

Hilarion G. PETZOLD* Johanna SIEPER** Jože KOCIPER***

Volja, neurobiologija in psihoterapija

Ključne besede: volja, svoboda, kreativnost, psihoterapija volje

Povzetek: V začetku leta 2008 sta izšli dve novi knjigi o volji in psihoterapiji, ki sta jih skupaj s sodelavci izdala H. G. Petzold in J. Sieper. Nekaj let prej (2001 in 2004) je izšlo nekaj knjig o volji, kjer pa še niso bila upoštevana spoznanja nevroznanosti. Prevedena sta predgovora iz obeh najnovejših knjig.—Delo je zamišljeno kot dvojna knjiga. Prva govori o teoretičnih temeljnih vprašanjih, ki se ukvarjajo s temo volje kot take in njenim razumevanjem v psihoterapiji, nato sledi problem »usklajenosti« v terapevtskem odnosu in v problemu odnosa »duše in telesa« oziroma telesa, duše in duha (Petzold 2007). To je bil tudi izbirni kriterij za avtorje teme in tekste.—Druga knjiga se ukvarja s praktičnimi in z metodološkimi vprašanji, kako ravnati z voljo v psihoterapiji, in je usmerjena na klinično praktično terapijo volje in razvoja volje v salutogenetičnem smislu. Nato predstavljamo udejanjanje in povezavo z ustvarjalnostjo, ki označuje vedenje ljudi skozi evolucijo in v klinični praksi, ki je istočasno umetnost in terapija (Petzold, Orth 2007). V terapiji nastopajo teme volje, svobode in kreativnosti. Obe knjigi se lahko bereta tudi samostojno.—Upamo, da bosta ti dve knjigi vzpodbudili pogovor na psihoterapevtskem področju o vprašanih volje, svobodnega hotenja in volje v kliničnem kontekstu, in da bi prebudili zanimanje nevroznanstvenikov ter dialog med psihologijo, filozofijo in neurobiologijo. Želja avtorjev je, da bi se psihoterapevti začeli več ukvarjati z vprašanji volje, hotenja in svobode v terapevtski praksi in da bi uporabljali učinkovite metode za delo s problemi volje.

Will, Neurobiology and Psychotherapy

Key words: will, freedom and creativity, psychotherapy of will

Summary: In the beginning of 2008 two new books about will and psychotherapy were published. They were written by H. G. Petzold, J. Sieper and their associates. Although a couple of years earlier (2001 and 2004), some books about will have been published, they did not cover the ascertainments of neuroscience. Prefaces to both books are translated.—Both books can be considered as one. The first one focuses on fundamental theoretical issues, that deal with will and its understanding in psychotherapy. Then it covers the problem of “fit” in a therapeutic relationship. Secondly, it considers the problem of relationship “body and soul” and body, soul and spirit respectively (Petzold 2007).—However, the second book deals with practical and methodological questions, firstly, how to deal with will in psychotherapy. It is oriented on clinically practical therapy of will development in salutogenetical sense. Then we present activity and connection with creativity, that depicts people’s behaviour through evolution and in clinical practice that is at the same time art and therapy (Petzold, Orth 2007). In therapy we can find themes of will, freedom and creativity. Both books can also be readed separately.—We hope that these books will encourage psychotherapists to debate about questions of will - free volition and will in clinical sense - and to awake the interest of neuroscientists and the dialogue between psychology, philosophy and neurobiology. The wish of the authors is, that psychotherapists start dealing more with questions of will, volition and freedom in therapeutical practice and to use effective methods for work with problems of will.

Predgovor k 1. knjigi: Med svobodo in določenostjo

Hilarion G. Petzold / Johanna Sieper (Ur.) (2008) *Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie, Bd. I: Zwischen Freiheit und Determination* 331 strani, 12 poglavij., str. 7-15.

Omejitev in dejanja prisile, ki ne dovolijo osebnega izražanja volje v različnih skupnostih, družini ali na delovnem mestu, povzročajo konflikte, ustvarjajo »socialni stres« ter vodijo k odporu in agresivnosti. Če se takšen represiven način nadaljuje, nastane občutek nemoči, motnje ali tudi bolezni. Ljudje nimajo več v rokah svojega življenja, izgubijo »prostor kontrole« in niso več učinkoviti (Bandura 1969), doživljajo izgubo »osebne suverenosti« (Petzold 2004). Posledi-

*HILARION G. PETZOLD · PROF. DR. SCI. · PSIHOTERAPEVT · EVROPSKA AKADEMIJA ZA PSIHOSOCIALNO ZDRAVJE · DÜSSELDORF/HÜCKESWAGEN

JOHANNA SIEPER · DR. SCI. · PSIHOTERAPEVKA · *PREVEDEL IN PRILAGODIL.

ca tega so »naučena nemoč«, oslabljen občutek samospoštovanja, pasivnost in številne motnje. Potiskanje potreb, želja (ki jih motivirajo potrebe) in namenov volje povzročata stres, napetost in veliko pripomore k nastanku različnih obolenj, ki jih povzročata stres. V psihoterapiji, socioterapiji in telesni terapiji se ukvarjamo z vsem tem. Ne glede na to, iz katere psihoterapevske smeri gledamo na psihopatologijo, pridemo zmeraj do teorije o stresu. Mati, ki odpoveduje, oče, ki je preveč oster, podobe iz psihoanalitičnega področja, ustvarjata stres. Tudi napačna komunikacija v družinskih sistemih vodi do stresa. *Izražanje volje* in uresničevanje namenov in ciljev je omejeno ali celo kaznovano in tako se prostor kontrole (locus of control) določa od zunaj, delovanje volje pa omejuje. Z nevrobiološke perspektive ugotavljamo, da ta način povzročata obremenjujoče stresno doživljanje, utirijo se napačne nevrološke poti in disfunkcionalne strategije razbremenitve, zavira pa se ustrezno vedenje in ustvarjalno reševanje problemov. Tako ustvarjeni vzorci in obvladovalni mehanizmi običajno niso zadostni pri razvojnih nalogah, obvladovanju življenja in uresničevanju potencialov. In tako zopet na novo nastajajo težave, trpljenje in motnje. Te postanejo tako močno utirjene, da jih napor *zavestne volje* ne zmore več uspešno obvladovati, kajti med tem utirjanjem se pojavi »drugačno hotenje«: na novo naučeni vzorci, navade, utirjeni poteki v nevroloških povezavah, drugačni neurotransmiterski procesi. Ko človek razvije psihično ali psihosomatsko obolenje s takimi močno utirjenimi vzorci, mu lahko pomaga samo psihološko in nevroznanstveno strokovno svetovanje in obravnava. Samo to mu lahko pokaže poti in načine, kako lahko te regulacije učinkovito zavre in jih spremeni, ustvarja nove poti ter znova pridobi nazaj *moč svoje volje*. Tako lahko učinkovitejše in ustreznejše obvladuje svoje življenje in uresničuje življenjske cilje. Takšno terapevtsko delo je mogoče, če obstaja obojestransko odločenost in pripravljenost za sodelovanje. Za terapevtsko zvezo je nujna *odločitev* in pripravljenost za sodelovanje v terapevtskem dogovoru, torej vključitev volje. *Pri uspešni terapiji se nikakor ne moremo odpovedati volji*.

Volja je pomembna na osrednjih področjih človeškega življenja, osebnega razvoja, socialnega in delovnega okolja. Glede tega se seveda vsi strinjamo. Zaradi tega bi morala biti volja tudi osrednja tema psihoterapije. Postavljamo torej vprašanje, zakaj tema volje tako dolgo ni bila in še zmeraj ni v ospredju. Volja ni postala predmet razvojnih teorij in tudi v terapevtski praksi nima nobenega izrazitega pomena. Kako je lahko nastala takšna »kolektivna slepa pega« na psihoterapevtskem področju, ni možno razložiti samo na nivoju teoretičnega diskurza, temveč se morajo terapevti ozreti tudi sami vase, če problemu volje niso posvečali dovolj pozornosti. Odgovor na to izjemno interesantno vprašanje je onstran racionalizacij in ga lahko najdemo v lastni biografiji, po drugi strani pa tudi v kolektivnih diskurzih psihoterapije kot poklica »strokovnjakov za duševnost« in razmišljanjih sorodnih znanosti (npr. psihologija, biologija, medicina, sociologija). Ob tem je treba upoštevati tudi družbeno tradicijo in družben odnos do duševnih bolezni. Odgovor na to vprašanje je povezan s temami moči, nemoči, prisile, prevlade, *določenosti* in *svobode*.

Glede na osrednjo vlogo volje v celotnem kontekstu je pravzaprav čudno, kako dolgo je bila tema volje v psihoterapiji spregledana. V okviru »integrativne terapije« smo tako v praksi kakor tudi v konceptih in metodah terapije zmeraj poudarjali pomen *volje* in *hotenja*. Zaradi tega se je pojavila vse večja motivacija in namen, kar pomeni tudi *voljo*, da bi se teoretično globlje ukvarjali s temo volje. V več razmišljanjih in predhodnih iskanjih smo se *odločili* (decision), da se lotimo te tematike. To je bil naš cilj. *Udejanili* (conversion) smo ta projekt in bili nato vrsto let ob tem stalno angažirani in *vztrajali* (persistence). Ta vztrajnost seveda zahteva določeno *moč volje*. *Odločitev, udejanjenje in vztrajanje* so tri bistvena področja dejavnosti volje. V psihoterapiji je zelo malo literature o tej temi. Obstajajo samo starejša dela z mejnih področij: R. Assagioli, O. Rank, R. May, I. D. Yalom. Potreben je torej novi začetek. Takoj v začetku nam je bilo jasno, da je takšno početje možno samo interdisciplinarno. Leta 2001 je bila izdana prva knjiga, ki se ukvarja s temo volje z vidika filozofije, psihologije, pedagogike, teologije in psiho-

terapije (Petzold 2001). V nadaljnji raziskavi smo pregledali stališča velikih psihoterapevtskih šol o vprašanju volje od psihoanalize in globinske psihologije preko humanistično psiholoških postopkov vse do vedenjske terapije, sistemskega in integrativnega pristopa. Publikacija o temi volje, ki presega posamezne šole, predstavlja zapleteno pionirsko delo (Petzold, Sieper 2004). Pri tem se je pokazalo, da večina šol nima specifičnega stališča do teme volje in hotenja. Avtorji posameznih prispevkov so naredili nekakšno temeljno delo iz predhodnega znanja, predstav ter konceptov. Bistveno vprašanje o »svobodni volji« je bilo pri tem občasno izpuščeno ali pa samo nakazano. Iz teh knjig je razvidno, da je bila osrednja tema zelo dolgo zanemarjena in da bo treba še veliko dela v psihoterapevtskem poklicu, da se te luknje zapolnijo. Predvsem je vzbujalo pozornost to, da razen ene izjeme ni nobeden od avtorjev pokazal na nevroznanstvene povezave in literaturo. To je bil razlog, da smo se odločili izdati dvojno knjigo o *svobodni volji in hotenju*, kjer so objavljeni tudi članki iz nevroznanosti in nevroznanstveno orientiranih pristopov, ki so pomembni za psihoterapijo in psihoterapevtsko delo z voljo.

Ta tema je dobila še dodatno aktualnost, ker je to gibanje postalo pomembno tudi na področju psihoterapije. Psihoterapija se je začela odpirati nevroznanostim (Petzold, Van Beck, Van der Hof 1994, Petzold 2002, Grawe 2004, Schiepek 2003). Izkristaliziralo se je spoznanje, da *ukvarjanje s psihoterapijo pomeni spreminjanje možganov* (Grawe 2004). Takšno stališče potrebuje nekaj časa, da se uveljavi, treba ga je interpretirati in se o njem pogovarjati, pridobiti je treba povezave z dosedanjim psihoterapevtskim delom. Treba je postaviti vprašanje o odnosu med »subjektom in možgani« (Schuh 2006). A začetki so narejeni. Tema volje je ponovno našla pozornost v psihologiji in raziskavah, kar ima posledice tudi za psihoterapijo.

Vprašanje o »svobodni volji« je pri tem samo eden od predmetov takšnega *poliloga*. Čeprav je tema volje izjemno pomembna, pa pogovor nikakor ne more biti omejen samo nanjo. Klinična pomembnost volje lahko stopi v ozadje, če jo povežemo z vprašanjem svobode, kar je treba vsekakor preprečiti. »Ali imamo svobodno voljo ali ne?« »Kako daleč smo determinirani?« Ta vprašanja in diskusije v zvezi s tem so v javnosti zelo popularne (Mayer 2007). Selektivno se pogovarjamo o spoznanjih nevroznanosti. Filozofi, psihologi in nevrobiologi imajo ognjevite pogovore o tem. Vsakdanji razum odgovarja na to vprašanje s pogledom na vsakdanje postavljanje ciljev in uresničevanje ciljev, preprostostjo in enopomenskostjo: »Vsekakor ja, nekateri več, nekateri manj.« Za paciente je to vprašanje pogosto akademsko in tudi marsikateremu praktiku v terapiji se zdi podobno. Za njih pa se postavljajo druga vprašanja o volji, ki so za kontekst terapije izjemno pomembna: »Ali bo pacientu uspelo, da opusti svoje odvisniško vedenje?«, »Ali ima dovolj moči, volje, da premaga svoje strahove?«, »Ali bo po tej depresiji ponovno zmoget priti do sposobnosti odločanja in doseganja ciljev, ki jo potrebuje v svoji vodstveni poziciji?«, »Ali bo našel moč, da se reši iz tega destruktivnega odnosa?«, »Bo ozdravel ali bo ostal v svojem regresivnem umiku?« ... Vprašanja o volji in hotenju nas zmeraj znova peljejo nazaj k temi »svobodne volje«.

V tem kontekstu med klinično praktičnimi vprašanji, nevrobiološkimi in filozofskimi temelji smo tudi zasnovali to delo o volji, s čimer se v psihoterapiji ukvarjamo že vrsto let. To delo nas zmeraj znova navdihuje, ne samo zato, ker trenutno poteka živa diskusija o teh vprašanjih, temveč tudi zato, ker je prišlo do večjega zavedanja o znanstvenem in kliničnem pomenu volje in hotenja. Vse to poudarja osnovno praktično spoznanje: *V psihoterapevtskem delu se ne zgodi ničesar brez volje pacienta oz. pacientke, niti pravno veljavna privolitev na podlagi informiranelega soglasja. ničesar se ne zgodi brez volje za dobro skupno sodelovanje med terapevtom in pacientom.*

Temeljni pogoj za terapevtski uspeh je doseganje skupne motivacije, namenov, naporov in hotenja tako pacienta kot terapevta za ponovno ozdravitev, rešitev problemov in obvladovanje razvojnih nalog.

»Terapevtski odnos« se v mnogih smereh terapije predstavlja kot najpomembnejši učinkoviti

dejavnik v psihoterapiji. Psihoterapevtske raziskave so to nespecifično potrdile. Nespecifično zato, ker so ob tem potrebne še druge potencialne analize o tem, kaj pomeni dober terapevtski odnos. Ali je to v resnici več kot dober medčloveški odnos (Martens, Petzold 1998)? In kaj je bistvena sestavina tega? Pri tem je potrebno natančno opazovanje dogajanja v odnosu. Dobro ujemanje ali skladnost je tisto, kar dela terapevtski odnos učinkovit. Volitivno psihološko razmišljanje kaže, da je v tem usklajevanju nujna koordinacija skupne volje, ki omogoča zdravljenje. Zapiski seans, ki opisujejo dobro skupno delo, že po nekaj srečanjih napovedujejo terapevtski uspeh (Petzold in sodelavci 2000, Steffan 2002). Brez takšne usklajene in *sinhronizirane volje* v odnosih, kjer ni odpora, nesodelovanja, disfunkcionalnega reagiranja, se ne zgodi ničesar. Kjer ne najdemo dobre terapevtske zveze, je terapija obsojena na neuspeh. In kaj je v takšni zvezi bistveno? *Skupno sodelovanje volje!* V globinsko psihološki paradigmi se s strani pacienta zahteva volja za odpiranje obremenjujočih biografskih izkušenj, s strani terapevta pa volja, da tej zgodbi prisluhne, jo razume in skupaj s pacientom predeluje. V tako imenovani humanistično psihološki paradigmi je potrebna volja tako pacienta kot terapevta, da se podata na intenzivno odnosno izkušnjo, ki kot izkušnja zaupanja odpira nove možnosti doživljanja in delovanja. V vedenjsko kognitivni orientaciji pacient potrebuje voljo ob konkretnih vedenjsko terapevtskih postopkih, da opravlja vaje in trening samopotrjevanja ali pa gre v naporno izkušnjo izpostavljanja dražljaju pri obravnavi strahu, prisile ali travmatskih obremenitev. V novi integracijski paradigmi, ki jo zastopa tudi integrativna terapija, temo *volje naredimo za predmet dela na sebi*, tako da pacient zavestno in čim bolj *svobodno in suverno* sprejme odločitve za terapevtsko skupno delo. Pacienta podpiramo pri tem, da vztraja v odločitvi in ohrani voljo do skupnega dela. Mnogi pacienti imajo premalo sposobnosti odločanja (decision), moči udejanjanja (conversion) ter zmožnosti vztrajanja (persistence), kar so osrednje kvalitete volje. Mnogi so imeli zlomljeno voljo ali pa so bili prisiljeni v podređitev. To so bili za njih patogeni dejavniki, ki se zaradi tega v terapevtski situaciji ne bi smeli ponoviti. Pri tem gre pogosto za situacije »totalnih inštitucij« (bolnišnica, dom), kjer obstajajo strukturirane prisile. Z odpiranjem procesov odločanja, z vključevanjem ter suverenim odločanjem dobi pacient moč in opogumljanje („empowerment“), da začuti lastne impulze volje in izpelje svoje odločitve, da *skupaj* s terapevtom določi in izdela načrt, da najdeta skupno voljo. To je začetek obravnave kot *skupne poti hotenja* na prostoru kontrole („locus of control“), področju razpolaganja in določanja, ki se sedaj *skupaj upravlja*. Procese krmilimo vzajemno, kjerkoli je to možno (seveda mejo pri tem predstavlja akutna psihoza ali demenca). Pri tem se lahko ustvarja *motivacija in namen*, kar pomeni odločitve in vztrajnost volje za potrebne postopke glede na indikacijo in situacijo. V integrativni usmeritvi gre za več kot za »compliance« (sodelovanje, pripravljenost) in več kot informirano soglasje. Pacient naj bi izkustveno doživel voljo, za katero lahko stoji s svojo celotno osebnostjo tudi kot suveren pravni subjekt in kot državlján.

In kaj pomeni »on the brain level«, na nivoju nevrobiologije? Ustanovitelj moderne nevro-psihologije Aleksander R. Luria dojema voljo kot funkcijo celotnih možganov, kar pomeni celotne osebe in ne le kot neko posamično funkcijo. Volja je ena od sposobnosti, s katero razpolaga človeški subjekt. Volja se v svojih zavestnih in izvenzavestnih procesih opira na prefrontalne procese razuma in mišljenja in se čustveno krepi v dejanjih volje. Z »vajami volje« lahko voljo krepimo. Tukaj se dogaja enako kot pri vsaki drugi možganski funkciji, ko jo uporabljamo, jo vzdržujemo. Ko je ne uporabljamo, postane šibkejša in slabi. »Vaje volje« so tako s terapevtskega vidika izjemnega pomena.

Ali je volja svobodna? Pri tem moramo najprej pojasniti pojem svobode (Steinworth 1994, Walde 2006). V najširšem smislu svobode, kot jo pojmuje nemški idealizem, volja prav gotovo ni svobodna. Evolucijsko biološki procesi, ki jih prehodimo v „mezokozmosu“ (Vollmer 2008, v prvi knjigi), imajo svoje omejitve (Vuketits 2008 – v prvi knjigi). Tudi okolni življenjski pogoji, h katerim spada hotenje drugih ljudi, so omejujoči (Schlimme 2008, v prvi knjigi). Obolenja, ki

voljo omejujejo kot npr. prisilne motnje, prav tako predstavljajo meje (Wedekind, Huter 2008, v drugi knjigi). In kako majhni otroci? Njih omejuje volja staršev in marsikaj drugega. V okvirih teh determinizmov našega hotenja razpolagamo z *omejeno stopnjo svobode*. Skozi izkušnje s sabo in z drugimi v življenju lahko z delom na lastni *suverenosti* (Petzold, Orth 1998) ter z osebnim in s kolektivnim raziskovanjem in spoznavanjem svobodo širimo. Prostor »dovolj svobodnega hotenja«, dovolj, ker je bilo in je dovolj, da se uspešno potrjujemo v evoluciji, lahko tako za subjekt kot za skupine subjektov širimo. V tem je ena bistvenih razvojnih nalog (Havighurst 1948) odraslega življenja, ki jo lahko podpira psihoterapija.

To so stališča, ki jih z različnimi poudarki zastopajo smeri kompatibilizma, epifenomenalizma in epistemičnega libertalizma (Walde 2006) in vsaka ima zase dovolj dobre razloge. Spoznanja nevrobiologije ne nasprotujejo tem vidikom (Walde 2006), kajti njihovo »branje« in »razlaganje« kaže različne vidike in pozicije. V današnjem trenutku raziskav in diskusije je tako prav. Kot drugačne perspektive lahko gledamo tiste, ki so se izkazale kot ustrezne. Knjiga kaže to različnost vidikov.

Tema volje ni edina, ki je bila pri skoraj vseh modalitetah na psihoterapevtskem področju zanemarjena. V naših soočenjih z bistvenimi kliničnimi temami smo se v zadnjih letih in desetletjih skupaj z Ilse Orth zavestno ukvarjali s takšnimi zanemarenimi temami in jih klinično obdelali, raziskovali, zbirali material in publicirali. Gre za teme, kot so *telesnost, razvojna psihologija v celotnem poteku življenja, psihoterapija s starimi ljudmi in z umirajočimi, delo s kreativnimi mediji in z estetsko izkušnjo, poezija in zdravilna moč govorice, doživljanje narave in ekopsihosomatika* kot poti psihoterapije. Načeli smo teme, kot so *smisel, izkušnja smisla in življenjski smisel, psihoterapija in filozofija, nepravilnost in pravičnost, teme o miru in lepih občutkih, o tolažbi in o pomiritvi, o moči, izničenju identitete in političnem angažiranju, o škodah, tveganjih in stranskih učinkih psihoterapije, o pravicah pacientov*. Hoteli smo in hočemo, da te teme ne izpadejo iz dialoga in prakse psihoterapevtskega področja ali ostanejo na obrobju, kajti spadajo k pomembnemu tematskemu kompleksu antropologije, podobe človeka in vrednot, ki jih imamo za jedro področje vsake psihoterapije. Te teme so za človeka in zdravje pacientov pogosto centralnega pomena. Hoteli smo in hočemo kot psihoterapevti, kot sami sebe tudi razumemo, s tem delom opraviti pomembno in vendar še zmeraj postransko temo za delo mnogih naših kolegov in kolegic v psihoterapevtskem področju, neodvisno od pripadnosti šole, in sicer kot doprinos k temu, da bi psihoterapija kot partnersko delo s pacienti poglobila svojo človeško in medčloveško ter strokovno kvaliteto.

Predgovor k 2. knjigi: Psihoterapija volje, teorije, metode in praksa

Hilarion G. Petzold / Johanna Sieper (Hgg.) (2008) *Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Bd. II: Psychotherapie des Willens. Theorie, Methoden und Praxis*, 419 strani, 16 delno barvnih slik., str. 335–339.

Volja in hotenje, »svobodna volja« igra v psihoterapevtski praksi izjemno pomembno vlogo. To se kaže na mnogih področjih. Odločitev pacienta za začetek terapije običajno zahteva veliko časa in je predpostavka za uspešno terapijo. Pacient bi moral priti na terapijo iz lastne motivacije, kar govori večina terapevtskih šol. Toda ali je ta odločitev v resnici »svobodna«, praviloma sploh ne razmišljamo. Psihoanaliza govori o »bolezenskem pritisku«, gestaltterapija zahteva, da naj bi bil pacient pripravljen »rasti«, prevzeti nase tveganje (risk taking), kar zahteva nujnost sprememb, npr. poklicne probleme ali probleme v partnerskem odnosu. Toda morda je najbolj potrebna »radovednost do samega sebe«, ki motivira. Ali je radovednost, ki jo imamo ljudje v sebi, naš genetski program, naša določenost? Svoboda hotenja zmeraj znova trči ob omejitve.

Pacient naj bi imel »voljo do sodelovanja«, ki jo večinoma dojemamo samo „psihološko“, kar pa ne zadošča. »Svobodna volja« je istočasno v pravnem smislu temelj za delovni odnos. Volja pacienta je pomembna tako za celotno terapevtsko obravnavo kakor tudi za posamezne po-

stopke, o čemer je terapevt dolžan dati pojasnilo. Terapevtova pojasnilna dolžnost zadeva vsakokratnega pacienta. Treba je pojasniti tudi temeljna načela obravnave, npr. zahtevo po »globinski spremembi osebnosti« (Freud) oz. osebnostni spremembi, kot jo zagovarja klasična psihoanaliza. Treba je pojasniti tudi »tveganja in stranske učinke« psihoterapije (npr. razvoj malignega transferja, samomorilnost, poslabšanje simptomov, ponovna travmatizacija. Prim. Martens, Petzold 2002). S tem pacient ve, v kaj se spušča, ko se *odloči*: »Začel bom s to obravnavo.«

Na drugi strani terapevt pri obravnavi sledi pravnim okvirjem, ki jih daje ne samo kodeks etike, ampak tudi zakon o psihoterapiji, kjer že obstaja. Ravno v ta okvir sodi dolžnost pojasnjevanja. Nikakor ni preprosto spregovoriti o ponovni travmatizaciji ali tveganju samomora. O tem obstaja zelo malo modelov in raziskav. Vprašanje je, koliko so posamezni psihoterapevti in »skupnosti psihoterapevtov« opremljeni in »voljni« soočiti se s temi pravnimi zahtevami.

O vseh teh vprašanih bi morali razmišljati in si ustvariti »stališča«, da bi tako ustvarili dovolj trden temelj za pacientovo odločanje in sklenitev terapevtskega dogovora (Greenson 1962) za spreminjanje samega sebe na področju simptomatike, problemov ali »disfunkcionalnih življenjskih stilov«. Le tako lahko uresničujemo terapevtske cilje. Ta odločitveni moment je treba prenašati v prakso in ga vzdrževati ves čas terapevtske obravnave. Vztrajnost je izjemno pomembna za skupno delo, delo na sebi in na simptomatiki, uresničevanju ciljev obravnave itd., skratka za uspeh terapije. Uresničevanje terapevtskih ciljev je pomembno področje psihoterapevtskega raziskovanja, ki ugotavlja učinkovitost terapevtskih postopkov.

Terapevtsko sodelovanje in terapevtski uspeh najbolj ovirajo in onemogočajo ravno neodločnost, nezmožnost odločitve, šibkost volje, pomanjkanje konkretizacije in vztrajnosti. Zaradi vsega tega je treba v terapiji razmišljati o volji in razvijati strategije dela z voljo. Osrednji terapevtski cilji, npr. »avtonomija« (psihoanaliza), »samoudejanjanje« (vedenjska terapija), »samouresničitev« (pogovorna terapija), »samoodgovornost in samouresničevanje« (gestaltpoterapija), »samoregulacija in osebna suverenost« (integrativna terapija) (Petzold, Sieper, 2004), zahtevajo »zadostno svobodo volje« in ne potekajo samodejno kot »organizmični samoregulacijski procesi« (Perls, 1969). Nobena od zgoraj omenjenih šol se o tem ne sprašuje. Treba si je torej postaviti vprašanje o *svobodi in določenosti*. S tem odpiramo tudi vprašanje o odnosu med dušo in telesom ter o pojmovanju človeka, predvsem kar se tiče volje. Pojasniti je treba vprašanje o *avtonomiji in odvisnosti* (ali se mora pacient, kot zahteva gestaltterapija, podvreči pravilu »tukaj in zdaj« ali Freudovemu »temeljnemu pravilu« ali stalnemu »izpostavljanju«, kot ga zahteva EMDR terapija travme itd? Ali mora pacient zdravniku povedati vse in se navezati nanj oz. na terapevta? Ali terapevtski *odnos* v resnici vključuje tako močno *navezanost*, kot jo zahteva tradicionalna psihoanaliza? Mnoge šole temu sledijo. In kaj takrat, ko postane takšna zveza jatrogeno škodljiva ali je izraz dominantnosti ali volje po moči pri terapevtu? In kaj takrat, ko ovira emancipacijo, avtonomijo in suverenost? Pri sodelovanju in uresničevanju ciljev v psihoterapiji se ne moremo odpovedati odločitvam volje, skupnemu hotenju in skupni volji. Vse to pa ne sme postati odločitev za »poslušnost« (compliance), kot zahteva »psihoanalitično temeljno pravilo«, po katerem »je treba nekritično sporočiti vse, kar nam prihaja na misel«. To pravilo se zahteva brez obrazložitve. Zdi se, kot da se zahteva otroška poslušnost, brez kritičnega razmišljanja in brez upoštevanja lastne volje. Freud je v tem smislu trdil leta 1912: »Pacient se mora predvsem naučiti, kar vsekakor ni lahko, da se niti z *duhovno dejavnostjo* razmišljanja niti z *voljo* in pozornostjo ne reši uganka nevroze, temveč samo s *potrpežljivim sledenjem* psihoanalitičnega pravila, ki lahko izklopi kritičnost zoper zunajzavestno« (Freud, 1912 poševni tisk poudarila avtorja).

Zaradi vsega tega je treba temeljno razmišljanje o teoriji volje z vidika etike, antropologije in praktične obravnave. *Volja in svoboda* postaneta temeljni temi, ki se dotikata temeljev teorije in prakse slehernega terapevtskega postopka. In tu je morda tudi razlog, zakaj ni prišlo do soočenja s temi temami. V praksi obravnave je treba načeti neposredna vprašanja *cilja in sredstva*: Kaj je nujno potrebno, da dosežemo cilj »avtonomije«? Kako vzpodbujati »samoučinkovitost«? Pravila

settinga obravnave in metode, ki ustvarjajo odvisnost, (klasična analiza na kavču) ob istočasnem cilju k avtonomiji vodijo brez dvoma v konflikte med *cilji in cilji* in med *cilji in sredstvi*, kar je izjemno problematično (Petzold 2007). Sleherni šola mora preizkusiti svojo prakso in metodo v zvezi s temi konflikti, ali morda ne pride v terapiji do reprodukcije temeljnih socializacijskih konfliktov odvisnosti, avtonomije oz. paradoksa, kot je v primarni družini: »Prevzemi odgovornost, toda delaj to, kar ti jaz povem (Petzold 2001)!« Problem »moje volje in volje drugih« ter s tem povezani problem svobode je bil doslej v teoriji volje psihoterapevtskih šol premalo tematiziran predvsem z vidika reproduciranja ponavljanja, v katerega vodi okvir terapevtskega procesa. Seveda je treba pri teh razmišljanjih upoštevati vprašanja, ki jih načenjajo nevroznanosti. S sprejemanjem tega dialoga in upoštevanjem teh spoznanj v strategiji psihoterapije in praktični obravnavi je treba čim prej začeti. □

Opombe: Prevod z uvodnim komentarjem: Jože Kociper

Literatura

- Assagioli R (1982). Die Schulung des Willens, Methoden der Psychotherapie und der Selbsttherapie. Paderborn: Junfermann.
- Bandura A. (1969b). Social learning theory of identification process. V: D. A. Goslin: Handbook of socialization theory. Chicago: Rand McNally: 213–263.
- Freud S, (1982) Ratschläge, Studienausgabe. Ergänzungsband, Frankfurt a. M: Fischer.
- Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Greenson R. (1966) Das Arbeitsbündnis und die Übertragungsneurose. Psyche, 21, 103.
- Havighurst R. J. (1948) Developmental tasks and education. New York: David McKay.
- Martens M, Petzold H. G. (2002) Therapieschaden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grunewald.
- May R. (1969) Existential Psychology. New York: Random House.
- Mayer H. (2007) Neues zur Willensfreiheit. Eine Debatte, die nicht vergehen will. Frankfurter Allgemeine Zeitung 94 (23. 4. 2007) 37.
- Petzold, H. G. (Hrsg.) (2001i) Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht. Bd. I.
- Martens M., Petzold H.G. 2002) Therapieschaden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grunewald. Petzold, H. G., Sieper, J. (Hrsg.) (2004) Wille und Wollen in der Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht. Bd. II.
- Petzold H. G. (2007) Für Patienten engagiert – Werte, Grundregeln, Ethikprinzipien für die Psychotherapie. Schulenergreifende, integrative Perspektiven. Wien: Kramer Verlag.
- Rank O. (1958) Beyond Psychology. New York: Dover Publications.
- Schiepek G. (2003) Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Schuh W. (2006) Einige kritische Anmerkungen und Fragen zum Geltungsanspruch der Neurobiologie aus der Sicht der Integrativen Psychotherapie: Krems. Department für psychosoziale Medizin. Donau-Universität.
- Steffan A. (2002) Integrative Therapie in der Praxis. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluation im ambulanten Setting. Berlin: Logos.
- Steinworth U (1994) Freiheitstheorien in der Philosophie der Neuzeit. Darmstadt.
- Walde B. (2006) Willensfreiheit und Hirnforschung. Paderborn: Mentis.
- Walde B. (2006) Was ist Willensfreiheit? V: Fink, H., Rosenzweig, R. Freier Wille – Frommer Wunsch? Gehirn und Willensfreiheit. Paderborn: Mentis.