Andreja Vukmir Brenčič[1]

Vpeljava relacijske družinske terapije v Strokovni center Planina

Integration of Relational Family Therapy in the Planina Residential Centre

Povzetek

Raziskava preučuje proces uvajanja relacijske družinske terapije (RDT) v Strokovni center Planina ter analizira organizacijske, procesne in odnosne dejavnike, ki omogočajo učinkovito vključevanje družinske terapije v obravnavo otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi motnjami (ČVM). Številne študije poudarjajo, da je sodelovanje staršev eden ključnih dejavnikov dolgoročne spremembe otrokovega vedenja ter njihove čustvene stabilizacije. Družina predstavlja primarni prostor oblikovanja otrokove osebnostne in čustvene strukture ter odnosnih vzorcev, zato dolgotrajnejše spremembe niso mogoče brez vključitve staršev v terapevtski proces. Implementacija družinske terapije v zavodsko okolje je tako ne le strokovno utemeljena, temveč tudi nujna, če želimo spodbujati reintegracijo otrok v primarno okolje. Kljub tem ugotovitvam družinska terapija v slovenskih strokovnih centrih ni sistemsko umeščena, čeprav zakonodaja predvideva sodelovanje družine. To pomeni, da otroci pogosto ostajajo brez nujno potrebne povezave med individualno obravnavo in družinskim okoljem, kamor se otrok po namestitvi vrača. Razvoj terapevtskih praks, ki vključujejo tako sistemsko kot odnosno perspektivo, je zato ključnega pomena. Raziskava temelji na RDT in povezuje sistemsko, interpersonalno in intrapsihično raven doživljanja ter regulacijo afekta razume kot osrednji mehanizem terapevtske spremembe. Model omogoča razumevanje ponavljajočih se odnosnih vzorcev ter transformacijo družinske dinamike, kar je bistveno pri delu z otroki s ČVM. Namen raziskave je bil preučiti, kako je mogoče RDT postopno in celostno integrirati v zavodsko obravnavo otrok s ČVM ter katere pogoje je treba zagotoviti, da terapija postane trajen in komplementaren del multidisciplinarne prakse. Raziskava zapolnjuje pomembno vrzel v slovenskem prostoru, kjer primanjkuje

1 Andreja Vukmir Brenčič, prof., specialistka zakonske in družinske terapije; Strokovni center Planina; andreja.vukmir@sc-planina.si

študij, ki bi obravnavale vključevanje družinske terapije v zavodska okolja, ter ponuja smernice za razvoj integriranih, multisistemskih pristopov.

Ključne besede: relacijska družinska terapija, akcijsko raziskovanje, Strokovni center Planina, otroci in mladostniki s čustvenimi in vedenjskimi motnjami, multisistemski pristopi

Abstract

The study examines the process of introducing relational family therapy (RFT) at the Planina Residential Care Center and analyzes the organizational, procedural, and relational factors that enable the effective integration of family therapy into the treatment of children and adolescents with emotional and behavioral disorders (EBD). Numerous studies emphasize that parental involvement is one of the key factors in long-term changes in children's behavior and their emotional stabilization. The family is the primary environment for the formation of a child's personality and emotional structure and relationship patterns, so long-term change is not possible without the involvement of parents in the therapeutic process. The implementation of family therapy in an institutional setting is therefore not only professionally justified but also necessary if we want to promote the reintegration of children into their primary environment. Despite these findings, family therapy is not systematically integrated into Slovenian professional centers, even though the law provides for family involvement. This means that children often lack the necessary connection between individual treatment and the family environment to which the child returns after placement. The development of therapeutic practices that incorporate both systemic and relational perspectives is therefore crucial. The research is based on RFT and connects the systemic, interpersonal, and intrapsychic levels of experience, understanding affect regulation as the central mechanism of therapeutic change. The model enables an understanding of recurring relational patterns and the transformation of family dynamics, which is essential when working with children with EBD. The purpose of the research was to examine how RFT can be gradually and comprehensively integrated into the institutional treatment of children with EBD and what conditions need to be ensured for therapy to become a permanent and complementary part of multidisciplinary practice. The research fills an important gap in Slovenia, where there is a lack of studies dealing with the integration of family therapy into institutional settings, and offers guidelines for the development of integrated, multisystemic approaches.

Keywords: Relational Family Therapy, action research, residential care, children and adolescents with emotional and behavioural disorders, multisystemic approaches

Extended abstract

1. Introduction

Children and adolescents with emotional and behavioural disorders (EBD) represent one of the most vulnerable groups in educational and social care systems. Numerous studies confirm that parental involvement during residential placement is a key factor in reducing symptom intensity and promoting emotional and behavioural stabilisation (Haine-Schlagel & Walsh, 2015; Lindsey et al., 2014; McLendon et al., 2012; Merritts, 2016; Pellecchia et al., 2018; Pereira & Barros, 2019; Robst et al., 2013). Despite this, many families face complex structural barriers, including chronic stress, multigenerational trauma, and psychosocial burdens that hinder sustained collaboration (Becker et al., 2021).

Family serves as the primary context for the formation of the child's emotional and personality structure (Kompan Erzar, 2006), and children's symptoms often reflect unresolved relational patterns within the family (Buchbinder & Bareqet-Moshe, 2011). Modern approaches emphasise the necessity of involving families in the treatment of children with EBD, particularly in residential settings (McConnell & Taglione, 2015).

In Slovenia, specialist residential centres operate under the legal framework of the Act on the Treatment of Children with Emotional and Behavioural Disorders (2020), which mandates multidisciplinary support and parental cooperation. However, the law does not define concrete therapeutic standards or approaches, leading to heterogeneous and often minimal family involvement. This highlights a gap between legislative expectations and actual practice.

The present study investigates how Relational Family Therapy (RFT), a psychobiological and relationally oriented therapeutic model (Gostečnik, 2011, 2021), can be introduced into a residential institution and what organisational, relational, and professional conditions are necessary for its stable integration.

2. Residential care for children and adolescents with emotional and behavioural disorders

Specialized centres in Slovenia accommodate children and adolescents with EBD, including internalizing problems (emotional difficulties), externalizing problems (behavioural difficulties), or combined disorders (Kobolt, 2011).

The Act on the Treatment of Children with Emotional and Behavioural Disorders (2020) redefined the role of these centres, emphasizing holistic care, including educational, psychosocial, and therapeutic goals, and formal

cooperation with families (Official Gazette RS, No. 200/20). However, many children placed in these centres come from multi-problem families with overlapping psychosocial difficulties (Becker et al., 2021; Bouwkamp & Bouwkamp, 2020; Ingoldsby, 2010). Research highlights repeated barriers to parental involvement: mistrust, burnout, low mental health literacy, and previous negative experiences with institutions (Pellecchia et al., 2018; Pereira & Barros, 2019). Despite legal emphasis on cooperation, Slovenian centres mostly rely on informational or advisory forms of parental work (Kukovič & Kukovič, 2016; Pajnik, 2019). Structured family therapy is rarely available, leaving a critical gap between institutional treatment and family reintegration.

2.1. History of Family Involvement in Residential Care

Historically, residential treatment excluded parents, who were often seen as harmful influences. Only from the 1970s onward did studies confirm the benefits of parental inclusion (Merritts, 2016). This shift led to family-centered models in the 1980s, recognizing parents as partners. Internationally, various models such as Multisystemic Therapy (MST), Functional Family Therapy (FFT), and Multidimensional Family Therapy (MDFT) were implemented (Merritts, 2016).

In Slovenia, however, systemic family therapy in residential centres is still underdeveloped, despite growing recognition of its importance (Kukovič & Kukovič, 2016; Pajnik, 2019).

2.2. Relational Family Therapy

RFT conceptualises individual and family functioning through three interrelated levels: systemic, interpersonal, and intrapsychic. Early relational experiences, basic affects, and regulatory mechanisms are continuously reenacted across these levels and shape both the child's internal structure and the family's relational dynamics (Gostečnik, 2011). In children with EBD, difficulties in affect regulation are central (Ogundele, 2018). Research emphasises the importance of early attachment patterns and the family environment in the development of emotional and behavioural difficulties (Kobolt, 2011; Janjušević, 2018; Žibert, 2017). RFT focuses on the identification of dysregulated patterns, affective awareness, and the introduction of new regulatory experiences. Through an emotionally attuned, active therapeutic stance, the therapist provides co-regulation and facilitates the transformation of dysfunctional relational dynamics.

3. Methodology

The study adopts an action research design (Koshy et al., 2011; Mesec, 1994;), enabling iterative cycles of planning, action, and evaluation. Research took place in the Strokovni Centre Planina from 2020 to 2024 and involved:

- 28–35 children and adolescents with EBD,
- parents and caregivers with varying participation levels,
- 15 professional staff,
- external partners, especially the Centre for Social Work.

Data sources included: institutional documentation, field notes, observations, research diary, interviews with parents and children, focus groups, supervision records, and case studies. Quantitative data were analysed descriptively; qualitative data were thematically coded with staff and supervisor involvement.

4. Results

4.1. Implementation into the system

The process of integrating RFT unfolded in four phases:

1. Isolation – The therapist worked as an external collaborator, with minimal cooperation.
2. Integration – Participation in admissions, evaluations, and staff meetings.
3. Professional alignment – Conflicts with other professionals due to differing paradigms; some perceived therapy as interfering or expected it to enforce discipline.
4. Consolidation – Family therapy became recognised as a complementary part of multidisciplinary practice, with the therapist fully integrated into teams.

4.2. Relational Family Therapy in practice

RFT was adapted to the needs of vulnerable families. Many parents perceived therapy as externally imposed and joined reluctantly, requiring a sensitive therapeutic approach focused on building trust and a relationship.

4.3. Formulation of the therapeutic process

The therapeutic process included:

- Initial involvement (participation in admissions, informal meetings).
- Identification of problems and preliminary goals.
- Establishing a therapeutic relationship and a safe space.
- Family assessments (parents, child, whole family).
- Feedback, reframing of problems, and goal-setting.

- Structured therapy: individual, parental, and family sessions.
- Parallel psychoeducational programmes and parent groups.

4.4. Socialization of the therapist and establishing safety

Therapist socialisation involved two levels:

- Personal–professional development, requiring supervision to manage countertransference reactions (e.g. anger, helplessness, disgust, and despair).
- Institutional socialisation, requiring adaptation to organisational norms, communication patterns, and role expectations while maintaining therapeutic integrity.

This dual process aligns with Applegate & Shapiro's (2005) concept of the *multisystemic matrix of collaboration*, which emphasises meta-positioning across paradigms.

5. Discussion

Findings confirm international research that effective residential care requires multisystemic family involvement (McConnell & Taglione, 2015; Merritts, 2016; Straus, 1999; Tang et al., 2024). The study demonstrates that RFT can bridge the individual, family, and institutional levels by integrating systemic, relational, and psychobiological principles.

Seven factors of successful integration emerged:

1. formal inclusion of RFT in individualised plans;
2. participation in multidisciplinary teams;
3. cooperation with external institutions;
4. dissemination of a systemic understanding;
5. flexible organisation of therapy sessions;
6. institutionalisation rather than project-based implementation;
7. collective emotional regulation of staff through supervision and reflection.

5.1. Limitations of the study

Key limitations of the study include:

- lack of comparable Slovenian research on family therapy in residential settings,
- focus on one institution,
- absence of long-term outcome measures,
- risk of therapist isolation and staff shortages,
- paradigm resistance among professional groups.

5.2. Recommendations for system development

The study proposes:

- institutionalising RFT in specialist centres,
- establishing therapeutic teams (rather than single therapists),
- standardising protocols of family involvement and evaluation,
- increasing accessibility through flexible formats (centre, home, and online),
- strengthening cooperation with CSD, courts, schools, and health institutions,
- introducing evaluation tools for affect regulation and family functioning,
- supporting reintegration processes with structured family therapy, ensuring continuous supervision and training of therapists.

6. Conclusion

RFT enhances institutional work by building a bridge between the residential setting and the family system—an essential condition for sustainable change and reintegration. The findings emphasise the need for systemic recognition of family therapy within Slovenian specialist centres, particularly RFT, which is not only a therapeutic method but also a structural necessity for the sustainable rehabilitation of children with EBD in Slovenia.

1. Uvod

Otroci in mladostniki s čustvenimi in vedenjskimi motnjami (ČVM) predstavljajo eno najbolj ranljivih skupin v sistemu vzgoje, izobraževanja in socialnovarstvenih storitev. Raziskave dosledno potrjujejo, da je kakovost sodelovanja staršev v času namestitve in bivanja otrok v zavodu eden ključnih dejavnikov pri zmanjševanju simptomatike ter dolgoročni stabilizaciji otrokovega vedenja (Haine-Schlagel in Walsh, 2015; Lindsey idr., 2014; McLendon idr., 2012; Merritts, 2016; Pellecchia idr., 2018; Pereira in Barros, 2019; Tang idr., 2024). V procesu pomoči otrokom so biološki starši ali skrbniki lahko njihov najpomembnejši vir podpore. Kljub temu je vključevanje staršev v praksi pogosto oteženo zaradi kompleksnih družinskih okoliščin, socialnih stisk in večplastnih psihosocialnih obremenitev (Becker idr., 2021; Herbell idr., 2024).

Družina je pojmovana kot temeljna struktura, v kateri in po kateri nastaja človekov jaz. Otrok se razvija v odnosih s starši in med starši, saj je nevrološka struktura človekovih možganov zaznamovana z odnosi do te mere, da se zunaj teh odnosov ne more razvijati ne na kognitivni ne na emocionalni ravni. Družina je, ne glede na njeno konkretno podobo, najkompleksnejši in edinstveni prostor, v katerem se nahaja in razvija človeška psihična struktura (Kompan Erzar, 2006; Delahooke, 2022). Otrokovega vedenja ne moremo razumeti ločeno od družinskega sistema. Raziskave kažejo, da se simptomi pri otrocih pogosto ohranjajo zaradi nerešenih odnosnih vzorcev, ki jih otrok ponavlja v novih okoljih, tudi v strokovnih centrih (Alves, 2024; Buchbinder in Bareqet-Moshe, 2011). Zaradi tega sodobni pristopi v obravnavi otrok s ČVM poudarjajo nujnost vključevanja družine (Broekhoven idr., 2023; McConnell in Taglione, 2016; McNamara, 2020;).

Čeprav znanstvena literatura dokazuje učinkovitost družinskih terapevtskih modelov v vzgojnih zavodih (Merritts, 2016), v slovenskih strokovnih centrih družinska terapija še ni sistemsko umeščena. Zakonodaja (ZOOMTVI, 2020) sicer predvideva sodelovanje družine, vendar ne določa metod in pristopov, ki naj bi bili uporabljeni, kar v praksi vodi do neenotnih pristopov in pogosto minimalnega vključevanja staršev.

V tem kontekstu postaja ključno vprašanje, kako v institucionalno prakso strokovnega centra vključiti terapevtski model, ki omogoča razumevanje in spreminjanje odnosnih vzorcev, povezanih z otrokovimi težavami. Relacijska družinska terapija (RDT) je eden od sodobnih modelov, ki integrira sistemsko, psihobiološko in medosebno perspektivo ter poudarja regulacijo afekta kot jedrni mehanizem spremembe.

Namen raziskave je bil zato preučiti, kako RDT uvajati v strokovni center ter katere organizacijske, strokovne in odnosne dejavnike je treba razviti, da se lahko vzpostavi trajna in učinkovita družinska obravnava otrok s ČVM. Poseben poudarek je bil na prepoznavanju faz uvajanja RDT ter analizi izkušenj otrok, staršev in strokovnih delavcev.

1.1. Strokovni centri

Strokovni centri predstavljajo osrednjo institucijo za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s ČVM. Pri opravljanju nalog so vključeni tudi strokovnjaki s področij pedopsihiatrije, zdravstvene nege, psihoterapije, mediacije, obravnave odvisnosti in po potrebi tudi drugi strokovnjaki. V Sloveniji imamo več strokovnih centrov. V osrednjeslovenski in gorenjski regiji delujejo Strokovni center Logatec, Kranj in center Frana Milčinskega Smlednik. V osrednjeslovenski, jugovzhodni, zasavski in spodnjeposavski regiji delujejo Strokovni center Višnja Gora, Malči Beličeve in Mladinski dom Jarše. V podravski, pomurski, savinjski in koroški regiji delujejo Strokovni center Mladinski dom Maribor in enota Dom pri Osnovni šoli Veržej. V goriški, obalno - kraški in primorsko - notranjski regiji pa deluje Strokovni center Planina.

V strokovnih centrih so nameščeni otroci in mladostniki s čustvenimi in vedenjskimi težavami/motnjami (v nadaljevanju ČVT/M), ki so lahko pretežno internalizirane (čustvene težave), eksternalizirane (vedenjske) in kombinirane (čustvene in vedenjske težave), ki pa se pogosto kombinirajo z drugimi težavami, ne le psihološkimi in biološkimi, temveč tudi socialnimi in učnimi (Kobolt, 2011). Vzroki za patologijo otrok so različni in običajno zelo kompleksni. Vedno pa jih – poleg drugih vzrokov – spremljajo motnje v afektivnih vzorcih interakcije skrbnik-otrok (Trevarthen in Aitken, 2001).

Problematiko O/M s ČVT/M obravnavata dva zakona. Prvi je Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP, 2011/2012). Drugi je Zakon o obravnavi otrok s čustvenimi in vedenjskimi motnjami (ZOOMTVI, 2020), ki vzgojne zavode umešča v prenovljen koncept strokovnih centrov. Zakon je bil sprejet 17. decembra 2020 in na novo ureja in dopolnjuje delovanje vzgojnih zavodov, ki so se zdaj preimenovali v strokovne centre. Ti naj bi zagotavljali celostno in multidisciplinarno obravnavo ter ustvarjali pogoje za doseganje vzgojnih, izobraževalnih, preventivnih in psihosocialnih ciljev. Prav tako zakon jasno izpostavlja nujnost sodelovanja s starši in drugimi pomembnimi osebami v otrokovi mreži. Vendar zakon ne določa metod, pristopov ali standardov, ki naj bi jih strokovni centri uporabljali pri vključevanju staršev, kar v praksi vodi do izrazite heterogenosti pristopov.

Otroci, nameščeni izven doma, prihajajo iz družin z veliko težavami, zato ima večina otrok težaven odnos z družino ali njenimi posameznimi člani (Alves, 2024; Becker idr., 2021; Ingoldsby, 2010;). Gre za kompleksen socialni,

družinski in osebni problem (Buchbinder in Bareqet-Moshe, 2011; Herbell idr., 2024) ter za visoko tveganje starševske nemoči in celo zanemarjanja. Številne družine se soočajo z večplastnimi in dolgotrajnimi težavami, ki se medsebojno krepijo in onemogočajo stabilno sodelovanje v terapevtskih procesih. Pomoč družini je pogosto razpršena med različne službe in strokovnjake, kot so Centri za socialno delo, policija, sodišča, pedopsihiatri itd., kar še dodatno otežuje vzpostavljanje usklajenega pristopa (Bouwkamp in Bouwkamp, 2020).

V mednarodnih raziskavah so kot glavni izzivi vključevanja staršev v namestitvene programe prepoznani (Becker idr., 2021; McIlwaine idr., 2020; Pellecchia idr., 2018; Pereira in Barros, 2019;): nezaupanje do ustanov, izčrpanost, nizke kompetence staršev, duševne težave, pomanjkanje razumevanja terapevtskih procesov, izkušnje neuspešnih intervencij ter prepričanje, da pomoč potrebujejo samo otroci. Sodelovanje staršev je tako pogosto prekinjeno, občasno ali minimalno, kar zmanjšuje učinkovitost terapevtske obravnave otrok in otežuje njihovo reintegracijo v domače okolje (McIlwaine idr., 2020). Tudi v slovenskem prostoru avtorici (Kukovič in Kukovič, 2016; Pajnik, 2020) poudarjata pomen partnerskega odnosa med strokovnim centrom in družino, pomembnost kontinuirane komunikacije ter sistematične podpore staršem. Kljub temu v praksi prevladujejo predvsem informativne in svetovalne oblike dela, medtem ko strukturirane terapevtske oblike dela z njimi ni.

1.2. Vključevanje družin v psihosocialno obravnavo otrok in mladostnikov v zavodih

Obravnava otrok in mladostnikov v vzgojnih zavodih ni vedno uporabljala družinskega sistemskega in relacijskega pristopa (Merritts, 2016). Sodobni pristopi v obravnavi otrok in mladostnikov s ČVM poudarjajo, da je družina ključni sistem, ki bistveno oblikuje otrokovo vedenje, čustveno regulacijo ter potek njegovega okrevanja (Haine-Schlagel in Walsh, 2015; Lindsey idr., 2014; McLendon idr., 2012). Zato se družina vse pogosteje obravnava kot osrednji partner strokovnih institucij in ne kot zunanji ali dodatni element obravnave. Družinski terapevtski modeli, ki se najpogosteje uporabljajo in dokazujejo določeno učinkovitost v okoljih vzgojnih zavodov (Merritts, 2016) so multisistemski pristopi, kot so več družinska terapevtska skupina (*Multiple-Family Group Intervetion – MFGI*), na družino usmerjena strukturna terapija (*Family-Directed Structural Therapy – FDST)*, narativna družinska terapija *(Narrative Family Therapy)*, kratka strateška družinska terapija *(Brief Strategic Family Therapy – BSFT)*, multisistemska terapija (*Multi Systemic Therapy – MST*), funkcionalna družinska terapija (*Functional Family Therapy – FFT*), večdimenzionalna družinska terapija (*Multidimensional Family Therapy – MDFT*), večdimenzionalna obravnava v rejništvu (*Multidimensional treatment foster care – MTFC)* ter pristop ponovnega odnosnega udejanjanja v sistemu (*The Relational Re-enactment System Approach – REStArT)*.

Kot je že predhodno omenjeno je vključevanje staršev v programe vzgojnih zavodov pogosto izziv (Pellecchia idr., 2018; Pereira in Barros, 2019). Strokovni centri se tako soočajo z nalogo, kako ustvariti pogoje, ki bodo staršem omogočali ne le dostopnost, temveč tudi kontinuiteto sodelovanja. Rezultati raziskav kažejo, da so učinkoviti programi tisti, ki starše obravnavajo kot enakovredne partnerje, ki sistematično zagotavljajo podporo staršem in ki prepoznajo, da je sprememba otroka neločljivo povezana s spremembami v družinskem sistemu (Merritts, 2016).

Obstaja torej razkorak med znanstvenimi smernicami in dejansko prakso. To kaže tudi na osrednji izziv slovenskih strokovnih centrov: kako uvesti terapevtski model, ki bi omogočal stabilno, smiselno in strokovno vključevanje družine v obravnavo otrok s ČVM. Predstavljena raziskava preučuje uvajanje relacijske družinske terapije (RDT), modela, ki združuje psihobiološko, sistemsko in odnosno perspektivo ter predstavlja enega od obetavnih pristopov k integraciji družinske terapije v institucionalno prakso.

1.3. Vpliv relacijske družinske terapije v družinah s čustvenimi in vedenjskimi težavami otrok in mladostnikov

Relacijska družinska terapija (RDT), ki jo je razvil dddr. Christian Gostečnik, je psihobiološki terapevtski model za obravnavo družin in parov. Temelji na predpostavki, da se zgodnje izkušnje, temeljni afekti ter regulativni in disregulativni mehanizmi stalno obnavljajo na treh ravneh doživljanja – sistemski, interpersonalni in intrapsihični, kar neposredno vpliva na psihično organizacijo posameznika in dinamiko družinskega sistema (Gostečnik, 2011; 2021). Ker se otrok razvojno formira prav v okviru teh relacijskih struktur, moteni vzorci afektivne regulacije pomembno prispevajo k razvoju ČVM.

Vzroki za ČVM otrok so kompleksni in vključujejo biološke, psihološke in socialne dejavnike (Ogundele, 2018). Vendar številne raziskave poudarjajo ključno vlogo zgodnjih odnosov starš–otrok in družinskega okolja kot pomembnega dejavnika tveganja (Buchbinder in Bareqet-Moshe, 2011; Janjušević, 2018; Kobolt, 2011; Žibert, 2017). Zato RDT predstavlja ustrezen terapevtski pristop pri delu z družinami, kjer so otrokove ČVM izraz motene relacijske dinamike.

Osrednja intervencija RDT je regulacija afekta (Gostečnik, 2017). Terapevtski proces se usmerja v prepoznavanje in spreminjanje disregulativnih odzivov, ki se pojavljajo v interakcijah med družinskimi člani, ter v vzpostavljanje novega, varnejšega regulacijskega okvira. Vloga terapevta je pri tem izrazito aktivna in koregulativna: terapevt s svojo prisotnostjo ustvarja čustveno varno okolje,

pomaga družini pri prepoznavanju nezavednih relacijskih sporočil ter vodi proces tako, da se postopoma vzpostavljajo bolj funkcionalni načini medsebojnega odzivanja.

Intervencije RDT potekajo v treh temeljnih fazah, opredeljenih v modelu čustvene regulacije: identifikacija, afektivno zavedanje in implementacija. Te faze se odvijajo na vseh treh ravneh doživljanja – sistemski, medosebni in intrapsihični (Poljak Lukek, 2024; Poljak Lukek in Valenta, 2022). Terapija tako obravnava hkrati otrokovo notranje doživljanje, dinamiko odnosov ter širše družinsko delovanje.

Terapevtska obravnava v RDT poteka skozi postopno prepoznavanje vzorcev, ki vzdržujejo otrokove simptome, delo z afektom v trenutnih interakcijah in uvajanje novih regulacijskih izkušenj v družinskem odnosu. S tem se omogoča bolj stabilna koregulacija, večja starševska odzivnost ter postopno zmanjšanje intenzivnosti čustvenih in vedenjskih težav pri otroku. Za strokovne centre RDT predstavlja prehod od individualno usmerjenih pristopov k multisistemskemu načinu dela, saj terapevtsko povezuje otroka, starše in širši kontekst njihovega delovanja. Na ta način RDT deluje kot most med zavodsko obravnavo in primarnim družinskim okoljem ter omogoča trajnejše spremembe vedenja otrok s ČVM.

2. Metoda

2.1. Raziskovalni problem in vprašanje

V raziskavi so bila opredeljena naslednja raziskovalna vprašanja:

RV1: Kako RDT vključiti v sistemsko obravnavo otrok s ČVM v zavodu?

RV2: Katere intervencije RDT povečujejo vključitev staršev v družinsko terapevtsko obravnavo?

RV3: Kako organizirati terapevtsko obravnavo, da se bodo starši lažje vključili in sodelovali?

RV4: Kakšna je vloga in katere so naloge terapevta v zavodskem okolju?

V nadaljevanju prispevka se osredotočamo **izključno na prvo raziskovalno vprašanje (RV1)**, saj je vprašanje sistemske integracije ključno za razumevanje možnosti implementacije RDT v strokovne centre kot sestavni del multisistemske obravnave otrok in mladostnikov s ČVM ter predstavlja temelj za razvoj vseh nadaljnjih področij obravnave.

2.2. Raziskovalna metoda

Izbrani raziskovalni pristop temelji na modelu akcijskega raziskovanja (AR),

ki je bil izbran zaradi potrebe po hkratnem razvijanju nove prakse in njenem sprotnem evalviranju v realnem institucionalnem okolju strokovnega centra, pri čemer smo se pri prvem raziskovalnem vprašanju osredotočili na praktično izvedbo in ne na teoretično utemeljitev pristopa. Metoda AR je bila izbrana zato, ker omogoča hkratno raziskovanje in razvijanje prakse (Koshy idr., 2011) v realnem institucionalnem okolju strokovnega centra. V raziskavi smo izvedli več zaporednih ciklov načrtovanja, izvedbe in evalvacije, ki so se med seboj nadgrajevali. AR je okvir, ki dopušča uporabo različnih metod (Mesec, 1994). Uporabili smo metode opazovanja z udeležbo, intervjuje, skupinske razprave, preučevanje dokumentov, pisanje raziskovalnega dnevnika in fokusne skupine, s čimer smo zagotovili triangulacijo.

V prvi fazi raziskovanja je bila oblikovana raziskovalna skupina, ki so jo sestavljali: raziskovalka, njena mentorica ter raziskovalna fokusna skupina strokovnih delavcev. V skupino so bili vključeni: vodja šole, psihologinja, socialna delavka, socialni delavec, vodja medicinskih tehnikov ter pet vzgojiteljic in vzgojiteljev iz SC Planina. Raziskovalna skupina je oblikovala raziskovalne cilje ter spremljala izvedbo posameznih faz uvedbe relacijske družinske terapije (RDT) v prakso centra.

V fazi raziskovanja je raziskovalka oblikovala začetne akcijske hipoteze na podlagi analize dokumentacije, opažanj ter strokovnih razprav v skupini. Sledila je faza akcije, v kateri je raziskovalka na podlagi oblikovanih ciljev načrtovala postopke uvajanja RDT, jih izvedla v sodelovanju s strokovnimi delavci in starši ter sproti beležila potek procesa. V fazi evalvacije je bila izvedena analiza učinkov posameznega koraka, pri čemer so se upoštevali zapisi v raziskovalnem dnevniku, supervizijski zapisi, fokusne skupine, povratne informacije strokovnih delavcev in izkušnje staršev ter otrok in mladostnikov. Ciklični proces se je ponovil v več zaporednih iteracijah: načrtovanje, izvedba, evalvacija, prenova načrta. Na podlagi evalvacij so bili prilagojeni cilji naslednjih akcijskih korakov, kar je omogočilo postopno uvajanje RDT v zavodsko prakso ter spremljanje učinkov vključevanja staršev. Raziskava je bila potrjena s strani Komisije za RS za medicinsko etiko, dne 18. januar 2022, št. 0120-387/2021/8.

2.3. Udeleženci

V raziskavi je sodelovalo več skupin udeležencev, ki so bili vključeni v različne faze akcijskega raziskovanja. Skupno je aktivno sodelovalo 15 strokovnih delavcev, ki so sodelovali pri fokusnih skupinah, supervizijskih in intervizijskih srečanjih ter evalvacijah, kjer so podali povratne informacije o poteku posameznih faz uvajanja RDT. Udeleženci so bili razvrščeni v naslednje skupine:

- **Otroci in mladostniki s ČVM,** stari od 7 do 18 let, ki so bili v raziskovalnem obdobju nameščeni v Strokovni center Planina zaradi ČVM. Vključeni so bili vsi otroci in mladostniki, ki so se v času raziskave udeležili individualnih ali družinskih terapevtskih obravnav, skupinskih srečanj ali drugih oblik svetovalnega dela. Število otrok je variiralo po posameznih ciklih, povprečno pa je bilo vključenih med 28 in 35.
- **Starši ali skrbniki otrok:** Sodelovali so biološki starši, rejniški starši in zakoniti skrbniki otrok. V raziskavo so bili vključeni tisti starši, ki so se udeležili terapevtskih srečanj, individualnih razgovorov, pogovornih ur ali skupinskih srečanj za starše. Stopnja sodelovanja je bila različna (redno, občasno, minimalno), vendar je bil vsak tak stik evidentiran kot del podatkov o vključevanju družine.
- **Strokovni delavci Strokovnega centra Planina:** V raziskovalni proces so bili vključeni strokovni delavci različnih profilov: vzgojitelji in vzgojiteljice, psihologinja, socialna delavka in socialni delavec, učitelji, vodja šole in vodja medicinskih tehnikov.
- **Zunanji partnerji:** V raziskavo so bili posredno vključeni tudi strokovnjaki Centra za socialno delo (CSD), in sicer v primerih, ko so bili prisotni na srečanjih s starši, sodelovali pri individualiziranih planih dela ali posredovali strokovna mnenja.

Ta večnivojska sestava udeležencev je omogočala triangulacijo podatkov in celovit vpogled v proces uvajanja relacijske družinske terapije v prakso strokovnega centra.

2.4. Potek in zbiranje podatkov

Raziskava je potekala v Strokovnem centru Planina od septembra 2020 do septembra 2024 in je zajemala več akcijskih ciklov, ki so se med seboj nadgrajevali. Potek raziskave je bil usmerjen v postopno uvedbo relacijske družinske terapije (RDT) kot sestavnega dela multisistemske obravnave otrok s ČVM. Akcijski cikli so bili oblikovani tako, da so omogočali uvajanje, spremljanje in evalvacijo posameznih elementov RDT v praksi centra. V vsakem ciklu so se zbirali podatki z različnimi metodami, odvisno od narave aktivnosti in ciljev posamezne faze.

Za zbiranje podatkov smo uporabili kombinacijo kvantitativnih in kvalitativnih metod: pregled strokovne in znanstvene literature, analiza dokumentacije zavoda (evidence obravnav, strokovni zapisi, IP-ji, poročila), transkripti fokusnih skupin (s starši, strokovnimi delavci, z raziskovalno skupino in zunanjimi strokovnjaki), supervizijski in intervizijski zapisi, zapisniki službenih sestankov, evalvacijski zapisi po posameznih akcijskih korakih, raziskovalni dnevnik

raziskovalke, vprašalniki in kratke ocene sodelovanja, intervjuji s starši, otroki in mladostniki ter strokovnimi delavci, študije primerov otrok in družin. Metode zbiranja podatkov so bile izbrane glede na potrebe vsakega akcijskega koraka in usklajene s strokovnimi delavci ter raziskovalno skupino. Kvantitativne podatke smo analizirali z osnovno deskriptivno statistiko.

Kvalitativne podatke smo organizirali tematsko. Kode in kategorije so bile oblikovanje v sodelovanju s psihologinjo, socialno delavko in supervizorko. Po kodiranju je sledila interpretacija vsakega akcijskega koraka, kjer smo analizirali spremembe v sodelovanju, odzivih staršev, dinamiki otroka in izvedbi terapevtskih intervencij.

Validacijo smo zagotovili s triangulacijo naslednjih virov: raziskovalke, fokusne skupine strokovnih delavcev in staršev, supervizorke, psihologinje, socialne delavke, povratne informacije staršev ter otrok in mladostnikov.

Raziskava je potekala v dveh glavnih smereh. Prva je bila *pripravljalna* in je vključevala naslednje cikle:

1. preučitev problema,
2. prvo informativno srečanje s starši,
3. spremljanje sprejemnih postopkov,
4. vključitev družinske terapije v individualizirane programe,
5. dopolnilna organizacija terapevtskih srečanj.

Cilj pripravljalne faze je bil razviti in ovrednotiti intervencije, ki so učinkovite pri vključevanju staršev otrok s ČVM v terapevtski proces in implementacija družinske terapije v institucionalno okolje strokovnega centra.

Druga faza je bila *kontinuirana* in je vključevala štiri cikle:

1. terapija s starši,
2. terapija z otroki in mladostniki,
3. družinska terapija,
4. terapevtska skupina za starše.

Osrednji cilj je bil spremljati dinamiko sodelovanja, stopnjo čustvene vključenosti staršev in povezavo med terapevtskim procesom ter delom strokovnih delavcev centra, ter teoretična utemeljitev pristopa RDT.

3. Rezultati

Raziskava prvega raziskovalnega vprašanja je pokazala, da je bila vpeljava RDT v strokovni center več nivojski in dolgotrajen proces. Identificirali smo tri ključne dimenzije: organizacijsko - sistemsko, vsebinsko - terapevtsko in osebnostno - profesionalno.

3.1. Analiza vključevanja družinske terapije v organizacijo in sistem strokovnega centra

Vpeljava RDT v sistem strokovnega centra je potekala v štirih fazah:

- Prva faza je bila faza *izolacije*. Terapevtka je sprva delovala kot zunanji sodelavec brez povezav z notranjimi ali zunanjimi službami. Meje med programi so bile rigidne, sodelovanje pa minimalno. RDT v tej fazi ni bila umeščena v redne strokovne procese centra.
- Druga faza je bila faza *integracije*. V tej fazi se je terapevtka začela vključevati v sprejeme otrok, evalvacije, timske sestanke ter spoznavati delo posameznih strok (učiteljev, vzgojiteljev, socialnih delavcev). Vpeljala je prve oblike sodelovanja z zunanjimi institucijami, predvsem z CSD.
- Tretja faza je bila faza *usklajevanja pristopov in ustvarjanje strokovne skladnosti*. V tej fazi so se pojavile izrazite razlike v razumevanju dela z družino med različnimi strokami. Nekateri strokovni delavci so RDT razumeli kot podaljšek svojega dela (discipliniranje otrok ali staršev), drugi so čutili ogroženost lastne profesionalne identitete. Faza je bila čustveno zahtevna; ključna je bila redna supervizija. Podporno vlogo je imel CSD, medtem ko strokovnjaki pedopsihiatrije in klinične psihologije programa niso prepoznali kot strokovnega.
- Četrta faza je bila faza *konsolidacije* in *komplementarnosti*. Družinska terapija je postala integrirani del svetovalne službe in multidisciplinarnega dela s starši in otroki v centru. Terapevtka sodeluje pri sprejemih, evalvacijah, timskih odločitvah in deluje z vsemi vzgojnimi timi. V stanovanjskih skupinah in mobilni službi je proces še v teku in močno odvisen od pripravljenosti posameznih vzgojiteljev, njihovega razumevanja, pojmovanja in pričakovanj družinske terapije.

Za trajno vključitev RDT je nujna jasna institucionalna podpora, redna supervizija, čustvena regulacija strokovnega tima, jasna razmejitev profesionalnih vlog in kontinuirano medsebojno sodelovanje.

3.2. Analiza izvajanja relacijske družinske terapije pri starših in otrocih

Starši so osrednji dejavnik uspeha obravnave otrok v strokovnih centrih in so ključna spremenljivka za njihov uspeh, sicer obstaja tveganje, da ‚samo odložijo' otroka. Rezultati kažejo, da se starši v terapevtski proces vključujejo zaradi različnih motivov: nekateri prostovoljno, še vedno pa večina staršev družinsko terapijo doživlja kot ‚vsiljeno' od zunaj in se vključijo ne zaradi sebe, pač pa zaradi otrok. To zahteva visoko senzibilnost terapevta in poudarja odnos kot osrednjo intervencijo RDT. Odnos in osebnost terapevta sta ključni faktor v učinkovitosti terapevtskega dela, pri regulaciji afekta in spreminjanju notranje drže.

Družine otrok s ČVM imajo pogosto večgeneracijske izkušnje travm, zanemarjanja, osebnostnih ranjenosti in socialnih stisk. Da se terapevt ne izgubi v kaosu težav in ‚da se ponovno ne izgubi tudi otrok', smo oblikovali potek terapevtskega procesa, RDT v tem okolju zahteva jasno strukturo, stabilen terapevtski odnos ter počasno gradnjo varnosti. Rezultati so pokazali, da RDT najbolj vpliva na: izboljšanje regulacije afekta pri starših in otrocih, zmanjševanje konfliktov, pripravo na reintegracijo v domače okolje in zmanjšanje tveganja ponovnih namestitev.

3.2.1. Analiza formulacije terapevtskega procesa in strukturiranja dela

Za učinkovito izvajanje RDT je bil oblikovan strukturiran terapevtski proces, ki vključuje:

- načrtovanje terapij (sprejemi, ogledi, analiza dokumentacije, spoznavanje družine, identifikacija problema, vključitev v IP, vključitev, prvo informativno srečanje);
- vzpostavljanje terapevtskega odnosa (varnost, zaupanje, regulacija odporov in kontratransferjev, kontinuiteta);
- oceno družine (starševski sistem, otrokova perspektiva, skupna dinamika);
- oblikovanje formulacije (povratne informacije, redefinicija problema, načrtovanje terapevtskih ciljev, izbor oblike terapije);
- zaključevanje procesa in organizacija vzporednih programov (terapevtske skupine za starše, psihoedukacija, skupine za otroke, individualna terapija).

3.3. Analiza strokovne socializacije terapevta in vzpostavljanja varnosti

V tej raziskavi socializacijo terapevta opredeljujemo kot proces strokovnega, odnosnega in institucionalnega vključevanja terapevta v okolje strokovnega centra. Gre za postopno usvajanje organizacijskih norm, strokovnih pričakovanj, komunikacijskih vzorcev ter načina delovanja multidisciplinarne skupine. Socializacija vključuje prilagajanje institucionalni kulturi, razumevanje dinamik med različnimi strokami ter umeščanje terapevtske vloge v širši sistem obravnave. Hkrati predstavlja osebni in profesionalni razvoj terapevta, ki zajema regulacijo kontratransfernih odzivov, prepoznavanje lastnih ranljivosti, utrjevanje terapevtske identitete ter sposobnost ustvarjanja varnega, stabilnega in vzdržnega terapevtskega odnosa z družinami in strokovnimi sodelavci. Socializacija je zato kontinuiran in nikoli povsem zaključen proces, ki vzpostavlja pogoje za učinkovito izvajanje RDT v institucionalnem okolju.

Socializacija terapevta poteka na dveh med seboj povezanih ravneh:

- **Delo z družinami in osebni razvoj terapevta.** Terapevt se pri delu z izrazito ranljivimi družinami srečuje z intenzivnimi vsebinami, s kompleksnimi družinskimi dinamikami ter s številnimi omejitvami, ki jih prinaša

institucionalno okolje. To pogosto sproži močne kontratransferne odzive (npr. jezo, odpor, gnus, obup ali ogorčenje), ki lahko vplivajo na terapevtski proces. Zato je nujna sprotna predelava teh odzivov v varnem supervizijskem okolju. Pri tem ima pomembno vlogo tudi terapevtova osebna zgodovina; nepredelane vsebine lahko v stiku z družinami ponovno aktivirajo njegove lastne ranljivosti, kar zahteva stalno samorefleksijo in strokovno podporo.

- **Socializacija v strokovni kolektiv.** Ta proces vključuje postopno usklajevanje z različnimi strokovnimi perspektivami, komunikacijskimi kulturami, pričakovanji in odzivi drugih služb. Terapevt se mora vključiti v delovanje tima, hkrati pa ohranjati strokovno avtonomijo terapevtskega procesa. Socializacija v kolektiv je dolgotrajen in nikoli povsem zaključen proces, ki zahteva kontinuirano refleksijo, supervizijo in gradnjo medsebojnega zaupanja.

4. Razprava

Integracija relacijske družinske terapije (RDT) v Strokovni center Planina se je izkazala kot večfazen, razvojno-dinamičen proces, ki je potekal v štirih značilnih fazah: izolacija, integracija, ustvarjanje razmerij in skladnosti ter konsolidacija s komplementarnostjo. Te faze potrjujejo, da je uvedba družinske terapije v institucionalno okolje proces, ki presega tehnično uvedbo nove metode in vključuje organizacijske, odnosne, strokovne in osebnostne dejavnike.

4.1. Analiza ključnih elementov uspešne integracije RDT

Iz rezultatov izhaja sedem ključnih dejavnikov, ki omogočajo, da RDT postane stabilen, sistemsko umeščen del obravnave otrok s ČVM:

- **Formalna vključitev družinske terapije v individualizirane programe (IP).** Kadar je RDT jasno umeščena v dokumentacijo, cilje, nosilca, časovnico in strokovne odgovornosti, pridobi terapija legitimnost in strukturo. To je v skladu z ugotovitvami Merritts (2016), da je formalizacija terapevtskih intervencij nujna v vseh vzgojnih programih.
- **Vključitev terapevta v multidisciplinarni tim.** Terapevt mora postati stalni član strokovnih skupin (timi, sprejemi, evalvacije, krizni sestanki), kar omogoča pretok informacij in preprečuje izolacijo terapevtskega procesa. To potrjuje tudi Straus (1999) in Tang idr. (2024), ki opozarjajo na nujnost multisistemskega sodelovanja pri delu z otroki s kompleksnimi težavami.
- **Sodelovanje z zunanjimi institucijami.** Interdisciplinarno sodelovanje med CSD, sodišči, šolami in zdravstvenimi institucijami zmanjšuje možnost, da bi RDT postala "paralelni sistem", kar se ujema z izhodišči REStArT pristopa (McConnell in Taglione, 2016).

- **Uvajanje sistemskega razumevanja otrokovih simptomov v strokovni tim.** Sistemski pogled na otrokovo vedenje premakne pozornost tima od individualne patologije k dinamiki družinskega sistema. To je skladno s temeljnimi izhodišči RDT (Gostečnik, 2011) in sodobnimi psihobiološkimi modeli regulacije afekta.
- **Fleksibilna organizacija terapevtskih srečanj.** Možnost izvajanja terapij v stanovanjskih skupinah, na domu ali na daljavo, povečuje dostopnost in s tem utrjuje mesto RDT v širšem spektru obravnave. To je posebej pomembno pri populaciji z nizko socialno mobilnostjo in visoko stopnjo stisk (Becker idr., 2021).
- **Terapija kot stalna komponenta institucionalnega dela.** Ko terapevt iz zunanjega izvajalca postane del osnovne strukture zavoda, se terapija iz "projekta" preoblikuje v sistemsko komponento. To omogoča kontinuiteto in dolgoročno stabilnost procesa.
- **Skupna čustvena regulacija strokovnih služb.** Supervizija, intervizija in meta-pozicija so se izkazale za nujne, saj tim sestavljajo različne stroke z različnimi paradigmatičnimi pričakovanji, kar pogosto vodi v konflikte. To potrjujeta tudi Applegate in Shapiro (2018), ki poudarjata nujnost multisistemske matrice sodelovanja.

4.2. Primerjava z obstoječo znanstveno literaturo

Naša raziskava se dopolnjuje s predhodnimi ugotovitvami o uveljavljenih pristopih v institucionalnem okolju. Prevladujejo multisistemski pristopi (Merritts, 2016), kot so *MFGI, FDST, BSFT, MST, FFT, MDF, MTFC*. Zaradi številnih težav, primanjkljajev in razvojnih zaostankov, je krog odraslih, ki dela z O/M, številen. To so vzgojitelji, psihologi, pedopsihiatri, učitelji, psihoterapevti, socialni delavci, sodišča in po potrebi še številni drugi. V Strokovnih centrih so deležni pomoči na različnih področjih. To se sklada z ugotovitvami, da je nujen multisistemski pristop (Straus, 1999; Tang idr., 2024), da pa morajo biti terapevtske intervencije nujno usmerjene tudi v druge sisteme njihovega življenja. Brez dela z družino jim zelo težko pomagamo.

Raziskava se dopolnjuje tudi s pristopom ponovnega odnosnega udejanjanja v sistemu (*The Relational Re-enactment System Approach- REStArT)* (McConnell in Taglione, 2016) in je v skladu s teoretičnimi premisami RDT (Gostečnik, 2011), da sprememba ni mogoča brez regulacije afekta in dela na odnosni ravni in ne sledi samo vedenjskim spremembam, temveč tudi odnosnim in čustvenim procesom ter odpira nov konceptualni prostor, kjer je ključna relacijska in afektivna dimenzija spremembe.

Multisistemski pristop v naši raziskavi se sklada tudi s konceptom *multisistemske matrice sodelovanja*, ki sta ga razvila Applegate in Shapiro (2018). Učinkovita integracija zahteva multisistemsko matrico sodelovanja, kjer različne stroke razvijejo *meta-pozicijo*: zavedanje, da nobena paradigma ni zadostna sama zase, ampak le v povezavi z drugimi. Prav ta matrica se je v SC Planina izkazala kot nujna, saj omogoča, da RDT ohrani svojo terapevtsko logiko, hkrati pa deluje znotraj širšega institucionalnega konteksta. Ta raziskava tako potrjuje obstoječe smernice in hkrati umešča RDT kot model, ki lahko integrira odnosno, sistemsko in psihobiološko perspektivo v institucionalno obravnavo.

4.3. Omejitve raziskave

Predstavljena raziskava odpira veliko novih raziskovalnih vprašanj. Pri izvajanju raziskave in implementaciji družinske terapije v Strokovni center Planina so prepoznane naslednje ključne omejitve:

- Pomanjkanje raziskovalnih podatkov družinske terapije v vzgojnih zavodih v Sloveniji. Primerjali smo jih lahko samo s nekaj študijami v tujini, ker v našem okolju takih raziskav ni.
- Raziskava se osredotoča na specifično skupino otrok in mladostnikov z ČVM ter njihovih družin v enem zavodskem okolju, kar delno omejuje možnosti posploševanja ugotovitev na širšo populacijo.
- Postopek zbiranja podatkov in izvajanja terapij je bil omejen s časovnim okvirjem raziskave, ni pa še raziskovanja dolgotrajnejšega spremljanja učinkov terapevtskih intervencij. V prihodnje bi bile potrebne širše in primerjalne raziskave, ki bi zajele več strokovnih centrov ter ocenile dolgoročne rezultate.

Raziskava odkriva omejitve in nevarnosti tudi v sistemu, kot so:

- Kadrovska podhranjenost: en terapevt ne more zadostiti potrebam vseh otrok in družin, zato je nujna krepitev terapevtskih timov.
- Paradigmatski odpor: različne stroke pogosto branijo lastne pristope in nerade sprejemajo dolgotrajni, odnosni proces terapije.
- Nevarnost izolacije: RDT tvega, da postane preveč izoliran sistem, če ni vzajemnega sodelovanja z drugimi strokami in institucijami.

4.4. Predlogi za nadaljnji razvoj sistema

Ugotovitve raziskave ponujajo pomembne usmeritve za razvoj strokovne prakse v strokovnih centrih in drugih institucijah, ki delajo z otroki in mladostniki s ČVM:

1. Institucionalizacija RDT: sistemsko priznanje družinske terapije kot rednega dela programov strokovnih centrov (ne le dodatne dejavnosti).
2. Oblikovanje terapevtskih timov: delo z visoko ranljivimi družinami zahteva več kot enega terapevta.

3. Standardizacija protokolov: standardizacija postopkov vključevanja družin, oblikovanja terapevtskih ciljev in evaluacije terapij bi omogočila večjo enotnost, kakovost in preglednost dela v strokovnih centrih.
4. Dvig dostopnosti terapevtskih storitev: izvajanje terapij na različne načine (v centru, na domu, v stanovanjskih skupinah, preko videokonference) pomembno prispeva k večji udeležbi staršev.
5. Razvoj evalvacijskih orodij: vzpostavitev standardiziranih kazalnikov za spremljanje učinkov terapije na otrokovo vedenje, družinsko dinamiko in sodelovanje staršev.
6. Nadgradnja sodelovanja z zunanjimi institucijami.
7. Krepitev multidisciplinarne sodelovalne kulture: za učinkovito integracijo RDT je ključno sodelovanje z vzgojitelji, učitelji, svetovalnimi delavci, psihologi, centri za socialno delo, pedopsihiatri in sodišči.
8. Podpora pri reintegraciji otrok v družino: ker je vrnitev otroka v domače okolje ključni cilj obravnave, mora RDT postati sestavni del načrtovanja reintegracije.
9. Pomen redne supervizije in dela na osebnih kompetencah terapevta: terapevt v takšnem okolju potrebuje stalno supervizijo, saj se pri delu z visoko ranljivimi družinami srečuje z intenzivnimi kontratransfernimi odzivi, kompleksnimi odnosnimi konfiguracijami in visokimi sistemskimi pritiski.
10. Izobraževanje terapevtov: dodatno bi bilo potrebno izobraziti terapevte za delo v tem okolju.

5. Zaključek

Na podlagi opisa in analize predstavljenih pristopov ugotavljamo, da je vključevanje družin v obravnavo otrok ČVM, ki so nameščeni v strokovne centre, ključni element sistemske obravnave. RDT ne izboljšuje zgolj otrokove obravnave, temveč ustvarja most med institucijo in družino, kar je nujno za trajnostno spremembo in reintegracijo.

V Sloveniji smo pred nalogo, da prepoznamo potrebo po družinskem psihoterapevtskem delu v strokovnih centrih in to tudi sistemsko uredimo. V vzgojnih zavodih zaposleni prepoznavajo pomen dela z družino, tudi v terapevtskem smislu. Številni zaposleni so svojo osnovno izobrazbo dopolnili z različnimi terapevtskimi izobraževanji, ki jih glede na svojo strokovno usposobljenost in delovno mesto uporabljajo v praksi. Večina zavodov nima zdravstvene dejavnosti, ampak dejavnost vzgoje in izobraževanja. Sistematizacija delovnih mest ne omogoča dela psihoterapije, ki je beležena kot zdravstvena dejavnost.

Literatura

Alves, C. P., Relva, I. C., Costa, M. in Mota, C. P. (2024). Family support, resilience, and life goals of young people in residential care. *Behavioral Sciences, 14*(7), 581. https://doi.org/10.3390/bs14070581

Becker, K. D., Wu, E. G., Hukill, A., Brandt, N. in Chorpita, B. F. (2021). How do mental health providers assess treatment engagement of youth and caregivers? *Journal of Child and Family Studies, 30*(10), 2527–2538. https://doi.org/10.1007/s10826-021-02042-x

Bouwkamp, R. in Bouwkamp, S. (2020). *Blizu doma: Priročnik za delo z družinami: Ravnanje in interakcijski vzorci v družini pri procesih podpore in pomoči ter na področjih psihosocialnega dela*. Znanstvena založba Filozofske fakultete; Pedagoška fakulteta; Inštitut za družinsko terapijo.

Broekhoven, J. L., Blankestein, A. M. M. M., van Santvoort, F., Asscher, J. J., van Domburgh, L., Simons, I., Albrecht, G., van der Rijken, R. E. A., Rijnhart, J. J. M. in Popma, A. (2023). Family-centeredness in secure residential treatment and its relationship with parental involvement and adolescent behavioural outcomes. *Journal of Child and Family Studies, 32*(12), 3697–3713. https://doi.org/10.1007/s10826-023-02603-2

Buchbinder, E. in Bareqet-Moshe, O. (2011). Hope and siege: The experiences of parents whose children were placed in residential care. *Residential Treatment for Children and Youth, 28*(2), 120–139. https://doi.org/10.1080/0886571X.2011.576928

Delahooke, M. (2022). *Brain–body parenting: How to stop managing behavior and start raising joyful, resilient kids*. Harper.

Gostečnik, C. (2011). *Inovativna relacijska družinska terapija: Inovativni psiho-biološki model*. Brat Frančišek; Teološka fakulteta; Frančiškanski družinski inštitut.

Gostečnik, C. (2017). *Družinske terapije in klinična praksa*. Brat Frančišek; Teološka fakulteta; Frančiškanski družinski inštitut.

Gostečnik, C. (2021). *Nevroznanost in relacijska družinska terapija*. Brat Frančišek; Frančiškanski družinski inštitut; Teološka fakulteta.

Haine-Schlagel, R. in Walsh, N. E. (2015). A review of parent participation engagement in child and family mental health treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review, 18*(2), 133–150. https://doi.org/10.1007/s10567-015-0182-x

Herbell, K., McNamara, P., Cresswell, C., Price, M., Sweeney, M. in Bellonci, C. (2024). Are we practicing what we preach? Family partnership in therapeutic residential care for children and youth. *Residential Treatment for Children and Youth, 41*(1), 2–23. https://doi.org/10.1080/0886571X.2023.2217530

Ingoldsby, E. M. (2010). Review of interventions to improve family engagement and retention in parent and child mental health programs. *Journal of Child and Family Studies, 19*(5), 629–645. https://doi.org/10.1007/s10826-009-9350-2

Janjušević, P. (2018). Vedenjske motnje v otroštvu in mladostništvu. V *Zbrana poglavja iz otroške in mladostniške psihiatrije* (str. 75–83). Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo.

Kobolt, A. (2011). Razumevanje in odzivanje na čustvene in vedenjske težave. *Socialna pedagogika, 12*(2), 153–173.

Kompan Erzar, K. (2006). *Ljubezen umije spomin*. Brat Frančišek; Frančiškanski družinski inštitut; Celjska Mohorjeva družba.

Koshy, E., Koshy, V. in Waterman, H. (2011). *Action research in healthcare*. SAGE.

Kukovič, A. in Kukovič, N. (2016). Sodelovanje staršev, centra za socialno delo ter vzgojnega zavoda v času bivanja otroka v vzgojnem zavodu. *Socialna pedagogika, 20*(1–2), 97–123.

Lindsey, M. A., Brandt, N. E., Becker, K. D., Lee, B. R., Barth, R. P., Daleiden, E. L. in Chorpita, B. F. (2014). Identifying the common elements of treatment engagement interventions in children's mental health services. *Clinical Child and Family Psychology Review, 17*(3), 283–298. https://doi.org/10.1007/s10567-013-0163-x

McConnell, C. in Taglione, P. (2016). Clinical consultation as a family intervention in residential treatment: Exploring what impacts outcomes. *Contemporary Family Therapy, 38*(1), 97–107. https://doi.org/10.1007/s10591-015-9365-3

McIlwaine, F., Proctor, K., O'Sullivan, K. in Manley, L. (2020). Practitioners' perspectives: Partnering with families in out-of-home care (OOHC) – From "on the outer" to shared caring. *Residential Treatment for Children and Youth, 37*(4), 327–341. https://doi.org/10.1080/0886571X.2020.1800550

McLendon, T., McLendon, D. in Hatch, L. (2012). Engaging families in the residential treatment process utilizing family-directed structural therapy. *Residential Treatment for Children and Youth, 29*(1), 66–77. https://doi.org/10.1080/0886571X.2012.643679

McNamara, P. M. (2020). Family partnering in Australian therapeutic residential care: A scoping study. *Residential Treatment for Children and Youth, 37*(4), 293–313. https://doi.org/10.1080/0886571X.2020.1786486

Merritts, A. (2016). A review of family therapy in residential settings. *Contemporary Family Therapy, 38*(1), 75–85. https://doi.org/10.1007/s10591-016-9378-6

Mesec, B. (1994). Akcijsko raziskovanje med socialnim inženirstvom in revolucionarnim aktivizmom. *Socialno delo, 32*(1–2), 61–90.

Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje. (b. d.). *Strokovni centri za otroke in mladostnike s posebnimi potrebami*. Pridobljeno 26. novembra 2025, s https://www.gov.si/teme/strokovni-centri-za-otroke-in-mladostnike-s-posebnimi-potrebami/

Ogundele, M. O. (2018). Behavioural and emotional disorders in childhood: A brief overview for paediatricians. *World Journal of Clinical Pediatrics, 7*(1), 9–26. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5803568/pdf/WJCP-7-9.pdf

Pajnik, D. (2010). *Sodelovanje z družinami po namestitvi mladostnikov v vzgojne zavode – perspektiva staršev, mladostnikov in vzgojiteljev* (Magistrsko delo). http://pefprints.pef.uni-lj.si/id/eprint/5773

Pellecchia, M., Nuske, H. J., Straiton, D., McGhee Hassrick, E., Gulsrud, A., Iadarola, S., Vejnoska, S. F., Bullen, B., Haine-Schlagel, R., Kasari, C., Mandell, D. S., Smith, T. in Stahmer, A. C. (2018). Strategies to engage underrepresented parents in child intervention services: A review of effectiveness and co-occurring use. *Journal of Child and Family Studies, 27*(10), 3141–3154. https://doi.org/10.1007/s10826-018-1144-y

Pereira, A. I. in Barros, L. (2019). Parental cognitions and motivation to engage in psychological interventions: A systematic review. *Child Psychiatry in Human Development, 50*(3), 347–361. https://doi.org/10.1007/s10578-018-0852-2

Poljak Lukek, S. (2024). *Ko družina začne znova: Temeljni pojmi družinske terapije*. Celjska Mohorjeva družba; Društvo Mohorjeva družba.

Poljak Lukek, S. in Valenta, T. (2022). Development of in-therapy affect regulation (TAR) coding system. *EFTA 2022 Conference Proceedings*. https://plus.cobiss.net/cobiss/si/sl/bib/122348803

Robst, J., Rohrer, L., Armstrong, M., Dollard, N., Sharrock, P., Batsche, C. in Reader, S. (2013). Family involvement and changes in child behavior during residential mental health treatment. *Child and Youth Care Forum, 42*(3), 225–238. https://doi-org.nukweb.nuk.uni-lj.si/10.1007/s10566-013-9201-6

Shapiro, J. R. in Applegate, J. S. (2018). *Neurobiology for clinical social work: Theory and practice*. W. W. Norton in Company.

Straus, M. (1999). *No-talk therapy for children and adolescents*. Norton Professional Books.

Tang, E., de Haan, A. D., Kuiper, C. H. Z. in Harder, A. T. (2024). Family-centred practice and family outcomes in residential youth care: A systematic review. *Child and Family Social Work, 29*(3), 598–614. https://doi.org/10.1111/cfs.13120

Trevarthen, C. in Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(1), 3–48. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00701

Zakon o obravnavi otrok in mladostnikov s čustvenimi in vedenjskimi težavami in motnjami v vzgoji in izobraževanju (ZOOMTVI). (2020). *Uradni list RS*, št. 200/20. https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO8083

Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP). (2011). *Uradni list RS*, št. 58/11. https://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO3906

Žibert, E. (2017). Disfunkcionalna družina – eden od vzrokov za nastanek čustvenih in vedenjskih motenj. *Socialna pedagogika, 21*(1–2), 135–152. http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-5PQQHKIU