

## ***Shema za opazovanje in izvajanje učinkovite psihoterapije utemeljena na psihoterapevtski znanosti***

### *Scheme for observing and implementing effective psychotherapy based on the psychotherapy science*

#### **Povzetek**

**S**hema za opazovanje in izvajanje učinkovite psihoterapije sem kot učitelj razvijal od leta 1991 do danes, da bi edukantom sistemske psihoterapije olajšal razumevanje in oblikovanje terapevtskega procesa s pacienti. V shemo sem integriral naslednje teoretične koncepte: ključne dejavnike učinkovite terapije po Lambertu (pacientovo življenje, skupne dejavnike, terapevtove značilnosti in terapevtske tehnike), Grawejeve smernice za načrtovanje psihoterapije in za oblikovanje terapevtskega procesa, k rešitvam in virom usmerjeno sistemsko psihoterapijo, hipnozo in čuječnost, vzpostavljanje stika in razvijanje terapevtskega delovnega odnosa oz. terapevtske aliance, Sternovo teorijo intersubjektivnosti in prisotnosti ter sinergetična načela. Shema je lahko uporabna v psihoterapevtskem izobraževanju ne glede na psihoterapevtski pristop, saj integrira spoznanja psihoterapevtske znanosti, ki so transdisciplinarna in metateoretična.

#### **Ključne besede**

psihoterapevtsko izobraževanje, terapevtski proces, skupni dejavniki, hipnoza, čuječnost, rešitve, viri, terapevtska alianza, intersubjektivnost, sinergetika, trenutek sedanjosti

#### **Abstract**

**T**he scheme for observing and implementing effective psychotherapy was developed from 1991 till today for the trainees of systemic psychotherapy with the aim to facilitate their understanding and forming of the therapy process with patients. In the scheme following theoretical concepts were integrated: Lambert's key factors of effective therapy (patient's life, common factors, therapist's variables and therapy technics), Grawe's guidelines for the psychotherapy planning and forming of the therapy process, solution focused systemic psychotherapy, hypnosis and mindfulness, establishing the contact and therapeutic alliance, synergetics and Stern's theory of intersubjectivity and of present moments.

#### **Key words**

psychotherapy training, therapy process, common factors, hypnosis, mindfulness, solutions, resources, therapeutic alliance, intersubjectivity, synergetics, present moment

## Uvod

Kot učitelj psihoterapije sem se od leta 1991 vedno znova spraševal o tem, kaj so tista najpomembnejša znanja za ravnanje, ki jih naj posredujem edukantom, da bo njihovo psihoterapevtsko delo učinkovito. Ali povedano z metaforo, kaj je tisti osnovni skelet, ki naj bi se ga študentje psihoterapije naučili v času izobraževanja, na katerega bodo potem sami po končani edukaciji lahko obešali meso, to je nova teoretična in praktična znanja. Ob tem sem se kot terapevt neprestano spraševal in včasih tudi mučil z vprašanjem, ali sem pri svojem delu učinkovit in uspešen. Kaj so pogoji za učinkovito in uspešno terapijo, čemur smo leta 2002 tudi posvetili Študijske dneve Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (Možina in Solarovič, 2003; Bohak in Možina, 2003)? So pomembnejši skupni dejavniki, torej tisti, ki so skupni vsem psihoterapevtskim pristopom (npr. terapevtski odnos, osebnost terapevta) ali specifični dejavniki (npr. metode in tehnike posameznega pristopa) (Wampold, 2010; Kopal, 2004ab, 2005)?

Že v času, ko sem bil sam edukant psihoterapije, sem zelo rad opazoval izkušene psihoterapevte, kako so v živo demonstrirali svoj način dela in si obljubil, da bom to tudi sam počel, ko bom postal učitelj. Tako se je tudi zgodilo, ob tem pa se je pokazalo, da študentje potrebujejo smernice, na kaj naj bodo pozorni pri opazovanju. Ali je npr. najbolj pomembno, da so usmerjeni na tehnike, ki jih terapevt uporablja? Ali bolj na to, kako se razvija odnos med terapevtom in pacientom itn.?

Od leta 1991, ko smo začeli sistematično razvijati izobraževanje iz sistemske psihoterapije (Možina, 1993; Možina, Štajduhar, Kačič in Šugman Bohinc, 2011), sem postopno dograjeval shemo za opazovanje in izvajanje učinkovite psihoterapije z upanjem, da sem vanjo integriral nekatera ključna spoznanja psihoterapevtske znanosti in da je ta shema lahko v pomoč študentom ne glede na psihoterapevtski pristop, torej da naj bi imela neko metateoretsko oz. transdisciplinarno vrednost. Hkrati se zavedam, da je oblikovanje take sheme projekt z odprtim koncem, kar pomeni, da mora slediti novim odkritjem psihoterapevtske znanosti in se stalno spreminjati, dograjevati.

## Viri za oblikovanje sheme za opazovanje in izvajanje učinkovite psihoterapije

Na psihoterapevtski znanosti utemeljena shema za opazovanje in izvajanje učinkovite psihoterapije (glej tabelo 1) integrira naslednje teoretične koncepte:

- ključne štiri dejavnike uspešne in učinkovite terapije po Lambertu (1992, 2004, 2007): pacientovo življenje, skupne dejavnike, terapevtove značilnosti in terapevtske tehnike;
- Grawejeve smernice za načrtovanje psihoterapije in za oblikovanje terapevtskega procesa (Grawe, 2004);
- k rešitvam in virom usmerjeno sistemsko psihoterapijo (Kim Berg in Miller, 1993; Možina in Kramer, 2002; Nemetschek, 2006);
- hipnozo (Erickson, 1980; O'Hanlon in Martin, 1992; Barnes, 1994b, 2002; Pajntar, Areh in Možina, 2013) in čuječnost (Kabat-Zinn, 1990; Černetič, 2005, 2011);
- vzpostavljanje stika in razvijanje terapevtskega delovnega odnosa oz. terapevtske alianse (Bordin, 1994; Horvath in Greenberg, 1994; Flaskas in Perlesz, 1996; Norcross, 2002; Čačinovič Vogrinčič, Kopal, Mešl in Možina, 2005; Kopal, 2004ab, 2005);
- Sternovo teorijo intersubjektivnosti in prisotnosti (Stern 1985, 1995, 2004; Stern, Sander, Nahum, Tronick in sod., 1998; Možina, 2003, 2009);

- sinergetična načela (Schiepek, 1999; Haken in Schiepek, 2006; Schiepek, Ludwig-Becker, Helde, Jagdfeld, Petzold in Kröger, 2005; Možina, 2007, 2009; Šugman Bohinc, 2011).

V nadaljevanju bom predstavil posamezne koncepte, ki tvorijo shemo.

**TABELA 1: SHEMA ZA OPAZOVANJE, OCENJEVANJE IN OPISOVANJE PSIHOTERAPIJE:** V celotni shemi je uporabljena beseda pacient, seveda pa to lahko pomeni tudi par, družino, skupino, torej klientski sistem.

## 1. PACIENTOVO ŽIVLJENJE

1.1 Oceni, koliko sta terapevt in pacient izkoristila pacientove **vire** (npr. telesne, psihološke, socialne, materialne vire). Posebej bodi pozoren na *potencialne* vire, ki jih pacient še ni izkoristil in bi jih lahko v terapevtskem procesu aktiviral in uporabil. Pomni, da so v terapiji uporabni samo *dejanski* viri, ki jih med potencialnimi viri pacient sam prepozna kot vire in ki jih je pripravljen uporabiti za doseganje terapevtskih ciljev.

1.2 Oceni, koliko sta terapevt in pacient glede na pacientovo motivacijo in vire soustvarila želene terapevtske spremembe, rešitve oz. cilje. Koliko sta jih uspela postaviti na kontinuum (od lažje do težje uresničljivih) in izbrati za **prednostne spremembe, rešitve oz. cilje** tiste, za katere ima pacient največjo motivacijo in najboljše vire, da jih uresniči?

1.3 Bodi pozoren na pozitivne **premike, (terapevtske) spremembe v zeleno smer** in koliko terapevt s pacientom utrjuje, poudarja, ponavlja te premike?

1.4 Oceni in analiziraj, koliko je pacient uresničil »do naslednjič« oz. »domače naloge«, ki jih je dobil na prejšnjem srečanju.

## 2. SKUPNI DEJAVNIKI

2.1 Opazuj **implicitno (neverbalno) dogajanje** v odnosu med terapevtom in pacientom:

- pojave **zrcaljenja, skupnega gibanja, budnega spremljanja, uglaševanja** (attunement) glede vitalnostnih občutkov (stopnje aktivacije, ritmov, vznurjenosti oz. pomirjenosti) in čustev;
- pojave **transa**.

2.2 Kako je s terapevtovo **prisotnostjo** oz. **čuječnostjo**, to je z nepresojaočim, sprejemajočim zavedanjem lastnega doživljanja v sedanjem trenutku?

2.3 Ali prihaja do trenutkov **tu in zdaj** in do **trenutkov srečanja**?

2.4 Posebej opiši, kako je s **skupnim gibanjem** (»plesom«) med seanso, če pride do:

1. nenadnih, dramatičnih sprememb v smeri rešitev (to je do **trenutkov srečanja**);
2. zamujenih priložnosti za srečanje oz. spremembo z negativnimi posledicami v zvezi z odkrivanjem rešitev (to je do »**mimohodk**«);

3. **progresivnih implicitnih sprememb** v osebnem in delovnem odnosu, ki spodbujajo oz. omogočajo želene spremembe;
  4. odpiranja in raziskovanja **novih eksplicitnih tem**;
  5. tega, da se terapevtu odpre prostor za **razlage** medosebnega dogajanja ali dogajanja v pacientu.
- 2.5 Posebej prisluhni, kako terapevt **aktivno posluša** (kako ponavlja oz. povzema pacientov jezik, uporablja njegove metafore) kot del skupnega gibanja.
- 2.6 Opazuj, kako se vzpostavlja **zaupanje** v odnosu kot del skupnega gibanja: npr. kako k temu prispeva **terapevtova drža in glas (ton, intonacija)**.
- 2.7 Opazuj, kako terapevt dela na odnosu s pacientom kot del skupnega gibanja: s pozornostjo se stalno premikaj od **vsebine** na **proces** in nazaj.
- 2.8 Opazuj, kako sta terapevt in pacient **orientirana** med seanso in kako je s **preglednostjo** tega, kar terapevt počne. Koliko ima pacient možnosti za izbiro, koliko lahko vpliva na potek in strukturo seanse?
- 2.9 Opazuj in opiši, kako sta terapevt in pacient uspela pri oblikovanju **ciljev**. Pri tem upoštevaj značilnosti dobro oblikovanih ciljev:
1. pomemben za pacienta (intrinzična motivacija),
  2. majhni, uresničljivi cilji,
  3. konkretni, natančni, vezani na vedenje
  4. kažejo na obstajanje in ne na odsotnost nečesa
  5. opisujejo začetek neke verige vedenja
  6. so v pacientovem življenjskem kontekstu realni in uresničljivi
  7. uresničevanje ciljev je »trdo delo«
  8. pacient doživlja uspehe pri uresničevanju ciljev
- 2.10 Bodi pozoren, kateri **cilji** pacienta, ki ga pozitivno motivirajo, se **aktivirajo** v terapevtskem odnosu med seanso.
- 2.11 Opazuj, koliko je pacient **aktiven**, koliko »gara« med seanso.
- 2.12 Opazuj, koliko terapevt potrjuje **pozitivno, zanimivo, normalno** pri pacientu; koliko in kako **hvali, spodbuja**; zabeleži kolikokrat in kako je spodbujal in hvalil.
- 2.13 Začuti, koliko se med seanso razvijajo **prijetna stanja, pozitivna čutenja in čustva** (npr. tudi s pomočjo hipnoze, relaksacije, vaj čuječnosti idr.).
- 2.14 Opazuj, koliko terapevt in pacient ohranjata **jasen fokus**.
- 2.15 Opazuj, koliko terapevt in pacient ponavljata, **utrjujeta novo, premike, rešitve**.
- 2.16 Opazuj, koliko odpirata, aktivirata **probleme** (stare rane, boleče informacije) le, v kolikor se to odpiranje med seanso poveže z **izkušnjo zelene spremembe** in z **aktivacijo cilja**, ki pacienta pozitivno motivira.

2.17 Opiši, kako terapevt oblikuje, razvija in ohranja **terapevtski delovni odnos** oz. **terapevtsko alianso** tako na eksplicitni ravni, npr. preko terapevtskega dogovora kot tudi na implicitni ravni.

2.18 Opiši, kako je terapevt ravnal, če je prišlo do **motenj v delovnem odnosu**.

### 3. TERAPEVTOVE ZNAČILNOSTI

3.1 Oceni, koliko se terapevt med seanso pokaže kot **toplosrčna, ekstravertirana, optimistična in samozavestna oseba**.

3.2 Oceni terapevtovo **pozitivno držo, empatijo**, koliko **sprejema** pacienta in ga **opogumlja** za tveganje.

3.3 Oceni terapevtovo **kongruentnost** oz. **skladnost** med tem, kar govori in počne, in njegovo **prepričanost** in **vero** v to, kar dela, torej njegovo **verodostojnost**.

3.4 Oceni terapevtovo **avtentičnost**, koliko njegova oseba preveva to, kar počne.

### 4. SINERGETIČNA NAČELA

Oceni terapevtski proces in izid (posamezne terapevtske seanse in/ali proces v daljšem obdobju) iz vidika osmih sinergetičnih načel:

4.1 Kako sta terapevt in pacient **sostvarjala pogoje za stabilnost**?

4.2 Kako sta terapevt in pacient uspela v **prepoznavanju vzorcev relevantnega sistema**?

4.3 Kako je bil terapevt uspešen v upoštevanju **smiselnosti**?

4.4 Kako je terapevt uspel prepoznavati parametre nadzora oz. koliko je omogočal **energiziranje**?

4.5 Kako je terapevt uspel **destabilizirati**, krepiti nihanja?

4.6 Kako je terapevt upošteval »**kairos**«, kako je bilo z **resonancami** in **sinhronizacijami**?

4.7 Kako je terapevt uspel **prekinjati simetrijo**?

4.8 Kako je terapevt uspel **ponovno stabilizirati**?

### 5. TERAPEVTSKE METODE IN TEHNIKE

5.1 Kako je terapevt s pacientom sooblikoval **delovno hipotezo** in jo v terapevtskem procesu razvijal, preoblikoval?

5.2 Naštej **tehnike** in **postopke**, ki jih je terapevt uporabil med seanso!

5.3 Opiši posamezne **korake tehnik** oz. **postopkov** glede na standardni potek in variacije, do katerih je prišlo med seanso!

### **Ključni dejavniki uspešne in učinkovite psihoterapije**

Ko sem v sredi devetdesetih let naletel na rezultate Lambertove metanalize o tem, kaj so dejavniki uspešne in učinkovite psihoterapije oz. kaj prispeva k njenemu izidu, sem doživel manjši potres (Lambert, 1992):

- 40%: pacient in izven terapevtski faktorji (npr. moč ega, socialna podpora idr.)
- 30%: terapevtski odnos (npr. empatija, toplina, spodbuda za tveganje idr.)
- 15%: pričakovanje in placebo efekt (glej tudi v Howard in sod., 1986, Howard, 1993, Lawson, 1994, po Rus Makovec, 2002; Frank in Frank, 1991, po Rus Makovec, 2002),
- 15 %: tehnike, ki so specifične za določen psihoterapevtski pristop.

Do takrat sem namreč dajal kot učitelj velik poudarek učenju metod in tehnik, za katere pa se je pokazalo, da prispevajo k izidu psihoterapije presenetljivo majhen delež, okoli 15%. Od takrat do danes so raziskave pokazale, da je njihov vpliv še manjši, vse tja do 1% (Wampold, 2001, 2010; Beutler in dr., 2004; Lambert in Barley, 2002; Lambert, 2004; Lambert in Ogles, 2004; Lambert, 2007; Duncan, Miller, Wampold in Hubble, 2010). To je zahtevalo temeljito spremembo v težišču psihoterapevtskega izobraževanja: v naši sistemski šoli smo npr. zmanjšali poudarek na poučevanju metod in tehnik, povečali pa smo delež učenja o skupnih dejavnikih, terapevtskih in pacientovih spremenljivkah.

Shemo za opazovanje in izvajanje terapije sem potem oblikoval v skladu s štirimi ključnimi sklopi dejavnikov, ki vplivajo na izid terapije (Lambert in Barley, 2002; Lambert, 2007):

- *pacientovo življenje - zunajterapevtski dejavniki* – 40%: pozitivni, naključni dogodki v pacientovem življenju, pacienti viri, npr. socialni viri - podpora v socialni mreži itn.;
- *skupni dejavniki* – 35%: dejavniki, ki so jih odkrili v večini psihoterapevtskih pristopov ne glede na psihoterapevtov teoretični okvir oz. pripadnost pristopu, npr. odnosi dejavniki - zaupnost v psihoterapevtskem odnosu, kvaliteta terapevtskega delovnega odnosa, procesni dejavniki, dejavniki pričakovanja - pacientovo zavedanje, da je v programu zdravljenja; pacientova vera v uporabljene tehnike itn. (Orlinsky in Howard, 1987; Luborsky, 1994; Roth in Fonagy, 1996; Duncan, Miller, Wampold in Hubble, 2010; Wampold, 2010);
- *terapevtski dejavniki* – 20%: terapevtova empatija, toplina, ekstravertiranost, optimističnost, samozavest, avtentičnost, sprejemanje pacienta, opogumljanje pacienta za tveganje, terapevtova kongruentnost oz. skladnost, terapevtova verodostojnost, prepričanost in vera v to, kar dela itn. (glej tudi Orlinsky, Grave in Park, 1994; Horvath in Luborsky, 1993; Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble in Wong, 2004);
- *psihoterapevtske tehnike* – 5%: dejavniki značilni za posamezni psihoterapevtski pristop kot so npr. hipnoza, progresivna desenzibilizacija, krožna vprašanja, uporaba transferja, itn. (glej tudi Wampold, 1997, po Lambert, Barley, 2002: 19; Agras, 2000; Fennel

in Teasdale, 1987; Lambert in Anderson, 1996; Tang in DeRubeis, 1999).

Zaključimo lahko podobno kot ugotavlja Kobalova (2005) na koncu svojega članka o psihoterapevtskem odnosu kot enem ključnih dejavnikov izida terapije: »[...] teorija skupnih dejavnikov je izostrila pomen osebnih, medosebnih in tudi slučajnih dejavnikov, ki presegajo okvire posamezne metode in terapevtskega pristopa. Terapevtske tehnike in metode nudijo t.i. znanje za ravnanje, brez katerega bi lahko terapijo enačili z vsakodnevним prijateljskim pogovorom, v katerem predvsem uporabimo sposobnost empatije, sledimo intuiciji in 'zdravemu razumu' [...] Vendar so tehnike vedno umeščene v terapevtski odnos in jih lahko razumemo kot odnosna dejanja, ki pomagajo ustvariti kontekst, v katerem pride do terapevtskih sprememb. Terapevtske spremembe so tesno povezane z ujemanjem, ki se zgodijo med samoorganizirajočimi procesi klienta in terapevta v dovolj stabilnem, varnem okolju, ki ga omogoča dobra delovna zveza: čustvena vez in pogajanje o terapevtskih ciljih ter nalogah.« (Kobal, 2005: 95)

### **Grawejeve smernice za načrtovanje terapije in za oblikovanje terapevtskega procesa**

Klaus Grawe sem prvič srečal na delavnici, ki jo je vodil na letnem srečanju nemških psihoterapevtov leta 1988 v Lindau. Name je takoj naredil močan vtis, saj je bil predstavnik nove generacije psihoterapevtov raziskovalcev in eden glavnih utemeljiteljev nove faze razvoja psihoterapevtske znanosti, ki se je začela v sedemdesetih letih. Predstavil je rezultate impresivno obsežne Bernske študije, ki jo je vodil in v kateri so opravili meta analizo učinkovitosti različnih psihoterapevtskih pristopov in prišli do slovite ugotovitve o t.i. Dodo učinku po zgodbi o Alice v čudežni deželi, kjer so v tekmi zmagali vsi: vsi pristopi so imeli v povprečju podobno učinkovitost (Grawe, 1990; Grawe, Caspar in Ambühl, 1990; Grawe, Donati in Bernauer, 1994; Grawe, 1997). Od takrat sem sledil njegovemu delu.

Pred prezgodnjo smrtjo leta 2005 je v svoji zadnji knjigi z naslovom Nevropsihoterapija, ki je izšla leta 2004 in v kateri se je v svojem ambicioznem stilu lotil zahtevne naloge povezati rezultate nevrobioloških raziskav in raziskav o psihoterapiji, na podlagi empiričnih študij izdelal smernice, ki psihoterapevtu ne glede na terapevtski pristop lahko pomagajo k bolj učinkovitemu in uspešnemu delu (Grawe, 2004; Bolčina, 2007). Sledi kratek povzetek teh smernic.

### **Smernice za načrtovanje terapije**

1. Kot terapevti raziščimo, katere so možne oporne točke za spreminjanje, kjer ima pacient največjo motivacijo in najboljše vire.
2. Te možne oporne točke za spremembe postavimo po teh dveh kriterijih v določen vrstni red in izberemo za prednostne cilje tiste, za katere ima pacient najboljše možnosti, da jih uresniči.
3. Pri soustvarjanju terapevtskih ciljev bodimo pozorni, da pacient določi samo cilje, ki jih lahko doseže z lastnim trudom. Ne pristajajmo na cilje, ki so oblikovani negativno (npr. namesto „ne bi bil rad več napet“ raje „rad bi bil bolj sproščen“; namesto „rad bi, da me ne bi več bolela glava“ pacienta vprašajmo, kakšen občutek ima v glavi, ko ga ta ne boli - „rad bi imel hladno čelo in občutek pretočnosti“).
4. Izberimo cilje, za katere je pacient intrinzično (motivacijski dejavniki so znotraj osebe) motiviran in ki imajo zanj visoko pozitivno vrednost.

5. Pri vsakem pacientu odkrivajmo in analizirajmo vire. Zbirajmo vse pacientove pozitivne strani, ki jih lahko v terapiji uporabimo in aktiviramo.
6. Med terapevtskim srečanjem bodimo pozorni, kateri pacientovi motivacijski cilji se aktivirajo v terapevtskem odnosu.

### ***Smernice za oblikovanje terapevtskega procesa***

Smernice za načrtovanje terapije se deloma nanašajo na terapevtova eksplicitna vsebinska razmišljanja in na eksplicitno terapevtsko ravnanje. S časom jih lahko terapevt ponotranji in avtomatizira. Ko se jih nauči, jih lahko zavestno in namerno uporablja. Kar se dogaja na eksplicitni ravni terapije, pa je samo del procesov, od katerih je odvisen njen potek in izid. Zelo pomembni procesi potekajo implicitno, ne da bi bila terapevt in pacient nanje pozorna ali bi se jih zavedala, vendar pa terapevt lahko deloma nanje le vpliva zavestno in namensko. Zato je pomembno, da se tega uči.

Na pacienta vpliva vse, kar v terapevtskem procesu zaznava eksplicitno kot tudi implicitno. Del pacientovih zaznav je odvisen od terapevtovega namernega ravnanja, na določene zaznave pa terapevt ne more namensko vplivati. Ena od teh zaznav je vtis, ki ga na pacienta naredi terapevt s svojo osebnostjo. Terapevt lahko npr. le v omejenem obsegu vpliva na to, da bo toplosrčen, ekstravertiran, optimističen in samozavesten, če to ni. Vse to pa so značilnosti uspešnega psihoterapevta. Če nosi te lastnosti že v sebi, bo lažje postal dober terapevt. Če jih nima, bo moral veliko bolj delati na sebi, da bo dosegel enako dobre terapevtske uspehe.

Smernice za oblikovanje terapevtskega procesa se torej v veliki meri nanašajo na implicitne procese, ki jih lahko terapevt v določenem trenutku sicer le omejeno nadzoruje, vendar pa je pomembno, da izkoristi, kar lahko naredi zavestno in namensko. Ustrezno ravnanje terapevta lahko edukanti vadijo v terapevtskem izobraževanju. Dober primer za to so npr. vaje povezane s terapevtovo držo telesa in tonom glasu. Raziskave so pokazale dober vpliv na potek terapevtskega procesa, če je terapevt sedel z zgornjim delom telesa nagnjen k pacientu, z odprto držo rok, z dlanmi sproščeno v naročju in da ni bilo dobro, če so bile prekrižane. Dober učinek je imelo terapevtovo kimanje, medtem ko je pacient govoril in če je tisto, kar je povedal terapevt, poudaril z živahno mimiko in gestikuliranjem. Tudi noge naj ne bi bile prekrižane. Te vedenjske znake so raziskovali že velikokrat. Pokazalo se je, da so pomembni neverbalni znaki empatije, ta pa je pomembna značilnost pozitivnega odnosa. Pacienti ocenjujejo terapevte, ki se tako vedejo, veliko bolj pozitivno kot pa terapevte, ki so na stolu naslonjeni nazaj in imajo roke prekrižane (Harrigen in Rosenthal, 1986 v Grawe, 2004: 436).

Iz raziskav se lahko prav tako naučimo, da naj bo terapevtov glas (ton, intonacija), neodvisno od tega, kaj reče, topel, profesionalen/kompetenten in neboječ. To so bile glavne značilnosti glasu supervizantov, ki so jih njihovi supervizorji ocenili kot kompetentne v interakciji s pacienti. Moški terapevti morajo večkrat v izobraževanju delati na tem, da razvijejo dovolj topline v svojem glasu, ženske terapevtke pa se morajo naučiti, da ustvarijo s svojim glasom kompetenten vtis (Blanck, Rosenthal in Vannicelli, 1986 v Grawe, 2004: 436). Tudi te kvalitete glasu so pomembne značilnosti pozitivnega odnosa. Čeprav gre pri teh značilnostih za avtomatsko ravnanje, lahko terapevti nanj namensko vplivamo in jih lahko z vajami tudi spreminjamo (Robbins, 1979 v Grawe, 2004: 436).

Ena od smernic je, da mora terapevt s pacientom razvijati kakovosten odnos navezanosti. S



študijami so ugotovili nekaj značilnosti, ki so za to potrebne. Če terapevt teh značilnosti nima, se v določenem trenutku terapije ne more zavestno odločiti, da bo postal tak, saj je njegovo zavedanje zaposleno z drugimi zahtevnimi nalogami. Teh značilnosti bi se moral, če jih nima že po naravi, z vajami naučiti že med izobraževanjem.

Grawe torej pri oblikovanju smernic izhaja iz tega, da mora terapevt v principu razpolagati z ustreznim vedenjskim repertoarjem. Če temu ni tako, kar se ne zgodi tako redko, še posebno če izobraževanje terapevta ni bilo usmerjeno na to, terapevt ne more teh smernic kar tako uresničiti, tudi če si za to namerno prizadeva. Pred tem bi se moral ustrezno šolati. Zato lahko uporabimo te smernice tudi kot poziv učiteljem, da pripomorejo k temu, da njihovi učenci razvijejo sposobnosti za njihovo uresničevanje:

1 Med terapevtskim srečanjem se kot terapevti vedno znova sprašujemo, kaj pacient trenutno implicitno zaznava. Kaj pomeni to, kar se trenutno dogaja, za njegove motivacijske cilje in osnovne potrebe? Ne bodimo pozorni samo na to, kar se dogaja med nami in pacientom na besedni ravni, na ravni vsebine pogovora. Svojo pozornost vedno znova preusmerjajmo iz vsebine na procesno raven. Tega, kar se dogaja na implicitni ravni, večinoma ne tematiziramo, kljub temu da ima pomemben vpliv na pacientove psihične procese.

2 Ne razmišljajmo samo o tem, *kaj* bomo rekli ali naredili, ampak razmislimo in skrbno načrtujemo, *kako* bomo kaj rekli in naredili.

3 Vedno se zavedajmo, da se je v terapiji aktivirala pacientova potreba po navezanosti, kar pomeni, da pacient v vsakem trenutku terapije zaznava glede na to svojo potrebo. Zelo je pomembno, da ima pacient v odnosu z nami pozitivne izkušnje navezanosti. Bodimo si vedno znova na jasnem, da je pred nami človek, ki je po vsej verjetnosti kot otrok imel negativne izkušnje navezanosti in je zelo občutljiv na vse načine vedenja. Tako lahko npr. kaj hitro ugotovi, da se ukvarjate z drugimi stvarmi in ne z njim, da do njega čutite in o njem mislite drugače, kot poveste, da se lahko zgodi, da ga boste zavrnil, če bo povzročal težave, da je za vas le eden od mnogih vaših pacientov, da ga pravzaprav nimate radi in da nimate kaj preveč dobrega mnenja o njem. Poskrbimo s svojim vedenjem, posebno tudi z nebesednim vedenjem, da pacient ne bo imel razloga za takšno interpretiranje. Zavedajmo se, da se zaznava glede na potrebo po navezanosti v glavnem dogaja na implicitni ravni, zato je pomembno, da smo pozorni na svoje nebesedno vedenje. Pacientu se popolnoma posvetimo, pokažimo mu, da je v središču naše pozornosti in da so njegove stiske in potrebe pri nas v dobrih rokah in da čutimo in razumemo vse, kar ga gane. Pokažimo mu, da smo se pripravljene postaviti zanj. Izzarevajmo toplino, zanesljivost, kompetentnost in pripravljenost za ukrepanje. Med terapevtskim srečanjem ne dajmo čutiti svoje nemoči, tudi če se kdaj počutimo zbegani ali nemočni. S tem se ukvarjajmo izven terapevtskega srečanja.

4 Poskrbimo, da bo pacient glede na svojo potrebo po orientaciji in nadzoru med terapevtskim srečanjem zaznal čim več pozitivnih stvari. Vsako terapevtsko srečanje oblikujmo, kolikor je mogoče transparentno. Poskrbimo za to, da bo pacientu jasno, kaj želiva pri srečanju doseči in kaj lahko prispeva on sam. Pacient naj pri teh razmišljanjih, načrtovanjih in odločitvah sodeluje. Pacient naj čim več odloča sam. Razložimo mu, kaj je bistveno in mu dajmo več možnosti na izbiro. Načrtujmo in oblikujmo srečanje tako, da bo imel pacient občutek, da lahko dobro sodeluje in da slediva cilju, ki je zanj pomemben.

Če začutimo pacientove zadržke, obotavljanje ali znake odpora, se pri tem ustavimo in mu ponudimo možnost, da določi nadaljnji potek srečanja. Pacient naj vedno čuti, da gre za uresničevanje njegovih lastnih ciljev. Ne vsiljujmo ničesar, kar ne želi storiti. Če moramo storiti kaj takega, za kar pričakujemo, da bo pri pacientu sprožilo negativna čustva, preverimo, če je na to pripravljen.

5 Ustvarjamo aktivne situacije in izkoristimo vsako priložnost, da pacient čim večkrat pride do izkušenj, ki mu zvišujejo občutek lastne vrednosti. Sprašujemo po zanimivih, pozitivnih vidikih njegovega življenja, po tistem, kar je zanj „normalno“. Naj nam opiše, kaj ga zanima in s čim se rad ukvarja. Pokažimo mu, da nas zanima tudi ta njegova plat. Tem stvarjem dajmo v terapevtskem srečanju prostor. V svojih stavkih uporabljajmo besede, izraze in slike, ki imajo za pacienta pozitiven pomen. Vedno znova se vračajmo k stvarjem, ki so pomembne za pacientove motivacijske cilje. Išči stvari, za katere lahko pacienta verodostojno pohvalimo in vztrajajmo pri hvaljenju in občudovanju, tudi če to zavrača. Ta odziv služi samozaščiti in pacient naj doživi, da takšna zaščita v terapevtskem okolju ni potrebna.

6 Izkoristimo vse priložnosti, da pacient med terapevtskim srečanjem doživi tudi prijetna stanja, npr. da se skupaj nasmejemo, da uživa v nekem uspehu itn. Pacient naj med terapevtskim srečanjem doživi čim več pozitivnih čustev. Če imamo pacienta, ki ima težave s tem, da doživi pozitivna stanja, uporabimo del srečanja za ustvarjanje teh stanj s pripomočki, kot so hipnoza, avtogeni trening, sproščanje ali meditacija, tudi če te intervencije neposredno ne prispevajo k obravnavi problema.

7 Na vsakem terapevtskem srečanju določimo jasen fokus. Lahko jih je tudi več, vendar ostanimo dalj časa pri obravnavi enega problema, če smo s tem začeli. Ne skačimo med različnimi problemi ali temami. Ne pozabimo, da se spremembe na sinapsah zgodijo samo, če jih neprestano, intenzivno in ponavljajoče aktiviramo. Ko obravnavamo problem, aktiviramo živčne dražljajske vzorce, ki se sprožijo pri tem problemu. Ko smo jih aktivirali, je pomembno, da se spremenijo, to pomeni, da ustvarjamo nove ali bolje utirjamo še zelo šibke dražljajske vzorce rešitve. Za utirjanje potrebujemo daljšo aktivacijo in ponavljanje. Zato vsak nov korak, ki kaže na spremembo, večkrat ponovimo. Pri tem vztrajajmo, tudi če pacient meni, da sedaj razume, za kaj gre. Razložimo mu razliko med implicitnim in eksplicitnim učenjem. Pri implicitnem učenju ni pomembno razumevanje, ampak intenzivno in ponavljajoče utirjanje. Novo naučeni dražljajski vzorci se morajo pozneje aktivirati avtomatsko, zato morajo biti zelo dobro utirjeni.

8 Pri vsakem problemu, ki je pomemben za terapevtski cilj, delamo v smeri spremembe. Posebno na začetku terapije je lahko ta prvi korak do spremembe boljše razumevanje ali boljše obvladovanje problema. Bodimo pozorni na to, da opredelitev problema ni dovolj, potrebno je delati v smeri spremembe. Vsaka sprožitev problema naj steče v konkretno izkušnjo obvladovanja ali razčiščevanja.

9 Vsako aktivacijo in obravnavo problema pripravimo tako, da pri pacientu vzbudimo DA držo, da je pripravljen priti naproti, se približati, odpreti. Če je pacient v NE drži, če zavrača, se brani, zapira, odmika, ni primeren trenutek za odpiranje problema. To pomeni, da ustvarjamo situacije, v katerih pacient zadovolji svoje potrebe in v katerih se aktivirajo pozitivni cilji in čustva. S tem ga spravimo v stanje odprosti, približevanja. To velja tudi na mikro ravni: Če želimo pacientu nekaj povedati, kar bo pri njem predvidoma

sprožilo negativno čustvo (boleča informacija, konfrontacija ali interpretacija), se v prvem delu stavka navezujemo na pacientov pozitivni cilj. To je pomembno, saj tako pacient postane dovzeten za intervencijo in lažje prenese negativno čustvo. Šele ko bo pacient v tako odprtem stanju, izvedemo intervencijo.

10 Poskrbimo, da bo pacient tik pred in ob vsaki terapevtski intervenciji aktiviral motivacijski cilj, ki je pomemben za boljšo realizacijo intervencije. Pomagajmo mu dobro oblikovati le tiste terapevtske cilje, za katere je zelo motiviran. Te cilje mora pred določeno intervencijo ponovno eksplicitno aktivirati, npr. tako da si točno predstavlja, kako bo, ko bo cilj dosežen, ali kako težko bi bilo, če bi vse ostalo tako, kot je. Aktiviranje motivacijskega cilja je pomembno zato, da pride do izločanja adrenalina in/ali dopamina, kar pripomore k boljšemu utirjanju novih ali prešibkih nevronalnih dražljajskih vzorcev.

11 Novi vzorci vedenja, čustvovanja, mišljenja in odnosov se morajo utirjati tudi izven terapevtskega srečanja. Poskrbimo na vse možne načine za to, da se bodo novi (ki se jih mora pacient naučiti) živčni dražljajski vzorci tudi v njegovi konkretni življenjski realnosti aktivirali in utirjali. Del terapevtskega srečanja uporabimo za natančno načrtovanje in podroben pogovor („domače naloge“) o tem, kako ustvariti izkušnje izven terapevtskih prostorov, ki utirjajo nove dražljajske vzorce. Na začetku vsakega terapevtskega srečanja vprašamo pacienta po izkušnjah, ki jih je imel od prejšnjega srečanja. Vztrajajmo, tudi če se pacient ni izpostavil takšnim izkušnjam. Natančno obravnavajmo razloge za to. Še enkrat izpostavimo terapevtski cilj, še enkrat močneje aktivirajmo motivacijski cilj in če ostane pri terapevtskem cilju, mu prikažimo, da je odgovoren za potrebne izkušnje, za katere smo se dogovorili. Na koncu terapevtskega srečanja lahko ukrepamo s posebnimi intervencijami, kot je npr. dogovor o telefonskih pogovorih, ki zagotavljajo uresničitev dogovorjenih izpostavljanj, vaj, pogovorov itn.

12 Ne vztrajamo pri terapevtskih ciljih, za katere se pacient resnično ne zavzema in ne izpeljimo intervencije, za katere ni dejansko vidno motiviran. Namesto tega postavimo skupaj z njim druge terapevtske cilje. Vendar preprečimo stalno spreminjanje ciljev. Če se postopek ponavlja in ni napredka, stopimo do izkušenega kolega in ga prosimo za nasvet.

Seveda teh smernic ne moremo razumsko predelovati in jih istočasno dobro izvajati. Dobro jih lahko izpolnimo le, če jih ponotranjimo in čim bolj avtomatiziramo, da že misel na pravilo aktivira celotni vedenjski repertoar za njegovo realizacijo. Če pa teh pogojev še ne izpolnjujemo, lahko te smernice uporabimo za refleksijo. Supervizorji lahko s svojimi supervizanti skupaj preverijo, če in kako dobro so v določeni terapiji uresničili te smernice in premislijo, kako bi lahko izgledalo uresničevanje teh smernic v konkretnem primeru.

## **K rešitvam in virom usmerjena sistemska psihoterapija**

Če me kdo vpraša, kako se začeti učiti psihoterapijo, odgovorim, da je eden od možnih dobrih vstopov prav učenje k virom in rešitvam usmerjenega pristopa. Seveda za tem stoji moja lastna izkušnja. Tudi sam sem v svojih vajeniških letih v osemdesetih letih prejšnjega stoletja našel veliko navdiha in spodbud v tem načinu dela. Okrepil sem svojo samozavest, ko so me stiskale začetniške tesnobe in trema pred tem, kako se bom obnesel v svojih prvih psihoterapevtskih pogovorih.

Eden mojih glavnih učiteljev, Graham Barnes (1994a, 2008, 2010), je od nas, edukantov, zahteval, da pacientu čimprej postavimo vprašanje: Kaj je cilj, ki ga hoče uresničiti s pomočjo terapije? Opozarjal nas je pred tem, da bi sami oblikovali cilje, ki se nam zdijo za pacienta dobri oz. celo samoumevni. Veliko bolj varen način dela je, da pacient oblikuje svoje cilje, kot terapevti pa se priključimo kot spodbujevalci na njegovi poti k tem ciljem. Npr. če na vrata naše ordinacije potrka človek, ki je odvisen od alkohola, ne smemo predpostavljati, da je njegov cilj abstinenca in da mu lahko pomagamo le, če bo ta pogoj izpolnil. Ena od prednosti k virom in rešitvam usmerjenega pristopa je prav to, da ga lahko uporabljamo v visoko in nizko praznih programih. Tako lahko pomagamo tistim, ki so se odločili za abstinenco in je to eden od njihovih ciljev, po drugi strani pa je možno pomagati tudi tistim, ki želijo piti naprej.

V številnih demonstracijah terapevtskega dela na seminarjih na nas, edukantih, nam je Barnes vedno znova postavljaval vprašanje: Kaj želiš doseči v naslednje pol ure v okviru te demonstracije terapevtskega dela? Kaj želiš, da bo drugače, ko boš ob koncu tega pogovora vstal iz tega stola? Kaj želiš, da bo drugače, ko boš ob koncu seminarja odšel skozi vrata? Kako bo ta sprememba pri tebi izgledala, bo kaj drugače v tvoji drži, v načinu, kako vidiš, slišiš, čutiš stvari? Itn. Čim smo oblikovali svoj cilj, pa je sledilo vprašanje, če nam je kdaj v preteklosti kaj podobnega že uspelo.

Zanimivo je, da se skoraj vse Grawejeve smernice prekrivajo s temeljnimi načeli k rešitvi usmerjene sistemske psihoterapije, ki se je razvila na osnovi dela Milтона H. Ericksona (1980) in so jo metodično razvili predvsem Steve de Shazer (1985, 1988) s svojo ženo Insoo Kim Berg (1993) ter Bill O'Hanlon (1992). Sam sem imel poleg Barnesa dobrega učitelja v nemškem družinskem terapevtu Petru Nemetscheku (2006, 2010). Tu bom poudaril samo tiste elemente k rešitvi usmerjene terapije, ki sem jih poleg Grawejevih smernic vključil v shemo.

Zelo uporabne so smernice Insoo Kim Berg in Scotta Millerja (1993), kakšni naj bodo »dobro oblikovani cilji«:

- 1) **Pomembni in smiselni za pacienta:** v okviru njegove resničnosti, njegovega sveta.
- 2) **Majhni in uresničljivi:** občutek, da je velika verjetnost, da bo pacient lahko uresničil svoj cilj, mora nastati tako v njem kot v terapevtu.
- 3) **Konkretni, natančni, vezani na vedenje:** npr. »rad bi bil sproščen, srečen« je preveč splošen cilj. Potrebno je konkretizirati kdaj, kje, s kom, kako bo to začutil, videl, zaslišal itn.
- 4) **Kazati morajo na obstajanje in ne na odsotnost nečesa:** če pacient izjavlja »ne, nič, nihče, ne morem, se ne da, ne pomaga« itn. terapevt vpraša »kaj namesto tega?«, npr. namesto »nočem piti« je cilj, ki kaže na obstajanje nečesa »mislim na otroke, imam pred očmi živo sliko, kako me oni vidijo oz. doživljajo, ko sem trezen«.
- 5) **Pacient naj opiše začetek neke verige zelene spremembe:** tisoč kilometrov dolga pot se začne s prvim korakom, »kaj je prvi mali znak začetka spremembe?«
- 6) **V pacientovem življenjskem kontekstu realni in uresničljivi:** konkretni možni vsakdanji premiki, npr. da pacient zjutraj ženo preseneti z objemom in pozdravom: »Dobro jutro, draga...«.

7) Uresničevanje ciljev zahteva od pacienta »**trdo delo**«: pacient se mora lotiti, nekaj narediti.

8) Pacienti nujno potrebujejo **doživetja uspeha**, da so zmogli, kar jim poveča občutek lastne vrednosti in pokrene pozitivno povratno zvezo. Torej naj terapevt definira oz. nastavi s pacientom višino ovire (cilja) le tako visoko, da bodo obstajale dovolj dobre možnosti, da jo bo preskočil.

Ko sem nabiral psihoterapevtsko kilometrino, sem seveda spoznal, da se je poleg k rešitvi in virom usmerjenega pristopa potrebno naučiti še marsikaj drugega. Psihoterapija je način dela, v katerem je vsak pacient nov izziv, za vsakega je potrebno odkrivati nov pristop, prikrojiti terapijo njegovim enkratnim potrebam in življenjskim okoliščinam. Vsak pacient vabi terapevta, da se nauči nekaj novega, da širi svoj spekter možnih odgovorov na nove in nove uganke in presenečenja, ki se porajajo v tej nepredvidljivi avanturi, ki jo imenujemo psihoterapija.

Ena od ključnih odlik k virom in rešitvam usmerjenega terapevtskega dela je, da z njim pacientu ne moremo škoditi. V njegovo življenje in dušo vstopimo skozi pozitivna vrata. Tja, kjer domuje njegov ponos, volja do življenja, upanje, vera v lastne sposobnosti in prihodnost. Posebno v obnebu slovenske kulture, na račun katere se večkrat pošalim, da je najbolj pozitivna izjava, ki jo zmoremo, ko kaj pohvalimo – »ni bilo slabo«.

## Hipnoza in čuječnost

Hipnozo lahko razumemo na dva načina (Barnes, 2002):

- v ožjem smislu kot posebno psihoterapevtsko metodo in zbirko tehnik in
- v širšem smislu kot nujen predpogoj za učinkovito psihoterapijo, ne glede na psihoterapevtski pristop.

Študenti se v našem programu izobraževanja seznanijo z obema perspektivama. Tako tudi svoja opažanja vnašajo v shemo bodisi v tistem delu, kjer hipnozo lahko razumemo kot skupni dejavnik, ali pa na koncu, kjer opišejo specifične hipnoterapevtske tehnike, ki jih je terapevt uporabil na seansi.

Zato da so se mi odprle oči za širši pogled, ima zasluge Barnes, tako da si tudi sam kot učitelj prizadevam za to, kar pravi: »Zavzemam se za to, da bi se vsi terapevti naučili uporabljati hipnozo pri delu s pacienti, čeprav ne vem, če so se vsi zmožni naučiti uporabe hipnoze. Vseeno predlagam, da naj jo vsi terapevti vključijo v svoje izobraževanje, da bi se učili o svojih nezavednih virih in da bi izkoristili svoj nezavedni potencial. Pogosto namreč terapevti nehote inducirajo trans, ne da bi vedeli in razumeli, da to počnejo. Če si npr. predstavljamo izkušenega geštalt terapevta, ki vodi pacienta skozi dialog dveh stolov, ali pa systemskega terapevta, ki na srečanju z družino postavlja krožna vprašanja po Boscolu in Cecchinu. Vsi terapevti bi morali vedeti, kdaj in kako njihove besede sprožajo trans. Sam opažam, da so psihoterapevtske situacije transogene, kar pomeni, da je hipnotska komunikacija vsakdanja izkušnja terapevtov, da so to običajni vzorci komunikacije, v katere zdrsnejo terapevti in pacienti. Terapevti, ki niso preučevali video posnetkov svojih psihoterapevtskih seans na tak način, da bi bili z enim očesom pozorni na fenomene transa, morda niti ne vedo, da morda inducirajo trans in kdaj njihovi pacienti kažejo znake transa.« (Barnes, 1994b: 193)

Tudi sam lahko potrdim, da še nisem videl ali izvedel ene učinkovite terapevtske seanse psi-

hoterapevta kateregakoli pristopa, na kateri se ne bi razvili vsaj nekateri znaki transa (glej tabelo 2). Seveda se ta tabela še razširi, če prištejemo znake t.i. budne hipnoze in hipnoze v gibanju. Zato je prepoznavanje teh znakov pri sebi in pri pacientu za naše študente prvi korak učenja hipnoze. Drugi korak pa je, da se naučijo izkoriščati te naravne pojave hipnoze za povečevanje učinkovitosti vsega, kar počnejo v terapiji. Razvijanje bolj diferenciranih hipnoterapevtskih veščin, npr. za delo v globokem transu, pa je projekt za celo življenje in je vsakemu študentu prepuščeno, koliko se bo po končanem izobraževanju temu posvečal predvsem upoštevajoč, koliko to ustreza njegovemu osebnemu stilu.

Tabela 2: Znaki transa (po Erickson in Rossi, 1979: 11)

- povečana avtonomna zmožnost predstav in živega, bolj neposrednega notranjega doživljanja
- upočasnitev dihanja
- upočasnitev pulza
- telesna negibnost
- spremenjena kakovost glasu – nižji glas idr.
- občutek udobja, sproščenosti
- ekonomičnost gibanja
- zapiranje oči
- spremembe na zenicah
- gladke in sproščene obrazne poteze
- občutek oddaljenosti ali ločenosti (disociacija)
- dobesedno razumevanje
- dobro počutje po transu
- upočasnitev refleksov, npr. tudi refleksov požiranja in utripanja vek
- doživljanje bolj intenzivnega stika z notranjo resničnostjo
- samodejni hipnotični odzivi: amnezija, regresija, anestezija, katalepsija idr.
- spremembe v doživljanju časa, npr. krajšanje ali podaljševanje subjektivnega doživljanja kronološkega časa
- časovno zaostajanje v motoričnem in konceptualnem vedenju.

Lastna študentova izkušnja hipnoze med drugim tudi zelo poveča občutljivost za implicitno dogajanje v terapiji in temeljito spremeni običajno težišče naše vsakdanje zavesti, ki je prevladujoče osredotočena na verbalno. Že Freud je poudarjal, kako pomembno je, da terapevt na seansah razvije »prosto lebdečo pozornost«, ki ni pripeta na besede, ampak tudi na implicitno dogajanje. Žal se je prav on po začetnem navdušenju nad hipnozo, od nje odvrnil in razvil metodo prostih asociacij, ki pa je seveda odlična za indukcijo hipnoze in delo v hipnozi. Tako da prav na primeru Freuda lahko vidimo, kako se dober in učinkovit terapevt, tudi če si prizadeva, hipnotskim pojavom pri svojem delu ne more izogniti. Torej je edino, o čemer se glede hipnoze vsak terapevt lahko odloča, samo to, ali bo hipnotske pojave pri sebi in pacientu izkoristil ali pa se bo delal, kot da tega ni.

Zadnji paradoks okoli slepote številnih terapevtov, kako so pri terapevtskem delu pogreznjeni v hipnozo in jo tudi nevede uporabljajo, se dogaja okoli vnašanja t.i. »čuječnosti« (ang. mindfulness) v psihoterapijo. Koncept in program čuječnosti za obvladovanje stresa, kot ga je v svet medicine in psihoterapije pripeljal Jon Kabat-Zinn (1990), se v kliničnem kontekstu praktično prekriva s hipnozo, kar je v svoji raziskavi nazorno pokazal Michael Yapko (2011), eden vodilnih hipnoterapevtov na svetu. Yapko posebej poudarja, da je koncept čuječnosti v okviru duhovno mističnih praks drugačen od hipnoze, a v klinični uporabi je praksa in teorija čuječnosti praktično enaka temu, kar je hipnoza vnesla v psihoterapijo in njenem okviru razvija že okoli 200 let. Očitno je beseda čuječnost manj obremenjena s predsodki, ki ovirajo razvoj hipnoze v

psihoterapiji in medicini že od Freuda naprej. Ironija je, da je James Braid, ki je sredi 19. stoletja skoval pojem hipnoza, to kmalu obžaloval, ko je odkril, da hipnoza (grško hypnos pomeni spanec) nima nič opraviti s spanjem in je predlagal pojem »monoideizem«. S tem je hotel poudariti eno ključnih značilnosti hipnoze, to je osredotočanje pozornosti, kar veliko bolj kaže na podobnost s čuječnostjo. Žal je bilo prepozno, ker se je ime hipnoza med ljudmi že prijelo.

Med psihologi je v Sloveniji leta 2005 prvi napisal pregledni članek o čuječnosti Miha Černetič (2005), s katerim tesno sodelujeva od leta 2010 in trenutno v okviru Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani vodiva t.i. program hipnoze in čuječnosti v vsakdanjem življenju in v psihoterapiji za edukante sistemske psihoterapije (Černetič, 2011). Naj podam primer, kako se za iste stvari lahko uporabi novo ime, namesto hipnoza čuječnost. V sedanjem programu razvijanja čuječnosti obstaja učna enota, ko morajo študentje v vsakdanjem življenju eksperimentirati s t.i. deavtomatizacijo rutinskega vedenja. Tako morajo npr. pri oblačenju, umivanju zob, hoji idr. vnašati element zavedanja in preizkušati razne drobne variacije. V osemdesetih letih, ko sem bil edukant sistemske psihoterapije in čuječnosti ni bilo v programu, nam je Barnes v okviru izobraževanja iz hipnoze dal isto domačo nalogo – s poudarjenim osredotočanjem pozornosti smo morali vnašati drobne spremembe v vsakdanje navade. Z Braidovim pojmom bi lahko rekli, da smo se učili monoideizma. Tudi pri vadenju hipnoze v dvojkah smo se morali za nekaj minut posvetiti samo lastnemu dihanju in dihanju partnerja. Tako smo odkrivali, kako pri sebi lahko induciramo in poglobljamo trans, ki nam bo koristil v terapiji. Barnes (1994b) je od nas zahteval, da postanemo mojstri v razvijanju »transa z odprtimi očmi«, saj je prav ta oblika transa za delo z ljudmi najbolj uporabna. Preko takih neobičajnih stanj zavesti, ki jih lahko imenujemo bodisi »čuječnost« ali »trans«, študentje in terapevti lažje raziskujemo svet implicitnega oz. nezavednega. S tem terapevt širi svojo občutljivost in potencial za spreminjanje vzorcev mišljenja, čustvovanja in vedenja pri sebi in pri delu s pacienti.

Tudi pri vzpostavljanju stika s pacientom in razvijanju terapevtskega delovnega odnosa, kar je naslednji sestavni element sheme, je zavestna uporaba hipnoze in čuječnosti lahko v veliko pomoč. Če npr. pomislimo le na zrcaljenje in uglaševanje, lahko terapevt s preprostimi načini zrcaljenja pacientovih neverbalnih znakov (npr. zgoraj omenjeno skupno dihanje) proces razvijanja stika olajša in pospeši (Barnes, prav tam). S tem namreč lahko upočasni svoj miselni tok in se bolj pripne na zaznave v tu in zdaj. Poleg tega zmanjša svojo tesnobo, še posebno če je začetnik, in se lažje odpre nepredvidljivemu toku pogovora.

### **Vzpostavljanje stika s klientskim sistemom in razvijanje terapevtskega delovnega odnosa oz. terapevtske alianse**

Leta 2005 nam je na Fakulteti za socialno delo skupaj s tremi kolegicami, ki so bile prav tako psihoterapevtke oz. v procesu psihoterapevtskega izobraževanja, uspelo razviti transdisciplinarni koncept delovnega odnosa, tako da je uporaben tako v socialnem delu kot tudi v psihoterapiji (Čačinovič Vogrinčič, Kopal, Mešl in Možina, 2005). Priročnik je nastal v okviru projekta fakultete, kjer smo učitelji fakultete izdali serijo priročnikov iz področja socialnega dela. Ni naključje, da smo se za pisanje priročnika o delovnem odnosu povezali prav psihoterapevtsko usmerjeni kolegi, saj smo številne ključne koncepte prenesli iz psihoterapije in jih integrirali v socialno delo.

Tako se je npr. Gabi Čačinovič Vogrinčič ob asistenci Nine Mešl v konceptualizaciji socialnodelavskega delovnega odnosa v veliki meri oprla na sistemski model k rešitvam in virom

usmerjene terapije, ki sem ga kratko predstavil zgoraj, pa tudi na druge koncepte sistemske psihoterapije. Sam sem v delu priročnika, ki govori o vzpostavljanju stika uporabil Sternovo teorijo intersubjektivnosti s trenutki prisotnosti in srečanja, ki je tudi transdisciplinarna, in jo bom kratko povzel v nadaljevanju. V vajah sem, ne da bi uporabil besedo hipnoza, nanizal tudi nekaj takih, ki sem jih že od začetka devetdesetih let z dobrim izkupičkom izvajal z edukanti psihoterapije za uvajanje v področje hipnoze, po drugi strani pa so bile priljubljene tudi pri študentih socialnega dela, kjer sem jih vodil kot asistent.

Teoretični most med Sternovo teorijo o stiku in hipnotskimi veščinami za lažje razvijanje stika na eni strani in konceptom delovnega odnosa, kot sta ga postavili kolegici, na drugi strani pa sva izdelala skupaj z Leonido Kobal, ki je pri svojem delu na doktorski disertaciji (Kobal, 2004a) temeljito obdelala koncept psihoterapevtskega delovnega odnosa oz. alianse. V središče je postavila, prav tako transdisciplinarno, Bordinovo teorijo, ki terapevtsko alianso postavi na tri ključne elemente: čustvena vez, dogovarjanje o ciljih in korakih do njih (Bordin, 1994; Kobal 2004b). Zadnji del priročnika je Kobalova napisala o razreševanju motenj v delovnem odnosu, kjer se je naslonila na delo Safrana in sodelavcev (Safran, Muran in Samstag, 1994; Safran in Muran, 2000; Safran, Muran, Samstag in Stevens, 2002), ki so izhajali iz Bordinovega koncepta terapevtske alianse.

Na integracijo koncepta delovnega odnosa, ki temelji na t.i. relacijski paradigmi, v program našega izobraževanja iz sistemske psihoterapije in v shemo sem bil še posebej ponosen, saj so sistemski psihoterapevti posvečali presenetljivo (pre)majhno pozornost terapevtski aliansi, kar sta ugotovila npr. tudi Flaskas in Perlesz (1996).

### **Sternova teorija intersubjektivnosti in o trenutkih sedanjosti oz. prisotnosti**

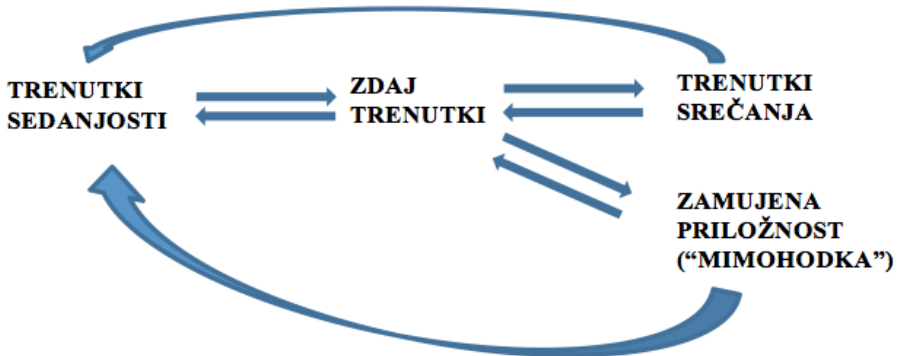
Daniel Stern me je pritegnil s knjigo *Dojenčkov medosebni svet (The Interpersonal World of the Infant)* (1985), ki je bila obvezno čtivo v mojem prvem izobraževanju iz sistemske psihoterapije v drugi polovici osemdesetih let. Z njo sem vstopil v paradigmatško spremembo, ki jo je doživela razvojna psihologija in preko nje tudi psihoterapija od sedemdesetih let prejšnjega stoletja naprej in za katero je bil med najbolj zaslužnimi prav Stern. T.i. teorija intersubjektivnosti in teorija navezanosti je dala nove spodbude razvoju psihoanalize (Gill, 1988; Stolorow, Atwood, in Brandchaft, 1994; Berman, 1997; Beebe in Lachmann, 1998; Mitchell, 2000; Fonagy, 2001) in vseh psihoterapevtskih pristopov, ki smo v razumevanje psihoterapevtskega odnosa vgradili relacijsko paradigmo (npr. Erskine, 1998). Bil je odličen pisec, predavatelj, terapevt in raziskovalec, tako da sem na vsako njegovo naslednjo knjigo komaj čakal (npr. Stern, 1995). Ni presenetljivo, da je s svojim delom nagovoril tudi več slovenskih psihoterapevtov, npr. med drugimi Gostečnikov krog (Kompan Erzar, 2003).

Leta 2004 je po dolgih letih raziskav s sodelavci (Stern, Sander, Nahum, Tronick in sod., 1998) in razvijanja v praksi izšlo eno ključnih del, v katerem je povezal svoje izkušnje raziskovalca razvojne psihologije s klinično psihoterapevtsko prakso, *Trenutek sedanjosti v psihoterapiji in vsakdanjem življenju (The present moment in psychotherapy and everyday life)* (Stern, 2004). Ker je svojo teorijo o trenutkih sedanjosti oz. prisotnosti (ang. »present moment«) naslonil na teorijo nelinearne dinamike kompleksnih sistemov, ki sem se ji posvečal preko sodelovanja z Günterjem Schiepkom (Schiepek, 1999; Haken in Schiepek, 2006), je bilo toliko lažje ustvariti integracijo njegovega dela s sinergetiko (Možina, 2009), ki jo bom kratko predstavil v naslednjem poglavju.



Trenutki sedanjosti oz. prisotnosti so prevladujoče neverbalna doživetja in se v interakcijah med ljudmi lahko kažejo kot:

- skupno gibanje (ang. »moving along«);
- zrcaljenje, posnemanje, sledenje;
- budno spremljanje;
- uglaševanje (attunement) glede vitalnostnih občutkov (stopnje aktivacije, ritmov, vznurjenosti oz. pomirjenosti) in čustev.



Slika 1: Trenutki sedanjosti lahko prerastejo v trenutke prisotnosti, ko smo osredotočeni tu in zdaj, ti pa v trenutke srečanja, lahko pa pride tudi do zamujene priložnosti za srečanje, to je do »mimohodke«.

Temeljna ideja o pomembnih trenutkih, ki vodijo v terapiji do terapevtske spremembe, je prikazana na sliki 1 (bolj podrobno razlago glej v Možina, 2003). Postopno je Stern s sodelavci ugotovil, da so trenutki srečanja na terapevtskih seansah relativno redki in da je ključnega pomena t.i. **skupno gibanje** (ang. moving along), ki ga je opisal kot proces vzajemne regulacije komunikacije, ki je usmerjena k določenemu cilju. Možno je le z stalnim medsebojnim uglaševanjem interakcijskih partnerjev, ki temelji na prisotnosti.

Pot do cilja ni premočrtna, gladka niti idealna. Zahteva stalno pogajanje, kompromise, popravljanje, včasih tudi boj, naprežanje, da skupaj z drugim ostanemo znotraj poti ali dosežemo določeno ravnovesje. Skupno gibanje vključuje tako besedno pojasnjevanje in dogovarjanje (npr. partnerja se dogovarjata, kako bosta preživela prosti vikend) kot tudi nebesedno vedenje. Ni potrebno, da se udeleženca v komunikaciji strinjata, važno je, da se pogajata o toku interakcije in se tako premikata naprej k boljšemu razumevanju tega, kar se dogaja, torej kaj vsak od njiju zaznava, misli in pove v določenem kontekstu in kako vsak od njiju razume razumevanje drugega (npr. da dosežeta strinjanje o nestrinjanju). Pri skupnem gibanju se bolj zavedamo besednega dogajanja (npr. vprašanj, molka, pojasnjevanj), važno pa je, da nismo slepi za vzporedno nebesedno in odnosno dogajanje. Zahteva vztrajnost in toleranco do napak na obeh straneh. Včasih je cilj jase, določen in dvojka lahko napreduje proti njemu urno (ko je otrok lačen in ga mati nahrani). Včasih pa so cilji nejasni, nedoločni in se morajo v procesu gibanja z oz. uglaševanja šele odkriti (npr. prosta igra z otrokom). Tudi če ima posameznik v procesu skupnega gibanja neko splošno predstavo o procesu in cilju, večino časa ne ve, kaj se bo zgodilo in kdaj. Tudi pogosto

ponovljene interakcije nikoli ne moremo ponoviti na popolnoma enak način. Podobno kot je rekel Heraklit, da v isto reko ne moremo dvakrat stopiti. Teme interakcij vsebujejo razvijajoče se variacije, kar se zelo jasno pokaže pri aktivnostih kot je »prosta igra«, kjer prihaja do variacij v naravi aktivnosti, da se izognemo rutini. Pa tudi bolj strukturirane aktivnosti, kot npr. hranjenja, nikoli ne ponovimo na enak način.

Lepa prisposoba skupnega gibanja je ples dveh plesalcev (seveda jih je lahko tudi več), ki sta pozorna na vsak gib in se ujameta v skupnem ritmu. Tudi na terapevtskem srečanju se skupno gibanje dogaja v glavnem na implicitni – neverbalni ravni in v manjši meri preko eksplicitnega – verbalnega dogovarjanja in poleg tega, da lahko pripelje do relativno redkih trenutkov srečanja ali zamujenih priložnosti za srečanje (mimohodk), obstajajo še tri plodne možnosti. Lahko pride do:

1. progresivnih implicitnih sprememb v osebni in delovni odnosu, ki spodbujajo oz. omogočajo zelene spremembe;
2. odpiranja in raziskovanja novih eksplicitnih tem;
3. tega, da se terapevtu odpre prostor za razlage medosebnega dogajanja ali dogajanja v pacientu.

V vsakem od teh primerov pa so značilne diskontinuite, to pomeni, da terapija ne poteka linearno kontinuirano (vezno) od A do B, od B do C itn., ampak da bolj ali manj izrazito nepredvidljivo preskoči v trenutek srečanja, mimohodko, implicitno spremembo, novo eksplicitno temo ali v odpiranje prostora za terapevtovo interpretacijo. Tudi če izvajamo določeno tehniko, kjer so določeni koraki A, B in C, se bo terapevtski premik, v kolikor do njega pride, zgodil kaotično, nelinearno, nezvezno, ko bo kompleksni sistem, ki ga imenujemo »pacient« ali »diada terapevt – pacient« ali »klientski sistem«, sam hotel. Ko se bo sam odločil in ne takrat, ko bi nek del nas, ki mu morda pravimo »jaz«, to pričakoval in hotel. Zato je vedno znova zanimivo pa tudi zahtevno, tako v terapiji kot v življenju.

### Sinergetična načela

Sinergetika definira psihoterapijo kot destabilizacijo disfunkcionalnih in porajanje novih odnosnih vzorcev, novih vzorcev vedenja, čustvovanja in mišljenja v okviru stabilnega, zaupnega in varnega odnosa med terapevtom in pacientom. Sinergetika, teorije nelinearnih sistemov in teorija kaosa omogočajo matematično formalizacijo in simulacijo telesnih, psiholoških in socialnih samoorganizirajočih procesov v kompleksnih sistemih, kar na široko odpira vrata raziskovanju (Haken in Schiepek, 2006). Za psihoterapevtsko prakso pa sinergetika ponuja osem t.i. generičnih načel (Schiepek in dr., 2005), s pomočjo katerih terapevt lažje razume in spodbuja terapevtske spremembe, ki jih sinergetika definira kot diskontinuirane, samoorganizirane prehode od pacientovih problemskih vzorcev mišljenja, čustvovanja, vedenja in odnosov k vzorcem rešitve.

V shemi mora študent oceniti terapevtski proces in izid posamezne terapevtske seanse in/ali proces v daljšem obdobju iz vidika osmih sinergetičnih načel:

- 1) Kako sta terapevt in pacient sestavljala pogoje za **stabilnost**: terapevtski postopki za povečevanje varnosti, zaupanja v odnosu med terapevtom in pacientom, podpiranje pacientovega občutka lastne vrednosti.

2) Kako sta terapevt in pacient uspela v **prepoznavanju vzorcev relevantnega sistema**: to je v prepoznavanju tistih disfunkcionalnih, problemskih odnosnih vzorcev, vzorcev mišljenja, čustvovanja in vedenja, ki jih pacient želi spremeniti, ob hkratnem prepoznavanju vzorcev rešitve; v opisovanju in analizi problemskih vzorcev oz. sistemskih procesov, kolikor je le-to potrebno za definiranje terapevtskih ciljev in odkrivanje rešitev.

3) Kako je bil terapevt uspešen v upoštevanju **smiselnosti**:

za pacienta morajo biti naloge in koraki, ki omogočajo napredovanje in vodijo k ciljem, ves čas smiselni zanj; terapevt daje priznanja za pacientov proces spreminjanja in upošteva pacientov življenjski slog in osebne razvojne naloge tudi če se to ne ujema z njegovim življenjskim slogom; cilji morajo biti po meri pacienta, v prvi vrsti smiselni zanj in ne terapevta.

4) Kako je terapevt uspel prepoznavati parametre nadzora oz. koliko je omogočal **energiziranje**:

to pomeni ustvarjanje pogojev, ki spodbujajo pacientovo motivacijo; prebujanje pacientovih virov; upoštevanje pacientovih ciljev in skrbi.

5) Kako je terapevt uspel **destabilizirati**, krepiti nihanja:

eksperimenti in paradoksi; prekinjanje disfunkcionalnih vzorcev odnosov, mišljenja, čustvovanja in vedenja; vnašanje novih razlikovanj; izjeme – zavestne in spontane; neobičajno, novo vedenje itn..

6) Kako je terapevt upošteval »**kairos**«, kako je bilo z **resonancami** in **sinhronizacijami**: to pomeni, kako je bilo s časovno usklajenostjo in koordinacijo med terapevtskimi postopki, terapevtovim komunikacijskim stilom ter pacientovimi psihičnimi in socialnimi procesi / ritmi; skupno gibanje, skupni »ples«.

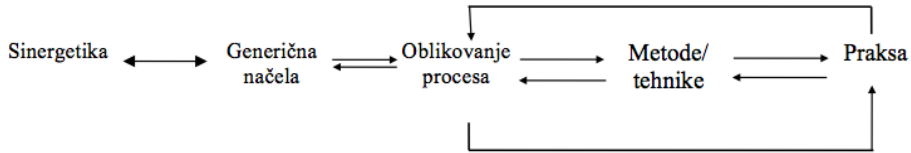
7) Kako je terapevt uspel **prekinjati simetrijo**:

s „simetrijo“ je tu mišljeno stanje, v katerem so poleg utečenih v enaki meri možni oz. prisotni različni (novi) odnosni vzorci in vzorci mišljenja, čustvovanja, vedenja; za prekinjanje simetrije terapevt usmerja pacienta na njegove cilje, pričakovanja in uresničevanje načrtovanih novih vzorcev.

8) Kako je terapevt uspel ponovno **stabilizirati**:

tu so mišljeni ukrepi za stabiliziranje in integracijo novih miselnih, čustvenih, vedenjskih vzorcev in odnosnih vzorcev.

Iz slike 2 je razvidno, da so generična načela na drugi rekurzivni oz. logični ravni od metod oz. tehnik. Metode razvijamo tako, da prenašamo v znanje za ravnanje dele modelov oz. teorij ali pa da svoje izkušnje iz prakse kodificiramo oz. uzakonimo. Po številu so skoraj brezmejne, njihov razpon in stopnja posplošljivosti pa sta različna. Generična načela organizirajo in utemeljujejo izbor posameznih metod. Po sinergetičnem modelu metode vrednotimo glede na to, ali so primerne za udejanjanje enega ali več generičnih načel. Vedno je več metod funkcionalno enakovrednih, zato lahko terapevti s pridom uporabijo svoja osebna nagnjenja, zakladnico izkušenj in osebni slog.



Slika 2 (po Schiepek in dr., 2005): Znanje o generičnih načelih samoorganizirajočih se procesov nam omogoča, da terapevtsko ravnanje organiziramo, poenostavimo in utemeljimo.

S pomočjo ene metode lahko uresničimo več generičnih načel in eno generično načelo se odraža v več metodah. Načelo energiziranja se denimo udejanja v metodah, ki pojasnjujejo probleme in cilje, npr. s pomočjo vprašanja o čudežu, prebujanja virov, omogočanja prvih doživetij uspeha idr.

Generična načela omogočajo, da lahko terapevti kot udeleženi soigralci terapevtski proces skupaj s pacienti sooblikujemo, da ohranjamo pregled in da lahko po potrebi proces analiziramo in ga relativno razumno utemeljimo. Prav v oblikovanju terapevtskega procesa se kaže terapevtska umetnost in strokovnost. Generična načela naj bi glede teh procesov oblikovanja omogočala razumevanje, gotovost in svobodo, ne nadomeščajo pa izkušenj in intuicije. Oblikovanje terapevtskega procesa je v samem središču tistega, kar je Schiepek konceptualiziral kot »sistemsko kompetentnost« (Schiepek, 1999). Predstavitev tega koncepta pa presega namen tega članka.

## Zaključek

Na koncu sheme je del, v katerem študent oceni različne tehnike, metode, postopke, ki jih je opazoval ali sam izvedel. Tu ga ne omejujemo s sistemskimi metodami in tehnikami, čeprav mu ponudimo veliko bogastvo le teh iz zakladnice družinske terapije (za pregled glej Možina, Štajduhar, Kačič in Šugman Bohinc, 2011; Nemetschek, 2006, 2010), hipnoterapije (O'Hanlon in Martin, 1992; Barnes, 1994b, 2002; Erickson, 1980), narativne terapije (Šugman Bohinc, 2003; Freedman in Combs, 2009), k rešitvi usmerjene terapije (Kim Berg in Miller, 1993) idr. Lepota in dragocenost sistemskih teorij je zame vedno bila njihova metateoretičnost in transdisciplinarnost (Možina in Kordeš, 1998), kar pomeni, da npr. tudiomogočajo integracijo teoretskih in praktičnih vsebin drugih psihoterapevtskih pristopov.

Shema je lahko uporabna v psihoterapevtskem izobraževanju ne glede na psihoterapevtski pristop, saj integrira spoznanja psihoterapevtske znanosti, ki so transdisciplinarna in metateoretična. V njej se odraža velik del poti, ki sem jo prehodil kot psihoterapevt in učitelj. Predstavlja dovolj široko matrico, ki jo je možno dograjevati in ki omogoča nenehno učenje. Poleg tega da mi pri poučevanju pomaga pri strukturiranju učnih vsebin, se z njeno pomočjo

bolj prožno odzivam pri delu s pacienti in v drugih življenjskih situacijah. Omogoča tudi dialog s kolegi in kolegicami, ki vidijo razvoj psihoterapije v razvoju psihoterapevtske znanosti, kjer je tekma med različnimi psihoterapevtskimi pristopi zastarela, nadomešča pa jo:

- razvijanje nove metodologije raziskovanja, ki bo po meri psihoterapije. Dober primer za to je npr. metodologija spremljanja in oblikovanja terapevtskega procesa v dejanskem času s pomočjo računalniško podprtega sistema (Schiepek, Picht, Spreckelsen, Altmeyer in Weihrauch, 2005). To pomeni, da bo razvoj psihoterapije empirično podprla na tak način, da je ne bo tlačila v Prokrustovo posteljo objektivizacije s kontroliranimi študijami in manualizacijo (Schiepek, 2008);
- razvijanje novih praks, ki so ekološko veljavne, to pomeni, da na najboljši možni način odgovarjajo na enkratnost in potrebe akterjev in konteksta, v katerem se dogajajo (Schiepek, 2008);
- dialog med takim raziskovanjem in prakso, kot to npr. omogoča sinergetika (Schiepek, Ludwig-Becker, Helde, Jagdfeld, Petzold, in Kröger, 2005).

## Literatura

- Barnes, G (1994a). *Justice, Love and Wisdom: Linking Psychotherapy to Second-Order Cybernetics*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Barnes, G. (1994b). Hermeneutics of Hypnosis. V Barnes, G. *Justice, Love and Wisdom: Linking Psychotherapy to Second-Order Cybernetics*. Zagreb: Medicinska naklada: 186-207.
- Barnes, G. (2002). Hypnosis as a Condition for Psychotherapy. *Hypnos*, xxix, 4, pp. 149-163.
- Barnes, G. (2008). An Introduction to Dialogotherapy. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, letn. 2, št. 3/4, str. 25-60.
- Barnes, G (2010). Kaj je ključni element v psihoterapiji. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, letn. 4, št. 3/4, str. 179-186.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble in Wong, E. (2004). Therapist variables. V: Lambert, M. J. (Ed). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley, str. 227-306.
- Beebe, B. in Lachmann, F. M. (1998). Co-Constructing Inner and Relational Processes. Self- and Mutual Regulation in Infant Research and Adult Treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 517-535.
- Berman, E. (1997). Relational Psychoanalysis: A historical Background. *American Journal of Psychotherapy*, 5, 2, 185-203.
- Bolčina, M. (2007). K rešitvi usmerjen pristop v socialnem delu – analiza s pomočjo empiričnih pokazateljev. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance: New Directions. V A. O. Horvath, L. S. Greenberg: *The Working Alliance – Theory, Research and Practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Čačinovič Vogrinčič, G., Kopal, L., Mešl, N. in Možina, M. (2005). *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Černetič, M. (2005). Biti tukaj in zdaj: čuječnost, njena uporabnost in mehanizmi delovanja. *Psihološka obzorja*, 14, 2: 73-92.
- Černetič M (2011). Kjer je bil id, tam naj bo... čuječnost – Nepresojojajoče zavedanje in psihoterapija. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, letn. 5, št. 4/4.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.

Duncan, B., Miller, S., Wampold, B. in Hubble, M. (Eds.) (2010). *The Heart and Soul of Change* (2nd. Ed.). Washington DC: American Psychological Association: str. 49-82.

Erickson, M. H. in Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: An Exploratory Casebook*. New York: Irvington.

Erickson, M. H. (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson* (Vols. I, II & III) (E.L. Rossi, Ed.). New York: Irvington.

Erskine, R. G. (1998). Attunement and involment: therapeutic responses to relational needs. *International Journal of Psychotherapy*, 3, 3, 235-44.

Flaskas, C. in Perlesz, A. (1996) (ur.) *The Therapeutic Relationship in Systemic Therapy*. Karnac Books: London.

Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press.

Freedman, J. in Combs, G. (2009). *Narativna terapija*. Novi Sad: Psihopolis.

Gill, M. M. (1988). The Interpersonal Paradigm and the Degree of the Therapist's Involvement. V Wolstein, B., *Essential Papers on Countertransference*. New York, London: New York University Press.

Grawe, K. (1990). Vorwort zur Berner Therapievergleichstudie. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie*; 19: 292-293.

Grawe, K., Caspar, F. in Ambuehl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichstudie: I - Fragestellung und Versuchsplan; II - Prozessvergleich; III - Wirkungsvergleich und differentielle Indikation; IV - Zusammenfassung und Schlussfolgerungen. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie*; 19: 294-376.

Grawe, K. (1997). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Grawe, K., Donati, R. in Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Goettingen: Hogrefe.

Haken, H., Schiepek, G. (2006). Synergetik in der Psychologie. *Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe.

Horvath, A. O. in Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing.

Kim Berg, I. in Miller, S., D. (1993). *Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen*. Heidelberg: Carl Auer Verlag.

Kobal, L. (2004a). *Ugotavljanje dejavnikov psihoterapevtskega odnosa: vpliv klientovih in psihoterapevtovih implicitnih odnosnih shem*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Filozofska fakulteta.

Kobal, L. (2004b). Terapevtska delovna zveza: integrativni koncept sodobne psihoterapije. V: Bohak, Janko (ur.), Možina, Miran (ur.). *Kompetentni psihoterapevt : prispevki na naslovno temo, druge delavnice, prispevki iz drugih virov*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo, str. 152-160.

Kobal, L. (2005). Psihoterapevtski odnos: sodobni tokovi v psihoterapiji. V: Bohak, J. (ur.), Možina, M. (ur.). Četrți študijski dnevi Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, 3. in 4. junij 2005, Rogla. *Sodobni tokovi v psihoterapiji : od patogeneze k salutogenezi*: [zbornik prispevkov]. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo, str. 84-97.

Kompan Erzar, K. (2003). *Skrita moč družine*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center.

Lambert, M. J. (1992). Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration. v Norcross, J. C. in Goldstein, M. R. (ur.) *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books. str. 94-129.

Lambert, M. J. in Barley, D. E. (2002): Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work – Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press.

Lambert, M. J. in Ogles, B. M. (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. In: Lambert, M. J. (Ed) Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley, pp 139-193.

Lambert, M. J. (ed.) (2004). Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.

Lambert, M. (2007). The Mechanisms of Change in Psychotherapy and Implications for Practice. Predavanje na Kongresu Selbstorganisation von Geist & Gehirn v Eggenburgu, 7. – 9. oktobra 2007.

Luborsky, L. (1994). Therapeutic Alliance as Predictors of Psychotherapy Outcome: Factors Explaining the Predictive Success. V Horvath, A. O. in Greenberg, L. S. *The Working Alliance – Theory, Research and Practice*. New York: John Wiley & Sons.

Mitchell, S. A. (2000). *Relationality. From Attachment to Intersubjectivity*. Hillsdale, London: The Analytic Press.

Možina, M. (1993). School of Psychotherapy Cybernetics introduces itself: *Effective organization of effective psychotherapy*. *Psychiatria Danubina*; 5: 63-68.

Možina, M. in Kordeš, U. (1998). Obiranje sadov iz drevesa spoznanja – spremna beseda. V Maturana, H. R. in Varela, F. J.. *Drevo spoznanja*, Ljubljana: Studia Humanitatis.

Možina, M. in Solarovič, J. (2003). Sistemska psihoterapija je učinkovita in uspešna. V J. Bohak, M. in Možina, M. (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.

Možina, M. (2003). O prisotnosti, pristnosti in trenutkih srečanja odraslih z otroki. V: Ažman, R. (ur.), Dolinšek Bubnič, M., Možina, M., Saksida, I., Žabot, V., Jurišič, B. D., Strojini, M. *Lahko vzgojim uspešnega otroka?: priručnik za starše, vzgojitelje in učitelje*. Ljubljana: Epta, str. 13-39.

Možina, M. (2007). O Kairosu. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, letn. 1, št. 1/2, str. 3-5.

Možina, M. (2009). Pridi k meni: o odločanju, kairosu in trenutkih srečanja v psihoterapiji. V: Bohanec M. et al (ur.). *Informacijska družba – IS 2009*, 12. do 16. oktober 2009: zvezek A. Ljubljana: Inštitut Jožef Štefan: 337-342.

Možina, M. in Kramer, M. (2002). Reka življenja; prikaz modela sistemske družinske terapije po Petru Nemetschku. V: Bohak, J., Možina, M., ur. *Dialog. Zbornik prispevkov 1. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo* (str. 56-67). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.

Možina, M., Štajduhar, D., Kačič, M. in Šugman Bohinc, L. (2011). Sistemska psihoterapija. V: Žvelc, M., Možina, M. in Bohak, J. (ur.). *Psihoterapija*, (Zbirka Psihoterapevtske študije). Ljubljana: IPSA, 2011, str. 415-501.

Nemetschek, P. (2010). »Ko bom velik-a!« Vsakdanji trans in družinskoterapevtsko delo z otroki in starši. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, letnik 4, št. 1/2, str. 169-206.

Nemetschek, P. (2006). *Familientherapie mit Kindern, Jugendlichen und Eltern. Lebensfluss-Modelle und analoge Methoden*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Norcross, J. C. (ur.) (2002). *Psychotherapy Relationships That Work – Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press.

O'Hanlon, W. H. in Martin, M. (1992). *Solution-Oriented Hypnosis: An Ericksonian Approach*. New York: W. W. Norton&Company.

Orlinsky, D. E. in Howard, K. I. (1987). A Generic Model of Psychotherapy. *Journal of Inte-*

*grative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 1, 6-27.

Pajntar, M., Areh, I. in Možina, M. (2013). Ali je hipnoza učinkovita pri zdravljenju telesnih in duševnih težav? *Kairos*, letn. 7, št. 1/2, str. 19-31.

Roth, A. in Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York, London: The Guilford Press.

Rus Makovec, M. (2000). Kontratransfer v družinski terapiji. V Praper, P. (ur.): *Moč – transfer in kontratransfer v psihoterapiji, Zbornik prispevkov 6. Bregantovi dnevi*. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.

Rus Makovec, M. (2002). Konstrukt upanja. V: Praper, P. (ur.): *Upanje, Zbornik 7. Bregantov dnevi*. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.

Safran, J. D., Muran, J. C. in Samstag, L. W. (1994). Resolving Therapeutic Alliance Ruptures: A Task Analytic Investigation. V Horvath, A. O. in Greenberg, L. S. (ur.), *The Working Alliance – Theory, Research and Practice*. New York: John Wiley & Sons.

Safran, J. D. in Muran, J. C. (2000). Resolving Therapeutic Alliance Ruptures: Diversity and Integration. *Psychotherapy in Practice*, 56, 2, 233-243.

Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. in Stevens, C. (2002). Repairing Alliance Ruptures. V Norcross, J. C. (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work – Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press.

Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.

Schiepek, G. (2008). Psihoterapija kot z dokazi podprt proces upravljanja. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 2, št. 1-2: 7-32.

Schiepek, G., Ludwig-Becker, F., Helde, A., Jagdfeld, F., Petzold, E.R. in Kröger, F. (2005). Sinergetika za prakso. V: Bohak, J. in Možina, M. (ur.). Četrty študijski dnevi Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, 3. in 4. junij 2005, Rogla. *Sodobni tokovi v psihoterapiji : od patogeneze k salutogenezi: [zbornik prispevkov]*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 25-33.

Schiepek, G., Picht, A., Spreckelsen, C., Altmeyer, S. in Weihrauch, S. (2005). Računalniško podprta procesna diagnostika dinamičnih sistemov. V: Bohak, J., Možina, M. (ur.). Četrty študijski dnevi Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, 3. in 4. junij 2005, Rogla. *Sodobni tokovi v psihoterapiji : od patogeneze k salutogenezi : [zbornik prispevkov]*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 34-51.

Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.

Stern, D. N. (1995). *The Motherhood Constellation*. New York: Basic Books.

Stern, D. N., Sander, L.W., Nahum, J. P., Tronick, E. Z., in sod. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The 'Something more' than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*.

Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York, London: Norton.

Stolorow, R. D., Atwood, G. E. in Brandchaft, B. (ur.) (1994). *The Intersubjective Perspective*. Nortvale: Jason Aronson Inc..

Šugman Bohinc, L. (2003). Pripovedovanje zgodb v socialnem svetovanju in psihoterapiji. *Soc. delo*, 42, 6: 377-383.

Šugman Bohinc, L. (2011). Sinergetika soustvarjanja učenja in pomoči v šoli. V: Šugman Bohinc, L. (ur.). Izvirni delovni projekt pomoči. *Zbirka Učenci z učnimi težavami*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo: 36-79

Yapko, M. (2011). *Mindfulness and Hypnosis: The Power of Suggestion to Transform Experience*. New York: Norton.

Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. New York: Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah.



Wampold, B. E. (2010). The research evidence for common factors models: A historically situated perspective. V: Duncan, B., Miller, S., Wampold, B. in Hubble, M. (Eds.). *The Heart and Soul of Change* (2nd. Ed.). Washington DC: American Psychological Association: str. 49-82.

---