

Vilniaus universitetas
Filosofijos fakultetas
Sociologijos ir socialinio darbo katedra

Žana Loskot

Socialinio darbo studijų programa

Magistro darbas

**Multidimensinė šeimos terapija Lietuvoje: terapiją taikančio specialisto darbo
su šeima ypatumai**

Darbo vadovė: Doc. dr. Birutė Švedaitė – Sakalauskė

Vilnius 2026

TURINYS

SANTRAUKA	4
SUMMARY	5
ĮVADAS.....	6
1. MULTIDIMENSINĖS ŠEIMOS TERAPIJOS ISTORIJA IR RAIDA, JOS DIEGIMO LIETUVOJE PRIELAIDOS	9
1.1. Multidimensinės šeimos terapijos kaip duomenimis grįstos praktikos raida	9
1.2. Multidimensinės šeimos terapijos diegimas Lietuvoje.....	10
2. MULTIDIMENSINĖS ŠEIMOS TERAPIJOS TEORINIS PAGRINDAS IR KITOS TERAPINĖS MOKYKLOS	12
2.1. Multidimensinės šeimos terapijos teorinės prieigos.....	12
2.2 Multidimensinės šeimos terapija kitų šeimos terapijų kontekste	14
3. MULTIDIMENSINĖS ŠEIMOS TERAPIJOS PROCESO YPATUMAI	18
3.1. MDFT proceso principinės nuostatos	18
3.2. MDFT programos proceso struktūra ir stadijos.....	18
3.3. Sesijų organizavimas ir terapinė „mikrostruktūra“	19
3.4. Įgyvendinimo kokybė kaip proceso dalis	20
3.5. Praktiniai proceso iššūkiai ir pritaikymo būdai	20
4. MULTIDIMENSINĖS ŠEIMOS TERAPIJOS VEIKSMINGUMO TYRIMAI.....	21
4.1. MDFT programos tinkamumas skirtingoms tikslinėms grupėms	21
4.1.2. Ilgalaikiai MDFT programos rezultatai: delinkventinio elgesio pokyčiai ir socialinis prisitaikymas.....	21
4.1.3. MDFT mechanizmų ir proceso tyrimai	22
4.2. MDFT programos poveikis šeimai, paaugliui bei socialinei aplinkai	22
5. TYRIMO METODIKA	24
5.1 Tyrimo tikslas ir uždaviniai	24
5.2 Tyrimo metodas	24
5.3 Tyrimo instrumentas	25

5.4 Tyrimo atranka ir tiriamieji.....	26
5.5 Tyrimo eiga ir organizavimas	28
5.6 Duomenų analizės metodas	28
5.7 Tyrimo etika.....	29
6. MULTIDIMENSINĘ ŠEIMOS TERAPIJĄ ĮGYVENDINANČIO SPECIALISTO DARBO SU ŠEIMOMIS YPATUMAI IR VAIDMUO TERAPIJOS PROCESAS.....	30
6.1 MDFT – darbas su motyvuotomis ir nemotyvuotomis šeimomis	30
6.2 MDFT terapijos tikslai, procesas ir siejami rezultatai	32
6.3 MDFT specialisto vaidmuo santykiuose su šeima	36
6.4 Šeimų, dalyvaujančių MTFD programoje, specifika	39
6.5 MDFT specialisto kompetencija.....	42
6.7 Bendradarbiavimas su kitomis institucijomis MDFT rėmuose	43
6.8 MDFT programos plėtros iššūkiai Lietuvoje.....	46
DISKUSIJA	50
IŠVADOS	55
LITERATŪRA	57
PRIEDAI	63

SANTRAUKA

Darbo „Multidimensinė šeimos terapija Lietuvoje: terapiją taikančio specialisto darbo su šeima ypatumai“ tyrimo problema siejama su tuo, kad vaikų ir paauglių elgesio sunkumai, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas, mokyklos nelankymas ir konfliktai šeimoje negali būti veiksmingai sprendžiami vien individualaus darbo su paaugliu lygmeniu, nes šiuos sunkumus palaiko šeimos, mokyklos, bendraamžių ir platesnės socialinės aplinkos sąveika. Nors multidimensinė šeimos terapija (MDFT) tarptautiniu mastu pripažįstama kaip įrodymais grįsta pagalbos forma, Lietuvoje ji taikoma palyginti neseniai, todėl svarbu tirti jos praktinį įgyvendinimą ir specialisto vaidmenį Lietuvos kontekste. Tyrimo objektas – specialisto darbo su šeima ypatumai multidimensinės šeimos terapijos kontekste. Darbo tikslas – išanalizuoti MDFT koncepciją, jos diegimo Lietuvoje prielaidas ir atskleisti terapiją taikančio specialisto darbo su šeimomis ypatumus.

Darbe taikytas kokybinis tyrimas. Duomenys rinkti pusiau struktūruotų interviu metodu, apklausiant septynis MDFT programoje dirbančius specialistus ir koordinatorius iš Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos regionų, turinčius ne mažiau kaip vienerių metų darbo pagal šią programą patirtį. Tyrimo duomenys analizuoti remiantis ekspertų interviu analizės logika: interviu tekstai buvo parafrazuojami, koduojami, lyginami teminiu požiūriu, grupuojami į kategorijas ir interpretuojami teoriniame kontekste.

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad MDFT specialisto darbas su šeima yra struktūruotas, tačiau kartu reikalaujantis lankstumo ir individualaus prisitaikymo prie konkrečios šeimos situacijos. Nustatyta, kad specialistas siekia ne tik paauglio probleminio elgesio mažėjimo, bet ir visos šeimos komunikacijos, tėvystės įgūdžių, tarpusavio pasitikėjimo bei santykių pokyčio. Reikšminga darbo dalis yra tėvų palaikymas, jų pasitikėjimo savo tėvystės gebėjimais stiprinimas ir pagalba atpažįstant po paauglio elgesio sunkumais slypinčius poreikius. Tyrimas parodė, kad terapijos sėkmei svarbi šeimos motyvacija, tačiau praktikoje specialistams dažnai tenka dirbti su nemotyvuotomis ar tik iš dalies motyvuotomis šeimomis. Taip pat nustatyta, kad MDFT specialistas atlieka ne vien terapeuto, bet ir tarpininko, konflikto moderatoriaus, šeimos mokytojo, paauglio patikimo suaugusiojo ir, prireikus, šeimos atstovo institucijose vaidmenis. Programos plėtrą Lietuvoje riboja finansavimo, institucinio palaikymo, paslaugos žinomumo ir prieinamumo regionuose klausimai.

Raktiniai žodžiai: multidimensinė šeimos terapija, MDFT, paauglių elgesio sunkumai, šeimos terapija, specialisto vaidmuo, darbas su šeima.

SUMMARY

The research problem of the thesis “Multidimensional Family Therapy in Lithuania: Specific Features of a Specialist’s Work with the Family” is related to the fact that children’s and adolescents’ behavioural difficulties, substance use, school absenteeism and conflicts within the family cannot be effectively addressed solely at the level of individual work with the adolescent, as these difficulties are maintained by the interaction of family, school, peers and the broader social environment. Although Multidimensional Family Therapy (MDFT) is internationally recognised as an evidence-based form of support, it has been implemented in Lithuania only relatively recently. Therefore, it is important to examine its practical application and the role of the specialist in the Lithuanian context. The object of the research is the specific features of a specialist’s work with the family in the context of MDFT. The aim of the thesis is to analyse the concept of MDFT, the preconditions for its implementation in Lithuania, and to reveal the specific features of specialists’ work with families.

The thesis is based on a qualitative study. Data were collected through semi-structured interviews with seven MDFT specialists and coordinators working in the Vilnius, Kaunas and Klaipėda regions, each having at least one year of experience in applying this programme. The research data were analysed following the logic of expert interview analysis: interview texts were paraphrased, coded, thematically compared, grouped into categories and interpreted within a theoretical context.

The results of the study revealed that the work of an MDFT specialist with a family is structured, yet requires flexibility and individual adaptation to each family’s situation. The specialist seeks not only to reduce the adolescent’s problematic behaviour, but also to promote changes in family communication, parenting skills, mutual trust and relationships. A significant part of the work involves supporting parents, strengthening their confidence in their parenting abilities, and helping them recognise the needs underlying the adolescent’s behavioural difficulties. The study showed that family motivation is important for the success of therapy; however, in practice specialists often work with unmotivated or only partially motivated families. The findings also indicate that the MDFT specialist performs not only the role of a therapist, but also those of a mediator, conflict moderator, family educator, trusted adult for the adolescent and, when necessary, family representative in institutional settings. The development of the programme in Lithuania is limited by issues related to funding, institutional support, public awareness of the service and its accessibility in the regions.

Keywords: multidimensional family therapy, MDFT, adolescent behavioural difficulties, family therapy, specialist’s role, work with the family.

IVADAS

Temos aktualumas. Vaikų ir paauglių delinkventinis elgesys, pasireiškiantis mokyklos nelankymu, konfliktišku bendravimu, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu, sudėtingais santykiais su artimaisiais ir kitais sunkumais, laikomas daugialypiu reiškiniu. Mokslinėje literatūroje, kurios dėmesio centre yra vaikų ir paauglių elgesio sunkumai, pabrėžiama, kad tokio elgesio negalima nagrinėti ir spręsti tik pavienio asmens lygmeniu, nes jį formuoja įvairūs tarpusavyje susiję veiksniai (Bronfenbrenner ir Morris, 2006; Liddle, 2013). Tyrėjai paauglio elgesį sieja su šeimos santykių kaita ir auklėjimu šeimoje, mokyklos patirtimis, bendraamžių daromu poveikiu bei instituciniu atsaku (Liddle, 2013; Rigter et al., 2013). Todėl pastaraisiais dešimtmečiais vis daugiau dėmesio skiriama sisteminiams poveikio ir pagalbos priemonėms.

Multidimensinės šeimos terapijos programa (angl. *Multidimensional Family Therapy, MDFT*) yra moksliniais tyrimais pagrįsta programa, skirta vaikams ir paaugliams, susiduriantiems su kompleksinėmis elgesio problemomis. Vis dėlto ši programa orientuojasi ne tik į vaiką ar paauglį, bet ir į visą jį supančią aplinką (Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2023). MDFT programa remiasi požiūriu, kad tvarus pokytis įmanomas tik tuomet, kai intervencija apima pagrindines paauglio gyvenimo sritis: asmeninę, šeimos, bendraamžių, švietimo bei bendruomenės sistemas (Liddle, 2013). Ši kompleksinė terapinė sistema dera su socialinės ekologijos teorijos nuostatomis, pabrėžiančiomis abipusę asmens ir aplinkos sąveiką (Guy-Evans, 2024). Tyrimai rodo, kad MDFT programa veiksmingai mažina paauglių delinkventinio pobūdžio elgesį ir prisideda prie geresnių tarpusavio santykių šeimoje bei tėvystės įgūdžių stiprinimo (Liddle et al., 2001; Liddle et al., 2009; Rigter et al., 2013). MDFT programos veiksmingumas atsiskleidžia ne tik trumpalaikėje perspektyvoje, bet ir ilguoju laikotarpiu, mažinant psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo atkryčio riziką bei stiprinant šeimos funkcionavimo stabilumą (Baldwin et al., 2012; CCSA, 2016).

Lietuvoje MDFT programos aktualumas siejamas su socialiniais sunkumais, su kuriais susiduria įvairios šeimos, auginančios vaikus ir paauglius, patiriančius skirtingų problemų – nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo iki sudėtingo elgesio. Tyrėjai atkreipia dėmesį, kad socialinę riziką patiriančios šeimos, migracijos patirtys, įvairios priklausomybės, smurtas artimoje aplinkoje bei tarpinstitucinio bendradarbiavimo trūkumai formuoja pagalbos kontekstą, kuriame dalinės intervencijos dažnai tampa nepakankamai veiksmingos (Henggeler, 2012). Dėl šios priežasties vis dažniau pabrėžiamas kompleksinės ir koordinuotos pagalbos poreikis. MDFT programos įvedimas Lietuvoje rodo siekį pereiti prie labiau koordinuotų, sisteminių bei šeimos savarankiškumą stiprinančių pagalbos būdų. Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos inicijuotas MDFT programos įgyvendinimas atskleidžia, kad ši programa vertinama kaip reikšminga paslauga, prisidedanti prie vaikų ir paauglių gerovės užtikrinimo. Taip pat pabrėžiama, kad efektyvumas priklauso ne tik nuo pačios metodikos, bet ir nuo specialistų kompetencijos, kolegialumo, bendradarbiavimo kokybės,

supervizijų bei kitų veiksmų (Fixsen et al., 2005). Nors MDFT programa yra moksliniais tyrimais grįsta praktika, visgi jos diegimas skirtingose šalyse, kultūrose ir socialiniuose kontekstuose pasižymi tam tikrais ypatumais. Lietuvoje MDFT programa dar tik žengia pirmuosius žingsnius ir kaupia pirmąsias praktines patirtis, todėl svarbu tyrinėti ne tik šios programos veiksmingumą, bet ir jos įgyvendinimo ypatumus Lietuvos kontekste.

Temos ištirtumas. MDFT programa yra gana plačiai tyrinėta, ypač analizuojant jos efektyvumą dirbant su šeimomis ir paaugliais, vartojančiais psichoaktyvias medžiagas, linkusiais nusikalsti ar patiriančiais kitų elgesio ir emocinių sunkumų (Liddle et al., 2009; Liddle, 2016; van der Pol, 2018). Taip pat atlikta tyrimų, kuriuose MDFT programa lyginama su kitais terapiniais metodais (Liddle et al., 2001; Liddle et al., 2009; Rigter et al., 2013). Tyrimų rezultatai atskleidė, kad MDFT programa daugeliu atvejų yra ne mažiau veiksminga nei kognityvinė elgesio terapija, o kai kuriais atvejais net ir veiksmingesnė. Europos Sąjungos narkotikų agentūros (EUDA, 2014) duomenimis, MDFT programa priskiriama prie labiausiai moksliniais tyrimais pagrįstų šeimos terapijos metodų, skirtų paauglių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimui mažinti. Panašios išvados pateikiamos ir Kanados priklausomybių bei psichikos sveikatos centro ataskaitoje (CCSA, 2016), kurioje nurodoma, kad MDFT programa teigiamai veikia tiek individualiu, tiek šeimos lygmeniu. Vis dėlto didžioji dalis MDFT programos tyrimų orientuojasi į terapijos rezultatų vertinimą, o ne į patį terapijos procesą ar specialisto vaidmenį jame. Kita vertus, pastaraisiais metais atsiranda tyrimų, nagrinėjančių specialistų patirtis taikant MDFT programą skirtinguose kontekstuose (Rowe et al., 2016). Vis dėlto tokių tyrimų nėra daug, o daugiausia jie vykdomi Vakarų Europos ir Šiaurės Amerikos šalyse. Tuo tarpu Lietuvoje MDFT programa pradėta taikyti palyginti neseniai, todėl šios srities mokslinių tyrimų kol kas beveik nėra. Todėl svarbu analizuoti MDFT specialisto darbo su šeima ypatumus Lietuvos kontekste bei atskleisti praktinius šios programos taikymo aspektus.

Darbo tikslas – išanalizuoti multidimensinės šeimos terapijos koncepciją, jos diegimo Lietuvoje prielaidas bei atskleisti terapiją vykdančios specialisto darbo su šeimomis ypatumus.

Darbo uždaviniai:

1. Atskleisti multidimensinės šeimos terapijos istoriją ir raidą, jos diegimo Lietuvoje prielaidas.
2. pristatyti multidimensinės šeimos terapijos teorinę prieigą, lyginti ją su kitomis terapinėmis prieigomis.
3. Atskleisti multidimensinės šeimos terapijos proceso ypatumus ir eigą.
4. Aptarti multidimensinės šeimos terapijos naudingumo ir veiksmingumo tyrimus.
5. Kokybinio tyrimo pagalba atskleisti multidimensinę šeimos terapiją įgyvendinančio specialisto darbo su šeimomis ypatumus ir jo vaidmenį šios terapijos procese.

Darbo struktūra: darbą sudaro šeši skyriai. Pirmajame skyriuje, remiantis mokslinės literatūros analize, aptariama multidimensinės šeimos terapijos istorija ir raida bei jos diegimo Lietuvoje prielaidos. Antrajame skyriuje nagrinėjamas multidimensinės šeimos terapijos teorinis pagrindas, jos sąsajos su ekologine, sistetine, struktūrine, socialinio mokymosi ir kitomis teorinėmis prieigomis, taip pat aptariama MDFT vieta kitų šeimos terapijų kontekste. Trečiajame skyriuje analizuojami multidimensinės šeimos terapijos proceso ypatumai, terapijos stadijos, sesijų organizavimas, įgyvendinimo kokybė ir praktiniai proceso iššūkiai. Ketvirtajame skyriuje pristatomi multidimensinės šeimos terapijos veiksmingumo tyrimai, aptariant programos poveikį paaugliui, šeimai ir platesnei socialinei aplinkai. Penktajame skyriuje aprašoma tyrimo metodika, tyrimo tikslas, metodas, instrumentas, atranka, tyrimo eiga, duomenų analizės būdas ir etikos principai. Šeštajame skyriuje pristatomi kokybinio tyrimo rezultatai, atskleidžiantys multidimensinę šeimos terapiją įgyvendinančio specialisto darbo su šeimomis ypatumus, specialisto vaidmenį terapijos procese, bendradarbiavimą su institucijomis ir programos plėtros iššūkius Lietuvoje. Darbas užbaigiamas diskusija, išvadomis, literatūros sąrašu ir priedais. Atkreipiamas dėmesys, jog rengiant darbą buvo naudotas dirbtinis intelektas (DI) – ChatGPT, kaip pagalbinė priemonė teksto redagavimui, literatūros sąrašo sudarymui bei pasitikrinimui.

1. MULTIDIMENSINĖS ŠEIMOS TERAPIJOS ISTORIJA IR RAIDĄ, JOS DIEGIMO LIETUVOJE PRIELAIKOS

1.1. Multidimensinės šeimos terapijos kaip duomenimis grįstos praktikos raida

Multidimensinė šeimos terapija yra duomenimis grįsta šeimos terapijos kryptis, sukurta siekiant spręsti paauglių delinkventinio elgesio, santykių su tėvais bei emocinių sunkumų problemas. Ši terapijos forma remiasi raidos psichopatologijos ir ekologinės teorijos požiūriu, pagal kurį paauglio patiriami sunkumai suprantami kaip skirtingų tarpusavyje susijusių sistemų – individo, šeimos, bendraamžių, mokyklos ir bendruomenės – sąveikos rezultatas (Liddle, 2016).

MDFT pradėjo formuotis Jungtinėse Amerikos Valstijose XX a. devintajame dešimtmetyje, ieškant veiksmingesnių pagalbos būdų paaugliams, susiduriantiems su priklausomybėmis ir įvairiais elgesio sunkumais. Programos atsiradimas siejamas su 1985 m., kai Howardas A. Liddle pradėjo tęstinę tyrimų programą, finansuojamą Jungtinių Amerikos Valstijų nacionalinių sveikatos institutų. Šios programos tikslas buvo didinti paauglių priklausomybių gydymo veiksmingumą (Liddle, 2016). Aptikta glaudžių sąsajų tarp Majamio universiteto Paauglių priklausomybių tyrimų centro ir MDFT kūrimo ir ankstyvosios raidos. Majamio universiteto Paauglių priklausomybių tyrimų centro programa nuosekliai vystoma, nuolat empiriškai tikrinama bei tobulinama klinikinėje praktikoje (Liddle et al., 2001).

MDFT kūrimą lėmė specifiniai veiksniai, iš kurių vienas reikšmingiausių yra ribotas individualių intervencijų veiksmingumas sprendžiant paauglių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo problemas. Remiantis atliktais tyrimais galima teigti, kad paauglių priklausomybės ir elgesio sunkumai dažnai pasireiškia kartu su šeimoje kylančiais konfliktais, silpna tėvų kontrole, neigiama bendraamžių įtaka, mokykloje kylančiais sunkumais bei kitais aplinkos veiksniais. Todėl aptikta, jog tik pačiam paaugliui pritaikytas ir į jį orientuotas gydymas buvo nepakankama priemonė, norint pasiekti ilgalaikių pokyčių (Liddle et al., 2001). Atsižvelgiant į šiuos rezultatus, MDFT buvo sukurta kaip kompleksinė intervencija, kuri skirta darbui ne tik su paaugliu, bet ir su jo tėvais, šeima bei platesne socialine aplinka (Liddle, 2016).

MDFT veiksmingumą pagrindė atsitiktinių imčių klinikiniai tyrimai, atlikti Jungtinėse Amerikos Valstijose. Jų rezultatai parodė, kad MDFT veiksmingai mažina paauglių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą, elgesio problemas bei gerina šeimos tarpusavio santykius, lyginant su kitais gydymo metodais (Liddle et al., 2001). Tyrimų rezultatai leido MDFT programą priskirti prie moksliškai pagrįstų intervencijų, kurios skirtos kompleksinėms paauglių problemoms spręsti.

Taip pat MDFT imta taikyti ir už Jungtinių Amerikos Valstijų ribų: Europoje šią programą pradėta diegti XXI-ojo amžiaus pradžioje. MDFT veiksmingumo vertinimas buvo atliekamas pasitelkiant INCANT projektą, kuris buvo laikomas vienu svarbiausiu tarptautiniu mastu. INCANT projektas – tai keliuose centruose Belgijoje, Vokietijoje, Prancūzijoje, Nyderlanduose ir Šveicarijoje vykdytas atsitiktinių imčių klinikinis tyrimas (Rigter et al., 2010). Jo metu MDFT buvo lyginama su įprastiniu gydymu. Rezultatai parodė, kad programa tinkama veiksmingam taikymui skirtinguose Europos ambulatorinės pagalbos kontekstuose. Aptikta, jog kai kuriais atvejais MDFT buvo veiksmingesnė už individualią terapiją, ypač siekiant sumažinti paauglių kanapių vartojimą ir su tuo susijusias problemas (Rigter et al., 2013).

Taigi, multidimensinė šeimos terapija buvo kuriama siekiant veiksmingiau spręsti kompleksines paauglių elgesio, priklausomybių ir šeimos funkcionavimo problemas. Jos raida rodo perėjimą nuo siaurai į individą orientuotų intervencijų prie platesnio, sisteminio požiūrio, apimančio ne tik patį paauglį, bet ir jo artimiausią socialinę aplinką. Empiriniai tyrimai bei MDFT taikymo praktika įvairiose šalyse patvirtina šios terapijos reikšmę dirbant su kompleksinių sunkumų patiriančiais paaugliais ir jų šeimomis.

1.2. Multidimensinės šeimos terapijos diegimas Lietuvoje

Multidimensinė šeimos terapija (toliau – MDFT) Lietuvoje pradėta diegti 2020 metų vasario mėnesį. Tai pradėta inicijuojant projektą „Multidimensinis požiūris į vaikų ir jaunimo elgesio problemas per MDFT programos įgyvendinimą“, kurio įgyvendinimu pasirūpino Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba kartu su Socialinės apsaugos ir darbo ministerija (Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2024). Šis projektas žymėjo sistemingo MDFT programos diegimo Lietuvoje pradžią ir buvo orientuotas į kompleksinės pagalbos paaugliams bei jų šeimoms plėtrą. Programa skirta paaugliams, susiduriantiems su elgesio sunkumais, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu, rizikingu elgesiu bei sudėtingais santykiais šeimoje.

Specialistų parengimas darbui pagal šį terapinį modelį buvo vienas svarbiausių MDFT diegimo Lietuvoje etapų. Įgyvendinant šį projektą Lietuvoje suformuotos trys MDFT komandos, sudarytos iš šešių koordinatorių ir šešiolikos specialistų, kurie turi licenciją dirbti su vaikų ir paauglių tiksline grupe bei jų šeimomis (Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2024). MDFT programoje gali dirbti specialistai, turintys psichologijos, socialinio darbo arba socialinės pedagogikos išsilavinimą ir baigę specializuotus MDFT mokymus. Pirmieji specialistai, rengiami dirbti pagal šią programą tiek Lietuvoje, tiek užsienyje, dalyvavo mokymuose, stažuotėse į Nyderlandus, Norvegiją ir Estiją, taip pat nuolatinėse supervizijose su šios programos koordinatoriais (Socialinės apsaugos ir

darbo ministerija, 2024). Specialistų rengimas ir nuolatinės supervizijos padėjo užtikrinti nuoseklų MDFT metodikos taikymą Lietuvoje.

Igyvendinus pirmųjų specialistų rengimą, MDFT programą imta praktiškai taikyti Lietuvos regionuose. Šiuo metu MDFT taikoma Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos regionuose: pagal šią programą veikiančios komandos teikia pagalbą šeimoms, auginančioms elgesio sunkumų patiriančius paauglius (Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2024). MDFT Lietuvoje organizuojama kaip mobili paslauga, todėl specialistai dirba su šeimomis ne tik kabinete, bet ir jų kasdienėje aplinkoje – namuose, mokykloje ar kitoje saugioje vietoje. Toks paslaugos organizavimo būdas padeda didinti pagalbos prieinamumą, geriau atliepti individualius šeimos poreikius bei mažinti pasipriešinimą pagalbai (Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2024).

Tradicinės pagalbos formos, pavyzdžiui, individualios psichologo ar įprastos šeimos konsultacijos, ne visais atvejais buvo pakankamai efektyvios sprendžiant kompleksinius paauglių elgesio sunkumus. Tai buvo stimulus diegti MDFT programą Lietuvoje. Praktikoje šie sunkumai dažnai fiksuojami kartu su teisės pažeidimais, šeimos santykių problemomis ir nepalankiais aplinkos veiksniais. Dėl šios priežasties į atskirus simptomus nukreiptos intervencijos dažnu atveju neleidžia pasiekti ilgalaikių pokyčių (Vilniaus rajono savivaldybė, 2021). MDFT išsiskiria tuo, kad pagalba orientuojama ne tik į patį paauglį, bet ir į jo tėvus, šeimos santykius bei platesnę socialinę aplinką. Dėl to dėmesys skiriamas ne vien probleminio elgesio mažinimui, bet ir jį lemiančių bei palaikančių veiksnių keitimui.

Svarbus MDFT diegimo Lietuvoje etapas buvo programos tęstinumo užtikrinimas pasibaigus projektiniam finansavimui. Siekiant, kad MDFT įgyvendinimas nesibaigtų kartu su Europos Sąjungos lėšomis finansuotu projektu, buvo kuriamas teisinis pagrindas tolesniam programos įgyvendinimui. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymais patvirtintos nuostatos sudarė galimybę MDFT programą finansuoti valstybės biudžeto lėšomis (Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas, 2023). Tai leido MDFT paslaugas plėtoti ne tik kaip laikiną projektinę iniciatyvą, bet ir kaip tęstinę pagalbos formą. Programa buvo įgyvendinama bendradarbiaujant su nevyriausybinėmis organizacijomis, pavyzdžiui, SOS vaikų kaimų Lietuvoje draugija (Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas, 2023).

Apibendrinant galima teigti, kad MDFT Lietuvoje buvo diegiama nuosekliais etapais: pirmiausia programa pradėta įgyvendinti Europos Sąjungos lėšomis finansuoto projekto pagrindu, vėliau buvo rengiami pirmieji specialistai ir formuojamos regioninės komandos, o paskutiniu etapu sukurtas teisinis bei finansinis pagrindas programos tęstinumui užtikrinti iš valstybės biudžeto. Tokia diegimo eiga rodo, kad MDFT Lietuvoje buvo plėtojama kaip ilgalaikė ir sistemiškai organizuojama pagalbos forma, skirta kompleksinių sunkumų patiriantiems paaugliams ir jų šeimoms.

2. MULTIDIMENSINĖS ŠEIMOS TERAPIJOS TEORINIS PAGRINDAS IR KITOS TERAPINĖS MOKYKLOS

2.1. Multidimensinės šeimos terapijos teorinės priegios

MDFT yra integruota terapinė programa, grindžiama kelių teorinių prieigų deriniu. Ji remiasi raidos ir aplinkos sąveiką pabrėžiančia perspektyva, Urie Bronfenbrenner ekologinių sistemų teorija, struktūrinės šeimos terapijos, socialinio mokymosi bei prievartos teorijomis, taip pat elgesio keitimo ir kognityviniais principais (Liddle, 2013; Liddle, 2016; Rowe, 2010). Šių teorinių požiūriu pagalba, paauglio sunkumai MDFT kontekste nėra suprantami tik kaip individuali problema. Jie aiškinami kaip įvairių tarpusavyje susijusių veiksnių rezultatas, susiformuojantis individo, šeimos, bendraamžių, mokyklos bei platesnės socialinės aplinkos sąveikoje (Liddle, 2013; Bronfenbrenner ir Morris, 2006).

Reikšminga MDFT teorinio pagrindo dalis yra perspektyva, akcentuojanti raidos ir aplinkos sąveiką. Jos ekologinį pagrindą sudaro Bronfenbrenner ekologinių sistemų teorija, kuri nurodo, kad žmogaus raida yra veikiamą kelių tarpusavyje susijusių aplinkos sistemų – šeimos, mokyklos, bendraamžių grupės, bendruomenės ir platesnio sociokultūrinio konteksto. Šios sistemos, sąveikaudamos tarpusavyje, lemia elgesio modelių formavimąsi ir jų palaikymą (Bronfenbrenner ir Morris, 2006). Vėliau ši teorija buvo išplėta į bioekologinę žmogaus vystymosi teoriją, kurioje ypatinga reikšmė skiriama proksimaliniams procesams, t. y. pasikartojančioms ir ilgalaikėms individo sąveikoms su artimiausia aplinka, laikomoms svarbiu raidos pokyčių veiksniumi (Bronfenbrenner ir Morris, 2006). Šių procesų kokybė ir stabilumas tiesiogiai siejami su paauglio emocine, socialine ir elgesio raida, todėl vien į individualius psichologinius veiksnius orientuotos intervencijos dažnai laikomos nepakankamomis (Bronfenbrenner ir Morris, 2006). Ekologinė perspektyva taip pat akcentuoja skirtingų aplinkos sistemų sąveiką, pavyzdžiui, šeimos ir mokyklos ar šeimos ir bendraamžių grupės ryšį kaip svarbų veiksnį, prognozuojantį paauglių elgesio sunkumų atsiradimą ir palaikymą (Bronfenbrenner ir Morris, 2006; Guy-Evans, 2024). Dėl šios priežasties ekologine perspektyva grindžiamos intervencijos orientuojasi ne tik į patį paauglį, bet ir į aplinkos veiksnius, palaikančius elgesio sunkumus (Liddle, 2013).

Ne mažiau svarbi MDFT teorinė prieiga yra struktūrinės šeimos terapijos teorija, pabrėžianti, kad paauglio sunkumai negali būti adekvačiai suprantami atskirai nuo šeimos sistemos, kurioje jie formuojasi ir palaikomi (Minuchin, 1974). Remiantis šia teorine prieiga, paauglio elgesio sunkumai neretai vykdo specifinę funkciją šeimos santykių sistemoje ir turi artimų sąsajų su komunikacijos modeliais, ribų aiškumu, vaidmenų pasiskirstymu bei galios struktūra šeimoje

(Minuchin, 1974; Nichols ir Davis, 2021). Struktūrinės šeimos terapijos atstovų teigimu, prielaidos vaikų ir paauglių elgesio problemoms atsirasti bei išlikti gali kilti dėl nefunkcionalių ribų tarp šeimos narių, neaiškios tėvų hierarchijos ar vaidmenų inversijos (Minuchin, 1974). Tuo tarpu sisteminės-komunikacinės kryptys daugiau dėmesio skiria pasikartojantiems šeimos narių bendravimo ir reagavimo modeliams, palaikantiems sunkumus bei ribojantiems šeimos įgūdį taikytis su raida susijusių sunkumų (Nichols ir Davis, 2021). Remiantis šiuo požiūriu, intervencijos orientuojamos ne vien į simptomų mažinimą, bet ir į šeimos santykių bei bendravimo pokyčius – stiprinamas tėvų autoritetas, aiškinamos ribos, gerinami konfliktų sprendimo ir tarpusavio bendravimo įgūdžiai (Minuchin, 1974). Tokiu būdu šeima veikia kaip svarbiausia pokyčio plotmė, kurioje keičiami probleminį elgesį palaikantys santykių modeliai ir sudaromos sąlygos adaptyvesnei paauglio raidai (Nichols ir Davis, 2021).

Svarbi MDFT teorinės bazės dalis yra ir Albert Bandura socialinio mokymosi teorija, nes ši terapijos programa orientuojasi į kryptingą paauglio elgesio pokytį, dirbant su jo socialine ir šeimos aplinka (Bandura, 1971; Liddle, 2016). Socialinio mokymosi teorija nurodo, kad elgesys formuojasi per stebėjimą, modeliavimą ir pastiprinimus. Jie individą pasiekia artimiausioje socialinėje aplinkoje, ypač šeimos ir bendraamžių rate (Bandura, 1971). MDFT kontekste tai reiškia, kad paauglio elgesio sunkumai palaikomi ne vien vidinių veiksmų, bet ir kasdienių sąveikų bei aplinkos reakcijų (Liddle, 2016). Tai leidžia terapinį darbą nukreipti ne tik į priežasčių, lemiančių paauglio elgesį, supratimą, bet ir į jo artimiausios aplinkos elgesio modelių bei pastiprinimų keitimą (Bandura, 1971; Liddle, 2013).

Aptikta glaudžių socialinio mokymosi teorijos sąsajų su Gerald Patterson ir jo kolegų suformuluota prievartos teorija (angl. *Coercion Theory*), kuria aiškinama, kad vaikų ir paauglių agresyvų bei su socialinėmis normomis nesutampantį elgesį formuoja ir palaiko pasikartojančios neigiamos sąveikos šeimoje (Smith et al., 2014). Šios teorijos požiūriu, neveiksmingos, nenuoseklios ar probleminį elgesį netiesiogiai pastiprinančios tėvų reakcijos gali sudaryti prielaidas rizikingo paauglio elgesio įsitvirtinimui. Taip nutinka todėl, kad taisyklių pažeidimai kartais sukelia paaugliui palankias trumpalaikes pasekmes, pavyzdžiui, didesnę dėmesį, sumažėjusią atsakomybę ar galimybę išvengti nepageidaujamų reikalavimų (Smith et al., 2014). Nuolat kartojantis tokiems sąveikos modeliams, agresyvus elgesys stiprėja, o tėvų gebėjimas veiksmingai reguliuoti paauglio elgesį silpnėja (Smith et al., 2014). MDFT kontekste ši teorinė prielaida atsispindi intervencijose, orientuotose į šeimos reakcijų į paauglio elgesį keitimą, nuoseklaus ribų laikymosi stiprinimą bei labiau adaptyvių elgesio modelių formavimą (Hogue et al., 2006).

MDFT programa leidžia įgyvendinti elgesio keitimo principus, ypač jei jie susiję su tėvystės įgūdžių stiprinimu. Šiame kontekste nuoseklus taisyklių taikymas, pozityvus pastiprinimas ir adaptyvus elgesio modeliavimas laikomi svarbiais veiksniais, padedančiais mažinti rizikingą

elgesį ir stiprinti apsauginius veiksnius šeimoje (Rowe, 2010). MDFT šie principai taikomi sistemiskai, derinant atliekamą darbą su pačiu paaugliu, jo tėvais ir socialine aplinka (Liddle, 2013; Liddle, 2016). Todėl elgesio keitimo komponentas MDFT programoje nėra suprantamas kaip atskira teorinė prieiga. Tai realus socialinio mokymosi ir prievartos teorijų principų taikymas terapinėje intervencijoje (Bandura, 1971; Rowe, 2010).

Taip pat MDFT programos logika sutampa su socialinio mokymosi teorijoje akcentuojama apsauginių veiksmų stiprinimo kryptimi, kuri nurodo, kad daugiausia dėmesio skiriama pozityvių šeimos santykių, tėvų įsitraukimo ir socialiai palankių ryšių stiprinimui. Tokie veiksniai laikomi svarbiais siekiant ilgalaikių elgesio pokyčių ir rizikingo elgesio prevencijos paauglystėje. Todėl MDFT elgesio keitimo komponentas gali būti suprantamas kaip socialinio mokymosi teorijos principų taikymas kompleksinėje terapinėje intervencijoje, apimančioje šeimos ir socialinės aplinkos kontekstą (Bandura, 1971; Liddle, 2013).

Apibendrinant galima teigti, kad MDFT nesiremia viena konkrečia teorine prieiga, būdinga tik šiai terapijai. Skirtingai nei kai kurios terapinės kryptys, pavyzdžiui, psichoanalizė ar gešaltinė terapija, MDFT yra labiau eklektiška ir integruoja skirtingas teorines prieigas, atsižvelgdama į tikslinės grupės poreikius bei problematiką. Dėl šios priežasties MDFT dažniau apibūdinama ne kaip savarankiška terapinė mokykla, o kaip kompleksinė terapinė programa, skirta padėti paaugliams, susiduriantiems su elgesio sunkumais ir kitomis tarpusavyje susijusiomis problemomis.

2.2 Multidimensinės šeimos terapija kitų šeimos terapijų kontekste

Egzistuoja įvairios šeimos terapijos koncepcijos, kurios remiasi skirtingomis teorinėmis prielaidomis ir leidžia taikyti skirtingą metodiką. Nors šios terapinės prieigos skiriasi savo teoriniu pagrindu, intervencijos struktūra ir taikomais metodais, jas vienija dėmesys šeimos sistemos funkcionavimui bei jos reikšmei sprendžiant vaikų ir paauglių emocinius, elgesio bei santykių sunkumus. Šeimos terapijos tradicijoje dažniausiai išskiriamos tokios kryptys kaip struktūrinė, sisteminė, kognityvinė-elgesio ar funkcinė šeimos terapija. Nors šios terapinės prieigos remiasi skirtingais metodais, visos jos orientuojasi į šeimos santykių stiprinimą, probleminių sąveikų keitimą ir konstruktyvesnių tarpusavio santykių kūrimą. Šiame kontekste būtina nagrinėti, kokių panašumų su kitomis šeimos terapinėmis prieigomis turi multidimensinė šeimos terapija ir kuo nuo jų skiriasi. Lyginant MDFT su kitomis šeimos terapijos kryptimis galima aiškiau suprasti šios programos išskirtinumą ir jos vietą šeimos terapijos kontekste.

Salvador Minuchin sukurta struktūrinė šeimos terapija grindžiama prielaida, kad vaikų ir paauglių sunkumai formuojasi esant nefunkcionaliai šeimos struktūrai, pasižyminčiai neaiškiomis ribomis tarp šeimos subsystemų, sutrikusia hierarchija ar nefunkcionaliu vaidmenų pasiskirstymu (Minuchin, 1974). Šia terapine prieiga daugiau dėmesio skiriama tėvų, vaikų ir kitų šeimos narių tarpusavio sąveikas laikant reikšmingu elgesio sunkumų palaikymo veiksniumi. Intervencijos tikslas – pertvarkyti šeimos struktūrą taip, kad būtų sustiprintas tėvų autoritetas, aiškiau apibrėžtos ribos ir kuriami konstruktyvesni šeimos santykiai.

Struktūrinė šeimos terapija dažniausiai taikoma kabinetinėje aplinkoje, kur terapeutas aktyviai įsitraukia į šeimos sąveikas, inicijuoja pokyčius ir siekia keisti probleminius santykių modelius (Nichols ir Davis, 2021). Terapijos procesas organizuojamas daugiausia susitelkiant į šeimos vidinius procesus kaip į pagrindinę pokyčio erdvę.

Lyginant struktūrinę šeimos terapiją su MDFT, galima pastebėti, kad abi terapijos remiasi panašia sistetine prielaida – paauglio elgesio problemos suprantamos kaip šeimos sistemos dalis, o ne vien individualūs sunkumai. Tačiau MDFT programa remiasi platesne ekologine perspektyva, pabrėžiančia, kad paauglio elgesį veikia ne tik šeimos struktūra, taip pat ir kitos sistemos, pavyzdžiui, mokykla, bendraamžių grupė ar bendruomenė, turi bendrų tarpusavio ryšių (Bronfenbrenner ir Morris, 2006).

Praktiškai MDFT nuo kitų terapijos formų skiriasi tuo, kad terapinis darbas dažnu atveju vyksta natūraliomis paauglio gyvenimo sąlygomis, o ne tik specialisto kabinete. Toks mobilus paslaugos teikimo modelis leidžia tiesiogiai dirbti su aplinkos veiksniais, palaikančiais elgesio sunkumus, ir didina pagalbos prieigą šeimoms, kurios susiduria su didesnėmis socialinėmis ar motyvacinėmis problemomis. Tuo tarpu struktūrinė šeimos terapija labiau orientuojasi į šeimos vidaus struktūros ir tarpusavio santykių pokyčius, mažiau sistemingai įtraukdama platesnius socialinius kontekstus.

Sisteminė šeimos terapija yra paremta prielaida, kad individualūs simptomai formuojasi ir juos palaiko atsikartojančios tam tikrų santykių formos bei specifiniai komunikacijos modeliai šeimoje. Remiantis sistetine teorija, elgesio ar emociniai sunkumai nėra suvokiami kaip tiesioginė priežastis ir pasekmės grandinė, bet kaip cikliškų sąveikų rezultatas, kai šeimos narių reakcijos vieni į kitus palaiko problemos tęstinumą (Winek, 2010). Tokiu požiūriu problema suprantama kaip komunikacinis reiškiny, atliekantis tam tikrą funkciją santykių sistemoje.

Sisteminė terapija pasitelkiama tuomet, kai siekiama ypatingą dėmesį sutelkti užslėptoms šeimos normoms, numatančioms šeimos narių bendravimo ypatumus, konfliktų sprendimo būdus ir reakciją į pokyčius, santykių taisyklėms ir riboms bei reikšmių kūrimui. Terapinis procesas orientuojamas į šių sąveikų refleksiją ir perstruktūravimą, siekiant keisti šeimos

komunikacijos modelius bei sudaryti sąlygas konstruktyvesniems tarpusavio santykiams (Winek, 2010).

Nagrinėjant sisteminės šeimos terapijos ir multidimensinės šeimos terapijos tarpusavio ryšį, panašumus ir skirtumus, galima teigti, kad abi prieigos yra paremtos sisteminiu mąstymu ir pirmenybę teikia santykių svarbai, palaikant paauglį, kuris susiduria su įvairiais sunkumais. Tačiau MDFT programa sisteminį požiūrį papildė ekologine perspektyva, pabrėžiančia, kad paauglio funkcionavimą veikia ne tik šeimos vidiniai ryšiai, bet ir platesnės socialinės sistemos – mokykla, bendraamžiai bei kita socialinė aplinka santykiams (Winek, 2010).

Esminis MDFT skirtumas nuo klasikinės sisteminės šeimos terapijos yra struktūruotos kelių lygių intervencijos, apimančios darbą su paaugliu, visa jo šeima ir išorinėmis sistemomis, taikymas. Tokia intervencijos struktūra leidžia neapsiriboti vien komunikacinių modelių refleksija, bet kryptingai siekti elgesio ir kasdienio funkcionavimo pokyčių realiose paauglio gyvenimo situacijose. Dėl šios priežasties MDFT gali būti apibūdinama kaip sistemiškai pagrįsta, tačiau į aiškiai struktūruotą pokyčio procesą orientuota terapinė programa.

Kognityvinė-elgesio šeimos terapija yra paremta prielaida, kad šeimos narių elgesys turi glaudžių sąsajų su jų mąstymo modeliais, įsitikinimais ir emocinėmis reakcijomis. Pasitelkiant šią terapiją daug dėmesio skiriama disfunkcinių mąstymo modelių atpažinimui ir keitimui, komunikacijos bei problemų sprendimo įgūdžių lavinimui bei stiprinimui, taip pat savireguliacijos ugdymui, dažnai paskiriant ir pasitelkiant struktūruotas užduotis ir namų darbus (Beck, 2011; Matthys ir Schutter, 2024).

MDFT lyginant su kognityvine-elgesio šeimos terapija galima atkreipti dėmesį, kad abi terapijos formos orientuotos į elgesio pokytį, tačiau skiriasi intervencijos apimtimi: MDFT programa, kitaip nei klasikinė kognityvinė-elgesio šeimos terapija, remiasi platesne ekologine ir sistetine perspektyva, kuri apima ne tik šeimos vidinius procesus, bet ir paauglio gyvenimą mokykloje, bendraamžių aplinkoje bei santykiuose su institucijomis (Beck, 2011; Liddle et al., 2008). Dėl šios priežasties MDFT gali būti apibūdinama kaip platesnės apimties intervencija, įterpianti kognityvinius-elgesio metodus į daugiadimensį šeimos ir socialinės aplinkos kontekstą.

Funkcinė šeimos terapija – tai struktūruota, empiriniais įrodymais paremta šeimos intervencija, skirta paaugliams, turintiems elgesio ir delinkvencijos problemų. Ši terapinė prieiga orientuojasi į šeimos santykių funkcionavimo gerinimą, siekiant keisti probleminius sąveikos ir elgesio modelius, palaikančius paauglio sunkumus. Terapija dažniausiai taikoma etapais – pirmiausia stiprinamas šeimos įsitraukimas ir motyvacija, vėliau pereinama prie elgesio korekcijos bei pokyčių įtvirtinimo kasdienėje aplinkoje (Alexander et al., 2013)

Lyginant funkcinę šeimos terapiją su MDFT, galima pastebėti, kad abi prieigos aukštos rizikos paauglių grupėms ir taiko struktūruotas, nuoseklias intervencijas. MDFT programos veikimas

nukreiptas į platesnę ekologinę perspektyvą, aprėpiančią ne tik šeimos santykių pertvarkymą, bet ir nuoseklų, sistemingą darbą su kitais paauglio funkcionavimo kontekstais, pavyzdžiui, mokykla, bendraamžių aplinka ar bendruomenės ištekliai (Sadownik, 2023). Tuo tarpu esminis funkcinės šeimos terapijos pokyčio laukas išlieka šeimos sąveikos ir elgesio ciklai, o su išorinėmis sistemomis dažniausiai dirbama netiesiogiai. Apibendrinant galima teigti, kad funkcinė šeimos terapija ir multidimensinė šeimos terapija turi bendrą bruožą pagal tikslinę grupę ir struktūruotą intervencijos pobūdį, tačiau MDFT esminiai skirtumai yra platesnis kontekstinis veikimas ir didesnis dėmesys aplinkos veiksniams, kurie turi įtakos paauglio elgesiui.

Apibendrinant galima teigti, kad multidimensinė šeimos terapija nėra viena aiškiai nustatyta teorinė paradigma grindžiama šeimos terapijos kryptis. Ji apjungia skirtingų šeimos terapinių formų idėjas ir metodologinius principus: sisteminį, struktūrinį, kognityvinį-elgesio bei ekologinį požiūrį. Taip pat multidimensinė šeimos terapija leidžia pritaikyti minėtus principus dirbant su paauglių sunkumais. Dėl šios priežasties MDFT specifika išryškėja ne tiek teoriškai, kiek intervencijos organizavimo logikoje. Skirtingai nei daugelis kitų šeimos terapijos krypčių, MDFT terapinį darbą perkelia iš terapeuto kabineto į natūralią paauglio ir jo šeimos aplinką, todėl jos veikimas kai kuriais aspektais priartėja prie socialinio darbo praktikos. Be to, MDFT neapsiriboja vien šeimos sistema, tačiau ir į pagalbą suburia paaugliui svarbią socialinę aplinką, pavyzdžiui, institucijas ir kitus reikšmingus asmenis. Kitas svarbus šios programos bruožas yra tas, kad ji orientuojasi ne į visas šeimos problemas apskritai, bet į iššūkius, susijusius su paaugliu. Šiuo požiūriu MDFT labiausiai priartėja prie funkcinės šeimos terapijos, nes abi intervencijos nukreiptos į problemas palaikančius veiksnius. Taigi MDFT tiksliausia apibūdinti kaip integruotą, daugiadimensinę terapinę programą, kurios išskirtinumas slypi ne unikaliame teoriniame pagrinde, tačiau platesnėje veiklos srity, mobilioje pagalboje bei konkrečiai įvardintame darbo objekte.

3. MULTIDIMENSINĖS ŠEIMOS TERAPIJOS PROCESO YPATUMAI

3.1. MDFT proceso principinės nuostatos

MDFT programos procesas struktūruojamas taip, kad vienu metu būtų kuriamas stiprus terapinis ryšys su kiekvienu svarbiu dalyviu – paaugliu, tėvais, o kartais ir kitais artimaisiais ar jo socialinės aplinkos atstovais – bei kryptingai siekiama pokyčių skirtingose paauglio funkcionavimo srityse (Liddle, 2013). Terapijoje vyksta bendros šeimos sesijos, organizuojami atskiri susitikimai su paaugliu bei tėvais (ar vienu iš tėvų), taip pat palaikomi kontaktai su mokykla ar kitomis institucijomis (EUDA, 2014; Liddle, 2013).

MDFT būdingas daugiadimensis pokytis – intervencijos orientuojamos ne tik į simptomus, bet ir į mechanizmus, kurie juos palaiko, pavyzdžiui, konflikto eskalaciją, silpną tėvų kontrolę, neefektyvų problemų sprendimą ar neigiamą bendraamžių įtaką (Rowe, 2010; Horigian et al., 2016). MDFT programoje dėmesys skiriamas ne vien probleminio elgesio, pavyzdžiui, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, mažinimui, bet ir platesniam paauglio funkcionavimo stiprinimui. Siekiama gerinti emocijų reguliaciją, atsakomybės prisiėmimą, funkcionavimą mokykloje bei savarankiškumo ir artimų santykių pusiausvyrą (EUDA, 2014; Liddle, 2013).

3.2. MDFT programos proceso struktūra ir stadijos

Mokslinėje literatūroje MDFT programos eiga dažniausiai aprašoma kaip trijų stadijų modelis (kartais vadinamas fazėmis): (1) pagrindo pokyčiui kūrimas, (2) aktyvus darbas su problemomis ir elgesio pokyčiu, (3) pokyčių įtvirtinimas, perkėlimas į kasdienes situacijas ir atkryčio prevencija (Horigian et al., 2016; Foundations, 2025).

1 stadija: pagrindo pokyčiui numatymas ir kūrimas (įsitraukimas, motyvacija, vertinimas). Pirmosios stadijos esminis uždavinys – pasiekti stabilų dalyvių įsitraukimą ir numatyti bendrą problemos supratimą, pagrįsta raidos ir konteksto aspektais (Foundations, 2025). Ši stadija dažniausiai apima atskiras sesijas su paaugliu ir tėvais, skirtas pasitikėjimui bei saugumui kurti, pradines hipotezes apie elgesio problemų funkciją paauglio raidoje, šeimos stiprybių ir rizikų vertinimą bei platesnės paauglio aplinkos analizę – mokyklos, bendraamžių, laisvalaikio ar kitų institucijų vaidmenį (EUDA, 2014; Liddle, 2016). MDFT pradžioje svarbus ir vadinamasis „tilto“ principas – specialistas siekia mažinti tarpusavio kaltinimus, normalizuoti ambivalenciją ir padėti kiekvienai pusei jaustis išgirstai, kartu aiškiai formuodamas terapijos kryptį bei tikslus (Liddle, 2013).

2 stadija: aktyvus darbas – pokyčių inicijavimas skirtinguose lygmenyse. Antroji stadija laikoma pagrindiniu terapinio darbo etapu, kuriame nuosekliai įgyvendinamos intervencijos, orientuotos į paauglio elgesį, tėvų kompetencijas, šeimos sąveikas ir išorinių sistemų poveikį (Horigian et al., 2016). Darbo su paaugliu metu didelis dėmesys skiriamas savireguliacijai, streso valdymo įgūdžių stiprinimui, sprendimų priėmimui, atsparumui bendraamžių spaudimui, mokyklinių tikslų stiprinimui bei alternatyvių veiklų paieškai (Rowe, 2010; EUDA, 2014). Dirbant su tėvais akcentuojamas jų kaip pokyčio organizatorių vaidmuo – stiprinami ribų brėžimo, stebėsenos, emocinio artumo, nuoseklumo ir konstruktyvaus konfliktų sprendimo įgūdžiai (Schmidt, Liddle ir Dakof, 1996). Svarbią vietą užima ir šeimos sąveikos lygmuo, nes bendrose šeimos sesijose specialistas dirba su komunikacijos modeliais, padeda mokytis konstruktyvesnio dialogo, keisti tarpusavio interpretacijas bei susitarti dėl taisyklių, mažinančių konfliktų riziką (Hogue et al., 2006; Horigian et al., 2016). MDFT intervencija taip pat yra nukreipta ir į bendradarbiavimą su mokykla, socialinėmis bei kitomis institucijomis, tokiu būdu siekiant sumažinti ir silpninti rizikos veiksnius bei formuoti palankesnes socialines galimybes paauglio aplinkoje (Rowe, 2010; EUDA, 2014). Šiai programai būdingas ir darbas tarp šeimos sesijų – namų užduotys, telefono skambučiai motyvacijai palaikyti, planų derinimas su išorinėmis institucijomis bei dalyvavimas susirinkimuose ar posėdžiuose (Foundations, 2025).

3 stadija: pokyčių įtvirtinimas, perkėlimas į kasdienes situacijas ir atkryčio prevencija. Trečiojoje stadijoje dėmesys skiriamas pasiektų pokyčių stabilizavimui, jų perkėlimui į kasdienes situacijas ir atkryčio prevencijos planavimui (Horigian et al., 2016). Šiame etape svarbu padėti šeimai atpažinti rizikos situacijas, stiprinti savarankišką problemų sprendimą ir palaikyti ryšius su mokykla, būreliais bei kitomis palaikančiomis veiklomis (Foundations, 2025). Taip pat aiškiai planuojamas terapijos užbaigimas, įvardijant pasiektą pažangą ir aptariant tolimesnes palaikymo strategijas.

3.3. Sesijų organizavimas ir terapinė „mikrostruktūra“

Svarbi MDFT proceso ypatybė – nuolatinis balanso ieškojimas tarp palaikymo ir konfrontavimo. Viena vertus, specialistui svarbu išlaikyti empatišką santykį su paaugliu, kita vertus – aiškiai formuoti lūkesčius dėl saugumo, taisyklių laikymosi ir atsakomybės. MDFT taip pat derinamas individualus darbas su kiekvienu šeimos nariu ir bendrų sąveikos modelių keitimas – pirmiausia stiprinamas individualus pasirengimas pokyčiui, o vėliau dirbama su šeimos bendravimo modeliais. Taip pat svarbu šeimos pokyčius derinti su pokyčiais išorinėje aplinkoje, pavyzdžiui, mokyklos lankomumo gerinimu ir bendradarbiavimo su institucijomis stiprinimu kaip terapijos tikslu (Rowe, 2010; Liddle, 2013).

3.4. Įgyvendinimo kokybė kaip proceso dalis

Kadangi MDFT programa yra struktūruotas ir įrodymais grįstas modelis, svarbi proceso dalis yra vertinimas, ar intervencija buvo organizuojama remiantis numatytu modeliu, pakankamu intensyvu, taip pat ar programos reikšmė yra kitokia nei, kad prieš tai taikyti pagalbos būdai. Tyrimuose naudojamos struktūruotos proceso vertinimo priemonės, leidžiančios nustatyti, ar specialistas taiko MDFT būdingas technikas ir laikosi pagrindinių metodikos principų (Hogue et al., 2006).

Tarptautiniuose tyrimuose taip pat analizuota, kaip MDFT programa įgyvendinama skirtingose šalyse, vertinant, kiek intervencija atitiko MDFT modelį ir kuo ji skyrėsi nuo kitų metodų. Tyrimų rezultatai rodo, kad MDFT gali būti sėkmingai įgyvendinama įvairiuose kontekstuose, tačiau tam reikalingi nuoseklūs specialistų mokymai, supervizijos ir kokybės palaikymo priemonės (Rowe et al., 2013). Kituose tyrimuose pabrėžiama, kad metodą taikant realiomis praktikos sąlygomis svarbu turėti aiškius būdus vertinti, ar specialistai laikosi pasirinkto terapinio modelio, nes tai padeda užtikrinti intervencijos kokybę ir tęstinumą ilgalaikėje perspektyvoje (Rowe et al., 2013).

3.5. Praktiniai proceso iššūkiai ir pritaikymo būdai

MDFT programos įgyvendinimas dažnai susiduria su iššūkiais, būdingais šeimos terapijai: žemu šeimos įsitraukimu, tėvų perdegimu, paauglio ambivalencija, konfliktiniu šeimos klimatu bei institucinių sistemų spaudimu paaugliui ar jo tėvams (Horigian et al., 2016; EUDA, 2014). Dėl šios priežasties programa iš anksto numato aktyvias įsitraukimo strategijas – lankstų darbo formatą, kontaktus tarp sesijų, bendradarbiavimą su kitomis institucijomis ir platesnio pagalbos tinklo įtraukimą (Foundations, 2025). Ilgalaikėje perspektyvoje svarbus ir programos tęstinumas. Tyrimai rodo, kad MDFT programos gali būti sėkmingai taikomos ne vienerius metus, tačiau tam reikalingi organizaciniai, finansiniai ir specialistų rengimo resursai (Dakof et al., 2022).

Apibendrinant galima teigti, kad MDFT programos veikimas yra paremtas nuoseklia, etapais struktūruota intervencija, kuri yra nukreipta į kelias tarpusavyje susijusias darbo klases. Šio modelio esmė – ne atskirų konkrečių sunkumų sprendimas, bet sistemingas, nuoseklus darbas, orientuotas į pokytį dirbant su paaugliu, jo tėvais, šeima ir kitu paauglio socialiniu kontekstu. Toks proceso struktūravimas suteikia galimybę terapinį darbą orientuoti ne tik į svarbių problemų mažinimą, bet ir į pokyčių projektavimą bei įtvirtinimą kasdieniniame šeimos gyvenime.

4. MULTIDIMENSINĖS ŠEIMOS TERAPIJOS VEIKSMINGUMO TYRIMAI

4.1. MDFT programos tinkamumas skirtingoms tikslinėms grupėms

Ta pati taikoma intervencija ne visiems paaugliams gali suteikti vienodą naudą. Tai reiškia, kad svarbu ir būtina nagrinėti, kokie individualūs ypatumai ir aplinkybės lemia gydymo veiksmingumą. Šiuo požiūriu MDFT programos vertinimas yra aktualus, kad būtų galima suprasti, kokioms paauglių grupėms ši intervencija gali būti tinkamiausia. Kontroliuojamų tyrimų rezultatai rodo, kad didesnės rizikos paauglių grupėse MDFT poveikis kai kuriais atvejais gali būti ryškesnis nei alternatyvių gydymo metodų, pavyzdžiui, kognityvinės elgesio terapijos (Henderson et al., 2010). Tai leidžia daryti prielaidą, kad MDFT ypač tinkama tais atvejais, kuomet paauglio iššūkiai nėra individualūs, tačiau susideda iš kelių tarpusavyje susietas sudėtingas sritis.

Vis dėl to, terapijos poveikis yra susijęs ne tik nuo problemų sudėtingumo. Tyrimai rodo, kad reikšmės gali turėti ir paauglio amžius, taip pat gretutiniai elgesio ar emociniai sunkumai. Dėl šios priežasties literatūroje pabrėžiama individualiai pritaikyto gydymo svarba (angl. *patient-treatment matching*) (Henderson et al., 2010). Ši įžvalga svarbi ne tik teoriniu, bet ir praktiniu požiūriu, nes leidžia MDFT programą vertinti kaip ypač reikšmingą sudėtingesniais atvejais, kuomet tik individualus darbas su paaugliu gali būti nepakankamas.

4.1.2. Ilgalaikiai MDFT programos rezultatai: delinkventinio elgesio pokyčiai ir socialinis prisitaikymas

Analizuojant MDFT programos reikšmę, svarbu, jog pokyčiai būtų ne trumpalaikiai, o išliktų ir ilgalaikėje perspektyvoje. Šiuo požiūriu reikšmingi tokie rodikliai kaip delinkventinio elgesio ar teisės pažeidimų mažėjimas, nes jie svarbūs ne tik pačiam jaunuoliui, bet ir jo šeimai bei pagalbą teikiančioms institucijoms. Ilgalaikis randomizuotas kontroliuojamas tyrimas parodė, kad pamažu į nusikalstamumą linkusį elgesį gali sumažinti tiek MDFT programa, tiek kognityvinė elgesio terapija, nepaisant to, kad tarp šių intervencijų matomi skirtumai ne visada išlieka akivaizdūs (van der Pol et al., 2018).

Remiantis šiais duomenimis galima MDFT vertinti ne kaip vienintelę veiksmingą intervenciją, bet kaip vieną iš galimų reikšmingų pagalbos alternatyvų. Nepaisant to, šios intervencijos reikšmingumas labiausiai stebimas tais atvejais, kai paauglio sunkumai yra susiję ne tik su individualiu elgesiu, bet ir su platesniu šeimos bei socialinės aplinkos kontekstu. Esant tokioms

situacijoms ilgalaikį pokytį lemia ne vien paties jaunuolio pastangos, bet ir tai, kiek yra įmanoma koreguoti aplinką, kurioje šie sunkumai vystosi, stiprėja ir yra palaikomi.

4.1.3. MDFT mechanizmų ir proceso tyrimai

Mokslinėje literatūroje aktualūs ir reikšmingi yra klausimai, apžvelgiantys tai, per kokius procesus MDFT daro poveikį. Tuo norima pasakyti, kad svarbu ne tik konstatuoti, kad programa gali būti veiksminga, bet ir suprasti, kokie būtent pokyčio mechanizmai padeda pasiekti efektyvius rezultatus. Atlikti tyrimai įrodo, kad MDFT programos metu paauglio vartojimas ir elgesio problemos mažėja tada, kai gerėja tėvystės praktika, tokių kaip vaikų priežiūra, nuoseklumas ar ribų nustatymas, kokybė. Tai leidžia MDFT poveikį aiškinti per šeimos sistemos pokyčius, o ne vien per individualų darbą su paaugliu (Schmidt et al., 1996).

Be to, aptikta, kad specifinės specialisto taikomos technikos, ypač tos, kurios yra nukreiptos į šeimos sąveiką, turi įtakos geresniems psichosocialiniams rezultatams (Hogue et al., 2006). Tokie duomenys tvirčiau pagrindžia argumentą, kad MDFT programos poveikis nėra rezultatas, gaunamas tik iš bendrų terapijos veiksmų, pavyzdžiui, palaikymo ar dėmesio, priešingai – jos veiksmingumas siejamas su aiškiai ir konkrečiai apibrėžtais pokyčio mechanizmais, kurie apima pokyčius tėvystės, šeimos santykių ir kasdieninės paauglio aplinkos kontekste.

4.2. MDFT programos poveikis šeimai, paaugliui bei socialinei aplinkai

Atlikti empiriniai tyrimai rodo, kad MDFT programos nauda dažniausiai stebima keliose tarpusavyje susijusiose plotmėse. Pirmiausia ji atsiskleidžia paauglio lygmeniu: tyrimais fiksuojamas psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo ir priklausomybės simptomų mažėjimas, silpnesnė elgesio problemų raiška, palankesnė emocinė savireguliacija, kai kuriais atvejais – ir aktyvesnis įsitraukimas į ugdymo procesą (Rigter et al., 2013; Schaub et al., 2014; Liddle et al., 2008). Tai rodo, kad MDFT poveikio rezultatas neapsiriboja vien siauru simptomų mažinimo lauku, bet gali turėti sąsajų ir su ryškesniu paauglio funkcionavimo gerėjimu.

Ne ką mažiau aktuali ir šeimos lygmens nauda. Tyrimais įrodyta, kad MDFT metu stiprėja komunikacija, tėvų priežiūra ir nuoseklumas, mažėja destruktivių konfliktų pasireiškimas. Literatūroje šie veiksniai laikomi vienais efektyviausių pokyčio mechanizmų dėl to, kad turi tiesioginių sąsajų su šeimos reakcijomis į paauglio sunkumus ir gebėjimu kurti stabilesnę, aiškesnę ir saugesnę aplinką jo kasdieniniam gyvenimui (Schmidt et al., 1996; Hogue et al., 2006).

MDFT poveikis reikšmingas bei aktualus ir platesniame socialiniame bei instituciniame kontekste: aptikta, kad stipresnis įsitraukimas į gydymą ir didesnis paauglio išlaikymas programoje rodo nutrūkusių atvejų skaičių, o galimas delinkventinio elgesio atvejų mažėjimas turi sąsajų su mažesne našta visuomenei ir pagalbos sistemoms (Dakof et al., 2022; van der Pol et al., 2018). Atsižvelgiant į ekonominius vertinimus taip pat matoma, kad, įtraukus platesnius socialinius ir institucinius kaštus, MDFT programos kaštų ir naudos santykis vertintinas palankiau (Goorden et al., 2016). Tai leidžia teigti, jog MDFT yra reikšminga ne tik klinikiui, bet ir socialinės politikos požiūriu.

Apibendrinant galima teigti, kad dažniausiai aptinkama MDFT sąsajų su teigiamais pokyčiais keliose tarpusavyje susijusiose srityse. Daugelyje atliktų tyrimų stebimas psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo ir su juo susijusio rizikingo elgesio silpnėjimas, taip pat šeimos santykių gerėjimas: formuluojamos aiškesnės taisyklės, stiprėjantis tėvų gebėjimas nuosekliai auklėti ir prižiūrėti paauglį, mažesnis konfliktų intensyvumas ir atviresnė komunikacija. Taip pat specifiniais atvejais stebima nauda ir platesnei aplinkai: paauglys ima lengviau išlaikyti ryšį su mokykla, rečiau pasireiškia delinkventinis elgesys ar kitų socialinių problemų rizika, be to, pats įsitraukimas į pagalbą yra stabilesnis. Būtina paminėti ir tai, kad MDFT programa įvardijama kaip ypač tinkama paaugliams, susiduriantiems su sudėtingesnėmis situacijomis, pavyzdžiui, kai tam tikros problemos tęsiasi ilgiau, namuose daugiau konfliktuojama, pasitaiko teisinių ar mokyklos sunkumų, o psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas yra intensyvesnis. Tokiais atvejais vien individualios konsultacijos paaugliui nėra visuomet pakankamos, nes grįžęs į tą pačią aplinką jis vėl patiria tuos pačius sunkumus. MDFT stiprioji pusė yra ta, kad šia programa siekiama keisti ne vien patį paauglį, bet ir jo kasdieninį gyvenimą ir nusistovėjusią kasdieninę sistemą: santykių taisykles, bendravimo būdus, tėvų vaidmenį, esant reikalui – ir ryšius su mokykla, kitomis įstaigomis ar platesne socialine aplinka.

5. TYRIMO METODIKA

5.1 Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Tyrimo tikslas – ištirti multidimensinę šeimos terapiją taikančių specialistų darbo su šeimomis ypatumus ir išanalizuoti jų vaidmenį terapijos procese.

Tyrimui keliama šie **uždaviniai**:

1. Išanalizuoti darbo su šeima eigą, žvelgiant iš MDFT specialisto perspektyvos;
2. Ištirti, kaip specialistai supranta savo vaidmenį MDFT procese ir kokią reikšmę jam suteikia;
3. Identifikuoti pagrindinius iššūkius, su kuriais MDFT specialistai susiduria dirbdami su šeimomis ir atskleisti iššūkių įveikos strategijas;
4. Atskleisti MDFT specialistų bendradarbiavimo su kitų institucijų specialistais patirtis, vykdančią MDFT programą.

Tyrimo objektas – specialisto darbo su šeima multidimensinės šeimos terapijos kontekste ypatumai.

5.2 Tyrimo metodas

Siekiant išanalizuoti multidimensinę šeimos terapiją taikančio specialisto darbo su šeima ypatumus ir atskleisti jo vaidmenį terapijos procese, buvo pasirinktas kokybinio tyrimo metodas, kaip geriausiai atitinkantis norint atsakyti į suformuluotą tyrimo tikslą bei uždavinius. Taikytas pusiau struktūruoto interviu duomenų rinkimo metodas, nes iš anksčiau parengti klausimai ir taip pat interviu eigoje pateikiami gilinamieji klausimai suteikia galimybę gauti kaip įmanoma įvairiapusiškesnės informacijos, padedančios išsamiai atsakyti į numatytus tyrimo uždavinius. Kokybinės tyrimo priegijos pasirinkimas buvo grindžiamas tuo, kad multidimensinės šeimos terapijos specialistų darbo su šeimomis ypatumai ir jų profesinio vaidmens suvokimas Lietuvos kontekste iki šiol yra mažai tyrinėti. Atsižvelgiant į tai, kad MDFT programa Lietuvoje diegiama palyginti neseniai, šiuo etapu ypač svarbu atskleisti pirmąsias specialistų patirtis, jų refleksijas ir praktinio darbo specifiką. Tokie aspektai sunkiai aprėpiami standartizuotais kiekybiniais instrumentais, todėl tyrimui pasirinkta kokybinė prieiga.

5.3 Tyrimo instrumentas

Klausimynas buvo parengtas iš devynių iš anksto suformuluotų atvirų, pasakojimą skatinančių klausimų. Taip pat interviu eigoje buvo pateikti papildomi, gilinamieji klausimai, atsižvelgus į tiriamųjų suteiktą informaciją.

1 lentelė. Ekspertų interviu klausimai

Interviu klausimas	Kas siekiama sužinoti?	Kokį uždavinį sprendžia?
1. Papasakokite, prašau, kaip nutiko, susiklostė, kad šiandien esate MDFT specialistas ar specialistė?	Kokia eksperto darbo praktika šiame lauke? Kas paskatino jo įsitraukimą į šią veiklos sritį?	
2. Papasakokite, prašau, kaip atrodo Jūsų darbas su šeimomis? Ką jūs, kaip specialistas/specialistė darote?	Koks eksperto darbo turinys, praktinės veiklos? Taip pat, kaip ekspertas apibūdina savo darbą dirbant su šeimomis?	1. Išanalizuoti darbo su šeima eigą, žvelgiant iš MDFT specialisto perspektyvos.
3. Galbūt galite pasidalinti, kaip Jūs apskritai užmezgate santykį su šeima? Kaip Jums pavyksta įeiti į šeimą? Pelnyti jos pasitikėjimą?	Kokie santykio su šeima kūrimo metodai? Kokia pasitikėjimo kūrimo eiga bei eksperto pradžia įeinant į šeimos gyvenimo lauką?	1. Išanalizuoti darbo su šeima eigą, žvelgiant iš MDFT specialisto perspektyvos.
4. Apibūdinkite, prašau, šeimas su kuriomis Jūs dirbate? Kuo jos panašios ir kuo galbūt skiriasi?	Kokie darbo lauko ypatumai bei šeimų atvejų gausa? Kaip ekspertas supranta šeimų panašumus bei skirtumus?	1. Išanalizuoti darbo su šeima eigą, žvelgiant iš MDFT specialisto perspektyvos.
5. Galbūt galite papasakoti, kas Jums sudėtingiausia dirbant su šeimomis? Pasidalinkite, prašau, kaip Jūs su tuo sudėtingumu tvarkotės?	Kokius ekspertas dažniausiai patiria iššūkius dirbant su šeimomis? Kaip įveikia patiriamus iššūkius?	3. Identifikuoti pagrindinius iššūkius, su kuriais specialistai susiduria dirbdami su šeimomis ir atskleisti jų įveikos strategijas.
6. Kaip Jums atrodo, kas Jūs esate šeimoms, su kuriomis dirbate? Kuo Jūs galbūt	Kaip ekspertas suvokia savo vaidmenį santykiuose su šeima? Kaip jis supranta savo	2. Ištirti, kaip specialistai supranta savo vaidmenį

šeimoms svarbus ar reikšmingas?	profesinę laikyseną dirbant su šeimomis?	MDFT procese ir kokią reikšmę jam suteikia.
7. Pasidalinkite, prašau, su kuo Jūs bendradarbiaujate vykdydami MDFT programą? Galbūt galite papasakoti, kas Jus šiame bendradarbiavime džiugina ir kas galbūt kelia iššūkių?	Koks bendradarbiavimo tinklas su kitomis institucijomis bei specialistais? Kokios bendradarbiavimo stipriosios bei silpnosios pusės?	4. Atskleisti MDFT specialistų bendradarbiavimo su kitų institucijų specialistais patirtis, vykdant MDFT programą.
8. Įsivaizduokite, kad prieš Jus naujas, dar visai nepatyręs MDFT specialistas ar specialistė. Ką jūs jam patartumėte, ko jį pamokytumėte iš savo patirties?	Kokiomis praktinėmis patirtimis ekspertas galėtų pasidalinti su kitais? Jam šioje veikloje atrodo svarbiausia.	3. Identifikuoti pagrindinius iššūkius, su kuriais MDFT specialistai susiduria dirbdami su šeimomis ir atskleisti jų įveikos strategijas.
9. Įsivaizduokite, kad Jūs vadovaujate MDFT programos diegimui Lietuvoje. Ką Jūs pakeistumėte, darytumėte kitaip, o ką darytumėte taip pat ir nekeistumėte?	Koks eksperto vertinimas dėl MDFT programos diegimo Lietuvoje? Kokios matomos sistemos spragos, stiprybės ar įmanomi patobulinimai?	4. Atskleisti MDFT specialistų bendradarbiavimo su kitų institucijų specialistais patirtis, vykdant MDFT programą.

5.4 Tyrimo atranka ir tiriamieji

Vykdamas kokybinį metodą buvo taikoma kriterijais pagrįsta atranka, remiantis keturiais kriterijais:

1. Tyrime kviečiami dalyvauti specialistai, turintys bent vienerių metų patirtį dirbant pagal MDFT programą;
2. Į tyrimą įtraukiami specialistai iš skirtingų Lietuvos regionų: Vilniaus, Kauno bei Klaipėdos, siekiant užtikrinti įvairesnę patirtį ir platesnį požiūrį į MDFT taikymą;
3. Į tyrimą įtraukiami specialistai, turintys skirtingus bazinius išsilavinimus (psichologijos, socialinio darbo, socialinės pedagogikos);

4. Į tyrimą įtraukiami skirtingas pareigas užimantys darbuotoji – tiek MDFT specialistai, tiek koordinatoriai, siekiant atskleisti skirtingus vaidmenis ir funkcijas terapijos procese.

Remiantis aukščiau išvardintais kriterijais, tyrime dalyvavo 7 informantai, išreiškę sutikimą dalyvauti interviu.

Informantų charakteristika:

Norint išlaikyti respondentų konfidencialumą, visiems interviu dalyviams buvo paskirtas kodas, kuris leido išskirti informacijos šaltinį. Kodas sukurtas iš keturių dalių: pareigybės (specialistas – S; koordinatorius – K), bazinio išsilavinimo (psichologijos – P, socialinio darbo – SD, socialinės pedagogikos – SP), ir eilės numerio. Taip pat verta pažymėti, jog respondentų sprendimas pradėti dirbti MDFT programoje neįvyko atsitiktinai. Analizuojant tyrimo duomenis išryškėjo, kad ankstesnė darbo šeimomis, vaikais bei paaugliais praktika vedė juos link efektyvesnių pagalbos metodų paieškos. Tai atskleidžia, jog informantų pasirinkimas prisijungti prie MDFT programos atlydėjo juos ne vien dėl karjeros perspektyvų, tačiau ir dėl noro veiksmingiau teikti pagalbą paaugliams bei jų šeimos nariams, kaip teigė informantė (SSD1): *„Ir visą laiką žinojau, kad man patinka su vaikais, su jų tėvais, kad padėti jiems kažkaip susišnekėti, kad tie vaikai augtų laimingesni, labiau suprasti.“*

2 lentelė. Tyrime dalyvavusių respondentų kodai ir charakteristika

Informantas	Informanto charakteristika
SSD1	Specialistė, turinti bazinį socialinio darbo išsilavinimą.
KSD2	Koordinatorius, turintis bazinį socialinio darbo išsilavinimą.
SSP3	Specialistė, turinti bazinį socialinės pedagogikos išsilavinimą.
KSP4	Koordinatorė, turinti bazinį socialinės pedagogikos išsilavinimą.
SP5	Specialistas, turintis bazinį psichologijos išsilavinimą.
KSD6	Koordinatorius, turintis bazinį socialinio darbo išsilavinimą.
KP7	Koordinatorė, turinti bazinį psichologijos išsilavinimą.

5.5 Tyrimo eiga ir organizavimas

Interviu buvo atliekami 2025 m. gruodžio bei 2026 m. sausio mėnesiais. Trys interviu vyko gyvai bei keturi interviu vyko nuotolinio ryšio priemone per „Microsoft Teams“ platformą. Vidutinė visų pokalbių trukmė – 60 min. Visas bendras interviu laikas 6 valandos.

5.6 Duomenų analizės metodas

Duomenų analizės metodas. Tyrimo metu gauti duomenys buvo analizuojami remiantis Meuser ir Nagel (2009) ekspertų interviu analizės metodu, kurį sudaro penki etapai.

1. Interviu parafravimas. Transkribuoti interviu buvo sistemingai skaitomi, norint kuo išsamiau nustatyti respondentų pasakytas mintis bei patirtis. Tekstai eilutė po eilutės buvo skirstomas į reikšminius vienetus, juos perfrazuojant. Parafrazuojant stengiamasi kuo labiau išsaugoti originalias respondentų mintis, išlaikant jų pagrindą ir pasakojimo eigą.

2. Konceptų rengimas (kodavimas). Kitame žingsnyje parafrazės buvo priskiriamos konceptams, norint surasti, besikartojančias temas bei vienodą prasmę tarp jų. Kuriant konceptus, buvo nagrinėjamas kiekvienas interviu individualiai, analogiško turinio parafrazes apjungiant į didesnius reikšminius elementus. Kiekvienam konceptui paskirtas pavadinimas, kuris parodė esminę parafrazėse glūdinčią mintį. Kodavimas leido nuo konkrečių respondentų išsakytų minčių pereiti prie bendrų prasminių vienetų bei išsamiau parodyti MDFT programoje dirbančių specialistų įgytą patirtį bei darbo ypatumus.

3. Teminis palyginimas bei kategorijų kūrimas. Sudaryti konceptai buvo palyginti tarp įvairių interviu, norint atrasti besikartojančias temas, bendrumus bei skirtumus. Konceptai buvo grupuojami į kategorijas, siekiant neprarasti respondentų minčių. Kategorijų rengimas sudėliojo įvairias respondentų praktikas bei išskyrė svarbiausias temas: MDFT darbo su šeima ypatumus, specialistų vaidmenį, kylančius iššūkius bei bendradarbiavimo patirtį įgyvendinant MDFT programą Lietuvoje.

4. Empirinis generalizavimas (sociologinis konceptualizavimas). Atsižvelgiant į sudarytas kategorijas, buvo siekiama susisteminti iš respondentų surinktus duomenis bei pateikti išsamesnius pastebėjimus apie tyrimo objektą. Empirinis generalizavimas pateikiamas šio magistro darbo rezultatų pristatymo dalyje.

5. Teorinis generalizavimas. Paskutiniame analizės etape gautos empirinės kategorijos ir esminiai rezultatai yra aptariami kitų autorių ir tyrimų kontekste.

Tyrimo ribotumai: Į tyrimą nebuvo įtraukti nei paaugliai, nei jų tėvai, visi tyrimo duomenys yra gauti tik iš pačių terapiją vykdančių specialistų pasakojimų apie save pačius. Galimai tai iškreipė duomenis, nes būtų prasminga žinoti ypač apie specialistų vaidmenį apklausus šeimas, kurioms yra taikoma MDFT programa. Visgi magistrinio darbo apimtis nebūtų leidusi dar labiau plėsti tyrimo, dėl šios priežasties buvo apsiribota vien specialistų interviu.

5.7 Tyrimo etika

Prieš susitinkant paimti interviu visiems informantams buvo nusiųsta pasirašyti informuoto sutikimo forma, kuri užtikrina, kad tyrime dalyvaujantiems asmenims buvo suteikta informacija apie tyrimo tikslus bei sąlygas. Visi tyrimo dalyviai buvo informuoti, kad jų dalyvavimas tyrime yra savanoriškas ir kad jie bet kada gali pasitraukti iš tyrimo. Tyrimo dalyviams buvo pažadėtas konfidencialumas, jie sutiko, kad jų interviu būtų įrašomi. Informuoto sutikimo forma pateikta priede Nr. 1).

6. MULTIDIMENSINĘ ŠEIMOS TERAPIJĄ ĮGYVENDINANČIO SPECIALISTO DARBO SU ŠEIMOMIS YPATUMAI IR VAIDMUO TERAPIJOS PROCESĖ

Atlikus duomenų analizę buvo išskirta 16 empirinių kategorijų, kurios toliau aptariamos šiame skyriuje. Išsamesnis kategorijų ir jas sudarančių konceptų sąrašas pateikiamas antrame priede.

6.1 MDFT – darbas su motyvuotomis ir nemotyvuotomis šeimomis

Tyrimo duomenų analizė atskleidė reikšmingą kategoriją, kuri susijusi su šeimu motyvacija MDFT terapijoje ir taip pat, kokioms šeimoms ši terapija yra veiksmingiausia. Kategorija skamba taip: „**MDFT terapija geriausiai tinka toms šeimoms, kurios pačios siekia pagalbos bei kurios geba reflektuoti pačios save, tačiau dažnai tenka dirbti su mažai motyvuotomis šeimomis**“.

Duomenų analizė atskleidė kategoriją, susijusią su šeimų motyvacija MDFT terapijai ir terapijos tinkamumu skirtingais atvejais. Specialistų požiūriu, MDFT geriausiai pasiteisina dirbant su šeimomis, kurios pačios siekia pagalbos ir geba reflektuoti savo situaciją, tačiau praktikoje dažnai tenka dirbti ir su mažai motyvuotomis šeimomis.

Tyrimo duomenys parodė, kad MDFT terapijos procese itin svarbus šeimos narių įsitraukimas, vidinė motyvacija keistis ir gebėjimas reflektuoti savo patirtis. Kai šeima pati ieško pagalbos, ji dažniausiai jau pripažįsta problemą ir yra labiau pasirengusi ieškoti kitokių jos sprendimo būdų. Tai sudaro palankesnes sąlygas terapiniam darbui, nes pokytis MDFT procese kuriamas ne vien specialisto pastangomis, bet aktyviai dalyvaujant ir pačiai šeimai. Terapijos metu šeimos nariai skatinami permąstyti savo elgesį, tarpusavio santykius ir bendravimo modelius, mokytis kitaip girdėti vieni kitus. Dėl šios priežasties MDFT dažniau pasiteisina dirbant su šeimomis, kurios bent minimaliai geba pažvelgti į save bei savo santykių dinamiką.

Vis dėlto informantai pabrėžė, kad praktikoje specialistams dažnai tenka dirbti ir su mažai motyvuotomis šeimomis. Tyrimo dalyviai pasakojo, kad dalis šeimų į terapiją ateina ne dėl vidinio noro keistis, bet dėl išorinio spaudimo, institucinių reikalavimų, nuovargio ar lūkesčio, kad pagrindinį pokytį sukurs pats specialistas. Informantė (KP7) teigė: „Šiai dienai man didžiausias sunkumas ir yra, kad jaučiu, kad žmonės yra nemotyvuoti“, o informantas (KSD2) pažymėjo: „Sudėtinga būna, kada tėvai nesilaiko sutarto plano.“ Tai rodo, kad šeimos motyvacija yra viena svarbiausių sąlygų nuosekliam MDFT procesui. Kai šeimos nariai neįsitraukia, specialisto pastangų ne visada pakanka, nes terapinis procesas tampa fragmentiškas ir sunkiau vedantis į pokytį. Empiriniai

duomenys taip pat atskleidė, kad motyvacijos stoka ne visada reiškiasi tiesioginiu atsisakymu dalyvauti terapijoje. Dažniau ji pasireiškia netiesiogiai: šeimos nariai neatvyksta į susitikimus, apie neatvykimą nepraneša, terapijos metu išlieka gynybiški arba dalyvauja formaliai, tačiau realiai neįsitraukia į pokyčio procesą. Informantas (KSD2) teigė: „Tai labai tada sunku išlaikyti tokią, nuoseklų procesą dirbant su šeima.“ Šie duomenys rodo, kad nemotyvuotumas trukdo ne vien tik individualiems susitikimams, tačiau ir visai terapijos eigai, kadangi MDFT procese yra reikšmingas nuoseklumas, kryptingas judėjimas teigiamo pokyčio link bei sutartų taisyklių vykdymas.

Svarbu ir tai, kad motyvacija šeimos viduje ne visada būna vienoda. Dalis šeimos narių gali norėti keistis, o kiti tam prieštarauti bei nematyti tam būtinybės. Informantė (SSP3) pažymėjo, jog terapinis darbas ypač sudėtingas tampa tuo metu, kuomet „Paauglio didesnė motyvacija negu tėvų keistis.“ Tokiose situacijose paaugliui tampa sunkiau siekti ilgalaikio pokyčio, jei jo nepalaiko kiti šeimos nariai arba šeima neturi bendro supratimo, dėl ko ir kaip reikėtų keistis. Kadangi MDFT terapijoje dirbama ne tik su paaugliu, bet ir su visa šeimos sistema, nevienodas šeimos narių įsitraukimas tampa reikšmingu terapinio proceso sunkumu.

Respondentų teigimu, MDFT specialistai nesiekia spausti nemotyvuotų ar tik iš dalies motyvuotų šeimų, tačiau stengiasi aiškiai įvardyti programos principus ir jos ribas. Informantė (KP7) pabrėžė: „*Ta nu ir multidimensinė yra tokia labai apie tą, kad turim priimti žmogų, toks jis ir koks yra, jeigu jis nori pagalbos, mes jam galim padėti, jeigu jis nenori, nu mes viso pasaulio neišgelbėsime.*“ Ši citata atskleidžia, kad MDFT procese svarbu suprasti, kada šeimą dar galima padrašinti įsitraukti į pokytį, o kada tenka pripažinti, jog terapijos galimybės yra ribotos. Tai susiję ir su specialisto profesionalumu – gebėjimu realistiškai įvertinti, ar šeima šiuo metu yra pasirengusi priimti pagalbą ir kartu su specialistu dirbti dėl pokyčio.

Tyrimo duomenys taip pat atskleidė, kad MDFT specialistams papildomų iššūkių kyla dirbant su šeimomis, kuriose yra psichikos, raidos ar kognityvinių sunkumų, apsunkinančių gebėjimą reflektuoti savo patirtis. MDFT procese svarbu, kad šeimos nariai gebėtų kalbėti apie savo jausmus, santykius, elgesį ir matyti ryšį tarp veiksmų bei jų pasekmių. Terapinis procesas virsta sudėtingu, kuomet minėti įgūdžiai yra riboti, o kartais – nelengvai įvykdomi. Informantė (SSD1) pažymėjo: „*Kitas, kas man sunku, tai su psichikos sutrikimą turinčiais žmonėmis, kur aš nu tikrai čia tas vat, multidimensiškumas tai mūsų kompetencijose labai atsispindi.*“ Ši citata atskleidžia, jog dirbant su asmenimis, kurie turi psichikos ar raidos sunkumų, iš specialisto pageidaujama platesnio požiūrio į šeimos situaciją, didesnio jautrumo bei lankstumo prisitaikant prie individualios šeimos galimybių.

Sunkiose situacijose specialistai siekia rasti būdų, kaip terapinį procesą šeimai ar individualiam asmeniui sukurti lengviau pasiekiamą. Informantė (SSD1) teigė: „*Nu tai tada, ką darau, labai, labai supaprastinu, kiek įmanoma*“, o informantas (KSD6) pasakojo apie kūrybišką prisitaikymą prie jaunuolio būsenos: „*Duotų šitą, žinai, pažaisti ir tiesiog metu jam sensorinę*

priemonę. Jie pagauna ir iš karto žino, ką daryt su ja. Ir jie iš karto pradeda nurimti, viskas, galiu kalbėti.“

Vis dėl to, gauti tyrimo duomenys atskleidė, jog specialistų gebėjimas prisitaikyti ne visuomet gali atsvirti šeimos motyvacijos stoką, nenorą keistis ar nepakankamus reflektavimo įgūdžius. Kuomet šeima nepakankamai įsitraukia į procesą, nepaiso susitarimų, nereguliariai susitinka su specialistu ar tikisi, jog pokytis bus pasiektas jai pačiai neįsitraukiant, tuomet terapinis procesas gali pasibaigti anksčiau laiko. Vis dėlto kompleksinis terapijos pobūdis ir specialistų gebėjimas prisitaikyti sukuria galimybių šeimą palaipsniui įtraukti į pokytį net tada, kai pradžioje ji nėra aiškiai pasirengusi keistis.

Apibendrinus galima teigti, jog MDFT programos taikymo galimybės yra susijusios su šeimos bei jos narių noru dalyvauti terapijoje, savirefleksijos įgūdžiais, kurie susiję su santykiais, jausmais ir patirtimis. Tyrimo duomenys atskleidė, jog MDFT programa yra veiksmingiausia, kuomet šeima noriai priima pagalbą, sutinka, jog pokytis reikalingas bei yra pasiruošusi nuosekliai įsitraukti į procesą. Vis dėlto praktikoje MDFT specialistams tenka dirbti ir su mažai motyvuotomis, pasipriešinimą rodančiomis ar ribotus refleksijos gebėjimus turinčiomis šeimomis. Tokiais atvejais ypač svarbus tampa specialisto gebėjimas realistiškai vertinti šeimos galimybes, lanksčiai taikyti MDFT metodą ir kartu atpažinti terapinio proceso ribas.

6.2 MDFT terapijos tikslai, procesas ir siekiami rezultatai

Duomenų analizė leido identifikuoti keturias reikšmingas kategorijas, susijusias su MDFT tikslais, šios terapijos proceso ypatumais ir apie tai, kokių rezultatų šios terapijos pagalba yra siekiama.

Kategorija apie MDFT tikslą analizuojant duomenis buvo apibendrinta šitaip: **„Terapijos metu šeimos nariai mokosi iš naujo ir kitaip vieni kitus girdėti“**. Taigi tikslas yra mokyti kitokio nei iki šiol, konstruktyvesnio komunikacijos būdo šeimoje ir per tai keisti šeimos narių tarpusavio santykius.

Pasak MDFT specialistų, jie susiduria su šeimomis, kurios negirdi savo artimųjų, reaguoja į vieni kitų pasakymus gynybiškai ar interpretuoja vieni kitų pasakymus pagal išankstinį, neretai stereotipinį modelį. Dėl šių priežasčių, MDFT specialistui yra svarbu padėti šeimos nariams išgirsti vienas kito ištartus žodžius bei stengtis suvokti, kas iš tiesų slepiasi už jų.: Viena iš informančių sakė: *„Tai aš dažnai perklausiu iš šeimos: vat, ką išgirdai dabar, ką mama pasakė arba ką vaikas pasakė?“* Tai rodo, jog MDFT eigoje komunikacija sąmoningai stabdoma specialisto, konkretinama bei stengiamasi ją mokyti kurti iš naujo.

Taip pat tyrimo duomenys rodo, kad šis mokymasis naujai girdėti vieni kitus yra ne visai paprastas, daug pastangų ir laiko reikalaujantis procesas. Juo labiau, kad ne visi šeimos nariai geba mokytis vienodu tempu. Informantė (SSP3) pasakoja, kad „*Sudėtingiausia turbūt, kai paauglys jau ne taip neblogai pradeda kalbėti su tėvais, o tėvai negirdi.*“ Dėl šios priežasties MDFT specialistas terapijoje tarpininkauja tarp paauglio ir tėvų – paaugliui padeda laisviau išsakyti savo mintis, o tėvams geriau išgirsti savo vaiką. Informantas (SP5) tai apibūdino taip: „*Lygiai taip pat su tėvais sakai: žiūrėkite, mes kalbėsime, aš noriu, kad paauglys jums pasakytų kažkokius dalykus, ir jūs turite išklausti.*“

MDFT pagalba artimieji lavina ne tik gebėjimą dalintis savo sunkumais bei išgyvenimais vieni su kitais, bet ir mokosi kokybiško bendravimo tarpusavyje. MDFT specialistas stengiasi šeimai padėti nustoti kaltinti vienas kitą, gynybiškai reaguoti į vienas kito pasakytus žodžius, taip pat siekia, jog šeima pereitų prie supratimu grįsto dialogo. Informantė (KSP4) pamini tokias mokymosi ir mokymo detales: „*Tu sakai va dabar, kai žiūrėkit, ne man sakykit [o vienas kitam], ir iš pradžių jie žiauriai, aa, jiems nepatogu, jiems būna sunku, bet po to jie įpranta.*“

Taigi apibendrinant galima teigti, kad terapijos procesas yra visos šeimos mokymosi procesas – tikslas yra mokytis kitaip, konstruktyviau nei iki šiol komunikuoti vieni su kitais. MDFT specialistui šiame mokymosi procese tenka labai svarbus moderatoriaus ir kartu mokytojo vaidmuo.

Tačiau mokymasis komunikuoti nėra vienintelis šios terapijos tikslas. Kita iš duomenų iškilusi kategorija nurodo platų MDFT tikslą: „**MDFT siekia ne išmokyti tėvus geriau kontroliuoti netinkamą savo vaiko elgesį, o stiprinti ir keisti tarpusavio ryšius šeimoje**“. Šios terapijos atstovai yra įsitikinę, kad paauglio elgesio sunkumai yra labai tarpiai susiję su santykiais ir situacija šeimoje. Todėl paauglio elgesys gali pasikeisti tik keičiantis visai šeimos sistemai. Todėl bendrasis ir pagrindinis šios terapijos tikslas yra tėvų ir vaikų tarpusavio ryšio gerinimas. Pasak informantės (SSD1): „*jo, tai visada, manau, vienas iš pagrindinių tikslų būna sustiprinti tėvų ir vaikų santykį*“. Specialistės žodžiais, tai yra „*pagrindų pagrindas*“. Paauglys keičiasi tuomet, kai namuose jis gali jaustis išgirstas tėvų, matomas bei suprantamas: „*kai vaikas jausis saugus, priimtas, suprastas tėvų, tada jo elgesys automatiškai rimsta visur kitur*“.

Pasitaiko situacijų, kai šeima bei kitų įstaigų specialistai pastebi tik netinkamą paauglio elgesį, tačiau svarbu suvokti, jog netinkamas paauglio elgesys yra jo gyvenimo situacijos pasekmė, o ne priežastis. Kaip teigė informantas (SP5): „*visas elgesys yra tikrai ta ledkalnio viršūnė, po kuria slypi tikrasis poreikis meilės, rūpesčio, supratimo*“. Taigi MDFT rėmuose delinkventinis paauglio elgesys neretai yra laikomas ženklu, kad paaugliui trūksta meilės bei šilumos. Dėl šios priežasties MDFT specialistui yra svarbu, ne vien tai, kad paauglys nustotų elgtis netinkamai, tačiau, kad ir jo tėvai geriau mokėtų atpažinti jo poreikius.

Empiriniai rezultatai rodo, kad MDFT tikslai susiję ne vien su mokymusi ar su šeimos tarpusavio ryšių stiprinimu, bet ir su tėvų pasitikėjimo savo tėvyste atkūrimu. Štai kaip skamba dar viena kategorija: „**I MDFT ateina tėvai, savo tėvystę patiriantys kaip didžiulę nesėkmę, todėl atkurti jų pasitikėjimą savimi yra vienas svarbiausių terapijos uždavinių**“.

MDFT terapijoje yra svarbu padėti tėvams labiau pasitikėti savimi, nes kai jie tikės savimi, tuomet lengviau pavyks pasiekti pokytį santykiuose su savo vaiku. Viena informantė (SSP3) svarstė: „*Kai suaugusiam žmogui sumažini kaltės jausmą, tada ir atsiranda galimybė pokyčiui ir tas, nu, pasitikėjimas*“. Su kaltės jausmais gyventi yra sunku. Tėvai jaučiasi atsakingi už netinkamą savo vaiko elgesį ir kaltina save, kad jie nesugebėjo jo išauklėti, nesugebėjo būti gerais tėvais savo vaikui. Mažinti šį kaltės jausmą padeda jau vien tai, kad specialistas palaiko tėvus, jis jų nekaltina ir nemoralizuoja, atvirksčiai – jis rodo pasitikėjimą ir tikėjimą, kad jie savyje turi didelį potencialą būti gerais tėvais ir kad bet kuri situacija nėra baigtinė ar be išeities.

Dažnai tėvai į MDFT terapiją ateina su didžiuliu nuovargiu ir apimti bejėgystės jausmo – nes jie jau ilgą laiką bandė ir darė ką galėjo, tačiau niekas nesuveikė. Informantė sako (SP5): „*Visiems tėvams rūpi, bet dažnai visi tėvai būna pavargę, nes tai tęsiasi jau kurį laiką*“. Taigi terapijoje svarbu padėti tėvams pailsėti, atsigauti ir vėl turėti jėgų kažko imtis – tai leidžia išlipti iš bejėgystės jausmo.

Taip pat terapijos metu yra svarbu pastebėti ir išryškinti šeimos stiprybes, nes jos leidžia judėti teigiamų pokyčių link. Tai gali būti pagyrimas, geras žodis, pozityvių dalykų iškėlimas – ką šeima moka ir sugeba, daro labai gerai. Visa tai irgi padeda atkurti prarastą pasitikėjimą savimi. Pasak respondentės (SSD1): „*Tikrai daug tokio įvertinimo, pagyrimo duodam, kas gal Lietuvoje yra taip gana neįprasta, tai iš pradžių būna ir tėvam net nejauku, ir jie tokie: „Ne, ne, ne“, bet jiems gera būna iš tikrųjų tas išgirst. Ir vaikam.*“

Specialistų pasakojimai rodo, kad tėvai terapijoje niekaip nėra nuvertinami, atvirksčiai, jie matomi pozityviai ir į juos žvelgiama su supratimu. Pasak informanto (KSD6), „*jie daro ką gali, ir daro nuoširdžiai, ir daro, nu, su resursais, kuriuos turi.*“

Aptarus MDFT programos tikslus, svarbu išsiaiškinti, kokių procesų arba tiksliau – metodinių žingsnių – pagalba šių tikslų yra siekiama. Viena iš empirinių kategorijų skamba taip: „**Nors MDFT metodologija turi aiškią darbo su šeima struktūrą, visgi labai daug kas priklauso nuo specialisto gebėjimo šią struktūrą individualizuoti žvelgiant į konkrečią šeimą**“.

Pirmieji multidimensinės šeimos terapijos etapai yra pakankamai identiški su visomis šeimomis – nes visų pirma reikia užmegzti ryšį su šeimos nariais. O štai tolimesni etapai yra individualizuoti, pritaikyti konkrečiai šeimai ir jos problematikai. Norint pasiekti pokytį, specialistui svarbu pažinti šeimą, jos aplinką, taip pat sukurti ryšį su šeima. „*kokį tai pusanthro mėnesio daugiau yra susipažinimas ir jaukinimasis, nes pas mus pats pagrindas yra santykis ir ryšio sukūrimas.*“

(SSD1). Tai parodo, jog norint, kad šeima bei paauglys pasitiktų specialistu, jam atsivertų, o laikui bėgant ir vyktų pokytis, turi būti santykis, kuriame asmuo su specialistu jaustųsi saugiai bei žinotų, jog yra priimtas ir pripažįstamas su visa jo problematika ir sunkumais.

Nors MDFT yra prisitaikanti prie kiekvieno asmens, visgi ši terapija turi ir tam tikrą procesinę struktūrą: Pasak informanto (KSD2), *„pati MDFT programa dažniausiai susideda, na, dažniausiai bent taip rašo vadovėliuose, iš 3 etapų“, „pirmas etapas yra santykių užmezgimas su šeima“, „2 etapas, kai jau tas santykis dažniausiai būna užmegztas, yra šeimos tikslų išsikėlimas ir darbas ties pokyčiu“, o „3 etapas yra pasiektų rezultatų užtvirtinimas“.* Tai rodo, kad MDFT metodologija yra aiškiai orientuota į pamatuojamų tikslų kėlimą, taigi į rezultatyvumą, kuris proceso pabaigoje yra įsivertinamas, pamatuojamas.

Kaip bebūtų, ši struktūrą ir orientavimasis į tikslus ir rezultatus neriboja individualizavimo, pritaikymo kiekvienai šeimai galimybės. Respondentė (KSD6) pasakoja, kad terapija vyksta *„pagal šeimos poreikį kažkokį, tai ar su jaunuoliu, ar su tėvais, ar su vienu iš tėvų, ar su ten broliu, sese, draugu, mokykla, nežinau, kažkokiu tais darbuotoju, dėde.“* Terapijoje yra nereguliuojamas nei dalyvaujančiųjų skaičius, nei įtraukiamų asmenų ar institucijų skaičius – į kiekvienos šeimos poreikius žvelgiama individualiai ir terapijos eiga gali kisti priklausomai nuo to.

Empirinė kategorija susijusi su terapinės aplinkos pasirinkimu skamba taip: **„MDFT programos dilema - kas veiksmingiau: terapija specialisto kabinete ar šeimos namuose“.**

Tyrimo duomenys parodė, kad MDFT specialistai darbo aplinką suvokia ne tik kaip techninį ar organizacinį klausimą, bet ir kaip svarbią terapinio proceso dalį. Terapinis darbas gali vykti ne tik specialisto kabinete, bet ir šeimos namuose ar kitose paaugliui artimose erdvėse. Informantas (SP5) teigė, kad terapijoje derinami *„susitikimai ofise“* ir *„susitikimai klientų namuose“*, o tai daroma *„labai sąmoningai, sistemingai, kad būtų galima geriausiai suprasti elgesį ne tik tai terapeutui patogioje aplinkoje, bet ir šeimai patogioje aplinkoje.“* Ši citata leidžia suprasti, kad aplinkos pasirinkimas MDFT procese nėra atsitiktinis. Specialistui svarbu pažinti šeimą ne vien per jos pasakojimą, bet ir per kasdienę aplinką, kurioje atsiskleidžia šeimos santykiai, vaidmenys, įpročiai ir sunkumai.

Darbas šeimai artimoje aplinkoje suteikia galimybę pamatyti tai, kas terapijos kabinete gali likti nepastebėta. Namų ar kitos neformalios aplinkos leidžia geriau suprasti šeimos kasdienybę, jos tarpusavio sąveikas ir bendravimo modelius. Informantė (SSD1), kalbėdama apie darbą su paaugliais, pasakojo: *„Gali būt ne kabinete – mes ten esam ir sausainius kepti, šunis vedžioję ir kur nors arbatą įjė burbulinę gerti.“* Ši citata iliustruoja, kad ryšys su paaugliu kartais kuriamas ne tiesiogiai kalbant apie problemas, bet per bendrą veiklą, buvimą kartu ir mažiau formalų kontaktą. Tokiose situacijose paauglys gali jaustis saugus, o specialistui tampa lengviau kurti pasitikėjimu grįstą santykį.

Vis dėl to darbas šeimos aplinkoje kelia ir tam tikrų iššūkių. Informantas (SP5) pabrėžė, kad darbas namuose „*suteikia daugiau terapinių duomenų*“, tačiau jis turi būti naudojamas „*kaip priemonė siekti vieno ar kito tikslo*“. Informantė (KP7) taip pat pažymėjo, kad namų aplinkoje atsiranda „*visokių trukdžių*“. Tai rodo, kad pati aplinka savaime nėra nei geresnė, nei blogesnė už terapijos kabinetą. Svarbiausia tampa specialisto gebėjimas ją tikslingai išnaudoti terapiniame procese ir pasirinkti tokią darbo formą, kuri konkrečiai šeimai būtų naudingiausia.

Apibendrinant tyrimo rezultatus galima teigti, jog tyrimo metu nustatyti MDFT programos tikslai yra drauge ir siektini rezultatai. Jei šeimai pavyksta išmokyti palaikyti konstruktyvesnį dialogą tarpusavyje, jei tėvai vėl pradeda pasitikėti savo tėvyste, sušvelnina savo kaltės ar vidinio bejėgiškumo jausmus, jei tėvų ir paauglio santykiuose vėl atkuriamas artimesnis ryšys, jei tėvai geba išmokyti pastebėti vaiko poreikius – šie veiksniai yra vieni iš gerai pasiektų MDFT programos tikslų bei rezultatų. Svarbu paminėti, jog pasitaiko situacijų, kuomet rezultatai nėra žymūs, sėkmingi ar ilgalaikiai.

6.3 MDFT specialisto vaidmuo santykiuose su šeima

Siekiant atsakyti į tyrimo uždavinį apie MDFT specialisto vaidmenį santykiuose su šeima, duomenų analizė sudarė galimybę nustatyti keturias svarbias empirines kategorijas. Jos parodo, jog MDFT specialisto vaidmuo apima daugiau nei vieną terapinį darbą siaurąja prasme.

Pirmoji empirinė kategorija atskleidžia MDFT specialisto santykį su paaugliu ir formuluojama taip: „**Paauglys MDFT specialistą turi patirti kaip patikimą sąjungininką, o ne dar vieną moralizuojantį suaugusįjį, kurių jam gyvenime nestinga**“.

Tyrimo duomenys atskleidė, jog paaugliui svarbu, jog specialistas taptų tuo suaugusiuoju, kuris neskubės jį vertinti, kritikuoti ar taisyti. Dėl šios priežasties pasitikėjimu grįsto santykio kūrimas tampa viena svarbiausių terapinio proceso sąlygų. Informantas (KSD6) teigė: „*Draugiškas faina būti draugišku, bet būna, vat, kad ir jaunuoliai tokie, vat, kur dažnai aš jaučiau, kad specialistas tampa pirmas suaugęs žmogus, su kuriuo gali jisai racionaliai kalbėtis apie tai, kaip jaučiasi ir ką patiria*“. Ši citata atskleidžia, kad MDFT specialistas paauglio gyvenime kartais tampa vienu pirmųjų suaugusiųjų, su kuriuo jis gali kalbėti nesijausdamas smerkiamas ar kontroliuojamas.

Santykio kūrimas su paaugliu reikalauja laiko, kantrybės ir jautrumo jo tempui. Informantė (SSD1) pažymėjo: „*Čia kaip jam patogiu, galim išvis nešnekėt apie temas, kol jisai nebus pasiruošęs*“. Ši pozicija rodo, kad MDFT specialistas nesiekia paauglio spausti ar priversti kalbėti apie sudėtingas temas anksčiau, nei jis tam pasiruošęs. Tokia laikysena padeda kurti saugesnį santykį ir leidžia paaugliui pačiam pamažu įsitraukti į terapinį procesą.

Tyrimo duomenys taip pat parodė, kad MDFT terapijoje paauglio balsui suteikiama svarbi vieta. Respondentė (KSP4) pasakojo: „*Ir tada aš atsisuku į jaunuolį ir sakau, o tu pritari, ką tavo mama dabar apie tave pasakoja?*“ Ši citata atskleidžia, kad specialistas neleidžia paaugliui tapti vien pasyviu suaugusiųjų pokalbio objektu. Priešingai, paauglys įtraukiamas į dialogą kaip aktyvus terapinio proceso dalyvis, turintis teisę kalbėti apie savo patirtį, nesutikti ar papildyti kitų šeimos narių pasakojimus.

Kartu svarbu pabrėžti, kad sąjungininkystė su paaugliu nereiškia vienos pusės palaikymo prieš kitą. MDFT specialistas nesiekia „stoti į paauglio pusę“, bet mėgina sudaryti sąlygas, kad jis šeimoje būtų išgirstas. Informantas (KSD6) šį santykį apibūdino taip: „*Manau, kad mes lygiavertiškai esam, kad aš tiesiog turiu įrankius, jūs turit santykį, ar ne?*“ Ši mintis atskleidžia svarbią MDFT specialisto laikyseną – specialistas ateina ne pakeisti šeimos santykių, o padėti juos atkurti ir sustiprinti.

Antroji empirinė kategorija susijusi su specialisto tarpininkavimo funkcija ir formuluojama taip: **„MDFT specialistas yra tarsi tarpininkas tarp susipriešinusių šeimos narių, jis lyg vertėjas, padedantis išversti šeimos narių nesusikalbėjimą į visiems suprantamą kalbą“.**

Tyrimo duomenys rodo, kad viena svarbiausių MDFT specialisto funkcijų yra padėti šeimos nariams vieniems kitus išgirsti ir suprasti. Šeimose, kuriose santykiai įtempti, paauglio žodžiai ar elgesys dažnai interpretuojami per nusivylimą, pyktį ar ankstesnių konfliktų patirtį. Dėl to tėvams gali būti sunku suprasti, ką paauglys iš tiesų mėgina pasakyti ar parodyti savo elgesiu. Informantė (SSD1) savo vaidmenį apibūdino taip: „*Kartais tokia vertėja tarp tėvų ir vaikų. Kas ką pasakė, kas iš tikrųjų, ką turėjo minty, kaip jautėsi tuo metu*“. Panašiai respondentė (SSP3) pažymėjo: „*Ir dar turbūt dažnai tenka išversti tėvams paauglių kalbą*“.

Šios citatos iliustruoja, kad MDFT specialisto „vertimas“ nėra vien tiesioginis žodžių paaiškinimas. Specialistas padeda šeimos nariams suprasti emocinę ir santykinę kito žmogaus elgesio prasmę. Už pykčio, atsitraukimo ar pasipriešinimo dažnai slypi poreikis būti suprastam, išgirstam ar priimtam. Tokiu būdu terapijoje keičiasi pats šeimos bendravimo būdas – nuo kaltinimo ir reagavimo pereinama prie bandymo suprasti vienas kito patirtis.

MDFT specialisto tarpininkavimo vaidmuo neapsiriboja vien šeimos santykiais. Kadangi MDFT yra multidimensinė terapija, specialistas dažnai tampa tarpininku ir tarp šeimos bei kitų institucijų – mokyklos, socialinių paslaugų, atvejo vadybos ar kitų pagalbos sistemų. Informantas (SP5) teigė: „*Tai tikrai tampa tokiu šeimos atstovu šeimos ir padedu jiems suprasti vieniems kitus. Toks middle man. Toks galėtų būti išsireiškimas, kai esu tarp paauglio ir tėvų, tarp šeimos ir institucijos*.“ Ši citata atskleidžia, jog MDFT specialisto vaidmuo pranoksta asmeninio konsultavimo ribas. Jis tampa jungiančia figūra tarp skirtingų sistemų, veikiančių šeimos gyvenime.

Toks tarpininkavimas ypač svarbus tais atvejais, kai šeima jaučiasi nesuprasta institucijų arba pati institucijų vertinama tik per problemų prizmę. Specialistas gali padėti šeimai geriau suprasti institucijų lūkesčius, o institucijoms – plačiau pamatyti pačios šeimos situaciją. Todėl MDFT specialisto vaidmuo šiame procese tampa ne tik terapinis, bet ir koordinuojantis bei atstovaujantis šeimos interesams.

Trečioji empirinė kategorija atskleidžia profesinių ribų svarbą ir formuluojama taip: **„Dirbant su šeima svarbu išlaikyti profesinę distanciją – išlikti terapeutu ir nepatapti šeimos draugu ar šališkai palaikyti kažkurį vieną šeimos dalį“.**

Tyrimo duomenys leido atskleisti, jog MDFT specialistams visuomet reikia bandyti atrasti balansą tarp emocinio ryšio su šeima bei profesinės distancijos. Terapiniame santykiyje svarbu pasitikėjimas bei emocinis artumas, bet per daug didelis tapatinimasis su šeima gali kelti iššūkių profesinio vaidmens išsaugojimui. Vienas iš informantų pasakojo, kad šeimos kartais specialistą ima suvokti kaip labai artimą žmogų: *„Šeimos sako, kad jūs mum esat kaip draugas, kaip kunigas, ten psichologas, taip toliau, bet mes tada, bent mes, aš labai, nu, priimu iš šeimos tą, ką jie, ką jie sako, bet bandau ir tada sugrąžinti truputį realybę, kad nu, aš esu MDFT specialistas.“* Nurodyta citata atskleidžia, jog šeimos išgyvenamas emocinis ryšys specialistui gali tapti reikšmingas terapinio santykio požymis, bet drauge specialistas turi išsaugoti tiksliai apibrėžtas profesines ribas. Profesinė distancija MDFT procese nereiškia šaltumo ar emocinio atsitraukimo nuo šeimos. Priešingai, ji leidžia išlaikyti saugų ir etišką santykį. Specialistas turi būti pakankamai įsitraukęs, kad šeima juo pasitikėtų, tačiau kartu negali tapti šeimos draugu, pakaitiniu tėvu ar vienos pusės gynėju. Tai svarbu ir todėl, kad MDFT tikslas nėra sukurti šeimos priklausomybę nuo specialisto. Pagrindinis tikslas – stiprinti pačios šeimos gebėjimą palaikyti santykius ir spręsti sunkumus. Šią mintį aiškiai atspindi informanto pasakymas: *„Mano tikslas yra ne tapti šeimos dalimi, bet įeiti pakankamai, kad manimi pasitikėtų, padėti vieniems su kitais sulipti ir pasakyti: ei, viską, ką jūs turite, tai vienas kitą.“* Ši citata parodo, kad specialistas į šeimos gyvenimą ateina laikinai – tam, kad padėtų šeimos nariams iš naujo atrasti tarpusavio ryšį ir gebėjimą remtis vieniems kitais.

Apibendrinant galima teigti, kad MDFT specialisto vaidmuo santykiyje su šeima yra daugialypis ir dinamiškas. MDFT specialistas aktyviai kuria santykį su šeima, pasirenka terapiniam darbui tinkamiausią aplinką, padeda paaugliui patirti saugų santykį su suaugusiuoju, tarpininkauja tarp šeimos narių bei institucijų ir kartu išlaiko profesines ribas. Šie vaidmenys glaudžiai susiję tarpusavyje – specialistas gali būti veiksmingas tik tada, kai šeima juo pasitiki, tačiau pats pasitikėjimas tampa terapiniu ištekliumi tik tada, kuomet specialistas išsaugo profesionalumą bei neprisiima šeimos įsipareigojimų. Dėl šios priežasties MDFT specialisto darbas paremtas pastovia pusiausvyra tarp glaudaus ryšio ir profesinio atstumo, lankstumo ir nuoseklumo bei palaikymo ir šeimos savarankiškumo skatinimo.

6.4 Multidimensinės šeimos terapijos specialisto darbo su šeima sunkumai

Siekiant atsakyti į tyrimo uždavinį, su kokiais sunkumais susiduria multidimensinės šeimos terapijos specialistai dirbdami su šeimomis, duomenų analizė leido išskirti dvi empirines kategorijas. Jos parodė, kad MDFT specialistų darbo sunkumai kyla ne vien iš paauglio elgesio problemų. Reikšmingą dalį iššūkių sudaro platesnis šeimos kontekstas – tėvų pažeistumas, sutrūkinėję tarpusavio ryšiai, riboti tėvystės įgūdžiai, nevienoda šeimos narių motyvacija ir skirtingas gebėjimas įsitraukti į pokyčio procesą. Tai rodo, kad MDFT specialistas dirba ne su pavieniu elgesio simptomu, bet su visa šeimos sistema, kurioje tas elgesys formuojasi ir įgyja prasmę.

Pirmoji empirinė kategorija formuluojama taip: **„Netinkamas paauglio elgesys visada turi gilesnes priežastis, dažniausiai susijusias su šeimos ir jos narių pažeistumu“.**

Tyrimo duomenys atskleidė, kad multidimensinėje šeimos terapijoje paauglio elgesio sunkumai nėra vertinami vien kaip drausmės ar taisyklių nesilaikymo problema. Specialistų pasakojimuose rizikingas, konfliktiškas ar socialiai nepriimtinas paauglio elgesys dažnai siejamas su nesaugumu, emocinio ryšio stoka, nestabiliu santykiu su suaugusiaisiais ar nepakankamu palaikymu šeimoje. Informantė (SSD1) teigė: *„Tėvai ateina dėl to elgesio, kuris yra kažkoks iššaukiantis, problemiškas, rizikingas, bet dažniausiai kyla iš to, kad jam namie yra nesaugu, neramu, negera.“* Ši citata parodo, kad MDFT specialistui svarbu ne tik matomas paauglio elgesys, bet ir tai, kokiame emociniame bei santykių kontekste jis atsiranda.

Toks požiūris keičia ir patį terapinio darbo pobūdį. Jei paauglio elgesys būtų suprantamas tik kaip problema, kurią reikia sustabdyti, pagalba galėtų apsiriboti taisyklių laikymosi kontrole ar pasekmių taikymu. Tačiau MDFT perspektyvoje elgesys suvokiamas kaip ženklas, rodantis gilesnius santykių sunkumus šeimoje. Dėl to specialistui tenka padėti šeimai pamatyti, kokie neišsakyti poreikiai, emociniai išgyvenimai ar santykių problemos slėpi už paauglio elgesio. Praktikoje tai nėra paprasta, nes nemaža dalis šeimų į terapiją ateina tikėdamosi, kad bus „sutvarkytas“ pats paauglys, o ne visa šeimos santykių dinamika.

Tyrimo duomenys taip pat atskleidė, kad vienas reikšmingiausių sunkumų specialistams yra pačių tėvų pažeistumas. Dalis tėvų į terapiją ateina turėdami neišspręstą savo vaikystės ar ankstesnių santykių patirčių, kurios veikia jų gebėjimą kurti artimą ir stabilų ryšį su vaiku. Informantė (SSD1) pažymėjo: *„Yra tų tėvų, iš tikrųjų, neišmylėtų iš savo vaikystės, kurie neturėjo santykio su savo tėvais, ir tikrai tokių tuščioms širdim, ir jie neturi tos meilės savo vaikui.“* Ši citata iliustruoja, kad tėvų sunkumai ne visada susiję su nenoru rūpintis vaiku ar abejingumu. Kai kuriais atvejais jie patys neturėjo saugaus ir palaikančio santykio, todėl jiems sunku tokį santykį kurti su savo vaikais.

Tokios situacijos MDFT specialistui kelia papildomų iššūkių. Jam tenka vienu metu matyti tiek paauglio poreikius, tiek tėvų ribotumus, nepradedant kaltinti nė vienos pusės. Tėvų patirtys gali būti susijusios su sunkumais reguliuojant emocijas, nustatant ribas, išlaikant nuoseklumą ar kuriant saugų santykį su vaiku. Todėl terapiniame procese svarbu dirbti ne tik su paaugliu, bet ir su tėvais, padedant jiems suprasti, kaip jų pačių gyvenimo patirtys veikia santykį su vaiku. Tokiu būdu paauglio elgesio problemos tampa platesnio šeimos santykių ir emocinių patirčių lauko dalimi.

Kai šeimoje trūksta emocinio saugumo ar tėvai dėl savo ribotumų negali pakankamai atliepti vaiko poreikių, MDFT specialistai ieško papildomų palaikančių ryšių paauglio aplinkoje. Informantė teigė: „*Tai kaip vat, sunku mylėti savo vaiką nuoširdžiai, tada aš ieškau, kas yra aplinkoj kitas žmogus, su kuriuo visgi vaikas turėtų tą šiltą santykį.*“ Ši citata atskleidžia, kad MDFT darbas neapsiriboja vien tėvų elgesio keitimu. Kai kuriais atvejais specialistui tenka realistiškai vertinti šeimos galimybes ir ieškoti kitų žmonių ar aplinkų, kurios paaugliui galėtų suteikti daugiau saugumo bei emocinio stabilumo.

Dėl to MDFT specialisto darbas tampa ne tik terapinis, bet ir sisteminis. Specialistas turi įvertinti, kur šeimos viduje dar yra galimybių pokyčiui, o kur reikalinga platesnė pagalbos sistema. Tai gali būti giminaičiai, mokyklos darbuotojai, kiti reikšmingi suaugusieji ar papildomi pagalbos tinklai. Tokiose situacijose šeima nebėra matoma kaip uždara sistema – svarbus tampa ir platesnis socialinis kontekstas, kuriame gyvena paauglys.

Taigi pirmoji kategorija rodo, kad vienas pagrindinių MDFT specialisto darbo sunkumų yra poreikis matyti paauglio elgesį ne paviršutiniškai, bet platesniame šeimos pažeistumo kontekste. Rizikingas ar problemiškas paauglio elgesys dažnai susijęs su nesaugumu, emocinio ryšio stoka ar ribotais tėvų gebėjimais atliepti vaiko poreikius. Todėl MDFT specialistui tenka dirbti ne tik su elgesio pokyčiais, bet ir su santykių, emocinio saugumo bei palaikančios aplinkos kūrimu.

Antroji empirinė kategorija gali būti formuluojama taip: **„MDFT akiratyje esančios šeimos yra įvairios socialiai ir kultūriškai, tačiau jas vienija tėvų ir vaikų sugyvenimo sunkumai“.**

Tyrimo duomenys atskleidė, kad MDFT specialistai dirba su labai skirtingomis šeimomis. Jos skiriasi socialine ir ekonomine padėtimi, kultūrine aplinka, gyvenimo patirtimis, motyvacija bei pasirengimu įsitraukti į terapiją. Tačiau specialistų pasakojimuose kartojasi panašūs sunkumai – tėvų ir vaikų nesusikalbėjimas, nutrukęs emocinis ryšys, tėvystės įgūdžių stoka ar nevienodas šeimos narių pasirengimas keistis.

Informantė (KSP4) teigė: „*Pagrindinis panašumas, visi tėvai nori padėti paaugliui*“, tačiau kartu pridūrė: „*Tik aišku, skirtingos motyvacijos.*“ Šios citatos parodo svarbią įtampą MDFT procese. Nors dauguma tėvų nori padėti savo vaikui, jų pasirengimas aktyviai dalyvauti pokyčio procese gali būti labai nevienodas. Noras, kad paaugliui būtų geriau, dar nereiškia pasirengimo keisti

savo elgesį ar pripažinti savo vaidmenį šeimos sunkumuose. Dėl to specialistui tenka dirbti ne tik su pačia problema, bet ir su nevienoda šeimos narių motyvacija.

Šis motyvacijos skirtumas tampa vienu iš praktinių darbo sunkumų. Tėvai gali tikėtis, kad pagrindinis pokytis turi įvykti paauglyje, tačiau MDFT procese specialistas mėgina parodyti, kad paauglio elgesio pokyčiai glaudžiai susiję su visos šeimos santykių pokyčiais. Tai reikalauja ne tik terapinių žinių, bet ir gebėjimo jautriai konfrontuoti šeimą su mintimi, kad atsakomybė už pokytį tenka ne vien paaugliui.

Tyrimo duomenys taip pat rodo, kad daugelyje šeimų kartojasi panašūs tėvystės sunkumai. Informantė (KSP4) teigė, kad šeimos būdavo panašios „*tais tėvystės įgūdžiais arba tų įgūdžių trūkumu*“, o informantas (SP5) pažymėjo, kad „*dažnai būna sutrūkinėjęs ryšys tarp tėvų ir paauglio ar paauglės*.“ Šios citatos atskleidžia, kad MDFT specialistai susiduria ne vien su paauglio elgesio problemomis, bet ir su sutrikusiais šeimos santykiais. Dažnai šeimai tampa sunku kalbėtis, girdėti vieniems kitus, išlaikyti ribas ir kartu išsaugoti emocinį artumą.

MDFT programoje dalyvaujančių šeimų įvairovė rodo, kad panašūs sunkumai skirtingose šeimose gali reikštis nevienodai. Nors šeimoms dažnai būdingi tėvų ir paauglių nesusikalbėjimas, sutrūkinėjęs ryšys, skirtinga motyvacija ar tėvystės įgūdžių stoka, šių sunkumų priežastys, intensyvumas ir turimi resursai skiriasi. Vienose šeimose labiau išryškėja tėvų bejėgystė ir nuovargis, kitose – emocinio ryšio su paaugliu stoka, dar kitose – nevienodas šeimos narių pasirengimas pokyčiui. Taigi šių šeimų specifika atsiskleidžia per bendrą santykių sunkumų ir individualių šeimos patirčių derinį.

Ši kategorija taip pat atskleidžia, kad MDFT specialisto darbas nėra vien individualių problemų sprendimas. Jis reikalauja gebėjimo dirbti su visa šeimos sistema, kurioje persipina emociniai, socialiniai, kultūriniai ir santykiniai veiksniai. Nors šeimos labai skirtingos, jų sunkumai dažnai susiję su tuo pačiu klausimu – kaip tėvams ir paaugliui vėl kurti santykį, kuriame būtų daugiau saugumo, supratimo ir bendradarbiavimo.

Apibendrinant galima teigti, kad MDFT specialistų darbo sunkumai kyla iš kelių tarpusavyje susijusių lygmenų. Specialistams tenka dirbti ne tik su matomu paauglio elgesiu, bet ir su gilesniais šeimos sunkumais – emocinio ryšio stoka, tėvų pažeistumu, neišspręstomis praeities patirtimis ar ribotais tėvystės įgūdžiais. Kartu MDFT specialistai susiduria su labai skirtingomis šeimomis, kurių socialinė, kultūrinė ir emocinė situacija nevienoda, todėl kiekvienu atveju reikia ieškoti individualaus pagalbos būdo. Vis dėlto daugelį šių šeimų vienija panašūs santykiniai sunkumai – nutrukęs ryšys, nesusikalbėjimas ir nevienodas pasirengimas pokyčiui. Dėl to MDFT specialisto darbas tampa sudėtingas ir reikalaujantis lankstumo: jam tenka ne tik mažinti paauglio elgesio sunkumus, bet ir padėti šeimai kurti saugesnį, artimesnį bei labiau palaikantį tarpusavio santykį.

6.5 MDFT specialisto kompetencija

MDFT specialisto profesinis pasitikėjimas formuojasi ne vien per teorines žinias ar metodo išmanymą, bet pirmiausia per praktinį darbą su skirtingomis šeimomis. Kuo daugiau įvairių situacijų specialistas patiria, tuo geriau jis geba atpažinti šeimų poreikius, terapinio proceso ribas ir savo paties reakcijas sudėtingose situacijose. Šiame procese svarbi tampa ne tik asmeninė patirtis, bet ir komandos palaikymas, supervizijos bei nuolatinė savirefleksija. Apibendrintai kategorija skamba taip: **„MDFT programos specialisto profesinis tvirtumas atsiranda per patirtį dirbant su skirtingomis šeimomis, mokymąsi bei palaikymą iš komandos narių“.**

Tyrimo duomenys atskleidė, kad MDFT specialistų darbe iššūkiai kyla ne tik dėl šeimų sudėtingumo, bet ir dėl stipraus emocinio įsitraukimo. Dirbdamas su šeimomis, kuriose daug skausmo, konfliktų, trauminių patirčių, nusivylimo ar bejėgystės, specialistas neišvengiamai susiduria ir su savo emocinėmis reakcijomis. Informantė (KSP4) teigė: *„Man būdavo sunkiausia su savo emocijom susitvarkyti, nes tu esi specialistas, tu turi dirbti su savim.“* Ši citata išryškina, kad profesinis tvirtumas MDFT darbe nėra savaime duotas. Jis formuojasi palaipsniui, mokantis atpažinti savo emocijas, jas reguliuoti bei neperkelti jų į santykį su šeima.

MDFT specialistui svarbu mokėti išbūti su sunkiomis šeimų istorijomis, bet drauge ir išsaugoti profesinį aiškumą. Informantė (KP7) pasakojo: *„Kaip tokią sesiją turėdavau apie tėvų vaikystę ir jų išgyvenimus, aš grįždavau namo, aš eidavau į gamtą, aš eidavau vaikščioti.“* Ši citata atskleidžia, kad terapinis darbas gali turėti stiprų emocinį poveikį ir pačiam specialistui. Dėl to profesinis tvirtumas MDFT procese reiškia ne emocijų nebuvimą, o gebėjimą jas atpažinti, pasirūpinti savo emocine būseną ir po sudėtingų susitikimų susigražinti vidinį stabilumą.

Tyrimo duomenys taip pat rodo, kad svarbi MDFT specialisto darbo dalis yra komandos palaikymas ir supervizijos. Specialistui svarbu, jog jis neliktų vienumoje su sunkiais šeimos atvejais, kadangi tai gali didinti perdėto asmeninio įsitraukimo, profesinio neužtikrintumo ar emocinio perdegimo riziką. Informantas (SP5) teigė: *„Tikrai labai padeda pokalbiai su koordinatoriumi, padeda pokalbiai su komanda“.* Informantė (KP7) taip pat pabrėžė: *„Aišku, koordinatorė labai padėdavo, ten žinai tikrai susišnekėdavom ir tas toksai palaikymas supervizijos būdavo ir taip toliau.“* Šios citatos leidžia matyti, kad MDFT specialisto profesinis augimas vyksta ne individualiai, bet bendradarbiaujant su komanda, kurioje galima aptarti sunkumus, neaiškumus, nesėkmes ir ieškoti tinkamiausių darbo sprendimų.

Komandos parama specialistui gelbsti išlaikant realistišką požiūrį į savo atsakomybę. Dirbant su sudėtingomis šeimomis gali kilti noras „išgelbėti“ šeimą arba nusivylimas, kai pokytis vyksta lėčiau nei tikėtasi. Supervizijos ir kolegų grįžtamasis ryšys padeda specialistui aiškiau matyti, kas priklauso nuo jo profesinių veiksmų, o kas susiję su pačios šeimos motyvacija, pasirengimu

pokyčiui ar turimais resursais. Tokiu būdu komandos palaikymas ne tik mažina emocinę įtampą, bet ir stiprina profesinį stabilumą.

Tyrimo duomenys taip pat atskleidė, kad profesinis tvirtumas MDFT procese susijęs su gebėjimu realistiškai vertinti pokytį. Šeimų sunkumai dažnai formuojasi ilgą laiką, todėl greitų rezultatų ne visuomet galima pagrįstai tikėtis. Informantė (SSP3) teigė: *„Bet kažkaip su praktika ateina ir tas supratimas, kad nors maži žingsneliai, jie irgi yra gerai, jie irgi kažką pakeičia.“* Ši citata atskleidžia, kad praktinė patirtis specialistui padeda keisti požiūrį į terapinį procesą – svarbūs tampa ne tik dideli pokyčiai, bet ir mažos, palaipsniui vykstančios permainos.

Šią mintį papildė informanto (SP5) pastebėjimas: *„Ir tai leidžia neįkristi į čia ir dabar paviršutiniškas problemas, bet eiti į suplanuotą gylį, stengtis pasiekti suplanuotus mažus tikslus, kad galėtum pasiekti tuos didelius.“* Ši citata parodo, kad MDFT specialisto profesinis tvirtumas atsiskleidžia ir gebėjime išlaikyti terapinio proceso kryptį. Nors šeimos kasdienybėje gali nuolat kilti naujų konfliktų ar krizių, specialistas turi gebėti matyti platesnį terapinį tikslą ir nuosekliai judėti link ilgalaikio pokyčio.

Apibendrinant galima teigti, kad MDFT specialisto profesionalumas formuojasi per praktinę patirtį, savirefleksiją ir palaikymą iš komandos. Dirbdamas su skirtingomis šeimomis specialistas mokosi geriau suprasti ne tik šeimų sunkumus, bet ir savo emocines reakcijas, profesines ribas bei atsakomybę. Supervizijos, pokalbiai su koordinatoriais ir kolegomis padeda išlaikyti profesinį aiškumą, mažina perdegimo riziką ir leidžia neprisiimti visos atsakomybės už šeimos pokytį. Kartu praktinė patirtis moko pastebėti, kad MDFT procese svarbūs ne tik ryškūs rezultatai, bet ir maža, nuosekli pokyčių eiga, kuri laikui bėgant gali intensyvinti šeimos santykius bei jos gebėjimą patiems rasti sprendimus sunkumams spręsti.

6.7 Bendradarbiavimas su kitomis institucijomis MDFT rėmuose

Atsakant į tyrimo uždavinį, kokios yra MDFT specialistų bendradarbiavimo su kitų institucijų specialistais patirtys, vykdant MDFT programą, duomenų analizė leido išskirti vieną empirinę kategoriją. Ji atskleidžia, kad bendradarbiavimas su kitomis institucijomis MDFT procese nėra tik papildoma darbo dalis. Priešingai, jis tampa svarbia terapinio proceso sąlyga, nes paauglio ir šeimos sunkumai dažnai pasireiškia ne tik namuose, bet ir mokykloje, socialinių paslaugų, sveikatos priežiūros ar kitų pagalbos sistemų kontekstuose. Apibendrintai kategorija skamba taip: **„MDFT terapinė sėkmė priklauso ir nuo tarpinstitucinio bendradarbiavimo, visgi skirtingoms institucijoms dar vis labai sunku kalbėtis bendra kalba, o ypač mokykloms“.**

Tyrimo duomenys parodė, kad MDFT specialistai bendradarbiavimą su kitomis institucijomis vertina kaip svarbią darbo su šeima dalį. Kadangi MDFT terapija orientuota ne tik į paauglį, bet ir į jo šeimą bei platesnę socialinę aplinką, specialistui svarbu suprasti, kokios institucijos dalyvauja šeimos gyvenime ir kokią įtaką jos daro paauglio situacijai. Informantas (KSD6) teigė: „*Tai su vis visom socialines paslaugas teikiančiom institucijom, kurios dirba su jaunais žmonėm, su šeimom bendradarbiaujam.*“ Ši citata iliustruoja, kad MDFT specialisto darbas neapsiriboja vien tik individualiomis ar šeimos sesijomis. Pagalba kuriama platesniame pagalbos tinkle, kuriame dalyvauja įvairūs specialistai bei institucijos.

Tarpinstitucinis bendradarbiavimas MDFT procese svarbus ir todėl, kad leidžia geriau suprasti paauglio bei šeimos situaciją. Skirtingos institucijos mato nevienodas šeimos gyvenimo puses: mokykla stebi paauglio elgesį ugdymo aplinkoje, socialiniai darbuotojai dažniau susiduria su šeimos socialiniais sunkumais, o sveikatos priežiūros specialistai gali matyti emocinės ar psichikos sveikatos problemas. Dėl to bendradarbiavimas padeda susidaryti platesnį ir išsamesnį šeimos situacijos vaizdą. Vis dėl to vien skirtingų specialistų įsitraukimo nepakanka – svarbu, kad tarp institucijų būtų bendras supratimas, kokia kryptimi dirbama su šeima.

Tyrimo duomenys atskleidė, kad bendradarbiavimas su kitomis institucijomis ne visuomet vyksta nuosekliai. Vienas iš pagrindinių sunkumų kyla dėl skirtingo specialistų požiūrio į šeimos situaciją, jos sunkumų priežastis ir galimus pagalbos būdus. Informantas (KSD2) teigė: „*Iššūkiai, kad skirtingas matymas, kokia ta šeima, ir skirtingas matymas, kaip spręsti problemą šeimos*“ Ši citata leidžia suprasti, jog bendradarbiavimo iššūkiai nėra tik organizaciniai. Jie susiję ir su skirtingomis profesinėmis perspektyvomis – institucijos gali nevienodai interpretuoti šeimos problemas, kitaip matyti atsakomybes ir siūlyti skirtingas pagalbos kryptis.

Tokiose situacijose MDFT specialisto vaidmuo tampa platesnis. Jis veikia ne tik kaip terapeutas, dirbantis su šeima, bet ir kaip tarpininkas tarp skirtingų pagalbos sistemų. Specialistui svarbu ne vien perduoti informaciją apie šeimą, bet ir padėti kurti bendrą pagalbos kryptį. Informantas (KSD2) tai apibūdino taip: „*Galbūt idėja ta, kad mes visi dirbam su ta šeima ir būtų fainai, naudinga ir tikslinga turėti bendrą matymą, kokia linkme, kokių kelių mes bendraujam su ta šeima*“ Ši mintis rodo, kad tarpinstitucinis bendradarbiavimas MDFT procese suprantamas ne kaip formalus informacijos apsikeitimas, o kaip bendras veikimas ir tarpusavio derinimasis.

MDFT specialistas tokiam procese dažnai tampa jungiančia grandimi tarp šeimos ir kitų pagalbos sistemos dalyvių. Informantas (SP5) pasakojo: „*Ir tada, va, aš kaip MDFT specialistas ateinu padėti sujungti, lyg būti tuo tokiu kažkokiu koordinatoriumi, kai bandau sujungti psichiatro, socialinio darbuotojo, šeimos, tėvų požiūrius į vieną pusę*“ Ši citata atskleidžia, kad MDFT specialistas veikia tarp skirtingų sistemų ir mėgina padėti joms judėti ta pačia kryptimi. Jo užduotis nėra pakeisti kitus specialistus, bet prisidėti prie to, kad šeimai siunčiamos žinutės būtų kuo

nuoseklesnės. Tai svarbu todėl, kad prieštaringi skirtingų institucijų lūkesčiai gali šeimai kelti sumaištį ir apsunkinti terapinį procesą.

Tyrimo duomenys taip pat atskleidė, jog bendradarbiavimo efektyvumas yra susijęs ne tik nuo institucijų nusiteikimo vykdyti bendradarbiavimą, tačiau ir nuo paties MDFT specialisto pozicijos. Bendradarbiavimas reikalauja iniciatyvos, lankstumo, gebėjimo palaikyti žmogišką ryšį su kitais specialistais. Informantė (SSD1) teigė: „*Man patinka paprastai šnekėtis, žmogiškai, ir tas dažniausiai pavyksta*“. Ši citata iliustruoja, kad tarpinstitucinis bendradarbiavimas dažnai kuriamas ne vien formaliomis procedūromis, bet ir per paprastą, pagarbų bei žmogišką bendravimą.

Šį aspektą papildė ir informantės (KSP4) mintis: „*Tai man būdavo pati mėgstamiausia dalis susikurti pagalbos tinklą kuo daugiau kuo daugiau žmonių, tuo geriau*“. Ši citata leidžia matyti, kad pagalbos tinklo kūrimas MDFT procese tampa svarbia specialisto darbo strategija. Kuo daugiau reikšmingų žmonių ir institucijų įtraukiama į pagalbos procesą, tuo didesnė tikimybė, kad pokytis persikels ir į kasdienės paauglio bei šeimos gyvenimo situacijas. Tokiu būdu terapinis poveikis neapsiriboja vien susitikimais su specialistu.

Vis dėlto tyrimo duomenys atskleidė, kad bendradarbiavimas ne su visomis institucijomis vyksta vienodai lengvai. Informantai kaip vieną sudėtingiausių partnerių dažniausiai įvardijo mokyklas. Informantas (KSD6) teigė: „*Mokyklos dažniausiai nusiteikusios būna priešišškai gana, nes uoj, dar daugiau darbo dabar atėjo kažkiek tai*“. Informantė (KP7) taip pat pažymėjo: „*Truputėlį sunkiau yra bendradarbiauti su mokyklom*“. Šios citatos iliustruoja, kad mokyklos ne visada papildomą specialistų įsitraukimą suvokia kaip pagalbą. Kartais tai priimama kaip papildomas krūvis ar dar vienas išorinis reikalavimas.

Apibendrinant galima teigti, kad bendradarbiavimas su kitomis institucijomis MDFT procese tampa svarbia terapinio darbo dalimi, nes paauglio ir šeimos sunkumai pasireiškia ne tik šeimos viduje, bet ir platesnėje socialinėje aplinkoje. Tarpinstitucinis bendradarbiavimas padeda geriau suprasti šeimos situaciją, kurti platesnį pagalbos tinklą ir užtikrinti pagalbos nuoseklumą. Visgi tyrimo duomenys atskleidžia, jog skirtingoms institucijoms tebėra sudėtinga susitarti dėl bendro problemų matymo ir pagalbos krypties. Todėl MDFT specialistas dažnu atveju virsta tarpininku tarp šeimos, ugdymo įstaigos, socialinių paslaugų, sveikatos priežiūros bei kitų pagalbos proceso dalyvių. Ypatingai sunkumai atsiranda vykdant bendradarbiavimą su mokyklomis, kurios ne visuomet yra pajėgios ar motyvuotos nuosekliai dalyvauti bendrame pagalbos procese. Tačiau būtent bendro supratimo kūrimas tampa viena svarbiausių sąlygų, leidžiančių MDFT terapijai veikti ne tik terapijos metu, bet ir realiame paauglio bei šeimos gyvenime.

6.8 MDFT programos plėtros iššūkiai Lietuvoje

Kadangi MDFT programa Lietuvoje dar palyginti nauja, svarbu analizuoti, kokius iššūkius specialistai patiria ją plėtojant. Tyrimo duomenys atskleidė dvejopą situaciją: viena vertus, MDFT specialistų vertinama kaip reikalinga ir pasiteisinanti pagalbos forma, o kita vertus, jos plėtros galimybės tebėra ne aiškios. Ar programa bus tęsiama, priklauso nuo tam tikrų faktorių: finansavimo, savivaldybių aktyvaus dalyvavimo, paslaugos viešinimo, institucijų palaikymo ir realaus prieinamumo įvairiuose regionuose.

Pirmoji empirinė kategorija skamba taip: **„MDFT programa Lietuvoje ir pasiteisina, ir labai reikalinga, visgi ar ji taps sistemine, šeimoms plačiai prieinama paslauga, ar numirs kaip pilotinis projektas, pasibaigus jo finansavimui – dar vis lieka neaišku“.**

Tyrimo duomenys rodo, kad MDFT programa Lietuvoje specialistų laikoma reikšminga ir reikalinga pagalbos forma šeimoms, kurios susiduria su paauglių elgesio iššūkiais. Vis dėlto vien programos reikalingumas dar neužtikrina jos tęstinumo. Informantų pasakojimai iliustruoja, jog MDFT programos tolesnė eiga Lietuvoje yra susiję ne tik su specialistų kompetencija ar šeimų poreikiu gauti šią paslaugą, tačiau ir nuo išsamesnių sisteminių sprendimų. Svarbu, jog būtų institucinis palaikymas ir aiškus programos įtvirtinimas pagalbos sistemoje.

Iki šiol MDFT Lietuvoje susieta su projeketine logika. Informantas (KSD2) teigė: *„Taip pat bendradarbiaujame su Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, kadangi šitos ministerijos dėka ir atėjo šita programa į Lietuvą.“* Ši citata išryškina, jog programos susiformavimas Lietuvoje buvo siejamas su ministerijos palaikymu ir institucine iniciatyva. Kartu tai leidžia matyti ir tam tikrą pažeidžiamumą – jeigu MDFT remiasi laikino projekto ar finansavimo principu, jos tęstinumas tampa priklausomas nuo politinių ir administracinių sprendimų.

Todėl MDFT programos vystymas Lietuvoje negali būti suprantamas tik kaip specialistų veiklos klausimas. Norint, jog programa įsitvirtintų pagalbos sistemoje, būtina, kad atsirastų ilgalaikis institucinis įsipareigojimas. Tai susiję ne tik su finansavimu, tačiau ir su tiksliai paslaugos vietos apibrėžimu socialinių, sveikatos, vaiko gerovės bei švietimo paslaugų sistemoje. Priešingu atveju MDFT gali būti vertinama kaip reikalinga ir veiksminga programa, tačiau kartu išlikti nepakankamai įtvirtinta, kad būtų plačiai prieinama šeimoms.

Tyrimo duomenys taip pat parodė, jog norint, kad MDFT programa įgytų tvirtą vietą, reikšminga aktyvus paslaugos pristatymas. MDFT specialistai nelaukia, kol šeimos ar institucijos pačios kreipsis dėl pagalbos, bet aktyviai pristato programą savivaldybėse, mokyklose, socialinių paslaugų įstaigose bei kitose bendruomenėse. Informantė (KP7) teigė: *„Tikrai tą tokį pristatomąjį darbą darom aktyviai“*, taip pat pasakojo, kad specialistai vyksta į ugdymo įstaigas: *„pusei valandos atvažiuojam, papasakojam įdomiai ir viskas“*. Šios citatos atskleidžia, kad MDFT žinomumas

Lietuvoje dar nėra savaime suprantamas – programą reikia nuolat pristatyti, aiškinti ir kurti pasitikėjimą jos veiksmingumu.

MDFT programos pristatymas šioje situacijoje virsta ne tik kaip informacinė, tačiau ir pasitikėjimo formavimo priemonė. Kadangi MDFT Lietuvoje dar gana nauja programa, savivaldybių, mokyklų ar kitų institucijų specialistams gali trūkti aiškumo, kuo ši paslauga skiriasi nuo kitų pagalbos formų, kokioms šeimoms ji tinkama ir kokių rezultatų galima tikėtis. Dėl šios priežasties programos pristatymas mažina neapibrėžtumą bei sudaro sąlygas stipresniam tarpinstituciniam bendradarbiavimui.

Visgi MDFT programos vystymas skirtinguose regionuose vyksta nevienodu tempu. Tyrimo duomenys atskleidė, jog kai tam tikrose savivaldybėse MDFT plėtojasi lėtesniu tempu, kadangi vietinės institucijos gali teikti šeimoms savo pagalbos teikiamas paslaugas ir ne visuomet informuoja šeimas apie šią paslaugą. Informantė (KP7) pažymėjo: „*Nu čia žinai, kiekviena savivaldybė turi savo politiką*“. Kalbėdama apie konkretesnę situaciją, ji pridūrė: „*Pavyzdžiui tikrai susiduriu su tuo, kad nu dabar po truputi jau pradėjo šeimom siųsti*“. Šios citatos leidžia suprasti, kad MDFT prieinamumas priklauso ne tik nuo pačios programos egzistavimo, bet ir nuo vietos savivaldybių požiūrio, pasitikėjimo paslauga bei pasirengimo ją įtraukti į pagalbos šeimoms sistemą.

Antroji empirinė kategorija skamba taip: **„MDFT Lietuvoje kol kas teikiama tik iš trijų didmiesčių – šeimos pagalbos laukia ilgose eilėse, o specialistai išeikvoja savo laiką kelionėse vykstant pas šeimas į regionus“.**

Tyrimo duomenys parodė, jog viena iš svarbiausių MDFT programos plėtros problemų Lietuvoje – ribotas geografinis prieinamumas. Programa šiuo metu teikiama iš trijų didžiųjų miestų – Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos, todėl šeimos, gyvenančios kituose regionuose, neturi tokių pačių galimybių lengvai pasiekti šią pagalbą. Tai žymi, kad nors formaliai programa ir gali būti taikoma didesniai daliai šeimų, bet realiai jos prieinamumas priklauso nuo to, kur gyvena šeima ir specialistų galimybių nuvykti pas ją.

Geografinis paslaugos ribotumas tiesiogiai susijęs ir su specialistų darbo krūviu. MDFT programa yra aktyvi pagalbos modelis, kuris reikalauja nuolatinio bendradarbiavimo su šeima, reguliarių susitikimų bei specialisto individualaus pasiruošimo kiekvienai sesijai. Informantė (KP7) pažymėjo: „*Jau terapeutas dirba su šešiom penkiom šeimom pilnu etatu*“ ir „*kol nebaigia tarkim su viena šeima darbo, jis neima kitos šeimos*“. Šios citatos iliustruoja, kad MDFT paslaugos apimtį ne tik finansavimas ar geografinis išsidėstymas, bet ir pačios metodikos intensyvumas. Vienam specialistui nėra leidžiama tuo pačiu metu dirbti su gausiu šeimų skaičiumi, kadangi MDFT programai svarbu nuoseklus dėmesys šeimai bei didelės laiko sąnaudos.

Todėl formuojasi nemažos šeimų laukimo eilės. Tai tampa svarbiu programos plėtros iššūkiu – didėjant paslaugos poreikiui, labiau pasirodo specialistų trūkumas bei nepakankamos paslaugos teikimo galimybės. Jeigu siekiama šeimoms pagalbą suteikti laiku, vien MDFT veiksmingumo nepakanka. Svarbu užtikrinti, kad pagalba būtų prieinama tada, kai šeimai jos reikia, o ne tik tada, kai atsiranda laisvas specialisto darbo laikas.

Tyrimo duomenys taip pat parodė, kad papildomu iššūkiu tampa specialistų kelionės į regionus. Dėl to, kad ne visos šeimos turi galimybę atvykti į didmiesčiuose esančius centrus, dėl šios priežasties specialistai vyksta į mažesnius miestus, miestelius ar kaimo vietas. Informantas KSD6 teigė: *„yra daug darbo telefonu ir yra daug susitikimų, susitikimų gyvai kažkokių tais, ir važiuojam pas juos, ir jie važiuoja pas mus.“* Ši citata demonstruoja, kad MDFT praktikoje yra mobili ir lanksti paslauga, tačiau toks mobilumas reikalauja daug papildomo laiko, kuris galėtų būti skiriamas tiesioginiam darbui su šeimomis.

Kelionėms skirtas laikas virsta ne vien tik organizaciniu, tačiau terapinio proceso kokybės aspektu. MDFT programai yra reikšmingas nuoseklus, reguliarus bei intensyvus kontaktas su šeima. Kai šeima gyvena toli nuo centro, dažnų susitikimų organizavimas tampa sudėtingesnis, o specialistams tenka derinti gyvus susitikimus su telefoniniu kontaktu. Informantas (KSD6) pažymėjo, kad MDFT procese reikia *„savaitę susitikti, turėti nuolatinį kontaktą ar telefonu su tėvais ruošti kiekvienai sesijai“*, o kai kuriais atvejais susitikimų intensyvumas būdavo dar didesnis: *„susitikdavau daugiau negu vieną kartą per savaitę ir tą telefoną labai maksimaliai išnaudodavau“*. Šios citatos atskleidžia, kad MDFT procesas remiasi nuolatiniu ryšiu su šeima ir negali būti fragmatiškas ar retas.

Todėl regioninis paslaugos ribotumas tampa vienu svarbiausių MDFT plėtros klausimu. Kai specialistai turi aptarnauti dideles teritorijas iš kelių didmiesčių, jų darbo laikas neišvengiamai pasidalija tarp terapinio darbo, kelionių, telefoninio palaikymo ir koordinavimo veiklų. Tai mažina bendrą paslaugos pajėgumą ir prisideda prie ilgesnių laukimo eilių. Kitaip tariant, problema susijusi ne tik su specialistų trūkumu, bet ir su tuo, kad pats esamas paslaugos organizavimo modelis reikalauja daug papildomų laiko sąnaudų.

Ši kategorija taip pat atskleidžia įtampą tarp MDFT metodikos stiprybių ir praktinio jos įgyvendinimo Lietuvoje. Viena vertus, MDFT programos mobilumas bei lankstumas sudaro sąlygas pasiekti šeimas jų kasdienėje aplinkoje. Kita vertus, kai specialistų tinklas išlieka siauras, tas pats mobilumas tampa papildomu darbo krūvio ir prieinamumo iššūkiu. Todėl programos plėtrai svarbu ne tik didinti jos žinomumą, bet ir plėsti specialistų tinklą, kad šeimos galėtų gauti pagalbą arčiau savo gyvenamosios vietos.

Apibendrinant galima teigti, kad MDFT programos plėtros iššūkiai Lietuvoje susiję tiek su sisteminiu jos įtvirtinimu, tiek su realiu paslaugos prieinamumu šeimoms. Tyrimo duomenys rodo, kad specialistai programą vertina kaip reikalingą ir pasiteisinančią, tačiau jos ateitis vis dar priklauso

finansavimo, institucinio palaikymo, savivaldybių įsitraukimo ir politinių sprendimų. Programos plėtrai svarbi aktyvi sklaida, nes ne visos savivaldybės ir institucijos vienodai gerai žino, supranta ar supranta MDFT paslaugą. Drauge atsiskleidžia ir paslaugos regioninio pasiekiamumo sunkumas – MDFT programa iki šiol vykdoma tik trijuose didmiesčiuose, dėl šios priežasties šeimos priverstos laukti eilėse, o specialistai nemažai laiko praleidžia vykstant į regionus. Dėl šių priežasčių MDFT Lietuvoje šiuo metu išlieka tarp reikalingos ir pasiteisinančios pagalbos formos, bet ir tarp ne visai stabiliai teikiamos paslaugos, o jos tęstinumą ir prieinamumą lems tolimesni sisteminiai sprendimai.

DISKUSIJA

Šio tyrimo rezultatai leidžia multidimensinę šeimos terapiją įgyvendinančio specialisto darbą Lietuvoje analizuoti kaip kompleksinę, keliuose lygmenyse vykstančią profesinę praktiką, kurioje pokytis kuriamas ne tik individualaus konsultavimo metu, bet ir dirbant su šeimos santykiais, tėvyste, paauglio socialine aplinka bei tarpinstituciniu bendradarbiavimu (Liddle, 2013; Liddle, 2016; Rowe, 2010). MDFT specialisto veikla neapsiriboja pavienių terapinių technikų taikymu. Tyrimo duomenys rodo, kad tai yra sistemiškai organizuojamas procesas, kuriame vienu metu dirbama su paaugliu, jo tėvais, visa šeimos sistema ir išorinėmis institucijomis (Liddle, 2016).

Šis MDFT specialisto darbo proceso išmanymas yra glaudžiai susijęs su teorinėje analizėje nagrinėta MDFT samprata. MDFT remiasi keliomis teorinėmis prieigomis – integruojama raidos ir aplinkos sąveikos perspektyva, ekologinė sistemų teorija, sisteminė ir struktūrinė šeimos terapija, socialinio mokymosi bei prievartos teorijos (Bandura, 1971; Bronfenbrenner ir Morris, 2006; Minuchin, 1974; Nichols ir Davis, 2021; Smith et al., 2014). Jie suprantami platesniame šeimos santykių, tėvystės praktikų, bendraamžių įtakos, mokyklos aplinkos, socialinės pagalbos sistemos ir kitų aplinkos veiksnių kontekste (Bronfenbrenner ir Morris, 2006; Liddle, 2013). Šio tyrimo rezultatai tokį daugiadimensį sunkumų supratimą patvirtina ir Lietuvos praktikoje.

Tyrimo rezultatai taip pat parodė, kad MDFT darbo su šeima procesas specialistų patirtyse suvokiamas kaip struktūruotas, tačiau kartu reikalaujantis lankstumo ir prisitaikymo prie konkrečios šeimos situacijos. Specialistų pasakojimuose atsikartoja aiškūs proceso etapai – šeimos tinkamumo ir motyvacijos vertinimas, santykio kūrimas, tikslų formulavimas, aktyvus pokyčio siekimas ir rezultatų įtvirtinimas. Ji nuolat koreguojama atsižvelgiant į šeimos motyvaciją, emocinius resursus, santykių pobūdį, refleksijos gebėjimus ir konkrečios situacijos sudėtingumą. Todėl MDFT specialisto darbas labiau primena metodikos pritaikymą konkrečiai šeimos sistemai, o ne mechaniską standartizuotų technikų perkėlimą. Vadinasi MDFT specialisto darbas labiau primena metodikos pritaikymą konkrečiai šeimos sistemai, o ne mechaniską standartizuotų technikų perkėlimą.

Šios įžvalgos siejasi ir su tarptautiniais MDFT praktinio taikymo tyrimais, kuriuose yra akcentuojama, jog programos efektyvumas yra susijęs ne tik su pačiu metodu, tačiau ir su jo praktinio įgyvendinimo kokybe – supervizijomis, darbo krūviu, specialistų paruošimu, metodo laikymosi ir komandos narių palaikymu (Fixsen et al., 2005; Rowe et al., 2013; Dakof et al., 2022). Šio tyrimo rezultatai šias išvadas papildo parodydami, kad modelio laikymasis praktikoje nereiškia vienodo darbo su visomis šeimomis. Kita vertus, tinkamas MDFT programos įgyvendinimui būtinas

gebėjimas išlaikyti pagrindinę metodo logiką, tačiau kartu jautriai prisitaikyti prie konkrečios šeimos poreikių.

Remiantis ekologine sistemų teorija, MDFT specialisto veiklą galima suvokti kaip darbą tarp kelių tarpusavyje susijusių sistemų (Bronfenbrenner ir Morris, 2006; Sadownik, 2023). Tyrimo duomenys rodo, kad paauglio sunkumai nėra izoliuota individuali problema – jie formuojasi šeimos, mokyklos, bendraamžių, socialinių paslaugų ir kitų institucijų sąveikoje (Bronfenbrenner ir Morris, 2006). Dėl šios priežasties specialisto darbas nukreipiamas ne tik į paties paauglio elgesio pokytį, bet ir į aplinkybes, kuriose tas elgesys atsiranda bei palaikomas. Specialistai atlieka darbą su tarpusavio komunikacija šeimoje, tėvų reagavimais, paauglio santykiu su ugdymo įstaiga bei kitais pagalbos sistemos dalyviais (Liddle, 2013; Rowe, 2010).

Šiuo požiūriu tyrimo rezultatai sutampa su tarptautiniais MDFT veiksmingumo tyrimais, kuriuose pabrėžiama, kad MDFT ypač tinkama kompleksinių sunkumų turintiems paaugliams (Henderson et al., 2010; Liddle et al., 2001; Liddle et al., 2009). Tokiais atvejais sunkumai apima ne vien psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą ar elgesio problemas, bet ir šeimos konfliktus, mokyklinius sunkumus bei nepalankią socialinę aplinką (Henderson et al., 2010; Rowe, 2010). Teorinėje dalyje nagrinėtas INCANT tyrimas atskleidė, jog MDFT programą galima praktikuoti įvairiuose Europos ambulatorinės pagalbos srityse (Rigter et al., 2010; Rigter et al., 2013). Šio tyrimo rezultatai šias išvadas papildė kokybiniais duomenimis apie tai, kaip multidimensinė MDFT logika atsiskleidžia specialistų kasdienėje praktikoje Lietuvoje.

Remiantis sistetine ir struktūrine šeimos terapija, tyrimo rezultatai suteikia galimybę paauglio netinkamą elgesį suvokti kaip šeimos santykių kontekste susiformavusių sąveikų išraišką (Minuchin, 1974; Nichols ir Davis, 2021). Tyrime išryškėjo, kad MDFT tikslas nėra vien kontroliuoti paauglio elgesį ar mažinti simptomus. Viena reikšmingiausių kategorijų atskleidė šeimos narių mokymąsi iš naujo girdėti vieniems kitus. Tai galima interpretuoti kaip šeimos komunikacijos pokytį. Kai šeimos nariai pradeda ne tik kalbėti, bet ir girdėti vieni kitus, keičiasi pati šeimos santykių dinamika – silpnėja polinkis kaltinti vienas kitą, emocinis nutolimas bei gynybiškumas, o daugiau vietos atsiranda supratimui, refleksijai ir saugesniam dialogui.

Struktūrinės šeimos terapijos atžvilgiu reikšminga bei kita tyrime nustatyta kategorija – tėvų pasitikėjimo savo tėvyste atstatymas. Tyrimo duomenys rodo, kad tėvai dažnai atėję į MDFT programą jaučia kaltės jausmą, bejėgystę bei išsekimą, dėl šių priežasčių jų sugebėjimas sistemingai reaguoti į paauglio poreikius būna mažesnis. MDFT programos procese tėvai nėra orientuojami, jog tik labiau kontroliuotų savo atžalą. Jie skatinami geriau suprasti paauglio poreikius, stiprinti savo tėvystės kompetencijos jausmą ir kurti saugesnį tarpusavio ryšį (Schmidt, Liddle ir Dakof, 1996). Tai leidžia teigti, kad MDFT specialisto darbas nukreiptas ne į vieno šeimos nario „taisymą“, bet į visos šeimos sistemos pokytį.

Ši tyrimo išvada sutampa ir su tarptautiniais MDFT tyrimais, kuriuose programos poveikis siejamas ne tik su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo ar delinkventinio elgesio mažėjimu, bet ir su šeimos funkcionavimo pokyčiais – geresne komunikacija, didesniu tėvų įsitraukimu, nuoseklesne priežiūra ir stipresniu emociniu ryšiu (Schmidt, Liddle ir Dakof, 1996; Hogue et al., 2006; Liddle et al., 2016). Šio tyrimo vertė yra ta, kad jis leidžia geriau suprasti, kaip šie pokyčiai kuriami praktikoje – per santykio mezgimą, šeimos komunikacijos moderavimą, paauglio balso stiprinimą ir nuoseklų darbą su šeimos sąveikomis.

Socialinio mokymosi ir prievartos teorijų požiūriu MDFT procesą galima suprasti kaip bandymą keisti nusistovėjusius neadaptyvius elgesio modelius (Bandura, 1971; Smith et al., 2014). Tyrimo rezultatai parodė, kad šeimose dažnai kartojasi kaltinimo, gynybiškumo, atsitraukimo, kontrolės ar pasipriešinimo ciklai. Tokie modeliai palaiko probleminį elgesį, nes vieno šeimos nario reakcijos tampa paskata kito reakcijoms. MDFT specialistas tokiose situacijose padeda šeimai atpažinti šiuos modelius, suprasti, kaip šeimos nariai veikia vieni kitus, ir ieškoti kitokių bendravimo bei reagavimo būdų.

Kitas svarbus tyrimo rezultatas susijęs su šeimos motyvacija ir įsitraukimu. Tyrimo duomenys atskleidė, jog motyvacija MDFT procese nėra tik pradinė sąlyga dalyvauti terapijoje. Ji laikoma viena iš svarbiausių intervencijos objektų (Liddle, 2013; Liddle, 2016; Hogue et al., 2006). Tokiais atvejais MDFT procesas apsunkinamas, nes pokytis šiame modelyje negali būti kuriamas vien specialisto pastangomis. Specialistams tenka susidurti su šeimomis, kurios į terapiją ateina dėl institucinio spaudimo, nuovargio ar lūkesčio, kad pokytį sukurs pats specialistas. Tokiose situacijose MDFT procesas tampa sudėtingesnis, nes šiame modelyje pokytis negali būti kuriamas vien specialisto pastangomis.

Ši išvada siejasi su MDFT įgyvendinimo tyrimais, kuriuose akcentuojama terapinio aljanso, šeimos įtraukimo ir pasipriešinimo mažinimo svarba (Liddle, 2013). Lietuvos kontekste atliktas tyrimas parodo, kad specialistams tenka ne tik taikyti metodiką, bet ir kurti sąlygas šeimai tapti aktyvia pokyčio dalyve. Tai atliekama kuriant santykį, nesmerkiant požiūrį, atpažįstant šeimos stiprybės, aiškiai įvardinant terapijos ribas bei individualizuojant darbą su šeima.

MDFT specialisto vaidmuo tyrime atsiskleidžia kaip aktyvi, tačiau kartu neutrali pozicija. Specialistas nėra vien pasyvus stebėtojas ar pokalbio moderatorius. Jis aktyviai organizuoja pokyčio procesą, tačiau kartu siekia nepalaikyti vienos šeimos pusės prieš kitą. Tyrimo rezultatai leidžia MDFT specialistą apibūdinti kaip daugialypį veikėją – jis tampa paauglio sąjungininku, tėvų palaikytoju, šeimos komunikacijos tarpininku, ryšiu tarp šeimos ir institucijų, tačiau kartu turi išlaikyti aiškias profesines ribas. Tokia pozicija atitinka pačią MDFT logiką, o ja remiantis, darbas su šeima vykdomas keliuose lygmenyse tuo pačiu metu (Liddle, 2013; Liddle, 2016).

Šios išvados siejasi ir su kitose valstybėse vykdytais MDFT įgyvendinimo tyrimais, kuriuose minima supervizijų, specialistų mokymų bei kokybės palaikymo svarba (Fixsen et al., 2005; Rowe et al., 2013; Dakof et al., 2022). Dėl to, jog MDFT specialisto vaidmuo yra sudėtingas, emociškai įtemptas, kokybiškas metodo taikymas negali remtis vien asmenine intuicija ar individualia patirtimi. Specialistams reikalingas bendradarbių palaikymas, supervizijos, komandiniai susitikimai bei refleksija. Tyrimo rezultatai rodo, kad tokia pagalba yra svarbi MDFT įgyvendinimo kokybės sąlyga.

Tyrime paaiškėjo, kad tarpinstitucinis bendradarbiavimas yra vienas reikšmingiausių, tačiau kartu ir vienas sudėtingiausių MDFT įgyvendinimo dalių. Jei paauglys su iššūkiais susiduria ne tik šeimoje, tačiau ir ugdymo įstaigoje, bendraamžių rate ar kitų institucijų kontekste, tuomet pagalbos teikimas nėra įmanomas apsiribojant tik terapinėmis sesijomis (Bronfenbrenner ir Morris, 2006; Sadownik, 2023; Liddle, 2013; Rowe, 2010). Tyrimo duomenys leido atskleisti, jog MDFT specialistas dažnu atveju virsta jungiančia grandimi tarp šeimos, mokyklos, socialinės aplinkos bei kitų pagalbos sistemos dalyvių.

Vis dėlto tyrimo rezultatai rodo, kad šis bendradarbiavimas ne visada vyksta sklandžiai. Skirtingos institucijos šeimos situaciją mato nevienodai, skirtingai supranta problemų priežastis ir pagalbos būdus. MDFT programa paremta šeimos, santykių, aplinkos supratimu, o tuo tarpu kurios institucijos, ypač mokyklos, labiau orientuotos į drausmę, pamokų lankomumą, taisyklių laikymąsi bei greitą problemų sprendimą. Dėl to MDFT specialistui tenka ne tik terapinė, bet ir koordinuojanti bei skirtingas pagalbos kryptis derinanti funkcija (Liddle, 2013; EUDA, 2014; Rowe et al., 2013; Dakof et al., 2022).

Lyginant šio tyrimo rezultatus su tarptautiniais MDFT tyrimais, galima teigti, kad jie iš esmės patvirtina pagrindines literatūroje pateikiamas išvadas, tačiau kartu papildė jas Lietuvos konteksto duomenimis. Tyrimas patvirtina, jog MDFT programa yra tinkanti įvairių sunkumų turintiems paaugliams bei jų šeimoms, nes dirbama ne su viena atskira problema, o su kelių susijusių veiksnių poveikiu (Henderson et al., 2010; Liddle, 2016; Rowe, 2010). Taip pat patvirtinama, kad MDFT įtaka yra susijusi su šeimos komunikacijos, tėvystės, tarpusavio ryšio bei socialinės aplinkos pasikeitimais (Schmidt, Liddle ir Dakof, 1996; Hogue et al., 2006; Liddle, 2016). Be to, tyrimo rezultatai išryškina specialistų rengimo, supervizijų, modelio laikymosi ir organizacinio palaikymo svarbą. Lietuvoje ypač svarbūs tampa šeimų motyvacijos, tarpinstitucinio bendradarbiavimo bei programos tęstinumo klausimai.

Apibendrinant galima teigti, jog šio tyrimo rezultatai sujungia teorinį ir empirinį įgyvendinimo lygmenis. Teorine prieiga jie įrodo MDFT kaip įdiegtos intervencijos logiką, grindžiamą ekologine, sistetine, struktūrine, socialinio mokymosi ir prievartos teorijomis. Empiriniu požiūriu tyrimas leidžia MDFT specialisto darbą suprasti kaip šeimos ryšių, komunikacijos, tėvystės,

paauglio socialinės erdvės bei institucinės sistemos pokyčio įgyvendinimą. Taip pat rezultatai rodo, kad MDFT programos pasisekimą Lietuvoje lemia ne vien teorinis metodo pagrindimas, tačiau ir šeimos įsitraukimas, specialisto pasirengimas, supervizijos, tarpinstitucinis bendradarbiavimas, finansavimas, organizacinis palaikymas ir paslaugos prieinamumas. Dėl to MDFT Lietuvoje galima laikyti ne tik kaip terapinę programą, tačiau ir kaip kompleksinę pagalbą, kurios efektyvumas yra formuojamas per teorinę, profesinę praktiką bei pagalbos sistemos ryšį.

IŠVADOS

1. MDFT programa buvo sukurta XX a. devintajame dešimtmetyje JAV, ji skirta šeimoms, turinčioms delinkventinio elgesio vaiką (us) ir dėl to išgyvenančioms sunkumus. MDFT išskirtinumas yra tai, kad ji paauglio delinkventinį elgesį suvokia kaip sisteminių reiškinių ir todėl ši terapija yra intervencija į visą paauglį supančią sistemą. Lietuvoje MDFT programa nacionaliniu mastu pradėta diegti 2020 m. Siekiama, kad ši terapijos forma taptų integralia pagalbos šeimai paslauga Lietuvoje dalimi.
2. MDFT programa nėra savarankiška terapinė mokykla, besiremianti vien jai būdinga originalia teorine paradigma. Šioje programoje eklektiškai remiamasi raidos ir aplinkos sąveiką pabrėžiančia perspektyva, Urie Bronfenbrenner ekologinių sistemų teorija, struktūrinės šeimos terapijos, socialinio mokymosi bei prievartos teorijomis, taip pat elgesio keitimo ir kognityviniais principais, apjungiant jas į vientisą, struktūruotą pagalbos šeimai modelį. MDFT nuo kitų šeimos terapijos mokyklų labiausiai išsiskiria tuo, kad intervencijos yra nukreiptos ne tik į šeimos sistemą, bet plačiau – į visą vaikui ar paaugliui reikšmingą aplinką.
3. MDFT programos veiksmingumas yra įrodytas moksliniais tyrimais, todėl ši terapijos forma yra laikoma įrodymais grįsta pagalbos šeimai forma. Moksliniai MDFT tyrimai rodo, kad ši programa padeda mažinti paauglių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą, delinkventinio elgesio riziką, drauge gerindama šeimos santykius, tėvystės įgūdžius, pastovumą bei paauglio gebėjimą prisitaikyti socialinėje aplinkoje.
4. Kokybinio tyrimo pagalba nustatyti šie MDFT specialisto darbo su šeima ypatumai:
Nors MDFT terapijos modelis remiasi vieninga trijų etapų struktūra (santykio užmezgimas-tikslų formulavimas-pokyčių įgyvendinimas), visgi šiai terapijos formai itin reikšmingas specialisto gebėjimas individualizuoti terapijos procesą, žvelgiant į konkrečias konkrečios šeimos duotybes ir poreikius.
- MDFT specialistas, dirbdamas su šeima siekia ne vien paauglio nepageidaujamo elgesio pokyčio, tačiau visos šeimos komunikacijos modelio pokyčio. Terapijos metu šeimos nariai mokosi naujai girdėti vieni kitus, atsisakyti stereotipinių vienas kito vertinimų, gynybiškumo, atpažinti ir pripažinti vienas kito poreikius. Tad galima teigti, kad MDFT specialisto darbo tikslas yra atkurti ir/arba sustiprinti šeimos tarpusavio ryšius, o ne vien spręsti momentinę šeimos santykių krizę.
- Reikšminga MDFT specialisto darbo dalis yra padėti tėvams atkurti pasitikėjimą savo tėvystės gebėjimais, sumažinti jų kaltės ir gėdos jausmus dėl aktualiai patiriamų vaiko (ų) auklėjimo

nesėkmių, būti parama jiems. Ypač svarbu, kad tėvai mokytųsi atpažinti vaiko poreikius, neretai slypinčius po nepageidaujamu elgesiu bei juos atliepti.

- MDFT terapijos procesą lengvina ir didesnę jos sėkmę garantuoja, jei vaikas ir visa jo šeima yra motyvuota keistis bei patys siekia pagalbos. Visgi tai labiau išimtis, nei taisyklė. MDFT specialistams dažnai tenka dirbti su nemotyvuotomis ar dalinai motyvuotomis sistemomis, susidurti su pasipriešinimu, gynybiškumu arba su ribotais gebėjimais apmąstyti ir vertinti tarpusavio ryšius bei juos kryptingai keisti. Tai yra ne vien specialisto darbo specifika, reikalaujantis jo specifinių kompetencijų, tačiau ir priežastis, kodėl kai kurioms šeimoms MDFT programa nepadeda, yra nerezultatyvi.

5. Empirinis tyrimas atskleidė, kad MDFT specialistas, dirbdamas su šeima ir su visa jos aplinka, prisiima visą eilę vaidmenų – jis nėra vien tik terapeutas, kaip tai būdinga kitose terapinėse mokyklose. Šalia terapeuto vaidmens, jis taip pat tampa ir konflikto moderatoriumi, neutraliu tarpininku tarp susipriešinusių pusių. Vaikui ar paaugliui jis turi tapti patikimu, draugišku suaugusiuoju, kuriuo jis gali pasitikėti ir kuriam gali atsiverti. Tėvams jis turi tapti palaikančiu, suprantančiu, nemoralizuojančiu ir nekaltinančiu pagalbininku. Tačiau kartu jis tampa ir šeimos mokytoju, kuris moko girdėti ir klausyti, kalbėtis ir susikalbėti, atpažinti ir pripažinti egzistuojančius poreikius. Kartais specialistui tenka ir šeimą atstovaujantis, advokataujantis vaidmuo vaikui reikšmingose organizacijose ir institucijose. Gebėjimas šiuos vaidmenis derinti, juos lanksčiai keisti, tarp jų nepasimesti ir išlaikyti profesines ribas bei profesionalumą yra MDFT programos specialisto darbo specifika ir kartu reikalauja iš jo labai aukšto lygio kompetencijų.

LITERATŪRA

1. Alexander, J. F., Waldron, H. B., Robbins, M. S. and Neeb, A. A. 2013. *Functional Family Therapy for Adolescent Behavior Problems*. Washington, DC: American psychological Association. Prieiga per internetą: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F14139-000> [žiūrėta 2026 m. sausio 14 d.].
2. Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A. and Shadish, W. R. 2012. The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis, *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), pp. Prieiga per internetą: <https://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=6862&context=facpub> [žiūrėta 2026 m. sausio 17 d.].
3. Bandura, A. 1971. *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press. Prieiga per internetą: https://ia601807.us.archive.org/14/items/BanduraSocialLearningTheory/Bandura_SocialLearningTheory_text.pdf [žiūrėta 2026 m. sausio 17 d.].
4. Beck, J. S. 2011. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. 2nd ed. New York: The Guilford Press. Prieiga per internetą: <https://img3.reoveme.com/m/be38edbbfc79330a.pdf> [žiūrėta 2026 m. sausio 18 d.].
5. Bronfenbrenner, U. and Morris, P. A. 2006. The Bioecological Model of Human Development', in Damon, W. and Lerner, R. M. eds. *Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development*. 6th ed. New York: Wiley, pp. Prieiga per internetą: <https://www.childhelp.org/wp-content/uploads/2015/07/Bronfenbrenner-U.-and-P.-Morris-2006-The-Bioecological-Model-of-Human-Development.pdf> [žiūrėta 2026 m. sausio 19 d.].
6. Canadian Centre on Substance Abuse. 2016. *Effectiveness of Multidimensional Family Therapy for Reducing Substance Use among Youth*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse. Prieiga per internetą: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Multidimensional-Family-Therapy-Youth-Rapid-Review-2016-en.pdf> [žiūrėta 2026 m. sausio 15 d.].
7. Dakof, G. A., Henderson, C. E., Hogue, A., Rowe, C. L. and Liddle, H. A. 2022. Sustainment rates and factors for Multidimensional Family Therapy in Europe and North America, *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. Prieiga per internetą: <https://link.springer.com/article/10.1007/s43477-022-00043-6> [žiūrėta 2026 m. sausio 10 d.].

8. EMCDDA / EUDA. 2014. *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Users*. Lisbon: EMCDDA. Prieiga per internetą: https://www.euda.europa.eu/system/files/media/publications/documents/786/TDAU13008ENN_460882.pdf [žiūrėta 2026 m. sausio 12 d.].
9. Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. and Wallace, F. 2005. *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute. Prieiga per internetą: <https://nirn.fpg.unc.edu/wp-content/uploads/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf> [žiūrėta 2026 m. sausio 7 d.].
10. Foundations. 2025. *Guidebook Intervention Information Sheet: Multidimensional Family Therapy*. Foundations Guidebook. Prieiga per internetą: <https://foundations.org.uk/wp-content/uploads/2025/04/Guidebook-intervention-info-sheet-multidimensional-family-therapy.pdf> [žiūrėta 2026 m. sausio 16 d.].
11. Goorden, M., van der Schee, E., Hendriks, V. M., Hakkaart-van Roijen, L. and others. 2016. Cost-effectiveness of Multidimensional Family Therapy (MDFT) for adolescents with a cannabis use disorder compared with cognitive behavioural therapy (CBT), *Drug and Alcohol Dependence*, 161, pp. 229–237. Prieiga per internetą: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27006273/> [žiūrėta 2026 m. sausio 7 d.].
12. Guy-Evans, O. 2024. *Bronfenbrenner's Ecological Systems Theory*. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/383500583_Bronfenbrenner's_Ecological_Systems_Theory [žiūrėta 2026 m. sausio 15 d.].
13. Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E. and Liddle, H. A. 2010. Effectiveness of Multidimensional Family Therapy with higher-severity adolescents: Moderation by severity/comorbidity, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), pp. Prieiga per internetą: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20873891/> [žiūrėta 2026 m. sausio 10 d.].
14. Hendriks, V. M., van der Schee, E., Blanken, P. and others. 2013. INCANT. Multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in adolescents with a cannabis use disorder: Moderators of treatment outcome, *Addiction*, 108(10), pp. Prieiga per internetą: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24166335/> [žiūrėta 2026 m. sausio 19 d.].
15. Henggeler, S. W. 2012. Multisystemic Therapy: Clinical Foundations and Research Outcomes, *Psychosocial Intervention*, 21(2), pp. 181–193. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/275539136_Multisystemic_Therapy_Clinical_Foundations_and_Research_Outcomes [žiūrėta 2026 m. sausio 15 d.].
16. Hogue, A., Dauber, S., Samuolis, J. and Liddle, H. A. 2006. Treatment techniques and outcomes in Multidimensional Family Therapy for adolescent behavior problems, *Journal of Family*

- Psychology*, 20(4), pp. 535–543. Prieiga per internetą: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17176187/> [žiūrėta 2026 m. sausio 10 d.].
17. Horigian, V. E., Feaster, D. J., Robbins, M. S., Perez, E. and others. 2016. Family-based treatments and implementation considerations, *Family Process*. Prieiga per internetą: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6986353/> [žiūrėta 2026 m. sausio 11 d.].
 18. Liddle, H. A. 2013. *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Substance Abuse: A Developmental Approach*. Prieiga per internetą: <https://static1.squarespace.com/static/60469dc5522a05284a1176f8/t/60a8252520a5810a364eba62/1752154574862/Liddle-%282013%29-MDFT-for-Adolescent-Substance-Abuse-In-Innovations-for-Addiction-%282013%29.pdf> [žiūrėta 2026 m. sausio 16 d.].
 19. Liddle, H. A. 2016. Multidimensional Family Therapy: Evidence base for transdiagnostic treatment outcomes, change mechanisms, and implementation in community settings, *Family Process*. Prieiga per internetą: <https://www.mdft.org/s/Liddle-2016-MDFT-Evidence-base-for-transdiagnostic-treatment-outcomes.pdf> [žiūrėta 2026 m. sausio 4 d.].
 20. Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K. and Tejeda, M. 2001. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(4), pp. 651–688. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/11627780_Multidimensional_Family_Therapy_for_adolescent_drug_abuse_Results_of_a_randomized_clinical_trial [žiūrėta 2026 m. sausio 5 d.].
 21. Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A. and others. 2008. Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing Multidimensional Family Therapy and Cognitive Behavioral Therapy, *Addiction*, 103(10), pp. 1660–1670. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/23173339_Treating_adolescent_drug_abuse_A_randomized_trial_comparing_Multidimensional_Family_Therapy_and_Cognitive_Behavior_Therapy [žiūrėta 2026 m. sausio 7 d.].
 22. Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E. and Greenbaum, P. E. 2009. Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), pp. 12–25. Prieiga per internetą: https://projecten.zonmw.nl/sites/zonmw/files/typo3-migrated-files/14.Liddle_et_al_2009_JCCP_Multidimensional_Family_Therapy_for_Young_Adolescent_Substance_Abuse_-_12_Month_Outcomes.pdf [žiūrėta 2026 m. sausio 8 d.].
 23. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministras. 2023. Įsakymas Nr. A1-489 dėl nevyriausybės organizacijos projekto, skirto MDFT programos testinimui užtikrinti. Prieiga

- per internetā: <https://e-tar.lt/acc/legalAct.html?documentId=1e36df60279f11ee9de9e7e0fd363afc&lang=lt> [žiūrėta 2026 m. sausio 5 d.].
24. Littell, J. H., Pigott, T. D., Nilsen, K. H., Roberts, J. and Labrum, T. K. 2023. Functional Family Therapy for families of youth (age 11–18) with behaviour problems: A systematic review and meta-analysis, *Campbell Systematic Reviews*, 19(3), e1324. Prieiga per internetą: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10354626/#c121324-sec-0570> [žiūrėta 2026 m. sausio 8 d.].
 25. Matthys, W. and Schutter, D. J. L. G. 2024. Involving parents in cognitive behavioral therapy for children and adolescents with conduct problems: Goals, outcome expectations, and normative beliefs about aggression are targeted in sessions with parents and their child, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27, pp. 561–575. Prieiga per internetą: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10567-024-00486-3> [žiūrėta 2026 m. sausio 7 d.].
 26. Meuser, M. and Nagel, U. 2009. *The Expert Interview and Changes in Knowledge Production*. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/304635119_The_Expert_Interview_and_Changes_in_Knowledge_Production [žiūrėta 2026 m. sausio 10 d.].
 27. Minuchin, S. 1974. *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press. Prieiga per internetą: https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9781136279256_A35487416/preview-9781136279256_A35487416.pdf [žiūrėta 2026 m. sausio 7 d.].
 28. Nichols, M. N. A. and Davis, S. D. 2021. *Family Therapy: Concepts and Methods*. 12th ed. Pearson. Prieiga per internetą: <https://dn721808.ca.archive.org/0/items/9780135842843-family-therapy-concepts-and-methods-12th-edition-original-pdf-ebook-1668675692/9780135842843-family-therapy-concepts-and-methods-12th-edition-original-pdf-ebook-1668675692.pdf> [žiūrėta 2026 m. sausio 8 d.].
 29. Rigter, H., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Grichting, E., Hendriks, V. and Rowe, C. 2010. INCANT: a transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder, *BMC Psychiatry*, 10, article 28. Prieiga per internetą: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-244X-10-28> [žiūrėta 2026 m. sausio 7 d.].
 30. Rigter, H., Pelc, I., Tossman, P. and others. 2013. Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomized controlled trial in Western Europe (INCANT), *Drug and Alcohol Dependence*, 130(1–3), pp. 85–93. Prieiga per internetą: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23140805/> [žiūrėta 2026 m. sausio 5 d.].

31. Rowe, C. L. 2010. Multidimensional family therapy: addressing co-occurring substance abuse and other problems among adolescents with comprehensive family-based treatment, *Social Work in Public Health*, 25(3), pp. 489–500. Prieiga per internetą: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2916747/> [žiūrėta 2026 m. sausio 8 d.].
32. Rowe, C., Rigter, H., Henderson, C., Gantner, A., Mos, K., Nielsen, P. and Phan, O. 2013. Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(4), pp. 391–399. Prieiga per internetą: [https://www.jsatjournal.com/article/S0740-5472\(12\)00379-0/fulltext](https://www.jsatjournal.com/article/S0740-5472(12)00379-0/fulltext) [žiūrėta 2026 m. sausio 12 d.].
33. Sadownik, A. R. 2023. Bronfenbrenner: Ecology of Human Development in Ecology of Collaboration, in Sadownik, A. R. and Višnjić Jevtić, A. eds. *Re)theorising More-than-parental Involvement in Early Childhood Education and Care*. Cham: Springer, pp. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/373383997_Bronfenbrenner_Ecology_of_Human_Development_in_Ecology_of_Collaboration [žiūrėta 2026 m. sausio 17 d.].
34. Schaub, M. P., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C. and Rigter, H. 2014. Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial, *BMC Psychiatry*, 14, article 26. Prieiga per internetą: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-244X-14-26> [žiūrėta 2026 m. sausio 8 d.].
35. Schmidt, S. E., Liddle, H. A. and Dakof, G. A. 1996. Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during Multidimensional Family Therapy, *Journal of Family Psychology*, 10(1), pp. 12–27. Prieiga per internetą: https://www.researchgate.net/publication/232479364_Changes_in_parental_practices_and_adolescent_drug_abuse_during_Multidimensional_Family_Therapy [žiūrėta 2026 m. sausio 15 d.].
36. Smith, J. D., Dishion, T. J., Shaw, D. S., Wilson, M. N., Winter, C. C. and Patterson, G. R. 2014. Coercive family process and early-onset conduct problems from age 2 to school entry, *Development and Psychopathology*, 26(4 Pt 1), pp. 917–932. Prieiga per internetą: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4183745/> [žiūrėta 2026 m. sausio 7 d.].
37. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. 2024. Pagalba, kuri veikia: multidimensinė šeimos terapija jau padėjo 200 Lietuvos šeimų. Prieiga per internetą: <https://socmin.lrv.lt/lt/naujienos/pagalba-kuri-veikia-multidimensine-seimos-terapija-jau-padejo-200-lietuvos-seimu/> [žiūrėta 2026 m. sausio 7 d.].

38. Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba. 2024. *Multidimensinė šeimos terapija*. Prieiga per internetą: <https://vaikoteises.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/projektai/multidimensine-seimos-terapija> [žiūrėta 2026 m. sausio 8 d.].
39. Van der Pol, T. M., Henderson, C. E., Hendriks, V. M. and others. 2018. Multidimensional Family Therapy reduces self-reported criminality among adolescents with a cannabis use disorder, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. Prieiga per internetą: <https://pure.amsterdamumc.nl/ws/portalfiles/portal/158520328/Multidimensional-family-therapy-reduces-self-reported-criminality-among-adolescents-with-a-cannabis-use-disorder.pdf> [žiūrėta 2026 m. sausio 9 d.].
40. van der Pol, T. M., Hendriks, V., Rigter, H., Cohn, M. D., Doreleijers, T. A. H., van Domburgh, L. and Vermeiren, R. R. J. M. 2018. Multidimensional family therapy in adolescents with a cannabis use disorder: long-term effects on delinquency in a randomized controlled trial, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12, article 44. Prieiga per internetą: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13034-018-0248-x> [žiūrėta 2026 m. sausio 7 d.].
41. Vilniaus rajono savivaldybė. 2021. *Vilniaus rajono šeimos, susiduriančios su vaikų sunkia paauglyste, galės pasinaudoti Multidimensine šeimos terapija*. Prieiga per internetą: <https://vrsa.lt/socialiniai-reikalai/naujienos/1725/vilniaus-rajono-seimos-susidurancios-su-vaiku-sunkia-paauglyste-gales-pasinaudoti-multidimensine-seimos-terapija:1101> [žiūrėta 2026 m. sausio 5 d.].
42. Winek, J. L. 2010. *Systemic Family Therapy: From Theory to Practice*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications. Prieiga per internetą: https://books.google.lt/books?hl=lt&lr=&id=4tZ1AwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Systemic+Family+Therapy+&ots=iLjcwfp4B&sig=ApxK-cT9IR7uxxwNjiukvy-hfes&redir_esc=y#v=onepage&q=Systemic%20Family%20Therapy&f=false [žiūrėta 2026 m. sausio 15 d.].

PRIEDAI

Priedas Nr. 1

Informuotas sutikimas

Esu Vilniaus universiteto Socialinio darbo ir socialinės gerovės katedros studentė Žana Loskot. Šiuo metu atlieku tyrimą, kuriuo siekiu atskleisti multidimensinę šeimos terapiją (MDFT) taikančio specialistų darbo su šeimomis ypatumus ir išanalizuoti jo vaidmenį terapijos procese. Tyrimas atliekamas taikant pusiau struktūruoto interviu metodiką. Jeigu norėtumėte sužinoti daugiau apie šį tyrimą arba kiltų papildomų klausimų, galite kreiptis į mane šiais kontaktais: tel. nr.: +37064024414, el. p.: zana.loskot@fsf.stud.vu.lt

Tyrimo tikslas: ištirti multidimensinę šeimos terapiją taikančių specialistų darbo su šeimomis ypatumus ir išanalizuoti jo vaidmenį terapijos procese.

Tyrimo objektas: Specialisto darbas su šeima multidimensinės šeimos terapijos kontekste.

Tyrimo dalyviai: Specialistai, dirbantys pagal multidimensinės šeimos terapijos programą, turintys ne mažiau kaip vienerių metų profesinę patirtį. Siekiant užtikrinti patirčių įvairovę, į tyrimą įtraukiami skirtingų Lietuvos regionų (Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos) specialistai, turintys psichologijos, socialinio darbo, socialinės pedagogikos išsilavinimą. Dalyvauti kviečiami įvairias pareigas užimantys specialistai – tiek MDFT specialistai, tiek koordinatoriai, atstovaujantys skirtingoms funkcijoms terapijos procese.

Tyrimo eiga: Sutikę dalyvauti tyrime, būsite pakviesti į pokalbį, kurio metu aptarsime Jūsų profesinę patirtį dirbant MDFT, darbo eigą, iššūkius, sėkmes ir bendradarbiavimo aspektus. Pokalbis truks apie 60-90 minučių. Prašysiu Jūsų leidimo įrašyti mūsų pokalbį, kad būtų garantuota, jog visos pokalbio detalės ir išsakyti aspektai išliktų tiksliai užfiksuoti, taip palengvinant mano, kaip tyrėjos, darbą.

Konfidencialumas: Atliekant tyrimą bus laikomasi visiškos informacijos apsaugos. Kiekvienam dalyviui bus suteiktas unikalus kodas, kuris bus naudojamas vietoje asmens duomenų. Šis kodas neleis nustatyti konkretaus tyrimo dalyvio tapatybę. Tyrimo duomenų bazėje bus naudojami tik kodai, todėl nebus galimybės pateiktos informacijos priskirti konkrečiam asmeniui. Kodų ir dalyvių asmeninių duomenų sąrašas bus saugomas atskirai nuo pagrindinio duomenų rinkinio, siekiant kuo labiau užtikrinti dalyvių konfidencialumą ir išvengti bet kokios galimos tapatybės atskleidimo rizikos.

Rezultatų viešinimas: Tyrimo rezultatai bus naudojami rengiant baigiamąjį darbą, kuris bus viešai pristatomas bei ginamas Vilniaus universitete. Atskirų tyrimo dalyvių pateikti atsakymai liks konfidencialūs ir nebus skelbiami.

Galimos rizikos ir nepatogumai: Tyrimas gali sukelti tam tikrų neigiamų emocijų ar diskomfortą, kai bus kalbama apie Jūsų profesinę patirtį. Primename, kad dalyvavimas tyrime yra visiškai savanoriškas ir gali būti nutrauktas bet kuriuo momentu; taip pat, jei pokalbio metu prireiktų pertraukos, prašome apie tai informuoti. Nors pagal Jūsų pateiktą informaciją teoriškai įmanoma atpažinti dalyvį, ši tikimybė yra labai nedidelė, kadangi prieiga prie duomenų bus suteikta tik tyrime dalyvaujantiems asmenims. Interviu garso įrašas bus sunaikintas iškart po magistro darbo gynimo, o iki tol bus laikomas apsaugotame įrenginyje, su slaptažodžiu, kurį žinos tik tyrėja.

Nauda:

Nauda tyrimo dalyviams: Tyrime dalyvavę respondentai galės išsamiau apmąstyti savo profesinę patirtį taikant multidimensinę šeimos terapiją bei reflektuoti savo vaidmenį terapijos procese.

Nauda visuomenei: Lietuvoje vis dar stokojama tyrimų, analizuojančių multidimensinės šeimos terapijos specialistų patirtis ir šios terapijos taikymo ypatumus, todėl Jūsų dalyvavimas gali reikšmingai prisidėti prie gilesnio MDFT praktikos supratimo. Surinktos išvalgos ateityje gali padėti tobulinti terapijos taikymo gaires, stiprinti pagalbos šeimoms sistemą ir gerinti specialistų bendradarbiavimą įvairiose institucijose.

Galimybė klausti: Jei Jūs turite klausimų apie šį mokslinį tyrimą, dėl papildomos informacijos galite kreiptis į tyrimo vadovę doc. dr. Birutę Švedaite-Sakalauskę (el. p.: birute.svedaite-sakalauske@fsf.vu.lt), Sociologijos ir socialinio darbo institutas, Vilniaus universitetas.

Galimybė atsisakyti dalyvauti tyrime: Dalyvavimas tyrime yra savanoriškas, ir Jūs bet kuriuo metu galite nuspręsti nebetęsti savo dalyvavimo.

Sutikimas dalyvauti tyrime:

AŠ, _____ (vardas, pavardė, parašas),
PATVIRTINU, KAD SUTINKU DALYVAUTI TYRIME, susipažinęs (-usi) su pateikta informacija.

AŠ, _____ (vardas, pavardė, parašas),
SUTINKU, KAD INTERVIU BŪTŲ ĮRAŠOMAS.

Kategorijų ir konceptų lentelės

1	
Kategorija: Pasirinkimas būti MDFT specialistu nebuvo atsitiktinis – iki tol turėta darbo su vaikais ir šeimomis patirtis vertė ieškoti veiksmingesnio pagalbos metodo.	
Nr.	Konceptas:
1	Profesinį kelią į terapinį darbą formavo ilgametė darbo su vaikais ir šeimomis patirtis, vidinis polinkis į konsultacinį pagalbos santykį bei palankiai susiklosčiusi profesinė galimybė įžengti į šią sritį. (SSD1)
2	MDFT specialisto profesinį pasirinkimą lėmė ankstesnė darbo su paaugliais patirtis ir suvokimas, kad tvariam pokyčiui būtina dirbti su visa šeima. (KSD2)
3	Į terapinį darbą specialistė atėjo per ankstesnį profesinį ryšį, koleginių paskatinimą ir atpažintą asmeninį tinkamumą MDFT vaidmeniui. (SSP3)
4	Profesinį kelią į MDFT formavo ankstyvas darbas su aukštos rizikos jaunimu ir patirtinis suvokimas, kad tvariausi pokyčiai neatsiejami nuo darbo su tėvais. (KSP4)
5	Profesinį pasirinkimą dirbti MDFT formavo susidomėjimas sudėtingais paauglių atvejais, sisteminis požiūris į vaiko sunkumus ir metodo profesionalumas, grindžiamas tarptautiniu parengimu. (SP5)
6	Perėjimą iš jaunimo darbo į MDFT paskatino profesinis nepasitenkinimas ribotu individualiu darbu su paaugliais ir poreikis sistemiškai dirbti su jų tėvais bei platesne šeimos aplinka. (KSD6)
7	Profesinį įsitraukimą į MDFT paskatino ankstyvas susidomėjimas nauju, Lietuvoje dar menkai taikytu modeliu, kuris vienu metu orientuojasi į paauglį, šeimą ir santykį, o patrauklumą stiprina asmeninis gebėjimas lengvai užmegzti ryšį su paaugliais bei noras šį požiūrį atnešti į Lietuvos praktiką. (KP7)

2	
Kategorija: Nors MDFT metodologija turi aiškią darbo su šeima struktūrą – visgi labai daug kas priklauso nuo specialisto gebėjimo šią struktūrą individualizuoti žvelgiant į konkrečią šeimą.	
Nr.	Konceptas:
1	MDFT procesas yra aiškiai struktūruotas ir apibrėžtas laike, siekiant nuosekliai kurti terapinį santykį, sistemiškai planuoti pokyčio tikslus skirtinguose šeimos gyvenimo lygmenyse ir kryptingai jų siekti. (SSD1)
2	Darbas su šeimomis prasideda nuo tinkamumo įvertinimo, vyksta lanksčiai skirtingose vietose ir dažniausiai trunka nuo 4 iki 6 mėnesių. (KSD2)
3	MDFT programa yra struktūruota į tris etapus: santykio kūrimą, tikslų ir pokyčių įgyvendinimą bei pasiektų rezultatų užtvirtinimą. (KSD2)
4	Darbas su šeimomis MDFT procese organizuojamas lanksčiai, pritaikant sesijų formą prie konkrečios šeimos situacijos ir poreikio. (SSP3)
5	Pirmieji terapijos etapai yra labiau struktūruoti, o gilesnis pasiruošimas prasideda išsiginčijus konkrečiai šeimos problematikai. (SSP3)
6	Koordinatorės ir specialistės vaidmenys persidengia, tačiau abu grindžiami intensyviu, struktūruotu ir nuolatiniu kontaktu su šeima. (KSP4)
7	Šeimos specialisto darbą pradeda koordinuotas pirminis susitikimas, skirtas suprasti situaciją ir suplanuoti tolesnį terapinį procesą. (SP5)
8	MDFT išsiskiria sąmoningu darbo biure ir šeimos namuose derinimu, kad terapinis supratimas remtųsi realia šeimos aplinka. (SP5)

9	MDFT procesas grindžiamas reguliariu kontaktu, tačiau jo intensyvumas ir forma gali būti lanksčiai derinami prie šeimos galimybių. (SP5)
10	Nuoseklus pasiruošimas ir struktūruotas sesijos planas padeda specialistui nepasimesti šeimos chaose ir kryptingai siekti pokyčio. (SP5)
11	Darbas su šeima organizuojamas sistemiškai, derinant skirtingus susitikimų formatus, įvairias šeimos aplinkas ir į paauglį veikiančius reikšmingus žmones. (KSD6)
12	MDFT sesijos remiasi išankstiniu planavimu, aiškiais tikslais ir apgalvotomis intervencijomis, kad kiekvienas susitikimas vestų bent prie minimalaus pokyčio. (KSD6)
13	MDFT procesas specialistės apibūdinamas kaip aiškiai struktūruotas, laike apibrėžtas ir etapais organizuotas darbas, kuriame ryšio kūrimas, pokyčio inicijavimas ir jo įtvirtinimas sudaro nuoseklią terapinio proceso logiką. (KP7)

3	
Kategorija: MDFT siekia ne išmokyti tėvus geriau kontroliuoti netinkamą savo vaiko elgesį, o stiprinti ir keisti tarpusavio ryšius šeimoje.	
Nr.	Konceptas:
1	Tėvų ir vaikų santykio stiprinimas kaip pagrindinis pagalbos tikslas. (SSD1)
2	Pokytis vaiko elgesyje tampa labiau įmanomas tada, kai tėvai iš pervargimo, įtampos ir tarpusavio konfliktiškumo pereina į emociškai stabilesnę būseną, labiau rūpinasi savimi ir kuria saugesnį, šiltesnį tarpusavio santykį namuose. (SSD1)
3	Darbas su visa šeima padeda užpildyti individualaus darbo su paaugliu spragas. (KSD2)
4	Pokytis šeimoje siejamas su visų šeimos narių elgesio kaita, o paauglio savijauta ir elgesys priklauso nuo tėvų reakcijų bei bendravimo būdo. (KSD2)
5	Paauglių sunkumų šaknys siejamos su tėvų ir vaiko tarpusavio nesupratimu bei pavėluotai atpažintomis problemomis. (SSP4)
6	Kasdienio šeimos įtraukimo stiprinimas ir skaidrus tarpinstitucinių veiksmų aiškinimas laikomi būtina sąlyga, kad po terapijos šeima gebėtų veikti savarankiškai. (KSP4)
7	Nepaisant statuso skirtumų, paauglių poreikis būti mylimiems ir priimtiems išlieka universalus. (KSP4)
8	Nuo pat pradžių MDFT aiškiai apibrėžiama kaip šeimos, o ne vien paauglio terapija, grindžiama tėvų įsitraukimu ir bendru lūkesčių suderinimu. (SP5)
9	Didžiausias terapinis iššūkis yra ne įstrigti elgesio simptomų paviršiuje, o padėti šeimai pamatyti po jais slypinčius meilės, rūpesčio ir supratimo poreikius. (SP5)
10	MDFT keitimas vyksta per pakartotinį sudėtingų situacijų išgyvenimą kitaip, kai paauglys gali atvirai kalbėti, o tėvai išmoksta reaguoti rūpesčiu, o ne kontrole ar kaltinimu. (KSD6)
11	Svarbiausia terapijos ašimi laikomas santykių stiprinimas: vietoj nurodymų šeimai siūloma reflektuoti, kaip konkretūs veiksmai kuria konkrečias pasekmes, ir tokiu būdu pačiai šeimai atrasti kitokio elgesio galimybę. (KP7)
12	Pasitikėjimas su šeima kuriamas pirmiausia per lėtą, mažai direktyvų ir klausimais grįstą įsiklausymą į jos istoriją. (KSP4)
13	Pokytis reikalauja neskubinti šeimos, nes žmonės dažnai žino pageidautiną kryptį, bet jiems stinga resursų, saugumo ir veiksmingų būdų iki jos nueiti. (KSP4)
14	Sunkiausia dirbti tada, kai tėvai nebetiki vaiku ir nebeįsijaučia jam meilės, nes tada terapijoje tenka gaivinti patį rūpesčio santykio pagrindą. (KSD6)
15	MDFT vertė šeimai atsiskleidžia per mažus, bet konkrečius sesijų metu pasiekiamus pokyčius, kurie leidžia pajusti, kad terapijoje ne tik kalbama, bet ir realiai keičiasi santykiai. (KSD6)
16	Pasitikėjimas kuriamas per ramią, neskubančią, nepuolančią laikyseną: specialistė kalba lėtai, klausosi, atspindi šeimos pasakytus jausmus ir leidžia žmonėms pirmą kartą patirti, kad jų ne tik klausoma, bet ir girdi. (KP7)

17	Nekaltinanti laikysena ir atsisakymas moralizuoti dėl praeities klaidų leidžia šeimai ne gintis, o telktis į dabartinį gyvenimo tašką ir realias galimybes judėti pirmyn. (KP7)
18	Net smulkūs kasdieniai elgesio ženklai, pavyzdžiui, batų nusiavimas įėjus į namus, šeimai gali tapti pagarbos ir nelygstamo santykio ženklu; pasitikėjimas čia kuriamas ne vien žodžiais, bet ir buvimo būdu. (KP7)
19	Ankstesnė darbo atvejo vadyboje patirtis specialistę išmokė, kad formaliai nurodanti ir šeimas žeminanti pagalbos logika neveikia; būtent ši patirtis sustiprino jos įsitikinimą, kad pokytis galimas tik per pagarbą, nepažeminantį, įgalinantį santykį. (KP7)
20	Programos veiksmingumą specialistė grindžia ne abstrakčiais teiginiais, o konkrečiais lūžiniais atvejais, kai itin agresyvus ir į kriminalinę trajektoriją stumiamas paauglys, pradėjęs MDFT, ženkliai sumažino smurtą, vartojimą ir grįžo į funkcionuojantį gyvenimą. (KP7)

4	
Kategorija: I MDFT ateina tėvai savo tėvystę patiriantys kaip didžiulę nesėkmę. Atkurti tėvų pasitikėjimą savimi yra vienas svarbiausių terapijos uždavinių.	
Nr.	Konceptas:
1	Tėvai dažnai gėdijasi paauglio elgesio problemų ir tai sieja su savo, kaip netinkamų tėvų, nesėkme, todėl svarbi pagalbos dalis yra gėdos mažinimas ir pasitikėjimo savimi atkūrimas. (SSD1)
2	Pagalbos procese sąmoningai stiprinamas šeimos pasitikėjimas savo galimybėmis, išryškinant jos stipriąsias puses, teikiant palaikymą ir pripažinimą. (SSD1)
3	Mažų pokyčių matymas kaip motyvacinė atrama darbuotojai ir šeimai. (SSD1)
4	Pasitikėjimo su šeima kūrimą labiausiai palengvina tėvų motyvacija dalyvauti ir pripažinti savo pačių galimą indėlį į pokytį. (KSD2)
5	Šeimų motyvacija gali būti stiprinama ieškant prasmingų pokyčio temų, remiantis paauglio išgyvenimais ir suteikiant šeimai laiko apsispręsti dėl dalyvavimo. (KSD2)
6	Pasitikėjimas su tėvais ir paaugliais kuriamas skirtingai: tėvams svarbus kaltės mažinimas, o paaugliams - nemoralizuojantis, prie jų tempo prisiderinantis santykis. (SSP3)
7	Tėvų siekis padėti vaikui išlieka bendras, tačiau jų motyvacija svyruoja nuo nuoširdaus rūpesčio iki noro atsikratyti spaudimo ar įgyvendinti idealizuotas sėkmės fantazijas. (KSP4)
8	Tėvų kaltinimas neveiksmingas, nes juos keisti padeda ne gėdinimas, o supratimas, kad jie patys ilgai buvo neišklausyti. (KSP4)
9	Darbas su emociškai nesaugiais tėčiais ir jų pokyčio poveikiu motinoms atskleidžia, kad tėvystės pokyčiai vyksta neizoliuotai, o visos poros dinamikos fone. (KSP4)
10	Ryšys su paaugliu ir tėvais stiprinamas kuriant mažus ankstyvus pokyčius, sistemingai mažinant kaltę ir stiprinant saugumo jausmą. (SP5)
11	Tėvų nuovargis ir nevienodas jų įsitraukimas dažnai tampa svarbiu terapinio aljanso ir pokyčio tempo veiksnium. (SP5)
12	Pasitikėjimas su tėvais stiprinamas pripažįstant jų sunkumus, nevertinant jų kaip blogų tėvų ir akcentuojant, kad jie veikia pagal turimus resursus bei įgūdžius. (KSD6)
13	Pokyčio procese stiprinamas ne tik paauglys, bet ir tėvų palaikymo tinklas, nes artimųjų parama didina šeimos tikėjimą savo galimybe keistis. (KSD6)
14	Didžiausias darbo sunkumas slypi ne pačiame paauglyje, o tėvų nuovargyje, skubotuose sprendimuose ir negebėjime nuosekliai atlaikyti ribų bei vaiko emocijų. (KSD6)
15	Tėvų elgesį dažnai lemia frustracija ir bejėgystė, todėl jie renkasi greitus, bet santykį griaušančius sprendimus, kurie trumpam sumažina įtampą, bet ilgai tik gilina problemą. (KSD6)
16	Šeimos stiprinamos ne per kritiką, o per jų stiprybių išryškinimą: net labai probleminėje situacijoje specialistei svarbu surasti, kas žmogui gyva, veikia ir gali tapti atrama tolimesniam pokyčiui. (KP7)

17	Net labai sunkūs tėvų veiksmai terapijoje nagrinėjami ne smerkiant, o padedant jiems paanalizuoti, kaip jų emocinė būseną kuria konkrečias pasekmes, ir ar jie norėtų mokytis kitokio reagavimo būdo. (KP7)
18	Vienas iš esminių specialistės darbo principų - ne perimti šeimos gyvenimo valdymą, o grąžinti atsakomybę pačiai šeimai, kad ši išmokytų sprendimus kurti ne pagal nurodymą iš išorės, o iš savo pačios tikslų ir supratimo. (KP7)

5	
Kategorija: Terapijos metu šeimos nariai mokosi iš naujo ir kitaip vieni kitus girdėti.	
Nr.	Konceptas:
1	Emocinio raštingumo ugdymas šeimoje yra svarbus tam, kad šeimos nariai galėtų atpažinti, įvardyti ir tarpusavyje suprantamiau išreikšti savo jausmus, o tai padeda mažinti nesusikalbėjimą, įtampą ir destruktivias reakcijas. (SSD1)
2	Vienas didžiausių sunkumų terapijoje kyla tada, kai tėvai negirdi paauglio ir jo išsakytą patirtį perinterpretuoja pagal savo gynybas. (SSP3)
3	Repeticija ir išankstinis pasirengimas pokalbiams padeda šeimai mokytis atvirumo bei kurti naujus reagavimo būdus. (SP5)
4	Kai paauglys pirmą kartą išsako sukauptą pyktį, tai gali būti ne terapijos nesėkmė, o esminis proveržis, rodantis, kad jis nustojo vaidinti ir pradėjo santykiuose rodyti tikrą savo vidinę būseną. (KP7)

6	
Kategorija: Paauglys MDFT specialistą turi patirti kaip patikimą sąjungininką, o ne dar vieną moralizuojantį suaugusįjį, kurių jam gyvenime nestinga.	
Nr.	Konceptas:
1	Santykio su paaugliu kūrimas neskubant, per neformalumą ir saugumą. (SSD1)
2	Ankstesnės nuviliančios pagalbos patirtys lemia paauglių atsargumą ir atsitraukimą, todėl veiksmingesnis už moralizavimą yra gebėjimas išbūti santykiuose ir palaipsniui atkurti pasitikėjimą. (SSD1)
3	Šiuolaikinių paauglių kalbos, interesų ir kultūrinių nuorodų pažinimas padeda kurti ryšį, nes leidžia specialistui būti mažiau svetimam jų pasaulyje. (SSD1)
4	Darbai su paaugliu svarbus specialisto asmeninių savybių atitikimas jo autoriteto, ryšio ir emocinės atramos poreikiams. (SSD1)
5	Santykį su paaugliais sunkina jų nepasitikėjimas specialistais, tačiau nuoseklus dėmesys ir lygiavertis santykis padeda jaunuoliams atsiverti. (KSD2)
6	Darbas su šeimomis reikalauja išlaikyti profesines ribas, tačiau santykio kūrimui pasitelkiamas lankstumas ir netradicinės susitikimų formos. (KSD2)
7	Santykį su paaugliu ir šeima specialistas kuria lanksčiai ir netradiciniais būdais, tačiau išlaiko profesines ribas. (KSD2)
8	Paauglio aljansas stiprėja tada, kai jo pozicija yra aiškiai išgirstama ir legitimuojama greta tėvų pasakojimo. (KSP4)
9	Paauglio aljansas stiprėja tada, kai jo pozicija yra aiškiai išgirstama ir legitimuojama greta tėvų pasakojimo. (KSP4)
10	Su paaugliais ryšys kuriamas įrodant, kad specialistas nėra dar vienas teisėjas, o sąjungininkas, padedantis spręsti jų gyvenimo sunkumus. (SP5)
11	Pasitikėjimas su paaugliu grindžiamas lygiaverčiu bendradarbiavimu, o ne gelbėjančia ar moralizuojančia pozicija, kuri jaunam žmogui kelia pasipriešinimą. (KSD6)
12	Neformalus bendravimas su paaugliu pradžioje naudojamas kaip sąmoninga santykio kūrimo priemonė, kuri vėliau užleidžia vietą gilesniam pokyčio darbui. (KSD6)

13	Specialisto ir paauglio lyties derinimas kai kuriais atvejais tampa svarbus santykio formavimui, nes tam tikri jaunuoliai autoritetą ir saugumą lengviau priima iš vyro specialisto. (KSD6)
14	Ryšys su paaugliu kuriamas individualiai, ne pagal vieną universalią schemą, o ieškant unikalios įėjimo per tai, kas jam svarbu, įdomu, pažįstama ar leidžia pasijusti matomam ne tik kaip problemai. (KP7)
15	Tyla terapijoje nėra laužoma jėga: kai paauglys atsitraukia į telefoną ir nekalba, specialistė prisitaiko prie jo būdo būti, išbūna kartu toje pačioje erdvėje ir leidžia santykiui formotis be spaudimo. (KP7)
16	Paaugliams ypač svarbu patirti, kad jų nuomonė yra svarbi, o tikslai nėra nuleidžiami iš viršaus; todėl specialistei svarbu tartis su jais dėl darbo temos ir neprimesti net tų uždavinių, kurie suaugusiajam atrodo akivaizdūs. (KP7)
17	Kartais ryšys su paaugliu kuriamas per bendrą veiklą, kuri jam leidžia specialistę pamatyti ne vien kaip kalbančią suaugusiąją, bet kaip žmogų, su kuriuo galima ką nors veikti, varžytis, juoktis ir būti gyvame santykiuje. (KP7)
18	Dirbant su berniukais, augančiais beveik vien moterų aplinkoje, ryšį gali apsunkinti vyriško autoriteto stoka ir pasikartojantis moteriškų specialistų dominavimas jų gyvenime, todėl lyties klausimas čia tampa ne stereotipu, o realia santykio sąlyga. (KP7)
19	Vietoj šio pasipriešinimo neigimo specialistė kartais atvirai įvardija paauglio patiriamą nuovargį nuo nuolatinės moterų kontrolės, ir būtent toks tikrovės pripažinimas gali tapti santykio atspirties tašku. (KP7)
20	Mobilus MDFT formatas suteikia galimybę terapiją perkelti į gyvas, neoficialias erdves, kuriose paaugliui lengviau atsiverti, o specialistas gali jungti santykį, kasdienybę ir net mokymosi pagalbą į vieną bendrą pokyčio procesą. (KP7)

7	
Kategorija: Netinkamas paauglio elgesys visada turi gilesnes priežastis – dažniausiai jos susijusios su šeimos ir jos narių pažeistumu.	
Nr.	Konceptas:
1	Šeimoms būdingi pažeisti tarpusavio santykiai dažnai susiję su per kartas perduodamais psichosocialiniais sunkumais ir žalingais santykių modeliais. (SSD1)
2	Neišmyletų tėvų sunkumas duoti meilę vaikui. (SSD1)
3	Trūkstant emocinės atramos šeimoje, jaunuolio stiprinimui ieškoma kitų reikšmingų, palaikančių suaugusiųjų ir saugių socialinių erdvių, kuriose jis galėtų patirti priėmimą, sėkmę ir priklausymą. (SSD1)
4	Siekiant tvaresnio paauglio elgesio pokyčio, svarbu plėsti jo socialinę aplinką už probleminio bendraamžių rato ribų, kuriant jam palankesnes įsitraukimo, priklausymo ir pozityvios įtakos galimybes bendruomenėje. (SSD1)
5	Vaiko elgesio sunkumų aiškinimas per emocinį nesaugumą namuose. (SSD1)
6	Paauglių probleminis elgesys interpretuojamas kaip reakcija į santykinį sužeidimą, stresą ir neišbūtus jausmus, todėl rizikingas vartojimas ar agresija suprantami kaip prisitaikymo būdai. (KSD6)
7	Dirbančias šeimas vienija paauglių rizikingas elgesys, bet gilesniame lygmenyje jas sieja santykio praradimo, netekčių ir ankstyvų santykinų traumų patirtys. (KSD6)
8	Net itin agresyvaus paauglio elgesio fone specialistė ieško ne vien grėsmės, bet ir likusio ryšio branduolio - pavyzdžiui, stipraus prisirišimo prie mamos - nes būtent jis gali tapti keliu į gilesnį emocinį darbą. (KP7)
9	Pastaruoju metu vis ryškesnė problema tampa priklausomybė nuo ekrano, kuri ardo bendravimo įgūdžius, kelia agresiją, silpnina gebėjimą kurti gyvus santykius ir skurdina paauglio kalbinę bei socialinę raišką. (KP7)

8	Kategorija: MDFT akiratyje esančios šeimos yra įvairios socialiai ir kultūriškai, tačiau jas vienija ta pati tema – tėvų ir vaikų sugyvenimo sunkumai.	
Nr.	Konceptas:	
1	Nepaisant skirtingos socialinės padėties, šeimos susiduria su panašiais santykių ir tarpusavio nesusikalbėjimo sunkumais. (SSD1)	
2	Šeimų panašumą labiausiai apibrėžia noras, kad situacija keistųsi, o didžiausias skirtumas tarp šeimų yra skirtingas tėvų motyvacijos ir įsitraukimo lygis. (KSD2)	
3	Nors paauglių problematika gali kartotis, kiekvienos šeimos funkcionavimas ir vidinė dinamika reikalauja individualaus pasirengimo darbui. (SSP3)	
4	Šeimos labai skiriasi socialine padėtimi ir kultūriniu kontekstu, tačiau tai nepanaikina bendrų auklėjimo sunkumų branduolio. (KSP4)	
5	Perdėtai laisvas auklėjimas, kuriame ribos ištirpsta draugiškume, sudaro sąlygas chaosui ir paauglio manipuliaciniam dominavimui. (KSP4)	
6	Perdėtas griežtumas ir neadekvačios bausmės dažnai kyla iš tėvų nesaugumo, pykčio ar neišspręstų asmeninių istorijų ir tampa santykį griauančia kontrole. (KSP4)	
7	Ilgalaikis tėvų konfliktas po skyrybų paverčia vaiką kovos lauku ir dar viena tėvystės įgūdžių stokos išraiška. (KSP4)	
8	Šeimos, nepaisant socialinių skirtumų, panašios savo pasimetimu, išsekimu, sutrūkinėjusiais ryšiais ir poreikiu geriau suprasti paauglio vidinę būseną. (SP5)	
9	Šeimų skirtumai atsiskleidžia per nevienodą tėvų įsitraukimą, skirtingą paauglio poreikių supratimą ir nevienodai veikiančią institucinę aplinką. (SP5)	
10	Nors šeimos turi bendrų bruožų, kiekvieno atvejo unikalumas reikalauja atsisakyti išankstinių schemų ir nuolat iš naujo pažinti konkretų žmogų bei jo santykių dinamiką. (KSD6)	
11	Vienas esminių šeimų skirtumų yra ne tik sunkumų pobūdis, bet jų motyvacija keistis: vieni pagalbos ieško patys ir aktyviai dalyvauja, kiti įtraukiami dėl institucijų spaudimo ir lieka pasyvūs proceso stebėtojai. (KP7)	
12	Skirtinga šeimos sudėtis - vieniša mama, senelių dominavimas, išsiskyrusių tėvų dinamika - keičia atsakomybės, ribų ir galios pasiskirstymą, todėl problema visada analizuojama ne pavienio vaiko, o visos sistemos lygmeniu. (KP7)	

9	Kategorijos: MDFT terapija tinka ne kiekvienai šeimai - tik tom, kurios nori pagalbos bei turinčioms gebėjimų reflektuoti savo tarpusavio santykius.	
Nr.	Konceptai:	
1	Didžiausi sunkumai dirbant su šeimomis kyla dėl susitarimų nesilaikymo ir nereguliaraus dalyvavimo, o jų įveika grindžiama nuosekliu aptarimu. (KSD2)	
2	Darbas sunkėja, kai paauglio motyvacija keistis yra didesnė nei tėvų, nes šeimos pokytis tampa lėtas ir ribojamas tėvų nepasirengimo. (SSP3)	
3	Paauglių nenoras pripažinti problemą dažnai susijęs su privalomomis kreipimosi aplinkybėmis ir išoriniu problemos apibrėžimu. (SP5)	
4	Net ir neigdami problemą, paaugliai dažniausiai siekia pokyčio per didesnę laisvę, pasitikėjimą ir kitokį santykį su tėvais. (SP5)	
5	Savanoriškas šeimos atėjimas į terapiją didina įsitraukimo tikimybę, o registracija dėl išorinio nurodymo dažnai reiškia menką proceso supratimą ir lūkesčių perkėlimą specialistui - tarsi pats jo atvykimas turėtų pakeisti šeimos gyvenimą. (KP7)	
6	Motyvacija MDFT procese suvokiama kaip kartinė pokyčio sąlyga: be aktyvaus šeimos įsitraukimo ir savanoriško dalyvavimo terapinis procesas netenka jėgos, o pokytis lieka deklaratyvus. (KP7)	

7	Kai kurios šeimos prie ilgalaikių sunkumų taip pripranta, kad problema tampa kasdienybės norma; tuomet terapijoje sunkiausia ne spręsti sunkumus, o apskritai pažadinti norą, kad kažkas galėtų būti kitaip. (KP7)
8	Komanda sąmoningai saugo specialistus nuo alinančio darbo su visiškai neįsitraukiančiomis šeimomis, nes nuolatinis atmetimas, kai specialistas kruopščiai pasirošia, o šeima nepriima paties darbo, griaua profesinį pasitikėjimą ir sekina emociškai. (KP7)
9	Specialistė aiškiai skiria profesinį pasitenkinimą, kylantį dirbant su motyvuota šeima, ir emociškai alinantį bejėgiškumą, kylantį dirbant su nemotyvuota šeima, kurioje specialistas jaučiasi lyg vienas kovotų už procesą, kurio niekas kitas nenori. (KP7)
10	Dabartiniame darbe didžiausiu sunkumu specialistė laiko ne patį problemų turinį, o šeimų nemotyvuotumą, pyktį ir nusivylimą visa pagalbos sistema, dėl ko į specialistą iš pradžių dažnai žvelgiama su įtarumu ir priešišku. (KP7)
11	Šeimos tinkamumas MDFT programai vertinamas pirminiame atrankos etape, siekiant nustatyti, ar programos pagalba atitinka šeimos poreikius, o specialistas parenkamas atsižvelgiant į šeimos situacijos ypatumus ir specialisto profesinį stilių. (SSD1)
12	Pagrindiniai MDFT atrankos kriterijai siejami su paauglio amžiumi, tėvų motyvacija, problemos pobūdžiu ir teritoriniu paslaugos prieinamumu. (KSD2)
13	MDFT nėra automatiškai teikiama visoms šeimoms: pirmiausia vyksta atrankinis įvertinimas, kuriame sprendžiama, ar šeimos sunkumai atitinka programos logiką, ar šeima pajėgi įsitraukti į tokio intensyvumo procesą ir ar apskritai ši pagalba jai tinka. (KP7)
14	Pradinė darbo fazė kartu yra ir santykio užmezgimo, ir įsipareigojimo tikrinimo etapas: jau pačioje pradžioje vertinama, ar šeima pasirengusi išlaikyti ilgalaikį, nuoseklų ir emociškai įtraukiantį procesą. (KP7)
15	Terapinis darbas tampa sudėtingesnis, kai paauglys ar tėvai susiduria su psichikos sutrikimais ir ribotais gebėjimais reflektuoti, suprasti savo vidinę būseną bei įsitraukti į pokyčio procesą. (SSD1)
16	Pagalbos supaprastinimas terapijos metu yra atsakas į ribotus suvokimo ir refleksijos gebėjimus, kad žmogus apskritai galėtų įsitraukti į terapinį procesą. (SSD1)
17	Programa šiuo metu ribotai pritaikyta šeimoms, kuriose yra stipri ar vidutinė negalia. (KSD2)
18	Ne visi atvejai yra tinkami MDFT ne tik dėl motyvacijos stokos, bet ir dėl objektyvių vaiko galimybių ribų: kai vaikas dėl intelekto ar raidos sunkumų negali reflektuoti ir įsitraukti į terapinį procesą, prioritetu tampa ne terapija, o bazinių teisių ir tinkamų paslaugų sutvarkymas. (KP7)
19	Į MDFT dažniausiai patenka šeimos, kuriose auga 11-18 metų paauglys, susiduriantis su ryškiais elgesio, funkcionavimo ar saugumo sunkumais, tačiau aktyvios suicidinės rizikos ar labai sunkūs raidos bei intelekto sutrikimai jau reikalauja kitų pagalbos formų. (KP7)

10	Kategorijos: Dirbant su šeima svarbu išlaikyti profesinę distanciją – išlikti terapeutu ir nepatapti šeimos draugu ar šališkai palaikyti kažkurią vieną šeimos dalį.	
Nr.	Konceptai:	
1	Didžiausia pagalbos vertė slypi specialisto žmogiškoje laikysenoje, kai žmogus yra ne smerkiamas, o priimamas, suprantamas ir palaikomas. (SSD1)	
2	Kuriant ryšį su šeima ir paaugliu, specialisto žmogiškumas tampa veiksmingas tada, kai jis leidžia būti autentiškam, emociškai gyvam ir santykyje neapsiriboti vien formalia specialisto pozicija. (SSD1)	
3	Šeimos MDFT specialistą suvokia kaip itin reikšmingą ir patikimą asmenį, tačiau jo vaidmuo išlieka profesionalus, o ne draugiškas. (KSD2)	

4	Terapinis darbas suprantamas ne kaip gelbėjimas, o kaip šeimos vedimas į didesnę atsakomybės prisiėmimą ir gebėjimą pačiai veikti nepatogume. (KSP4)
5	Šeimos specialistė dažnai patiriama kaip emocinė atrama, į kurią galima atsiremti krizės akimirkomis. (KSP4)
6	Paaugliams specialistė gali tapti draugo, autoriteto ar motiniško objekto figūra, todėl artumas turi būti nuolat derinamas su profesinėmis ribomis. (KSP4)
7	Artimas terapinis ryšys gali išprovokuoti tėvų perkeltas neišspręstas priklausomybės ir santykio su savo tėvais temas. (KSP4)
8	MDFT specialisto vaidmuo yra laikinas - jis parengia šeimą pačiai išlaikyti pokytį per nuoseklias susipažinimo, pokyčio ir įtvirtinimo fazes. (SP5)
9	Šeimos specialistei dažniausiai priskiria psichologės vaidmenį, tačiau pačiai jai svarbiau ne pavadinimas, o realus terapinis santykis ir veikimo logika; vis dėlto tai rodo, kad žmonėms terapinis vaidmuo vis dar sunkiai atskiriamas nuo bendro psichologinės pagalbos įvaizdžio. (KP7)
10	Terapinis santykis sąmoningai saugomas nuo išsikreipimo į draugystę: nors šeimos greitai pajunta artumą ir saugumą, specialistė palaiko profesionalią ribą ir primena, kad jos vaidmuo yra terapinis, o ne bičiuliškas. (KP7)

11

Kategorijos: MDFT specialistas yra tarsi tarpininkas tarp susipriešinusių šeimos narių, jis lyg koks vertėjas, padedantis išversti šeimos narių nesusikalbėjimą į visiems suprantamą kalbą.

Nr.	Konceptai:
1	Specialistės vaidmuo terapijoje yra daugialypis, nes ji ne tik padeda šeimos nariams susikalbėti, bet ir atstovauja pažeidžiamesniojo interesams, tarpininkauja santykiuose bei palaiko pokyčio procesą. (SSD1)
2	Šeimai specialistė tampa orientyru ir vertėja - žmogumi, kuris padeda neprarasti krypties ir išverčia paauglio patirtį tėvams. (SSP3)
3	Terapijoje specialistas tampa šeimos atstovu, vertėju ir jungiančiuoju tarpininku tarp paauglio, tėvų ir institucijų. (SP5)
4	Specialistas šeimai tampa tarpine figūra tarp emocinės atramos, mentoriaus ir santykinio vertėjo vaidmenų, tačiau nuolat turi saugoti ribą, kad nevirstų draugu ar šeimos nariu. (KSD6)

12

Kategorijos: MDFT programos specialisto profesinis tvirtumas atsiranda per patirtį dirbant su skirtingomis šeimomis, mokymąsi bei palaikymą iš komandos narių.

Nr.	Konceptai:
1	Pagrindiniu darbo įrankiu specialistas tampa tada, kai į santykį su šeima ateina emociškai stabilus, savimi pasirūpinęs, atsipalaidavęs, nuoširdžiai besidomintis ir autentiškas, nes tokia vidinė būseną leidžia kurti tikrą, pasitikėjimu grįstą terapinį ryšį. (SSD1)
2	Stiprus asmeninis įsitraukimas į pagalbos darbą reikalauja sąmoningo savęs tausojimo, nes tik derinant profesinį atsidavimą su poilsiu, ribomis ir emociniu atsitraukimu galima išlaikyti tvarumą darbe. (SSD1)
3	Darbo procese specialistui tenka priimti, kad ne visi pokyčiai yra jo galioje, todėl svarbu atpažinti savo ribas ir neprisiiimti atsakomybės už tai, ko pakeisti neįmanoma. (SSD1)
4	Specialistei sau padeda mažindama nerealistinius lūkesčius ir mokydamasi vertinti mažus, bet reikšmingus pokyčius. (SSP3)
5	Didžiausias darbo sunkumas kyla tada, kai tėvų neišspręstos traumos ir priešiškus sužadina stiprias paties specialisto emocines reakcijas. (KSP4)

6	Darbas su provokuojančiais tėvais reikalauja nuolatinio savireguliacijos ir refleksijos, kad specialistas neatkartotų kovos logikos. (KSP4)
7	Kartais tėvų santykis su vaiku būna tiek atmetantis, kad terapinis pokytis tampa ribotas arba neįmanomas. (KSP4)
8	Net ir labai sunkiais atvejais specialistei svarbu išlaikyti nuostatą, kad tėvų destrukcija kyla iš jų ribotumo, o ne iš sąmoningo blogio, nes tai leidžia išlikti dialoge. (KSP4)
9	Su sudėtingumu specialistas tvarkosi remdamasis komanda, koordinatoriumi, refleksija ir apsauga nuo perdegimo. (SP5)
10	Didžiausias ankstyvos profesinės patirties sunkumas buvo susidūrimas su itin skaudžiomis tėvų vaikystės traumomis, kurios atskleidė, kad didelė dalis į terapiją ateinančių suaugusiųjų patys yra giliai sužaloti ir neša neišgydytą patirties svorį. (KP7)
11	Kad išlaikytų profesinį tvarumą, specialistė turėjo sąmoningai išmokti savireguliacijos: pradžioje ji emociškai nešėsi šeimų istorijas namo, o vėliau, remiama koordinatorės ir supervizijų, išsiugdė didesnį atsparumą neatsisakydama jautrumo. (KP7)
12	Profesinis tvirtėjimas vyksta per klaidas, nuoseklų mokymąsi ir atsirėmimą į kolegas, koordinatorių bei kitus profesinės pagalbos šaltinius. (SSD1)
13	Kokybiškam darbui reikalinga tarpusavyje deranti komanda, kurioje yra ir geras santykių klimatas, ir skirtingus šeimų poreikius atliepančios kompetencijos. (SSD1)
14	Naujam MDFT specialistui svarbu neskubėti, priimti lėtą pokyčio tempą ir suvokti, kad rezultatus lemia ne tik specialistas, bet ir šeimos motyvacija. (KSD2)
15	Naujam MDFT specialistui svarbu mažinti lūkesčius ir duoti sau laiko jaugti į darbą, nes pasitikėjimas savimi ateina su patirtimi. (SSP3)
16	Pradedančiajam MDFT specialistui būtina dirbti su savo emocijomis, nes darbas vyksta labai arti šeimų skausmo. (KSP4)
17	Metodikos laikymasis turi būti derinamas su situaciniu lankstumu ir kruopščiu pasirengimu, nes skubėjimas į pokytį be plano dažnai sugriaua sesiją. (KSP4)
18	Mažas atvejų skaičius MDFT leidžia derinti intensyvų poveikį šeimai su mokymusi ir profesiniu tvarumu. (KSP4)
19	Naujokui svarbiausia mokytis būti šeimos atstovu, remtis kolegomis ir nebijoti rodyti savo darbo medžiagos. (SP5)
20	Pasitikėjimas savimi terapijoje reiškia gebėjimą toleruoti nežinomybę, pasikliauti procesu, reflektuoti savo patirtį ir nesusireikšminti nei sėkmės, nei nesėkmės akivaizdoje. (SP5)
21	Sunkumas užmegzti terapinį ryšį priklauso ne tik nuo šeimos, bet ir nuo specialisto patirties, komandos palaikymo bei profesinio stiliaus. (SP5)
22	Profesinį augimą palaiko sąmoningas išėjimas iš komforto zonos ir darbas su mažiau pažįstamomis temomis, kurios padeda plėsti specialisto gebėjimų ribas. (KSD6)
23	Šeimos specialisto vaidmenį supranta skirtingai, o pats metodas iki galo atsiveria tik su patirtimi, todėl profesinis tikrumas formuojasi palaipsniui. (KSD6)
24	Naujam MDFT specialistui svarbiausia ne tobulai „mokėti“, o išdrįsti mokytis, nepanikuoti dėl pradinių nesėkmių ir priimti, kad ryšys, aiškumas ir profesinis užtikrintumas ateina palaipsniui, remiantis komandos pagalba. (KP7)
25	Koordinatorės vaidmuo specialisto ugdyme nėra baudžiantis, bet reflektuojantis: analizuojamos įrašytos sesijos, ieškoma ne tik klaidų, bet visų pirma to, ką specialistas padarė gerai, ir kaip jis pats gali tai atpažinti bei stiprinti. (KP7)
26	Profesinis pasitikėjimas auginamas ne per nuolatinį klaidų rodymą, o per gebėjimą pačiam specialistui pamatyti savo stiprius momentus; tokia pati logika, kaip ir darbe su šeima, taikoma ir specialistų ugdyme. (KP7)
27	Pati MDFT metodika specialistę veikė ne vien profesiskai, bet ir asmeniškai - ji formavo kitokį požiūrį į žmogų, bendravimą, santykį ir apskritai padėjo perkurti jos pačios profesinę laikyseną. (KP7)

28	Specialistei labai svarbus ne tik pokytis šeimoje, bet ir grįžtamasis ryšys iš sistemos, kai kiti specialistai pripažįsta įvykusį lūžį; tai patvirtina darbo prasmę ir sustiprina profesinį tikėjimą metodo galia. (KP7)
----	--

13	Kategorijos: MDFT terapinė sėkmė priklauso ir nuo tarpinstitucinio bendradarbiavimo. Visgi skirtingoms institucijoms dar vis labai sunku kalbėtis bendra kalba, o ypač mokykloms.	
Nr.	Konceptai:	
1	Tarpinstitucinis bendradarbiavimas yra terapijos dalis, nes leidžia sujungti skirtingų specialistų matymą, papildyti šeimos situacijos supratimą ir priimti labiau pagrįstus pagalbos sprendimus. (SSD1)	
2	Tarpinstitucinio bendradarbiavimo kokybę lemia specialistų tarpusavio žmogiškas, pagarbus ir nehierarchinis bendravimas. (SSD1)	
3	MDFT įgyvendinime svarbus platus tarpinstitucinis bendradarbiavimas, tačiau iššūkių kyla dėl skirtingo šeimos matymo ir nevienodo kitų specialistų įsitraukimo. (KSD2)	
4	MDFT vykdymas remiasi plačiu tarpinstituciniu bendradarbiavimu. (KSD2)	
5	Didžiausias bendradarbiavimo iššūkis - skirtingas specialistų požiūris į šeimą ir problemų sprendimą. (KSD2)	
6	Terapinis darbas apima platų bendradarbiavimą su įvairiomis institucijomis, tačiau didžiausių iššūkių kyla santykiuose su mokykla. (SSP3)	
7	Bendradarbiavimo su mokykla patirtys nevienodos, tačiau specialistė mato lėtą pozityvų kartų kaitos nulemtą pokytį. (SSP3)	
8	MDFT bendradarbiavimas remiasi aktyviu ir sąmoningai kuriamu pagalbos tinklu, o ne pasyviu laukimu, kol kitos institucijos įsitrauks pačios. (KSP4)	
9	Mokyklos dažnai tampa sunkiausiais partneriais, nes papildomas išorinis įsitraukimas joms siejasi su kontrole, darbo augimu ir poreikiu keisti įprastą tvarką. (KSP4)	
10	Mokyklų algoritminis veikimas apsunkina lankstesnių sprendimų paiešką net tada, kai resursų pokyčiui iš tikrųjų yra. (KSP4)	
11	Jaunuolio dalyvavimas susitikimuose sumažina suaugusiųjų polinkį kaltinti ir padeda konkretinti atsakomybę bei veiksmus. (KSP4)	
12	Mokyklų pasipriešinimą stiprina ir realus mokytojų perkrovimas bei baimė prisiimti dar daugiau atsakomybės. (KSP4)	
13	Kartų ir kultūrinė distancija nuo paauglių pasaulio apsunkina jų aktualijų supratimą ugdymo institucijose. (KSP4)	
14	Tarpinstitucinis bendradarbiavimas MDFT apima ne tik formalias institucijas, bet ir visą paauglio socialinę aplinką, įskaitant bendraamžius. (SP5)	
15	Bendradarbiavimas tampa veiksmingas, kai institucijos yra atviros ir nestigmatizuoja vaiko, o jų matymas papildo specialisto supratimą. (SP5)	
16	Pasitikėjimo kūrimas MDFT apima ne tik šeimą, bet ir visą aplink ją veikiančią sistemą, kad visi dalyviai galėtų siekti bendro tikslo. (SP5)	
17	Tarpinstitucinis bendradarbiavimas apima ne tik formalias paslaugas, bet ir platesnę bendruomenę, nes pokyčiui svarbūs visi paauglio aplinkos žmonės. (KSD6)	
18	Tarpinstitucinis bendradarbiavimas apima socialinius darbuotojus, tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinatorius, mokyklas ir kitas šeimai svarbias grandis, tačiau jo kokybė labai priklauso nuo to, ar kita institucija MDFT specialisto atėjimą mato kaip pagalbą, ar kaip papildomą našą. (KP7)	
19	Darbas su mokyklomis reikalauja ne puolimo, o pripažinimo, kad pedagogai veikia pervargusioje ir itin sudėtingoje sistemoje; tik pripažinus jų pastangas ir sunkumą atsiveria galimybė kalbėtis apie bendrą pagalbą vaikui. (KP7)	

20	Mokyklų sistemoje specialistė mato tendenciją greitai uždėti vaikui „blogo vaiko“ etiketę, kuri vėliau tampa saviįvykdančia pranašyste: vaikas pradeda tikėti, kad stengtis neverta, nes vis tiek bus matomas tik per blogumą. (KP7)
21	Dalis šeimų į MDFT nukreipiamos nesupratus nei paslaugos esmės, nei jos ribų, todėl specialistams tenka taisyti kitų sistemos grandžių klaidingą įsivaizdavimą apie tai, kokia pagalba čia apskritai teikiama. (KP7)

14	
Kategorijos: MDFT Lietuvoje kol kas teikiama tik iš trijų didmiesčių – šeimos pagalbos laukia ilgose eilėse, o specialistai išeikvoja savo brangų laiką kelionėse vykstant pas šeimas į regionus.	
Nr.	Konceptai:
1	MDFT prieinamumas Lietuvoje vis dar nevienodas, todėl kyla neteisybės jausmas. (KSD2)
2	Lietuvos ir Olandijos MDFT darbo skirtumai labiausiai siejami su paslaugos intensyvumu, nes Lietuvoje daugiau laiko tenka kelionėms ir rečiau pavyksta susitikti su šeimomis. (KSD2)
3	Lietuvoje atvejai atrodo sudėtingesni ne tiek dėl kitokios problematikos, kiek dėl mažesnio darbo intensyvumo ir logistinių ribojimų. (KSD2)
4	Terapinis darbas apima geografiškai platų paslaugos teikimą, prisitaikant prie šeimų gyvenamosios vietos ir regioninio prieinamumo. (SP5)
5	Specialistės praktika vyksta ne tik didmiesčio centre, bet plačiame regioniniame lauke - mažesniuose miesteliuose ir kaimuose - todėl MDFT darbas reikalauja mobilumo, kelionių ir nuolatinio prisitaikymo prie geografinio išsibarstymo. (KP7)
6	Paslaugos prieinamumą riboja ilgos laukimo eilės, kurios atskleidžia ir didelę MDFT paklausą, ir sistemos apkrovą, kai vienu metu kiekvienas specialistas gali dirbti tik su ribotu šeimų skaičiumi. (KP7)

15	
Kategorijos: MDFT programos dilema, kas geriau: terapija specialisto kabinete, ar šeimos namuose?	
Nr.	Konceptai:
1	Specialisto atvykimas į šeimą didina paslaugos prieinamumą ir gali reikšmingai sustiprinti jos veiksmingumą. (SP5)
2	Darbas šeimos namuose suteikia daugiau terapinių duomenų, tačiau turi būti naudojamas kaip tikslinga priemonė, o ne savaime suprantamas formatas. (SP5)
3	Darbas šeimos namuose atveria realų jų gyvenimo lauką, tačiau kartu į terapiją įneša nuolatinių trukdžių - neparuoštą aplinką, kitų žmonių įsitraukimą, buitį, chaotišką ritmą - todėl specialistui tenka nuolat saugoti proceso ribas. (KP7)
4	Mobilus MDFT formatas suteikia galimybę terapiją perkelti į gyvas, neoficialias erdves, kuriose paaugliui lengviau atsiverti, o specialistas gali jungti santykį, kasdienybę ir net mokymosi pagalbą į vieną bendrą pokyčio procesą. (KP7)

16	
Kategorijos: MDFT programa Lietuvoje ir pasiteisina, ir labai reikalinga, visgi ar ji taps sistetine, šeimoms plačiai prieinama paslauga, ar numirs kaip pilotinis projektas, pasibaigus jo finansavimui – dar vis lieka neaišku.	
Nr.	Konceptai:

1	MDFT plėtra reikalauja ne tik naujų komandų įvedimo, bet ir sistemingo atsirėmimo į patyrusius specialistus bei aiškiai sutarto bendradarbiavimo tarp institucijų. (SSD1)
2	MDFT plėtrai Lietuvoje svarbiausi pokyčiai būtų didesnis paslaugos prieinamumas, platesnės galimybės dirbti su negalią turinčiomis šeimomis ir ilgesnė darbo su šeima trukmė. (KSD2)
3	Pati MDFT metodika vertinama kaip išbaigta, tačiau Lietuvoje reikėtų ilgesnės darbo su šeima trukmės. (KSD2)
4	MDFT plėtrą specialistė sieja su galimybe dirbti su jaunesniais vaikais, tačiau tokią plėtrą riboja finansavimo galimybės. (SSP3)
5	MDFT plėtrai reikėtų mažesnių geografinių regionų ir labiau lokaliai veikiančių komandų. (KSP4)
6	Programos kokybei, specialisto motyvacijai ir ištikimybei modeliui svarbus griežtesnis reguliavimas bei aiškesnės darbo sąlygos. (KSP4)
7	Per didelė organizacinė laisvė ir antrų darbų toleravimas mažina MDFT ištikimybę modeliui. (KSP4)
8	Dokumentavimas suvokiamas kaip profesionalumo, atsakomybės ir darbo tęstinumo garantas, kurio MDFT ateityje turėtų būti daugiau, o ne mažiau. (KSP4)
9	MDFT diegime svarbiausia išlaikyti metodinę struktūrą, tęstinį ryšį su olandais ir profesinę discipliną, kuri saugo modelio veiksmingumą. (SP5)
10	Tolimesnei MDFT plėtrai būtina auginti stiprių specialistų tinklą, kaupti patirtį ir plėsti modelį į naujas praktikos sritis. (SP5)
11	Ateities MDFT stiprėjimą specialistas sieja su didesniu viešiniu, darbuotojų švietimu, sėkmės pavyzdžių sklaida ir geresniu paslaugos prieinamumu šeimoms. (SP5)
12	Bendradarbiavimo sunkumai ir MDFT diegimo ateitis siejasi su institucijų nuostatomis, standartų laikymusi, specialistų rengimu ir sisteminio valdymo kokybe. (KSD6)
13	Jei turėtų galimybę formuoti MDFT diegimą Lietuvoje, specialistė pirmiausia siektų platesnės geografinės, nes programa, jos vertinimu, duoda labai stiprių rezultatų ir turėtų būti prieinama ne tik keliuose didesniuose regionuose. (KP7)
14	Nepaisant aktyvios sklaidos, paslaugos priėmimą kai kuriose savivaldybėse vis dar riboja vietinės sistemos nuostatos, konkurencija tarp paslaugų ir menkas pasitikėjimas tuo, kas ateina ne iš įprastų, savivaldybės legitimuotų struktūrų. (KP7)
15	Paslaugos viešinimą specialistė sieja su aktyvia vietine sklaida: važinėjimu per mokyklas ir institucijas, pristatymais specialistams, savivaldybių tinklų įtrauktimi bei net pačių šeimų sėkmės istorijų panaudojimu kaip įtikinamiausia informavimo forma. (KP7)
16	Specialistė mato ir profesinės bendruomenės dalies nuvertinimą MDFT atžvilgiu, todėl informacijos sklaida jai svarbi ne tik šeimoms, bet ir tam, kad ši terapija būtų rimčiau suprasta tarp kitų pagalbos laukų darbuotojų. (KP7)
17	Tolimesnei MDFT plėtrai, specialistės požiūriu, svarbu ne tik daugiau komandų ar ofisų, bet ir stipresnis viešumas, aiškesnė komunikacija bei didesnis paslaugos atpažįstamumas tiek tarp šeimų, tiek tarp kitų specialistų. (KP7)
18	Vienas jos įvardijamų sistemos trūkumų - per mažai pozityvaus grįžtamojo ryšio šeimoms, kai įprasta skambinti tik dėl blogų įvykių, bet retai sąmoningai įvardyti, kad šeimai sekasi gerai ir pokytis iš tikrųjų matomas. (KP7)
19	Programos veiksmingumą specialistė grindžia ne abstrakčiais teiginiais, o konkrečiais lūžiniais atvejais, kai itin agresyvus ir į kriminalinę trajektoriją stumiamas paauglys, pradėjęs MDFT, ženkliai sumažino smurtą, vartojimą ir grįžo į funkcionuojantį gyvenimą. (KP7)

DIRBTINIO INTELEKTO (DI) NAUDOJIMO DEKLARACIJA

Studentas/ė: Žana Loskot

Baigiamojo darbo tema: Multidimensinė šeimos terapija Lietuvoje: terapiją taikančio specialisto darbo su šeima ypatumai

Vadovaudamasis/i „*Dirbtinio intelekto naudojimo Vilniaus universitete gairėmis*“, patvirtinu, kad rengdamas/a šį baigiamąjį darbą:

1. **Prisiimu atsakomybę** už viso darbe pateikto turinio kūrimą ir jo originalumą. Patvirtinu, kad generatyvinio DI įrankiai buvo naudojami tik kaip pagalbinė priemonė, o ne kaip darbo bendraautoris ar autorius.
2. **Atlikau turinio patikrą (validaciją).** Visi DI sugeneruoti faktai, nuorodos ir duomenys buvo patikrinti pirminiuose šaltiniuose.
3. **Užtikrinau duomenų saugą.** Į DI sistemas nekėliau konfidencialių tyrimo duomenų, asmens duomenų ar nepublikuotos medžiagos.
4. **Pateikiu įrodymus.** Tais atvejais, kai buvo generuojamas didesnės apimties tekstas ar turinys, visa generavimo išklotinė (transkripcija) pateikiama darbo prieduose (kaip nurodyta lentelėje žemiau).

DI įrankių naudojimo ataskaita:

DI įrankis (nurodomas pavadinimas ir versija)	Naudojimo tikslas (trumpai identifikuojama, ką darėte?)	Taikymo vieta darbe (skyrius / puslapis)	Studento indėlis ir validacija (kaip pakeitėte ar patikrinote rezultatą?)	Ar išsklotinė? ¹ (Priedo Nr.)
„OpenAI ChatGPT (GPT-5.2)“	Literatūros šaltinių paieškai, preliminariai jų analizei, bibliografijos rengimui, terminų tikslinimui, vertimui ir teksto koregavimui DI įrankis buvo naudojamas kaip pagalbinė priemonė.	Skirtingose darbo vietose	Rekomenduotus šaltinius peržiūrėjau savarankiškai, o pirminę jų analizę taikiau siekdama įsitikinti, kad šaltiniai yra realūs, patikimi ir neišgalvoti. DI įrankiui pateikdavau užduotis suredaguoti tekstą ar šaltinių aprašus pagal nustatytus reikalavimus, tačiau galutinį tekstą, klaidų patikrą ir literatūros sąrašą rengiau pati.	Ne
„OpenAI ChatGPT (GPT-5.2)“	Santraukos lietuvių ir anglų kalbomis buvo parengtos pasitelkiant dirbtinio intelekto įrankius.	Santrauka	Rezultatą patikrinau, tačiau nieko nekeičiau.	Taip, priede Nr. 4 ir priede Nr. 5

¹ **Generavimo išsklotinės teikimas darbo prieduose.** Kaip nurodyta VU Dirbtinio intelekto gairėse, tais atvejais, kai darbe panaudojama dalis didesnės apimties DI generatyvinio modelio sugeneruoto atsakymo, visas sugeneruotas tekstas turi būti pateikiamas darbo prieduose. Išsklotinė teikiama tais atvejais, kai DI sugeneruota didesnės apimties informacija buvo adaptuota ar iš dalies panaudota rengiamame darbe. Pavyzdžiui, DI pasiūlė visą baigiamojo darbo struktūrą, kurios dalis buvo pritaikyta arba DI sugeneravo pirminę 3 straipsnių apžvalgą, kuri vėliau buvo išplėsta, papildomai analizuota ar interpretuota (ar kitas reikšmingos apimties generuotas turinys, kuris buvo panaudotas darbo rengimui).

Dirbtinio intelekto sugeneruota santrauka lietuvių kalba

Darbo „Multidimensinė šeimos terapija Lietuvoje: terapiją taikančio specialisto darbo su šeima ypatumai“ tyrimo problema siejama su tuo, kad vaikų ir paauglių elgesio sunkumai, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas, mokyklos nelankymas ir konfliktai šeimoje negali būti veiksmingai sprendžiami vien individualaus darbo su paaugliu lygmeniu, nes šiuos sunkumus palaiko šeimos, mokyklos, bendraamžių ir platesnės socialinės aplinkos sąveika. Nors multidimensinė šeimos terapija (MDFT) tarptautiniu mastu pripažįstama kaip įrodymais grįsta pagalbos forma, Lietuvoje ji taikoma palyginti neseniai, todėl svarbu tirti jos praktinį įgyvendinimą ir specialisto vaidmenį Lietuvos kontekste. Tyrimo objektas – specialisto darbo su šeima ypatumai multidimensinės šeimos terapijos kontekste. Darbo tikslas – išanalizuoti MDFT koncepciją, jos diegimo Lietuvoje prielaidas ir atskleisti terapiją taikančio specialisto darbo su šeimomis ypatumus.

Darbe taikytas kokybinis tyrimas. Duomenys rinkti pusiau struktūruotų interviu metodu, apklausiant septynis MDFT programoje dirbančius specialistus ir koordinatorius iš Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos regionų, turinčius ne mažiau kaip vienerių metų darbo pagal šią programą patirtį. Tyrimo duomenys analizuoti remiantis ekspertų interviu analizės logika: interviu tekstai buvo parafrazuojami, koduojami, lyginami teminiu požiūriu, grupuojami į kategorijas ir interpretuojami teoriniame kontekste.

Tyrimo rezultatai atskleidė, kad MDFT specialisto darbas su šeima yra struktūruotas, tačiau kartu reikalaujantis lankstumo ir individualaus prisitaikymo prie konkrečios šeimos situacijos. Nustatyta, kad specialistas siekia ne tik paauglio probleminio elgesio mažėjimo, bet ir visos šeimos komunikacijos, tėvystės įgūdžių, tarpusavio pasitikėjimo bei santykių pokyčio. Reikšminga darbo dalis yra tėvų palaikymas, jų pasitikėjimo savo tėvystės gebėjimais stiprinimas ir pagalba atpažįstant po paauglio elgesio sunkumais slypinčius poreikius. Tyrimas parodė, kad terapijos sėkmei svarbi šeimos motyvacija, tačiau praktikoje specialistams dažnai tenka dirbti su nemotyvuotomis ar tik iš dalies motyvuotomis šeimomis. Taip pat nustatyta, kad MDFT specialistas atlieka ne vien terapeuto, bet ir tarpininko, konflikto moderatoriaus, šeimos mokytojo, paauglio patikimo suaugusiojo ir, prireikus, šeimos atstovo institucijose vaidmenis. Programos plėtrą Lietuvoje riboja finansavimo, institucinio palaikymo, paslaugos žinomumo ir prieinamumo regionuose klausimai.

Raktiniai žodžiai: multidimensinė šeimos terapija, MDFT, paauglių elgesio sunkumai, šeimos terapija, specialisto vaidmuo, darbas su šeima.

Dirbtinio intelekto sugeneruota santrauka anglų kalba

The research problem of the thesis “Multidimensional Family Therapy in Lithuania: Specific Features of a Specialist’s Work with the Family” is related to the fact that children’s and adolescents’ behavioural difficulties, substance use, school absenteeism and conflicts within the family cannot be effectively addressed solely at the level of individual work with the adolescent, as these difficulties are maintained by the interaction of family, school, peers and the broader social environment. Although Multidimensional Family Therapy (MDFT) is internationally recognised as an evidence-based form of support, it has been implemented in Lithuania only relatively recently. Therefore, it is important to examine its practical application and the role of the specialist in the Lithuanian context. The object of the research is the specific features of a specialist’s work with the family in the context of MDFT. The aim of the thesis is to analyse the concept of MDFT, the preconditions for its implementation in Lithuania, and to reveal the specific features of specialists’ work with families.

The thesis is based on a qualitative study. Data were collected through semi-structured interviews with seven MDFT specialists and coordinators working in the Vilnius, Kaunas and Klaipėda regions, each having at least one year of experience in applying this programme. The research data were analysed following the logic of expert interview analysis: interview texts were paraphrased, coded, thematically compared, grouped into categories and interpreted within a theoretical context.

The results of the study revealed that the work of an MDFT specialist with a family is structured, yet requires flexibility and individual adaptation to each family’s situation. The specialist seeks not only to reduce the adolescent’s problematic behaviour, but also to promote changes in family communication, parenting skills, mutual trust and relationships. A significant part of the work involves supporting parents, strengthening their confidence in their parenting abilities, and helping them recognise the needs underlying the adolescent’s behavioural difficulties. The study showed that family motivation is important for the success of therapy; however, in practice specialists often work with unmotivated or only partially motivated families. The findings also indicate that the MDFT specialist performs not only the role of a therapist, but also those of a mediator, conflict moderator, family educator, trusted adult for the adolescent and, when necessary, family representative in institutional settings. The development of the programme in Lithuania is limited by issues related to funding, institutional support, public awareness of the service and its accessibility in the regions.

Keywords: multidimensional family therapy, MDFT, adolescent behavioural difficulties, family therapy, specialist’s role, work with the family.