

MIRAN MOŽINA

PRISPEVEK SISTEMSKE PSIHOTERAPIJE K EVOLUCIJI PSIHOTERAPIJE¹

Podatki o avtorju: Mag. Miran Možina, dr. med., spec. psihiater, sistemski psihoterapevt, Slovenski inštitut za psihoterapijo, Trg MDB 5, 1000 Ljubljana, miran.mozina@guest.arnes.si, tel.: 041 748 812

Uvod

Veseli me, da je članek Prispevek sistemske psihoterapije k sodobnim tokovom v psihoterapiji, ki je bil objavljen v Zborniku prispevkov Četrth študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (SKZP) iz Rogle leta 2005 (Možina, 2005)², še vedno dovolj aktualen, da je v rahlo prirejeni obliki dobil zeleno luč za objavo v tej knjigi. Menim, da se dobro navezuje na predstavitev sistemske psihoterapije (SP), saj v tem prispevku pokažem, kaj je SP prispevala k evoluciji psihoterapije kot celote pa tudi raznih oblik psihosocialne pomoči. Zaključim tako, da prikažem prispevek sistemskega pristopa kot transdisciplinarne znanstvene paradigme k razvoju psihoterapije kot znanstveno utemeljene discipline. Uvedem tudi pojem sistemske kompetence in pogoje za njeno širjenje v prihodnosti: model znanstvenika – praktika, interdisciplinarnost in transdisciplinarnost, nove oblike didaktike za razumevanje kompleksnih dinamičnih sistemov in ravnanje z njimi ter vključevanje nevrobiološkega vidika v poučevanje in raziskovanje psihoterapije.

Po Schiepku (2001) sem priredil pet glavnih doprinosov SP k razvoju psihoterapije kot celote:

- *Dosledno vključevanje klientovih pomembnih bližnjih v terapevtsko obravnavo.* Zgodovinsko gledano so v SP poleg posameznika vključevali partnerja in družinske člane, kasneje pa se je fleksibilnost tega vključevanja povečala. Pomembne bližnje so sistemski terapevti vse bolj razumeli kot pomemben socialni vir, ki se lahko v terapijo neposredno vključujejo stalno ali občasno ali pa so vsaj simbolično prisotni (npr. s pomočjo lutk, ki jih simbolizirajo). Vse bolj se je utrdilo spoznanje, kako so pomembni bližnji vpleteni ne le pri psihičnih motnjah in problemih, ampak tudi pri telesnih boleznih in travmah in da je to možno konstruktivno izkoristiti za doseganje terapevtskih ciljev.

- *Upoštevanje in vključevanje socialnega konteksta* v sistemski psihoterapiji ni ostalo omejeno le na klientov ožji socialni krog (partnerji, družinski člani, bližnji sorodniki), ampak so sistemski terapevti vse bolj dosledno upoštevali tudi celoten sistem pomoči, mreže

¹ Članek je bil objavljen v Možina, M. Prispevek sistemske psihoterapije k evoluciji psihoterapije. V: Žvelc, M. (ur.), Možina, M. (ur.), Bohak, J. (ur.). *Psihoterapija*, (Zbirka Psihoterapevtske študije). Ljubljana: IPSA, 2011, str. 504-536.

² Članek je bil nadaljevanje serije prispevkov in člankov o SP, ki smo jih s sodelavci predstavili na študijskih dneh SKZP in v zbornikih (Možina, Kramer, 2002; Kobal, 2003; Nemetschek, 2003; Šugman Bohinc, 2003; Kobal, Možina, 2004; Solarovič, 2004). Prav tako so se do takrat na študijskih dneh in v zbornikih predstavile kolegice, ki SP razvijajo v sodelovanju z londonskim inštitutom za sistemsko psihoterapijo (Trampuž, Kobe, 2004). Christian Gostečnik in sodelavci so predstavili sistemski pristop, ki ga povezujejo s sodobnim psihoanalitičnim pristopom v okviru relacijskih teorij (Gostečnik, Kompan Erzar, Erzar, 2004). Tudi nizozemski izkustveni model družinske terapije, ki se je razvil na osnovi gestalt pristopa Walterja Kemplerja, se v delih zakoncev Bouwkamp in de Vriesa (1995) in pri nas (Velikonja, Grgurevič, Žemva, 1995) marsikje povezuje s sistemskim pristopom.

sodelovanja, organizacijske strukture in oblike timskega dela, da bi pri delu s klienti dosegli čim boljše rezultate. Ko so vse bolj nabirali pozitivne izkušnje z intervencijami, ki so jih usmerili v komunikacijske mreže med pomagajočimi, se je razvilo področje systemskega razvoja timov in organizacijskega svetovanja.

- *Usmerjenost na vire* je osrednja značilnost systemske filozofije pomoči. Systemski terapevti obravnavamo kliente s perspektive njihove moči, sposobnosti, kompetentnosti in razvojnih potencialov, kar nenazadnje pri klientih krepi njihov občutek lastne vrednosti in konstruktivno vpliva na razvoj (delovnega) odnosa med terapevtom in klientom. Čeprav systemskim terapevtom tudi znanje o motnjah in patologiji ni tuje in ga po potrebi uporabljamo, si stalno prizadevamo k depatologizaciji uporabnikov psihosocialne pomoči. Za največjo vrednoto pojmujeemo lastno odgovornost klientov, da sami oblikujejo svoje življenje, kar tudi pomeni, da jim v številnih vidikih dajemo možnost izbire. Kar upravičeno lahko rečemo, da smo v praksi SP danes uresničili, za kar so si prizadevali: antipsihiatrično gibanje v sedemdesetih letih, vedenjska terapija v zgodnjem obdobju s svojimi argumenti proti medicinskemu klasifikacijskemu bolezenskemu modelu, socialno kritična tradicija (npr. Foucault), skupnostna psihologija s podpiranjem klientovega življenjskega sveta in socialnih mrež, pristopi »dodajanja moči« uporabnikom, ki potrebujejo psihosocialno pomoč (empowerment).

- *Odprtost in dostopnost za kliente z različnimi pričakovanji, s potrebami in z naročili*, tudi za tiste iz nižjih socialno ekonomskih slojev in /ali tiste, ki so se znašli v zelo težkih življenjskih položajih oz. okoliščinah (npr. ljudje v barakarskih naseljih, getih). Systemski pristop se torej fleksibilno prilagaja klientom, tako da ga lahko uporabljamo tako v ti. visokopražnih kot tudi nizkopražnih programih psihosocialne pomoči. V ozadju systemskega pristopa ne stojijo s teorijo podprti ideali o zdravi, funkcionalni osebnosti ali o strukturnih spremembah osebnosti, predvsem pa taki teoretični konstrukti ne diktirajo systemske prakse. Tako lahko glede na potrebe uporabnikov in glede na kontekst cilje terapije (in s tem tudi stroške) omejujemo. Npr. na področju pomoči odvisnim od drog ali alkohola se lahko systemski pristop uporablja v okviru »zmanjševanja škode«, kjer ni cilj pomoči abstinenca. Po drugi strani pa je systemski pristop uporaben v visokopražnih programih, kjer je abstinenca pogoj.

- Premik poudarka oz. interesa *od patogeneze k salutogenezi in salutodinamiki* (Schiepek, 1999). Systemski terapevti so že tradicionalno skeptični do »vede o boleznih«, saj se zavedajo skušnjav, ki pretijo terapevtu, če se naslanja na teorijo (psiho)patologije in kategorije patoloških osebnosti. Neredko lahko zaide v pripisovanje patologije in samoizpolnjujoče se prerokbe, kar postane del problema (t. i. rešitve prvega reda) in težave klientov še stopnjuje. Drugi razlog za skepso do fokusa na patogenezi je, da »vede o zdravju« ne potrebujemo nič manj kot vede o boleznih. »Nauk o zdravju« v systemskem pristopu se navezuje na tradicijo raznih drugih teorij. Sodobni systemski modeli zdravja in bolezni temeljijo na *teoriji samoorganizacije*, ki vodijo od patogeneze k večjemu interesu za salutogenezo in salutodinamiko, posebej ker je raznolikost funkcionalnih vzorcev zdravja precej večja od raznolikosti vzorcev bolezni.

Na osnovi omenjenih kvalitiet SP so se razvili kratki, učinkoviti in uspešni terapevtski pristopi za skoraj vse klinične diagnoze (glej pregledni članek Možina, Solarovič, 2003). Rezultati dosedanjih študij o izidu SP niso pokazali, da bi imela večje učinke kot druge terapevtske smeri, vendar:

- a) ima lahko pozitivne učinke že v krajšem času (ne da bi si terapevti krčevito prizadevali h kratkosti in ne da bi ustvarjali časovni pritisk);
- b) so klienti zelo zadovoljni s potekom in kvaliteto obravnave;
- c) pomaga tudi klientom s hudimi hendikepi in v težkih stiskah in
- d) aktivira in podpira klientove pomembne bližnje in socialno mrežo ter jih upošteva na občutljiv način (ne glede na to, ali je obravnava eksplicitno družinsko terapevtska ali ne) (Schiepek, 2001).

Vključevanje klientovih pomembnih bližnjih v psihoterapevtsko obravnavo

SP kot tudi raziskave psihoterapije na splošno posebej poudarjajo dva glavna vira: klientove pomembne bližnje in njegovo pozitivno samopodobo. To se je npr. potrdilo tudi pri obravnavanju najzahtevnejših duševnih motenj, kot je shizofrenija. Vedenjski terapevt Falloon (1984), ki je v osemdesetih letih postal znan po uspešni družinski obravnavi klientov z diagnozo shizofrenija, je poudaril, da je družina (to pomeni tiste osebe, ki so vsak dan v stiku z identificiranim klientom) najpomembnejši naravni vir za psihosocialno pomoč pri shizofreniji. Danes je t. i. »družinska intervencija« empirično potrjeno učinkoviti sestavni del psihosocialne rehabilitacije pacientov z diagnozo shizofrenija, ki ga kot del celostne obravnave na tem področju priporoča tudi Svetovna zdravstvena organizacija (Avberšek, Švab, 2004).

Verjetno si vsak lahko predstavlja, da so starši najpomembnejši vir pomoči, če je identificirani klient otrok ali mladostnik. Starš odrine na stran svoje lastne probleme in se osredotoči na otroka, da bi mu pomagal pri njegovih problemih. Ena najbolj znanih sistemskih družinskih terapevtk Cloe Madanes (1982, 1984), pa je pokazala, da velja tudi obratno: da so lahko otroci in mladostniki pomemben vir pomoči, če imajo probleme (še posebej »kronične«) starši³. Glede na stanje v družinski terapiji v osemdesetih letih je ugotovila, da so terapevti najpogosteje poskušali najti izvor problema v povezavi s starši, morda še s starimi starši, če so prišli starši v obravnavo zaradi depresije, strahu, psihosomatskih simptomov, odvisnosti od alkohola in drog, zanemarjanja ali zlorabljanja otrok itn. Otroke so terapevti običajno videli samo kot žrtve, ki trpijo zaradi posledic starševskih problemov. In seveda so se terapevti s tako orientacijo s svojimi terapevtskimi intervencijami najpogosteje osredotočili na odrasle člane družine.

Danes sistemski terapevti (še posebej tisti, ki delajo usmerjeno na rešitve) razmišljamo drugače: ne več o tem, kdo so osebe, ki so vključene v izvorni problem, ampak kdo so osebe, ki jih lahko vključimo v iskanje rešitev. In tu se pogosto pokažejo oz. izkažejo otroci in mladostniki kot predani in učinkoviti pomočniki. Otroci in mladostniki so lahko »soterapevti«, pomembni spodbujevalci terapevtskih sprememb pri starših in v družini. Otroke skrbi za starše in to skrb lahko izražajo na različne načine: o starših lahko razmišljajo, lahko se nespodobno vedejo, lahko celo razvijejo simptomatsko vedenje, samo da bi pomagali staršem.

V ameriških družinah se je po drugi svetovni vojni vse bolj poudarjalo, da morajo starši ščititi, varovati otroke in ne obratno. K temu poudarku so zelo pripomogli mediji, ki so razširili in povzdignili Spockova vzgojna načela v ideologijo. Tako so postali otroci zelo omejeni v tem, kako učinkovito pomagati staršem. Madanes pa je odkrila, da je lahko v mnogih primerih

³ Za ta poudarek se zahvaljujem Darji Prelog, ki je v okviru izobraževanja iz sistemske družinske terapije, kjer sodelujem kot učitelj in supervizor, v svojem eseju h knjigi Cloe Madanes *Za enosmernim ogledalom* (1984) predstavila Madanesino razumevanje, kako otroci lahko terapevtsko vplivajo na odrasle.

učinkoviteje pomagala družinam, če se je s starši in z otrokom dogovorila, da je otrok *začasno* prevzel vodilno vlogo za iskanje rešitve v *določenem vidiku oz. področju* starševskega življenja, npr. za srečo staršev. Seveda bi bilo nepraktično (in za otroke tudi škodljivo) dati otrokom v roke odgovornost za delo, ki so ga starši opravljali v službi, za finančne probleme, spolno življenje staršev ali za njihove socialne odnose. Z njeno pomočjo so otroci »za srečo staršev« pripomogli k spremembam na različne načine: organizirali so gospodinjstvo; staršem so svetovali, kako naj se obnašajo in kako naj vodijo svoje življenje, staršem so nudili ljubezen in skrb, ki so jo morda starši pred tem zavračali ali pa je niso zmogli sprejemati. Kadar je bil ta način pomoči uspešen, se je pokazalo, da so otroci s svojim odgovornim načinom vedenja starše izzvali. Starši so nenadoma zagledali kontrast med lastnim neodgovornim in otrokovim odgovornim načinom obnašanja, se »stresnili«, popravili situacijo in znova prevzeli odgovornost za svojo vlogo v družini, tako da otrokom ni bilo več treba imeti vodilne vloge. Madanes je sledila logiki paradoksa. Namesto da bi starša s kroničnim problemom poskušala povzdigniti na njegovo mesto v družinski hierarhiji, ga je s tem, ko je predala avtoriteto otroku, potisnila še bolj proti dnu, dokler se ni na točki absurda pojavil spontani nasprotni impulz in je starš po začasnem hierarhičnem obratu znova prevzel svoj položaj v družinski hierarhiji. Seveda je to izvajala na spreten, igriv in ljubeč način. Poglejmo si dva primera iz njene prakse, kjer so bili starši nekompetentni, otroci pa so postali začasni soterapevti.

Primer 1: Oče z bolečino v zakonu

Sodišče je napotilo na terapijo petdeset let starega moškega. Enajst let je bil odvisen od analgetikov, ponarejal je recepte, bil večkrat kaznovan, grozila mu je zaporna kazen. Bil je poročen, imel je tri sinove in hčerko (stare med 14 in 22 let). Drugi sin je študiral za duhovnika in ni bil več doma. Žena je imela višjo izobrazbo kot mož, hodila je v službo, uspešno je vodila gospodinjstvo in živela bogato duhovno življenje. Čutila je, da moža prekaša v vseh pogledih. Mož je to sprejemal in je ni nikoli kritiziral. Prav tako se mož zaradi svoje odvisnosti ni mogel uveljaviti pri vzgoji otrok.

Terapevtka je najprej pristopila k problemu kot zakonskemu, pri čemer naj bi žena pomagala možu, da bi spremenil svoje vedenje. Že na prvem skupnem razgovoru se je mož predstavil kot odvisnik in vso krivdo za družinske probleme prevzel nase. Žena pa je povedala, da je v desetih letih naredila vse, kar je bilo mogoče, da se je naveličala moževih obljub in da se je v njej nabralo preveč zamer. Oba sta bila prepričana, da tudi ta terapija ne bo izboljšala situacije, prišla sta neprostoovoljno zaradi odredbe sodišča.

Nato je terapevtka poskušala problem definirati kot interakcijski: »mož si poskuša z zdravili olajšati bolečino, ki mu jo povzroča nekdo v družini«. Zakonca sta to najprej zanikala, češ da je krivda samo moževa. Nato je mož le izjavil, da ga motijo otroci s svojim neredom. Žena je takoj skočila na moža in z velikim žarom in jezo branila otroke. Jasno je bilo, da je v močni koaliciji z otroki. Možja je obtožila, da ni le slab partner, ampak tudi slab oče, saj s svojo razdražljivostjo, z zahtevnostjo in nasilnostjo škodi otrokom.

Terapevtka je poskušala na različne načine izboljšati odnos med zakoncema. Tako je npr. spodbudila moža, da nekam povabi ženo, kjer je njemu všeč, čeprav to ženi ni najljubše. Mož se je težka odločil, kaj naj bi to bilo, končno pa je le predlagal večerjo v njegovi priljubljeni restavraciji. Na naslednjem srečanju sta zakonca poročala o izboljšanju. Starejši sin je izzival očeta, vendar se je oče izognil prepiru. Posledica je bila, da se mu je sin opravičil. Oče je povedal, da ta sin uživa droge in da oba sinova doma ne pomagata pri drobnih opravilih. Terapevtka je poskušala doseči več soglasja med partnerjema kot staršema, vendar je oče poudaril, da težko karkoli zahteva od otrok, ker je sam odvisnik. Mati je spet začela kriviti moža in utrdila svojo koalicijo z otroki.

Tako se je terapevtka odločila, da bo vključila otroke in poskušala z njimi pomagati staršema. Na naslednje srečanje sta prišla še dva mlajša otroka (štirinajstletna hči in sedemnajstletni sin) in družina je sprejela, da je terapevtka njima dala vodilno vlogo za *srečo staršev*. Povedala jima je, da je želela

pomagati staršema, da bi bila srečna, vendar ji to ni uspelo, ker sta starša pozabila biti srečna. Zato potrebuje njuno pomoč. Potem ko je poslala starša ven iz ordinacije, je z otrokoma izdelala podroben načrt, kaj vse bosta v naslednjem tednu naredila, da bosta starša srečna (npr. priprava večerje: kako bo pripravljena miza, kaj bosta skuhala, kako bosta prispevala k vzdušju, v katerem bosta starša srečna, bolj romantično razpoložena: sveče namesto običajne razsvetljave, poseben pribor in prt itn.). Otroka sta se razživela in si ideje zapisala na papir. Nato je starša poklicala nazaj in ju seznanila s tem, da je otrokoma prepustila skrb za njuno srečo in ob poslušanju, kakšen načrt sta izdelala za večerjo, sta se smejala in bila ganjena. Starša sta se strinjala in obljubila, da bosta sledila napotkom otrok. Terapevtka je srečanje zaključila s pohvalo in čestitko, da imata tako krasne otroke.

Na srečanju čez teden dni se je terapevtka ponovno pogovorila samo z otrokoma, kaj jima je v preteklem tednu uspelo, in izdelali so načrt za naslednjih štirinajst dni. Terapevtka je k sodelovanju pritegnila tudi starejšega sina, ki mu je napisala pismo in za katerega se je ugotovilo, da uživa droge. Otroke so pri tem vzpodbujale pozitivne spremembe pri starših. Nato se je zopet pogovorila s staršema. Tudi onadva sta opazila drobne spremembe v njunem odnosu. Oče v preteklem tednu prvič po nekaj letih ni užival drog (po odredbi sodišča je moral vsak dan na testiranje urina in pokazati izvide na terapevtskem srečanju).

Naslednja srečanja so potekala na podoben način kot prejšnja. Otroci so poročali, naredili nov načrt, nato je sledil pogovor s staršema, ki sta potrdila poročilo otrok in prisluhnila novim načrtom. Zakonca sta poročala, da sta vedno bolj srečna, le žena ni mogla pozabiti na preteklost, moževo zasvojenost. Pregledovala je mesta, kjer je mož prej skrival drogo. Na predlog terapevtke je mož na teh mestih pustil ljubezenska sporočila.

Spremenil se ni le odnos med možem in ženo, spremenil se je tudi odnos očeta do otrok (predvsem do starejšega sina, s katerim sta bila najpogosteje v konfliktu. Sin je opustil uživanje droge, se zaposlil v mornarici in nadaljeval šolanje). Sinu, ki se je šolal za duhovnika, je terapevtka poročala o dogajanjih v družini. Medgeneracijska koalicija med materjo in otroki proti očetu se je prekinila. Terapija se je zaključila, ko sta starša ugotovila, da vesta, kako biti srečna drug z drugim in nista več potrebovala nadzora otrok. V poteku celotne terapije terapevtka ni neposredno izpostavila očetove zasvojenosti in prekrškov. Njegovi problemi so izginili takoj, ko se je situacija v družini izboljšala. Postal je bolj kompetenten oče, otrokom in ženi je lahko bil v oporo. Žena je postala, ganjena ob skrbi in prizadevanjih otrok, bolj tolerantna in razumevajoča.

Primer 2: Mati, ki se ni smejala

Petnajstletna hčerka je tri leta hodila na terapijo na Inštitut za družinsko terapijo, kar je bilo neobičajno dolgo. V tem času je dvakrat zaključila terapijo, pa jo spet začela. Na začetku so se starši burno ločevali, trije otroci, ki so bili dodeljeni materi, do očeta niso imeli pravega odnosa. Hči je grozila s samomorom, pobegnila od doma, se neprimerno vedla. Terapija je pomagala, da je bilo več miru med očetom in materjo, še vedno pa ni bilo uspeha glede materinega odnosa do hčerke, ki zanjo ni znala poskrbeti.

V tem primeru je terapevtka hčerko prosila, da svetuje materi (»Ali si opazila, da se tvoja mama nikoli ne smeji in je vedno resna in žalostna? Kaj bi ji svetovala, da bi bila srečnejša?«) Terapevtka je veliko opogumljala, da je hčerka spregovorila (najprej je odgovorila z jezo, češ da odgovora ne pozna in da je nič ne briga), s predlogi sta se ji pridružila tudi brat in sestra. Terapevtka je dodala nekaj smešnih pripomb in vzdušje je postalo bolj veselo. Mama je bila ob tem ravnodušna. Srečanje se je končalo s predlogom, da morajo otroci še bolj razmišljati o tem, kaj bi svetovali materi.

Na naslednjih srečanjih so nadaljevali pogovor o nasvetih, ki bi jih mami dali otroci, s posebnim poudarkom na tem, da pripravijo mamo do smeha. Zaradi raznolikosti idej, tudi smešnih situacij se je vzdušje spreminjalo. Dobili so nalogo, da morajo tudi doma mamo nasmejati. Pred tem (že na drugem srečanju) sta se mama in terapevtka dogovorili, da se bo na začetku vsakega srečanja mama lahko pet minut pritoževala. Nekega dne pa je izjavila, da je zanjo težko, ko se tako pritožuje in je poprosila terapevtko, če jo v kritičnih trenutkih lahko pokliče po telefonu. Terapevtka se je s tem strinjala, nato

pa je na srečanjih vključila materine pritožbe iz telefonskih pogovorov in jih povezala z nasveti, ki so jih dali otroci.

V obdobju, ko je terapevtka vključila otroke v iskanje rešitev, je v družini prišlo do vrste pozitivnih sprememb: starejša hčerka se je začela obnašati bolj odgovorno, začela je pomagati mami pri opravilih. Popravljen se je odnos hčerke do matere, saj je postal bolj enakovreden, bolj topel in prijateljski. Med drugim je mater skrbela tudi hčerkin spolnost. Terapevtka je predlagala, da zamenjata vlogi: hči je bila mama in mama je bila hči. Nato pa je morala hči v vlogi matere svetovati svoji materi v vlogi hčerke v zvezi s spolnostjo. Svetovala je zrelo in odgovorno, kar je mamo potolažilo.

Upoštevanje in vključevanje socialnega konteksta, še posebej konteksta pomoči

Predvsem v dolgotrajnih programih psihosocialne pomoči (npr. pri obravnavanju hudih in ponavljajočih se duševnih motenj, npr. psihoze, osebne motnje, zasvojenosti) (Avberšek, Švab, 2004; Možina, Šugman Bohinc, 2004) je bistvenega pomena dobra koordinacija med različnimi oblikami pomoči, povedano drugače, upravljanje kompleksnega sistema obravnave (Ciompi, 1981; Wynne, 1996). Sistemski pristop v svojem temeljnem izhodišču narekuje, da naj terapevt pri obravnavi konkretnega primera upošteva tudi vse druge sisteme podpore, ki so trenutno (ali je verjetno, da /še/ bodo) vključeni v pomoč (npr. zdravnike, socialne delavce, psihologe, alternativne zdravitelje, prostovoljne sodelavce iz uporabniških organizacij). Bolj kot se razvijajo poklici, s katerimi zagotavljamo podporo in pomoč, večja je njihova (sub)specializacija. V primerih, v katere je vključenih več institucij, je večkrat težko doseči preglednost, kaj kdo počne. Pogosto se je pri tem pokazalo, da podporni sistemi in njihova subspecializacija še stopnjujejo probleme pri uporabnikih, saj razdrobijo problematiko določene družine, dajejo nasprotujoče si nasvete ali celo nasprotujoče ukrepanje. In obratno, v sodobnih družbah smo se uporabniki navadili na (sub)specialistični model pomoči in ga tudi iščemo, čeprav bi bila pogosto celostna obravnava družine učinkovitejša. Gre torej za krožni odnos in zrcaljenje med uporabniškim sistemom in sistemom pomoči. Eden od načinov za povezovanje razdrobljenih oblik pomoči v sistemskem pristopu je t. i. *»konferenca pomagajočih«* (*»Helferkonferenz«*; Schiepek, 1993).

Pred leti sem naletel na t. i. *»večproblemsko«* družino, kjer je staršema s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami (osebna motnja, zasvojenost) in petim otrokom v določenem trenutku pomagalo štirinajst strokovnjakov, vendar so se problemi v družini še stopnjevali (npr. fizična in spolna zloraba otrok, psihosomatske motnje). Dal sem iniciativo za skupni sestanek, torej za konferenco pomagajočih na lokalnem centru za socialno delo. Po zapletenem usklajevanju urnikov smo se le uspeli srečati: jaz kot psihiater (ki je najprej spoznal očeta te družine po poskusu samomora in nato še prav tako po poskusu samomora njegovo ženo; oba sta bila za nekaj dni sprejeta v psihiatrično bolnico, kjer je takrat delal kot oddelčni zdravnik), splošni zdravnik in patronažna sestra iz lokalnega zdravstvenega doma, socialne delavke iz moške delovne organizacije, iz ženske delovne organizacije, iz psihiatrične bolnice, dve iz lokalnega Centra za socialno delo (kjer so se v nekaj letih v delu s to družino izmenjale tri socialne delavke), iz šole, kamor so hodili otroci, vzgojiteljica iz vrtca, pedopsihiatrinja, ki je obravnavala otroke, komandir policijske postaje, s katere so večkrat intervenirali ob agresivnih očetovih izbruhih v opitosti, psihologinja in specialna pedagoginja iz šole, predsednik hišnega sveta iz hiše, v kateri je družina stanovala. Na skupnem sestanku smo se pogovarjali pet ur in večkrat nismo imeli občutka, da bomo kam prišli. Pogovor je bil najprej bolj izmenjava monologov, prevladovalo je kritiziranje očetovega nasilnega vedenja, matere, ki je odpovedovala v svoji vlogi, vse daljši je bil seznam problemov pri vsakem od družinskih članov in vse močnejši so bili glasovi, da je potreben

odvzem otrok, predsednik hišnega sveta pa je bojevito zahteval celo izselitev družine iz večstanovanjske hiše. Nekateri (sicer v manjšini) pa smo poudarjali tudi pozitivne vidike staršev in cele družine ter se zavzemali, da jim damo še nekaj časa, da našo pomoč usmerimo na družino kot celoto in da z boljšim dogovarjanjem in obveščanjem med sabo poenostavimo naš sistem pomoči. Ko je konflikt med nami prišel do skrajne točke in je kazalo, da soglasja ne bomo dosegli, je nenadoma prišlo do premika. Vzdušje med nami je postalo bolj strpno in izdelali smo osnutek nove strategije pomoči. Od tega sestanka naprej so se psihosocialne razmere v družini začele obračati na bolje, odvzem otrok ni bil potreben. V manjšem številu smo se potem dobili še enkrat, bolje pa smo se od takrat tudi obveščali med seboj po telefonu. Prav predsednik hišnega sveta pa mi je na moje veliko presenečenje v nadaljnjem vodenju cele družine, ki je trajalo še nekaj let, najbolj požrtvovalno pomagal. Po petih letih sem zaključil s pomočjo družini, od takrat pa enkrat na leto na pikniku, ki je postal tradicionalen, obujamo spomine na hude čase in hkrati na trenutke dobrega sodelovanja. Medtem se je najstarejši sin že odselil, se poročil in ima dva otroke. Srednji uspešno končuje visoko šolo, mlajša dva pa srednjo.

K stopnjevanju problematike pri uporabnikih lahko torej prispevajo tudi neurejeni, včasih celo konfliktni odnosi med posameznimi podsistemi podpore in pomoči. Zato se učinkovita SP pogosto ukvarja tudi z vprašanji zmanjševanja konfliktov med temi podsistemi in si prizadeva poenostaviti obstoječo organiziranost oblik podpore in pomoči. Lahko bi tudi rekli, da je to delo na zmanjševanju škodljivih učinkov, ki jih povzročamo sami izvajalci podpore in pomoči. Če se nekaj premakne pri izvajalcih pomoči, se večkrat nekaj izboljša tudi pri uporabnikih, kar smo opisali tudi na primeru iz domače systemske prakse (Možina, 2002, 2004).

Usmerjenost na vire

Beseda »vir« (resurs) se je v praksah in teorijah psihosocialne pomoči razširila po celem svetu. Kot je bila psihoterapija (in tudi druge oblike psihosocialne pomoči) v preteklosti usmerjena na uvid ali na klienta, je danes usmerjena na vire. Schiepek in Cremers (2002) pa opozarjata, da ta usmerjenost le ni tako moderna, kot lahko zgleda na prvi pogled, saj so bili psihoterapevti vedno bolj ali manj usmerjeni na vire. Če hočemo potrditi ali ovreči tak pogled, pa moramo najprej definirati, kaj nam ta pojem pomeni. Tu pa naletimo na glavno težavo, saj *viri sami po sebi ne obstajajo* (kot npr. obstajajo hruške, jabolka in kokosovi orehi). Poglejmo, kako avtorja utemeljita to zanimivo tezo.

Vsaj v psihološkem in psihoterapevtskem kontekstu vir ne pomeni denarja, surovin, materialnih zalog, tehnične opreme kot tudi ne moči, kar vir pogosto pomeni v sociologiji. V psihološkem smislu so lahko viri zelo različni, vključujejo pa v vsakem primeru tudi psihične in fizične kvalitete ter nematerialne pogoje za človeško vedenje, npr. prepričanja, predstave, vizije. Seveda pa je pojem »vir« teoretični konstrukt, ki ga moramo kot vsak drug koncept še posebej za znanstveno, empirično preverjanje konkretizirati in operacionalizirati.

Praviloma vire aktiviramo, da bi nekaj omogočili ali dosegli. To je lahko zadovoljstvo v življenju ali partnerstvu, rešitev nekega problema (medosebnega ali tehničnega), pridobivanje statusa ali moči, obvladovanje stresne situacije, ozdravitev ali okrevanje po bolezni, osebni ali poslovni uspeh, ločitev od staršev, spoznavanje intimnega partnerja itn. Kateri viri nam bodo prišli prav, je torej odvisno od našega cilja, pa tudi od osebnega stila in strategij, ki jih uporabimo. Viri so tako povezani v odnos sredstvo – cilj in v odnos figura – ozadje. Ozadje (cilji, naloge, želje in vizije) omogočijo, da določena figura dobi obrise ali obratno. Figura

(razpoložljivi viri) potrebuje za to, da dobi obrise, določeno ozadje (življenjski scenarij). Kdor hoče zabiti žebelj v steno, išče kladivo; kdor ima kladivo, išče področje delovanja, v katerem bo lahko zabijal (npr. žeblice, ki jih je treba zabiti v steno).

Vire moramo torej kot take prepoznati in ovrednotiti. To je odvisno od človeka, ki ocenjuje, od njegovih predstav, kako misli uresničiti svoj cilj, kot tudi od čustvenih odnosov z bližnjimi. Zato Schiepek in Cremersova predlagata naslednjo operacionalizacijo, ki vsebuje (najmanj) tri odnose: $V(X) = f(C,O)$. Vir glede na neki objekt je funkcija cilja in ocenjevalca.

V = Vir

X = Objekt

C = Cilj

O = Ocenjevalec (njegov vrednostni sistem)

Torej objekt (X) lahko kot vir (V) prepozna ocenjevalec oz. njegov vrednostni sistem (O) glede na neki cilj (C). Označitev »objekta« kot vira je funkcija C in O, pri čemer se vse stopnje teh odnosov spreminjajo v času. Kar sem danes ocenil kot vir, lahko že jutri ni več noben vir in ga nadomesti neki drug.

Če definiramo vire tako, potem lahko ugotovimo, da ima usmerjenost na vire v psihoterapiji dolgo zgodovino. Delo z zdravimi deli, z osebnimi kompetencami in močnimi platmi, s pozitivnim občutkom samega sebe in smiselnostjo življenjskih načrtov, s krepitvijo moči (»empowerment«), socialnimi mrežami in nosilnimi socialnimi vezmi je značilno za celotno zgodovino psihoterapije. Vsaka terapevtska šola je razvila svoje pojme in točke, kamor je usmerjala pozornost: nekateri so se bolj osredotočili na intrapsihično razsežnost, drugi bolj na kompetence, tretji na socialno okolje. V novejši zgodovini psihosocialnih teorij in oblik prakse lahko prepoznamo več razvojnih linij, v okviru katerih so bistveno vlogo igrali viri klientov:

- *Zgodnje oblike vedenjske terapije s svojo kritiko medicinskega bolezenskega modela.* V svoji tezi o kontinuumu so na vse oblike vedenja gledali kot na funkcijo procesov učenja pri posamezniku, pri čemer sta jim bila glavna vira posameznikova sposobnost učenja na eni strani in razvoj spodbujajoči pogoji v okolju na drugi strani.

- Koncept *salutogeneze* (Antonovsky, 1987; cit. po Schiepek in Cremers, 2002) poudarja, kako pomembno je stalno delo na lastnem življenjskem načrtu, tako da ohranjamo občutek koherence, ki ima tri dimenzije, to je razumljivosti, obvladljivosti in smiselnosti lastnega življenja (tu so zanimive vzporednice s Foucaultovo filozofijo skrbi za samega sebe). Občutek koherence je Antonovsky razumel kot korelat in kot pogoj za psihično in fizično zdravje. V tem smislu predstavlja pomemben vir. Poleg občutka koherence kot oblike interpretacije sebe in sveta pa so pomembni še drugi viri, predvsem socialni pogoji za razvoj tega občutka koherence ter doživetja koherence v posameznikovem življenjskem stilu in uresničenem življenjskem načrtu.

- Koncept *krepitve moči (empowerment)* se je prijel predvsem v skupnostni psihologiji. Polnopravnost in avtonomija državljanov je bila tu osrednjega pomena, človekovo življenje pa antropološka konstanta in ne »tarča« »obravnav (zdravljenj)«. Viri so bili predvsem človekovo dostojanstvo in pravice državljanov ter materialni in nematerialni pogoji za avtonomijo in emancipacijo.

- Verjetno pa je s pojmom »vir« najožje povezana linija, ki izhaja iz *terapevtske prakse Milтона H. Ericksona do moderne hipnoterapije* (Barnes, 1994) in preko k rešitvam in k

virom usmerjene prakse Steva de Shazerja (1995) in Insoo Kim Berg (Berg, Miller, 1995) do k rešitvi usmerjene sistemske terapije.

K tem štirim razvojnim linijam bi dodal še eno:

- Odkritje *kompetentnega dojenčka* (Dornes, 1997a,b). V zadnjih tridesetih letih je prišlo do temeljnega premika v razvojni psihologiji zgodnjega obdobja, v razumevanje prvih let otrokovega življenja. Ta premik je povezan predvsem z Danielom Sternom⁴ (1985, 1995, 1997), ki je povezal psihoanalitično in sistemske teorije in pokazal, da je psihoanalitična razvojna teorija prezrla številne vire pri dojenčku, ker je nanj gledala s perspektive odraslih klientov in njihove patologije. To je lep primer, kako lahko teorija patologije deluje kot očala, tako da vidimo patologijo, ki jo opisuje teorija, prezremo pa marsikaj zdravega. Dornes npr. (1987b) pokaže, kako trdovratno se je v psihoanalitičnih krogih ohranjal Freudov koncept gona smrti, hipoteza o vrojenem destruktivnem gonu, čeprav Freud niti njegovi znanjci niso nikoli uspeli dokazati tega gona in se je nabiralo vse več podatkov tako iz prakse kot različnih študij, da se destruktivna agresivnost razvija kot odziv na neugodne vplive iz otrokovega okolja.

V nadaljevanju se bom osredotočil na usmerjenost na vire v sistemske pristopu, kjer ima osrednje mesto, tako da je številne praktike sistemske pristopu sinonim za »k virom in rešitvam« usmerjen pristop. Načelo usmerjenosti na vire se ne kaže le v tehnikah obravnave, ampak tudi v temeljni terapevtski drži. O tej drži sva pisala (Možina, Kramer, 2002) v članku, kjer sva predstavila k rešitvi usmerjen model družinske terapije Petra Nemetschka, ki se naslanja na tradicijo Virginie Satirjeve in Milтона H. Ericksona ter sodobne avtorje sistemske, k rešitvam usmerjene terapije (Steve de Shazer, Insoo Kim Berg). Predvsem Milton Erickson je to držo razvil že v mladih letih, ko se je, potem ko je zbolel za poliomielitisom, sam izzvil iz primeža smrti in sam neverjetno dobro okrevljal. Kot terapevt svetovnega slovesa je kasneje pri terapevtskem delu neprestano izžareval neomajno vero v pozitivne možnosti, sposobnosti, posebnosti in konstruktivno motivacijo svojih pacientov. Hkrati pa je bil zelo spreten, da je v socialnem okolju, kjer je živel (Phoenix v Arizoni), za svoje kliente ustvarjal konstruktivne pogoje in spodbude za njihov razvoj.

Milton Erickson je v terapijah pa tudi v poučevanju terapevtov, ki so hodili k njemu kot učitelju, rad pripovedoval zgodbe (Rosen, 1982). Menil je, da so lahko učinkovit posredni način komunikacije in za terapijo »kraljevska pot v nezavedno«. S pomočjo zgodb je pogosto uspel motivirati, spodbujati, aktivirati vire tako pri klientih kot učencih. Pripovedoval je različne zgodbe, med njimi tudi zgodbe o primerih terapevtskega dela s klienti. Zato se mi zdi prav, da na tem mestu obudimo eno od takih zgodb, ki nam lahko pomaga razumeti njegovo usmerjenost na vire, s katero je postal zgled številnim sistemske terapevtom.

Primer iz prakse Milтона Ericksona: Hodi kilometer!

Invalidsko upokojeni policist (v nadaljevanju P) je Ericksonu (v nadaljevanju E) rekel: "Imam emfizem, visok krvni tlak in kot lahko vidite, sem predebel. Preveč pijem, preveč jem. Hočem se zaposliti, toda moj emfizem in visok krvni tlak mi to preprečujeta. Rad bi prenehal kaditi, rad bi se tega rešil. Odkel bi se rad petim viskijem, ki jih spijem na dan, in rad bi jedel z občutkom."

E: "Ste poročeni?"

⁴ Na že omenjenem sistemske »velekongresu« v Berlinu septembra 2004 so Danielu Sternu podelili nagrado Evropskega združenja za sistemske družinske terapije. Med sistemiki je Stern, ki je drugače psihoanalitiški terapevt, priljubljen in pogosto citiran. Podelitev nagrade je bil zame lep dokaz, da mu je uspelo premostiti meje med terapevtskimi šolami in doseči integracijo, od katere je veliko pridobila celotna psihoterapija.

P: "Ne, samski. Navadno si kuham sam, toda za vogalom je majhna priročna restavracija, ki jo pogosto obiščem."

E: "Torej za vogalom imate majhno priročno restavracijo, kjer lahko kosite. Kje kupujete cigarete?"
Kupoval je po dva kartona naenkrat.

E: "Z drugimi besedami, vi ne kupujete cigaret za danes, ampak za prihodnost. Glede na to, da si večinoma sami kuhate, kje kupujete živila?"

P: "Na srečo je takoj za vogalom majhna špecerija. Tam dobim živila in svoje cigarete."

E: "Kje dobite pijačo?"

P: "Na srečo je prav zraven špecerije prijetna trgovina s pijačami."

E: "Torej imate priročno restavracijo prav za vogalom, priročno špecerijo prav za vogalom in priročno trgovino s pijačami prav za vogalom. In želite teči, pa veste, da ne morete.

Vaš problem je zelo preprost. Želite teči, vendar ne morete. Lahko pa hodite. Vsakokrat kupite po en zavojček cigaret. Hodite križem po mestu, da bi lahko kupili svoj zavojček. Tako boste v vse boljši kondiciji. Enako velja za živež. Ne nakupujte v priročni trgovini takoj za vogalom. Pojdite v špecerijo, ki je oddaljena pol kilometra ali kilometer, in kupite le toliko, da bo dovolj za en obrok. To pomeni tri lepe sprehode na dan. Enako velja tudi za pijačo. Pijete lahko, kolikor želite. Svoj prvi kozarček popijte v baru, ki je oddaljen najmanj en kilometer. Če hočete spiti drugi kozarček, poiščite bar, ki je spet najmanj kilometer oddaljen od tega. Če hočete tretjega, poiščite tretji bar, ki je kilometer stran."

Policist je Ericksona gledal z vse večjo jezo. Preklesel ga je in besen odšel. Mesec zatem je v Ericksonovo pisarno vstopil nov pacient, ki je rekel: "Upokojeni policist me je napotil k vam. Rekel je, da ste psihiater, ki ve, kaj dela."

Rosen (1982) nadaljuje s komentarjem: "Policist po tem ni več mogel kupiti celega kartona cigaret. In vedel je, da je hoja do špecerije zavestno dejanje. Nad tem je imel nadzor. Erickson mu torej ni vzel hrane. Prav tako mu ni vzel tobaka niti alkohola. Policistu je dal možnost, da hodi ... Prav tako je Erickson prepoznal, da ima opraviti s človekom, ki je bil že dolgo navajen izvrševati ukaze. Pričakoval je, da jih bo mož izvršil. Primer je zelo kompleksen, vendar je pomemben tudi zato, ker prikazuje, kako lahko terapevt vstopi v pacientov referenčni okvir."

Če torej pogledamo na ta primer z vidika aktiviranja virov, je Erickson policistu dal možnost, da hodi, ob tem pa je izkoristil njegovo motivacijo za hrano, cigarete in pijačo. Hkrati je izkoristil policistovo sposobnost za ravnanje po ukazih. Menim, da bi številni terapevti v tem primeru ravnali drugače. Skušnjava, da bi oblikovali terapevtsko intervencijo na osnovi patologije (debelost, emfizem, visok krvni tlak), je velika. Tako bi večina zdravnikov v skladu z medicinskim modelom verjetno dala nasvete, da mora policist manj jesti, manj kaditi in manj piti ter se več gibati. Žal vemo, da taki nasveti pogosto nimajo zelenega učinka. Erickson pa ni šel proti simptomom, ampak jih je celo predpisal, jim dodal nov element (stopnjevanje hoje), ki je usmerjen k rešitvi (boljši kondiciji): jejte, kadite in pijte, kolikor želite. (Hkrati me pa ubogajte) in HODITE najmanj kilometer. Hkrati me ubogajte sem dal v oklepaj, ker je to sporočal posredno, z načinom in svojo držo, ki je, kot se je pokazalo v izidu terapije, učinkovala terapevtsko. Policist se je odzval z jezo, ki pa je očitno postala pomemben vir, del motivacije za destabilizacijo in spremembo patološkega vzorca v bolj konstruktivni vzorec.

Večkrat pa so se Ericksonovi klienti ob razkrajanju patološkega vzorca tudi zabavali, ko so v njem nepričakovano odkrili vir za zeleno terapevtsko spremembo. Enega takih primerov, ob katerem se lahko morda malo nasmejimo tudi mi, je opisal v članku z naslovom »Indirektna hipnotična terapija enuretičnega para« (Rossi, 1980). V njem je opisal zakonca, ki sta po poroki ugotovila, da sta oba enuretična. Predlagal jima je, da namerno in hkrati močita posteljo vsako noč, dva tedna in nato prespita noč na mokri postelji. Dejansko sta to naredila in posledica tega nenavadnega »rituala« je bila, da se je neprostovoljno močenje postelje

prenehalo. Erickson piše, da sta se zakonca zabavala, ko sta zopet prišla na srečanje z njim in mu poročala o rezultatih.

Ko sem se sredi osemdesetih let prvič srečal z Ericksonovimi primeri, sem bil večkrat šokiran in hkrati očaran, zdeli so se mi kot čarovnija. Postopno se je to spremenilo in danes iz njih črpam navdih in ustvarjalno naravnost, hkrati pa me učijo skromnosti, saj se vedno znova zavem, koliko učenja za terapevtsko delo z ljudmi je še pred mano. Prav boljše poznavanje njegove osebne zgodbe, ki sva jo deloma opisala v zgoraj omenjenem članku (Možina, Kramer, 2002), mi je pomagalo, da sem si ustvaril predstavo, s kakšno držo in naravnostjo se je tako raznoliko in nepričakovano odzival na svoje kliente. S to držo se lahko identificiram, še posebej ko sem se sam soočil z lastnimi hudimi življenjskimi krizami in v njih odkril možnosti za osebno zorenje in učenje. Take usmerjenosti na vire ne razumem kot terapevtske tehnike (čeprav se lahko po tehnikah izraža), ampak kot posebno držo, ki se kali tudi ob lastnem trpljenju. Terapevt bo v svoji usmerjenosti na vire za kliente dosti bolj prepričljiv, če skozi to usmerjenost proseva tudi njegova lastna življenjska izkušnja in sistem vrednot, ki jih je preizkusil na lastni koži.

Tako se strinjam s Schiepkom in Cremersovo, ki opozarjata (2002), da o terapevtovi drži, ki je usmerjena na vire, ne moremo razmišljati, ne da bi upoštevali tudi širšega polja vrednot, ki ga lahko ujamemo v mreže različnih pojmov. To so lahko npr. tudi krepitev moči (empowerment), perspektiva moči (Saleebey, 2002), zdravje, občutek koherence, samopotrjevanje, samoodločanje, kvaliteta življenja itn. Gre za visoke, relativno nejasne ideale, ki puščajo precej svobode, da jih vsak človek napolni s svojo vsebino in pomenom. Morda bi lahko tako držo opisali tudi s širšima pojmom »zaupanje v človekove razvojne potenciale« in »oblikovanje pogojev za konstruktivni razvoj«. Lahko bi se morda celo spomnili na Rousseaujevo hipotezo, da je človek po naravi »dober«, kar v terapevtskem kontekstu pomeni, da je človek vsaj v principu odgovoren, pripravljen na sodelovanje in sposoben razvijati se. Orientacija na vire je torej tesno povezana z določenimi vrednotami in določeno podobo o človeku. Ni dovolj, če rečemo: »Kdor ima, mu bo dano.« Čeprav velja, da bodo tem več pridobili od socialnega treninga tisti klienti, ki vstopijo s čim večjimi socialnimi kompetencami, da bodo od kognitivnih terapij pridobili več tisti klienti, ki lahko bolj racionalno in logično (v smislu kriterijev racionalnosti, ki jih zagovarjajo te terapije) razmišljajo, in da bodo od terapij, ki delajo na uvidu, več pridobili tisti klienti, ki so boljši v verbalizaciji in uvidu, se moramo z orientacijo na vire izkazati predvsem tam, kjer jih je malo, kjer so klienti zelo omejeni ali živijo v neugodnih pogojih. Prizadevanje, da bi prepoznali in aktivirali vire klientov, ne vodi le v uporabo določenih tehnik, kot so utilizacija, spodbujanje učinkovitosti ali trening kompetenc, ampak predstavlja bistveni pogoj za samoorganizirajoče se razvojne procese.

Če se pri evalvaciji terapij usmerimo na deficite, sezname simptomov, vprašalnike o težavah, klinično pomembne osebne značilnosti, so merilne lestvice bistveno jasnejše, kot če poskušamo evalvirati vire. Po oceni deficitov si v terapijah prizadevajo za zmanjšanje simptomatike, obremenitev, težav oz. v idealnem primeru za ozdravitev bolezni. Pri tem se neizogibno srečamo z nujnostjo oz. s skušnjavo, da z vidika eksperta odredimo, kaj je za klienta primerno zdravlilo, in predvsem, kaj so terapevtski cilji in kaj je primeren, če ne nujen način življenja, torej kaj je zanj priporočljivo, ustrezno, potrebno, potrebno. To dominantno odrejanje eksperta seveda pri orientaciji na deficite ni nujno, saj se lahko obnaša »minimalistično« v zvezi z obravnavo deficitov in patologije in drugače v polni meri spoštuje in podpira pacienta kot človeka in njegove cilje. Kaj takega pravzaprav pričakujemo od dobrega splošnega oz. družinskega zdravnika, vendar skušnjava vseeno obstaja. Nasproti

temu pa stojijo terapevtski koncepti, ki kot filozofijo obravnave zagovarjajo orientacijo na vire in kjer so v središču klientovi cilji. Ti se lahko menjajo, vendar ostajajo *njegovi* cilji, tako da terapevtskega dogovora ne določajo terapevtov model, diagnoza ali neka terapevtova idealna predstava. Gotovo glede tega obstajajo izjeme in omejitve, npr. v primeru neprostopoljnih klientov, kjer cilje določi sodišče, vendar izhodišče ostaja jasno.

Nedavno sem bil na supervizijski skupini supervizor terapevtu, ki je opravil tri pogovore z osemnajstletno mladostnico. Od centra za socialno delo je izvedel, da je bila okoli deset let žrtev spolne zlorabe od očeta. Po odvzemu je živela pri sorodnikih in z očetom ni imela več stikov. K terapevtu je prišla, potem ko je nekaj mesecev hodila s fantom. Njegovo supervizijsko vprašanje je bilo, kako bi lahko delal z njo na spolni zlorabi. Vrnil sem mu vprašanje, kako je ona definirala cilj terapije. Odvrnil je, da ko jo je v skladu z modelom k rešitvi usmerjene sistemske terapije vprašal, kaj bi rada dosegla v procesu terapije in kako se bo to kazalo, ko bo po zadnjem pogovoru odšla od njega skozi vrata, je povedala, da bi rada bolj uživala v seksu in da bi rada izboljšala uspeh v šoli. S pomočjo transa in modela reke življenja je uspešno delal z njo, tako da je poročala o boljši koncentraciji pri učenju. Glede seksa pa je motivacija popustila, ker se je po prvem srečanju s terapevtom s fantom razšla. Kljub temu da je terapevt dobro poučen o sistemskega pristopa, ga je še vedno presenetila ta osrednja točka v filozofiji sistemskega pristopa, ki je orientiran na vire, da so namreč bistveni klientovi osebni cilji, ne pa terapevtov model, diagnoza ali neka terapevtova idealna predstava. S stalno pozornostjo, preverjanjem, kaj je klientova predstava o terapevtskih ciljih, se terapevt vedno znova naravnava nanje. Po drugi strani smo na supervizijski skupini ugotovili, da terapevt lahko seznanja klienta s tem, kaj lahko ponudi. V šali smo rekli, da lahko naredi nekakšen »EPP«, reklamo, kakšne so lahko prednosti terapevtske obravnave zlorabe. Da na primer pove zgodbo o primerih, ki jih je že obravnaval, kdaj in za kaj je obravnava lahko dobra. Terapevt torej lahko poskuša motivirati mladostnico za bolj poglobljeno delo na zlorabi, a vedno tako, da ponudi možnosti, odločitev pa prepušča klientki.

Sodobne raziskave o učinkovitosti psihoterapije (Grawe, 2004) so prav tako pokazale, da so terapevti, ki razmišljajo in delujejo usmerjeno na vire, uspešnejši kot terapevti, ki so usmerjeni na deficite in patologijo. Viri pri ljudeh so lahko zelo različni: kompetence, želje, fizične značilnosti, kot je telesni videz, moč, vzdržljivost, pa tudi smiselne ideje in verovanja, materialni pogoji itn. Glavna utemeljitev za aktiviranje virov je, da naj bi tako prekinili negativno spiralo, ki se pri psihičnih problemih pogosto utrdi med slabim razpoloženjem, aktivacijo negativnih spominov in s tem povezanih negativnih pričakovanj, negativnimi doživetji (v smislu samoizpolnjujočih se prerokb) in nadaljnjim poslabšanjem razpoloženja. Taki začarani krogi vodijo do utrjenih intrapsihičnih in interakcijskih vzorcev. Na vire usmerjen pristop naj bi prekinil takšne negativne vzorce in spiralo obrnil v konstruktivno smer.

Odprtost in dostopnost za kliente z različnimi pričakovanji, potrebami in naročili

Za ponazoritev fleksibilnosti sistemskega pristopa, v okviru katerega se lahko prilagodimo tudi klientom z relativno nizkimi pričakovanji glede terapevtskih ciljev, večkrat uporabim primer Insoo Kim Berg (Berg, Miller 1995).

Primer Elmerja, ki je vohal lepila

Mladega moškega Elmerja je sodnik napotil k njej, ker so ga znova ujeli "zadetega" pri vohanju lepil, kar je bilo v tisti ameriški državi kaznivo dejanje. Že štiri leta se je vedno znova ponavljalo, da se je zaradi vohanja lepil znašel pred sodnikom in bil že večkrat tudi v zaporu. Pri deliktu ga je namreč vsakokrat zalotila lokalna policija, saj je sedel na verandi pred hišo svojih staršev in vohal lepilo iz

plastične vrečke. Po petdesetih priporih in zaporih so mu že najmanj desetkrat odredili, naj gre po pomoč k terapevtu. Sedemkrat je ambulantno obiskal razne terapevte in se dvakrat zdravil tudi stacionarno. Nazadnje so ga le poslali na obvezno dolgotrajno zdravljenje.

Ko ga je terapevtka vprašala, kaj bi hotel tokrat doseči, je Elmer odgovoril: "Pač voham in pika! Poln kufer imam že tega, da me policisti vedno znova zaprejo. Rad bi se izognil temu in ne bi rad, da me kar naprej pošiljajo na zdravljenje." Terapevtka ga je nato vprašala, kako mu je dotlej *uspevalo*, da so ga tolikokrat zaprli in poslali na zdravljenje. Z malce presenečenim obrazom je odgovoril: "Nisem siguren, če me ne bodo spet ujeli ... mogoče je vsega krivo to, da so policisti pri svojem delu res vestni." Po kratkem premisleku pa je še dodal: "Pogosto prihajajo v predel mesta, kjer živim s svojimi starši in tam patrolirajo." Nato sta Elmer in terapevtka skupaj v sodelujočem vzdušju razmišljala, kaj naj bi se zgodilo, da bi postale ponovne aretacije manj verjetne. Elmer je znova jasno poudaril, da zanj ne pride v poštev, da bi prenehal z vohanjem lepil. Terapevtka ga je nato vprašala, če bi bila zanj sprejemljiva alternativa, da bi morda v prihodnosti kdaj vohal lepilo na verandi za hišo, ne pa pred njo, na mestu torej, je poudarila terapevtka, kjer ga policisti zlahka opazijo s ceste. Elmer je odgovoril, da na to možnost ni še nikoli pomislil. Takoj je bil pripravljen na "preizkus" te nove možnosti in na to, da se bo čez teden dni znova oglasil, da bo o njem poročal.

Ko je naslednji teden spet prišel, je poročal, da se policisti niso potrudili, da bi pogledali na zadnjo verando, čeprav so šli večkrat mimo hiše. Zgodilo pa se je še nekaj, kar ga je navdajalo z velikim zadovoljstvom in zadoščenjem: policisti so ga samo enkrat pozno popoldne zagledali na sprednji verandi in se zato ustavili. Toda ugotovili so lahko le to, da se tam sprošča in "uživa ob pogledu na sončni zahod". Po tem dogodku je začel Elmer iz samega užitka posedati na sprednji verandi. Posledica je seveda bila ta, da ga niso več aretirali in ga usmerjali v razna zdravljenja. Po nekaj mesecih pa se je zgodilo še nekaj zanimivega: ker se ni več dajal s policisti in sodniki, je sam začel omejevat svojo razvado. Že med pogovori s terapevtko je začel redkeje vohati lepila kot prej. Zadnje, kar je o njem izvedela terapevtka, pa je bilo, da se je sam vključil v neki rehabilitacijski program za zdravljenje odvisnosti.

Sistemski terapevt lahko v takem primeru, kot je Elmer, s klientom proslavi povečanje *njegovih* aspiracij k (tudi z normativnega vidika zdravja) bolj zdravemu načinu življenja, vendar od njega visokih ciljev (npr. v Elmerjevem primeru abstinence ali zaposlitve ali čustveno izpolnjujočih odnosov) ne pričakuje a priori. Seveda se lahko sistemski terapevt odloči, da bo raje delal z ljudmi, ki imajo zahtevne terapevtske cilje (npr. take, ki imajo za cilj ustvarjalno delo povezano s skupnostjo, ki iščejo ljubezen v dolgotrajnih partnerskih odnosih itn.), vendar pa je sistemski pristop lahko učinkovit tudi v t. i. nizkopražnih programih pomoči, kjer je glavni cilj zmanjševanje škode, ali kot oblika suportivne terapije, kjer terapevt ne pričakuje velikih sprememb pri klientu, ampak pomaga pri spreminjanju njegove ekološke niše, to je za klienta pomembnega podpornega okolja (Willi, 1999). Če se sistemski terapevt lahko prilagodi (z normativnega vidika zdravja) relativno nizkim terapevtskim ciljem, pa po Bergovi ni treba, da bi se popolnoma odrekel svojim in splošnim predstavam o duhovno – duševnem zdravju. Važno je le, da sledi načelu hermenevtičnega (ateoretičnega, nenormativnega) pristopa, ki ga lahko povzamemo v imperativ: namesto teorijam in programom daj prednost klientovemu "svetu" oz. resničnosti, še posebej njegovim potrebam in potem, ki jih klient vidi kot rešitev. S tem Bergova sledi tradiciji Milтона Ericksona (t. i. "teorija neteorije" (Šugman Bohinc, 2003)).

Od patogeneze k salutogenezi in salutodinamiki

Že na samih začetkih sistemske družinske terapije so terapevti uvedli pojem »identificirani klient«, da bi ohranili distanco do diagnoz in patoloških oznak, ki so se prijele družinskega člana. Namesto da bi iskali patologijo v posamezniku (npr. oče Janez je depresiven, brez volje, zato ga terapevt vpraša: Zakaj si brez volje? Implikacija tega vprašanja je lahko: Kaj je

narobe v tebi?), so raje usmerili pozornost na komunikacijski, odnosni vidik (terapevt vpraša: Kaj meniš, Janez, kaj tvoja brezvoljnost pomeni za tvojo ženo Petro?). Če je bila terapija uspešna, se je praviloma dogajalo, da se je patološki »monolit«, ki so ga družinski člani umestili v identificiranega klienta, utekočinil. Naš Janez, identificirani klient, je lahko odložil kamen patologije, ki so mu ga pripisovali družinski člani, saj so razvili nove perspektive in niso več rabili osredotočanja na en simptom družinskega člana.

Tradicionalna skepsa sistemskih terapevtov do psihopatologije ima več razlogov. Med drugim nas uči zgodovina, da lahko teorija psihopatologije kot goba srka kulturne predpostavke in predsodke. Poglejmo si dva primera:

- Začelo se je že zelo zgodaj, ko je Charcot ob koncu 19. stoletja razvijal teorijo histerije, v kateri lahko z današnjega vidika prepoznamo seksizem. Dolgo je bil prepričan, da je to bolezen žensk in ni uspel prepoznati, da se v njegovi teoriji zrcalijo predsodki do žensk in njihov neenakopravni družbeni položaj. Nato se je razvila teorija, da je histerija degenerativna bolezen Judov, v čemer se je zrcalil antisemitizem. Šele prva svetovna vojna, ko je na desetisoče vojakov razvilo histerične simptome (»vojna nevroza«, »bolezen strelskih jarkov«), je nazorno pokazala, da to ni samo duševna motnja žensk ali »degeneriranih« Judov, ampak da se lahko pojavi pri zavednih moških branilcih domovine.

- Mlajši primer pa je zgodba o transakcijski psihoterapiji homoseksualnosti (Barnes, 2004). Barnes je skrbno analiziral nekatere Berneove zapiske o terapiji homoseksualnih klientov in pokazal, kako jih je Berne obravnaval seksistično in prispeval k njihovi patologizaciji. Tako je na primer predpostavljal, da morajo homoseksualci preseči svoje sovraštvo do žensk in jih zagledati kot resnične ljudi. Če bodo našli pravo žensko, se jim bo vrnila heteroseksualna potencia. S to in podobnimi predpostavkami je prispeval k temu, da je njegovo ravnanje v terapijah povzročilo klientom še večje trpljenje (npr. še bolj so sovražili sami sebe in se še bolj sramovali), do česar pa ni pokazal sočutja, saj je bil prepričan o svoji teoriji.

Že Dostojevski je opozoril, da je »človek posebej naklonjen miselnim sistemom in abstraktnim dedukcijam, da je celo pripravljen resničnost nalašč spreobračati in tajiti jasnost čutov, samo da bi potrdil lastno logiko« (cit. po Berg, Miller, 1995). Ugotovitev Dostojevskega velja za katerokoli teorijo, tudi za teorijo patologije (s tem psihopatologije, teorijo patologije osebnosti), s katero se lahko ujamemo v začaran krog samopotrjevanja. Tudi Kuhn (po Barnes, 2004) je opozoril, da če znanstveniki dovolj dolgo govorijo o nekem predmetu/temi, ga/jo lahko dejansko odkrijejo in vidijo. Pri tem lahko pozabijo, da je to, kar vidijo, njihova lastna stvaritev. Bateson (1972) pa pravi, da v zvezi s teorijo mislimo, da jo uporabljamo (tako kot uporabljamo kladivo), in tako prezremo, da pravzaprav teorija uporablja nas, nas oblikuje.

Barnes (1994, 2002, 2004) ob Berneovem primeru razširi svojo kritiko psihopatologije na vse psihoterapije, ki na račun večanja kompleksnosti teorije (psihopatologije) izgubljajo svojo fleksibilnost v praksi. Berne se je po njegovem ujel v past »teoretične« psihoterapije, kjer ni bila več možna korekcija iz prakse. Barnes vzame ta primer kot opozorilo vsem psihoterapijam in psihoterapevtom, da se ne bi ujeli v podobno past. Možnost korekcije vidi v povezovanju psihoterapije s kibernetiko drugega reda, v razvijanju kibernetike epistemologije psihoterapije. Kibernetika drugega reda omogoča, da psihoterapija postane predmet lastnega opazovanja, t. i. »psihoterapija psihoterapije«. Šele s stalnim preverjanjem predpostavk, na osnovi katerih terapevti razmišljamo, se odločamo in delujemo pri delu z ljudmi, in s stalnim

osveščanjem in z reflektiranjem, kako nas teorija oblikuje (npr. usmerja našo zaznavo), lahko razvijamo t. i. »neteoretično« psihoterapijo, ki ostaja fleksibilna, odprta in »ne taji jasnosti čutov«. Psihoterapija psihoterapije lahko psihoterapiji pomaga ozdraviti lastno psihopatologijo.

Seveda koncept »neteoretične« psihoterapije ne pomeni, da se Barnes zavzema za psihoterapijo brez teorije. S kibernetško (drugega reda) teorijo teorije lahko terapevti poskrbimo za boljšo teoretsko »higieno« v lastnih vrstah in radovedno razvijamo nove teorije in nove prakse. Na tem mestu se lahko vprašamo, ali so se v okviru systemskega pristopa razvile (in se še razvijajo) tudi teorije, ki lahko povečujejo našo fleksibilnost in učinkovitost v praksi. Ali se je ob skepsi do »vede o boleznih« razvijala »veda o zdravju«?

Schiepek (1999) navaja, da se »nauk o zdravju« kot tudi teorija terapije v systemskem pristopu navezujeta na tradicijo raznih drugih teorij. Številni raziskovalci in terapevti so si npr. postavili vprašanje, kaj pomaga človeku, da preživi in celo uspeva v težkih življenjskih situacijah. Eden od konceptov, ki opozarja na to, da lahko ljudje ostanemo zdravi in ustvarjalni v izjemno stresnih situacijah je npr. odpornost na stres (»resilience«) (Rutter, 1985, 1987). Gotovo pa ne moremo mimo Aarona Antonovskega (1923–1994), sociologa medicine, ki je leta 1968 skoval pojem »salutogeneza« (latinsko salus = zdravje, grško genesis = izvor, nastanek in razvoj nečesa), potem ko je raziskoval preživele iz koncentracijskih taborišč. Ugotovil je, da je nekatere to zlomilo (mučile so jih kronične bolezni, depresije), medtem ko so drugi živeli naprej duševno in telesno zdravi. Posvetil se je proučevanju moči in virov, ki ljudem pomagajo pri obnavljanju zdravja. Koncept salutogeneze se ujema z razumevanjem bolezni in zdravja v systemski teoriji. Poglejmo si tri skupne poudarke (po Schiepek, 1999):

- Za proces porajanja zdravja (salutogeneza) je ključen *odnos med sistemom in okoljem*, pri čemer zdravje ne pomeni optimalne prilagojenosti sistema okolju. Za porajanje zdravja je bolj pomembna kreativna potencia sistema za oblikovanje in osmišljanje. Osrednji koncept Antonovskega, t. i. »občutek koherence«, lahko v okviru systemske teorije razumemo kot kreativno potenco avtopoetičnega sistema, da asimilira dele okolja z dajanjem in ocenjevanjem pomena oz. z »interpretativno aktivnostjo« (Barnes, 1994). Ta kreativna potencia je značilna tako za biološke kot za psihične in socialne sisteme. Občutek koherence pomeni, da človek lahko najde v življenju povezanost in smisel, tako da ne doživlja, da je na milost in nemilost izročen usodi, na katero ne more vplivati. Nasprotje občutku koherence je stanje demoraliziranosti. Občutek koherence sestavljajo trije občutki:

1. Občutek razumljivosti: človeku se zdi osebni svet razumljiv, skladen in urejen. Tudi probleme in napore lahko vidi s širše perspektive kot del večjega povezanega vzorca.
2. Občutek obvladljivosti: človek razume, da ga življenje postavlja pred naloge, ki se mu zdijo na splošno rešljive. Za obvladovanje življenja kot tudi aktualnih problemov lahko mobilizira vire.
3. Občutek smiselnosti: človek verjame v smiselnost bivanja. Tudi naporji v življenju imajo zanj smisel, saj na ta način lahko obvladuje življenje. Ima cilje in projekte, za katere se mu zdi smiselno angažirati.

- Koncept salutogeneze poudarja *nujnost stalnega vzdrževanja, proizvodjanja zdravja*, podobno kot je to razumel von Weizsäcker (cit. po Schiepek, 1999): »Zdravje ni kapital, ki bi ga trošili, ampak ga lahko najdemo samo tam, kjer se vsak trenutek poraja. Če se ne poraja, je človek že bolan. Kot socialno bolnega lahko označimo tistega človeka, kjer se zdravje ne poraja neprestano.« V skladu s Foucaultom pa lahko govorimo o človekovi stalni nalogi, da

razvija neko obliko življenja, ki jo kljub vsem protislovjem in spremembam (življenjski stili in odnosni sistemi se lahko spreminjajo) doživlja kot koherentno in smiselno. *Zdravje je v tem smislu aktiven, oblikujoč in oblikovan dinamični proces.*

- Koncept salutogeneze na različne načine poudarja pomen *virov* (npr. telesna odpornost, socialne mreže, psihični in materialni viri). Kot sem prikazal zgoraj, pa je usmerjenost na vire tudi osrednja značilnost sistemskega pristopa.

Model patogeneze temelji na predstavi o homeostazi, torej da je za človeka normalno, optimalno stanje, da živi v stanju notranje in zunanje stabilnosti. Če se znajde v življenjskih krizah (npr. hudo zboli), naj bi prišlo do motnje stabilnosti. Če gledamo s te perspektive, si lahko mislimo, da je treba le odstraniti motnje in znova vzpostaviti ravnotežje – zdravje, ki ga ni treba vzdrževati. Po drugi strani terapevti dobro vemo, da je lahko tudi stabilnost problem oz. da se tudi stabilnost lahko kaže kot bolezen.

Model salutogeneze pa temelji na predstavi o heterostazi, da je človek nenehno v pomanjkljivi stabilnosti. Zdravja ne moremo razumeti niti kot normalno stanje niti kot homeostatsko oz. ravnotežno stanje, ampak kot heterostatski, fleksibilni proces stalnega prilagajanja, kot proces proizvodnje in spreminjanja stanj reda. Edina psihična sprememba, ki lahko v človekovi osebnosti ali na življenjski poti povzroči trajno preobrazbo, je, da lahko vedno znova najde ali povečuje svojo svobodo za stalno spreminjanje, da bi se lahko razvijal naprej.

Do sedaj povedano lahko umestimo v tabelo:

PATOGENEZA	SALUTOGENEZA, SALUTODINAMIKA
Homeostaza	Heterostaza
Demoralizacija	Občutek koherence: razumljivost, obvladljivost, smiselnost
Usmerjenost na deficite, probleme	Usmerjenost na vire, rešitve
Teorija patološke osebnosti (oblikovanje razvojne teorije z vidika psihopatologije odraslih)	Razvojna psihologija zdravega razvoja (opazovanje dojenčkov), »kompetentni dojenček«
Teorija psihopatologije	Teorija samoorganizacije, sinergetika
»Teoretične psihoterapije«	»Neteoretične psihoterapije«; kibernetična epistemologija psihoterapije – »psihoterapija psihoterapije«

Kako je torej s premikom od salutogeneze k patogenezi? Sam sem mnenja, da je še zgodaj, da bi lahko psihoterapevti (predvsem pa zdravniki oz. psihiatri, ki smo »gor rasli« najprej v kontekstu, kjer je absolutno prevladovala patogenetska perspektiva) govorili o uravnovešenem pogledu na zdravje in bolezen, saj smo v primerjavi s poučenostjo o patologiji in patogenezi še relativno neuki glede salutogeneze in salutodinamike. Da je tako, je razlog tudi v zaostanku, ki ga ima v proučevanju salutogeneze glede na patogenezo znanstveno raziskovanje. Tako sam vidim, da me čaka še veliko dela s premikom k salutogenezi pri mojem študiju in v praksi, da bi lahko prišel do bolj uravnovešenega razumevanja in obravnavanja bolezni in zdravja. Del vizije o tem, kaj bi mi pri tem konkretno pomagalo, je na primer zame tudi izboljšanje sprotne spremljanja procesa terapevtskih sprememb v dejanskem času (t. i. »real time monitoring«), ki ga je predstavil Schiepek s sodelavci v tem zborniku v članku *Računalniško podprta procesna diagnostika dinamičnih sistemov*. Za svoje

učenje v prihodnosti vidim, da je po eni strani izziv, kako izboljšati statično oceno virov (npr. tudi z uporabo primernih vprašalnikov za oceno virov⁵). Po drugi strani pa je še večji izziv razvijanje »dinamičnega pogleda«, pogleda na dinamiko samoorganiziranih procesov v kompleksnih sistemih »terapevt« in »klient« in na dinamiko njune interakcije v patogenezi in salutogenezi »in vivo«, torej medtem ko se dogaja. Prav k temu pa lahko npr. pripomore tudi Schiepkov računalniško podprti sistem spremljanja v dejanskem času.

Nenormativne neravnotežne teorije zdravja vodijo od patogeneze k večjemu interesu za salutogenezo in salutodinamiko, posebej ker je raznolikost funkcionalnih vzorcev zdravja precej večja od raznolikosti vzorcev bolezni. Sistemski modeli zdravja in bolezni temeljijo na *teoriji samoorganizacije* (glej podrobnejšo predstavitev sinergetike, ki je nova transdisciplinarna teorija samoorganizacije, v Schiepkovih člankih v tem zborniku), ki je nenormativna in neravnotežna in premošča dualizem med zdravjem in boleznijo.

Sistemski pristop kot transdisciplinarna znanstvena paradigma in prispevek sistemskih znanosti k razvoju psihoterapije kot znanstveno utemeljene discipline

Kot je SP ime za različne terapevtske modele in različne psihoterapevtske prakse, ni bilo in ni ene systemske 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 *systemske znanosti*, da bi poudarili pluralnost teoretskih nastavkov.

Schiepek (2001) meni, da glavni steber identitete systemskega pristopa ni na področju metod in praktičnih konceptov. Systemskega pristopa ne razume samo kot terapevtske šole, temveč tudi kot transdisciplinarno znanstveno paradigmo (ali vsaj kot kandidata za paradigmo, saj zaenkrat v Kuhnovem smislu še ni znakov za »normalno fazo«). Prav v zvezi s teorijo dinamičnih sistemov oz. sinergetiko kot transdisciplinarno teorijo samoorganizacije pa se Schiepek srečuje s paradokso situacijo. Medtem ko se na njeni osnovi povezujejo različne psihoterapevtske šole in znanstvene discipline, prihaja znotraj SP do ločnic. Možno je, da bo v prihodnosti prišlo do novih povezav med terapevtskimi šolami in do ločevanj znotraj posameznih terapevtskih šol.

Schiepek (prav tam) pa nadalje ugotavlja, da v okviru systemskega pristopa uspehi na znanstvenem področju žal zaostajajo za uspehi in inovacijami na praktičnem področju. Glede na to, da so systemske znanosti (namreč naravoslovne, duhovne in socialne systemske teorije z različnimi metodologijami) ena najpomembnejših tradicij v zahodni znanosti, se je po njegovem mnenju neverjetno malo investiralo v raziskovanje vprašanj, kako, zakaj, kje in koliko je SP uspešna in učinkovita.

Schiepek je veliko doprinesel k raziskovanju systemskega pristopa, hkrati pa se pridružuje novemu raziskovalnemu trendu v razvoju psihoterapije nasploh. V osemdesetih in dokončno v devetdesetih letih so se namreč uveljavili raziskovalci učinkovitosti različnih psihoterapevtskih modalitet. To je povzročilo velik in pomemben premik psihoterapije k znanstvenosti in s tem k novi poklicni identiteti psihoterapevta, ki ga je eden od njih, Klaus Grawe (1994), sicer vedenjski terapevt, poimenoval *od konfesije k profesiji*. Minevajo časi (oz. v razvitih deželah so že minili) verske organiziranosti terapevtskih šol, ko je bilo za

⁵ Za raziskavo Leonide Kobal (2004) o vplivu klientovih in terapevtovih implicitnih odnosnih shem sem npr. prevedel Vprašalnik za oceno virov (Troesken, Grawe, Amman, Fluri, Heinz, Wyss, 2000).

uvajanje določene psihoterapevtske modalitete dovolj sugestivno govorjenje učiteljev, ki je pri učencih, ki so jim pripisovali avtoriteto in kompetenco, vzbujalo vero v kvaliteto te modalitete. Danes v psihoterapevtskih izobraževanjih in na strokovnih srečanjih predavanja, ki samo z vinjetami iz prakse in anekdotičnimi primeri razvnamajo vero pri »psihoterapevtih – vernikih«, niso dovolj. Na to nas je oktobra 2004 na strokovnem srečanju evropskih psihoanalitičnih terapij v Ljubljani opozarjal tudi Horst Kaechele, ki si podobno kot Schiepek v okviru systemskega pristopa, v okviru psihoanalitičnih terapij prizadeva za omenjeni prehod od konfesije k profesiji.

Za novi val psihoterapevtov – raziskovalcev (kamor spadajo tudi omenjeni Schiepek, Grawe, Kaechele, pred njimi pa so bili pionirji raziskovanja psihoterapije npr. Luborsky, 1984; Orlinsky in Howard, 1987) je značilno, da delujejo integrativno, da torej ustvarjajo skupni novi temelj integriranih znanj in praks za vse psihoterapevtske modalitete (npr. integrirano teorijo terapevtske spremembe, integracija nevrobiologije in psihoterapije (Schiepek, 2004)). Tako sem bil pri poslušanju Kaechelejevega predavanja pozitivno presenečen, da za bodoče analitične terapevte priporoča v izobraževanju iste avtorje in knjige, kot jih priporočam sam edukantom v SP. Grawe (2004) je na primer poskusil celo ustvariti model psihoterapije za novo tisočletje, ki jo je sestavil iz delov praks in znanj različnih modalitet in jo je poimenoval »psihološka psihoterapija«. Seveda je njegov poskus vzbudil precej kritik in nasprotovanj in je verjetno bolj utopičen kot ne, pa je vendar dragocen z vidika težnje po integraciji različnih psihoterapevtskih modalitet in z vidika iskanja njihovih skupnih značilnosti. Psihoterapevti – raziskovalci so si pač zadali izjemno zahtevno nalogo ločevanja zrn od plev, pri čemer so pleve prazna verovanja psihoterapevtov večkrat povezana z napuhom in vraževnim povzdigovanjem lastne modalitete, zrna pa so pogosto skupna jedra, ki vzdržijo sistematično znanstveno preverjanje (npr. generična načela v psihoterapiji).

Po drugi strani pa prispevek systemskega pristopa na področju psihosocialne pomoči presega področje psihoterapije. »Systemska kompetenca« (Schiepek, 1999) ne vključuje le terapevtske kompetence v ožjem smislu, ampak tudi analizo in izboljševanje struktur sodelovanja, mrež pomoči in organizacij. Systemska kompetenca vključuje poznavanje spektra metod in raznovrstnega teoretičnega znanja za spodbujanje razvoja sistemov (npr. timov, podjetij in organizacij na profitnem področju), kvalitete proizvodnje in dokumentiranja. Pri tem vključuje povratne informacije klientov oz. strank.

Da bi v prihodnosti lahko še bolj razvili dovolj širok profil systemske kompetence, bo po Schiepeku (2001) treba zagotoviti nekaj pogojev:

1. Vsaj enemu delu praktikov v systemskem izobraževanju bi morali ponuditi *model znanstvenika – praktika* (Scientist-Practitioner-Model). Če hočemo po eni strani izboljšati metodično zbiranje kvalitetnih informacij, da bi lahko razvijali temeljne raziskave, bo nujna dvojna usposobljenost: praktična in znanstvena. Za to bodo potrebni promocijski projekti na univerzah, univerzitetnih klinikah in podobnih raziskovalnih ustanovah (npr. inštitutih), pa tudi v podjetjih in obratih v gospodarstvu. Graditev infrastrukture bo eno od težišč dela ustreznih strokovnih združenj. Model znanstvenika – praktika bo lahko garant za nadaljnji razvoj raziskovanja in teorije, ki bosta ekološko veljavna in povezana s prakso, in za vnašanje metodičnega know-how-a v ustanove, kjer se izvaja praksa.

2. Če se sprašujemo, kakšen bo nadaljnji razvoj systemskega raziskovanja, se znajdemo pred dilemo: po eni strani smo systemski terapevti v zaostanku tako pri raziskovanju učinkovitosti kot tudi procesa (t. i. študije o procesu in izidu) SP. Po drugi strani je

raziskovanje dinamičnih procesov v biopsihosocialnih sistemih metodološko zahtevno, tako da si ne moremo pomagati s standardnimi metodami zbiranja in obdelave podatkov. V interdisciplinarni izmenjavi bomo morali razviti, ustvarjalno prilagoditi in uporabiti veliko novega. Transdisciplinarne strukture, ki so se razvile do danes, bomo morali dograjevati in usidrati v institucije. *Interdisciplinarnost* in *transdisciplinarnost* je v samem jedru identitete SP, ki noče biti samo psihološka terapija, ampak raziskovanje in spodbujanje procesov razvoja in sprememb pri ljudeh v različnih kontekstih, ne le terapevtskem.

3. Razvijati bomo morali *nove oblike didaktike* za razumevanje kompleksnih dinamičnih sistemov in za ravnanje z njimi. Računalniško podprti prikazi terapevtskega procesa lahko bistveno bolje ujamejo procesni karakter sistemskih pojavov kot pa statične slike. Tako je danes že možno na zaslonu istočasno prikazati videoposnetek terapevtskega pogovora in procesno kodiranje terapevtovega in klientovega vedenja (npr. z metodo sekvenčne planske analize ali z inventarjem za ocenjevanje k rešitvi usmerjenih intervencij). Na Univerzitetni kliniki v Aachenu so tudi že razvili poseben način animacije terapevtskega procesa, kjer z barvnimi spremembami ponazorijo faze kritične nestabilnosti. Tudi s pomočjo računalniških simulacij se danes že lahko neposredno učimo o takojšnjih učinkih terapevtskih intervencij in lahko pomagajo razvijati intuicijo za terapevtski proces. T. i. mikropoučevanje (»mikroteaching«), analiza in izboljševanje sekvenc v terapevtskem pogovoru s pomočjo videa bo postalo v bodočnosti standardna metoda v izobraževanjih za psihoterapevte.

4. Večji poudarek na vključevanju *nevrobiološkega vidika* v poučevanje in raziskovanje terapije. Teorija samoorganizacije kompleksnih, dinamičnih sistemov je že danes in bo v prihodnosti dober okvir za integracijo nevrobiologije (npr. nevrobiološki vidik terapevtsko induciranih prehodov med redi kognitivnočustvenovedenjskointerakcijskih vzorcev) v (sistemske) terapijo.

Literatura

1. Avberšek, S., Švab, V. (2004). *Psihosocialna rehabilitacija*. Ljubljana: Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje.
2. Barnes, G. (1994). *Justice, Love and Wisdom. Linking Psychotherapy to Second-Order Cybernetics*. Zagreb: Medicinska naklada.
3. Barnes, G. (2002). *Psychopathology of psychotherapy: A cybernetic study of theory*. Neobjavljena doktorska disertacija. Melbourne: Royal Melbourne Institute of Technology.
4. Barnes, G. (2004). Homosexuality in the First Three Decades of Transactional Analysis: A Study of Theory in the Practice of Transactional Analysis Psychotherapy. *Transactional Analysis Journal*, 34, 126–155.
5. Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantine Books.
6. Berg, I. K., Miller, S. D. (1995). *Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungorientierter Ansatz*. Heidelberg: Carl Auer.
7. Ciompi, L. (1981). Wie koennen wir die Schizophrenen besser behandeln? Eine Synthese neuer Krankheits- und Therapiekonzepte. *Nervenarzt*, 52, 506–515.
8. De Vries, S., Bouwkamp, R. (1995). *Psihosocialna družinska terapija*. Logatec: Firis.
9. Dornes, M. (1997a). *Der kompetente Säugling*. Frankfurt: Fischer.
10. Dornes, M. (1997b). *Die frühe Kindheit*. Frankfurt: Fischer.
11. Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, C. W. (1984). *Family Care of Schizophrenia*. London: Guilford Press.

12. Gostečnik, C., Kompan Erzar, K., Erzar, T. (2004). Relacijsko-sistemski model družinske in zakonske terapije. V J. Bohak, M. Možina (ur.), *Kompetentni psihoterapevt. Zbornik prispevkov 3. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo* (str. 72–76). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
13. Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
14. Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
15. Kobal, L. (2003). Končno sem rekla NE: kako vpliva miljejska psihoterapija na pomagajoče? V J. Bohak, M. Možina (ur.), *Kaj deluje v psihoterapiji: novejše raziskave njene uspešnosti. Zbornik prispevkov 2. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo* (str. 25–34). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
16. Kobal, L. (2004). *Ugotavljanje dejavnikov psihoterapevtskega odnosa: vpliv klientovih in psihoterapevtovih implicitnih odnosnih shem*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
17. Kobal, L., Možina, M. (2004). Razvijanje systemske kompetentnosti in systemske psihoterapije v okviru društva Odmev. V J. Bohak, M. Možina (ur.), *Kompetentni psihoterapevt. Zbornik prispevkov 3. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo* (str. 19–28). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
18. Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy*. New York: Basic Books.
19. Madanes, C. (1982). *Strategic Family Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
20. Madanes, C. (1984). *Behind the One-way Mirror: Advances in the Practice of Strategic Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
21. Maturana, H., Varela, F. (1998). *Drevo spoznanja*. Ljubljana: Studia Humanitatis.
22. Možina, M. (1993). School of Psychotherapy Cybernetics introduces itself: Effective organization of effective psychotherapy. *Psychiatria Danubina*, 5, 63–68.
23. Možina, M. (2002). Can we remember differently? A case study of the new culture of memory in voluntary organisations. *International Journal of Social Welfare* (11), 310–320.
24. Možina, M. (2003). Mnogo ljudi je prekratkih v doživljanju življenjskih sokov. V J. Bohak, M. Možina (ur.), *Kaj deluje v psihoterapiji: novejše raziskave njene uspešnosti. Zbornik prispevkov 2. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo* (str. 149–151). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
25. Možina, M. (2004). Stalna skupnostna skrb za uporabnike psihiatrije: prikaz primera. *Soc. delo*, 43, (2/3), 87–104.
26. Možina, M. (2005). Prispevek systemske psihoterapije k sodobnim tokovom v psihoterapiji. V: Bohak J, Možina M, ur. *Sodobni tokovi v psihoterapiji: od patogeneze k salutogenezi. Zbornik prispevkov 4. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 8-24.
27. Možina, M., Kramer, M. (2002). Reka življenja; prikaz modela systemske družinske terapije po Petru Nemetschku. V J. Bohak, M. Možina (ur.), *Dialog: zbornik prispevkov 1. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo* (str. 56–67). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
28. Možina, M., Solarovič, J. (2003). Systemska psihoterapija je učinkovita in uspešna. V J. Bohak, M. Možina (ur.), *Kaj deluje v psihoterapiji: novejše raziskave njene uspešnosti. Zbornik prispevkov 2. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo* (155–173). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
29. Možina, M., Šugman Bohinc, L. (2004). Systemska psihoterapija hudih in ponavljajočih se duševnih motenj. V Avberšek e tal. (ur.), *Psihosocialna rehabilitacija*

- (110–117). Ljubljana: Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje.
30. Nemetschek, P. (2003). »Ko bom velik-a!« Vsakdanji trans in družinskoterapevtsko delo z otroki in starši. V J. Bohak, M. Možina (ur.), *Kaj deluje v psihoterapiji: novejšje raziskave njene uspešnosti. Zbornik prispevkov 2. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo* (181–200). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
 31. Orlinsky, D. E., Howar, K. I. (1987). A Generic Model of Psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6–27.
 32. Rosen, S. (1982). *My Voice Will Go With You: The Teaching Tales of Milton H. Erickson*. New York: Norton.
 33. Rossi, E. L. (ur.) (1980). *Innovative Hypnotherapy by Milton H. Erickson: The Collected Papers of Milton Erickson on Hypnosis*. New York: Irvington.
 34. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611.
 35. Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316–331.
 36. Saleebey, D. (2002). *The Strengths Perspective in Social Work Practice*. Boston: Allyn and Bacon.
 37. Satir, V. (1995). *Družina za naš čas*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
 38. Schiepek, G. (1993). Systemorientierte Psychotherapie. *Psychotherapie Forum* 1, 8–16.
 39. Schiepek, G. (2001). Ordnungswandel in komplexen dynamischen Systemen: Das systemische Paradigma jenseits der Therapieschulen. *Hypnose und Kognition*, 18, 89–117.
 40. Schiepek, G. (2004). *Neurobiologie der Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
 41. Schiepek, G., Cremers, S. (2002). Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. V H. Schemmel, J. Schaller (ur.), *Ressourcen: ein Hand- und Lesebuch*. Tübingen: DGVT.
 42. Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
 43. Schlippe, A. V., Schweitzer, J. (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
 44. Shazer de, S. (1995). *Der Dreh*. Heidelberg: Carl Auer.
 45. Solarovič J (2004). Sistemska psihoterapija v Nemčiji. V J. Bohak, M. Možina M (ur.) *Kompetentni psihoterapevt: zbornik prispevkov 3. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo* (str. 143–151). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
 46. Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
 47. Stern, D. N. (1995). *The Motherhood Constellation*. New York: Basic Books.
 48. Stern, D. N. (1997). *Diary of a Baby*. New York: Basic Books.
 49. Šugman Bohinc, L. (2003). Kibernetika konverzacije – o spreminjanju razumevanja sebe in drugega skozi razgovor. V J. Bohak, M. Možina (ur.), *Kaj deluje v psihoterapiji: novejšje raziskave njene uspešnosti. Zbornik prispevkov 2. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo* (str. 35–44). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
 50. Trampuž, D., Breclj Kobe, M. (2004). Sistemska/družinska /psihoterapija – kako začeti? V J. Bohak, M. Možina (ur.), *Kompetentni psihoterapevt: zbornik prispevkov 3. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo* (str. 77–79). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
 51. Velikonja, V., Grgurevič, J., Žemva, B. (ur.) (1995). *Izkustvena družinska terapija – teorija in praksa v Sloveniji*. Ljubljana: Quatro.

52. Willi, J. (1999). *Ecological Psychotherapy*. Seattle/Bern, Hogrefe & Huber.
53. Wynne, L. C. (1996). Systemkonsultation bei Psychosen: Eine bio-psycho-soziale Integration systemischer und psychoedukativer Ansätze. V A. Retzer (ur.), *Die Behandlung psychotischen Verhaltens* (str. 44–72). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.