

Ranljivost družin z otrokom s spektroavtistično motnjo: proces realcijske družinske terapije

Robert Mlakar, univ. dipl. med. kom., zakonski in družinski terapevt,
Jasmina Sanda, mag. zak. in dr. študijev, zakonska in družinska terapevtka

UVOD

V strokovnem prispevku bomo predstavili pomembnost dela s celotno družino in primer družinske terapije z otrokom s spektroavtistično motnjo. Družinska terapija je učinkovit način regulacije stresorjev v družinskem sistemu ter učenju novih načinov spoprijemanja. Družinska terapija omogoča takojšnje učenje članov drug od drugega ter medsebojno povezovanje. V nadaljevanju bomo predstavili stiske s katerimi se srečujejo starši in mladostniki, posebnosti družin z družinskim članom z diagnozo ter kako na učinkovit način to nasloviti in razrešiti v procesu relacijske družinske terapije.

UVOD V SPEKTROAVTISTIČNO MOTNJO

V Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj (v nadaljevanju DSM) so avtistične motnje, Aspergerjeve motnje in pervazivne razvojne motnje združili v poimenovanje motnja avtističnega spektra (MAS). Simptomi teh motenj predstavljajo en sam kontinuum blagih do hudih okvar na področjih socialne komunikacije in restriktivnega ponavljajočega se vedenja/ interesov. Ta sprememba v zadnji verziji DSM je zasnovana za izboljšanje senzitivnosti in specifičnosti meril za diagnozo motenj avtističnega spektra in za opredelitev bolj osredotočenih ciljev zdravljenja za specifične ugotovljene okvare (DSM V, 2013).

Nadalje DSM V (2013) motnjo avtističnega spektra (v nadaljevanju MAS) opiše kot kompleksno nevrorazvojno motnjo, ki se pojavi že v prvih treh letih otrokovega odrasčanja in vpliva na otrokovo socialno komunikacijo in interakcijo. Težave imajo takšni otroci tudi na področju fleksibilnosti mišljenja. Motnje se običajno pokažejo zgodaj v razvoju, pogosto še preden otrok vstopi v osnovno šolo, zanje pa so značilni razvojni primanjkljaji, ki povzročajo okvare osebnega, socialnega, akademskega ali poklicnega delovanja.

Kljub medicinskim hipotezam in diagnozam, se moramo zavedati, da so osebe z MAS več kot samo njihova prejeta diagnoza. Osebe so si med seboj različne, imajo različne potrebe in sposobnosti ter prihajajo iz različnih koncev sveta, kultur, religij, etničnih skupnosti, so različnih starosti, obeh spolov in so različno spolno usmerjene (Simon in drugi, 2020, 409).

DRUŽINE Z DRUŽINSKIM ČLANOM S SPEKTROAVTISTIČNO MOTNJO

Starši z otrokom z diagnozo MAS se soočajo hkrati z novonastalo situacijo ter hkrati z občutkom razočaranja, ker se otrok z MAS ne odziva na njihovo izražanje pozornosti in skrbi na tipičen način. Soočajo se z občutkom krivde, da so oni vzrok za otrokove težave. Vsa ta močna čutenja lahko ostanejo neizražena (Neely in drugi, 2012, 5).

Ker se družinski člani srečujejo z nemalo izzivi, je pomembno delo s celotno družino. Starši pričnejo dvomiti v svoje starševske sposobnosti in se na različne načine spopadajo s sprejemanjem diagnoze oziroma imajo nanjo raznolike poglede (Stoddart, 1998, 49).

Otrokovo vedenje vpliva na družinsko funkcioniranje in omeji njene zunanje aktivnosti. Zato je pomembno, da ne naslavljamo težav samo na individualni ravni temveč na ravni celotnega družinskega sistema (Neely in drugi, 2012, 1-2). Obratno pa tudi družinski sistem, torej naši zgodnji odnosi z našimi bližnjimi vplivajo na notranjepsihični svet otroka (Gostečnik, 2011, 42).

Za družine z družinskim članom z MAS je tipično nenehno prisotna skrb in vpletenost v otrokovo življenje. Pojavljajo se skrbi na področju spoprijemanja z življenjem izven družinskega kroga ter vpliv na ostale otroke v družini. Stres, izčrpanost, nenehne skrbi ter nerazumevanje s strani okolice so glavne težave oseb z MAS in njihovih družin (Simon in drugi, 2020, 407). Raziskave celo kažejo na statistično pomembno višjo stopnjo ločitev pri starših ki imajo otroka z MAS (Ramisch in drugi, 2013, 377).

Nekaterim diagnoza MAS prinese občutek olajšanja. Olajša jim iskanje pomoči in podpore, saj so zaradi prejete diagnoze upravičeni do pomoči na področju šolanja in socialnega varstva. Zaradi občutka smisla se počutijo opolnomočene. Medtem pa drugim, ne glede na že prisotne izzive na družbenem, družinskem, poklicnem in medosebnem področju, diagnoza krepi dodaten občutek neustreznosti in neprimernosti (Simon in drugi, 2020, 411).

VLOGA DRUŽINSKE TERAPIJE

Družinska terapija se osredotoča na intervencije usmerjene na obvladovanje težavnega, vključujejo psihoedukacijo, risanje genograma, raziskuje načine soočanja s spremembami in stresom in vključuje intervencije usmerjene na način komuniciranja. Družinski terapevt se bo osredotočal na odnos med staršema in na nudenje podpore članom družine ter na zmanjševanje stresa za vse družinske člane (Simon in drugi, 2020, 407; Spain in drugi, 2015).

Doživljanje stisk je normalen pojav pri vseh družinah in partnerskih odnosih. Pomembno je kako se starši oz. družina z njimi soočajo. Na družinsko terapijo pogosto pridejo družine s staršema, ki se soočata s težavami v zakonu in z nekaterimi ustaljenimi vedenjskimi vzorci, ki niso nujno povezani s stresom v povezavi s svojo starševsko vlogo otroka z MAS. Pomembna

je normalizacija doživljanja staršev v povezavi z doživljanjem stresa glede starševstva ter iskanje globljih vzrokov vedenja, čustvovanja, odzivanja in spoprijemanja, ki izvirajo iz njunega partnerskega odnosa. Osredotočenost na starševski čustveni svet omogoča razumevanje ponavljajočih vzorcev v njunem partnerskem odnosu (Ramisch in drugi, 2013, str. 383-386) in jima lahko pomaga pri boljšem vpogledu vase ter pri sposobnosti vživljanja v vlogo partnerja. Terapije družin z otrokom z MAS morajo zato trajati dlje (Ramisch in drugi, 2013, 377).

Starši poročajo o večjem znanju, povečanem občutku sposobnosti in kompetentnosti pri zagovorništvu otroka, o zmanjšanem nivoju doživljanja stresa in občutka izoliranosti. Družinska terapija pomaga pri izboljšanju medosebnih odnosov družinskih članov, krepitvi družinskega sistema ter krepitvi upanje in opolnomočenje (Simon in drugi, 2020, 414-415).

Prav tako mora družinski terapevt obravnavati osebo onkraj diagnoze in jo obravnavati na celosten način, kot unikatno osebo z lastnimi sposobnostmi in močnimi točkami ter lastnim relacijskim kontekstom. Pomembno je tako za starše kot za družinskega terapevta, da opusti pričakovanja, ki jih goji do osebe s SAM (npr. kakšen bi moral biti, kako bi se moral vesti, kako bi se starši morali vesti, ga disciplinirati itd.) (Simon in drugi, 2020, 418-419).

Družinska terapija družinskim članom predstavlja varen prostor refleksije, ki vodi k spremembi brez ogrožanja posameznikove identitete in vrednot. Družinski terapevt dela s posameznikovimi močnimi stranmi in interesi (Simon in drugi, 2020, 407). Pomaga pri regulaciji težkih emocij (npr. obvladovanje jeze in učenje jasnejšega izražanja v konfliktnih družinskih situacijah) (Stoddart, 1998, 49).

Starši grede lahko skozi proces žalovanja za izgubljenimi upi in sanjami, ki so jih imeli za otroka, zato bodo včasih starši na terapiji potrebovali tudi občutek varnosti za žalovanje. Spet drugi bodo potrebovali potrditev, da je izražanje čustvenega stanja preko joka in žalosti nekaj povsem normalnega. Za družinskega terapevta je pomembno, da ustvari varen prostor, kjer se lahko družine izrazijo in raziskujejo svoj čustveni svet (Neely in drugi, 2012, 4-5).

V času mladostništva družinska terapija razvija, pomaga in omogoča mladostnikov vpogled vase in v odnose z družinskimi člani ter pomaga pri razumevanju, kako mladostnikovo vedenje vpliva na druge osebe (Stoddart, 1998, 49).

Pogosto imajo mladostniki s SAM manjši socialni krog in pogosto se zgodi zlit odnos z brati ali sestrami, na kar bi starši morali biti pozorni ter krepiti izpostavljenost vrstnikom tudi izven družine in šolskega sistema, kar omogoča razvoj otrokovih socialnih veščin. Posledično ima tak otrok tudi boljše odnose z brati in sestrami. Njihov odnos se razbremeni in med njimi se lažje razvije varna navezanost (Stoddart, 1998, 49).

Ker diagnoza MAS pomembno vpliva na delovanje celotne družine – na emocionalni in družbeni ravni delovanja (Neely in drugi, 2012, 5) – je na mestu vprašanje o funkcionalnosti družine kot sistema. Tako kot vsi socialni sistemi, ima tudi družinski sistem namreč svoje potrebe. Njeni člani izražajo svojo potrebo po varnosti, samovrednotenju, produktivnosti, intimnosti, odnosnosti, povezanosti in občutku pripadnosti. Funkcionalna družina pozna hierarhije ter ustrezne in potrebne razmejitve med podsistemi. Funkcionalno družino lahko opišemo kot odprt sistem za izražanje potreb in mnenje družinskih članov ter odprtost za zunanji svet. Takšen sistem daje prostor spontanosti, ustvarjalnosti in živahnosti. Vloge družinskih članov in prava so prilagodljiva in prožna, saj so se zmožni odzivati na novo nastale situacije s prilagajanjem.

Nefunkcionalni družinski sistem po drugi strani pa lahko opišemo kot zaprt sistem v katerem so pravila strogo določena. Razmejitve z zunanjim svetom so stroge, med njenimi člani pa takšnih razmejitev sploh ni. Prostora ni niti za deljenje čustev, spoznanj in mišljenj. Takšne družine se na nove situacije odzovejo z rigidnostjo, izogibanjem ter potlačitvijo (Gostečnik, 2011, str. 145-146).

RELACIJSKA DRUŽINSKA TERAPIJA

V nadaljevanju bomo predstavili primer dela z družino, zato bomo uvodoma na kratko predstavili in razložili temeljne premise dela Relacijskega družinskega modela.

Odnosi so vedno utemeljeni na *temeljnem afektu* (npr. žalost, jeza, sram, gnus, veselje in strah), ki narekuje oblikovanje vzorca odnosov, bodisi na medosebni bodisi na sistemski ravni. Zato pomeni ozaveščanje predelave temeljnega afekta razrešitev *afektivnega psihičnega konstrukta* (Simonič in drugi 2013, 274), ki predstavlja neučinkovito regulacijo afektov, toge vzorce odzivanja, ohranjanje obrambne drže in onemogočanje novega učenja (Gostečnik 2011, 42). Relacijski mehanizmi, dinamike projekcijske identifikacije in kompulzivno ponavljanje poganjajo nefunkcionalne odnose in onemogočajo regulacijo afekta (Simonič in drugi, 2013, 274). Cilj terapije je razvoj učinkovite regulacije afektov, kar omogoča prožno odzivanje ter novo učenje (Siegel 2003, 21-24). RDT temeljni afekt odkriva na vseh treh ravneh delovanja družine (Simonič in drugi, 2013, 274).

Projekcijsko introjekcijski mehanizem je kot mehanizem osnova prenosa čutenj in težkih afektov v medosebnih interakcijah. Oseba projicira oz. odcepi težka čutenja terapevta, ta jih nato sprejme, se s projekcijo identificira ter jih vrne v predelani obliki mehanizmov (Simonič in drugi, 2013, 274).

Relacijska družinska terapija deluje na treh nivojih: sistemski nivo, drugi nivo – vrednostni sistem, ter tretji nivo, na katerem se osredotočamo na povezovanje trenutne situacije s preteklostjo – z izvorno družino staršev.

Sistemski nivo predstavlja vedenjske vzorce, ki jih družina lahko spreminja: način reševanja težav, način komuniciranja med seboj, način odzivanja na potrebe, kakšen stil vzgoje imajo starši, njihova odzivnost in postavljanje meja. Ker se na tem nivoju odraža simptomatika družine, se ukvarjamo z načini izražanja intimnosti med partnerjema in na njuno vrednostnega sistema, se odzivanje drug na drugega. Cilj je postavitev jasnih vlog in razmejitev. Na drugem nivoju, na nivoju vrednostnega sistema, se osredotočamo na prepričanja, ki ohranjajo simptomatiko, npr. na občutke nemoči, zanikanja, zavedanje simptomatike, in se osredotočamo na prisotnost obrambnih mehanizmov (projekcija, zanikanje, racionalizacija, razcep, pasivna agresija), ki jih zavarujejo pred na prisotnost obrambnih mehanizmov (projekcija, zanikanje, racionalizacija, razcep, pasivna agresija), ki jih zavarujejo pred stisko, a hkrati vzdržujejo simptomatiko. Zanima nas ali so družinski člani sposobni prevzemanja odgovornosti; ali so sobni pripovedovati o svojih odnosih in na kakšen način to počnejo (npr. iz občutka krivde, nemoči, jeze). Na tretjem nivoju, imenovanem povezovanje trenutne situacije s preteklostjo, gledamo možne stresne dogodke iz izvorne družine ki so osebo zaznamovale. Vsi trije nivoji upoštevajo kontekst v katerem se družina trenutno nahaja in na vseh nivojih prepoznavamo pot-

PRIMER DRUŽINSKE TERAPIJE Z MLADOSTNIKOM S SPREKTROAVTISTIČNO MOTNJO

V nadaljevanju bomo predstavili primer relacijske družinske terapije z mladostnikom z diagnozo spektroavtistične motnje.

Opis družine

V terapevtski proces se vključi tričlanska družina (oče, mama in petnajstletni sin). Razlog prihoda na terapijo so sinove težave v šoli – slabe ocene, odnos do sošolcev in učiteljev. Mladostnik ima diagnosticiran Aspergerjev sindrom. Zaradi težav, ki jih ima zaradi spektroavtistične motnje, ni zmožan zaključiti osnovnošolskega izobraževanja. Sedaj obiskuje osnovno šolo s prilagojenim programom, kjer se njegove težave nadaljujejo. Starši ne zmorejo nadzorovati njegovih izbruhov jeze v šoli in doma, njegovega fizičnega nasilja nad sošolci in izpadov jeze nad učitelji in starši. Veliko manjka pri pouku, zjutraj ima pogoste bolečine v trebuhu, utrujen je, tesnoben in izčrpan. Doživlja močna čustvena preplavljanja. Sprošča se z igranjem računalniških iger, včasih tudi do dveh ali treh ponoči, in s poslušanjem glasne »hard rock« glasbe. Na terapijo je prišel pod prisilo staršev in sprva terapevtu ni zaupal.

Mama doživlja močne občutke nemoči, sramu in krivde. Psihični konstrukti ji omogočajo, da ni v stiku z doživljanjem temeljnega afekta jeze, tako do bližnjih kot do strokovnjakov, s katerimi je imela v preteklosti slabe izkušnje. Nezmožna je izraziti jezo in grozo; pravi da v možu nima opore in pomoči pri vzgoji. V odnosu do moža se trudi biti spoštljiva. Boji se ga vznemirjati z resničnim pogovorom o njunem odnosu – boji se, da si bo kaj storil, saj je v preteklosti že grozil s samomorom.

Oče čuti odpor do najstnika in doživlja obup. Sramuje se njegove diagnoze in nezmožnosti slediti vrstnikom. Med očetom in sinom je opaziti dinamiko sovražnosti. Pove, da ga je sin pri dvanajstih letih napadel in pretepel s ponvijo. Oče izkazuje težave z depresijo in samomorilnimi mislimi, zaradi česar je bil v preteklosti večkrat hospitaliziran in se zdravi pod nadzorom psihiatra. V odnosu do sina se počuti nemočnega in prepušča ženi reševanje nastalih težav. Oče ima dva otroka iz prejšnjega zakona, ki sta zdaj že odrasla. V prejšnjem zakonu je doživljal fizično in psihično nasilje ter finančno izkoriščanje s strani žene in tasta.

Starša sta sina spočela ob pomoči umetne oploditve. Postopki so bili dolgotrajni in mučni. Mama je bila ob sinovem rojstvu stara več kot petinštirideset let. Sin je njen edini otrok.

Cilji terapije

S posegom v strukturo odnosov družine želimo mladostniku z Aspergerjevim sindromom omogočiti psihično okolje z bolj funkcionalno regulacijo afektov in odpravo afektivnih psihičnih konstruktov, ki poganjajo dinamiko nasilja, zato si zastavimo naslednje cilje:

- Sina želimo razbremeniti prenosa čutenj iz partnerskega podsistema v otroškega, tako da okrepiamo partnerski odnos ter očeta vključimo v vzgojo;
- družinske člane želimo naučiti boljšega prepoznavanja, reguliranja in izražanja čustev;
- starša želimo razbremeniti kompulzivnega ponavljanja travmatičnih doživetij iz njunih primarnih družin;
- normalizirati želimo občutke nemoči ob otroku, ker ne zmore dosežati rezultatov in razvojnih mejnikov primerljivih z drugimi otroci in starše razbremeniti občutkov sramu in krivde.

To bo družinski terapevt skušal doseči tako, da bo sledil temeljnemu afektom sramu, jeze in strahu na sistemski, medosebni in intrapsihični ravni. Poskušal bo ugotoviti iz katerih odnosov v družinskem debelu so se neustrezne oblike regulacije teh afektov vtisnile v odnosno matrico družinskih članov, kjer zdaj vplivajo na psihobiološko strukturo vseh posameznikov.

Potek terapije in njen zaključek

V začetnih srečanjih mladostnik deluje verbalno in psihično agresivno do mame. Do očeta je izmenično napadalen in previden. V transferju terapevt začuti globoko vsajen strah in tako sklepa, da sta sinova jeza in agresija afektivni psihični konstrukt – obramba pred občutki močnega strahu. Čedalje bolj začne naslavljaati afekt globoko vsajenega strahu, skoraj terorja. Ob terapevtovem razumevanju sin opusti obrambno vedenje in mu začne bolj zaupati. Terapevt ga pomiri z zagotovitvijo, da se težka občutja strahu, ki jih čuti v sebi, nanj prenašajo iz družinskega sistema. Temeljni afekt družine, ki je s strani vseh članov neustrezno reguliran je torej strah.

Ker sin izkazuje izjemen interes za ribe in ribolov (značilno za avtizem), očeta pa ribolov prav tako zanima, ju terapevt poveže ob njunem doživljanju pozitivnih čutenj, ko se pogovarjata o ribah. Mladostnik navdušeno pripoveduje o ribah in videti je, da ga oče z zanimanjem posluša. Zato jima terapevt predlaga naj gresta kdaj skupaj loviti ribe in se pogovarjati.

V procesu terapije oče prihaja v stik s svojimi odcepljenimi telesnimi občutki (težo v prsnem košu, skorajšnje omedlevanje, vrtoglavico ...). Terapevt za nekaj časa sina umakne iz terapije s pojasnilom, da bo sedaj delal s starši, ker je potrebno, da razrešita svoje notranje stiske. Tako se bosta zmožna z njim bolje pogovarjati.

V nadaljevanju terapije se oče začne spominjati svojega travmatičnega otroštva. Spominja se očeta, ki si ni želel sina, ampak hčerko. Oče ga je skoraj vsakodnevno pretepal, ob učenju matematike zabijal z glavo v mizo, da mu je iz nosa tekla kri. Sramotil ga je, poniževal in kaznoval na različne sadistične načine. Ob očetu je doživljal toliko nasilja, da je kot osemletni fant fantaziral o svoji smrti. Hkrati je tudi molil, da bi se očetu kaj zgodilo in bi bilo konec nasilja. Oče je bil nasilen tudi do mame. Ta je nasilje prenašala in sinu govorila, da ga ima oče kljub temu rad.. Očetovo primarno družino je zaznamovalo povojno nasilje, saj so klientovega dedka brez obsodbe ustrelili. Tudi klientov oče je bil v življenjski nevarnosti, vendar je preživel. Klienta so še kot najstnika nagovarjali k ovadstvu lastne družine, zaradi česar je bil na smrt prestrašen. Ob teh spominih terapevt klientu pomaga regulirati afekt strahu do te mere, da klienta ne preplavlja več. Postopoma se klient že nauči začutiti strah, ga umestiti v pretekle travme, iz katerih izvira, ter ga zregulirati do te mere, da ga ne preplavi. Hkrati s terapevtom ozaveščata afekt sramu. Ko oče začuti, kako močno ga je zaznamoval občutek toksičnega sramu, da ga lasten oče ni sprejemal, je sprevidel in globoko začutil, kako se mora ob njegovem umiku in ne-sprejemanju počutiti njegov sin.

Tudi žena ob možu intenzivno podoživlja svoje otroštvo, kjer je odraščala s psihično in verbalno nasilnim očetom. Živeli so pri očetovi družini, kjer je bila njena mama nezaželena. Zasramovali so jo ter jo poniževali, ker je bila iz revne družine. Ko je bila klientka stara dve leti so ju z mamo »odgnali« od hiše. Da je njena mama lahko preživela, je delala. Za dve leti je dala hčerko v rejo k starejši gospe, ki je na srečo bila prijazna. Po dveh letih, ko je vzljubila to gospo in se začela počutiti kot da je pri njej doma, pa je mama nenadoma prišla po njo in sta se vrnila nazaj k očetu. Vanjo so se močno vtisnili občutki sramu. nevedno

in nezadostnosti. V sebi je nosila boleče občutke jeze, ki se je transformirala v občutke preplavljajočega strahu in nemoči. Zdaj ni zmogla funkcionalno uporabljati čustva jeze za postavljanje mej v odnosu z možem in otrokom.

V terapevtskem procesu je mož naredil ogromen napredek in je zmozel zdržati ob ženi, ko je izrazila svojo jezo, da je morala sama vzgajati sina in da se je mož umikal, zdrsnil v depresijo, grozil s samomori ali pa se ves čas jezil. Izražala je dolgo potlačene občutke jeze, nato pa globoke žalosti. Ko je videla, da se tokrat mož ni ustrašil in umaknil, temveč je naredil prostor za njene občutke, mu je začela bolj zaupati.

Po terapevtskem delu staršev v terapijo zopet vključimo sina. Oče se zdaj zna povezati s svojim odraščanjem in je zmožen prepoznati podobne težave pri sinu, kot jih je imel sam v njegovih letih. Tako sina bolj razume in sin se ob njem lahko umiri. Oče prepozna in regulira lastne občutke strahu in sramu ter ostane čustveno prisoten in stabilen. Sin postopoma začne ob očetu čutiti večjo varnost in zaupanje. Pri njunem odnosu je zelo pomagalo skupno druženje (ribolov, gradnja sinovega akvarija, skupni nakupi različnih vrst rib) ter odkriti pogovori.

Mama je zaradi izkušnje partnerske terapije sinu začela postavljati meje in prepoznavati svoja čustva in potrebe. Odločila se je da zamenja poklic namesto, da bi se upokojila. Ob novi zaposlitvi je pričela uživati in doživljati uspehe, kar ji je pomagalo izboljšati samozavest. Hkrati je krepila zaupanje v moža in v njegovo vzgojo v času njene odsotnosti od doma.

Premik večje odgovornosti k očetu se je na sinu zelo dobro odrazil. Težave v šoli so se opazno zmanjšale in fizično nasilje do sošolcev je izzvenelo. Ko ga je eden od sošolcev močno odrinil, ni odreagirал z napadom, ampak je na terapiji dejal, da je bil najbrž fant v stiski. Odgovorno je doma povedal za zaplet, ki so ga skupaj z učitelji in starši razrešili. Mnogo zapletov in nesporazumov z učitelji pa je sin sam zadovoljivo razrešil kljub vsem izzivom pri komunikaciji, ki mu jih povzročata Aspergerjev sindrom.

Po zaključku terapije ima mladostnik željo vpisati se v srednjo šolo po standardnem programu. Spoznal je najboljšega prijatelja in se precej osamosvojil. Hodi sam na vlak in v šolo, pripravi si hrano, pospravi za sabo, med igranjem iger se redko razburja, zmanjšal je količino preživetega časa na računalniku in se bolj posveča vzrejanju in preučevanju rib. Z očetom sta šla tudi prvič sama za cel teden na morje. Kljub temu da je sin doživljal čustvena preplavljanja, je oče uspel odreagirati na sočuten način in ga pomiriti.

Zadnjo terapijo prvega cikla je oče končal z besedami: »Ne morem verjeti. Še nedavno nazaj sem se sramoval sina in imel občutke, da nimam za kaj živeti. Morda sem ga celo sovražil. Sovražil sem življenje. Danes se veselim, da sem oče, in sin mi je postal navdih, da želim postati čim boljši človek. Veselim se trenutkov, ki jih preživiva skupaj. Tudi s preostalima sinovoma se želim povezati, saj vidim, da smo veliko zamudili.«

ZAKLJUČEK

Primer družinske terapije nazorno nakazuje še kako potrebno delo z družinskim sistemom ter staršema, ki poleg stiske povezane z mladostnikovo diagnozo, doživljata stiske povezane z njunimi izkušnjami iz primarnih družina. Kljub začetnemu razlogu za vključitev v družinsko terapijo zaradi mladostnikovih težav se terapevt ni osredotočal zgolj na njegovo vedenje, temveč razrešitev težav v partnerskem odnosu se je lahko njun starševski odnos predružačil. Šele z razrešitvijo starševskih stisk ter cionalen odnos, neobremenjen s sinovo diagnozo in njunimi izvornimi izkušnjami. Zaradi izboljšanja družinskih odnosov so v večji meri izzvenele tudi sinove težave. Ker družinska terapija vključuje vse člane družine, omogoča spremembe na sistemski ravni (Bailey, D.C., 2012). Zato lahko trdimo, da je družina prostor nenehnega razvijanja odnosov in učenja.

LITERATURA

- Bailey, D.C. (2012). Assessment in Marriage and Family Therapy: A Review of Clinical Updates for Family Therapists. *Marriage & Family Review*, 48(4), 311-338.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.
- Gostečnik, C. (2011). Inovativna relacijska družinska terapija. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Gostečnik, C. (2017). Družinska terapija in klinična praksa. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Neely, J., Amatea, E.S., Echevarria-Doan, S. in Tannen, T. (2012). Working with Families Living with Autism: Potential Contributions of Marriage and Family Therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 1-14.
- Ramisch, J.L., Timm, T.M., Hock, R.M. in Topor J.A. (2023). Experiences Delivering a Marital Intervention for Couples with Children with Autism Spectrum Disorder. *The American Journal of Family Therapy*, 41:376-388.
- Siegel, D.J. (2003). An interpersonal neurobiology of Psychotherapy: The Developing Mind and The Resolution of Trauma. V D.J. in M.F. Solomon (ur.), *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain* (1-56). New York: W.W. Norton & Company.
- Simon, G., Evans, M., Urbinstondo Cano, F., Helps, S.L. in Vlam, I. (2020). Autism and Systemic Family Therapy. V: Wampler, K. S., Rastogi, M. in Singh, R. (ur.), *The Handbook of Systemic Family Therapy* (407-432). Pridobljeno 25.6.2023 s <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/9781119438519.ch98>.
- Simonč, B., Poljanec, A. in Katona, M. (2013). Alkoholizem kot mehanizem čustvene regulacije v družinskem sistemu in pristop relacijske družinske terapije v procesu okrevanja družine. *Anthropos* 3-4 (231-232), 269-283.
- Stoddart, K.P. (1998). The Treatment of High-Functioning Pervasive Developmental Disorder and Asperger's Disorder: Defining the Social Work Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 13(1), 45-52.
- Spain D., Sin J., Paliokosta E., Furuta M., Chalder T., Murphy D.G., Happé F.G. (2017). Family Therapy for Autism Spectrum Disorders. *The Cochrane Database of Systemic Reviews*, 5.