

# UPORABA VEDENJSKO-KOGNITIVNE PSIHOTERAPIJE V SKUPINSKIH PROGRAMIH PSIHOSOCIALNE REHABILITACIJE

## USE OF BEHAVIORAL COGNITIVE PSYCHOTHERAPY IN PSYCHOSOCIAL GROUP REHABILITATION PROGRAMS

Samo Pastirk, uni. dipl. psiholog, Vesna Knuplež, prof. defektologije  
Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Enota Maribor

### Izvleček

#### Izhodišča:

V prispevku predstavljamo način dela s skupinami v psihosocialnih programih Centra za poklicno rehabilitacijo v Mariboru. Pri delu s skupinami uporabljamo predvsem metode vedenjsko-kognitivne in suportivne psihoterapije.

#### Metode

Pri ocenjevanju programa med seboj primerjamo tri različne skupine, v katerih smo glede na strukturo članov ustrezno prilagodili različne kombinacije vedenjskih, kognitivnih in suportivnih tehnik.

#### Rezultat:

Rezultati kažejo, da je glede na raznovrstnost populacije smiselno razvrščanje članov v manjše, bolj enovite skupine. Take skupine omogočajo kakovostnejše sodelovanje med člani, lažje iskanje skupnih potreb in odpravljanje ovir, omogočajo uporabo enotnejših terapevtskih tehnik in načinov dela. V rezultatih opiševa, katere tehnike so bile učinkovitejše za posamezne skupine.

#### Zaključki:

Opozarjamo pa tudi na pomen razumevanja rezultatov psihosocialnih programov znotraj širšega procesa poklicne/zaposlitvene rehabilitacije.

#### Ključne besede:

Poklicna rehabilitacija, vedenjska psihoterapija, kognitivna psihoterapija, skupinska psihoterapija, urjenje socialnih spretnosti

### Abstract

#### Background:

*We present methods of group work in psychosocial programs at the Centre for vocational rehabilitation Maribor. In these groups, we are using methods of cognitive-behavioral and supportive psychotherapy.*

#### Methods:

*In an evaluation, we compare three groups in which we adapted different combinations of behavioral, cognitive and supportive techniques to the structure of group membership.*

#### Results:

*Results indicate that it is reasonable to form smaller homogeneous groups. Such groups facilitate better communication between members, easier adjustment of needs and barriers, and use of unified therapeutic techniques and work methods. We describe the efficiency of different techniques in each group.*

#### Conclusions:

*We also point out how important it is to consider the meaning of psychosocial programs within the wider process of vocational rehabilitation.*

#### Key Words:

*Vocational rehabilitation, behavioral psychotherapy, cognitive psychotherapy, group psychotherapy, social skills training*

## UVOD

Začetni korak procesa poklicne/zaposlitvene rehabilitacije je kakovostna diagnostično-ocenjevalna obravnava. Ob zaključku diagnostične obravnave multidisciplinarni tim (zdravnik, psiholog, socialni delavec, delovni terapevt, tehnolog) s sodelovanjem posameznika, ki je vključen v program, izoblikuje rehabilitacijski načrt in predloge za rehabilitacijsko obravnavo. Lahko gre za neposredno usmeritev v prava ali zaščitena delovna okolja, posamezniku lahko predlagamo spremembo poklica, prekvalifikacijo ali nadaljnje izobraževanje, pripravimo predlog predstavitve za invalidske komisije, lahko pa ga tudi vključimo v nadaljnje programe poklicne/zaposlitvene rehabilitacije. V najširšem pomenu so nadaljnji rehabilitacijski programi oblikovani iz dveh delov: usposabljanja na delovnem mestu in psihosocialnih programov. Na področju psihosocialnih programov uporabljamo skupinske in individualne pristope. Ob tem zmeraj znova iščemo načine dela, ki bi bili učinkoviti. V psihosocialne programe vključujemo tudi metode in pristope vedenjsko-kognitivne psihoterapije (VKT). V prispevku bova predstavila osnovna teoretična izhodišča tega pristopa in naše izkušnje z uporabo metod VKT in vedenjsko-kognitivnih pristopov pri delu s skupinami na področju poklicne/zaposlitvene rehabilitacije.

### Vedenjsko kognitivna psihoterapija

Vedenjsko kognitivna psihoterapija se uporablja za pomoč različni populaciji (otrok, adolescentom, parom ...), v različnih oblikah obravnav (ambulantno, bolnišnično, v različnih centrih ...) ter za različne klinične motnje (1). Združuje dva v osnovi različna psihoterapevtska pristopa – vedenjskega in kognitivnega. Korenine vedenjske psihoterapije so povezane s teorijami učenja in že v samem začetku z delom različnih avtorjev. Vedenjska psihoterapija je usmerjena v človekovo vedenje in spreminjanje vedenja, ki je za posameznika ali njegovo okolje moteče. V nasprotju s tem se kognitivna psihoterapija usmerja v prepoznavanje posameznikovih načinov razmišljanja, stališč, predstav, prepričanj oziroma v spreminjanje disfunkcionalnih miselnih shem. Za kognitivno psihoterapijo je značilna strukturiranost, časovna omejenost, usmerjenost v sedanost, v reševanje aktualnih težav, v prepoznavanje in spreminjanje nefunkcionalnih misli in vedenj. Za ta pristop so pomembne misli in predstave, ki pomembno vplivajo na naše čustvovanje, vedenje in telesne reakcije.

Catherine MacLaren in Arthur Freeman (1) osnovne značilnosti pristopa strneta v naslednjih točkah:

- **Aktivnost:** Posameznik je aktivno vključen v psihoterapevtski proces. Ni le opazovalec procesa, temveč je bistven in ključen soudeleženec. Če tega ne zmore, je treba terapevtske cilje prilagoditi in omejiti.
- **Motivacija:** Terapevtova odgovornost je, da posameznika na poti spreminjanja vedenja, čustvovanja in miselnih procesov vzpodbuja.

- **Usmerjanje:** Terapevt izoblikuje terapevtski načrt in ga predstavi vsem, ki so vključeni v terapevtski proces. Da bi le-ti lahko v njem uspešno aktivno sodelovali, ga morajo sprejeti, in vedeti, da je po potrebi terapevtski načrt mogoče tudi spremeniti.
- **Struktura:** VKT je strukturiran pristop, in sicer na dva načina: sledimo strukturi terapevtskega načrta in strukturi srečanj.
- **Sodelovanje:** Izredno pomemben je odnos, ki temelji na sodelovanju. Pri tem je treba stvarno presoditi posameznikove zmožnosti in njegovo motivacijo za aktivno sodelovanje. V začetku terapevtske obravnave je praviloma bolj aktiven terapevt.
- **Psiho-edukacija:** Veliko težav, ki posameznike pripeljejo do terapevtske obravnave, je povezanih s pomanjkanjem spretnosti in znanj. Pri terapevtski obravnavi jih lahko učimo z neposrednimi napotki, z modeliranjem, z igranjem vlog, z vodeno praktično uporabo tehnik ali s praktično uporabo tehnik v življenjskih okoliščinah (izpostavljanjem v živo).
- **Problemska usmerjenost:** VKT je praviloma usmerjena v opredeljene in konkretne težave. Manj se posvečamo nedoločenim, nejasnim ciljem, kot je splošno boljše počutje, boljša samopodoba in podobno.
- **Usmerjenost v rešitev težav:** Terapevt skuša posameznike, vključene v terapevtski proces pripraviti do posplošene rešitve, ne le do preproste rešitve znotraj posamezne težave.
- **Dinamika:** Dinamična raven VKT je raven prepoznavanja, razumevanja in spreminjanja osnovnih shem. Sheme predstavljajo osnovne vzorce razumevanja sveta.
- **Časovna omejenost:** VKT je časovno omejen pristop.

### Prikaz nekaterih vedenjsko-kognitivnih tehnik, ki jih pogosteje uporabljamo v našem psihosocialnem programu

Za VKT je značilno veliko število različnih terapevtskih tehnik in postopkov. Opisala bova le dve tehniki, ki ju v našem skupinskem psihosocialnem programu pogosto in učinkovito uporabljamo.

#### Urjenje socialnih spretnosti

V ospredju urjenja socialnih spretnosti je vedenje posameznika, ki želi doseči cilj v sodelovanju z drugimi. V kakovostni socialni interakciji je pomembno, kaj je povedano in kako je povedano. Tipične situacije, v katerih skušamo posameznikove veščine izboljšati, so: vzpostavljanje sporazumevanja, razgovor za službo, samostojno zastopanje na delovnem mestu ipd. Osnovna teoretična izhodišča urjenja socialnih spretnosti izhajajo iz teorije socialnega učenja, ki jo je raziskoval Bandura, in iz teorij »operantnega pogojevanja«, ki jih je razvil Skinner (2).

Skupina avtorjev Alana S. Bellacka, Kim T. Museser, Susan Gingerich, Julie Agresta (2) predlaga urjenje socialnih spretnosti v naslednjih korakih:

1. korak: **opredelitev smiselnosti in pomena učenja socialnih spretnosti**; prvi korak je motivacijski; s člani skupine se pogovorimo o smiselnosti, koristi in pomenu socialne veščine, ki se je bomo v nadaljnjih korakih skušali naučiti.

2. korak: **modeliranje**; terapevta prikažeta primer posamezne socialne spretnosti z igranjem vlog ali predstavita določene postopke, načine, za katere želimo udeležence usposobiti.

3. korak: **aktivno igranje vlog**; člani skupine izvedejo določeno socialno spretnost z igranjem vlog.

4. korak: **povratna informacija**; člani skupine povedo svoje mnenje o urjenju socialnih spretnosti, lahko ga ocenijo kot dobro, sprejemljivo ali pa bi želeli kaj spremeniti ter predlagajo izboljšave pri uporabi določene socialne spretnosti.

5. korak: **praktična uporaba tehnik**; člane skupine vzpodbudimo in pripravimo, da tehnike sami praktično uporabljajo v domačem ali delovnem okolju.

Z urjenjem socialnih spretnosti skušamo izboljšati posameznikovo sodelovanje v socialnem okolju. Doseči želimo njegovo učinkovitejše sporazumevanje, da bi se naučil več različnih tehnik socialnih spretnosti in jih učinkoviteje uporabljal v vsakdanjih okoliščinah. Pogosto se z boljšimi socialnimi spretnostmi postopno zmanjša socialna anksioznost in izboljša samozavest.

### **Tehnike ponovnega kognitivnega strukturiranja (restrukturacije)**

To je sklop kognitivnih tehnik, katerih namen je odkrivanje in sprememba nefunkcionalnih in zmotnih negativnih prepričanj. To so prepričanja, ki jih ima posameznik o sebi, svojih zmožnostih, pričakovanjih do sebe in do drugih, pa tudi do lastne sprejetosti in odnosov v njegovem okolju. Pogosto gre za zelo globoka in temeljna prepričanja, ki v veliki meri določajo način odzivanja v različnih situacijah in se jih posameznik velikokrat niti ne zaveda. Ker gre za bistvene poteze osebnosti, pogosto ni mogoče doseči popolne spremembe. Cilj je prepoznavanje in boljše obvladovanje nefunkcionalnih miselnih in vedenjskih vzorcev, ki ovirajo posameznika in/ali njegovo okolje.

Ponovno kognitivno strukturiranje se prične z obravnavo avtomatskih misli (AM). Avtomatska misel je miselni tok, ki teče ob manifestnem miselnem dogajanju in se običajno pojavi spontano – avtomatično. AM se pojavijo v obliki slik ali kratkega sporočila. AM pogosto sprejmemo kot resnico brez razmisleka ali vrednotenja. Praviloma jih spontano ne uvidimo, vendar lahko z malo vaje postanejo dostopne zavedanju (3). Kadar so AM zmotne ali niso funkcionalne, lahko uporabimo tehnike ponovnega kognitivnega strukturiranja. Če pa so AM realne in je bistvo težave zunanja ovira, je smiselno uporabiti tehnike reševanja problemov.

Pogosto uporabljamo tudi druge tehnike VKT. Pretirano impulzivne ali izrazito anksiozne posameznike vzpodbujamo k uporabi »Stop« tehnike. Po potrebi jih učimo preprostejših tehnik sproščanja, npr. tehnike globokega dihanja. Del programa namenjamo tudi psihološki vzgoji in izobraževanju (psiho-edukaciji).

Prav tako pa v naših programih uporabljamo postopke in načine dela, ki ne izhajajo iz VKT pristopa.

### **Skupinska vedenjsko-kognitivna psihoterapija**

V vedenjsko-kognitivnem pristopu so še vedno prevladujoči izrazito strukturirani terapevtski skupinski programi, ki so namenjeni določeni heterogeni populaciji in usmerjeni v razreševanje specifičnih težav (npr. pomoč bolnikom z depresijo) (4). Iz vedenjskega pristopa izhajajo skupinska asertivna urjenja, kjer se člani učijo socialnih veščin in konstruktivnega zastopanja samega sebe. Kot učinkovita skupinska vedenjska metoda se je pokazala tudi sistematična desenzitizacija (5). Znotraj tega pristopa so znani skupinski programi, namenjeni nadzоровanju jeze, obvladovanju anksioznosti, soočanju s stresom in z depresijo. Vedno bolj se uveljavljajo skupinski psiho-izobraževalni (psiho-edukacijski) pristopi VKT. Znani in uspešni so programi skupinske kognitivne terapije, kot jih je izoblikoval Michaela L. Free (5, 6). To so strukturirani programi, sestavljeni iz 25 srečanj.

Pri delu s skupinami po načelih VKT je pomembno ravnatežje med vzpostavljanjem in vzdrževanjem kohezivnosti v skupini in usmerjenostjo k terapevtskemu cilju (7). J. White meni, da kohezivnost odraža interes posameznikov »drug za drugega« v skupini. Kohezivnost je seveda večja, če se člani čutijo medsebojno povezane in jim odnosi v skupini veliko pomenijo. H kohezivnosti prispeva tolerantnost do razlik med člani in njihova strpnost do različnih mnenj, prav tako pa sočutje in skrb za druge člane v skupini. Hkrati je za VKT značilna ciljna usmerjenost in aktivno iskanje rešitve aktualnih problemov. Naloga kognitivnega terapevta v skupini je, da najde takšne načine in postopke, ki kohezivnost gradijo in omogočajo doseganje cilja (7).

### **Raziskave o uporabi vedenjsko-kognitivne psihoterapije na področju pomoči brezposelnim osebam**

V začetnem obdobju se je vedenjsko-kognitivna psihoterapija uporabljala predvsem pri obravnavi depresivnih in anksioznih motenj, kasneje pa se je zelo hitro razširila na mnoga druga področja pomoči ljudem v stiski. Postopno se je uveljavila tudi na področju pomoči brezposelnim.

Judith Proudfoot (8) je preučevala učinkovitost vedenjsko-kognitivne psihoterapije pri dolgotrajno (več kot eno leto) brezposelnih oseb. V raziskavi je skušala ugotoviti učinek programa na področju duševnega zdravja, na aktivnost pri iskanju zaposlitve ter na uspešnost pri zaposlitvi.

244 prostovoljcev so razdelili v dve skupini – skupino z vedenjsko-kognitivno psihoterapijo in kontrolno skupino. Urjenje je potekalo sedem tednov s triurnimi srečanji enkrat tedensko. Izvajali so ga v manjših skupinah. Ocenjevanje je bilo opravljeno pred začetkom urjenja in po njem, ter tri do štiri mesece po zaključku programa. Rezultati na področju duševnega zdravja so pokazali napredek v obeh skupinah, vendar so bili v skupini z vedenjsko-kognitivnim psihoterapijo rezultati znatno boljši. V aktivnosti pri iskanju zaposlitve ni bilo pomembnih razlik med skupinama, kljub temu pa se je po štirih mesecih precej večje število tistih, ki so bili vključeni v vedenjsko-kognitivno urjenje, zaposlilo (34% iz skupine z vedenjsko-kognitivnim urjenjem, 13% iz kontrolne skupine).

Tony Machin je na »Kongresu industrijske in organizacijske psihologije« v Melbournu, leta 1997, predstavil prispevek »Evalvacija osebnosti in zaposlitvenih izidov dolgotrajno nezaposlenih posameznikov, ki so obiskovali vedenjsko-kognitivni trening«. 43 mladih brezposelnih oseb je bilo vključenih v vedenjsko-kognitivno urjenje, 22 oseb pa je bilo v kontrolni skupini. Urjenje je potekalo v obliki tridnevni delavnic. V raziskavi so spremljali duševno izčrpanost, samospoštovanje, pozitivne dejavnike (npr.: optimizem, živahnost ...), negativne dejavnike (npr.: strah, stres ...) in strategije soočanja. Takojšnje izboljšanje se je pokazalo pri vseh merjenih dimenzijah, po daljšem obdobju pa pri večini merjenih dimenzij (9).

Študiji potrjujeta smiselnost uporabe vedenjsko-kognitivne psihoterapije tudi na področju poklicne rehabilitacije in pomoči brezposelnim osebam.

**Namen** prikaza v nadaljevanju je predstaviti način dela s skupinami v psihosocialnih programih Centra za poklicno rehabilitacijo v Mariboru. Med seboj primerjava tri različne skupine, ki smo jim ustrezno prilagodili metode dela – kombinacije vedenjskih, kognitivnih in suportivnih psihoterapevtskih tehnik.

## METODE DELA

### Skupinski programi znotraj celostnega programa rehabilitacije

Skupinski programi so le del celostnega programa poklicne/zaposlitvene rehabilitacije. Cilj programa je posamezniku pomagati realno oceniti lastne zmožnosti in perspektive, razviti njegove sposobnosti na delovnem, osebnem in socialnem področju in mu pomagati do najprimernejše oblike delovne in socialne vključitve. Cilj je lahko pridobitev zaščitene ali redne zaposlitve, v nekaterih primerih pa njegova vključitev v socialne programe. Program je sestavljen iz psihosocialnega dela in programa delovnega usposabljanja. Programi delovnega usposabljanja so namenjeni usposabljanju na konkretnih delovnih mestih, psihosocialni programi

pa psihološki podpori in pridobivanju socialnih spretnosti in veščin, ki posamezniku pomagajo, da pridobi in ohrani zaposlitev.

### Skupinski programi

Cilj skupinskih psihosocialnih programov je z metodami skupinskega dela članu skupine pomagati pri vključitvi v različna delovna okolja in socialne situacije. Že sama skupina in izmenjava izkušenj med člani skupine lahko deluje terapevtsko. Pri delu uporabljamo metode suportivne, vedenjske in kognitivne psihoterapije.

V ocenjevanje skupinskih psihosocialnih programov je bilo vključenih 59 oseb, ki so v obdobju od septembra 2006 do februarja 2008 pričele s programom rehabilitacije v Centru za poklicno rehabilitacijo Maribor.

Za potrebe rehabilitacijskega programa smo izoblikovali tri različne oblike skupin:

**1. skupina:** je delovala kot podporno vzgojno-izobraževalna (suportivno-edukacijska) skupina, v kateri je bilo v ospredju učenje konkretnih socialnih spretnosti ter usmerjanje in vodenje članov skupine v življenjskih situacijah. V tej skupini smo uporabljali predvsem tehnike vedenjske psihoterapije, tehnike učenja socialnih spretnosti in suportivne metode. V skupino smo pogosteje vključevali posameznike z izrazitim primarnim primanjkljajem ali sekundarnim upadom kognitivnih sposobnosti.

**2. skupina:** v tej skupini smo enakomerno povezovali in uporabljali tehnike socialnega učenja in metode suportivne psihoterapije. Skupina je bila vodena manj direktivno in je pri delu presegala reševanje konkretnih težav na delovnem mestu.

**3. skupina:** v skupino so bili vključeni člani z dobrim uvidom v svoje težave. Pri delu je bila usmerjena predvsem v reševanje aktualnih težav v delovnem okolju in v reševanje težav pri medosebnih odnosih, pa tudi v obravnavo zmotnih in nefunkcionalnih prepričanj. Upabljali smo predvsem tehnike kognitivne psihoterapije in suportivne psihoterapije.

Pred vključitvijo v posamezno skupino smo opravili individualni intervju z bodočim članom skupine. Na podlagi tega in glede na ugotovitve predhodne diagnostično-ocenjevalne obravnave smo se odločili, v katero skupino bo posameznik vključen (kriteriji za delitev v skupine so bili: kognitivne zmožnosti, sposobnost uvida, potek duševne bolezni, motivacija, področja njihovih težav ...).

### Skupinski proces

Delo v skupinah je potekalo eno uro tedensko. Delovale so kot polodprte skupine. Po dogovoru s člani so lahko vstopali

v skupino tudi novi člani. V začetni fazi je bila pomembna usmerjenost v kohezivnost skupine, v medsebojno zaupanje in vzpostavitev delovnega odnosa. V skupinskem procesu smo poskušali vzpostaviti ravnovesje med prizadevanji za kohezivnost skupine in ciljem, ki je bil vključitev člana v delovno okolje.

## REZULTATI

### Opis oseb, vključenih v program (populacija)

V program je bilo vključenih 59 oseb. V 1. skupino je bilo vključenih 28 oseb, kar je 47% vseh oseb, vključenih v program, v 2. skupino 16 oseb (27%) in v 3. skupino 15 oseb (25%). 28 vključenih oseb (47%) še obiskuje program, 31 (53%) jih je program zaključilo. 31 vključenih oseb je bilo moških (53%), 28 pa žensk (47%). Najmlajši, ki je bil vključen v

program, je bil star 17 let, najstarejši pa 53 let, povprečna starost vključenih oseb je bila 31 let (SD=9). V povprečju so program obiskovali 5,7 meseca (SD=3,7), najkrajše sodelovanje v skupini je trajalo 1 mesec, najdaljše pa 15 mesecev.

V program so bile vključene osebe z različno izobrazbo, od nedokončane osnovne šole ali končane osnovne šole s prilagojenim programom do zaključene višje šole (tabela 1). Dobra polovica vključenih oseb je končala skrajšane programe srednjih šol (17 oseb oz. 29%) ali poklicne šole (16 oseb oz. 27%).

Glede na osnovno diagnozo je bilo v programe vključenih največ oseb z diagnozo (blaga) duševna »manjrazvitost« (18 oseb oz. 31%), precejšnje je bilo število oseb z različnimi razpoloženskimi in nevrotskimi motnjami (7 oseb oz. 12%) ter oseb z boleznimi, poškodbami ali prirojenimi deformacijami hrbtenice in uda (8 oseb oz. 14%) (tabela 2).

**Tabela 1:** Šolska izobrazba članov terapevtskih skupin

Šolska izobrazba	Skupina 1	Skupina 2	Skupina 3	SKUPAJ
Nedokončana OŠ	5	0	0	5
Šola s prilagojenim programom	2	2	1	5
Osnovna šola	2	2	1	5
Skrajšan program srednje šole	10	5	2	17
Poklicna šola	5	7	4	16
Srednja šola	3	0	7	10
Višja šola	1	0	0	1
SKUPAJ	28	16	15	59

**Tabela 2:** Diagnoze članov terapevtskih skupin

Diagnoza	Skupina 1	Skupina 2	Skupina 3	SKUPAJ
Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	3	0	2	5
Duševna manjrazvitost	15	2	1	18
Motnje osebnosti in vedenja	1	1	2	4
Razpoloženske motnje, nevrotske, stresne in somatomorfne motnje	2	4	1	7
Epilepsija	1	3	0	4
Mišična distrofija, multipla skleroza	0	0	3	3
Cerebralna paraliza	1	0	2	3
Bolezni kosti, mišic in veziva, tudi poškodbe in prirojene deformacije kosti hrbtenice in udov	3	3	2	8
Alergije, astma	0	2	0	2
Senzorne motnje (slabovidnost, naglušnost), očesne bolezni	2	1	0	3
Poškodbe glave	0	0	2	2

### Izid programa

Iz tabele 3 je razvidno, da je nekaj manj kot polovica oseb, vključenih v skupine še v procesu rehabilitacije. Med tistimi, ki so obravnavo zaključili (N=31), je redno delovno razmerje sklenilo 14 oseb (45%): 7 na zaščitene delovnih mestih v zaposlitvenih centrih, 2 v podpornih oblikah zaposlitve in 5 v realnih delovnih okoljih brez podpore. 6 oseb ne zmore pridobitnega dela, zanje je primerna vključenost v socialne programe.

### Primerjava strukture članov, vključenih v posamezno skupino

Izobrazbena struktura prve skupine, v kateri smo uporabljali predvsem suportivni in vedenjski pristop, je najnižja. Izobrazba oseb, vključenih v tretjo skupino je bila najvišja. V tej skupini smo uporabili tehnike, ki od posameznika zahtevajo večji uvid v svoje težave (tabela 1).

Skupine so se glede na diagnozo članov med seboj precej razlikovale. Diagnoza duševna »manjrazvitost« je prevladovala v prvi skupini, nevrotske in stresne motnje so prevladovala v drugi skupini, v tretji skupini pa so bili vsi bolniki z mišično distrofijo in poškodbo glave, ki so bili vključeni v rehabilitacijski program (tabela 2).

V tabeli 3 vidimo, da je v času raziskave 31 oseb že zaključilo rehabilitacijski program. Iz rezultatov lahko razberemo,

**Tabela 3:** Izid celotnega programa.

Izid	Skupina 1	Skupina 2	Skupina 3	SKUPAJ
Socialna vključenost	4	0	2	6
Zaščitna zaposlitev	6	1	0	7
Podporna zaposlitev	0	0	2	2
Realno delovno okolje	0	2	3	5
Po obravnavi ostali doma, nezaposleni	2	1	2	5
Prekinitev celotnega programa	4	2	0	6
Še v obravnavi	12	10	6	28

## RAZPRAVA

V razpravi se ne moremo opreti zgolj na kvantitativne rezultate, ki smo jih prikazali v poglavju Rezultati. Tega ne moremo storiti iz metodoloških razlogov (število oseb, ki so zaključile program znotraj posameznih skupin, je premajhno), pa tudi zato, ker narava dela s skupinami zahteva tudi širši kvalitativni pogled, ki ga s številkami ne moremo zajeti. Prav tako ne predstavlja merila uspešnosti dela s skupinami le zaključek programa, saj je le-ta odvisen od številnih dejavnikov: celotnega psihosocialnega dela, usposabljanja na delovnih mestih, razmer na trgu dela. Skupinska obravnava je le eden izmed dejavnikov, ki je vplival na izid.

Iz rezultatov je razvidno, da je celotna populacija oseb, vključenih v rehabilitacijski program izrazito raznovrstna po spolu, diagnozah, starosti in izobrazbi. Pri načrtovanju rehabilitacijskega procesa je potrebno to upoštevati, hkrati pa raznovrstnost populacije pri skupinskem delu zahteva oblikovanje manjših, bolj homogenih skupin. V našem primeru bolj enovite podskupine omogočajo kakovostnejše sodelovanje med člani, lažje iskanje skupnih interesov in premagovanje ovir, olajšajo pa tudi terapevtsko delo, ker omogočajo uporabo enotnejših terapevtskih tehnik.

V prvi skupini je bilo treba način dela še posebej prilagoditi kognitivnim zmožnostim, slabšim sposobnostim uvida in konkretnim težavam članov skupine. Usmerili smo se v pridobivanje konkretnih socialnih spretnosti (kako poslušamo druge, kako vprašamo za nasvet v podjetju ...) in v usmerjanje ter vodenje v konkretnih okoliščinah (samostojen prihod na delo, reševanje konkretnih sporov ali nesoglasij na delovnem mestu ...). V tej skupini so bile, v skladu s pričakovanji, učinkovite vedenjske tehnike in tehnike socialnega učenja.

da so skoraj vsi člani prve skupine rehabilitacijo zaključili v programih socialne vključenosti in v različnih oblikah zaščitene zaposlitve, kar je bilo glede na njihove zmožnosti tudi mogoče pričakovati. Nihče od oseb, vključenih v prvo skupino se ni uspel vključiti v realno delovno okolje. Člani druge in tretje skupine so se uspeli vključiti tudi v realna delovna okolja.

Iz rezultatov lahko razberemo, da je bilo v to skupino vključenih največ oseb od vseh tistih, ki so se vključili v rehabilitacijski program. Prav tako je največ oseb iz te skupine program prekinilo. Izobrazba oseb, vključenih v to skupino v primerjavi z ostalima skupinama je najnižja (nedokončana osnovna šola, šola s prilagojenim programom). Večina članov (15/28) je imelo diagnozo blaga duševna »manjrazvitost«. Nihče izmed članov te skupine ni po zaključenem programu zmožal zaposlitve v realnem delovnem okolju. V celotnem programu se je 7 oseb zaposlilo na zaščitnih delovnih mestih, kar 6 jih je bilo iz te skupine. Glede na zmožnosti oseb, vključenih v to skupino je to dober rezultat. V programe socialne vključenosti so se vključile 4 osebe: 3 z diagnozo duševna »manjrazvitost«, 1 z diagnozo shizofrenija. Večina teh je s težavo sprejela dejstvo, da ne zmore redne zaposlitve. V skupini smo se pogovarjali tudi o tem, kako to dejstvo sprejeti in kako se sprijazniti z umeščanjem v programe socialne vključenosti. Za posamezne člane pa je bil uspeh že samostojno prihajanje na delovno mesto.

V drugi skupini smo uporabili kombinacijo tehnik socialnega učenja in metod suportivne psihoterapije. Uporabljali smo manj tipičnih vedenjskih in kognitivnih tehnik. Skupina je bila precej enovita glede na izobrazbo članov, člani so večinoma zaključili skrajšane programe srednjih šol ali poklicne šole. Glede na diagnozo članov prevladujejo nevrotske motnje in mišično-kostna obolenja. Ker je delo v tej skupini zaključilo le 6 oseb, ni smiselno podajati zaključkov glede izida. V tej skupini je bilo potrebnega manj socialnega učenja kot v prvi skupini, ustrežnejše so bile suportivne tehnike. Kot zelo pomembna sta se pokazala medsebojna podpora med člani in modelno učenje.

V tretji skupini smo se usmerili v aktualne težave članov v delovnem okolju, v obravnavo njihovih težav pri medosebnih

odnosih na delovnem mestu in v širšem okolju, pa tudi v obravnavo zmotnih in nefunkcionalnih prepričanj (npr.: »Če ne bom delal prav tega, kar si želim, nisem nič vreden.«). Uporabljali smo predvsem tehnike kognitivne-psihoterapije in suportivne psihoterapije. Skupina je bila glede na osnovno diagnozo in izobrazbo izrazito heterogena. Izobrazbena struktura je bila v primerjavi s prvo in z drugo skupino najvišja. Prevladovala je srednješolska izobrazba pete stopnje. Vse osebe, ki so imele diagnozo: mišična distrofija, poškodba glave in multipla skleroza, so bile vključene v to skupino. V celotnem programu se je 7 oseb zaposlilo v realnem delovnem okolju, od tega kar 5 iz te skupine. Tudi iz te skupine dve osebi nista bili sposobni pridobitnega dela in sta sprejeli program socialne vključenosti. Vendar ne toliko zaradi kognitivnega primanjkljaja, ki bi bil posledica duševne bolezni, temveč zaradi izrazito napredujoče mišične distrofije se namreč nista mogli zaposliti, ker nista zmogli dela. Nihče izmed članov te skupine ni programa prekinil, kar kaže na dobro kohezivnost skupine. Ker so bili člani sposobni dobrega uvida, smo lahko več delali pri vzpostavljanju boljših medosebnih odnosov v skupini.

## ZAKLJUČKI

Meniva, da so skupinske psihoterapevtske, psihosocialne in vzgojno-izobraževalne oblike rehabilitacije pomemben del celovitega rehabilitacijskega procesa. Pri tem so se vedenjsko-kognitivni pristopi v naših programih, ki so časovno omejeni in ciljno usmerjeni (zaposlitev), pokazali kot kakovostna oblika skupinskega dela. Glede na raznovrstnost populacije, razvrščanje oseb v manjše, bolj enovite skupine omogoča učinkovitejše in kakovostnejše skupinsko delo. V takšnih skupinah člani lažje dosežejo empatičen odnos zaradi sorodnih težav, boljša je kohezivnost skupine in bolj smiselna je uporaba določenih terapevtskih tehnik. Kljub raznolikosti tehnik VKT pa je še vedno najbolj pomemben terapevtski odnos.

## LITERATURA:

1. MacLaren C, Freeman A. Cognitive behavioral therapy model and techniques. In: Ronen T, Freeman A. Cognitive behavior therapy in clinical social work practice. New York: Springer Publishing Co., 2007: 25-31.
2. Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. Social skills training for schizophrenia. New York; London: The Guildford Press, 1997.
3. Pastirk S. Uvod v kognitivno terapijo. In: Anič N. Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, 2007: 5-19.
4. Žvelc G. Skupinska kognitivno-vedenjska terapija. V: Anič N. Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije – Zbornik 1. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, 2004: 141- 154.
5. Free ML. Cognitive therapy in groups. New York: John Wiley & Sons, 1999.
6. Free ML. Cognitive therapy in groups: guidelines and resource for practice. West Sussex: John Wiley & Sons, 2007.
7. White J, Freeman A. Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations. Washington: American Psychological Association, 2005: 32-34.
8. Proudfoot J, Guest D, Carson J, Dunn G, Gray J. Effect of cognitive-behavioural training on job-finding among long-term unemployed people. *Lancet* 1997; 350(9071): 96-100; comment in: *Lancet* 1997; 350(9071): 80-81.
9. Machin T, Creed P. Changing wonky beliefs training program. Dosegljivo na: [www.usq.edu.au/users/machin/IOConf97.htm](http://www.usq.edu.au/users/machin/IOConf97.htm).