Miran Možina[1]

Klaus Grawe in njegov prispevek k empiričnemu potrjevanju skupnih dejavnikov in k integraciji v psihoterapiji

Klaus Grawe and his contribution to the empirical validation of common factors and integration in psychotherapy

Slika 1
Klaus Grawe (1943-2005), raziskovalec psihoterapije in velik zagovornik teorije skupnih dejavnikov.



Povzetek

Klaus Grawe (1943–2005), je bil nemški raziskovalec psihoterapije. Njegova metaanaliza iz leta 1994 o rezultatih študij psihoterapije je bila najobsežnejša in najambicioznejša v Nemčiji ter je sprožila vročo razpravo v akademskih krogih in širši skupnosti o učinkovitosti in uspešnosti različnih pristopov in psihoterapije na splošno. V svojih znanstvenih študijah je Grawe zastavil temeljna vprašanja, kot so: Kako poteka terapevtski proces? Kateri elementi sestavljajo uspešno psihoterapijo, ki presega meje psihoterapevtskih šol?

1 Univ.-Prof. Dr. Miran Možina, MD, psychiatrist and psychotherapist, director of the Sigmund Freud University Vienna – Ljubljana branch (SFU Ljubljana), miranmozina.slo@gmail.com

Kako lahko najbolje usposobimo psihoterapevte za njihove zahtevne naloge? Njegovi poznejši prispevki so se osredotočali na integracijo novih nastajajočih področij nevrobiologije in nevroznanosti s klinično psihologijo in psihoterapijo, s čimer je postal oče sodobne nevropsihoterapije.

Ključne besede: Klaus Grawe, psihoterapevtska integracija, skupni dejavniki, psihološka psihoterapija, nevroznanost, nevropsihoterapija

Abstract

Klaus Grawe (1943–2005) was a German psychotherapy researcher. His 1994 meta-analysis of psychotherapy outcomes was the most comprehensive and ambitious study of its kind in Germany. It sparked a heated debate in academic circles and the wider community about the efficacy and effectiveness of various psychotherapeutic approaches. In his scientific studies, Grawe asked fundamental questions such as: How does the therapeutic process develop? What constitutes effective psychotherapy, beyond the limits of different schools of thought? How can psychotherapists be best trained for their demanding tasks? His later work focused on integrating the emerging fields of neurobiology and brain sciences with clinical psychology and psychotherapy, establishing him as a pioneer of contemporary neuropsychotherapy.

Key words: Klaus Grawe, psychotherapeutic integration, common factors, psychological psychotherapy, neuroscience, neuropsychotherapy

1. Uvod

Klaus Grawe (1943–2005), je bil nemški raziskovalec psihoterapije. Odraščal je v Hamburgu, kjer je leta 1968 diplomiral iz psihologije. Med letoma 1969 in 1979 je delal na psihiatrični kliniki v Hamburgu-Eppendorfu, leta 1976 pa je na Univerzi v Hamburgu pridobil naziv doktorja znanosti. Leta 1979 je v Hamburgu pridobil habilitacijo in dobil ponudbo za profesuro na Univerzi v Bernu v Švici. Kasneje se je preselil v Zürich. V letih 1995/1996 je bil predsednik Društva za raziskovanje psihoterapije (Society for Psychotherapy Research).

Njegova najbolj znana in najpogosteje citirana dela so *Proces in izid psihološke terapije* (*Process and Outcome in Psychological Therapy*), *Psihološka terapija* (*Psychological Therapy*) in *Nevropsihoterapija* (*Neuropsychotherapy*). Njegova metaanaliza iz leta 1994 o rezultatih študij psihoterapije je bila najobsežnejša in najambicioznejša v Nemčiji ter je sprožila vročo razpravo v akademskih krogih in širši skupnosti o učinkovitosti in uspešnosti različnih pristopov in psihoterapije na splošno.

V svojih znanstvenih študijah je Grawe zastavil temeljna vprašanja, kot so: Kako poteka terapevtski proces? Kateri elementi sestavljajo uspešno psihoterapijo, ki presega meje psihoterapevtskih šol? Kako lahko najbolje usposobimo psihoterapevte za njihove zahtevne naloge? Njegovi poznejši prispevki so se osredotočali na skupne dejavnike integracijo novih nastajajočih področij nevrobiologije in nevroznanosti s klinično psihologijo in psihoterapijo, s čimer je postal oče sodobne nevropsihoterapije.

2. Psihoterapija od konfesije k profesiji

V obdobju od 80. let prejšnjega stoletja do svoje prezgodnje smrti leta 2005 postal pomemben evropski zagovornik nove generacije psihoterapevtov in raziskovalcev. V osemdesetih letih je raziskoval učinkovitost psihoterapije in poudaril potrebo po prehodu k empiričnemu preverjanju najboljših praks za pomoč zahtevnim klientom, ki jih je imenoval »druga generacija« terapevtskih pristopov. To delo je naletelo na izredno močan odpor karizmatičnih vodilnih predstavnikov uveljavljenih psihoterapevtskih šol in njihovih zvestih privržencev, kar je povzročilo družbeno dinamiko, podobno verskim razkolom. Grawe ni iskal tako ostrega spopada, saj je poudarjal tudi prednosti pristopov prve generacije ustanoviteljev tradicionalnih psihoterapevtskih šol. Kljub temu je trdil, da mora druga generacija preseči omejitve prve, da bi se kot nova norma na področjih, kot je zdravljenje klientov s posebnimi duševnimi motnjami, uveljavilo nenehno preverjanje teoretičnih predpostavk vsakega pristopa in trditev o uspešnosti. Zagovarjal je takšno preverjanje in iskanje učinkovitejših načinov kliničnega dela kot stalni proces in edino pot za razvoj psihoterapije kot empirične znanosti. To je povzeto v naslovu njegove knjige iz leta 1994 *Psihoterapija v prehodu - od konfesije k profesiji* (*Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*).

Caspar in Holtforth (2010, str. 114) sta njegov prispevek povzela v štirih točkah:

1. Teoretična integracija, kot je ponazorjeno v integraciji teorij učenja in motivacije v osemdesetih letih prejšnjega stoletja in kasneje v njegovi »teoriji konsistentnosti«;
2. Integracija ugotovitev o terapevtskem procesu in izidih, kot je predstavljeno v njegovih publikacijah od devetdesetih let prejšnjega stoletja naprej in kar so nadaljevali njegovi kolegi po njegovi smrti (Grosse Holtforth idr., 2008);
3. Integracija temeljnih (psihopatologija, kognitivna znanost in nevroznanost) in uporabnih znanosti;
4. Integracija raziskav in klinične prakse v njegovi »analizi terapevtskega spektra« (‘therapy spectrum analysis’ = TSA) in ključnih knjigah o »psihološki psihoterapiji« in »nevropsihoterapiji« (Grawe, 1998, 2004).

Grawe je imel karizmo in je v nemško govorečem prostoru naredil močan vtis s svojo odločnim in dobro informiranim nastopom, v katerem je zagovarjal odmik od monizma psihoterapevtskih šol (Caspar & Grawe, 1989). Njegov ugled je močno okrepil rezultati obsežne bernske metaanalize, ki je bila izvedena pod njegovim vodstvom in izjemnim angažmajem (ker takrat še ni bilo računalniške podpore, kot jo imamo danes), s čimer je potrdil Dodo razsodbo s pomočjo natančnih ročnih izračunov, ki jih je pogosto opravljal ponoči (Grawe, 1990; Grawe et al., 1990, 1994). Vendar Grawe ni bil zadovoljen s predpostavko, da so različni psihoterapevtski pristopi enako učinkoviti. Bolj so ga zanimale specifične razlike med njimi, mehanizmi terapevtskih sprememb, značilnosti učinkovitih psihoterapevtov in najboljša prilagoditev obravnav posameznim klientom. Na primer, na podlagi rezultatov študije v Bernu je pokazal, kako pokorni klienti (ki dajejo prednost nasvetom psihoterapevta kot avtoritete, jasni strukturi seans in vodenju s pomočjo domačih nalog tudi zunaj seans) dosegajo boljše rezultate v tradicionalni vedenjski terapiji, medtem ko klienti, ki iščejo avtonomijo in se upirajo avtoriteti, dosegajo boljše rezultate v h klientu usmerjeni terapiji (ki je bolj odprta, nestrukturirana in temelji na klientovih pobudah).

Prav tako je v bernski študiji prvi razvil koncept odzivnosti terapevta kot meta-kompetence, ko se na primer terapevt, ki dela s klientom z narcističnimi lastnostmi, ki je zelo občutljiv na kritiko, osredotoča na prepoznavanje in potrjevanje klientovih pozitivnih lastnosti in vedenja pri klientu s shizoidno ali shizotipno osebnostjo pa ohranja ustrezno razdaljo.

Vsakič, ko je Grawe nastopal, je govoril odkrito in zbudil veliko zanimanje s svojo kritiko neučinkovitih oblik klinične prakse. Razkril je pomanjkljivosti vseh pristopov, vključno s psihoanalitičnimi terapijami in KVT, ki so bile v nemško govorečem prostoru konec 20. stoletja zelo cenjene. Ko je v 90. letih na strokovnem srečanju v Münchnu predstavil rezultate študije iz Berna in drugih študij, je postalo jasno, da široko oznanjani poudarek na »globokih« učinkih psihoanalitičnih obravnav pogosto prikriva njihovo neučinkovitost. Graweja so zaradi te predstavitve celo fizično napadli. Bil je šokiran in zgrožen, saj je vedno poudarjal, da njegov cilj ni kritizirati ali izključiti obstoječe šole psihoterapije. Namesto tega je bil njegov cilj pomagati tem šolam aktivirati njihove možnosti razvoja, pospešiti medsebojno učenje in olajšati medsebojno oplajanje terapevtskih konceptov, ob tem pa izkoristiti odkritja temeljne znanosti. Poleg tega je želel spodbujati medsebojno usklajevanje strokovnjakov in storitev za pomoč ljudem (Caspar & Holtforth, 2010).

V svojem zadnjem intervjuju je kritiziral raziskovalce, ki so po njegovem mnenju »prikrivali dejansko stanje«, saj je bilo »pri zdravljenju kompleksnih duševnih motenj več kot 50 % terapij neučinkovitih«, zato je zagovarjal »nujno izboljšanje psihoterapije na podlagi empirično potrjenih metod« (Grawe, 2005b, str. 78; Grawe, 2005c).

3. Za integracijo in proti monopolizaciji

Od leta 1978 je Hilarion Petzold, ustanovitelj lastne šole integrativne terapije (Cvetko, 2011; Masten, 2008; Petzold, 1992, 2003), tesno sodeloval z Grawejem. Od leta 1979 naprej sta skupaj urejala zbirko knjig z naslovom *Primerjalna psihoterapija* (*Vergleichende Psychotherapie*). Oba sta zagovarjala integrativni pogled, ki presega psihoterapevtske šole, kot je izrazil Ludwig Pongratz, ustanovitelj nemške klinične psihologije: »Terapevtski pristopi so delni pogledi na celotno sliko psihoterapije, ki se med seboj dopolnjujejo. To pomeni, da je treba opustiti poskuse monopolizacije« (Pongratz v Petzold, 2006, str. 54).

Na podlagi raziskav (Gassmann & Grawe, 2006; Grawe, 1995, 1997, 1998) je opredelil pet ključnih mehanizmov terapevtske spremembe. Ti dejavniki so splošni, panteoretski in niso povezani s specifičnimi tehnikami:

- *terapevtski odnos* in znotraj njega predvsem terapevtsko zavezništvo (terapevtska aliansa);
- *aktiviranje virov*, kot so osebnostne lastnosti in sposobnosti klienta, njegovi interesi in socialni viri, ki mu lahko pomagajo doseči terapevtske cilje, V študiji, ki sta jo izvedla Gassmann in Grawe (2006), je bilo ugotovljeno, da so neuspešni terapevti osredotočeni na težave klientov, pri tem pa zanemarjajo njihove moči in sposobnosti. Tudi če so jih prepoznali, so to storili šele ob koncu seanse, medtem ko so uspešni terapevti delali na aktiviranju virov že od samega začetka;
- *aktualizacija problemov*, zaradi katerih je klient poiskal pomoč, ne le z verbalnimi sredstvi, ampak tudi z izkušnjami, z igranjem vlog, psihodramo, osredotočanjem, postavljanjem družinskih kipcev itd.;
- *aktivna pomoč pri reševanju problemov*, tako specifičnih (npr. izpostavljanje fobijam) kot nespecifičnih (npr. pomoč pri izboljšanju socialne kompetence, čustvene regulacije in reševanja problemov), in
- *pojasnjevanje motivacije*, ki vključuje pojasnjevanje zavestnih in nezavednih ciljev, pričakovanj in vrednot, ki vodijo klientovo izkušnjo, percepcijo in vedenje.

Po Graweju (2004), tehnike zagotavljajo določeno strukturo procesu in terapevtu (zlasti začetniku) dajejo občutek varnosti. Na ta način tehnike krožno prispevajo k terapevtovemu občutku varnosti, ki pozitivno vpliva na klientov občutek varnosti in obratno. Poleg tega terapevtske tehnike običajno vključujejo nekaj pojasnil o tem, kako in zakaj delujejo in bi morale biti uspešne.

Da bi premostili vrzel med raziskavami in klinično prakso, so Grawe in njegovi sodelavci najprej razvili »analizo terapevtskega spektra« ('therapy spectrum analysis' = TSA, nemško »Wirkfaktorenanalyse« = WIFA) (Smith & Grawe, 2003), standardizirano orodje za kodiranje petih mehanizmov sprememb v okviru ene terapevtske seanse. Analizirali so več kot 700 seans z več kot 100 klienti z uporabo TSA in razvili empirično potrjene hevristike s kombinacijo intervencij, usmerjenih v vire in probleme, ki so primerne v različnih fazah terapije. Te lahko terapevtom pomagajo pri sprejemanju odločitev med seansami in prilagajanju terapevtskih postopkov (Smith & Grawe, 2005). Del izvlečka izsledkov raziskave pravi:

> "V prvih nekaj terapevtskih sejah, ko je poudarek na analizi pacientovih težav, mora terapevt posebno pozornost posvetiti potrjevanju in spodbujanju pacientovih virov in močnih plati. V sredini terapije, ko je poudarek v glavnem na čustveno pogojenih težavah pacienta, mora terapevt spodbujati pacienta, da aktivno prispeva k pogovoru o težavah. Proti koncu terapije, ko se poudarek premakne od pogovora o čustveno pogojenih težavah, mora terapevt poudariti pacientove vire in dosežene spremembe." (prav tam, str. 121)

Leta 1998 je Grawe svoje razumevanje psihoterapije povzel v knjigi z naslovom *Psihološka psihoterapija* (Grawe, 1998; izšla je tudi v angleškem prevodu leta 2004). Knjiga je napisana v obliki pogovora med psihoterapevtom, raziskovalnim psihologom in raziskovalcem psihoterapije, ki ponazarja medsebojno odvisnost teh treh pomembnih področij za razvoj psihoterapije. Grawe ni predstavil psihološke psihoterapije kot edinstvene samostojne šole ali novega pristopa v tradicionalnem smislu. Namesto tega je poudaril potrebo po medsebojnem sodelovanju, saj se lahko iz vseh treh področij razvijejo pobude za nenehen razvoj novih in uspešnejših pristopov za obravnavanje specifičnih duševnih težav in motenj.

Grawe je pravilno predvidel prihodnjo usmeritev zdravljenja na podlagi povratnih informacij in poudaril pomen stalnega spremljanja terapevtskega procesa. To terapevtu omogoča, da si že med obravnavo pomaga s povratnimi informacijami. Grawe je menil, da so podatki, pridobljeni pred začetkom terapije (na primer z vprašalniki o simptomih duševnih motenj, kot je SCL-90-R), sicer koristni, vendar je ključna njihova interpretacija na podlagi znane referenčne skupine, ne pa na podlagi anonimnega in abstraktnega normiranega vzorca. Na primer, bolje je primerjati oceno posameznega klienta na lestvici SCL-90 z vsemi klienti, ki so bili v zadnjih petih letih že zdravljeni v določeni ambulanti. Grawe je to metodo primerjave standardnih odklonov imenoval »figurativna analiza«. Poudaril je tudi, da analogni grafični prikaz presega numeričnega, saj terapevtu omogoča, da razlike razume hitreje in brez truda.

4. Grawejeve smernice za načrtovanje terapije in za oblikovanje terapevtskega procesa

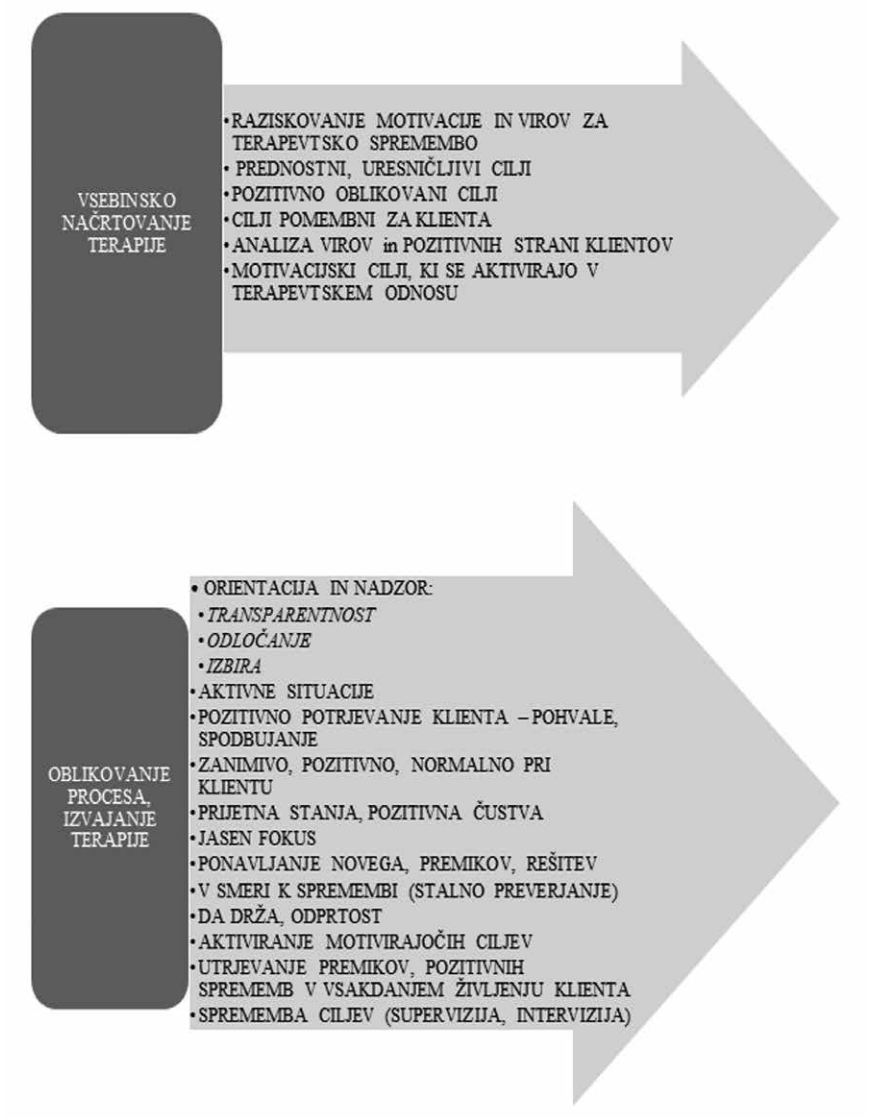
Na osnovi pregleda velikega števila empiričnih študij je Grawe izdelal smernice, ki jih je na začetku novega tisočletja za učinkovitejše in uspešnejše delo priporočal vsem psihoterapevtom ne glede na duševne motnje oz. probleme klientov in ne glede na terapevtski pristop ali model. Predstavljajo torej dragocen prispevek h konkretizaciji uporabnosti skupnih dejavnikov v klinični praksi (Možina in Rebolj, 2020). Razdelil jih je v dve skupini: smernice za načrtovanje terapije in smernice za oblikovanje terapevtskega procesa (glej sliko 2).

Grawe je poudaril, da se smernice le deloma nanašajo na terapevtova eksplicitna vsebinska razmišljanja in na eksplicitno terapevtsko ravnanje, saj se večji del terapevtskega procesa odvija implicitno, ne da bi bila terapevt in klient nanje pozorna ali bi se jih zavedala. S prakticiranjem lahko terapevt smernice postopno ponotranji in avtomatizira, ko pa hoče, jih lahko tudi zavestno in namerno uporablja. Zato je pomembno, da poleg terapevtskega dela vztrajno in namerno vadi.

Na klienta vpliva vse, kar v terapevtskem procesu zaznava eksplicitno in implicitno. Del klientovih 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 klienta naredi terapevt s svojo osebnostjo. Terapevt lahko npr. le v omejenem obsegu vpliva na to, da bo toplosrčen, ekstrovertiran, optimističen in samozavesten, če to ni. Vse to pa so značilnosti uspešnega psihoterapevta. Če te lastnosti že ima, bo lažje postal dober terapevt. Če jih nima, bo moral veliko bolj delati na sebi, da bo dosegel enako dobre terapevtske uspehe.

Slika 2

Grawejeve smernice za načrtovanje terapije in za oblikovanje terapevtskega procesa



4.1. Smernice za načrtovanje terapije

1. Terapevt naj klienta povabi k temu, da ugotovi, kje ima največjo motivacijo in najboljše vire za terapevtske spremembe.
2. Glede na motivacijo in vire naj terapevt in klient izbereta za prednostne cilje tiste, za katere ima klient največ možnosti, da jih uresniči, pri čemer upoštevata tudi zunanje dejavnike, kot so npr. mnenja drugih, kaj naj klient doseže s pomočjo terapije, npr. mnenja bližnjih, disciplinski ukrepi na delovnem mestu, ukrepi centrov za socialno delo, sodišča, zapora ipd.
3. Pri soustvarjanju terapevtskih ciljev naj bosta terapevt in klient pozorna, da klient oblikuje samo tiste cilje, ki jih lahko doseže z lastnim trudom, da torej ni odvisen od drugih ali zunanjih okoliščin. Prav tako naj vztrajajta na pozitivno oblikovanih ciljih (npr. namesto "ne bi bil rad več napet" raje „rad bi bil bolj sproščen"; namesto „rad bi, da me ne bi več bolela glava" naj klient pove, kakšen občutek ima v glavi, ko ga ta ne boli in tako npr. pride do odgovora „rad bi imel hladno čelo in občutek pretočnosti").
4. Terapevt naj pomaga klientu izbrati cilje, ki so pomembni za klienta, za katere je klient intrinzično motiviran in ki imajo zanj visoko pozitivno vrednost.
5. Terapevt naj klientu pomaga odkrivati in analizirati vire. Skupaj naj zbirata klientove pozitivne strani, ki jih lahko v terapiji aktivirata in uporabita.
6. Med terapevtskim srečanjem naj bosta terapevt in klient pozorna, kateri klientovi motivirajoči cilji se aktivirajo v terapevtskem odnosu.

4.2. Smernice za oblikovanje terapevtskega procesa

1. Terapevt naj poskrbi, da bo klient glede na svojo potrebo po orientaciji in nadzoru med terapevtskim srečanjem zaznal čim več pozitivnih stvari. Vsako terapevtsko srečanje naj sooblikujeta kolikor je mogoče transparentno. Skrbita naj za to, da bo klientu jasno, kaj želita na seansi doseči in kaj lahko prispeva klient sam. Klient naj pri teh razmišljanjih, načrtovanjih in odločitvah čim bolj sodeluje ter naj čim več odloča sam. Terapevt naj pomaga izluščiti, kaj je bistveno in omogoči klientu čim več možnosti na izbiro. Skupaj načrtujeta in oblikujeta srečanje tako, da bo imel klient občutek, da lahko dobro sodeluje in da sledita cilju, ki je zanj pomemben. Če terapevt začuti klientove zadržke ali obotavljanje, se ustavi in mu ponudi možnost, da določi nadaljnji potek srečanja. Klient naj vedno čuti, da gre za uresničevanje njegovih ciljev. Terapevt naj ne vsiljuje ničesar, česar klient ne želi storiti. Če naj bi klient naredil nekaj takega, za kar terapevt pričakuje, da bo pri klientu sprožilo negativna čustva, naj preveri, če je na to pripravljen.
2. Terapevt in klient naj soustvarjata aktivne situacije, v katerih lahko klient nekaj izvede v smeri rešitve in izkoristita naj vsako priložnost, da čim večkrat pride do izkušenj, ki klientu krepijo občutek lastne vrednosti. Terapevt naj sprašuje po zanimivih, pozitivnih vidikih klientovega življenja, po tistem, kar je zanj „normalno". Naj opiše, kaj ga zanima in s čim se rad ukvarja. Terapevt naj jasno pokaže, da ga zanima tudi ta klientova plat. V svojem govorjenju naj terapevt uporablja besede, izraze in slike, ki imajo za klienta pozitiven pomen.

Terapevt naj se vedno znova vrača k opisom, ki so pomembni za klientove cilje in krepijo njegovo motivacijo. Terapevt naj išče stvari, za katere lahko klienta verodostojno in prepričljivo pohvali ter vztraja pri hvaljenju in spodbujanju, tudi če to klient zavrača. Tak odziv služi samozaščiti[2] in klient naj doživi, da takšno varovanje v terapevtski situaciji ni potrebno.

3. Terapevt naj izkoristi vse priložnosti, da klient med terapevtskim srečanjem doživi prijetna stanja, npr. da se skupaj nasmejeta, da uživa v nekem uspehu itn. Klient naj med terapevtskim srečanjem doživi čim več pozitivnih čustev. Če ima klient s tem težave, naj terapevt uporabi del srečanja za ustvarjanje prijetnih doživetij s tehnikami, kot so čuječnost, hipnoza, avtogeni trening, sproščanje ali meditacija, tudi če te intervencije neposredno ne prispevajo k obravnavi problema.
4. Na vsakem terapevtskem srečanju naj terapevt in klient sooblikujeta jasen fokus. Lahko jih je tudi več, vendar je pomembno, da ostaneta dovolj časa pri obravnavi ene teme. Izogibajta naj se skakanju s problema na problem in s teme na temo. Za terapevte je pomembno nevrobiološko odkritje, da do dolgotrajnih sprememb na živčnih sinapsah pride samo, če jih neprestano, intenzivno in ponavljajoče aktiviramo. Pri obravnavanju problema pride do aktivacije živčnih dražljajskih vzorcev, ki se sprožijo pri tem problemu. Ob tej aktivaciji je pomembno, da se spremenijo, to pomeni, da se ustvarjajo novi ali vse bolj utirjajo še zelo šibki dražljajski vzorci rešitve. Za utirjanje je potrebna daljša aktivacija in ponavljanje. Zato je potrebno vsak nov korak, ki kaže na spremembo, večkrat ponoviti. Pri ponavljanju naj terapevt vztraja, tudi če klient razume njegov pomen. Terapevt naj razloži razliko med implicitnim in eksplicitnim učenjem. Pri implicitnem učenju ni pomembno razumevanje, ampak intenzivno in ponavljajoče izkustveno utirjanje. Novo naučeni dražljajski vzorci se morajo pozneje aktivirati avtomatsko, zato morajo biti zelo dobro utirjeni.
5. Pri vsakem problemu, ki je pomemben za terapevtski cilj, terapevt in klient delata v smeri spremembe. Posebno na začetku terapije je lahko prvi korak do spremembe boljše razumevanje ali boljše obvladovanje problema, vendar naj bo terapevt pozoren, da opredelitev problema ni dovolj, potrebno je delati v smeri spremembe. Vsaki sprožitvi problema naj sledi konkretna izkušnja obvladovanja ali razčiščevanja.
6. Vsako aktivacijo in obravnavo problema naj terapevt pripravi tako, da pri klientu vzbudi DA držo, da je pripravljen priti naproti, se približati, odpreti. Če

2 Pri tem je potrebno upoštevati kulturne značilnosti. Tako je npr. v Veliki Britaniji in kulturi družbene etikete je zavračanje pohval razumljeno kot vrlina in se uporablja kot sredstvo za soustvarjanje odnosa (Fox, 2014).

je klient v NE drži, če zavrača, se brani, zapira, odmika, ni primeren trenutek za odpiranje problema. To pomeni, da soustvarjata situacije, v katerih klient lažje zadovolji svoje potrebe in v katerih se aktivirajo pozitivni cilji in čustva. S tem mu terapevt pomaga v stanje odprtosti, približevanja. To velja tudi na mikro ravni: Če želi terapevt klientu nekaj povedati, kar bo pri njem predvidoma sprožilo negativno čustvo (boleča informacija, konfrontacija ali interpretacija), se najprej naveže na klientov pozitivni cilj. Na ta način klient postane dovzetnejši za intervencijo in lažje prenese negativno čustvo. Šele ko bo klient v tako odprtem stanju, terapevt izvede intervencijo.

7. Terapevt naj poskrbi, da bo klient tik pred in ob vsaki terapevtski intervenciji aktiviral cilj, ki ga motivira za realizacijo intervencije. Terapevt naj klientu pomaga 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 motivirajočih ciljev je z nevrobiološkega vidika pomembno zato, da pride do izločanja t. i. nagrajevalnih nevrotransmiterskih sistemov adrenalina in/ali dopamina, kar pripomore k boljšemu utirjanju novih ali prešibkih živčnih dražljajskih vzorcev.
8. Premiki k rešitvam, pozitivne spremembe v obliki novih vzorcev vedenja, čustvovanja, mišljenja in odnosov se morajo utrjevati tudi izven terapevtskih seans. Klient naj si na vse možne načine prizadeva, da se bodo novi (ki se jih mora klient naučiti) živčni dražljajski vzorci tudi v njegovi konkretni življenjski realnosti aktivirali in utirjali. Del terapevtskega srečanja naj uporabita 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 naj terapevt vpraša klienta po izkušnjah, ki jih je imel od prejšnjega srečanja. Pri tem vztraja, tudi če klient ni imel takih izkušenj in mu pomaga natančno raziskati razloge za to. Še enkrat izpostavi terapevtski cilj in klientu prikaže, kako pomembno je njegovo prakticiranje. Na koncu terapevtskega srečanja lahko sprejmeta dodatne dogovore, kot je npr. dogovor o telefonskih stikih, s katerimi terapevt spodbuja uresničitev dogovorjenih izpostavljanj (v primeru anksioznih motenj), vaj, pogovorov itn.
9. Terapevt naj ne vztraja pri terapevtskih ciljih, za katere se klient resnično ne zavzema in se izogiba intervencijam, za katere klient dejansko ni motiviran. Namesto tega skupaj spremenita terapevtske cilje. Vendar se naj izogibata stalnemu spreminjanju ciljev. Če ni napredka, naj gre terapevt v supervizijo ali intervizijo.

Grawe je poudarjal, da na seansah o teh smernicah terapevti ne morejo razmišljati in jih istočasno dobro izvajati. Uresničujejo jih lahko le, če jih ponotranjijo in čim bolj avtomatizirajo, da že misel na pravilo aktivira celotni vedenjski repertoar za njegovo realizacijo. Če pa jim to še ne uspeva, lahko te smernice uporabijo za refleksijo oz. analizo seans. Supervizorji lahko s svojimi supervizanti skupaj preverijo, če in kako dobro so v določeni terapiji uresničevali te smernice in si predstavljajo, kako bi lahko izgledalo uresničevanje teh smernic v konkretnem primeru.

5. Nevropsihoterapija

Pred svojo prezgodnjo smrtjo leta 2004 je Grawe izdal knjigo *Nevropsihoterapija* (*Neuropsychotherapy*), ki je leto kasneje izšla tudi v angleškem jeziku. Knjiga na interdisciplinaren način povezuje psihologijo, nevroznanost in psihoterapijo. Avtor najprej predstavi osnovne nevroznanstvene mehanizme, nato pa preuči nevronske temelje glavnih duševnih motenj in oblikuje celovito teorijo psihopatologije in psihoterapije (tj. teorijo konsistentnosti). Iz tega izpelje niz načel in smernic za psihoterapevtsko prakso. Avtor poskuša najti odgovore na naslednja glavna vprašanja:

> "Od kod izvirajo terapevtske spremembe? Kaj povzroči, da človeški možgani nenadoma proizvedejo nekaj kvalitativno novega, kar opisujemo kot duševno motnjo? Če imajo duševne motnje nevronske korelate, ali ni cilj psihoterapije spremeniti te korelate? Ali mehanizmi terapevtske spremembe, ki jih domnevamo na podlagi naših analiz terapevtskega procesa, ne bi morali imeti nevronske osnove v delovanju možganov? Ali obstajajo ugotovitve v nevroznanosti, ki nam lahko pomagajo bolje razumeti, kako deluje psihoterapija?" (Grawe, 2004, str. 11)

Odgovoriti na ta vprašanja je zahtevno in do danes še nismo našli rešitev. Vendar pa Grawejevo prizadevanje, katerega cilj je bil povezati psihologijo, nevroznanost in psihoterapijo, da bi vzpostavil »empirično in teoretično podlago, ki bi prispevala k premoščanju nepremišljene delitve psihoterapevtskih šol« (ibid.), ostaja relevantno zaradi svoje izvirnosti in širine. Zato je to nujna literatura za vsakogar, ki se loteva interdisciplinarnega prizadevanja za vzpostavitev povezav med temi tremi področji.

Na žalost je naloga premostitve vrzeli med nevroznanostjo in psihoterapijo danes še vedno enaka kot ob izidu Grawejeve knjige. Kot je zapisal v uvodu:

> "Do danes še vedno obstaja velika vrzel med svetom nevroznanosti in psihoterapije. Psihoterapevti na začetku težko razumejo nevroznanstvene delo, napisano v specifičnem strokovnem žargonu, njihovo znanje o možganih

> pa je običajno nezadostno, da bi nevrobiološke izsledke umestili v splošni kontekst. Po drugi strani pa imajo nevroznanstveniki, kolikor se ukvarjajo s terapevtsko uporabo svojih ugotovitev, zastarelo predstavo o psihoterapiji, ki ima malo skupnega z aktualnimi izsledki psihoterapevtskih raziskav in današnjimi možnostmi psihoterapije." (Grawe, 2005, str. 12)

Tako na nas, Grawejevih potomcih, ostaja, da nadaljujemo njegovo plodno integracijsko delo.

Viri

Caspar, F. M., & Grawe, K. (1989). Weg vom Methoden-Monismus in der Psychotherapie. *Bulletin der Schweizer Psychologen, 3*, 6–19.

Caspar, F., & Holtforth, M. G. (2010). Klaus Grawe: On a constant quest for a truly integrative and research-based psychotherapy. V L. G. Castonguay, J. C. Muran, L. Angus, J. A. Hayes, N. Ladany & T. Anderson (ur.), *Bringing psychotherapy research to life: Understanding change through the work of leading clinical researchers* (str. 113–123). APA.

Cvetko, H. (2011). Integrativna psihoterapija. V M. Žvelc, M. Možina & J. Bohak (ur.), *Psihoterapija* (str. 541–567). IPSA.

Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*, 1–11.

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

Grawe, K. (1995). Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut, 40*, 130–145.

Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research, 7*, 1–19.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Hogrefe Verlag.

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

Grawe, K. (2005a). *Neuropsychotherapy. How the Neurosciences Inform Effective Psychotherapy*. Psychology Press Taylor & Francis Group.

Grawe, K. (2005b). Alle Psychotherapien haben ihre Grenzen. Neue Zürcher Zeitung 23. 10. 2005, 43, 78.

Grawe, K. (2005c). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 4–11.

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

Masten, R. (2008). Integracija smeri v psihoterapiji. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo, 2*(1-2), 54-62.

Možina, M., & Rebolj, A. B. (2020). Od k rešitvi usmerjenega modela kratkotrajne psihoterapije do namerne prakse za doseganje psihoterapevtske odličnosti. V I. K. Berg & S. D. Miller, *K rešitvi usmerjena psihoterapija: Kako pomagati zasvojenim z alkoholom* (str. 315-439). UMco in Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani.

Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. V A. Bergin S. & Garfield, (ur.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 izd, str. 270-376). Wiley.

Petzold, H. G. (2006). In memoriam Klaus Grawe (1943-2005). *Psychotherapie Forum, 14*, 54-56.

Smith, E. C., & Grawe, K. (2005). Which therapeutic mechanisms work when? A step towards the formulation of empirically validated guidelines for therapists' session-to-session decisions. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 12*, 112–123.

Smith, E., & Grawe, K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*, 275–285.

Tschacher, W., Baur, N., & Grawe, K. (2000). Temporal interaction of process variables in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 10*(3), 296–308.

Tschacher, W., Scheier, C., & Grawe, K. (1998). Order and pattern formation in psychotherapy. *Nonlinear Dyn. Psychol. Life Sci. 2*, 195–215.