

Vpliv izvajanja sistemsko relacijske terapije na terapevta in nastajanje novega sistema pacienta

*Tatjana Rožič**

Center za socialno delo, Idrija in Frančiškanski družinski inštitut, Ljubljana

Povzetek: Članek je prikaz odkrivanja vpliva izvajanja sistemsko relacijske terapije na terapevta, ko se ta v terapevtski odnos vključi intrapsihično in interpersonalno. Skozi ta vpliv bomo opazovali, kako vzajemni terapevtski odnos vpliva tudi na spremembo čustvenih vzorcev odnosov pacienta. Na primeru iz terapevtske prakse bomo najprej pokazali, kako se je terapevt v terapevtski odnos vključil s čutenji, ki jih je doživel ob pacientu. Nadalje bomo pokazali, da ta vzajemna čutenja izvirajo iz relacijskih vzorcev pacientove primarne družine. V sklepu članka pa bomo pokazali, kako je terapevtovo rokovanje z vzajemnimi čutenji v terapevtskem odnosu vodilo pacienta k notranjemu preoblikovanju in odprtju novih možnosti v njegovi izvorni družini.

Ključne besede: psihoterapevti, sistemsko relacijska terapija, psihoterapevtski procesi

The influence of conducting the systemic relational therapy on the therapist and creation of the new system of the patient

Tatjana Rožič

Social Work Center, Idrija and Franciscan Family Institute, Ljubljana, Slovenia

Abstract: In the article we show how therapeutic relationship promotes changes in basic relational structure of the patient. We will describe a clinical example of such a relationship, which produced radical changes of the basic pattern of object-relational world of the patient. We will also show how the therapeutic process affected the therapist. The idea that the therapist and the patient co-create a specific mutual affect in their therapeutic relationship is presented. It is also shown how the therapist's handling of the affect in the systemic relational model of therapy brought about changes in the patient's family-of-origin patterns of relating.

Key words: psychotherapists, systemic relational therapy, psychotherapeutic processes

CC = 3310

**Naslov / address: Tatjana Rožič, dipl. soc. delavka, spec. zakonske in družinske terapije, Center za socialno delo Idrija, Vojkova 2a, 5280 Idrija, Slovenija, e-mail: tatjana_rozic@yahoo.com*

V prispevku želimo pokazati, kako vzajemen terapevtski odnos vpliva na spremembo čustvenih vzorcev odnosov pacienta, do tega vpliva pa pride takrat, kadar se v terapevtski odnos intrapsihično in interpersonalno vključi terapevt, kar posledično vpliva tudi nanj. Klauber je raziskoval elemente psihoanalitskega odnosa in ob tem ugotavljal, da je pravzaprav čudno, ker izgleda, da ni nikjer nobene razprave o vplivih, ki jih ima na analitika formiranje terapevtskega odnosa, ki je tako globok in intimen ter ga je potrebno vzpostaviti z vsakim pacientom znova in znova (Maroda, 1991). Zato se bomo najprej posvetili čustveni dinamiki terapevtskega dela, nato pa odkrivali, kako vodenje terapije vključuje terapevta. Pokazali bomo, kako so v odnos med pacientom in terapevtom posegle značilnosti sistema, iz katerega prihaja pacient, ter kako se je med terapevtom in pacientom vzpostavil nov, terapevtski odnos. Opazovali bomo, kako je prav ta odnos s svojimi značilnostmi posegel v sistem pacienta in mu tako dal možnost spreminjanja. Nakazali bomo osnovne poudarke interpersonalne psihoanalize, teorije objektivnih odnosov ter sistemske teorije. Navedeni modeli na svoj način opazujejo posameznika ter vpliv zgodnjih odnosov na terapevtski odnos, hkrati pa tudi določajo smernice sistemsko relacijskega modela. Po tem modelu je bila namreč terapija, na podlagi katere bomo preučevali omenjeno temo, tudi izvedena¹.

Sistemsko relacijski model (Gostečnik, 2002) predstavlja povezavo med relacijskimi teorijami, interpersonalno psihoanalizo, teorijo objektivnih odnosov in psihologijo jaza, ter jih integrira s pojmi sistemske teorije. Pri sistemsko relacijski terapiji je posameznik vedno razumljen kot del sistema, iz katerega prihaja. Te značilnosti se pokažejo v terapevtskem odnosu. Napier in Whitaker (2002) v zvezi s tem pišeta o dveh dinamikah oz. o transferju in kontratransferju. Pravita namreč, da pacienti tako ravnajo s terapevtom, kot ravnajo drug z drugim v družini, in terapevt projicira svoj lastni družinski sistem na družino oz. posameznika, s katerim dela. Na tak način je terapevt osebno vključen v delo in vstopa v odnos s pacientom. Posameznikova psihična struktura se od rojstva dalje izgrajuje skozi odnose. Tudi terapevtski odnos vpliva na izgradnjo posameznikove osebnosti. Kompan Erzar (2001) ugotavlja: »Z internalizacijo terapevtskega odnosa se spreminja psihična struktura. Odnos med terapevtom in pacientom omogoča rast« (str. 111–112).

Rečemo torej lahko, da terapevtski odnos omogoča spremembo vzorcev odnosov pacienta, kar omogoča spremembo sistema, iz katerega pacient prihaja. Do te spremembe pa lahko pride samo v primeru, ko je odnos terapevt-pacient vzajemen in tudi za terapevta nov. To pa je tedaj, ko se terapevt v ta odnos vključi s čutenji, ki jih ob pacientu doživi. In prav to bomo v drugem delu prispevka na primeru iz terapevtske prakse tudi pokazali.

¹K zapisovanju terapevtovega osebnega doživljanja izvajanja terapije in h kasnejši uporabi teh zapisov za raziskovalne namene je dal pacient jasno ustno informirano soglasje. Pacientu je s strani terapevta zagotovljena anonimnost.

Vloga terapevta v terapevtskem odnosu

Razumevanje vloge terapevta se je skozi zgodovino zelo spreminjalo. V nadaljevanju se bomo osredotočili na tri prelomne poglede na terapevtovo vlogo, in sicer pri H. Kohutu, D. W. Winnicottu ter J. in D. Scharff. Ob tem bomo ves čas imeli v mislih vprašanje, kako terapevt doživlja način dela, kar bomo tudi predstavili na primeru terapije v drugem delu prispevka. Kohut (1984) razlaga, kako self psihologija razume proces zdravljenja in sicer: »Gre za nekakšno gibanje v treh korakih; prva dva koraka sta lahko opisana kot analiza odpora in razvoj transferja, tretji korak, ki pa je bistven, saj definira namen in cilj zdravljenja, je odprtje poti empatične uglašenosti med selfom in selfobjektom na zdravi odrasli stopnji« (str. 86). Za Kohuta je analitik ključna oseba v pacientovi notranji strukturi, saj omogoča okrepitev selfa s tem, ko zmore ostati na mestu selfobjekta. Selfobjekt je objekt, ki s svojo aktivnostjo omogoči zablokiranemu in čustveno neodzivnemu selfu, da postane aktiven ter začne čustvovati. Začetki selfa se pojavijo v narcisistični fazi razvoja, ko se otrokovi notranji potenciali in pričakovanja staršev glede otroka združijo. V otroštvu prekinjen proces dozorevanja se ponovno spontano spodbudi, in sicer v analizi, ki se odvija v obliki transfernega odnosa, ki je enak pacientovemu zgodnjemu odnosu z materjo ali selfobjektom. To od terapevta zahteva popolno iskrenost in pristnost, predvsem pa čustveno predvidljivost in kontinuiteto obravnave (Kohut, 1984).

Winnicott (1996) pravi: »Pogled, s kakršnim vidi dojenček in otrok svoj self v materinem obrazu in kasneje v ogledalu, tak pogled določi način gledanja na analizo in na psihoterapijo. Psihoterapija ni pametno in večje interpretiranje, ampak dolgotrajno vračanje pacientu tistega, kar prinese s seboj. Je kompleksna izpeljava obraza, ki reflektira tisto, kar je potrebno videti« (str. 117). Po Winnicottovem (1990) mnenju je potrebno v analizi doseči ponovno oživljanje subjektivne vsemogočnosti resničnega selfa, kar je odvisno od analitike volje in pripravljenosti, da ustvari okolje, strukturirano na osnovi pacientove subjektivnosti, zaradi česar se mora analitik identificirati s pacientom in njegovimi čustvi. Terapevt tako v terapiji postane »dovolj dobra mati« pacientu – otroku.

Scharff in Scharff (1998) govorita o osnovni funkciji vsakega terapevtskega odnosa. »Ustvariti in ohranjati je potrebno psihološki prostor, kjer lahko pacienti opazujejo svoje življenje, preučujejo svoje notranje objektivne odnose in raziskujejo vpliv svojih ravnanj v osebnih odnosih in na delu. Psihološki prostor je ustvarjen na podlagi terapevtove sposobnosti za *kontekstualni holding* in *containment*« (str. 289). Kontekstualni holding razumemo kot strukturno varnost (jasne meje v terapiji – prostor, čas), containment pa kot čustveno varnost, kjer terapevt »drži« pacienta v smislu, da je sposoben zdržati ob svojih čustvih ter hkrati nositi tudi čustva pacienta, ne glede na to, da so lahko ta večkrat tudi zelo močna, razdiralna ter razmejujejo terapevta in pacienta. Sistemska relacijski model daje terapevtu čustveno zelo aktivno vlogo v terapiji. Gostečnik (2002) pravi: »Analitik je zelo aktiven, obenem pa empatičen, je učitelj in

poslušalec, je tisti, ki na enkratni način ponovno doživi sistem odnosov in njihovih konfiguracij z njihovim temeljnim afektom. Šele na osnovi tega razumevanja in doživljanja zmora voditi celoten sistem k novim sistemsko relacijskim modelom« (str. 280). Izrednega pomena za vodenje terapije je terapevtova empatija in delo s kontratransferjem. Intenziteta čutenja na terapevtovi strani privede v globino odnosa med njim in pacientom. Poleg tega je: »... terapevtov kontratransfer edini kompas za odkrivanje transferja. Ker gre v terapiji samo za to, da se sledi močnim čustvom, da se išče, kje se v odnosu nekaj zgodi, nekaj živega premakne, je edini način, kako lahko terapevt to odkriva, njegovo lastno čutenje, ko je zanj nekaj zaživel« (Kompan Erzar, 2001, str. 163). Preko svojega čutenja se terapevt osebno vključi v odnos s pacientom, ki ga lahko tako tudi bolje razume, hkrati pa mu nakaže smer, v katero naj nadalje razvija terapijo.

Vpliv zgodnjih odnosov na terapevtski odnos

Različne relacijske teorije opisujejo različne vidike vpliva zgodnjih odnosov na posameznikovo psihično strukturo in posledično s tem tudi na odnos, ki se razvije v terapiji. V nadaljevanju predstavljamo tri teorije.

Interpersonalna psihoanaliza

Interpersonalna psihoanaliza razlaga, da nas temeljni odnosi, ki se jih naučimo v družini, in z njimi povezani afekti, kot so strah, jeza, groza, razočaranja pa tudi umirjenost, zadovoljstvo in čustvena potešenost, za vselej zaznamujejo. Ti odnosi skupaj z afekti, ki ustvarjajo osnovno življenjsko vzdušje v družini, nas ne samo medsebojno povezujejo, ampak postanejo tudi temeljna motivacijska sila iskanja odnosov v vseh, zlasti pa intimnih odnosih z drugimi (Gostečnik, 2002). Lahko rečemo, da je motivacijska sila, ki nas vodi v iskanje odnosov, obarvana s takim afektom, kot je prevladoval v odnosih, v katerih je otrok odraščal.

Sullivan (1972) je izdelal teoretični model, ki predpostavlja, da smo ljudje notranje strukturirani z razsežnostjo odnosa. Ljudje smo soustvarjalci svoje osebnosti v interakciji z realnimi drugimi in s personifikacijo ali reprezentacijo drugih, ki izhaja iz prejšnjih interakcij z njimi. Praper (1996) navaja, da je Sullivan pri svojem delu: »... trčil na deficite ega in adaptacijsko patologijo, ki je takratna psihoanaliza še ni raziskala, saj je ni obravnavala. Izgovoril je jezik, ki ga psihoanaliza še ni premogla, in sicer je govoril o 'izkrivljenosti' v osnovni organizaciji osebnosti, ki povzroča katastrofalne posledice na samospoštovanju (selfu)« (str. 32–33). Sullivan je ločil pojem selfa od pojma osebnost, ki zajema kompletno funkcioniranje osebe. Self zajema le določeno organizacijo predstav o sebi, izkušenj o sebi, ki deluje znotraj osebnosti in se razvija skozi lastni proces, odvisno od načinov obvladovanja bojazni, ki nastajajo na medosebnem polju. Z uvajanjem razvojno procesnega razumevanja je postal pozoren na pretekle izkušnje

v interakcijah, ki determinirajo tudi sedanje stanje v selfu. »Interpersonalna psihologija je pozorna na način, kako posameznik ali pacient strukturira situacije, ko ustvari zunanje zahteve, katerim se potem preda, in se na ta način izogne svojim praviim željam, saj ga je strah, da bi bil v nasprotnem primeru osamljen in izoliran. Na ta način predstavljajo vsi modeli vzpostavljanja odnosov domač način delovanja v svetu« (Gostečnik, 2000, str.85). Iz tega lahko povzamemo, da je tudi model odnosa, ki se vzpostavi v terapiji, vzpostavljen na domač način, tako za pacienta kot tudi za terapevta.

Mitchell (1988, 1997) navaja Rackerja, ki je že dobrih 40 let nazaj odkril, da pacientova dinamika neizogibno odmeva v analitikovi dinamiki; pacientovi boji z univerzalnimi, človeškimi konflikti oživijo analitikove boje z enakimi konflikti, kar je osnova empatije. Pacientov notranji svet se v terapevtskem odnosu preplete z analitikovim notranjim svetom in terapevtska akcija je locirana v diadično, interaktivno polje, ki ga ustvarjata skupaj. Glede na navedeno v okviru interpersonalne psihoanalize predpostavljamo, da terapevt tekom terapije »zasleduje« afekt, ki ga je v interakciji s pacientom doživel kot nekaj močnega. V terapevtskem odnosu se namreč ponovi vzdušje primarnih odnosov, le da to sedaj vključuje nov razplet.

Teorija objektnih odnosov

Izraz »objektni odnos« označuje način posameznikovega odnosa s pomembnimi drugimi (referenčnimi) osebami, v katerem subjekt gradi svoj lastni psihični aparat. Lahko govorimo o objektnem odnosu kot o emocionalni izmenjavi z drugo osebo, lahko pa tudi o tipih objektnega odnosa glede na dominantno dinamično vsebino na neki razvojni stopnji (Praper, 1996). Čeprav bi lahko na tem mestu naredili tudi povezavo z intrapsihičnim, se bomo osredotočili predvsem na interpersonalno, saj je tukaj poudarek na odnosu z drugimi. Teorija objektnih odnosov postavlja namreč posameznikovo potrebo po odnosu z drugimi v samo središče človekovega razvoja. Otrokova težnja po odnosu z materjo predstavlja prvo in najpomembnejšo tendenco v otroku. Izkušnja z osebo, ki skrbi za otroka, se internalizira in določi temelj psihične strukture (Scharff in Scharff, 1998).

Fairbairn je bil najradikalnejši reformator klasične psihoanalitične misli in je s teorijo objektnih odnosov hotel preseči teorijo gonov. Ugotavljal je, kako je novorojenčkov ego nediferenciran in nemočen, zato išče izhod v odnosu odvisnosti od objekta. Mati ne more biti perfektna, zato so frustracije neizbežne. Otrokov ego se brani s cepljenjem in potlačevanjem dveh delov matere: libidnega, težnje vzbujajočega ter antilibidnega, težnje zavračajočega dela (Praper, 1996). Fairbairn je raziskoval, kako so bili otroci, ki so bili zlorabljeni s strani staršev, njim zelo lojalni. Kljub veliki bolečini v odnosu s starši so namreč odklonili nadomestne starše, čeprav so bili ti prijazni, skrbni in ljubeči (Gostečnik, 1999, 2000). Podoben pojav pa lahko zasledimo v terapiji: odrasel posameznik ponavlja stare vzorce ravnanja, ker si želi (zavestno ali nezavedno) ostati čustveno povezan in biti v odnosu s pomembnimi drugimi. V terapiji se tako išče odgovor na vprašanje, koga išče pacient oz. s kom želi razrešiti odnos.

Poskušali bomo definirati, kdo od pomembnih drugih je za pacienta postal terapevt, ter tudi, kdo od pomembnih drugih iz terapevtovega sveta je postal pacient za terapevta. Šele ko terapevt začuti svojo vlogo ob pacientu, bo namreč lahko nudil drugačen odgovor, kot so ga osebe iz pacientovega otroštva.

Temeljna načela sistemske teorije

Umbarger in Bradshaw (v Gostečnik, 2000, 2001) kot osnovne principe oz. značilnosti sistema navajata sledeče:

- sistemska celovitost (sistem je skupek delov, organiziranih in medsebojno odvisnih drug od drugega),
- podsistemi (vsak sistem je sestavljen iz podsistemov, ki sestavljajo organizirani sistem kot celoto),
- sistemska krožnost (sistem temelji na krožnih relacijah, člani vzajemno vplivajo drug na drugega in se medsebojno pogojujejo),
- pravila in vloge v sistemu (vsak sistem ima svoja podzavestna in zavestna pravila ter določene vloge),
- razmejitve v sistemu (razmejitve se doživlja kot pravilo, ki ureja prenose čutenja, mišljenja, oblike vedenja in vrednost od enega posameznika do drugega; razmejitve tudi pomagajo doseči, opredeliti in določiti meje med podsistemi v celotnem sistemu),
- informacija in energija v sistemu (sistem potrebuje informacije in energijo, ki je potrebna za vsak živ sistem, da ohranja harmonično ravnotežje s kontekstom okolja),
- pozitivni in negativni feedback (povratne zveze ali zanke so komunikacijske poti, ki cirkulirajo preko podsistemskih razmejitev in nazaj ter dajejo signale članom tega podsistema, in sicer sporočajo ter merijo njihove odklone, razlike ter prilagodljivost glede na cilje in namene celotnega sistema. Feedback deluje na podlagi pravil, vlog in principov).

Na primeru terapije bomo pokazali, kako se značilnosti sistema družine, iz katere prihaja pacient, ponovijo v odnosu terapevt-pacient in kako lahko terapevt prav zaradi kontratransferja ta sistem razume ter vzpostavi s pacientom nov odnos. Odkrivali bomo tudi, kako je lahko odnos med terapevtom in pacientom tista podlaga, ki vpliva na spremembe v sistemu, iz katerega pacient prihaja. Maroda (1991) govori o tem, da terapevt mora biti odziven, vendar pa s tem, ko je odziven na drugačen način, kot so bili pomembni drugi v pacientovem sistemu, dobi pacient uvid v svoje ravnanje, hkrati pa tudi odgovornost, da v domačem sistemu ravna drugače. V nadaljevanju bomo (podobno kot v Rožič, 2003) predstavili zapis terapevtske obravnave in pokazali, kako se prav na podlagi kontratransferja in vzajemnosti spremeni temeljna psihična struktura posameznika. Pogoj za to pa je terapevtova pripravljenost z vsakim pacientom poiskati

nov odnos in ob tem v sebi najti nov odgovor na stara čutenja.

Primer terapevtske obravnave

Terapija je trajala kontinuirano tri mesece; izvedenih je bilo 10 enournih srečanj. V terapijo je bil vključen pacient, ki študira in na pragu odraslosti išče identiteto, se želi distancirati od družine ter poiskati svojo pot za bodočnost. Bremenijo ga neuspehi v iskanju partnerske zveze ter nezaupanje, ki ga do njega izražajo starši. S to dinamiko pacient prihaja v terapevtski odnos.

Intrapsihično v terapevtu

V tem delu odkrivamo terapevtov kontratransfer, prepoznavamo njegova čutenja. Bolj kot na odkrivanje sprememb v sistemu pacienta, bomo pozorni na to, kako lahko terapevt svoje čutenje uporabi za razumevanje pacienta in nadaljnje vodenje terapije.

- a. *Ob dogovarjanju glede dneva prihajanja na terapijo, se terapevt in pacient kar nekaj časa nista mogla uskladiti. Ne glede na dejstvo, da to tehnično gledano ne bi smel biti problem, so bila tri srečanja dogovorjena sproti, z dodatnimi usklajevanji. Terapevt je imel glede tega slab občutek, saj ni mogel razumeti, kaj se dogaja, da se ne more dogovoriti povsem običajnih zadev. Ob neuspehu pri dogovarjanju o uri terapije je terapevt v sebi prepoznal občutek negotovosti. Na podlagi poznavanja prenosa čutenj v odnosu lahko rečemo, da je terapevtovo čutenje pokazatelj negotovosti na strani pacienta. Predvidevamo lahko, da je bil pacient negotov vase, v svojo odločitev glede prihajanja na terapijo, vendar pa je to negotovost bolj doživljal terapevt, saj se je čutil odgovornega za postavitve zunanje strukture terapije.*
- b. *Po uri terapije, kjer je pacient prišel do spoznanja, da je bil čustvena žrtev v družini, je terapevt začel premlevati, da pacientu po tem spoznanju ni nudil dovolj opore. Terapevt je razmišljal, kaj bi v podobni situaciji sam pričakoval od terapevta. Zdelo se mu je, da je pacientu nudil premalo. Ob teh občutjih se ni mogel umiriti, stalno je premleval, da ni dovolj dober terapevt temu pacientu. Ob razgovoru s supervizorjem je ugotovil, da je velik del teh občutij prihajal iz njega (terapevta) samega; iz njegovega občutka odgovornosti ter hkrati izzivov pri postavljanju mej, kako daleč pomagati. Tudi to terapevtovo doživljanje v prvi vrsti kaže na vpliv, ki ga ima izvajanje terapije na terapevta. Vidimo lahko, da terapevt ne more biti indiferenten do tega, kar se dogaja s pacientom. Vse se ga globoko osebno dotakne in mu zato da možnost, da ob pacientih tudi sam raste. Terapevtovo čutenje tukaj prepoznamo kot občutje nekompetentnosti. To čutenje lahko preverimo tudi na drugi strani: pacientovo spoznanje, da je žrtev, kaže na*

to, da ni bil zmožen in odgovoren (kompetenten) za prevzemanje določenih nalog v njegovem domačem sistemu in se je zato znašel v položaju žrtve. Občutje žrtvovanja in s tem povezanih nalog, ki jim posameznik ni kos in za katere ni odgovoren, je v tem delu terapije občutil tudi terapevt, kar pa že kaže na dejstvo, da se je s tem čustveno vključil v pacientov sistem.

- c. *Ko je pacient pripovedoval o svojih napakah, je terapevt prepoznal strah. Začutil je, da pacient o tem le stežka govori, saj ga je strah, kako bo po tem sprejet s strani terapevta. Terapevta je intrapsihično doživljanje pacientovega strahu vodilo k temu, da je ta čutenja naslovil in o njih spregovoril. Pacientu je s tem omogočil, da je prišel s svojim strahom v stik. Čutenja v terapevtu so vedno del odnosa in pomembna za oba. Terapevt se mora zavedati, da nobeno njegovo občutje ni brez pomena, saj vsako kaže na to, katera čustva so vstopila v medosebni prostor med njim in pacientom.*
- d. *Ko je pacient pripovedoval oz. odkrival, kako je bil s strani enega od staršev čustveno zlorabljen, se je terapevt počutil kot nekdo, ki mora tega »otroka« zavarovati, zaščititi. Šele terapevtova nadaljnja izkušnja, ko ga je pacient zavrnil, je v terapevtu sprožila razmišljanje o tem, zakaj se čuti dolžnega ščititi nekoga, ki bi ga pravzaprav moral zaščititi nekdo drug. Maroda (1991) pravi: »Četudi je terapevt popolnoma drugačen, kot so bile osebe v zgodnjem pacientovem življenju, bo pacient vseeno hotel stimulirati terapevta na način, da bi mu ta omogočil ponovno odigrati preteklost. Terapevtova vloga ob tem je, da pomaga pacientu razumeti kaj počne in hkrati dovoliti sebi biti vključen in odziven« (str. 129). Proces terapije ima tako dvojno pot: ena je pot terapevta, druga pacienta. Ta izkušnja je bila terapevtu spodbuda, da je sam pri sebi in v sistemu, iz katerega prihaja, prepoznal svojo vlogo. Skozi enak proces pa bo moral iti tudi pacient, če bo hotel presekat oz. preseči svojo vlogo, da služi nekomu za čustvenega partnerja. Kot otrok se tega ni zavedal in ni imel možnosti, da bi se odločil drugače, sedaj pa se lahko zavestno odloči, da ne bo več v tej vlogi. Terapevtov miselni in čustveni proces je omogočil pacientu, da se je s tem soočil.*
- e. *Ko sta že dve srečanji potekali ob genogramu (pacient je prepoznaval čustvene vzorce odnosov, ki se prenašajo iz generacije v generacijo), je na naslednje srečanje prišel pacient z zahtevo, da se konča z delom na genogramu. Izražal je jezo, enako občutje pa je začel doživljati tudi terapevt. Zdelo se mu je, da je tudi sam jezen na pacientove prednike, ki so svojim domačim povzročali tako velike krivice. V tem primeru prepoznamo konkordantno introjekcijsko identifikacijo (Gostečnik, 2002; Scharff, 1992), pri čemer gre za to, da pošiljatelj izzove naslovnika, da sprejme projicirani del ega, medtem ko objekt ostane v pošiljatelju. Naslovnik v tem primeru začuti tisto, kar pošiljatelj doživlja v svoji notranjosti. Terapevt je torej čutil pacientovo jezo. Če naredimo korak naprej, lahko rečemo, da dokler bo terapevt ostajal v sistemu pacienta, tako dolgo nihče od njiju ne bo naredil koraka dalje v smislu, da bi*

pacientu izkušnja terapije pomagala v nadaljnjem življenju. Terapevt mora zato vsako občutje v sebi ovrednotiti na način, da ga prepozna, ugotovi, od kje prihaja, ga ohrani oz. zdrži v njem (terapevtu ni potrebno reagirati npr. z jezo, četudi jo v sebi čuti) in svoje občutje preveri na pacientovi strani. Na ta način lahko terapevtova občutja v največji možni meri pomagajo obema v terapiji. Analiza transferja je v tem primeru pot do novega odnosa. Terapevt s tem, ko naslovi odnos terapevt-pacient, pacientu omogoči, da sprejme odgovornost za svoje odnose. Ker se ne odzove na čutenja skupaj s pacientom, mu da možnost, da dobi stik s temi čutenji.

Interpersonalno v terapevtu

Tukaj odkrivamo, kako terapevt doživlja sebe v odnosu s pacientom. Na tem mestu je najpomembnejši odnos med pacientom in terapevtom, saj se vse dogaja na interpersonalni ravni, na mehanizmu projekcijske identifikacije. Tako bomo odkrivali, kako je terapevt med terapijo zasledoval afekt, ki ga je v interakciji s pacientom doživel sam pri sebi kot nekaj močnega, ter kakšno vzdušje se je med terapijo naselilo v terapevta. Analizirali bomo transfer oz. iskali, kdo iz pacientovega sveta je postal v terapiji za pacienta terapevt in kdo iz terapevtovega sveta je postal pacient za terapevta. Po vsakem navedenem doživetju pa bomo še raziskali, kako je v odnos med terapevtom in pacientom začel vstopati sistem, iz katerega pacient prihaja, ki ga bomo opredelili na podlagi značilnosti sistema. Pokazali bomo, kako prav terapevtski odnos daje možnost, da se ob spreminjanju pacientove psihične strukture začne spreminjati tudi celoten sistem.

- a. *Ob pacientovem pripovedovanju o odnosih doma so terapevtu misli ušle v lastno družino. Spomnil se je mladostniškega obdobja, želje po tem, da bi mislil in živel po svoje, spomnil pa se je tudi nezaupanja staršev. Ob tem je terapevt v sebi začutil razočaranje, jezo, sram, uporništvu. Ko je ta čutenja zrcalil nazaj pacientu, ob tem pa ni reagiral kot pacientov »dvojček«, se je pacient razburil in zanikal, da bi kaj takega občutil. Ob tem doživetju terapevta lahko najprej prepoznamo značilnosti sistemov, iz katerih prihajata terapevt in pacient. Vidimo tudi značilno situacijo, v kateri so pacientovi konflikti oživili terapevtove boje s podobnimi konflikti. Od tukaj pa lahko raziskujemo dalje, in sicer, kako je pacientova družina (primarni odnosi) vstopila v odnos med njim in terapevtom. Če pogledamo porazdelitev vlog, vidimo, da je terapevt ob pacientovi reakciji postal starš, saj je pacient ob njem reagiral kot mladostnik v svoji družini. Njegova reakcija tako kaže na to, da je v njun odnos vstopil pacientov sistem. Določen sistem posamezniku omogoča samo določen tip odnosov, kar za navedeni primer pomeni, da je pacient na terapevtov kontratransfer reagiral tako, kot mu je bilo omogočeno v odnosu s starši. Terapevt pa je znal v odnosu s pacientom reagirati drugače, kot je včasih doma in kot bi*

reagirali pacientovi starši (ni se ustrašil mladostniškega uporništva pacienta). S tem je prek odnosa dal pacientu možnost, da je dobil uvid v svoje ravnanje. Terapevt mora pacientu v odnosu dati tisto, kar je sam pozitivnega dobil v sistemu, iz katerega prihaja. V primeru da tega sam ni dobil, mora pacientu dati tisto, kar je sam v podobnem trenutku pričakoval od staršev, pa tega ni dobil. Na tak način terapevt v odnosu s pacientom preseže sebe in svojo morebitno ujetost v domači sistem. Prav to da pacientu možnost, da se ob tem, ko je terapevt drugačen z njim, kot so njegovi domači, spremeni. Sprememba enega člana sistema pa se pozna na celotnem sistemu in na ta način lahko govorimo o nastajanju novega sistema pacienta.

- b. *V točki b pod delom »intrapsihično« je bil opisan dogodek, ko se je terapevt počutil kot ne-dovolj dober za pacienta. Nadaljevanje navajamo v tem delu. Na naslednjem srečanju je namreč pacient začel sam govoriti o tesnobi in negotovosti, ki je nastala v točno tistem delu terapije, o katerem je razmišljal tudi terapevt (ko je imel občutek, da je dal pacientu premalo opore). Terapevt je zato pacientu spregovoril o tem, kako je tudi sam doživel nekaj podobnega. To je v samem terapevtskem procesu in njunem odnosu pomenilo veliko spremembo. Terapija je od tu dalje prešla na globljo raven, odnos med pacientom in terapevtom pa je postal bolj zaupljiv. Za sistem pacienta je to pomenilo, da je njegov sistem ponovno vstopil v odnos med njim in terapevtom. Začela sta vzajemno vplivati drug na drugega. Informacija pacienta (ko je povedal za svoje občutje tesnobe in negotovosti) je sprožila novo informacijo na strani terapevta (povedal o svojem doživljanju negotovosti), to pa je vplivalo na čutenje v njunem odnosu. Vsako čutenje v odnosu ima nek pomen. Maroda (1991) pravi, da če hočemo učinkovito delati s kontratransferjem, moramo v sebi sprejeti vsa čustva, tudi »negativna«. Ob tem se nadalje sprašuje, kako lahko terapevt sploh pomaga pacientu, da ta sprejme samega sebe ob tem, ko pa sam ne more sprejeti svojih »negativnih« čustev. Ko je terapevt razkril kontratransfer (ki je v tem primeru strah, negotovost), sta oba ravnala drugače kot v odnosih, ki so značilni za pacientov sistem. Z medsebojno odprtostjo in pripravljenostjo tvegati (tvegati v smislu, da ne veš, kako boš sprejet) sta v njunem odnosu postala drug drugemu enakovredna. Enakovreden položaj, doživet v terapevtskem odnosu (z vidika pacienta to pomeni videti terapevta kot povsem običajnega človeka, skupaj z njegovimi strahovi in neuspehi; z vidika terapevta pa v prepoznavanju pacienta kot človeka s podobnimi čustvenimi izzivi, kot jih je doživljal ali jih doživlja sam), je za pacienta izhodišče, da se v svojem sistemu začne obnašati drugače. Izkušnja, da je terapevtu lahko zaupal svoja najgloblja občutja in ob tem ni bil zavržen, daje pacientu možnost, da bo tudi v domačem sistemu začel prevzemati odgovornost za lastna čutenja in ravnanja. Ko se bo začel pacient spreminjati, bo to občutil celotni njegov sistem. Vendar pa po izkušnji pacienta s terapevtom morebitni negativni odzivi ostalih v sistemu zanj ne bodo več izgovor ali ovira, da se sam ne bi odločil za ravnanje,*

ki se zdi njemu smiselno.

- c. *Pred enim od srečanj je bil terapevt razpoložen brezvoljno. Ko se je terapija začela, je pacient začel pripovedovati o svojih opažanjih, kako napreduje, kako se mu življenje premika v pozitivno. Ob tej informaciji je terapevt v sebi začutil, da je brezvoljnost izginila in je spet poln energije. V odnosu med pacientom in terapevtom je z opisanim primerom lepo vidno prenašanje čustvenega vzdušja - mehanizem projekcijske in introjekcijske identifikacije (Maroda, 1991; Ogden, 1994; Scharff, 1992). V ta prenos sta vpletena oba sistema, iz katerih prihajata udeleženca. Vsak je svoje občutje namreč prinesel iz svojega sistema. Zanima pa nas, kaj je to pomenilo za sistem pacienta oz. za razmejitve v njegovem sistemu. Razmejitve namreč razumemo kot pravila, ki urejajo prenose čutenj, mišljenja. V nefunkcionalnih sistemih so tudi razmejitve zabrisane, v funkcionalnih pa lahko vsak posameznik znotraj sistema najde sebe oz. prostor zase. Pri navedenem primeru smo v odnosu najprej prepoznali prenos čustvenega vzdušja, gledano iz sistema pacienta pa lahko prepoznamo tudi, da je pacient začutil terapevtovo brezvoljnost in je začel »tolažiti« terapevta. Pacient se je med terapijo »znašel« doma; pozabil je nase in začel skrbeti za starša, ki ga je v terapiji predstavljal terapevt. Če predvidevamo najboljši razplet v njunem odnosu, je pričakovati, da bo moral terapevt ob pacientovem pripovedovanju doživeti občutje lažnega odnosa med njim in pacientom. To občutje ga bo privedlo v razmišljanje o tem, kako je v njunem odnosu on prevzel vlogo tistega starša v sistemu pacienta, za katerega je moral pacient stalno čustveno skrbeti. Ozaveščanje te vloge pa bo terapevta spodbudilo k odgovornemu ravnanju; v njunem odnosu bo poiskal sebe, poskrbel za svoje počutje (terapevt je sam odgovoren za to, kako se v terapevtskem odnosu počuti), s tem pa bo tudi pacientu omogočil, da bo začel skrbeti zase v svojem sistemu. Ta pacientova sprememba pa bo vplivala na odnose v njegovem celotnem sistemu.*
- d. *Ko je terapevt začutil pacientovo nemotiviranost za dokončanje študija, mu je začel govoriti o pomembnosti odločitve za vztrajanje. Pacient se je ob tem umaknil. Čutiti je bilo, da mu zadeva ni všeč. V trenutku, ko je terapevt vprašal, če je sedaj postal kot eden od njegovih staršev, se je pacient res prepoznal v vlogi otroka. V terapevtovi akciji lahko prepoznamo razumevanje prenosa oz. transferja, saj je za pacienta terapevt postal pomemben drugi iz sistema, v katerem se je pacient oblikoval. Če raziskujemo, kaj je ta prenos v interpersonalnem odnosu pomenil za vloge v sistemu pacienta, ugotovimo, da sta se s porazdelitvijo vlog oba znašla v pacientovem sistemu. Proces terapije se je ustavil (čustven umik pacienta) takoj, ko se je pacient ponovno počutil kot doma. Temu se v terapiji ne sme izogniti, saj je potrebno soočenje z vlogo, ki je bila posamezniku dodeljena. Pot iz ujetosti ponavljanja igranja vloge, ki jo je imel posameznik doma, je speljana preko odločitve, da bo posameznik ravnal drugače. Odločitev pa je lahko sprejeta v odnosu, ki da*

posamezniku dovolj svobode, da prepozna sebe in svoje želje. Sistem, ki tak odnos omogoča, omogoča razmejitve in postavlja svojim članom pravila in vloge, ki spodbujajo posameznikovo odgovornost. Odnos, ki sta ga v terapiji ustvarila pacient in terapevt, je obema omogočil, da prepoznata svoja občutja in ravnanja. Terapevt je prepoznal transfer (če bi ostal v pacientovem sistemu, pacienta ne bi razumel, kot ga ne razumejo njegovi starši), pacient pa se je prepoznal v vlogi, ki je ne želi več igrati. To mu je dalo možnost, da tokrat ravna drugače, odgovorno. Ta izkušnja iz njunega odnosa sproža spremembe v razmišljanju in ravnanju pacienta. Pacient bo lahko sebe in svojo nemotiviranost za dokončanje študija prepoznal kot eno od funkcij, ki njegovemu domačemu sistemu omogoča, da nemoteno deluje dalje. Prepoznavanje nezavednega, posameznika spodbudi k preseganju ujetosti. Tako lahko pričakujemo, da bo pacient ob tem, ko bo končal študij, znal poskrbeti zase v odnosih z drugimi.

Zaključek

S prispevkom smo želeli najprej pokazati, kako se v terapevtski odnos intrapsihično in interpersonalno vključi terapevt ter kako to nanj vpliva. Opazovali smo, kako vzajemen terapevtski odnos vpliva na spremembo čustvenih vzorcev odnosov pacienta, kar vpliva na to, da se začenja spreminjati tudi sistem, iz katerega pacient prihaja. Na podlagi osebnega doživljanja terapevta smo odkrivali odnos med njim in pacientom ter možnosti, ki jih je ta odnos dajal pacientu, da se spremeni. Ob pacientovih reakcijah smo ugotavljali značilnosti sistema iz katerega je ta prihajal in pokazali na možnosti, kje se bo ta sistem lahko spreminjal.

Terapevtski proces je torej proces poustvarjanja in predelave primarnih odnosov, ki se odvije med terapevtom in pacientom. Kolikor je terapevt pripravljen vstopiti v pacientov čustven svet odnosov, toliko mu lahko pomaga. Sposobnost rokovanja s čutenji in sposobnost empatije pa sta, kot smo videli, odvisni od terapevtove osebnostne zrelosti in pripravljenosti sprejemati vedno nove in nove izzive ob vsakem pacientu posebej. Pomembna pa je tudi terapevtova osebna rast in spoznavanje sebe v svojih odnosih.

Literatura

- Gostečnik, C. (1999). *Srečal sem svojo družino [I have met my family]*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center.
- Gostečnik, C. (2000). *Človek v začaranem krogu [The human being in the magic circle]*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center.
- Gostečnik, C. (2001). *Poskusiva znova [Let us try again]*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Gostečnik, C. (2002). *Sodobna psihoanaliza [The contemporary psychoanalysis]*.

- Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Kompan Erzar, L.K. (2001). *Odkritje odnosa [The revelation of the relationship]*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
- Maroda, K.J. (1991). *The power of countertransference: Innovations in analytic technique*. Northvale, Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Mitchell, S. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. London: The Analytic Press.
- Napier, A.Y., Whitaker, C.A. (2002). *The family crucible*. New York: Harper Collins.
- Ogden, T. (1994). *Subjects of analysis*. Northvale, Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Praper, P. (1996). *Razvojna analitična psihoterapija [The developmental analytical psychotherapy]*. Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo.
- Rožič, T. (2003). Sistemska relacijska terapija in primer iz klinične prakse [Systemic relational therapy and the case from the clinical practice]. *Psihološka obzorja*, 12 (2), 137–148.
- Scharff, J. S. (1992). *Projective and introjective identification and the use of therapist's self*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Scharff, J.S. in Scharff, D. (1988). *Object relations individual therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Sullivan, H.S. (1972). *Personal psychopathology*. New York: Norton.
- Winnicott, D.W. (1990). *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Karnac.
- Winnicott, D.W. (1996). *Playing and reality*. New York: Routledge.

Prispelo/Received: 02.03.2004
Sprejeto/Accepted: 03.08.2004