

Miran Možina, Jasna Solarovič

SISTEMSKA PSIHOTERAPIJA JE UČINKOVITA IN USPEŠNA

As. Miran Možina, dr. med., spec. psihiater, sistemski psihoterapevt, Fakulteta za socialno delo,
Topniška 31, 1000 Ljubljana, tel 5682541 ali 041748812, E-mail: miran.mozina@uni-lj.si
Jasna Solarovič, absolventka psihologije, Karlovška 19, 1000 Ljubljana, tel. 01 4262347 ali 031652512.
E-mail: jasna.solarovic@guest.arnes.si

Povzetek

Po opredelitvi sistemske psihoterapije (SP) sledi kratek oris zgodovine raziskovanja učinkovitosti SP. Posebej prikaževa, kako se je z razvojem izrisala razlika med SP in družinsko (sistemsko) psihoterapijo. Predno prikaževa raziskave (kontrolirane, nekontrolirane in meta-analize), ki potrjujejo učinkovitost in uporabnost SP, opredeliva kriterije za raziskovanje učinkovitosti in uporabnosti psihoterapij. Sledi prikaz značilnosti sistemske psihoterapije (SP), s katerimi je mogoče utemeljiti njeno znanstveno potrjeno učinkovitost in uporabnost. SP je primerna tudi za obravnavanje težkih duševnih hendikepiranosti in kronificiranih težav. Brez konkretiziranja in redukcije problemov in brez oblikovanja delnih terapevtskih ciljev ni učinkovite terapije. SP ima relativno malo omejitev oz. kontraindikacij. Z razvojem SP so se tudi bolj jasno izoblikovale indikacije za sistemsko družinsko terapijo in družinsko medicino. SP omogoča izboljšave prognoze in postopka zdravljenja. Na koncu je še »dodatek za sladokusce«, to je, za katere vrste duševnih motenj je SP znanstveno potrjeno uporabna.

Opredelitev sistemske psihoterapije (SP)

SP je trenutno ena od pomembnejših psihoterapevtskih smeri oz. šol in je v zadnjem desetletju (predvsem v razvitih deželah) celo v modi. V svoji kratki zgodovini (po drugi svetovni vojni) se je razvila do presenetljive stopnje kompleksnosti in dosegla zavidljivo raven v praksi in teoriji. Za uradno uveljavitev in za promocijo na organizacijski ravni pa bo v primerjavi z bolj znanimi psihoterapevtskimi modalitetami (npr. psihoanaliza, vedenjska terapija) potrebno še nekaj časa. Tudi evalvacije svojih učinkov so se sistemski terapevti lotili pozneje kot npr. vedenjski terapevti. Razvoj SP je eksploziven, heterogen, raznolik in zato težko pregleden. Za to raznolikost obstaja več razlogov (po Schiepeku 1993: 8-9):

1. SP ni enotna smer ali šola, ampak je heterogena, podobno kot druge psihoterapevtske šole oz. smeri. Danes je ne smemo enačiti s sistemskimi družinskimi terapijami, saj te predstavljajo le del SP. To moramo posebej poudariti, ker so v šestdesetih in sedemdesetih letih sistemski pristop v glavnem enačil z določenimi oblikami družinske terapije (najprej so nosile etiketo »strateške«, kasneje pa »sistemске« družinske terapije).
2. Izvori SP so zelo raznoliki. Temeljev ni postavil en sam strokovnjak (kot npr. Freud v psihoanalizi), temveč gre za celo skupino zanimivih terapevtov. Isto velja za teoretske pristope: ni bilo in ni ene sistemske teorije, temveč se je porajala in se še razvija na stičiščih raznih področij znanosti in v okviru

popolnoma novih znanstvenih disciplin (mnoga npr. tudi še niso postala del rednih univerzitetnih programov). Nekateri uporabljajo pojem *sistemske znanosti*, da bi poudarili pluralnost teoretskih nastavkov.

3. Mnoge sistemske terapevtske prakse se prepletajo z drugimi psihoterapevtskimi praksami oz. šolami (npr. z nesistemskimi družinskimi terapijami, s hipnoterapijo po Miltonu H. Ericksonu (Rossi EL, Ryan MO, Sharp FA, 1983; Parsons-Fein, 1984; Nemetschek, 2000), z geštalt terapijo, vedenjsko kognitivno terapijo, ekološko terapijo po Williju (1999), skupinsko dinamiko, miljejsko terapijo in celo psihoanalizo). Na psihoterapevtski sceni vse bolj prevladuje eklekticizem in poskusi integracije - večina psihoterapevtov se uči iz vseh mogočih virov in šol in večina poskuša ustvarjati nove sinteze. Delitev na šole danes večkrat bolj služi lokalni organizacijski učinkovitosti, ekonomskim in političnim interesom določenih skupin terapevtov, trženju terapevtskih storitev oz. izobraževanj in ne odraža več bistvenih vsebinskih razlik. Pomembno je tudi spoznanje iz nekaterih raziskav, da se večkrat med seboj lažje razumejo izkušeni terapevti različnih šol kot pa neizkušeni in izkušeni znotraj posamezne šole.
4. Zgoraj omenjena heterogenost področja SP je povezana tudi z imanentno dinamiko in gibanjem polja SP, kar se je že večkrat pokazalo v raznih premikih poudarkov v teoriji in terapevtski praksi: prevladujoča družinska terapevtska perspektiva se je prevesila v širšo "sistemsko perspektivo"; iz koncepta homeostaze se je poudarek bolj prenesel na koncept spremembe (ključni besede sta samoorganizacija in nelinearni fazni prehodi); prišlo je do relativizacije poudarka na terapevtskih (t.i. strateških) intervencijah, tako da se v zadnjih letih bolj poudarja avtonomija živih sistemov.
5. V sistemskih pristopih je prišlo do razcepa med bujnim svetom različnih oblik prakse, ki se sklicujejo na raznolike filozofije, epistemologije, metafore o svetu (sistemske znanosti za mnoge od teh praks niso več temelj, po katerem bi jih prepoznali), in na klinično prakso, ki temelji na sistemski znanosti v ožjem smislu.
6. Sistemski pristop se ne uporablja le za delo s posamezniki (tako z otroki kot odraslimi), pari, družinami, skupinami, temveč tudi na področju svetovanja (npr. v socialnem delu) (Čačinovič Vogrinčič, 1999), vodenja timov, supervizije (pri nas se je skupina strokovnjakov usposobila po holandskem sistemskem modelu - glej Milošević Arnold, Vodeb Bonač, Erzar Metelko 1999; Vodeb Bonač, Možina, 2000), pri stacionarni obravnavi otrok in mladostnikov v psihiatriji (Rotthaus 1990), za terapevtske skupnosti (npr. na področju zdravljenja odvisnosti od alkohola in drog), na področju miljejske terapije (Stritih, Možina, 1992), v izobraževanju oz. pedagogiki, v menedžmentu (tako v profitnih kot neprofitnih, prostovoljskih organizacijah).

»Družinska« in »sistemska« psihoterapija

Družinska terapija je vsako psihoterapevtsko delo, v katerem se osredotočamo predvsem na spreminjanje interakcij med družinskimi člani in skušamo izboljšati

delovanje družine kot celote ali njenih podsistemov in/ali delovanje posameznih družinskih članov (Gurman, Kniskern in Pinsof, 1986). Običajno vključuje delo z več družinskimi člani, vendar gre lahko tudi za terapijo zgolj enega družinskega člana (s tem da je seveda v fokusu družinski sistem), saj po sistemski teoriji (von Bertalanffy, 1968) in kibernetiki (Bateson, 1972, Keeney, 1983) sprememba dela sistema spremeni celoten sistem.

Prve terapevte, ki so v 50-ih letih v terapijo začeli vključevati tudi pacientove družinske člane, so vodila stališča sistemske teorije, da moramo pri razumevanju posameznikovega razvoja ter delovanja upoštevati socialno mrežo, v katero je vpet, in krožne ter rekurzivne procese v njej. Do 80-ih let so uporabljali izraza »zakonska« (danes »partnerska«) in »družinska« terapija. Postopno so, v skladu s sistemsko teorijo in spremenjenimi življenjskimi razmerami, pričeli v terapijo vključevati tudi člane drugih, za kliente pomembnih sistemov, torej se je razpon obravnavanja razširil iz družinskega sistema na širše sisteme. Izraz »sistemska psihoterapija« je tako od sredine 80-ih let zaradi spremenjenih in dopoljenih konceptov sistemske teorije ustrežnejši od izraza »družinska psihoterapija« (Rus-Makovec, 2001).

Danes velja, da je družinska terapija zgolj eno od polj SP (Schiepek, 1999), saj se sistemska terapija nanaša na »zdravljenje različnega števila družinskih članov ali pa tudi članov drugih relevantnih sistemov z namenom spremeniti njihov način interakcij« (Rus-Makovec, 2001).

V poglavju o zgodovini raziskovanja tega področja govoriva o »družinski terapiji«, saj izraz »sistemska psihoterapija« še ni bil v uporabi.

Zgodovina raziskovanja družinske in sistemske psihoterapije

1940-a in 1950-a leta: zlitost raziskovanja in prakse

Za razliko od večine drugih terapevtskih usmeritev, z izjemo vedenjske terapije, ležijo začetki družinske terapije v kliničnem raziskovanju, in ne v praksi. Do spoznanja, da bi lahko bila psihoterapija učinkovitejša, če bi upoštevala delovanje socialnega sistema oz. družine, v kateri pacient živi, so namreč privedla odkritja raziskovalcev. V 40-ih in 50-ih letih so v ZDA na različnih raziskovalnih ustanovah pričeli proučevati vlogo družine in interakcij v njej pri psiholoških motnjah, predvsem različne vidike procesa shizofrenije v družinah¹.

Po besedah Haley-ja (1978) je bilo v tem času »samoumevno, da sta raziskovalec in terapevt pripadnika iste vrste«, raziskovanje pa je bilo »v temeljih zlito s psihoterapevtskim zdravljenjem« (Wynne, v Gurman, Kniskern in Pinsof, 1986). Praktike so pri delu vodile predpostavke sistemske teorije in kibernetike prvega reda (kibernetike opazovanih sistemov), teoretiki in raziskovalci teh dveh vej pa so, obratno, razvijali svoje koncepte s pomočjo spoznanj in izkušenj družinskih

¹ Na Inštitutu za raziskovanje duševnosti (*Mental Research Institute*) v kraju Palo Alto v Kaliforniji je skupina strokovnjakov (Bateson, Jackson, Haley in Weakland) 1956 vodila raziskovalni projekt o komunikaciji v družini s članom s shizofrenijo (Možina, 1991), istočasno (1957) so se tej temi na univerzi Yale posvečali Lidz, Cornelison, Fleck in Terry, leta 1957 na Državnem inštitutu za duševno zdravje (*National Institute of Mental Health*) pa Wynne, Ryckoff, Day in Hirsch, ter leta 1978 tudi Bowen.

terapevtov. Ključni teoretični koncepti, ki so jih oblikovali in iz katerih se je napajala praksa, so bili pojmi povratne zveze, krožne vzročnosti, metakomunikacije, dvojne vezi, dinamičnega ravnotežja sistemov in njihove samoregulacije. Bolj kot empirične raziskave to obdobje zaznamujejo »anekdotski zapiski in klinična opažanja, razvijanje teorij krožnih sistemskih procesov in epistemološke razprave« (Pinsof in Wynne, 1995). Značilnosti torej, ki so bližje današnji opredelitvi kvalitativnega in interpretativnega raziskovanja, v katerem raziskovalci upoštevajo kontekst proučevanih pojavov ter svojo interpretativnost. Bolj kot na navzočnost ali pogostost pojavov v populaciji ali na razlike in korelacijske povezave (statistična indukcija) usmerjajo pozornost na strukturno in funkcionalno povezanost lastnosti znotraj posameznih enot pojava, za kar je ustrenejša študija primera (analitična indukcija in generalizacija) (Mesec, 1998).

1960-a in 1970-a: pozitivistično naravnane empirične raziskave

V naslednjih dvajsetih letih pa so se raziskovalci SP preusmerili k pozitivističnemu pristopu, ki zahteva empirično, kvantitativno raziskovanje in vključuje eksperimentalno načrtovanje. Ker so sistemski terapevti upoštevali krožne in povratne povezave v odnosnih sistemih (družinskem, partnerskem, psihoterapevtskem), empirično raziskovanje pa vzročno-posledične vplive, sta se v tem obdobju svetova raziskovanja družinske terapije in samega družinskoterapevtskega dela ločila. Leta 1967 so se na dnevih »Dialoga med raziskovalci družinske terapije in družinskimi terapevti« v ZDA zbrali ugledni pripadniki obeh področij, vendar jim mostu med obema svetovoma kljub temu ni uspelo zgraditi.

Sledilo je desetletje zatišja v raziskovanju, dokler nista Gurman in Kniskern leta 1978 objavila obširnega pregleda 200 dotedanjih raziskav SP in opozorila na pomen empiričnega raziskovanja na tem področju. Istega leta je Ameriško združenje za zakonsko in družinsko terapijo (*American Association for Marital and Family Therapy*) podelilo prvo priznanje za izjemne dosežke na tem področju, štiri leta zatem pa razpisalo tudi podobno nagrado za raziskovanje. Leta 1982 je uredništvo revije *Family Process* ustanovilo skupino dvanajstih uglednih terapevtov in raziskovalcev, ki so zastopali različne teoretične poglede. Dve leti pozneje se je ta skupina sestala s še drugimi pomembnimi raziskovalci družinske terapije na konferenci z naslovom »Trenutno stanje v raziskovanju učinkovitosti družinske terapije«, da bi oblikovali metodološke in vsebinske smernice za prihodnje delo.

Do sredine 80-ih let se je tako nabralo dovolj trdnih empiričnih dokazov za splošno učinkovitost družinske terapije. Pred raziskovalci je bil nov izziv, ugotoviti, kateri so mehanizmi sprememb, ki prispevajo k učinkovitosti SP. Obenem pa se je pojavila potreba po drugačnem pristopu tudi pri sami metodologiji raziskovanja.

Epistemološki preobrat v znanosti in njegov vpliv na raziskovanje sistemskih pojavov

Konec 70-ih let so ideje povratne zveze, so-odvisnosti pojavov in njihove samoregulacije (ki so jih že od 40-ih let dalje razvijali v okviru splošne sistemske teorije, kibernetike prvega in drugega reda ter informacijske teorije) začele prodirati tudi izza meja epistemoloških razprav. Znanstveniki z različnih področij so pričeli opuščati pozitivističen pristop, za katerega je značilen dualizem, elementarizem in determinizem, ter pojave razumevati v luči novih pogledov, ki so jih poimenovali »nove epistemologije« (Gurman, Kniskern in Pinsof, 1986) oz. »alternativne

epistemologije« (Keeney, 1983). Naj omeniva Davida Bohma v kvantni mehaniki, Karla Pribrama v raziskovanju možganov, Ruperta Sheldrake-a v biologiji, Ervina Laszla v filozofiji, Köhlerja, Lewina in druge gestaltiste v psihologiji ter Heinza von Foersterja, Humberta R. Maturano in Francisca J. Varelo v eksperimentalni biologiji.

Tudi kritiki pozitivistično naravnane raziskovanja SP so postajali vse glasnejši. Tomm (1983, v Gurman, Kniskern in Pinsof, 1986) je opozarjal na to, da linearni raziskovalni model ni primeren za proučevanje krožnih pojavov in da v skladu s krožnim razumevanjem ne moremo govoriti o »neodvisnih« spremenljivkah (»vzrokih«) in o »odvisnih« spremenljivkah (»posledicah«). Poleg tega sistemski pristop ne ponuja zgolj druge vsebine proučevanja, pač pa zahteva, da smo pozorni tudi na to, »kako so ti deli med seboj povezani«, torej »tako na proces kot na vsebino« (Segal in Bavelas, cit. prav tam). Colapinto (1979, cit. prav tam) je opozarjal, da do empiričnih dokazov prihajamo preko ne-empiričnih odločitev. Na primer, vsebino raziskovanja vselej izbere raziskovalec in v tej izbiri se zrcalijo njegove vrednote, četudi se morda slepi, da le-teh v raziskavo ne vnaša. Nadalje, pri ugotavljanju razvidne in vsebinske veljavnosti merskih inštrumentov imamo »na voljo logične dokaze in ne statističnih«, torej je za to potrebna »dobra logika, intuitivne spretnosti in vztrajnost« (Bucik, 1997). Tudi faktorje in dimenzije, ki jih empirični podatki razkrijejo, poimenuje in opredeli raziskovalec glede na svojo presojo, katerim teoretičnim konstruktom ustrezajo.

Merkel (1983, v Gurman, Kniskern in Pinsof, 1986) navaja ključne predpostavke, ki naj bi ločevale »staro« epistemologijo od »nove«:

- Namesto opisov sile, moči, energije, hierarhije in snovi poudarjamo informacije, vzorce in odnose.
- Bolj kot linearno vzročnost poudarjamo krožno, čeprav priznavamo pragmatično vrednost linearnih in delnih opisov. Ključno je, da se zavedamo, da sta oba pogleda zgolj »približka celotnih ponavljajočih se vzorcev«.
- Sistem je sestavljen iz medsebojno odvisnih delov, zato ga kot celote ne moremo pravilno razumeti, če ga razstavimo na sestavne dele in jih ločeno analiziramo, pač pa skušamo upoštevati čim več njegovih sestavnih delov, kakor tudi odnose med njimi.
- Če upoštevamo soodvisnost podsistemov in njihovo krožno povezanost, nobenemu od delov sistema ne moremo pripisati nadzorne vloge.
- Vsak opazovalec ali raziskovalec v svoje opazovanje vnaša sebi lastne poudarke, med opazovanjem stvarnosti le-to soustvarja, zato je »objektivno« opazovanje »objektivne« stvarnosti ni mogoče. Bateson (1972) je v tej zvezi citiral prisposodbo Korzybskega, da zemljevid ni enak teoritoriju, ki ga ponazarja.

Keeney (1983) opozarja, da epistemološki preobrat ne pomeni nujno popolne odpovedi tradiciji, pač pa naj bi nam novi pogledi pomagali tudi pretekle premise videti v novi luči. Starih zemljevidov ni treba zavreči, pač pa se zavedati, da so zgolj zemljevidi. Tudi Gurman pravi, da lahko empirično raziskovanje označimo za linearno le, kadar postavlja vprašanja, ki ne upoštevajo kontekstualne so-odvisnosti pojavov (npr. ali je terapija A učinkovitejša od terapije B). Govorimo pa lahko o ekološko veljavnih raziskavah, ki proučujejo učinke interakcij. Po njegovem lahko tudi v okviru tradicionalno zastavljene empirične raziskave upoštevamo kontekst proučevanega pojava, povezanost in so-odvisnost, če:

- proučujemo medsebojno povezane učinke, ki jih prispevajo pacient, terapevt, terapija in njen prostorski ter časovni okvir,
- uporabljamo merske inštrumente, ki merijo spremembe na več dimenzijah,
- upoštevamo oceno sprememb iz različnih zornih kotov,
- merjenje sprememb ponovimo, da lahko ocenimo, kakšne so ravni in vzorci sprememb v času.

Glavne ugotovitve raziskav družinske terapije do konca 70-ih let

Gurman in Kniskern sta leta 1978 v svojem pregledu raziskav družinske terapije povzela glavne zaključke le-teh. Tu jih navajava le nekaj, saj v nadaljevanju podrobneje poročava o ugotovitvah precej sodobnejših in kontroliranih raziskav. Zanimiv pa je vpogled v to, kaj so z raziskavami potrdili v 70-ih letih:

1. Oblike zakonske in družinske terapije, ki niso vedenjsko usmerjene, so učinkovite v dveh tretjinah primerov, vselej pa bolj od odsotnosti terapije.
2. Če oba partnerja obiskujeta zakonsko terapijo, je več možnosti za uspešen izid, kot če na terapevtska srečanja prihaja le eden od njiju.
3. Razvojna stopnja identificiranega pacienta (ali je otrok, mladostnik ali odrasli) ne vpliva pomembno na izid terapije.
4. Zdravilni učinki tako vedenjsko kot nevedenjsko usmerjenih družinskih psihoterapij se večinoma pokažejo v kratkem času, t.j. v manj kot 20 srečanjih.
5. Oblike zakonske in družinske terapije lahko privedejo tudi do poslabšanja stanja identificiranega pacienta in odnosa, pri čemer je verjetnost za to veliko večja, kadar terapevt prva srečanja malo strukturira in kadar kliente izrazito čustveno konfrontira s snovjo, ki je povezana z intenzivnimi čustvi, manjša pa, če spodbuja interakcijo in nudi podporo.
6. Za to, da terapija preprečuje poslabšanje stanja ali pomaga družini ohraniti stanje, kakršno je bilo pred terapijo, je dovolj, da terapevt obvlada določene tehnične spretnosti. Za resnično pozitiven izid terapije pa mora izkazovati bolj prefinjene veščine na področju odnosov.
7. V primerih alkoholizma v družini je partnerska psihoterapija, v kateri sodelujeta oba partnerja, učinkovitejša od individualne obravnave partnerja, ki je odvisen od alkohola.

Raziskovanje učinkovitosti sistemske psihoterapije v zadnjih dvajsetih letih

Za raziskovanje SP v zadnjih dveh desetletjih je značilno združevanje pozitivističnih in sistemskih predpostavk. Poleg nekontroliranih raziskav (kazuistik) so izvedli precej kontroliranih raziskav, ki so upoštevale kriterije dokazovanja potrjene učinkovitosti po Chamblessu in Hollonu, ki jih navajava spodaj. V preglednici kontroliranih raziskav boste našli tudi take, ki so sledile Gurmanovim nasvetom po upoštevanju konteksta in so-odvisnosti proučevanih dejavnikov. Poleg tega je nastalo tudi precej meta-analiz, ki so izpeljane v skladu z zahtevami empiričnega raziskovanja, hkrati pa sledijo kibernetični predpostavki, naj se raziskovalec samoreferenčno ozira na svoje početje, da ga lahko spreminja.

Opredelitev učinkovitosti in uporabnosti terapije

Razlikujemo lahko med statistično potrjeno oz. dokazano učinkovitostjo (*efficacy; Wirksamkeit*) in uspešnostjo oz. klinično uporabnostjo (*effectiveness; Brauchbarkeit*)

psihoterapije. Kontrolirane raziskave, ki jih navajava v nadaljevanju, lahko vzamemo kot dokaze "učinkovitosti". Primerjave "pred in po" ter katamneze (vključno z nešteti objavljene opisi primerov), ki so jih izvedli v okviru različnih usmeritev in sistemskih pristopov, pa kot dokaze "uporabnosti" v pogojih obstoječih načinov oskrbe v različnih državah in zdravstvenih sistemih.

Roth in Fonagy (1996) opozarjata (za podrobnosti o tem glej članek Šugman Bohinc in Kobal v tem zborniku), da izsledkov raziskav o učinkovitosti psihoterapije ni mogoče direktno prevajati v klinično prakso. Raziskovalci učinkovitosti navadno zahtevajo visoko stopnjo notranje veljavnosti, kar pa pomeni, da te rezultate težje posplošimo (t.j. izostri se vprašanje zunanje veljavnosti). Na tej točki prihaja do razkoraka med klinično uspešnostjo in učinkovitostjo. Prednost kazuističnih prikazov je, da natančneje prikažejo terapevtski proces, in so klinično uporabnejši. Hkrati se ob teh prikazih generirajo t.i. pritlehne teorije (*grounded theories*) (Mesec, 1998), ki ne poskušajo postati velike, splošno veljavne teorije, prispevajo pa k lokalni uspešnosti terapevtskega pristopa.

Tabela 1: Razlike med raziskavami, ki potrjujejo učinkovitost in klinično uspešnost psihoterapije.

učinkovitost (efficacy; Wirksamkeit)	klinična uspešnost (effectiveness; Brauchbarkeit)
statistično dokazano	klinično uporabno
kontrolirane raziskave	pred – po primerjave, kazuistika, katamneze
notranja veljavnost, vzročni odnosi, stopnja povezanosti	pritlehne teorije (<i>grounded theories</i>), natančen opis terapevtskega procesa

Chambless in Hollon razlikujeta med potrjeno, verjetno in specifično učinkovitostjo. Na pobudo in v sodelovanju z APA (*American Psychological Association*) sta (1998) oblikovala vrsto kriterijev, ki naj bi jih izpolnjevala določena oblika terapije, da bi lahko trdili, da je potrjeno oz. dokazano učinkovita. Po teh kriterijih empirično veljavnost določenega terapevtskega pristopa dokažemo na sledeč način. Primerjamo določeno obliko terapije s kontrolno skupino brez obravnave, drugo obliko zdravljenja ali obravnavo s placebom, in sicer v:

- slučajnostni, kontrolirani raziskavi ali kontrolirani študiji primera,
- v katerih se izkaže, da terapijo v kontrolni skupini, drugem pristopu ali zdravljenju s placebom proučevana terapija pomembno prekaša ali da je določenemu dokazano učinkovitemu pristopu enakovredna, kar ustrezno statistično podkrepimo.

Poleg tega moramo raziskavo izpeljati:

1. na podlagi terapevtskega priročnika ali logično primerljivega opisa terapije,
2. na slučajnostnem vzorcu pacientov z določeno simptomatiko, s pomočjo katerih lahko opredelimo zanesljive in veljavne kriterije,
3. z uporabo zanesljivih in veljavnih meritev izida terapije, ki morajo (kot minimalen pogoj) zaobsegati simptome ali probleme, ki so bili cilj obravnave,

4. z uporabo primernih statističnih metod analize.

"Potrjeno ali dokazano učinkovit" terapevtski postopek je tisti, čigar učinkovitost smo lahko dokazali v vsaj dveh raziskavah med seboj neodvisnih raziskovalnih skupin. Kot dokaz lahko služi tudi več študij primerov z eksperimentalnim raziskovalnim načrtom, ki učinkovitost posegov primerjajo z neko drugo obliko obravnave. Kadar si rezultati nasprotujejo, mora število dobro kontroliranih raziskav, ki učinkovitost podpirajo, presegati tiste, ki je ne.

Dokazi o učinkovitosti sistemske psihoterapije (SP)

V skladu s kriteriji Chamblesa in Hollona so kontrolirane raziskave potrdile učinkovitost SP. V skoraj vseh raziskavah se je izkazalo, da je raziskovani sistemski pristop enako ali bolj učinkovit od primerjane druge oblike terapije, medtem ko je neobravnavane ali neusmerjeno obravnavane kontrolne skupine jasno prekašal. Raziskave so izpeljale številne med seboj neodvisne raziskovalne skupine (njihov seznam je objavljen v Schiepek, 1999).

Posebna prednost dosedanjega raziskovanja učinkovitosti SP je v tem, da so vse raziskave izpeljali v naravnih pogojih različnih oblik ali služb psihosocialne pomoči, in ne v laboratorijskih pogojih z neresničnimi pacienti. To velja tako za kontrolirane kot nekontrolirane raziskave, kar obojim daje precejšnjo stopnjo zunanje veljavnosti.

Kontrolirane raziskave

V kontroliranih raziskavah učinkovitost pristopa ugotavljajo tako, da skupino klientov, deležnih SP, primerjajo s kontrolno skupino pacientov s primerljivimi težavami ali simptomi, ki jo bodisi obravnavajo v okviru drugega terapevtskega pristopa ali pa obravnave ni deležna. Schiepek (1999) jih je v pregledu sodobnih del našel 27 in v preglednici 1 sva povzela podatke o rezultatih, metodah in uporabljenih merskih sredstvih. Ker te raziskave v znanstvenem svetu bolj »štejejo«, sva jih bolj natančno povzela kot nekontrolirane raziskave. Praktično v vseh raziskavah so upoštevali kriterije načrtovanja in izvedbe po Chamblessu in Hollonu (glej zgoraj). V večih so sledili posebnemu postopku parnega usklajevanja. Čeprav je naključno izbiranje v stvarnih pogojih zdravljenja težko izvedljivo, so ga vendarle izpeljali kar v nekaj raziskavah. Velikost poskusnih skupin, ki igra pomembno vlogo pri določanju statistične pomembnosti rezultatov, je variirala. Več raziskav je temeljilo na eksperimentalni skupini, večji od 30 oseb. Vedeti moramo, da kriteriji statistične pomembnosti služijo predvsem temu, da lahko opredelimo primerljive majhne razlike med pristopi in jih utemeljimo s statistično verjetnostjo.

Nekontrolirane raziskave

Nekontrolirane raziskave učinkovitosti pa so tiste, ki učinkovitost ocenjujejo zgolj na podlagi primerjave rezultatov merskih tehnik pred in po obravnavi ali pa s pomočjo naknadnih vprašalnikov (na primer v katamnestičnih raziskavah). Večinoma gre prav za katamneze, ki pa so vendarle vredne upoštevanja, saj so izvedene v stvarnih pogojih terapevtske prakse. Poleg tega pričajo o tem, da so bili mnogi sistemski terapevti različnih usmeritev pripravljeni podvreči svoje delo preverjanju. V več raziskavah so poleg vprašalnikov o učinkovitosti uporabili tudi vprašalnike o procesu, s katerimi so ocenjevali značilnosti terapevtov, pacientov in terapevtskega procesa (npr. odnosa) z

namenom ugotavljanja učinkovitosti različnih pristopov. Na osnovi podatkov o stabilnosti terapevtskih sprememb v časovnem okviru katamneze so dolgoročni učinki SP stabilni².

Pregledna dela in meta-analize

Poleg posameznih raziskav učinkovitosti je bilo narejenih tudi precej meta-analiz oz. pregledov večjega števila raziskav. Schiepek (1999) opozarja, da je osnovna težava preglednih raziskav oz. meta-analiz v tem, da preteče zelo veliko časa med izvedbo izvornih raziskav in njihovo objavo ter zasnovo drugotnih raziskav, njihovo izvedbo in nazadnje objavo.

Shadish je s sodelavci (1993, v Schiepek, 1999) je izpeljal najobširnejšo, metodološko neoporečno in največkrat navajano meta-analizo zadnjih let, in sicer o učinkovitosti partnerske in družinske terapije različnih usmeritev. Kot systemske so opredelili naslednje pristope: milanski, triadični, strateški, strukturni, integrirani strateško-strukturni, funkcionalna partnerska oz. družinska terapija in McMasterjev model. Upoštevali so 163 raziskav, izpeljanih med leti 1963 in 1988, od katerih jih je 62 ocenjevalo partnersko, 101 pa družinsko terapijo. 71 jih je uporabilo primerjavo z neobravnanimi kontrolnimi skupinami, 105 primerjavo z obravnanimi kontrolnimi skupinami (v okviru drugih pristopov), 13 pa obe metodi. Meta-analiza ponuja številne zanimive ugotovitve. Meritve nekaj mesecev po končani terapiji so na primer relativno stabilne, medtem ko tiste neposredno po koncu terapije niso (pri tem so v omenjenih raziskavah upoštevali dokaj kratko katamnestično obdobje petih mesecev). Ugotovili so, da večjih razlik v učinkovitosti med različnimi usmeritvami partnerske in družinske terapije ni. Pri primerjavi z neobravnanimi kontrolnimi skupinami lahko na prvi pogled sicer opazimo razlike v jakosti učinka posameznih terapij, ki pa zbledijo, če upoštevamo še druge kovariantne vplive (npr. način merjenja ali to, kako odkrito terapevti in pacienti izrazijo, da gre za sodelovanje v raziskavi). Pri primerjanju vedenjskih in systemskih terapij se je pokazalo, da je partnerska terapija pripeljala do večjih učinkov kot družinska. Nasploh pa so ugotovili, da družinske terapije pokrivajo širši razpon diagnoz kot partnerske in da so uporabne tudi pri resnejših težavah (npr. shizofreniji, mladostniškem prestopništvu, odvisnosti od alkohola in mamil).

Zanimive so primerjave terapevtskih postopkov, ki so bili izvedeni v okviru iste raziskave. Pri le-teh lahko domnevamo, da so si bili pogoji terapij bistveno bolj podobni kot pri primerjavi terapij, ki so jih pod drobnogled vzele različne raziskave. V teh neposrednih primerjavah se je izkazalo, da so učinki SP večji kot učinki vedenjske in učinki terapij brez jasne usmeritve, vendar zaradi majhnega števila raziskav o statistično pomembnih razlikah še ne moremo govoriti (jakost učinkov v neposredni primerjavi z vedenjskimi terapijami: 0.10; v primerjavi z neopredeljenimi terapijami pa 0.14). Razlike med partnerskimi in družinskimi terapijami niso bile statistično pomembne. Pri primerjanju družinskih terapij različnih usmeritev se je pokazalo, da vedenjski pristop prekaša humanističnega, eklektičnega in tistega, ki ga ne moremo opredeliti, ne prekaša pa systemskega.

² Seznam primerjav pred in po, katamnez različnih pristopov znotraj SP, raziskav metode "reflektirajočega tima", raziskav systemske k rešitvi usmerjene terapije, kakor tudi vire za kazuistike oz. študije primerov navaja Schiepek (1999, str. 380 – 395, kazuistike na str. 320 -369). Kazuistike služijo tudi kot ponazoritve praktičnih postopkov in so zato vključene v vseh učbenikih za SP. Zaradi omejenega obsega te predstavitve seveda prikaza vseh nisva mogla vključiti.

Glede metodološke kakovosti evalvacijskih raziskav pravijo Shadish in sod., da obstaja mnogo več dobrih raziskav systemske in eklektične partnerske ter družinske terapije, kot smo jih doslej upoštevali. Le-te postavljajo kakovost empiričnega raziskovanja SP ob bok raziskavam vedenjske terapije.

Carr (1991, v Schiepek, 1999) poroča o desetih raziskavah sistemskih terapij milanske šole, od katerih so štiri uporabile kontrolne skupine. Podatki kažejo, da je sistemski pristop pri vsaki od primerjanih terapij privedel do enakih ali boljših rezultatov (v zmanjšanju simptomov in merah družinskega funkcioniranja). Rezultati meta-analize so naslednji:

1. V dveh tretjinah do treh četrtinah vseh upoštevanih raziskav so dokazali izboljšanje simptomov.
2. Do poslabšanja je prišlo v manj kot eni desetini vseh primerov, obravnavanih s SP.
3. V polovici vseh upoštevanih primerov so ugotovili systemske spremembe na področju delovanja družine. V devetih od desetih raziskav so poročali o follow-up meritvah (katamnezah).

Carr sklene razmišljanje o odnosu med terapevtom in klientom s trditvijo, da gola tehnična usposobljenost terapevta še ne zagotavlja dobrih terapevtskih izidov. Pogosto so pomembne terapevtove zmožnosti za grajenje odnosov (toplina, humor ipd.), kakor tudi sposobnosti za strukturiranje, da terapija ohranja rdečo nit in smer.

Osnovna težava večine raziskav je v tem, da terapevtskega postopka ni mogoče zadovoljivo opisati in operacionalizirati. V SP je iz teoretičnih kakor tudi praktičnih razlogov ne moremo rešiti tako, da bi tehnike standardizirali, saj je terapevtov pristop prilagodljiv in usmerjen na proces. Primernejše je naknadno opazovanje videoposnetkov in opisi dogajanja. V ta namen so sestavili zelo ekonomičen sistem kodiranja (ocenjevalni inventar k rešitvi usmerjenih intervencij, RLI, Schiepek in sod., 1997, v Schiepek, 1999).

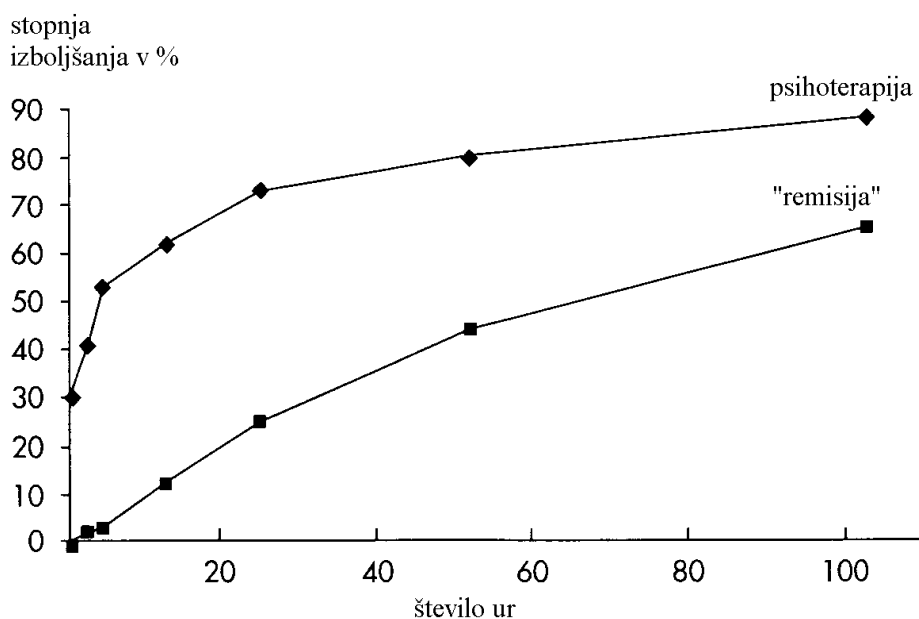
Omembe vredno je še delo Pinsofa in Wynne-a (1995) ter Pinsofa in sod. (1996), čeprav ne gre za kvantitavno meta-analizo, pač pa pregled učinkovitosti (ne) partnerske in družinske terapije nasploh. Avtorji ugotavljajo, da je partnerska in družinska terapija učinkovita in da na določenih področjih (pri odraslih: shizofrenija, alkoholizem, demenca, odvisnost od mamil, dejavniki kardiovaskularnega tveganja; pri mladostnikih: motnje vedenja, zloraba mamil, odvisnost od mamil, debelost, še ne kronificirana anoreksija; pri otrocih: motnje vedenja, avtizem, debelost, kronična telesna obolenja, agresivnost in hiperaktivnost) celo prekaša druge oblike zdravljenja (npr. zgolj medikamentozno obravnavo, individualno psihoterapijo, skupinsko terapijo). Sistematičnih razlik v učinkovitosti med različnimi oblikami partnerske in družinske terapije v tem pregledu ni bilo mogoče razbrati. Posebej opozarjajo na to, da bi bilo treba primerjati stroške terapije z doseženimi cilji, česar so se lotili le v treh od 163 raziskavah, ki jih navajajo Shadish in sod. (1993). Glede na kratkost SP bi prav pri njej pričakovali manjše stroške.³

³ Schiepek (1999) navaja še nekaj meta-analiz, ki jih zaradi pomanjkanja prostora ne omenjava. V drugi polovici 90-ih so v Nemčiji začeli tudi z dvema obsežnima multicentričnima evalvacijskima študijama učinkovitosti SP, vendar do rezultatov še nisva prišla.

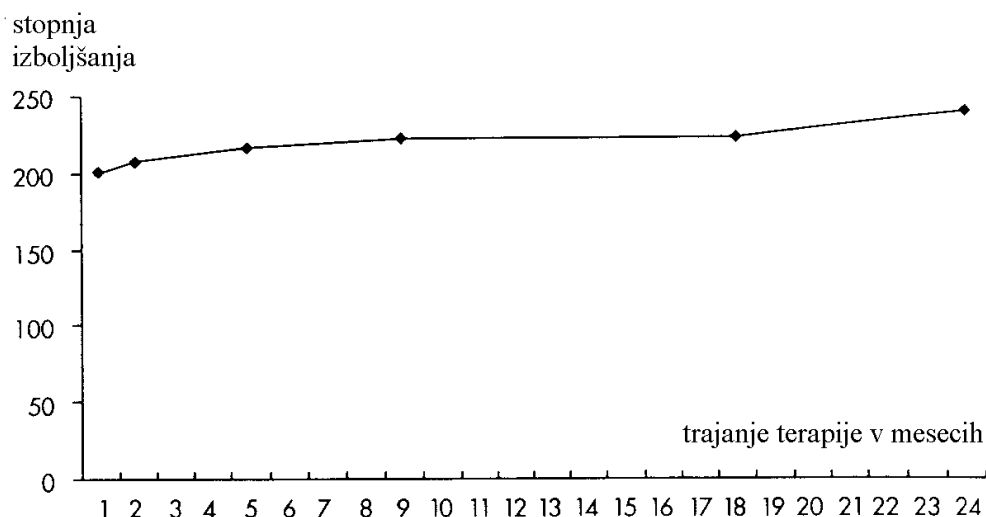
Značilnosti sistemske psihoterapije (SP), s katerimi je mogoče utemeljiti njeno znanstveno potrjeno učinkovitost

Značilnosti SP, s katerimi je mogoče utemeljiti njeno znanstveno potrjeno učinkovitost, lahko povzamemo v naslednjih točkah (po Schiepeku, 1999).

1. **Trajanje** SP je v primerjavi z drugimi terapijami znatno krajše. Na področju ambulantnega zdravljenja se to kaže predvsem v manjšem številu terapevtskih ur, pogosto pa tudi v krajšem trajanju terapije. V bolnišničnem zdravljenju gre za krajše bivanje v bolnišnici (posledično je krajša tudi čakalna doba), kakor tudi krajše trajanje terapij. Smiselnost relativno krajšega trajanja SP potrjujejo sodobne raziskave o tem, koliko psihoterapije je vredno ljudem omogočiti glede na stroške (t.i. *cost-benefit* študije). Ne glede na vrsto psihoterapije se je pokazalo, da običajno pride do pomembnega izboljšanja že po malo urah psihoterapije, nato pa se krivulja splošči (glej sliko 2 in 3), seveda pa je v posameznih primerih potrebno večje število ur in daljše trajanje terapije. Tudi Grawe, Donati, Bernauer (1994: 696) so v svoji veliki študiji ugotovili, da učinkovite terapije pokažejo učinke že po relativno majhnem številu seans (do 20) in v roku mesecev (torej ni potrebno čakati leta).



Slika 2: Razmerje med trajanjem in učinkovitostjo za psihoterapijo in spontano remisijo (samodejno ozdravitvijo). Za SP bi lahko pričakovali, da bo krivulja še višja. (Schiepek, 1999, str. 108)



Slika 3: Razmerje med stopnjo izboljšanja in trajanjem psihoterapije, kot lahko razberemo iz rezultatov Seligmanove raziskave (1995, cit. po Schiepek, 1999, str. 109). Stopnja izboljšanja je pri daljši terapiji relativno majhna.

Razlog za kratkotrajnost SP je v večji svobodi izbire in v vse bolj učinkovitem ujemanju ponudbe s potrebami pacientov. Zato so nižji tudi stroški v zdravstvu, k čemer ne prispeva le kratkost ukrepov, pač pa tudi dejstvo, da lahko razpoložljive kapacitete oz. vire znatno bolje (bolj ustrezajoč pacientu in učinkoviteje) izkoristimo. Čeprav v SP pogosto delajo terapevtski timi, je trajanje terapije statistično gledano tako kratko, da je razmerje med večjim številom potrebnih terapevtov in učinkovitostjo še vedno zelo ugodno. Timsko delo ni potrebno v prav vseh primerih ali vsaj ne neprekinjeno, poleg tega zadostujejo t.i. "mini timi", sestavljeni zgolj iz dveh usposobljenih terapevtov.

2. S pomočjo učinkovite, kratke in klientu prilagojene, terapevtske ponudbe se izogibamo dodatnim stroškom, ki jih prinašajo duševne stiske in motnje (npr. stroškom zaradi odsotnosti z delovnega mesta, napačno vodene medicinske obravnave in diagnostike ter rehabilitacije)⁴. Različne raziskave so ugotovile, da so tisti programi (namenjeni na primer spreminjanju prehranjevalnih navad ali zmanjševanju kardiopulmonarnih rizičnih dejavnikov), ki so usmerjeni na vso družino, uspešnejši in stroškovno ugodnejši od programov, ki so usmerjeni na posameznike.
3. SP je prilagojena stranki oz. pacientu, zato lahko terapevtske ponudbe uporabimo prej in brez zadržkov, saj se nam ni treba bati stigmatiziranja, patologiziranja, visokih stroškov, dolgega trajanja terapije in škodljivih stranskih učinkov. Mnoge pozno odkrite in pozno obravnavane duševne motnje vodijo k ponavljajočim se

⁴ V Nemčiji več kot desetina prebivalstva (11, 3 %) in četrtnina mestnega prebivalstva (25, 9 %) trpi za duševnimi motnjami, pri čemer pa je zgolj desetina vseh, ki bi terapijo potrebovali in ki so jo tudi pripravljeni sprejeti, terapije tudi deležna. Večinoma mine nekaj let (v letih 85/86 naj bi bilo v Nemčiji povprečje 7 let), preden pride pacient z duševnimi ali psihosomatskimi težavami v obravnavo k psihoterapevtu, kar je sedem let preveč trpljenja in prav tako stroškov za zdravlila, ponavljanje diagnostike in hospitaliziranja z namenom razjasnjevanja (Schiepek, 1999). Tudi v Sloveniji bi lahko na podoben način zagovarjali smiselnost širjenja psihoterapevtske ponudbe.

hospitalizacijam ali celo k zgodnji upokojitvi, torej bi morali oblike terapij, ki so prilagojene pacientom, bolj ceniti.

4. Kontrolirane raziskave in katamneze kažejo, da s SP dosežemo stabilne spremembe psihičnega zdravstvenega stanja, kar lahko utemeljimo z naslednjimi razlogi:
 - V SP ne stremimo k spremembam določenih oblik vedenja, pač pa k preoblikovanju bolj temeljnih vzorcev zaznavanja, vedenja in interakcij, ter le-to tudi dosežemo.
 - V SP pritegnemo za pacienta pomembne osebe ali jih vsaj upoštevamo (npr. tako, da ocenimo, kaj pomenijo posledice pacientove spremembe za njegove pomembne druge).
 - Ustvarjamo pogoje, ki preprečujejo recidiv (npr. tako, da družini ali paru pomagamo spremeniti vzorce interakcije s članom, ki ima duševno motnjo, njihovo držo pričakovanja bolezni ali da prebudimo njihove vire in sposobnosti) ali vsaj zmanjšajo posledice recidiva (npr. tako, da razumemo poslabšanje kot priložnosti za učenje ali nihanje v procesu stabiliziranja novega vzorca in ne kot ponovno vrnitev v stare težave). Tudi pri zelo težkih duševnih motnjah lahko zmanjšamo ponovno poslabšanje.
5. SP je primerna in uporabna za izjemno širok razpon težav (bolj podrobno piševa o tem v »dodatku za sladokusce« v nadaljevanju).
6. Terapevtski postopki so ekonomični in preprosti. Čeprav so primerni za širok razpon težav, niso nepregledno razčlenjeni ali za vsako motnjo drugačni, pač pa sledijo jasnim in doslednim temeljnim vodilom. Tak pristop pomeni tudi veliko manjše finančno breme za klienta.
7. SP ni učinkovita le v smislu kvalitete rezultatov, pač pa tudi samega procesa. To se kaže v zadovoljstvu klientov, na katerega smo v sistemski, na klienta usmerjeni, terapiji posebej pozorni. K zadovoljstvu klientov sodijo naslednji vidiki: dosežen uspeh oz. cilj; stroški in ekonomičnost postopka; pripisovanje uspeha dosežkom pacientov, ne metodam; skromni negativni stranski učinki; pozitivno doživljena kvaliteta odnosa med terapevtom in klientom (pri bolnišničnem zdravljenju: odnos do pacientov in oddelčna klima).

Različne raziskave so pokazale, da klienti manjkrat prekinejo terapijo, kadar le-ta vključuje več klientov, in ne le posameznike. Enako velja tudi za bolnišnično zdravljenje: stopnja prekinitve terapije v rehabilitacijski kliniki za moške, odvisne od alkohola, se je bistveno znižala po tem, ko so vpeljali k rešitvi in virom usmerjen pristop z dokaj veliko svobodo izbire in odločanja (npr. glede sestave terapevtske ponudbe).
8. SP je zasnovana tako, da zmanjša znane stranske učinke psihoterapij na najmanjšo možno mero (npr. čustvene pretrese, vplive na socialne odnose, izolacijo zaradi terapije, vplive terapevtskega sloga interakcije na vsakdanji komunikacijski slog klientov, odvisnost od terapije). Upoštevanje stranskih učinkov in posledic terapije je sestavni del koncepta prepletenosti in sistemske soodvisnosti in so ga zajeli v okviru raziskav kvalitete SP. "Stranske učinke" SP lahko z različnih zornih kotov opredelimo kot izrazito pozitivne, saj terapija zmanjšuje obupanost in krepi občutek lastne vrednosti, razširja in prebuja razpoložljive vire, podpira

osebno avtonomijo in odgovornost zase ter se ne osredotoča na primanjkljaje ali stigmatiziranje. Celó v primeru, ko se določeni ukrepi izkažejo za neučinkovite, so škodljivi stranski učinki ali posledice minimalni.

9. Zaradi učinkovitega usklajevanja ukrepov obravnave ter obravnavanih klientov prihaja do učinkov sinergije. Sistemska diagnostika dovoljuje kombiniranje posameznih izhodišč in oblik intervencij, kadar je to potrebno.

Sistemska psihoterapija je primerna tudi za obravnavanje težkih duševnih hendikepiranosti in kronificiranih težav

Strukturalna družinska terapija je že v 70-ih letih osnovala načela, ki so omogočila uspešno delo s skupinami pacientov, ki so do tedaj veljali za terapiji nedostopne (npr. določeni obrobni socialni sloji in revni pacienti ali družine). Danes lahko opredelimo značilnosti in smernice SP, zaradi katerih je posebej primerna za težko duševno hendikepirane paciente (npr. za osebe s kroničnimi psihotičnimi motnjami):

1. Izrazita usmerjenost sistemskih terapevtov v pacientove vire omogoča, da tudi pri pacientih, ki so v svojih zmožnostih močno omejeni, dosežejo stabiliziranje (v primerih akutnih kriz) ali spremembo (v primerih potreb po terapiji). Pacientom tako prebudijo upanje, njihove razpoložljive in latentne zmožnosti ter zmanjšajo obup.
2. SP postavlja zgolj minimalne zahteve po pacientovi stopnji psihičnega funkcioniranja, govornih spretnosti, stopnji razvoja osebnosti in moči ega. Terapevt se ne oklepa predpostavk o bolezni, zato ga te ne omejujejo. Prilagaja se pacientovemu odnosnemu sistemu in sliki sveta ter trenutnim možnostim in ne obratno.
3. V pogledu na človeka dopušča SP širok prostor za tudi neobičajne ali nekonvencionalne oblike življenjskega sloga.
4. Sistemski terapevti so razvili in opisali strategije ravnanja s posebej težkimi in brezizhodnimi situacijami.
5. Postopke, ki intenzivirajo doživljanje, uporabljajo sistemski terapevti zgolj po potrebi, in ne standardno. Raziskave o visoki izraženosti EE (expressed emotion) in drugi viri poročajo dokazih, da lahko čustvene obremenitve pri osebah s psihotičnimi motnjami povzročijo ponovitev psihotične faze. SP zato tem pacientom pomaga, da se intenzivnemu doživljanju in čustvom ne prepustijo v celoti. Jasnost, nazornost in konkretnost postopkov je primerna za čustveno občutljive in s strahovi obremenjene paciente. Sprememba stresnih oblik sporazumevanja v njihovih družinah in partnerstvu zanje prav tako pomeni čustveno razbremenitev.
6. Pri delu s pacienti s težkimi duševnimi težavami morajo terapevti sodelovati in se usklajevati z njihovimi bližnjimi. SP ima na voljo metode in tehnike za ohranjanje in izboljševanje tega sodelovanja.
7. Stabilna sprememba simptomov v mnogih primerih vodi k spremembam v socialnem okolju pacientov, posebno v njihovih družinah in partnerstvu. Zato v SP pogosto izhajajo iz predpostavke, da so terapevtske spremembe teh odnosnih sistemov bistveni pogoj za uspešnost terapije.
8. S pomočjo sistemskih konceptov so razvili strategije, s pomočjo katerih se lahko izognemo bolnišničnemu psihotičnemu zdravljenju. Namesto tega poteka obravnava v okviru naravnih podpornih sistemov (npr. družine) in z nudenjem ambulantnih uslug in/ali uporabo kriznih intervencij.

9. Kadar je potrebno bolnišnično zdravljenje, lahko v okviru sistemskega pristopa uporabijo številne posebej za to oblikovane tehnike ter načela, s katerimi upoštevamo pacientovo avtonomnost, svobodo izbiranja in prevzemanja odgovornosti zase. Mnoge klinike so inštitucionalizirale delovne skupine, v katerih strokovnjaki osvetljujejo razvoj sistemskih načel in njihovo kvaliteto v vsakdanji bolnišnični oskrbi. Razvili so že tudi lestvice za ocenjevanje uresničenih sistemskih oblik dela, vendar jih še niso objavili. Sistemska načela in praksa ponujajo tudi predloge za prostorsko ureditev in opremo psihiatričnih bolnišnic.
10. Razvili so načela za ravnanje v primerih akutnih (individualnih in družinskih) kriz, za delo s samomorilnimi pacienti in s primeri samomorov sorodnikov ali bližnjih.
11. SP je primerna tudi za priseljence in ljudi, ki živijo v večkulturnem okolju. Teoretsko se pri tem opira na literaturo o večkulturnosti, socialnem konstruktivizmu in socialno-kontekstualnih teorijah identitete. Avtorji omenjenih teorij so dokazali in dokumentirali kulturno pogojenost ter relativnost socialnih mrež, kakor tudi relativnost zdravega in bolnega vedenja, vključno s subjektivnimi teorijami o obstoju bolezni ter ravnanju z njimi. Glede na to, da imajo mnogi priseljenci travme zaradi pobega, vojne ali mučenja, terapevtsko delo z njimi obsega tudi obravnavanje postravmatskih stresnih motenj.
12. Omeniti moramo tudi obsežno prakso SP s psihično izstopajočimi ali duševno motenimi ter delo z družinami z duševno manjrazvitimi člani, posebno z otroki.
13. SP razpolaga s posebnimi tehnikami in postopki za kronificirane težave. Terapevt je od samega začetka pozoren na to, da bolezenska stanja in težave predstavlja kot spremenljive. Vendar pa so sistemske oblike dela (npr. vodenje primerov oz. »case menagement«) primerne tudi za paciente z že kronificiranimi in ustaljenimi problemskimi vzorci:
 - a) Sistemska diagnostika pomaga poenostavljati široko mrežo pomagajočih oseb, ukrepov in različnih osebnih prepričanj, ki se običajno naberejo oz. nakopičijo v letih obravnave kronificirane bolezni. Namesto vključevanja dodatnih oseb (npr. specialistov) ali ukrepov, ki večinoma ni koristno, v okviru sistemskega pristopa podporno mrežo tako poenostavijo, da jo lažje usklajujejo in se ustvari boljši pregled. Tako tudi pacienti doživijo, da jih obravnavajo kot aktivne osebe in ne kot lutke, vpete v nepregledno mrežo pomoči.
 - b) Kjer je to mogoče in smiselno, se v SP trudijo oživiti vire pomoči, ki jih pacientom nudijo bližnje osebe in naravni (neprofesionalni) podporni sistemi.
 - c) Možno je, da nadaljevanje terapije, ki cilja na osebne spremembe, že samo po sebi prispeva k ohranjanju težav (pomoč v obliki "več istega" lahko težave stabilizira). Zato je treba presoditi, ali je terapijo primerneje nadaljevati ali prekiniti (in nato uporabiti druge ukrepe kot podporno spremljanje). Pri tem nam je lahko precej v pomoč Ludewigovo razlikovanje med terapijo, spremljanjem, vodenjem in svetovanjem ter dalje med pomočjo, ki so jo klienti prosili, in tisto, ki je bila naročena (sem sodi tudi družbeni nadzor). Do kronificiranja prihaja nenazadnje zato, ker pomešamo te kontekste.
 - d) Kadar se izkaže, da neprekinjena terapija težave zgolj ohranja, jo je treba opustiti. Smiselno pa jo je nadomestiti z "modelom hišnega zdravnika", po katerem se pacient na svojega terapevta obrača le glede na trenutne potrebe.

- e) Ker lahko h kronificiranju bolezni prispevajo tudi nerealistični terapevtski cilji, skuša SP v teh primerih namesto k obravnavanju bolezni stremeti k izboljšanju kvalitete pacientovega življenja.

14. Sistemska usmerjenost k uresničljivim ciljem in pacientovim potrebam omogoča učinkovito pomoč tudi pacientom s številnimi težavami, ki jih ne moremo enoznačno diagnosticirati oz. klasificirati. To seveda ne pomeni, da se v okviru sistemskega pristopa izogibajo jasni somatski diagnozi, kadar je ta mogoča.

V primerih, ko pride do stagnacije, velja podobno kot za kronificirane oblike bolezni. Tudi tu koristi povezovanje razpoložljivih metod vseh vključenih virov in kontekstov pomoči, kakor tudi stalna pozornost na to, da ti postopki ustrezajo željam, zahtevam in ciljem pacientov.

Konkretiziranje in redukcija: kako lahko dosežemo delne terapevtske cilje v kompleksnih bio-psiho-socialnih procesih

Težave, ki jih obravnavamo v terapiji, se pogosto izkažejo za izjemno zapletene, obsežne in biografsko dolgotrajne. Prav zato nam je praktično v veliko pomoč, da se lahko osredotočamo na delna področja in delne cilje. Pogosto s tem sprožimo spremembe tudi na drugih življenjskih področjih in v vzorcih vedenja, nekako po načelu: če se spremeni del, se nujno spremeni tudi celota.

Področje, ki ga v terapiji obravnavamo, mora biti zastavljeno fleksibilno in v odvisnosti od potreb. Tako lahko gradimo na doseganju delnih ciljev v okviru zapletenih, somatopsihičnih in psihosocialnih sistemov. To lahko podrobneje utemeljimo:

1. Omejevanje in konkretiziranje želja in zahtev pacientov igra v SP pomembno vlogo. V tem procesu je pacient aktivno udeležen in tako sam strukturira in se osredotoča na delne cilje znotraj obsežnega polja težav ali razvoja bolezni.
2. Skupna značilnost različnih sistemskih teorij je v tem, da kompleksnosti ne skušamo prehitro poenostaviti, pač pa jo dojeti, preoblikovati in morda pojasniti. Po drugi strani pa je naloga sistemov, da kompleksnost zmanjšajo, tako da je mogoče z njo ravnati. V ta namen so sistemi razvili različne oblike poenostavljanja, poudarjanja in tudi selekcije. Lep primer je človeško zaznavanje: stvarjem dajemo pomen, da bi zmanjšali kompleksnost. Poleg teorije sinergetike, tudi Luhmannova teorija samoreferenčnih sistemov jasno pokaže, da je osrednja naloga bioloških in socialnih sistemov nujno zmanjševanje kompleksnosti v okoljih, ki so pretirano zapletena. Po Luhmannu je obvladovanje in zmanjševanje kompleksnosti gonilo in vzrok za oblikovanje sistemov ter struktur nasploh. Tako kot socialni sistemi, ki se oblikujejo preko komuniciranja in ne morejo drugače kot da kompleksnost v svojem okolju zmanjšujejo po določenih načinih kodiranja in vodilnih motivih, moramo tudi v procesu psihoterapije postavljati meje, poudarke, izločati določene teme in se osredotočati na tiste, ki so za pacienta pomembne.
3. Prav obsežno področje določene bolezni, ki jo lahko razumemo kot poseben način prepletanja bio-psiho-socialnega sistema, zahteva zgoraj opisano omejevanje. Do spremembe sistema pripelje nato sprememba podsistema (npr. le določenega življenjskega področja). Vendar se ne smemo zanašati, da vsaka sprememba bistveno vpliva na celoten sistem, pač pa morajo biti terapevtski delni cilji za klientski sistem dovolj relevantni, čustveno pomembni in koristni za doseganje

drugih delnih ciljev. V tem primeru doseženi delni cilji nimajo le učinka po načelu seštevanja, ampak tudi nelinearen sinergični učinek.

4. Tako je doseganje delnih ciljev in razvoja delnih sistemov pogoj za obširnejšo spremembo sistema, in ne obratno. To znova utemeljuje temeljno vodilo SP, da si ne zastavlja pretirano zahtevnih ciljev in da le-te vselej usklajuje z željami in zahtevami pacientov. Zato se ne osredotoča na obširno (pre)strukturiranje osebnosti, pač pa na spreminjanje delnih področij, od koder pa nato izhajajo obsežne spremembe vzorcev odnosov in/ali osebnostnih značilnosti.
5. Če pride do opisanih sprememb (npr. razširitev manevrskega prostora ali izboljšanje določenih vidikov kvalitete življenja), je to v nekaterih primerih boleznih, na primer pri kroničnih, že samo po sebi dragoceno.
6. Zaradi možnosti in morda tudi težav, ki izhajajo iz prepletenosti delnih sistemov, je nujno spremljati stranske učinke in posledice terapevtskih sprememb. Le-te so pomemben predmet sistemske diagnostike in načrtovanja terapije. Obravnavanje terapevtskih delnih ciljev ni mogoče brez upoštevanja kompleksnosti in celostnosti somato-psihičnih in socialnih sistemov.
7. Uspešnost doseganja delnih terapevtskih ciljev je med drugim zagotovljena s tem, da jih postavlja pacient sam in je tako tudi motiviran za spreminjanje. Spremembe na področju delnih ciljev pa prinesejo doživetje uspeha, ki rodi novo motivacijo.

Omejitve oz. »kontraindikacije« sistemske psihoterapije (SP)

Če upoštevamo vsa našeta področja uporabnosti SP, potem o kontraindikacijah v ožjem pomenu besede skoraj težko govorimo. Kljub temu pa je treba pri uporabi SP upoštevati naslednje omejitve:

1. Pri organskih psihosindromih pride SP v poštev tako kot vse druge oblike psihoterapije ter psihosocialne podpore le kot spremljajoči ukrep za paciente in njihove svojce, in sicer kot pomoč pri obvladovanju bolezni in hendikepa.
2. Pri somatsko pogojenih procesih in somatskih obolenjih SP nastopa kot dopolnilo in za izboljšanje medicinske obravnave. Povsod, kjer se kažejo somatski ali fiziološki simptomi ali obstaja sum na somatsko povzročeno psihično ali socialno motnjo, SP seveda upošteva medicinsko razlago in integrirane oblike obravnavanja.
3. V primerih, ko za SP značilen kratkotrajen in k cilju usmerjen postopek ne obrodi sadov, je treba razmisliti o povsem drugačni obliki obravnave (npr. taki, ki močneje poudarja medosebne konflikte ali zgodnje življenjske učne izkušnje). Te odločitve ne sprejemamo že na začetku obravnave na podlagi določene slike motnje (npr. motnje osebnosti ali borderline motnje), saj so ugotovili, da se lahko kratkotrajni in k cilju usmerjeni postopki tudi v teh primerih dobro obnesejo. SP lahko pri pacientih, ki potrebujejo nadaljnjo obravnavo, nastopa kot presejalna metoda (*screening*), saj lahko nakaže področja pacientovega življenja, na katerih je mogoče delati, nakar pacienti začeto delo nadaljujejo v drugih oblikah terapij. Navzlic temu pa tudi SP pozna dolgoročne obravnave, ki so v določenih primerih potrebne in trajajo od 50 do 100 ur.
4. Sistemski terapevti morajo biti vsekakor seznanjeni z uspešnimi prijemi drugih usmeritev in jih bodisi vključujejo v svoje postopke bodisi paciente napotijo k ustreznim drugim oblikam terapije.
5. Zelo jasna kontraindikacija so lahko same pacientove zahteve. Nekateri pacienti imajo točno določene želje, na primer po razjasnjevanju določenih življenjskih

dogodkov ali pa po določenih oblikah treningov v spretnostih, za katere so druge usmeritve ustrežnejše. Pri pogovoru s pacientom pred začetkom terapije moramo biti seveda dobro seznanjeni tudi o drugih razpoložljivih metodah. Nekateri pacienti pridejo k nam z že jasno predstavo določenega terapevtskega izhodišča. V SP imamo na voljo pestre okvirje dela z enim ali več pacienti, zato področja njene uporabnosti in kontraindiciranosti ne smemo zamenjati s tistimi, ki veljajo za družinsko terapijo.

Indikacije za (sistemsko) družinsko terapijo in družinsko medicino

Med področji, na katerih se uporablja SP, je družinska terapija sicer pomembna (posebno zgodovinsko), pa vendarle zgolj eno od področij. Vprašanje, kdaj je družinska terapija primerna oz. s katerimi osebami bo mogoče najboljše delati, si med terapevtskim procesom vedno znova zastavljamo, tako da se tudi indikacije za družinsko terapijo spreminjajo

Pinsof je s sodelavci (1996) opravil eno temeljnih raziskav tega, pri katerih diagnostično opredeljenih težavah je družinska terapija potrebna. Avtorji povzemajo, da obstaja precej dokazov za to, da je terapija parov in družin na splošno učinkovita in da pri določenih težavah in motnjah morda celo prekaša druge oblike zdravljenja.

Po Walteju in Krogerju (1997) lahko poleg empiričnih ugotovitev uporabnost družinske terapije ugotavljamo še na dva načina.

Določeno obliko obravnave lahko utemeljujemo na osnovi teoretičnih izhodišč, ki pa se razlikujejo glede na terapevtski pristop. Če upoštevamo sistemsko teorijo, se moramo najprej vprašati, s čigavo pomočjo bi bilo mogoče bio-psiho-socialni problemski vzorec najboljše spremeniti (kdo bi želel sodelovati in kdo je lahko v pomoč), nato pa, na koga te spremembe ali tudi obstoj težave vpliva (da lahko obenem obravnavamo tudi stranske učinke in posledice terapije).

Drugi način utemeljevanja uporabnosti terapije pa je empirična analiza opažanj in spoznanj, do katerih so pri svojem poklicnem delu in vsakodnevnih izkušnjah prišli praktiki oz. strokovnjaki. Bommert in sod. (1990) so s pomočjo vprašalnika, ki ga je izpolnilo približno 200 družinskih terapevtov, zaposlenih na vzgojno-svetovalnem področju in v otroški ali mladostniški psihiatriji, prišli do naslednjih ugotovitev:

1. Družinska terapija je posebno primerna, ko gre za motnje v interakciji v družini, obvladovanje kritičnih družinskih dogodkov, specifičnih simptomov pri otrocih, težav v starševski vzgoji, kakor tudi motnje enega dela družine, močno družbeno stigmatizirane simptome otrok ali staršev, specifične težave ali simptome staršev, odsotnost staršev, ločitev ali nagibanje k ločitvi staršev, nasilje v družini, slabo vključenost v družbo ter denarne težave družine. K temu lahko dodamo še naslednja področja uporabnosti, ki so utemeljena v literaturi: čustvene motnje otrok in mladostnikov, alkoholizem in/ali odvisnost od mamil in zdravil ali zloraba zdravil s strani enega od družinskih članov.
2. O kontraindicacijah, ki bi izvirale iz določenih značilnosti družin, ne moremo govoriti. Kontraindicirana je skupna družinska terapija, če imata starša težave v spolnosti (v tem primeru bi bilo staršem najboljše nuditi partnersko terapijo) in kadar gre za spolno zlorabo otrok, dokler storilec incesta ne priznava. V tem primeru lahko družinska terapija nehote postane alibi za zlorabljanje.

3. V prid uporabe družinske terapije govori visoka motivacija klientov za obravnavo in za spremembe. V primeru, ko klienti niso motivirani, pa se za ali proti družinski terapiji lahko odločamo šele po temeljitem premisleku.

Za ali proti delu s celotno družino se torej ne moremo odločati le na podlagi opredelitve motnje izbranega pacienta, pač pa tudi glede na:

1. motivacijo družinskih članov za sodelovanje;
2. vprašanje, ali v partnerski interakciji nastopa veliko težav ali ne (prim. ugotovitve Jacobson et al. (1991), da je partnerska terapija pri ženskah z unipolarno depresivno motnjo in partnerstvu, ki je delovalo dobro, pokazala manj uspeha kot individualna ali kombinirana individualna in partnerska terapija);
3. terapevtsko ekonomičnost (včasih je lažje delati z manj oseb kot z večimi);
4. potrebo, da govorimo le z enim delom družine (npr. pretežno diadne težave staršev, kot so npr. spolne motnje);
5. razpoložljivost ustrezno usposobljenih in sposobnih terapevtov;
6. možnost ustrezne supervizije.

Področje sistemske družinske medicine je še v razvoju in je v zadnjem času močno pridobilo na pomenu. Gre za psihoterapevtsko pomoč telesno obolelim pacientom (tako otrokom kot odraslim) in njihovim bližnjim. Narejene so bile že številne raziskave o pomoči astmatičnim otrokom, odraslim in otrokom, obolelim za rakom, osebam, okuženim z virusom HIV ali obolelim za aidsom ter njihovim družinam, kakor tudi osebam z različnimi drugimi obolenji (npr. demenco, sladkorno boleznijo, nevrodermitisom, somatsko pogojenimi depresijami). Ne le, da morajo biti terapevti posebno usposobljeni za delo s takšnimi družinami, pač pa morajo tudi sodelovati z zdravniki (s splošnimi, kakor tudi specialisti) in usklajevati ambulantno in bolnišnično obravnavo. Poleg boljše oskrbe družin pa tak pristop zmanjšuje tudi stroške, ker uporablja manj diagnostike z dragimi postopki, ki z medicinskega vidika ni potrebna. Stroški so nižji tudi zato, ker se izogibamo temu, da bi psihične težave nespremenljivo povezali s telesnimi, v najboljši možni meri uporabimo vire vseh vključenih in sodelujočih (ter dosežemo učinek sinergije) in ker se izogibamo kronificiranju strategij, ki prinašajo sekundarne bolezni.

Hendrichke in Kroger (1997) sta pristop sistemske družinske terapije opredelila s tremi načeli:

1. enakovredno upoštevanje in vključevanje psihičnih in telesnih dejavnikov pri diagnostiki in obravnavi pacientov;
2. tesno sodelovanje s pacientovo družino in njihova vključenost v oskrbo obolelega;
3. sodelovanje strokovnjakov iz medicinskega, psihosocialnega in nemedicinskega področja, ki oblikujejo interdisciplinarni tim.

Avtorji opozarjajo, da je zdravniška obravnava učinkovita le, v kolikor pacient v njej aktivno sodeluje. Diagnoze morajo zato imeti smisel za pacienta in njegove svojce ali bližnje. Stremeti je treba k temu, da v povezavi s pacienti vodimo bio-psiho-socialno obravnavo v kvalitetnih, etnično in znanstveno opravičljivih pogojih.

Izboljšave prognoze in postopka zdravljenja, ki jih omogoča sistemska psihoterapija

Prognozo izboljšujejo že omenjena kratkotrajnost SP, dokazana stabilnost njenih učinkov, upoštevanje želja in zahtev pacientov (kar dviguje njihovo motiviranost), oblikovanje terapevtskega postopka s pomočjo njihovih idej in izkušenj, izogibanje stigmatiziranju, upoštevanje funkcionalne povezanosti simptomov, življenjskega sloga in vzorcev socialne interakcije pacienta, upoštevanje partnerske in družinske dinamike v sami obravnavi in pri pričakovanih rezultatih vsakokrat znova zastavljenega postopka.

SP je primerna za obravnavanje bolezni v zgodnjem stadiju, saj na podlagi želja in zahtev pacientov ugotovimo, kaj je možno, tudi kadar simptomatike ni mogoče enoznačno klasificirati. Ker v terapiji močno poudarjamo prebujanje osebnih in socialnih virov, se izogibamo utrjevanju primanjkljajev in podpiramo pacientov občutek lastne vrednosti, je pacient manj ranljiv za različne stresorje. Tako v splošnem izboljšamo pogoje za psihično zdravje in okrepimo psihični "imunski sistem". Terapevtski postopki praviloma omogočajo hitre spremembe in že na začetku terapije obrodijo uspehe, tako da se problematski sistemi ne utrjujejo več naprej. Prav zato se lahko pacient enako dejavno loteva problematskih področij, saj terapevt ne zavzame "detektivske" drže.

Večkrat dokazana povezanost med potekom bolezni in interakcijo med partnerjema oz. v družini je prognostično izjemnega pomena. Za ponazoritev opisujeva izsledke dveh raziskav.

Prva je ena najbolj kontroliranih raziskav (Szapocznik in sod., 1989) o razlikah v učinkovitosti med individualno (psihodinamsko otroško) in sistemsko naravnano terapijo (strukturno družinsko). Obravnavali so 6-12 letne otroke španskega porekla z diagnozo (DSM-III) antisocialnega vedenja, fobij, motenj vedenja, prilagajanja idr. Oba pristopa sta pripeljala do enako dobrih rezultatov, t.j. izboljšanja vedenjskih in čustvenih problemov otrok, ki so jih ugotavljali preko samoocenjevanja otrok, ocen njihovih staršev in iz psihodinamskih izhodišč sestavljene testne baterije. Vendar se je v skupini, ki je bila vključena v individualno terapijo, leto po končani terapiji znatno znižala raven delovanja družine in doživljene varnosti ter integritete v družini. V kontrolni skupini (v kateri so se težave otrok prav tako izboljšale) do tega poslabšanja ni prišlo. Samo v skupini, ki je bila deležna družinske terapije, pa je prišlo do občutnega izboljšanja ravni družinskega delovanja in družinske integritete. Avtorji raziskave so zaključili, da je "zdravljenje celotne družine pomembno, ker odpravlja simptome in obenem varuje družine, medtem ko lahko obravnavanje zgolj otroka delovanje družine poslabša".

Mattejat in Remschmidt (1989) pa so v svoji raziskavi ugotovili, da lahko uspešnost terapije bolje predvidimo na podlagi odnosne dinamike v triadi mati-oče-pacient kot na podlagi diagnoze ali simptomatskega vedenja pacienta. Izkazalo se je tudi, da so lahko najboljši uspeh terapije predvideli za tiste paciente, katerih starši do njih niso kazali odklonilnega vedenja, slabši uspeh za paciente, pri katerih je le eden od staršev kazal odklonilnost, najslabšega pa za tiste, pri katerih sta se odklonilno vedla oba starša. Pokazalo se je tudi, da je prognoza neugodna, če starši mladostniškega pacienta čutijo, da jih ne sprejema, neugodna pa je tudi, če mladostnik svoje starše doživlja kot negotove, neodločne in nesamostojne. Odločilna je torej kakovost čustvenega odnosa med starši in otrokom, kakor tudi vprašanje, ali so starši sposobni prevzeti starševsko odgovornost. Avtorji zaključujejo, da otrok ali mladostnik v bolnišničnem zdravljenju toliko bolj napreduje, kolikor več virov, moči za rešitev in

zmožnosti obvladovanja premore. K temu pa sodijo tako njegovi individualni viri, kakor tudi tisti iz socialnih odnosov, torej moč, ki jo mladostnik dobiva med drugim od družine.

Preventivna vrednost SP z otroki in mladostniki izvira nenazadnje iz vplivov terapije na njihove brate in sestre. Celó v primerih bolnišničnega zdravljenja lahko pogosto opazimo, da identificirani pacient sploh ni najbolj izstopajoč, pač pa je videti, da ima sestra ali brat še precej več težav. SP ponavadi pomaga tako pacientu kot njegovim bratom in sestram, kar igra še posebej pomembno vlogo pri družinah z invalidnim članom, v katerih v veliki meri trpijo tudi "zdravi" otroci ter večkrat kažejo tudi precejšnje posebnosti v vedenju.

K ugodni prognozi prispeva tudi dejstvo, da zaradi naravnosti pristopa SP ne more postati dejavnik, ki bi imel stabilizirajoči učinek v življenju pacienta, ampak predstavlja kratkotrajni podporni sistem. Praviloma doživijo dobre izkušnje zaradi že naštetih značilnosti in uspešnosti pristopa, ker terapevta ne doživijo kot osebe, ki bi jih bral kot odprto knjigo in ki bi bil v "psihologizirajoči" drži, kar sicer večino pacientov odvrne in potrjuje klišejske predstave o psihologih in psihiatrih. Prebujanje osebnih virov in socialnih podpornih sistemov (npr. delo s svojci) je prognostično ugodno ne le pri psihičnih, pač pa tudi telesnih boleznih vseh vrst. Tu ne gre le za podpiranje pacienta, pač pa tudi za izboljšanje kvalitete življenja in virov partnerja ali družinskih članov.

Viri

- Bateson G (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantine Books.
- Bucik, V. (1997). *Osnove psihološkega testiranja*. Ljubljana: Filozofska Fakulteta.
- Čačinovič Vogrinčič G (1999). Svetovalno delo s starši, svetovalno delo z družinami. V: Resman M in sod. *Svetovalno delo v vrtcih, osnovnih in srednjih šolah*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Gurman, A. S., Kniskern D. P. in Pinsof W. M. (1994). Research on the process and outcome of marital and family therapy. V: A. E. Bergin in S. L. Garfield (ur.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (str. 565 – 624). New York: Wiley.
- Keeney B (1983). *Aesthetics of Change*. New York: Guilford Press.
- Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Milošević Arnold V, Vodeb Bonač M, Erzar Metelko D, Možina M (1999). *Supervizija – znanje za ravnanje*. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije.
- Možina M (1991). Gregory Bateson – glasnik nove paradigme v znanosti. *Nova revija*, št. 105/106: 163-183.
- Nemetschek P (2000). »Wenn Ich mal groß bin!« Alltagstrance und familientherapeutische Arbeiten mit Kindern und Eltern. V: Holtz KL, Mrochen S, Nemetschek P, Trenkle B, ur. *Neugierig aufs Großwerden*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag: 114-172.
- Parsons-Fein J (1984). Interview with Virginia Satir. *Nysephe Newsletter* 1 in 2, št. 4 in št. 1:2-6.

- Pinsof, W. M. in Wynne, L. C. (1995). The Effectiveness and Efficacy of Marital and Family Therapy: Introduction to the Special Issue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 341-343.
- Rossi EL, Ryan MO, Sharp FA (1983). *Healing in Hypnosis: The Seminars, Workshops, and Lectures of Milton H. Erickson*. New York: Irvington.
- Roth, A., Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York, London: The Guilford Press.
- Rotthaus W (1990). *Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Rus-Makovec, M. (2001). *Predstavitev sistemske psihoterapije*. Neobjavljeno gradivo v okviru ankete Združenja psihoterapevtov.
- Schiepek G (1993). Systemorientierte Psychotherapie. *Psychotherapie Forum* 1, 8-16.
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stritih B, Možina (1992). Avtopoeza: procesi samoorganiziranja in samopomoči. *Soc Delo* 31: 98-117.
- Vodeb Bonač M, Možina M (2000). Vem, da ne veš, da veš – kako se učimo v superviziji za mentorje prostovoljnega dela z otroki. V: Martelanc T, Samec T. *Prostovoljno delo včeraj, danes in jutri*. Ljubljana: Slovenska filantropija.
- Willi J (1999). *Ecological Psychotherapy*. Bern: Hogrefe-Huber.

»Dodatek za sladokusce«: sistemska psihoterapija pri specifičnih težavah in motnjah

Da bi dobili podrobnejše podatke o uporabnosti SP po posameznih diagnostičnih področjih, so sestavili vprašalnik (Schiepek, 1999), ki so ga izpolnili praktiki 50 različnih sistemskih usmeritev (20 bolnišničnih in 30 ambulantnih) in obsega diagnostične kategorije po MKB-10 (ki je veljavni diagnostični sistem v medicini tudi pri nas). Terapevti so morali označiti, v kolikšni meri delajo z navedeno diagnozo. Rezultati dokazujejo, da uporabnost SP pokriva širok razpon duševnih motenj. Na podlagi izčrpnega pregleda virov, ki jih navaja Schiepek, podajava povzetek uporabnosti SP po posameznih področjih duševnih motenj.

1. PSIHOZE

SP je za delo s psihotičnimi pacienti posebno primerna iz naslednjih razlogov:

- 1) Družbeno, posebno družinsko, okolje je odločilno za uspešnost obravnave in rehabilitacije psihotičnih pacientov.
- 2) Obravnava in rehabilitacija psihotičnih pacientov, ki je pogosto dolgotrajna, zahteva spretno usklajevanje različnih ukrepov, povedano drugače, upravljanje kompleksnega sistema obravnavanja.
- 3) Sporazumevanje s psihotičnimi pacienti od terapevta terja posebne komunikacijske spretnosti.

Primernost sistemske družinske terapije pri obravnavanju psihoz so dokazali v številnih raziskavah. Že v svojih začetkih se je razvijala in se preizkušala pri obravnavanju težkih duševnih motenj. V 50-ih in 60-ih letih so na Inštitutu za raziskovanje duševnosti (Mental Research Institute) v Palo Altu v Kaliforniji postali pozorni na posebno obliko sporazumevanja v družinah s shizofrenim članom in razvili različna teoretična izhodišča in načine razumevanja komunikacije ter etiologije shizofrene psihoze. Mednje sodijo: pojem dvojne vezi (Bateson et al., 1969/1984; Weakland, 1969/1984), pojem psevdoskupnosti (pseudo-mutuality) in gumijaste ograje (rubber-fence; Wynne et. al, 1969), kontrolirane raziskave družin s shizofrenim članom (Haley, 1969), pojma zakonskega razkola (marital schism) in skazitve (marital skew; Lidz et al., 1969) ter raziskave o mistificiranju, zmedi in konfliktih v teh družinah (Laing, 1969).

Batesonove hipoteze o dvojni vezi nam še vedno ni uspelo empirično potrditi, saj je tako kompleksna, da jo je težko operacionalizirati in k njej empirično pristopiti. V prvih raziskavah so se tako posvetili ožjemu pojmu EE (expressed emotions oz. stopnji izraženih čustev, pri čemer visoka stopnja pomeni kritičnost, odklanjanje in čustveno pretirano vpletenost družinskih članov v odnosu do pacienta). Vendarle pa mnogi družinski terapevti priznavajo pragmatično uporabnost pojma dvojne vezi, saj pomaga pojasnjevati družinske konflikte in ambivalentnost v odnosih. Koopmans (1998) se je preverjanja hipoteze o dvojni vezi lotil s pomočjo niza instrumentov teorije nelinearnih sistemov. Po njegovem mnenju dvojna vez v odnosu nastaja v situacijah, ki se pojavljajo dolgo časa in vsebujejo več pomenov, ambivalentnih sporočil, ki jih ni mogoče razjasniti. Medtem ko lahko nasprotujoča si sporočila, na katera v vsakdanjem življenju pogosto naletimo, v nadaljevanju razjasnimo s pomočjo konteksta (jasno se na primer izriše, ali nam drugi sporoča naklonjenost ali odklanjanje), pa to v primeru dvojne vezi ne velja. V odnosih, ki jih označujejo dvojne vezi, posamezniki nenehno zavračajo enoznačne atraktorje ali opredelitve.

Kontekste, ki so običajno v sporazumevanju utečeni (komunikacijski okvirji) pa postavljajo pod vprašaj ali zavračajo. Dva ali več atraktorjev se zdita nekompatibilna in sistem tako ostaja v stanju nenehne negacije (negativna samoregulacija, Varela, 1979). Sprememba ali "pretrganje simetrije" v enoznačno stanje ali atraktor bi ogrozila integriteto ali obstoj sistema; takšna je vsaj latentna domneva članov sistema. To samo-zanikujoče ravnanje v družinski dinamiki se odslkava tudi v dinamiki posameznega člana oz. njegovega jaza. Poraja namreč nejasne osebne in medosebne sheme, ki predstavljajo psihološko ranljivost za razvoj shizofrenije.

Zgodnja izhodišča o družinski dinamiki in teorije komunikacije so navdihnile tudi številne raziskave o povezanosti med interakcijo v družini ter psihopatologijo, kakor tudi konkretne oblike terapevtske prakse. Delo ekipe v Palo Altu je spodbudilo milansko skupino na čelu z M. Selvini-Palazzoli, ki se je ukvarjala predvsem s paradoksi in zapleti v komunikaciji družin s shizofrenim članom ter razvila terapevtsko načelo, po katerem so k tem paradoksom pristopali s kontra-paradoksi. Pozneje sta M. Selvini-Palazzoli in G. Prata uporabljala bolj standardizirane intervencije, s katerimi sta pretrgala družinske komunikacijske vzorce ter postavila nove.

Pittmann je s sodelavci s "projektom Denver" (1981) pokazal, da je družinska terapija družin s psihotično problematiko, ki so jo izvajali na domu teh družin enako klinično učinkovita kot bolnišnična, pri čemer pa prinese manj socialnih stranskih učinkov. Wynne (1996) je razvil načelo systemskega posvetovanja pri obravnavanju psihoz, ki združuje psihoedukativne in systemske poglede.

Na Kliniki za psihosomatiko Univerze v Heidelbergu so se H. Stierlin in sodelavci zavzeli za systemsko terapevtsko delo z odraslimi psihotičnimi pacienti. Temeljna izhodišča tega dela so bila:

- Način, kako pacienti in njihovi družinski člani pojmujejo in razmišljajo o svoji bolezni, o njenem obstoju, pomenu in posledicah, vpliva na to, kako živijo. Torej lahko na novo in drugače zastavljeno pojmovanje bolezni spremeni njihovo življenje.
- Pacienti svoj čas organizirajo po prav določenih vzrocih, na katere smo v terapiji pozorni in jih postavljamo pod vprašaj. Razlikujemo lahko med oblikami sočasnega pojavljanja posameznikovih ali družinskih teženj h konfliktom (le-te prevladujejo v družinah s shizofrenim članom) in oblikami diahronega, časovno zamaknjenega izražanja konfliktov, s čimer je povezana tudi toga razporeditev vlog med družinskimi člani (le-to prevladuje pri družinah z depresivnim, maničnim ali manično-depresivnim članom). Sočasna organizacija časa pomeni, da člani konflikte izražajo eden za drugim ali pa se njihovo izražanje konfliktov prekriva, medtem kot se pri psihozi časovna usklajenost doživljanja in vedenja pacientov z okolico ("doživljena sinhronost, uglasenost") zlahka izgubi.
- Tudi razlikovanje med trdimi in mehкими predstavami o resničnosti in odnosih v družinah, med jasnostjo, gotovostjo, soglašanjem, togostjo pri opisovanju resničnosti ter nejasnostjo in negotovostjo sovpada z določenimi oblikami psihoz (manično-depresivno oz. shizofreno).
- V terapiji se osredotočamo na strategije in predstave, ki prispevajo h kronificiranju težav ali simptomov (tako pri pacientih in njihovih svojcih kot pri članih strokovnega sistema).

Ciampi je s sodelavci oblikoval integrativen koncept obravnavanja pacientov s shizofrenimi psihozami, ki obsega vse od individualnega in družinskega obravnavanja akutnih stanj do socialne rehabilitacije (npr. v stanovanjskih skupinah).

2. RAZPOLOŽENJSKE (AFEKTIVNE) MOTNJE

Številne raziskave so dokazale, da je prav na področju depresij posebno pomembna partnerska in družinska interakcija. Reiter (1988, 1995, 1997) v svojem pregledu raziskav in modelov komunikacijskih vzorcev v družinah z depresivnim članom omenja specifične, večinoma komplementarne, delitve vlog, kakor tudi procese, s katerimi družinski člani regulirajo bližino in razdaljo, nadrejenost in podrejenost, depresivnost (nemoč) in agresivnost, in ki se lahko razvijajo v stopnjujočo ali pojemajočo smer (prim. Willijev model koluzij, 1975, 1989). Pri tem je vzročna povezanost med zakonskimi in družinskimi težavami na eni strani ter depresivnimi motnjami na drugi obojesmerna, ne zgolj enosmerna.

SP ne stremi le k spreminjanju partnerskih in družinskih odnosov, pač pa tudi posameznikovih miselnih in vedenjskih vzorcev ter življenjske naravnosti. Za to uspešno uporablja metode k rešitvi in virom usmerjene terapije: usmerjenost v prihodnost; pomen majhnih korakov in majhnih razlik v zaznavanju težave; osredotočanje na trenutke izjem, ko težave ni; krepitev osebnih virov, s katerimi si klienti lahko pomagajo; preizkušanje novih oblik vedenja; tehnike dela v obdobjih, ko prevladuje obupanost, stagniranje in črnogledost.

Heck (1998) je oblikoval obsežen terapevtski koncept za obravnavanje depresivnih življenjskih vzorcev in pojmov o sebi, ki se osredotoča posebej na vprašanje življenjskega načrta. Tako se med seboj dopolnjujejo: spoprijemanje z biografsko retrospektivo, delo na oblikovanju novih življenjskih načrtov, prebujanje virov in preoblikovanje starih vzorcev interakcije. Poleg usmerjenosti v prihodnost igra v tem pristopu ključno vlogo tudi soočanje z nedoseženimi cilji in neizpolnjenim življenjskim smislom, torej neuspehi.

3. MOTNJE HRANJENJA

SP se je motenj hranjenja, tako kot psihoz, lotila že v svojih začetkih. Minuchin, utemeljitelj strukturne družinske terapije, kot tudi milanska skupina (Selvini Palazzoli s sodelavci) so razvili strategije družinske terapije za obravnavanje anoreksije. Pozneje so se v sistemski praksi osredotočili tudi na značilnosti bulimije, pri čemer so pričeli močneje upoštevati k rešitvi in virom usmerjene oblike dela s samopodobo, telesno podobo in življenjskim načrtom večinoma ženskih klientk.

Teoretsko lahko primernost SP za to področje utemeljimo s tem, da so pri obravnavi motenj hranjenja posebno uspešni takšni načini dela za razvijanje identitete in oblikovanje lastnega pojma sebe ter življenjskega sloga, ki omogočajo odprtost v prihodnost, so manj omejujoči z normativi in ne patologizirajo. Ker gre pri motnjah hranjenja za združevanje dela na identiteti, razvijanja samopodobe in podobe družine, je treba upoštevati socialno okolje klientke.

4. ODVISNOSTI

Uporabnost SP na področju odvisnosti od alkohola in mamil, kakor tudi zlorabljanja zdravil, je od njenih začetkov vse bolj naraščala. V preteklosti so se v terapiji klientov, ki so že opravili telesno odvajanje, osredotočali predvsem na so-odvisnosti in določene družinske ter partnerske težave, danes pa terapevti postavljajo v ospredje bolj možnosti preoblikovanja (posameznikovih ali partnerskih) življenjskih načrtov, prebujanje virov in svobodo izbire (ter z njo prevzemanje odgovornosti) v procesih

rehabilitacije. Tako v Nemčiji kot drugje lahko najdemo vrsto klinik za odvajanje in rehabilitacijskih usmeritev, ki svoje delo gradijo na sistemskih, k rešitvi usmerjenih izhodiščih.

- Uporabnost SP na področju odvisnosti lahko utemeljimo z naslednjimi empirično dokazanimi ugotovitvami:
- Pomen partnerstva in družine za potek in prognozo obravnavanja alkoholizma in odvisnosti je bil že večkrat dokazan. Odvisnost od alkohola in težave v partnerstvu ali družini se obojestransko pogojujejo. Partnerski in družinski odnosi, ki jih klienti doživljajo kot pozitivne, korelirajo z boljšim uspehom obravnave. Velja pa tudi obratno: če imajo ljudje odvisni od alkohola, ki abstiniirajo, več težav v partnerskih in družinskih odnosih, je večje tudi tveganje za recidiv. Steinglass in sodelavci (1971) poudarjajo, da ima alkoholizem v družinah vlogo stabiliziranja in reguliranja. Uspešnejše so tiste terapije, ki svojce eksplicitno vključijo v obravnavo.
- K rešitvi usmerjene oblike terapije so posebno primerne pri klientih z nizko motivacijo, kakršni so pogosto odvisni pacienti. Če lahko pacienti izbirajo, katerih obravnav se želijo udeležiti ali katere cilje želijo doseči, če z njimi gradimo jasen in sodelovalen odnos, se osredotočamo na področja, na katerih jim gre dobro in na obdobja abstinence (namesto na primanjkljaje), se občutno poveča njihova pripravljenost za sodelovanje v terapiji. Le-to se kaže v manjšem številu prekinitvev terapij in v večji učinkovitosti terapije.
- Odvajanje od odvisnosti (preoblikovanje življenjskega sloga, socialna in osebna integracija) je povezano s pacientovim osebnim občutkom koherentnosti (občutkom, da je življenje mogoče voditi, da ima smisel in pomen). Nedavne raziskave (Schiepek, 1999) pričajo, da težnjo k uspešnemu oblikovanju občutka koherentnosti kažejo pacienti, ki so bili deležni bolnišničnega zdravljenja oz. rehabilitacije po sistemskih k rešitvi usmerjenih pristopih.

5. PSIHOSOMATIKA IN SOMATOFORMNE MOTNJE, MOTNJE VEGETATIVNEGA IN SOMATSKEGA IZVORA

Psihosomatsko medicino, ki sta jo razvijala Viktor von Weizsäcker in pionir tega področja Jakob von Uexküll, lahko razumemo kot poskus oblikovanja celostne medicine, ki upošteva tudi socialne odnose in življenjsko naravnost človeka. S pojmi "situacijske krožnosti" (von Weizsäcker), "krožnosti gestalta" (J. von Uexküll) in "funkcijske krožnosti" (T. von Uexküll) tvori od vsega začetka temelje sistemske teorije tega stoletja. Pionirsko delo na področju pomoči družinam s psihosomatsko obolelimi otroki ali mladostniki je opravil Minuchin s sodelavci. Bili so tudi med prvimi, ki so se lotili raziskovanja povezanosti med družinskimi vzorci interakcije in fiziološkimi ter biokemičnimi procesi družinskih članov, posebno mladostniških pacientov s sladkorno boleznijo in astmatičnimi obolenji.

6. PARTNERSKE MOTNJE IN SPOLNE MOTNJE

Pomoč pri težavah v partnerstvu sodi med tradicionalna področja, pri katerih je SP učinkovita. O dokazih in utemeljitvah obširneje piše v drugih delih članka.

7. MOTNJE DUŠEVNEGA RAZVOJA IN VEDENJSKE IN ČUSTVENE MOTNJE V OTROŠTVU IN ADOLESCENCI

SP je posebno primerna za pomoč otrokom in mladostnikom, saj se ne obrača le na posameznika (prepoznanega pacienta), ampak na prilagodljiv način tudi na druge družinske člane, pomembne osebe in osebe, ki delujejo kot viri pomoči, in zato od

mladih pacientov ne zahteva velike mere zmožnosti za terapijo (npr. spretnosti sporazumevanja in refleksije). Večina usmeritev na področju psihoterapije otrok, kakor tudi večina specializacij otroške in mladostniške psihiatrije, je SP vključila v svoje pristope kot ključni del.

Veliko avtorjev poroča tudi o uspešni uporabi SP pri fobijah, anksioznih in prisilnih motnjah, motnjah osebnosti, in kot oporo pri somatskih obolenjih in kroničnih bolečinah.