

UNIVERZA V LJUBLJANI
PEDAGOŠKA FAKULTETA

DIPLOMSKO DELO

ANDREJA RANČIGAJ

UNIVERZA V LJUBLJANI
PEDAGOŠKA FAKULTETA
Socialna pedagogika

PRIMERJAVA MED PSIHOTERAPIJO IN SOCIALNO
PEDAGOGIKO Z VIDIKA (DOSEŽENIH) SPREMEMB

DIPLOMSKO DELO

Mentor: doc. dr. Tomaž Vec

Kandidatka: Andreja Rančigaj

Ljubljana, september, 2016

Zahvale

Iskrena hvala mentorju doc. dr. Tomažu Vecu za strokovno usmerjanje, konstruktivne komentarje in izjemno potrpežljivost ter za spodbudo ob koncu.

Hvala družini, prijateljem in vsem, ki so mi stali ob strani.

POVZETEK

Naslov: Primerjava med psihoterapijo in socialno pedagogiko z vidika (doseženih) sprememb

Diplomsko delo je teoretično. Glavni namen diplomskega dela je primerjava zaznanih sprememb, ki so povezane s psihoterapijo in socialno pedagogiko. Koncept spremembe je pomemben koncept v poklicih pomoči. Mnoge raziskave potrjujejo, da je psihoterapija uspešna in učinkovita. Tudi socialna pedagogika namenja nekaj pozornosti učinku in merjenju učinka. V diplomskem delu so primerjane dosežene ali zaznane spremembe. Primerjava med psihoterapijo in socialno pedagogiko je pokazala nekatere podobnosti in razlike v povezavi z zaznanim učinkom. Prav tako obstajajo podobnosti in razlike v načinu, kako so psihoterapevtske in socialno-pedagoške raziskave izvajane in predstavljene. Na podlagi primerjave med obema vedama so predstavljeni nekateri (uporabni) zaključki in usmeritve.

Ključne besede: psihoterapija, socialna pedagogika, sprememba, učinek, uspešnost, učinkovitost

ABSTRACT

Title: A comparison between psychotherapy and social pedagogy from the perspective of (achieved) changes

The thesis is theoretical. The main purpose of this thesis is a comparison of perceived changes that are connected to psychotherapy and social pedagogy. The concept of change is the main concept in the helping professions. There are many studies that confirm psychotherapy to be effective and efficient. Social pedagogy also focus some attention to effect and measuring of effect. In diploma thesis achieved or perceived changes are compared. A comparison between psychotherapy and social pedagogy has showed some similarities and differences in terms of perceived effect. There are also similarities and differences in the way how psychotherapy and social pedagogy studies are conducted and presented. Some (useful) conclusions and guidelines are presented based on the comparison between both sciences.

Key words: psychotherapy, social pedagogy, change, effect, effectiveness, efficacy

Kazalo

1. UVOD	1
2. TEORETIČNI DEL.....	2
2.1. METODOLOGIJA, CILJI IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	2
2.2. PSIHOTERAPIJA	3
2.2.1.Oprelitev osnovnih pojmov	3
2.2.2.Diagnoza in diagnostika	6
2.2.3.Simptom	10
2.2.4.O učinkovitosti in uspešnosti psihoterapije.....	14
2.3. SOCIALNA PEDAGOGIKA	39
2.3.1.Težave pri iskanju in izbiri socialno-pedagoške literature.....	40
2.3.2.Socialno-pedagoška pomoč in velikost spremembe.....	44
2.3.3.Problem sprememb na področju socialne pedagogike	45
2.3.4.Indikatorji sprememb	47
2.3.5.Kaj »deluje« pri socialno-pedagoški pomoči	49
2.3.6.(Socialno-pedagoške) intervencije in spremembe.....	51
2.3.7.Različne oblike socialno-pedagoške pomoči in spremembe.....	57
2.3.8.Druge ugotovitve o uspešnosti pomoči otrokom in mladostnikom	60
2.4. PSIHOTERAPIJA IN SOCIALNA PEDAGOGIKA.....	62
2.4.1.Primerjava (doseženih) sprememb med psihoterapijo in socialno pedagogiko	62
2.4.2.Primerjava načinov raziskovanja med psihoterapijo in socialno pedagogiko.....	65
2.4.3.Pomisleki in razmišljanja v povezavi s preučevanjem spremembe	68
2.4.4.Zaključki in usmeritve.....	70
2.4.5.Refleksija dosedanjega dela	72
3. SKLEPI	77
4. LITERATURA.....	79

1. UVOD

Namen diplomskega dela je predstaviti in primerjati (dosežene) spremembe, ki jih zaznamo v povezavi med socialno pedagogiko in psihoterapijo. Koncept spremembe je pri strokovnem delu z ljudmi velikega pomena. Tudi v primeru socialne pedagogike je sprememba izjemnega pomena. Bistveni elementi socialno-pedagoškega konteksta so odnos, struktura in sprememba (Storø, 2013: 97). Če katerikoli element izostane, se izgubi socialno-pedagoški kontekst. Brez cilja spremembe predstavlja nameščenost mladostnika v vzgojni ustanovi le mesto, kjer mladostnik prebiva (prav tam).

Poraja se vprašanje, zakaj je pomembno primerjanje psihoterapije in socialne pedagogike ter njihovih učinkov. Prvi možni odgovor se glasi, da je mogoče sodelovanje med različnimi strokami. Ali kot nakazuje naslednja misel: »vsaka razprava o spodbujanju sodelovanja« mora »najprej priznati /.../ razlike« (Rogers, 1987, v Klemenčič Rozman, 2015: 78). Naslednji mogoč odgovor glede pomena primerjav bi lahko bil možnost prenosa spoznanj med strokama. Uporabnost spoznanj bi veljalo kasneje preizkusiti tudi v praksi. Kot tretji možni odgovor bi izpostavila, da je s preučevanjem druge stroke mogoča refleksija lastne stroke. Prav tako primerjave omogočajo krepitev lastne strokovne identitete in ponujajo dragoceno povratno informacijo o stanju in pomenu stroke.

2. TEORETIČNI DEL

2.1. METODOLOGIJA, CILJI IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalna metoda

Diplomsko delo je teoretično. Osnovni način raziskovanja je prebiranje literature in analiza prebrane literature. Uporabljeni bodo primarni, sekundarni ali terciarni viri (Zelenika, 2000, v Čagran, Pšunder, Fošnarič in Ladič, 2008: 15-16). Predvideni prevladujoči metodi raziskovanja bosta deskriptivna metoda in komparativna metoda (Mužič, 1986, Sešić, 1974, Zelenika, 2000, vsi v Čagran, Pšunder, Fošnarič in Ladič, 2008: 15).

Opredelitev problema

Namen diplomskega dela je ugotoviti, kateri učinki ali druge spremembe se pojavljajo v povezavi s psihoterapijo in socialno pedagogiko, ter omenjene učinke med seboj primerjati. Sprva bodo predstavljeni učinki, ki jih zaznamo v povezavi s psihoterapijo. Nato bodo predstavljeni še učinki, ki se nanašajo na socialno-pedagoško strokovno delo. Med seboj bodo primerjani učinki in druge spremembe, ki jih zaznamo v povezavi z obema strokama. Ugotoviti želim, ali se zaznani učinki in velikosti učinkov med obema strokama razlikujejo. Primerjani bodo tudi načini raziskovanja v raziskavah. Zanimalo me bo, ali se raziskovanje v primeru psihoterapije in socialne pedagogike razlikuje. Na koncu bodo na podlagi primerjav oblikovani zaključki in nekatere (uporabne) usmeritve.

Cilji

V diplomskem delu imam namen doseči naslednja dva cilja:

- S pomočjo uporabe (dostopne) literature in sklepanja na podlagi izsledkov raziskav primerjati (zaznane/dosežene/raziskovane/raziskane) spremembe, ki jih zaznamo v povezavi s psihoterapijo in socialno pedagogiko.
- Ugotoviti, katere povzetke lahko izpeljemo s pomočjo tovrstnih primerjav in kaj to pomeni za morebitna priporočila ter nadaljnje usmeritve.

Raziskovalna vprašanja:

- Katera so nekatere spoznanja (raziskave, metaanalize, spremembe, učinki,...), ki se nanašajo na psihoterapijo?
- Katera so nekatere spoznanja, ki se nanašajo na socialno pedagogiko?

- Kako lahko primerjamo psihoterapevtska in socialno-pedagoška spoznanja, ki so povezana s spremembami/učinki?
- Kako se razlikuje način raziskovanja v psihoterapevtskih in socialno-pedagoških raziskavah?
- Katere zaključke in usmeritve je mogoče izpeljati na podlagi predhodno omenjenih primerjav?

2.2. PSIHOTERAPIJA

V tem poglavju bodo obravnavane nekatere splošne informacije o psihoterapiji. Bolj podrobno bodo nekatera psihoterapevtska spoznanja povezana s socialno pedagogiko v poglavju Psihoterapija in socialna pedagogika.

2.2.1. Opredelitev osnovnih pojmov

Izraz psihoterapija ni najbolj posrečen, saj napeljuje na to, da naj bi bilo s posameznikovo psiho nekaj »narobe« in jo je zato potrebno »zdraviti« ali »popraviti«. Prav tako daje vtis, da je terapija predpisana posamezniku, ta pa je le pasivni sprejemnik in ne aktivni člen v procesu. Vendar če bi želela zamenjati izraz psihoterapija z, denimo, pogovor ali odnos, bi morala natančneje opredeliti kakšen pogovor ali odnos. Ker spreminjanje same terminologije presega osnovni namen diplomskega dela in ker bi bilo zaradi tega diplomsko delo morda težje razumljivo in berljivo, bom v nadaljevanju izraz psihoterapija uporabljala tako, kot se sicer uporablja v strokovni in širši javnosti.

Enotne definicije psihoterapije ni, zato obstaja več razlag izraza. Za začetek naj omenim eno. »Psihoterapija je namerna uporaba kliničnih metod in medosebnih značilnosti, ki slonijo na uveljavljenih psiholoških principih z namenom spremeniti klientovo vedenje, mišljenje, čustva in/ali druge osebne značilnosti v smeri, ki jih klient želi« (Prochaska in Norcross, 2003, v Žvelc, 2011: 1).

Druga definicija: »Psihoterapija je sistematična uporaba definiranih metod pri obravnavi duševnih stisk in psihosomatskih pritožb kakor tudi življenjskih kriz različnega izvora. Osnova za obravnavo je odnos psihoterapevta do pacienta oz. v nekliničnem okolju do klienta. Ciljna skupina so ljudje z emocionalnimi problemi kakor tudi ljudje, ki bi hoteli razširiti svoje možnosti za socialno delovanje in svoje notranje resurse. Psihoterapija je zato v mnogih primerih tudi preventivna« (Pritz, 2003a: 9). Že v prvih dveh definicijah lahko vidimo tako stičnosti kot tudi nekatere različne poudarke.

»Ameriški psihoterapevt Yalom (1992: 13-14, v Kobač, 2003: 26) pravi, da je srčika psihoterapije človeško srečanje dveh ljudi, kjer ima en (praviloma, vendar ne vedno, je to klient) več težav kot drugi«.

Zgornje razumevanje se mi zdi zanimivo, saj se navadno pričakuje, da je psihoterapevt pri sebi »razčistil« (skozi osebno psihoterapevtsko izkušnjo, supervizijo) in temu primerno nima (veliko) težav, ali vsaj, da se z njimi uspešno sooča. Vendar pa je taka predstava vsaj po mojem mnenju nekoliko idealistična. Navsezadnje je psihoterapevt prav tako človek, psihoterapevtska izkušnja pa tudi ne čudežna metoda, ki bi posameznika naredila povsem neobčutljivega na včasih zelo zahtevne življenjske izkušnje. Pričakovati, da se psihoterapevt nikoli ne bo znašel v taki ali drugačni stiski, je približno enako realno, kot pričakovati, da zdravnik nikoli ne bo zbolel. Samo dobro poznavanje področja posameznika še ne naredi povsem »imunega« na čisto človeške stiske.

Ko je govora o psihoterapiji je vredno poudariti, da psihoterapije ni mogoče razumeti »kot edino ali v vseh primerih najustreznejšo obliko strokovne pomoči« (Franzl, 2000: 15). Pomembno je, da različnih oblik pomoči med seboj ne vrednotimo. Nesmiselno bi bilo reči, »da so prijateljska pomoč, podpora in razumevanje, konkreten nasvet, sugestija ali neposreden poseg v okolje« kaj »več ali manj vredni« kot psihoterapevtska pomoč (prav tam: 15).

Avtor (prav tam) natančneje opredeljuje, kaj je psihoterapija, kdaj naj se izraz uporablja in kdaj bi bilo ustreznejše drugo poimenovanje (za več informacij glej prav tam: 13-16). Nekateri zagovarjajo, da je psihoterapijo mogoče razumeti v okviru točno določene teorije, na primer psihoanalitične (prav tam: 18).

Na tem mestu se sama ne bom jasno opredelila, kaj je definicija psihoterapije. V strokovnih krogih ni enotne definicije in so mnenja o tem deljena. Za namen diplomskega dela ni potrebno izhajati le iz ene definicije. V nadaljevanju bo izraz psihoterapija uporabljen tako, kot je omenjen v literaturi, pri čemer ne bom posvečala pretirane pozornosti temu, kakšno razumevanje je imel posamezen avtor v mislih.

Poleg psihoterapije si je smiselno pogledati še druge izraze, ki so z le-to povezani. Za osebo, ki »izvaja« psihoterapijo se navadno uporablja izraz psihoterapevt ali terapevt, za osebo, ki je poleg psihoterapevta soudeležena v procesu pa izraz klient ali pacient.

Beseda terapevt je grškega izvora in pomeni »sluga«. Grški izvor besede »terapija« ustreza angleškemu glagolu »to wait«, torej čakati (Taft, 1932, v Müller, 2008: 135). Kot je razvidno, terapevt ne izvaja terapije, ampak potrpežljivo čaka, da se v procesu in odnosu nekaj zgodi.

Izraza klient in pacient nista najbolj posrečena, sta pa kljub temu splošno uveljavljena. Izraz klient morda nekoliko preveč spominja na odvetniško prakso, medtem ko se izraz pacient zaradi pogoste uporabe v zdravstvu napačno razume kot »bolnik«. Glagol »pati« namreč v latinščini v prevodu pomeni »trpeti« (za prevod latinskega izraza glej na primer The latin dictionary: Where latin meets english: Pati, 2010). Pacient je torej oseba, ki trpi.

Izrazoslovje je poleg že omenjenega lahko nekoliko »problematično«, ker še dodatno poudarja premoč strokovnjaka v poklicu po-moči. Čeprav je po drugi strani vsaj po mojem mnenju vredno upoštevati, da s samim spreminjanjem terminologije lahko pride do zanikanja moči, oziroma je že sama želja po spreminjanju izrazoslovja lahko znak želje po zanikanju moči, ki kljub spremenjenemu besednjaku in zanikanju ostaja, le da je ta po tem manj pod nadzorom.

Če se vrnemo nazaj na neenakovrednost psihoterapevtskega odnosa ali drugega odnosa v poklicih pomoči, lahko omenimo razmišljanje Yaloma (2002: 7, v Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2005: 5): »Kljub številnim opisom terapevtskega odnosa (pacient – terapevt, klient – svetovalec, analizant – analitik, klient – pomagajoči, uporabnik – oskrbovalec), nobeden ne zajema mojega razumevanja tega odnosa. O pacientih in o sebi kot terapevtu raje razmišljam kot o sopotnikih. To presega razlikovanje med »njimi« (bolnimi) in »nami« (zdravilci). Nihče ni imun pred tragičnostjo eksistence in to nas povezuje« (prav tam).

V nadaljevanju bodo kljub predhodno omenjenemu zaradi lažjega razumevanja in berljivosti uporabljeni izrazi psihoterapevt, terapevt, klient in pacient.

Za hip se ustavimo še pri definiciji »duševnega zdravja«. Izraz zopet ni najbolj posrečen, saj napeljuje, da naj bi bilo nasprotje »duševnega zdravja« »duševna bolezen«. Vendar čisto vsake (duševne) stiske ni moč opredeliti kot bolezen.

Svetovna zdravstvena organizacija definira zdravje z naslednjo definicijo: »Zdravje je stanje celostnega fizičnega, duševnega in socialnega blagostanja ter ne samo odsotnost bolezni ali bolehnosti/šibkosti (angl. infirmity)« (World Health Organization: Mental health: a state of well-being, 2014: b. s.). Na podlagi predhodno zapisanega lahko vidimo, da zdravja torej ne razumemo kot nasprotje bolezni. Opredelimo lahko tudi »duševno zdravje«, ki je »stanje dobrega počutja, ob katerem vsak posameznik prepozna in uresničuje svoje potencialne, se

lahko sooča z običajnimi stresnimi situacijami v življenju, lahko dela produktivno in je sposoben prispevati k skupnosti« (prav tam: b. s.). K temu lahko dodamo še preprosto definicijo, da je duševno zdrav tisti, ki je sposoben delati in ljubiti (Freud, v Franzl, 1997: 62).

V diplomskem delu bodo med drugim uporabljeni izrazi kot so stiska, težava, problem... Mija M. Klemenčič Rozman (2015: 10) opozarja, da »slednji že stigmatizirajo posameznika«, saj vodijo »do domneve /.../, da je torej problematičen posameznik, ki se s težavo ali problemom sooča. Večinoma pa gre zgolj za spoprijemanje s temami, situacijami ali z življenjskimi položaji, ki so v družbenem okolju tabuizirani, diskriminirani in stigmatizirani, pa tudi generirani«. Avtorica (prav tam: 10) namesto omenjenih izrazov svetuje izraz »tematika«. Sama bom v besedilu kljub temu uporabljala besede, kot so stiska, težava, problem..., deloma zaradi tega, ker sem jih med pisanjem že uporabila in bi morala za nazaj vse spreminjati, deloma zato, ker omenjenega izrazoslovja (priznam) še nisem čisto osvojila, in zato, ker bi bilo za morebitnega bralca, ki v tem kontekstu ni vajen takega izrazoslovja, besedilo morda težje razumljivo. Na tem mestu pomisleke glede uporabe tovrstnega besednjaka zgolj omenjam in svetujem določeno mero distance do uporabljenih izrazov.

2.2.2. Diagnoza in diagnostika

Diagnostika je predmet številnih kritik. Znan je preizkus, ko so nekaj ljudi sprejeli v psihiatrično bolnišnico po tem, ko so ti navedli, da doživljajo slušne halucinacije. Kasneje so omenjeni posamezniki neuspešno prepričevali osebe, da niso »duševno bolni« (Rosenhan, 2004; Rosenhan, 1973, v Hill, 1998). V nekaterih drugih preizkusih so strokovnjaki osebo na videoposnetku drugače ocenili, če jim je bila sporočena domnevna (lažna) diagnoza (Langer in Abelson, 2004; Tamerline, 1970, v Hill, 1998). Zanimivo je, da naj bi imeli tisti, ki ne sprejmejo svoje diagnoze, boljšo prognozo oziroma naj bi z večjo verjetnostjo doživeli »izboljšanje«, kar nakazuje na samo-izpolnjujočo se prerokbo, ki je vezana na diagnozo (Doherty, 1975, v Hill, 1998). Obstajajo pa tudi izjeme - na primer »alkoholiki«, ki sprejmejo svojo diagnozo, z večjo verjetnostjo prenehajo s pitjem (v Hill, 1998).

Ko je govora o diagnozi, ni mogoče iti mimo koncepta »normalnosti«. Namesto »nenormalnosti« bi bilo morda ustrezneje govoriti o nefunkcionalnosti. To kar je funkcionalno za nekoga, ni nujno funkcionalno za drugega (Walsh, 1993: 9, v Poljšak Škraban, 2007: 192). V družini je nekaj funkcionalno za nekatere družinske člane, ne pa tudi nujno za druge (prav tam: 192). Prav tako lahko posameznik uporablja tiste vedenjske vzorce, ki so mu v preteklosti ob preizkušnjah pomagali preživeti, pri čemer le-te uporablja še potem, ko ti niso več

funkcionalni (Žorž, 2011: 366). Smiselno se je torej vprašati, kaj, za koga in kdaj je nekaj funkcionalno. Kljub predhodno omenjenemu pa bi sama opozorila, da zgolj z zamenjavo koncepta »(ne)normalnosti« z »(ne)funkcionalnostjo« ne izgine nujno normativnost, ki spremlja omenjene izraze.

Maddux (2004: 243) opozarja, da nimamo »jasnih kriterijev za /.../ razlikovanje med /.../ zdravim in nezdravim psihološkim funkcioniranjem«. Ob tem navaja štiri argumente (prav tam: 243):

- »Razlikovanje med normalnim in abnormalnim ali med zdravim in patološkim psihološkim funkcioniranjem je lažna dihotomija;
- koncept psihopatologije ali duševne motnje ni znanstveni koncept;
- naše neuradne in uradne definicije psihološke normalnosti in zdravja so pod vplivom spolnih predsodkov, in so zato neuporabne;
- s tem, ko smo naredili tako veliko število običajnih življenjskih problemov za patološke, smo naredili koncept psihopatologije ali duševne motnje neuporaben« (prav tam: 243).

Različne psihološke intervencije (na primer psihoterapija), ki se uporabljajo pri »duševnih motnjah«, so lahko bolj ali manj metodološko znanstveno utemeljene in vodijo v spremembe. Ni torej vprašanje, ali lahko z znanstveno podprtimi metodami »spodbudimo spremembo«, vendar pa je tisto, kar naj bi spremenili oziroma bi domnevno »morali spremeniti«, »vprašanje vrednot in ne znanosti« (v Maddux, 2004: 244).

Po vsem tem se poraja vprašanje ali je diagnoza smiselna in ali ni morda škodljiva. Obstajajo tudi nasprotna mnenja. Eno je predstavljeno v nadaljevanju. »Pomisleki, da je psihiatrična diagnoza nepotrebna in da ima lahko vlogo nalepke, ki bi osebi utegnila škodovati, so bolj plod predsodkov in pomanjkljive predstave o mestu psihiatrije med medicinskimi vedami kot pa tehtnih argumentov. Če diagnozo zanikamo, s tem še ne odpravimo bolezni – oseba z duševnimi motnjami pa bi bila lahko prikrajšana za ustrezno zdravstveno obravnavo, ki jo potrebuje, in do katere ima vso pravico« (Tomori, 1999: 8).

Zgoraj je bil predstavljen psihiatrični pogled na diagnozo. Kakšen pa je psihoterapevtski? Lahko bi rekli le, da ni enoten. Freud (2000, v Bohak, 2011: 136) je zagovarjal tezo, da smo vsi malo »nori« in »bolni«. Med duševnim »zdravjem« in »boleznijo« tako po Freud-ovem mnenju ni mogoče jasno razmejevati (Freud, 2000, prav tam: 136). Še bolj očitno je njegovo stališče, če si za ponazoritev pogledamo naslednjo izjavo: »Pričakovanje, da je mogoče ozdraviti vsak nevrotični pojav, ima po mojem mnenju sumljiv izvor v tistem laikovem

prepričanju, da so nevroze nekaj čisto odvečnega, kar nima nikakršne pravice do obstoja« (Freud, v Crnkovič, 2004: 80). Freud torej duševnih težav ni obravnaval kot nekaj, česar bi se bilo nujno znebiti. Podobno stališče z različnimi poudarki so zavzeli nekateri drugi avtorji. Najbolj »ubog« naj bi bil po Winnicott-ovem prepričanju tisti, ki je samo »zdrav« in »normalen« (v Bohak, 2011: 137), medtem ko gre Fromm (1982, prav tam) v svojem razmišljanju celo dlje, ko pravi, da so tisti, ki si ne dovolijo »niti enega simptoma«, pravzaprav »najbolj bolni«.

Različni pristopi imajo na diagnosticiranje različen pogled. Mnenja se nahajajo na kontinuumu od nujnosti diagnostike preko nepotrebnosti in vse do škodljivosti diagnosticiranja (Lojk in Lojk, 2011: 322).

Nekateri pristopi in terapije izhajajo iz »konstruktivističnega razumevanja človeka«, kjer ni bistveno »ugotoviti, za katero bolezen gre /.../, ampak« razumeti, kako posameznik pojmuje svet in sebe ter »kaj je zanj in ne zame dobro« (prav tam). Obstajajo izjeme, ko bi lahko govorili o bolezni in pomenu diagnostike, na primer takrat, ko je mogoče najti biološko osnovo za nastale težave (Glasser, prav tam).

»Psihoterapevska diagnostika /.../ je šibka točka večine psihoterapevtskih pristopov« (Bohak, 2011: 182). Zato Yalom (2003: 4-5; prav tam: 182) pravi: »Izogibate se diagnoz; razen za potrebe zdravstvenih zavarovalnic«. Vendar »pa je psihoterapevska diagnostika« kljub temu »potrebna« kot »orientacija /.../ za /.../ odločitve«, »ali bo psihoterapevt sprejel pacienta v obravnavo« in »za oceno predvidenega psihoterapevtskega procesa /.../« (prav tam: 182-183).

Praper (2002: 226), sicer predstavnik razvojno analitične psihoterapije, je mnenja, da je diagnosticiranje »oz. ocenjevanje osebnostne strukture« bistveno ne samo na začetku, »ampak skozi« celoten psihoterapevtski »proces« (prav tam: 226). Po avtorjevem mnenju (prav tam: 224) se težave pri posamezniku med drugim kažejo kot »rigidna pozicija na ekstremni distanci (in izgubljanje kontakta) ali ekstremna bližina (in izgubljanje meje) prav tako pa tudi preskakovanje iz enega v drugi ekstrem /.../«. Glede na opisano sama predvidevam, da je diagnostika v nekaterih primerih v uporabi z namenom uravnavanja bližine in distance v psihoterapevtskem odnosu in procesu.

Zapparoli (v Žunter Nagy, 2000: 256) pravi, da je natančna razvojna diagnostika potrebna, da se predvidijo potencialno nevarne situacije in se usmerja k različnim oblikam pomoči.

Sistemska terapija se je ogradila od diagnoz in patologije. Terapevti namesto diagnoze uporabljajo »pojmem identificirani klient«. Terapevt denimo vprašanje: »Zakaj si brez volje?« raje zamenja z »/.../, kaj tvoja brezvoljnost pomeni za tvojo ženo Petro?«. S tem se preusmeri pozornost s posameznikove patologije na »komunikacijski, odnosni vidik« (Možina, Štajduhar, Kačič in Šugman Bohinc, 2011: 467-468).

Poleg sistemske terapije diagnozi praviloma ne dajejo velike teže na primer sledeči pristopi: realitetna terapija (Lojk in Lojk, 2011: 322), gestalt terapija (Žorž, 2011: 366-368) in transakcijska analiza (Milivojević, 2011: 382-383).

Različni pristopi imajo torej raznolik pogled na pomen diagnostike in si različno razlagajo tako nastanek problema, kot tudi način, kako priti do rešitve. Ne obstajajo pa razlike zgolj med pristopi, ampak tudi med posameznimi terapevti. Glede vprašanja diagnoze bi lahko terapevte razdelili v dve skupini.

Bohak (2011: 174) v prvo skupino uvršča terapevte, ki uvodoma porabijo veliko časa za natančno diagnosticiranje. Na podlagi rezultatov le-tega »predpišejo« terapijo za posameznika in prilagodijo odnos, s katerim bi utegnil biti klient z določeno diagnozo zadovoljen. V drugo skupino sodijo terapevti, ki diagnozi ne pripisujejo velikega pomena. Nekateri sicer v obravnavo ne sprejemajo vseh klientov. Terapije ne prilagajajo diagnozi in se v podrobnejše diagnosticiranje ne spuščajo. Vendar tudi ti terapevti spontano prilagajajo svoj odnos stanju, v katerem je klient: »Občutljiv terapevt vzpostavi različen odnos do različnih pacientov, in do istega pacienta v različnih trenutkih« (prav tam: 174).

Poleg usmeritve na diagnozo in problem se vse bolj uveljavlja usmerjenost na vire. »Raziskave« naj bi nakazovale, »da so terapevti«, ki so usmerjeni »na vire, uspešnejši« (Grawe, 2004, v Možina, 2011: 521).

Zdi se, da je psihoterapija, vključno s pristopi in terapevti, ki še vedno zagovarjajo pomen diagnoze, vse bolj namesto v patologijo in problem usmerjena v rešitve, vire in odnos. V nadaljevanju je opisan ta razvoj psihoterapije.

»Prvi val psihoterapije je temeljil na patologiji. Drugi val je bil usmerjen v problem in reševanje problema. Tretji val se je usmeril v rešitve in iskanje rešitev. Četrty val prihaja, vendar nihče še nima rešitve zanj« (O'Hanlon, 1993, v Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2005: 11). Avtorji (Čačinovič Vogrinčič, Kobal, Mešl in Možina, 2005: 11) si četrty val razlagajo, kot da se osrednjo pozornost namenja odnosu in procesu.

Danes je veliko govora o odnosu in dobri terapevtski (delovni) aliansi. Zdi se, da ravno to v veliki meri pripomore k uspešnosti različnih psihoterapevtskih pristopov (splošni dejavniki). Več o učinkovitosti in uspešnosti psihoterapije bo govora nekoliko kasneje, prav tako o pomenu odnosa. Zaenkrat lahko omenimo le, da je, kot kaže, odnos med terapevtom in klientom/pacientom eden izmed najpomembnejših, če že ne celo najpomembnejši dejavnik v terapiji, povezan z izidom.

2.2.3. Simptom

Za začetek si pogledjmo, kakšen je psihodinamski pogled na simptom. »Izraz psihodinamika pomeni delovanje sil v duševnosti in konflikte med različnimi silami oz. med posameznimi deli Freudovega strukturnega modela psihe« (Bohak, 2011: 120). »Psihodinamsko pomeni, da je človekovo doživljanje in vedenje posledica motivov, nagonov in psihičnih konfliktov, ki so lahko bolj ali manj globoko potisnjeni v podzavest« (Ziherl, 1999: 387).

Freud je v sodelovanju z Breuerjem dognal, da simptomi izginejo in znova pridejo nazaj, če v osebnosti ni spremembe. Zato po Freud-ovem mnenju izida ni mogoče meriti na podlagi odsotnosti simptomov. Po njegovem mnenju je bistvena osebnostna sprememba, kar je merilo uspeha v psihodinamično usmerjenih oblikah psihoterapije tudi dandanes (Praper, 2011: 100). Simptom sicer lahko odpravimo (na primer s sugestijo). Vendar, če ob tem ne sprostimo energije, ki je v ozadju, se simptom kasneje javi (Bohak, 2011: 132) v isti (Pečjak, 2011: 227) ali drugi obliki (Bohak, 2011: 132), pri čemer je le-ta kasneje »še bolj trdovraten« (Pečjak, 2011: 227). Vredno je poudariti, da pojavljanje simptoma v drugi obliki ni le stvar določene teorije, ampak je bilo omenjeno zaznano tudi v praksi. Ob sledenju posameznikom se je izkazalo, da je del le-teh »spremenil simptomatski status več kot enkrat« (glej na primer Brown in Barlow, 1995, Shapiro et al., 1995, oboje v Roth in Fonagy, 2005: 30).

Nekoliko drugačen pogled na simptom ima vedenjski pristop. Glede javljanja simptoma drugje je za vedenjski pristop ključno to, da lahko oseba s tem novim simptomom »lažje živi« (Pastirk, 2011: 279). Judith Beck (2007, prav tam: 267) pa celo izpostavi, da sočasno z zmanjševanjem simptomov sčasoma pride do nekaterih »sprememb v osebnostni strukturi«.

Če se vrnemo nazaj na psihodinamični pogled... Bohak (2011: 136-137) pravi, da »simptomi /.../ vztrajajo, ker prinašajo /.../ primarne in sekundarne koristi«. »Primarna korist« izvira iz notranjosti. Gre za to, da posameznik »lažje prenaša« trpljenje ob simptomu, kot bi prenašal »ogrožajočo /.../ resnico«, pred katero se brani in je ne sme spoznati.

Mnogi problemi, tudi simptomi, naj bi bili povezani bodisi s premajhno sposobnostjo samonadzora, bodisi s pretirano samoregulacijo oziroma »napačno« regulacijo (glej v Baumeister in Heatherton, 2004). Posameznikovi viri za samoregulacijo niso povsem neomejeni. Če se posameznik nadzoruje na nekem področju, se kratkoročno težje nadzoruje na drugih področjih, ali pa se zaradi izčrpanosti skorajda ni več sposoben nadzorovati. Nasprotno, dolgoročno gledano, vaja v samoregulaciji lahko privede do večje sposobnosti samonadzora v prihodnosti (prav tam: 54-55). V primeru »ogrožajoče resnice« sama predvidevam, da gre za pretirano samoregulacijo. V raziskavi je bilo ugotovljeno, da so bili tisti, ki so poskušali s supresijo nadzorovati svoje misli, le delno uspešni, saj so se neželene misli ponovno pojavljale (Wegner, Schneider, Carter in White, 1987, prav tam, 2004: 63). Še več, posamezniki lahko postanejo »obsedeni« z mislimi, ki so jih skušali spraviti iz zavesti. Pojavi se neke vrste »sintetična obsesija« (Wegner, 1992, 1994, prav tam: 63). Supresija ima lahko med drugim negativen učinek na imunski sistem. Pisanje o travmatičnih izkušnjah, še posebno, če so se posamezniki prej »aktivno zadrževali pred pogovorom (o izkušnjah) z drugimi«, je imelo pozitiven učinek na nekatere kazalce delovanja imunskega sistema (Pannebaker, Kiecolt-Glaser in Glaser, 2004: 308-309). Pretirana samoregulacija (supresija in represija) tako nima »negativnega« učinka le na duševno, ampak tudi na splošno zdravje.

»Sekundarna korist« se nanaša na številne ugodnosti, ki so povezane s težavami, kot so na primer zmanjšana pričakovanja, vezana na odgovornost, »bolniški stalež, invalidnina, pokojnina« (Bohak, 2011: 136-137). K temu bi morda lahko dodali še morebitno večjo pozornost in skrb s strani bližnjih in okolice.

Vztrajanje v simptomu, poleg že omenjenih primarnih in sekundarnih koristi, »podaljšujejo obrambni mehanizmi«, ki preprečujejo spoznanje resnice in soočenje z njo. Medosebni dejavniki lahko poudarijo »notranji konflikt« in okrnijo »sposobnost jaza za prenašanje konflikta«, pri samem »razvoju« osnovnih težav pa »nimajo pomembne vloge« (Bohak, 2011: 137). K temu bi sama dodala, da se to verjetno nanaša predvsem na aktualne medosebne odnose. Psihodinamični/psihoanalitični pogled močno poudarja pomen in »vpliv« odnosov v zgodnjem otroštvu na oblikovanje osebnostne strukture in s tem posledično na nastanek težav kasneje na osnovi te iste osebnostne strukture. Poleg tega Borut Škodlar in Polona Matjan Štuhec (2016) poudarjata, da je psihoanaliza sčasoma postala vse bolj relacijska.

Sistemska teorija izvor problemov vidi prav v medosebnih odnosih. Skupino razume kot sistem, kjer so posamezniki v stalni krožni interakciji (Možina, Štajduhar, Kačič in Šugman Bohinc,

2011: 436). Krožni model bi sicer lahko nadgradili in nadomestili s spiralnim modelom (glej na primer Kobolt, 1999: 44, v Vec, 2008: 158). »Sprememba« vsakega posameznika »vpliva« na »celoto« in obratno sprememba celotne skupine »vpliva na vsakega posameznika« (Možina, Štajduhar, Kačič in Šugman Bohinc, 2011: 436). Če, denimo, v družini en član postane bolj samostojen, se drugi nanj odzovejo z ustrezno komplementarno spremembo, kar v konkretnem primeru predstavlja, da se do samostojnejšega člana vedejo manj zaščitniško in mu bolj zaupajo. Če se preostali člani v družini na spremembo posameznika ne odzivajo s spremembo, to lahko privede do simptoma. Tako nekatere družine pri istem ali več članih spodbujajo nastanek simptoma (Rus-Makovec, 1996). Simptom se pojavi tudi, ko posamezen član nase prevzame vlogo »grešnega kozla« oziroma mu je ta dodeljena (Schibbye, 2005, v Hart, 2011: 347). Marija Verbič (1997) pojasnjuje vlogo »grešnega kozla« s pomočjo obrambnega mehanizma projektivne identifikacije, k čemur je potrebno dodati, »da projektivna identifikacija ni vzrok«, ampak »mehanizem« v ozadju (prav tam: 94). Razlaga s pomočjo projektivne identifikacije se v tem kontekstu uporablja v okviru psihoanalitične družinske terapije (prav tam). Posameznik tako postane nosilec simptoma, ki ima svoj izvor v družinskih interakcijah (Isager, 1999, Marnar, 1999, oboje v Hart, 2011: 347). Vloga »razbremenjevalca« se pojavlja v vseh družinah. Problem se pojavi, ko je ta vloga dodeljena le enem članu (Vec, 1992: 85). Zanimivo je, da se v družinah z različnimi značilnostmi pojavijo različni simptomi. Tako se glede na interakcijski stil v »centripetalnih« družinah pri posameznikih pojavljajo drugi simptomi kot v »centrifugalnih« družinah (Beavers, 1967, v Poljšak Škraban, 2007: 197-199).

Spremembe, ki se zgodijo v sistemu, so navadno majhne oziroma take, da sistema še ne spravijo iz ravnovesja (Bečaj, b.l., v Vec, 2008: 160). Takrat, ko določeno vedenje – simptom – najbolj odstopa glede na vedenje, ki ga družinski sistem dopušča, je celoten sistem najbolj pripravljen na spremembo (Rus Makovec, 2009). Po drugi strani pa so prevelike spremembe povezane z odpori, zato je smiselno postopno in sistematično vnašati manjše - a ne premajhne/neopazne - spremembe, ki sčasoma privedejo do večjih sprememb (prav tam).

Bečaj (1988: 11) pravi, da spremembo pri posamezniku lahko dosežemo na dva načina. Prva možnost je delo s posameznikom, pri čemer upamo, da se bo s spremenjenim vedenjem posameznika spremenilo tudi odzivanje okolja. Druga možnost je, da spreminjamo okolje in s tem posredno posameznikovo vedenje. Avtor (prav tam: 11) pravi, da individualni pristop obravnave pri otrocih in mladostnikih z vedenjskimi in čustvenimi težavami ni najbolj uspešen. Ne gre zanemariti tudi tega, da je otrok 24 ur na dan vpet v različne sisteme (družina, šola...),

česar le občasna strokovna obravnava ne more nadoknaditi, zato je smiselno vključiti delo s sistemi kot alternativo ali dopolnilo individualnemu delu (prav tam: 11).

Psihodinamični in sistemski pogled se v razlagi nastanka simptoma razlikujeta. Obema pa je skupno, da simptom vidita kot sporočilo.

Pomembno je razumeti, da so včasih bolj kot sami simptomi pomembni občutki v ozadju. Tak je denimo občutek nemoči. Posameznikom, ki poiščejo psihoterapevtsko pomoč, naj bi bil skupen ravno ta občutek nemoči oziroma demoralizacije. Posameznik čuti, da ni izpolnil »svojih pričakovanj ali pričakovanj drugih, ali pa se ne čuti sposobnega soočati z vsiljivim/nujnim (angl. pressing) problemom«. Svoje življenje omeji zgolj na preživetje, »izogiba se novostim in izzivom«, nima »dolgoročnih ciljev«, se ne počuti dovolj močnega in ne vidi možnosti, »da bi spremenil situacijo ali sebe«... (Lahko bi rekli, da je za posameznika značilna naučena nemoč). V določenih primerih se občutek moči povrne, ko se med psihoterapijo simptomi umaknejo, ali pa se posameznik nauči z njimi soočati in jih obvladovati. (Ugibamo lahko, da posameznik pridobljeno moč in nadzor pri obvladovanju simptomov, prenese še na druga življenjska področja). Vendar pri nekaterih posameznikih demoralizacija vztraja kljub temu, da so simptomi izzveneli. Simptomi morda samo prekrijejo občutke nemoči in druge občutke, ki so v ozadju (Frank, 2004: 279). Na drugi strani lahko nekateri posamezniki po relativno uspešnem psihoterapevtskem procesu funkcionirajo mnogo bolje kljub vztrajanju simptomov (prav tam: 279-280).

Simptom med drugim vztraja tudi zaradi kognitivne disonance. Za primer vzemimo nekoga, ki se je zaradi posledic svoje »depresivnosti« ločil. Ob tem se počuti »odgovornega za ločitev«. V primeru zmanjšanja »depresivnosti« si posameznik začne očitati, da bi lahko preprečil ločitev, če bi »okreval prej«. Tako »sabotira« vsak napredek in vztraja v »depresivnem« stanju, da bi omogočil »opravičilo za /.../ izgube«. Zaradi tega je včasih smiselno ponuditi intervencije, za katere je malo verjetno, da bi posameznik do njih »prišel sam«, saj ponudijo »izgovor, ki omogoča spremembo /.../« (de Vries, 2009: b. s.).

Vztrajanje v simptomu je povezano še s potrjevanjem predstave o sebi. Posameznik teži k temu, da bi ohranjal in potrjeval stabilen pogled nase. Posameznik bo tako lažje sprejel tista povratna sporočila o sebi, ki so v skladu s tem, kar sicer misli o sebi, četudi so ta sporočila negativna (glej Swann, 2004). V terapiji so se bolje odzvali tisti, ki so prejeli povratno sporočilo, ki je bilo v skladu s pogledom nase. In to navkljub temu, da so bila sporočila neredko »negativna«, kot denimo »ste depresivni, hudo »moteni«, jezni, obsesivni« (Finn in Tonsager, 1992, prav tam:

353). Neskladje med povratnim sporočilom in siceršnjim pogledom nase lahko privede do hude anksioznosti (Pinel in Swann, 1996, Kohut, 1984, oboje prav tam: 352). Včasih terapevti celo uporabljajo paradoksalno tehniko. Klientovo (domnevno) šibkost poudarijo do skrajnosti v upanju, da bi se klient temu »uprl« v smislu »no, saj tako hudo pa tudi ni« in bi se s tem spodbudile spremembe v želeni smeri (Watzlawick, Weakland in Fisch, 1974, prav tam, 354). Vendar je treba poudariti, da paradoksalno tehniko lahko uporabljajo le za to usposobljeni terapevti. Sama predvidevam, da slednje med drugim velja tudi zaradi hude anksioznosti, ki se lahko pojavi kot posledica neskladnih sporočil.

S pojavljanjem in vztrajanjem simptomov so torej povezane mnoge teorije. Čeprav ponujajo različne razlage, pa večinoma omogočajo razmislek, ali je simptom vedno samo nekaj, česar se je potrebno preprosto znebiti.

2.2.4. O učinkovitosti in uspešnosti psihoterapije

2.2.4.1. Problemi raziskovanja učinkovitosti in uspešnosti psihoterapije

Na začetku naj omenim, da ko je govora o uspešnosti, učinkovitosti, izboljšanju in drugih podobnih izrazih, tega ne gre jemati dobesedno. Ne obstajajo namreč objektivni kriteriji, kaj je »dober« rezultat v psihoterapiji. Pomembno je predvsem, kaj si želi klient in kakšni so njegovi cilji. Mnogi terapevti v ospredje postavljajo klienta/pacienta in ne neko vnaprej določeno predstavo, kaj bi le-ta »moral« doseči. Da pa je rezultate raziskav vendarle mogoče primerjati med seboj, se v namen raziskav uporablja bolj ali manj »objektivne« kriterije, kot so na primer zmanjšanje simptomov ali vnaprej določena merila socialnega funkcioniranja. To lahko daje napačen vtis, da je normativno določeno, kaj je »pravo« vedenje in doživljanje. Prav tako imajo omenjene raziskave omejeno uporabno vrednost, oziroma so uporabne le v tolikšni meri, kot se klientovi cilji ujemajo s tem, kar merijo raziskave. Dodamo lahko še, da se raziskave pogosto nanašajo le na »izboljšanje« pri posamezniku kot intrapsihično dogajanje, ne pa tudi nujno na medosebne odnose ali še redkeje v povezavi s celotnim družbenim kontekstom. Vse te pomisleke je smiselno imeti v mislih, ko bo govora o uspešnosti in učinkovitosti.

Obstaja razlikovanje med učinkovitostjo (angl. efficacy) in uspešnostjo (angl. effectiveness) psihoterapije (Cochrane, 1972, v Carr, 2009: 18; Roth in Fonagy 1996: 13-15, v Šugman Bohinc in Kopal, 2003: 24; Roth in Fonagy, 2005: 16-18). Uspešnost psihoterapije se nanaša na izid psihoterapije v klinični praksi, medtem ko je učinkovitost rezultat uporabe točno določenih raziskovalnih metod in postopkov v raziskovanju (Roth in Fonagy, 1996: 13-15, v Šugman Bohinc in Kopal, 2003: 24; Roth in Fonagy, 2005: 16).

Razlikovanje med učinkovitostjo in uspešnostjo bi lahko razumeli kot razlikovanje med pozitivizmom in socialnim konstruktivizmom. Socialni konstruktivizem, ki je zaznan v povezavi z uspešnostjo, zavrača zaznavanje ene same resničnosti, medtem ko se pozitivistično usmerjena psihologija zanaša na natančna testiranja, hipoteze (Stricker, 2000, v Barkham in Margison, 2007: 448-449).

V študijah, ki merijo učinkovitost, so v raziskavo vključeni klienti z točno določenimi težavami in brez pridruženih težav. Klienti so skrbno izbrani, pri čemer se upošteva kriterije vključevanja in izključevanja (Carr, 2009: 18). Dobra stran takega izključevanja je, da je dosežena večja stopnja notranje veljavnosti (Roth in Fonagy, 1996: 13-15, v Šugman Bohinc in Kobal, 2003: 24; Roth in Fonagy, 2005: 16). Čeprav bi k temu sama dodala, da je verjetno notranja veljavnost še vedno nekoliko vprašljiva, saj se posamezniki lahko med seboj bolj kot glede same narave težav razlikujejo glede na osebne lastnosti, življenjsko situacijo v kateri se nahajajo, socialno oporo, ki jim je na voljo, notranje in zunanje vire...

Notranja veljavnost zahteva zelo izbrano homogeno populacijo in uporabo točno določenih tehnik z namenom možnosti sklepanja na vzročno povezanost spremenljivk. Pri zunanji veljavnosti pa gre za to, koliko lahko na podlagi učinkovitosti v raziskavi sklepamo na klinično uspešnost (Roth in Fonagy, 1996: 19-20, prav tam: 23).

Če se vrnemo nazaj na izključevanje za potrebe raziskave (glej Carr, 2009: 18): slaba stran takega izključevanja je ta, da se ob sicer večji notranji veljavnosti pojavlja vprašanje zunanje veljavnosti. Izsledkov raziskav tako ni mogoče posploševati na klinično prakso (Roth in Fonagy, 1996: 13-15, v Šugman Bohinc in Kobal, 2003: 24; Roth in Fonagy, 2005: 16-17).

Predhodno omenjeno bi si lahko razlagali, da vzorec, uporabljen v takih raziskavah, ni reprezentativen, oziroma je reprezentativen le za manjši del populacije v klinični praksi. Takšne raziskave so lahko na primer delno uporabne za predvidevanje uspešnosti psihoterapije pri posameznikih v klinični praksi, ki podobno kot udeleženci raziskave ustrezajo kriterijem vključevanja in izključevanja, torej posameznikom, ki poleg osnovne težave nimajo drugih pritožb in pridruženih težav. Za posameznike, ki iščejo psihoterapevtsko pomoč z več sočasno prisotnimi težavami (in teh v klinični praksi ni malo), pa imajo takšne raziskave zelo majhno (ali nikakršno?) napovedno in uporabno vrednost.

Drugače sicer pravijo nekateri podatki, ki govorijo o tem, da pridružene težave ne ovirajo nujno izida psihoterapije v primeru, ko gre za z dokazi podprte postopke (Doss in Weisz, 2006, Kazdin in Whitley, 2006, oboje v Kazdin in Weisz, 2010: 7). Nasprotno druge ugotovitve govorijo, da

pri kompleksnih in pridruženih težavah lahko pričakujemo počasnejši napredek (Clarkin in Levy, 2004, v Carr, 2009: 54).

Poleg že omenjenega je raziskave o učinkovitosti psihoterapije težko posploševati zaradi uporabe točno določenih tehnik, po možnosti »po priročniku«. V realni situaciji oziroma v običajni terapevtski praksi terapevti večinoma uporabljajo bolj fleksibilne tehnike in metode.

Nekatere raziskave nakazujejo, da lahko terapije, ki se delajo »po priročniku«, hitro izgubijo svojo učinkovitost, ko jih iz raziskovalnega okolja prenesemo v klinično prakso (glej na primer v Addis, 2002, Herschell et al., 2004, oboje v Carr, 2009: 63). To bi morda povezali z naslednjo ugotovitvijo. Stricker (1982, v Lindsey, 1984: 79) ugotavlja, da se v raziskovalnem okolju med terapevtom in klientom namesto terapevtske alianse oblikuje neke vrste »znanstvena aliansa« (angl. scientific alliance). Tako je namesto dobrobiti klienta v ospredju odkrivanje novih spoznanj (Sticker, 1982, prav tam: 79).

»Raziskave učinkovitosti nam povejo, kako obravnava učinkuje v primeru idealnih razmer« (Carr, 2009: 18). Na drugi strani se študije, ki raziskujejo uspešnost psihoterapije, navadno izvajajo v običajnem kliničnem okolju z običajnimi terapevti (predvidevamo lahko, da so vključeni tako povprečno usposobljeni, kot tisti manj ali bolj usposobljeni in uspešni terapevti). Terapevti imajo običajno število primerov, torej večje število primerov v primerjavi z raziskavami, ki merijo učinkovitost (so bolj obremenjeni). Vključeni klienti so reprezentativni primeri, ki se sicer pojavljajo v praksi v terapiji. Poleg osnovnega problema so pri mnogih izražene pridružene težave. Priročniki se včasih uporabljajo, vendar je njihova uporaba bolj fleksibilna. Supervizija se izvaja običajno pogosto, kar pomeni redkeje kot pri raziskavah učinkovitosti (prav tam: 18).

Problem pri raziskovanju psihoterapevtskega izida je razdvojenost med učinkovitostjo in uspešnostjo ter posledično notranjo in zunanjo veljavnost. Obojega naenkrat namreč ni mogoče doseči. Če rezultatov učinkovitosti ne gre posploševati, pa so rezultati uspešnosti zaradi heterogenosti vzorca precej nejasni in dvoumni (Roth in Fonagy, 2005: 17). Poudariti je potrebno, da se raziskave, ki raziskujejo izid terapije, nahajajo na kontinuumu med dvema ekstremoma: raziskavami učinkovitosti in raziskavami uspešnosti psihoterapije (Carr, 2009: 18).

Pri tem omenimo, da je smiselno gojiti oba pristopa v raziskovanju. Učinkovitost pove, kaj ima potencial, da »deluje«, kaj najverjetneje ne »deluje«, in kaj morda »deluje proti-terapevtsko«. Predvsem nam pove, kateri psihoterapevtski pristopi in postopki so učinkoviti, za katero vrsto

težav so učinkoviti, hkrati pa omogoča primerjanje pristopov, postopkov, kot tudi različnih oblik pomoči. Ta spoznanja se nato iz raziskovalnega okolja vnesejo v prakso, kjer se zopet preverja uspešnost. Uspešnost daje uporabne podatke, kaj »deluje« v terapiji.

2.2.4.2. Kako učinkovita/uspešna je psihoterapija

V nadaljevanju si bomo pogledali, kaj govorijo raziskave oziroma metaanalize raziskav o uspešnosti in/ali učinkovitosti psihoterapije. Pri tem ne bomo razlikovali raziskav, ki se nahajajo na različnih mestih na kontinuumu med ekstremoma, kot tudi ne same učinkovitosti in uspešnosti. Omenjene bodo kakršnekoli raziskave oziroma metaanalize, ki govorijo o izidu terapije.

Preden začnemo z navajanjem metaanaliz, si na kratko pogledajmo, kaj pomeni izraz velikost učinka (angl. effect size). Velikost učinka pomeni stopnjo, do katere se je v skupini (ali skupinah v primeru metaanalize) izboljšalo stanje v primerjavi s kontrolno skupino (Carr, 2009: 14). Za velikost učinka se navadno uporablja d . Velikost učinka $d = .2$ je majhen učinek (angl. small), $d = .5$ je srednje velik učinek (angl. medium), velikost učinka $d = .8$ pa pomeni velik učinek (angl. large) (Carr, 2009: 14-16; Norcross in Lambert, 2011: 10-12). Omeniti velja, da slednje velja za socialne znanosti (angl. behavioral sciences) in ne nujno tudi drugod (Norcross in Lambert, 2011: 11). Pogosto se poleg d uporablja tudi korelacijski koeficient r . V tem primeru velja, da je $r = .1$ majhen učinek, $r = .3$ srednje velik učinek in $r = .5$ velik učinek (prav tam: 11-12). Oziroma bolj natančno bi rekli, da je majhen učinek, ko velja $.2 \leq d < .5$ ali $.1 \leq r < .3$, srednji učinek, ko velja $.5 \leq d < .8$ ali $.3 \leq r < .5$, in velik učinek, ko velja $.8 \leq d$ ali $.5 \leq r$ (Cohen, 1988, v Ellis, 2010b).

Velikost učinka $d = .00$ pomeni, da je povprečna oseba v raziskovani skupini dosegla boljše rezultate kot 50 procentov tistih v kontrolni skupini. (To si lahko razlagamo, da ni učinka, saj 50 procentov v kontrolni skupini dosega boljše rezultate in 50 procentov slabše). Velikost učinka $d = .2$ (ali $r = .1$) pomeni, da povprečna oseba v skupini dosega boljše rezultate kot 58 procentov tistih v kontrolni skupini. Velikost učinka $d = .5$ (ali $r = .3$) pomeni, da povprečna oseba dosega boljše rezultate kot 69 procentov tistih v kontrolni skupini. Velikost učinka $d = .8$ (ali $r = .5$) pomeni, da povprečna oseba dosega boljše rezultate kot 79 procentov tistih v kontrolni skupini (Carr, 2009: 16; Norcross in Lambert, 2011: 12).

K vsem tem ocenam velikosti učinka lahko dodamo, da je ta relativna in stvar interpretacije. Kar je v nekem primeru majhen ali celo zanemarljiv učinek, je v drugem primeru lahko relativno pomemben učinek. To še posebno velja v primerih, ko se različni učinki med seboj

dopolnjujejo. Tako ima lahko neki, objektivno gledano, majhen učinek, veliko uporabno vrednost (glej na primer Ellis, 2010a; Ellis 2010b). Ko raziskave in metaanalize raziskujejo posamezne elemente psihoterapevtskega odnosa, ne gre pričakovati velikih učinkov, ampak se navadno pojavljajo srednje velikosti učinkov (Norcross in Lambert, 2011: 11).

Navedem primer, ko je relativno majhen učinek pomemben. Recimo, da raziskava raziskuje zelo specifičen odnosni vidik v psihoterapevtskem odnosu. Izsledki raziskave kažejo na majhno velikost učinka ($d = .2$) ali pa celo nepomembno/zanemarljivo velikost učinka ($d < .2$). Vendar pa ne smemo pozabiti, da gre za izjemno specifičen odnosni vidik, ki je manjši del celotnega terapevtskega odnosa. Recimo, da je takih podobnih sestavin odnosa, ki jih raziskujejo raziskave, veliko. Le-te bi poskušali združiti v eno »kategorijo«. Terapevte bi lahko spodbujali, da vnesejo prilagoditve v odnosu in potem z raziskavo meril velikost učinka. Povsem možno bi bilo, da bi bila velikost učinka po združitvi različnih vidikov odnosa večja in pomembna. V primeru, da prilagoditev v odnos ne bi bilo tako enostavno vnesti, bi lahko s pomočjo izsledkov raziskav poizkušali identificirati terapevte, ki so že sicer dobri v teh specifičnih odnosnih vidikih. Po želji bi lahko raziskovali, ali terapevti s takimi osebnostnimi lastnostmi in spretnostmi dosegajo boljši izid pri svojih pacientih/klientih. Nekatere informacije imajo torej kljub relativno majhni velikosti učinka lahko veliko uporabno vrednost.

Pojavlja se vprašanje, zakaj so potrebne psihoterapevtske raziskave. Eden od možnih argumentov v prid raziskavam je, da bi psihoterapevtski učinek ločili od spontanih sprememb. Mnogim se namreč stanje izboljša ob minimalni obravnavi (Lambert, 1976, v Šugman Bohinc in Kobal, 2003: 23), ali celo brez obravnave (Bergin, 1971, Lambert, 1976, oboje v Šugman Bohinc in Kobal, 2003: 23). »Mnogi ljudje se počutijo bolje spontano, brez formalne obravnave, skozi čas, maturacijo in »terapevtsko« izkušnjo v odnosih zunaj« (Bateman, Brown in Pedder, 2000: 201). Vendar pa so številne raziskave pokazale, da je napredek v psihoterapiji veliko večji kot so rezultati spontanih izboljšanj (Young, 2006, v Meden Klavora, 2011: 220).

In kakšni so rezultati raziskav glede psihoterapevtskega izida? Večinoma metaanalize ugotavljajo srednje velikosti učinka ali v nekaterih primerih celo velike velikosti učinka (glej v Carr, 2009). Zanimivo je, da psihoterapija v metaanalizah dosega podobne ali celo za odtenek večje velikosti učinka (Grissom, 1996, prav tam: 40) kot so rezultati metaanaliz, ki merijo medicinske in kirurške posege (Caspi, 2004, prav tam). V metaanalizah se je psihoterapija v splošnem izkazala kot učinkovita (glej Smith in Glass, 1977, Smith et al., 1980, Grissom, 1996, vsi prav tam: 30). Kot primer splošne učinkovitosti psihoterapije navedimo metaanalizo

(Grissom, 1996, prav tam), ki je združevala 68 metaanaliz in je ugotovila velikost učinka .75. To pomeni, da je v primerjavi s kontrolno skupino doseglo relativno izboljšanje 77% oseb v raziskovalni skupini (prav tam). Prav tako podobne ugotovitve o splošni učinkovitosti veljajo za metaanalize, ki ločeno merijo samo psihoterapijo odraslih (Shapiro in Shapiro, 1982, prav tam: 31; Andrews in Harvey, 1981, prav tam; Landman in Dawes, 1982, prav tam), ter psihoterapijo otrok in mladostnikov (Casey in Berman, 1985, prav tam: 32; Weisz et al., 1987, prav tam; Kazdin et al., 1990, prav tam; Weisz et al., 1995, prav tam). Obstajajo tudi metaanalize, ki potrjujejo uspešnost posameznih pristopov, kot so na primer psihodinamična psihoterapija (prav tam: 33-35), humanistična psihoterapija (prav tam: 35-36), kognitivno vedenjska terapija (prav tam: 36-38) in sistemska terapija (prav tam: 38-39). Podobno se je v metaanalizah za uspešno izkazala skupinska terapija (prav tam: 39). Zanimivo je, da med različnimi pristopi (psihodinamični, humanistični, kognitivno-vedenjski in sistemski) ni velikih razlik v učinku (prav tam: 44). Meta-analiza kaže, da ni večjih razlik glede uporabe metode v psihoterapiji (glej Smith, Glass in Miller, 1980, v Kradin, 2008: 89).

Kritike številnim metaanalizam očitajo, da vsebujejo raziskave z ne-reprezentativnim vzorcem in v ne-reprezentativnih pogojih. Metaanaliza, ki je vključevala le klinično reprezentativne raziskave, je ugotovila srednjo velikost učinka (Shadish et al., 1997, v Carr, 2009: 32-33). »Psihoterapija« je torej »uspešna« tudi v »klinično reprezentativnih pogojih« (Carr, 2009: 33). Psihoterapija tako ni le dokazano učinkovita, ampak tudi uspešna (za več informacij o razliki med učinkovitostjo in uspešnostjo glej Roth in Fonagy 1996: 13-15, v Šugman Bohinc in Kobal, 2003: 24; Carr, 2009: 18; Roth in Fonagy, 2005: 16-18).

Nekateri dokazi namigujejo, da psihoterapija lahko zmanjša uporabo urgentnih servisov zaradi samo poškodovanja in samomorilnosti (glej na primer Robins in Chapman, 2004, Linehan et al., 2006, oboje v Carr, 2009: 43). To je še toliko bolj pomembno, ker podatki kažejo, da letno po svetu naredi samomor več kot 800.000 ljudi, še bistveno več jih poizkuša, samomor pa je drugi najpogostejši vzrok smrti v starostni skupini med 15 in 29 let (World Health Organization: 10 facts on mental health: Fact 3, 2014).

Psihoterapija pa nima vedno nujno pozitivnega učinka, ampak ima lahko tudi negativen učinek (Praper, 2010: 36). V terapiji se stanje poslabša do desetim odstotkom udeležencev (Lambert in Ogles, 2004, Lilienfeld, 2007, oboje v Carr, 2009: 40). Prav tako mnogi predčasno prekinejo psihoterapijo. Takih naj bi bilo kar 47% zabeleženih primerov v metaanalizi (Wierzbicki in Pekarik, 1993, prav tam: 41), ki je vključevala 125 raziskav, pri čemer je bilo omenjeno

pogosteje zaznati pri manjšinah, manj izobraženih in tistih z nižjimi dohodki (prav tam). Ni znano, ali je bil pri tistih z nižjimi dohodki možen »vzrok« za prekinitve nesposobnost plačevanja, v primeru, da je šlo za samoplačništvo, se mi pa osebno zdi, da finančna stiska pogosto prisili posameznika, da prekine psihoterapevtski proces. Sama prav tako predvidevam, da bi bilo izpada morda manj, če bi psihoterapijo za manjšine in druge rizične skupine priredili glede na preference, kulturo in vero (za več informacij glede pozitivne povezanosti s psihoterapevtskim izidom v povezavi z omenjenimi prilagoditvami glej Swift, Callahan in Vollmer, 2011; Smith, Domenech Rodriguez in Bernal, 2011; Worthington, Hook, Davis in McDaniel, 2011). Pripravljenost na sodelovanje v psihoterapevtskem procesu je med drugim povezana tudi s čakalnimi dobami. Daljše čakanje je povezano z manjšo verjetnostjo vstopa v sam psihoterapevtski proces in večjo verjetnostjo predčasnega zaključka terapije (Reitzel et al., 2006, Strang et al., 2005, Bell in Newns, 2004, Hicks in Hickman, 1994, vsi v Carr, 2009: 41-42). Glede na to, da so čakalne dobe v Sloveniji za kliničnega psihologa lahko nekaj mesecev in več, se mi postavlja vprašanje, kaj (ne)dostopnost do psihoterapevtske pomoči pomeni za uspešnost psihoterapije.

Omeniti velja še trajanje psihoterapije. Ponekod, na primer v ZDA, omejujejo (ali so omejevali, nimam aktualnih podatkov) trajanje psihoterapije (Bohak, 2003: 14; Možina, Štajduhar, Kačič in Šugman Bohinc, 2011: 479). »Zdravstvene zavarovalnice« pri tem ne prevzemajo »odgovornosti za zdravljenje oz. poslabšanje pacientovega stanja« (Bohak, 2003: 14). Le-te omogočajo do 10 srečanj ali največ 20 srečanj pri hudih težavah, kar spravlja v stisko tako kliente kot tudi terapevte (Možina, Štajduhar, Kačič in Šugman Bohinc, 2011: 479). V ZDA so 4100 klientov spraševali o izkušnjah, povezanih s psihoterapijo. Tisti, pri katerih so zavarovalnice omejile terapijo, so poročali o manjšem izboljšanju, medtem ko so udeleženi v dolgotrajnih oblikah psihoterapije poročali o bistveno večjem izboljšanju (Seligman, 1995, v Carr, 2009: 30). V metaanalizi se je izkazala statistično pomembna korelacija med uspešnostjo v povezavi s trajanjem psihoterapije in številom srečanj (Leichsering in Rabung, 2011: 19-20). Kako hitro posameznik doseže napredek je odvisno od same narave težav. V primeru akutnih težav je pomemben napredek pri 50%, vključenih v psihoterapijo, mogoče pričakovati po petih srečanjih. Po štirinajstih srečanjih je mogoče pričakovati pomembno izboljšanje pri petdesetih odstotkih tistih s kroničnimi težavami. Pri karakteroloških težavah pa je pomemben napredek v polovici primerov možno pričakovati šele po 104 srečanjih (Kopta et al., 1994, v Carr, 2009: 57).

Povezanost med psihoterapevtskim izidom je mogoče zaznati v raziskavah še v povezavi s supervizijo, ki se je udeležuje terapevt (glej v Inman in Ladany, 2008: 506), čeprav je omenjeno težko raziskovati, saj je potrebno upoštevati dogajanje med vsemi vpletenimi, torej med klientom, terapevtom in supervizorjem (Ladany et al., 2008, prav tam: 506).

Kakšen pa je izid psihoterapije v primerjavi s samopomočjo? V primerjavi med samo-administrirano samopomočjo (na primer knjig za samopomoč), ki je bila podprta z minimalnim stikom s strokovnjaki ali stika sploh ni bilo, in terapijo, ki izvajal terapevt, lahko povzamemo naslednje ugotovitve raziskav, predstavljenih v sledeči metaanalizi (Wolf, 1986, v Clum, 2008: 49). Psihoterapija je bila pri nekaterih težavah bistveno bolj učinkovita kot samopomoč, v drugih primerih pa je bila samopomoč primerljiva oziroma je dosegala celo nekoliko boljše rezultate kot terapija (prav tam). Omeniti je potrebno, da je te rezultate smiselno jemati nekoliko z distanco, saj ne gre za direktno primerjavo samopomoči in psihoterapije v istih raziskavah. Sama predvidevam, da se raziskave med seboj razlikujejo v metodologiji, prav tako pa imajo lahko osebe, ki se odločajo za sodelovanje v raziskavi o samopomoči, drugačne lastnosti, kot osebe, ki se odločajo za sodelovanje v psihoterapevtskih raziskavah. Sama bi na primer ugibala, da so tisti, ki se odločajo za sodelovanje v raziskavah o samopomoči, morda bolj motivirani, imajo »notranji lokus kontrole« in večje samozaupanje. Več informacij dajo raziskave, ki neposredno primerjajo samopomoč in psihoterapijo. Ob taki direktni primerjavi v raziskavah v metaanalizi se je terapija pri mnogih težavah izkazala za bistveno bolj učinkovito kot samopomoč (Hirai in Clum, 2006, prav tam). Za bolj učinkovito se je psihoterapija izkazala tudi pri nekaterih (vendar ne vseh) spolnih disfunkcijah (Lankveld, 2008, prav tam).

In kako je v primeru skupin za samopomoč? Mnoge raziskave namigujejo, da so skupine za samopomoč enako učinkovite kot strokovna pomoč. Še več, v določenih primerih se zdijo celo ustrežnejša izbira (Humphreys in Moos, 2001, Rush, 2002, Krause, 2003, Burti idr., 2005, Weaver Randall in Salem, 2005, Norcross, 2006, vsi v Klemenčič Rozman, 2015: 67). Podobne so ugotovitve v pregledu raziskav, ki se med seboj resda metodološko razlikujejo, da je učinkovitost skupin za samopomoč približno enaka kot je v primeru strokovnih oblik pomoči (Stewart, Banks, Crossman in Poel, 1994, prav tam: 65). Učinkovitost samopomoči ob zaključku ali kasneje ob spremljanju dosega srednje velikosti učinka med .50 in .80 (Den Boer idr., v Norcross, 2006, prav tam: 102). To primerljivo z velikostmi učinka, ki jih dosega psihoterapija (za velikosti učinka v psihoterapevtskih raziskavah glej v Carr, 2009). Vendar pa je potrebno dodati, da raziskave, ki merijo učinek skupin za samopomoč in/ali podpornih

skupin, pogosto vključujejo le aktivne člane (v Klemenčič Rozman, 2015: 103), zato primerjave niso nujno povsem merodajne.

Kljub temu, da gre primerjave jemati nekoliko zadržkom, te kažejo, da so učinki psihoterapije in skupin za samopomoč podobni. Sama bi ugibala, da v obeh primerih potekajo podobni procesi. V obeh primerih so pomembni medosebni odnosi. Prav tako sama menim, da je skupinska kohezivnost pomemben spremljajoč proces tako v primeru skupin za samopomoč kot v skupinski terapiji in morda tudi v individualni psihoterapiji, saj bi lahko govorili o kohezivnosti, ki se oblikuje med terapevtom in klientom, čeprav se izraz pogosteje uporablja v skupinski terapiji (za več informacij o skupinski kohezivnosti glej na primer Kellerman, 1981; Burlingame, Theobald McClendon in Alonso, 2011; Marmarosh, Carter Dunton in Amendola, 2014; Conyne in Diederich, 2014). Farris Kurtz (1997, v Klemenčič Rozman, 2015: 37) povzema nekatere raziskave glede pojavljanja dejavnikov - ki se sicer (glede na koncept, ki ga je predstavil Yalom) kažejo v terapevtskih skupinah - v skupinah za samopomoč. Eden izmed najpogostejših dejavnikov je bila skupinska povezanost (za več informacij o dejavnikih v skupinah za samopomoč glej prav tam: 37-38; za več informacij o Yalomovih dejavnikih glej na primer Yalom, 2005, v Marmarosh, Dunton in Amendola, 2014: 1-2).

Pri nekaterih težavah se skupine za samopomoč ne zdijo najboljša izbira. Tako na primer Lisa Dietz (b.d.) opisuje, kakšne težave se lahko pojavijo v skupini, če so v tej osebe z določenimi osebnostnimi značilnostmi. Predvsem gre za težave s postavljanjem mej, pa tudi druga stanja, v katerih se nahajajo posamezniki, in situacije, ki se pojavljajo v skupini, govorijo proti temu, da bi skupino sestavljale (zgolj?) osebe s takimi lastnostmi. Vendar pa obstaja ena izjema, ko se je skupina za samopomoč v tovrstni situaciji izkazala kot učinkovita. V enem primeru je skupina oseb, ki je že bila predhodno v procesu skupinske psihoterapije in so posamezniki tako že dosegli napredek v psihoterapiji, nadaljevala s skupino za samopomoč. Skupino so sestavljale iste osebe kot prej terapevtsko skupino in se je skupina odvijala v istem okolju še naprej. Pri tem so imeli dostop do strokovnjakov, ti pa so jih sproti vsake toliko časa spremljali in obiskovali (prav tam).

Želim poudariti, da nikakor nimam namena vrednotiti uspešnosti skupin za samopomoč ali drugih oblik samopomoči v primerjavi s psihoterapijo. Različne oblike pomoči (oziroma samopomoči) imajo svoje prednosti in slabosti (na primer prednost samopomoči je gotovo ta, da ni vprašanja možne premoči strokovnjaka). Primerjave omenjam samo zato, da je izid psihoterapije lažje razumeti v kontekstu različnih oblik nudenja pomoči.

Ob primerjanju je pomembno razumeti, »da samopomoč ni zdravljenje oz. obravnava in je ne moremo presojati in raziskovati po istih kriterijih kot strokovno pomoč /.../« (Farris Kurtz, 1997, cit. v Klemenčič Rozman, 2015: 37). Tanja Lamovec (1998) pravi, da gre pri psihoterapiji za obravnavo, medtem ko posameznik skupini za samopomoč pripada. Pomembno razlikovanje med psihoterapijo in skupinami za samopomoč je, da posameznik v slednjem primeru ni le »prejemnik pomoči«, ampak tudi »pomočnik« (v Klemenčič Rozman, 2015: 12), kar imenujemo »pomočniški princip« (Riessman, prav tam: 12; Riessman, 1965, v Katz, 1993, prav tam: 39), s pomočjo katerega pride »do doseganja osebnih terapevtskih ciljev članov« (prav tam: 39). Sama si to razlagam, da se posamezniki s tem, ko pomagajo drugim, počutijo koristni in sposobni, kar ima za rezultat, da se posledično bolje.

Pri navajanju, interpretiranju in primerjanju učinka skupin za samopomoč z drugimi pomočmi velja previdnost, ker se lahko na podlagi le-tega prekine financiranje različnih pomoči in programov, saj si posamezniki/skupine/širša skupnost domnevno znajo pomagati sami (Balgopal, Ephros in Vassil, 1986, prav tam: 60). Ne gre za to, da bi ena oblika pomoči nadomestila druge. Različne oblike pomoči se med seboj dopolnjujejo (prav tam: 61).

V nadaljevanju si bomo ogledali primerjavo psihoterapije in farmakoterapije. Omenjene bodo tudi nekatere diagnoze. Do sedaj sem se v diplomskem delu skušala (kolikor se je zdelo mogoče) izogibati specifičnim diagnozam ali drugim normativnim izrazom. V nadaljevanju bodo diagnoze kljub temu nekoliko omenjene, saj je drugače težko predstaviti izvirne misli avtorjev. Ob tem bralcu svetujem določeno mero distance do terminologije in uporabljenega diskurza.

Glede primerjave psihoterapije in zdravil omenimo, da ni vseeno, za katere vrste težav gre. Če govorimo na primer o depresiji ali anksioznosti, potem so take primerjave smiselne. Če pa imamo v mislih, denimo, shizofrenijo ali bipolarno motnjo, se praviloma različne oblike psihološke pomoči uporabljajo kot dopolnilo osnovni obravnavi z zdravili (glej na primer Sanjay Kumar Rao in Turkington, 2007; Scott, 2007).

Vendar tudi v omenjenih primerih psihološka pomoč ni nujno zanemarljiva. V primeru bipolarnе motnje se je izkazalo, da lahko taka psihološka pomoč, ki se uporablja sočasno z zdravili, pomembno prispeva k izidu (Scott, 1995, v Scott, 2007: 304). Tudi v primeru shizofrenije je psihološka pomoč pomembna. Osnova sicer ostaja obravnava z zdravili. Ravno uspeh antipsihotikov naj bi po mnenju nekaterih v preteklosti doprinesel k množični de-institucionalizaciji (glej na primer Thornicroft in Bebbington, 1989, v Sanjay Kumar Rao in

Turkington, 2007: 208). Kot uspešna se je med drugim izkazala družinska terapija. Ugotovljeno je bilo, da je kritičnost, sovražnost ali pretirana vpletenost družinskih članov povezana z poslabšanjem (Vaughn in Leff, 1976a, prav tam: 208-209). Poslabšanje je mogoče se predvideti že nekaj tednov prej, sprožijo pa ga tako pozitivni kot negativni dogodki (Brown in Birley, 1968, prav tam: 209). Posameznikom s shizofrenijo, v neposredni interakciji z družinskimi člani, ki močno izražajo čustva, več kot 35 ur na teden, se stanje z večjo verjetnostjo poslabša, kot posameznikom, ki so v neposredni intenzivni interakciji manj časa ali pa njihovi družinski člani čustev ne izražajo izrazito. Omenjeno je bilo moč zaznati celo takrat, ko so posamezniki v vmesnem času remisije ves čas prejemali zdravila (Vaughn in Leff, 1976b, prav tam: 209). Psihološka pomoč je torej pomembno dopolnilo osnovni obravnavi z zdravili.

Psihološke intervencije so koristne še z vidika preventive. Posebno prirejena oblika terapije za tiste osebe, ki kažejo znake, da bi se pri njih lahko razvila psihoza, je zmanjšala nastop psihoze za približno polovico (glej v van der Gaag, Nieman in van den Berg, 2013: 55-58). Izvajala se je kognitivno-vedenjska terapija, ki je bila prilagojena za omenjeno populacijo, pri čemer so si terapevti pomagali s postopki, opisanimi v priročniku (za več informacij o priročniku glej prav tam: 61-142). Informacije namigujejo, da lahko psihološke intervencije vsaj nekoliko odložijo nastop »psihoze«, če že ne celo preprečijo le-te.

Kakšna pa je neposredna primerjava izida psihoterapije v primerjavi z zdravili? V metaanalizi (Cuijpers, Sijbrandij, Koole, Anderson, Beekman in Reynolds, 2013), ki je združevala raziskave z neposrednimi primerjavami psihoterapije in farmakoterapije, je bila (razen izjem v prid ene ali druge oblike pomoči) ugotovljena enaka učinkovitost pri obravnavi različnih težav, ki so bile povezane z anksioznostjo in depresijo (prav tam). Pri tem lahko sklepamo, da so se raziskave nanašale predvsem na simptome. Zanimivo bi bilo vedeti, kakšne so razlike, na primer pri izpolnitvi zastavljenih osebnih ciljev, česar pa (kvantitativne) raziskave navadno ne raziskujejo.

Še ena metaanaliza (Imel, Malterer, McKay in Wampold, 2008) je primerjala psihoterapijo in farmakoterapijo v primeru depresije. V splošnem (razen ene izjeme) ni bilo pomembnih razlik med obema oblikama pomoči. So pa bile pomembne razlike nekaj časa po končani terapiji v prid psihoterapije (angl. at follow-up). Kasneje po končani psihoterapiji ni bilo pomembnih razlik med prekinjeno/končano psihoterapijo in nadaljevanjem zdravljenja z zdravili (prav tam). Drugače povedano - zdravila so prenehala učinkovati kmalu po prekinitvi jemanja, medtem ko so učinki psihoterapije vztrajali še dolgo po končani psihoterapiji, pri čemer so bili učinki

pretekle psihoterapevtske izkušnje enaki, kot so bili učinki nadaljnjega farmakološkega zdravljenja. Kljub približno enaki učinkovitosti obeh oblik pomoči pri zmanjševanju simptomov se zdi, da ima psihoterapija v tem primeru prednost zaradi dolgotrajnejšega učinkovanja.

Kot zanimivost lahko omenimo raziskavo (Lehto, Tolmunen, Joensuu, Saarinen, Valkonen-Korhonen, Vanninen, Ahola, Tiihonen, Kuikka in Lehtonen, 2008), ki je nakazala na možno povezanost spremembe transporterja serotonina (angl. midbrain serotonin transporter) in psihoterapije - natančneje psihodinamične psihoterapije, ki je trajala 12 mesecev (prav tam). Psihoterapija ima torej lahko čisto biokemične učinke. To morda pojasnjuje, zakaj učinki psihoterapije delujejo še dolgo po zaključku le-te.

Mimogrede omenimo še eno raziskavo (McGrath, Kelly, Holzheimer, Dunlop, Craighead, Franco, Craddock, Craighead in Myberg, 2013), ki je ugotovila, da lahko na podlagi »skeniranja« možganov in aktivnosti oziroma metabolizma enega predela možganov (konkretno insule) ugotovimo, komu bo v primeru »depresije« z večjo verjetnostjo bolj pomagala psihoterapija in komu bolj farmakoterapija (prav tam).

Bolj pomembno kot splošna učinkovitost in uspešnost posamezne oblike pomoči (ali samopomoči) se zdi odkrije individualizirane pomoči (ali samopomoči), ki bi utegnili koristiti konkretnemu posamezniku. Pri tem je seveda pomembno upoštevati tudi (ali predvsem) posameznikove želje in pričakovanja.

2.2.4.3. Kaj (domnevno) »deluje« v psihoterapiji

Na začetku naj omenim, da je izraz »deluje« nekoliko zavajajoč, saj ni mogoče odkriti neposrednega »vzroka«, ampak lahko odkrivamo le povezanost. Prav tako daje vtis, da psihoterapija kot taka (tehnika, postopek...) učinkuje, v resnici pa gre za dogajanje v odnosu. Bolj ustrezno bi bilo morda govoriti o tem, kaj se v psihoterapiji dogaja in zgodi. Zaradi lažjega razumevanja bo občasno vseeno uporabljen izraz »deluje«.

V metaanalizi, ki je združevala več metaanaliz, je bila velikost učinka pri splošnem izidu psihoterapije v primerjavi s kontrolno skupino .75. Velikost učinka psihoterapije v primerjavi s placebom je bila .58, medtem ko je bila velikost učinka placeba v primerjavi s kontrolno skupino .44. Vključene so bile raziskave, ki so vključevale psihološki ali farmakološki placebo. Velikost učinka v primerjanju različnih oblik psihoterapije je bila .23 (Grissom, 1996, v Carr, 2009: 49-50).

Zgoraj vidimo, da je bila psihoterapija v primerjavi s placebo bolj učinkovita kot je bil placebo učinek v primerjavi s kontrolno skupino. Kaže, da je torej tisti učinek psihoterapije, ki ni povezan s placebo učinkom, večji kot sam placebo učinek. Kljub temu pa velja omeniti, da je potrebna velika previdnost pri takih zaključkih, saj »dvojno slepih« raziskav v primeru primerjanja psihoterapije in »psihološkega placeba« ni mogoče izvesti (za več informacij o nemogoči izvedbi »dvojno slepih« raziskav v primeru psihoterapije glej Clarkin, 2012, v Allen, 2012).

Omenim naj, da to ne pomeni, da je psihoterapija »samo« placebo, ampak le, da ni mogoče natančno ugotoviti, kolikšen je učinek placeba. Sama bi poudarila, da se mi placebo učinek osebno ne zdi ni nič slabega: kaže na notranje vire moči posameznika za samo-zdravljenje, samo-izboljšanje in samopomoč. Prav tako vliva upanje tam, kjer ga več ni, kar lahko v določenem primeru pomeni razliko med obupom in posledično samomorom, ter na drugi strani upanjem in usmeritvijo k spremembam za bolj zadovoljujoče življenje. Bolj smiselno kot vprašanje, kolikšen učinek psihoterapije lahko pripišemo placebo, se zdi vprašanje, kako najti najbolj učinkovito pomoč (ali samopomoč) za osebo oziroma skupaj z njo in kako »potencirati« želen učinek z upoštevanjem vseh dejavnikov, ki so pomembni za izid, vključno z vzbujanjem upanja.

Če se vrnemo nekoliko nazaj na ugotovitve metaanalize (glej Grissom, 1996, v Carr, 2009: 49-50), vidimo, da so razlike med različnimi oblikami psihoterapije majhne, kar bi si lahko razlagali, da v različnih pristopih delujejo skupni dejavniki. Tudi pri razlikah, ki obstajajo, bi lahko sklepali, da gredo morda na račun tega, da so določeni raziskovalci bolj naklonjeni določenemu pristopu. Za primer navedimo metaanalizo, ki je ugotovila, da so bili pristopi, katerim so bili raziskovalci naklonjeni, navidezno bolj učinkoviti kot drugi pristopi (glej Smith et al., 1980, v prav tam: 17-18). V nekaterih primerih so terapevti celo izvajali terapijo, v katero niso verjeli (in za katero verjetno niso bili zadostno usposobljeni). Tak primer je, denimo, ko so vedenjski terapevti »izvajali psihoanalitično psihoterapijo« (Power in Freeman, 2007: 11). Razloge za večjo učinkovitost gre iskati tudi v tem, da se uspeh praviloma meri z normami posameznih pristopov (Franzl, 2000: 21).

Slednje razumem tako, da imajo različni pristopi drugačne kriterije učinkovitosti - pristopi, ki dajejo večjo težo odpravi simptomov, lahko dosegajo večji učinek pri odpravi simptomov v metaanalizah, ki primerjajo različne pristope med seboj, medtem ko imajo nekateri drugi pristopi morda večji učinek na področjih, ki jih tovrstne metaanalize ne zajamejo. Kljub temu

pa bi lahko rekli, da imajo – vsaj pod določenimi kriteriji, kot je odprava simptomov – različni pristopi podoben učinek. Sama bi sicer dodala še pomislek, da se omenjeno predvidoma nanaša predvsem na kratkotrajne oblike terapije, saj so dolgotrajne oblike, kot kaže, manj raziskane. Postavlja se vprašanje, ali je denimo dolgotrajna psihodinamična psihoterapija enako učinkovita kot dolgotrajna kognitivno-vedenjska terapija, ta pa spet enako učinkovita kot dolgotrajna sistemska terapija, gestalt terapija ali logoterapija...

Glede na to, da različni pristopi (pod določenimi pogoji in kriteriji) vodijo do enakega rezultata, učinka psihoterapije ne gre v celoti pripisati uporabljeni tehniki. Zato se poraja vprašanje, kaj je tisto, kar v psihoterapiji »deluje«. Zanimivo bi bilo vedeti, koliko različni dejavniki »prispevajo« k izidu psihoterapije. V nadaljevanju bo za začetek predstavljena ena porazdelitev variance med različnimi dejavniki (Lambret, 1992, v Šugman Bohinc in Kopal, 2003: 19; Lambert in Barley, 2002, v Norcross in Lambert, 2011: 12-13; Lambert, 1992, Lambert in Barley, 2002, oboje v Carr: 50-51; Lambert, 1992, v Rus Makovec, 2002: 43):

- zunaj-terapevtski dejavniki naj bi predstavljali 40 % variance. Med te sodijo naključni življenjski dogodki (na primer nova služba), podpora s strani prijateljev in družine, klientovi viri moči, samo-sprememba, spontana remisija, ...
- splošni dejavniki, ki so skupni vsem terapevtskim pristopom, predstavljajo 30 % variance. Med splošnimi dejavniki ima daleč največji učinek terapevtski odnos;
- placebo učinek, upanje in pričakovanja predstavljajo 15 % variance izida;
- preostalih 15 % variance gre na račun specifičnih terapevtskih tehnik.

Druga porazdelitev je sledeča (v Norcross in Lambert, 2011: 13):

- nepojasnjena varianca predstavlja 40 % izida psihoterapije,
- pacientov prispevek k terapiji (vključno z resnostjo osnovnih težav) pojasnjuje 30 % variance,
- terapevtski odnos predstavlja 12 % variance. (Ugibamo lahko, da gre za tisti del odnosa, ki se ga ne da pojasniti samo s prispevkom posameznega pacienta/klienta in terapevta, saj je pacientova in terapevtova varianca omenjena posebej. Gre verjetno za medsebojno ujemanje obeh in edinstveno srečanje ter interakcijo),
- specifična terapevtska metoda predstavlja 8 % variance,
- posamezni terapevt pojasnjuje 7 % variance,
- preostali faktorji pojasnjujejo 3 % variance.

Naslednja porazdelitev vsebuje kombinacijo elementov prve in druge (Lambert, 2007, v Žvelc, 2011: 6-7):

- klientovo življenje naj bi pojasnjevalo 40 % variance,
- skupni dejavniki (skupni različnim psihoterapevtskim pristopom) predstavljajo 35 % variance. To so na primer naslednji odnosi dejavniki: zaupnost, kvaliteta terapevtskega delovnega odnosa, procesni dejavniki in pričakovanja. (V tem primeru so bili vključeni tudi klientovi dejavniki pričakovanja oziroma »vera« v učinkovanje psihoterapije. V prvi porazdelitvi placebo učinek ni bil uvrščen med splošne dejavnike, ampak je bil naveden posebej).
- terapevtovi dejavniki pojasnjujejo 20% variance. Mednje sodijo med drugim empatija, toplina, prepričanost in vera v to kar dela, sprejemanje, spodbujanje klienta oziroma njegove pripravljenosti za tveganje v terapiji, ...
- specifične terapevtske tehnike predstavljajo preostalih 5 % variance.

Če so si bile prejšnje porazdelitve v odstotkih med seboj vsaj malo podobne, pa se naslednja nekoliko razlikuje (Wampold, 2001, v Carr, 2009: 51):

- zunaj-terapevtski dejavniki naj bi predstavljali kar 87 % variance,
- splošni dejavniki pojasnjujejo 9 % variance,
- klientovi dejavniki predstavljajo 3 % variance,
- specifične terapevtske tehnike pojasnjujejo 1 % variance.

Predvidevamo lahko, da pri zgoraj zaznanih razlikah ne gre toliko za to, da bi se ugotovitve raziskav tako zelo razlikovale med seboj, ampak verjetno za to, da je bila sama obdelava podatkov in interpretacija le-teh različna.

Če si podrobneje pogledamo zgornje porazdelitve, se odpira mnogo vprašanj. Je smiselno neki dejavnik, povezan z izidom, na primer podporo s strani prijateljev, obravnavati kot nepojasnjeno varianco, ker ne pojasnjuje dogajanja znotraj terapije; kot zunaj-terapevtski dejavnik, ki je povezan s posameznikovo kvaliteto življenja in izidom psihoterapije; ali celo kot klientov dejavnik, saj lahko podpora s strani prijateljev nakazuje na posameznikovo zmožnost vzpostavljanja, vzdrževanja in ohranjanja vzajemnih medosebnih odnosov ter s tem na

osebnostne lastnosti posameznika? Je dober terapevtski odnos »vzrok« za izboljšanje v psihoterapiji ali pokazatelj (možnega) izboljšanja? Je dober odnos v terapiji pokazatelj klientove sposobnosti za vzpostavljanje odnosov in s tem dejavnik klienta? So naključni dogodki v življenju (tako imenovani zunaj-terapevtski dejavniki) zares »naključni«, ali pa »srečen« dogodek v življenju vsaj deloma lahko pojasnimo z napredkom v terapiji? Za primer navedimo posameznika, ki se po dolgotrajni brezposelnosti zaposli. Ali je delo dobil »naključno«, ali pa je k temu (nevede) »prispeval« bolj samozavesten nastop na razgovoru, ki je bil posledica napredka v psihoterapiji. Navedimo še drug primer: ali nenadno srečo v partnerskem odnosu (glede na preteklo nesrečo) lahko pripišemo temu, da je oseba končno »našla svojo ljubezen«, ali pa temu, da je bila izbira partnerja drugačna in je oseba v odnos s partnerjem vstopila z drugačnim odzivanjem, kar se ga je naučila v odnosu s terapevtom? Je klientovo/terapevtovo sposobnost za navezovanje odnosov smiselno uvrščati med dejavnike klienta/terapevta ali med dejavnike odnosa (splošne dejavnike)? Ali izjemno sposobnost posameznega terapevta za vzbujanje upanja med klienti uvrščamo med dejavnike terapevta ali dejavnike pričakovanja/placebo učinka? Lahko posameznikovo sposobnost za odzivanje na placebo učinek uvrščamo med dejavnike klienta, dejavnike pričakovanja, splošne dejavnike ali nepojasnjeno varianco? So klientovi viri moči, sposobnost za samo-spremembo, spontana remisija - zunaj-terapevtski dejavniki, ali jih gre uvrščati med dejavnike klienta? So specifične tehnike res tako malo pomembne, ali pa se njihov učinek skriva drugje? Na primer, »vera« v učinek specifičnih tehnik se lahko kaže kot placebo učinek (dejavniki pričakovanja), samozavestna uporaba tehnik lahko poveča ugled in socialni vpliv terapevta (dejavniki terapevta), kar je povezano z večjim zaupanjem in pripravljenostjo za sodelovanje s strani klienta ter s tem večjo motivacijo (dejavniki klienta), kot tudi z boljšim terapevtskim odnosom (dejavniki odnosa/splošni dejavniki). K temu lahko dodamo, da se terapevtske tehnike lahko uporabljajo »za prebijanje ledu«, za vzpostavljanje in razvijanje odnosa ter za usmerjanje k relevantnim temam v terapevtskem odnosu in v posameznikovem življenju (kar je zopet povezano z odnosom/splošnimi dejavniki in deloma, zaradi odpiranja relevantnih tem v življenju, s klientovim življenjem/zunaj-terapevtskimi dejavniki)...

Še bi lahko naštevali in se spraševali... Če bi kljub temu poizkušali izpeljati zaključke, bi rekli naslednje. Glede na to, da zunaj-terapevtski dejavniki pojasnjujejo velik del izida psihoterapije (40-87%), bi lahko sklepali na dvojce: zunanji dejavniki imajo zelo velik »vpliv« na potek in izid terapije – ali - bistven napredek v terapiji se ne pokaže na terapevtskih srečanjih, temveč v posameznikovem življenju. Ne glede na to, kateri sklep privzamemo kot bližjega resnici -

prvega, drugega, oba ali nobenega - imata oba možna sklepa potencialno pomembno sporočilno vrednost. Poglejmo si prvi sklep. Spoznanje, da velik del izida terapije ni odvisen od same situacije v terapiji, lahko terapevta (ali drugega strokovnjaka v poklicu pomoči) ubrani pred pretiranim občutkom odgovornosti in s tem posledično izgorelostjo. Prav tako lahko ta prvi sklep govori o pomenu spreminjanja okoliščin, v katerih živi posameznik, kot tudi o pomenu sodelovanja med različnimi službami in udeleženi v procesu pomoči ter drugimi pomembnimi udeleženci (družina...), da bi omogočili spremembo posameznikovega okolja. Drugi sklep, v kolikor je pravilen, nakazuje na to, da ima psihoterapija možnost spremeniti pomembne stvari v posameznikovem življenju. Njen učinek torej daleč presega zgolj odpravo simptomov.

Naslednja ugotovitev, ki jo lahko povzamemo, je, da ima odnos praviloma večji učinek kot specifične tehnike. To predstavlja kritiko številnim raziskavam, ki se osredotočajo zgolj na raziskovanje vprašanja, katera tehnika, metoda, pristop deluje pri kateri težavi, obenem pa povsem zanemarjajo odnos in druge dejavnike. S tem nikakor nimam namena zagovarjati stališča, da naj tehnike ne bi bile pomembne. Želim le reči, da psihoterapije ne gre razumeti kot »terapijo«, ki se predpiše posamezniku v obliki tehnike/metode/pristopa, kot da bi predpisovali zdravilo v obliki tablet. Pomembno je medsebojno so-vplivanje različnih dejavnikov.

Glede pomena tehnik omenimo naslednje. »Dolga leta potečejo, da se naučimo ukrepov v smislu tehnike... in ko se tega naučimo, postanejo tehnike relativno nevidne« (Glick et al., 2000, cit. v Cerar Lotrič in Rus Makovec, 2006: 361). Teoretično znanje je potrebno, vendar »teorija ne more dati konkretnega odgovora na mnoga pereča vprašanja, na probleme in situacije, na množico individualnih usod, s katerimi se pri delu srečujemo« (Kramar, 2008: 24). Terapevtova uporaba teoretičnega znanja zahteva veliko ustvarjalnost pri uporabi le-tega (prav tam: 24-25). Dolgoletne terapevtove izkušnje tako pripomorejo k večji sproščenosti in neposrednosti, s čimer je terapevt »svobodnejši v uporabi sebe« (Speed, 1996, v prav tam: 25). Zdi se, da so tehnike pomembne za sam odnos. Prav tako odnos omogoča učinkovitost tehnik. Vsaka metoda je že del odnosa, saj je tisto kar dela terapevt - torej kaj dela terapevt - že povezano s tem, kako to dela (glej Safran in Muran, 2000, v Norcross in Lambert, 2011: 4-5; Orlinsky, 2000, 2005, oboje v Norcross in Lambert, 2011: 5). Hans Strupp (v Norcross, 2010, v Norcross in Lambert, 2011: 5) to, kako so tehnike/metode povezane z odnosom, ponazori s preprosto analogijo kako pripraviti najstnika, da pospravi sobo. Res je, da je pomembno predstaviti standarde (na primer, kaj je pospravljen soba) in posledice (kaj se zgodi, če soba

ne bo pospravljena), vendar pa ni vseeno ali so omenjene intervencije pospremljene z odnosom, polnim zaupanja ali nasprotno nezaupanja.

Dober terapevtski odnos je bistven za psihoterapevtski izid, saj brez odnosa ne deluje nobena metoda (Frank, 1982: 15, v Power in Freeman, 2007: 9). Dober delovni odnos je predpogoj za uspešnost katerekoli oblike terapije (Department of Health, 2001: 35, v Norcross in Lambert, 2011: 9). Boljša kvaliteta odnosa lahko pripomore k boljšemu psihoterapevtskemu delu in posledično napredku, medtem ko ga slabša kvaliteta odnosa ovira (Kramar, 2008: 25). Učinki psihoterapije naj bi imeli svoj izvor ravno v poglobljanju klientovega doživljanja znotraj psihoterapevtskega odnosa in ne v »zdravljenju simptomov« (Flajs, 2003: 49). Susan Hart (2011: 285-286), ki povzema po Sørensen (2005, prav tam: 285-286), piše, da zdravila sicer lahko odpravljajo simptome, vendar pa je »edina stvar, ki je sposobna« spremeniti težave povezane z navezanostjo »/.../ razvoj navezanosti, osnovane na primerni emocionalni uglašenosti, kar je tisto, zaradi česar je psihoterapija lahko učinkovita«. Dokazi za to, da naj bi posamezne metode (v povezavi s točno določenimi težavami) delovale brez terapevtskega odnosa, osebnosti terapevta in individualnega pacienta, so zelo šibki (Norcross in Lambert, 2011: 7). Najpomembnejši dejavnik v povezavi z uspešnostjo psihoterapije je odnos oziroma ujemanje terapevta in klienta (Märtens in Petzold, 1999, Castonguay in Goldfried, 1997, Schulte, 1993, Seligman, 1996, vsi v Cvetko, 2003: 52). Ugotovitve metaanalize (Horvath in Symonds, 1991, v Sperry, 2010: 23) nakazujejo, da brez dobro vzpostavljene terapevtske alianse, ki je pomemben element terapevtskega odnosa, psihoterapija ne »deluje«. Raziskava naj bi ugotovila, da so pacientove osebnostne karakteristike najpomembnejši dejavnik pri vzpostavljanju dobre terapevtske alianse, prav tako pa naj bi bile le-te najpomembnejše tudi pri izidu (Garfield, 1994, v Per Høglend, 1999). Pacient/klient je torej ključni dejavnik za uspešnost psihoterapije. Pritz (2003b: 7) pravi, da bi lahko odnos v psihoterapiji med psihoterapevtom in klientom primerjali z odnosom učitelja in učenca v šoli. Ne glede na to, kako zelo dober je morda učitelj, se nekateri učenci ničesar ne naučijo od njega, medtem ko so se najuspešnejši učenci sposobni nekaj naučiti s pomočjo ne najboljšega učitelja. Pomembni pa so tudi terapevtovi dejavniki. Terapevt lahko z nebesedno komunikacijo o sebi razkrije več kot namerava in več kot bi razkril s premišljenimi besedami (Kramar, 2008: 25). Kako terapevt gradi odnos z ljudmi, s katerimi dela, je močno odvisno od tega, v kakšnega človeka se je razvil (prav tam: 25). Ali kot pravi Real (1990, v Hardham, 1996, v prav tam: 24): »Uporaba nas samih je /.../ edino orodje, ki nam je (v psihoterapiji) na voljo«.

Glede psihoterapevtskega odnosa je bilo izvedenih nekaj metaanaliz, ki so ugotovljale povezanost posameznih elementov odnosa in prilagoditev v odnosu z izidom. V primeru nekaterih metaanaliz so bile raziskave številne, pri drugih pa je obstajalo le manjše število raziskav. Posamezni elementi odnosa, ki so bili povezani z izidom so naslednji (Norcross in Wampold, 2011: 424): »Aliansa v individualni psihoterapiji, aliansa v psihoterapiji otrok in mladostnikov, aliansa v družinski terapiji, kohezivnost v skupinski terapiji, empatija, zbiranje klientovega povratnega sporočila, strinjanje v ciljih, sodelovanje, brezpogojno pozitivno spoštovanje (angl. positive regard), kongruentnost/pristnost, popravljanje prekinitev v (terapevtski) aliansi« in »ravljanje s kontra-transfernim odzivanjem«. Z izidom so bile povezane prilagoditve v psihoterapevtskem odnosu na naslednjih področjih (prav tam: 424): »Odzivnost (angl. reactance)/odpor, preference, kultura, religija in spiritualnost, faze pripravljenosti na spremembo (angl. stages of change), stil spoprijemanja, pričakovanja« in »stil navezanosti«.

Predpogoj za učinkovitost psihoterapije je občutek vsaj osnovne varnosti. Brez tega se psihoterapija sploh ne začne (Bowlby, 1988, v Matjan Štuhec, 2010: 63). Terapevtski odnos mora zagotavljati »varno in gotovo osnovo navezanosti, iz katere se rodi zaupanje« (Bowlby, 1988, v Praper, 2010: 34). Klient s pomočjo podpornega in empatičnega odnosa sčasoma začne zaznavati manj grožnje in je bolj pripravljen na sodelovanje (Snyder, 1992, v Clark, 2007: 29). Podobno ugotavljata Orlinsky in Horvath (1986, v Hart, 2011: 285), da je klient, ki doseže določeno stopnjo zaupanja, bolje uglasen v odnosu in bolj sodelovalen. Vendar zgolj podpora in empatičen odnos ni nujno dovolj, saj klient to držo lahko doživlja kot pretirano zaščitniško (Rowe in MacIsaac, 1989, v Clark, 2007: 125). Poleg empatije se je v nekaterih raziskavah kot izredno pomembno izkazalo vnašanje izzivov in odpiranje relevantnih tem (glej na primer Kivlighan in Schmitz, 1992, v Praper, 2004: 293-294).

Če se vrnemo nazaj na občutek varnosti v psihoterapevtskem odnosu (Bowlby, 1988, v Matjan Štuhec, 2010: 63), lahko omenimo še pomen stilov navezanosti. Zanimivo je, da lahko posameznik, ki ni varno navezan, varni stil navezovanja sčasoma pridobi (v adolescenci ali s pomočjo psihoterapije v odraslosti), pri čemer rezultat ni nujno povsem isti (Carpers in sod. 2006, v Praper, 2010: 23). Varna navezanost, ki je pridobljena v psihoterapevtskem procesu, ni identična tisti, ki je pridobljena v otroštvu. Pacient namreč ni majhen otrok, »ampak odrasli, ki je zamudil to razvojno obdobje. /.../ Do neke mere ostaja ranljiv in mora prigarani nivo odnosov aktivno vzdrževati.« (Praper, 2010: 33).

Če psihoterapijo primerjamo z medsebojnim vzajemnim usklajevanjem otroka v odnosu z negujočo osebo, »je v psihoterapiji pacientov navezujoči odnos do terapevta tisti, ki omogoča spremembo« (Matjan Štuhec, 2010: 52). Raziskave so pokazale, da se v primeru varne navezanosti med materjo in otrokom prekinitve v odnosu zgodijo v povprečju vsakih 19 sekund. Popolna uglasenost med obema se vsake toliko časa prekine in nato kmalu zopet vzpostavi. Težave nastanejo, ko pride do pretirane uglasenosti brez prekinitvev ali s premalo prekinitvami in ob premajhni uglasenosti (v Matjan Štuhec, 2010: 63). Nekaj podobnega se dogaja v navezovalnem odnosu med psihoterapevtom in pacientom v psihoterapiji, kar omogoča (ali onemogoča) spremembo (Wallin, 2007, prav tam: 63).

Nobena skrajnost torej ni »priporočljiva«. Predvidevamo lahko, da ob premajhni uglasenosti in s tem preveliki distanci ni mogoče razviti toplega in vzajemnega odnosa, ki bi otroku omogočil »optimalni« razvoj, odraslemu pa spremembo v psihoterapevtskem procesu. Na drugi strani pretirana uglasenost lahko vodi v »zlivanje«, pri čemer se meje zabrišejo, oziroma so meje med osebo in okolico nejasne. Prav tako brez prekinitvev v odnosu posameznik ne doživi pomembne izkušnje, kako se ponovno vzpostavi odnos, in si ne pridobi izkušnje konstantnosti odnosov, ki kot taki ostajajo kljub prekinitvam in nihanju v odnosu.

Ko je govora o varni navezanosti velja previdnost pri interpretaciji zapsanega. Moj namen ni, da bi varno navezanost predstavila kot edino »pravo« navezanost, ki jo posameznik »mora« doseči. Varno navezanost omenjam le v kontekstu povezanosti varne navezanosti s težavami (doživljanjem, situacijami) in z namenom boljšega razumevanja dogajanja v psihoterapiji.

V psihoterapevtskem delu je pomembna še zavestna osredotočenost (angl. mindfulness), torej ne-obsojajoča pozornost na »tukaj in sedaj«, ki terapevtu omogoča zavedanje lastnih občutkov in bolj uglaseno empatijo, kot tudi večjo odprtost brez obrambne pozicije (Fonagy, 2001, v Matjan Štuhec, 2010: 64).

2.2.4.4. Psihoterapija in spremembe

Postavlja se vprašanje, ali posameznik izkušnje v psihoterapevtskem odnosu lahko vnese v vsakdanje življenje. Pomembno je vedeti, da notranja sprememba in sprememba vedenja potekata sočasno. Sprememba le enega ali drugega ne vodi nujno do stabilnih, dolgoročnih rezultatov. Mnoge spremembe v psihoterapiji se bolj kot na samem srečanju kažejo v vsakdanjem življenju. V večini primerov klient samodejno spremeni vedenje na podlagi izkušenj v psihoterapiji, v nekaterih primerih pa je potrebno sistematično spodbujanje s strani terapevta (Wachtel, 2011: 322-323).

Za začetek si bomo pogledali, kako notranje spremembe spodbudijo spremembe v vedenju, nekoliko kasneje pa bomo pozornost posvetili temu, kako spremembe v okolici spodbudijo spremembe pri posamezniku.

Majhna sprememba v povezavah med nevroni oziroma v organiziranosti nevrološkega sistema ima lahko za posledico kaos, saj se mora na novo organizirati celoten sistem. Spremembe, ki sledijo, so nelinearne, nepredvidljive in nenapovedljive. Nemogoče je napovedati, kdaj in kako se bodo zgodile. Le majhne spremembe v organizaciji nevrološkega sistema imajo lahko velik učinek na vedenje, kar pojasnjuje, kako morda »učinkuje« psihoterapija (Schore, 2003b, Siegel, 1999, oboje v Hart, 2011: 288).

Susan Hart (2011: 300), ki povzema po Sternu (2004, prav tam: 300), pravi, da so v psihoterapiji pomembni trenutki tukaj in zdaj, pomembna je nebesedna govorica (pogled, drža telesa...). »Interpretacije in naracije lahko spodbudijo spremembe, vendar le takrat, ko so povezane s trenutkom« v sedanjem odnosu (prav tam: 300). Susan Hart pri tem dodaja naslednjo misel (prav tam: 304): »Nič v možganih se ne more spremeniti, ne da bi bilo aktivirano«. Pripovedovanje o preteklih izkušnjah (Schibbye, 2005, prav tam: 307) ali pojavljanje v preteklosti oblikovanega vzorca (vedenja) v sedanjosti (Stern, 2004, prav tam: 343), se poveže s trenutnim odnosom med terapevtom in klientom, s čimer »klientova implicitna zgodovina« postane »eksplicitna« (Schibbye, 2005, prav tam: 307). »Sprememba je očitna v sedanjosti, čeprav je obarvana s preteklimi dogodki« (Stern, 2004, prav tam: 343).

Praper (2008: 100) se sklicuje na razumevanje, ki ga je predstavil Kendel (1999, prav tam), da naj bi bili učinki psihoterapije povezani s spremembami genetske ekspresije. Ob tem Praper (prav tam: 100) navaja, da psihoterapija ne spreminja le odnosov, ampak tudi »interpersonalne mehanizme tolmačenja« odnosov. »Interpersonalni mehanizmi tolmačenja so ponotranjene socialne sheme in asimilirane izkušnje iz čustvenih izmenjav, torej »notranje izkušeno socialno okolje«« (prav tam: 99). Pomembno je razumeti, da so intrapsihični in interpersonalni procesi med seboj povezani ter med seboj »so-vplivajo« (Stern, 2004, v Hart, 2011: 343).

Sama bi si predhodne misli razlagala, da klient v odnos s terapevtom vstopa z vnaprej določenimi predstavami o odnosu, ki jih je pridobil v preteklosti. Govorjenje o preteklih odnosih sicer lahko aktivira te miselne sheme, omogoča posamezniku biti blizu in v stiku s preteklimi izkušnjami, vendar zgolj intelektualna predelava ne vodi v spremembe. Pomembne so izkušnje v odnosu s terapevtom, ki sčasoma spremenijo predstave in pričakovanja v povezavi z odnosi. To ima za posledico, da posameznik spremeni tudi odnose zunaj psihoterapije, v

vsakdanjem življenju. Prav tako si posameznik zaradi spremenjenih miselnih shem, odnose drugače razlaga, kar lahko vodi do drugačnega odzivanja v odnosu do drugih. Ti se do posameznika zaradi tega morda drugače vedejo, kar zopet privede do drugačnih izkušenj v odnosih...

Zgoraj smo si pogledali predvsem, kako notranje (intrapsihične) spremembe »privedejo« do sprememb v okolici. V nadaljevanju si bomo ogledali delovanje v obratni smeri, kako so dejavniki okolja in njihova medsebojna interakcija, povezani z morebitnimi spremembami pri posamezniku.

Sistemska teorija je bila nekoliko že omenjena, ko je bilo govora o simptomu, zato se tu ne bomo ponavljali. Govora bo le o posameznih informacijah, ki predhodno še niso bile omenjene. Sistemski pogled je vzročno-posledično razumevanje zamenjal s krožnim modelom (glej na primer Kobolt, 2011: 155-156; Vec, 2008: 157-158). Za boljše razumevanj v nadaljevanju za ponazoritev podajam nekoliko daljši citat - ta se nanaša na primer, ko naj bi mama – glede na vzročno posledični model – »vplivala« na otroka. Na drugi strani se v krožnem procesu »upošteva tako vpliv matere, kot značilnosti in vpliv otroka nanjo (morda gre za neritmičnega, nemirnega otroka, ki je presegel materine sposobnosti za dosledno vzgojno držo), se ne prezre vpliva celotne družine (oče je morda izgubil službo, se vdal alkoholu), vrtca (v vrtcu je sicer imel prijazno vzgojiteljico, ki pa ni uspela nadomestiti pomanjkljivosti nedosledne vzgoje, ker je imela premalo časa, da bi se temu otroku, ki je potreboval več od drugih, bolj intenzivno in vsakodnevno posvečala), šole (ko je prišel v šolo je razred vodila začetnica, ki se je bala od otroka zahtevati upoštevanje pravil), vrstnikov (ki so ga zavračali zaradi njegove nemirnosti, nepredvidljivosti in ga niso sprejeli medse...), drugih staršev (ki so se pritoževali, da bodo otroke prešolali, ker ta fant moti pouk in s tem prispeva, da tudi njihovi otroci ne morejo slediti razlagi)« (Kobolt, 2011: 155-156). Če bi parafrazirala, bi rekla, da je situacijo, v kateri se nahaja otrok, moč razumeti v stalni medsebojni interakciji med posamezniki in sistemi.

Bečaj (1988) je predstavil model dela z otroki in mladostniki s čustvenimi in vedenjskimi težavami, ki vključuje delo z različnimi podsistemi. V prvi vrsti je potrebno vzpostaviti stik z družino in se nato srečevati glede na dogovor. Otrok ni vedno prisoten na srečanjih. Omenjeno bi težko imenovali družinska terapija, gre pa za površinsko obravnavanje situacij v družini. Drugi podsistem je šola. Pomembno je navezati stik z razrednikom in svetovalno službo. Postavijo se realni cilji, zmanjša pretiran občutek odgovornosti, reflektira pričakovanja. Spodbuja se vključenost otroka v interesne dejavnosti in vključenost med vrstniki. Navsezadnje

se spodbuja še vzpostavitev odnosa med šolo in družino. Vzpostavijo se torej odnosi strokovnjak-družina, strokovnjak-šola, družina-šola. Na podlagi interakcij med posameznimi podsistemi sčasoma lahko pričakujemo določene spremembe, ki se navadno pojavijo že kmalu po začetku sodelovanja. Vendar pa se po določenem obdobju začne ponavljati uveljavljeno funkcioniranje družine, kjer je tudi točka, ko bi bilo morda smiselno uvesti družinsko terapijo. Zanimivo je predvsem to, da pride do spremembe brez individualne obravnave otroka (prav tam: 12-16).

Izjemnega pomena je socialno okolje, ki obdaja družino, saj je vključenost družine v raznovrstno socialno mrežo posredno povezana z manjšo pojavnostjo vedenjskih težav, z boljšim otrokovim počutjem in z razvojem socialnih kompetenc pri otroku (glej Marshall, Noonan, McCartney, Marx in Keffe, 2001, v Vec, 2011: 130-132).

Urlike Loch (2014: 46, 49-51) meni, da je – pri otrocih, ki so opustili izobraževanje - v skladu s sistemsko družinsko terapijo in večgeneracijsko perspektivo smiselno opazovati dogajanje in organizirati svetovalno delo z naslednjimi podsistemi: interakcije starši-otrok, interakcije starši – (otrok) – strokovnjaki, interakcije stari starši – strokovnjaki. Pogosto se v odnosu otrok do staršev pojavlja »postaršenje« (vloge staršev in otrok se v čustvenem smislu zamenjajo), kar se kaže v treh generacijah (prav tam). O parentifikaciji govori tudi Byng-Hall (2002, v Trampuž in Breclj-Kobe, 2010: 45). Pogosto naj bi se v otroštvu pojavljala pri tistih, ki se odločajo za poklic terapevta (ali verjetno kateri drug poklic pomoči), zato je dobro, da le-ti pri sebi raziščejo, kaj jih je vodilo k odločitvi za ta poklic.

Dogajanje v družinskem sistemu lahko med drugim »pojasnjuje« pojavnost odvisnosti od psihoaktivnih snovi. »Odvisniki« v povezavi s svojimi družinami »poročajo o nižji kohezivnosti, ekspresivnosti, neodvisnosti, organiziranosti, kulturni in rekreacijski usmeritvi ter višji stopnji konfliktnosti« (Dular, 2012: 268). Konfliktnost in manjša kohezivnost v družini je negativno povezana z izidom po odvajanju (Friedman idr., 1995, Godley idr., 2005, Orford idr., 2001, Wu idr., 2004, vsi prav tam: 269), zato avtorica (prav tam: 269) domneva, da bi bilo smiselno sočasno z odvajanjem uvesti spremembe v družinskem sistemu z namenom zagotavljanja stabilnosti kasneje v obdobju po prenehanju odvisnosti.

Na tem mestu se bomo nekoliko vrnil na ugotovitve, ki so bile predstavljene nekoliko nazaj, ko je bilo govora o tem, kolikšen delež učinka v psihoterapiji »pripade« posameznim dejavnikom. Ugotovljeno je bilo, da zunajterapevtski dejavniki predstavljajo velik del učinka (40-87%). To govori v prid hipotezi, da je mogoče doseči spremembe s spreminjanjem

okolščin posameznika. Prav tako je to v skladu z zgoraj predstavljenimi ugotovitvami v povezavi s sistemsko teorijo in pomenom spreminjanja okolja. Vendar pa bi sama opozorila, da velja previdnost pri takih interpretacijah. Glede na omenjene teorije bi sama pričakovala, da je sistemska (družinska/partnerska) terapija bolj učinkovita kot individualni psihoterapevtski pristopi, saj se ne osredotoča le na posameznika, ampak tudi na celoten sistem. Vendar pa raziskave in metaanalize tega ne potrjujejo, saj ni videti, da bi bila sistemska terapija kaj bolj učinkovita kot drugi pristopi (glej na primer v Carr, 2009: 44). Sama se sprašujem, kaj je razlog za to. Ena od možnih razlag je, da spreminjanje zunanjih okoliščin nima takšnih učinkov, kot se temu navadno pripisuje. Morda so zunaj-terapevtski dejavniki in s tem povezane spremembe v klientovem življenju v večji meri pokazatelj spremembe v psihoterapiji kot »vzrok« za spremembo. Druga razlaga je, da so sicer okoliščine, v katerih se nahaja posameznik, pomembne, vendar s psihološkimi intervencijami kot je sistemska terapija, na njih ne znamo »vplivati«. Možno je, da so okoliščine pomembne, vendar so tiste, ki so povezane z družino/partnerskim odnosom, morda manj pomembne, kot so katere druge, ki jih sistemska terapija ne spreminja. Slednje sicer ni najbolj verjetno, glede na pomen, ki se ga pripisuje družini in bližnjim odnosom. Raziskave večinoma merijo predvsem simptome in občasno splošno (socialno) funkcioniranje posameznika. Učinek sistemske terapije je lahko večji na področjih, ki jih raziskave ne merijo. Možno je, da sistemsko terapijo obiščejo družine/partnerji s hujšimi »disfunkcionalnostmi« v odnosih, kot druge pristope, zato primerjave niso nujno merodajne. Vsi člani družine/skupine niso enako motivirani. Nekateri zavirajo proces. Maja Rus Makovec (2004: 367) pravi, da »posamezniku sodelovanje v okviru družinske terapije« lahko »olajša pot do delovne alianse, ker gre za skupen družinski projekt, lahko pa ga močno ovira«. V družinskem sistemu se nekateri posamezniki težje spreminjajo kot drugi. Zanimivo je, da sprememba ni nujno najtežja pri tistih, ki imajo največ težav, ampak se pogosto najtežje spreminjajo tisti, ki jim je dodeljena največja moč. Ti bi se morali ob spremembi odpovedati določenemu delu pridobljene moči, zato lahko ovirajo spreminjanje sistema (Williams, 1996). Problem so še različni cilji. Opisan je primer, ko so bili starši pripravljene sodelovati v psihoterapevtskem procesu, da bi pomagali otrokom, medtem ko so otroci želeli pomagati svojim staršem. Terapevt je nato delal z različnimi družinskimi podsistemi posebej (glej Friedlander, Escudero, Heatherington in Diamond, 2011: 95-97). Glede na to, da je spremembo mogoče doseči po dveh poteh – bodisi z delom s posameznikom, bodisi z spreminjanjem okolja (glej Bečaj, 1988) - bi sama ugibala, da je pomembno le, ali se sprememba zgodi ali ne. To, da je bila sprememba dosežena po dveh poteh hkrati, ne doda nujno »dodane vrednosti«, zato sprememba ni večja. Navsezadnje pa morda paradoksalno ravno enaka učinkovitost

individualne psihoterapije in sistemske terapije potrjuje sistemsko teorijo, saj se v skladu s to vsaka sprememba pri posamezniku kaže na spremembi celotnega sistema (o spremembi posameznika in sistema glej na primer Možina, Štajduhar, Kačič in Šugman Bohinc, 2011: 436). Posameznik, ki je v individualni psihoterapiji dosegel spremembo, posredno spodbudi družinski ali drug sistem k spremembi. Za spremembo (družinskega) sistema tako morda ni nujna vključenost celotnega sistema v psihoterapevtski proces.

Bečaj (1988) pravi, da individualno delo z otrokom/mladostnikom s čustvenimi in vedenjskimi težavami ne daje želenih rezultatov, zato je smiselno uvajati delo s podsistemi. Sama bi ugibala, da je pri nekaterih posameznikih in težavah morda bolj učinkovito spreminjanje okolja, pri drugih pa individualno delo s posameznikom. Predvidevam, da je to nekoliko povezano z motivacijo, oziroma s tem, kdo si želi spremembe. Za ponazoritev si pomagajmo s stili spoprijemanja. »Težave so lahko pretežno internalizirane (čustvene težave), eksternalizirane (vedenjske težave) ali kombinirane (čustvene in vedenjske težave)« (Kobolt, 2011: 160). Tisti, ki kažejo »moteče« vedenje (vedenjske težave), praviloma ne zaznavajo potrebe po spreminjanju, saj za njih vedenje ni »moteče«, je pa »moteče« za okolico (Vec, 2011: 127). Če je vedenje »moteče« za družino in šolo, predvidevam, da so omenjeni (pod)sistemi bolj pripravljeni na sodelovanje, saj si spremembe želijo. Otrok/mladostnik te potrebe ne izkazuje, zato je z njim težko vzpostaviti sodelovalen odnos. Na drugi strani sama predvidevam, da tisti s prevladujočimi čustvenimi težavami niso nujno vedno »moteči«. Še več, pogosto v okolici njihove težave niso zaznane. Ker zaradi čustvenih težav pogosto trpijo, so temu primerno bolj motivirani za spremembo. Smiselno se je torej vprašati, kdo si spremembe želi. Poudariti moram, da gre pri tem le za moje sklepanje, ki ne vzdrži nujno empiričnega preverjanja.

K zgornjemu razmišljanju je vendarle potrebni dodati, da se je psihoterapija (predvidoma brez aktivnega spreminjanja okolja) izkazala kot učinkovita pri posameznikih z različnimi stili spoprijemanja, torej tako pri tistih, pri katerih so bile težave pretežno internalizirane, kot tudi pri tistih, pri katerih so bile težave pretežno eksternalizirane. Res pa je, da so se v primeru prvih kot uspešnejše izkazale intervencije, usmerjene v vpogled in odnos, medtem ko so bile pri drugih uspešnejše intervencije, ki so bile usmerjene v spreminjanje vedenja in učenje veččin (Beutler, Harwood, Kimpara, Verdirame in Blau, 2011).

Smiselno je omeniti, da je razlikovanje učinka v povezavi s posameznikom in okolico umetno. Ali če navedemo naslednjo misel: »Striktne ločevanju posameznika od socialnega sistema, v katerem se nahaja, so sledili tudi terapevti, ki so bili pogosto usmerjeni v iskanje odgovornosti

ali celo krivde; prvi pri posamezniku, drugi v družini ali širši socialni skupnosti. Del vzrokov za oprijemanje enega ali drugega ekstrema lahko razložimo z (ne)uspešnostjo terapevtskih postopkov ali bolje, z iskanjem razlogov za to neuspešnost povsod drugod, le v samem pristopu /.../ ne« (Vec, 1992: 85).

Lahko bi zaključili, da so pomembni tako znotraj osebni kot tudi medosebni in drugi dejavniki ter njihova medsebojna povezanost.

Za konec, ob vsem tem spraševanju, kaj v psihoterapiji morda »deluje« ali ne »deluje«, navedimo naslednjo misel, ki naj bi jo izrekel Jung (v Good reads. C. G. Jung Quotes, b. d.: b. s.): »Poznaj vse teorije, obvladaj vse tehnike, ampak ko se dotakneš človeške duše« preprosto bodi človek. Glede tega, kako pomembno je vzpostaviti pristen človeški odnos in »biti človek«, lahko omenimo še naslednjo anekdoto. (Besedno zvezo »biti človek« sem dala v navednice, saj namiguje, da so nekatere lastnosti »človeške«, medtem ko so druge lastnosti, ki se prav tako značilno pojavljajo pri ljudeh, »nečloveške«). Frankl (1994: 13-14) opisuje svojo izkušnjo takole: »Pred kratkim mi je ob treh zjutraj telefonirala neka ženska in mi povedala, da je sklenila narediti samomor, vendar je radovedna, kaj bom rekel k temu. Odgovoril sem ji z vsemi razlogi, ki so proti temu sklepu in za obstanek, in govoril sem ji trideset minut – dokler mi ni končno dala besede, da si ne bo vzela življenja, ampak bo rajši prišla k meni v bolnišnico. Toda ko me je obiskala, se je izkazalo, da je ni prepričal nobeden izmed razlogov, ki sem ji jih povedal. Da si ne bo vzela življenja, se je odločila samo zato, ker se nisem razjezil, da me je zbudila sredi noči, ampak sem jo pol ure potrpežljivo poslušal in se pogovarjal z njo, in svet – tako je ugotovila – v katerem se to lahko zgodi, mora biti svet, v katerem je vredno živeti«. Omenjeno anekdoto gre jemati nekoliko previdno, saj bi nekdo, ki bi – ne le izjemoma ampak vselej - ravnal tako in ne bi znal postaviti mej, zelo hitro izgorel. Kljub temu pa zgodba slikovito opiše, kako pomembno je včasih preprosto »biti človek«.

2.3.SOCIALNA PEDAGOGIKA

V nadaljevanju bodo pretežno predstavljene (socialno-pedagoške) raziskave, ki se nanašajo na spremembo ali učinek. Osredotočila se bom le na raziskave, ki se nanašajo na otroke in mladostnike s čustvenimi, vedenjskimi in socialnimi težavami. Vključene bodo raziskave glede na naslednje kriterije:

- raziskava je bila izvedena s strani socialnih pedagogov in/ali
- raziskava vključuje način dela, ki je značilen za socialno pedagogiko in/ali

- raziskava se nanaša na delovno mesto socialnega pedagoga oziroma obliko pomoči, ki je značilna za socialno-pedagoško delo (na primer vzgojni zavod) in/ali
- raziskava se nanaša na populacijo, s katero navadno dela socialni pedagog.

Sprva sem želela vključiti le raziskave, ki bi izpolnjevale vse omenjene kriterije. Vendar pa bi na ta način izgubila pomemben del po mojem mnenju relevantnih informacij. Temu primerno so v nadaljevanju vključene raziskave, ki izpolnjujejo vsaj enega izmed zgoraj omenjenih kriterijev. Preden začnem z navajanjem raziskav, bom nekoliko osvetlila, s katerimi težavami sem se soočala pri iskanju in izbiri literature.

2.3.1. Težave pri iskanju in izbiri socialno-pedagoške literature

Na samem začetku sem se srečala z vprašanjem, katere raziskave opredeliti kot socialno-pedagoške. Spraševala sem se, kaj je tisto, kar opredeljuje »socialno-pedagoško«. Je to izobrazba socialnih pedagogov? So to morda specifične intervencije, ki so značilne (samo) za socialno pedagogiko? Je to delovno mesto oziroma oblika pomoči, značilna za vzgojni zavod ali stanovanjsko skupino? Je to točno določena populacija, s katero navadno dela socialni pedagog (otroci in mladostniki s čustvenimi, vedenjskimi in socialnimi težavami)?

Recimo, da bi se odločila za upoštevanje vseh kriterijev. To bi bilo v teoriji seveda možno, v praksi pa težko izvedljivo. V mnogih raziskavah namreč ni mogoče razbrati vseh informacij, ki so povezane s kriteriji. Pogosto denimo ni razvidno, katere izobrazbe so strokovnjaki, ki so sodelovali v raziskavi. Ker bi se odločila, da upoštevam vse kriterije, bi morala izločiti raziskave, ki ne ustrezajo. Izločila bi tiste raziskave, kjer ni razvidno, da je vključen socialni pedagog. Prav tako bi izločila vse raziskave, ki se ne nanašajo na socialno-pedagoško delovno mesto. Vključila bi le raziskave, ki se nanašajo na otroke in mladostnike s čustvenimi, vedenjskimi in socialnimi težavami, ali pa bi se odločila širše za osebe s težavami v socialni integraciji. Vse ostale raziskave bi izključila. Ostalo bi mi le še malo raziskav. Vendar pa je do tu način izključevanja povsem jasen. V nadaljevanju se stvar precej zaplete...

Problem se pojavi, ko bi se odločala, katere intervencije oziroma načine dela bi štela za socialno-pedagoške in katere kot ne dovolj socialno-pedagoške. Najprej bi morala prepoznati in zbrati celoten nabor intervencij, ki so značilne za socialno pedagogiko. Prepoznati bi morala tiste intervencije, ki v osnovi niso socialno-pedagoške, a si jih socialni pedagog izposoja iz drugih strok in jih eklektično uporablja pri svojem delu. V nadaljevanju bi opredelila katere so tiste intervencije, ki izvirno izhajajo iz drugih strok, vendar jih je socialna pedagogika sčasoma privzela za svoje in jih razvijala ter preizkušala v praksi. Potem so tu še načini dela, ki so se

morda razvili znotraj socialno-pedagoške stroke, vendar pa so se istočasno in na podoben način razvijali tudi v drugih strokah. Na koncu bi skušala ugotoviti, kateri so tisti načini dela, ki so značilni zgolj in samo za socialno pedagogiko.

Da bi prepoznala in razvrstila različne intervencije, bi morala kronološko preučiti razvoj socialno-pedagoških intervencij. Enako velja za razvoj drugih strok. Različne stroke bi primerjala med seboj z namenom, da bi odkrila stičnosti in razlike ter opredelila, kateri načini dela so v večji ali manjši meri značilni za določeno stroko. Ni potrebno posebej poudarjati, da bi bilo tako delo zelo zamudno in energijsko potratno. Če bi nekoliko karikirala, bi rekla, da bi to zahtevalo ne le novo diplomsko delo, ampak kar novo doktorsko disertacijo.

Ko bi razjasnila sliko, bi izbrala kriterije, na podlagi katerih bi intervencije lahko razvrstila kot »dovolj socialno-pedagoške« ali »ne dovolj socialno-pedagoške«. Nato bi oblikovala celoten seznam intervencij, ki so »dovolj socialno pedagoške«. Na tem mestu se delo še zdaleč ne bi končalo - vsako raziskavo posebej bi pregledala, ali je v njej dovolj jasno, katere intervencije so bile uporabljene, in ali so »dovolj socialno-pedagoške«.

V primeru raziskav, ki se nanašajo na psihoterapijo, je to mnogo bolj jasno. Pogosto je že v naslovu razvidno, ali gre morda za psihodinamično psihoterapijo, kognitivno vedenjsko terapijo, sistemsko terapijo... Tudi tam, kjer ni, je očitno, da gre za psihoterapijo. Nasprotno v raziskavah, ki bi jih morda lahko šteli kot socialno-pedagoške, socialna pedagogika neredko ni neposredno izpostavljena.

Eden izmed razlogov je po mojem mnenju ta, da socialna pedagogika ni mednarodno uveljavljena. Ponekod po svetu socialno-pedagoška stroka ni dovolj prepoznavna. Če je članek objavljan v reviji, ki izhaja v tistih predelih sveta, kjer socialna pedagogika ni v tolikšni meri uveljavljena (na primer v ZDA), potem manj verjetno vsebuje omembo socialne pedagogike, četudi raziskava morda izhaja iz predela sveta, kjer je socialna pedagogika bolj uveljavljena.

Naslednji razlog je po mojem mnenju ta, da je socialno-pedagoška pomoč le redko ponujena samostojno, brez sodelovanja z drugimi strokami. Socialni pedagog je tako le del interdisciplinarnega tima. Raziskave se nanašajo na učinek, ki je povezan z delom strokovnjakov različnih strok. Temu primerno je težko »izmeriti učinek« socialno pedagoškega dela. Prav tako predvidevam, da je omemba socialne pedagogike v raziskavah, ki se nanašajo na interdisciplinarni tim, manj verjetna.

Dodatno težavo pri iskanju literature predstavlja dejstvo, da je literatura razkropljena po različnih jezikovnih skupinah v različnih (evropskih) državah.

Literaturo sem začela iskati s pomočjo informacijskega sistema Cobiss, pri čemer se je iskanje nanašalo na literaturo, dostopno v knjižnici Pedagoške fakultete v Ljubljani. Na začetku sem uporabila zelo splošne iskane izraze kot so »socialna pedagogika« in »raziskava/raziskave«.

Ko se je s pomočjo iskalnih izrazov preko Cobiss-a pojavil seznam literature, si nisem izpisovala vseh zadetkov, ampak le tiste, ki so glede na naslov zaradi kateregakoli razloga pritegnili mojo pozornost. Morda se marsikatera uporabna informacija skriva za naslovi ki niso pritegnili moje pozornosti. Sprva sem namreč menila, da imam literature dovolj. Šele nato, ko sem si sproti izposojala literaturo in jo prebirala, sem ugotovila, da je večina literature neuporabne za mojo temo. Raziskave, ki sem jih zasledila, so se večinoma nanašale predvsem na preučevanje stanja in ne na zaznavanje spremembe in učinka. To ne pomeni, da je bila najdena literatura »slaba«, pomeni le, da to ni bilo področje mojega raziskovanja. Po mojem osebnem mnenju je preučevanje stanja vsaj tako pomembno kot preučevanje učinka.

Omenim naj, da sem v literaturi med drugim odkrila tudi sistematičen kronološki pregled razvoja socialno-pedagoškega raziskovanja. Tak je denimo prispevek z naslovom *Research in Social Work in Slovenia: Developmental Lines in Social Pedagogy* (Kobolt, 2014). Omenjeni pregled raziskav in še kateri drug seznam virov bi lahko uporabila pri iskanju nove literature. V primeru da taki sezname literature že obstajajo, bi se mi zdelo v vsakem primeru bolj smiselno, da bi jih uporabila, namesto da sem sama poizkušala »ponovno odkrivati Ameriko«.

Iskanja sem se lotila tudi preko drugih informacijskih virov, s pomočjo katerih sem iskala literaturo v elektronski obliki. Iskanje je potekalo v knjižnicah. Pomagala sem si z iskanjem preko informacijskih virov kot so DiKUL, mEga iskalnik NUK in Mrežnik – vstopni portal do e-virov. Uporabljala sem različne predmetne oznake in ključne besede ter kombinacije le-teh. Iskalni izrazi, ki sem jim med drugim uporabila, so bili sledeči: »vedenjska motnja« (angl. conduct disorder/behavio(u)r disorder), »rezidenčna oskrba« (angl. residential care), »metaanaliza« (angl. meta-analysis), »uspešnost« (angl. effectiveness), »učinkovitost« (angl. efficacy), »učinek« (angl. effect), ...

S pomočjo zgoraj omenjenih iskalnih izrazov in še nekaterih drugih sem dobila več zadetkov. Izbrala sem le nekatere. Vendar pa je bila večina teh zadetkov le »pogojno« socialno-pedagoških. Ker sem želela pridobiti vsaj nekaj virov, ki bi me vodili do več informacij, nanašajočih se na socialno pedagogiko, sem se iskanja lotila še drugače. Sklepala sem, da bi

neposredno socialno-pedagoško literaturo lažje dobila v nemških virih. Pri iskanju mi je bila v pomoč Evropska knjižnica – portal digitalnih zbirk evropskih knjižnic. Med drugim sem uporabila naslednje ključne besede in kombinacije le-teh: »socialna pedagogika« (nem. Sozialpädagogik), »raziskava/raziskovanje« (nem. Untersuchung/Forschung), »dom/zavod« (nem. Heim), »stanovanjska skupina« (nem. Wohngruppe/Aussenwohngruppe), »skupine za dnevno oskrbo« (nem. Tagesgruppen/Tagesheimgruppen), »pomoč otrokom in mladostnikom« (nem. Jugendhilfe), »metaanaliza« (nem. Metaanalyse), »uspešnost« (nem. Effektivität), »učinkovitost« (nem. Effizienz), »učinek« (nem. Effekt, Wirkung), »velikost učinka« (nem. Effektstärke),...

Med najdenimi zadetki so bili taki, ki so bili dostopni tudi preko spleta, in taki, ki so bili dostopni le v knjižnicah ali pa spletne povezave nisem uspela odpreti. Mnogi viri, za katere sem ocenila, da so verjetno bolj relevantni, so bili dostopni le v tujih (večinoma nemških) knjižnicah. Ker pa naročanje iz tujine ne predstavlja majhnega stroška in ker iz Nemčije verjetno ne morem naročiti kar »celih knjižnic«, sem se osredotočila le na nekatere vire, ki sem jih naročila iz tujine. Nekateri viri, ki bi lahko bili uporabni, so bili dostopni tudi preko spleta. Vendar pa sem se najprej osredotočila na iskanje le v knjižnicah dostopnih virov, saj se je tu bolj mudilo, ker so morali biti viri še poslani iz tujine. Vire, ki so bili prosto dostopni na spletu, sem imela namen ponovno poiskati kasneje, za kar pa mi je na koncu na žalost zmanjkalo časa. Tako je ironija, da sem plačevala za naročanje virov iz tujine, medtem ko nekaterih prosto dostopnih virov nato nisem uporabila. Tudi za nekatere vire, ki sem jih naročila iz tujine, sem kasneje ugotovila, da so posamezna poglavja v knjigi dostopna s pomočjo informacijskih virov, nekatere vire pa je bilo celo mogoče najti v celoti na spletu.

Menim, da bi, če bi iskala dlje časa, našla še marsikateri uporaben vir. Prav tako so se z vsakim naslednjim najdenim virom in ključnimi besedami, ki so bile ob viru občasno navedene, izkristalizirali vedno novi iskalni izrazi, ki bi jih kasneje lahko uporabila za iskanje po različnih informacijskih virih. Z iskanjem literature sem končala ravno takrat, ko se mi je že začelo malo »svitati«, kako bi le lahko prišla do bolj uporabne literature. Tako pričujoče besedilo bolj spominja na bežen oris načrta raziskave, ki bi še morala biti izvedena, kot pa na natančno izvedeno raziskavo.

Če bi povzela, bi rekla, da so se pojavljale subjektivne in objektivne težave. Pod subjektivne težave štejem tiste, ki sem si jih »zakuhala« sama. Prepozno sem namreč izoblikovala dokončno temo in sem se predolgo zadrževala pri preučevanju tematike preveč na splošno, preširoko ter

brez jasnega namena, kaj želim doseči. Zaradi pomanjkanja časa ob koncu nisem uspela podrobneje poiskati in preučiti literature, čeprav bi se mi zdelo to potrebno. Prav tako bi se lahko bolj pozanimala glede načinov iskanja literature in se iskanja lotila bolj preudarno.

Pod objektivne težave štejem tiste, za katere predvidevam, da bi se z njimi srečal kdorkoli, ki bi se lotil preučevanja tematike. Socialna pedagogika ni povsod mednarodno poznana. Literatura je razpršena po različnih državah in je objavljena v različnih jezikih. Besedna zveza »socialna pedagogika« se ne omenja nujno v povezavi z literaturo, ki bi jo morda lahko opredelili kot socialno-pedagoško. Načini dela, ki so značilni za socialno pedagogiko, se v mnogih pogledih prekrivajo z drugimi strokami. Zaradi sodelovanja različnih strokovnjakov v timu je skorajda nemogoče govoriti specifično zgolj o učinkih socialno-pedagoškega dela.

Zaradi vseh omenjenih razlogov v nadaljevanju pri prikazu raziskav ne gre toliko za sistematičen pregled socialno-pedagoškega raziskovanja učinka, ampak zgolj za delno osvetlitev obravnavanega področja. Prav tako bi mnoge raziskave, ki so omenjene v nadaljevanju, težko opredelili kot »socialno-pedagoške«. Ustrezneje bi bilo reči, da so bolj ali manj obarvane s socialno-pedagoško tematiko.

2.3.2. Socialno-pedagoška pomoč in velikost spremembe

Primerjava učinka različnih oblik pomoči, ki so nudene mladim, kaže naslednje. Preden začnemo s konkretnimi primerjavami omenimo, da je pri mladih, ki so usmerjeni k različnim oblikam pomoči, značilno različno začetno izhodišče. To je mišljeno tako za celoten spekter prisotnih simptomov (nem. Gesamtauffälligkeit/Auffälligkeit) kot tudi za dostop do virov. Najbolj so težave izražene pri tistih, ki so nameščeni v domu/zavodu. Nekoliko manj so težave izražene pri tistih, ki jim je nudena vzgojna pomoč (nem. Erziehungsbeistand) ali so vključeni v skupine za dnevno oskrbo (nem. Tagesgruppe). Še manj težav je zaznati pri tistih, ki jim je ponujeno vzgojno svetovanje. Najmanj težav je opaziti pri tistih, ki so vključeni v socialno-pedagoško pomoč družini. Tudi pri virih je ob začetku mogoče zaznati razlike. Če prisotnost virov ob začetku razporedimo od največje do najmanjše prisotnosti virov pri mladih, ki so usmerjeni v različne oblike pomoči, si slednje sledijo v naslednjem vrstnem redu: vzgojno svetovanje, socialno-pedagoška pomoč družini, vzgojna pomoč, skupine za dnevno oskrbo in dom/zavod. Zanimivo je, da se učinek večja (linearno) s preteklim časom. Tako viri naraščajo od samega začetka, ko so najmanj prisotni, do sredine procesa, ko so že bolj prisotni, in navsezadnje ob koncu, ko dosežajo najvišje vrednosti. Tudi pri simptomih je zaznati upad letih v sredini procesa in še bolj ob koncu. Izjema je le vzgojna pomoč (nem.

Erziehungsbeistand), kjer je ob koncu zaznati višje ravni izraženosti simptomov kot sredi procesa, vendar še vedno nižje ravni kot na samem začetku (Schmidt et al., 2003, v Macsenaere in Esser, 2015: 65; Schmidt, Schneider, Hohm, Pickartz, Macsenaere, Petermann, Flosdorf, Hölz in Knab, 2003).

Če primerjamo predhodno omenjene pomoči, si velikost spremembe (nem. Veränderungsquote/Differenzmaße) sledi v naslednjem vrstnem redu: zavod/dom (48,2%), vzgojno svetovanje (44,5%), skupine za dnevno oskrbo (44,1%), socialno-pedagoška pomoč družini (41,4) in vzgojna pomoč (25,5%) (Schmidt, Schneider, Hohm, Pickartz, Macsenaere, Petermann, Flosdorf, Hölz in Knab, 2003: 396).

2.3.3. Problem sprememb na področju socialne pedagogike

V prejšnjem poglavju smo lahko videli, da imajo različne oblike pomoči podoben učinek. Nekoliko manjši učinek ima le vzgojna pomoč. Vendar gre te primerjave jemati nekoliko previdno. Kot je bilo že omenjeno, imajo posamezniki (in družine), ki so usmerjeni v različne oblike pomoči, v izhodišču različno močno izražene simptome in so različno opremljeni z viri. Različne oblike pomoči bi lahko enakovredno primerjali le, če bi si bili posamezniki v omenjenih lastnostih podobni. Na primer posamezniki s huje izraženimi težavami so bolj verjetno usmerjeni v zavod. Čeprav tudi mnoge druge oblike pomoči dosegajo skoraj enake velikosti spremembe kot zavod, pa ni nujno, da bi bilo tako tudi v primeru, če bi mladostnike s huje izraženimi težavami namesto v zavod usmerjali k drugim oblikam pomoči. Razmisliti velja tudi o tem, kakšen vpliv ima teža težav na samo spremembo in zaznavanje spremembe. Obstaja možnost, da se tisti s huje izraženimi težavami težje »spremenijo« in je zato sprememba manjša. Po drugi strani je možno, da je ravno pri teh moč zaznati večjo spremembo. Tisti, ki bolj odstopajo od norm, lahko dosežejo večje spremembe v smeri »zastavljenih norm«. Po drugi strani pa lahko tisti, ki imajo le malo težav in le malenkostno odstopajo od »norm«, dosežejo le manjše spremembe, čeprav morda v celoti dosežejo lastne ali s strani programa določene cilje. Navsezadnje tudi to, kako močno so izraženi simptomi, ne govori nujno o teži težav v ozadju. Pri nekaterih so težave zelo izražene, vendar so le prehodne in bi same od sebe izzvenele, ali pa obstaja velika možnost spremembe. Pri drugih so lahko težave (trenutno) le blago izražene, vendar so dolgotrajne, globoke in odporne na spremembo. Simptom v mnogih primerih predstavlja odkrit ali prikrit klic na pomoč ali željo po spremembi. Na drugi strani zmanjšanje simptomov morda predstavlja vdanost v usodo in naučeno nemoč. Naučena nemoč je morda lahko tudi posledica vključenosti v institucijo. Možno je, da mladostnik vključenost v institucijo in ločenost od znanega socialnega okolja, doživlja kot kazen, ki nanj vpliva »vzgojno« in ima

za posledico zmanjšanje motečega vedenja, vendar pa gre to na račun njegovega počutja. Navsezadnje so omenjene spremembe merjene ob zaključku pomoči in ni znano, ali imajo dolgotrajne učinke. Nekatere oblike pomoči imajo morda v večji meri dolgotrajne učinke kot druge. Če je otrok vključen v vzgojni zavod in tam doseže velike spremembe, vendar delo poteka pretežno le z otrokom, ne pa tudi z družino in širšo socialno okolico, se lahko pri otroku/mladostniku težave ponovijo. Ob primerjanju različnih oblik pomoči je smiselno upoštevati še intenzivnost pomoči. Nekatere oblike pomoči so lahko bolj intenzivne (na primer zavod), druge manj (na primer vzgojno svetovanje). Možno je, da bi bile manj intenzivne oblike pomoči bolj učinkovite, če bi bile bolj intenzivne. Tako velikost spremembe morda ni v tolikšni meri odvisna od vrste pomoči, ampak od same intenzivnosti pomoči. Zanimivo se zdi tudi vprašanje, kakšen vpliv ima na učinek to, ali je pomoč nudena v življenjskem prostoru in času, ali pa je nudena »ambulantno«, v svetovalnicah. Sama predvidevam, da je prednost intervencij v življenjskem prostoru ta, da ponudijo boljši vpogled v interakcije, ki so morda povezane z nastankom težav. Ob pravočasnem zaznavanju okoliščin, ki pripomorejo k pojavnosti motečega vedenja, se lahko le-to pravočasno prepreči, udeležencem pa se omogoči učenje, kako lahko sami preprečijo težave, še preden nastanejo. Na drugi strani predvidevam, da je prednost »ambulantnega« dela oziroma dela »v svetovalnicah« ta, da se omogoči večja distanca do težav in se odstrani moteče dejavnike v okolici, kar morda omogoča drugo izkušnjo v odnosu med svetovalcem in otrokom/mladostnikom. Intervencije v življenjskem prostoru mladostnik lahko doživlja kot kritiko ali kazen, na drugi strani pa se delo svetovalca, ki nima v tolikšni meri »nadzorne« funkcije, lahko doživlja kot manj kaznovalno. Obstaja sicer tudi možnost, da mladostnik že samo prisotnost v svetovalnici doživlja kot kazen. Ko se primerja učinek pomoči (pomoč v vzgojnem zavodu, pomoč v skupini za dnevno oskrbo), se zdi vredno tehtati različne učinke in okoliščine. Povsem možno je, da imajo intervencije, ki predstavljajo večji poseg v življenje posameznika, večji učinek na spremembo vedenja, vendar pa ostaja pomislek in etična dilema, v kolikšni meri (če sploh?) naj strokovnjak posega v življenje posameznika, družine in širše okolice. Morda obstaja izjema, ko se zdi tak poseg »upravičen«, ker posameznik neposredno ogroža okolico. Sicer pa se zdi, da je v zadnjem času vse bolj prisoten trend po čim manjšem poseganju v življenje udeleženi. Vprašamo se lahko tudi, kaj pomeni sprememba in »uspeh« posamezniku. Če si denimo kot merilo uspeha vzamemo zaključeno izobraževanje, to ničesar ne pove o tem, kaj omenjeno pomeni za mladostnika. Morda je zaključeno izobraževanje za mladostnika z učnimi težavami imelo svojo ceno z ogromno odrekanja in sedenja za knjigami, medtem ko je bilo zanemarjeno njegovo socialno življenje. Prav tako zaključeno izobraževanje ne zagotavlja nujno dela, še manj zadovoljivega plačila in

zadovoljstva ob opravljanju poklica ter zadovoljstva v življenju na sploh. Navedimo še drug primer. Odprava motečega vedenja pri otroku/mladostniku še ne pomeni nujno, da so odnosi v mladostnikovi družini ali širši okolici zdaj zadovoljivi za vse udeležene. Problem se pojavi, ker so »objektivna« merila uspeha določena »od zunaj« in tako ne povejo nujno kaj dosti o vrednosti, ki jo ima domnevni uspeh za vpletene. Poleg tega je nemogoče reči, da je sprememba posledica strokovnega dela. Ni mogoče vedeti, ali bi do podobnih sprememb prišlo tudi brez strokovne pomoči. Morda bi povezanost do določene mere lahko raziskovali s pomočjo kontrolne skupine, v kateri posamezniki ne bi bili deležni strokovnega dela. Vendar pa je uporaba kontrolne skupine v raziskavah povezana z etičnimi dilemami, kot je na primer ta, da pomoč ni omogočena vsem. Tako - brez uporabe kontrolne skupine - vemo le malo o tem, ali strokovna pomoč omogoči, spodbudi, pospeši, upočasni, prepreči spremembo, ali pa na spremembo nima pomembnega »vpliva«. K temu lahko dodamo, da četudi bi v raziskavah uporabili kontrolno skupino, povprečje »izboljšanja« ne bi povedalo kaj dosti o tem, kakšen bo učinek v vsakem posameznem primeru. Zaradi vseh predhodno omenjenih razlogov je težko ovrednotiti učinek strokovnega dela. Kljub temu pa merjenje sprememb pove vsaj eno pomembno informacijo: zaznana velikost spremembe, govori o možni spremembi. To je še toliko bolj pomembno pri delu s populacijo otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi težavami in »motnjami«, za katere pogosto velja prepričanje, da sprememba ni možna. Zaznane spremembe tako govorijo o tem, da je – vsaj pri nekaterih – sprememba možna. To socialnim pedagogom in drugim v poklicih pomoči, ki se občasno sprašujejo o smiselnosti lastnega dela, omogoča uvid, da njihovo delo ni nujno povsem brez pomena. Hkrati pa jim pomaga, da ne »obupajo nad posamezniki«, s katerimi delajo.

2.3.4.Indikatorji sprememb

Zanimivo je vprašanje, v kolikšni meri različni indikatorji predvidijo spremembo pri otrocih in mladostnikih, ki jim je ponujena vzgojna pomoč. To je razvidno v naslednji porazdelitvi (Schmidt, Schneider, Hohm, Pickartz, Macsenaere, Petermann, Flosdorf, Hölz in Knab, 2003: 448):

- največji delež variance pojasnjuje problematika otroka, in sicer slabih 29%,
- temu sledi preudarnost pri izbiri in načrtovanju pomoči, ki pojasnjuje slabih 17% variance,
- problematika celotne družine pojasnjuje slabih 13% variance,
- starost ob začetku vzgojne pomoči pojasnjuje slabih 12% variance,
- družinski deficit pojasnjuje slabih 11% variance,

- prognoza pri starših in družini pojasnjuje slabih 10% variance,
- viri v okolici pojasnjujejo slabih 8% variance,
- drugi dejavniki, vključno z otrokovimi viri, se niso izkazali kot pomembni.

Sama nisem uspela razbrati, v čem se razlikuje družinska problematika in družinski deficit. Prav tako menim, da je verjetno prognoza pri starših in družini vsaj do določene mere povezana z družinsko problematiko, družinskim deficitom in viri v okolici. V zgornji porazdelitvi je razvidno, da predstavlja otrokova problematika največji delež variance (29%). Po drugi strani, če seštejemo družinsko problematiko (13%) in družinski deficit (11%), se skupne vrednosti, ki se nanašajo na družinsko problematiko ali deficit (24%), že nekoliko približajo otrokovi problematiki (29%). Če dodamo še prognozo pri starših in družini (10%), skupne vrednosti, ki se nanašajo na družino (34%), presegajo otrokovo problematiko (29%). Če dodamo še vire v okolici (8%), skupne vrednosti, ki se nanašajo na družino in okolico dosežajo 42%. Kot otrokove dejavnike bi lahko poleg otrokove problematike (29%) šteli še starost ob začetku pomoči (12%), kar skupno predstavlja 41% variance. (Čeprav bi starost otroka ob začetku pomoči težko pripisali le otroku, saj je to v veliki meri odvisno tudi od občutljivosti okolice za zaznavanje otrokovih težav in od dostopnosti ter organiziranosti pomoči). Vidimo, da so dejavniki okolice in otrokovi dejavniki približno enako pomembni (42% v primerjavi z 41%). Preostanek variance (17%) pojasnjuje preudarnost pri izbiri in načrtovanju pomoči.

Glede na to, da izbira in načrtovanje strokovnega dela predstavljata le manjši del variance (17%), sprememba, kot kaže, ni v tolikšni meri odvisna od strokovnega dela. Ali pa je predvsem pomembno, v kolikšni meri so otrokovi dejavniki in dejavniki okolja upoštevani in vključeni v izbor in načrtovanje strokovne pomoči. Poudariti velja, da se omenjeni odstotki nanašajo na indikatorje (pokazatelje), torej predvidevam, da so verjetno izmerjeni ob samem začetku pomoči. S tem se skuša ugotoviti, kolikšna bo predvidena sprememba (»prognoza«). Sama sklepam, da bi bil učinek strokovnega dela večji, če bi bil merjen sredi procesa ali ob koncu procesa. Izbira in načrtovanje pomoči ne pove nujno dosti o tem, kako bo pomoč izvedena in kakšen odnos se bo razvil med soudeleženi.

Osebnostno se mi zdi zanimivo, da se otrokovi viri niso izkazali kot pomembni. Ni mi znano, kaj je bilo umeščeno med otrokove vire in na kakšen način je bilo to preučevano. Lahko so bile mišljene različne sposobnosti, nagnjenja, temperament, hitrost odzivanja, čustvena stabilnost... Morda so otrokovi viri do določene mere ocenjeni pod otrokovimi deficiti. Otroci, ki imajo več resursov, so morda ocenjeni, kot da imajo manj deficitov. Ali pa obratno, tisti otroci, ki kažejo več deficitov, lahko zaradi motečega vedenja opozorijo na problem in okolico spodbudijo k

spremembi. V tem primeru si simptom pravzaprav lahko razlagamo kot vir moči v otroku. Možno je tudi, da so otroci tako močno vpeti v različne dele sistema in podsistemov, da nimajo izoblikovanih lastnih resursov, ampak vire črpajo pri tistih, ki imajo v (pod)sistemu moč, torej pri odraslih. Tako lahko na primer viri, ki so v družinskem (pod)sistemu na voljo staršem, posredno služijo kot viri tudi otrokom.

Ob seštevku variance lahko vidimo, da skupno doseže (skoraj) 100%. Ugibam, da se slednje nanaša le na pojasnjeno varianco. Nisem uspela razbrati, kolikšna je nepojasnjena varianca, sklepam pa, da nepojasnjena varianca obstaja. Bilo bi nekoliko nenavadno, če bi preučevani dejavniki pojasnili celotno varianco. To bi pomenilo, da bi znali (skoraj) povsem natančno napovedati otrokov razvoj in spremljajoče spremembe. Nekoliko bi napovedovanje otežilo le upoštevanje sovplivanja različnih dejavnikov, ki je edinstveno v vsakem posameznem primeru. Predvidevam, da so s spremembo pri otroku povezani še drugi dejavniki, ki so bodisi neznani, neraziskani, slabše raziskani ali zgolj v tej porazdelitvi neomenjeni dejavniki. Sama menim, da je med nezanemarljive dejavnike mogoče umestiti naključje oziroma specifičen splet okoliščin. Moje mnenje je, da je brez védenja, kolikšna je nepojasnjena varianca, rezultate težje interpretirati. Ni namreč vseeno, ali nepojasnjena varianca pojasnjuje 10% ali 90% celotne variance. V slednjem primeru bi bilo napovedovanje predvidene možne spremembe na podlagi indikatorjev močno oteženo.

2.3.5. Kaj »deluje« pri socialno-pedagoški pomoči

Če se vprašamo, kaj je tisto, kar »deluje« pri (socialno-pedagoški) pomoči otrokom in mladostnikom, oziroma kaj je povezano z učinkom, lahko naštejemo naslednje (Macsenaere in Esser, 2015: 50-74):

- ujemanje (nem. Passung),
- začetno stanje/izhodiščna situacija,
- indikacije,
- socialno-pedagoška diagnostika,
- vodenje primera/»Case Management,
- načrtovanje pomoči, ki je orientirana na vire,
- participacija,
- sodelovanje,
- trajanje pomoči,
- delo s starši,

- spremljanje/nadzorovanje učinka (prav tam): zaznati je mogoče učinek bodisi v pozitivni smeri, bodisi v negativni smeri; dlje ko traja pomoč, večji je lahko učinek tako v pozitivno kot v negativno smer; kontrola učinka ima še lahko potencial, če je izvedena šest mesecev ali eno leto od začetka, kasneje pa je potencial za spremembo in ponovno načrtovanje pomoči vse manjši (IJK, 2008b, prav tam: 73).

Učinek lahko merimo tudi v primeru specifičnih oblik dela z otroci in mladimi. Za ponazoritev navedimo, kaj je tisto, kar »deluje« v zavodski vzgoji (Macsenaere in Esser, 2015: 75-99):

- Trajanje pomoči.
- Kvaliteta vzgoje.
- Vzpostavitev alternativne navezanosti z nadomestno »navezovalno« osebo (nem. Bindungsperson) (prav tam). Tisti, ki niso našli nadomestne ključne osebe, na katero bi se lahko navezali, so bili še dodatno travmatizirani (Esser, 2010; Esser, 2010, v Macsenaere in Esser, 2015: 81).
- Osebnost in usposobljenost osebja (Macsenaere in Esser, 2015).
- Upoštevanje otrokovih/mladostnikovih dosedanjih življenjskih izkušenj.
- Delo s starši.
- Kvaliteta strukture in procesa v instituciji.
- Ponudba, ki je orientirana na vire (na primer šport, glasba) in služi kot zaščitni dejavnik.
- Socialno učenje.
- Življenjska perspektiva.
- Travmatiziranost – zavodska vzgoja nima nujno le pozitivnega učinka, ampak ima lahko tudi negativen učinek. V zavodu je otrok/mladostnik lahko zaščiten pred (nadaljnjo) travmatiziranostjo s strani okolja, lahko pa je še dodatno travmatiziran. Možen vir travmatiziranosti je že sama namestitvev v zavodu in separacija od staršev. To je še toliko bolj poudarjeno pri tistih, ki ne uspejo vzpostaviti navezanosti z nadomestno osebo.
- Nadaljnja oskrba tudi kasneje po odpustitvi iz zavoda.
- Usmerjenost na poklic z željo večje možnosti zaposlitve kasneje v življenju in večje socialne vključenosti (prav tam).

Pomembno se mi zdi, da zgornje navedbe govorijo o konkretnem strokovnem delu. V prejšnjem poglavju, ko je bilo govora o indikatorjih, se le-ti praviloma niso nanašali na strokovno delo. Večinoma so se nanašali na otrokove dejavnike in dejavnike v okolici, torej na tiste dejavnike, ki niso neposredno povezani s strokovnim delom. Izjema je morda le preudarnost pri izbiri in

načrtovanju pomoči. Seveda pa je tudi informacija, kako pomembni so otrokovi dejavniki in dejavniki v okolici, izjemnega pomena za strokovnjaka in njegovo razumevanje celotne situacije ter vseh vpletenih.

Na drugi strani opis dejavnikov, ki so vezani na to, kaj »deluje«, natančneje podaja usmeritve za strokovno delo. Večino navedb, kaj »deluje«, bi pravzaprav lahko brali kot konkretne napotke. Tako bi na primer razbrali naslednja priporočila: za (dovolj velike) spremembe je pomembna dovolj dolga in kontinuirana pomoč, pomembno je delo s starši, pomembno je vzpostaviti sodelovalen odnos in omogočiti udeležbo pri odločitvah, pomembno je, da se osebe, ki delajo z otrokom, ne menjajo prepogosto, da se lahko izoblikuje nadomestna navezanost,... Vidimo torej, da omenjeno ne sporoča le informacij o učinku, ampak ponuja tudi dragocene usmeritve v povezavi s tem, kako naj bo oblikovana strokovna pomoč.

2.3.6.(Socialno-pedagoške) intervencije in spremembe

V nadaljevanju si bomo nekoliko pogledali, kako so različne intervencije povezane z učinkom in spremembami. Za začetek si pogledjmo intervencije v življenjskem prostoru.

Raziskava je raziskovala uspešnost kriznih intervencij v življenjskem prostoru pri otrocih s čustvenimi in vedenjskimi težavami v šoli in rezidenčni oskrbi (Soenen, Volckaert, D'Oosterlinck in Broekaert, 2014). Kot že ime samo pove, intervencije v življenjskem prostoru potekajo v »življenjskem prostoru«, torej tam, kjer konflikt nastane oziroma »v trenutku konflikta ali kmalu za tem« (v prav tam: 271). Cilji kriznih intervencij so: »(1) spremeniti vedenje otrok/mladostnikov, (2) povečati samozavest, (3) zmanjšati anksioznost in /.../ (4) povečati/izboljšati razumevanje svojega lastnega vedenja in čustev ter vedenja in čustev drugih« (prav tam: 271). Ugotovljena je bila pozitivna povezanost intervencij v življenjskem prostoru v povezavi z daljšim sodelovanjem v programu, boljšim akademskim uspehom in manjšo anksioznostjo (prav tam: 274-278).

Intervencije v življenjskem prostoru so se izkazale kot učinkovite še v naslednji raziskavi, ki je ugotovila zmanjšano agresivnost in sovražnost (D'Oosterlinck, Goethals, Boekaert, Schuyten in Maeyer, 2008: 75). Intervencije v življenjskem prostoru so tako učinkovite tudi pri tistih »z resnimi vedenjskimi problemi« (prav tam: 76).

Iz zgornjih opisanih primerov je vidno, da se strokovnjaki z intervencijami v življenjskem prostoru približajo otroku in so soudeleženi v otrokovi življenjski situaciji. Krajncan in Bajželj (2008: 66) omenjata dvojnost vlog, ko je socialni pedagog hkrati profesionalni vzgojitelj, obenem pa se odnosi neredko doživljajo kot družinski.

Vloga, ki jo imajo strokovnjaki v (rezidenčni) skupinski oskrbi (angl. group care workers), deloma močno spominja na starševsko vlogo, deloma pa bi jo lahko opredelili kot »terapevtsko« (Shealy, 1995, v Bastiaanssen, Kroes, Nijhof, Delsing, Engels in Veerman, 2012: 448). Strokovnjaki ne delajo le z otrokom, ampak tudi z družino in širšo okolico (Whitaker et al., 1998, v Bastiaanssen, Kroes, Nijhof, Delsing, Engels in Veerman, 2012: 448). V raziskavi na Nizozemskem, ki je preučevala intervencije strokovnjakov v skupinski oskrbi, so bili s pomočjo faktorске analize ugotovljeni trije pomembni faktorji: kontrola/kontroliranje, zagotavljanje avtonomije in toplina/podpora. Omenjeni trije faktorji so pojasnjevali skoraj 50% variance v povezavi z intervencijami. Strokovnjaki so koncepte različno pogosto uporabljali pri tistih s pretežno eksternaliziranimi ali internaliziranimi težavami. Pri prvih je bilo zaznati več kontrole, pri drugih pa več podpore in topline ter spodbujanja neodvisnosti. Raziskava sicer ni raziskovala, katere učinke imajo uporabljene intervencije in zaznani koncepti (Bastiaanssen, Kroes, Nijhof, Delsing, Engels in Veerman, 2012).

O tem, katere intervencije uporabljajo strokovnjaki, je govorila tudi naslednja raziskava (Bastiaanssen, Delsing, Geijssen, Kroes, Veerman in Engels, 2014). V študiji so s pomočjo videoposnetkov opazovali pedagoške intervencije v rezidenčni oskrbi otrok in mladostnikov. Zaposleni so pogosteje uporabljali »pozitivne« kot »negativne« intervencije. Kot »pozitivne« pedagoške intervencije bi lahko šteli toplino/podporo in »pozitivno« kontrolo, med negativne pa permisivnost in »negativno« kontrolo. »Negativne« pedagoške intervencije je bilo le redko zaznati, čeprav so se vseeno pojavljale. Pogosteje je bilo opaziti »pozitivne« pedagoške intervencije, vendar pa bi bile le-te – vsaj po mnenju avtorjev – lahko še pogosteje uporabljene. Pojavljala se je tudi korelacija med uporabo različnih pedagoških intervencij in specifičnim vedenjem otrok/mladostnikov (prav tam).

Omenimo še eno kvalitativno akcijsko raziskavo z udeležbo. Ta je preučevala, v kolikšni meri je skupinsko delo z učenci z učnimi težavami v skladu z osnovnimi značilnostmi socialno pedagoškega dela. Večje ujemanje z osnovnimi socialno-pedagoškimi komponentami je bilo povezano z večjim uspehom (Carter, Cameron, Walton in Houghton, 2012). Kot osnovne socialno-pedagoške komponente bi lahko šteli naslednje (Petrie, prav tam: 314):

- otrok je upoštevan kot celostna oseba,
- praktik sebe v odnosu vidi kot osebo,
- srečujejo se skupaj v skupnem in ne ločenem življenjskem prostoru, pri čemer ni izpostavljena hierarhija,

- pedagogi so spodbujani, da stalno reflektirajo poznavanje sebe in teorije,
- pedagogi so kreativni, praktični in so udeleženi v vsakdanjih otrokovih dnevnih aktivnostih,
- v skupini naj izkoristijo delovanje skupine in spodbujajo skupino,
- pedagogi razumejo otrokove pravice, ki niso omenjene zgolj na zakonitost in druge formalne postopke,
- pomembno je timsko delo med različnimi strokovnjaki in sodelovanje z družino ter skupnostjo.

Zgoraj smo si pogledali socialno-pedagoške komponente in njihov pomen. V nadaljevanju bodo opisani principi, ki jih je smiselno poznati pri delu z otroki in mladostniki.

Naslednja raziskava (Ungar, Liebenberg in Ikeda, 2014) je bila opravljena s pomočjo večjega števila študij primerov in je preučevala otroke/mladostnike s kompleksnimi potrebami. Raziskava ugotavlja šest principov, ki jih je pri delu z omenjeno populacijo pomembno upoštevati pri intervencijah, če je naš namen doseči večjo odpornost (angl. resilience) (prav tam). Prvi princip se nanaša na upoštevanje več ekoloških ravni (kot primer programa, ki je upošteval več ekoloških ravni, glej Pathways to Education, 2012, v prav tam: 685-686). Drugi princip poudarja pomen koordinacije med različnimi oblikami pomoči. Tretji princip se nanaša na kontinuiranost skozi daljše obdobje. Četrty princip se nanaša na pomen pogajanja (z otrokom/mladostnikom) v povezavi s tem, katera oblika obravnave bo uporabljena (Ungar, Liebenberg in Ikeda, 2014) - storitev je bila z večjo verjetnostjo uspešna, če so imeli otroci večjo možnost pogajanja (Dodge et al., 2009, v prav tam: 688). Peti princip poudarja, kako pomembno je, da je ponujen celoten spekter intervencij, od manj intruzivnih do bolj intruzivnih oblik. Šesti princip se nanaša na uporabo načinov pristopanja, ki so se izkazali kot uspešni. Uspešnost je lahko vezana na - neposredno v raziskavah ugotovljeno - z dokazi podprto prakso (angl. evidence-based practice) ali pa lahko dokazi o uspešnosti izhajajo neposredno iz prakse (angl. practice-based evidence) (Ungar, Liebenberg in Ikeda, 2014).

Osebnost se mi zdi vsi zgoraj omenjeni principi pomembni in zanimivi. Izpostavila bi denimo pomen pogajanja. S tem otrok ni predstavljen kot neobgljeno bitje, o usodi katerega odločajo le drugi, ampak kot pomemben člen v procesu odločanja. Zanimiva se mi zdi izpostavljenost pomena celotnega spektra pomoči, ki se nahaja na kontinuumu od bolj do manj intruzivnih oblik. Predvidevam, da je otrok, če je le mogoče, nameščen v kar se da čim manj intruzivno obliko pomoči. Če je ponudba pomoči na zgolj institucionalna obravnava v vzgojnem zavodu in ne vsebuje vmesnih oblik pomoči kot so na primer skupine za dnevno oskrbo, potem

predvidevam, da je ponudba pomoči močno okrnjena in ne sledi potrebam otrok ter okolice. Prav tako se mi zdi zanimiva izpostavljenost uspešnosti. To je v skladu z obravnavano tematiko v tem diplomskem delu, ko je govora o spremembah in učinku.

O upoštevanju različnih principov govori tudi naslednja metaanaliza (Suter in Bruns, 2009). Metaanaliza je preučevala uspešnost dela z otroci s čustvenimi in vedenjskimi težavami, pri čemer se je osredotočala na način dela, ki se v angleščini imenuje »wraparound« (prav tam). Beseda je sestavljena iz »wrap«, kar pomeni oviti, in »around« torej okoli. Morda bi bil prevod lahko »vseobsegajoča pomoč«, saj gre pri tovrstni pomoči za upoštevanje različnih dejavnikov. Prej omenjen proces je utemeljen na desetih principih. Prvi princip (1) se nanaša na družino in upoštevanje percepcije, preferenc in vrednot družine. Družina je upoštevana skozi celoten proces. Omogočena je možnost izbire. Drugi princip (2) se nanaša na timsko delo. Tretji princip (3) se nanaša na iskanje in spodbujanje naravno prisotne podpore v otrokovi in družinski socialni mreži. Četrty princip (4) se nanaša na sodelovanje in deljenje odgovornosti za proces. Peti princip (5) poudarja pomen nudenja pomoči v skupnosti. Pomoč naj bo nudena v čim manj restriktivnem okolju in ob čim večji vključenosti v skupnost. Šesti princip (6) upošteva kulturo otroka, družine in skupnosti. Sedmi princip (7) poudarja pomen individualizirane pomoči, ki je prilagojena glede na specifičen primer in cilje. Osmi princip (8) poudarja (vire) moči v otroku/mladostniku, družini, timu in skupnosti. Deveti princip (9) se nanaša na brezpogojnost, odnos brez obsojanja in zavračanja. Skupina strokovnjakov naj ne obupa pri delu z otrokom in družino vse do tedaj, dokler pomoč ni več potrebna. Deseti princip (10) se nanaša na merjenje učinka (prav tam: 337). Metaanaliza primerja prej omenjen način pomoči z drugimi običajnimi oblikami pomoči, ki se sicer navadno uporabljajo pri omenjeni populaciji. Velikost učinka ob primerjavi je majhna ($d=0.33$) (prav tam: 345). Način dela, ki se imenuje »wraparound«, je tako kot kaže nekoliko bolj učinkovit kot druge uveljavljene oblike pomoči. Pomembno je poudariti, da gre za primerjavo med skupinama, torej učinka ne gre pripisati le spontanemu izboljšanju in preteklemu času.

Če si podrobno pogledamo zgoraj omenjeno metaanalizo (Suter in Bruns, 2009) in nekoliko prej omenjeno raziskavo (Ungar, Liebenberg in Ikeda, 2014), lahko vidimo marsikatero podobnost. Res je, da so opazni tudi nekateri različni poudarki, vendar pa se principi v mnogih pogledih bolj ali manj prekrivajo.

V raziskavah, ki so bile že omenjene, je ponekod izpostavljen upoštevanje družine in skupnosti. V nadaljevanju bo še bolj izpostavljan kontekst, v katerega je vpet otrok.

»Multimodalni pristopi z intervencijami, ki so usmerjene k celotnemu otrokovemu kontekstu (na primer družina, šola vrstniki), so bolj uspešni« (Hair, 2005, Lundhal et al., 2006, Webster-Stratton in Taylor, 2001, vsi v Bastiaanssen, Kroes, Nijhof, Delsing, Engels in Veerman, 2012: 457). V nadaljevanju si bomo na kratko pogledali multisistemsko terapijo. Kot že ime samo pove, gre za terapijo. Glede na to, da socialno-pedagoški pogled pogosto zagovarja sistemski vidik razumevanja težav, so po mojem osebnem mnenju naslednje ugotovitve relevantne tudi za socialno pedagogiko.

Multisistemsko terapijo (angl. multisystemic therapy) ustreza razlagi, ki jo predstavlja ekološka teorija (Bronfenbrenner, 1979, v Henggeler, 2012: 182). Prav tako je v skladu z dejavniki, ki so bili zaznani v longitudinalni raziskavi in so povezani z vedenjskimi težavami pri otrocih in mladostnikih (Lieberman, 2008, prav tam).

Multisistemsko terapijo je usmerjena »na posameznika, družino, vrstnike, šolo in skupnost« (Henggeler, 2012: 181). Osrednja vloga je namenjena družini in njenemu funkcioniranju (prav tam: 181-183). S pomočjo dela z družino se spodbudi nastanek spremembe, ki je vezana na spremenjen odnos z vrstniki, šolo in skupnostjo, kar je povezano s spremenjenim vedenjem (prav tam: 182). Številne raziskave učinkovitosti in uspešnosti kažejo na zmanjšanje recidiva in (časa) namestitve v institucijah, ki rezultat izvajanja multisistemске terapije (prav tam: 186-187).

Zgoraj vidimo, da je družina v multisistemski terapiji ključni dejavnik pri pojasnjevanju težav, prav tako kot tudi pri pojasnjevanju spremembe. V nadaljevanju bodo opisane nekatere raziskave, ki se na tak ali drugačen način nanašajo na družino.

Naslednjo raziskavo bi lahko umestili v širši socialno-pedagoški okvir (Orte, Ballester, Oliver, Pascual in Vives, 2013: 259). Program dela z družino se je nanašal na družinske kompetence. Spremembe, ki jih je bilo mogoče zaznati, so obsegale naslednja področja: družinski odnos, starševske veščine, vedenje otrok in otrokove socialne kompetence. Zaznani učinki so bili v nekaterih primerih majhni, večinoma pa so bili opazni srednji ali veliki učinki (prav tam: 260-261).

Glede na predhodne ugotovitve o pomenu družine in dela z družino se poraja vprašanje, kako uspešna je pomoč družini na domu. Raziskava je pokazala, da je intenzivno delo (terapija) na domu lahko enako učinkovito kot rezidenčna oskrba. Rezultati so kazali celo nekoliko večji učinek intenzivne obravnave na domu, vendar pa razlika ni bila statistično pomembna (Barth, Greeson, Green, Hurley in Sisson, 2007). Podobne so ugotovitve druge raziskave, da lahko

intenzivna oskrba in delo na domu (do določene mere) uspešno preprečita namestitve v rezidenčni ustanovi (Daleiden, Pang, Roberts, Slavin in Pestle, 2010: 318).

V rezidenčni oskrbi so opazna vse pogostejša prizadevanja po čim krajši obravnavi in hitri ponovni združitvi z družino. V raziskavi je bila nudena pomoč otroku/mladostniku in kasneje po združitvi z družino še pomoč celotni družini na domu. Pozitivni učinki so bili opazni tudi 12 mesecev po odpustitvi (Ringle, Thompson in Way, 2015: 2079). Priprava na ponovno združitev z družino se je začela 2 meseca pred odpustitvijo (prav tam: 2082). Raziskava nakazuje, kako pomembna je priprava na ponovno združitev z družino in nadaljnje delo z družino (ter skupnostjo) za dolgoročneje učinke (prav tam).

Številni otroci živijo v družinah, kjer tveganje za zlorabo in zanemarjanje ni majhno. Temu primerno je bil zasnovan program, ki je skušal zmanjšati omenjena tveganja (Ingram, Cash, Oats, Simpson in Thompson, 2015). Kot rezultat programa v mnogih družinah ni bilo mogoče zaznati zlorabe in zanemarjanja, družine so bile sposobne izpolnjevati osnovne potrebe svojih članov, imele so podporo okolice, otroci so se udeleževali šolskega programa, otroci niso bili zaprti zaradi kaznivih dejanj. Odstotki prej omenjenega uspeha so se gibali med 89% in 97%. Sprememba med začetkom vključenosti v program in koncem je bila opazna na naslednjih področjih: okolica (angl. environment), starševske sposobnosti, socialna podpora (angl. social support), družinske interakcije, družinska varnost in otrokovo dobro počutje (angl. child well-being). Velikosti učinka so se gibale med $d=0.25$ in $d=0.84$ (prav tam: 146).

Metaanaliza je pokazala, da zgodnje intervencije (terapija), ki se nanašajo na odnos med staršem in predšolskim otrokom, lahko pomembno zmanjšajo neželeno vedenje otrok in stres pri starših (Cooley, Veldorale-Griffin, Petren in Mullis, 2014). Velikost učinka je bila neredko visoka in občasno zmerna (glej prav tam: 200-203). Čeprav bi bilo predhodno omenjeno metaanalizo bolj smiselno umestiti v poglavje, ki se nanaša na terapijo, namesto v poglavje, ki se nanaša na socialno pedagogiko, pa se mi zdi spoznanje, da je z dovolj zgodnjimi intervencijami mogoče preprečiti neželeno vedenje, relevantno za socialno pedagogiko.

Zgornje raziskave kažejo, da je delo z družino pomembno v različnih situacijah. Pomembno je v rezidenčni oskrbi in ob ponovni združitvi z družino (Ringle, Thompson in Way, 2015), pomembno je za preprečitev potrebe po rezidenčni oskrbi (Daleiden, Pang, Roberts, Slavin in Pestle, 2010), za preprečitev zlorab in zanemarjanja (Ingram, Cash, Oats, Simpson in Thompson, 2015), za funkcioniranje družine in za spremembo v drugih (pod)sistemih ter za spremembo vedenja (Henggeler, 2012), za razvoj družinskih kompetenc (Orte, Ballester,

Oliver, Pascual in Vives, 2013) in navsezadnje za preventivo ter preprečitev težav, še preden nastanejo (Cooley, Veldorale-Griffin, Petren in Mullis, 2014).

Naslednja raziskava sicer na govori o družino, govori pa o travmatiziranih mladostnikih. Povezava z družino je morda prisotna le, če ima travma svoj izvor v družini.

Kvalitativna raziskava, ki bi jo lahko umestili v podoben okvir kot socialno-pedagoško delo (Boddy et al., 2005, v Lemma, 2010: 410), je s pomočjo intervjujev ugotavljala, kakšen je pomen odnosa pri delu s travmatiziranimi mladimi (Lemma, 2010: 409). Čeprav raziskava v osnovi tega ni imela namen raziskovati, pa je zanimiva ugotovitev, ki so jo izpostavili mladi sami. Mladi so bili mnenja, da jim običajna terapija ali svetovanje, ki poteka občasno v določenem prostoru, ne pomaga kaj dosti. Bolj so cenili vsakdanje pogovore, na primer med sprehodom ali nakupovanjem s ključnimi odraslimi (zaposlenimi) osebami, ki so jih spremljali. Seveda ni nujno, da to, kar mladi menijo, da jim pomaga, tudi v resnici najbolj pomaga. Kljub temu pa omenjeno ponuja dragoceno povratno informacijo, kakšno pomoč (ali odnos) si mladi želijo (prav tam: 425).

V nadaljevanju si poglejmo še nekaj raziskav z različnih področij delovanja socialno-pedagoških intervencij.

Za začetek navedimo uspešnost »poldnevnega tretmana«. Ocenjuje se, da 90% udeležencev uspešno zaključi program (Rodin, 2006: 61). Program projektnega dela z mladimi PUM je dosegel 62,5% uspešnost. Toliko jih je namreč uspešno dokončalo izobraževanje (Grcić in Kobolt, 2008: 24). Rezultati metaanalize (Harvey, Boer, Meyer in Evans, 2009: 75) o izzivalnem vedenju otrok kažejo, da so uspešne različne intervencije. Raziskava (Waltman, Hatrick in Tasker, 2012: 317-318) kaže, da lahko trening čuječnosti pripomore pri izboljšanju veščin, ki so pomembne pri kontroli lastnih impulzov in vedenja.

2.3.7. Različne oblike socialno-pedagoške pomoči in spremembe

Različne oblike socialno-pedagoške pomoči so bile že navedene, ko je bilo govora o velikosti spremembe. Na tem mestu bodo dodana še nekatera spoznanja.

Začnimo z rezidenčno oskrbo. Rezidenčna oskrba je bila že nekoliko omenjena v poglavju o intervencijah. V nadaljevanju bodo dodane še nekatere informacije.

Rezidenčna oskrba navadno pride v poštev šele takrat, ko druge oblike pomoči odpovejo, v nekaterih primerih pa se lahko zdi celo najboljša izbira (angl. treatment of choice) (Frensch in

Cameron, 2002, Green et al., 2007, oboje v Bastiaanssen, Kroes, Nijhof, Delsing, Engels in Veerman, 2012: 448).

Metaanaliza (Knorth et al., 2008, v Bastiaanssen, Kroes, Nijhof, Delsing, Engels in Veerman, 2012: 448) je raziskovala »izboljšanje« pri tistih otrocih/mladostnikih, ki so v rezidenčni oskrbi. Pri težavah, ki so bile pretežno internalizirane, je bila velikost učinka .45, medtem ko je bila pri eksternaliziranih težavah velikost učinka .60 (prav tam).

Ob pregledu člankov (Ninan, Krieter, Steele, Baker, Boniferro, Crotagino, Stewart in Dourova, 2014) so se v rezidenčni oskrbi otrok in mladostnikov izkazali kot pomembni naslednji dejavniki. V prvi vrsti je pomembna vključenost družine in njeno funkcioniranje. Poleg vključenosti družine je pomembna vključenost skupnosti in sodelovanje ter koordiniranje med različnimi sistemi. Pomembna je tudi individualna ocena in obravnava otroka/mladostnika, ki mora biti v njegovem najboljšem interesu. Kot dejavnik, ki je morda povezan z uspehom, lahko dodamo še interdisciplinarnost tima, kjer sodelujejo različni strokovnjaki, ki s svojim znanjem in načinom dela prispevajo svoj del. Navsezadnje omenimo še dejavnike, ki so vezani na celotno organizacijo, kot so organizacijska klima, odnosi v organizaciji... (prav tam).

Obstaja vprašanje, ali se otroci/mladostniki lahko »nalezejo« neželenega vedenja s strani vrstnikov v rezidenčni oskrbi. Ena izmed raziskav tega ne potrjuje (glej Huefner in Ringle, 2012). Prav tako tega ne potrjujejo nekatere metaanalize (Lipsey, 2006, Weis et al., 2005, oboje v prav tam).

Pojavlja se tudi vprašanje, ali otroci/mladostniki v rezidenčni oskrbi (zaradi institucionalne obravnave?) izgubijo upanje. Ena izmed raziskav nasprotno ugotavlja statistično pomemben porast upanja po nekaj mesecih (McNeal, Handwerk, Field, Roberts, Soper, Huefner in Ringle, 2006).

Raziskava je preučevala dolgotrajni učinek vključenosti v rezidenčno oskrbo pri otrocih/mladostnikih z duševnimi in vedenjskimi težavami (Cuthbert, Pierre, Stewart, Cook, Johnson in Leschied, 2011). Strokovnjaki, ki so pri tem sodelovali v timu, so bili iz naslednjih strok: »psihijatrija, psihologija, socialno delo, izobraževanje in vzgoja (angl. education) ter skrb za otroke (angl. childcare)« (prav tam: 271). Dve leti po odpustitvi so bili pri mnogih, ki so ob sprejemu kazali bolj izražene simptome, simptomi (zopet) prisotni. To je bilo značilno predvsem pri tistih z več sočasno prisotnimi težavami. Vsaka dodatna pridružena težava je močno povečala verjetnost izražene simptomov dve leti kasneje (prav tam: 274). Izraženost simptomov ob sprejemu je v večji meri »predvidela« izraženost simptomov dve leti kasneje pri

eksternaliziranih kot pri internaliziranih težavah (prav tam: 275-276). Drugače pravi raziskava, ki je pokazala, da otroci in mladostniki z »vedenjsko motnjo« (angl. conduct disorder) dosežejo večje izboljšanje kot tisti brez »vedenjske motnje« (Chatchart Shabat, Lyons in Matrinovich, 2008: 353). Ugibam lahko, da so spremembe pri vedenjskih težavah morda resda večje, vendar se kasneje težave zopet pojavijo. Seveda pa je izpeljevanje dokončnih zaključkov na podlagi le dveh raziskav prezgodnje. Sodeč po nekoliko prej omenjeni raziskavi (Cuthbert, Pierre, Stewart, Cook, Johnson in Leschied, 2011) je mogoče do določene mere vnaprej predvideti, pri katerih posameznikih bodo simptomi z večjo verjetnostjo vztrajali ali se ponovili. Avtorji predlagajo ponovno preučitev načinov pristopanja do omenjenih posameznikov (prav tam: 277-278).

Raziskava je sledila otrokom, ki so doživeli zanemarjanje v družini, ob ponovni združitvi z družino nadaljnjih pet let. V petih letih sta se skoraj dve tretjini otrok »zlomili«. V slabšem stanju so bili tisti, pri katerih je zanemarjanje vztrajalo, in tisti, pri katerih je bilo vedenjske težave zaznati že pred vrnitvijo domov (Lutman in Farmer, 2013: 559). Morda bi pri nekaterih koristile ugotovitve že omenjene raziskave. Pozitiven učinek naj bi bilo namreč mogoče zaznati v povezavi z delom z družino, ki se je začelo že pred odpustitvijo in se je nadaljevalo še naprej (Ringle, Thompson in Way, 2015). Delo z družino bi tako morda lahko preprečilo ponovno zanemarjanje otrok in ponovno pojavljanje težav pri otrocih. Prej navedena raziskava se sicer nanaša na ponovno združitvev otrok z družino po otrokovem bivanju v rezidenčni oskrbi. Ni povsem jasno, ali bi ugotovitve lahko prenesli tudi na družine, pri katerih z veliko verjetnostjo obstaja tveganje zanemarjanja. Sama se sprašujem tudi o smiselnosti in etičnosti ponovnega združevanje otroka z družino, pri kateri obstaja zelo veliko tveganje zanemarjanja. Morda je to smiselno le, če se v zadostni meri zmanjša tveganje. Na tem mestu ponovno navedimo že omenjen program, ki je močno zmanjšal tveganja za zanemarjanje in zlorabo (Ingram, Cash, Oats, Simpson in Thompson, 2015).

Poglejmo si še bolj specifično učinek nastanitve v stanovanjskih skupinah. Raziskava se je nanašala na uspešnost bivanja mladih v stanovanjskih skupinah. Izobraževanje je zaključilo 66,66% mladih, medtem ko je bilo uspeh v povezavi z legalnim ravnanjem moč zaslediti pri 85,06% mladostnikov. V primeru tistih, pri katerih je bivanje v stanovanjski skupini preseglo šest let, je bilo zaznati višje odstotke in sicer 83,44% ter 91,67% (v Kiehn, 1997: 174). Velja poudariti, da omenjenih kriterijev ni mogoče razumeti kot edino merilo uspeha, saj je uspeh precej odvisen od vsakega posameznika, zmogljivosti, lastnosti, potreb in specifične življenjske

situacije. Posebna pomoč naj bo namenjena tistim, ki jim ne uspe doseči ciljev, zastavljenih na podlagi storilnostnih pričakovanj družbe (prav tam: 174).

Raziskava je preverjala stabilnost namestitve otrok v rejništvu (ali drugi oskrbi). Ugotovljeno je bilo, da je rejništvo pri sorodnikih (ali pri drugih odraslih osebah ob prisotnosti močne čustvene vezi), v povprečju bolj stabilno, kot ne-sorodstveno rejništvo. Otroci v ne-sorodstvenem rejništvu so hitreje menjali skrbnike in mesto prebivanja. Smiselno bi bilo spodbujati tiste oblike skrbništva, ki omogočajo večjo stabilnost za otroka (Rosenthal in Villegas, 2011). Sama bi sicer dodala, da je to smiselno preverjati v vsakem posameznem primeru. Po mojem mnenju bi bilo nemogoče trditi, da je sorodstveno rejništvo vedno ustreznejša izbira.

V metaanalizi, ki se je nanašala na rejništvo in stres, ki ga v povezavi z rejništvom doživlja otrok, so se kot učinkovite izkazale nekatere intervencije (Van Andel, Grietens, Strijker, Van der Gaag in Knorth, 2014: 151). Raziskave so se sicer nanašale le na način soočanja s težavnim vedenjem otrok, ne pa tudi na odnos, ki se sicer vzpostavi med otrokom, starši in rejnikom. Avtorji zato predlagajo, da bi se intervencije v prihodnje v večji meri nanašale na omenjene odnose (prav tam: 152). Vidimo, da je rejništvo povezano s stresom. Sama predvidevam, da je pomemben del stresa sprememba socialnega okolja in prekinitev ali zmanjšanje stikov s pomembnimi osebami. Intervencije, ki imajo namen preprečiti ali zmanjšati doživljanje stresa, so tako izjemnega pomena.

Raziskava je pokazala, da so mladoletni prestopniki redkeje ponovili hujša kazniva dejanja, če so bili nameščeni v specialno/specializirano rejništvo (angl. treatment foster care), kot če so bili nameščeni v skupinsko oskrbo (angl. treatment group care) (Robst, Armstrong in Dollard, 2011). Vendar pa so pri tistih, ki so nameščeni v specializirano rejništvo, navadno že na samem začetku manj izražene težave (glej na primer Berrick et al., 1993, v prav tam: 697), zato primerjave niso nujno merodajne. Kljub temu pa bi bilo (vsaj po mojem mnenju) smiselno razmisliti, ali je omenjena oblika pomoči dovolj razširjena in ali bi do določene mere lahko uspela nadomestiti druge oblike pomoči.

2.3.8. Druge ugotovitve o uspešnosti pomoči otrokom in mladostnikom

Dodajmo še nekatere raziskave o družini. Mnoge raziskave, ki so se nanašale na družino, so bile že navedene v poglavju o socialno-pedagoških intervencijah. Na tem mestu dodajam le nekatere.

Metaanaliza je preučevala izpostavljenost otrok/mladostnikov medosebnim starševskim konfliktom in otrokovo/mladostnikovo odzivanje na le-te (Rhoades, 2008). Način odzivanja na medosebne konflikte je zmerno povezan z otrokovo/mladostnikovo prilagoditvijo/prilagojenostjo (prav tam: 1952).

Raziskava je pokazala, da je večja vključenost družine (v rezidenčni oskrbi) povezana z izboljšanjem (Robst, Rohrer, Armstrong, Dollard, Sharroch, Batsche in Reader, 2013: 225). Obstajale so tudi izjeme, ko so bili obiski družine lahko kontra-produktivni (prav tam: 235). Vključenost družine je bila lahko izražena na različne načine: z obiski v živo, s telefonskimi klici... Pomembna razlika je bila opazna, ko so bili vključeni starši, medtem ko vključenost drugih družinskih članov ni bila pomembno povezana z izboljšanjem (prav tam: 235).

Podobno o pomenu kontaktov govori naslednja raziskava. Tudi v tem primeru je bilo ugotovljeno, da lahko, čeprav so pogostejši stiki navadno povezani z napredkom, v nekaterih primerih le-ti zavirajo proces (Huefner, Pick, Smith, Stevens in Mason, 2015).

Vzajemna interakcija med otrokom in družino je torej pomembna za razumevanje otrokovega funkcioniranja. Smiselno je spodbujati tiste družinske »vplive«, ki so povezani s tem, kar je (subjektivno) »dobro« za posameznega otroka v določeni situaciji.

Poglejmo si še navezanost otroka na strokovnjaka. Kvalitativna raziskava je preučevala navezanost pri mladostnikih, ki jih je sodišče napotilo v rezidenčno oskrbo (Wolfe in Wittenborn, 2012: 225). Značilnost ustanove, v kateri so pridobili udeležence raziskave, je nadpovprečno nizka stopnja ponovitve kaznivih dejanj. Prav tako svetovalci v tej ustanovi nadpovprečno veliko časa preživijo z mladostniki, kar omogoča razvoj navezanosti (prav tam: 257). Terapevti/svetovalci, ki delajo z mladostnikom v ustanovi, lahko sami izkazujejo bodisi varno navezanost, bodisi negotovo navezanost. Mladostniki, ki so sodelovali z »varno navezanim« svetovalcem, so svetovalca pogosteje »uporabljali« kot »varno bazo« (angl. secure base), medtem ko je bilo to pri mladostnikih, ki so sodelovali z »negotovo navezanim« svetovalcem, mogoče redkeje zaznati (prav tam: 270). Raziskava poudarja pomen stila navezanosti pri delu z mladostniki z vedenjskimi težavami. Podobno ugotavlja neka druga raziskava, kjer so adolescenti v instituciji pogosteje kazali vedenje, povezano z varno navezanostjo, če so sodelovali z »varno navezanim« svetovalcem (Zegers et al., 2008, prav tam: 268). Raziskava je ugotovila povezanost »med negativnim eksternaliziranim vedenjem in negotovo navezanostjo v adolescenci« (Ivan in Breczkei, 2006: prav tam: 267). Metaanaliza kaže, da je eksternalizirano vedenje pomembno povezano z negotovo navezanostjo (Fearon,

Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsly in Roisman, 2010: 442). Vendar pa je bila povezava opazna le pri fantih in ne tudi pri dekletih (prav tam: 443-444). Pri dekletih se morda v povezavi z navezanostjo v večji meri pojavljajo internalizirani problemi kot eksternalizirani (DeKlyen in Greenberg, 2008, prav tam: 450).

2.4.PSIHOTERAPIJA IN SOCIALNA PEDAGOGIKA

2.4.1.Primerjava (doseženih) sprememb med psihoterapijo in socialno pedagogiko

Če povzamemo v prejšnjih poglavjih zaznane spremembe v raziskavah (glej na primer Schmidt, Schneider, Hohm, Pickartz, Macsenaere, Petermann, Flosdorf, Hölz in Knab, 2003; Soenen, Volckaert, D'Oosterlinck in Broekaert, 2014; D'Oosterlinck, Goethals, Boekaert, Schuyten in Maeyer, 2008; Ungar, Liebenberg in Ikeda, 2014; Henggeler, 2012, Orte, Ballester, Oliver, Pascual in Vives, 2013; Daleiden, Pang, Roberts, Slavin in Pestle, 2010; Ingram, Cash, Oats, Simpson in Thompson, 2015; Cooley, Veldorale-Griffin, Petren in Mullis, 2014; Grečić in Kobolt, 2008; Harvey, Boer, Meyer in Evans, 2009; Waltman, Hatrick in Tasker, 2012; McNeal, Handwerk, Field, Roberts, Soper, Huefner in Ringle, 2006; Kiehn, 1997; Rosenthal in Villegas, 2011; Van Andel, Grietens, Strijker, Van der Gaag in Knorth, 2014; Robst, Armstrong in Dollard, 2011; Wolfe in Wittenborn, 2012) , ki se nanašajo na socialno pedagogiko ali na bolj ali manj podobne oblike dela, lahko povzamemo naslednje zaznane spremembe: zmanjšanje simptomov in težav, zvečanje virov, sprememba vedenja, povečanje samozavesti, zmanjšanje anksioznosti, boljše razumevanje lastnega vedenja in čustev ter čustev in vedenja drugih, zmanjšana agresivnost, zmanjšanje sovražnosti, povečanje odpornosti, zmanjšanje recidiva, zmanjšanje/preprečitev namestitve v instituciji, zmanjšanje časa namestitve v instituciji, spremembe, ki se nanašajo na družinski odnos, starševske veščine, vedenje otrok, otrokove socialne kompetence, preprečitev zlorabe v družini, sprememba, ki se nanaša na okolico, starševske sposobnosti, socialno podporo, družinske interakcije, otrokovo dobro počutje, preprečitev neželenega vedenja, dokončanje izobraževanja, uspeh, ki je vezan na legalo ravnanje, zmanjšanje izzivalnega vedenja, večja kontrola impulzov in vedenja, porast upanja, stabilnost namestitve in skrbništva, zmanjšanje stresa v rejništvu, ne-ponovitev hujših kaznivih dejanj, pojavljanje vedenja, ki je značilno za varno navezanost, v odnosu z strokovnjakom...

Poudariti velja, da so se ugotovitve nekaterih zgoraj omenjenih raziskav vsaj delno nanašale tudi na terapijo, saj se ponudba različnih oblik pomoči, ki so dostopne otroku in mladostniku, prepleta. Ponekod je celo neposredno izpostavljeno, da gre (tudi) za terapijo.

Če se osredotočim na ugotovitve, ki so navedene v poglavju *Kako učinkovita/uspešna je psihoterapija*, lahko povzamem naslednje. Večinoma se predstavljene raziskave in metaanalize (glej Carr, 2009) nanašajo na izboljšanje, pri čemer ni jasno izpostavljeno, kaj predstavlja izboljšanje. Predvidevamo lahko, da se nanaša predvsem na izboljšanje v povezavi z manjšo izraženostjo simptomov. Posebej je omenjena še zmanjšana uporaba servisov zaradi samopoškodovanja in samomorilnosti, kar je deloma zopet povezano s simptomi.

Dodajmo še pregled kvalitativnih raziskav, kjer je bilo mogoče zaslediti naslednje učinke (Timulak in Creaner, 2014: 76-77): občutek jasnejšega čustvenega doživljanja (upanje, umirjenost, večja energija,...), sprejemanje ranljivosti, doživljanje sočutja do sebe, večja odpornost, večji občutek moči, obvladovanje simptomov, doživljanje večjega občutka podpore s strani drugih, boljši odnosi, boljši vpogled in samozavedanje ter spremenjen pogled na druge.

Vidimo, da je tako v primeru socialni pedagogiki podobnih pristopov in psihoterapije obstaja učinek, ki je vezan na simptome, in učinek, ki presega zgolj odpravo simptomov. Zgoraj zaznane spremembe težko podrobneje interpretiram. Razlog je deloma v tem, da »socialno-pedagoške« raziskave v resnici niso povsem socialno-pedagoške. Deloma je razlog v tem, da različni psihoterapevtski učinki niso bili dovolj obširno predstavljeni v diplomskem delu. Tako bi morala zaključke izpeljevati na podlagi le enega pregleda raziskav. Poudariti velja, da so psihoterapevtski učinki, ki so bili predstavljeni v diplomskem delu in ki hkrati niso bili povezani le s simptomi, večinoma izhajali na podlagi kvalitativnih raziskav, medtem ko so učinki socialno-pedagoškega dela v navedenih raziskavah v večji meri izhajali na podlagi kvantitativnih raziskav. Predhodno omenjene psihoterapevtske raziskave so temeljile predvsem na poročanju o doživljanju, med tem ko lahko predvidevamo, da so kvantitativne raziskave v večji meri izhajale na podlagi opazovanja in ocenjevanja.

Če bi vseeno poskušala poiskati podobnosti in razlike, bi izpostavila naslednje ugotovitve. Tako v primeru psihoterapije kot socialne pedagogike je izpostavljeno zmanjšanje simptomov in povečanje odpornosti (angl. resilience). V obeh pristopih opažajo porast upanja. V obeh primerih je zaznati boljše razumevanje svojih čustev in vedenja oziroma vpogled in samozavedanje. Boljše je razumevanje vedenja in čustev drugih oziroma spremenjen pogled na druge. Navedimo še nekatere razlike. V primeru psihoterapije je na primer izpostavljeno sprejemanje ranljivosti in doživljanje sočutja do sebe. V primeru bolj ali manj socialno pedagoških raziskav bi morda omenili zmanjšanje časa namestitve v instituciji in večji poudarek na dokončanem izobraževanju. Zaslediti je seveda mogoče več različnih poudarkov, vendar so

bili za ponazoritev navedeni le nekateri. Poudariti velja, da se razlike nanašajo le na navedene raziskave. Težko bi bilo trditi, da gre za razlike med dvema strokama. Za možnost takih zaključkov bi bil potreben širši nabor raziskav.

Zgoraj smo si pogledali podobnosti in razlike v zaznanem učinku. V nadaljevanju bomo poskušali primerjati velikost spremembe v primeru psihoterapije in socialne pedagogike. Za začetek omenimo že navedeno metaanalizo, ki je ugotovila, da bila velikost učinka pri internaliziranih težavah .45, pri eksternaliziranih pa .60 (Knorth et al., 2008, v Bastiaanssen, Kroes, Nijhof, Delsing, Engels in Veerman, 2012: 448). Poudariti velja, da vključene raziskave v metaanalizi v osnovi niso bile nujno dovolj socialno-pedagoške. Kljub temu se mi zdi metaanaliza pomembna, saj nakazuje, da je pri populaciji, s katero pogosto dela socialni pedagog, sprememba možna.

Kot smo že videli v delu tega diplomskega dela, ki se nanaša na učinkovitosti in uspešnost psihoterapije, so bile v povezavi s psihoterapijo v metaanalizah zaznane velikosti učinka srednje ali deloma velike. Srednje velikosti učinka se gibljejo med .50 in .80, medtem ko velike velikosti dosegajo vrednost nad .80 (v Carr, 2009). Že omenjena metaanaliza, ki je vključevala večje število metaanaliz, je v primerjavi s kontrolno skupino zaznala velikosti učinka .75 (Grissom, 1996, prav tam).

Na drugi strani, kot je bilo predhodno že navedeno, je (socialno-pedagoška) pomoč otrokom in mladostnikom dosegla naslednje velikosti spremembe (nem. Veränderungsquote/Differenzmaße): zavod/dom (48,2%), vzgojno svetovanje (44,5%), skupine za dnevno oskrbo (44,1%), socialno-pedagoška pomoč družini (41,4) in vzgojna pomoč (25,5%) (Schmidt, Schneider, Hohm, Pickartz, Machsenaere, Petermann, Flosdorf, Hölz in Knab, 2003: 396).

Zgornje spremembe bi težko primerjali, saj gre pri psihoterapiji za primerjavo med skupinama (med kontrolno in raziskovalno skupino), medtem ko gre pri (socialno-pedagoški) pomoči za primerjavo med začetnim in končnim stanjem. Prav tako so rezultati prikazani na drugačen način (velikost učinka/odstotki, ki se nanašajo na velikost spremembe). Kljub onemogočeni neposredni primerjavi pa je očitno, da je (pozitivna) sprememba tako v primeru psihoterapije kot tudi socialne pedagogike ne le možna, ampak tudi pričakovana.

V nadaljevanju si bomo nekoliko pogledali in primerjali še porazdelitev variance med različnimi dejavniki. Za začetek se bomo dotaknili primerjave porazdelitve varianc (glej Lambret, 1992, v Šugman Bohinc in Kobal, 2003: 19; Lambert in Barley, 2002, v Norcross in

Lambert, 2011: 12-13; Lambert, 1992, Lambert in Barley, 2002, oboje v Carr: 50-51; Lambert, 1992, v Rus Makovec, 2002: 43; Norcross in Lambert, 2011: 13; Lambert, 2007, v Žvelc, 2011: 6-7; Wampold, 2001, v Carr, 2009: 51; Schmidt, Schneider, Hohm, Pickartz, Macsenaere, Petermann, Flosdorf, Hölz in Knab, 2003: 448). Poudariti velja, da se pri psihoterapiji deleži nanašajo na psihoterapevtski proces in druge spremljajoče dejavnike, medtem ko se pri socialni pedagogiki deleži nanašajo na indikatorje, ki kažejo na možno spremembo ob začetku pomoči. Ena izmed razlik je, da se v primeru socialno-pedagoške pomoči velik delež nanaša na družino, medtem ko v primeru psihoterapije dejavniki družine niso neposredno izraženi. Morda bi jih lahko umestili med zunaj-terapevtske dejavnike. Ali pa je družina mnogo pomembnejši dejavnik pri otroku in manj pri odraslemu klientu. V obeh porazdelitvah so omenjeni viri, čeprav pri psihoterapiji delež specifično ni neposredno izpostavljen. Pri vseh porazdelitvah je opazno, da so pomembni tako posameznikovi dejavniki kot dejavniki okolice. V primeru psihoterapije je močno izpostavljen odnos, medtem ko gre pri pomoči otrokom in mladostnikom šele za začetek načrtovanja pomoči in lahko predvidevamo, da se odnos še ni izoblikoval. V obeh primerih so izpostavljene posameznikove težave. V primeru socialne pedagogike je posebno izpostavljena družinska problematika, pri psihoterapiji to ni izpostavljeno. Morda »se skriva« za zunaj-terapevtskimi dejavniki. Pri socialni pedagogiki je bila izpostavljena preudarnost pri izbiri načrtovanja pomoči. To bi lahko povezali s specifičnimi tehnikami pri psihoterapiji. V primeru socialne pedagogike je mogoče posebej izpostaviti starost pri začetku vzgojne pomoči in prognozo pri starših in družini. V primeru psihoterapije se v eni porazdelitvi del učinka nanaša na posameznega terapevta, medtem ko v primeru socialne pedagogike posamezen strokovnjak ni izpostavljen. Če bi k zgornjim raziskavam dodali še navedbe kaj v socialni pedagogiki »deluje« (Macsenaere in Esser, 2015: 50-74, 75-99), bi dodali še naslednje. Kot tisto, kar je značilno na socialno pedagogiko, bi na primer omenili socialno-pedagoško diagnostiko in delo s starši. Zraven bi lahko dodali tisto, kar je značilno za zavodsko vzgojo, kot je denimo kvaliteta procesa in strukture v instituciji ter vzpostavitev alternativne navezanosti na nadomestno navezovalno osebo. Povzamemo lahko, da je zaznati tako podobnosti kot razlike. V obeh primerih je pomembno so-vplivanje različnih dejavnikov. Poudariti velja, da gre pri nekaterih domnevnih razlikah morda le za drugačno poimenovanje istih procesov v ozadju.

2.4.2. Primerjava načinov raziskovanja med psihoterapijo in socialno pedagogiko

V nadaljevanju bo nekoliko predstavljeno, kako se razlikuje način raziskovanja v povezavi s psihoterapevtskimi in socialno-pedagoškimi raziskavami. Na začetku naj omenim, da se je moja

predstava o tem, kakšno je raziskovanje na socialno pedagoškem področju, med odkrivanjem in prebiranjem vedno novih informacij v literaturi ves čas spreminjala. Na začetku sem zasledila le socialno-pedagoške raziskave, ki se nanašajo na preučevanje stanja. Zaključiti sem nameravala, da za socialno pedagogiko raziskave, ki se nanašajo na učinek, niso značilne. Nato sem vendarle odkrila posamezne informacije, ki so se nanašale na spremembe v povezavi s socialno pedagogiko. Vendar so bile te spremembe predstavljene le opisno. Zaključiti sem nameravala, da neposrednih raziskav, kjer bi bil učinek ponazorjen s pomočjo števil, ni mogoče zaslediti. Nato sem odkrila, da so ponekod navedeni neposredni odstotki. Vendar so bili tu navedeni le odstotki, ki so se nanašali na odstotek želenega rezultata. Ni bilo primerjave med začetnim in končnim stanjem, še manj primerjave med skupinama. Kasneje sem odkrila neposredno navedbo velikosti spremembe v (socialno-pedagoški) pomoči otrokom in mladostnikom med začetnim in končnim stanjem. Navedba se je istočasno nanašala na primerjavo različnih oblik pomoči (zavodska vzgoja, skupine za dnevno oskrbo...). V povezavi s psihoterapevtskimi raziskavami sem zasledila vprašanje, kaj »deluje«. Prav tako sem zasledila neposredne deleže variance, pri čemer so ob so-vplivanju različnih dejavnikov posamezni dejavniki pojasnjevali različne deleže učinka. Menila sem, da podobnih informacij v primeru socialne pedagogike ne bom zasledila, vendar sem se motila. Zasledila sem informacije, ki se nanašajo na to, kaj v socialno-pedagoški pomoči »deluje«. Prav tako so bili ob indikatorjih, ki so predvidevali (možno) spremembo, navedeni neposredni deleži variance. Bila sem mnenja, da raziskav, ki se navezujejo na učinkovitost, v socialno-pedagoških raziskavah ne bom zasledila. Vendar sem kasneje zaznala tudi omembo učinkovitosti, ki se je nanašala na otroke in mladostnike v zavodski vzgoji. Poudariti moram, da primerjava raziskav, ki se nanašajo na psihoterapijo in socialno pedagogiko, izhaja na podlagi mojega trenutnega razumevanja stanja raziskav. Povsem možno je, da bi v primeru daljšega preučevanja tematike prišla do drugačnih zaključkov.

Večina raziskav in metaanaliz (v Carr, 2009), ki se nanaša na psihoterapijo, se v večji meri nanaša na učinkovitost. Zaslediti pa je mogoče tudi metaanalizo (Shadish et al., 1997, prav tam), ki vključuje le klinično reprezentativne raziskave, kar pomeni, da se raziskave nanašajo na uspešnost. Zaključila bi lahko, da je kot kaže psihoterapija v večji meri usmerjena na učinkovitost in v manjši meri na uspešnost.

Na drugi strani so raziskave, ki sem jih zasledila v povezavi s socialno pedagogiko, praviloma usmerjene na uspešnost. Pogosto se informacije niti ne pojavljajo v raziskavah ampak v poročilih in evalvacijah. Kot primer programa in evalvacije programa izpostavimo nemški

program *Wirkungsorientierte Jugendhilfe* (Albus, Greschke, Klingler, Messmer, Micheel, Otto in Polutta, 2010). Evalvacija in analiza programa se je nanašala na strukturo, proces, prakso v programu in učinek (prav tam: 13). Usmerjenost na učinek je v socialni pedagogiki in socialnem delu v Nemčiji relativno nov model (Weiß, 2006, prav tam: 20). Učinek je tako (postal) tudi pedagoška kategorija (Winker, 2006, v Polutta, 2014: 59). Prav tako bi uspešnost lahko šteli kot socialno-pedagoško kategorijo (Lüders in Haubrich, 2006, prav tam: 60).

Omembo učinkovitosti v povezavi s socialno pedagogiko sem redkeje zasledila. Omenjena je bila na primer v povezavi z vzgojo v zavodu. Pri tem se je učinkovitost nanašala na učinek v povezavi s stroški in trajanjem (socialno-pedagoške) pomoči. Upoštevani so bili stroški, ki so povezani z brezposelnostjo, zdravjem, delinkvenco... Zanimiva je ugotovitev, da se je s podaljševanjem trajanja pomoči sorazmerno izboljševalno tudi razmerje med vloženim finančnim vložkom in prihranjenimi stroški (Mascenaere, Keller in Arnold, 2010). V psihoterapiji se je učinkovitost, ki je bila omenjena v navedenih raziskavah, večinoma nanašala na simptome, v tem konkretnem primeru pa se je (socialno-pedagoški) učinek nanašal na razmerje med finančnim vložkom in prihranjenimi stroški.

Učinek se torej lahko nanaša na oceno simptomov, ali pa je izmerjen še drugače. Eden izmed možnih načinov merjenja (socialno-pedagoškega) učinka v povezavi s pomočjo otrokom in mladostnikom je indeks učinka. Indeks učinka je sestavljen iz indeksa simptomov, ki predstavlja 40% celotnega indeksa učinka, indeksa virov, ki prav tako predstavlja 40% indeksa učinka, in indeksa, ki se nanaša na doseganje ciljev in predstavlja preostalih 20% indeksa učinka (Macsenaere in Macsenaere, 2010: 297).

Omeniti velja še poudarek na kvaliteti pomoči, ki je ponujena otrokom in mladostnikom. Kvaliteta se nanaša na samo strukturo ponujene pomoči, kvaliteto procesa in procesne dokumentacije ter rezultat/izid (Karpf, 2004: 21-25). Vidimo, da merjenje učinka ni edino merilo kvalitete. Merjenje kvalitete, ki se nanaša na strukturo in proces, je izjemnega pomena za zavedanje kvalitetno izvedenega procesa tudi takrat, ko uspeh izostane. Med psihoterapevtskimi raziskavami, ki so navedene v tem diplomskem delu, ni take, ki bi se na podoben način nanašala na merjenje kvalitete, kar pa seveda še ne pomeni nujno, da take raziskave morda ne obstajajo.

Med iskanjem in prebiranjem psihoterapevtske in socialno-pedagoške literature sem zaznala naslednje razlike. Omenjene razlike se deloma nanašajo na način raziskovanja, še bolj pa na samo predstavitev raziskav. Pri psihoterapevtskih raziskavah je že v naslovu navedeno za katero

vrsto terapije gre. Razvidno je, da so strokovno delo opravljali terapevti, ki so se redno udeleževali supervizije. Opisan je pristop, ki je bil uporabljen. V primeru nekaterih raziskav je opisan še način, kako so bili posamezniki naključno razporejeni v raziskovano ali kontrolno skupino in kateri kriteriji vključevanja ter izključevanja so bili ob tem uporabljani. Povzeli bi lahko, da je za psihoterapevtske raziskave značilna zelo jasna struktura in natančen opis.

Nasprotno velja za socialno-pedagoške raziskave (oziroma za raziskave, ki so bolj ali manj obarvane s socialno-pedagoško tematiko). Pri teh v naslovu socialna pedagogika večinoma ni omenjena. Pogosto ni navedeno, katere stroke so bili strokovnjaki, ki so bili vključeni v raziskavo. Prav tako neredko ni jasno, ali so se udeleževali supervizije. Intervencije, ki so bile pri tem uporabljane, niso vedno natančneje opisane. Zaradi tega je to, katere raziskave bi lahko uvrstili kot socialno-pedagoške, v veliki meri stvar interpretacije. Prav tako je raziskave, ki se neposredno nanašajo na socialno pedagogiko, težje poiskati, zaradi česar je tudi težje povzeti spoznanja.

2.4.3. Pomisleki in razmišljanja v povezavi s preučevanjem spremembe

Postavlja se vprašanje, ali je sprememba vedno merilo uspeha strokovnega dela. Posameznik lahko doživi spremembo v »pozitivni« smeri, vendar bi do spremembe prišlo tudi brez strokovnega dela. Na drugi strani posameznik ne doživi spremembe, vendar pa bi se stanje pri njemu brez strokovne pomoči še »poslabšalo«. Ni nujno, da je sprememba vedno »pozitivna«. V nekaterih primerih je morda subjektivno najboljši izid ohranjanje sedanjega stanja in ne sprememba. Prav tako je bilo delo lahko opravljeno strokovno in kvalitetno, pa vendar ni želene spremembe. V tem primeru je merilo uspeha, ki se nanaša na strokovno delo, pravzaprav kvaliteta izvedene pomoči in ne končni učinek, saj strokovnjak ni v celoti odgovoren za posameznikovo življenje in ne more prevzeti celotne odgovornosti za (ne)spremembe. Prevzeti pa mora odgovornost za strokovno in človeško korektno izvedeno delo.

Omeniti velja, da je spremembo težko vedno izmeriti. Nekateri pojavi so precej izmuzljivi, na primer edinstveno doživljanje posameznika, skupinska dinamika... Prav tako sprememba ni vedno linearna kot je zvečanje ali zmanjšanje pojavnosti simptomov. Mnoge spremembe se nanašajo na kvalitativne spremembe. Gre za kompleksne spremembe, ki jih ni mogoče izmeriti na primer s preprostimi ocenjevalnimi lestvicami, ampak jih delno lahko predstavimo le opisno. Navsezadnje izmerjena sprememba ničesar ne pove o tem, kako se bo proces spremembe odvijal v vsakem posameznem edinstvenem primeru.

Pomembno je poudariti še, da lahko zaznavamo le spremembe in povezanost. Ni mogoče neposredno odkriti vzroka. Večinoma raziskave ne ugotavljajo vzroka, ampak dejavnike vpliva. V diplomskem delu do sedaj nisem opredelila razlike med spremembo in učinkom. Sama si razliko razlagam, da je sprememba spremljajoč proces, ki se zgodi tekom časa. Na drugi strani je učinek večinoma »želena« sprememba, ki predpostavlja »vzrok«. Na primer: Učinek socialno-pedagoškega dela je... Predpostavlja se, da je socialno-pedagoško delo »vzrok« za (želeno) spremembo. Sprememba se v povedi uporablja drugače. Na primer: Sprememba, ki se pogosto pojavlja ob socialno pedagoškem delu, je... Ker neposrednega »vzroka« ni mogoče nedvoumno ugotoviti, bi bil ustrežnejši izraz sprememba kot učinek. Kljub temu sem med besedilom zaradi poenostavitve in lažjega razumevanja pogosto uporabljala izraz učinek.

Težave pri opredeljevanju neposrednega »vzroka« bi ponazorila z naslednjima izrazoma, ki sta sicer omenjena v povezavi skupino kot sistemom in sistemsko teorijo. Najprej naj omenim *princip ekvifinalnosti*. Isti »vzrok« ima lahko za posledico različne učinke. Na drugi strani ima določena posledica lahko različne »vzroke« (Barker et al., 1995, v Vec, 2008: 159). *Problem interpunkcije* se nanaša na to, da je težko ugotoviti izhodiščno točko, kaj je vzrok in kaj posledica, saj se oboje med seboj prepleta (Watzlawick et al., 1982, prav tam). Kot primer ekvifinalnosti lahko navedemo, da imajo različne psihoterapevtske metode podoben učinek. Kot primer problema interpunkcije bi omenili, da je ob spraševanju, kaj v psihoterapiji in socialni pedagogiki »deluje«, težko ugotoviti tisti dejavnik, ki je ob so-vplivanju dejavnikov prvi vzpodbudil spremembo. Tako te nemogoče reči, da je ravno socialno-pedagoško delo spodbudilo spremembo.

Ob raziskovanju učinka se pojavlja nevarnost, da bi bilo vnaprej določeno, ali je določen učinek »dober« ali »slab« za posameznika, skupino in skupnost. Poraja se vprašanje, ali se je zaradi te nevarnosti smiselno v celoti odpovedati natančnemu preučevanju učinka. Sama menim nasprotno. Menim, da ravno to ponuja dragoceno povratno informacijo o stroki. Če se raziskave v psihoterapiji denimo nanašajo na simptome, potem to lahko psihoterapevtu ponuja razmislek, ali je tudi sam morda pretežno osredotočen le na simptome in ali bi lahko posameznika pred seboj videl drugače, torej ne le kot »skupek simptomov«. Če bi se socialno-pedagoška raziskava na primer nanašala na socialno vključenost, potem naj socialni pedagog morda pri sebi razmisli o svojih predstavah, da je socialna vključenost vedno »dobra« in jo je potrebno doseči (skoraj) za vsako ceno, ter da je na drugi strani izoliranost in samotarstvo kot način življenja nujno nekaj »slabega«. Ali če še sama izrazim svojo predstavo, menim, da raziskovanje točno določenega učinka ne predstavlja ničesar »slabega«. Hkrati pa menim, da je »dobro«, da se razišče, kaj je

želen učinek v vsakem posameznem primeru. Sem mišljenja, da če se o nečem ne govori, to še ne preneha obstajati. Prav tako menim, da je z ozaveščanjem lastnih predstav, »vpliv« le-teh na (ne)strokovno delo manjši.

2.4.4. Zaključki in usmeritve

Kot zaključke bi lahko povzeli naslednje:

- Med zaznanimi učinki je zaznati tako podobnosti kot razlike med psihoterapijo in socialno pedagogiko. Za dokončne zaključke bi bilo potrebno izhajati na podlagi večjega števila raziskav.
- Tako v primeru psihoterapije in socialne pedagogike je v povezavi z delom mogoče zaznati opazne (pozitivne) spremembe. Velikost spremembe je zaradi drugačnega raziskovanja in prikaza ugotovitev težko primerjati med seboj.
- Pri vprašanju, kaj »deluje« v psihoterapevtskem in socialno-pedagoškem delu, je mogoče najti podobnosti in razlike. Pomembno je so-vplivanje dejavnikov.
- V primeru psihoterapije in socialne pedagogike je mogoče zaslediti širok spekter različnih načinov raziskovanja. Pri psihoterapiji je večji poudarek na učinkovitosti, medtem ko je pri socialni pedagogiki večji poudarek na uspešnosti.
- V primeru psihoterapije je navadno razvidno, da gre za psihoterapevtske raziskave, medtem ko to pri mnogih raziskavah, ki se bolj ali manj nanašajo na socialno pedagogiko, to ni razvidno.

V nadaljevanju si bomo pogledali nekatere možne usmeritve. Pri tem naj poudarim, da gre tu izrazito za moj subjektiven pogled.

Nekatere usmeritve so povezane s pomenom zaznavanja sprememb v različnih oblikah socialno-pedagoške pomoči. Učinki različnih oblik socialno-pedagoške pomoči, kot so zavod, vzgojno svetovanje, skupine za dnevno oskrbo in socialno-pedagoška pomoč družini, so precej podobni (Schmidt, Schneider, Hohm, Pickartz, Machsenaere, Petermann, Flosdorf, Hölz in Knab, 2003: 396). Na podlagi tega bi sklepali, da so morda oblike pomoči, ki manj posegajo v življenje soudeležencev, lahko enako učinkovite, kot so oblike pomoči, kjer je zaznati večji poseg. Seveda obstaja previdnost pri takih zaključkih, saj so posamezniki, ki so usmerjeni v različne oblike pomoči, ob samem začetku v različnih stanjih in v različnih situacijah. Kljub temu pa velja preveriti, ali bi lahko z oblikami pomoči, ki manj posegajo v posameznikovo življenje, dosegli podobne spremembe. V prvi vrsti je potrebno zagotoviti dovolj širok spekter

različnih oblik pomoči. O pomenu dovolj širokega spektra pomoči govori tudi raziskava (Ungar, Liebenberg in Ikeda, 2014). Vzemimo si za primer, da so v večji meri razvite le nekatere oblike pomoči, kot je na primer svetovalno delo in delo v vzgojnem zavodu. Na drugi strani nekatere druge oblike pomoči, kot so denimo skupine za dnevno oskrbo, niso dovolj razvite. Otrok/mladostnik je tako usmerjen v zavod ali v stanovanjsko skupino, čeprav bi bil lahko umerjen v skupino za dnevno oskrbo. Zaznavanje sprememb v povezavi z različnimi oblikami pomoči torej ponuja dragoceno povratno sporočilo, katere oblike pomoči obstajajo, kako uspešne so, ali je dosegljiv dovolj velik razpon različnih pomoči, in ali so uporabljene tiste oblike pomoči, ki imajo določen učinek na zaznano spremembo ob karseda čim manjšem posegu v posameznikovo življenje in okolje. Usmeritve bi lahko povzela v naslednja morebitna priporočila. Prvo priporočilo je, da se preveri, katere oblike socialno-pedagoške pomoči obstajajo in katere so se v raziskavah ali v praksi že izkazale kot uspešne, pri čemer je merila uspešnosti smiselno ocenjevati v vsakem posameznem primeru. Drugo priporočilo je, da se preveri, ali so omenjene pomoči dostopne v določenem okolju. Vprašamo se na primer lahko, ali so skupine za dnevno oskrbo kot oblika pomoči dostopne in razvite v Sloveniji. Tretje priporočilo je, da se preveri, ali obstaja dovolj velik razpon različnih oblik socialno-pedagoške pomoči, ki omogoča izbiro tiste oblike pomoči, ki čim manj posega v življenje posameznika in okolja. Četrto priporočilo se nanaša na preverjanje uspeha pomoči pri tistih otrocih/mladostnikih, ki bi jih kljub bolj izraženim težavam morda poskusili usmeriti v oblike pomoči, ki predstavljajo manjši poseg. S tem bi ugotovili, ali druge oblike pomoči lahko vsaj deloma nadomestijo tiste, pri katerih je poseg večji (na primer vzgojni zavod). Smiselno se je tudi vprašati, ali je glede na vrsto, intenziteto, utrjenost (in druge značilnosti) težav nudena ustrezna oblika pomoči.

Osebno menim, da je zavedanje možnega učinka pomembno tudi zaradi tega, da strokovnjaku v poklicu pomoči pomaga, da ne »obupa nad posameznikom«, s katerim dela. Prav tako zavedanje, da je sprememba mogoča, pomaga osmisliti lastno strokovno delo. Na tem mestu bom za ponazoritev omenila izjavo neke osebe, ki je v času študija socialne pedagogike hkrati preko študentskega dela opravljala promocije in prodajo izdelkov. Ta mi je v pogovoru pred leti dejala, da ji je zelo všeč to delo (promocija in prodaja), saj lahko ob koncu dneva prešteje število prodanih izdelkov in dobi neposredno povratno informacijo o svojem delu. Pri socialno-pedagoškem delu take informacije ne dobi in ostaja v veliki negotovosti, saj učinka svojega dela ne more neposredno izmeriti.

Če bi izpeljali usmeritve na podlagi zgornjega razmišljanja, bi lahko rekli, da je zelo pomembno, da se že v času študija predstavi pomen socialno-pedagoškega dela. Menim, da predstavitev sprememb in učinkov pri tem ni povsem nepomembna. Zavedanje, da je sprememba možna in da je bila neposredno »izmerjena« v raziskavah ter zaznana v praksi, lahko pomaga pri takih razmišljanjih, kot je bilo zgornje. Seveda je smiselno ozavestiti še nerealne predstave o celotni odgovornosti za spremembe. Prav tako se zdi pomembno učenje soočanja z občutki negotovosti in nemoči. Pri tem je lahko v veliko pomoč supervizija. Ta je pomembna še za to, da posameznik dobi povratno sporočilo o strokovnosti in kvaliteti opravljenega dela. V mnogih primerih je bilo delo povsem korektno opravljeno vendar učinek ni opazen. Supervizija in druga povratna sporočila tako lahko pomagajo pri ovrednotenju lastnega dela.

Glede raziskav, ki se nanašajo na socialno pedagogiko, bi sama predlagala naslednjo usmeritev. Pri mnogih raziskavah je težko zaznati, ali gre za (dovolj) socialno-pedagoško raziskavo ali ne. Del problema je gotovo v tem, da delo socialnega pedagoga pogosto poteka v interdisciplinarnem timu. Kljub temu menim, da bi bilo smiselno razmisliti o načinih, kako predstaviti raziskave, ki so bolj ali manj povezane s socialno-pedagoško stroko. Menim, da to lahko pomaga pri razvoju stroke in hkrati pomaga pri iskanju zelenih informacij tudi nekoliko manj večjemu iskalcu literature, ki bi o socialni pedagogiki želel vedeti več ali bi želel pridobiti koristno informacijo, ki bi mu lahko pomagala pri lastnem delu.

Pregled, katere učinke raziskuje posamezna stroka, lahko po mojem mnenju ponudi dragocen vpogled v to, katere implicitne predstave o tem, kaj je »dobro« ali »slabo« za posameznika, skupino in skupnost, se pojavljajo pri posameznem raziskovalcu ali celotni stroki. Usmeritev bi se torej glasila, da je sistematično spremljanje raziskav učinka pomembno še z vidika refleksije lastnih (normativnih) predstav.

2.4.5. Refleksija dosedanjega dela

Z delom sem začela novembra 2015. Zanimala me je psihoterapija, pri čemer še nisem imela v mislih ideje, kako bom to raziskala. Vendar pa sem se vseeno sama lotila dela. Poglobljala sem se v številne podrobnosti in sem se pri psihoterapiji zadrževala predolgo. Vedela sem namreč, da bom morala temo navezati še na socialno pedagogiko, vendar sem menila, da mi to ne bo povzročalo večjih težav. Z izbiro podrobnejše teme sem imela več težav, kot sem predvidevala, saj so se nekatere zamisli za temo izkazale za neuporabne, oziroma jih ne bi uspela raziskati na način, kakor sem si zamislila. Tu je bila moja napaka, da se o temi nisem dovolj zgodaj odločala

in se podrobneje posvetovala. Tako sem bila sredi poletja brez ideje za temo in brez ideje kako bi vse skupaj raziskala. Dodatno težavo je predstavljalo dejstvo, da sem se za temo odločala praktično že v času dopustov, zaradi česar je bilo posvetovanje z mentorjem oteženo. Dokončno temo sem (deloma s pomočjo predhodnih usmeritev s strani mentorja) sama izoblikovala šele 20. julija 2016. Diplomsko delo je bilo potrebno v celoti oddati do 5. 9. 2016. Temu primerno mi je ob koncu močno zmanjkovalo časa, zaradi česar je diplomsko delo manj kvalitetno, kot bi si želela. Prav tako je šlo ogromno časa in energije »v prazno«. Mnoge vsebine, v katere sem se poglobljala, na koncu v diplomskem delu nisem uporabila ali sem jih omenila le bežno. Če povzamem, je bila glavna napaka ta, da predolgo nisem izoblikovala dokončne teme in sem energijo usmerjala v napačno smer. Če bi diplomsko delo začela izdelovati znova, se resnega dela ne bi lotila, dokler ne bi imela izoblikovane teme in jasne predstave, kako bi tematiko raziskala. V času načrtovanja in izdelave diplomskega dela sem naredila še veliko drugih napak, ki pa jih na tem mestu ne bom podrobneje opisovala.

Številne stvari bi bile v diplomskem delu lahko narejene bolje. Za začetek naj omenim uporabo literature. V besedilu je bilo pogosto uporabljeno posredno citiranje. Bolje bi bilo, da bi uporabila le originalno literaturo, saj se mnogi pomeni pri povzemanju izgubijo, prav tako lahko pride do napačne interpretacije. Bolje bi bilo, če bi uporabila več virov. Mnoge pomembne informacije so v veliki meri temeljile na posameznih virih. Ko sem zasledila določeno informacijo, sem se s to zadovoljila in v drugih virih nisem poiskala iste, podobne, drugačne ali celo nasprotujoče informacije. Prav tako nisem preverila relevantnosti uporabljenih virov. Poiskala bi lahko, ali je možno zaslediti oceno (revizijo/kritiko) posameznega vira. V primeru člankov bi lahko preverila, ali so pregledani s strani drugih strokovnjakov (angl. »peer reviewed«). Preverila bi indeks citiranja. Poleg tega je nekatera uporabljena literatura izhajala iz manj zanesljivih virov (internetni viri). Viri bi bili lahko bolje povezani med seboj. V večji meri bi lahko interpretirala najdene informacije v literaturi, tako pa sem jih pretežno le navajala in povzemala. Bolje bi lahko vzpostavila kritično distanco do najdenih informacij v literaturi.

Iskanja socialno-pedagoške literature si nisem lotila najbolj preudarno. Iskati sem začela s pomočjo informacijskega sistema *cobiss*, pri čemer se je iskanje nanašalo na literaturo dostopno v knjižnici Pedagoške fakultete v Ljubljani. Na začetku sem uporabila zelo splošne iskalne izraze kot so »socialna pedagogika« in »raziskava/raziskave«. Ko sem se kasneje pogovarjala z uslužbencem ene izmed slovenskih knjižnic, ki je odgovoren za informacijske storitve, sem izvedela, da tak izbor iskalnih izrazov ni bil najbolj posrečen. Rečeno mi je bilo, da se izrazi, kot so »socialna pedagogika« ali »raziskave«, navadno ne pojavljajo kot predmetne oznake in

ključne besede. Takrat, ko sem dobila to informacijo, je bilo že prepozno, da bi se iskanja lotila ponovno. Prav tako mi je bilo rečeno, da bi bilo bolje, če bi pri iskanju uporabljala *vzajemno bazo podatkov cobiss*, namesto da sem iskala preko *cobiss-a* v posameznih knjižnicah. Vzajemna baza podatkov naj bi namreč večinoma vsebovala več podatkov. Če prav razujem naj bi to pomenilo, da bi preko vzajemne baze podatkov lahko našla posamezen vir, ki je dostopen na Pedagoški fakulteti in ga s pomočjo istih iskalnih izrazov preko *cobiss-a* specifično za knjižnico Pedagoške fakultete ne bi našla. Tu je bila moja napaka, da se o načinih iskanja literature nisem pozanimala že pred samim začetkom iskanja ampak praktično že na koncu.

Med zadetki nisem poiskala vseh virov, ampak le tiste, ki so glede na naslov pritegnili mojo pozornost (so se mi zdeli relevantni ali zanimivi). Zavedam se, da sem s tem lahko izgubila marsikatero pomembno informacijo.

Dobro bi bilo, da bi poskušala poiskati (morebitne) sistematične preglede socialno-pedagoških raziskav. Ti bi mi pomagali pri iskanju raziskav, med katerimi bi naknadno izbrala tiste, ki se nanašajo na učinek. Glede na to, da sem se iskanja socialno-pedagoške literature lotila sama (z ne najboljšimi iskalnimi izrazi in načinom izbire literature), sem povsem verjetno izpustila marsikateri relevanten vir.

Preko informacijskega vira *Evropska knjižnica – portal digitalnih zbirk evropskih knjižnic* sem zasledila kar nekaj prosto dostopnih virov v nemščini, ki sem jih nameravala uporabiti, a mi je kasneje zmanjkalo časa, da bi jih ponovno poiskala. Vsekakor bi bilo z vidika uporabljene literature in relevantnosti informacij dobro, če bi jih v diplomskem delu uporabila. Prav tako bi bilo dobro, če bi boljše preverila, ali so nekateri viri, ki so dosegljivi v knjižnicah v tujini, dostopni tudi v elektronski obliki.

Pri iskanju literature preko informacijskih virov bi lahko večjo pozornost posvetila izbiri iskalnih izrazov. Pregledala bi celoten spisek predmetnih oznak in izbrala tiste, ki bi se mi zdele uporabne za izbrano tematiko. Ker pa je tak spisek zelo dolg in bi bilo delo zelo zamudno, bi se iskanja ključnih izrazov lahko lotila še drugače. Ob najdenih virih so pogosto zapisane ključne besede. Pogledala bi, katere ključne besede se pogosto pojavljajo pri obravnavani tematiki in skušala izbrati tiste, ki bi se mi zdele uporabne kot iskalni izrazi. Nato bi preko teh novih iskalnih izrazov zopet poiskala literaturo, v kateri bi se spet pojavljale ključne besede... To bi nadaljevala dokler ne bi našla po mojem mnenju dovolj uporabne literature.

Ker sem med iskalnimi izrazi med drugim uporabila besede kot so »metaanaliza«, »uspešnost«, »učinkovitost«, »učinek«, je povsem razumljivo, da se je večji del literature nanašal na

kvantitativne raziskave. Iskanje kvalitativnih raziskav bi namreč zahtevalo večjo izvirnost pri izbiri iskalnih izrazov. Dobro bi bilo, če bi bile v diplomskem delu v večji meri predstavljene kvalitativne raziskave. Menim namreč, da se marsikateri pomen »izgubi v številkah«.

Izbrano literaturo bi težko uvrstila med »socialno-pedagoško«. Gre večinoma le za raziskave, ki so nekoliko obarvane s socialno-pedagoško tematiko. Bolje bi lahko izoblikovala kriterije, na podlagi katerih bi izbirala socialno-pedagoške raziskave.

Iskanja psihoterapevtske literature sem se lotila zelo splošno. Iskala sem splošne izraze, kot je na primer »psihoterapija«. Zanimivo je, da sem celoten psihoterapevtski del, ki se je nanašal na učinek, ki je bil zaznan v raziskavah, spisala mnogo prej, kot sem imela izoblikovano temo. Del besedila sem nato nespremenjen uporabila v diplomskem delu. Psihoterapevtskih raziskav nato nisem več iskala, saj sem menila, da imam informacij dovolj. Šele ko sem začela s primerjavo zaznanih sprememb med socialno pedagogiko in psihoterapijo, sem ugotovila, da je izbrana psihoterapevtska literatura močno pomanjkljiva. Nanašala se je predvsem na velikost učinka, ne pa tudi na to, katere spremembe je – poleg zmanjšanja simptomov – mogoče zaslediti. Ker sem iz lastnega zanimanja pred časom preko spleta iskala informacije o učinku v psihoterapiji, vem, da (kvalitativne) raziskave, ki se nanašajo na učinek, ki presega zgolj odpravo simptomov, obstajajo. Žal mi je ob koncu zmanjkalo časa, da bi raziskave ponovno poiskala. Naknadno sem dodala le en pregled raziskav. S tem bi dobila ne le informacijo o velikosti sprememb, ampak tudi o tem, katere spremembe se pojavljajo v psihoterapiji, kar bi primerjala s spremembami, ki jih zaznamo v povezavi s socialno-pedagoškim delom. Tako je diplomsko delo pomanjkljivo ravno pri primerjanju (doseženih) sprememb, kar naj bi bila – glede na temo – osnovna usmeritev raziskovanja.

Primerjava je bila narejena precej površno. Izpostavljene in primerjane so le splošne informacije, pri čemer manjka bolj poglobljena analiza. To velja tudi za primerjavo načinov raziskovanja. Ob koncu prav tako nisem uspela povsem jasno izoblikovati zaključkov in podati nedvoumni usmeritev, oziroma so bile usmeritve take, ki so bile najbolj očitne in so se ponujale kar same od sebe.

V diplomskem delu sem se trudila, da bi informacije predstavila karseda čim bolj verodostojno. Zaradi pomanjkljivega znanja tujega jezika, statistike in metodologije vseeno obstaja možnost, da sem si katere informacije morda narobe razlagala. Nekaterih informacij, ki so se mi zdele zanimive in pomembne, v diplomskem delu nisem predstavila, saj nisem bila prepričana, da jih pravilno razumem.

Celotno diplomsko delo je preveč osredotočeno na težave, kot da bi bile težave edino, kar opredeljuje posameznika. V diplomskem delu prav tako manjka podrobnejša ponazoritev širšega socialnega in družbenega konteksta, v katerega je vpeta tematika. Več pozornosti bi bilo smiselno posvetiti tudi kritiki in vzpostavljanju distance do uporabljenega diskurza.

Besedilo ni najbolje strukturirano. Ponekod so zapisi predolgi brez vmesnih prekinitev, drugod je besedilo preveč razdrobljeno in premalo povezano. Razporeditev in poimenovanje poglavij bi bilo lahko boljše. Slogovno in oblikovno besedilo ni najboljše. Manjka še kakšna tabela, graf, slika...

Zdi se mi, da sem delo končala na polovici poti... Ali še bolje rečeno, delo sem končala v trenutku, ko se je komajda izoblikoval načrt za »raziskavo«, ki bi še morala biti izvedena. Kljub zavedanju napak, pomanjkljivosti in slabosti pa diplomskega dela nimam namena pretirano popravljati, saj mi za to trenutno zmanjkuje časa in energije. Upam, da sem vseeno vsaj malo uspela osvetliti predstavljeno tematiko.

3. SKLEPI

Vprašanje o spremembi je bilo v diplomskem delu posredno predstavljeno že v poglavju o simptomu. Različne teorije so med drugim skušale pojasnjevati, kaj je tisto, kar ovira spremembo in pripomore k vztrajanju simptoma. Bolj nazorno je bilo o spremembi govora, ko je bila predstavljena učinkovitost in uspešnost psihoterapije. Navedene so bile nekatere v raziskavah izmerjene velikosti učinka. Prav tako je bilo omenjeno, kaj je v psihoterapiji povezano z izidom. Vprašanje, kaj »deluje«, je izostrilo zavedanje, da je sprememba kompleksen proces, ki je povezan s številnimi dejavniki, za katere velja, da med seboj sovplovajo. Spremembe torej ne gre razumeti kot linearno vzročno posledičen proces. V množici med seboj povezanih dejavnikov, je nemogoče odkriti tistega, ki je spodbudil ali povzročil spremembo. Tako ni moč reči, da je ravno psihoterapevtska ali socialno-pedagoška pomoč spodbudila spremembo. Govora je bilo tudi o tem, kako lahko znotraj-osebni in medosebni dejavniki spodbudijo spremembe pri posamezniku. Sprememba (posameznikovega vedenja, doživljanja...) je lahko dosežena po »dveh poteh«. Nanjo lahko »vplivajo« tako notranji dejavniki, kot zunanji dejavniki v okolici, pri čemer se oboji med seboj prepletajo.

V primeru socialne pedagogike in raziskav, ki so z le-to povezane, je bilo v povezavi s strokovnim delom zaznati opazne (pozitivne) učinke in spremembe pri otrocih ter mladostnikih. Številne ugotovitve, ki so povezane s tem, kaj v socialno-pedagoški pomoči »deluje«, bi lahko razumeli kot koristne napotke za strokovno delo. V socialni pedagogiki in podobnih pristopih dela so se izkazale uporabne številne intervencije. Prav tako je bil uspeh povezan z različnimi oblikami socialno-pedagoške pomoči, ki so bile med seboj večinoma približno podobno učinkovite.

Ob primerjanju socialno-pedagoških in psihoterapevtskih učinkov, lahko zaznamo take, ki se omenjajo v primeru obeh strok. Pri tem poleg podobnosti lahko zaznamo tudi različne poudarke. Za dokončne zaključke o neposredni primerjavi psihoterapevtskega in socialno-pedagoškega učinka bi bilo potrebno vključiti in preučiti več relevantnih raziskav. Tako v primeru psihoterapije kot socialne pedagogike je mogoče zaslediti širok spekter načinov raziskovanja. Glede na navedene raziskave v diplomskem delu, bi lahko sklepali, da je psihoterapija kot kaže v večji meri usmerjena na preučevanje učinkovitosti, medtem ko je socialna pedagogika v večji meri usmerjena na preučevanje uspešnosti.

Če navedemo še nekatere usmeritve za socialno pedagoško delo, ki jih je mogoče izpeljati na podlagi navedenih spoznanj v povezavi za obema strokama in na podlagi primerjanja le-teh, lahko omenimo sledeče. Spremljanje učinkov različnih oblik socialno-pedagoške pomoči se zdi pomembno, saj pomaga pri presoji, katera pomoč naj bo ponujana posamezniku za dovoljšni učinek ob hkrati čim manjšem posegu v posameznikovo življenje. Prav tako lahko strokovnjaku zavedanje možne spremembe v določenih primerih pomaga osmisliti lastno strokovno delo. Morda bi omenili možno priporočilo, da je že v času študija socialne pedagogike smiselno v večji meri predstaviti učinke socialno-pedagoške pomoči, s čimer bi lahko zmanjšali občutke negotovosti in nemoči, s katerimi se socialni pedagog ali drug strokovnjak v poklicu pomoči neredko srečuje pri svojem delu. Glede socialno-pedagoških raziskav, ki se nanašajo na spremembo in učinek, bi bilo morda smiselno razmisliti še o drugačnih načinih predstavitve raziskav, s čimer bi lažje opredelili, katere raziskave so nedvoumno socialno-pedagoške, saj pri mnogih raziskavah to ni nujno povsem razvidno.

Če sklepamo na podlagi informacij, ki so predstavljene v tem diplomskem delu, lahko povzamemo, da je zaznavanje spremembe in učinka pomemben del spremljanja strokovnega dela.

4. LITERATURA

Albus, S., Greschke, H., Klingler, B., Messmer, H., Micheel, H. G., Otto, H. U. in Polutta, A. (2010). *Wirkungsorientierte Jugendhilfe: Abschlussbericht der Evaluation des Bundesmodellprogramms »Qualifizierung der Hilfen zur Erziehung durch wirkungsorientierte Ausgestaltung der Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsvereinbarungen nach §§ 78a ff SGB VIII«*. Münster: ISA Planung und Entwicklung.

Allen, D. M. (2012). Why Psychotherapy Efficacy Studies Are Nearly Impossible. *Psychology Today*. Pridobljeno s strani: <https://www.psychologytoday.com/blog/matter-personality/201212/why-psychotherapy-efficacy-studies-are-nearly-impossible>

Barkham, M. in Margison, F. (2007). Practice-based Evidence as a Complement to Evidence-based Practice: From Dichotomy to Chiasmus. V C. Freeman in M. Power (ur.), *Handbook of Evidence-based Psychotherapies: A Guide for Research and Practice* (str. 443-476). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Barth, R. P., Greeson, J. P. K., Green, R. L. Hurley, S. in Sisson, J. (2007). Outcomes for Youth Receiving Intensive In-Home Therapy or Residential Care: A Comparison Using Propensity Scores. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (4), 497-505. doi: 10.1037/0002-9432.77.4.497

Bastiaanssen, I. L. W, Delsing, M. J. M. H., Geijssen, L., Kroes, G., Veerman, J. W. in Engels, R. C. M. E. (2014). Observation of Group Care Worker-Child Interaction in Residential Youth Care: Pedagogical Interaction and Child Behavior. *Child Youth Care Forum*, 43, 227-241. doi: 10.1007/s10566-013-9231-0

Bastiaanssen, I. L. W., Kroes, G., Nijhof, K. S., Delsing, M. J. M. H., Engels, R. C. M. E. in Veerman, J. W. (2012). Measuring Group Care Worker Interventions in Residential Youth Care. *Child Youth Care Forum*, 41, 447-460. doi: 10.1007/s10566-012-9176-8

Bateman, A., Brown, D. in Pedder, J. (2000). *Introduction to psychotherapy: An outline of psychodynamic principles and practice*. London; New York, NY: Routledge.

Baumeister, R. F. in Heatherton, T. F. (2004). Self-regulation Failure: An Overview. V R. M. Kowalski in M. R. Leary (ur.), *The Interface of Social and Clinical Psychology* (str. 51-69). New York, NY; Hove: Psychology Press.

- Bečaj, J. (1988). Disocialno vedenje kot simptom socialnega okolja in njegova korekcija. V J. Gregorač (ur.), *XVI. Posvetovanje psihologov Slovenije, Radenci – 1987* (str. 9-17). Ljubljana: Društvo psihologov SR Slovenije.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Kimpara, S., Verdirame, D. in Blau, K. (2011). Coping Style. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work : Evidence-Based Responsiveness* (str. 336-353). New York, NY: Oxford University Press.
- Bohak, J. (2003). Ali psihoanaliza zdravi?. V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Kaj deluje v psihoterapiji: novejša raziskava njene uspešnosti: zbornik prispevkov / Drugi Študijski dnevi SKZP, 7-8 junij 2002, Rogla, Slovenija* (str. 12-17). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Bohak, J. (2011). Psihoanaliza in psihoanalitična psihoterapija. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 119-202). Ljubljana: IPSA.
- Burlingame, G. M., Theobald McClendon, D. in Alonso, J. (2011). Cohesion in Group Therapy. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work : Evidence-Based Responsiveness* (str. 110-131). New York, NY: Oxford University Press.
- Carr, A. (2009). *What Works with Children, Adolescents and Adults? A Review of Research on the Effectiveness of Psychotherapy*. London; New York, NY: Routledge.
- Carter, S., Cameron, F., Walton, M. in Houghton, J. (2012). Never mind what I like, its who I am that matters: an social pedagogy as a method to enhance the involvement of young people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 41, 312-319. doi: 10.1111/bld.12002
- Cerar Lotrič, M. in Rus Makovec, M. (2006). Terapevtski ukrepi v okviru sistemske (družinske) psihoterapije. V R. Korenjak in P. Praper (ur.), *Reparacija, strpnost, sprava: zbornik prispevkov / 9. Bregantovi dnevi; Portorož 2004*. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.
- Chatchart Shabat, J., Lyons, J. S. in Matrinovich, Z. (2008). Exploring the Relationships Between Conduct Disorder and Residential Treatment Outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 353-371. doi 10.1007/s10826-007-9146-1
- Clark, A. J. (2007). *Empathy in Counseling and Psychotherapy*. London; Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Clum, G. A. (2008). Self-Help Interventions: Mapping the Role of Self-Administered Treatments in Health Care. V P. L. Watkins in G. A. Clum (ur.), *Handbook of Self-Help Therapies* (str. 41-58). New York, NY; London: Taylor & Francis Group.

Conyne, R. K. in Diederich, L. T. (2014). *What Is Group Work?*. Los Angeles [etc.]: SAGE.

Cooley, M. E., Veldorale-Griffin, A., Petren, R. E. in Mullis, K. (2014). Parent-Child Interaction Therapy: A Meta-Analysis of Child Behavior Outcomes and Parent Stress. *Journal of Family Social Work*, 17, 191-208. doi: 10.1080/10522158.2014.888696

Crnkovič, M. (2004). Ali bi Kajn ubil Abla, če bi imel psihoterapevta?. V P. Praper in R. Korenjak (ur.), *Agresivnost : zbornik prispevkov / 8. Bregantovi dnevi* (str. 59-90). Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.

Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Anderson G., Beekman, A. T. in Raynolds, C. F. III. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparison [abstract]. *World Psychiatry*, 12(2), 137-148. Pridobljeno s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23737423>

Cuthbert, R., Pierre, J. St., Stewart, S. L., Cook, S., Johnson, A. M. in Leschied, A. M. (2011). Symptom Persistence in Seriously Emotionally Disordered Children: Findings of a Two-Year Follow-up after Residential Treatment. *Child Youth Care Forum*, 40, 267-280. doi: 10.1007/s10566-010-9137-z

Cvetko, H. (2003). Karakteristike in učinkovitost integrativne terapije (IT) kot psihoterapevtske metode. V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Kaj deluje v psihoterapiji: novejša raziskava njene uspešnosti: zbornik prispevkov / Drugi Študijski dnevi SKZP, 7-8 junij 2002, Rogla, Slovenija* (str. 51-57). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.

Čačinovič Vogrinčič, G., Kobal, L., Mešl, N. in Možina, M. (2005). *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani.

Čagran, B., Pšunder, M., Fošnarič, S. in Ladič, J. (2008). *Priročnik za izdelavo diplomskega dela. 3. izpopolnjena izdaja*. Maribor: Pedagoška fakulteta Univerza v Mariboru. Pridobljeno s strani: http://www.pef.um.si/content/O_fakulteti/Akti/Prirocnik_diplomsko_delo3.pdf

D'Oosterlinck, F., Goethals, I., Boekaert, E., Schuyten, G. in Maeyer, J. (2008). Implementation and Effect of Life Space Crisis Intervention in Special Schools with Residential Treatment for

Students with Emotional and Behavioral Disorders (EBD). *Psychiatric Quarterly*, 79, 65-79. doi 10.1007/s11126-007-9057-8

Daleiden, E. L., Pang, D., Roberts, D., Slavin, L. A. in Pestle, S. L. (2010). Intensive Home Based Services Within a Comprehensive System of Care for Youth. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 318-325. doi 10.1007/s10826-009-9300-z

de Vries, J. M. A. (2009). *The »Cognitive Dissonance Meme« and Psychotherapy. Inside Out*, 57. Pridobljeno s strani: <http://iahip.org/inside-out/issue-57-winter-2008/the-cognitive-dissonance-meme-and-psychotherapy>

Dietz, L. (b. d.). *The Self Help Myth: The Myth of DBT Self-help Groups*. Pridobljeno s http://www.dbtselfhelp.com/html/the_self_help_myth.html

Dular, K. (2012). Dinamika in funkcioniranje družine kot dejavnika tveganja za razvoj odvisnosti od psihoaktivnih snovi. *Socialna pedagogika*, 16 (3), 249-281.

Ellis, P. D. (2010a). *Effect Size FAQs: Research that matters, results that make sense: When are small effects important?*. Pridobljeno s <http://effectsizefaq.com/2010/05/30/when-are-small-effects-important/>

Ellis, P. D. (2010b). *Effect Size FAQs: Research that matters, results that make sense: What are some conventions for interpreting different effect sizes?*. Pridobljeno s <http://effectsizefaq.com/2010/05/30/what-are-some-conventions-for-interpreting-different-effect-sizes/>

Esser, K. (2010). *Die retrospektive Bewertung der stationären Erziehungshilfe durch ehemalige Kinder und Jugendliche – Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und Wirkungsorientierung* (doktorska disertacija). Köln: Universität zu Köln. Pridobljeno s [http://www.theeuropeanlibrary.org/tel4/record/3000039249731?query=advanced%28%28CR EATOR%2Cesser%29AND%28TITLE%2CDie+retrospektive+Bewertung+der%29%29&loc ale=sl](http://www.theeuropeanlibrary.org/tel4/record/3000039249731?query=advanced%28%28CR EATOR%2Cesser%29AND%28TITLE%2CDie+retrospektive+Bewertung+der%29%29&locale=sl)

Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsly, A. M. in Roisman, G. I. (2010). The Significance of Insecure Attachment and Disorganization in the Development of Children's Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Study. *Child Development*, 81 (2), 435-456.

- Flajs, T. (2003). Raziskave o učinkovitosti geštalt terapije. V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Kaj deluje v psihoterapiji: novejšje raziskave njene uspešnosti: zbornik prispevkov / Drugi Študijski dnevi SKZP, 7-8 junij 2002, Rogla, Slovenija* (str. 47-50). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Frank, J. (2004). American Psychotherapy in Perspective (Excerpt from Persuasion and Healing). V R. M. Kowalski in M. R. Leary (ur.), *The Interface of Social and Clinical Psychology* (str. 277-289). New York, NY; Hove: Psychology Press.
- Frankl, V. E. (1994). *Volja do smisla: Osnove in raba logoterapije*. Celje: Mohorjeva družba.
- Franzl, B. (1997). Zgodovina psihoanalize (1). *Socialna pedagogika*, 1 (2), 47-70.
- Franzl, B. (2000). Moč in nemoč psihoterapije. V P. Praper (ur.), *Moč / transfer in kontratransfer v psihoterapiji; zbornik prispevkov / 6. Bregantovi dnevi* (str. 9-27). Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L. in Diamond, G. M. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work : Evidence-Based Responsiveness* (str. 92-109). New York, NY: Oxford University Press.
- Good reads. C. G. Jung Quotes. (b. d.). Pridobljeno s strani: http://www.goodreads.com/author/quotes/38285.C_G_Jung?page=17
- Grcić, D. in Kobolt, A. (2008). Pomen neformalnega učenja za mlade z manj priložnostmi. V A. Kobolt (ur.), *UČENJE na odru življenja: Projektno delo z ranljivimi skupinami mladih* (str. 10-25). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
- Hart, S. (2011). *The Impact of Attachment*. London; New York, NY: W. W. Norton & Company, Inc.
- Harvey, S., Boer, D., Meyer, L. H. in Evans, I. M. (2009). Updating a meta-analysis of intervention research with challenging behaviour: Treatment validity and standards of practice. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34 (1), 67-80.
- Henggeler, S. W. (2012). Multisystemic Therapy: Clinical Foundations and Research Outcomes. *Psychosocial Intervention*, 21 (2), 181-193.
- Hill, G. (1998). *Psihologija: Shematski pregledi*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije.

Huefner, J. C. in Ringle, J. L. (2012). Examination of Negative Peer Contagion in a Residential Care Setting. *Journal of Child and Family Studies*, 21, 807-815. doi 10.1007/s10826-011-954-6

Huefner, J. C., Pick, R. M., Smith, G. M., Stevens, A. L. in Mason, W. A. (2015). Parental Involvement in Residential Care: Distance, Frequency of Contact, and Youth Outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 1481-1489.

Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M. in Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia [abstract]. *Journal of Affective Disorders*, 110(3), 197-206. Pridobljeno s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18456340>

Ingram, S. D., Cash, S. J., Oats, R. G., Simpson, A. in Tohmppson, R. W. (2015). Development of an evidence-informed in-home family services model for families and children at risk of abuse and neglect. *Child and Family Social Work*, 20, 139-148.

Inman, A. G. in Ladany, N. (2008). Research: The state of Field. V A. K. Hess, K. D. Hess in T. H. Hess (ur.), *Psychotherapy Supervision: Therapy, Research and Practice*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Karpf, T. (2004). *Kundenorientierte Qualitätsentwicklung in der Heimerziehung: Eine Untersuchung von Indikatoren der Qualität stationärer Jugendhilfe als Voraussetzung eines erfolgreichen Qualitätsmanagements nach Zertifizierungsverfahren wie der DIN EN ISO 9000 ff.* Stuttgart: ibidem-Verlag.

Kazdin, A. E. in Weisz, J. R. (2010). Introduction: Context, Background, and Goals. V J. R. Weisz in A. E. Kazdin (ur.), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents* (str. 3-9). New York, NY: The Guilford Press.

Kellerman, H. (ur). (1981). *Group Cohesion: Theoretical and Clinical Perspectives*. London; New York, NY: Grune & Stratton Inc.

Kiehn, E. (1997). *Socialnopedagoška oskrba otrok in mladostnikov v stanovanjskih skupinah*. Ljubljana: Samozaložba.

Klemenčič Rozman, M. M. (2015). *Sami po moč: skupine za samopomoč in podporne skupine kot vir moči*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Kobal, L. (2003). »Končno sem rekla ne«: kako vpliva miljejska psihoterapija na pomagajoče? V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Kaj deluje v psihoterapiji: novejšje raziskave njene uspešnosti: zbornik prispevkov / Drugi Študijski dnevi SKZP, 7-8 junij 2002, Rogla, Slovenija* (str. 25-34). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.

Kobolt, A. (2011). Razumevanje in odzivanje na čustvene in vedenjske težave. *Socialna pedagogika*, 15 (2), 153-173.

Kobolt, A. (2014). Research in Social Work in Slovenia: Developmental Lines in Social Pedagogy. V Hämäläinen, B. Littlechild in M. Špiláčková (ur.), *Social Work Research Across Europe: Methodological Position and Research Practice. Part I.* (str. 117-130). Ostrava: University of Ostrava, European Research Institute for Social Work.

Kradin, R. (2008). *The Placebo Response and the Power of Unconscious Healing*. New York, NY; London: Routledge.

Kramar, M. (2008). Moralnost in psihoterapevtski odnos. V B. Škodlar (ur.), *Moralnost : zbornik prispevkov / 11. Bregantovi dnevi, Rogaška Slatina, 2-8. oktobra 2008* (str. 23-34). Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.

Kranjčan, M. in Bajželj, B. (2008). Odnos – osnova za socialnopedagoško delo. V M. Krajncan, D. Zorc Maver in B. Bajželj (ur.), *Socialna pedagogika – med teorijo in prakso* (str. 55-70). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Lamovec, T. (1998). *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Langer, E. J in Abelson, R. P. (2004). A Patient by Any Other Name...: Clinician Group Differences in Labeling Bias. V R. M. Kowalski in M. R. Leary (ur.), *The Interface of Social and Clinical Psychology* (str. 216-224). New York, NY; Hove: Psychology Press.

Lehto, S. M., Tolmunen, T., Joensuu M., Saarinen, P. I., Valkonen-Korhonen, M., Vanninen, R., Ahola, P., Tiihonen J., Kuikka, J., in Lehtonen, J. (2008). Changes in midbrain serotonin transporter availability in atypically depressed subjects after one year of psychotherapy [abstract]. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32(1), 229-237. Pridobljeno s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17884269>

Leichsering, F. in Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 15-22. doi: 10.1192/bjp.bp.110.082776

Lemma, A. (2010). The Power of Relationship: A Study of Key Working as an Intervention with Traumatized Young People. *Journal of Social Work and Practice*, 24 (4), 409-427. doi: 10.1080/02650533.2010.496965

Lindsey, R. T. (1984). Informed Consent and Deception in Psychotherapy Research: An Ethical Analysis. *The Counseling Psychologist*, 12(3), 79-86. doi: 10.1177/0011000084123008

Loch, U. (2014). Prekinitev izobraževanja zaradi družinske lojalnosti? Večgeneracijska perspektiva kot profesionalni izziv v skrbi za otroke in mladostnike. *Sodobna pedagogika*, 65 = 131 (3), 42-53.

Lojk, B. in Lojk, L. (2011). Realitetna terapija. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 311-334). Ljubljana: IPSA.

Lutman, E. in Farmer, E. (2013). What Contributes to Outcomes for Neglected Children Who are Reunited with Their Parents? Findings from a Five-Year Follow-Up Study. *British Journal of Social Work*, 43, 559-578. doi: 10.1093/bjsw/ber184

Macsenaere, D. in Macsenaere, M. (2010). Wirkungorientierte Evaluation in der Eingliederungshilfe – am Beispiel des »Zentrums Beibsbheim«. V M. Macsenaere, S. Hiller, in K. Fischer (ur.), *Outcome in der Jugendhilfe gemessen* (str. 297-303). Freiburg in Breisgau: Lambertus.

Macsenaere, M. in Esser, K. (2015). *Was wirkt in der Erziehungshilfe? Wirkfaktoren in Heimerziehung und anderen Hilfearten. 2., aktualisierte Auflage*. München: Ernst Reinhardt.

Macsenaere, M., Keller, A. in Arnold, J. (2010). Effizienz-Benchmarking in der Heimerziehung. V M. Macsenaere, S. Hiller, in K. Fischer, K. (ur.), *Outcome in der Jugendhilfe gemessen* (str. 149-155). Freiburg in Breisgau: Lambertus.

Maddux, J. E. (2004). The Mythology of Psychopathology: A Social Cognitive View of Deviance, Difference, and Disorder. V R. M. Kowalski in M. R. Leary (ur.), *The Interface of Social and Clinical Psychology* (str. 240-257). New York, NY; Hove: Psychology Press.

Marmarosh, C. L., Dunton, E. C. in Amendola, C. (2014). *Groups: Fostering a Culture of Change*. Los Angeles: SAGE.

- Matjan Štuhec, P. (2010). Navezanost, razvezanost in terapevtske možnosti. V B. Škodlar (ur.), *Navezanost : zbornik prispevkov / 12. Bregantovi dnevi, [14.-17. oktober 2010]* (str. 51-66). Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.
- McGrath, C. L., Kelly, M. E., Holzheimer, P. E., Dunlop, B. W., Craighead, W. E., Franco, A. R., Craddock, R. C., Craighead, R. C. in Mayberg, H. S. (2013). Toward a neuroimaging treatment selection biomarker for major depressive disorder [abstract]. *JAMA Psychiatry*, 70(8), 821-829. Pridobljeno s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23760393>
- McNeal, R., Handwerk, M. L., Field, C. E., Roberts, M. C., Soper, S. Huefner, J. C. in Ringle, J. L. (2006). Hope as an Outcome Variable Among Youths in a Residential Care Setting. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (3), 304-311. doi: 10.1037/0002-9432.76.3.304
- Meden Klavora, V. (2011). Skupinska analiza. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 203-225). Ljubljana: IPSA.
- Milivojević, Z. (2011). Transakcijska analiza. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 381-398). Ljubljana: IPSA.
- Možina, M. (2011). Prispevek sistemske psihoterapije k evoluciji psihoterapije. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 503-536). Ljubljana: IPSA.
- Možina, M., Štajduhar, D. Kačič, M. in Šugman Bohinc, L. (2011). Sistemska psihoterapija. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 415-502). Ljubljana: IPSA.
- Müller, B. (2008). O odnosu med terapijo, pedagogiko in socialnim delom – ravnanje s časom kot profesionalna naloga. *Socialna pedagogika*, 12 (2), 125-144.
- Ninan, A., Kiter, G., Steele, M., Baker, L., Boniferno, J., Crotogino, J. Stewart, S. L. in Dourova, N. (2014). Developing a Clinical Framework for Children/Youth Residential Treatment. *Residential Treatment for Children & Youth*, 31, 284-300. doi: 10.1080/0886571X.2014.958346
- Norcross, J. C. in Lambert, M. J. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work : Evidence-Based Responsiveness* (str. 3-21). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. in Wampold, B. E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: Research Conclusion and Clinical Practices. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work : Evidence-Based Responsiveness* (str. 423-430). New York, NY: Oxford University Press.

Orte, C., Ballester, L., Oliver, J., Pascual, B. in Vives, M. (2013). Preventing Child Abuse: Result From the Application of a Positive Parenting Program. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 84, 259-263.

Pastirk, S. (2011). Vedenjsko kognitivna teorija. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 253-284). Ljubljana: IPSA.

Pečjak, L. (2011). Psihodinamska psihoterapija. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 227-252). Ljubljana: IPSA.

Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K. in Glaser, R. (2004). Disclosure of Traumas and Immune Function: Health Implications for Psychotherapy. V R. M. Kowalski in M. R. Leary (ur.), *The Interface of Social and Clinical Psychology* (str. 301-312). New York, NY; Hove: Psychology Press.

Per Høglend, M. D. (1999). Psychotherapy Research: New Findings and Implications for Training and Practice. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(4), 257-263. Pridobljeno s <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330564/>

Poljšak Škraban, O. (2007). Pojmovanja »normalnosti« procesov v družini; funkcionalnost in kompetentnost družinskega sistema. *Socialna pedagogika*, 11 (2), 189-212.

Polutta, A. (2014). *Wirkungsorientierte Transformation der Jugendhilfe: Eine neuer Modus der Professionalisierung Sozialer Arbeit?*. Wiesbaden: Springer.

Power, M. in Freeman, C. (2007). Introduction. V C. Freeman in M. Power (ur.), *Handbook of Evidence-based Psychotherapies: A Guide for Research and Practice* (str. 3-14). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Praper, P. (2002). Obrambne reakcije v strukturi kontrolnih mehanizmov. V P. Praper (ur.), *Upanje: zbornik prispevkov / 7. Bregantovi dnevi* (str. 215-226). Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.

Praper, P. (2004). Terapevtska delovna zaveza kot sestavni del terapevtskega odnosa. V P. Praper in R. Korenjak (ur.), *Agresivnost : zbornik prispevkov / 8. Bregantovi dnevi* (str. 281-302). Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.

Praper, P. (2008). Razvojni deficiti moralnosti kot dela kontrolnih funkcij. V B. Škodlar (ur.), *Moralnost : zbornik prispevkov / 11. Bregantovi dnevi, Rogaška Slatina, 2-8. oktobra 2008* (str. 90-101). Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.

Praper, P. (2010). Navezanost, mentalizacija in psihoterapija. V B. Škodlar (ur.), *Navezanost : zbornik prispevkov / 12. Bregantovi dnevi, [14.-17. oktober 2010]* (str. 19-38). Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.

Praper, P. (2011). Psihoanaliza, psihoterapija in znanost. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 97-116). Ljubljana: IPSA.

Pritz, A. (2003a). Uvod v globalizirano psihoterapijo. V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Kaj deluje v psihoterapiji: novejša raziskave njene uspešnosti: zbornik prispevkov / Drugi Študijski dnevi SKZP, 7-8 junij 2002, Rogla, Slovenija* (str. 9-11). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.

Pritz, A. (2003b). Kaj deluje v psihoterapiji. V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Kaj deluje v psihoterapiji: novejša raziskave njene uspešnosti: zbornik prispevkov / Drugi Študijski dnevi SKZP, 7-8 junij 2002, Rogla, Slovenija* (str. 6-8). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.

Rhoades, K. A. (2008). Children's Responses to Interparental Conflict: A Meta-Analysis of Their Associations With Child Adjustment. *Child Development, 79* (6), 1942-1956.

Ringle, J. L. Thompson, R. W. in Way, M. (2015). Reunifying Families After an Out-of-Home Residential Stay: Evaluation of Blended Intervention. *Journal of Child and Family Studies, 24*, 2079-2087. doi 10.1007/s10826-014-0009-2

Robst, J., Armstrong, M. in Dollard, N. (2011). Comparing Outcomes for Youth Served in Treatment Foster Care and Treatment Group Care. *Journal of Child and Family Studies, 20*, 696-705. doi 10.1007/s10826-011-9447-2

Robst, J., Rohrer, L., Armstrong, M. Dollard, N., Sharroch, P., Batsche, C. in Reader, S. (2013). Family Involvement and Changes in Child Behaviour During Residential Mental Health Treatment. *Child Youth Care Forum, 42*, 225-238. doi 10.1007/s10566-013-9201-6

Rodin, M. (2006). Uloga poludnevnega tretmana CZSS Varaždin u prevenciji i tretmanu djece i mladih s poremećajima u ponašanju. V Z. Poldrugač. D., Marušić in A. Žižak (ur.), *Poludnevni tretmani djece i mladeži s poremećajima u ponašanju* (str. 51-62). Zagreb: Edukacijski – rehabilitacijski fakultet.

Rosenhan, D. L. (2004). On Being Sane in Insane Places. V R. M. Kowalski in M. R. Leary (ur.), *The Interface of Social and Clinical Psychology* (str. 201-215). New York, NY; Hove: Psychology Press.

Rosenthal, J. A. in Villegas, S. (2011). Placement Stability for Children Adjudicated as Dependent: A Survival Analysis of State Database. *Journal of Public Child Welfare*, 5, 67-86. doi: 10.1080/15548732.2011.542725

Roth, A. in Fonagy, P. (2005). *What works for whom? : a critical review of psychotherapy research*. New York, NY; London: The Guilford press.

Rus Makovec, M. (1996). Simptom – sporočilo družine. V Z Čebašek-Travnik in M. Rus-Makovec (ur.), *Delo z družino : zbornik prispevkov s seminarja Delo z družino, Ljubljana, 1. in 2. marec 1996* (str. 15-23). Ljubljana: Slovensko društvo za družinsko terapijo : Psihiatrična klinika.

Rus Makovec, M. (2002). Konstrukt upanja. V P. Praper (ur.), *Upanje: zbornik prispevkov / 7. Bregantovi dnevi* (str. 43-50). Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.

Rus Makovec, M. (2004). Terapevtska delovna zaveza (alianza) v sistemski družinski psihoterapiji. V P. Praper in R. Korenjak (ur.), *Agresivnost : zbornik prispevkov / 8. Bregantovi dnevi* (str. 363-372). Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.

Rus Makovec, M. (2009). *Družinska terapija*. Pridobljeno s strani: <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/72ecf1867723e824b56b1294fff5a9b0.pdf>

Sanjay Kumar Rao, N. in Turkington, D. (2007). Evidence-based Psychological Interventions in Psychosis. V C. Freeman in M. Power (ur.), *Handbook of Evidence-based Psychotherapies: A Guide for Research and Practice* (str. 287-299). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Schmidt, M., Schneider, K., Hohm, E., Pickartz, A., Macsenaere, M., Petermann, F., Flosdorf, P., Hölz, H. in Knab, E. (2003). *Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe*. Stuttgart: Kohlhammer.

Scott, J. (2007). Bipolar Disorders. V C. Freeman in M. Power (ur.), *Handbook of Evidence-based Psychotherapies: A Guide for Research and Practice* (str. 301-313). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

Smith, T. B., Domenech Rodriguez, M. in Bernal, G. (2011). Culture. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work : Evidence-Based Responsiveness* (str. 316-335). New York, NY: Oxford University Press.

Soenen, B., Volckaert, A., D'Oosterlinck, F. in Broekaert, E. (2014). The Implementation of Life Space Crisis Intervention in Residential Care and Special Education for Children and Adolescents with EBD: An Effect Study. *Psychiatric Quarterly*, 85, 267-284. doi 10.1007/s11126-014-9288-4

Sperry, L. (2010). *Highly Effective Therapy: Developing Clinical Competencies in Counseling and Psychotherapy*. New York, NY; London: Routledge.

Suter, J. C. in Bruns, E. J. (2009). Effectiveness of the Wraparound Process for Children with Emotional and Behavioral Disorders: A Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 336-351. doi 10.1007/s10567-009-0059-y

Swann, W. B. Jr. (2004). The Trouble With Change: Self-Verification and Allegiance to the Self. V R. M. Kowalski in M. R. Leary (ur.), *The Interface of Social and Clinical Psychology* (str. 349-356). New York, NY; Hove: Psychology Press.

Swift, J. K., Callahan, J. L. in Vollmer, B. M. (2011). Preferences. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work : Evidence-Based Responsiveness* (str. 301-315). New York, NY: Oxford University Press.

Škodlar, B. in Matjan Štuhec, P. (2016). *Čas in trenutek*. (Zloženka: 15. Bregantovi dnevi). Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije. Pridobljeno s strani: [http://www.zpsi.si/files/datoteke/izobrazevanja/ZLOENKA_ZPSI -
_Bregantovi dnevi 2016 V1 2.pdf](http://www.zpsi.si/files/datoteke/izobrazevanja/ZLOENKA_ZPSI_-_Bregantovi_dnevi_2016_V1_2.pdf)

Šugman Bohinc, L. in Kobal, L. (2003). Prikaz evalvacijskih študij psihoterapije v Sloveniji. V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Kaj deluje v psihoterapiji: novejša raziskava njene uspešnosti: zbornik prispevkov / Drugi Študijski dnevi SKZP, 7-8 junij 2002, Rogla, Slovenija* (str. 18-24). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.

The latin dictionary: Where latin meets english: Pati. (2010). Pridobljeno s <http://latindictionary.wikidot.com/verb:pati>

Timulak, L. in Creaner, M. (2014). Qualitative meta-analysis of outcomes of person-centred experimental psychotherapies. V M. Cooper, J. C. Watson in D. Helledampf (ur.), *Person-*

centred and Experiential Psychotherapies Work (str. 66-91). Ross-on-Wye. Pridobljeno s https://www.researchgate.net/publication/236945748_Qualitative_meta-analysis_of_outcomes_of_person-centredexperiential_therapies

Tomori, M. (1999). Uvod. V M. Tomori in S. Zihelr (ur.), *Psihijatrija* (str. 5-9). Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani.

Trampuž, D. in Brecej-Kobe, M. (2010). Usodna navezanost in družinski sistem. V B. Škodlar (ur.), *Navezanost : zbornik prispevkov / 12. Bregantovi dnevi, [14.-17. oktober 2010]* (str. 39-50). Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.

Ungar, M., Liebenberg, L. in Ikeda, J. (2014). Young People with Complex Needs: Designing Coordinated Intervention to Promote Resilience across Child Welfare, Juvenile Corrections, Mental Health and Education Services. *British Journal of Social Work, 44*, 675-693. doi: 10.1093/bjsw/bcs147

Van Andel, H. V. H., Grietens, H., Strijker, J., Van der Gaag, R. J. in Knorth, E. J. (2014). Searching for effective interventions for foster children under stress: a meta-analysis. *Child and Family Social Work, 19*, 149-155.

van der Gaag, M., Nieman, D. in van den Berg, D. (2013). *CBT for Those at Risk of a First Episode Psychosis: Evidence-based psychotherapy for people with an 'At Risk Mental State'*. London; New York, NY: Routledge.

Vec, T. (1992). Sistemsko – psihodinamični pogled na etiologijo disocialnosti. *Psihološka obzorja, 1* (1), 84-86.

Vec, T. (2008). Skupine in skupinska dinamika. V M. Krajncan, D. Zorc Maver in B. Bajželj (ur.), *Socialna pedagogika – med teorijo in prakso*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Vec, T. (2011). Moteče vedenje: ozadja in osnovni dejavniki, ki nanj vplivajo. *Socialna pedagogika, 15* (2), 125-152.

Verbič, M. (1997). Procesi identifikacije v družini. *Socialna pedagogika, 1* (4), 85-103.

Wachtel, P. L. (2011). *Therapeutic communication: Knowing What to Say When*. London; New York, NY: The Guilford Press.

Waltman, S. H., Hatrick, H. in Tasker, T. E. (2012). Designing, Implementing, and Evaluating a Group Therapy for Underserved Populations. *Residential Treatment for Children & Youth*, 29, 305-323. doi: 10.1080/0886571X.2012.725374

Williams, T. G. (1996). Substance Abuse and Addictive Personality Disorders. V F. W. Kaslow (ur.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns* (448-465). New York: Wiley.

Wolfe, C. in Wittenborn, A. K. (2012). Resident and Counselor Relationships in Court-Affiliated Residential Treatment Setting for Adolescents: Role of Attachment. *Journal of Family Psychotherapy*, 23, 255-272. doi: 10.1080/08975353.2012.735587

Worthington, E. L. Jr., Hook, J. N., Davis, D. E. in McDaniel, M. A. (2011). Religion and Spirituality. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work : Evidence-Based Responsiveness* (str. 402-422). New York, NY: Oxford University Press.

World Health Organization: 10 facts on mental health: Fact 3. (2014). Pridobljeno s http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/index2.html

World Health Organization: Mental health: a state of well-being. (2014). Pridobljeno s http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

Ziherl, S. (1999). Psihoterapija. V M. Tomori in S. Ziherl (ur.), *Psihiatrija* (str. 381-401). Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani.

Žorž, B. (2011). Gestalt terapija. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 359-380). Ljubljana: IPSA.

Žunter Nagy, A. M. (2000). Transfer in kontratransfer v psihoterapiji oseb s psihozo. V P. Praper (ur.), *Moč / transfer in kontratransfer v psihoterapiji; zbornik prispevkov / 6. Bregantovi dnevi* (str. 251-259). Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.

Žvelc, M. (2011). Kaj je psihoterapija?. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 1-9). Ljubljana: IPSA.