

KLINIČNA PSIHOLOGIJA, PSIHIATRIJA IN PSIHOTERAPIJA: SODELOVANJE ALI RAZHAJANJE?

Peter Praper, Gorazd Mrevlje

POVZETEK

Psihoterapija je eno redkih izrazito transdisciplinarnih področij. Ali to pomeni, da je vsakdo poklican, da deluje na tem pomembnem strokovnem polju? Nekdaj je morda res veljalo, da lahko vplivajo na druge ljudi psihoterapevtsko zdravilno karizmatične osebnosti, oborožene bolj z močjo sugestije kakor z znanjem. Vse do danes je v psihoterapevtskem procesu težko ločiti med placebom in zares zdravilnimi dejavniki. Hkrati pa je ravno tukaj ločnica med laično "psihoterapijo" in znanstveno utemeljeno poklicno psihoterapevtsko prakso.

Danes psihoterapijo strokovno izvaja psihoterapevt z ustrežno psihoterapevtsko izobrazbo in usposobljenostjo, ki si jo je pridobil vsaj v eni od priznanih psihoterapevtskih šol. Kazalo je, da bo vodilo v krizo to, da so različne šole, zato da bi se diferencirale, med seboj zaostrovale konflikte in da bomo kmalu imeli toliko psihoterapij, kolikor je šol. Toda v zadnjih dveh desetletjih vodi razvoj v vse bolj intenzivno integracijo med psihoterapevtskimi pristopi.

Kakšna vloga pri tem pripada klinični psihologiji in psihiatriji? Je vstop v psihoterapevtsko izobraževanje in usposabljanje potrebno omejiti na ta poklicna profila? Najbrž ne, vendar predstavljata klinična psihologija kot aplikativna znanost in psihiatrija s številnimi znanstvenimi disciplinami, ki obdajajo medicino, tisti temeljni matriks znanj, iz katerih se je psihoterapija

kot znanstveno utemeljena strokovna praksa rodila. Zato prav od klinične psihologije in psihiatrije pričakujemo, da bosta oblikovali vstopne kriterije za edukacijo in usposabljanje na polju profesionalne psihoterapije.

ABSTRACT

Psychotherapy is one of the most typically transdisciplinary organized professions. Does it mean that anybody can be welcomed to work in this field? In the past charismatic persons were perhaps more effective because of their suggestive approach rather than because of their knowledge. Even nowadays it is quite difficult to differentiate placebo from real therapeutic factors but on the other hand or, in other words, to differentiate between nonprofessional and professional psychotherapies. More than that: there is a developmental line between nonprofessional "psychotherapies" and the scientifically founded psychotherapy.

Nowadays a professional is educated and trained in at least one of the accepted psychotherapeutic schools. For a while it seemed that we have as many psychotherapies as we have schools, but last two decades belonged to intensive integrative process of different approaches.

Another delicate question, arising especially in Europe is, whether only clinical psychologists and psychiatrists, or maybe somebody else is called to enter the education and training to become psychotherapist. However, clinical psychology as an applied scientific discipline and psychiatry with the number of medical sciences represent the basic matrix of the knowledge from which psychotherapy as the scientifically founded professional field was born. This is the body of knowledge nowadays representing entering criteria for education and training of future autonomous psychotherapists.

UVOD

Za uvod bi si lahko zastavili vprašanje ali obstajata psihoterapija in strokovnjak na tem poklicnem področju - psihoterapevt.

Današnjemu stanju gotovo bolj ustreza ocena, da imamo več psihoterapij, ki jih prakticirajo dodatno izobraženi psihiatri, klinični psihologi, vse bolj tudi socialni delavci, tu in tam pa tudi kakšen filozof, sociolog, pedagog ali teolog. Večina pripada nekim psihoterapevtskim šolam. Pripada je kar pravijši izraz, saj velikokrat ni v ospredju vprašanje, kako in kakšno izobraževanje ter usposabljanje so opravili, ampak gre prej za to, s katerimi šolami oziroma skupinami se identificirajo.

Je psihoterapija potemtakem v krizi ali ne? Gotovo povzroča krizo to, da si različne šole iščejo svoje mesto tako, da težijo v konflikt z drugimi, da bi se diferencirale. Za temi konflikti modelov in pristopov se pogosto skrivajo tudi konflikti med poklicnimi profili, oziroma strokami, iz katerih ljudje nadaljujejo psihoterapevtsko šolanje in usposabljanje. Če je med modeli oziroma paradigmi referenčna - torej tista, ki ji eni želijo pripadati ali vsaj biti podobni, drugi pa nikakor ne pripadati in ne biti podobni - psihoanalitična paradigma, sta med poklicnimi profili referenčna predvsem poklica zdravnik psihiater in specialist klinične psihologije. Oba naj bi po svoji naravi v okvir svojega poklicnega dela vključevala neko generično obliko psihoterapije.

Ni tako dolgo tega, ko je bila meja med oblikami profesionalne in neprofesionalne psihoterapije še zelo zabrisana. Pravzaprav niso obstajali tehtni razlogi, da bi jo zaostrovali. Uporabniki psihoterapije, ki so si to storitev v razvitem svetu tudi sami plačevali, so si pač poiskali nekoga, ki so mu lahko verjeli in zaupali. Poleg tega raziskave učinkov psihoterapije celo v zadnjem času, tudi v prvi polovici devetdesetih let, niso dajale prednosti profesionalnim psihoterapevtom pred neprofesionalnimi (Erwin, 1997). Kaže pa, da gre pri tem prej za krizo raziskovanja v psihoterapiji kot za krizo psihoterapije same. Šele v zadnjih letih so se pojavile metodologije, ki jim uspeva ločiti dejanske učinke psihoterapije od učinkov placeba. Kaže, da je v psihoterapiji še vedno pomembnejše ali vsaj tako pomembno to, v kar verjameš, kot to, kar veš, in to velja tako za uporabnike kot za psihoterapevte same.

PREHOD NA PROFESIONALNO PSIHOTERAPIJO

Naj se sliši še tako banalno, vendar je dejstvo, da je najmočnejši rez med profesionalno in neprofesionalno psihoterapijo zarezal denar. Ko so pričeli sistemi zdravstvenega zavarovanja iz denarja državnih proračunov ali zavarovalniških skladov plačevati psihoterapevtske storitve podobno kot (ostale) zdravstvene storitve, so hkrati psihoterapijo bolj namenili tistim oz. jo omejili na tiste, ki jih je bilo mogoče v okviru medicinsko fiziološke paradigme prepoznati za bolne. Hkrati pa so se naslonili bolj na psihoterapevte z medicinsko predizobrazbo in od njih zahtevali vzročno zdravljenje z dolgotrajnejšimi učinki, ne le sugestivno lajšanje stiske. Izobraziti se, vedeti in znati je postajalo vse bolj pomembno. Vsi, ki so pomembno delovali na polju psihoterapije, so v nečem sledili psihoanalizi, ki si je prva zastavila za cilj vzročni tretma, postavila pa je tudi neke neke standarde edukacije, v katere so vključevali izobraževanje s področja teoretičnih znanj, delo pod supervizijo in osebno izkušnjo.

V zadnjem stoletju so se skozi konceptualizacijo izkušenj izbistrile nekatere osnovne paradigme, ki so danes relevantne za psihoterapijo. To so:

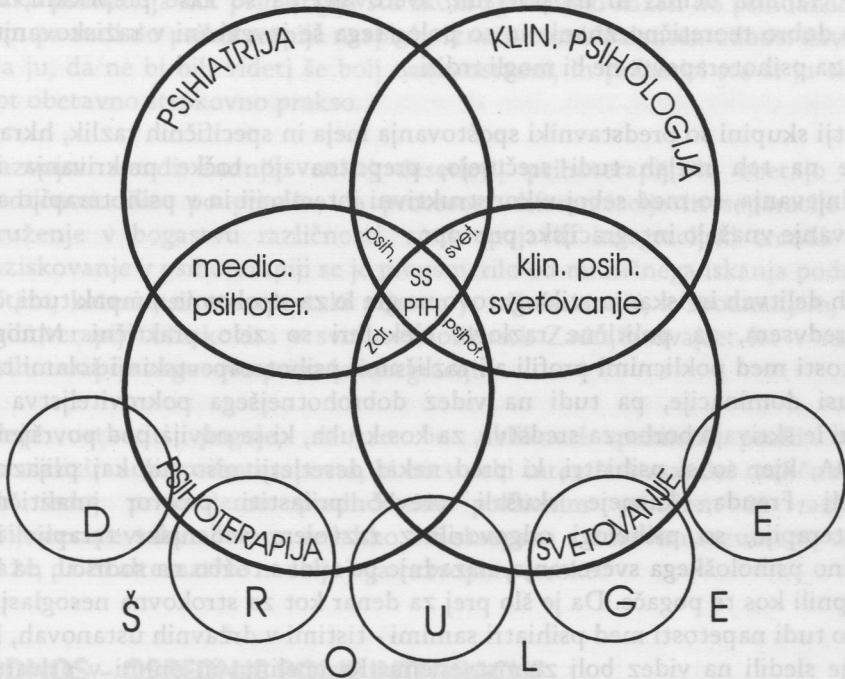
- psihoanalitična paradigma, ki se nadaljuje v medosebno in razvojno procesno;
- paradigme učenja, ki se nadaljujejo v teorijo socialnega učenja in mediacijsko teorijo, v zadnjem času tudi v kognitivno paradigmo, ki postaja že sama po sebi pomembna;
- humanistično eksistencialna paradigma ali "tretja smer";
- medicinsko fiziološka in ne nazadnje
- sistemska paradigma.

Žal se tudi v izgradnji strukture teoretičnih znanj odraža iskanje identitete psihoterapevtov na kontraodvisni način. Pripadniki različnih smeri tudi paradigme zoperstavljajo drugo drugi, da bi zakoličili vsak svojo parcelo. Pri tem do danes nihče ni zmožal resno verificirati, katera od omenjenih paradigme je na splošno relevantnejša od druge.

DIFERENCIACIJA IN INTEGRACIJA

Tisto, kar danes ločuje profesionalno psihoterapijo od neprofesionalne, je to, da je profesionalna znanstveno utemeljena. Zato se je prostor profesionalne psihoterapije skrčil na področje medicine in znotraj nje predvsem na

psihiatrijo, vendar z vso pahljačo znanosti, na katerih sloni medicina, in pa na področje psihologije, znotraj nje predvsem na klinično psihologijo kot aplikativno znanost. Res je psihoterapija prostor z delno odprtimi vrati tudi za druge profile, predvsem pa predstavlja široko strokovno področje, ki se v dobri meri prekriva s sorodnim strokovnim področjem, to je svetovanjem.



Za razumevanje odnosov med temi vsebinami je potrebno poznati tako točke spajanja kot specifične razlike. To pa nikakor ni lahko. Ko primerjamo definicije, stališča in pristope, se nam oblikujejo tri različne skupine mnenj in stališč:

V prvi so tista, ki vsa štiri območja domala zlivajo, češ da gre za strokovno delo z ljudmi, pomoč tistim, ki so v psihičnih stiskah. Ne glede na to, ali jih imenujemo klienti ali pacienti, se ti ljudje med seboj ne razlikujejo glede na to, h komu in v kakšen proces hodijo.

V drugi skupini so zagovorniki poudarjanja razlik, tisti, ki zavračajo pristajanje na podobnosti. Psihatri za druge trdijo, da nimajo nujnih znanj iz psihopatologije, nevrofiziologije in še česa drugega, da niso poklicani, da bi ocenili, kdo je zdrav in kdo bolan, in da ne morejo zdraviti obolelih. Psihologi sodijo, da drugi ne obvladajo teorij osebnosti, nimajo znanj o človekovih psihičnih funkcijah in razvojnih procesih. Psihoterapevti ocenjujejo, da svetovalci ne obvladajo teorije, nimajo osebne izkušnje, delajo s kratkotrajnimi učinki in na površini, svetovalci pa so zase prepričani, da imajo dobro teoretično znanje in so poleg tega še izvežbani v raziskovanju, česar za psihoterapevte ne bi mogli trditi...

V tretji skupini so predstavniki spoštovanja meja in specifičnih razlik, hkrati pa se na teh mejah tudi srečujejo, prepoznavajo točke prekrivanja in dopolnjevanja, so med seboj v konstruktivni interakciji in v psihoterapijo ali svetovanje vnašajo integracijske pristope.

Pri teh delitvah in iskanju stika gotovo ne gre le za strokovne, ampak tudi, če ne predvsem, za politične razloge. Nekateri so zelo praktični. Mnoge napetosti med poklicnimi profili ali različnimi psihoterapevtskimi šolami ter poskusi dominacije, pa tudi na videz dobrohotnejšega pokroviteljstva v resnici le skrivajo borbo za sredstva, za kos kruha, ki se odvija pod površjem. V ZDA, kjer so si psihiatri, ki pred nekaj desetletji niso nič kaj prijazno sprejeli Freuda, kasneje skušali preveč prilastiti prostor analitične psihoterapije, so psihologi odgovorili z razvojem vedenjske terapije in klinično psihološkega svetovanja, nazadnje pa tudi s tožbo na sodišču, da bi odšchipnili kos te pogače. Da je šlo prej za denar kot za strokovna nesoglasja, kažejo tudi napetosti med psihiatri samimi - tistimi v državnih ustanovah, ki so raje sledili na videz bolj znanstvenemu Kraepelinu, in onimi v privatni praksi, ki so, da bi preživel, razvili dinamično psihiatrijo. Ta obrat na ekstras hospitalne paciente je od njih terjal vse bolj poglobljena psihoterapevtska znanja.

Nekateri drugi razlogi teh delitev in konfliktov so globlji in kompleksnejši. Poklicna identiteta je pomemben del osebne identitete. Iskanje referenčnih skupin, naj je še tako adolescentno, se pogosto vtihotapi v funkcioniranje drugih skupin, posebno če se oživljajo prastrahovi pred izgubo identitete. Zlivanja na eni strani in kontraodvisni razcepi ter sumničenja na drugi se pogosto vpletajo v borbo za teritorij med različnimi profili in različnimi šolami. To velja tudi za psihiatrijo in psihologijo kot stroki. Prva si je med somatsko usmerjenimi, na videz bolj znanstveno utemeljenimi specialnostmi

v medicini le s hudimi napori uspevala pridobiti približno enakopraven položaj. Druga, ki je malo doma med naravoslovnimi, malo med humanističnimi, malo med družbenimi vedami, velikokrat pa nikjer, bi klinično psihologijo mnogokrat uvrstila kar med medicinske discipline. Notranje napetosti se pogosto prenašajo navzven in se pojavljajo kot napetosti med strokami, da bi bil v domači hiši mir.

Tako psihiatrija kot psihologija sta skozi zgodovino kazali do psihoanalize, s tem pa tudi do psihoterapije nasploh, izrazito ambivalenten odnos: zavračali sta ju, da ne bi bili videti še bolj neznanstveni, in prilastiti sta si ju skušali kot obetavno strokovno prakso.

Razvojni trendi zadnjih nekaj desetletij psihoterapiji le obetajo lepšo bodočnost. Kot po pravilu, da procesom diferenciacije in separacije sledi druženje v bogastvu različnosti, so se pojavili integracijski trendi. Tudi raziskovanje v psihoterapiji se je preusmerilo od mrzličnega iskanja podatkov o tem, kateri psihoterapevtski pristop je učinkovitejši, k spoznanjem, da je psihoterapija učinkovita v svoji raznolikosti. Zadnjih dvajset let v razvoju psihoterapije zagotovo pripada integraciji.

Ideja ustvariti pogoje, da se bo oblikoval poklicni profil visoko specializiranega psihoterapevta, ki bo v sebi integriral vsaj del različnosti, ki jih sedaj pripisujemo predhodnim poklicnim profilom in različnim psihoterapevtskim šolam, se lahko zdi skregana z zdravim razumom, vendar kaže, da ni alternative nadaljnega razvoja te stroke.

ODNOS - OSREDNJE POLJE INTEGRACIJE

V psihoterapiji ponovno odkrivamo tisto, kar je znano že od časov Hipokrata in Galena - da imata odnos in povezanost med ljudmi osrednje mesto v zdravlilstvu.

Odnos je tako specifičen človeški fenomen, da mu mnogi filozofi, psihologi, sociologi, antropologi in drugi posvečajo veliko prostora. Zgodnji (predvsem družinski) odnosi omogočajo otroku, da postane človek, lahko pa naredijo tudi občutno škodo. Odnos med zdravnikom in bolnikom, tako podrobno preučevan v psihiatriji in medicini nasploh, še posebej pa v psihoterapiji, naj bi ustvarjal polje korekcije bolezni ali motenosti, ki je nastajala nekoč v patogenih odnosih. Splošno je znano, da imajo lahko že običajni medčloveški

odnosi terapevtsko vrednost. Struktura religij nadaljuje mrežo družinskih in rodbinskih varovalnih in kontrolnih odnosov v višji moralni red suportivnih odnosov.

Psihoterapevtski odnos se razlikuje le po tem, da predstavlja dandanes izkušnje in znanstveno ugotovljene terapevtske dejavnike odnosa, povezane v strukturo terapevtske delovne aliance.

Danes morda še ne moremo govoriti o enem psihoterapevtskem odnosu ne glede na psihoterapevtsko šolo oziroma temeljni poklicni profil. Velikokrat nastajajo razlike tudi zato, ker se psihoterapevti ukvarjajo z različnimi pacienti in uglasijo odnos na njihove značilnosti. Psihiatrija in klinična psihologija tudi vsaka zase pokrivata neko polje, v katerem prakticirata neko generično (kot pravijo Britanci) psihoterapijo - prvi medicinsko, drugi psihološko psihoterapijo. Podobno bi lahko obema pripisali neko izvorno svetovanje - zdravstveno in psihološko svetovanje. Takšna psihoterapija ali svetovanje bosta verjetno vedno imela svojo vlogo, le vedeti je treba, da ima odnos v neki instituciji oziroma z ljudmi v belem plašču nekatere specifične karakteristike. Od sedemdesetih let dalje pa v Evropi postopoma sledimo svežim idejam: razviti samostojno poklicno polje psihoterapije, ki bi presegala dosedanja nivo generičnih psihoterapij v okviru drugih specialnosti in bi sama po sebi predstavljala specialnost ali subspecialnost. Tako se vse bolj uveljavljajo tisti, ki si prizadevajo za skrbno integracijo različnih znanj v strukturo psihoterapevtskih znanj na ta način, da ne ustvarjajo ene zlitine brez prepoznavnih specifičnih razlik.

Če kje, potem obstaja konsenz med različnimi psihoterapevtskimi pristopi ravno glede tega, da je temeljnega pomena odnos, ki omogoča klientu pozitivno spremembo.

Raziskovanje učinkovitosti različnih terapevtskih pristopov je pokazalo le to, da ne daje jasne prednosti nobenemu od njih. "Vsi so zmagali in vsi zaslužijo medalje", pravi Luborski s sodelavci (1975).

Terapevtske dejavnike najdemo tako v terapevtu in njegovi poklicni usmeritvi kot v klientu, predvsem pa v njunem medosebnem odnosu. Clarkson (1994) navaja mnoge raziskovalce, ki so poudarjali, da je odnos med terapevtom in klientom mnogo pomembnejši dejavnik kakor pristop oziroma tehnika sama. Medosebnost psihoterapije, prej implicitna, postaja s tem ekspliciten in pogosto raziskovan terapevtski dejavnik. Pred nekaj desetletji

so bile običajne razprave o tem, ali naj bo psihoterapevt v odnosu tak, kakršen je kot osebnost, ali mora odnos profesionalno uravnjavati in dozirati. Danes je gotovo, da je psihoterapevt profesionallec, ki specifično izobražen in izvežban gradi odnos psihoterapevtske delovne aliance.

Kahn (1991) meni, da je psihoterapevtski odnos tako pomemben, da mora psihoterapevt tudi živeti skladno z nekaterimi temeljnimi pravili psihoterapije. Tako ne more opustiti meje in dovoliti, da bodisi sam stopi v življenje pacienta ali pacientu dopustiti, da stopi v njegovo zasebno življenje kot prijatelj ali ljubimec. Celó s svojci ne sme načenjati pogovorov o svojem poklicnem delu, ki bi lahko odstrli tudi najmanjši delček zaupnosti. Mnogi pacienti bi to doživeli kot izdajstvo. Najmanjše variacije v odnosu so hkrati že variacije v psihoterapiji. Drugi razlog, zakaj je psihoterapevt tako pozoren na odnos, je v spoznanju, da je odnos močan terapevtski dejavnik. Kahn meni, da je morda celo najmočnejše terapevtsko orodje od vseh sredstev. Sklicuje se na svojega učitelja, ki je dejal, da je odnos v resnici terapija sama.

Clarkson (1994) navaja pet vrst psihoterapevtskega odnosa, pet modalitet, ki jih najdemo v vsakem psihoterapevtskem pristopu, ne glede na to, ali neka psihoterapevtska šola to upošteva ali ne. Te modalitete so: delovna aliansa, transferno kontratransferni odnos, reparacijsko razvojno usmerjeni odnos, jaz-ti (vi) odnos in transpersonalni odnos.

Terapevtska delovna aliansa

Zajema esencialno modaliteto psihoterapevtskega odnosa. Označuje analitični delovni odnos, tisto kvaliteto, ki nastaja med pacientom in terapevtom tukaj in sedaj ter temelji na racionalnem, observirajočem delu ega pacienta in na analizirajočem egu terapevta, pri čemer sta oba dogovorjena, da z analitičnimi predelavami bolečih vsebin v doživljanju pacienta izpeljeta terapevtski proces (Praper, 1996, str. 247). Vseeno je, ali temu rečemo drugače; na primer v transakcijski analizi bi rekli, da je terapevtska delovna aliansa dogovor med odraslim v psihoterapevtu in odraslim v pacientu - klientu. To je v bistvu tisti del odnosa, ki omogoča raziskovanje oziroma klientu samoraziskovanje celo odnosa samega, kadar na primer vnaša transferne vsebine.

Griffith (1990) (po Clarkson, 1994) je z raziskavami pokazal, da je terapevtska delovna aliansa potrebna celo v praksi splošnega zdravnika, še posebej ko pacient iz nezaupanja po svoje odreja jemanje zdravil. Skupno

vsem pomembnejšim psihoterapevtskim pristopom in šolam je to, da modaliteto alianse razumejo kot odkrivajoč, prospektivno naravnani odnos, ki pa je zgrajen na temelju emocionalne naklonjenosti neposredne toplote, primerne empatije terapevta in na soglasju med terapevtom in pacientom.

Transferno kontratransferni odnos

Je modaliteta odnosa, o kateri se je psihoanalitična literatura najbolj razpisala in ga tudi ekstremno dobro obravnavala kot sredstvo terapije. Druge šole so včasih ravno ta vidik odnosa zavračale, da bi se razlikovale od psihoanalize. Transferne vsebine so podrejene dvema prenosoma:

- od primarnih objektov na kasneje v življenju prisotne osebe, ki omogočajo elemente objektnega odnosa in
- iz infantilnega obdobja v odraslost, ne da bi se psihična vsebina kaj prida spremenila. Zato transferne vsebine prepoznamo po specifični nezrelosti.

Že Freud sam je psihoanalizo prej kot zdravljenje videl kot poskus razumeti. Zato se je zavzemal za terapevtov "nevtralni" odnos, v katerem bi klient lahko izrazil, prepoznal in končno razumel transferne vsebine, preko njih pa tudi v infantilnem obdobju ponotranjene konflikte. To je tisto, kar Laplanche in Pontalis (1988) vidita kot par excellence analitično situacijo. Skozi transfer se izrazijo infantilni prototipi, pacient jih ponovno silovito doživi v originalni infantilni obliki senzacije in hkrati kot odrasli zazna nelogičnost te silovitosti. To mu daje možnost predelave nekoč doživetih vsebin. Psihoterapevtske šole, ki deklarativno ne vključujejo analize transferja, pogosto ne morejo mimo tega. Na primer, v transakcijski analizi hkrati, ko nočejo biti historični, pravijo: "Kadar se zgodi, da pacient iz ego stanja otroka skuša izzvati očeta oziroma mater v terapevtu, ga terapevt s tem konfrontira."

Pri delu na transfernih vsebinah pacienta smo spoznali, kako neločljivo je s transferjem pacientovih vsebin prepleten tudi kontratransferni odgovor terapevta v vsej svoji spremenljivosti. Klasična definicija zato kontratransfer vidi kot terapevtovo iracionalno reakcijo na transferne vsebine pacienta, sodobnejše definicije pa vse bolj vključujejo kakršno koli vnašanje infantilnih vsebin terapevta v terapevtski odnos. Kontratransfer lahko tako usodno oškoduje terapevtski proces, da je danes z visoko stopnjo konsenza med različnimi šolami v standarde in normative edukacije kot enakovredni del vnešena supervizija.

Reparacijsko - razvojno usmerjeni odnos

Je tista modaliteta odnosa, ki v psihoterapiji vse bolj uveljavlja razvojno-procesno pradiɡmo. V celotnem psihoterapevtskem odnosu nastaja ta sestavina iz prevladujočih pričakovanj pacienta in količine oskrbovanja s strani terapevta. Kadar na maligno regresivna pričakovanja in reparacijske zahteve pacienta, ki ponuja svojo vlogo majhnega, ubogega in žrtve, terapevt odgovori s pretiranim oskrbovanjem iz svoje potrebe dobre matere ali rešitelja, je ta odnos izjemno destruktiven. Razvojno usmerjeni odnos hkrati z empatijo vključuje tudi optimalno frustracijo, podporo pacientovi aktivnosti.

Velika večina psihoterapevtskih pristopov pozna danes koncepte "odnosa glede na razvojne potrebe". Z vso upravičenostjo lahko govorimo o konceptu "za razvojno fazo specifičnega odnosa", kjer sta stopnja gratifikacije in frustracije uglašeni na pacientov razvojni proces oziroma razvojne potrebe. Terapevt v začetnih ali regresivnih fazah pacientu, ki je nezaupljiv in se še ni "udomačil" v terapevtskem odnosu, nudi več razumevanja, sprejemanja, holdinga (Winnicott, 1958), simbiotične izkušnje (Mahler, 1975) in predvsem konstantnosti (Hartmann, 1956). Kasneje, ko je pacient konstantnost že ponotranil, okrepi frustracijo kot izziv in dodaja več podpore akciji, več vzpodbude.

Za razvojno fazo specifični odnos je veliko bolj kot ostale modalitete odnosa blizu odnosu starši - otrok, v katerem imajo pač starši, ki so že prehodili pot otroštva, možnost empatije za otrokove razvojne potrebe. To je še posebno pomembno pri delu s pacienti z razvojnimi deficiti ega. Zaradi tega je ponovno v ospredju spoznanje, da terapevt v procesu edukacije potrebuje lastno izkušnjo, tudi če prakticira vedenjsko ali kognitivno terapijo.

Jaz - ti (vi) odnos

Iz humanistično eksistencialne tradicije prihajajo opozorila, da je terapevtski odnos hkrati vedno tudi realen, aktualen odnos med dvema oseba. Ta modaliteta odnosa vključuje tiste zdravilne dejavnike, ki se tudi sicer odvijajo v vsakdanjih odnosih. Buber (1970) je opozoril, da kaže pravzaprav razlikovati nihanje odnosa jaz - vi, jaz - ti in jaz - tisto. Vsa psihoanalitična literatura pa o teh elementih odnosa govori kot o realističnem odnosu. Tudi v psihoanalizi so od Freuda dalje prepoznavali terapevtski pomen realnega medosebnega odnosa, hkrati pa opozarjali na upoštevanje etičnih načel. Zato

ni bilo vprašanje, ali nevtralnost in terapevtski odnos ali realen medoseben odnos. Nevtralnost ne izključuje realnega medosebnega odnosa in terapevt, ki odnos terapevtsko odmerja, nikakor ne "igra" lažne naklonjenosti in pristnosti, ampak iskreno, pošteno in naklonjeno ostaja eksplorativen in delovno profesionalen. Pacient potrebuje prav takšno obliko trdnosti terapevta, da bi v terapiji napredoval (Praper, 1996).

Brez temeljne naklonjenosti, razumevanja, tovarštva in tudi nekaj pomirjanja, podpore in pomoči bi eksplorativnost in delavnost ordinacije spremenila v raziskovalni laboratorij, toda brez eksplorativnosti in delavnosti bi srečanje ostalo le socialni dogodek z iskanjem in ponujanjem tolažbe.

Čprav terapevt ne sme prehitro razbiti pacientove idealizacije terapevta, tudi ni potrebno podpihovati iluzije grandioznosti in omniscientnosti (kar pravzaprav nakazuje šibkost). Bolj koristi, če se ne ustraši kakšnega svojega napačnega razumevanja ali slabosti. Tako tudi pacient zlahka sledi od medosebnega do transfernega, od fantazije do realnosti in spet drugam. Sullivan (1940) je mnenja, da aktualna osebna nota ne bo spremenila terapevtskega odnosa v socialno srečanje. Tudi Fairbairn (1952) meni, da je tisto, kar je še posebej zdravilno, resnično srečanje. Le znotraj dobrega medosebnega odnosa je mogoče odkrivati druge modalitete odnosa.

Morda so takšna mnenja na videz nasprotujoča Freudovim napotkom deloma tudi zato, ker v času, ko je on govoril o "pozitivnem" ali "negativnem" transferju - za njim pa so to posnemali Fenichel in drugi - transferja še niso ločili od terapevtske delovne alianse in Freud v bistvu govori o pristnem in realističnem odnosu med analizandom in analitikom. Zahteval pa je, da oba kot partnerja v terapevtskem procesu drug drugega izključita iz realistične življenjske situacije. To nazadnje ni nič drugega kot humanistično pravilo nevpletanja terapevta v klientovo realno življenje, ki izhaja že iz taoistične tradicije. To, skupaj s priporočilom, da terapevt ne prevzema nase odgovornosti za klientove odločitve, je postala skupna drža sodobnih terapij. S premikom od diadne modalnosti psihoterapije na skupinske in družinske oblike je to postalo samo še bolj prisotno in razumljivo.

Transpersonalni odnos

Vključuje v terapevtski odnos duhovno dimenzijo. Na to modaliteto opozarjata jungovska tradicija, pa tudi humanistično eksistencialna paradigma.

Mnogi pacienti v terapevtskem procesu dosežejo transcendenco samorazumevanja v filozofski smisel obstajanja. Takšen transpersonalni odnos jih postavlja izven časa, jih hkrati individualizira in vrača človeški vrsti. Tisto, kar jih povezuje z ostalimi, je sprejemanje vzajemnega nezavednega. To je nivo, ko potreba ozavestiti nezavedno ni več osrednja naloga terapije. Protislovno na eni strani opazimo, da potreba "narediti", "doseči", "doživeti" in podobno nekako kar usahne, pa vendar se niti pacient niti terapevt ali terapevtska skupina ne počutijo prazne, ampak polne in bogate v tem položaju, izraženem v eni sami starogrški besedi: Koinonia.

STANJE V SLOVENIJI

V bivši državi je Ljubljana poleg Zagreba in Beograda predstavljala enega od treh centrov izobraževanja na področju psihoterapije. Leta 1973 so se na prvem sestanku organizirali tudi edukatorji psihoterapije v Jugoslaviji.

V Združenju psihoterapevtov Jugoslavije je skupina slovenskih edukatorjev predstavljala tisti napredni del, ki se je pričel zavzemati za subspecializacijo iz psihoterapije. Na sestanku v Mataruških toplicah v Srbiji leta 1977, torej več kot pred dvajsetimi leti, so sprejeli tudi usmeritve programov, ki naj bi obsegali konzultacije, supervizijo in skupinsko didaktično analizo.

Na tretjem sestanku edukatorjev psihoterapije Jugoslavije, leta 1981 v Kranjski gori, smo slovenski predstavniki že razgnili predlog programa, ki je bil toplo sprejet, vendar ne brez skepse, ali bo tudi izvedljiv. Takrat smo prvič na glas izrekli idejo, ki je danes tako nova v Evropi - da je cilj pripeljati do verificiranega poklica psihoterapevta. Usmerjena specializacija naj bi se nadaljevala iz temeljnih specializacij iz psihiatrije ali iz klinične psihologije.

Tri leta kasneje (1984) so na sestanku edukatorjev v Zagrebu ugotavljali, da program ni stekel. Pričeli so razmišljati o vstopnih kriterijih in močno pod vplivom zagrebških razmer omejili vstop v usmerjeno specializacijo na zdravnike nevrologe, psihiatre ali pedopsihiatre, hkrati pa so potrdili supervizorje, med njimi tudi Leopolda Breganta, čeprav psihologa.

Od takrat naprej je vsaka republika skušala nadaljevati pot po svoje. Po več kot desetletju, prof. dr. Eduard Klajn meni, da je program, usmerjene specializacije, ki ga je pripravil slovenski del edukatorjev, bolj koristil Zagrebu kakor Ljubljani, ki ni izpeljala niti ene same usmerjene specializacije.

Danes smo ponovno na razpotju. Želimo se vključiti v evropske tokove, kjer so izjemno aktualna stališča, kakršna smo pri nas pričeli oblikovati leta 1981. Naj jih zajamem v nekaj točkah Strasburške deklaracije iz leta 1990:

Psihoterapija je samostojna znanstvena disciplina, psihoterapevtsko delo predstavlja samostojen in svoboden poklic.

Psihoterapevtsko izobraževanje se opravlja na visoki, kvalificirani in znanstveni ravni.

Raznovrstnost psihoterapevtskih metod je omogočena in zajamčena.

Popolna psihoterapevtska izobrazba obsega teorijo, lastno izkušnjo in prakso pod supervizijo. O drugih psihoterapevtskih postopkih si je potrebno pridobiti zadostna znanja.

Dostop do izobrazbe je mogoč preko različnih predizobrazb, zlasti preko humanističnih in socialnih znanosti.

ZAKLJUČEK

Po opisanem poudarku na naravi odnosa se lahko pridružimo tistim, ki menijo, da teoretični model sam zase, še manj pa obvladanje tehnik vseeno nimata takšnega vpliva, da bi psihoterapevt moral do podrobnosti znati in obvladati tudi tisto, za kar ne najde korenin v lastnem opažanju in izkušnjah. Ni utemeljenih razlogov, da bi moral sprejeti postmoderne epistemologije, ki so danes pač popularne. Vse pomembnejšo vlogo ima eksperimentalno raziskovanje, ki ga je težko umestiti v ta prostor, vendar ne nemogoče. Razkrinkalo je že marsikatero psevdoteorijo in psevdoterapijo, odkar mu uspeva tisto, kar je v psihoterapiji zares težko - kontrolirati placebo. Na drugi strani pa odkriva skupne terapevtsko relevantne dejavnike in odpira vrata nekaterim psihoterapijam, ki še niso dosegle standardov.

Avtorja ne bi želela, da bi ta prispevek izzvenel kot navijanje za eno vseobsegajočo psihoterapijo. Verjameva, da imajo generične psihoterapije - kot medicinska psihoterapija v psihiatriji in psihološka psihoterapija v klinični psihologiji - svoje mesto in da bodo vedno obstajali različni pristopi z različnimi poudarki, saj so tudi ljudje, ki vstopajo v psihoterapijo, in tisti, ki jo izvajajo, različni ljudje. Zato bodo še naprej obstajale različne šole, različni

koncepti, različne izkušnje in različne supervizije. Vendar pa je pomembno, da vsak educirani psihoterapevt združi v sebi znanje, lastno izkustvo in supervizijo kot model učenja.

Poznavanje razlik preprečuje konfuzno uporabo pristopov, kakršna tudi klientom ne bi več omogočala izbora, terapevtom pa bi zameglila jasnost pogleda. Hkrati pa je integracija te raznolikosti tisto, kar nastaja z asimilacijo multiplosti pogledov. Ta proces pa logično vodi v nadgradnjo, do poklica visoko specializiranega psihoterapevta. Tako nastaja eden redkih zares transdisciplinarnih prostorov. V tem prostoru psihiatrija in klinična psihologija nista in ne bosta edini, sta in bosta pa nepogrešljivi. Psihiatrija varuje psihoterapevte pred zanemarjanjem biološko fizioloških aspektov psihičnih motenj, hkrati pa vrača v somatsko medicino spoznanja, da telesnega dogajanja ni mogoče povsem ločiti od duševnih, duhovnih, razvojnih in socialnih komponent. Klinična psihologija prenaša v psihoterapijo prenaša bogata znanja teorij osebnosti, razvojne psihologije in - kar je še posebej pomembno - raziskovalne metodologije. Pri oblikovanju programov izobraževanja visoko specializiranega psihoterapevta bosta prav psihiatrija in klinična psihologija bistveno določali strukturo znanj, ki bodo predstavljala vstopne kriterije za vse profile, ki se bodo podajali na dolgo pot edukacije za poklic psihoterapevta.

Avtorja se zavedava, da je tudi ta prispevek na prvi pogled sam po sebi protisloven. Ustavlja se ob različnih pristopih, različnih paradigmah, elementih terapevtskega odnosa, razplete pa se v eno, tisto, kar ima tisoč obrazov, pa je kljub temu psihoterapija, samostojna disciplina, ki je sama zase prepoznavna kot specifična oblika medsebojnega vplivanja. Danes se ustavljamo ob istih temeljnih vprašanjih, ne glede na to, skozi katera vrata (predhodni poklicni profil ali psihoterapevtsko šolo) vstopamo vanjo. Razumljivo je, da ta mozaik zagledamo šele, ko se prenehamo igrati s posameznimi kamenčki. Kamenčki se med seboj seveda razlikujejo po obliki in barvi. Zelo pomembno je, da te razlike upoštevamo, ko sestavljamo mozaik. Vendar, ko se pokaže vsa njegova podoba, posamezni kamenčki niso več tako pomembni.

Tudi v integraciji, ki se bistveno razlikuje od eklekticizma, pri katerem pogosto vse kamenčke stlačimo v eno vrečo, je nekaj transpersonalnega.

VIRI

1. Buber M. (1970). I and Thou. Edinburgh: T&T Clarc.
2. Clarkson P., Pokorny M. (1994). The Handbook of Psychotherapy. London, New York: Routledge.
3. Erwin, E. (1997). Philosophy and Psychotherapy. London: Sage Publications.
4. Fairbairn W. R. D. (1952). Psycho-analytic Studies of the Personality. London: Tavistock.
5. Griffith S. (1990). A Review of the Factors Associated with Patient Compliance and the Taking of Prescribed Medicines. British Journal of General Practice 40: 114-16.
6. Kahn M. D. (1991). Between the Therapist and Client: The New Relationship. New York: W. H. Freeman.
7. Laplanche J., Pontalis J. B. (1988). The Language of Psycho-analysis. London: Karnac.
8. Luborsky L., Singer B., Luborsky L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies. Archives of General Psychiatry 32: 995-1008.
9. Praper P. (1996) Razvojna analitična psihoterapija. Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo.
10. Sullivan H. S. (1940). Conception of Modern Psychiatry. New York: Norton.
11. Report of the EFPPA Task force on Psychotherapy (1997). Neobjavljeno, dostopno na Društvu psihologov Slovenije.