolnici, je leta 1951 na ta način, v skupinah štirih do petih družin, pričel zdraviti paciente z diagnozo shizofrenije. Po 17. letih tovrstnega dela je Laqueur ugotovil, da se je delež pacientov, ki so se vrnil v bolnico, zmanjšal za 80%. (Asen 2002)

Raziskovati večdružinsko skupinsko podporo in pomoč se mi zdi relevantno, saj so dandanes v Sloveniji socialni delavci preobremenjeni z delom. Po eni strani morajo zadostiti visokim kvantitativnim normam, po drugi pa tudi kvalitativnim. Ta dva kriterija se marsikdaj izključujeta in zaradi nezmožnosti zadostitve obema povzročata izčrpanost strokovnih delavcev in nezadovoljstvo uporabnikov ter vodstvenih delavcev. Še en izmed današnjih problemov socialnega varstva je razpršenost socialnovarstvenih storitev. Eno družino skoraj praviloma obravnava več različnih strokovnih delavcev za posamezne segmente iste problematike. Tudi če so uspešni, jim na ta način največkrat uspe le »pogasiti požar«, ne pa odpraviti vzvodov, s katerimi ta družina požar zaneti znova in znova. Tako se iste družine vračajo v sistem socialnega varstva vedno znova z istimi ali podobnimi problemi. To zopet povzroča nezadovoljstvo, slabo samopodobo, izčrpanost ipd. strokovnih delavcev in upad volje, motivacije za delo, upanja ipd. uporabnikov. (Bouwkamp in Bouwkamp, 2014.)

Večdružinsko skupinsko podporo in pomoč ocenjujem za strokovno relevantno, saj predvidevam, da odgovarja na nekatere od prej opisanih problematik. Razbremenijo lahko socialne delavce, saj lahko v času, ki ga bi sicer namenili eni družini, delajo z več družinami

hkrati. Tudi interakcijo med strokovnimi delavci in člani družine ocenjujem za lažjo, saj v tovrstnem delu niso tako pomemben člen meddružinske skupinske dinamike, kot npr. pri individualnem delu z eno družino, saj so interakcije usmerjene v proces formiranja skupnosti z namenom, da si družine medsebojno pomagajo. Tovrstno delo lahko morda v določeni meri odpravlja razpršenost socialnovarstvenih storitev, saj ga lahko opravlja manjše število strokovnih delavcev. Če pa je delo skupine uspešno in se ustvari kohezivna skupnost, ki je sposobna nuditi pomoč in podporo sama sebi, lahko v družbi predstavlja močno jedro, ki širi svoje pridobljeno znanje in kompetence tudi med druge družine.

Moja teza je torej, da skupinska terapija ali socialno delo z več družinami zahteva *manj strokovnih delavcev* za delo z *več družinami*, kar pomeni tudi *nižje stroške* pomoči (za državo ali posamezno družino). Še več, če se v skupini uspešno formira skupnost, ki jo veže vzajemna pomoč, lahko ta skupnost v širši družbi deluje tako preventivno, kot tudi deloma nadomešča ali vsaj pomembno dopolnjuje strokovno pomoč.

Poleg zgoraj opisanih razlogov vidim večdružinsko skupinsko podporo in pomoč tudi kot potencialni most med posameznimi vejami znotraj stroke socialnega dela. Menim, da bi ta most lahko zbliževal področja dela na različnih nivojih (delo s posamezniki, družinami, v skupnosti); ter področja dela z različnimi populacijami (hendikepirani, mladi, stari, stigmatizirani, diskriminirani itd.).

Kljub kliničnim poročilom o uspešnosti večdružinske skupinske terapije (Asen, 2002) ta v Sloveniji (še) ni doživela asimilacije v metodiko pomagajočih poklicev. Z raziskovalno nalogo želim zato pregledati dostopno literaturo in analizirati to terapevtsko metodo. Ker je v Sloveniji (še) nihče ne prakticira, sem se odločil za pretežno teoretsko raziskavo, ki jo bom empirično podprl s kvalitativno raziskavo. Z njo želim večdružinsko skupinsko terapijo postaviti v okvir znanj in metod, ki so slovenskemu prostoru poznane in preveriti primernost te metode za socialno delo. Če bo izid pozitiven, upam, da bo naloga predstavljala pobudo in izhodišče za začetek izvajanja večdružinske skupinske podpore in pomoči tudi v slovenski praksi pomagajočih poklicev.

V teoretičnem delu raziskave bom zbiral sekundarne vire na temo večdružinske skupinske terapije v angleškem jeziku in sekundarne vire sorodnih praks, ki se izvajajo v Sloveniji. Slednje bom podprl s primeri iz svojih delovnih izkušenj s skupinami. Pridobljene vire bom zbral v razpored dostopne literature in tiste vire, za katere bom ocenil, da so relevantni za to raziskavo, predstavil z deskriptivno metodo. Preko njihove analize in sinteze spoznanj bom

večdružinsko skupinsko terapijo umestil v okvir poznanih teorij in praks v Sloveniji. S pomočjo deduktivne logike bom spoznanja apliciral na teorijo in prakso podpore in pomoči v socialnem delu z družino. V empiričnem delu raziskave bom s kvalitativno analizo zbranega gradiva preveril ugotovitve teoretične raziskave ter dopolnil morebitne vrzeli.

V raziskavi se bom osredotočil na naslednja raziskovalna vprašanja:

1. S katerimi znanji in praksami, ki jih imamo v Sloveniji, lahko primerjamo in povežemo večdružinsko skupinsko terapijo?
 - Kako deluje večdružinska skupinska terapija?
2. Katere so razmejitve in katera stičišča med družinsko terapijo, skupinsko terapijo, večdružinsko skupinsko terapijo in socialnim delom z družino?
 - »deklarativna« razmejitev (definicije), »vsebinska« razmejitev (metode, kontekst oz. 'setting', zadostitev potrebam posameznika, družine, družbe ipd.)
3. Kakšne možnosti nudi večdružinska skupinska terapija kot oblika pomoči posameznikom, družinam in širšim skupnostim pri obravnavi širšega spektra socialnodelovne problematike?
 - Na katere socialnodelovne problematike ta oblika pomoči ne more odgovoriti?
4. Katere psihosocialne probleme, s katerimi se ukvarja socialno delo, je mogoče obravnavati tudi z večdružinsko skupinsko terapijo?
 - Kaj lahko (če lahko) večdružinska skupinska terapija doprinese socialnemu delu z družino?

2. Oblike podpore in pomoči

2.1 Skupinska podpora in pomoč

Skozi življenje smo ljudje vedno znova del številnih skupin. Nekatere se formirajo spontano in jih Toseland in Rivas (2009) imenujeta *naravne*. To so npr. družina, vrstniki, prijatelji ipd. Druge skupine pa se formirajo pod zunanjimi vplivi z določenim namenom, zato jih imenujeta *formirane*. Primeri teh skupin so delovni timi, skupine sošolcev, politične skupine, aktivistične skupine, terapevtske skupine itd. Glede na skupinsko delo dalje ločita delo z *delovnimi skupinami* ter s *skupinami v obravnavi*.

Delovne skupine se oblikujejo z namenom opraviti določeno nalogo. Člane skupine se izbere glede na njihove kompetence in znanja, ki so potrebna za opravljanje skupinske naloge. Pri delu imajo člani predpisane vloge, delujejo osredotočeno na skupinsko nalogo in upoštevajo formalne načrte in pravila. Uspeh skupine se ugotavlja na podlagi uresničitve skupinske naloge oz. proizvoda njihovega dela in poročila o njem so lahko dostopna tudi javnosti. (Toseland in Rivas, 2009.)

Nameni različnih skupin v obravnavi so: rehabilitacija, habilitacija (rast in razvoj), korekcija, socializacija, preprečitev, socialna akcija, reševanje problemov in razvijanje socialnih vrednot. V tovrstne skupine člani vstopajo zaradi svojih osebnih potreb. Oblikujejo se na podlagi skupnih skrbi, težav ali značilnosti članov. Za takšne skupine je značilna odprta in vzajemna interakcija, ki je lahko bolj ali manj fleksibilna (odvisno od skupine) in temelji na potrebah posameznih članov. Skozi te interakcije se člani skupine v zaupnem okolju samorazkrivajo in spontano razvijajo skupinske vloge. Uspeh skupine se ocenjuje na podlagi doseženih ciljev vsakega člana. Glede na namen, poznamo *podporne*, *izobraževalne*, *terapevtske* in *socializacijske skupine* ter *skupine za osebno rast* in *skupine za samopomoč*. (Toseland in Rivas, 2009.) V nadaljevanju se za potrebe magistrske naloge osredotočam predvsem na podporne in terapevtske skupine.

Na področju terapevtske pomoči so na začetku 20. stoletja prvi svoja znanja začeli prenašati v skupinske kontekste psihoanalitiki Adler, Lazell, Burrow, Wender, Schilder idr. V petdesetih in šestdesetih letih 20. stoletja se je razvilo ogromno novih terapevtskih pristopov. Nekateri so se med seboj povezovali in dopolnjevali, nekateri pa so si nasprotovali. Praper (2008) največje nasprotje vidi med analitičnimi in neanalitičnimi pristopi.

Prepoznavnejši med prvimi analitičnimi pristopi k skupini so bili: Wolfova *psihoanaliza v skupini*, Salvsonova *analitična skupinska psihoterapija* in Foulkesova *skupinska analiza*. Razlike med njimi so v fokusu terapevtskega dela, ki je v prvem primeru posameznik v skupini, v drugem skupina kot celota in v tretjem skupinsko-dinamični pojavi. Na podlagi teh pristopov so se kasneje razvile tudi *geštalt skupine*, *transakcijske skupine* idr. Sodobne analitične skupine integrirajo spoznanja preteklih in dodajajo razumevanje sodobnih razvojnih teorij *egopsihologije*, *selfpsihologije* in *objektnih relacij*. (Praper, 2008.)

Med neanalitične oz., kot jih tudi imenuje Praper (2008), postanalitične skupinske pristope pa sodijo *humanistične*, *direktivno svetovalne*, *racionalno emotivne* in *kognitivno-vedenjske skupine*. Vsak pristop ima svoje specifične, nemalokrat pa imajo tudi povsem različni pristopi skupne točke. V nadaljevanju raziskujem različne skupinske prvine in pojave, ki jih najdemo v vseh skupinskih terapijah.

Pri delu v skupnosti z ljudmi s težavami z zasvojenostjo vodimo dva tipa skupin: organizacijske in terapevtske skupine oz. v prej omenjeni terminologiji neanalitične in analitične. Kadar se člani skupnosti ne držijo skupnih dogovorov, to na organizacijskih ('neanalitičnih') skupinah obravnavamo tako, da v skupini raziskujemo, kaj bi jim pomagalo pri tem, da se bodo v bodoče zmogli držati dogovora, medtem ko na terapevtskih ('analitičnih') skupinah raziskujemo, kakšno počutje in katere izkušnje, želje in potrebe so privedle do takšnega vedenja ter ali bi lahko na drugačen, bolj konstruktiven način poskrbeli zase.¹

2.1.1 Terapevtski faktorji

Yalom (v Vinogradov in Yalom, 1989; Yalom in Leszcz, 2005) je na podlagi številnih raziskav na temo »Kaj deluje v psihoterapiji?« razvil empirično utemeljen seznam 11 terapevtskih mehanizmov oz. faktorjev, ki so na delu v vseh skupinskih terapijah.

Vlivanje upanja je faktor, ki naslavlja zaupanje v terapevtski proces. Če člani skupine in terapevt verjamejo v koristnost skupinskega procesa, bo že zaupanje imelo terapevtski učinek. *Univerzalnost* je faktor uvida posameznih članov, da niso edini z določenimi težavami. Ta faktor v začetni fazi skupinske terapije članom prinaša občutek olajšanja. *Deljenje informacij* predstavlja direktna navodila za vedenje ali nasvete terapevta in ostalih članov. Ta dejavnik je prisoten v vseh oblikah skupinskih terapij, vendar pri dolgotrajnih interakcijskih skupinskih

¹ Z namenom aktualizacije in pojasnitve teorije, ki je lahko abstraktna, v nalogi dodajam opise izkušenj iz lastne prakse, ki se od ostalega besedila ločijo z zamikom in poševno pisavo.

oblikah po začetnem obdobju razvoja skupine ni več zaželen. Člani skupine si postanejo zelo pomembni, saj imajo podobne težave in si preko svojega soočanja z njimi nudijo podporo, predloge in uvide. Na tej točki dobijo občutek, da je to, kar počnejo, pomembno za nekoga drugega. Preko dajanja torej dobivajo. Ta dejavnik se imenuje *altruizem*. (Vinogradov in Yalom, 1989.)

Skupina članom omogoča tudi *razvoj socialnih veščin*. Temu faktorju se sicer pri delu lahko posveča več ali manj pozornosti, v vsakem primeru pa skupina predstavlja posameznikom poligon, na katerem lahko odkrivajo svoje obstoječe socialne spretnosti in razvijajo ter preizkušajo nove. Tega pa ne počnejo, le kadar so sami na »vročem stolu«, temveč tudi preko opazovanja ostalih članov, kako se učijo ravnati s svojimi težavami. Ta faktor se imenuje *oponašalno vedenje*. (Vinogradov in Yalom, 1989.)

V skupinskih terapevtskih procesih pogosto pride do izlivov občutij in čustev. *Katarzična* je izkušnja tistih posameznikov, ki se jim to zgodi in dobijo od ostalih članov skupine informacijo, da jih še vedno sprejemajo. Člani skupine začnejo v določeni točki procesa posameznikom na simbolni ravni predstavljati družinske člane. Do njih oblikujejo podobna vedenja, kot so jih bili vajeni v svoji najpomembnejši skupini – družini. Vendar v skupini se člani ne vedejo tako, kot so se doma vedli družinski člani, kar jim omogoča *korektivno rekapitulacijo primarne družinske skupine*. (Vinogradov in Yalom, 1989.)

V skupinski terapiji se ustvari primerno okolje tudi za soočanje z *eksistencialnimi faktorji*, kot je ta, da se kljub bližini in intimi odnosa s pomembnimi ljudmi vseeno neizogibno soočamo z lastnimi občutki eksistenčne osamljenosti. Ko člani skupine v teh občutkih in s tem zavedanjem postanejo opaženi, ima to zanje velik notranji pomen, ki jim daje pogum za soočanje s to razsežnostjo realnosti tudi izven terapije. (Vinogradov in Yalom, 1989.)

Kohezivnost je faktor, ki se razvije v uspešnih skupinskih terapijah in predstavlja povezanost in medsebojno sprejemanje in podpiranje skupinskih članov. Kohezivne skupine dosegajo boljše terapevtske učinke kot tiste, ki kohezivnosti ne dosežejo. (Vinogradov in Yalom, 1989.)

2.1.2 Odprtost skupine

Odprtost je lastnost skupine, ki nam govori o možnosti vključitve novih članov v obstoječo skupino. *Odprte* skupine sprejemajo nove člane, *polodprte* jih sprejemajo pod določenimi

pogoji in *zaprte* skupine ne sprejemajo novih članov. Vsak od teh settingov ima svoje značilnosti.

Popolnoma odprte skupine ljudi zelo redko najdemo v kontekstih pomoči in vsakdanjem življenju. Skupino namreč definirajo skupinske meje in če so te popolnoma odprte, potem takšna skupina težko obstaja. V kontekstu terapevtskih skupin kot odprte razumemo tiste skupine, ki brez posvečanja posebne pozornosti vključevanju in zapuščanju skupine nadomestijo člane, ki so odšli, z novimi. Odprte skupine so po navadi velike skupine, ki ne ciljajo na spremembe posameznikovih navad in vzorcev, temveč člane senzibilizirajo za socialno okolje. Bolj kot redna prisotnost na skupini je pomemben občutek pripadnosti. Posledica tega je, da se člani, ki skupine ne obiskujejo redno, odzivajo le na dogajanja v okviru posameznih srečanj, izgubijo pa stik z razvojem skupine. Najpogostejši primeri odprtih skupin so terapevtske skupnosti. Njihove meje predstavlja institucija, udeležujejo pa se vsi njeni uporabniki. (Praper, 2008.)

Polodprte skupine so osnovane z namenom, da posameznim skupinskim članom nudijo čas in prostor, ki ga potrebujejo za doseg svojih ciljev. Takšne skupine *se regenerirajo*. To pomeni, da vključujejo nove izbrane člane na mesta tistih, ki so skupino zaključili. Polodprte skupine so po navadi majhne skupine – od 7 do 8 članov. Ko skupina zaživi, se ustvarita pozitivno jedro in skupinska kultura. Takšna skupina teoretično nima razlogov, da bi prenehala obstajati. V skupinski analizi običajno po dveh ali treh letih odidejo prvi člani. Od takrat dalje se vključujejo v skupino novi (po eden ali dva letno), ki prevzemajo skupinsko kulturo in jo kasneje prenašajo na naslednike. Nove člane mora terapevt previdno izbrati in tudi skupino pripraviti na njihov vstop. Vključevanje novih članov v skupino nudi starim članom dobre pogoje za diferenciacijo, izhod iz skupinskega zlivanja; novim članom pa tako diferencirani stari člani služijo kot vzor za modelno učenje. (Praper, 2008.)

Za skupinsko terapijo so najbolj značilne zaprte skupine, pri katerih terapevt z vsakim članom posebej in s skupino kot celoto sprejme dogovor o rednem sestajanju skozi določen čas. Po navadi trajajo od nekaj mesecev do nekaj let. Zunanje meje zaprte skupine so v primerjavi s prejšnjima oblikama bolj rigidne, na račun tega pa je povečan notranji občutek varnosti, pripadnosti in edinstvenosti skupine. Hitro se razvije kohezivnost, težje pa člani izvedejo diferenciacijo in ob zaključku separacijo. Zaprte skupine so dobro okolje za pridobivanje izkušenj in spoznanj o sebi, medosebni komunikaciji in skupinski dinamiki. (Praper, 2008.)

Danes je odprtost terapevtskih skupin bolj fleksibilna, kot je bila včasih. Med svojim delovanjem se skupina lahko odpira ali zapira. O tem, poleg terapevta, soodločajo tudi člani skupine, ki si na ta način soustvarjajo pogoje za lasten proces pomoči. (Praper, 2008.)

Naša terapevtska skupnost za ljudi s pridruženimi težavami v duševnem zdravju se ne sklada s Praperjevim (2008) opisom terapevtske skupnosti kot odprte skupine. Naša terapevtska skupnost je polodprta skupina, saj delavci odločamo o primernosti, številu in času vključevanja novih članov za sprejem v skupino. Znotraj polodprte skupnosti so polodprte tudi organizacijske skupine, kjer uporabniki in delavci skupaj odločamo o možnosti prisotnosti zunanjih oseb (mentorji, prostovoljci, praktikanti) v skupini; terapevtske skupine pa so zaprte, saj se jih lahko udeležujejo le določeni uporabniki in določeni delavci – s tem zagotavljamo večji občutek varnosti, ki omogoča delo z intimnejšimi vsebinami.

2.1.3 Razvojne faze skupine

Odkritje, da se skupine razvijajo, so do zdaj proučevali že številni avtorji. Razvijajo se skupinska komunikacija, interakcijski vzorci, kohezija, kultura itn., skratka, celotna skupinska struktura. Večina avtorjev se strinja, da razvoj vsake skupine poteka skozi podobne procese, skupine se razlikujejo le v številu razvojnih faz. Toseland in Rivas (2009: 91) sta naredila pregled 11 avtorjev in njihovih faznih modelov razvoja skupine (razvidno iz spodnje tabele 3.1).

razvojna faza	Začetek	sredina	zaključek
Bales (1950)	Orientacija	evalvacija	sprejem odločitev
Tuckman (1963)	Oblikovanje	viharjenje, normiranje, izvajanje	zaključek
Northen (1969)	načrtovanje in orientacija	raziskovanje in preizkušanje, reševanje problemov	predzaključek
Hartford (1971)	predskupinsko načrtovanje, zbiranje, oblikovanje skupine	dezintegracija in konflikt, oblikovanje skupine in ohranjanje	zaključek
Klein (1972)	orientacija, odpor	pogajanje, intimnost	zaključek
Trecker (1972)	začetek, porajanje nekega skupinskega občutka	razvoj vezi, namena in kohezije; močan skupinski občutek; pojemanje skupinskega občutka	zaključevanje

Sarri & Galinsky (1985)	faza začetka, formativna faza	vmesna faza I; faza revizije; vmesna faza II; faza zrelosti	zaključek
Garland, Jones & Kolodny (1976)	predvčlanjenost, moč in nadzor	intimnost	ločitev
Henry (1992)	začenjanje, zbiranje	konflikt, ohranjanje	zaključek
Wheelan (1994)	odvisnost in iluzije (zmote)	nasprotovanje odvisnosti in pobeg; zaupanje in struktura; delo	zaključek
Schiller (1995)	Predvčlanjenost	vzpostavljanje odnosne podlage; vzajemnost in medosebna empatija; vzajemnost in sprememba	ločitev

Tabela 3.1

Različne faze skupinskega procesa je mogoče razvrstiti v tri kategorije: začetne, (o)srednje in zaključne faze. V *začetnih fazah* se skupinski člani ukvarjajo predvsem z organizacijskim vidikom skupine. Porajati se začne skupinski občutek (»mi«), ki članom pogosto predstavlja težavo. Čutijo lahko pritisk skupine, željo po pridružitvi v skupino in hkrati po ohranjanju avtonomije. Ob tem procesu se začnejo formirati skupinske norme in člani začnejo zavzemati različne vloge, kar lahko izzove konflikt. Ta porajajoča skupinska dinamika v *srednjih fazah* skupinskega procesa oblikuje ustaljene vzorce interakcij. Člani se zbližajo na intimnem nivoju in krepi se začne skupinska kohezivnost. To omogoči usklajevanje skupinskega dela in napredovanje v smeri zastavljenih ciljev preko diferenciacije skupinskih vlog in razvoja mehanizmov povratnih informacij ter vrednotenja. V *zaključnih fazah* se dokonča in ovrednoti skupinsko delo. Člani vstopijo v proces separacije, v katerem začneta upadati skupinski občutek in kohezija skupine. (Toseland in Rivas, 2009.)

Nobeden od avtorjev s svojimi razvojnimi faznimi modeli skupine ni opisal razvoja, ki bi veljal za vse skupine. Na napredovanje skupine skozi različne stopnje vplivajo vrsta skupine, njeni cilji, setting, drža vodje in ne nazadnje tudi ali pa predvsem potrebe posameznih skupinskih članov (Toseland in Rivas, 2009). Corey, Corey in Corey (2010) predstavijo specifične razvoja skupinskega procesa v skupinah različnih starostnih populacij – od otrok do starejših odraslih – in različnih obravnavanih problematik, kot so: zasvojenost, nasilje, vzgoja, motnje hranjenja itd. Praper (2008) pa poudari vpliv velikosti skupine na njen proces. Navaja,

da je bila velika večina skupinskih fenomenov odkrita in na splošno tudi proučevana v malih skupinah do 10 članov. Sicer se po teh zakonitostih organizirajo tudi veliki družbeni sistemi, vendar s pomembnimi razlikami. Tako npr. Toseland in Rivas (2009) navajata, da velike, odprte skupine redko presežejo začetno fazo formiranja skupine. S to težavo se spoprijemajo preko zelo strukturiranih srečanj, polnih ritualov, kar v večini primerov ne zadostuje za vzpostavitev intimnih odnosov med člani.

2.1.4 Velikost skupine

Glede na število članov v skupini se terapije izvaja v malih, srednjih in velikih skupinah. »[...] *diadna (analitična) psihoterapija omogoča predvsem odkrivanje in predelave intrapsihičnih vsebin, skupinska psihoterapija v mali skupini omogoča prepoznavanje sebe skozi interakcijo v pomembnih socialnih odnosih, [...]*«, v srednji skupini lahko člani predvsem razumsko raziskujejo kontekst njihovih interakcij in sociokulturne vsebine, »[...] *psihoterapija v veliki skupini pa vpleta celotno socialno situacijo, socialno klimo, kulturo, vrednotne sisteme, specifične ideologije in etos.*« (Praper, 2008: 164)

2.1.4.1 Male skupine

Največ teorij in raziskav izhaja iz *malih skupin*, ki zajemajo 4 do 15 članov (odvisno od terapevtske oblike). V njih lahko člani podoživijo svojo družinsko situacijo in izkušnje iz prvih vrstniških skupin. Vzbudijo se jim razne emocionalne vsebine, konflikti in težave z integracijo pripadnosti in separacije ter z iskanjem svojega položaja in vloge v skupini. V mali skupini člani predvsem iščejo lastno ravnotežje, kljub temu pa so del razvoja skupine kot celote in njenih fenomenov. To omogoča obravnavo intrapsihičnih procesov posameznih članov preko ali pa s pomočjo skupinskodinamičnih procesov v polju medosebnih odnosov. Male skupine se npr. razvijajo od pozicije odvisnosti, preko kontraodvisnosti do avtonomije in vzajemnosti. Če terapevt uspešno odvodi skupino skozi njen razvoj, je na koncu v poziciji, kjer je zmožna uspešno zdraviti samo sebe. (Praper, 2008.)

2.1.4.2 Srednje skupine

Kategorija *srednjih skupin* je nastala ob ugotovitvi, da se ob sestajanju 15 do 30 članov vzpostavi drugačna skupinska dinamika kot v majhnih ali velikih skupinah. S takšnimi skupinami se v življenju prvič srečujemo v vrtcu in osnovni šoli, zato v nas stimulirajo odnosne izkušnje, vezane na ta obdobja in okolja. V srednji skupini je od intrapsihičnih vsebin in pomembnih odnosov pomembnejši kontekst – namesto terapije posameznika je v ospredju funkcioniranje skupine same zase. Kljub temu pa, za razliko od velike skupine, še

vedno omogoča povezavo med intrapsihičnim in socialnim okoljem (tokrat v širšem smislu kot je družina). (Praper, 2008.)

Člani se sicer v srednji skupini ne zbližajo tako kot v majhni, da bi si zaupali osebne zadeve, govorili o svojih težnjah, konfliktih in intimnih odnosih, temveč so interakcije med njimi bližje spoznavanju in učenju. Tako srednje skupine same organizirajo načine komunikacije, ki so drugačni kot v majhnih skupinah. Skupina se organizira okoli iskanja pomena in smisla. Ustvarjena kultura daje prednost mišljenju pred emocijami in delu pred iskanjem udobja. »[...] *prej kot 'po srcu', [skupina] ravna 'po pameti'.*« (Praper, 2008: 155)

2.1.4.3 Velike skupine

Velike skupine štejejo do 100 članov oz. toliko ljudi, kolikor se jih lahko med seboj vidi in sliši. Po navadi se sedeži razporedijo v obliki kroga, koncentričnih krogov ali amfiteatra. Takšne skupine predstavljajo mikrokulturo socialnih sistemov družbe, ki se dotikajo posameznikov. S svojim delovanjem omogočajo humanizacijo družbe in posameznika. Velike skupine se preko svoje socialne strukture usmerjajo predvsem na socialne in kulturne vidike, ki jih člani predelujejo v obliki socialnega učenja po modelu. Takšne okoliščine ponujajo priložnost novih izkušenj pri obvladanju tesnobe in ustvarjanju boljših odnosov preko komunikacije. Kontekst velike skupine je za posamezne člane tudi dobro okolje za uvide v svoje globoke procese delovanja. (Praper, 2008.)

»Naše življenje poteka v socialni mreži vseh treh nivojev skupinskih odnosov hkrati – v družinskih in prijateljskih odnosih (v malih skupinah), delovnih skupinah, v tovariških odnosih, v kolektivih (srednjih skupinah) in v družbenih odnosih v velikih skupinah (ki so včasih tudi samo referenčne skupine, pa vendar predstavljajo družbeno sceno).« (Praper, 2008: 158)

2.1.5 Skupina kot celota

Ko se posamezniki sestajajo ob dogovorjenem času, se kohezivno povezujejo in razvijajo občutek pripadnosti eden drugemu, delujejo kot skupina. Neizbežno oblikujejo vertikalno in horizontalno strukturo odnosov in vlog, v kateri ima vsak član skupine svoje mesto. Na vertikalni osi se razporejajo odnosi po moči, pomembnosti in odgovornosti, medtem ko se hkrati na horizontalni osi oblikujejo tovarištva, povezanost in izmenjave v koherentni organizaciji. Praper (2008: 140) piše, da: »[...] *skupina deluje kot 'psihološko bitje', katerega kultura ima podobno dimenzijo skozi čas kot geneza pri posamezniku.*« Skupino kot celoto so opazovali različni avtorji iz različnih zornih kotov in o njej oblikovali različne koncepte.

Bion in Whitaker v svojih konceptih obravnavata le sile, ki delujejo s strani skupine. Foulkes (v Praper, 2008) pa poleg teh silnic pri svojem razumevanju skupine kot celote upošteva tudi socialne in kulturne silnice znotraj posameznih članov skupine. S svojim konceptom *skupinskega matriksa* prispeva enega pomembnejših uvidov v razumevanje skupine kot celote. Gre za koncept, ki integrira psihoanalizo z geštalt psihologijo in ga je moč aplicirati na vse skupine ljudi. »Beseda 'matriks' pomeni maternico – izvor – okolje, v katerem nekaj raste. V konceptu matriksa je zajeta filozofija [...], da je človek primarno skupinsko bitje ter da svojo individualizacijo izpelje (ali pa tudi ne) v skupinskem kontekstu.« (Praper, 2008: 144)

Koncept matriksa zajema celotno skupino kot *ozadje* oz. *osnovni matriks*, ki je pogoj za individualizacijo posameznika kot *lika* oz. *dinamičnega matriksa*. Komunikacija in interakcija pa sta predpogoja za vzpostavitev osnovnega matriksa oz. povezavo likov v ozadje. Dinamični matriks se izraža skozi prizadevanje posameznika, da v skupini najde prepoznavno mesto. To pa mu omogoča osnovni matriks. Gre torej za dve strani istega kovanca, ki ju je moč ozreti le preko opazovanja njunega prehajanja iz ene v drugo. (Praper, 2008.)

V terapevtski skupini torej skupina predstavlja ozadje, ki ga s svojimi skupinsko-odnosnimi izkušnjami sooblikujejo posamezni člani, hkrati pa želijo iz njega izstopiti na načine, kot so jih vajeni iz svojih preteklih izkušenj ravnanja v skupinskih odnosih. Če se terapevt namesto na intrapsihični nivo skupinskih članov osredotoči na interpersonalni nivo skupine – komunikacijo in interakcijo – se mu za raziskovanje odpre mreža družinskih odnosov posameznih članov skupine. (Praper, 2008.)

Skupino je torej mogoče videti kot bit zase oz. kot zibelko, iz katere se razvijajo odnosi. V tem smislu lahko motivira zdrav ali moten razvoj njenih članov, ki se kaže skozi komunikacijo in interakcije v socialni mreži. De Maré (v Praper, 2008) trdi, da se lahko to mrežo raziskuje v najmanj štirih dimenzijah: v odnosu skupine do terapevta; v odnosu skupine do socialnega okolja (izven meja skupine); v izgradnji skupinske strukture; in skozi tri perspektive komunikacije (intrapsihične, interpersonalne in transpersonalne) – skozi pogled v preteklost, sedanjost in prihodnost.

2.1.6 Skupinska dinamika

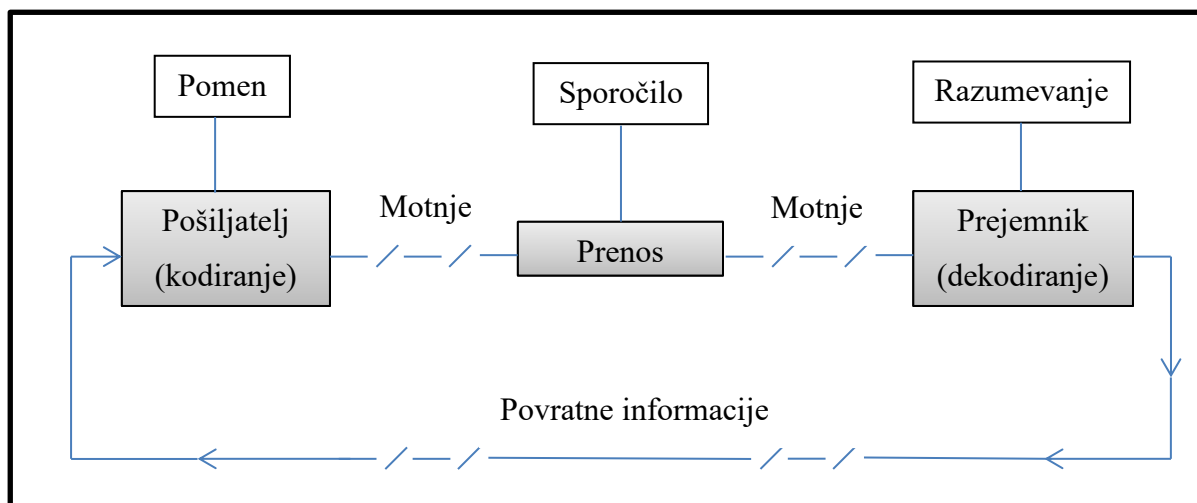
Skupinska dinamika je izraz za seštevek sil, ki izhajajo iz interakcij skupinskih članov. Njeno razumevanje je ključnega pomena pri vodenju in spremljanju razvoja skupine, saj vpliva na vedenje posameznih članov skupine in skupine kot celote. Toseland in Rivas (2009) znotraj skupinske dinamike posebno pomembnost pripisujeta temam *komunikacijskih in*

interakcijskih vzorcev, kohezije skupine, socialne integracije in vplivanja ter skupinske kulture. Razumevanje teh tem ponuja vpogled v socialno strukturo skupine.

2.1.6.1 Komunikacijski in interakcijski vzorci

Northen (v Toseland in Rivas, 2009: 69) definira socialno interakcijo kot: »[...] *dinamično izmenjevanje sil, pri katerem kontakt med ljudmi povzroča modifikacijo vedenja in odnosov pri udeležencih.*«² V kontaktu med ljudmi poteka komunikacija po več kanalih hkrati. Glavni komponenti socialne interakcije sta *verbalna* in *neverbalna komunikacija*.³ V komunikacijskih izmenjavah smo na določena sporočila bolj pozorni in na določena manj. Posledica tega je, da nekatera sporočila, ki so posredovana v socialni interakciji, procesiramo zavestno, druga pa nezavedno. Ne glede na to, da se določenih informacij ne zavedamo, pa ravno tako vplivajo na naše vedenje in odnose. Besedna oz. verbalna komunikacija nam omogoča abstrakcijo in besedne predelave, preko česar lahko naslavljamo neverbalna komunikacijska sporočila in jih tako ozaveščamo. To je pomemben element skupinskega terapevtskega dela. (Praper, 2008.)

Do nesporazumov, ki vplivajo na vedenje in odnos udeležencev v socialni interakciji, torej prihaja zaradi nezavednega procesiranja nezavednih sporočil, pa tudi motenj v procesiranju simbolov (besednega ali nebesednega komuniciranja) zavednih sporočil. Toseland in Rivas (2009: 69) podrobneje predstavljata model procesiranja informacij s spodnjo shemo.



Slika 1: Model procesa komunikacije

V procesu komunikacije si ljudje preko simbolov med seboj posredujemo pomene. Pošiljatelj v besede in druge simbole kodira pomen svojih zaznav, misli in občutkov. To sporočilo se

² Tega in vse naslednje citate iz angleške literature sem v slovenščino prevedel sam.

³ Toseland in Rivas (2009) dodajata tudi zapisano komunikacijo.

prenese do prejemnika, ki pošiljateljeve simbole dekodira in si ustvari svoje razumevanje. Prejemnik lahko nato preko povratnih informacij preveri motnje, ki nastanejo med predajo sporočila. (Toseland in Rivas, 2009.)

Interakcijski vzorci zajemajo vse dogajanje med člani skupine, ko so skupaj ob določenem času, v določenem prostoru. Tudi če člani ne komunicirajo besedno, s svojim vedenjem pošiljajo namenska in nenamenska nebesedna sporočila drugim. Vse vrste komunikacije so namenjene posredovanju sporočila. (Toseland in Rivas, 2009.)

Ko skupinski člani med seboj komunicirajo, razvijejo interakcijske vzorce, ki so lahko konstruktivni ali destruktivni za skupino. Naloga terapevta je, da jih prepozna in s svojimi ravnanji pomaga skupini oblikovati komunikacijo, ki bo služila doseganju skupinskega cilja in zadovoljevala socialne in čustvene potrebe posameznih članov. Podpreti mora komunikacijske vzorce, ki v center postavljajo skupino namesto vodje. Takšni komunikacijski vzorci povečujejo oz. krepijo socialne interakcije, skupinsko moralo, zavezanost članov k skupnemu cilju in inovativno sprejemanje odločitev. (Toseland in Rivas, 2009.)

2.1.6.2 Skupinska kohezivnost

Yalom in Leszcz (2005) definirata kohezivnost kot privlačnost članov skupine med seboj in med posameznimi člani in skupino kot celoto. Trdita, da jo je moč izkusiti na interpersonalnem, intrapersonalnem in intraskupinskem nivoju. Festinger (v Toseland in Rivas, 2009) skupinsko kohezivnost definira kot vse sile, ki delujejo na člane skupine, da ostajajo v skupini; Forsyth (v Toseland in Rivas, 2009) pa navaja tri komponente kohezivnosti: privlačnost člana do člana in naklonjenost skupini kot celoti, občutek enosti in skupnosti, tako da je skupina videna kot edinstvena entiteta, občutek timskega dela in solidarnosti, ko skupina uspešno nastopa kot koordinirana enota.

Kohezivnost deluje v kompleksnih interakcijah z drugimi skupinskimi lastnostmi. Npr. skozi razvoj skupine se spreminja – vedenje, ki v zgodnjih fazah skupine nakazuje kohezivnost, lahko v kasnejših fazah pomeni nekaj drugega. Čeprav ima kohezivnost mnogo koristnih učinkov za skupino, lahko razvije tudi negativne efekte. V visoko kohezivnih skupinah, ki imajo srednje ali nizke standarde delovanja, lahko kohezija daje podporo nižji namesto visoki ravni delovanja njenih članov. V skupinskih članih lahko visoka kohezija vzbuja patološko konformnost, ki vodi v odvisnost od skupine. Pri spodbujanju razvoja kohezije v skupini mora biti terapevt pozoren, da s tem ne ogroža individualnosti posameznih članov (še posebej tistih s slabo samopodobo). (Toseland in Rivas, 2009.)

V skupini, ki ni imela razvite kohezivnosti, so imeli uporabniki formalizirane odnose brez osebnega prispevka, udeleževali so se le dejavnosti po urniku in izpolnjevali le najnujnejše naloge, ki so zahtevale sodelovanje z drugimi. Kohezivna skupina je organizirala in izvajala izlete, filmske večere, člani so si prizadevali razreševati konflikte in se v odnosih odzivali osebno, čutili so pripadnost in eden drugega spodbujali k doseganju individualnih ciljev.

2.1.6.3 Socialna integracija in vplivanje

Socialna integracija zajema vprašanja, kako se skupinski člani ujemajo in sprejemajo v skupini. Je pogoj za razvijanje in vzdrževanje kohezivnosti. Socialna integracija gradi soglasje skupine glede njenih ciljev in namenov ter pomaga članom do njihove uresničitve. Podpirajo jo *norme, vloge in statusna hierarhija* članov, ki se izoblikuje v skupini. To vpliva na odnose med skupinskimi člani na način, da ustvarja red in občutek domačnosti v skupinskih procesih. Kot posledica postane vedenje članov skupine predvidljivo in ugodno za vse. Če je tega preveč, se zatrejo iniciative, kreativnost in intelektualni prispevki posameznih članov; če pa je premalo, zavlada kaos in skupina razpade. Določena mera norm, vlog in statusne dinamike torej skupini omogoča delo in doseganje ciljev – to pa variira od skupine do skupine. (Toseland in Rivas, 2009.)

2.1.6.3.1 Norme

»Norme so skupna pričakovanja in prepričanja o primernih načinih vedenja v socialnih situacijah, kot je skupina. Nanašajo se na vedenja specifičnih članov in na skupen vzorec vedenja, ki je sprejemljiv v skupini.« (Toseland in Rivas, 2009: 82.) Norme se oblikujejo na podlagi vrednot, preferenc in sprejemljivega vedenja v skupini. Konkretizirajo se ob opazovanju vedenja različnih članov, deljenju mnenj, vidikov in preferenc v skupini; utrjujejo pa se preko sankcij in socialnega neodobravanja ter hvale in socialnega odobravanja vedenja. Pri njihovi formaciji sodelujejo vsi člani, a nekateri bolj kot drugi (odvisno od statusa). Norme se tudi razvijajo – vzporedno z razvojem skupine. Na začetku življenja skupine se s strukturiranimi srečanji gradi kohezijo, zmanjšuje konflikte in dosega zadovoljstvo članov. Z razvojem skupine se razvijejo tudi norme, ki zmanjšajo potrebo skupine po strukturi in vodenju terapevta. (Toseland in Rivas, 2009.)

Norme zavzemajo različne oblike. Nekatere so lahko odkrite/eksplicitne, druge prikrite/implicitne. Odkrite norme po navadi oblikuje terapevt v odnosu s člani skupine in so jasno artikulirane. O prikritih normah pa se običajno ne govori, vendar imajo kljub temu

pomemben vpliv na vedenje članov skupine. Nekatere norme so bolj, druge manj elastične – odvisno od tega, koliko odstopanja dopuščajo v vedenju. Različne norme imajo tudi različne vplive na skupinske člane – določena norma lahko zelo vpliva na vedenje enega člana, na drugega pa ima minimalen vpliv. (Toseland in Rivas, 2009.)

Norme so v skupini zelo prodorne in nosijo veliko moč, zato jih je težje spreminjati kot pričakovane vloge in statusno hierarhijo. Terapevt mora posebno pozornost posvečati normam v obdobju njihovega formiranja in jih spodbujati v smer, ki je koristna za skupino na dolgi rok. Težje, ampak vseeno možno, pa je norme spreminjati, tudi ko so že formirane. Lewin (v Toseland in Rivas, 2009) proces spreminjanja norme opisuje v treh fazah: *odmrzovanje*, *zamrzovanje* in *ponovno zamrzovanje*. Najprej je potrebno stanje v skupini vreči iz ravnovesja (odmrzniti oz. prekiniti status quo). Do tega pride zaradi delovanja nefunkcionalnih norm ali pa naslavljanja teme določene norme s strani terapevta. V drugi fazi skupina poišče novo ravnovesje z novimi normami (zamrzovanje) in v tretji se novo ravnovesje stabilizira (ponovno zamrzovanje). (Toseland in Rivas, 2009.)

V terapevtski skupnosti velja pravilo, da se sme kaditi le v času odmorov, ki je opredeljen na urniku. Uporabniki skupnosti so v času dela množično hodili kadit v hangar za hišo in cigaretne ogorke puščali na tleh. Ko je delavec odkril ogorke in nihče v skupnosti ni priznal svojega kajenja v hangarju, je kot ukrep celotna skupnost za en dan ostala brez cigaret. Uporabniki so po vrnitvi cigaret novo ravnovesje iskali z uvajanjem nove norme, da ob kajenju izven odmorov ogorke za seboj spravijo oz. jih skrijejo tako, da jih delavci ne bomo mogli najti (kršitev dogovora je v novi normi ostala nespremenjena).

2.1.6.3.2 Vloge

Vloge so podobne normam, le da se določena vedenja pričakujejo od specifičnih posameznikov v specifičnih situacijah, namesto od vseh članov skupine v vseh situacijah. Kot norme, se tudi vloge razvijajo skozi čas. Njihova funkcija je prerazporeditev moči skupine pri doseganju skupnega cilja. Spremembe vlog se najbolje dosega s pogovorom o vlogah posameznih članov skupine. (Toseland in Rivas, 2009.)

2.1.6.3.3 Status

Socialna integracija se poleg norm in vlog dosega tudi preko statusa članov v skupini. Status je ocena in razvrstitev pozicije vsakega skupinskega člana v odnosu do vseh ostalih članov. Deloma na skupinski status vpliva status, ki ga imajo skupinski člani izven skupine, deloma

pa si ga prislužijo v različnih situacijah s svojim delom v skupini. Terapevt mora članom z nizkim statusom zagotoviti priložnosti za prispevanje skupini, da si lahko s tem zagotovijo višji status. (Toseland in Rivas, 2009).

2.1.6.4 Skupinska kultura

Skupinska kultura je pomembna sila, ki deluje v skupini kot celoti. Zajema vrednote, prepričanja, navade in tradicije, ki si jih delijo skupinski člani. Levi (v Toseland in Rivas, 2009) navaja tri nivoje skupinske kulture. Na površini se nahajajo najprej opazni simboli in rituali (npr. način pozdravljanja). Globlje se nahajajo načini, kako člani ravnaajo v interakcijah (npr. kako se spoprijemajo s konfliktom). Najgloblja raven skupinske kulture pa zajema jedrna prepričanja, ideologije in vrednote, ki so skupne skupinskim članom.

2.2 Družinska podpora in pomoč

Možina in Makovec (2010) družine pojmujejo kot *naravne majhne skupine* ljudi. V družini torej vladajo isti zakoni skupinske dinamike kot v drugih, 'nenaravnih' oz. formiranih majhnih skupinah ljudi. Razliko pri psihoterapevtski pomoči Praper (2008) identificira v tem, da ima družina ob vstopu v terapijo že vzpostavljeno svojo kulturo, dinamiko, vloge, hierarhijo itd., medtem ko te elemente druge majhne skupine takrat šele začnejo razvijati. Dallos in Draper (2005) pa naslavljata še en vidik družine, ki za razliko od drugih majhnih skupin pomembno vpliva na njeno življenje – to so dominantne ideologije in diskurzi na nivoju širše družbene kulture, ki sugerirajo, kakšne naj bi družine bile. Pa vendar niso vse družine, izpostavljene istim diskurzom, enake. Razlikujejo se po strukturah, življenjskih potekih, družinski dinamiki itd. To ne pomeni, da družbeni diskurzi ne vplivajo na družine, temveč da vsaka družina te ideologije interpretira v skladu s svojo družinsko kulturo, dinamiko in tradicijami. Tako se preko zunanjih vplivov družine, ki jih opisujeta Dallos in Draper (2005), zopet vračamo k notranjim vplivom, ki jih naslavlja Praper (2008). To nakazuje vzajemno povezanost zunanjih in notranjih vplivov na delovanje družin.

Družine se od ostalih majhnih skupin razlikujejo po več značilnostih. V zgornjem odstavku omenjam dve, za kateri menim, da igra njuno razumevanje ključno vlogo pri podpori in pomoči družinam.⁴ Za potrebe te raziskovalne naloge ju imenujem psihološki in sociološki dejavniki ter ju v nadaljnjih podpoglavjih podrobneje obravnavam. Preden predstavim vsako posebej, pa opišem delovanje njunega prepleta v družinskih življenjskih cikliih.

⁴ Še eden, zagotovo zelo pomemben vidik družin predstavljajo biološki dejavniki.

2.2.1 Družinski življenjski cikel

Družinski življenjski cikel (Dallos in Draper, 2005) oz. življenjski krog družine, kot ime koncepta prevaja Kompan Erzar (2003), zajema procese spreminjanja in razvijanja družin. Obravnava spremembe in prehode, ki so del življenja vsake družine, kot npr. prihod otroka, odhod otroka od doma, izguba družinskega člana idr. Družina se seveda ne spreminja, razvija in prilagaja le na teh pomembnih točkah njenega življenja, temveč to počne konstantno. Vedno se odziva na situacije in problemske naloge, ki se pojavljajo v njenem življenju, tako da za njih oblikuje *poskuse razrešitev*. Na vsako izbiro načina, s katerim se družina odzove na določeno okoliščino, vplivajo prepričanja posameznih družinskih članov, družine kot celote in prepričanja, ki jih družina deli s širšo družbo. (Dallos in Draper, 2005.)

Ko družina napreduje skozi svoj življenjski cikel, se sooča z razvojem treh različnih področji, ki se med seboj povezujejo. Na *socialnem, kulturnem in duhovnem* področju se sooča z načini ravnanja, ki so sprejemljivi v določeni družbi. To narekujejo tradicije, navade, rituali, zakonodaja, organiziranost dela in ekonomija v skupini. Na *družinskem* področju družine razvijajo načine pogajanja za skupne odločitve. Na to vplivajo ponotranjeni kulturni diskurzi in razvoj skupnega sistema prepričanj. Na *osebnem* področju pa vsak družinski član zase razvija svoj sistem prepričanj na podlagi svojih izkušenj stika z ljudmi v družini in izven nje. (Dallos in Draper, 2005.)

Družine torej oblikujejo sistemi pomenov in dejanj znotraj družinskega življenja, ki se pod vplivom osebnih in skupnih prepričanj in zgodovin razvijajo preko združevanja pogajanj in odločitev posameznih družinskih članov. Tako družine *v odnosu z zunanjim okoljem* (odnosi z ljudmi in institucijami izven družine) izoblikujejo *družinsko identiteto*, ki zajema določen način razmišljanja, prepričanja o 'sebi' kot o družini (kakšna družina smo?), vzorce interakcij z drugimi sistemi, ravnanje z mejo družine ipd. Družinske identitete v odnosu z zunanjim okoljem niso oblikovane le s strani družinskih članov, temveč na njih vplivajo tudi rigidne definicije, ki so jim pripisane od zunaj – če so npr. etnična manjšina, imajo člana z duševnimi ovirami ipd. V veliki meri pa družinsko identiteto oblikujejo tudi *odnosi znotraj družine*. V teh odnosih se vzpostavljajo družinska *razmerja moči*, v katera so zajeta prepričanja o odgovornosti, odločanju, zadolžitvah, obvezah ipd. V odnosih znotraj družine se učimo tudi *raevnanja z intimnostjo*, torej načine uravnavanja čustvenih nalog in potreb, kot so naklonjenost, podpora, sočustvovanje, seksualna intimnost idr. *Notranje meje družine* se vzpostavijo v družinskih odnosih na podlagi prepričanj o osebnem prostoru in zasebnosti posameznih članov družine. Na ta način se loči posameznik od družine kot celote. Delovanje

družine v veliki meri omogočajo vzpostavljena *pravila in naloge*, ki formirajo organiziranost za zadovoljevanje osnovnih fizičnih in materialnih potreb. Oblikujejo se tudi na podlagi *spolno specifičnih* vlog in pričakovanj. O njih se pogaja v družinskih odnosih in pomembno vplivajo na oblikovanje identitete posameznih članov. Tudi odnosi znotraj družine so preko stika z okoljem pod vplivom dominantnih družbenih ideologij in diskurzov – npr. spolno specifične vloge, vzgoja otrok ipd. (Dallos in Draper, 2005.)

Družine so torej vseskozi pod vplivom notranjih in zunanjih zahtev za spreminjanje in razvoj, na katere se morajo prilagajati, če želijo ohraniti določeno strukturo in družinsko identiteto. Od zunaj na družinska pravila, hierarhijo, intimnost in zavezništvo vplivajo kulturna pričakovanja, prijatelji, delo, razširjena družina, šole itn.; od znotraj pa biološka rast in razvoj ter socialno-psihološke potrebe, pričakovanja, vloge, družinska kultura itd. Zunanje in notranje zahteve po spreminjanju družine nenehno delujejo; v *tranzicijskih obdobjih* družinskega življenja pa lahko nosijo za družino velike spremembe, ki lahko olajšajo ali pa otežijo njeno življenje. Te spremembe vključujejo spremembo družinske strukture, prepričanj in/ali čustvene dinamike. (Dallos in Draper, 2005.)

Različni avtorji navajajo različna tranzicijska obdobja. Dallos in Draper (2005) jih npr. opredeljujeta kot: *zgodnji odnos*, *zgodnja obveza*, *rojstvo otrok*, *odnos v srednjih letih*, *zapuščanje doma*, *pokoj in starost*. Največkrat sem zasledil citirani avtorici Carter in McGoldrick (2005) z njunim modelom šestih tranzicijskih obdobj v življenju družine. V nadaljevanju ga bom predstavil s Carrovo (2006) dopolnitvijo dveh dodatnih tranzicijskih obdobj. Oba modela v opisu tranzicijskih obdobj vključujeta institucijo poroke, katere pomen se je v zadnjih desetletjih v Sloveniji bistveno spremenil. Vedno manj parov se odloča za poroko in vedno več se jih odloča za nezakonsko skupnost oz. kohabitacijo (Rener, Sedmak, Švab in Urek, 2006). Ne glede na to pa menim, da kljub odsotnosti poroke neporočeni pari oz. družine napredujejo v svojih življenjskih ciklih skozi enaka ali vsaj zelo podobna tranzicijska obdobja kot poročeni pari.

Prvo stopnjo družinskega cikla Carr (2006) imenuje *družina začetnih izkušenj*. V tem obdobju so naloge otrok izvirne družine dokončanje šole in vzdrževanje odnosov s starši, sorojenci in vrstniki. Carter in McGoldrick (2005) družinski cikel začenjata s Carrovo (2006) drugo stopnjo, imenovano *zapuščanje doma: samski mladi odrasli*. V tem obdobju se mladi odrasli ločujejo od svoje izvirne družine in prevzemajo čustveno in finančno odgovornost zase. S starši razvijajo odnose odrasel – odrasel in vzpostavljajo intimne stike z vrstniki. Po Carru

(2006) sledi *predporočna stopnja*, katere naloge so iskanje partnerjev, razvijanje razmerja in odločitve za poroko. Za tem nastopi *združenje družin preko poroke: novi par* (Carter in McGoldrick, 2005) oz. *par brez otrok* (Carr, 2006). Na tej stopnji se vzpostavlja in zavezuje k novemu sistemu. Partnerja začneta razvijati realne načine skupnega življenja, ki ne temeljijo več na vzajemni projekciji. Obstoječi odnosi z izvorno družino in vrstniki se prilagajajo vključitvi novega partnerja. Od tod naprej se stopnje prej omenjenih avtorjev prekrivajo. Sledi *družina z majhnimi otroki*. Odnos med partnerjema se prilagaja za sprejem otroka – novega člana v sistem. Starša razvijata novi odnosni vlogi in s tem način vzgoje, deljenja hišnih opravil in financiranja. Na nove družinske člane se prilagaja tudi širša družina in zavzema vloge starih staršev, stricev, tet idr. *Družine z adolescentnimi otroki* so pred nalogo povečanja fleksibilnosti družinskih mej. Otroci zahtevajo svojo neodvisnost, stari starši pa v tem obdobju fizično slabijo. Starši se soočajo z vprašanji večanja avtonomije svojih otrok, s partnerskim odnosom in kariero v srednjih letih ter z začetenjem skrbi za svoje starajoče starše. Za tem nastopi stopnja *odhoda otrok*. V tem obdobju starši in otroci oblikujejo nov odnos odrasel – odrasel. Starša se zopet privajata na življenje v dvoje in razrešujeta 'krizo srednjih let'. Soočata se z oviranostjo in smrtjo svojih staršev in sprejemom novih članov v družino (partnerjev in vnukov). V zadnji stopnji življenjskega cikla, imenovani *kasnejše življenje*, ljudje vzdržujejo lastno in/ali skupno delovanje in interese ob pešanju fizične moči in sposobnosti. Soočajo se z izgubo sorojencev in vrstnikov ter se prilagajajo na pomembnost vloge skrbnika svojih otrok. V svojem življenju delajo prostor za modrost in izkušnost starostnikov, obračajo se nazaj na svoje življenje, integrirajo svoje izkušnje in se pripravljajo na smrt.

Melo in Alarcão (2014) kritizirata teorijo družinskega življenjskega cikla kot osredotočeno na družbene norme in preveč enostavno, da bi lahko zajela pluralnost družinskih oblik v 21. stoletju. Predlagata obnovitev razumevanja družinskega razvoja s pomočjo znanosti o kompleksnosti. Razvojno uravnavanje družinske dinamike opazujeta na nivoju celotne družine kot kompleksnega sistema in s tem ponujata novo področje za raziskovanje v polju znanosti o družini.

2.2.2 Sociološki dejavniki družin

Živimo v dobi, ki premore toliko različnih oblik družin, da je smiselno najprej odgovoriti na vprašanje, kaj sploh družina pomeni? S tem vprašanjem se ukvarja veliko avtorjev s področja znanosti o družini. Težko je s kratko in jasno definicijo zajeti vse tiste elemente, ki določajo družino, ne da bi pri tem izključili kakšno družinsko obliko. Rener, Sedmak, Švab in Urek

(2006) razlagajo, da je težava tudi v tem, da različne stroke različno razumejo pojem družine. Sociološka definicija se glasi: »Družine definiramo kot skupino oseb, ki živi v skupnem gospodinjstvu in jo sestavlja vsaj en otrok in vsaj ena odrasla oseba ter je med seboj povezana z zakonsko zvezo ali s kohabitacijo in starševskim razmerjem.« (Nowortny, Fux in Pinnelli v Rener, Sedmak, Švab in Urek, 2006: 16.) Ena obsežnejših definicij družine, ki sem jih zasledil, pa je Petzoldova (v Čačinovič Vogrinčič, 1998) *ekopsihološka definicija*. Ta vsebuje štiri skupine značilnih družinskih elementov in dve skupni značilnosti vseh družin. Prva skupina značilnosti predstavlja *socialni kontekst*. Sem sodijo poročeni/neporočeni pari, doživljenjske/začasne zveze, skupni/ločeni dohodki ter skupno/ločeno življenje. Druga skupina predstavlja *vpetost v socialne mreže*. To so krvne/zakonske vezi, samostojnost/odvisnost, ekonomska samostojnost/odvisnost in pripadnost isti/različni kulturi. Tretjo skupino opredeljujejo *otroci*: družine z/brez otrok, lastni/posvojeni otroki in status staršev/rejnikov. Zadnja skupina družinskih značilnosti zadeva *starševstvo*: oba roditelja/en roditelj, heteroseksualni/homoseksualni odnosi in enakopravne/dominantne vloge. Vsem družinskim oblikam pa sta skupni razsežnosti *intimnost* in *medgeneracijski odnosi*.

Sodobno razumevanje družinskega življenja je izpostavljeno mnogim spremembam, ki jim je statistično težko slediti (Rener, Sedmak, Švab in Urek, 2006). Verjamem, da zgoraj omenjena ekopsihološka definicija za potrebe te naloge odpravlja problem osredotočenosti na nuklearno družino (heteroseksualnih poročenih parov z otroki) pri obravnavi družinske tematike, saj predstavlja veliko število možnih variacij družinskih oblik. Kljub temu pa nam ne daje celotnega vpogleda v spreminjanje družinskega življenja na družbeni ravni, saj družinska oblika ni edini pokazatelj številnih dinamik družinskega življenja. Za njihovo boljše razumevanje moramo upoštevati tudi številne različne načine življenja, ki se porajajo znotraj posameznih družinskih oblik. Družina se spreminja tako po spolni kot starostni strukturi, spreminjajo se družinske vloge in delitev družinskega dela. Pomembno drugačni so tudi družinski poteki. V nadaljevanju opišem omenjene vplive na dinamiko družinskega življenja.

2.2.2.1 Pluraliziranje družinskih potekov

Danes smo priča veliki raznolikosti življenjskih potekov. Njihova narava vzpostavljanja postaja vse bolj individualizirana – posamezniki so vse manj vezani na klasične družbene norme življenjskih prehodov (izobraževanje, zaposlitev, poroka, rojstvo otrok itd.) in njihovo časovno zaporedje. Proces pluralizacije družinskih potekov se najbolj odraža v: spreminjanju maritalnega vedenja, ki postaja vse bolj nedoločno, nestabilno in spremenljivo; naraščanju števila reorganiziranih družin – tako po deležu družin, ki se v svojem družinskem poteku

reorganizirajo, kot tudi po pogostosti reorganizacije; pluralizaciji prehodov med posameznimi obdobji družinskega življenjskega poteka. Določena obdobja družinskega življenjskega poteka se podaljšujejo (npr. podaljšana mladost), druga krajšajo (npr. obdobje aktivnega starševstva) in se med seboj tudi mešajo (starševstvo pred poroko). Življenjska obdobja se tudi podvajajo (npr. ponovno poročanje in vzpostavljanje nove družine). (Rener, Sedmak, Švab in Urek, 2006.)

2.2.2.2 Materinstvo in 'novo' očetovstvo

Na materinstvo in očetovstvo je v zadnjih nekaj desetletjih močno vplival množičen vstop žensk na trg delovne sile. Množično zaposlovanje pomembno vpliva na življenjske strategije žensk – spremenilo je npr. rodnostno vedenje in oblikovanje družin. Kljub temu pa je materinstvo tista vloga, ki se je v družini najmanj spremenila in ostaja 'ključna družinska vloga' (Rener, Sedmak, Švab in Urek, 2006).

Bolj podvrženo spreminjanju je očetovstvo, ki se ga zaradi svoje spremembe opisuje kot pojav 'novega' očetovstva. Očetje se v svojih vlogah aktivnejše vključujejo v družinsko delo, skrb za otroke ipd. Spremembe so najbolj razvidne na ravni vrednot, stališč, percepcij aktivnega očetovstva, položaja žensk v družini in širše v družbi ter tudi družinskega življenja na splošno. (Rener, Sedmak, Švab in Urek, 2006).

Imeli smo več uporabnikov s težavami z zasvojenostjo, ki so jih v času psihosocialne rehabilitacije očetje spremljali bolj redno in zavzeto kot mame, ki večkrat niso želele sodelovati. Pri bolj tradicionalno orientiranih družinah iz ruralnih okolij so bile večinoma mame tiste, ki so sodelovale v programu in večkrat neuspešno prepričevale svoje može, da se udeležijo družinskih srečanj, obiskov ipd.

2.2.2.3 Pojav 'protektivnega' otroštva

Termin protektivno otroštvo se nanaša na intenzivno skrb za otroke, njihovo blaginjo, izobraževanje itd. Predstavlja družbeni diskurz, znotraj katerega so otroci videni kot individuumi, katerih avtonomijo je treba varovati in ohranjati; hkrati pa vključuje tudi razlikovanje otrok do odraslih in povečan nadzor nad otroki (Rener, Sedmak, Švab in Urek, 2006).

Pomanjkljivosti otrok se ne sprejema, temveč se ogromno truda vlaga v to, da se popravi čim več teh pomanjkljivosti in spodbudi razvijanje njihovih sposobnosti (npr. igranje inštrumentov, učenje jezikov, športov itd). Naloga staršev je, da vplivajo na otrokov

vsestranski razvoj. Na ta način se odvisnost otrok od staršev vse bolj podaljšuje v mladost. To se imenuje *pojav podaljšane mladosti*. Za dobro vzgojo niso več potrebni hierarhični odnosi.⁵ Otroci se vedno mlajši vključujejo v intenzivno vsakdanje življenje, kar se odraža v t.i. *sindromu otroške naglice*. Razlike med urnikom otrok in odraslih so vedno manjše. Na ta način se otroci prilagajajo na hitrost družbenega življenja in se učijo zanikati svoje naravne življenjske ritme. (Rener, Sedmak, Švab in Urek, 2006)

Vse te zahteve protektivnega otroštva predstavljajo velike pritiske na starše. Verjetno najmočnejše pa jih čutijo starši iz nižjih družbenih slojev. Ker si finančno ne morejo privoščiti vseh obšolskih dejavnosti za otrokov vsestranski razvoj, morajo otrokom posvečati še toliko več energije in osebnega žrtvovanja (Rener, Sedmak, Švab in Urek, 2006).

2.2.2.4 Spolna konstrukcija družinskega dela

Spremembe na področju spolnih vlog v družinskem delu se odvijajo subtilno in počasi. Spreminjajo se identitete, subjektivne zaznave in vrednote, vendar do njihovih realizacij prihaja zelo počasi. Večina parov torej izraža željo po enakomernejši delitvi družinskega dela, vendar se ta delitev ne zgodi. Spreminja se retorika, rezultat dejanske delitve nalog med partnerjema pa ostaja enak. Ta pojav se opisuje s pojmom *zavlačevana revolucija*. (Rener, Sedmak, Švab in Urek, 2006.)

2.2.2.5 LAT-faza

V drugi polovici preteklega stoletja se je doseganje avtonomije povezovalo z odhodom od doma – to je veljalo predvsem za študente. Dandanes vse več mladih, predvsem študentov in študentk, živi pri starših svojo *podaljšano mladost*. Gre za pol-družinsko življenje, ki se ga opisuje kot *generacijski LAT* ([living apart together] oz. ločeno skupno življenje). LAT je vmesna faza življenja mladih med družinsko odvisnostjo in družinsko neodvisnim življenjem. Odvisnost ali pol-odvisnost se veže predvsem na finančni vidik, neodvisnost pa na socialno življenje. Rener, Sedmak, Švab in Urek (2006) navajajo različne razloge za odlašanje odhoda od doma in jih razvrščajo v zunanje in subjektivne. Zunanji razlogi so težave v doseganju finančne neodvisnosti, nezaposlenost, otežena stanovanjska oskrba, podaljšan študij, itd.; subjektivni pa so lagodno in poceni življenje, razumevanje s starši, materialna in emocionalna varnost in hkratna visoka avtonomija idr.

⁵ To je po mojem mnenju paradoksalno protislovno ugotovitvi, da je obdobje otroštva danes zelo nadzirano in strukturirano s strani staršev.

2.2.3 Psihološki dejavniki družin

Kot je razvidno iz Petzoldove definicije, ki jo opisujem v prejšnjem poglavju, so družine kompleksni in netrivialni sistemi. Vsaka kombinacija družinskih značilnosti, interpretirana v okviru ekopsihološke definicije, narekuje drugačno dinamiko, še več, tudi družine z istimi kombinacijami družinskih značilnosti so sestavljene iz različnih, edinstvenih članov družine, ki ponovno izzivajo različne dinamike. Pri pomoči družini se mi zdi pomembno zavedanje te edinstvenosti vsake družine; vseeno pa se lahko s pravšnjo distanco v vsej tej paleti raznolikosti uzre skupne strukture (in podstrukture) družin, znotraj katerih se odvijajo njihove individualne dinamike. To nam omogoča, da vsaj teoretično obravnavamo življenjske poteke različnih družin preko skupnih imenovalcev.

Po Petzoldu (v Čaćinovič Vogrinčič, 1998) sta torej najbolj splošni 'družinski strukturi' *intimnost* in *medgeneracijski odnosi*, ki ju lahko obravnavamo tudi kot eno strukturo *intimnega medgeneracijskega odnosa*. Tej strukturi se ne more izogniti noben posameznik. Na svet smo rojeni v medgeneracijski odnos. Ne glede na odraščanje v biološki ali socialni družini, je ta odnos potreben za naše preživetje, in ne glede na to, ali se kasneje odločimo za svoje otroke ali ne, ostajamo v tem odnosu oz. ga 'nosimo s seboj' do konca svojega življenja. V intimnosti našega medgeneracijskega družinskega odnosa si namreč postavimo temelje, na katerih si kasneje zgradimo naše celotno življenje. Temu procesu grajenja temeljev Yalom (v Čaćinovič Vogrinčič, 1998) pravi učenje ravnanja s štirimi življenjskimi danostmi. To so teme *strahu pred smrtjo*, *ravnanja s samoto*, *iskanja smisla* in *svobode*, da oblikujemo svoje življenje.

Verjetno najbolj znanstveno raziskana razvojna teorija, ki obravnava intimen medgeneracijski odnos v začetnem otroškem obdobju je Bowlbyjeva (v Bouwkamp in Bouwkamp, 2014) teorija navezanosti. Navezanost opredeljuje kot temeljno človeško potrebo in (eno izmed prvih) razvojnih nalog dojenčka, ki mora biti razvita, da se ta odpravi raziskovati svet. Glede na odnos staršev med sabo, do samih sebe in do dojenčka, slednji izoblikuje svoj slog navezanosti, ki je lahko varen ali ne-varen. Bouwkamp in Bouwkamp (2014) opredeljujeta stile navezanosti glede na odnos do sebe (prvi +/- v sledečih oklepajih) in odnos do drugih (drugi +/- v sledečih oklepajih): *varen* (+, +), *preokupiran* (-, +), *plašljiv* (-, -), *odklonilen* (+, -) in *ambivalenten* (+/-, +/-). Na podlagi svojega stila navezanosti otrok ob odraščanju odkriva svet in oblikuje nove odnose. Stil navezanosti odraslega človeka torej pomembno vpliva na izbiro partnerja za novo družino, oblikuje njun odnos ter se prenaša na njunega otroka preko različnih interakcijskih vzorcev.

Družinski vzorci v odnosu starš – otrok so produkt medsebojnega vplivanja starša in otroka. Posledica tega vpliva je pogosto komplementarnost njunih vedenj. Npr. starš, ki otroka nadzoruje, ga poziva k podreditvi; otrok s ponižnim vedenjem poziva starša k nadvladi. Takšni vzorci pogosto vodijo v začaran krog, iz katerega je težko priti brez pomoči. Bouwkamp in Bouwkamp (2014) na podlagi takšnih medsebojnih in intrapsihičnih akcij in reakcij ter s pomočjo kognitivnih shem⁶ opisujeta 12 komplementarnih vzorcev interakcij med staršem in otrokom. Nekateri izmed njih so: *popustljiv starš – jezen, impulziven otrok; razumevajoč starš – igriv, odprt otrok; ljubeč starš – srečen, kompetenten otrok; zaščitniški starš – lojalen otrok; pretirano zaskrbljen starš – negotov otrok; avtoritaren starš – prilagojen otrok idr.*

Kako se ti medgeneracijski vzorci prenašajo skozi generacije oz. skozi intimne medgeneracijske stike v družini, pojasnjuje avtorica Benjamin (v Bouwkamp in Bouwkamp, 2014). Razlaga procese učenja, ki omogočajo ponavljanje preteklosti v sedanjosti. To so *internalizacija in rekapitulacija* (vedem se tako, kot da je drugi še zmeraj prisoten), *identifikacija in imitacija* (vedem se tako, kot da sem drugi), *introjekcija in oblikovanje kognitivnih shem* (sebe obravnavam tako, kakor me obravnavajo drugi) in *individualizacija* (sam raziskujem svet in sam se iz tega učim). Slednji način učenja omogoča preseganje nevarnih stilov navezanosti in izgradnjo varnega. Zavedanje tega je pomembno za delo v pomagajočih poklicih, kot je socialno delo.

Po pomoč prihajajo ljudje na različnih delih svojih življenjskih potekov, vedno pa pridejo vpeti v svoj družinski sistem in odražajo njegove lastnosti – vsak posameznik odraža svoj del družinske dinamike. Z ozaveščanjem le-te oz., po besedah Čačinovič Vogrinčič (2006), z ustvarjanjem razvidnosti družinske dinamike, se lahko posamezni člani družine od nje distancirajo in začnejo razvijati bolj zaželene strukture dinamike. Distancirajo se lahko torej od družinske dinamike, ki so jo posamezni člani družinskega sistema soustvarjali na podlagi svojih preteklih odnosnih izkušenj. Te se kažejo v prej opisanih *komunikacijskih vzorcih* (Bouwkamp in Bouwkamp, 2014); v posameznih *elementih sistema*, kot so *meje, podsistemi odločanja, hierarhija* (Skynner v Čačinovič Vogrinčič, 1998); v *spособnosti za ljubezen, sposobnosti za pogajanje* (L'Abate v Čačinovič Vogrinčič, 1998) in *spособnosti za konflikt* (Mertens v Čačinovič Vogrinčič, 1998); v *koaliciji staršev, ohranjevanju generacijskih razlik in sprejemanju lastne spolne vloge* (Lidz v Čačinovič Vogrinčič, 1998); v *družinskih vlogah*

⁶ Kognitivne sheme so jedrna prepričanja o sebi, o drugem in o odnosu med seboj in drugim.

(Richter v Čačinovič Vogrinčič, 1998), *pravilih* (Satir v Čačinovič Vogrinčič, 1998) idr. V nadaljevanju na kratko povzamem nekatere od teh konceptov.

2.2.3.1 Meje v družini

Skynner (v Čačinovič Vogrinčič, 1998) vidi izredno pomembno funkcijo družine v tem, da posamezniku omogoči odkritje svoje meje, identifikacijo znotraj teh meja in razmejitev od drugih podsistemov. Otrok mora postopoma vedno bolj razlikovati notranjost od zunanosti, sebe od drugih, izkusiti, da so njegovi občutki znotraj meja. Svoje meje lahko vzpostavi in spozna le, če so jasne tudi meje starševskega podsistema. Pri tem pa igra odločilno vlogo podsystem odločanja, ki zagotavlja integriteto sistema in nenehno diferenciacijo sistema od okolja in navznoter – v vzpostavljanju in uravnavanju meja med podsistemi. Otrok se mora spoprijeti z neko trdno hierarhijo, saj mu meje takšne družinske ureditve omogočajo, da jih preskuša z vso svojo energijo. Samo če so te meje trdne, lahko tvega in jih napade. Kljub trdni hierarhičnosti pa je možno vzpostaviti demokratično strukturo moči, kjer se meje vedno znova jasno postavljajo. Pri tem je pomembno, da jih postavljajo vsi v družini in da so spremenljive. Meje ne smejo biti le povzete kot norme in vrednote družbe, kot nekaj, kar je in mora biti, temveč nastajajo zavestno znotraj skupine. Jasnost v demokratični družini je dogovorjena jasnost.

2.2.3.2 Sposobnost za ljubezen in pogajanje

L'Abate (v Čačinovič Vogrinčič, 1998) v družinski dinamiki prepozna sposobnosti za ljubezen in pogajanje. Gre za dve primarni sposobnosti, ki ju družina potrebuje in ju otrok mora razviti v družini. Pogajanja so možna v družini z razvito strukturo, ki omogoča, da dovolj dobro upošteva neskončne raznolikosti individualnih razlik v družinskem sistemu. S tem namreč družina omogoča srečanje, soočenje in prevzemanje odgovornosti za soočenje. Funkcionalno razvita struktura pa je pomembno odvisna od družinske sposobnosti za ljubezen – to sposobnost sestavlja pripisovanje pomena sebi in drugim ter intimnosti.

Mnoge družine, kjer se imajo člani radi in želijo reševati svoje probleme s pogajanjem, tega ne znajo. L'Abate (v Čačinovič Vogrinčič, 1998) razlaga, da je to zato, ker so pomanjkljivo razvile sposobnost za ljubezen in sposobnost za pogajanje. Funkcionalne družine znajo jasno razlikovati med problemi, ki so povezani z ljubeznijo in intimnostjo – problemi, ki ne morejo biti predmet pogajanja – in problemi moči v družini – problemi, ki so predmet pogajanja. O problemih moči se funkcionalne družine pogajajo, v disfunkcionalnih družinah pa se pogajanja o moči prepletajo in zamenjujejo s problemi ljubezni.

2.2.3.3 Sposobnost za konflikt

Mertens (v Čačinovič Vogrinčič, 1998) pa nasprotno od L'Abateja vidi bistveno lastnost družin v sposobnosti za konflikt. To opisuje kot pridobljeno, naučeno sposobnost posameznika, da zazna konflikt v interakcijah in komunikaciji, ga prepozna in se z njimi sooči, da bi ga bodisi začel reševati, bodisi zmoget živeti z njim. Sposobnost za konflikt je kompetenca zavedanja problemov, ki so globlji od vsakdanjih, običajnih, dostopnih skrbi. V družini se lahko naučimo več ali manj "sposobnosti za konflikt" oz. se lahko naučimo tudi negirati in potlačevati konflikte. Po navadi je ena prvih otrokovih izkušenj, da je konflikt bolje potlačiti ali vsaj zamolčati, saj izražanje konflikta ogroža posameznika in družino. Vzgoja sposobnosti za konflikt mora usposobiti otroka, da pričakovanj staršev in njihovih etiketiranj ne sprejme brez vprašanja. Za razvijanje te sposobnosti mora družina biti zopet funkcionalno razmejena med podsistemi, da se lahko otrok obrani sprejemanja krivde za konfliktne vsebine nase.

2.2.3.4 Razbremenjevalec konfliktov

Če starši nimajo razvite sposobnosti za konflikt, bodo težko ohranjali avtoriteto, strukturo in meje, ki jih otrok potrebuje za razvoj te sposobnosti. Z drugimi besedami, če starši nimajo razvite sposobnosti za konflikt, obstaja velika verjetnost, da bodo svoje konflikte prenašali na otroka. To problematiko je podrobneje obravnaval Richter (v Čačinovič Vogrinčič, 1998). Klasificiral je pet vlog, ki imajo v odnosih med starši in otroki, v družini funkcijo zmanjšati pritisk neznosnih notranjih konfliktov. Otroka torej že tako rekoč ob rojstvu pričaka vloga, ki jo oblikuje izdelan sistem družinskih obramb. Tako v sistem vstopi *substitut partnerja; kopija roditeljeve podobe o sebi, podobe idealnega sebe ali negativne podobe sebe; zaveznik roditelja*. Možne so tudi druge vloge razbremenjevalca konfliktov, največkrat pa se pojavi več prej naštetih vlog hkrati.

Richter je o družinskih vlogah razbremenjevalca konfliktov pisal pred več kot 50. leti. Danes njegova spoznanja pomembno dopolnjuje postmoderna paradigma z razumevanjem socialne konstrukcije družinskih vlog in vpliva družbenih diskurzov ter rabe jezika nanje. V Richterjevi rabi jezika je zaznati deterministični psihoanalitični vpliv na opazovanje in razumevanje družinske patologije, medtem ko se je v postmodernih pristopih fokus premaknil h krepitvi družinskih virov in moči, iskanju rešitev ter konstrukciji novih, drugačnih individualnih in družinskih zgodb. Kljub temu menim, da je Richterjev doprinos k razumevanju družinske dinamike pomemben še danes, s tem da lahko do njega zavzamemo drugačno razumevanje in ga v praksi uporabimo na sodoben, postmoderen način.

2.2.3.5 Nerešljiva drama ločitve

Dodeljevanje vlog je preučeval tudi Stierlin (v Čačinovič Vogrinčič, 1998) in je med tem naletel na pojav, ki ga ni mogel umestiti v ta proces. Zanj je uvedel nov pojem delegacije. Za razliko od sprejemanja družinske vloge, biti delegiran pomeni prevzeti poslanstvo, prevzeti misijo in vsebuje etično dimenzijo. S tem pojmom želi Stierlin nasloviti temeljno dramo vsake ločitve staršev in otrok. Otrok je delegiran, ko dobi dovoljenje in spodbudo staršev, naj se osamosvoji. Odposlan je v samostojnost, vendar s poslanstvom, ki ga mora opraviti za starše. Kot delegat svojih staršev mora oditi in ostati hkrati. To ustvarja nerazrešljivo družinsko konfliktnost, saj se družine ni mogoče osvoboditi. Bolj kot se posameznik z njo bori in obračunava stare dolgove, bolj je na njo vezan. Neodvisnost od družine lahko doseže le, ko se od nje razmeji na način, da doseže spravo. To pa ne pomeni, da se od nje loči, temveč v svoji neodvisnosti ostane vezan in povezan s svojo družino celo življenje.

3. Pristopi k podpori in pomoči v Sloveniji

V Sloveniji poznamo več teorij in praks podpore in pomoči. Med njimi so pomembne razlike, značilni pa so tudi skupni dejavniki. V tem poglavju bom zaradi omejenega obsega naloge povzel le sistemski pristop k podpori in pomoči, skupne dejavnike različnih pristopov in socialno delo z družino. Te teme ocenjujem kot najožje povezane z raziskovalnimi vprašanji te naloge. Povzetki gestalt teorije in kognitivno-vedenjske terapije so na voljo v prilogah A in B.

3.1 Sistemska psihoterapija

Sistemska psihoterapija nima enega »ustanovitelja« ali temeljnega avtorja, temveč je nadpomenka za številne oblike psihoterapije različnih psihoterapevtov. Skupen jim je način razumevanja, razmišljanja in obravnave uporabnikovega vedenja, in sicer v kontekstu družinskega oz. drugih socialnih sistemov (Možina in Makovec, 2010).

Podlaga za razumevanje socialnih sistemov in posameznikov znotraj njih ne temelji le na psihoterapevtski praksi oz. družboslovnih znanjih nasploh, temveč črpa tudi iz drugih področji znanosti. L. von Bertalanffy (v Možina in Makovec, 2010) je bil biolog, ki je težil k oblikovanju splošne sistemske teorije, veljavne za vse žive sisteme. Razumel jih je kot aktivne, odprte, plastične, učljive in komunikativne sisteme, ki sprejemajo in oddajajo informacije. Vsak živ sistem je sestavljen iz več delov, ki so med seboj vzajemno povezani v krožno kavzalne odnose. Celoten sistem predstavlja več kot le seštevek njegovih posameznih delov. Pri tem pa je pomembno, da se deli med sabo dovolj razlikujejo – da so prepoznavne meje med njimi – in hkrati dovolj povezujejo – da so v odnosu. Meje in odnosi se vzpostavijo tudi med več različnimi sistemi v okolju. Iz njih so razvidne različne organizacije sistemov, ki odsevajo njihove hierarhične strukture (Praper, 2008). Vse te lastnosti živih sistemov vplivajo na način doseganja stabilnosti sistema oz. način konstantnega iskanja sprememb za ohranjanje ravnovesja sistema. Končni cilj lahko sistemi dosegajo iz različnih izhodišč in na različne načine (t.i. *princip ekvifinalnosti*) (Možina in Makovec, 2010). To jim omogoča zmožnost prilagajanja/spreminjanja na nivojih *inputa*, *asimilacije*, *outputa* in/ali *povratne zanke* glede na informacije iz okolja. Takšno delovanje je značilno za *avtopoetske sisteme* – sisteme, ki so se zmožni sami razvijati (Praper, 2008).

Na področju psihoterapije se ta teorija odraža v premiku od intrapsihičnega k interpersonalnemu fokusu. »Vsak človek je del medčloveških interakcij« (Možina in Makovec, 2010: 203). Kot živ sistem lahko torej opredelimo posamezne ljudi in odnose med

njimi. Vedenje posameznika v sistemu vpliva na vedenja vseh ostalih ljudi v sistemu in obratno (*krožna kavzalnost*). Tako lahko sprememba posameznikovega vedenja spodbuja ali pa zavira spremembo vedenja ostalih članov sistema oz. vedenje večine članov onemogoča ali pa izzove spremembo vedenja posameznikom znotraj njega. Najbolj osnoven tovrsten dinamični sistem je družina. Skozi čas se družinski člani razvijajo v medsebojnih odnosih in v odnosu z okoljem. Kot družina svoje ravnoesje iščejo preko odzivov na bolj in manj pričakovane ovire v življenju, ki od njih terjajo številne prilagoditve in reorganizacije mej in odnosov na področju stika z življenjskim okoljem družine in njihovim notranjim delovanjem (Možina in Makovec, 2010).

S principom ekvifinalnosti se lepo poklopi tudi za sistemsko psihoterapijo zelo pomemben koncept *konstruktivizma*, ki zagovarja predpostavko, da objektivna resničnost ne obstaja, temveč se resničnosti individualno in socialno konstruirajo. Tako lahko ena družina oz. več različnih družin iz različnih izhodišč ter na različne načine uspešno dosegajo iste cilje (Možina in Makovec, 2010).

Še en pomemben »nehumanistični« avtor, ki je prispeval k sistemski paradigmi, je bil matematik N. Wiener (v Možina in Makovec, 2010). Preko proučevanja prenosa informacij je poglobil razumevanje odzivanja sistemov na spreminjajoče se okolje. Opažene procese je združil pod krovnim pojmom *kibernetika*. Opreделil je dva kontrolna mehanizma povratnih informacij sistema – *negativna povratna zanka* ohranja sistem v ravnoesju, medtem ko *pozitivna povratna zanka* ruši ravnoesje oz. homeostazo sistema in ga pripravlja na spremembo. Glede na izvor sistemske spremembe izven oz. znotraj sistema lahko ločimo *spremembe 1. reda* in *spremembe 2. reda*.

V kontekstu družinskega sistema to pomeni, da se npr. na odziv enega družinskega člana na okolje (npr. vzburjenje) drugi člani odzovejo tako, da nevtralizirajo njegov odziv (npr. ga pomirijo) – ravnoesje družine se ohrani – oz. se mu pridružijo v odzivu (se vzburijo) in družinski sistem vržejo iz ravnoesja ter ga pripravijo na spremembo, ki bo predstavljala novo ravnoesje za celoten sistem in vse njegove člane. Način in razumevanje doseganja spremembe je eden od pomembnih poudarkov sistemske psihoterapije, ki vpliva na držo, odnos in ravnanje psihoterapevta.

Premik od epistemologije kibernetike 1. reda k epistemologiji kibernetike 2. reda za terapevta pomeni premik od tega, da se ukvarja z boleznijo, načrtuje in vodi pot do spremembe in jo izzove »od zunaj« k temu, da raziskuje (zlasti svoje lastno) razumevanje boleznih posameznih

članov, prispeva svoj subjektiven vidik preko pridruževanja k delovanju sistema in spodbuja njegovo spremembo od znotraj, pri čemer ne ve, kakšna bo oz. kdaj se bo zgodila. Kibernetika 2. reda je ravno tako kot princip ekvifinalnosti tesno povezana s *konstruktivizmom*. *Postmodernizem* pa k različnim realnostim posameznih družin dodaja še različne realnosti družinskih članov znotraj ene družine. Družinsko realnost torej predstavlja stopnja soglasja med družinskimi člani o skupni resnici. (Možina in Makovec, 2010.)

V sistemske terapiji je torej bolezen/patologija posameznika razumljena kot posledica krožnih medčloveških/družinskih interakcij. Določeno vedenje ali lastnost postane »bolezen« takrat, ko udeleženi v interakciji za to sprejmejo socialno soglasje. Terapevte zanima razumevanje bolezni s strani uporabnika in družine. Pozornost posvečajo tudi njihovi komunikaciji in rabi jezika, ki igra pomembno vlogo pri socialni konstrukciji bolezni. Na ta način in s pomočjo iskanja uporabniku in družini lastnih virov za spremembo, terapevti v odnosu z uporabniki spodbujajo oblikovanje novih/drugačnih načinov interakcij znotraj sistema. Tako se dekonstruirajo bolezni oz. se postavljajo v novo perspektivo, ki omogoča posameznikom in sistemu boljše delovanje. (Možina in Makovec, 2010.)

Sistemska terapija je bila v osnovi družinska terapija (Možina in Makovec, 2010). Njena znanja so hitro prenesli tudi na delo s terapevtskimi skupinami, saj niso izpodbijala dotedanjih teorij, so jih pa pomembno dopolnjevala (Praper, 2008). Danes pa se sistemska terapija izvaja tudi v individualni obliki, saj posameznik odraža delovanje svojega družinskega sistema in njegove spremembe vplivajo na delovanje celotnega sistema. Znotraj različnih settingov sistemske terapije se je oblikovalo veliko število tehnik. Nekatere med njimi so: preokvirjanje, krožna vprašanja, paradoksi, pridruževanje, destabiliziranje, intenziviranje, metafore, domače naloge itd. Različni nabori tehnik v kombinaciji z različnimi settingi tvorijo več oblik sistemske psihoterapije, ki so prilagojene delu z ljudmi z različnimi simptomi. Tako poznamo npr. strukturno terapijo, strateško terapijo, sistemske (milansko) terapijo, družinske terapije 2. reda itd. Trajanje posameznega srečanja je običajno do 90 minut, celotne terapije pa so večinoma kratkotrajne, nekatere pa tudi dolgotrajne. (Možina in Makovec, 2010.)

3.1.1 Sistemska družinska terapija

Sistemske terapije so v poznih štiridesetih letih preteklega stoletja začeli razvijati raziskovalci, ki so od samega začetka posvečali posebno pozornost družinski vlogi pri psiholoških motnjah posameznikov. Družinska terapija torej v sistemske pristopu predstavlja izhodiščno modalnost, iz katere sta se kasneje razvili tudi skupinska in

individualna oblika psihoterapije. V času razvoja sistemske družinske terapije se je oblikovalo več terapevtskih pristopov, ki uporabljajo različne tehnike, setinge in so namenjeni delu z ljudmi z različnimi simptomi. Razlikujejo se v nivoju fokusiranja, pristopu k terapiji in metodologiji. (Možina in Makovec, 2010.)

Možina (v Žvelc, Možina in Bohak, 2011) predstavlja Schlippeov in Schweitzerjev poenostavljen pregled palete sistemskih družinskih pristopov. Minuchinova (v Žvelc, Možina in Bohak, 2011) *strukturna družinska terapija* preko tehnik pridruževanja, destabilizacije, stabilizacije podsistemov in dela na mejah naslavlja družinsko strukturo, meje in hierarhijo. *Strateška družinska terapija* je pristop Haleya (v Žvelc, Možina in Bohak, 2011), ki družino vidi kot kibernetsko regulacijsko zanko in z njo dela s pomočjo paradoksov, težkih preizkusov in domačih nalog. *Milansko sistemsko družinsko terapijo* pa so vzpostavili Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin in Prata (v Žvelc, Možina in Bohak, 2011). Družinsko življenje so videli v kontekstu družinskih iger in mu pristopajo z metodo krožnosti, nevtralnosti, postavljanja hipotez, pozitivne konotacije itd. Vsi do zdaj opisani modeli epistemološko sodijo v model kibernetike 1. reda.

Kibernetika 2. reda pa je v sistemsko družinsko terapijo prodrla preko Weaklanda, Fichta, Watzlawicka in Bodina (v Žvelc, Možina in Bohak, 2011), z njihovo *kratko terapijo, usmerjeno na problem*. Problem razumejo kot ironični proces stopnjevanja poskusa reševanja. Intervencije oblikujejo strateško, kot kontraintuitivne sugestije, usmerjene na prekinitev poskusov reševanja. Sledili sta ji *sistemsko konstruktivistična terapija*, ki so jo oblikovali nekateri prej omenjeni avtorji Milanskega modela s to razliko, da so tokrat družinske igre pripisali polju jezika. Uporabljali so krožna in hipotetična vprašanja ter delili svoje hipoteze s klienti. *Reflektirajoči tim* pa je Andersenov (v Žvelc, Možina in Bohak, 2011) pristop, kjer so v fokusu mnoge resničnosti, ki jih ustvarjamo ljudje. Namesto intervencij s strani terapevta, ta z uporabnikom sodeluje.

Zadnja dva pristopa že namigujeta smer, v kateri je potekal nadaljnji razvoj sistemskih pristopov – v socialnokonstrukcionistično in postmoderno razumevanje, kjer je velik poudarek na razumevanju rabe jezika, ki konstruira različne resničnosti pod družbenim vplivom. Anderson (v Žvelc, Možina in Bohak, 2011) je načrtoval *konstruktivni in pomagajoči dialog*, kjer se v reflektirajočih timih ustvarjajo sodelovalni konteksti; White in Epston (v Žvelc, Možina in Bohak, 2011) razvijata *narativno terapijo*, v kateri iščeta zgodbe izjem in enkratnih izidov ter jih eksternalizirata; De Shazer in Kim Berg (v Žvelc, Možina in Bohak,

2011) pa sta oblikovala okvir v *rešitev usmerjene kratkotrajne terapije*, v kateri pogovor vodita z različnimi orodji v smeri dobro oblikovanega cilja in posameznih korakov do njega.

3.1.2 Sistemska skupinska terapija

Kljub splošni uporabnosti sistemske teorije v psihoterapiji kibernetских znanj, ki se uporabljajo v sistemske družinske terapiji, ni bilo mogoče takoj prenesti na skupinsko terapijo. Družina je namreč že pred vstopom v terapijo organizirana skupina s svojo hierarhijo, kulturo, vlogami itd., družinski člani pa sodelujejo v vsakodnevnih interakcijah. Skupina v skupinski terapiji se za razliko od tega začne s procesom formiranja in pogosto izključuje interakcije med člani v vsakdanjem življenju. Integracijo sistemske teorije v skupinsko terapijo je omogočila Von Bertalanfyjeva (v Praper, 2008) *obča teorija odprtih socialnih sistemov*. Za skupinsko terapijo je pomembno spoznanje, da sistem ob iskanju ravnovesja, preko uravnavanja mej in procesov izmenjave z okoljem, oblikuje tudi občutek identitete. Na podlagi tega sta W. Gray in J. Durkin (v Praper, 2008) integrirala sistemske teorije v analitično skupinsko psihoterapijo; Ivonne Agazarian (v Praper, 2008) je integrirala sistemske principe s skupinsko dinamičnimi procesi in kasneje s Petersom (v Praper, 2008) predlagala pogled, ki kombinira štiri sisteme: osebo, člane skupine, vlogo v skupini in skupino kot celoto; Ashbach in Schermer (v Praper, 2008) pa sta sistemski pogled integrirala s psihoanalitičnimi teorijami egopsihologije, selfpsihologije in teorije objektivnih odnosov, kar omogoča sledenje razvojnemu procesu na intrapsihični, interpersonalni in skupinski ravni.

Sistemski pristop obravnava skupinski proces, kot organiziran in voden preko skupne naloge skupine, s katero mora skupina preživeti v svojem okolju. Preko skupinskega dela se skupina poveže v »delovno ekipo«, ki doseže relativno avtonomnost delovanja in soodgovornost članov za skupinski proces. Pri tem igrata ključno vlogo okvir skupinskega dela in način dela posameznih članov in skupine kot celote. (Praper, 2008.)

Bistvenega pomena za obstoj skupine je, da je sistem odprt. To pomeni, da ima možnost izmenjave informacij z drugimi sistemi v okolju. Te informacije sistem preko konverzije in asimilacije transformira v lastne vsebine, tiste, ki ostanejo nepredelane, pa izloči (Praper, 2008). Na primeru skupinske terapije odprtost sistema razumem kot zmožnost, da člani vstopajo v različne izmenjave izkušenj v njihovih vsakdanjih okoljih. Te izkušnje nato prenesejo v skupino, ki jim jih pomaga integrirati v njihova življenja. Pri tem igrajo pomembno vlogo *meje*, ki morajo biti za uspešnost prej opisanega procesa *prepoznavne*, da lahko razmejujejo sistem od drugih sistemov in posameznike znotraj sistema med seboj.

Funkcionalne meje omogočajo razločevanje posameznikov/sistemov in hkrati odnos med njimi, znotraj katerega se lahko zgodi *selektivna izmenjava*. Varovati morajo pred intruzivnimi vdori, ampak hkrati omogočati fleksibilno izmenjavo. Sistem, ki dobro funkcionira, ima zunanje in notranje meje kongruentne – posamezniki znotraj skupine so v takšnih odnosih, kot jih skupina vzpostavlja z drugimi skupinami ljudi. Mnogi sistemi imajo to razmerje porušeno. Tako se lahko npr. člani skupine med seboj zlivajo, zunanje meje skupine pa se s tem krepijo na način »mi proti ostalim« (Praper, 2008). Spreminjanje tovrstnega delovanja skupine je pomembna tema na poti do uresničitve skupne naloge skupine.

Vloga skupinskega terapevta (vodje) je uravnavanje zunanjih in notranjih meja skupine (sistema). Z vzdrževanjem komunikacije z drugimi sistemi (zunanje meje) zagotavlja življenjske pogoje skupini. V skupinski terapiji to predstavlja organizacijo prostora in časa terapije, selektivno izbiro članov skupine, določanje trajanja terapije itd. Po drugi strani pa je naloga terapevta tudi spremljanje, spodbujanje in usmerjanje izmenjav, komunikacije in dela članov znotraj skupine (notranje meje). Intervenira lahko na točkah inputa (poslušanja), asimilacije (procesiranja informacij, razumevanja in premisleka) in outputa (izražanja občutkov in mnenj). Svoje intervencije prilagaja razvojni poziciji skupine in posameznikov v njej ter na ta način spodbuja izgradnjo medsebojne odzivnosti članov. Te odgovornosti terapevta so drugačne od odgovornosti drugih članov skupine, zato je pomembno, da mu avtoriteto za njih priznajo. (Praper, 2008.)

Skozi čas obstoja in delovanja terapevtske skupine (socialnega sistema) se razvije za skupino specifična kultura. Zadržuje se v notranjem življenju skupine in povezuje njene člane preko skupinskih fantazij. Oblikovanje skupinske kulture je odvisno od specifičnih izkušenj znotraj razvojnih procesov skupine. Kets de Vries in Miller (v Praper, 2008: 126) razlagata razvoj skupinske organizacijske kulture v skladu z Bionovimi predpostavkami razvojnih položajev skupine:

*»V položaju **odvisnosti** se utrjuje predstava, da bo za vse poskrbel terapevt – grandiozni, onipotentni in karizmatični vodja. Položaj **borba – beg**, z občutki rivalitete in sumničenja, vnaša v sistem paranoidno kulturo o drugem kot potencialnem sovražniku in krepi vero v terapevta, ki "nas bo obvaroval, da se ne zgodi kaj hudega, ali pa mogoče tudi njemu ne kaže zaupati". Položaj **združevanja v pare** in prehajanja v kohezijo utrjuje kulturo pripadnosti, empatične podpore, vendar*

*tudi podrejanja skupinskim interesom in obrambnega enoumja. Skupino doživljamo kot grandiozno in onipotentno in se z njo identificiramo. Destruktivni impulzi se sedaj premeščajo in projicirajo v prostor izven skupine; vse (in vsakdo) je potencialno nevarno. Šele v položaju **delovne skupine** se utrjuje kultura koherentnih odnosov, ki skozi specifične razlike, s pomočjo racionalnega in funkcionalnega odločanja in argumentov bogati skupino s primerjanjem različnih pogledov.»*

Kultura se v skupini odraža tudi v komunikaciji. Običajno se začne z diadno komunikacijo s terapevtom in se preko diadne komunikacije med člani utrjuje »mi« komunikacija, ki pozablja na posameznika. Na koncu je moč opaziti krožno in fleksibilno komunikacijo, s sprejemanjem in radovednostjo za različne poglede. V zadnji fazi ostane terapevt le še koordinator interakcij (Praper, 2008).

Poleg kulture se v skupini razvijajo tudi vloge, ki ji dajejo strukturo. Dodeljene vloge so v začetnem obdobju skupine bolj rigidne, saj odnose prežemajo bojazni, nezaupanje, rivalstvo, očaranost ipd. Ko skupina doseže pozicijo delovne skupine, pa vloge postanejo fleksibilne ter kreativno in transparentno prehajajo med skupinskimi člani. (Praper 2008)

»Danes je malo skupinsko terapevtskih pristopov, v katere ne bi integrirali vsaj nekaj sistemskega razumevanja. [...] Dobra stran sistemske teorije je v tem, da dopolnjuje številne druge paradigme brez potrebe, da bi jih nadomestila in jih tako le obogati. Ob tem se obogati tudi sama.

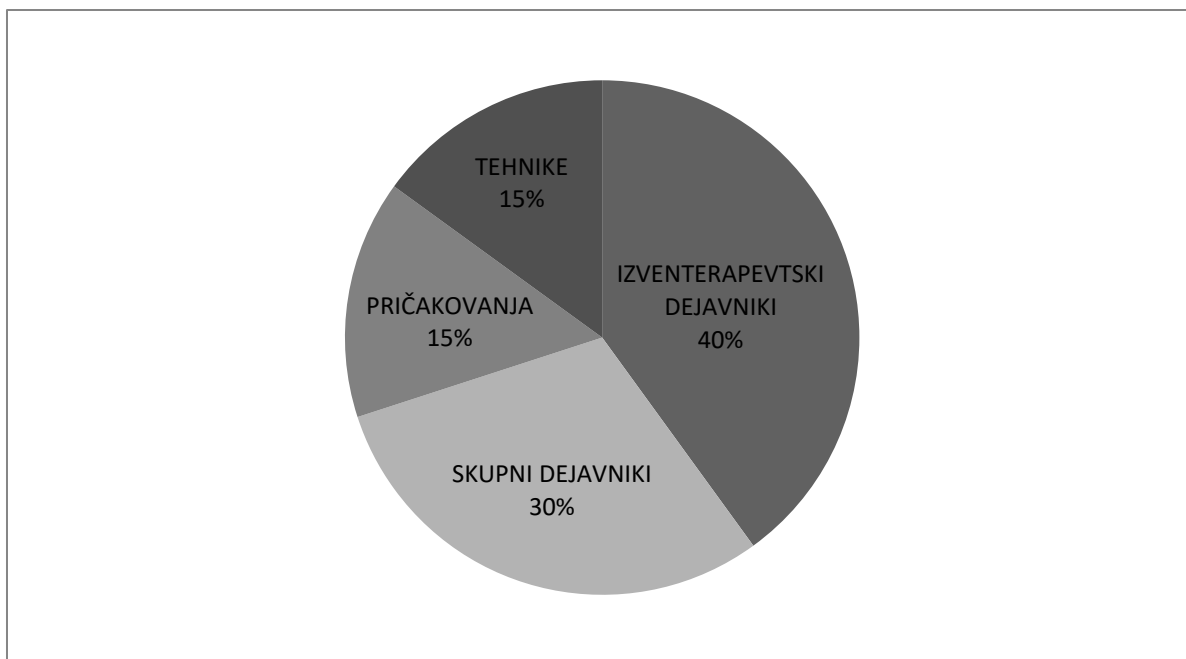
Tudi to je eden od vidikov konstruktivne izmenjave med sistemi.» (Praper 2008: 131)

3.2 Skupni dejavniki uspešnosti

V Sloveniji so poleg sistemskega pristopa razviti tudi drugi pristopi k podpori in pomoči. Nekateri izmed njih so: gestalt psihoterapija (v prilogi A), kognitivno-vedenjska terapija (v prilogi B), integrativna psihoterapija, transakcijska analiza, psihoanaliza, psihodinamska psihoterapija, relacijska družinska terapija, logoterapija, bonding psihoterapija, psihodrama idr. Raziskovanje izidov psihoterapevtskih procesov je privedlo do spoznanj, da bolj kot razlike v posameznih pristopih na uspešnost psihoterapije vplivajo dejavniki, ki so skupni različnim pristopom. Z ozirom na obseg in fokus te raziskave zato v nadaljevanju ne opisujem vseh prej naštetih pristopov, temveč povzemam nekaj raziskav skupnih dejavnikov uspešnosti psihoterapije.

Lambert in Barley (2001) sta iz raziskav o izidih psihoterapevtskih procesov ugotovila, da bolj kot specifike terapevtskih pristopov na uspešnost vplivajo različnim pristopom skupni dejavniki. Na podlagi svoje raziskave sta vplive na izid terapevtskega procesa razvrstila v štiri področja (glej sliko 1). *Izventerapevtski dejavniki*, kot so naključni dogodki, podpora socialne mreže in spontane ozdravitve, predstavljajo največji, 40% delež vpliva na izid terapije. Prej omenjeni *skupni dejavniki* so empatija, toplina, terapevtski odnos idr. Lambert in Barley (2001) jih razumeta kot medosebni proces z glavno zdravilno komponento, ki jo imenujeta narava terapevtskega odnosa. Skupni dejavniki po njuni raziskavi predstavljajo 30% vpliva na izid psihoterapevtskega procesa. *Pričakovanja* oz. placebo efekt in zaupanje v zdravilnost terapevtskega procesa doprineseta 15%; in preostalih 15% vpliva na izid psihoterapevtskega procesa predstavljajo *tehnike*, specifične za posamezne psihoterapevtske pristope.

Kobal (2013) navaja kasnejši vir Lamberta iz leta 2007, v katerem se razmerje med zgoraj navedenimi področji spremeni. Vpliv *zunajterapevtskih dejavnikov* ostaja enak (40%), medtem ko *skupnim dejavnikom* pripiše 5% višji vpliv (torej 35%); *terapevtskim tehnikam* pripiše 10% nižji vpliv (torej 5%); *pričakovanj*, ki so zajemala 15% vpliva na izid, ta delitev dejavnikov ne zajema – namesto njih pa se 20% vpliva na izid pripisuje *terapevtovim dejavnikom* empatije, topline, sprejemanja klienta, opogumljanja klienta za tveganje, terapevtove kongruentnosti ter njegovega prepričanja in zaupanja v to, kar dela. Drugačno razmerje razumem kot posledico zamenjave spremenljivke pričakovanj za terapevtove dejavnike in spremembe definicije skupnih dejavnikov, ki so prej zajemali nekatere terapevtove dejavnike, kasneje pa zajemajo tudi preteklo spremenljivko prepričanj. Kakorkoli že, kasnejša opredelitev pripisuje še manjši pomen razlikam v tehnikah psihoterapevtskih pristopov in še večji pomen terapevtskemu odnosu. Slednji se kaže v klientovih in psihoterapevtovih značilnostih, v sprejemanju, zanimanju, spoštovanju, zaupanju, opogumljanju za tveganje, v procesnih dejavnikih itd.

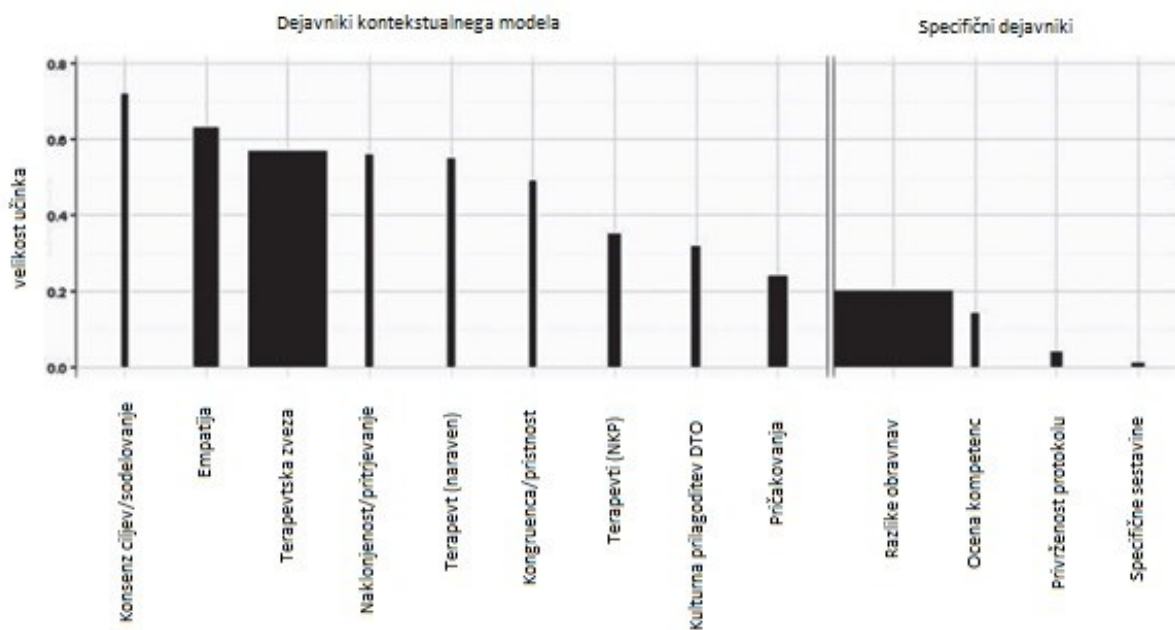


Slika 2: Dejavniki vpliva na izid psihoterapevtskega procesa (Lambert in Barley, 2001)

Tschacher, Junghan in Pfammatter (2014) so pri razvijanju taksonomije skupnih dejavnikov raziskovali 22 skupnih dejavnikov, od katerih so se kot najpomembnejši pokazali angažma pacientov, terapevtska zveza, doživljanje čustev in konfrontacija s težavo. V raziskavi so skupne dejavnike povezovali z uporabljenimi tehnikami različnih pristopov in prišli do ugotovitve, da se razlage pomena tehnik pogosto ne ujemajo z njihovo relevantnostjo za uspešnost terapevtskega izida. Tako so npr. preventivno razkrivanje odzivov, igre vlog, verbalizacijo čustvenih odzivov in tehniko dveh stolov udeleženci raziskave pozitivno asociirali s skupnimi faktorji, medtem ko so se terapevtska abstinenca, tehnika prostih asociacij, progresivna mišična relaksacija in trening biofeedbacka izkazale za negativno asociirane glede na skupne dejavnike.

Orlinsky in Howard (v Kobal, 2013) sta na podlagi raziskav izidov psihoterapevtskega procesa zasnovala generični model psihoterapije. V njem opredeljujeta pet skupnih dejavnikov terapevtskega procesa, ki so značilni za vse terapevtske pristope. To so: *terapevtski dogovor*, ki definira cilje in okvir obravnave; *terapevtske intervencije*; *terapevtska vez*, ki predstavlja čustveni vidik odnosa med terapevtom in klientom ter se oblikuje ob njunem sodelovanju v specifičnih vlogah; *terapevtova in klientova samoodnosnost* [self-relatedness] oz. sposobnost za samouravnavanje čustev, misli, vedenj in interakcij na osnovi implicitnih odnosnih shem v tukaj in zdaj; in *terapevtski dosežki*, ki se kažejo v uspešnih učinkih med terapevtskim srečanjem.

V nedavni raziskavi dosedanje literature o skupnih dejavnikih Wampold (2019) povzema dokaze, ki so vezani na skupne dejavnike (glej sliko 2). Poudarja, da je za njihovo razumevanje ključnega pomena zavedanje, da so več kot le skupek terapevtskih elementov, ki so skupni večini psihoterapij. Skupni dejavniki oblikujejo teoretični model mehanizmov spremembe v psihoterapiji, ki ga Wampold (2019) predstavlja v t.i. kontekstualnem modelu psihoterapije.



Slika 3: Velikost učinka skupnih dejavnikov kontekstualnega modela in specifičnih dejavnikov. Širina stolpcev je sorazmerna s številom raziskav, ki so vključene v izmero učinka. NKP – Naključni kontrolni poizkus, DTO – na dokazih utemeljena obravnav (Wampold, 2019: 273)

Iz zgornje tabele je jasno razvidno »[...] da skupni dejavniki morajo veljati za terapevtske in jim moramo posvetiti pozornost na področjih teorije, raziskovanja in prakse« (Wampold, 2019: 276).

3.3 Socialno delo z družino

Čacinovič Vogrinčič (2008: 33) socialno delo z družino definira kot »[...] vzpostavljane delovnega odnosa za izviren delovni projekt soustvarjanja rešitev kompleksnih problemov družine oziroma njenih članov. [...] gre za pomoč pri soustvarjanju rešitev za kompleksne socialne probleme z mobilizacijo same družine.«

V socialnem delu z družino socialni delavci in družine soustvarjajo izviren delovni projekt pomoči, s katerim rešitve prevajajo v dejanja. To počnejo znotraj delovnega odnosa, ki sestoji iz: dogovora o sodelovanju; instrumentalne definicije problema in soustvarjanja rešitev; ter osebnega vodenja socialnega delavca. V dogovoru o sodelovanju se vsi udeleženi v problemu

in socialni delavec dogovorijo, kako bodo delali. Sledi instrumentalna definicija problema vsakega udeleženca in raziskovanje posameznih delov v skupnem problemu, v čemer postanejo razvidni instrumenti za soustvarjanje skupnih rešitev. Pri tem socialni delavec uporablja osebno vodenje k postopnemu oblikovanju zaželenih izidov preko raziskovanja zgodb in osebnih odzivov. Opira se na koncepte: *perspektive moči*, ki narekuje spoštljivo iskanje virov moči posameznikov in družine; *etike udeležnosti*, ki poziva k odstopu od moči objektivnega opazovalca in vzpostavitvi sodelovanja, v katerem nihče nima zadnje besede; *znanje za ravnanje* oz. prevajanje strokovnega jezika v osebni ali lokalni jezik in nazaj; ter *soprisotnost* in *ravnanje s sedanostjo*, ki opominjata, da je čas za socialnodelovne pogovore namenjen prisotnosti v poslušanju in sočutju ter ga je potrebno zavarovati tako, da se lahko takšni pogovori nadaljujejo (Čaćinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2008). Pogovor je torej lahko usmerjen v soustvarjanje rešitev ali v nadaljevanje pogovora in vedno poteka na dveh ravneh – zunaj in znotraj družine. Delo zunaj družine zajema iskanje rešitev v odnosih med družino in socialnimi ustanovami; delo znotraj družine pa v odnosih med družinskimi člani. Težave znotraj družine morajo biti rešene do te mere, da je mogoče sodelovanje v procesu pomoči (Čaćinovič Vogrinčič, 2008).

Socialno delo z družino črpa znanja za delo znotraj družine iz družinske terapije – predvsem postmodernih, konstruktivističnih sistemskih pristopov. Tako npr. obe obliki podpore in pomoči mobilizirata družino, njene moči in vire, vendar se družinska terapija osredotoča na razreševanje notranjih konfliktov družine in njenih članov, medtem ko ima socialno delo z družino v fokusu kompleksni socialni problem, ki vključuje tudi družinsko problematiko in rešitve, ki segajo izven meja družine. Socialni delavci in družine v izvirnih delovnih projektih pomoči vzpostavljajo delovni odnos v kontekstu skupnosti, kjer se povezujejo s podpornimi socialnimi mrežami in institucijami. Spremembe ne iščejo le znotraj družine, temveč je zaželeno, da sega tudi v njihovo socialno mrežo. Področje socialnega dela z družino je torej stičišče družine z njenim okoljem. Če bi v procesu pomoči odkrili npr. željo in potrebo rejniške družine po družinski terapiji, bi lahko vključitev v družinsko terapijo bila del izvirnega delovnega projekta družine in naloga socialnega dela z družino bi bila, da jim zagotovi pogoje za to v širši skupnosti ter nadaljuje delo na kompleksnem socialnem problemu družine tj. na celotnem rejniškem sistemu. (Čaćinovič Vogrinčič, 2008.)

4. Večdružinska skupinska terapija (VDST)

»Večdružinska skupinska terapija je bila prepoznana kot perspektiven model obravnave raznolikih populacij klientov. Kombinacija sistemsko družinskih teorij in terapevtski faktorji skupine zagotavljajo priložnost raziskovanja več nivojev intrapersonalnih in interpersonalnih odnosov med družinami« (Thorngren in Kleist, 2002: 1).

VDST v Sloveniji ni razvita oblika psihosocialne pomoči in je v slovenski literaturi nisem zasledil. V angleški literaturi pa se pojavlja pod različnimi imeni: večdružinska terapija [multi-family therapy] (van Ee, 2018); terapija več družin [multiple family therapy] (Asen, 2002; Asen, Dawson in McHugh, 2001; Gelin, Cook Darzens, Simon, in Hendrick, 2016; Scholz, Rix, Scholz, Gantchev in Thömke, 2005); večdružinska skupinska terapija [multiple family group therapy] (Strelnick, 1977; Szymanski & Kiernan, 1983; Schuff, 2006; Dombalis in Erchul, 1987; Durell, 1969; Foster, 1991; Laqueur, 1969; Mitzeliotis, 2016; Schäfer, 2008; idr.); večdružinska terapevtska skupina [multiple family therapy group] (Swank in Daire, 2010); in več-družinska skupinska terapija [multi-family group therapy] (Edwards, 2001; Deane, Mercer, Talyarkhan, Lambert in Pickard, 2012; Cassano, 1989).

Cassano (1989) v večdružinski skupinski terapiji vidi združitev treh oblik pomoči: medvrstniške pomoči, samopomoči in strokovne pomoči. Definicijo večdružinske skupinske terapije oblikuje s pomočjo komponent, ki sta jih opisala O'Shea in Phelps (v Cassano, 1989: 5) kot: *»... premišljena, načrtovana, psihosocialna intervencija z dvema ali več družinami, prisotnimi v istem prostoru z usposobljenim terapevtom, skozi vsa ali večino srečanj. Vsaka sodelujoča družina bi morala imeti dva ali več članov, ki predstavljajo vsaj dve generaciji družine in so prisotni na vseh ali večini srečanj. Srečanja bi morala imeti ekspliciten fokus na težavah ali skrbah, ki so skupne vsem prisotnim družinam. Osrednje težave bi se morale nanašati direktno ali indirektno na medgeneracijske družinske interakcije. Srečanja bi morala implicitno ali eksplicitno poudarjati vzorce meddružinskih interakcij, kot tudi uporabljati dejanska ali potencialna zavezništva med člani različnih družin, nanašajoč na podobnost v starosti, spol, osrednji problem ali družinsko vlogo.«*

V nadaljevanju bom predstavil začetke VDST, teoretsko razumevanje in praktične izkušnje začetnika Laqueura ter njegovih sodobnikov.

4.1 Začetki

Kot začetnik VDST je najpogosteje citiran psihiater Hans Peter Laqueur z njegovo prvo objavo na to temo v soavtorstvu z LaBurtom leta 1962 (Laquer in LaBurt, 1962). Strelnick (1977) navaja, da so pred Laqueurom objavili uporabo in uspešnost dela z več družinami v skupini že Detre idr. (v Strelnick, 1977) ter Hes in Handler (v Strelnick, 1977), vendar poudarek njihovih del ni bil na metodi. To je kot VDST prvi poimenoval Laqueur in o njej kasneje napisal še več člankov (Laqueur, 1962; 1969; 1980; idr.). Pri delu s hospitaliziranimi pacienti z diagnozo shizofrenije je namesto individualnih razgovorov začel v času obiskov sklicevati več družin svojih pacientov hkrati na pogovor o poteku zdravljenja. V dveinpolurnih srečanjih se je enkrat tedensko od 4 do 5 družin sestalo za pogovor o bolezni, metodah zdravljenja, težavah pri pacientovem bivanju v bolnišnici in prihodnjih izzivih ob vrnitvi pacienta domov. Nekaterе družine so se srečanj udeleževale tudi po odpustu hospitaliziranega družinskega člana. Po sedemnajstih letih izvajanja VDST v svoji bolnišnici je Laqueur ugotovil, da se je število ponovnih hospitalizacij odpuščenih pacientov v primerjavi z dotedanjimi izkušnjami zmanjšalo za 80% (Kyracos Brodsky, 1999). Trdi, da je VDST časovno in stroškovno učinkovita metoda, ki dosega spremembe hitreje kot terapija s posameznimi družinami (Laqueur, 1980, str. 15).

4.2 Laquerov model

Laqueur (1980, str. 15) je v 26. letih izvajanja VDST pomagal približno 1500 družinam v New Yorku in približno 250 družinam v Vermontu. Znanje svojega modela VDST je prenesel na približno 200 študentov in sodelavcev.

Laqueur je delal tudi s skupinami, ki so šteje 30 in več članov oz. 8 do 10 družin hkrati. »*Kot dirigent orkestra, Peter generira temo, poveže družine v interakcije, oceni situacije, ustvari verbalne in vedenjske intervencije ter terapevtsko pleše s skupino.*« (Foster b.d.)

Asen (2002) pojasnjuje Laqueurovo VDST kot mešanico skupinske terapije in družinske terapije ter psihodinamske prakse in teorij navezanosti. Uporabljal je tudi temeljno sistemsko razumevanje, da so težave v odnosih posledica motenj povratnih zank na mejah podsistemov.

VDST srečanje sta vodila terapevt in koterapevt – običajno moški in ženska, ker sta delovala kot model partnerstva –, prisotnih pa je bilo tudi omejeno število opazovalcev oz. terapevtov v izobraževanju. Skupina ni imela določenega zaključka. Ko je ena družina zapustila skupino, se ji je lahko pridružila nova družina, ki je bila izbrana naključno (brez določenega skupnega

dejavnika z ostalimi družinami). Zaželeno je bila redna udeležba vseh družinskih članov, zato so bila srečanja organizirana v večernem času. (Laqueur, 1980, str. 15.)

Običajno VDST srečanje, ki ga je vodil Laqueur, se je začelo s predstavitvijo članov vseh družin in z opredelitvijo razloga, zaradi katerega so prišli. Zatem je člane razdelil v skupine glede na podobnost vlog v družini, kjer so razpravljali o izkušnjah svoje vloge v družini in odnosih z ostalimi družinskimi člani. Sledile so različne vedenjske vaje, ki jih je razvil Laqueur ali pa si jih je izposodil od drugih. To so: »da-ne«, »hrbet proti hrbtu«, »združitev rok« in »družinska skulptura« (Foster, b.d.).

Vajo »**da-ne**« je uporabljal za prikaz igre moči med posamezniki. Primer: Če se je Marija pritoževala, da ji Janez vedno govori, kaj naj počne in zmanjšuje pomen njenih želja in občutij, ju je povabil v sredino skupine z rokami na ramenih drugega. Marija je jasno in vsakič glasneje govorila »da« in pritiskala na ramena Janeza; Janez pa je jasno in vsakič glasneje govoril »ne« in pritiskal na ramena Marije (Kyricos Brodsky 1999). Na koncu sta se brez prerivanja le še močno pritiskala na ramena. Ob tem so se sprožila čustva in cela skupina je lahko analizirala kaj se med njima dogaja (Laqueur, 1980, str. 15).

Vajo »**hrbet-proti-hrbtu**« je uporabljal, kadar so pari z besedami maskirali svoje občutke (Laqueur, 1980, str. 15). Z njo je prikazal tudi različne komunikacijske tehnike med posamezniki. Primer: Če sta Marija in Janez imela težave pri izražanju svojih občutkov drugemu, ju je povabil, da sta stopila v sredino skupine, obrnjena s hrbtom proti hrbtu. Interpretiral je, da njuna postavitev predstavlja njun izbrani način komunikacije – ne gledata se, ne slišita se in nista pripravljena sprejemati kompromisov (Kyricos Brodsky, 1999). Povabil ju je, da brez besed spremenita trenutno situacijo. Običajno so se partnerji začeli obračati, si podajati roke, se objemati okoli ramen (Laqueur, 1980, str. 15). Sicer je povabil ostale člane skupine, če želijo uprizoriti možne načine komunikacije, ki so drugačni od Marijinega in Janezovega. Različni pari so prihajali na sredino skupine in se začeli iz začetne pozicije »hrbet proti hrbtu« obračati eden proti drugemu in uprizarjati razne variacije. To je odprlo prostor za pogovor o opažanjih in občutkih ob spremljanju različnih komunikacijskih tehnik. (Kyricos Brodsky, 1999.)

»**Združitev rok**« je vaja, v kateri si dve osebi stojita nasproti v razmiku treh do štirih korakov. Na terapevtovo navodilo »združita roke«, se trikrat odzoveta različno. Prvič

si gresta oba nasproti in si podata roke; drugič eden čaka na pobudo drugega, da pride do njega in ga prime za roke; in tretjič obratno – pobudo da tisti, ki je v drugem poizkusu čakal. Zatem podelita svoj čustven odziv v različnih situacijah s skupino ter ocenita, kateri način jima je bil najbližje in kateri jima je bil tuj. Ta vaja daje vpogled v delovanje njunega odnosa. (Laqueur, 1980, str. 15.)

»**Družinska skulptura**« je vaja, ki se jo lahko naredi na začetnih srečanjih skupine družin, saj daje vsem prisotnim vpogled v družinske odnose. Vsak družinski član postavi ostale člane družine po pomembnosti bližje oz. dalje od sebe – tisti, ki mu je najpomembnejši, stoji ob njem; tisti, ki mu je najmanj pomemben, stoji najdlje od njega. Pomembno je razumevanje vseh, da te postavitve predstavljajo doživljanje družinskih odnosov posameznih članov v trenutku postavljanja. Potem ko vsak član postavi svojo »družinsko skulpturo« v sedanjosti, jih lahko terapevt povabi, da postavijo skulpturo družinskih odnosov, kot bi jih želeli imeti v prihodnosti. To pokaže, v katero smer se želijo družinski člani premikati in kaj so njihova pričakovanja in cilji terapije. (Laqueur, 1980, str. 15.)

VDST je Laqueur (1980, str. 15) razdelil na 3 faze. V prvi fazi družina doživi olajšanje, ker so končno nekaj storili, da bi spremenili nevzdržne okoliščine. Ob priložnosti opazovanja drugih družin se jim vzbuja upanje in se tako odpirajo za sodelovanje. V drugi fazi začnejo člani prepoznavati svojo vlogo v slabem delovanju družine, zato se pojavi odpor do zdravljenja oz. pomoči. V tretji fazi družinski člani uvidijo, da sprememba zahteva sodelovanje in vzporedno spreminjanje vseh članov družine. Na ta način postanejo podporni svoji in drugim družinam ter se začnejo počasi spreminjati.

Vlogo terapevta pri obravnavi družin s članom, ki ima diagnosticirano shizofrenijo, Laqueur (1969) vidi v prepoznavanju kode, ki jo razvijejo družine znotraj svoje interne verbalne in neverbalne komunikacije. Ko razume njihovo kodo, je pomembno, da jim posreduje svoja sporočila, tako da jih bodo lahko razumeli – s pomočjo njihove kode. Pri razumevanju kode in prevajanju sporočil družini igrajo ključno vlogo ostale družine v skupini s svojo aktivnostjo. *»Ko so prisotne težave v komunikaciji med pacientom in družino, lahko pogosto shizofreni pacienti prevajajo sporočila eden drugemu bolje, kot bi to lahko storil katerikoli terapevt na svetu«* (Laqueur, 1969: 415).

Tudi pri delu z odporom družine do spremembe se po Laqueurovem (1969) razumevanju družine opirajo ena na drugo. Ko se v eni družini zgodi sprememba, so ji priča tudi druge

družine in s tem prejmejo informacijo o drugačnih možnostih delovanja. To jim pomaga pri premagovanju odpora in odpiranju za spremembo znotraj svoje družine.

Laqueur (1980, str. 15) je razvil 9 opisov struktur »motenih« [disturbed] družin in prepoznal 7 mehanizmov sprememb v VDST, ki jih povzemam v nadaljevanju.

4.2.1 Strukture motenih družin [Structures of Disturbed Families]

Najprej Laqueur (1980, str. 15) opredeli strukturo »*najbolj patološke družine*«. V njej so vsi člani nepovezani. Ne morejo se pogovarjati o ničemer, razen morda o vremenu.

Mama ali oče »v kontrolnem stolpu« je družinska struktura, pri kateri vsa komunikacija v družini poteka preko tistega, ki je v kontrolnem stolpu. Družinski člani se izogibajo direktni komunikaciji. Laqueur (1980, str. 15) to primerja s komunikacijo letalskih pilotov v bližini letališča – med seboj ne smejo komunicirati, vsa komunikacija poteka preko nadzornika na letališču.

Spolna vrzel je struktura, ki nastane, ker gresta oče in sin npr. na ribolov, med tem ko mama in hči npr. opravljata gospodinjska dela ali gresta po nakupih. Med tema dvema podsistemoma je malo komunikacije. Na podoben način se oblikuje tudi *generacijska vrzel*, pri kateri dva podsistema tvorijo otroci in starša. Med njimi je malo stika, saj interesi in okupacije staršev ne zanimajo otrok in obratno.

Določanje grešnega kozla [scapegoating] je družinska struktura, v kateri sta eden ali dva člana obtožena za vse težave v družini in posledično izločena – npr. poslana na psihiatrijo (Laqueur, 1980, str. 15).

V strukturi *patološke simbioze* se mama in sin ali oče in hči zapreta v patološko simbiozo, ki sproža ljubosumje in odtujitev ostalih družinskih članov (Laqueur, 1980, str. 15).

Težave tašč in tastov Laqueur (1980, str. 15) imenuje družinsko strukturo, kjer mora oče ali mati intenzivirati odnos s svojim staršem, da bi imel njen/njegov partner občutek, da je manj vreden.

Do motenj v družini pride, tudi kadar je *mama preokupirana z zunanjimi interesi*. V tej strukturi menim, da je izrazitega pomena kontekst, v katerem je Laqueur (1980, str. 15) postavljал to teorijo – namreč, predaval jo je leta 1977. Razlaga jo kot mamin vložek časa in energije v odnos s kakšnim sorodnikom ali ljubimcem, medtem ko je oče zaseden z delom, da bi finančno preskrbel družino. Dandanes je tovrstna organizacija družinskih vlog vedno

redkejša, vendar verjamem, da se opisana struktura še vedno pojavlja v družinah, kjer oba starša posvečata večji delež svojega časa in energije odnosom izven družine.

Kot zadnjo družinsko strukturo Laqueur (1980, str. 15) navaja *različne vrednostne sisteme*. V družini lahko prihaja do težav tudi zaradi ekonomskih, rasnih, verskih in filozofskih razlik ter razlik v kulturnih in družbenih navadah med staršema. V tovrstnih družinah obstaja nevarnost, da se tudi terapevt identificira z vrednostnim sistemom enega od staršev.

4.2.2 Mehanizmi VDST

Laqueur (1980; 1969; Foster, b.d.) navaja mehanizme, skozi katere posamezniki in družine v VDST vzpostavljajo primernejše prilagoditve na svoje okoliščine:

Tekmovalnost in sodelovanje potekata vzporedno v VDST. Po eni strani napredek družin spodbuja medsebojna tekmovalnost za doseganje ali ohranjanje statusa družine, ki po drugi strani izzove globljo vključenost v proces in večjo relevantnost sporočil terapevta in drugih članov za posameznike v skupini. Družine, ki med seboj tekmujejo in sodelujejo v VDST, se spreminjajo hitreje kot v družinski terapiji, kjer so prisotni le člani ene družine in terapevt. (Laqueur, 1969.)

Učenje preko primerjave (analogije) poteka, medtem ko družinski člani opazujejo člane druge družine, kako se na drugačen način soočajo s podobnimi konfliktnimi situacijami kot njihova družina. Ključnega pomena za učenje je občutenje, kako so se posamezni člani počutili v podobnem konfliktu, ko niso udeleženi v njem. V VDST je velika verjetnost, da bodo člani skupine priča številnim raznovrstnim družinskim konfliktom. (Laqueur, 1969.)

Učenje skozi identifikacijo postavitev [identification constellation] se zgodi, ko se mladi člani opazujejo med seboj pri ravnanju s starejšimi člani, in obratno; »...očetje se učijo od drugih očetov, mame od drugih mam in poročeni pari si lažje izkažejo razumevanje, potem ko opazujejo druge zakone« (Laqueur, 1969: 417).

VDST ponuja članom skupine priložnost *učenja preko poizkusov in napak*: člani lahko preizkušajo nova vedenja in jih krepijo preko potrditev drugih članov. Terapevt ta mehanizem in nove uvide spodbuja z igrami vlog (Laqueur, 1969).

Ojačenje in prilagoditev signalov je mehanizem, ki ga terapevt izkoristi na način, da pošlje signal senzibilnemu članu skupine, ki bo deloval kot ojačevalec signala za njegovo družino, ta

pa bo dalje povečala njegovo sporočilo in ga prilagodila tudi razumevanju ostalih družin (Laqueur, 1969).

Terapevt v VDST lahko *uporablja zdrave aspekte določene družine kot vzor* in izziv za druge družine, da spremenijo svoja lastna vedenja. Običajno ob takšni intervenciji najprej pridobijo člani z najtežjo simptomatiko (primarni uporabniki) boljše okoliščine. Odnos ostalih družinskih članov se spremeni, potem ko primarni uporabniki v novih okoliščinah razvijejo zrelejše vedenje (Laqueur, 1969).

Razumevanje celotnega polja interakcij med podsistemi (uporabnik, družina) in nadsistemom (celotno socialno okolje) je ključna opora VDST. Gre za razumevanje bolezni v kontekstu polja interakcij, v katerem ima vsako dejanje vsakega posameznika vpliv na vedenje vseh ostalih ljudi v okolici in to, poleg družbenih zahtev socialnega okolja, vpliva na družino in njen izid v obravnavi VDST (Laqueur, 1969).

Namesto enosmernih izmenjav s posamezno družino terapevt *uporablja polje interaktivnih sil* in številne možnosti, ki jih ponuja. VDST nudi terapevtu širok spekter izbire različnih terapevtskih pristopov in intervencij za naslavljanje prepoznanih težav in potreb v skupini (Laqueur, 1969).

VDST ponuja razumevanje *družine in njenih sestavnih delov kot podsistemov* v večjem polju medsebojnih odnosov. Težave med njimi je mogoče sistemsko analizirati (analiza povratnih informacij, zaznave in prepoznave, združevanja, načrtovanja odziva) ter predlagati družini specifične možnosti za popravilo in obnovitev stanja (Laqueur, 1969).

Laqueur (1980: 23) navaja 5 rezultatov VDST:

- 1) Redkejša in krajša hospitalizacije ali potrebe po obiskih klinike.
- 2) Večje vzajemno razumevanje, manj prekinitev in komunikacijskih vrzeli med družinskimi člani in med generacijami; manj obupa in brezupja.
- 3) Zmožnost najti rešitev za patološko simbiotične in »nadzorni stolp« situacije (kontrola dominantnega ali depresivnega vedenja).
- 4) Bolj učinkovita uporaba števila in moči terapevtov.
- 5) Povečana preventivna zmožnost za nove večje krize.

Več avtorjev (Strelnick, 1977; Kyricos Brodsky, 1999; Edwards, 2001; Thorngren, Christensen in Kleist, 1998) piše o teoretični in praktični nerazvitosti modela VDST kljub njegovi uspešnosti in starosti. Kyricos Brodsky (1999) vidi enega izmed vzrokov za to v nepričakovani zgodnji smrti začetnika in leta 1977 še edinega teoretika VDST (Strelnick, 1977), Petra H. Laqueura. Napisal je nekaj pomembnih člankov o porajajoči metodi, ni pa jih utegnil povezati v zaključeno celoto. VDST je označena tudi kot: skrita metoda (Kyricos Brodsky, 1999), spregledan pristop (Nevin v Strelnick, 1977) in premalo-raziskana terapija [the underexplored therapy] (Thorngren, Christensen in Kleist, 1998). V nadaljevanju navajam razumevanje in prakse VDST kasnejših avtorjev.

4.3 Sodobna VDST

Danes se VDST izvaja v različnih kontekstih, z različnimi populacijami družin ter različnimi zasedbami izvajalcev z različnimi teoretskimi pristopi in z različnimi nameni. V primerjavi z ostalimi obravnavanimi oblikami pomoči še vedno ostaja zelo pomanjkljivo raziskana. Edwards (2001) v svoji analizi relevantne literature o VDST ugotavlja, da zajema številne opise VDST in uspešne rezultate izidov, ki večinoma bazirajo na kliničnih vtisih. Zelo malo je sistematičnih empiričnih raziskav izidov VDST in tudi te, ki so navedene v literaturi, niso dostopne na spletu. V nadaljnjih podpoglavjih bom orisal raznolikosti sodobne uporabe in razumevanja metode VDST ter povzel interpersonalni postmoderni pristop k VDST, ki sta ga načrtala Thorngren in Kleist (2002).

4.3.1 Setting oz. kontekst

Strelnick (1977) navaja, da se VDST izvaja v različnih kontekstih – v zdravstvenih domovih, državnih in zasebnih psihiatričnih bolnicah, dnevnih centrih za duševno zdravje in v zaporih. Ob prebiranju člankov sem odkril še druge kontekste, kot so: šole (Dombalis in Erchul, 1987; Durell, 1969), domovi za ostarele (Schwartzben, 1989, str. 41), privatne prakse (Asen, Dawson in McHugh, 2001) idr. in celo zunaj, v naravi (Swank in Daire, 2010).

V grobem bi lahko kontekste izvajanja VDST delili glede na vključenost identificiranega uporabnika na institucionalne in ambulate; ter glede na vir financiranja na državne in zasebne.

Edwards (2001) v svoji raziskavi literature odkriva razlike v settingu izvajanih VDST. Prakse različnih avtorjev se razlikujejo v: strukturi skupin (odprtost/zaprtoost in trajanje), omejitvah števila družin/članov, pogostosti in trajanju srečanj, prisotnosti posameznikov in družin na

srečanjih, vlogah terapevta in koterapevta, kombiniranju z ostalimi vzporednimi terapijami, predstavljanju problematike klientov in interakcijah klientov izven terapije.

4.3.2 Namen in cilji

Kot primarni namen VDST Strelnick (1977) razume vključevanje družin v pomoč njihovim družinskim članom. Cilji VDST so še zavedanje in izboljšava komunikacije v družini in med družinami; predstavitev in prilagoditve družinskih, partnerskih, delovnih in vrstniških vlog; priprava na življenje po odpustu (pri osebah, ki so vključene v institucionalne oblike pomoči); in kot rezultat zgornjih ciljev sprememba družinskih interakcij in povečana senzibilnost v družinskem okolju. Asen, Dawson in McHugh (2001) temu dodajajo še nekaj vmesnih in nekaj novih ciljev: premagovanje socialne izolacije, širitev socialne mreže, premagovanje stigme, ustvarjanje solidarnosti, ustvarjanje novih in več perspektiv, medsebojno učenje, zagotavljanje vzajemne podpore in povratnih informacij, spodbujanje aktivnega starševstva, nevtralizacija ustaljenega odnosa delavec-pacient in vlivanje upanja.

Strelnick (1977) kot cilje VDST prepoznava tudi: ekonomičnost rabe časa izvajalcev pomoči (Laqueur, 1980, str. 15; Edwards, 2001); evalvacijo uspešnosti določenega programa po odpustu; večanje družinske pripadnosti in identitete; edukacijo o bremenih, ki jih starši povzročajo otrokom, duševnih boleznih, postopkih zdravljenja, strukturi institucije, ravnanju s financami ... ali preprosto nudenje podpore.

4.3.3 Populacije

V literaturi sem našel opise praks VDST s širokim spektrom populacij. Običajno je povod za pridružitve družine v skupino en družinski član z oviro, ki ga Laqueur (1969) imenuje identificirani klient ali primarni pacient. Pogosto se izkaže, da je v družini več članov z enako ali podobno oviro. V vsakem primeru je za dejansko spremembo v družinskem sistemu potrebna sprememba delovanja vseh družinskih članov. Asen, Dawson in McHugh (2001) pa opisujejo tudi prakso VDST, v katero se družine ne vključijo zaradi ovire enega družinskega člana, temveč zaradi prisotnosti več družinskih in medosebnih problematik hkrati.

Iz navedene dostopne literature je razvidno, da se intervencija VDST uporablja za družine z identificiranim klientom, ki ima eno od sledečih težav v duševnem zdravju: shizofrenija (McFarlane, 1994; Deane, Mercer, Talyarkhan, Lambert in Pickard, 2012), bipolarna motnja (Brennan, 1995), psihotične motnje (Asen in Schuff, 2006), zasvojenost (Foster, 1991; Schäfer 2008), motnje hranjenja (Scholz, Rix, Scholz, Gantchev in Thömke, 2005; Eisler, 2005; Fleminger, 2005; Gelin, Cook Darzens, Simon in Hendrick, 2016), razpoloženske

motnje mladoletnikov (Edwards, 2001) in avtizem (Mitzeliotis, 2016). Uporablja pa se je tudi z družinami, ki imajo otroke v rejništvu (Wong, Ma in Chan, 2015), z brezdomci v zavetišču (The Evolution of Multiple Family Group Therapy, b.d.), z družinami s starajočimi starši (Schwartzben, 1989; The Evolution of Multiple Family Group Therapy, b.d.) in tistimi z mladostniki (Durell, 1969; Yuk King Lau, 2011), z družinami etničnih manjšin (Kumar, Dean, Smith in Mellsop, 2012), z družinami s pridobljenimi poškodbami glave (Charles, Butera-Prinzi in Perlesz, 2007), z razvojno oviranimi (Szymanski in Kierman, 1983) in žalujočimi člani (Elde, 1986; The Evolution of Multiple Family Group Therapy, b.d.), z družinami s člani, ki prestajajo zaporno kazen (The Evolution of Multiple Family Group Therapy, b.d.), z mladoletnimi povzročitelji kaznivih dejanj (Stoddard, 2006; Quinn in van Dyke, 2004; Edwards, 2001); s tistimi, ki so preživeli holokavst (The Evolution of Multiple Family Group Therapy, b.d.) idr. V študiji (van Ee, 2018) je bila VDST indicirana tudi za obravnavo problematike veteranov in beguncev.

Kljub raznolikosti ciljnih populacij Edwards (2001) navaja skupne lastnosti posameznikov, ki so potrebne za uspešno VDST. Ugotavlja, da morajo biti člani v primernem zdravstvenem stanju, da zmorejo sodelovati in delovati; zmožni morajo biti razumeti in govoriti jezik, ki se uporablja na skupinah; ohranjati morajo pozornost in biti pripravljeni dopustiti možnost potrebi po spremembi. Želja po spremembi in po delu na težavah ni nujno potrebna za pozitiven izid VDST, je pa pomembna lastnost posameznih članov. Nujno potrebno je zaščititi otroka družine pred izpostavljenostjo nasilju in/ali zanemarjanju. Edwards (2001) ugotavlja psihotično stanje kot edino kontraindikacijo za uspešnost VDST.

4.3.4 Izvajalci

V VDST je najpogostejše prisoten več kot eden terapevt. Spremlja ga vsaj še eden koterapevt in v določenih primerih tudi več opazovalcev procesa. Laqueur (1980, str. 15) priporoča, da sta terapevt in koterapevt moški in ženska, saj delujeta kot model partnerstva za družine⁷. Drugačen pristop imajo npr. Asen, Dawson in McHugh (2001) ter Cassano (1989), ki priporočajo enega terapevta na 3 družine. Teoretska ozadja sodelujočih strokovnih delavcev so lahko različna. Edwards (2001) navaja da so izvajalci najpogostejše družinski terapevti, svetovalci, socialni delavci, psihologi, specialisti za zasvojenost in tudi druge profesije.

⁷ Laquerovo rabo jezika je treba razumeti v časovnem kontekstu, v katerem je pisal. Od 70-tih let prejšnjega stoletja so se družinske oblike pluralizirale (Rener, Sedmak, Švab in Urek, 2006). Tradicionalni model partnerstva, ki ga opisuje, sicer še vedno velja za najpogostejšega, vedno več pa je tudi istospolnih družin in enostarševskih družin. Te bi od izvajalcev potrebovale drugačno zasedbo, da bi lahko služili kot model.

Pomembno pa je zavedanje, da tvorijo svoj podsistem znotraj VDST. Njihove vloge morajo biti jasno definirane in predstavljene skupini (Asen, 2002).

Za pozitiven izid VDST je pomembnih več karakteristik terapevta, ki jih Edwards (2001) deli v tri kategorije: *kvalitete*, *sposobnosti* in *znanje*. *Kvalitete*, ki jih VDST zahteva od terapevta, so: da je ne-obsojajoč, razumevajoč, da zna dobro poslušati, ima zmožnost empatičnega vživljanja in je fleksibilen. Pomembno je tudi, da je *sposoben* biti direktiven, kadar je to potrebno; da vzpodbuja in spoštuje različne perspektive članov skupine; da zna vzpostaviti varno okolje; učinkovito sodelovati s koterapevti pri podpori skupine kot celote in posameznih komponent znotraj nje (različnih podsistemov in posameznikov); ter da je zmožen spremljati in skrbeti za skupinski proces. Pri delu je pomembno, da je spreten z razumevanjem družine kot sistema ter ima izkušnje in *znanje* iz družinske terapije. Zavedati se mora interakcijskih vzorcev in socialnih procesov (Cassano, 1989) znotraj VDST, osnov skupinsko terapevtskih procesov (Corey, Corey in Corey, 2010; Yalom in Leszcz, 2005; Toseland in Rivas, 2009; Praper, 2008), formacij podskupin (Agazarian v Praper, 2008) in terapevtskih faktorjev v skupinski terapiji (Vinogradov, Yalom 1989; Laqueur, 1969). To *znanje* mu omogoča slediti in razumeti kompleksne skupinske procese. (Edwards, 2001.)

V odnosu do skupine je pomembno, da je terapevt podporen, vzdržuje meje, ima smisel za humor, nastopa kot vodja in razvije presojo o tem, kdaj je smiselno neposredno intervenirati in kdaj lahko zaupa skupinskemu procesu (Edwards, 2001).

4.3.5 Pristopi k VDST

Že Laqueur (1969) je pisal, da kompleksnost settinga VDST omogoča terapevtom uporabo različnih terapevtskih pristopov in tehnik. Večinoma se avtorji strokovnih člankov ne opredeljujejo glede terapevtskega pristopa, temveč po poklicu (npr. psihiater, socialni delavec, zdravstveno osebje ipd.) in pišejo o poteku in izidu srečanj. Med drugim pa sem zasledil eksplicitno izpostavljen interpersonalno postmoderen pristop (Thorngren in Kleist, 2002), pristop VDST, ki temelji na pustolovščinah v naravi (Swank in Daire, 2010) ter pristop glasbene terapije v okolju več družin z otroki (Oldfield in Flower, 2008). Tako avtorji ob izvajanju skupinskega dela z več družinami objavljajo svoja različna razumevanja te prakse in smernice za delo.

Psihiater George H. Orvin (v Kyricos Brodsky, 1999), ki z več kot tridesetletno prakso velja za očeta VDST z mladostniki, je mnenja, da je nemogoče doseči spremembo slabo prilagojene družinske situacije brez ocene vlog in vedenj članov v družini mladostnika. VDST je po

njegovem mnenju najuspešnejši medij za obravnavo mladostnikov, saj poleg vpogleda v njihov življenjski svet znotraj družine nudi tudi vpogled v njihov življenjski svet izven družine.

Leichter in Schulman (v Strelnick, 1977) v skupino vključujeta tudi otroke od 6 let starosti naprej. Razumeta jih kot katalizatorje skupine, saj se lahko pogosto navežejo na prikrite občutke odraslih in imajo lahko dragocen vpogled v družinske težave. Zaradi senzibilnosti in pristnosti otrok se odrasli počutijo manj ogrožene in se na njih odzivajo manj obrambno. Zmožnost otrok, da vzbudijo v odraslih njihove lastne globoke otroške vzgibe, daje otrokom pomemben status v skupini, ki ga pogosto nimajo v svojih družinah. Vlogo terapevta Strelnick (1977) vidi v prevajanju otroške neverbalne komunikacije odraslim.

McFarlane (1994) poroča o uspešnosti VDST pri obravnavi pacientov z diagnozo shizofrenije. Strukturiral je model VDST, ki se začne s psihoedukacijskim procesom. Družina se sestane z lečečim psihiatrom, ki odgovori na njihova vprašanja. Zatem se vključijo v delavnico »preživetvenih veščin«, kjer se poučijo o bolezni. Nadaljujejo z rednimi srečanji VDST. Ta model omogoča prilagajanje družine bolezni pacienta, medtem ko razvija podporno socialno mrežo, ki zmanjšuje zmedo, anksioznost in izčrpanost pacientovih družinskih članov. Kot družina se učijo novih prilagoditvenih strategij.

McFarlane (1994) skozi raziskavo lastne prakse dokazuje, da njegov model VDST uspešno preprečuje relaps: v prvem letu se je bolezensko stanje shizofrenije ponovilo manj kot 10% pacientov, v letu zatem pa se je ponovilo le 30% pacientov. To potrjuje rezultate, o katerih je poročal Laqueur pred svojo smrtjo. McFarlane (1994) trdi, da je VDST najcenejša učinkovita oblika psihosocialne pomoči osebam s shizofrenijo, ki je bila empirično preizkušena.

Foster (1991) je po modelu Laquera osnoval VDST za obravnavo odvisnosti od prepovedanih drog in odnosov. Tudi njegova skupina se je sestajala ob nedeljah popoldan, v času obiskov, po 90 minut. Podobno kot Laquer, je skupinski proces na srečanju vodil skozi faze, ki jih je poimenoval: socialna faza, faza definicije problema, interakcijska faza in faza zapiranja. Terapevtova naloga je, da je pozoren na potek procesa, medtem ko skupina zagotavlja vsebino. V socialni fazi so se vsi prisotni predstavili in povedali nekaj o sebi. V fazi definicije problema, so družinski člani poročali o svojih skrbih in željah po spremembi. Njihove zgodbe je terapevt povzemal in jih hkrati preokvirjal v pozitivne stavke. V tej fazi so se začele formirati podskupine, ki jih je terapevt uporabil v interakcijski fazi. Takrat je člane skupine organiziral v različne podskupine (družine skupaj, mame skupaj, očetje skupaj, otroci skupaj

ipd.) in jim podal temo/vprašanja za pogovor. Lahko so se pogovarjali v ločenih skupinah ali pa v skupini znotraj skupine (fish bowl). Nato so v veliki skupini delili svojo izkušnjo. V fazi zapiranja je skupino zaključil in člane povabil na prihodnje srečanje.

Asen, Dawson in McHugh (2001) so načrtali model VDST, ki so ga poimenovali Marlborough model. Največjo uspešnost so dosegli pri delu dveh do treh terapevtov v skupini šestih do osmih družin z isto problematiko. Ugotavljajo, da različni družbeni razredi, etnična pripadnost in starost družin pri tovrstnem delu ne predstavljajo pomembnejših ovir. Če jezik skupine ni materni jezik katere od vključenih družin, v delo vključijo prevajalca. S tem omogočijo družinam iz drugih kultur dostop do storitve in družinam iz dominantne kulture razvijanje radovednosti in sprejemanja razlik. VDST izvajajo v odprtih in zaprtih skupinah, s fokusom na posameznega družinskega člana (posameznik s simptomom) ali na celotne družine (disfunkcionalne družine ali družine z več problematikami oz. izzivi). Glavni cilj njihovega dela je ustvariti podporno okolje, v katerem se družine lahko soočajo z izzivi, ki so usmerjeni v doseganje svojih ciljev. Asen, Dawson in McHugh (2001) predstavijo nabor različnih tehnik in praks VDST, ki so namenjene naslavljanju različnih tem in pridobivanju novih družinskih izkušenj. Primeri tehnik so: priprava skupnih obrokov, vabilo na obisk, igre kontrole in moči, družinsko risanje in kiparjenje, razvijanje zaupanja, družinske fotografije, varovanje otrok, igre v krogu, čarobni gozd, zapuščeni otok idr. Praviloma opisanim vajam sledi skupinska razprava v jeziku, ki mora biti razumljiv tudi najmlajšim članom.

Swank in Daire (2010) sta v okvir VDST postavila »na dogodivščinah osnovano svetovanje« in oblikovala model VDST na podlagi dogodivščin [Multiple Family Adventure-Based Therapy Groups]. Sestoji iz dvournih srečanj, enkrat tedensko v obdobju dveh do treh mesecev. Srečanja potekajo v naravi in vključujejo dogodivščine v obliki fizičnih skupinskih aktivnosti. Družine imajo med srečanji čas, da doživetja in novo znanje integrirajo v svoje vsakdanje življenje.

Pred prvim srečanjem se izvajalec sestane z vsako družino posebej, pridobi osnovne informacije o družinah, preveri primernost VDST na bazi dogodivščin za vse družinske člane in pojasni potek srečanj. Sledi niz srečanj, ki so izvedena po t.i. »valu dogodivščine«: strukturiranje, intervencija in debriefing. Ključnega pomena skozi vsa srečanja je zastavljanje ciljev. Vsak član skupine in posamezne družine si na začetku zastavijo cilj, ki mu bodo sledili skozi vsa srečanja skupine. Poleg tega pa si posamezniki, družine in celotna skupina zastavljajo tudi cilje za posamezna srečanja. To je predmet razprave na začetku srečanj in je

lahko vezan na dolgoročne cilje posameznikov ali pa na teme, ki so se odprle v preteklem srečanju. Običajno je prvih 3 do 5 srečanj posvečenih razvijanju zaupanja, komunikacije in reševanja problemov, nato skupina določa področja, na katerih želi delati preko zastavljanja ciljev. Osrednji del srečanja predstavlja strukturirana intervencija (npr. skupinsko premikanje predmeta iz ene točke na drugo), pri kateri lahko terapevt na podlagi opažanj spreminja pravila ali uvaja nova (npr. da nekdo v skupini ne sme govoriti ali pa ima zavezane oči). Ob koncu srečanja podelijo svoje izkušnje in evalvirajo zastavljene cilje. Zaključek niza srečanj obeležijo s proslavo svojih dosežkov in izvajalec organizira kontrolna srečanja s posameznimi družinami. Na teh srečanjih preverijo potrebo po nadaljnji terapiji in dobijo podporo za naprej. (Swank in Daire, 2010.)

Swank in Daire (2010) trdita, da VDST na bazi dogodivščin ponuja priložnosti, da se družine povežejo kot skupnost, si ponudijo podporo in se soočijo. Dogodivščine omogočajo vzpostavljanje in razvijanje odnosov preko izkustvenih aktivnosti – delo na zaupanju, fizičnem stiku, verbalni in neverbalni komunikaciji.

Med različnimi avtorji se pojavljajo različna razumevanja procesov in njihove uporabe znotraj VDST. Corey, Corey in Corey (2010) razumejo VDST na tri načine: kot sestav medsebojno nepovezanih družin; kot dve podskupini – mladoletni in starši; in kot skupino posameznikov. Vsi trije načini se odvijajo in razvijajo simultano skozi razvoj skupine. Cassano (1989) v raziskavi ugotavlja 5 glavnih nivojev socialnih procesov, s katerimi se dela v VDST: diade, podskupine znotraj družinskih enot, družinske enote, podskupine med družinami in skupina kot celota. Kyrlicos Brodsky (1999) pa vidi v VDST edinstveno priložnost vpogleda v štiri medije: v primarnega uporabnika in njegovo družino; v terapevta; v ostale družine; in preko njih v zunanjo družbo. Zaupa, da nam VDST prek opisanih vpogledov oz. refleksij ponuja najširši spekter razumevanja in največjo možnost nadzora neugodnih učinkov, ki so posledica delovanja posameznih medijev.

4.3.6 Interpersonalni postmoderni pristop k VDST

Thorngren in Kleist (2002) sta začrtala interpersonalni postmoderni pristop k VDST, s katerim želita zagotoviti uspešnost v javnih in zasebnih praksah. Njun cilj je prilagodljivost pristopa potrebam raznolikih družin, ki se vključijo v to vrsto pomoči. Opirata se na psihodinamske interpersonalne razvojne teorije, kot sta teorija objektnih odnosov (Fairbairn, 1946; Winnicott, 1971) in teorija navezanosti (Bowlby, 1988); ter postmoderne teorije in pristope, kot sta socialni konstrukcionizem (Berger in Luckmann, 1966) in narativna terapija

(White, 1993). Trdita, da kombinacija družinskih sistemov in terapevtskih faktorjev skupinskega procesa zagotavlja dobro podlago za raziskovanje individualnih vedenj v kontekstu medosebnih odnosov. Skupina pri tem nudi socialno podporo, ki je potrebna za doseganje želenih sprememb vedenj. (Navedeno po Thorngren in Kleist, 2002.)

V okviru postmoderne paradigme Thorngren in Kleist (2002) razumeta družine v skupini kot institucije, ki so odraz večgeneracijskih družinskih interakcij v preteklosti in hkrati aktivne ustvarjalke le-teh v sedanjosti in prihodnosti. V VDST se torej posvečata raziskovanju družinskih zgodovin in razlikam v družinskih realnostih. Pri tem poudarjata pomen jezika, ki ne odraža, temveč ustvarja različne realnosti. Nujno je, da ima vsak član družine priložnost povedati svojo resnico oz. izraziti svoj glas in avtorja pozornost ob tem posvečata iskanju ter krepitvi njihovih moči. Terapevte razumeta kot del socialnega okolja znotraj VDST, saj soustvarjajo realnost preko vplivanja na družine in preko vpliva družin na njih. Pomembno je, da so terapevti odprti za dekonstrukcijo svojih predpostavk o tem, kaj je dobro za družine. Tako lahko soustvarijo najboljše terapevtsko okolje, ki je edinstveno konstruirano. Vloga terapevtov je torej spodbujanje in razjasnjevanje komunikacije med družinskimi člani in družinami. Ob tem osvetljujejo družinske vire moči in prispevajo h krepitvi moči družine z njihovim pripovedovanjem novih oz. drugačnih zgodb o svojem družinskem življenju.

Pri razumevanju in delu z medosebnimi odnosi v VDST pa se avtorja naslanjata na psihodinamske razvojne teorije. Preko pozornosti na odzive družinskih članov med seboj in na ostale družine ter na terapevta in preko svojih odzivov na družinske člane, terapevt spoznava dotlej neubesedena, pogosto nereflektirana, 'skrita' pričakovanja ali agende posameznih članov skupine. Na ta način jim lahko pomaga odkriti izvor njihovih pričakovanj, ki vzdržuje določen vzorec medosebnih odnosov. Ko člani skupine ozavešajo svoje zgodnje izkušnje in spremljajoča čustva, lahko začnejo razvijati bolj konstruktivna ('zdrava') in realna pričakovanja do sebe in drugih. Pri tem jim terapevt pomaga s spodbujanjem novih, učinkovitih izkušenj v sedanjih odnosih in okoliščinah. Pomembno pa je konstantno iskanje ravnovesja: med raziskovanjem preteklih izkušenj in priznavanjem trenutnih vplivov; med temami, ki zadevajo posameznega člana družine in tistimi, ki zadevajo celo družino; med fokusom na družinsko dinamiko posamezne družine in na vpliv ostalih družin in zunanjih sistemov (Thorngren in Kleist, 2002).

Format VDST, ki ga predstavljata Thorngren in Kleist (2002), sestoji iz osmih dvournih srečanj, ki se odvijajo enkrat tedensko. Splošna tema srečanj je raziskovanje in urejanje zgodb

posameznih družin. Prvih 15 minut srečanja je namenjenih vsem članom skupine. Terapevt pozove člane, da podelijo delček svoje zgodbe, ki so ga v preteklem tednu uredili ali pa namerno pustili enakega. Sledi 45 minut dela na določeni temi v ločenih skupinah staršev in otrok. Otroci so lahko glede na število in starost razdeljeni še v dve podskupini, ki omogočijo komunikacijo o temah v razvojno primernem jeziku. Po 15 minutah odmora je 45 minut namenjenih diskusiji v veliki skupini ali individualnim družinskim aktivnostim. Ta struktura se lahko spreminja glede na potrebe skupine. Zadnjih 5 minut je namenjenih strukturi prihodnjega srečanja, kjer vsi prisotni soodločajo o izbiri teme za obravnavo.

Okvir poteka srečanj sestoji iz uvodnega srečanja in sedmih tem, ki jih družine obravnavajo po eno na srečanje. Uvodno srečanje nosi naslov *Pripovedovanje zgodbe*. Družine spoznajo ideje narativne terapije in kot ledolomilec ('icebreaker') vsak udeleženec pove naslov svoje življenjske zgodbe. Nato družine usklajujejo različne naslove družinskih članov v en skupen naslov za zgodbo njihove družine in naslov družinske zgodbe, ki bi ga morda želeli imeti čez 8 tednov. Razpravljajo o temah, ki bi jih želeli obravnavati v svoji zgodbi in oblikujejo oris svoje družinske zgodbe. Vse to podelijo s skupino. Ob koncu srečanja vse družine dobijo domačo nalogo, da do prihodnjega srečanja razmislijo o eni »ureditvi« oz. spremembi zgodbe, ki bi jo želeli narediti in to spremembo vnesejo v življenje. O ureditvah zgodbe poročajo pred celotno skupino na začetku prihodnjega srečanja. Ostale teme srečanj se prilagajajo potrebam in željam skupine. Za obdobje dvoletnega neprekinjenega izvajanja tovrstnih skupin Thorngren in Kleist (2002) navajata, da so se konstantno ponavljale sledeče teme: *Pomoč protagonistom pri govoru, da so lahko slišani; Skrb za protagoniste; Zgodba za zaveso* [Story Backdrops] – *pričakovanja in izkušnje; Zaupanje med protagonisti; Vezi, ki povezujejo protagoniste – družinske vrednote; Ko protagonisti pridejo v konflikt; in Zabava za zasedbo* [Cast Party].

4.4 Kritika VDST

Thorngren in Kleist (2002) kritizirata VDST, da v tej obliki pomoči ni mogoče zagotoviti popolne zasebnosti in zaupnosti vseh družin in njihovih članov, kljub temu, da se pred začetkom dela vsi člani zavežejo k molčečnosti. Iz tega razloga Asen, Dawson in McHugh (2001) opisujejo odpor nekaterih družin do izpostavljanja pred drugimi družinami in ga razumejo kot kontraindikacijo za VDST. Thorngren in Kleist (2002) opozarjata, da obstaja tudi možnost, da skupina ne razvije kohezivnosti in vidita celoten format VDST kot kontraindiciran, če v skupini ni možno vzpostaviti minimalnega zaupanja. Tem težavam se

izogne izključno psihoedukativna oblika VDST; pri ostalih oblikah pa imajo terapevti zelo pomembno nalogo vzpostavljanja zaupanja med družinami v skupini.

Thorngren in Kleist (2002) sta skeptična tudi glede kulturnega in strukturnega ozadja družine. V raznolikosti sicer vidita tudi prednosti, vendar nekatere družine niso odprte do različnosti, ko pride do kulturnih manjšin in npr. homoseksualnih družin – te družine lahko v skupini doživljajo veliko stisko, ki jim onemogoča (uspešno in zadovoljivo) delo.

Delo v VDST ni mogoče, če je član skupine v spremenjenem stanju zavesti. Thorngren in Kleist (2002) navajata vpliv alkohola in drugih psihoaktivnih substanc, Edwards (2001) pa psihotično stanje kot kontraindikacijo. Asen, Dawson in McHugh (2001) izpostavljajo tudi družine, ki vključujejo člana s pedofilnimi vzgibi, kot kontraindicirane za VDST z otroki. Pozornost je potrebno posvetiti tudi agresivnim težnjam.

Vse zgoraj opisane kontraindikacije je moč prepoznati v uvodnem intervjuju s posameznimi družinami pred začetkom srečanj VDST in tako vzpostaviti skupino, zmožno konstruktivnega sodelovanja (Thorngren in Kleist, 2002).

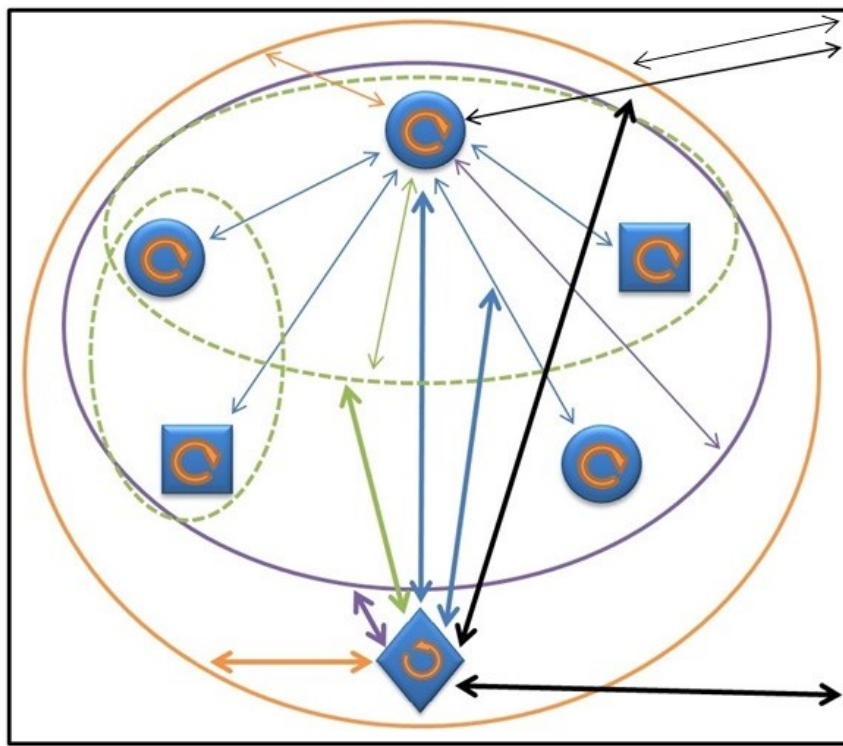
5. Rezultati teoretičnega dela raziskave z razpravo

VDST razumem kot obliko podpore in pomoči, ki zaradi svoje kompleksnosti nudi širok spekter možnih praks in obravnav problematik. Po raziskavi literature ugotavljam, da kljub nerazvitosti področja v primerjavi s sorodnimi oblikami podpore in pomoči (Strelnick, 1977; Kyricos Brodsky, 1999; Edwards, 2001; Thorngren, Christensen in Kleist, 1998) že obstaja manjše število modelov VDST (Laqueur, 1980, str. 15; Thorngren in Kleist, 2002; Oldfield in Flower, 2008; Swank in Daire, 2010). Ti pristopi, podobno kot v skupinski in družinski podpori in pomoči, integrirajo znanja več različnih terapevtskih pristopov. Vsem je skupno sistemsko razumevanje delovanja skupine, družine in posameznika.

Podobno kot skupni dejavniki v individualnih terapijah (Kobal, 2013; Tschacher, Junghan in Pfammatter, 2014; Wampold, 2019; Lambert in Barley, 2001) in terapevtski faktorji v skupinskih terapijah (Yalom in Leszcz, 2005; Vinogradov in Yalom, 1989) je raziskava izidov različnih VDST prinesla spoznanja o tem, kaj deluje v VDST, že tudi v polje podpore in pomoči v skupini več družin (Edwards, 2001). Na podlagi omenjenih raziskav ocenjujem trend povezovanja znanj različnih terapevtskih pristopov in iskanja skupnih delujočih faktorjev kot smiselno, zato v nadaljevanju ne bom primerjal terapevtskih pristopov, temveč bom obravnaval le oblike podpore in pomoči – skupinsko, družinsko in večdružinsko skupinsko. Pri tem bom izgubil številne specifične posameznih pristopov in pridobil koherentnost generalizirane podobe.

Na raziskovalna vprašanja, ki so narekovala zastavljeni problem oz. fokus teoretičnega dela te raziskave, bom skušal odgovoriti s pomočjo grafične uprizoritve interakcijskega polja obravnavanih oblik podpore in pomoči.

LEGENDA: polni kvadrat, kroga in romb predstavljajo osebe; 3-dimenzionalna podoba polnih likov simbolizira komponento časa oz. življenjskih izkušenj, ki so prisotne v procesu; elipse predstavljajo sistem in podsisteme; tanke dvosmerne puščice nakazujejo recipročne odnose in vplive ene osebe⁸ na obdajajoče okoliščine; dvosmerne puščice, ki so usmerjene na romb, označujejo poleg vzajemnih odnosov in vplivov tudi možnost intervencije; krožne puščice v polnih likih predstavljajo notranje doživljanje, interpretiranje in odzivanje posameznikov na dogajanje v okolju; črn kvadrat predstavlja družbeni kontekst, v katerem se odvija proces podpore in pomoči



Slika 4: Skupinska podpora in pomoč enega strokovnega delavca petim članom skupine

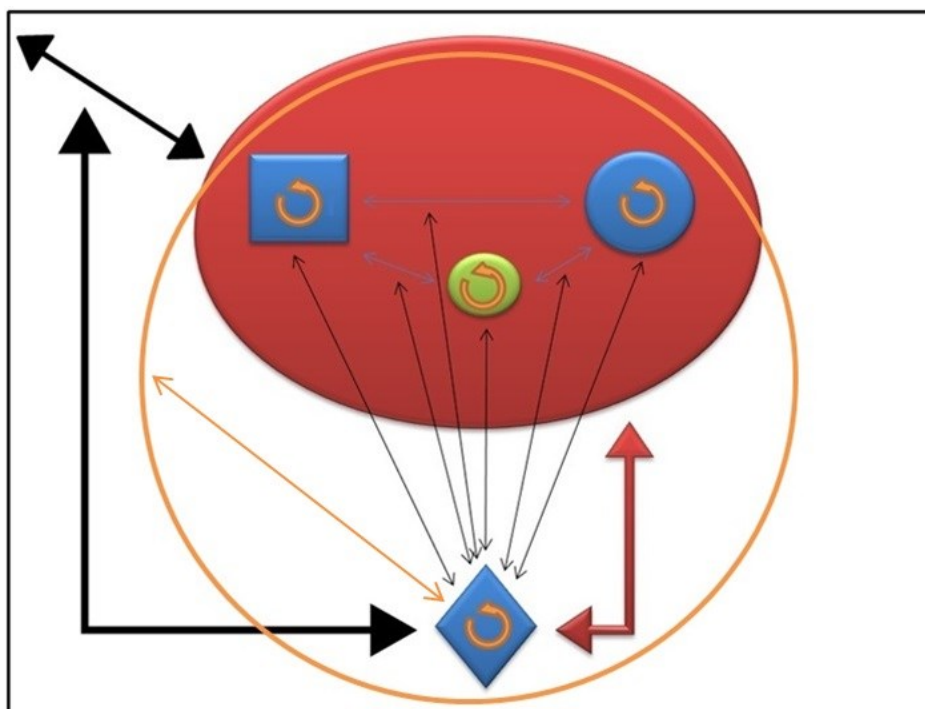
Skupinska podpora in pomoč je proces enega ali dveh strokovnih delavcev in skupine ljudi, ki se formira zaradi njihovih osebnih potreb (Toseland in Rivas, 2009). Velikost skupine oz. število članov narekuje različne skupinske procese in omogoča doseganje različnih ciljev (Praper, 2008). Skupinski člani in strokovni delavec s svojimi dogovori glede sodelovanja predstavljajo sistem podpore in pomoči (oranžna elipsa). V njem vsi prisotni s svojimi prispevki vzajemno vplivajo na vse ostale (vse dvosmerne puščice). Skupinski člani tvorijo podsistem skupine (vijolična elipsa), ki se od začetka do zaključka obstoja razvija skozi razvojne faze, v katerih posamezniki dosegajo skupinske in individualne cilje. Člani skupine z individualnim notranjim doživljanjem oz. interpretiranjem in odzivanjem na okoliščine (oranžne krožne puščice v krogih in kvadratih) v tem podsistemu razvijejo skupinsko dinamične fenomene, kot so: podskupine (zeleni črtkani elipsi – diada in triada), komunikacijski in interakcijski vzorci, skupinska kohezivnost, socialna integracija in vplivanje, skupinske vloge, norme, skupinska hierarhija in kultura (Praper, 2008; Toseland in

⁸ Recipročne odnose in vplive sem zaradi preglednosti označil le pri eni osebi; sicer bi iste relacije puščic moral upodobiti pri vsaki osebi.

Rivas, 2009). Na proces in vse udeležence skupinske podpore in pomoči vpliva tudi širši družbeni kontekst (črni kvadrat in tanki črni dvosmerni puščici) z dominantnim ideologijami in diskurzi (Dallos in Draper, 2005).

Takšna oblika podpore in pomoči strokovnemu delavcu omogoča načine ravnanja oz. intervencije na različnih nivojih dela (odebeljene dvosmerne puščice). Na *osebnem nivoju* so intervencije usmerjene k posameznim članom skupine (daljša modra dvosmerna puščica); na *odnosnem nivoju* k odnosom in komunikaciji med člani skupine (krajša modra dvosmerna puščica); na *skupinskem nivoju* k skupini kot celoti (vijolična) in podskupinam (in zelena dvosmerna puščica); na *procesnem nivoju* k odnosu do procesa podpore in pomoči (oranžna dvosmerna puščica); in na *družbenem nivoju* k odnosu posameznikov in skupine do družbenih diskurzov (daljša črna debela dvosmerna puščica).

LEGENDA: polni kvadrat, kroga in romb predstavljajo osebe (manjši zelen krog predstavlja otroka); rdeča, polna elipsa označuje družinski sistem; 3-dimenzionalna podoba polnih likov simbolizira komponento časa oz. življenjskih izkušenj, ki so prisotne v procesu; prazna elipsa označuje sistem podpore in pomoči; tanke dvosmerne puščice nakazujejo recipročne odnose in vplive; dvosmerne puščice, ki so usmerjene v romb, označujejo poleg vzajemnih odnosov in vplivov tudi možnost intervencije; krožne puščice v polnih likih predstavljajo notranje doživljanje, interpretiranje in odzivanje posameznikov na dogajanje v okolju; črn kvadrat predstavlja družben kontekst, v katerem se odvija proces podpore in pomoči

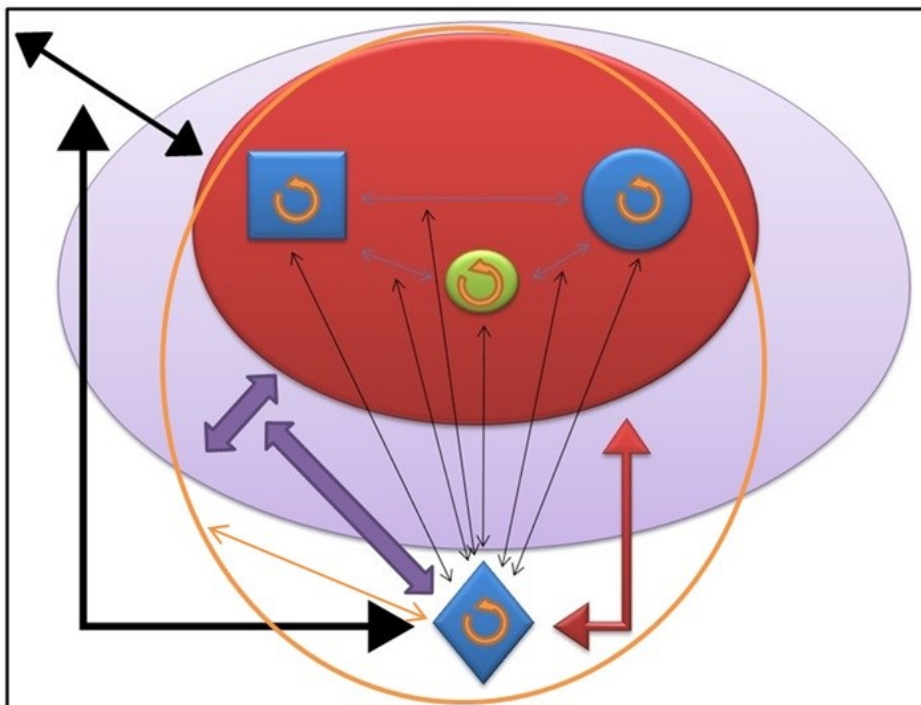


Slika 5: Družinska podpora in pomoč enega delavca tričlanski družini

Družinska podpora in pomoč je proces, v katerem eden ali dva strokovna delavca (romb) sodelujeta z eno družino različnih kompozicij (rdeča polna elipsa) pri doseganju skupnih in individualnih ciljev družinskih članov. V ta proces vstopa vsak posameznik v določenem

življenjskem obdobju s svojimi življenjskimi izkušnjami (Bouwkamp in Bouwkamp, 2014; Thorngren in Kleist, 2002); in družina kot majhna skupina posameznikov z vzpostavljeno družinsko dinamiko, kulturo, hierarhijo, vlogami itd. (Praper, 2008; Čačinovič Vogrinčič, 1998), v določenem obdobju družinskega življenjskega cikla (Dallos in Draper, 2005; Kompan Erzar, 2003; Carter in McGoldrick, 2005; Carr, 2006; Melo in Alarcão, 2014) (3D podoba polnih likov). Družinski člani in strokovni delavec (polna kroga, poln kvadrat in poln romb) predstavljajo sistem podpore in pomoči (oranžna elipsa), v katerem vsi prisotni s svojimi delovanjem (krožne puščice) in prispevki vzajemno vplivajo na vse ostale (vse tanke dvosmerne puščice). Preko družbenih pravil in norm (Dallos in Draper, 2005; Rener, Sedmak, Švab in Urek, 2006) vpliva na proces podpore in pomoči ter delovanje družine (krajša črna dvosmerna puščica) in strokovnega delavca tudi socialni kontekst (črn kvadrat), v katerem se proces odvija. Strokovno znanje in izkušnje (krožna oranžna puščica v rombu) omogočajo strokovnemu delavcu njegovo ravnanje oz. interveniranje (vse dvosmerne puščice, ki so usmerjene v romb) z namenom spodbujanja spremembe oz. doseganja zastavljenega cilja. Intervencije so mogoče v obstoječih interakcijah, na več nivojih. Na *osebnem nivoju* so intervencije usmerjene k posameznim družinskim članom (tanke črne dvosmerne puščice med polnimi liki); na *odnosnem nivoju* k družinskim odnosom med člani (tanke črne dvosmerne puščice med romбом in modrimi puščicami); na *skupinskem nivoju* k družini kot skupini in njenim podskupinam (rdeča, pravokotna, debela dvosmerna puščica); na *procesnem nivoju* k odnosu do procesa podpore in pomoči (oranžna tanka dvosmerna puščica); in na *družbenem nivoju* k odnosu posameznikov in družine do družbenih diskurzov (črna pravokotna debela dvosmerna puščica).

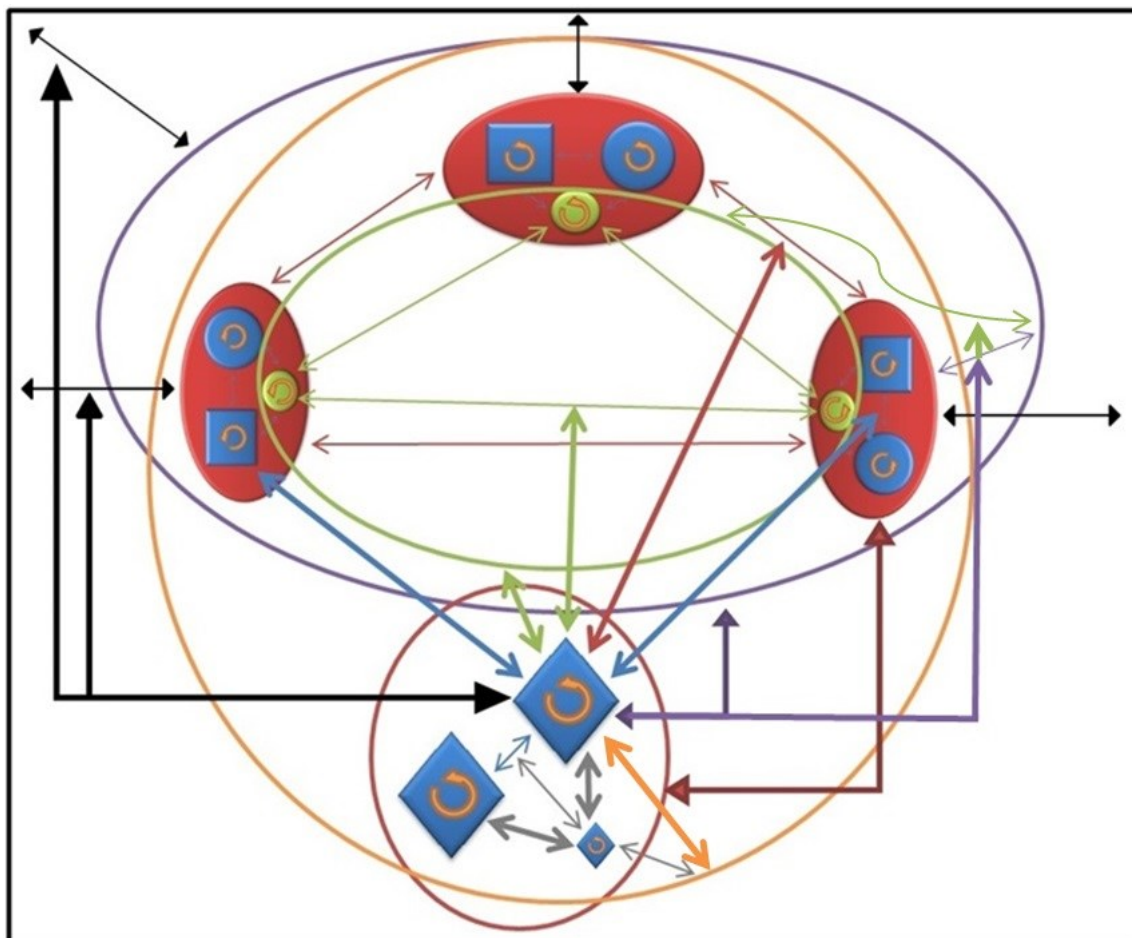
LEGENDA: polni kvadrat, kroga in romb predstavljajo osebe (manjši zelen krog predstavlja otroka); rdeča, polna elipsa označuje družinski sistem; 3-dimenzionalna podoba polnih likov simbolizira komponento časa oz. življenjskih izkušenj, ki so prisotne v procesu; vijolična elipsa predstavlja socialno okolje družine; prazna, oranžna elipsa označuje sistem podpore in pomoči; tanke dvosmerne puščice nakazujejo recipročne odnose in vplive; dvosmerne puščice, ki so usmerjene v romb, označujejo poleg vzajemnih odnosov in vplivov tudi možnost intervencije; krožne puščice v polnih likih predstavljajo notranje doživljanje, interpretiranje in odzivanje posameznikov na dogajanje v okolju; črn kvadrat predstavlja družben kontekst v katerem se odvija proces socialnega dela z družino



Slika 6: Socialno delo enega strokovnega delavca s tričlansko družino

Socialno delovno podporo in pomoč družini lahko razumemo kot prej opisano družinsko podporo in pomoč, s pomembnim poudarkom na odnosu (krajša vijolična dvosmerna puščica) med družino (rdeča elipsa) in socialnim okoljem (vijolična elipsa). Čačinovič Vogrinčič (2008: 33) pojasnjuje: »Socialno delo zajame družino na njenem stičišču z okoljem, v interakciji z okoljem, tako da reševanje kompleksnih socialnih problemov družine praviloma pomeni spreminjanje teh interakcij.« Prej opisano družinsko podporo in pomoč lahko razumemo kot delo znotraj družine. To je predmet socialnega dela z družino le do te mere, da je mogoče sodelovanje v procesu podpore in pomoči oz. delo zunaj družine, kar je iskanje rešitev v odnosih med družino in v rešitvi udeleženi socialnimi institucijami (Čačinovič Vogrinčič, 2008). Poleg prej opisanih nivojev možnih intervencij strokovnega delavca torej socialnodelovni podpori in pomoči družini dodajam *nivo družinske socialne mreže*, kjer so intervencije (daljša vijolična dvosmerna puščica) usmerjene v (so)delovanje družine (rdeča polna elipsa) z njenim socialnim okoljem (vijolična polna elipsa). To je hkrati osrednji nivo dela tovrstne podpore in pomoči.

LEGENDA: polni kvadrati, krogi in rombi predstavljajo osebe; rdeče, polne elipse označujejo družinske sisteme; prazne elipse označujejo meje sistema oz. podsystemov; tanke dvosmerne puščice nakazujejo recipročne odnose in vplive; odebeljene dvosmerne puščice označujejo poleg vzajemnih odnosov in vplivov tudi možnost intervencije⁹; črn kvadrat predstavlja družben kontekst v katerem se odvija proces podpore in pomoči



Slika 7: Večdružinska skupinska podpora in pomoč dveh strokovnih delavcev in opazovalca trem družinam

Večdružinska skupinska podpora in pomoč (v nadaljevanju VDSPP) je proces sistema (oranžna elipsa) v katerem sporazumno sodelujeta dva podsystema: eden (vijolična elipsa) sestoji iz več družin (rdeče polne elipse), istih ali različnih kompozicij, s prisotnostjo dveh ali več generacij družinskih članov, ki jih povezuje skupen interes; drugi sistem (prazna rdeča elipsa) sestoji iz dveh ali več strokovnih delavcev in opazovalcev procesa. Gre za kombinacijo kontekstov družinske in skupinske podpore in pomoči. V VDSPP posamezni člani delujejo v odnosu do: družinskih članov (modre puščice v rdečih polnih elipsah), ostalih članov skupine kot posameznikov (zelene tanke puščice), družine kot skupine (rdeče polne elipse), drugih družin v skupini (rdeče dvosmerne puščice), več družin kot skupine (vijolična elipsa), podskupin v večdružinski skupini (zelena elipsa), strokovnih delavcev (leva modra odebeljena dvosmerna puščica), strokovnih delavcev kot skupine (prazna rdeča elipsa),

⁹ Zaradi preglednosti sem meje različnih podsystemov, recipročne odnose in vplive ter možnosti intervencij označil le na določenih relacijah v interakcijskem polju, ki predstavljajo primer številnih drugih možnosti.

celotnega sistema podpore in pomoči (oranžna elipsa) in družbenega konteksta (črn kvadrat). Poleg tega se tudi družine kot celote s svojo družinsko dinamiko odzivajo in vplivajo na: posameznike v sistemu podpore in pomoči (polne kroge, kvadrate in rombe), druge družine kot skupine (rdeče tanke puščice), strokovne delavce kot skupino (rdeča debela pravokotna puščica), večdružinsko skupino kot celoto (vijolična tanka puščica), celotni sistem podpore in pomoči (oranžna elipsa) in širše socialno okolje (črne tanke puščice). Med družinskimi člani različnih družin se formirajo podskupine (vrstniške – zelena elipsa, spolne, družinskih vlog ipd.), ki s svojim delovanjem ravno tako kot strukture družinskih skupin vzajemno vplivajo na vse sodelujoče elemente, podsisteme in celoten sistem VDSPP.

Opisano interakcijsko polje nudi strokovnim delavcem številne možnosti intervencij na več nivojih: *individualnem* (leva odebeljena modra puščica), *individualno-odnosnem* (desna odebeljena modra in daljša odebeljena zelena puščica), *družinskem* (rdeča odebeljena pravokotna puščica), *meddružinsko-odnosnem* (rdeča odebeljena ravna puščica), *skupinskem* (krajša odebeljena vijolična pravokotna puščica), *podskupinskem* (krajša odebeljena zelena puščica), *podskupinsko-odnosnem*¹⁰ (daljša pravokotna odebeljena vijolična in podaljšana zelena puščica), *procesnem* (odebeljena oranžna puščica), *družbenem* (črni odebeljeni pravokotni puščici) in morda še drugih nivojih, ki jih ta raziskovalna naloga ne obravnava. Za pozitiven izid VDSPP so pri ravnanju strokovnih delavcev pomembne njihove kvalitete, sposobnosti in znanje (Edwards, 2001). V sistemu strokovnih delavcev (rdeča prazna elipsa) običajno sodelujeta dva ali več strokovnih delavcev (Asen, Dawson in McHugh, 2001; Cassano, 1989; Laqueur, 1980, str. 15) prostor pa je tudi za opazovalce (Laqueur, 1980, str. 15). V izmenjavi interpretacij oz. uvidov in občutij (puščice znotraj rdeče prazne elipse) širijo svoje razumevanje procesa podpore in pomoči in načrtujejo intervencije za nadaljnje raziskovanje različnih nivojev medosebnih, meddružinskih, skupinskih in družbenih odnosov.

Nivoje intervencij sem ločil s pomočjo systemskega razumevanja (Možina in Makovec, 2010; Praper, 2008; Laqueur, 1980, str. 15) VDSPP kot socialnega sistema. Tudi same intervencije lahko razumemo kot namensko verbalno in vedenjsko vplivanje na meje podsistemov in motnje v povratnih zankah znotraj njih (Asen, 2002; Praper, 2008; Toseland in Rivas, 2009).

¹⁰ Družine in podskupine ter meddružinsko-odnosnost in podskupinsko-odnosnost ločim, čeprav gre v vseh primerih za relacije med podsistemi. Razlika je v inherentnih družinskih dinamikah družin kot podsistemov, ki so ob vstopu v skupino že vzpostavljene, medtem ko drugi podsistemi nastajajo in se razvijajo kot produkt skupinske dinamike od trenutka formiranja VDSPP naprej.

Na *individualnem nivoju* je mogoče intrapersonalno raziskovanje doživljajskega sveta posameznih članov skupine – njegovega doživljanja, razumevanja, potreb, želj, pričakovanj, izkušenj, zgodb, nezaključenih gestaltov idr. (Thorngren in Kleist, 2002; Praper 2008; Flajs, 2010). Pri delu na tem nivoju lahko opazujemo večdružinsko skupino kot skupino posameznikov (Corey, Corey in Corey, 2010). Primer tehnike za tovrstno intervencijo je tehnika vročega stola ali lebdečega vročega stola (Praper 2008).

Individualno-odnosni nivo intervencij omogoča dostop do interpersonalnega raziskovanja in spodbujanja sprememb znotraj odnosov med člani družine, skupine ali s strokovnimi delavci (Thorngren in Kleist, 2002; Globelnik Velikonja, Mramor, Dobnik Žerjav in Plankar Grurevič, 2010; Praper, 2008; Laqueur, 1980, str. 15; Bouwkamp, Bouwkamp, 2014). Primeri tovrstnih intervencij so tehnike »da-ne«, »hrbet-proti-hrbtu«, »združitev rok« (Laqueur, 1980, str. 15; Kyricos Brodsky, 1999), igre vlog (Laqueur, 1969), terapevtsko avtentično deljenje lastnega doživljanja interaktivne izkušnje s članom skupine (Globelnik Velikonja, Mramor, Dobnik Žerjav in Plankar Grurevič, 2010) idr.

Intervencije na *družinskem nivoju* obravnavajo posamezne družine kot celoto (Cassano, 1989) in spodbujajo spremembe vseh družinskih članov, zato zahtevajo znanje o psiholoških (Čačinovič Vogrinčič, 1998; Bouwkamp, Bouwkamp, 2014) in socioloških (Rener, Sedmak, Švab in Urek, 2006) dejavnikih družine ter razumevanje družinskega življenjskega cikla (Dallos in Draper, 2005; Kompan Erzar, 2003; Melo in Alarcão, 2014) in njegovih tranzicijskih obdobj (McGoldrick, 2005; Carr, 2006). Primera intervencije na tem nivoju sta »družinska skulptura« (Laqueur, 1980, str. 15) in domača naloga družini (Thorngren in Kleist, 2002).

Na *meddružinsko-odnosnem* nivoju se kažejo razlike v družinskih identitetah – tj. način razmišljanja, prepričanja o 'sebi' kot o družini, vzorci interakcij z drugimi sistemi, ravnanje z zunanjo mejo družine itd. (Dallos in Draper, 2005). Z interveniranjem lahko dosegamo razvidnost družinskih identitet, jih krepimo ali pa spodbujamo spremembe. Na tem nivoju se v procesu VDSPP tudi gradi podporna socialna mreža družin (McFarlane, 1994).

Skupinski nivo intervencij se nanaša na fenomene skupinske dinamike in skupine kot celote. Delo na tem nivoju podpirajo znanja o: skupinski mentaliteti, skupinskem matriksu, nevidni skupini (Praper, 2008), skupinski kohezivnosti (Yalom, 2005; Toseland in Rivas, 2009), normah, vlogah, statusni hierarhiji, skupinski kulturi (Toseland in Rivas, 2009), razvojnih fazah skupine (Laqueur, 1980, str. 15; Foster, 1991; Toseland in Rivas, 2009; Praper, 2008) in

terapevtskih faktorjih skupine (Vinogradov in Yalom, 1989) oz. mehanizmih VDST (Laqueur, 1969). Skupina lahko predstavlja podporno okolje za spremembe njenih posameznih delov – kot lahko družina podpira spremembe družinskih članov, lahko skupina družin podpira spremembe posameznih družin. To je možno namensko dosegati preko intervencij na skupinskem nivoju, ki npr. izkoriščajo lastnosti posameznih razvojnih faz skupine; tekmovalnost in sodelovanje med družinami, modelno učenje družin, učenje preko analogije družin, identifikacijo sestavov idr. Primera intervencije na skupinskem nivoju sta ojačenje in prilagoditev signalov ter uporaba 'zdravih' aspektov določene družine kot vzor in izziv za druge družine (Laqueur, 1969).

Intervencije na *podskupinskem nivoju*¹¹ izkoriščajo povezovanje skupinskih članov v diade, triade ipd. (Toseland in Rivas, 2009) na podlagi skupnih značilnosti – družinskih vlog, spola, generacijskih razlik, interesov, težav itd. (Laqueur, 1969; 1980; Foster, 1991, Cassano, 1989; Thorngren in Kleist, 2002). To ustvarja večji občutek varnosti in zaupanja ter omogoča posameznikom raziskovanje in artikulacijo svoje resnice (Thorngren in Kleist, 2002). Primera intervencije sta odpiranje diskusije v ločenih podskupinah očetov, mam in otrok ali pa v obliki skupine znotraj skupine oz. tehnike fish bowl (Foster, 1991).

Podskupinsko-odnosni nivo intervencije običajno sledi intervenciji na podskupinskem nivoju, ko se podskupine združijo nazaj v veliko skupino in poročajo o svojih diskusijah (Laqueur, 1969; 1980; Foster, 1991, Thorngren in Kleist, 2002). Tako se preko podskupine okrepi sporočilo posameznikov – izraz lastnega glasu (Thorngren in Kleist, 2002) – ki postane razvidno drugim podskupinam in njenim članom. Namesto ustaljenih družinskih komunikacijskih vzorcev, ki so vezani na določene družinske teme, se te iste teme prenesejo v medskupinsko komunikacijo, kar omogoči nove načine komunikacije in razumevanja. Podskupinsko-odnosni nivo nudi tudi vpogled v vedenje družinskih članov izven svoje družine (Kyracos Brodsky, 1999).

V *procesni nivo* intervencij sodijo vsi začetni, vmesni in zaključni dogovori med strokovnimi delavci in družinami v skupini. To so dogovori glede: zaupnosti (Thorngren in Kleist, 2002) odprtosti/zaprтости skupine (Praper, 2008; Asen, Dawson in McHugh, 2001), komunikacije (Edwards, 2001; Asen, Dawson in McHugh, 2001), velikosti oz. števila družin in družinskih članov (Asen, Dawson in McHugh, 2001; Cassano, 1989; Laqueur, 1980, str. 15; Strelnick,

¹¹ Podskupinski nivo bi lahko bil tudi del skupinske dinamike na skupinskem nivoju, vendar ga ločim zaradi ločnice med podskupinami družin in ostalimi podskupinami, ki se formirajo tekom procesa VDSPP.

1977), frekvence srečanj in trajanja skupine (Laqueur, 1980, str. 15; Strelnick, 1977; McFarlane, 1994; Swank in Daire, 2010; Thorngren in Kleist 2002, idr.), kraja in časa sestajanja (Dombalis in Erchul, 1987; Durell, 1969; Schwartzben, 1989; Swank in Daire, 2010; Asen, Dawson in McHugh, 2001; Edwards, 2001), vlog strokovnih delavcev (Asen, 2002; Edwards, 2001), kombiniranja z ostalimi vzporednimi terapijami, predstavljanja problematike in interakcij družin izven srečanj (Edwards, 2001). Primera intervencije sta opozorilo člana ali družine na neupoštevanje skupnih dogovorov; in sprememba frekvence srečanj kot odziv na ugotovljeno potrebo skupine.

Na *družbeni ravni* so intervencije namenjene vplivom dominantnih ideologij in diskurzov širše družbene kulture (Dallos in Draper, 2005; Laqueur, 1969) na družine in družinske člane. Interveniranje zahteva poznavanje družbeno kulturnih trendov (Rener, Sedmak, Švab in Urek, 2006). Primer intervencije ob opažanju velikega nadzora staršev nad otroki je odpiranje diskusije o protektivnem otroštvu na različnih nivojih skupine.

Nivoji VDSPP so pogosto med seboj prepleteni. Zadnji primer intervencije nakazuje, da lahko strokovni delavci posredujejo na več nivojih hkrati. Po drugi strani pa lahko trdimo, da intervencija na posameznem nivoju hkrati vpliva tudi na več drugih nivojev. Tako npr. pri raziskovanju prepričanj družinskega člana pred skupino lahko ta član dobiva povratne informacije od drugih članov družine in skupine ter hkrati s tem spodbuja formiranje podskupin preko identifikacije drugih članov skupine z njegovimi prepričanji. Ta prepričanja se lahko navezujejo tudi na razvojno fazo skupine, družbeni diskurz, doživljanje odnosa do strokovnih delavcev, drugih družin itn.

Kompleksnost procesa VDSPP omogoča delo s številnimi populacijami družin, katerih potrebe segajo tudi na področja socialnega dela. Na področje *duševnega zdravja v skupnosti* sodijo družine, ki imajo člana z diagnosticirano shizofrenijo (McFarlane, 1994; Deane, Mercer, Talyarkhan, Lambert in Pickard, 2012), bipolarno motnjo (Brennan, 1995), s psihotičnim motnjami (Asen in Schuff, 2006) in motnjami hranjenja (Scholz, Rix, Scholz, Gantchev in Thömke, 2005; Eisler, 2005; Fleminger, 2005; Gelin, Cook Darzens, Simon in Hendrick, 2016). Na področje *socialnega dela z mladimi* sodijo družine z mladostniki, ki imajo težave v šoli (Durell, 1969; Yuk King Lau, 2011); imajo diagnosticirano razpoloženjsko motnjo (Edwards, 2001); so povzročitelji kaznivih dejanj (Stoddard, 2006; Quinn in van Dyke, 2004; Edwards, 2001). Področje *ljudi z ovirami* zajema družine, ki imajo člana: z avtizmom (Mitzeliotis, 2016); s pridobljeno poškodbo glave (Charles, Butera-Prinzi

in Perlesz, 2007); in z razvojno oviro (Szymanski in Kierman, 1983). Na področje *socialnega dela z marginaliziranimi skupinami* sodijo brezdomske družine v zavetišču (The Evolution of Multiple Family Group Therapy, b.d.), družine s težavami z zasvojenostjo (Foster, 1991; Schäfer 2008), družine etničnih manjšin (Kumar, Dean, Smith in Mellsop, 2012), beguncev in družine s člani, ki so vojni veterani (van Ee, 2018). VDSPP se uporablja tudi z družinami s starajočimi starši (Schwartzben, 1989; The Evolution of Multiple Family Group Therapy, b.d.), kar sodi v področje *socialnega dela s starimi* in z družinami, ki imajo otroke v rejništvu (Wong, Ma in Chan, 2015), kar je v Sloveniji neposredno *delo centrov za socialno delo*. Na področje *socialnega dela z družino* sodijo tudi in predvsem družine, ki imajo več družinskih, osebnih in medosebnih problematik hkrati (Asen, Dawson in McHugh, 2001) oz. kompleksni socialni problem. Delo v procesu VDSPP pa ni mogoče, če je član skupine v spremenjenem stanju zavesti – bodisi pod vplivom alkohola ali drugih psihoaktivnih substanc (Thorngren in Kleist, 2002) bodisi v psihotičnem stanju (Edwards, 2001). Kontraindicirane so tudi družine z odporom do razkrivanja pred drugimi družinami; in kontraindicirano je sprejemanje družinskih članov s pedofilnimi vzgibi v proces VDSPP, ki vključuje otroke (Asen, Dawson in McHugh, 2001). Glede nujnosti govorjenja istega jezika na srečanjih VDSPP se vira razhajata (Edwards, 2001; Asen, Dawson in McHugh, 2001).

Ob sintetiziranju podpore in pomoči socialnega dela z družino in VDST v nadaljevanju razmišljam o stičiščih in razhajanju.

Na podlagi Laqueurove trditve (1980), da družine v VDST dosegajo cilje hitreje in učinkoviteje kot družine v družinski terapiji, lahko sklepamo, da je oblika VDSPP primerna tudi za socialno delo z družinami. Za razliko od dela enega strokovnega delavca z eno družino, nudi proces VDSPP več družinam in strokovnim delavcem številne vire skupine in podskupin družin, ki jih lahko uporabijo za hitrejša zastavljanja in uresničevanje ciljev. Tekmovanje in sodelovanje družin med seboj (Laqueur, 1969) lahko pospešuje prevajanje izvirnih delovnih projektov v dejanja (Čaćinović Vogrinčič, 2008; Čaćinović Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2008). Ocenjujem, da lahko kontekst VDSPP z možnostjo povratnih sporočil članov drugih družin ter primerjanja in identificiranja družin z ostalimi družinami in njihovimi člani (Laqueur, 1969) pomembno doprinese tudi k prepoznavanju lastnih deležev družinskih članov v skupnem problemu družine ter k oblikovanju instrumentalne definicije problema (Čaćinović Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2008). Pripomore lahko tudi k premagovanju odpora družin do spremembe (Laqueur, 1969). Pri soustvarjanju rešitev (Čaćinović Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2008) so družinam in družinskim članom

lahko v pomoč druge družine ali družinski člani kot vzorniki za modelno učenje ali pomočniki pri igri vlog ob učenju s poskusi in napakami (Laqueur, 1969). Družine v skupini lahko pomagajo pri prevajanju sporočil strokovnih delavcev in družin (Laqueur, 1980, str. 15) ter tako same prevzamejo aktivno vlogo pri izvajanju koncepta znanje za ravnanje (Čaćinović Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2008), s čimer hkrati same utrjujejo prevajano znanje. Kompleksnost procesa VDSPP omogoča asimilacijo socialmodelovnega pristopa z njegovimi postmodernimi, konstruktivističnimi, sistemskimi in narativnimi vplivi (Čaćinović Vogrinčič, 2008), ki so že integrirani v enega od modelov VDSPP (Thorngren in Kleist, 2002). Tudi koncepte perspektive moči, etiko udeležенosti ter soprisotnost in ravnanje s sedanjostjo (Čaćinović Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2008) ocenjujem za kompatibilne z obliko VDSPP. Osebno vodenje socialnih delavcev bi v takšnem kontekstu dobilo več novih možnosti za interveniranje na različnih nivojih interakcijskega polja. K doseganju sprememb bi pomembno doprinesli meddružinsko-odnosni, skupinski, podskupinski in podskupinsko-odnosni nivo. V skupini pa bi tudi procesni, družbeni, družinski, individualno-odnosni in individualni nivo dobili nove razsežnosti preko njihove prepletenosti s prej opisanimi.

Iz teoretične raziskave je razvidno, da VDSPP preko interakcijskega polja skupine nudi edinstven vpogled v delovanje posameznih družin znotraj širše skupnosti in daje družinam tudi možnost spreminjanja na tem nivoju (Laqueur, 1980, str. 15; Kyricos Brodsky, 1999; Cassano, 1989). To je tudi ključna točka sprememb, ki so predmet socialnega dela z družino. Vendar se socialno delo z družino vključuje v sodelovanje s konkretnim, obstoječim okoljem družine (socialno mrežo, institucijami), medtem ko VDSPP to okolje začne soustvarjati z začetkom procesa podpore in pomoči. Na ta način VDSPP omogoča vzpostavitev pomembne podporne mreže, ki lahko sega tudi izven srečanj VDSPP, ter prenos znanj v obstoječo socialno mrežo; nisem pa zasledil opisa prakse, ki bi več družin hkrati mobilizirala v njihovih lastnih in unikatnih socialnih mrežah in soustvarjala sodelovanje vsake družine posebej z zunanjimi institucijami podpore in pomoči. *Izpostavljam torej vprašanje, ali v praksi oblika VDSPP lahko pripomore tudi k delu na stičišču posameznih družin z njihovim socialnim okoljem izven skupine?* Morda bi bilo smiselno oblikovati skupino družin, ki potrebuje oz. želi pomoč iste institucije. Na ta način bi si družine lahko pomagale pri oblikovanju in izvajanju izvirnih delovnih projektov, socialni delavci pa bi več intervencij med družinami in institucijo lahko opravili hkrati oz. manj razpršeno in v krajšem času ter ob tem pridobili moč večdružinske skupine.

Za zaključek povzemam še, da sem skozi dostopne vire potrdil svojo začetno tezo, da VDSPP predstavlja učinkovito in ekonomično razpolaganje s številom in močjo strokovnih delavcev (Laqueur, 1980, str. 15; Strelnick, 1977; Edwards, 2001); nisem pa našel podatkov o morebitnem zmanjševanju razpršenosti socialnovarstvenih storitev in preventivnem delovanju formirane skupnosti v širši družbi, zato te trditve ostajajo na ravni predpostavk, ki jih je potrebno naknadno preveriti. Kakorkoli že, pa družina v procesu VDSPP zgradi podporno socialno mrežo (McFarlane, 1994) in se ji poveča preventivna zmožnost za spoprijemanje z novimi večjimi krizami (Laqueur, 1980, str. 15).

S teoretsko raziskavo sem želel raziskati VDST, oblikovati seznam dostopne literature, jo povezati z naborom znanj in praks, ki je poznan v slovenskem prostoru, ter preveriti kompatibilnost te metode s socialnim delom z družino. Izid ocenjujem kot uspešen z vidika uporabne vrednosti (predstavljena nova oblika podpore in pomoči); in neuspešen z vidika znanstvene vrednosti (nizka kredibilnost). Na raziskovalna vprašanja sem odgovoril in v večinskem delu uresničil namen raziskave (osnovne teze nisem mogel v celoti preveriti), vendar sem razpolagal s sekundarnimi viri, ki so me privedli do zaključkov na podlagi opisov kliničnih opažanj in pregledov literature, ki niso podprti z empiričnimi raziskavami. Tako sem npr. ugotovitev cenovne učinkovitosti metode VDST našel v treh virih, od tega se pri tej ugotovitvi dva vira sklicujeta na tretji vir, ki predstavlja klinična opažanja; eden od teh dveh virov pa se sklicuje še na dva vira, ki mi nista dostopna, vendar je glede na pomanjkanje empiričnih raziskav v tem polju verjetno, da se tudi ta dva vira sklicujeta na isti vir. Dostopni viri VDST so z raznolikimi vsebinskimi podrobnostmi praks avtorjev pogosto presegali obseg te raziskave, zato upam, da lahko služijo kot referenca za morebitno nadaljnje raziskovanje.

Če bi raziskavo začel ponovno, bi spremenil zaporedje in način raziskovanja tem. Začel bi z raziskovanjem VDST in nato dodajal pojasnila konceptov, metod in pristopov, ki so v slovenskem prostoru že poznani. S tem bi zmanjšal obravnavo nerelevantnih oz. manj relevantnih vsebin. Tudi virov VDST ne bi obravnaval zgolj po dostopnosti virov s seznamov drugih raziskav, temveč bi začel s kronološko najzgodnejšimi dostopnimi viri, nato pa bi nadaljeval od novejših relevantnih virov nazaj. Tako bi si prihranil zbiranje spoznanj, ki so bila že zbrana in izboljšal preglednost naloge.

Z namenom povečanja kredibilnosti ugotovitev bom izid teoretske raziskave nadaljeval z empirično raziskavo, v kateri bom s pomočjo pisnih odgovorov avtoritete na področju VDST na moja vprašanja preveril dobljene rezultate.

6. Problem empiričnega dela raziskave

V teoretičnem delu raziskave ugotavljam, da je večdružinska skupinska podpora in pomoč oblika dela z družinami, ki združuje znanja družinske in skupinske podpore in pomoči ter s tem nudi družinam in strokovnim delavcem razširjene možnosti raziskovanja in doseganja ciljev na več nivojih hkrati. Potrdil sem svojo tezo oz. predpostavko, da VDSPP zahteva manjše število strokovnih delavcev za delo z več družinami in s tem dosega cenovno učinkovitost. Za teoretično preverjanje predpostavke preventivnega delovanja družin v skupnosti po uspešni VDSPP in delnega odpravljanja razpršenosti socialnovarstvenih storitev z VDSPP pa nisem našel podatkov. Predstavil sem VDSPP sorodne prakse, ki se izvajajo v Sloveniji in opredelil razmejitve in stičišča med skupinsko terapijo, družinsko terapijo, večdružinsko skupinsko terapijo in socialnim delom z družino. Ugotovil sem primernost VDSPP za širok spekter socialnodelovnih problemov, populacij in metod dela. Odkril pa sem tudi razhajanje socialnega dela z družino in VDSPP v točki ravnanja s socialno mrežo. V zvezi s tem sem izpostavil vprašanje: *kako lahko (če lahko) oblika VDSPP pripomore k delu na stičišču posameznih družin z njihovim socialnim okoljem izven skupine družin?*

Te ugotovitve sem dosegel z analizo in sintezo sekundarnih virov v obliki kliničnih opažanj in pregledov literature. Zaradi pomanjkanja empiričnih raziskav v polju VDSPP želim kredibilnost rezultatov v nadaljevanju preveriti z empirično raziskavo. To ocenjujem kot strokovno relevantno zaradi morebitnega prispevka obravnavane oblike podpore in pomoči področju socialnega dela z družinami, ki se kaže v teoretični raziskavi. Če bo tudi izid empirične raziskave pozitiven, upam, da bo naloga predstavljala pobudo in izhodišče za začetek izvajanja VDSPP tudi v slovenski praksi pomagajočih poklicev.

Rezultati teoretične raziskave bodo torej predstavljali tematsko izhodišče za empirično raziskavo, s katero želim preveriti njihovo veljavo pri strokovnjaku, ki je izvajal VDSPP v svoji skoraj štiridesetletni terapevtski praksi.

6.1 Teoretična izhodišča oz. teme

1. VDSPP lahko razumemo in prakticiramo s pomočjo izkušenj in znanj družinske terapije in skupinske terapije.
2. VDSPP omogoča integracijo raznolikih pristopov, metod in tehnik dela.
3. Družine v procesu VDSPP razpolagajo z več viri za doseganje svojih ciljev kot družine v procesu družinske podpore in pomoči.

4. Družine v procesu VDSPP napredujejo pri doseganju svojih ciljev hitreje, kot družine v procesu družinske podpore in pomoči.
5. V procesu VDSPP je možno soustvarjati rešitve tudi v socialnih mrežah družin izven družinske skupine (npr. s socialnimi ustanovami).
6. VDSPP v istem času zahteva manj strokovnih delavcev za delo z več družinami kot družinska podpora in pomoč.
7. VDSPP je primerna oblika pomoči za širok spekter populacij in psihosocialnih težav posameznikov in družin.

6.2 Raziskovalna vprašanja

Preko preverjanja teoretičnih oz. tematskih izhodišč bom skušal odgovoriti na raziskovalna vprašanja:

1. S katerimi znanji in praksami, ki jih imamo v Sloveniji, lahko povežemo večdružinsko skupinsko terapijo?
 - Kako deluje večdružinska skupinska terapija?
2. Katere so razmejitve in katera stičišča med družinsko terapijo, skupinsko terapijo, večdružinsko skupinsko terapijo in socialnim delom z družino?
 - »deklarativna« razmejitev (definicije), »vsebinska« razmejitev (metode, kontekst oz. 'setting', zadostitev potrebam posameznika, družine, družbe ipd.)
3. Katere psihosocialne probleme, s katerimi se ukvarja socialno delo, je mogoče obravnavati tudi z večdružinsko skupinsko terapijo?
 - Kaj lahko večdružinska skupinska terapija doprinese socialnemu delu z družino?

7. Metodologija

7.1 Vrsta raziskave

Glede na odsotnost VDSPP v slovenski teoriji in praksi in glede na splošno pomanjkljivo raziskanost te oblike podpore in pomoči je raziskava *eksplorativna oz. poizvedovalna*. Preko osnovnih značilnosti bo predstavljala uvod v nepoznano obliko podpore in pomoči. V *teoretičnem* delu te raziskave sem zbral sekundarne vire na temo večdružinske skupinske terapije v angleškem jeziku in sekundarne vire sorodnih praks, ki se izvajajo v Sloveniji. Pridobljene vire sem zbral v pregledu dostopne literature in vire, relevantne za to raziskavo, predstavil z deskriptivno metodo. Analiziral in sintetiziral sem spoznanja in večdružinsko skupinsko terapijo povezal s poznanimi terapevtskimi teorijami v Sloveniji. Na podlagi deduktivnega sklepanja sem spoznanja prenesel na teorijo in prakso podpore in pomoči v socialnem delu z družino. V *empiričnem* delu raziskave bom s *kvalitativnim raziskovanjem*, preko spraševanja, zbral empirično gradivo in s kvalitativno analizo preveril ugotovitve teoretične raziskave ter dopolnil morebitne vrzeli.

Raziskava je tudi *temeljna*, saj proučuje nov proces podpore in pomoči, in hkrati *aplikativna oz. uporabna*, ker se odziva za aktualno stanje opravljanja poklica socialnega dela in že nudi nekatera uporabna spoznanja o procesu VDSPP, njegovi uspešnosti in učinkovitosti.

7.2 Raziskovalni instrument in vir podatkov

S pomočjo pisnih odgovorov na zastavljena vprašanja sem dopisniško, preko e-pošte, pridobil empirično gradivo od priznane avtoritete na področju večdružinske skupinske terapije, Lewisa N. Fosterja, direktorja Centra za večdružinsko skupinsko terapijo.

Vprašanec živi v ZDA, zato sem mu ponudil možnost intervjuja preko Skypa ali posredovanih vprašanj preko e-pošte. Odločil se je za dopisniško komunikacijo preko e-pošte, zato sem možnost ustnega intervjuja nadomestil z posredno obliko nestandardiziranega spraševanja – pisno zastavljenimi odprtimi vprašanji. Vpliv rezultatov moje teoretične raziskave na rezultat empirične raziskave sem skušal izničiti tako, da je vprašanec prosto odgovarjal na vprašanja odprtega tipa. Ker je komunikacija potekala v angleškem jeziku, sem s pisno komunikacijo pridobil večjo razumljivost in natančnost pri prevajanju vprašanj in razumevanju odgovorov; izgubil pa sem možnost odpravljanja morebitnih nejasnosti, zastavljanja podvprašanj in spremljanja neverbalne komunikacije. V nadaljevanju navajam teoretska izhodišča oz. teme ter vprašanja, s katerimi sem jih preverjal.

1. VDSPP lahko razumemo in praticiramo s pomočjo izkušenj in znanj družinske terapije in skupinske terapije. – *Katere kompetence potrebuje praktik VDSPP? [Which competencies does a MFGT practitioner need?]*
2. VDSPP v istem času zahteva manj strokovnih delavcev za delo z več družinami kot družinska podpora in pomoč. – *V čem vidite posebnosti procesa VDSPP v primerjavi s procesom družinske podpore in pomoči? [What are the specialties of a MFGT process compared to a family therapy process?]*
3. VDSPP omogoča integracijo raznolikih pristopov, metod in tehnik dela. – *Kako razumete različne pristope k podpori in pomoči v kontekstu VDSPP? [What is your view on different therapy approaches in the context of MFGT?]*
4. A) Družine v procesu VDSPP razpolagajo z več viri za doseganje svojih ciljev kot družine v procesu družinske podpore in pomoči.
B) Družine v procesu VDSPP napredujejo pri doseganju svojih ciljev hitreje, kot družine v procesu družinske podpore in pomoči. – *Katere so razlike v doseganju ciljev družin znotraj VDSPP in družinske podpore in pomoči? [What are the differences in attainment of family goals within MFGT and family therapy?]*
5. V procesu VDSPP je možno soustvarjati rešitve tudi v socialnih mrežah družin izven družinske skupine (npr. s socialnimi ustanovami). – *Kakšne so pri VDSPP možnosti aktivacije virov posameznih družin v njihovih socialnih okoljih izven VDSPP? [In MFGT, what are the possibilities of activating the family resources in their social environments outside the multiple family group?]*
6. VDSPP je primerna oblika pomoči za širok spekter populacij in psihosocialnih težav posameznikov in družin. – *Za katere populacije družin in posameznikov s psihosocialnimi težavami je po vašem znanju VDSPP primerna oblika podpore in pomoči? [To your knowledge, which populations of families and individuals with psychosocial difficulties can benefit from MFGT?]*

7.3 Populacija in vzorčenje

Empirično gradivo sem načrtoval zbrati od ene osebe, ki je avtoriteta na področju VDSPP. Lewis N. Foster je zdaj upokojen kot bivši direktor Centra za večdružinsko skupinsko terapijo. Po 39. letih prakse večdružinske skupinske terapije z družinami, ki se soočajo z zasvojenostjo, razpolaga z velikim naborom izkušenj in znanj o VDSPP.

7.4 Zbiranje podatkov

Leta 2016, ob začetku pisanja te magistrske naloge, sem navezal stik z g. Lewisom N. Fosterjem s povpraševanjem po posredovanju gradiva za študijo primera. Tega gradiva ni imel v obliki, da bi mi ga lahko posredoval, izrazil pa je pripravljenost deliti svoje znanje in izkušnje za potrebe moje raziskovalne naloge preko Skypa. V vmesnem času me je obveščal o novostih v svoji karieri in upokojitvi ob zaključku kariere – tako se je najin stik prekinil. Ponovno sem mu pisal v maju 2018, da preverim, če je še vedno pripravljen deliti svoje znanje in izkušnje. Povedal sem mu, da želim z nekaj vprašanji preveriti, kako se njegovi odgovori skladajo z izidi moje teoretske raziskave VDSPP in mu ponudil možnost intervjuja preko Skypa ali posredovanja vprašanj preko e-pošte, če mu bi bilo to ljubše. Odzval se je s pripravljenostjo odgovoriti na posredovana vprašanja preko e-pošte. Vprašanja sem mu še isti dan (10.5.2019) posredoval v e-poštnem sporočilu (nahaja se v prilogi C). Po štirih dneh od posredovanja vprašanj sem mu pisal s prošnjo, da mi posreduje odgovore do četrтка, saj bi mi s tem omogočil predstavitev naloge v prihodnjem mesecu. Prišlo je do nesporazuma, saj je to prošnjo razumel, kot da želim njegove odgovore na tako bazična vprašanja zato, ker nisem prebral dostopne literature. Usmeril me je na prebiranje virov na njegovi internetni strani in zaključil korespondenco. V odgovoru sem poudaril, da od njega ne želim izvedeti teorije, temveč njegove izkušnje in razumevanje VDSPP, da bi to lahko primerjal s teorijo, in ga vprašal, če je še pripravljen odgovoriti na vprašanja ali začnem iskati novega vprašanca. Kmalu za tem mi je poslal sporočilo z odgovori (nahaja se v prilogi C) in pritrdil, da je prišlo do nesporazuma.

7.5 Obdelava in analiza podatkov

Za analizo zbranega gradiva sem uporabil *deduktivni pristop*, saj nisem želel poglobljati ugotovitev oz. oblikovati novega razumevanja, temveč zgolj preveriti predhodno obstoječa teoretična izhodišča oz. teme.

Izid teoretske raziskave so teoretična izhodišča oz. teme, za katere sem oblikoval odprta vprašanja in z njimi preveril veljavnost izida teoretske raziskave. V analizi sem torej pod posamezna teoretična izhodišča zapisal: vprašanja, s katerimi sem preverjal veljavnost; njihove prevode v angleški jezik; odgovore na vprašanja; prevod delov odgovorov, ki se nanašajo na predmet teoretičnega izhodišča, v slovenski jezik; postopek procesa sklepanja; in rezultat analize. Na ta način sem ugotavljal (ne)skladnost pridobljenega gradiva s teoretičnim izhodišči.

Izkazalo se je, da so tri vprašanja proizvedla meritve, za katere so bila ustvarjena, in tri jih niso; eno vprašanje je zagotovilo empirično gradivo za dve teoretični izhodišči, čeprav je bilo zasnovano za preverjanje ene teme. Pri enem teoretskem izhodišču pa sem dobil delne rezultate, saj je bilo sestavljeno iz več delov in empirično gradivo ni v celoti odgovorilo na njih. Zapis postopka analize se nahaja v prilogi D te naloge.

8. Rezultati in razprava

Potrjena teoretska izhodišča oz. teme:

- VDSPP omogoča integracijo raznolikih pristopov, metod in tehnik dela.
- Družine v procesu VDSPP razpolagajo z več viri za doseganje svojih ciljev kot družine v procesu družinske podpore in pomoči.
- Družine v procesu VDSPP napredujejo pri doseganju svojih ciljev hitreje kot družine v procesu družinske podpore in pomoči.

Empirično nepreverjena teoretska izhodišča:

- VDSPP v istem času zahteva manj strokovnih delavcev za delo z več družinami kot družinska podpora in pomoč.
- V procesu VDSPP je možno soustvarjati rešitve tudi v socialnih mrežah družin izven družinske skupine (npr. s socialnimi ustanovami).
- VDSPP je primerna oblika pomoči za širok spekter populacij in psihosocialnih težav posameznikov in družin.

Večinoma empirično potrjeno in v manjšem delu nepreverjeno teoretsko izhodišče:

- VDSPP lahko razumemo in prakticiramo s pomočjo izkušenj in znanj družinske terapije in skupinske terapije.

Zavrnenih teoretskih izhodišč ni.

Empirično potrjenim teoretičnim izhodiščem pripisujem večjo veljavo in kredibilnost kot tistim, ki so ostala empirično nepreverjena. Hkrati pa do njih ohranjam kritično držo, saj so potrjena z deduktivnim postopkom, ki pri analizi ne nudi veliko prostora za globino oz. širino vsebine. Npr. teoretsko izhodišče primerjave razpoložljivosti virov družine je bilo potrjeno na podlagi opisa treh virov VDSPP in enega vira družinske podpore in pomoči, medtem ko iz teorije in izkušenj lahko vemo, da tudi družine v družinski obliki podpore in pomoči razpolagajo z več kot tremi viri in uspešno dosegajo svoje cilje. Ocenjujem, da bi z izboljšavami formulacij teoretskih izhodišč (abstraktnih pojmov) oz. tem in raziskovalnega instrumenta lahko zagotovil večjo veljavo pridobljenih podatkov, ne bi pa mogel izničiti nesporazumov pri posrednem pridobivanju empiričnega gradiva. S podrobnejšimi vprašanji bi sicer pridobil na natančnosti odgovorov, vendar bi hkrati vplival na njihovo pristranskost in jim s tem manjšal veljavo. Kljub pomanjkljivostim ni bilo nobeno teoretično izhodišče empirično zavrnjeno, kar govori v prid uporabnosti oblike VDSPP.

Ker v ZDA nimajo enako urejenega socialnega in zdravstvenega sistema kot v Sloveniji, nisem mogel empirično raziskati primernosti VDSPP za socialno delo z družino (čeprav sem

v enem teoretičnem izhodišču to poizkusil). Zaključni odgovori na vprašanja v formulaciji problema bodo zato sinteza rezultatov teoretske in empirične raziskave.

Teoretično in večinoma tudi empirično je podprta ugotovitev, da lahko VDSPP preko sistemske teorije povežemo z znanji in izkušnjami družinske in skupinske podpore in pomoči. V prepletu teh dveh oblik se odprejo nove možnosti strokovnih ravnanj, ki so razvidne iz upodobitve interakcijskega polja VDSPP (v poglavju Rezultati teoretičnega dela raziskave z razpravo). Socialnemu delu z družino to ob ohranjanju obstoječih konceptov dela ponuja nove vire moči za družine in socialne delavce v obliki vpogleda v delovanje družin v skupnosti, formuliranja nove podporne socialne mreže družin, vzajemnega učenja družin, zagotavljanja vrstniške podpore idr. Tudi po empiričnem delu raziskave ostaja odprto vprašanje možnosti VDSPP za družine v odnosu do svojih socialnih okolij izven večdružinske skupine. Bolj jasen, čeprav empirično nepreverjen, pa je izid širine populacij, ki jo omejuje le nezmožnost sodelovanja družinskih članov v skupinskem delu in ogrožanje varnosti skupine (spremenjena stanja zavesti, pedofilne preference v skupini z otroki). S takšnim obsegom ta oblika podpore in pomoči seže na številna področja socialnega dela z družino: duševno zdravje, ljudje z ovirami, mladi in stari. Poleg tega pa raziskava nakazuje časovno in stroškovno varčnost VDSPP, saj lahko v krajšem času dela manj strokovnih delavcev z več družinami.

Na področju VDSPP je zelo malo empiričnih raziskav, ki bi lahko višale veljavno vrednost in posplošljivost rezultatov te oblike pomoči. Večina virov se sklicuje na klinična opazanja, ki niso preverljiva ali ponovljiva. Posledično ima tudi pričujoča raziskava iz znanstvenega vidika nizko vrednost. V perspektivi temeljne in eksplorativne raziskave pa ocenjujem, da razkriva področje, ki je po njenih ugotovitvah vredno nadaljnje pozornosti – bodisi v teoriji ali praksi.

9. Sklepi in predlogi

- VDSPP lahko primerjamo z družinsko in skupinsko obliko podpore in pomoči.
- VDSPP je oblika pomoči, ki omogoča integracijo raznolikih teorij, konceptov, metod in pristopov dela z družinami.
- VDSPP nudi družinam v procesu številnejše vire moči pri doseganju svojih ciljev kot sorodne oblike pomoči.
- VDSPP je primerna oblika podpore in pomoči za večino populacij družin, s katerimi v Sloveniji izvajamo socialno delo z družino.
- VDSPP je časovno in stroškovno učinkovita oblika podpore in pomoči.
- Metode in koncepti socialnega dela z družino so kompatibilni z VDSPP; odprto ostaja vprašanje dela na stiku posameznih družin z njihovim lokalnim okoljem

Glede na obetaven izid raziskovalne naloge o kompatibilnosti socialnega dela z družino in VDSPP predlagam testiranje ugotovitev v pilotnem večdružinskem skupinskem procesu podpore in pomoči. V primeru pozitivnega izida pa predlagam, da se začne raziskovati ključno povezavo socialnega dela z večdružinsko skupinsko obliko podpore in pomoči – delo kjer se družine stikajo z njihovimi lokalnimi skupnostmi.

10. Viri

1. Asen, E., Dawson, N., McHugh, B. (2001). *Multiple Family Therapy: The Marlborough Model and its Wider Applications* [pdf]. Pridobljeno 9. 2. 2019 s <http://search.ebscohost.com>
2. Asen, E. (2002). Multiple family therapy: an overview. *Journal of Family Therapy*, 24: 3–16. Pridobljeno 21.9.2016 s <http://www.multiplefamilygrouptherapy.com>
3. Asen, E., Schuff, H. (2006). Psychosis and multiple family group therapy. *Family Interventions in Schizophrenia*, 1, 58 [pdf]. Pridobljeno 8.2.2019 s <http://search.ebscohost.com>
4. Bouwkamp, R., Bouwkamp, S. (2014). *Blizu doma: priročnik za delo z družinami*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofke fakultete: Pedagoška fakulteta: Inštitut za družinsko terapijo.
5. Brennan, J. W. (1995). A short-term psychoeducational multiple-family group for bipolar patients and their families. *Social Work*, 40, 6, 737–743 [pdf]. Pridobljeno 24.2.2019 s <http://search.ebscohost.com>
6. Carr, A. (2006). *Family therapy: concepts, process and practice*. Sussex: John Wiley & Sons Ltd (second edition).
7. Carter, B., McGoldrick, M. (2005). *The expanded family life cycle: individual, family, and social perspectives*. Boston: A Person Education Company.
8. Cassano, D. R. (1989). The Multi-Family Therapy Group: Research on Patterns of Interaction – Part II. V: Cassano, R. (ur.), *Social Work With Multi-Family Groups* (15-39) [pdf]. Pridobljeno 24.2.2019 s <http://search.ebscohost.com>
9. Charles, N., Butera-Prinzi, F., Perlesz, A. (2007). Families living with acquired brain injury: A multiple family group experience. *NeuroRehabilitation*, 22, 1: 61–76 [pdf]. Pridobljeno 25.2.2019 s <http://search.ebscohost.com>
10. Corey, M. S., Corey, G., Corey, C. (2010). *Groups: Process and Practice, Eighth Edition*. Belmont: Brooks/Cole.
11. Čačinovič Vogrinčič, G. (2006). *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
12. Čačinovič Vogrinčič, G. (1998). *Psihologija družine: prispevek k razvidnosti družinske skupine*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
13. Čačinovič Vogrinčič, G. (2008). *Socialno delo z družino*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

14. Čačinovič Vogrinčič, G., Kobal, L., Mešl, N., Možina, M. (2008). *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
15. Dallos, R., Draper, R. (2005). *An introduction to family therapy: systemic theory and practice*. Berkshire: Open University Press (second edition).
16. Deane, F. R., Mercer, J., Talyarkhan, A., Lambert, G., Pickard, J. (2012). Group Cohesion and Homework Adherence in Multi-Family Group Therapy for Schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 33, 2: 128–141 [pdf]. Pridobljeno 25.2.2019 s <https://doi-org.nukweb.nuk.uni-lj.si>
17. Dombalis, A. O., Erchul, W. P. (1987). Multiple Family Group Therapy: A Review of Its Applicability to the Practice of School Psychology. *School Psychology Review*, 16, 4: 487-97. Pridobljeno 9. 2. 2019 s <http://eds.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si>
18. Durell, V. G. (1969). Adolescents in multiple family group therapy in a school setting. *International journal of group psychotherapy*, 19, 1: 44-52. Pridobljeno 9. 2. 2019 s <http://eds.a.ebscohost.com.nukweb.nuk.uni-lj.si>
19. Edwards, S. A. (2001). *The Essential Elements of Multi-Family Group Therapy: A Delphi Study* (doktorsko delo). Pridobljeno 8.1.2016 s <https://www.researchgate.net>
20. Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 2, 104 [pdf]. Pridobljeno 24.2.2019 s <http://search.ebscohost.com>
21. Elde, C. (1986). The use of multiple group therapy in support groups for grieving families. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 3, 6, 27. Pridobljeno 24.2.2019 s <http://search.ebscohost.com>
22. Flajs, T. (2010). Gestalt terapija. V: Več avtorjev, *Psihoterapija na Slovenskem: pregled psihoterapevtskih šol, udeleženk strokovnega srečanja Psihoterapija na Slovenskem, Bled 26. – 28. februar 2010*. Kranj: Inštitut za realitetno terapijo (1-16).
23. Fleminger, S. (2005). A model for the treatment of eating disorders of adolescents in a specialized centre in The Netherlands. *Journal of Family Therapy*, 2, 147 [pdf]. Pridobljeno 24.2.2019 s <http://search.ebscohost.com>
24. Foster, L. N. (1991). *Addiction And Multiple Family Group Therapy*. Pridobljeno 10.2.2019 s <http://www.multiplefamilygrouptherapy.com/Addiction%20and%20MFGT.htm>
25. Foster, L. N. (b.d.). *H. Peter Laqueur, MD the Father of Multiple Family Therapy the First Model*. Pridobljeno 21.9.2016 s <http://www.multiplefamilygrouptherapy.com>

26. Gelin, Z., Cook Darzens, S., Simon, Y., Hendrick, S. (2016). Two models of multiple family therapy in the treatment of adolescent anorexia nervosa: a systematic review. *Eating And Weight Disorders: EWD*, 2, 11: 19–30 [pdf]. Pridobljeno 24.2.2019 s <https://doi-org.nukweb.nuk.uni-lj.si/10.1007/s40519-015-0207-y>
27. Globevnik Velikonja, V., Mramor, M., Dobnik Žerjav, M., Plankar Grgurevič, T. (2010). Gestalt izkustvena družinska terapija. V: Več avtorjev, *Psihoterapija na Slovenskem: pregled psihoterapevtskih šol, udeleženk strokovnega srečanja Psihoterapija na Slovenskem, Bled 26. – 28. februar 2010*. Kranj: Inštitut za realitetno terapijo (17-24).
28. Kobal, L. (2013). Psihoterapevtski odnos iz vidika psihoterapevtske znanosti. *KAIROS - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 7, 3/4, 63–85. Pridobljeno 8.3.2018 s <http://search.ebscohost.com>
29. Kompan Erzar, L. K. (2003). *Skrita moč družine*. Ljubljana: Založba Brat Frančišek.
30. Kuhar, I., Janjušević, P. (2010). Kognitivno-vedenjska terapija. V: Več avtorjev, *Psihoterapija na Slovenskem: pregled psihoterapevtskih šol, udeleženk strokovnega srečanja Psihoterapija na Slovenskem, Bled 26. – 28. februar 2010*. Kranj: Inštitut za realitetno terapijo (95-120).
31. Kumar, S., Dean, P., Smith, B., Mellsop, G. W. (2012). Which family - What therapy: Maori culture, families and family therapy in New Zealand. *International Review of Psychiatry*, 24, 2: 99–105 [pdf]. Pridobljeno 25.2.2019 s <https://doi-org.nukweb.nuk.uni-lj.si>
32. Kyricos Brodsky, G. (1999). *Multiple Family Group Therapy (MFGT): The Hidden Method*. Pridobljeno 21.9.2016 s <http://www.multiplefamilygrouptherapy.com>
33. Lambert, M., Barley, D. E. (2001). Research Summary of the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38: 357-361. Pridobljeno 8.3.2019 s <https://www.researchgate.net>
34. Laqueur, H. P., Laburt, H. A. (1962). The Therapeutic Community on a Modern Insulin Ward. *J. Neuropsychiatry*, 3: 139-149. Pridobljeno 21.2.2019 s <http://search.ebscohost.com>
35. Laqueur, H. P. (1969). General Systems Theory and Multiple Family Group Therapy. V Gray, W., Duhl, F., J., Rizzo, N., D. (ur.), *General Systems Theory and Psychiatry*. Boston: Little, Brown and Company (409-434).

36. Laqueur, H. P. (1980). The theory and practice of multiple family therapy. V: Wolberg, L. R., Aronson, M. L. (ur.), *Group and Family Therapy* (str. 15-23). New York: Brunner/Mazel.
37. McFarlane, W. R. (1994). Multiple-Family Groups and Psychoeducation in the Treatment of Schizophrenia. *New Directions for Mental Health Services*. 62: 13-22 [pdf]. Pridobljeno 24.2.2019 s <http://search.ebscohost.com>
38. Melo, A. T., Alarcão, M. (2014). Beyond the family lifecycle: Understanding family development in the 21st century through complexity theories. *Family Science*, 5, 1: 52-59.
39. Mitzeliotis, C. (2016). Evaluating the Effectiveness of Multiple Family Group Therapy in Reducing Stress Among Families Coping With Autism. *Journal of the american psychiatric nurses association*, 22, 4: 327–328. Pridobljeno 24.2.2019 s <http://search.ebscohost.com>
40. Možina, M., Rus Makovec, M. (2010). Sistemska Psihoterapija. V: Več avtorjev, *Psihoterapija na Slovenskem: pregled psihoterapevtskih šol, udeleženk strokovnega srečanja Psihoterapija na Slovenskem, Bled 26. – 28. februar 2010*. Kranj: Inštitut za realitetno terapijo (195 – 226).
41. Oldfield, A., Flower, C., (2008). *Music Therapy with Children and Their Families* [pdf]. Pridobljeno 14. 2. 2019 s <http://search.ebscohost.com>
42. Praper, P. (2008). *Skupinska psihoterapija: od mitologije do teorije*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofke fakultete, Oddelek za psihologijo.
43. Rener, T., Sedmak, M., Švab, A., Urek, M. (2006). *Družine in družinsko življenje v Sloveniji*. Koper: Založba Annales
44. Quinn, W. H., van Dyke, D. J. (2004). A multiple family group intervention for first-time juvenile offenders: Comparisons with probation and dropouts on recidivism. *Journal of Community Psychology*, 32, 2: 177–200 [pdf]. Pridobljeno 24.2.2019 s <https://doi-org.nukweb.nuk.uni-lj.si/10.1002/jcop.10085>
45. Schäfer, G. (2008). Multiple Family Group Therapy in a Drug and Alcohol Rehabilitation Centre: Residents' Experiences. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 29, 2: 88–96 [pdf]. Pridobljeno 25.2.2019 s <http://search.ebscohost.com>
46. Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Gantchev, K., Thömke, V. (2005). Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. *Journal of Family Therapy*, 2: 132 [pdf]. Pridobljeno 24.2.2019 s <http://search.ebscohost.com>

47. Schwartzben, S. H. (1989). The 10th Floor Family Support Group: A Descriptive Model of the Use of a Multi-Family Group in a Home for the Aged. V: Cassano, R. (ur.), *Social Work With Multi-Family Groups* (41-54) [pdf]. Pridobljeno 24.2.2019 s <http://search.ebscohost.com>
48. Strelnick, A. H. (1977). Multiple Family Group Therapy: A Review of the Literature. *Family Process*, 16: 307-325.
49. Stoddard, J. L. (2006). *Treatment adherence and recidivism: an evaluation of a multiple family group intervention for first time juvenile offenders* [pdf]. Pridobljeno 24.2.2019 s <http://search.ebscohost.com>
50. Swank, J. M., Daire, A. P. (2010). Multiple Family Adventure-Based Therapy Groups: An Innovative Integration of Two Approaches. *The Family Journal*, 18: 241-247 [pdf]. Pridobljeno 9. 2. 2019 s <http://tfj.sagepub.com/content/18/3/241>
51. Szymanski, L. S., Kierman, W. E. (1983). Multiple family group therapy with developmentally disabled adolescents and young adults. *International Journal of Group Psychotherapy*, 4: 521. Pridobljeno 25.2.2019 s <http://search.ebscohost.com>
52. *The Evolution of Multiple Family Group Therapy* (b.d.). Pridobljeno 10.2.2019 s <http://www.multiplefamilygrouptherapy.com/Evolution%20of%20MFGT.htm>
53. Thorngren, J., Christensen, T. M., Kleist, D. (1998). Multiple-Family Group Treatment: The Underexplored Therapy. *The Family Journal*, 6: 125-131.
54. Thorngren, M. J., Kleist, D. M. (2002). Multiple Family Group Therapy: An Interpersonal/Postmodern Approach. *The family journal: counseling and therapy for couples and families*, 10, 2: 167-176. Pridobljeno 14.2.2019 s <https://www.researchgate.net>
55. Toseland, R. W., Rivas, R. F. (2009). *An Introduction to Group Work Practice* (6th Edition). Boston: Pearson Education.
56. Tschacher, W., Junghan, U. M., & Pfammatter, M. (2014). Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy-results of an expert survey. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21: 82–96 [pdf]. Pridobljeno 8.2.2019 s <https://doi-org.nukweb.nuk.uni-lj.si/10.1002/cpp.1822>
57. van Ee, E. (2018). Multi-family therapy for veteran and refugee families: a Delphi study. *Military Medical Research*, 5, 1: 1-6 [pdf]. Pridobljeno 27.2.2019 s <https://doi-org.nukweb.nuk.uni-lj.si>
58. Žvelc, M., Možina, M., Bohak, J. (ur.) (2011). *Psihoterapija*. Ljubljana: Založba IPSA.

59. Vinogradov, S., Yalom, I. D. (1989). *Consisse guide to group psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
60. Wampold, B. E. (2019). How Important Are the Common Factors in Psychotherapy? An Update. *World Psychiatry*, 14, 3: 270–277 [pdf]. Pridobljeno 8.2.2019 s <http://search.ebscohost.com>
61. Wong, M. M. C., Ma, J. L. C., Chan, L. C. L. (2015). Multiple Family Group Therapy for Families with Children Placed in Out-Of-Home Care in a Chinese Context. *Social Work with Groups*, 38, 2: 106–121 [pdf]. Pridobljeno 24.2.2019 s <https://doi-org.nukweb.nuk.uni-lj.si>
62. Yalom, I. D., Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books (fifth edition).
63. Yuk King Lau (2011). A narrative oriented multiple-family group with students who refuse to attend school and their parents. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*, 4: 46–57 [pdf]. Pridobljeno 24.2.2019 s <http://search.ebscohost.com>

11. Priloga

A) Gestalt psihoterapija

Za začetnika gestalt psihoterapije velja nemški psihiater in psihoanalitik Fritz Perls, ki se je skozi svojo terapevtsko prakso vse bolj oddaljeval od Freudovega psihoanalitičnega pristopa. To je razvidno iz njegovega dela *Ego, lakota in agresija: Revizija Freudove teorije in metode*. Flajs (2010) opisuje, da je tovrsten upor sistemom in shemam zakoreninjen v sami naravi gestalt terapije, zato se je tudi znotraj nje izoblikovalo več različnih pristopov k razumevanju in rabi teorije in prakse. V Sloveniji sta se uveljavila dva: gestalt terapija in gestalt izkustvena družinska terapija. Po mojem razumevanju je ključna razlika med njima v tem, da prvi kot osnovno enoto uporabniškega sistema pojmuje posameznika, drugi pa družino.

Temeljni tekst gestalt terapevtskega pristopa je Perls-Goodmanovo (v Flajs, 2010) delo *Gestalt Therapy*. Flajs (2010) kot osrednji pojem tega pristopa razume *kontakt*. Ljudje preživimo in rastemo tako, da v kontaktu z okoljem zadovoljujemo svoje potrebe. Kontakt je *točka razmejevanja* sebe od okolja in hkrati *povezovanja* z njim. To v nas sproži zaznavanje, doživljanje in zavedanje samega sebe in okolja okoli nas. Ker se okolje in posameznik konstantno spreminjata, je tudi kontakt dinamičen. Nenehno in ustvarjalno se prilagaja tem spremembam, kar se imenuje *proces oblikovanja in razgradnje gestaltov*. Preko tega procesa ljudje zaznavamo svoje potrebe in možnosti ter ovire za njihovo zadovoljitev v okolju. Da bi vzpostavili ravnovesje, jih skušamo na najboljši možen način zadovoljiti v okolju. Do težav pride, ko v okolju ne zmoremo zadovoljiti ali pa odžalovati nezadovoljenih potreb. Takšna situacija se imenuje *nedokončan gestalt* in je pogosto posledica *fiksni gestaltov* – ustaljenih, mehanskih, nezavednih načinov zadovoljevanja svojih potreb, ki smo jih vajeni iz preteklosti. Torej, težave nastopijo, ko se okolje zamenja, mi pa se nanj ne odzovemo ustvarjalno, temveč na način, kot smo vajeni zadovoljevati svoje potrebe v poznanem okolju. Zelo pogosto so *fiksni gestalti* odzivi vezani na situacije v otroštvu, v sedanjosti pa predstavljajo motnjo. Na ta način si kopičimo *nedokončane gestalte* in doživljamo konstantno neravnovesje med sabo in okoljem.

V gestalt terapiji je terapevt pozoren na to, kdaj in kako uporabnik prekinja kontakt. Glede na to lahko prepozna, da npr. *introjicira* (svoje potrebe zamenjuje s potrebami drugih), *projecira* (svoje doživljanje pripisuje drugim), *retrofleksira* (kar bi počel drugim, počne sebi) itd. Ti pojavi pa ne pomenijo nujno prekinitve kontakta. Če se uporabniki svojega ravnanja zavedajo, to počno namenoma in zanj sprejemajo vso odgovornost, so lahko prej opisani pojavi na kontaktni meji podpora za kontakt. Prekinitve kontakta pa predstavljajo mehanski, ustaljeni, nezavedni odzivi, ob katerih uporabnik izgubi občutek lastne izbire. Pomembni vrednoti gestalt psihoterapije sta torej avtentičnost prepoznavanja svojih potreb in ustvarjalnost njihovega zadovoljevanja v aktualnem okolju. K temu stremita tako uporabnik kot terapevt. (Flajs, 2010.)

V gestalt terapevtskem procesu se spoštujeta enkratnost in specifičnost vsakega uporabnika. Čeprav se za oblikovanje njegovega »zemljevida« duševnega delovanja terapevti poslužujejo tudi ustaljenih diagnostičnih kategorij, te v terapevtskem odnosu ostajajo v ozadju. Terapevtski intervenciji sta običajno eksperiment in osredotočanje klienta na »tukaj in zdaj«. Oblikujeta se na podlagi stika z uporabnikom in terapevtovega neposrednega doživljanja med procesom terapije. Te intervencije niso namenjene vodenju uporabnika iz pozicije avtoritete. Izvedene so iz pozicije »[...] uporabnikovega strokovnega sodelavca, ki mu s svojo avtentično prisotnostjo, znanjem in veščinami omogoča nove izkušnje kontakta, prek katerih se klient zave tako načinov, kako ga prekinja, kot tudi novih ustvarjalnih možnosti njegovega oblikovanja.« (Flajs, 2010: 12.)

Cilj gestalt terapije ni odpravljanje simptomov stiske, temveč je zdravljenje preko vzpostavljanja kontinuuma uporabnikovega zavedanja. Zavedanje svojih dejanj v trenutku, ko jih počnemo, nam omogoča sprejemanje odgovornosti zanje in odpira možnosti izbire oblikovanja naše vsakdanje življenjske realnosti. (Flajs, 2010.)

Gestalt izkustvena družinska terapija

Začetnik gestalt izkustvene družinske terapije pa je ameriški psihiater Walter Kempler, avtor, ki je bil nekaj časa Perlsov sodelavec. V marsičem sta delila mnenje, razhajati pa sta se začela v razumevanju vloge terapevta. Perls jo je videl predvsem v osredotočenosti na iskanje povezav med uporabnikovimi preteklimi izkušnjami in sedanjimi navadami; Kempler pa je zagovarjal tudi deljenje terapevtovega doživljanja oz. osebno interaktivno izkušnjo med uporabnikom in terapevtom (Globelnik Velikonja, Mramor, Dobnik Žerjav in Plankar Grgurevič, 2010).

Še ena pomembna razlika med njima je osredotočanje na intrapsihične (Perls) in interpersonalne spremembe (Kempler). »Vojna poteka intrapsihično, bojno polje pa je interpersonalno« (Kempler v Globelnik Velikonja, Mramor, Dobnik Žerjav, Plankar Grgurevič 2010: 19). Gestalt izkustvena družinska terapija torej ne obravnava posameznika samega oz. v družini, temveč procese, ki potekajo med družinskimi člani. V fokusu je družina, ne posameznik. (Globelnik Velikonja, Mramor, Dobnik Žerjav in Plankar Grgurevič, 2010.)

Temeljna literatura tega pristopa sta Kemplerjevi deli: *Principi gestalt družinske terapije* in *Izkustvena psihoterapija v družinah*. Delovanje družinskega sistema je predstavljeno kot tesno povezano z dvema osnovnima človeškima potrebama, ki sta: potreba po *avtonomiji* in potreba po *povezanosti*. Prva predstavlja skrb zase in zajema samoizpolnitev, samozaščito, samospoznavanje, samouveljavitev in integriteto. Druga pa predstavlja skrb za druge in zajema »[...] željo biti dragocen drugemu, biti drugemu v pomoč, sodelovanje z drugimi, izpolnjevanje potreb drugih, zaščito drugega, biti ljubljen in cenjen« (Globelnik Velikonja, Mramor, Dobnik Žerjav in Plankar Grgurevič, 2010: 19). Simptomatike uporabnikov so posledica njihove dolgotrajne neuspešnosti pri usklajevanju teh dveh potreb.

Spremembe znotraj gestalt izkustvene družinske terapije prinaša delo na razvidnosti družinske realnosti vseh udeležениh v terapevtskem sistemu. To se dosega preko vaj v kongruentni komunikaciji ter s terapevtskim odnosom. Terapevt na dogajanje v uporabniškem sistemu reagira odkrito in osebno. Podeli svoje misli, izkušnje in čustva v interakciji z družino ter jim tako pokaže, kako sam uravnava potrebi po avtonomiji in povezanosti. S svojim ravnanjem terapevt postaja tudi zgled družinskim članom, kako lahko ravnajo eden z drugim. Vsako terapevtsko srečanje predstavlja novo izkušnjo »tukaj in zdaj«. Terapevtova naloga je, da to izkušnjo naredi transparentno in skupaj z družino ugotovi, katere izkušnje ji še manjkajo. (Globelnic Velikonja, Mramor, Dobnik Žerjav in Plankar Grgurevič, 2010.)

Gestalt izkustvena družinska terapija traja do 2 uri in teži k temu, da bi bilo srečanj čim manj (Globelnic Velikonja, Mramor, Dobnik Žerjav in Plankar Grgurevič, 2010).

Gestalt skupinska terapija

Geštalt terapija pa vključuje poleg individualne (diadne) in družinske tudi skupinsko modalnost, ki na področju skupinske terapije predstavlja enega od temeljnih pristopov. S skupinami je delal psihoterapijo že Fritz Perls, in sicer s t.i. *tehniko vročega stola*. Pri tej tehniki se član skupine, ki želi delati s terapevtom, usede na »vroči stol« in ima pred skupino individualno terapijo. Na koncu so povabljeni tudi ostali člani, da podelijo svoja opažanja in povratno informacijo – interakcije med člani skupine torej potekajo preko terapevta. To tehniko so kasneje malo omehčali na »*lebdeči vroči stol*«, kar pomeni, da je vroči stol lahko katerikoli stol. Ostalo delo je ostalo enako. Tehnika (lebdečega) vročega stola se torej ne osredotoča na predelavo skupinske dinamike. Preko individualnega dela s posameznimi skupinskimi člani pa se ravno tako običajno razvije močna kohezija skupine ter občutek pripadnosti skupini in terapevtu. (Praper, 2008.)

Danes geštalt skupinski terapevti svobodno menjajo in kombinirajo delo s posamezniki v skupini in s skupino kot celoto. Hkrati se torej usmerjajo na procese posameznikov in proces skupine kot celote. Tako lahko terapevtsko delo fleksibilno in ustvarjalno prilagajajo svojemu stilu in porajajočim situacijam v skupini. Ne glede na to pa vsem ostaja skupni fokus na *pridobivanju samostojnosti, samoregulaciji, samospoznavanju in odprtosti za eksperimentiranje*. Uporabniki v geštalt skupinskih terapijah preko tovrstnega dela prihajajo do uvidov lastnih vsebin ter narave in pomena komunikacije; skupina pa jim predstavlja tudi prostor za pridobivanje socialnih spretnosti. (Praper, 2008.)

B) Kognitivno-vedenjska terapija

Začetnik kognitivno-vedenjske terapije je psihiater in profesor psihiatrije Aaron T. Beck. Svoje terapevtsko delo je začel kot psihoanalitik, vendar se je ob empiričnem raziskovanju terapevtskega procesa hitro oddaljeval od Freudove teorije in klasične psihoanalitične prakse. Razvil je kognitivni model zdravljenja depresije in anksioznosti ter s številnimi raziskavami njegove uspešnosti postavil temelje kognitivno-vedenjski terapiji. Takšna, kot jo poznamo danes, predstavlja skupek številnih orodji in konceptov – med pomembnejšimi sta Skinnerjeva vedenjska terapija in Ellisova racionalno-emotivna vedenjska terapija. (Kuhar in Janjušević, 2011.)

»Kognitivne in vedenjske terapije predstavljajo skupino pragmatičnih pristopov k razumevanju in tretmanu psihiatričnih motenj in problemov« (Kuhar in Janjušević, 2011: 97). Izvajajo se individualno in skupinsko ter zajemajo širok nabor različnih intervencij, ki so osredotočene na problem, ciljno usmerjene v prihodnost in časovno omejene. Uspešnost vseh intervencij je empirično dokazana. V kognitivno vedenjskih terapijah je poudarjena edukacija uporabnika. Osrednja ideja je, »[...] da lahko pacient minimalizira pojavljanje novih epizod motnje ali disfunkcije z ustrezno uporabo orodij, ki se jih nauči v terapiji.« (Kuhar in Janjušević, 2011: 100.)

Kognitivno-vedenjska terapija torej temelji na Beckovem (v Kuhar in Janjušević, 2011) kognitivnem modelu, ki izhaja iz predpostavke, da naše čutenje in odzivanje na okoliščine ni odvisno od okoliščin, temveč od našega razumevanja/razlaganja okoliščin oz. od naših misli v določenih okoliščinah. Te misli se imenujejo *avtomatske misli* in če so negativne, lahko vodijo do čustvenih stisk ali psihičnih motenj. Podlaga avtomatskim mislim so *bazična prepričanja*, ki se razvijejo v odnosu do določenih situacij v našem zgodnjem otroštvu. Najgloblja bazična prepričanja se imenujejo *sheme*. Skozi njih interpretiramo vse dogodke in izkušnje. Če se v otroštvu izoblikujejo negativne sheme, lahko ostanejo določeno obdobje latentne, ko pa jih aktivira sprožilni dogodek, začnejo vplivati na procesiranje vseh informacij – tako se razvijejo depresija in anksiozne motnje. (Kuhar in Janjušević, 2011.)

Kognitivno-vedenjska terapija teži k spreminjanju negativnih avtomatskih misli, kar se odraža v spremembah na vedenjskem in čustvenem področju. Trajno izboljšanje psihičnih težav pa zahteva tudi spremembe disfunkcionalnih bazičnih prepričanj. To se dosega preko intervencij iz širokega spektra tehnik, ki: so usmerjene v tretmaje specifičnih motenj ali problemov; so ciljno usmerjene; časovno omejene; imajo edukacijsko vlogo; temeljijo na sodelovalnem odnosu med terapevtom in uporabnikom ter; v terapijo vnašajo objektivni vidik z merljivim spremljanjem napredka uporabnika. Primeri vedenjskih tehnik, ki temeljijo na principih klasičnega in instrumentalnega učenja ter teorijah socialnega učenja, so: treningi relaksacij, sistematična desenzitizacija in tehnike izpostavljanja v živo in v imaginaciji, tehnike preplavljanja, treningi asertivnosti, tehnike žetoniranja itd. Vedenjske tehnike ciljajo na učenje novega vedenja, medtem ko se kognitivne tehnike uporabljajo za doseganje sprememb negativnih avtomatskih misli in shem. Primeri teh so: vodeno odkrivanje in ozaveščanje

negativnih avtomatskih misli, sokratska vprašanja, perspektive tretje osebe, igre vlog, preokvirjanje, shema racionalnih odgovorov itd. Nameni teh tehnik so identifikacija in evalvacija negativnih avtomatskih misli, razvijanje alternativnih pogledov in kreiranje racionalnih odgovorov. Za rekonstruiranje bazičnih prepričanj se uporabljajo iste tehnike, lahko pa se terapiji doda še rekonstrukcijo zgodnjih spominov in rekonstrukcijo skozi imaginacijo. Pomembno vlogo igra v terapiji tudi sodelovalen terapevtski odnos, vendar je ta v primerjavi s tehnikami sekundarnega pomena. (Kuhar in Janjušević, 2011.)

Kognitivno-vedenjsko terapijo se uvršča med kratkotrajne terapije. Njen cilj je doseči učinkovite terapevtske spremembe v čim krajšem času, kar se povprečno zgosti na 12 do 16 srečanj. Pri obravnavi večproblemskih situacij in težjih osebnostnih motenj pa lahko terapija traja tudi eno leto ali več (Kuhar in Janjušević, 2011).

Kognitivno-vedenjska skupinska terapija

Kognitivno-vedenjska terapija tudi v skupinski terapiji razpolaga s širokim naborom kognitivnih in vedenjskih tehnik. Od terapevtov je odvisno, katerim tehnikam bodo dali več poudarka in kako oz. ali bodo skupinski proces strukturirali.

Pionir kognitivne terapije, Albert Ellis (v Praper, 2008), je kmalu po vzpostavitvi svoje racionalno emotivne terapije odkril, da se ta model zelo dobro poda skupinski modalnosti. Na kognitivnem nivoju skupina bolje identificira negativne avtomatske misli kot posamezni uporabnik. Ko se člani naučijo zastavljati sokratska vprašanja, jih bolje sprejemajo, če si jih zastavljajo med seboj, kot če jih zastavlja terapevt. Tako njihovo sodelovanje v skupini močno podpira kognitivno restrukturiranje.

Ellis (v Praper, 2008) je oblikoval metodo *ABC terapevtskega postopka*, pri čemer je A aktivirajoči dogodek; B iracionalna prepričanja; in C čustvena in vedenjska reakcija. Kasneje je postopku dodal še D, izpodbijanje prepričanja. Skozi te točke je posamezne člane in skupino vodil s pomočjo *racionalnih dokazov za spoprijemanje z napačnimi prepričanji, preokvirjanja [reframing], spreobrnjenja*, dajal je *kognitivne domače naloge*, uporabljal *semantično rekonstrukcijo*, kombiniral pa je svoje delo že tudi z vedenjskimi tehnikami, ki so se v skupinsko modalnost umestile relativno pozno – tako je naslavljal poleg kognitivnega tudi vedenjski nivo.

Praper (2008: 109) pojasnjuje: »Laboratorijski eksperimenti so pokazali, da se asociacije med prvotnim in drugimi dražljaji, med prvotno in naučenimi reakcijami ter tudi asociacije med samimi dražljaji ali samimi reakcijami, utirjajo v skupini hitreje kot v diadnem odnosu.« Te ugotovitve predstavljajo vstopno točko vedenjskih tehnik v skupinsko psihoterapijo. V terapevtskem procesu učenja se njegov velik del zgodi preko identifikacije po vzoru in imitacije. V skupini imajo uporabniki priložnost izbire več različnih vzornikov, hkrati pa se lahko od posameznih članov tudi diferencirajo. Skupina nudi uporabnikom tudi priložnost umestitve novo naučenih vedenj v odnose v skupini.

V skupinskih terapijah, ki imajo poudarek na vedenjskih tehnikah, se cilji zastavijo za vsakega uporabnika posebej in za skupino kot celoto. Poleg zgoraj opisanih terapevtskih dejavnikov k njihovi uresnitvi prispeva tudi pozitivno pogojevanje s strani članov skupine in terapevta v obliki verbalnega pritrdjevanja in priznavanja. Praper (2008) navaja tudi primer negativnega pogojevanja v obliki nadležnega zvoka, ki se oglasi vsakič, ko tišina v skupini traja več kot 10 sekund. Člani lahko ob zaključku srečanja dobijo »vedenjske« domače naloge.

Skupinska srečanja so lahko strukturirana ali nestrukturirana. Pri nestrukturiranih lahko terapevt kreativno prilagaja intervencije glede na to, kako se kaže adaptacija novih vedenj in kognicij med skupinskimi člani. Za ta način dela mora terapevt dobro poznati skupinsko dinamiko in razvojne procese posameznih članov skupine in skupine kot celote. V nestrukturirani skupinski terapiji se lahko spontano razvija skupinska dinamika, kar pa je v strukturiranem načinu srečanj težje omogočiti. Pri slednjem je terapevt v vlogi nespornega vodje, ki vodi razvoj skupine po v naprej zastavljenih načrtih uporabe tehnik.

Izkazalo se je, da so najbolj učinkovite heterogene skupine ljudi z različnimi motnjami, obeh spolov itd. Tako imajo posamezniki priložnost, da poleg stičnih točk v skupini najdejo tudi točke, ki jih ločijo od ostalih članov. S tem se omogoča oblikovanje individualiziranih stilov novega vedenja in procesa kognitivne rekonstrukcije. Tovrstne terapije se izvajajo večinoma kratkotrajno, če se kombinirajo z analitičnimi principi, pa so lahko tudi dolgotrajne. (Praper, 2008.)

C) E-poštna sporočila



Luka Agrez <luka.agrez@gmail.com>

Re: MFGT case study

Luka Agrez <luka.agrez@gmail.com>
Za: Lewis Foster <fosterlew@aol.com>

10. maj 2019 22:05

Good Evening!

I am glad you are prepared to answer my questions! As I wrote in the previous e-mail, I would like to see how my findings correspond with your knowledge and experience in MFGT. Please answer freely and take as much space as you like. These are the questions:

1. Which competencies does a MFGT practitioner need?
2. What are the specialties of a MFGT process compared to a family therapy process?
3. What is your view on different therapy approaches in the context of MFGT?
4. What are the differences in attainment of family goals within MFGT and family therapy?
5. In MFGT, what are the possibilities of activating the family resources in their social environments outside the multiple family group?
6. To your knowledge, which populations of families and individuals with psychosocial difficulties can benefit from MFGT?

Thank you!

Respectfully,
Luka Agrez

V V pet., 10. maj 2019 ob 15:29 je oseba Lewis Foster <fosterlew@aol.com> napisala:

[Citirano besedilo skrito]

Re: MFGT case study

Lewis Foster <fosterlew@aol.com>
Za: luka.agrez@gmail.com

14. maj 2019 18:29

In a message dated 5/14/2019 11:23:10 AM Eastern Standard Time, luka.agrez@gmail.com writes:

1. Which competencies does a MFGT practitioner need? Give self permission to do screwed up MFGT to begin with. You can't do quality MFGT until you do screwed up MFGT. Exhibit confidence that you can handle what comes up in the group. The group will recognize it and relax. Lead by following. Ask questions, do not make statements. Set up the process and let the group provide the content. Understand the Systems Approach to Family Therapy and how it is used in MFGT. Have a clear understand of the Cultures' ideas of what is right and wrong. Know thy self and get a therapist for life. If the therapist is not willing to delve into their deepest feelings and thoughts the therapist will not allow anyone around her/him to delve into their deepest feelings and thoughts. It is called metamorphism.
2. What are the specialties of a MFGT process compared to a family therapy process? Being able to see how individuals, families and society are present in the MFGT session and using it to provide here and now experience within the group. Design exercises that bring about change not a diagnosis.
3. What is your view on different therapy approaches in the context of MFGT? I've learned much from all the approaches I've studied (individual, group, family theories) and used something from each of them in the MFGT sessions to design interventions that bring about change. When you have done enough MFGT the interventions will begin to tell themselves in the sessions. It's like magic. You are going to love it! General Systems Theory is my favorite. I also like Reality Therapy which incorporates Transactional Analysis and Gestalt. Peter Laqueur, MD, George Orvin, MD, William McFarlane MD and John T. Edwards, PhD influenced me the most.
4. What are the differences in attainment of family goals within MFGT and family therapy? In individual family therapy all you have in the room is one family. In MFGT you have many families that provide reflections of each other and society. One family can get another family to see something a therapist will never get the family to see or understand. They see reflections of themselves in the other families. It is the process that brings about the change not the content. In an individual family session all you have is the family and that just isn't enough in many cases.
5. In MFGT, what are the possibilities of activating the family resources in their social environments outside the multiple family group? When families think they are alone in their pain, ordeal, etc., then they will not talk about it. They tend to isolate. Maybe they are ashamed. It feels like guilt. Shame says that they are not good human beings. Guilt says you did something wrong. Ask what did you do wrong? When they can witness another family having the same feelings and family process they are, it makes it easier for them to identify and realize they are not alone. Mother's identify with mothers and father's identify with father's, etc. It gives them the confidence to speak up about their own pain at some point in the multiple family therapy group. Sometimes they develop new social groups from people they meet in the MFGT sessions they attend. One change in a system will bring about other changes in a system. Even in families in the communities they return to over time if you watch closely you will see change.
6. To your knowledge, which populations of families and individuals with psychosocial difficulties can benefit from MFGT? Yes. As long as they can participate in the group and not disrupt it or cause harm. All dysfunctional families organize themselves around the symptom (abuse, addiction, schizophrenia, etc) without realizing it. They get stuck in a family dance that they can't break free from. It's called the Karpman Triangle. Everyone dances from position to position: victim, persecutor and rescuer. They way they get off the Triangle is to take personal responsibility for themselves and allow everyone else to do the same. No protecting anyone from the consequences of their behavior. The consequence is their best friend.

You are right Luka, there was a misunderstanding. I enjoyed the exercise though, even if it was a little uncomfortable. I'm glad you took the time to write back.

When you get to the point of making presentations in your country let me know. I have some videos that you might enjoy sharing with your workshop participants.

Let me know how your presentation went.

Respectfully,
Lewis

Fwd: MFGT case study edit

Lewis Foster <fosterlew@aol.com>
Za: Luka.agrez@gmail.com

14. maj 2019 22:51

Luka,

I made a correction in question #3. The correction is marked in green.

Lewis

From: fosterlew@aol.com
To: luka.agrez@gmail.com
Sent: 5/14/2019 12:29:53 PM Eastern Standard Time
Subject: Re: MFGT case study

In a message dated 5/14/2019 11:23:10 AM Eastern Standard Time, luka.agrez@gmail.com writes:

1. Which competencies does a MFGT practitioner need? Give self permission to do screwed up MFGT to begin with. You can't do quality MFGT until you do screwed up MFGT. Exhibit confidence that you can handle what comes up in the group. The group will recognize it and relax. Lead by following. Ask questions, do not make statements. Set up the process and let the group provide the content. Understand the Systems Approach to Family Therapy and how it is used in MFGT. Have a clear understand of the Cultures' ideas of what is right and wrong. Know thy self and get a therapist for life. If the therapist is not willing to delve into their deepest feelings and thoughts the therapist will not allow anyone around her/him to delve into their deepest feelings and thoughts. It is called metamorphism.
2. What are the specialties of a MFGT process compared to a family therapy process? Being able to see how individuals, families and society are present in the MFGT session and using it to provide here and now experience within the group. Design exercises that bring about change not a diagnosis.
3. What is your view on different therapy approaches in the context of MFGT? I've learned much from all the approaches I've studied (individual, group, family theories) and used something from each of them in the MFGT sessions to design interventions that bring about change. When you have done enough MFGT the interventions will begin to tell themselves in the sessions. It's like magic. You are going to love it! General Systems Theory is my favorite. I also like Redecision Therapy which incorporates Transactional Analysis and Gestalt, and I like Reality Therapy. Peter Laqueur, MD, George Orvin, MD, William McFarlane MD and John T. Edwards, PhD influenced me the most.
4. What are the differences in attainment of family goals within MFGT and family therapy? In individual family therapy all you have in the room is one family. In MFGT you have many families that provide reflections of each other and society. One family can get another family to see something a therapist will never get the family to see or understand. They see reflections of themselves in the other families. It is the process that brings about the change not the content. In an individual family session all you have is the family and that just isn't enough in many cases.
5. In MFGT, what are the possibilities of activating the family resources in their social environments outside the multiple family group? When families think they are alone in their pain, ordeal, etc., then they will not talk about it. They tend to isolate. Maybe they are ashamed. It feels like guilt. Shame says that they are not good human beings. Guild says you did something wrong. Ask what did you do wrong? When they can witness another family having the same feelings and family process they are, it makes it easier for them to identify and realize they are not alone. Mother's identify with mothers and father's identify with father's, etc. It gives them the confidence to speak up about their own pain at some point in the multiple family therapy group. Sometimes they develop new social groups from people they meet in the MFGT sessions they attend. One change in a system will bring about other changes in a system. Even in families in the communities they return to over time if you watch closely you will see change.
6. To your knowledge, which populations of families and individuals with psychosocial difficulties can benefit from MFGT? Yes. As long as they can participate in the group and not disrupt it or cause harm. All dysfunctional families organize themselves around the symptom (abuse, addiction, schizophrenia, etc) without realizing it. They get stuck in a family dance that they can't break free from. It's called the Karpman Triangle. Everyone dances from position to position: victim, persecutor and rescuer. They way they get off the Triangle is to take personal responsibility for themselves and allow everyone else to do the same. No protecting anyone from the consequences of their behavior. The consequence is their best friend.

D) Deduktivna analiza pridobljenega gradiva

1.

Teoretsko izhodišče oz. tema: VDSPP lahko razumemo in prakticiramo s pomočjo izkušenj in znanj družinske terapije in skupinske terapije.

Raziskovalni instrument oz. vprašanje: Katere kompetence potrebuje praktik VDSPP?

Prevod v angleški jezik: Which competencies does a MFGT practitioner need?

Pridobljeni podatki oz. odgovor: »Give self permission to do screwed up MFGT to begin with. You can't do quality MFGT until you do screwed up MFGT. Exhibit confidence that you can handle what comes up in the group. The group will recognize it and relax. Lead by following. Ask questions, do not make statements. Set up the process and let the group provide the content. Understand the Systems Approach to Family Therapy and how it is used in MFGT. Have a clear understand of the Cultures' ideas of what is right and wrong. Know thy self and get a therapist for life. If the therapist is not willing to delve into their deepest feelings and thoughts the therapist will not allow anyone around her/him to delve into their deepest feelings and thoughts. It is called metamorphism.«

Na to teoretični izhodišče se nanaša tudi odgovor na 3. vprašanje: »I've learned much from all the approaches I've studied (individual, group, family theories) and used something from each of them in the MFGT sessions to design interventions that bring about change. [...] General Systems Theory is my favorite. I also like Reality Therapy which incorporates Transactional Analysis and Gestalt. Peter Laqueur, MD, George Orvin, MD, William McFarlane MD and John T. Edwards, PhD influenced me the most.«

Prevod v slovenski jezik: »[...] Razumi sistemski pristop k družinski terapiji in kako se uporablja v VDST. Imej jasno razumevanje kulturnih idej o tem, kaj je prav in kaj narobe. Poznaj samega sebe in dobi terapevta za celo življenje[...].«

»Veliko sem se naučil iz vseh pristopov, ki sem jih študiral (individualne, skupinske, družinske teorije) in uporabil nekaj vsakega od njih na srečanjih VDSPP za oblikovanje strokovnih ravnanj, ki prinašajo spremembe. [...] Generalna sistemska teorija mi je najljubša. Všeč mi je tudi realitetna terapija, ki vključuje transakcijsko analizo in gestalt. Peter Laqueur, MD, George Orvin, MD, William McFarlane MD in John T. Edwards, PhD so imeli največji vpliv name.«

Proces sklepanja: Ker se odgovor na teoretično izhodišče nanaša le deloma, ga lahko razčlenimo na šest delov (podčrtanih v sledečem stavku).

VDSPP lahko razumemo in practiciramo s pomočjo izkušenj in znanj družinske terapije in skupinske terapije.

Odgovor se **neposredno** nanaša na »razumevanje« in »znanje družinske terapije« → »Razumi sistemski pristop k družinski terapiji.« → to **potrjuje tri razčlenitve od šestih** izpostavljenih v teoretičnem izhodišču.

Tudi v odgovoru na tretje vprašanje se **neposredno** nanaša na »practiciranje« ter »znanje družinske terapije in skupinske terapije« → »Veliko sem se naučil iz vseh pristopov, ki sem jih študiral (individualne, skupinske, družinske teorije) in uporabil nekaj vsakega od njih na srečanjih VDSPP[...].« → to **potrjuje štiri razčlenitve od šestih**.

Odgovor se **posredno** nanaša na »izkušnje«, »znanje družinske terapije in skupinske terapije«.

→ »Poznaj samega sebe in dobi terapevta za celo življenje« → Poznavanje samega sebe lahko razumemo kot znanje o različnih izkušnjah sebe. Dragocene izkušnje pridobivamo tudi v terapiji, ki je lahko med drugim tudi družinska ali skupinska terapija, v vlogi terapevta ali uporabnika.

→ »Imej jasno razumevanje kulturnih idej o tem, kaj je prav in kaj narobe.« → Kulturne ideje o tem kaj je prav in kaj narobe so družbeni diskurzi, ki jih v teoretični raziskavi navajam kot pomemben del znanja družinskih terapij in skupinskih terapij.

Odgovor **posredno potrjuje** (vsaj) **štiri razčlenitve od šestih**.

Veljavnost teoretskega izhodišča oz. rezultat: Teoretsko izhodišče je s strani vprašanca večinoma potrjeno, v manjšinskem ostaja empirično nepreverjeno in v nobenem delu ni zanikano.

2.

Teoretsko izhodišče oz. tema: VDSPP v istem času zahteva manj strokovnih delavcev za delo z več družinami kot družinska podpora in pomoč.

Raziskovalni instrument oz. vprašanje: V čem vidite posebnosti procesa VDSPP v primerjavi s procesom družinske podpore in pomoči?

Prevod v angleški jezik: What are the specialties of a MFGT process compared to a family therapy process?

Pridobljeni podatki oz. odgovor: »Being able to see how individuals, families and society are present in the MFGT session and using it to provide here and now experience within the group. Design exercises that bring about change not a diagnosis.«

Prevod v slovenski jezik: /

Proces sklepanja: V odgovoru vprašanca ne najdem opredelitev glede pojmov, uporabljenih v teoretskem izhodišču.

Veljavnost teoretskega izhodišča oz. rezultat: Teoretsko izhodišče ni ne potrjeno niti zanikano s strani vprašanca. Ostaja empirično nepreverjeno.

3.

Teoretsko izhodišče oz. tema: VDSPP omogoča integracijo raznolikih pristopov, metod in tehnik dela.

Raziskovalni instrument oz. vprašanje: Kako razumete različne pristope k podpori in pomoči v kontekstu VDSPP?

Prevod v angleški jezik: What is your view on different therapy approaches in the context of MFGT?

Pridobljeni podatki oz. odgovor: »I've learned much from all the approaches I've studied (individual, group, family theories) and used something from each of them in the MFGT sessions to design interventions that bring about change. When you have done enough MFGT the interventions will begin to tell themselves in the sessions. It's like magic. You are going to love it! General Systems Theory is my favorite. I also like Redecision Therapy which incorporates Transactional Analysis and Gestalt, and I like Reality Therapy. Peter Laqueur, MD, George Orvin, MD, William McFarlane MD and John T. Edwards, PhD influenced me the most.«

Prevod v slovenski jezik: »Veliko sem se naučil iz vseh pristopov, ki sem jih študiral (individualne, skupinske, družinske teorije) in uporabil nekaj vsakega od njih na srečanjih VDSPP za oblikovanje strokovnih ravnanj, ki prinašajo spremembe. [...] Generalna sistemska teorija mi je najljubša. Všeč mi je tudi 'terapija ponovnih odločitev', ki vključuje transakcijsko analizo in gestalt in všeč mi je realitetna terapija. Peter Laqueur, MD, George Orvin, MD, William McFarlane MD in John T. Edwards, PhD, so imeli največji vpliv name.«

Proces sklepanja:

1. Iz teoretičnega dela raziskave je razvidno, da se posamezne oblike pomoči (individualna, družinska, skupinska) prakticirajo znotraj različnih terapevtskih pristopov.
2. Pristope oblikujejo različne teorije, metode in tehnike.
3. Različne osebe se v svojem delu lahko razlikujejo bolj ali manj, vendar so razlike v njihovem delu neizbežne.

Vprašanec v odgovoru navede **3 oblike pomoči, 1 teorijo, 4 terapevtske pristope in 4 teoretike in prakse VDSPP**, katerih znanja in prakse integrira v svoje delo pri VDSPP → *»[...] sem jih študiral [...] in uporabil nekaj vsakega od njih na srečanjih VDSPP za oblikovanje strokovnih ravnanj, ki prinašajo spremembe.«*

Na podlagi prvih treh premis in analize vprašančevega odgovora sklepam, da **vprašanec integrira raznolike pristope, metode in tehnike dela**. Ker vprašanec opisuje svojo prakso VDSPP, iz tega sledi, da VDSPP omogoča integracijo raznolikih pristopov, metod in tehnik dela.

Veljavnost teoretskega izhodišča oz. rezultat: Teoretsko izhodišče je s strani vprašanca potrjeno.

4.

Teoretsko izhodišče oz. tema: Družine v procesu VDSPP razpolagajo z več viri za doseganje svojih ciljev kot družine v procesu družinske podpore in pomoči.

Raziskovalni instrument oz. vprašanje: Katere so razlike v doseganju ciljev družin znotraj VDSPP in družinske podpore in pomoči?

Prevod v angleški jezik: What are the differences in attainment of family goals within MFGT and family therapy?

Pridobljeni podatki oz. odgovor: »In individual family therapy all you have in the room is one family. In MFGT you have many families that provide reflections of each other and society. One family can get another family to see something a therapist will never get the family to see or understand. They see reflections of themselves in the other families. It is the process that brings about the change not the content. In an individual family session all you have is the family and that just isn't enough in many cases.«

Prevod v slovenski jezik: »V individualni družinski terapiji imaš v sobi le eno družino. V VDST imaš veliko družin, ki zagotavljajo odseve ena druge in družbe. Ena družina lahko pokaže drugi nekaj, kar ji terapevt nikoli ne bo mogel pokazati ali razložiti. Vidiijo zrcalne podobe same sebe v drugih družinah. Proces je tisti, ki prinese spremembo, ne vsebina. Na individualnem družinskem srečanju imaš le eno družino in to v pogosto primerih preprosto ni dovolj.«

Proces sklepanja: Za potrebe preverjanja teoretskega izhodišča v odgovoru vprašanca najprej definiram vsebujoča pojma »virov« in »družinskih ciljev«.

Družinski cilj je v procesih podpore in pomoči ena ali več lastno zastavljenih skupnih želja družinskih članov po spremembi.

Vir je vse, kar družini pomaga pri doseganju svojega cilja.

V odgovoru vprašanca razberem opredelitev **treh virov**: »veliko število družin«, »proces« in »terapevt«.

»Veliko število družin«: vprašanec trdi, da veliko število družin nudi posameznim družinam možnost refleksije preko prepoznavanja lastne podobnosti drugim družinam in podobnosti skupine družin družbi – »V VDST imaš veliko družin, ki zagotavljajo odseve ena druge in družbe.« To lastnost definiram kot vir, ker jo opiše kot prednost VDSPP pred družinsko podporo in pomočjo pri doseganju spremembe – »Ena družina lahko pokaže drugi nekaj, kar ji terapevt nikoli ne bo mogel pokazati ali razložiti.« in »Na individualnem družinskem srečanju imaš le eno družino in to v pogostih primerih preprosto ni dovolj.« → Iz tega sklepam, da vprašanec trdi, da **ima VDSPP v številu družin prvi vir več kot družinska podpora in pomoč**.

»Proces«: »Proces je tisti, ki prinese spremembo, ne vsebina.« - iz tega sledi, da je proces vir, saj prinaša spremembo. Vprašanec besedo proces implicitno definira kot prepoznavanje družin ena v drugi – »V VDST imaš veliko družin, ki zagotavljajo odseve ena druge in družbe. Ena družina lahko pokaže drugi nekaj, kar ji terapevt nikoli ne bo mogel pokazati ali razložiti. Vidijo zrcalne podobe same sebe v drugih družinah. Proces je tisti, ki prinese spremembo, ne vsebina. Na individualnem družinskem srečanju imaš le eno družino in to v pogostih primerih preprosto ni dovolj.« → Iz tega sklepam, da vprašanec trdi, da **ima VDSPP v procesu drugi vir več kot družinska podpora in pomoč**.

»Terapevt«: Pojem terapevta se nanaša na obe obliki podpore in pomoči in se v odgovoru vprašanca pojavi kot nezadosten vir oz. vir, ki je v primerjavi z virom »velikega števila družin« v podrejenem položaju – »Ena družina lahko pokaže drugi nekaj, kar ji terapevt nikoli ne bo mogel pokazati ali razložiti.« Sklepam, da se v trditvi: »Na individualnem družinskem srečanju imaš le eno družino [...],« z glagolom imaš, v drugi osebi nanaša na (vir) terapevta in pojasnjuje podrejen položaj viroma »procesa« in »velikega števila družin« tudi z besedami: »[...]in to v pogostih primerih preprosto ni dovolj,« Iz tega sklepam, da vprašanec trdi, da **VDSPP in družinska podpora in pomoč delita en vir, ki je v podrejenem položaju predhodno opisanima viroma**.

Iz zgornjih izpeljanih trditev sledi, da **vprašanec navede dva vira VDSPP in en vir, ki je skupen VDSPP in družinski podpori in pomoči – le-ta ima manjši vpliv na doseganje ciljev družin kot vira VDSPP**. Navede torej 3 vire VDSPP in en vir družinski podpori in pomoči in s tem v celoti potrди teoretsko izhodišče, da družine v procesu VDSPP razpolagajo z več viri za doseganje svojih ciljev kot družine v procesu družinske podpore in pomoči.

Do tega sklepa sem kritičen, ker je obravnavano manjše število obstoječih virov v obeh oblikah pomoči.

Veljavnost teoretskega izhodišča oz. rezultat: Teoretsko izhodišče je s strani vprašanca potrjeno.

Teoretsko izhodišče oz. tema: Družine v procesu VDSPP napredujejo pri doseganju svojih ciljev hitreje, kot družine v procesu družinske podpore in pomoči.

Raziskovalni instrument oz. vprašanje: Katere so razlike v doseganju ciljev družin znotraj VDSPP in družinske podpore in pomoči?

Prevod v angleški jezik: What are the differences in attainment of family goals within MFGT and family therapy?

Pridobljeni podatki oz. odgovor: »In individual family therapy all you have in the room is one family. In MFGT you have many families that provide reflections of each other and society. One family can get another family to see something a therapist will never get the family to see or understand. They see reflections of themselves in the other families. It is the process that brings about the change not the content. In an individual family session all you have is the family and that just isn't enough in many cases.«

Prevod v slovenski jezik: »V individualni družinski terapiji imaš v sobi le eno družino. V VDST imaš veliko družin, ki zagotavljajo odseve ena druge in družbe. Ena družina lahko pokaže drugi nekaj, kar ji terapevt nikoli ne bo mogel pokazati ali razložiti. Vidiš zrcalne podobe same sebe v drugih družinah. Proces je tisti, ki prinese spremembo, ne vsebina. Na individualnem družinskem srečanju imaš le eno družino in to v pogostih primerih preprosto ni dovolj.«

Proces sklepanja: Neposredno se vprašanec v odgovoru ne opredeljuje glede pojma hitrosti doseganja ciljev. Opredeljuje pa zmožnosti doseganja ciljev v obeh oblikah pomoči – »Ena družina lahko pokaže drugi nekaj, kar ji terapevt nikoli ne bo mogel pokazati ali razložiti.«, »Na individualnem družinskem srečanju imaš le eno družino in to v pogostih primerih preprosto ni dovolj [za spremembo].«

To je mogoče interpretirati v premo sorazmernem odnosu do časa:

odsotnost zmožnosti doseganja ciljev = neskončen čas doseganja ciljev

majhna zmožnost doseganja ciljev = dolg čas doseganja cilja

velika zmožnost doseganja ciljev = kratek čas doseganja ciljen

V odgovoru vprašanca je eksplicitno izražena manjša zmožnost družinske oblike podpore in pomoči za doseganje ciljev družine v primerjavi z zmožnostjo VDSPP – »Ena družina lahko pokaže drugi nekaj, kar ji terapevt nikoli ne bo mogel pokazati ali razložiti.«; implicitno pa je izražena večja zmožnost VDSPP za doseganje ciljev družin, od zmožnosti družinske podpore in pomoči. Iz tega sledi, da je v vprašančevem odgovoru možno implicitno razbrati, da družine v procesu VDSPP napredujejo pri doseganju svojih ciljev hitreje, kot družine v procesu družinske podpore in pomoči.

Do tega logičnega zaključka sem kritičen: ker temelji le na enem izmed kriterijev, ki delujejo in vplivajo na hitrost doseganja ciljev v obeh oblikah pomoči; ker ni eksplicitno izražen odnos do obravnavanega pojma v teoretskem izhodišču.

Veljavnost teoretskega izhodišča oz. rezultat: Teoretsko izhodišče je s strani vprašanca potrjeno.

6.

Teoretsko izhodišče oz. tema: V procesu VDSPP je možno soustvarjati rešitve tudi v socialnih mrežah družin izven družinske skupine (npr. s socialnimi ustanovami).

Raziskovalni instrument oz. vprašanje: Kakšne so pri VDSPP možnosti aktivacije virov posameznih družin v njihovih socialnih okoljih izven VDSPP?

Prevod v angleški jezik: In MFGT, what are the possibilities of activating the family resources in their social environments outside the multiple family group?

Pridobljeni podatki oz. odgovor: »When families think they are alone in their pain, ordeal, etc., then they will not talk about it. They tend to isolate. Maybe they are ashamed. It feels like guilt. Shame says that they are not good human beings. Guild says you did something wrong. Ask what did you do wrong? When they can witness another family having the same feelings and family process they are, it makes it easier for them to identify and realize they are not alone. Mothers identify with mothers and fathers identify with fathers, etc. It gives them the confidence to speak up about their own pain at some point in the multiple family therapy group. Sometimes they develop new social groups from people they meet in the MFGT sessions they attend. One change in a system will bring about other changes in a system. Even in families in the communities they return to over time if you watch closely you will see change.«

Prevod v slovenski jezik: /

Proces sklepanja: V odgovoru vprašanca ne najdem opredelitev glede pojmov uporabljenih v teoretskem izhodišču.

Veljavnost teoretskega izhodišča oz. rezultat: Teoretsko izhodišče ni potrjeno, niti zanikano s strani vprašanca. Ostaja empirično nepreverjeno.

7.

Teoretsko izhodišče oz. tema: VDSPP je primerna oblika pomoči za širok spekter populacij in psihosocialnih težav posameznikov in družin.

Raziskovalni instrument oz. vprašanje: Za katere populacije družin in posameznikov s psihosocialnimi težavami je po vašem znanju VDSPP primerna oblika podpore in pomoči?

Prevod v angleški jezik: To your knowledge, which populations of families and individuals with psychosocial difficulties can benefit from MFGT?

Pridobljeni podatki oz. odgovor: »Yes. As long as they can participate in the group and not disrupt it or cause harm. All dysfunctional families organize themselves around the symptom (abuse, addiction, schizophrenia, etc) without realizing it. They get stuck in a family dance that they can't break free from. It's called the Karpman Triangle. Everyone dances from position to position: victim, persecutor and rescuer. The way they get off the Triangle is to take personal responsibility for themselves and allow everyone else to do the same. No protecting anyone from the consequences of their behavior. The consequence is their best friend.«

Prevod v slovenski jezik: »Da. Dokler lahko sodelujejo v skupini in je ne razdirajo ali poškodujejo. Vse disfunkcionalne družine se organizirajo okoli simptoma (zloraba, zasvojenost, shizofrenija itd.) brez da bi se tega zavedale. [...]«

Proces sklepanja: Iz vprašančevega odgovora so razvidni trije kriteriji za primernost VDST:

1. zmožnost sodelovanja v skupini – »Dokler lahko sodelujejo v skupini [...]«
2. odsotnost razdiranja skupine – »[...]je ne razdirajo [...]«
3. odsotnost škodovanja skupini – »[...] ali poškodujejo."«

Za določitev veljavnosti teoretskega izhodišča so potrebne definicije pojmov v odgovoru: »sodelovanje v skupini«, »razdiranje skupine«, »poškodovanje skupine«; in v teoretskem izhodišču: »primerna oblika pomoči«, »širok spekter populacij in psihosocialnih težav posameznikov in družin«.

Ker odgovor ne zagotavlja definicij pojmov, ki so potrebni za primerjavo empiričnega gradiva s teoretskim izhodiščem ocenjujem teoretično izhodišče empirično nepreverjeno.

Kritičen sem tudi do formulacije teoretičnega izhodišča, saj je zastavljena s težko preverljivim abstraktnim pojmom.

Veljavnost teoretskega izhodišča oz. rezultat: Teoretsko izhodišče ni potrjeno, niti zanikano s strani vprašanca. Ostaja empirično nepreverjeno.