

Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih
sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

ZBORNİK PRISPEVKOV

DELO V SKUPINAH

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA BEGUNJE
07. 05. 2010

ZBORNİK PRISPEVKOV

STROKOVNO SREČANJE

DELO V SKUPINAH

Psihiatrična bolnišnica Begunje, 07.maj 2010

Izdala:
ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

Uredil:
Žagar Marjan
Priprava in tisk:
TOM Radovljica
j
Maj 2010

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.89-008.1-085(082)
615.851.6(082)

DELO v skupinah : zbornik prispevkov, Psihiatrična bolnišnica Begunje, 7. 5. 2010 / [uredil Žagar Marjan]. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2010

ISBN 978-961-90514-6-7

1. Žagar, Marjan, 1961-

250876416

Vsebina

Uvod

Skupinska psihoterapija kot način zdravljenja duševnih motenj

Dr. Marinka Pahole prof.ped.

Supervizija skupinske psihoterapije

Aleksandra P. Meško, klinični psiholog spec

.Psihoterapija v skupnostni psihiatriji na Madžarskem

Boglarka Császár Varga, univ.dipl.psih

Delo v skupinah – pacienti s psihotično motnjo

Barbara Anžur, viš.med.ses.

Delo v skupini – pacienti z nevrotsko in stresno motnjo

Ljubica Kovač-Vouk, dipl.m.s.

Delo v skupini – pacient s sindromom odvisnosti od alkohola

Nada Legat, dipl. m.s.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji in Psihiatrična bolnišnica Begunje
vabita na strokovno srečanje:

Delo v skupinah

Datum: 7.05.2010

Lokacija: Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje 55, Begunje na Gorenjskem

PROGRAM:

8.15-8.45	Registracija udeležencev
8.45-9.00	Pozdravni govori
9.00-10.00	Delo v skupinah ga. Dr. Marinka Pahole, prof.andragike
10.00-10.30	Supervizija ga .Sandra Meško, univ.dipl.psih.,spec.klin.psih.
10.30-11.00	Vloga psihoterapije v skupnostni psihiatriji na Madžarskem ga.Császár Varga, univ dipl.psih. specializantka klinične psihologije
11.00-11.45	Odmor s kavo in prigrizki
12.50-12.10	Delo v skupini - pacienti s psihotično motnjo ga .Barbara Anžur, dipl.m.s.
12.10-12.30	Delo v skupini –pacienti z sidromom odvisnosti od alkohola ga. Nada Legat, dipl.m.s.
12.30-12.50	Delo v skupini-pacienti z nevrotsko in stresno motnjo ga. Ljubica Kovač Vovk, dipl.m.s.
13.00-14.30	Delavnica 1 Moderator ga, Barbara Anžur, dipl.m.s.
	Delavnica 2 Moderator ga. Nada Legat, dipl.m.s.
	Delavnica 3 Moderator ga.Ljubica Kovač Vovk, dipl.m.s.
14.30-14.45	Odmor
15.00-15.30	Okrogla miza
15.30	Zaključek in podelitev potrdil

Programsko organizacijski odbor: Rozika Špilak, Žagar Marjan, Jana Zupan, Lepa Pibernik, Darko Loncnar, Barbara Možgan, Brane Bregar

SPLOŠNE INFORMACIJE

Pisne prijave na prijavnici, na kateri naj bo označen način plačila, sprejemamo do **03.05.2010**. Prijave pošljite na naslov: **Darko Loncnar; Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje 55, 5275 Begunje 55, Begunje na Gor. 4275** ali po elektronski pošti na naslov: **darko.loncnar@pb-begunje.si**

Kotizacija z DDV za člane je 95 EUR in za nečlane 190 EUR. V kotizacijo so všteti stroški organizacije seminarja in izdaja zbornika predavanj. Kotizacijo nakažite na TRR NLB, poslovalnica Tavčarjeva 7, Ljubljana - ZDMSZTS, številka računa 02031-0016512314, sklic na št.00 0202- 06112009, s pripisom » za sekcijo MS in ZT v psihiatriji ». Redni študenti in upokojeanci člani Zbornice - Zveze so oproščeni plačila kotizacije. Udeležba na seminarju se šteje za strokovno izpopolnjevanje. Seminar je pri Zbornici zdravstvene in babiške nege in Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, v postopku vrednotenja za pridobitev licenčnih točk ter vpisa v register strokovnih izobraževanj.

Vljudno vabljeni!

**Za strokovni in organizacijski odbor
Žagar Marjan, dipl.zn.**

**Predsednik sekcije medicinskih sester
in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji
Branko Bregar, dipl.zn.**

Uvodnik

Deliti svojo izkušnjo z drugimi ne pomeni samo osvoboditev od svojih bremen, ampak tudi soustvarjati drugi svet.

*Žagar Marjan, dipl.zn.
Namestnik pomočnice direktorja za zdravstveno nego
Psihiatrična Bolnišnica Begunje*

Zbornik in predavanje sta namenjena medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom in ostalim zdravstvenim delavcem, ki že delajo v skupini s pacienti, ali pa bo zbornik uspešen pripomoček pri vaših začetkih dela v skupini s pacienti, saj vsebuje teoretična znanja in tudi praktične izkušnje strokovnjakov na različnih področjih dela v skupini.

Ljudje smo celostna bitja. Ravnovesje čutenja, razumevanja in izražanja v skladu s svojimi najglobljimi občutenji in prepričanji je za nas pomembnejše, kot se zdi na prvi pogled. Srečno življenje je največkrat povezano z dovolj dobrim notranjim stikom in temeljnim zaupanjem do sveta, ki je v osnovi nastajal skozi izkušnjo povezanosti z drugimi, nam pomembnimi ljudmi in ostaja zasidran v telesu. Ko imamo vzpostavljen stik z svojim zaznavanjem in čutenjem ter si lahko dovolimo nositi našo paleto svojih občutkov, čustev, misli, prepričanj in vrednot ter s tem vstopamo v humane odnose z drugimi ljudmi in svetom, bivamo celostno povezano, živimo in delujemo v skupinah.

Skupinska psihoterapija je učinkovita oblika pomoči pri večini duševnih motenj, še zlasti pa je priporočljiva pri tesnobnih motnjah, kot so panični napadi, socialna fobija, obsesivno kompulzivna motnja, depresija, motnje hranjenja in različne odvisnosti. Skupine so lahko velika podpora tudi v težjih življenjskih situacijah, kot so nasilje v družini, nasilje na delovnem mestu in ločitev oziroma prekinitev partnerske zveze. Način dela in dinamika v skupini omogočata povratne informacije in medsebojno učenje članov, s tem pa posameznik prepozna sebe, svoje reakcije in doživljanje svoje pretekle izkušnje, vedenja, razmišljanja in čustvovanja, ki jih poskuša v odnosu z drugimi spremeniti. Dogajanje v skupini in oblikovanje medsebojnih odnosov med udeleženci velikokrat ponazarja odnose v naši primarni družini, kar nam omogoča, da ozavestimo svoje vzorce misli, čustev in vedenja.

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki moramo skrbeti za kontinuirano izpopolnjevanje znanja za dobro delo v praksi. Tudi v psihiatrični zdravstveni negi je vse večji poudarek v skupinskem delu s pacienti. Vključevanje medicinskih sester v delo v skupinah s pacienti, ki imajo z različne duševne motnje pa zahtevajo od medicinskih sester dodatna specialna znanja, ko nastopajo v skupinah kot terapevti oziroma koterapevti in ob prevzemanju teh nalog imajo odgovornost do pacienta, njegovih svojcev do delovne organizacije in seveda do njih samih.

Današnje strokovno srečanje je priložnost za izmenjavo izkušenj s področja dela v skupinah, pridobivanje novih teoretičnih znanj in zakonitosti pri delu v skupini, da bomo lahko nudili pacientom še bolj kvalitetno zdravstveno nego, z učinkovitim delom v skupinah in v okviru celotnega zdravstvenega tima dosegli boljše kvaliteto življenja ljudi z duševno motnjo, odvisnostjo in da bomo podpora pacientom tudi v drugih težkih življenjskih situacijah.

Skupinska psihoterapija kot način zdravljenja duševnih motenj

Dr. Marinka Pahole prof.ped.

IZVLEČEK

V članku spoznamo teoretične osnove skupine. Ker se usmerimo na skupinsko psihoterapijo duševnih motenj se bomo seznanili z zgodovino skupinske psihoterapije. Skupina ima svoja pravila delovanja, kakor tudi faze svojega nastajanja. V skupini imajo člani skupine svoje vloge, prav tako pa tudi vodja-terapevt. Skupina se razvija skozi proces. Skupina ponuja tudi vrsto terapevtskih dejavnikov, ki vplivajo na spremembo počutja in če skupina teče dovolj dolgo in intenzivno tudi sprememba vzorcev čustvovanja in razmišljanja.

Ključne besede: skupina, skupinski proces, vloge, terapevtski dejavniki

UVOD

Človek najbolj začuti samega sebe takrat, ko je z drugimi ljudmi, je rekel Husserl.

Človek je bitje odnosov, in socialno bitje, zato je njegova potreba po odnosih, pripadnosti, sprejetosti ena od osnovnih potreb.

Najprej živimo v družini, ki je prva primarna skupina, šele nato smo vključeni v druge skupine kot je vrtec, šola, srednja šola „soseska...“

Človek je sočloveku tudi zrcalo, še zlasti takrat, ko je z njim v odnosu.

Zrcalu so vedno pripisovali skrivnostnost in moč. V kulturi Šive je bil znak modrosti in znanja; v krščanski kulturi simbol božanskega intelekta; na Kitajskem simbol kraljice; modrost starih narodov je v zrcalu videla tabu. In vendar ima moč V njem človek zagleda sebe v lepi in tudi manj lepi luči.

Gledati, spoznati, razumeti so temeljni elementi socializacije, primarne v družini in sekundarne v drugih socialnih skupinah izven družine.

Družinska izkušnja da človeku občutje sebe, omogoča razvoj kot pravi Foulkes. Otrok mora doživeti simbiozo, da se lahko separira; dobro separiran otrok loči, kaj je zunaj in kaj je notri, loči med seboj in drugim. Odnos z očetom, materjo, njunim odnosom in okolico pomaga otroku oblikovati občutek realnosti in njegovo identiteto. V družini se oblikujejo tako horizontalni in vertikalni odnosi. Družina je spet tista, ki oblikuje človekov občutek za ravnovesje.

Človekov občutek sebe je produkt odnosov in socialnih izkušenj. V družini se otrok usposobi za življenje v drugih skupinah. V družini se odvija primarna in sekundarna socializacija v kateri človek razvije svojo socialno naravo na interpersonalni osnovi.

Sekundarna socializacija uči otroke biti član drugih skupin. Razhajanja med primarno in sekundarno socializacijo lahko privedejo do raznih kriz, ali celo psihotičnih motenj.

Skupina ima racionalno in iracionalno vlogo v oblikovanju vsakega svojega člana. Tako kultura določa pravila vedenja in pričakovanja s pomočjo katerih se posamezniki lahko vključijo v družbo.

Tako lahko vsak posameznik svobodno deluje znotraj sprejetih okvirov vedenja. Srejevanje svoje odgovornosti v skupini govori o njeni demokratičnosti, ki je osnova za vključevanje v druge skupine.

Kaj je skupina?

Za psihoanalitike (Freuda...) pomeni skupina le zbir posameznikov, večino vedenja razlagajo kot izraz podzavestnih procesov. Člane skupine družijo le proces identifikacije.

Kurt Lewin je pojmoval skupino kot novo kvaliteto, ne pa le kot vsoto posameznikov. Dogajanje v skupini je odraz interakcijskih in medosebnih procesov. Vedenje posameznika je odvisno od vzdušja in dogajanja v skupini. Vsak član se v skupini bori za svoj življenjski prostor, vendar so potrebe posameznika omejene s potrebami skupine kot celote. Zato je za Lewina skupina nova kvaliteta, ker je dajal več poudarka dogajanju v skupini-dinamiki skupine.

KAJ JE SKUPINSKA PSIHOTERAPIJA?

Pomeni način zdravljenja duševnih motenj s pomočjo medsebojnih odnosov med člani skupine ter med člani skupine in terapevtom v skrbno sestavljeni skupini, s pomočjo izkušenih terapevtov, z namenom spoznati in spremeniti slabo prilagojeno vedenje posameznika.

Sam izraz skupinska psihoterapija (Moreno, 1971) pa ne pove vsega, kajti sleherni vrsta psihoterapije ima svojo teoretično osnovo, iz nje izhajajoče metode in tudi določene cilje.

Zgodovina skupinske psihoterapije

Prvi, ki je začel paciente obravnavati v skupini je bil Pratt 1905- internist, ki je zbral v skupino tuberkulozne bolnike in se z njimi pogovarjal o tuberkulozi, načinu zdravljenja in prognozi.

Veliko spoznanje je v razvoju skupinske terapije pomenilo odkritje, da naše fizično-somatsko bistvo na mnogih ravneh komunicira z našo duševnostjo.

Marsh pa je to metodo in spoznanja 1919 prenesel na področje psihiatrije in velja za pionirja terapevtske skupnosti.

Vse vrste skupinske psihoterapije so v začetku tega stoletja izšle iz direktivno vodene skupine, ki je imela cilj, da paciente pritegne k sodelovanju pri zdravljenju. Te skupine so bile poučne in so imele namen paciente naučiti, da bi znali uporabiti zdrave zmožnosti za boj proti lastni bolezni. Te elemente uporablja še behaviour in gestalt terapija.

Lazell je delal s shizofrenimi pacienti in je napredek pri zdravljenju pripisoval procesu socializacije.

Burrow pomeni most med ameriško in evropsko psihiatrijo. Uvedel je pojem skupinske analize. V testiranju realnosti, ki ga posamezniku omogoča skupina, je videl najpomembnejši dejavnik pri poglobljanju psihološkega zavedanja.

Schilder pa vidi v skupini možnost ponovnega doživljanja družine.

Slavson se je ukvarjal s skupinami otrok in se ukvarjal s preučevanjem konfliktov.

Wolf se je opiral na psihoanalitična spoznanja in uporabljal svobodne asociacije, analizo sanj, razjasnjevanje transfera in pacientove preteklosti.

Moreno je oče psihodrame, uvedel pa je tudi pojem skupinska psihoterapija in sociometrijo v skupini.

Freud je ugotovil, da na člane skupine ne vpliva le terapevt, temveč vplivajo tudi drug na drugega.

Adler se je lotil preučevanja odnosov med posameznikom in skupino. Velik pomen pripisuje enakopravnemu ozračju, optimizmu in opori, ki jo dajejo člani skupine drug drugemu.

Pravila delovanja skupine

Redno prihajanje

Pomembno, da ima član skupine stalnost v vzdrževanju odnosa do ostalih članov skupine. Pogoj točnega in rednega prihajanja na skupino pomeni za člana skupine varnost in skrb, odgovornost in solidarnost s skupino, podobno velja za terapevta. Če ima nekaj neodložljivega v času skupine in ve za to vnaprej, mora o tem obvestiti člane skupine; če se zgodi nekaj nepredvidenega, potem mora imeti član skupine številko ali osebo, ki ji lahko pusti sporočilo o svoji odsotnosti.

Zaupnost

Vsebinski člani skupine ne smejo prenašati izven meja skupine, saj potem skupina ni več varna. O vsebinah, o katerih so govorili izven skupine, pa so se zgodile na skupini, naj prinesejo na skupino, saj dogajanje iztrgano izven okvira skupine ni več isto kot je v skupini. Tako se član skupine uči meja skupine; ko se krši zaupnost je to lahko znak slabe sestave skupine.

Pravila vedenja v skupini

V skupini ni dovoljeno pitje, kajenje, agresivno vedenje do sebe, drugih in terapevta. O pomembnih odločitvah, bi naj člani skupine govorili na skupini. Ni dovoljeno, da bi se oblikovali pari. Na skupini mora biti dovoljeno govoriti o vsem, kako se člani počutijo, kar ne pomeni, da bi jih silili, da razkrivajo neke skrivnosti, temveč, da pokažejo, kako razumejo nezavedne vsebine.

Matriks skupine

Je nekaj, kar se ne da videti, otipati, da pa se doživeti in vpliva na zdravje. Najprej je to doživetje posameznika v skupini, ki je »nekaj več in različno, ki v interakciji s skupino raste in se ni pričakovalo. Tisto več in različno Foulkes imenuje matriks skupine.; nekateri Agazarin to imenuje nevidna skupina, Ahlin pa duša skupine. Websterov slovar govori o matriksu kot rod, plodnost, oblikovanje, hranjenje...

Mreža skupine ima svojo zunanjo in notranjo stran. V Rimu je bila mreža orožje sovražnika, poraženec, ki je bil v sovražnikovi mreži mu je bil prepuščen na milost in nemilost. Mreža v evangelijskem pomenu simbolizira božansko delo, ki bo zbralo ljudi in jih privedlo v nebeško kraljestvo. Je kot prenosnik neke duhovne sile. Vzhodne religije vidijo v mreži orodje s katerim bogovi lovijo ljudi, si jih podredijo in jih pritegnejo k sebi. Psihoanalitiki pa v tem vidijo simbole iskanja preteklosti v nezavednem, ki iz globine prinesejo v zavedanje najbolj oddaljene in odrinjene spomine.

PROCESI V SKUPINI

Njegove predpostavke izhajajo iz pojma projekтивne identifikacije in vzajemnem delovanju paranoidno-shizoidnih in depresivnih struktur, ki ga je prinesla Melanie Klein. Zanj je učinkovita tista skupina, ki ustvarja stik z realnostjo in pozna mejo med tem, kar je zunaj in kar je znotraj skupine. Skupina postane neučinkovita, ko s pomočjo projekcijskih mehanizmov zamegljuje to mejo in projicira lastne notranje težave na druge. Dokler se to dogaja skupina razsipava z energijo; lahko pa ponovno preide v učinkovito skupino, ko ugotovi, da je vir tesnobe v skupini in ne izven nje.

Skupina zgolj kot nekaj ljudi v istem prostoru, ne prinaša veliko, ker samo odkriva tisto, kar je nevidno.

Zato Bion (1961) daje skupini veliko moč in vpliv. Organizacija in struktura nudita skupini stalnost in stabilnost, kar pomeni temelj delovne skupine. So rezultat sodelovanja med člani skupine. Bion je razvil 3 predpostavke:

1. Skupina se je sestala zato, da bi dobila podporo vodje, ki bi zagotovil hrano (psihično in fizično) in zaščito, ki kaže na odvisnost. Na tej stopnji se vodja doživlja kot neko vzvišeno bitje, ki je tudi prejemnik masivnih skupinskih projekivnih identifikacij.
2. Govori o oblikovanju parov v skupini, to je faza upanja in pričakovanja. V taki skupini se vzdržujejo predvsem prijetna občutja, destruktivnih občutij ni. Vodja v taki skupini ja nestvaren. Vodja postane oseba, ki bo skupino rešila neprijetnih občutij, destruktivnosti lastne ali neke druge skupine. Upanje ostane, samo če ostane samo upanje.

3. Skupina se je zbrala, da bi se proti nečemu borila ali od nečesa zbežala boj-beg. Ta način skupine se oblikuje, ko se skupina počuti ogrožena od zunaj ali od znotraj. V taki skupini uspeva vodja, ki daje možnost za boj ali beg, druge zahteve se ignorirajo.

Battagay loči dve osi dogajanja v skupini.

Interakcijska, sociološka ali horizontalna : pomeni možnost posameznika, da se vključi v nastajajočo mrežo odnosov v skupini. To pomeni sposobnost sprejemanja socialnih norm, s pomočjo katerih pacienti spoznavajo svoja mnenja, preizkušajo vedenjske vzorce in se na ta način v odnosih z drugimi pacienti potrjujejo. Skupinska pravila vedenja predstavljajo most med posameznikom in skupino.

V interakcijsko mrežo sodijo tudi vloge, ki pomenijo pričakovanja, dolžnosti, želje skupine do posameznega nosilca vloge. Vloge v skupini so različne: vodja, kritik, pomirjevalec, grešni kozel... Pacienti s šibkim egom navadno ostajajo zunaj te mreže. Pomemben dejavnik v tej mreži je tudi vodja, ki je prvi med enakimi. Če je vodja preveč gospodovalen se hierarhija vlog skrči le na dve: podrejeni, nadrejeni.

Motivacijsko-psihološka ali vertikalna : pomeni posameznikovo notranje doživljanje tukaj in sedaj, kakor tudi prebujanje izkušenj iz drugih situacij. Skupina ne obstaja kot neko ločeno bistvo posameznika, ampak pomeni razširitev predstave o sebi, občutenje samega sebe.

Skupinska dinamika pomeni študij značaja skupine : pravil vodenja in razvoja, učinkovitega delovanja, vplivov med posameznikom in skupino.

RAZVOJNE FAZE SKUPINSKEGA PROCESA

1. Začetna komunikacija

Družabni ljudje navezujejo veliko stikov z ljudmi, boječi pa jih omejujejo. Začetni stik poteka na prvobitni-narcistični stopnji. Ljudje, ki pridejo skupaj, da bi oblikovali skupino, navadno niso pripravljene komunicirati drug z drugim, so tesnobni. Začetna komunikacija je odvisna tudi od stanja bolezni in njene narave, sestave skupine idr....

Tako bi bilo shizofrene paciente bi bilo napačno siliti v takojšnjo komunikacijo, saj v začetku potrebuje psihično in socialno distanco, ki jim dovoljuje meje lastnega jaza in se borijo za nespremenljivost lastne osebnosti.

Zato bi bilo potrebno, da bi vsak skupinski terapevt na sebi preizkusil nastajanje skupine, da bi bolje razumel člane skupine, ko še ne začnejo komunicirati na običajen način.

2. Regres

Vsak član skupine mora biti pripravljen dati del svoje neodvisnosti zato, da je lahko član skupine. Dopustiti mora skupini, da spozna njegove želje in potrebe; vendar skupina ne zaznava samo sedanjih potreb, temveč spodbuja tudi regresivne želje, ki se nanašajo na posameznikove izkušnje z drugimi skupinami npr. z družino. V tej fazi kažejo člani skupine želijo, da bi se dali hraniti terapevtu, kar pomeni, da pričakujejo, da bo predlagal temo pogovora, da bo iskal rešitev problema... Globlji regres lahko opazimo, če postane vodja ali kateri od članov preveč gospodovalen. Takrat postanejo vloge v skupini preveč toge, ker vsi želijo ugajati terapevtu in se samo prilagajajo razmeram . Taka prvobitna skupina obstaja kot možnost vsake skupine. Taka skupina nima posebne terapevtske vrednosti, ker vodi v narcizem in ima za posledico občutke krivde.

3. Katarza - očiščenje

Predno dobi član skupine občutek, da so njegove regresivne težnje sprejete, lahko opazimo veliko agresijo do terapevta ali kogarkoli, ki teh teženj ne sprejema. V tej fazi se člani skupine sprašujejo, zakaj je terapevt sploh v skupini, če nič ne reče. V tej fazi lahko terapevtova razlaga zavira neposredno izražanje občutkov. Terapevt bi naj članom pomagal, da bi videli sebe in svoj odnos do terapevta. Včasih je skupino potrebno

usmeriti k temu, da se ukvarja sama s seboj.

Če imajo člani skupine dovolj možnosti za izražanje teh občutij, bodo bolj pripravljeni na soočenje s seboj. Veliko vlogo igrajo tudi nebesedna sporočila.

4. Uvid

Ko člani skupine začutijo, da so konflikti in občutki ob njih rezultat realnosti okolja " tukaj in sedaj" so na dobri poti do spoznanja, da resničnost in njihova podzavestna izkrivljanja nista povezani. V takem stanju so bolj sprejemljivi za povratno informacijo o sebi s strani ostalih članov skupine. Spoznajo, da se ne vedejo ustrezno glede na dogajanje v skupini ampak na osnovi izkušenj iz družine.

5. Faza socialnega učenja

Člani skupine s pomočjo uvida v lastno vedenje začutijo potrebo po učenju novih vedenjskih vzorcev. Uvid se tako spremeni v vedenjski vzorec, ki ga skupina podpira in ga s tem podkrepi.

VLOGE V SKUPINI

V skupinskem procesu se oblikujejo različne vloge njenih članov.

Novi član

Novega člana lahko skupina doživi kot grožnjo. V zgodovini so vanje projicirali zle duhove in jih celo žrtvovali, odnosi s tako osebo so bili tabu. Strah pred neznanimi se kaže že razvojno pri 8 mesecih otrokove starosti, pri 2 letih. Neznani ljudje zbujajo v človeku veliko čustev, od izrazitega nesperejemanja do pristrčne sprejemanja, kar pa zavisi najprej od izkušenj posameznika, kakor tudi od kulture okolja. Za skupino pomeni grožnjo v njenem samozadovoljstvu; skupina mora to situacijo predelati ali pa novega člana izločiti.

Zgodovinar

V vsaki skupini se najde kdo, ki zelo natančno pomni detajle v preteklem dogajanju skupine. Primerjava med preteklostjo in sedanostjo v skupini lahko govori povečanih odporih v skupini. Pomeni regresivni fenomen

Zgodovinar je lahko v skupini tudi kot grešni kozel . Ko skupina izgubi vizijo za prihodnost, pomeni zgodovinar nitko, ki kaže na nevrotični interes za preteklost. Vsak novi član lahko prevzame to vlogo.

Monopolist

V skupini se pojavi tudi član, ki s praznim govorjenjem polni praznino in tako polni prostor in čas skupine. Tak član nima drugih za enakopravne, niti ne čuti potrebe po povratni komunikaciji. Skupina čuti odbojnost do takega člana, sam pa se počuti nevreden in se ne spoštuje. Zelo je občutljiv na lastno tesnobo in tesnobo v skupini. Takega člana skupine mora terapevt usmeriti v skupino, ki je edini pripomoček za dostop do njegovega narcizma.

Vzporedni vodja

Mnogi člani skupine želijo svoje simbiotične potrebe ali pa seperacijsko tesnobo zmanjšati s približevanjem terapevtu, s posnemanjem, pomočjo. Paralelni vodja je lahko tudi problem terapevta, ki v začetku izpostavlja določenega člana skupine po katerem se naj drugi zgledujejo. V tega člana terapevt projicira odcepljeni del sebe in je del kontratransfernega problema. Na drugi strani želi član skupine zavzeti mesto terapevta, ki se ga istočasno tudi boji.

Najšibkejši član skupine

To so navadno tisti člani skupine, ki imajo večje potrebe po simbiozi in ki niso uspeli izpeljati separacije in individualizacije. Taki člani skupine imajo podrejen odnos, včasih samo s terapevtom, ali s celo skupino. Strah pred zavrnitvijo se kaže v tem, da ne prevzemajo nobenega tveganja v komunikaciji v skupini; lahko pa se začnejo otročje vesti v skupini.

Največkrat pa so to tihi člani skupine, ki ne gredo v soočenje z avtoritetami; kdaj pa kdaj pa izrazijo zelo izrazit afekt na besede ali terapevta ali člana skupine; na ta način skupina odkrije simbiotične potrebe

tega člana. Tak član skuša biti stalno prisoten ali pa neprijeten. Skupino preseneti s svojim zelo ustreznim videnjem situacije v skupini.

Vodja –terapevt v skupini

Vodja skupine ima pomembno vlogo v skupini, čeprav se pomembnost v različnih fazah spreminja. Terapevt skrbno sestavi skupino, postavi njen okvir, cilje in pravila in skrbi za njihovo spoštovanje.

Terapevt se mora znati soočiti z vsakdanjimi situacijami, da zmore dobro preverjati realnost in oceniti eksistencialne probleme in jih obvladovati. Terapevt bi naj znal podpirati in vzdrževati zdrave potencialne pacientove osebnosti in se skupaj z njim boriti pri premagovanju manj ustreznih lastnosti, vzorcev pacienta.

Terapevt bi naj bil dobro strokovno usposobljen v poznavanju vrst duševnih motenj in kako se le-te kažejo pri različnih osebnostih. Prav tako pa bi naj dobro poznal sebe, da ne bi svojih vsebin pripisoval članom skupine; poznal bi naj svoje potencialne in svoje meje, kakor tudi lastne težave, da jih lahko obvladuje. Zelo dobro je, da je tudi terapevt član kakšne skupine, da začuti kaj pomeni biti član skupine. Prav tako tudi skupina ponuja terapevtu pestro paleto načinov v soočanju z življenjem in s samim seboj, iz česar se lahko ogromno nauči. Ves čas pa mora skrbeti za to, da se izpopolnjuje kot strokovnjak in tudi kot osebnost.

Terapevtski dejavniki skupine

Dejavniki, ki jih bomo obravnavali pomenijo osnovo nekega učinkovitega pristopa k terapiji.

Umestitev upanja

Umestitev in vzdrževanje upanja je ključno v vsaki psihoterapiji. Upanje ni samo tisto, ki pacienta obdrži v terapiji, ampak vera v zdravljenje, je že sama po sebi terapevtska. Raziskave so pokazale, da tisti pacienti, ki so imeli pred začetkom zdravljenja visoka pričakovanja, so dosegli boljše rezultate zdravljenja. Vera deluje kot placebo.

Na zdravljenje ne delujejo le pozitivna pričakovanja ampak koristi tudi vir upanja, ki je značilen za skupinsko zdravljenje. Skupinska terapija vključuje posameznike, ki so na različnih točkah na kontinuumu zdravljenja in poslabšanja. Tako posameznik komunicira z drugim s podobnim problemom, ki so izboljšani, kar je rezultat terapije. To so izkušnje mnogih, ki so poslušali izkušnja drugih.

Univerzalnost

Mnogi pacienti vstopijo v skupino prepričani, da imajo edino oni tak problem, stisko. Tako se vsi kdaj počutimo. Zaradi njihove socialne izolacije je ta občutek osamljenosti s problemom dodatno povečan.

V začetku skupine je zmanjševanje tega občutka osamljenosti s problemom pomemben vir olajšanja. Ko potem poslušajo druge, ki govorijo o svojih problemih in stiskah, ko jih opisujejo, se počutijo, kot bi se ponovno vrnili v človeško vrsto.- vsi smo na istem čolnu.

Ni občutja in izkušnje, ki bi bila izven doživljanja tudi drugih.

Dajanje informacij

Informacije podamo na edukativen način o duševnem zdravju, o splošni psihodinamiki, ki so lahko podane v obliki nasvetov, predlogov ali kot neposredno vodenje terapevta ali drugih članov skupine.

Mnogo pacientov se po uspešno zaključenem zdravljenju v skupini veliko nauči o psihičnem delovanju, pomenu simptomov, medosebni in skupinski dinamiki ter o procesu psihoterapije. V zadnjem času je psihoedukacija postala sestavni del skupinske psihoterapije

.Altruizem

Tako v skupinski psihoterapiji njeni člani ne dobivajo le tega, kar dajejo, temveč ob tem doživljajo tisto notranje zadovoljstvo ob dajanju. Psih. pacienti imajo globok občutek, da nimajo nič vrednega, kar bi lahko dali drugemu. Na ta način doživijo, da so pomembni za druge in na ta način izboljšujejo svoje samospoštovanje.

V skupini so zelo v pomoč drug drugemu v terapevtskem procesu. Tako si ponudijo podporo, zavarovanost, predloge in uvide, kakor tudi probleme. Tako mnogi člani skupine veliko lažje sprejmejo predloge nekoga izmed njih, kakor od terapevta. Terapevt ponuja bolj stroko, sami med seboj pa delijo realno življenje koristni in potrebni.

Korektivno preoblikovanje izkušenj izvirne družine

Veliko ljudi se vključuje v skupine zaradi nezadovoljujočih izkušenj iz primarne družine. V skupini je veliko možnosti srečati člane, ki so avtoritativni, vrstniške sorojence, globoka osebna razkritja, močna in intenzivna čustva intimne kot tudi sovraštva in tekmovalnosti. Skupine navadno vodi terapevtski par, moški in ženska in tudi s tem ojača starševsko vlogo kolikor je mogoče intenzivno. Ko mine začetna zadrega člani skupine prej ali slej komunicirajo med seboj in s terapevti po vzorcih kot so komunicirali v primarni družini. Skupina omogoča brezštevilne možnosti vzorce komunikacije. Tako postanejo nekateri odvisni in nemočni, drugi se borijo za naklonjenost, spet drugi skušajo razdeliti terapevtski par, iščejo zaveznitva med člani skupine, nekateri zatajijo svoje interese i skušajo slepo ugajati vodji in ostalim članom.

Podobno se dogaja tudi v individualni terapiji, vendar skupina ponuja veliko več možnosti.

Ni samo pomembno, da se stari konflikti iz družine oživijo, temveč, da se oživijo drugače, primerneje.

Razvoj načinov socializacije

Razvoj socialnih veščin je značilnost vsake skupine, seveda pa količina zavisi od vrste skupine. V skupinah je lahko socialno učenje neposredno ali bolj posredno. Tako v dinamsko usmerjenih skupinah je poudarek na podajanju odkrite povratne informacije, ki pa lahko vsebuje informacije o slabo prilagojenem vedenju posameznika. Za posameznike, ki čutijo pomanjkanje tesnih odnosov je lahko skupina prvo okolje, kjer lahko dobijo povratno informacijo o sebi.

Možnost posnemanja vedenja

V skupini je proces posnemanja veliko bolj razpršen, saj posnemajo določene vidike vedenja ostalih članov skupine ali terapevta. Bandura, ki se je ukvarjal s proučevanjem socialnega učenja, ki ga ne moremo razložiti samo z neposrednim spodbujanjem, ampak je empirično ugotavljal, da je posnemanje močan terapevtski dejavnik, ki ga včasih terapevti podcenjujejo.

Katarza

Sama beseda izvira iz grščine in pomeni očistiti. Freud in Bleurer sta jo že 1895 uporabljala za zdravljenje histerije, s sprostitvijo potlačenih občutij. Freud in dinamski psihoterapevti so se naučili, da samo katarza ni dovolj. To so navadno močna čustva, ki jih posameznik brez pomoči težko spremeni. Tisti, ki so doživeli katarzo kot edino izkušnjo v skupini imajo s skupino negativne izkušnje. Tisti, ki so jo doživeli skupaj s kognitivnim spoznanjem, pa veliko boljše.

Učinkovita katarza se povezuje tudi z drugimi dejavniki. Katarza je del medosebnega dogajanja, odvije se v socialnem kontekstu.

Eksistencialni dejavniki

Med temi dejavniki so pomembni:

- Spoznanje, da ne glede, kako blizu sem ljudem, se moram še vedno sam soočiti z življenjem.
- Srečanje z osnovnimi temami svojega življenja in smrti in živeti svoje življenje bolj spoštljivo in se manj ukvarjati z nepomembnimi stvarmi
- Naučiti se prevzeti odgovornost za način življenja, ki ga živim, ne glede na to koliko podpore dobim od drugih.

Za obravnavanje teh tem je potreben senzibilen terapevt. S takimi temami se veliko srečujejo tisi, ki imajo kakšno neozdravljivo bolezen. Člani skupine se naučijo, da so tukaj meje vodenja, ki ga lahko dobijo s strani drugih članov skupine. Naučijo se prevzeti odgovornost za avtonomijo skupine in sebe v njej. Naučijo se, da je tu tista temeljna izolacija v obstoju, ki se je ne da deliti; vsak je vržen v ta svet sam in tudi umrl bo sam. Kljub tem spoznanjem ima to za posledico globoko prisotnost drug z drugim.

Skupinska kohezivnost

Skupinska kohezivnost in medosebno učenje sta najpomembnejša terapevtska dejavnika.

Terapevtski odnos ne pomeni samo odnosa s terapevtom, temveč odnos s člani skupine in s skupino kot celoto, vsi ti dejavniki tvorijo skupinsko kohezivnost.

Kohezivnost je temeljna lastnost skupine; skupine se ločijo med seboj po večji in manjši solidarnosti. Skupine z močnejšim občutkom solidarnosti se bodo borile za skupino proti zunanjim in notranjim sovražnikom. Zato imajo take skupine večjo stalno udeležbo na seansah, bolj sodelujejo na seansah, je več vzajemne podpore in bodo bolj vzdrževale skupinske dogovore kot skupine z manj solidarnosti. Solidarnost je nekaj, kar lahko vsak član čuti, težko pa jo opišejo ali definirajo, je značilnost skupine in posameznikovega zanimanja za skupino. Solidarnost bi lahko opredelili kot rezultat vseh delujočih dejavnikov v skupini, je rezultanta delujočih sil vseh članov skupine. Nanaša se na toplino in prijetno počutje vsakega člana v skupini, občutju, da pripada, da je brezpogojno sprejet in podprt s strani drugih članov skupine.

Duh skupine kot celote in individualna solidarnost sta soodvisna pojava.

Izkustveno učenje

Zdravljenje je torej interpersonalno, pa ne le v ciljih, Kadarkoli govorimo o človeku, ga je potrebno pogledati v okviru odnosov, ki so intenzivni in trajajoči, ki vključujejo intenzivne odnose med vključenimi v te odnose. Človekovo vedenje je prilagodljivo v globljem razvojnem smislu: brez globokih medosebnih vezi, brez odnosa, nobeno živo bitje ne bi preživelo.

Tako trdijo tudi ameriški teoretiki dinamske psihoterapije in interpersonalni teoretiki kot K Horney, E. Fromm, posebno še H.S. Sullivan. Kot pravi Sullivan je človekova najgloblja potreba, biološka potreba, ki otroku v njegovi razvojni neobčutljivosti omogoča preživetje

Tako se lahko vsa psihopatologija prevede v medosebne vsebine in se jih tako tudi obravnava. Duševne motnje se nanašajo na medosebni proces, ki je neustrezen glede na dano situacijo ali pretirano celovit glede uvajanje iluzornih oseb v dano situacijo. Psihiatrično zdravljenje bi naj bilo usmerjeno v izboljševanje medosebnih motenj, ki bi usposobili posameznika za bolj polno in bogato življenje, da bi lažje sodelovali z drugimi in s tem dosegli vzajemno zadovoljujoče odnose

Cilj se lahko obrača od olajšanja trpljenja do spremembe v medosebnem funkcioniranju, kar je začetna stopnja v dinamskem terapevtskem procesu. Pomembna je tudi miselnost terapevta, ki ne more zdraviti depresije izolirano, ne da bi jo prevedel v medosebne vsebine in nato zdravil poudarjene medosebne vsebine, patologijo. Ljudje potrebujemo za svoj razvoj druge ljudi, te potrebe se ne da preseči.

Skupina kot socialni mikrokozmos

Skupina, med katero tečejo medsebojne interakcije z nekaj strukturalnimi omejitvami, se razvije po nekem času v socialni mikrokozmos. Če imajo dovolj časa, počasi postajajo oni sami, začeli bodo komunicirati med seboj, kot komunicirajo v socialnem okolju, kjer živijo. Oblikovali bodo tak mikrokozmos, kot so ga navajeni. Začeli bodo kazati tudi svoje slabo prilagojeno vedenje.

Vsak terapevt bo videl dogajanje v skupini iz optike svoje strokovne usmerjenosti in tudi svoje osebnosti. Človekov interakcijski sistem se bo pokazal v skupini. Prepoznati te vzorce svojega slabo prilagojenega vedenja in jih postaviti kot terapevtsko prednost je ena bistvenih nalog treninga za skupinske terapevte.

Če je skupina vodena tako, da se njeni člani lahko vedejo na ne voden, ne zaveden način, bodo zelo živo ponovno odigrali svojo osnovno patologijo v skupini. V skupini se lahko vidi psihodinamika posameznika.

LITERATURA:

- Bion, W.R.. *Experiences in groups and other papers*. London :Tavistock publications; 1961.
 Yalom, I.D. *Selection from the Work of Master Therapist and Storyteller*. London: Basic Books; 1998.
 Yalom, I.D. *Group psychotherapy*. London: Basic Books; 1997.
 Klain, E. in sod. *Grupna analiza*. Zagreb, 2005.
 Moreno, J.L. *Psychodrama*. v H.I. Kaplan and B.Sadock, *Comprehensive group psychotherapy*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1971
 Slavson, S.R. *An Introduction to Group Psychotherapy*. New York: Univ.Press; 1973.

Supervizija skupinske psihoterapije

Aleksandra P. Meško

klinični psiholog spec.

Persona – Center za psihološko svetovanje

E –naslov: sandra.mesko@siol.net

IZVLEČEK

V prispevku so predstavljeni principi supervizije v kontekstu psihoterapevtske obravnave pacientov. Temeljni nalogi supervizije sta spremljanje kvalitete terapevtskega dela ter spodbujanje supervizantovega profesionalnega in osebnostnega razvoja. Supervizija vsebuje podajanje tistih učnih vsebin, ki lahko koristijo terapevtu pri delu s konkretnim pacientom ali ob razreševanju specifičnega problema pri delu s skupino. Tudi obravnava supervizantovih osebnih predstav in čustev je omejena le na vsebine, ki vplivajo na kvaliteto dela in odnosa s pacientom. Supervizijska srečanja običajno potekajo skozi nekaj zaporednih faz, od začetnega dogovora o temi supervizije, preko osrednjega dela, ko supervizor z uporabo različnih intervencij obravnava terapevtov predstavljeni primer, do zaključka, ki predstavlja obojestransko povratne informacije o supervizijskem procesu. Strokovnjaki na področju duševnega zdravja lahko z rednimi supervizijami bistveno izboljšajo kvaliteto svojega dela in razvijejo občutek kompetentnosti pri delu z ljudmi.

Ključne besede: supervizija, psihoterapija, terapevt, supervizor

Opredelitev in naloge supervizije

Psihoterapija je dinamičen in ustvarjalen poklic s človekoljubnim poslanstvom. Terapevtovo delo pa je zaradi kompleksnosti problematike, s katero se ukvarja, odgovorno ter intelektualno, čustveno in energetsko zahtevno. Strokovnjaki s področja duševnega zdravja so nagnjeni k izgorevanju, zato je za njih še posebno pomembno, da dobijo pri svojem delu ter v skrbi zase podporo in usmerjanje. Supervizija jim nudi prav to.

Supervizija ima v razvoju in prakticiranju psihoterapije že dolgo tradicijo. Tako kot je definicij psihoterapije ogromno in jo posamezni psihoterapevtski pristopi različno definirajo, je tudi opredelitev supervizije veliko. Strokovnjaki, ki se ukvarjajo s supervizijo terapevtskega dela, so razvili nekaj supervizijskih modelov (npr. psihoanalitični, svetovalni, razvojni, socialni model).

Carroll (2004) opisuje dva bistvena namena supervizije, in sicer:

- skrb za pacientovo dobrobit,
- spodbujanje terapevtskega profesionalnega in osebnostnega razvoja.

Vsekakor je prva naloga supervizije spremljanje in usmerjanje terapevtskega strokovnega dela, v katerem ima ob znanju najpomembnejše mesto profesionalna etika. Zaradi zahtevnosti in kompleksnosti dela pa je za terapevta prav tako pomembno, da ima možnost izraziti svoje lastne poglede in čustva, ki se porajajo v terapevtskem odnosu in jih predelati ob supervizorju. Supervizija je do določene mere lahko torej tudi psihoanalitična za terapevta.

Supervizija je tudi učni proces. Na supervizijskih srečanjih se terapevt ob supervizorjevih refleksijah in povratnih informacijah uči razumevanja in konceptualizacije pacientovega problema in razvija terapevtske strategije in metode.

Supervizija terapevtskega dela je običajno sestavni del terapevtske edukacije v vseh psihoterapevtskih pristopih.

Cilji in funkcije supervizije so pri različnih psihoterapevtskih modalitetah (individualna, skupinska, partnerska, družinska) zelo podobni. Tudi supervizija skupinskega terapevta vključuje elemente učenja in osebne terapije, predvsem pa se osredotoča na kvaliteto dela s skupino in njenimi člani.

Meje med supervizijo, terapijo in edukacijo

V supervizijskem procesu je prostor le za tiste učene ali osebne vsebine, ki se nanašajo na delo s pacientom. To pomeni, da supervizija ne more nadomestiti osvajanja učnih vsebin, ki jih supervizant pridobiva v okviru svoje osnovne psihoterapevtske edukacije (npr. psihodinamska terapija, sistemska terapija, transakcijska analiza, kognitivno vedenjska terapija, realitetna terapija, gestalt terapija itd.). Večina terapevtskih pristopov predvideva supervizijo na tisti stopnji izobraževanja, ko je terapevt že osvojil osnovno teorijo in metode določenega terapevtskega pristopa. Supervizija je predvsem priložnost za integracijo naučenih vsebin v prakso.

Terapevtove osebne lastnosti in čustvena doživljanja v terapevtskem procesu pomembno vplivajo na kvaliteto njegovega dela s pacientom. Tako lahko na primer terapevtov pretiran občutek odgovornosti za pacientovo napredovanje ali njegova izrazita storilnost predstavljata oviro v terapevtskem procesu. To je tema, ki jo lahko v terapevtskem smislu izpostavimo na superviziji. Če pa se izkaže, da so terapevtove osebne vsebine kompleksne, je potrebno, da jih obdela s svojim osebnim terapevtom.

Zaradi možnosti razvoja neprijetnih medosebnih zapletov se v superviziji odsvetuje mešanje vlog. To pomeni, da ista oseba terapevtu ne more biti učitelj, supervizor in psihoterapevt. Terapevtova edukacija je stvar učnega programa določenega terapevtskega pristopa in v njem običajno sodeluje več učiteljev. Terapevt opravlja svojo lastno terapijo pri izbranem psihoterapevtu. Supervizor pa je tretja oseba, ki dela po principih istega terapevtskega pristopa, v katerem se izobražuje terapevt. Supervizijo lahko terapevtu nudi tudi supervizor, ki teoretično izhaja iz neke druge terapevtske šole. Ta način dela običajno ustreza že izkušenim terapevtom, ki so pripravljene pogledati izza ograje svoje osnovne psihoterapevtske teorije in metode.

Struktura supervizijskega srečanja

Struktura supervizijskega srečanja je odvisna od supervizijskega modela. Krožni model supervizije (Page in Wosket, 1994) predvideva pet stopenj v procesu supervizijskega srečanja:

1. **Dogovor:** na začetku supervizijskega srečanja se supervizant in supervizor dogovorita za temo supervizije. Terapevt opredeli specifično supervizijsko vprašanje, na primer:
 - terapevt želi pomoč pri diagnostični opredelitvi pacienta ali pri razumevanju in konceptualizaciji pacientovega problema,
 - terapevt potrebuje predloge glede terapevtskih strategij in nadaljnjih smernic terapevtske obravnave,
 - terapevt želi razrešiti problem komunikacije s pacientom,
 - terapevt želi raziskati svoje prijetne ali neprijetne čustvene odzive na pacienta,
 - terapevt izpostavi probleme komunikacije v skupini ali želi predloge za spodbujanje določene faze razvoja skupine, itd.
2. **Predstavitev in obravnava primera:** v tej fazi terapevt poda osnovne podatke o pacientu: spol, starost, poklic in težava, zaradi katere je pacient prišel v terapijo. Material za supervizijo lahko terapevt poda verbalno, na osnovi svojih zabeležk, zelo pa so zaželeni avdio in video posnetki. Pomembno je, da se predstavljeni material nanaša na supervizijsko vprašanje. Dolga in podrobna anamneza ni potrebna. V odzivu na prezentirani problem supervizor posreduje z različnimi supervizijskimi intervencijami in metodami. Supervizor lahko na osnovno vprašanje odgovarja s predlogi, informiranjem, razlaganjem in refleksijami. Pogosto uporablja tudi nekatere psihoterapevtske tehnike, kot sta na primer Sokratov način spraševanja ali igra vlog. Tako lahko ob predstavljenem komunikacijskem problemu, ki ga opisuje terapevt, supervizor in terapevt odigrata izbrano terapevtsko situacijo. Supervizor je v vlogi terapevta, terapevt pa v vlogi pacienta. Po odigranem dialogu vlogi zamenjata. Ob tem lahko terapevt dojame pacientovo doživljanje z drugačnega zornega kota in obogati svoje razumevanje klientovega problema, hkrati pa dobi ob supervizorjevi vlogi terapevta možnost učenja po modelu.
3. **Prostor za svobodne asociacije:** na tej stopnji naredimo prostor za nizanje idej (brain-storming), raziskovanje in osvetljevanje nezavednih vsebin (npr. transfer in kontratransfer). Ta stopnja je še posebno poudarjena v psihodinamskih modelih supervizije.

4. **Integracija:** v tej fazi se supervizor in terapevt ponovno osredotočita na pacienta. Supervizor pomaga terapevtu povzeti nova spoznanja, uvide, hipoteze in morebitne nove tehnike. Dogovorita se o načinu integracije novih vsebin v nadaljnjo obravnavo pacienta. Pomembno je, da terapevt opredeli tiste vsebine supervizijskega procesa, ki jih ocenjuje kot koristne ter se odloči, kako bo nove informacije vnesel v terapevtski proces. Supervizor mu lahko pri tem pomaga s sugestijami, predlogi in opisom lastne izkušnje kot terapevta. V zvezi s predstavljenim problemom lahko supervizor terapevtu predlaga strokovne knjige ali članke.
5. **Povratne informacije:** supervizor in supervizant ocenita, ali je zastavljeni supervizijski cilj izpolnjen oziroma ali je terapevt dobil odgovor na zastavljeno supervizijsko vprašanje. Supervizor pohvali terapevtove veščine in vse tisto, kar s terapevtove strani pripomore h kvalitetnemu delu. Na konstruktivni način izrazi tudi morebitno kritiko ali opozori na učne vsebine, ki naj bi jih supervizant še poglobil. Tudi terapevt pove supervizorju, kaj mu je bilo med supervizijskim srečanjem v pomoč in kaj ga je motilo. Obojestranske povratne informacije so pomembne tako za nadaljnje učenje, kot za razvijanje kvalitetnega odnosa med supervizantom in supervizorjem.

Supervizijske modalitete

Oblike supervizijskega procesa so lahko naslednje:

- **individualna supervizija:** supervizor dela le z enim supervizantom. Dobra plat tega načina dela je, da terapevt dobi veliko pozornosti, večja je tudi možnost razvoja dobrega supervizijskega odnosa. Vendar pa v individualni superviziji dobi supervizant povratne informacije le iz ene perspektive.
- **skupinska supervizija:** supervizor dela v skupini supervizantov, kjer vsak predstavi svoj primer. Vsak član skupine je tudi pozvan, da poda svoje videnje predstavljenega primera, zato vsak terapevt dobi veliko možnih perspektiv in povratnih informacij o svojem delu. Časovno so skupinske supervizije dolge in običajno trajajo nekaj ur, odvisno od števila udeležencev.
- **supervizija v živo:** supervizor je prisoten na terapevtski seansi. Lahko je v istem prostoru ali za enostranskim ogledalom. Ta oblika supervizije se prakticira predvsem v nekaterih modelih sistemske psihoterapije. Supervizor je lahko opazovalec, včasih pa v terapevtski proces tudi aktivno poseže s svojimi predlogi, sugestijami ali drugimi intervencijami.
- **intervizija:** gre za predstavitev primerov, dobivanje podpore in informacij pri terapevtih vrstnikih. Intervizija med terapevti, ki so na približno enakem nivoju znanja in profesionalnega razvoja, običajno poteka v majhnih skupinah in predstavlja dobro motivacijo za nadaljnje učenje.

Pogostost in trajanje supervizije

Število in pogostost supervizije določajo edukacijski standardi posameznih psihoterapevtskih pristopov. Pogosta praksa izvajanja supervizije je enkrat na štirinajst dni pri terapevtih začetnikih. To pomeni, da supervizant predstavi vsaj en primer terapevtske obravnave vsaka dva tedna. Pri edukantih na višji stopnji, se supervizije običajno izvajajo enkrat mesečno. V večini psihoterapevtskih šol se zahteva kontinuirana supervizija vse dokler edukant ne zaključi svojega izobraževanja z izpitom. V toku izobraževanja je torej supervizija nujna, priporočljiva pa je tudi za terapevte, ki so formalno edukacijo že končali.

Kdo je supervizor?

Naziv supervizorja podeljujejo posamezne psihoterapevtske šole v okviru svojih izobraževalnih standardov. V nekaterih psihoterapevtskih pristopih (na primer transakcijska analiza) so stopnje edukacije natančno opredeljene. Terapevti s predpisanim številom ur terapevtske prakse in z osvojenimi predpisanimi znanji lahko opravijo praktični in pisni izpit, ki jim omogoča opravljanje supervizije terapevtskega dela. Na državnem nivoju v Sloveniji še nimamo zakona, ki bi predpisoval potrebne kompetence in izobraževalne standarde za supervizorje, kar je tudi vsebina še ne sprejetega Zakona o psihoterapevtski dejavnosti. Trenutno so nazivi za terapevte in supervizorje še vedno v rokah različnih psihoterapevtskih združenj in sekcij.

ZAKLJUČEK

Tako kot za vsakega terapevta, je seveda tudi za supervizorja bistveno, da ima dobre kapacitete za razvijanje in ohranjanje kvalitetnih medčloveških odnosov. Še posebno je pomembno, da supervizor pri svojem delu upošteva razvojne faze terapevtovega profesionalnega razvoja, pozna različne psihoterapevtske pristope ter se zaveda njihovih prednosti in pomanjkljivosti v obravnavi raznolikih človeških problemov. Dober supervizor združuje lastnosti konstruktivnega in suportivnega mentorja, ob tem pa posreduje učne vsebine didaktično in razumljivo.

Redna supervizija lahko bistveno izboljša kvaliteto terapevtovega dela, kar ni pomembno le za uporabnika, ampak tudi za terapevtovo zadovoljstvo v opravljanju svojega poklica.

LITERATURA

Carroll M. *Counselling Supervision: Theory, Skills and Practice*. London: Sage Publications; 2004
 Feltham C., Dryden W. *Developing Counsellor Supervision*. London: Sage Publications; 1994
 Page S., Wosket V. *Supervising the counsellor*. London: Routledge; 1994

Psihoterapija v skupnostni psihiatriji na Madžarskem

Boglarka Császár Varga, univ.dipl.psih

JZ Psihiatrična bolnišnica Ormož, Ptujška cesta 33, 2270 Ormož

E-naslov: bogi.0701@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod prispevka prikazuje zgodovinski razvoj psihoterapije in sicer v kontekstu skupnostne psihiatrije na Madžarskem. Ena izmed najpogostejših načinov nujenja psihološke pomoči v skupnostni oskrbi je skupinska (psiho)terapija. Ta oblika terapije, ki je visoko strokovna metoda podpiranja razvoja posameznika in kooperativnih socialnih sistemov, ima pomembno vlogo v kontinuirani zdravstveno negi in v procesu resocializacije oseb s težavami v duševnem zdravju. Zadnji del prispevka je namenjen prikazu dejavnosti fundacije hiše Thalassa (Thalassa Ház), ki je ena izmed številnih visoko organiziranih terapevtskih skupnosti na Madžarskem in ponuja obširno paleto skupinskega dela z osebami s težavami v duševnem zdravju.

Ključne besede: zdravljenje v skupnosti, terapija v skupini, terapevtska skupnost Thalassa

UVOD

Za proces resocializacije oseb s težavami v duševnem zdravju so, poleg nujenja pomoči znotraj bolnišnice, pomembne tudi vse tiste priložnosti zunaj nje, ki omogočajo hitrejšo, popolnejšo in varnejšo vrnitev v »normalno« življenje. Pojem skupnostne psihiatrije obsega psihiatrično zdravljenje v skupnosti in deluje v smeri razvoja kvalitetnejšega duševnega zdravja (Harangozó, 1997). Upošteva človekovo pravico do svobode in zdravljenja hkrati, med tem ko je aktivirajoča, saj se od bolnika pričakuje sodelovanje pri procesu zdravljenja in rehabilitacije. Tako na Madžarskem, kot tudi v drugih državah psihiatrično zdravljenje v skupnosti zajema mrežo služb in profesij, ki v skupnem sodelovanju delujejo v smeri razvoja kvalitetnejšega duševnega zdravja v funkcionalno in geografsko opredeljeni populaciji.

Razvoj psihoterapije v skupnostni oskrbi

Od začetka 20. stoletja se je v Budimpešti uveljavil pojem psihoterapije kot profesionalno dejavnost. K temu je pripomogel Ferenczi Sándor (1873-1933), nevrolog, psihiater, Feudov kolega in zvesti prijatelj. Ferenczi je kot profesor predaval o psihoanalizi in hkrati poudarjal avtentičnost v psihoterapevtskem pristopu. Na njegovo spodbudo so se na začetku 30-ih let prejšnjega stoletja odprle psihoanalitične ambulante, obenem pa se je psihoanalitski pristop uveljavil tudi v psihiatričnih ustanovah. Najbližja inovacija modelu skupnostne psihiatrije je v tem obdobju bil t.i. sistem družinske nege (Családi ápolási rendszer). Psihiatrične (kronične) bolnike so pošiljali k družinam na podeželje, kjer so jih spodbujali k ponovnemu vključevanju v družbo. Še danes obstajajo tovrstna naselja na Madžarskem.

Na Madžarskem so nudenje psihoterapevtske pomoči v skupnostni oskrbi v obdobju socializma (od leta 1950) omogočale t.i. vladne psihiatrične oskrbovalnice oziroma komune (pszichiátriai gondozó), ki imajo še danes pomembno vlogo v psihiatrični oskrbi (Szalay, 1998). Naloga oskrbovalnic je spremljanje bolnikovega stanja po hospitalizaciji, nudenje farmakološke in psihoterapevtske pomoči, povezovanje s svojci, delovnimi mesti, šolami, ipd. Vendar, ker je nudenje psihoterapevtske pomoči osebami s težavami v duševnem zdravju (predvsem kroničnim) zaradi ekonomskega primanjkljaja v vladnih institucijah postalo zelo omejeno, so zato po spremembi političnega sistema Madžarske (po letu 1989) postopoma prevzeli vlogo posthospitalne skupnostne oskrbe dnevni zaposlitveni rehabilitacijski centri, stanovanjske skupnosti ter nevladne, humanitarne organizacije, ki delujejo v javnem interesu na področju socialnega in zdravstvenega varstva.

V zadnjih dvajsetih letih so se na Madžarskem razvile številne nevladne organizacije in fundacije, ki ponujajo izven bolnišnične oblike psihosocialne rehabilitacije in podpore ljudem s težavami v duševnem

zdravju, predvsem pa kroničnim bolnikom. Fundacije in terapevtske skupnosti, kot na primer Hiša Thalassa v Budimpešti, Egyensúlyunkért, Soterija, Ébredések ter mnoge druge organizacije v sodelovanju s psihiatričnimi bolnišnicami in oskrbovalnicami težijo k vključevanju različnih profesij ter poklicev v celostno in vsestransko bio-psiho-socio obravnavo človeka. S skupnim načrtovanjem jim omogočajo bolnikom vnovično vključitev v družbeno in delovno okolje, kar prispeva k njihovi boljši opremljenosti za samostojno in kakovostno življenje. Izvajajo različne programe samopomoči, preventivne aktivnosti, založniško dejavnost in izobraževanje ter nudijo psihoterapijo za ljudi s težavami v duševnem zdravju in njihovim svojcem.

Madžarski raziskovalci ugotavljajo, da je pomanjkljiva socialna mreža ena od najpomembnejših težav oseb z duševno motnjo in njihovih svojcev (Harangozó, 2001). Zato je cilj zgoraj omenjenih fundacij, da se vzpostavijo oziroma okrepi socialna mreža. Da ima na primer posameznik nekoga, ki ga lahko pokliče v primeru težav in da ima okoli sebe ljudi, ki se v njegovi družbi dobro počutijo ter obratno, postane pomemben dejavnik dolgoročne stabilnosti. Za razvijanje teh kompetenc se uporabljajo različni pristopi: trening asertivnosti, motivacijske strategije, trening socialnih veščin, metodo reševanja problemov, psihoedukacija zdravljenec in njihovih svojcev, ipd.

Vloga skupinske terapije v psihiatrični oskrbi

Učinkovitost in uspešnost skupinske psihoterapije, kot ene izmed oblik pomoči, je v skupnostni psihiatrični oskrbi empirično dokazana (Harangozó, 1997). Osnova skupinskega dela temelji na pojmovanju človeka, kot socialnega bitja. Skupina je zapletena komunikacijska mreža, kjer komunikacija poteka na različnih nivojih zavedanja in hkrati po večih kanalih (Yalom, 2001). Za delo v skupini so potrebne posebne verbalne in neverbalne komunikacijske veščine in veščine za sodelovanje v skupini. Posameznik se odziva v kontekstu skupinskega dogajanja in lahko doseže spremembe skozi medsebojne interakcije.

Skupinska terapija se zaradi njene ekonomičnosti lažje realizira, njena prednost pa je tudi, da lahko člani spregovorijo o sebi enakim, drug drugemu pomagajo in si izmenjujejo izkušnje. Ponuja nove možnosti, npr. kako obvladati tesnobo, kako bolje uvideti lastne globoke patološke procese, kako kljub vsemu ustvarjati boljše odnose s komunikacijo in podobno. Tako imajo člani možnost, da spoznajo svoje primanjkljaje, jih korigirajo in obenem razvijajo svoje potenciale. Duševni bolniki se v neštetihih situacijah ubadajo s prilagoditvenimi težavami. Dobro razvita socialna struktura lahko okrepi socialno učenje in omogoča boljše funkcioniranje bolnika v družbi. V skupini se osebe soočijo z lastno vlogo v skupini ljudi, da bolje spoznajo sebe in druge, da dobijo povratno informacijo o sebi, kako ga drugi doživljajo, vidijo, razumejo (temu rečemo tudi zrcaljenje) in obratno, kako s svojimi sporočili vpliva na druge osebe (Szónyi, 2005). Doživljanje sebe v intenzivni izmenjavi z drugimi tako postavlja spodbudo identifikacijskih procesov in skupinska terapija nudi izkušnjo in ponovno definiranje sebe kot osebe s težavami v duševnem zdravju.

Hiša Thalassa: Terapevtska skupnost na Madžarskem

Terapevtska skupnost Hiša Thalassa je bila ustanovljena v Budimpešti leta 2000, kot zunanja enota velike državne bolnišnice, od leta 2003 pa deluje neodvisno. Namenjena je mladostnikom in odraslim posameznikom, predvsem s psihozami, osebnostnimi motnjami in odvisnostjo, obenem pa nudi pomoč njihovim svojcem, strokovnjakom s tega področja ter vsem ostalim, ki se zanimajo za področje duševnega zdravja.

V procesu rehabilitacije vedno stoji za bolnikom tim, ki ga sestavlja kompleksna skupina strokovnjakov. V obravnavi bolnika je tudi obisk na domu, ki ga izvaja koordinator. Vlogo koordinatorja programa zdravljenja in psihosocialne rehabilitacije najpogosteje prevzema zdravnik specialist psihiater. V skupni so še psihologi s psihodiagnostičnimi storitvami (npr. izdelava mnenj za potrebe ocene dela zmožnosti, s poudarkom ocene ohranjenih mentalnih sposobnosti, poklicnih interesov, motivacije in socialnega funkcioniranja) in psihoterapevtskim delom, delovni terapevti z delovno terapevtskimi intervencijami v življenjskem okolju, socialni delavci, umetnostni terapevti, vodje skupine za psihodramo ter medicinske sestre s patronažno dejavnostjo. Medicinske sestre izvajajo ključno vlogo v skupnosti: ugotavljanje fizičnih, psihosocialnih potreb, obenem pa načrtovanje, izvajanje in vrednotenje zdravstvene nege glede na individualnost življenjskih aktivnosti. Sodeluje z ostalimi člani tima, jim poročajo o bolnikovem stanju. Nenehno se izobražujejo in izpopolnjujejo svoje kompetence tudi v skupinskih oblikah terapije.

Socialni delavci nudijo pomoč pri pridobivanju informacij na trgu dela in bolnika hkrati usmerjajo, pomagajo pri pisanju prošenj, življenjepisu, intervjujih za zaposlitev in drugo.

Psihoterapevtski pristop temelji na skupinah, ki so analitično usmerjene. Poleg vsakodnevnega družbenega življenja bolnik sodeluje v neverbalni in verbalni skupinski in/ali individualni (psiho)terapiji.

V terapevtski skupnosti aplicirajo 24 različnih oblik skupinskega dela. Cradle (zibelka) skupino lahko šestkrat obiše vsak nov bolnik na začetku rehabilitacije. Skupina pomaga novim članom pri osvojitvi kulture terapij. Umetnostna terapija pomaga svojim članom izraziti občutke, čustva, izkušnje z uporabo lastne ustvarjalnosti. Glasbena terapija nudi priložnost svojim članom, da skupaj ustvarjajo glasbo, se igrajo z zvoki, ritmi in melodijami in se tako približajo svojim čustvom, občutkom in vzgibom. Gibalna terapija dela z gibi in kretnjami s katerimi lahko člani izrazijo čustva, občutke, spomine, ki so bili ujeti v telesu. V skupini Thalassa se učijo avtogeni trening in relaksacijo, svoja doživljanja izrazijo skozi slikanje. V psihodrami ob pomoči terapevta odigrajo situacijo in vloge, ki jih občutijo kot obremenjujoče. Svetovalna skupina pomaga izboljšati samorefleksijo z uporabo ne verbalnih in tudi verbalnih tehnik. Delo z igro vzpodbuja kreativnost članov in vpogled vase, kar jim pomaga ob morebitnih spremembah. Potovanja, delo, varčevanje, nakupovanje, kuhanje in igranje podobnih vlog, ki so pomembne v vsakdanjem življenju bolnika nudi skupina Days-of-Living (vsakdanje življenje). Skupina Playback Theatre je ima približno 20 članov in spodbuja samozagovornišvo ter pomagata pri skrbi za kvalitetno bivanje uporabnikov v Hiši Thalassa in izven nje. Obstajajo še skupine, ki jih obiskujejo tudi bolnikovi svojci ali osebe iz njegove ožje družbene okolice. Te imajo ključno vlogo v resocializaciji v družinsko okolje.

ZAKLJUČEK

Za procese resocializacije oseb s težavami v duševnem zdravju so, poleg nujenja pomoči znotraj bolnišnice, pomembne tudi vse tiste priložnosti zunaj nje, ki omogočajo hitrejšo, popolnejšo in varnejšo vrnitev v »normalno« življenje. Fundacije kot je Hiša Thalassa v Budimpešti s kontinuirano zdravstveno nego in skupnostno skrbjo ter učinkovitim sodelovanjem s službami na terenu, omogočajo psihiatričnim bolnikom, da zaživijo polnejše in kvalitetnejše življenje v upanju, da se zmanjša pogostost ponovnih hospitalizacij.

LITERATURA

- Harangozó J *Röpirat a magyar pszichiátriáról. Psychiatria Hungarica* 1997;12(1):75-84.
 Harangozó J *Paradigmaváltás a pszichiátriában. Lege artis medicinae: Orvostudományi továbbképző folyóirat* 2001. 11. évf. 8/9. sz.
 Szalay MA *pszichiátriái gondozó mint a közösségi pszichiátria alappillére*. In.: *Pszichoterápia* 1998 január; 31-33 Animula Egységlet
 Szónyi G *Csoportok és csoportozók. A lélektani munkára építő csoportok vezetése. Medicina Könyvkiadó Zrt.: 2005*
 Yalom ID *A csoportpszichoterápia elmélete és gyakorlata. Budapest: Animula; 2001*

Delo v skupinah – pacienti s psihotično motnjo

Barbara Anžur, vms

Psihiatrična klinika Ljubljana

Enota za psihoterapijo psihoz

E-naslov: barbara.anzur@psih-klinika.si

Prispevek obravnava delo v skupini s psihotičnimi bolniki. V začetku je opisan kratek zgodovinski pregled nastanka skupinske terapije, kateremu sledijo motivacijski dejavniki za tovrstno terapijo. Procesi in fenomeni, ki potekajo v skupini ter cilji skupinske terapije predstavljajo pomemben del pri obravnavi pacientov. Ob koncu so nanizane izkušnje in občutki, s katerimi se sooča terapevt pri svojem delu.

V začetku 20. stoletja se je pod vplivom filozofije pragmatizma v Združenih državah Amerike začelo raziskovanje učinkov skupinskih procesov na bolnike v ustanovah. Začetnik je bil bostonski internist Joseph Pratt pri bolnikih s tuberkulozo. Sledili so psihiatri s proučevanjem ugodnih učinkov predavanj v skupini psihotičnih bolnikov. V začetku 20. stoletja je L. Cody Marsh v velikih državnih ustanovah v New Yorku imel predavanja za bolnike. Poročali so o izvrstnih uspehih te metode, ki je bila osnovana na ideji: »Masa jih je zlomila, naj jih sedaj masa tudi ozdravi.« Psihoanalitična znanja potrebna za razvoj skupinske psihoterapije pa so se začela uporabljati za delo v skupinah v 20-ih letih 20. stoletja s Trigantom Burrowom v ZDA. Bil je prvi teoretik, ki je uporabil koncept »skupine kot celote«. Prvi začetnik uporabe psihoanalize v skupinah pa je bil Paul Schilder, ki je v 30-ih letih prejšnjega stoletja interpretiral odpore, transfer in sanje v svojih psihoterapevtskih skupinah. Terapevt je videl kot starša, ostale sodelujoče kot brate in sestre s ciljem priti do socialnega uvida preko socialnih interakcij. Psihoanalitične pristope so kasneje razvijali še ameriški psihoanalitičarji Louis Wender, Samuel Slavson in Alexander Wolf. Po drugi svetovni vojni je do novih spoznanj prišel W. R. Bion, ki skupine ni videl kot skupek posameznikov temveč kot organizem. Zelo pomemben prispevek psihoanalitičnemu delu v skupinah je dal Sigmund H. Foulkes, ki je razvil skupinsko analitični pristop, ki ga je definiral s »psihoanalizo skupine s strani skupine in njenega vodje«. Omenjeni je zasnoval skupinsko analitični proces kot dinamično mrežo komunikacij, ki jo je poimenoval »dinamični matriks«, ki omogoča skupini, da se sama zdravi. Pomemben prispevek k delu v skupinah pa je dal Jacob L. Moreno, ki je leta 1932 skoval izraz »skupinska terapija« in »skupinska psihoterapija«. Njegov pristop je bil interakcijski in orientiran na skupino, za razliko od prejšnjih skupinskih metod, ki so bile bolj edukativne in podporne. Irwin Yalom je v svoji knjigi o skupinski psihoterapiji položil temelje interpersonalnega pristopa v delu s skupinami. Pomembni avtorji pri svojem delu v skupinah s psihotičnimi bolniki pa so bili Fromm-Reicmanova, Searles, Pao, Benedetti in drugi. (Blatner, 2007)

V svojem prispevku bom izhajala iz izkušenj kot koterapevt pri delu s psihotičnimi pacienti v ektrahospitalni skupini, ki poteka enkrat tedensko na Centru za mentalno zdravje v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana, seveda ob podpori teoretičnega znanja, ki je nujno potrebno pri terapevtskem delu v skupini.

Yalom je rekel, da se dobra skupinska psihoterapija prične z dobrim izborom pacientov. Če niso dobro izbrani, najverjetneje ne bodo imeli koristi ali pa slabo sestavljena skupina, se ne bo imela možnosti razviti v dober model za nobenega od članov skupine. Zaželeno je, da se v skupino vključi bolnike, ki so bili prej individualni obravnavani, ker imajo že vzpostavljen pozitiven transfer in bodo lažje sprejeli vključitev v novo, drugačno situacijo v okviru skupine. Diagnoza sama po sebi ni pokazatelj indikacije za vključevanje v skupino. Shizofreni in ostali psihotični bolniki znotraj iste diagnostične skupine se razlikujejo po stopnji regresije, funkcioniranju v socialnem okolju, sposobnosti introspekcije in motivaciji za skupinsko psihoterapijo. (Restek- Petrovič, 2008)

Stone pravi, da je glavni kriterij za vključitev v neko določeno psihoterapevtsko skupino stopnja oškodovanosti osebnosti na socialnem in funkcionalnem področju. (Klain, 2008)

Motivacija za skupinsko psihoterapijo je eden najpomembnejših kriterijev. Velika večina psihotičnih bolnikov težko vzpostavlja odnos zaupanja. Nekateri prihajajo z zelo slabo motivacijo, kar ni razlog, da se

jih takoj izključi kot možne kandidate. Psihotični bolniki bodo redko postavili cilje svojega zdravljenja tako kot nevrotični bolniki. Vendar ponavadi izrazijo motivacijo za stabilizacijo bolezni, ki bi jim omogočila, da se izognejo hospitalizaciji, izboljšanje komunikacije in odnosov v družini in širši družbi, ter prepoznavanje znakov poslabšanja bolezni. Za motivacijo za zdravljenje je potrebna vsaj minimalna kritičnost do bolezni, kar pomeni, da ima bolnik določen del »zdravega ega«, ki se lahko mobilizira kasneje v procesu terapije. V to obliko terapije se naj ne bi vključevalo akutno psihotičnih bolnikov, izrazito paranoidnih, akutno maničnih, intelektualno slabše opremljenih, suicidalnih, ker je stopnja v funkcioniranju pogosto nepremostljiva.

Proces terapije v skupini lahko spremljamo preko različnih fenomenov. To so:

- prevajanje, ki je spontan proces in poteka preko komunikacije, v kateri nezavedne vsebine postanejo zavestne. Ravnotežje med sigurnostjo zaradi sprejemanja in nestabilnosti zaradi soočanja z vsebinami, je konstanta, ki jo je treba upoštevati in z njo manevrirati.

- zrcaljenje, kjer bolnik vidi sebe ali del sebe v drugem članu, s čimer začne prepoznavati sebe. Ko bolnik sprejme, da imajo drugi podobne ideje, tesnobo, to postane močan terapevtski dejavnik. To, da drugi ljudje trpijo, občutijo kot osvobajajoče. Spoznanje, da tudi drugi klonejo ali pokažejo svoje slabosti, omogoča, da se jim zdijo lastne težave manjše. Čim več članov skupine to lahko vidi in občuti, je njihova izkušnja pomembna za skupino kot celoto.

- povratna informacija (feedback), ki predstavlja odgovor ene osebe ali skupine na vedenje druge osebe.

- resonanca ali odmev, kjer član skupine spregovori o nekem dogodku, na osnovi katerega ostali člani podoživljajo svoje in lahko pridejo do uvidov. (Tocij Šimunkovič, 2008)

Terapevtski dejavniki, ki jih predstavlja delo v skupini so: 1. razumevanje samega sebe, 2. ponovno podoživljanje družinske situacije, 3. upanje, 4. skupinska kohezija, 5. eksistencialni dejavniki, 6. interpersonalno učenje - kar se dobi od drugih članov, 7. univerzalnost, 8. katarza, 9. altruizem, 10. interpersonalno učenje - rezultati, 11. identifikacija. (Urlič, 2008)

Bion je konceptualiziral tri regresivna stanja skupine, ki jih je v okviru osnovnih predpostavk, imenoval osnovno predpostavko odvisnosti, potem borbe ali bega ter nastanek parov. Osnovna predpostavka odvisnosti predpostavlja, da se je skupina sestala s namenom, da bi dobila podporo vodje, ki ji lahko zagotovi hrano (materialno in duhovno) ter zaščito. Na tem nivoju se vodja doživlja kot neka vrsta skupinskega božanstva, vsemogočne osebe, ki bo prinesla neko vrsto magičnih rešitev, ker ima posebne moči. Ta pojav je pogost v začetni fazi dela skupine, ko ima novi član v veliki meri posebna pričakovanja od vodje in se uglavnem obrača nanj ter od njega pričakuje nasvete, pojasnitve in zanemarja ostale člane skupine. Druga predpostavka je, da se je skupina zbrala, da bi se z nečim borila ali od tega bežala. Ti dve alternativni skupini uporablja, ko občuti ogroženost znotraj ali zunaj. Takšna situacija zahteva vodjo, ki jih bo popeljal v boj ali pa jim omogočil beg na varno. Tretja osnovna predpostavka o nastanku parov v skupini pa se nanaša na atmosfero upanja in pričakovanj v skupini. To se dogaja, ko ima skupina občutek, da potrebuje rešitev iz situacije nemoči. Takšno obnašanje je lahko potreba, da se poistovetijo razmišljanja in upanja. (Urlič, 2008)

Komunikacija predstavlja enega osnovnih konceptov pri delu s skupinami. Z njo izmenjujemo misli, občutke, potrebe. Vse kar je opaženo, je lahko komunikacija. Poleg verbalne, neverbalne, zavedne in nezavedne, namerne in nenamerne ter razumljive in nerazumljive. Bogastvo komunikacije v skupini vpliva na kreiranje določenega stila interakcij in jezika, katerega zgodovina je povezana s procesi, ki se odvijajo v skupini. Potreba po biti razumljen in sprejet ustvarja stalno prisotno potrebo po komunikaciji. V začetku je potrebno sprejemati vsako verbalno in neverbalno komunikacijo, ki jo nudijo člani, da bi se vsak član skupine počutil vrednega in da se lahko nastavijo osnove za komunikacijo. Za to je potrebno več permisivnosti.

V skupinah s psihotičnimi pacienti se terapevt občasno obrne k posamezniku v skupini, ki je bolj tih in ga s tem vzpodbudi h komunikaciji.

Tako so tudi neverbalne komunikacije stalni dejavniki v psihoterapevtskem procesu. Srečamo se tako z molkom kot tišino, ki sta v vsakdanjem življenju prisotna zaradi nezmožnosti komunikacije ali nesposobnosti le-te. Značilno se razlikujeta. Pojem molka ima tudi določen voljni element in določen namen. Tišina pa je širši pojem in obsega stanje brez zvočnih sporočil. Formalna tišina oziroma molk ne preprečuje pretoka neverbalne komunikacije. Med najpomembnejšimi razlogi za neverbalno sodelovanje so: odpori, še posebej, če je član skupine ambivalenten ali pravzaprav ne želi biti član grupe; nejasnost načinov dela v skupini, strah pred zavrnitvijo ali sprejetjem, pomanjkanje vere v skupino, strah, da skupina ne bo zadržala zaupanega; občutek, da ni nič vredno reči, občutek, da ni potrebno govoriti o sebi ali da je dovolj, da se

osebo vidi, a ne sliši; strah, da ne bo član izpadel neumen, ker ne pozna prikladnega načina, da kaj reče; strah pred določenimi člani skupine ali pred vodjo skupine. (Urlič, 2008)

Kohezija skupine je v bistvu neka nevidna sila, ki drži člane skupine skupaj. Člani takšne skupine kažejo vzajemno sprejemanje, dajanje medsebojne podpore in usmerjenost razvoju za njih pomembnih odnosov. V takšni skupini člani lažje izražajo in pokažejo, kdo so, se zavedajo do tedaj nesprejemljivih delov sebe, z možnostjo da jih postopno integrirajo in ustvarijo globlje odnose z drugimi. Kohezija nastaja z delom na problemskih situacijah kot tudi intimnih, ki poleg tesnobe vključujejo tudi humor ter na različne načine doprinaša k terapevtskemu učinku na njene člane. To se nanaša na sprejemanje in podporo, potem na zaupanje med člani ter na topel in pošten odnos do vsakega člana skupine. Da lahko pride do terapevtske spremembe zaradi korektivne emocionalne izkušnje, je potrebno, da člani razvijejo občutek tako samospoštovanja kot spoštovanja drugih. Delo v skupini se v tem smislu osredotoča na situacijo »tukaj in sedaj«. (Urlič, 2008)

Posameznik v skupini ima lahko različne vloge. Od grešnega kozla, novinca, zgodovinarja, monopolista, vzporednega vodja, do šibkega člana skupine.

Ponavadi imajo psihotični bolniki zgodovino neuspešnih interpersonalnih vez in v nove odnose vstopajo oprezno in obremenjeni s preteklimi izkušnjami. Pogosto člani skupine projicirajo čustva jeze na terapevta. Tudi z ostalimi občutki se težko soočajo, tako da lahko terapevt opazi dolgčas, zavist ali nezainteresiranost. Naloga terapevta v skupini je tudi delo z mejami skupine, kar ima pomen vzpostavljanja občutka varnosti, definiranja, kaj je znotraj in kaj izven skupine ter kje je meja med člani skupine in meja med člani in terapevtom. Zunanji kontakti se ne prepovedujejo, ker so to pogosto edine socialne situacije, ki jih člani imajo. Toleranca glede nerednega prihajanja na skupine, zapuščanje skupine in ponovni prihodi nanje je večja.

Psihotični bolniki v skupino vstopajo oprezno, preizkušajo potencialno nevarno situacijo, v kateri bi lahko bili prizadeti. Na začetku težje vzpostavljajo komunikacijo, v skupini prevladujejo monologi članov z manj interakcijami, prisotni so odpori v izražanju emocionalnih vsebin. Asociacije posameznih članov vzpodbudijo asociacije pri drugih, ki niso nujno povezane. Tako je komunikacija od začetka najprej usmerjena proti terapevtu. Kohezija se kasneje ustvarja okoli skupnih tem, kot so hospitalizacija, zdravlila, slabe izkušnje s hospitalizacijo, stigmatizacija, težave pri sprejemanju bolezni. Pari so prav tako pogosti v začetku in tudi kasneje v skupini, ker so bili določeni člani skupaj hospitalizirani ali pa se družijo neformalno tudi sicer. To je na nek način tudi ustvarjanje povezav med člani, a znotraj skupine ne povzročajo kakšnega ljubosumja ali jeze. V skupini je vseskozi pomemben terapevt, ki jim nudi varnost in zaščito. Skozi razvoj skupine prihaja so intenziviranja interakcij med člani, v smislu deljenja izkušenj glede bolezni ali zdravlil, iz družine in življenja nasploh, z večjo mero izražanja čustev, dajanje nasvetov drug drugemu, bolj spontano nizanje asociacij z manj pobudami terapevta. Negativne emocije, ki so predvsem povezane z zdravljenjem in zdravlili se ne izražajo direktno, ampak so pomaknjene na druge avtoritete ali zdravnike. Vedno bolj se kaže razumevanje in prepoznavanje različnosti posameznikov v skupini, lažje se prenašajo afekti v skupini, iznašajo bolj intimne vsebine. Izboljšanje emocionalnega funkcioniranja se kaže tudi izven skupine, v družini in širšem okolju. Bolj koristno je za člane skupine, da bodisi posamezniki ali skupina v celoti interpretira različne stvari, ker so ponavadi zelo dobro sprejete, bolj kot terapevtove, kar je razumljivo. Člani imajo podobne težave in zaradi tega se lažje z lažje poistovetijo z drugim članom. V skupini so možne različne oblike intervencij s strani terapevta, kot: postavljanje vprašanj, potrjevanje, iskanje informacij, stimuliranja posameznih članov ali skupine ter konfrontacije.

Konfrontacije, ki izhajajo iz terapevtskih kontratransfernih razlogov, ker ga je član skupine razočaral ali kako drugače prizadel, so še posebej nevarne. (Žunter Nagy, 2000)

Ne moremo govoriti o transferju psihotičnih bolnikov, ne da bi omenili koncept projektivne identifikacije kot oblike transfernega odnosa. Projektivna identifikacija je dokaj kompleksna obramba, s katero človek neke svoje notranje vsebine – večinoma agresivne in boleče – vrinja v drugega, ga angažira, da bi ji ta predela, ga kontrolira in se pri tem identificira z njegovimi prizadevanji. Gre torej za proces, v katerem pacient čustveno vpliva na terapevta tako, da ta začuti potrebo, da mora nekaj storiti. Pacient nezavedno zazna, kako ravna in se odziva terapevt v teh trenutkih: ali in kako prenaša projekcije svojega pacienta, ali in kako preživi agresijo in vsemoč svojega pacienta in predvsem ali postane tesnoben in zbeži v kaznovalne interpretacije ali patološko gotovost. Pomembno je, kako se bo znal terapevt približati pacientu, mu nuditi primeren holding in primerno čustveno ozračje, kontejnirati njegove projekcije in mu zagotoviti primerno prisotno, ne preblizu in ne predaleč. Ena najtežjih kontratransfernih preizkušenj je za terapevta paranoidni transfer, ko bolnik doživlja terapevta kot preganjalca. Ta vrsta odnosa nastane, ko bolnika projicira svoj agresivno investirani slabi del predstave o sebi, v svojega terapevta. Občutek nemoči in krivde, ki se pojavi

pri terapevtu, češ da je v terapiji odpovedal, se mu lahko le-ta začne podrežati. (Žunter Nagy, 2000)

Delo s psihotičnimi bolniki je zelo težko in zahtevno, tako da mora poleg odgovornosti za skupino, poskrbeti tudi za svoje potrebe in potrebe članov skupine. Če se terapevt zaveda raznih aspektov svojih motivacij, se bo lažje soočal z lastnim kontratransferjem in bolj spremljal ter razumel terapevtski proces. Osebnostne karakteristike terapevta, ki jih navaja Urlič, naj bi bile: neposessivna toplina, empatija in avtentičnost, ki jo terapevt vnaša v terapevtski odnos. Terapevt v terapiji psihotičnih oseb mora imeti sposobnost sprejemanja in kontejniranja intenzivnih neizgovorjenih in nezavednih konfliktov, obdržati ravnotežje med aktivnostjo in neaktivnostjo, sprejemati počasen ritem sprememb in biti zadovoljen z malimi spremembami. (Urlič, 2008)

Za terapevta je pomembno, da zaznava lastne emocije v poteku skupine, ker so mu le-ti najboljši pokazatelj dogajanja v skupini. Kadar se terapevt počuti nemirnega, frustriranega, se dolgočasi ali pa se počuti zmedenega, je to zanj pomemben znak in ga lahko uporabi. Ne gre za razumevanje lastnih občutkov ali si jih poskuša razložiti, ampak je lahko enostavno izražanje le-teh dovolj bolniku, da nadaljuje. Terapevt je

na nek način model, kako se ravna s čustvi na način, ki ni destruktiven. Prednosti terapevtskega ustreznega izražanja čustev so poleg tega tudi zviševanje zaupanja v procese v skupini ter večje razumevanje in zaupanje v terapevta. V skupini poskuša ohraniti fokus na »tukaj in sedaj« ter s svojimi intervencijami delovati suportivno in konstruktivno.

Kadar nek član skupino zapusti, ostaja za njim neka praznina. Če je ta član bolj zgovoren in aktiven, se lahko zgodi, da njegovo vlogo prevzame kak drug član. Večkrat po odhodu člana, ostali člani komentirajo, kaj bi le-ta rekel na določeno dogajanje v skupini, tako da še nekaj časa ostaja njegova sled v skupini. Poleg tega vedno pokažejo skrb za manjkajočega člana skupine, če je bil le-ta prejšnjo skupino zaznan v slabšem psihičnem stanju.

V skupini, kjer je poleg terapevta še koterapevt se »teža« skupine porazdeli, je pa potrebno več sodelovanja in usklajenosti med terapevtoma.

Psihotični bolniki so zelo občutljivi in tankočutni ter zelo dobro »preberejo« tudi vrsto neizrečenih stvari oziroma neverbalne komunikacije in odkrito pokažejo sprejemanje oziroma nesprejemanje terapevta. Ko vzpostavijo zaupanje v skupino, so lahko zelo topli in empatični do drugih članov ter se ne bojijo soočanja z različnimi vsebinami in v tem so lahko zelo jasni in iskreni.

Večkratni občutek negotovosti v skupini te na nek način frustrira, na drugi strani pa ohranja živega, v iskanju sebe in svoje vloge v skupini. Na nek način to pomeni ohranjanje interakcije s člani skupine, ki se prav tako iščejo.

Na koncu naj še omenim, da je pri samem delu nujno potrebno poznati svoje meje zdržljivosti in zaščititi samega sebe. V pomoč temu so supervizija, intervizija, pogovori s koterapevtom in pa lastna izkušnja skupine oz. edukacija v tej smeri.

LITERATURA :

- Blatner A. *Foundations of psychodrama. A historical chronology of group psychotherapy and psychodrama*, 2007.
- Klain E. *Lječidbeni čimbenici u grupnoj analizi*. Klain E. eds. *Grupna analiza – analitična grupna psihoterapija*. Zagreb. Medicinska naklada; 2008:268-9.
- Restek- Petrovič B. *Grupna psihoterapija u ambulantnim uvjetima*. In: Klain E. eds. *Grupna analiza – analitična grupna psihoterapija*. Zagreb. Medicinska naklada; 2008: 191-201.
- Tocij-Šimunković G. *Fenomeni grupe*. In: Klain E. eds. *Grupna analiza – analitična grupna psihoterapija*. Zagreb. Medicinska naklada; 2008: 50-7.
- Urlič I. *Procesi u grupi*. In: Klain E. eds. *Grupna analiza – analitična grupna psihoterapija*. Zagreb. Medicinska naklada; 2008:71-91.
- Žunter Nagy A.M. *Transfer in kontratransfer v psihoterapiji oseb s psihozo*. In: Praper P. eds. *Moč / transfer in kontratransfer v psihoterapiji; zbornik prispevkov; 6. Bregantovi dnevi, Bernardin 15.-18. Oktober 1998. Združenje psihoterapevtov Slovenije; 2000: 252-6.*

Delo v skupini – pacient s sindromom odvisnosti od alkohola

Nada Legat

dipl. m.s.

Oddelek za zdravljenje odvisnosti od alkohola

Psihiatrična bolnišnica Begunje

E naslov: legana60@gmail.com

IZVLEČEK

V prispevku bom prikazala delo v skupinah s pacienti, ki so odvisni od alkohola. Preprečila bom teoretična izhodišča s praktičnimi izkušnjami skupinske dinamike. Kaj je pri delu v skupinah s pacienti odvisnimi od alkohola pomembno in kakšna je vloga terapevta?

Ključne besede: pacient odvisen od alkohola, terapevtska skupina, odvisnost od alkohola, psihoterapevtsko delo.

Glede na moje dolgoletne izkušnje pri delu v skupinah s pacienti, ki so odvisni od alkohola, sem razmišljala, kaj je za dobro sodelovanje in delo s pacienti za MS najpomembnejše. Težko sem se odločila, kaj je na prvem mestu. Ali je to poznavanje teorije, odnos do teh pacientov ali delovne izkušnje? Odločila sem se za empatijo do pacientov, ki so odvisni od alkohola.

Če MS ne sprejema SO kot bolezen ali če ima sama zaradi morebitnih lastnih izkušenj v življenju in morebitnih osebnih prepričanj negativno, odklonilno odnos do pacientov, ki so odvisni od alkohola, ne more delati z njimi v terapevtski skupini niti ne na oddelku.

Kajti na ta način ne prispeva k hitremu okrevanju pacienta, da ponovno doseže čim višjo stopnjo samostojnosti in zviša kvaliteto življenja. Da udejanimo namen in poslanstvo znotraj lastne stroke, se moramo ves čas zavedati, kaj od tistega kar naredimo, mislimo ali ocenimo, izhaja iz zrele strokovne presoje stanja, problema, vedenja in potreb pacienta, ki nam je zaupan. Kaj pa izhaja iz lastnih manj zrelih potreb po uveljavljanju, sprejetosti, uspešnosti ter projekci lastnih konfliktov v življensko pomembnih rečeh. Zelo pomembna je pozitivna naravnost MS do pacientov, ki so odvisni od alkohola. Kajti le v vzdušju sprejemanja in spodbude se lahko ljudje odločajo za spreminjanje življenja in iskanje novih možnosti.

Da pa vse to zmoremo, nam je potrebno strokovno znanje. Za MS, ki dela v skupini z odvisnimi od alkohola, je potrebno dobro poznavanje teorije odvisnosti ter znanje, ki ji omogoča psihoterapevtsko in socioterapevtsko delo s pacienti. Potrebno je poznati osnovne značilnosti te bolezni, najpogostejše zaplete, možnosti zdravljenja, metodo dela in njene domete.

V naši bolnišnici zdravljenje temelji na načelih skupinske in individualne psihoanalitične psihoterapije, socioterapije, realitetne terapije, vključujemo pa tudi elemente družinske terapije.

MS pa mora imeti tudi uvid in nadzor nad svojim osebnostnim funkcioniranjem.

Ker so pacienti zelo različni, je zanje posebna možnost sodelovanja z drugimi profili, ki jim dodatno nudijo različne možnosti izražanja in različne druge prihoterapevtske tehnike. Vendar pa je med temi različnimi strokovnimi sodelovci potrebno sodelovanje. Če tega ni, je to za paciente neučinkovito, celo lahko kontraproduktivno.

Pacienti s SO, ki se odločajo za zdravljenje so zelo heterogena skupina – nahajajo se v zelo različnih situacijah. Mladi, starejši. Različno hudo odvisni. Že hudo bolni ali še povsem zdravi. Družina jim še stoji ob strani ali pa so že sami. Včasih še imajo slušbo, včasih so že brezposelni. Tudi njihovo psihično stanje je različno in so tudi različno motivirani za zdravljenje in spremembe. Za to je pomembno najti obliko zdravljenja oziroma psihoterapevtskih intervenc, ki v določenem obdobju pacientom najbolj ustrezajo. Čeprav različnim

pacientom v njihovih različnih življenskih obdobjih ustrezajo različne intervence, velja, da so te učinkovite takrat, ko spodbujajo pacientovo spremembo vedenja in boljše obvladovanje vsakdanjega življenja in ki spodbujajo abstinenco. Kajti odvisnost »ni« epizoda ampak že utečen »življenjski slog«, kjer gre predvsem za izgubo »vedenjske plastičnosti«.

Prav zato je skupinska obravnava še vedno terapija izbora za bolezni odvisnosti. Nudi veliko podpore in je intenziven model za učenje socialnih veščin in samouvida. S pomočjo skupine si pacient izoblikuje novo nestigmatizirano identiteto in si ojača samospoštovanje.

Pogoj za uspešno prihoterapevtsko delo z ljudmi, ki so odvisni od alkohola, je abstinenca. Ta pa je za njih tudi stresno dogajanje, lahko traja tudi več mesecev. Za to ni realno pričakovati, da se bo »kronični problem« na hitro rešil. Pomembno je, da sta tako terapevt kot zdravljeneč psihološko pripravljena na dolgotrajno obravnavo, tudi z recidivi, ki so sestavni del bolezni. Ob uspostavljeni abstinenci pacienti dajejo pogosto videz »normalnosti« ali pa so na nakaterih področjih celo nadkompenzirani glede na povprečna merila. Od njih utegne terapevt pričakovati nerealne in prehitre spremembe. Kajti nekatere spremembe so za »zdrave« enostavne, za odvisne pa zelo zahtevne. Da pride do bolj utečenih konstruktivnih in učinkovitih vedenj, je potrebno daljše obdobje.

Za paciente je pomembno, da na začetku spoznajo, da so odvisni in da je odvisnost bolezen ter da se lahko prepreči nadaljnji propad. To je čas učenja in iskanja sebe v teoriji odvisnosti in prevzemanja odgovornosti za lastna zdravje in življenje.

Spremembe ki jih prinese že sama abstinenca vzpodbudno delujejo na motivacijo za zdravljenje. Postopno raste upanje, ki ga pacienti že niso več imeli. Utrjuje pa se tudi spoznanje, da je možno tudi »drugače«.

Začne se spreminjati pacientovo mišljenje, tako da zdravljenci začnejo razmišljati »s svojo glavo«. Da ne bežijo več pred problemi, ampak da se z njimi soočijo. Opustiti morajo obrambne mehanizme in si nehati zatiskati oči pred realnostjo. Vzpostavijo bolj kritičen odnos do nerealnih načrtov in zidanja gradov v oblakih.

Pogosto se pacienti ob vzpostavitvi abstinence počutijo rahlo depresivne, z občutki krivde. Trezno soočenje z realnostjo namreč ni prijetno. Pri soočenju s tem jim je skupina v veliko oporo, nudi jim varno in vzpodbudno okolje. Lažje jim je tudi s pomočjo tistih, ki že rešujejo ali po so že rešili podobne naloge in probleme.

Istočasno je pomembno popravljanje in urejanje odnosov v svojci. Svojci pogosto šele spoznavajo treznega družinskega člana. Pričakujejo, da se bo sposoben vživeti v posledice, ki so jih doživljali zaradi njegove odvisnosti in se bodo o tem pripravljali pogovarjati. Potrebno je prepoznati, ali gre zgolj za čustveno bolečino pri svojcih, ali tudi za preveliko prilagojenost družinskih članov na bolezen odvisnosti. Tako so svojci lahko vključeni različno. Od vloge »pomočnika« do tistega, ki »sam potrebuje pomoč«. Za to je pomembno, da vsak član družinskega sistema prevzame svoj delež odgovornosti za medsebojne odnose.

V času zdravljenja imajo pacienti možnost, da ponovno razvijejo svoje interese. Tiste, ki so jih nekoč že imeli ali pa nove. Na začetku paciente vzpodbujamo k stopnjevanju telesne aktivnosti. Ta od alkohola odvisnim pomaga spopasti se s pogostimi depresivnimi in anksioznimi stanji. Pomaga tudi v smislu izboljšanja samopodobe, kognitivnega funkcioniranja, utrjevanja socialnih spretnosti in pozitivno upliva na stres. Z njo si pacienti pomagajo strukturirati prosti čas. Obvladujejo občutke praznine, lažje nadzirajo destruktivno vedenje ter si obogatijo doživljajski svet. Postopno se začnejo zanimati za družinske člane, za dom, hobije, knjige in druge družbene dejavnosti. Pripovedujejo, kaj so naredili doma, kako urejajo dom in okolico. To jim veliko pomeni: zdravljencem in svojcem. Svojcem je vzpodbudno, da ni potrebno kazati na delo ali pomoč, ampak da se to začne »samo dogajati«.

Z odločitvijo za trezno življenje se zgodijo tudi spremembe v socialnem okolju. Mnogi ostanejo, ko jih zapustijo »pivski kolegi« brez družbe. Pravi trezni prijatelji so jih zapustili že veliko prej. Si pa praviloma pacienti najdejo nove prijatelje med treznimi, osveščenimi znanci, pogosto tudi med sozdravljenci ali člani kluba in podobnih skupin.

Za uspešno trezno življenje je potrebno tudi spoznavati samega sebe. Ne le odvisnosti in posledic, ki niso ravno nekaj dobrega, ampak tudi svojih dobrih strani in svojih sposobnosti. Predvsem pa je pomembno spoznavanje psihičnih potreb. Potrebno se je zavedati, da ni pomembno le preživetje, ampak tudi osnovne psihološke potrebe in možnosti izbiranja. To pomeni, da si vsi želimo biti ljubljene, sprejeti, spoštovani, da obvladamo neke veščine in da se imamo možnost sami pri tem odločati. Dobro zadovoljevanje lastnih psiholoških potreb, ki ne bo šlo na račun drugih, je umetnost, ki se jo je potrebno ves čas učiti. Zavedati se

svojih potreb, kako si to predstavljam in kaj bom naredil, da pridem do željenjega, zahteva veliko poguma in iskrenosti do sebe. Nekateri so v mladosti zaradi neugodnih razmer in odnosov v družini zatrli vse svoje želje in se jih morajo sedaj šele naučiti prepoznavati in prevzemati odgovornost za njihovo uresničevanje. Pri raziskovanju tega se soočijo z iskanjem novih idealov, vrednot in smisla. Vse to pa lažje zmorejo s pomočjo skupine. Prepoznavanje potreb in želja je nekaj, učinkovita vedenja na njihovo uresničevanje pa spet nekaj drugega. Učiti se je potrebno tudi novih vedenj.

Pomembno je prepoznavanje čustev in njihovega ustreznega izražanja. Pacienti s pomočjo skupine upuščajo potlačene in pometane pod preprogo. Učijo se dobrih odnosov z drugimi, kar se odraža v ustreznejši komunikaciji, brez grobosti, žalitev in kritiziranja. Komunikacija med njimi postaja vse bolj jasna, brez dvomnih sporočil.

Ker je učenje nečesa novega dolgotrajen proces, je vključitev v klube ali druge podobne skupine velike pomena, kajti tega se da najlažje in najbolje naučiti prav v skupinah.

Z uspešno abstinenco, urejanjem odnosov, ekonomsko stabilnostjo in kvalitetnimi priložnostmi, se vrača samozavest, z njo pa tudi lažje prenašanje in reševanje ovir in težav in vedno večje zadovoljstvo pacienta.

Nenazadnje so pomembne in dragocene tudi izkušnje pri delu s pacienti, ki so odvisni od alkohola. Seveda pa teh ne moremo strogo ločiti od teoretičnih izhodišč in načel. Z leti rednega izobraževanja, supervizije in konzultacij ter aktivnega dela v skupini kot terapevt pridobivaš kvaliteto. Kar zadeva strokovnost in psihoterapevtske intervence pa tudi kar zadeva osebnostno funkcioniranje. Terapevt se nauči prepoznavati transfer in kontratransfer in ga zna ločiti od objektivne realnosti. Z izkušnjami in večjim znanjem se zmanjša potreba po vseomogočnosti. Nauči se bolje prepoznavati jezo in jo tudi obvladovati. Boje kontrolira lastne impulze po avtoritarnosti in kontroliranju pacientov. Dolžni pa so uporabiti direktivnost kot terapevtsko intervenco, kadar je v korist pacientu. Seveda na bolj enakopravno sodelujoč odnos, ki poudarja pacientovo samoodgovornost in samoučinkovitost. Ni pa dobro, da so pretirano zaščitniški. Za to je osnova za psihoterapevtsko delo s pacienti ki so odvisni od alkohola, sprejetje terapevtskega dogovora, ta pa je osnova in struktura dela v terapevtski skupini.

Pomemben pri delu z odvisnimi od alkoholaje tudi terapevtov odnos do alkohola in terapevtov življenjski slog in nazor. Kajti pri delu v skupinah s pacienti odvisnimi od alkohola gre za naporno emocionalno delo. Potrebno je kombinirati veliko empatije z nujno strukturiranostjo.

LITERATURA:

Inštitut za realitetno terapijo. Psihoterapija na slovenskem, 2010
Legat N. Sindrom odvisnosti od alkohola in teorija izbire (diplomsko delo) Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Oddelek za zdravstveno nego, 2004
Rus – Makovec M. Psihoterapija v procesu zdravljenja sindroma odvisnosti od alkohola, Ljubljana 2005

Delo v skupini – pacienti z nevrotsko in stresno motnjo

Ljubica Kovač-Vouk, dipl.m.s.

Psihiatrična bolnica Begunje, psihoterapevtski oddelek B1.

E-naslov: ljubica.vouk@gmail.com

IZVLEČEK

V članku so predstavljene nevrotiske in stresne motnje s poudarkom na anksioznosti. Sledi opis kognitivno vedenjske terapije, ki je skupaj z medikamentozno terapijo priporočena kot prvi izbor za zdravljenje teh motenj. V nadaljevanju avtorica opisuje lastno izkušnjo dela v skupini pacientov s temi motnjami. Predstavljene so dvanajst dnevne delavnice katerih rdeča nit je učenje tehnik sproščanja.

Ključne besede: *anksioznost, kognitivno vedenjska terapija, sproščanje, skupina.*

UVOD

Med nevrotiske in stresne motnje so združene dokaj različne motnje (različne fobične motnje, mešana anksiozna in depresivna motnja, obsesivno kompulzivna motnja, reakcije na stres in prilagoditvene motnje, disociativne (konverzivne) motnje, somatoformne motnje), ki imajo mnoge podobne bolezenske znake, med katerimi je najpogostejša anksioznost.

Moderno življenje prinaša pred človeka vedno nove in nove izzive, hkrati pa tudi vedno več negotovosti, zaskrbljenosti in strahu, da tem izzivom ne bo kos. Anksioznost postaja del človekovega vsakdanjega življenja.

Vsak človek pozna neprijetno čustveno stanje, za katerega je značilen občutek strahu, napetosti, tesnobe in zaskrbljenosti. V določeni situaciji stimulira, v njem izziva budnost in borbenost, poveča sposobnost za obvladovanje težav in ga privede do cilja – temu pravimo produktivna anksioznost.

O patološki anksioznosti pa govorimo, če je ta dolgotrajna in intenzivna, če zavira spontanost in ovira učinkovito aktivnost oziroma funkcioniranje človeka.

Vsako anksiozno motnjo lahko razumemo kot posledico sovpadanja ustrezne dispozicije s sprožilnimi dejavniki. Nekateri ljudje so celo življenje bolj občutljivi in so bolj ali manj anksiozni. Drugi doživljajo anksioznost bolj redko, samo v določeni obdobju svojega življenja in sicer kot posledico kakega bolečega ali stresnega dogodka.

Značilnost anksioznih bolnikov je, da dovolijo, da anksioznost obvladuje njihova življenja. Večino časa in energije porabijo zato, da se borijo z njo, jo kontrolirajo ali se je izogibajo.

Rezultati kažejo, da je za zdravljenje teh motenj zelo uspešna kognitivno vedenjska terapija v kombinaciji z medikamentozno terapijo.

Ena od osnovnih zahtev v tej terapiji je, da posameznik sprejme lastno anksioznost in začne vstopati v situacije, kjer se ta pojavlja.

KOGNITIVNO VEDENJSKA TERAPIJA

Kognitivno vedenjsko terapijo (v nadaljevanju KVT) je osnoval Aaron T. Beck z Univerze v Pennsylvaniji v zgodnjih šestdesetih letih in je takrat predstavljala strukturirano, kratkotrajno, na sedanost usmerjeno psihoterapijo depresije. Usmerjena je bila v reševanje trenutnih težav, ter modifikacijo disfunkcionalnih misli in vedenj. Kmalu je s sodelavci to terapijo prilagodil zdravljenju širokega spektra duševnih motenj, vendar so teoretične predpostavke ostale iste.

KVT je strukturirana, to pomeni, da je natančno določena zgradba posameznih seans in zgradba terapije kot celote. Poteka individualno ali v skupini. Časovno je omejena, odvisno od obravnavane motnje. Usmerjena je v reševanje sedanjih težav. Prilagojena je potrebam in ciljem bolnika. Cilje določi bolnik ob pomoči terapevta, le ti pa morajo biti realni in zelo konkretni, usmerjeni na vedenje. Cilj terapije je, da se bolnik nauči sam reševati svoje težave.

Model kognitivno vedenjske terapije

KVT temelji na kognitivnem modelu, ki pravi, da je naše čustveno in vedenjsko odzivanje na zunanje dogodke odvisno od našega razumevanja, videnja, vrednotenja, (kognitivnega procesiranja), teh dogodkov.

Glede na osebne izkušnje, stališča, razumevanje sebe in sveta, različni ljudje različne dogodke doživljamo različno. Misli, ki se nehote sprožijo ob nekem dogodku, imenujemo avtomatske misli, so hitre, kratke, komaj se jih zavemo. V skladu z avtomatskimi mislimi se čustveno odzivamo. Čustva pa vplivajo na številne fiziološke procese v organizmu, ki jih običajno zaznamo kot telesne znake. Vedenje ob določenem dogodku je tako odvisno od naših stališč, avtomatskih misli, čustvenega odzivanja in telesnih znakov.

Sproščanje

Splošni nivo anksioznosti se zniža s treningom veščin za zmanjšanje anksioznosti. Pri tem se uporabljajo razne tehnike sproščanja, imaginacijo, stop – tehnike, tehnike preusmerjanja pozornosti in uporaba notranjega govora za vodenje in usmerjanje vedenja. Na izogibanje se deluje z namernim izpostavljanjem fobičnim situacijam. Pri tem se bolniku pomaga, da se občutek samouspešnosti poveča.

Delo v skupini

VSEBINA SKUPIN

Sposobnost sproščanja kot ena osnovnih tehnik pri terapiji anksioznosti se je izkazala za zelo uspešno, če se jo pacient uči v skupini. Sproščanje je postalo tudi rdeča nit naših skupin v obliki dvanajst dnevnik delavnic.

Zaradi izkušenj, da ljudje lažje sprejemajo psihiatrično zdravljenje, če govorimo o delavnicah na katerih se učijo tehnike sproščanja kot pa o psihoterapevtskih skupinah, večinoma uporabljamo le to terminologijo v prvih kontaktih z njimi.

Prvič se s člani svoje skupine slišim po telefonu štirinajst dni pred pričetkom skupine. Z nekaterimi se slišim tudi večkrat, pred vsem tistimi, ki imajo panično motnjo in agorafobijo in so že razvili številna varna vedenja (prisotnost osebe, ki ji zaupajo ali izogibanje določenim situacijam) in tistimi, za katere pomeni psihiatrija stigma.

Podatke o njih pridobim s pomočjo internih napotnic, ki mi jih posredujejo naši psihiatri-nje. Navadno gre za paciente, ki so pri njih v ambulantni obravnavi. Številne napotnice pa posredujejo tudi psihiatri-nje iz drugih delov Slovenije.

V skupino zaprtega tipa vključim 10 – 12 pacientov, različnega spola, starosti in izobrazbe. Njihove nevrotske in stresne motnje so različne, dostikrat se nam pridružijo tudi pacienti po prebolelem miokardnem infarktu, različnih karcinomih, z ortopedskimi težavami, fibromialgijo, nejasnimi nevrološkimi obolenji, pacienti po zdravljenju različnih odvisnosti. V osnovi so si zelo različni pa vendar je njihov skupni cilj – kako se naučiti znižati nivo anksioznosti.

Vse skupine so časovno omejene na 90 minut in so strukturirane iz treh delov. Prvi del je sproščanje, kjer se učimo dihalne tehnike in postopno mišično sproščanje (po Jacobsonu) z namenom doseči stanje globoke sprostitve na tak način, da mišice najprej napnemo za nekaj sekund, potem pa jih popustimo. Zatezanje in sproščanje različnih mišičnih skupin telesa privede do stanja sprostitve. Pri tem sta vključena dva procesa, zavedanje mišične napetosti (opazovanje telesa) in sproščanje te napetosti.

Drugi del skupine je namenjen edukaciji. Pacienti se spoznavajo s simptomi svojih motenj, s kognitivno vedenjskim modelom, učijo se redno spremljati in beležiti ogrožajoče situacije oziroma dogodke, misli, čustva, vedenja. Spoznavajo različne veščine za premagovanje anksioznosti (tehnike preusmerjanja pozornosti, hitro sproščanje, stop tehnike, vizualizacijo pomirjujočega kraja, vodeno imaginacijo (predstavljanje).

Tretji del pa je namenjen njim. Pripovedujejo svoje življenske zgodbe, iščejo vzroke svoje motnje, soočajo se s svojimi kriteriji, ki so jih vnesli v svoja bazična prepričanja, prepoznajo svoja neustrezna vedenja, svoje nerealne in nefunkcionalne misli. Predstavljajo svoje domače naloge, iščejo svoje dobre lastnosti, soočajo se s pohvalo in nagrado, načrtujejo strukturo dneva, vikenda.

UVODNA SKUPINA

Uvodna skupina je najpomembnejša za nadaljujoče delo in skupno druženje. Pacienti so ob prihodu navadno zelo anksiozni. Mnogi se prvič srečajo s psihiatrijo in nekateri celo poudarijo, da je to, da so se znašli tukaj samo znak, da so »nori«. Prisoten je strah pred stigmatom in, da v bolnici slučajno ne srečajo kakšne znane osebe. Med njimi ni nikakršne komunikacije. Kljub temu, da se skoraj istočasno znajdejo na istem mestu se držijo vsak zase.

Prvi kontakt z njimi vpostavim tako, da vsakega posebej povabim v ambulanto, se jim predstavim in povem, da smo že komunicirali po telefonu, zmerim jim krvni tlak, se pogovorim z njimi v zvezi morebitnim bolniškim staležem in jim povem kdaj in kje bodo imeli razgovor z našim psihiatrom-injami ali psihologinjo. Nato vsakemu še izročim obrazec za dodatno avto-anamnezo in vprašalnik, ki se nanaša na njihove motnje. Vsakega posebej pospremim v prostor kjer se bo skupina sestajala. Medtem, ko si izbirajo svoje prostore za sedenje in izpolnjujejo vprašalnike, predvsem pa ko ugotovijo da so si vizualno zelo podobni (in da nimajo nič skupnega z osebami iz filma Let nad kukavičjim gnezdom), tesnoba nekoliko popusti.

Ko vsi zasedejo svoje prostore sledi predstavitev (Kdo sem? Od kje prihajam? S kakšnimi težavami se srečujem?). Samo predstavljanje pri nekaterih spet nekoliko dvigne nivo tesnobe. Po predstavitvi sledi dogovor o diskretnosti, to pomeni, da se o vsebinah naših pogovorov ne bo pogovarjalo izven tega prostora, še manj pa, da bi vsebine dobile konkretno ime in priimek osebe iz te skupine. Dogovorimo se tudi, da se bo vsak poskušal v tem času posvetiti sebi in se ne bo ukvarjal z drugimi. Kajti pogosto se zgodi, da posameznik začne povečevati težave drugih sebe pa označi kot nepomembnega. V nadaljevanju skupine pa se spoznajo s sprostivnimi tehnikami, ki postanejo rdeča nit naših druženj.

DRUGE SKUPINE

Po krču prve skupine lahko rečem, da so preostale skupine veliko bolj sproščene, posebno v drugem tednu naših druženj. Pacienti so se spoznali, v skupini se zaradi dogovora o diskretnosti počutijo bolj varne, ugotovijo, da jih združuje veliko skupnih vsebin in, da so si po nekem naključju podobni. Čutijo pripadnost in sprejetost v skupini. Nivo tesnobe se zniža tudi ob spoznanju, da niso sami in, da tudi drugi doživljajo in čutijo podobno. Nekateri pričnejo skupaj prihajati, ker stanujejo blizu. Spet drugi po skupini začnejo hoditi na skupno kavo.

ZAKLJUČNA SKUPINA

Navadno vsi skupaj zaključijo skupino. Tiste, ki so se v vsebinah skupin našli motivira dejstvo, da življenjske težave sprejmejo kot izziv za lastno rast in razvoj. Pod »kakovost življenja« razumejo doživljanje lastnih zmožnosti in sposobnosti, kar pomeni tudi sprejemanje odgovornosti za lastno življenje in naslanjanje na lastne vire moči. Vsebine, ki so se odprle pa pomenijo nadaljevanje dela z izbranimi terapevti.

Spet drugi pa se na koncu slabše počutijo, predvsem zaradi tega, ker zapuščajo varno okolje. Le-te povežemo z podpornimi skupinami na terenu v sklopu društva DAM (društvo za pomoč osebam z anksiozno motnjo in depresijo).

Tretji, žal je nekaj tudi takšnih, pa želijo nadaljevati z bolniškim staležem, ali pa imajo rentne tendence. Ti na koncu zatrjujejo, da jim nič od ponujenega ne pomaga.

Ne glede na to katero vlogo so si na koncu izbrali pa me veseli, da na evalvacijski vprašalnik zapišejo, da so se na skupinah dobro počutili, da so izgubili stah pred psihiatrijo, da si upajo povedati o svojih težavah tudi drugim osebam pred katerimi so dosedaj molčali, da so hvaležni za novo izkušnjo, ki jim bo omogočala razbijati stigmo. Da so izvedeli veliko novega, da so jim bile vsebine podane strokovno in razumljivo. Večina bi želela nadaljevati s srečanja na 14 dni ali vsaj enkrat na mesec.

Ker pa trenutno to ni izvedljivo me veseli dejstvo, da se člani skupine sami povežejo. Kontaktirajo po E-mail-u, se pokličejo po telefonu, hodijo na skupne športne aktivnosti, si organizirajo družabna srečanja ali celo vikend počitnice. Vse to je povezano s poklici in iznajdljivostjo posameznikov v skupini.

Kljub temu, da se družimo kratek čas pa tudi oni z menoj vzdržujejo stike, pokličejo me po telefonu, pošljejo E-mail, pridejo pozdraviti ob kontroli pri svojem psihiatru-nji, sporočajo o veselih dogodkih (rojstvo novega družinskega člana), itd..

Moja vloga v skupini – lastna izkušnja

Kje je moje mesto v skupini? Katero vlogo igram? Iz katere pozicije izhajam?

Zelo težko bi odgovorila na ta vprašanja ali katero drugo v zvezi s tem.

Na začetku svoje poti, ko sem sprejela to delovno nalogo sem bila zelo anksiozna, nisem se našla, bila sem nezadovoljna z opravljenim delom. Skupino sem doživljala kot breme. Za posameznike v skupini sem bila pripravljena storiti več kot je bilo v moji moči. Negotovo sem se počutila ob pacientih, ki so bili težavni in so zahtevali magično-dramatično rešitev svojih problemov. Če sem želela nadaljevati s svojim delom sem morala spremeniti svoje razmišljanje in vedenje.

Viktor Frankl je dejal:«Če ne moreš spremeniti okoliščin, spremeni svoj odnos do njih.» Imam srečo, da opravljam delo na psihoterapevtskem oddelku. S pomočjo strokovne literature, predavanj in delavnic, supervizije in konzultacij, prav tako pa s pomočjo svojih sodelavcev psihiatra-inj, psihologinj, zdravstvenih tehnikov, delovne terapevte in seveda svojih stanovskih kolegic in kolegov sem se lahko učila (in se še učim) vsakodnevno, neposredno. Spreminjala sem (in še spreminjam) svoj odnos do sebe, sodelavcev in pacientov. Vstopila sem v svet osebne rasti. Spreminjanje lastnih vedenj, postavljanje novih kriterijev in pravil v bazičnih prepričanjih, prevrednotenje lestvice vrednot in začrtanje novih meja ni lahka naloga. Zapustiti nekaj tako poznanega in domačega četudi nefunkcionalnega je zelo težko in boleče.

Te izkušnje mi pomagajo, da paciente bolje razumem in da jim lahko potrdim dejstvo, da je spreminjanje starih prepričanj in vedenj boleče. Ob tem sem *simpatijo* (ranljivost spričo identifikacije s pacientom in doživljanje čustev skupaj s pacientom) zamenjala z *empatijo* (spoštljivost, nepristransko zavzetost, razumevanje, kaj pacient doživlja, vendar sposobnost postaviti čustveno distanco). Opustila sem pretirano kritičnost in strogost do sebe ter se spopadla z občutki krivde in ob tem so drugi postali prijaznejši. Dovolim si biti kdaj nevedna, nepopolna. Dovolim si, da se kdaj tudi zmotim.

Nehala sem se primerjati z drugimi in se podcenjevati. Na njih sem začela gledati kot na vir novih izzivov in znanja. Skušam biti pozitivno naravnana, tako si pomagam, da sem ob kritikah in nestrinjanjih manj prizadeta. Da lažje postavim čustveno distanco.

Zaradi tega s pacienti vstopam v partnerski odnos. Ob njih se učim slišati kaj mi govorijo, ne samo poslušati. Trudim se uporabljati »jaz« sporočilo in govoriti v prvi osebi. Z empatijo do njih jim lahko pokažem drugo pot, odprem nov pogled iz drugega zornega kota. Svoje mnenje ne spreminjam v stališče temveč v predlog. Nikoli jih ne obsojam in ne moraliziram. Ne podpiram jih v samopomilovanju. Vspodbujam jih naj iščejo rešitve za svoje težave in odkrivajo notranje in zunanje vire moči.

Delo v skupini je zame izziv. Toliko bolj, ker se zaradi načina dela ne morem držati teoretičnih načel o postavitvi skupine. Nikoli ne vem kdo bo član moje skupine, kaj bo v meni vzdramil, kako se bom odzvala, kakšna čustva bom doživljala. Vse kar imam otipljivega je okvirna struktura 90 minut, vse ostalo je vsebina za delo.

ZAKLJUČEK

Anksioznost je normalna človeška reakcija, ki se je ne da popolnoma odstraniti, lahko pa se jo naučimo kontrolirati. V mnogih situacijah anksioznost povečuje budnost, borbenost in pripravljenost za doseg cilja. Kadar pa je anksioznost pretirana in hromi človeka v vsakodnevnih aktivnostih govorimo o motnji. Spremljajo jo čustveni, telesni, kognitivni in vedenjski znaki.

Eno najuspešnejših zdravljenj teh motenj je kombinacija medikamentozne in kognitivno vedenjske terapije.

Ker so vzroki in simptomi anksioznih motenj zelo raznoliki, mora tudi terapija vključevati več nivojev oziroma vidikov osebnosti. Pri kognitivno vedenjski terapiji se uporabljajo v programu za zmanjševanje anksioznosti predvsem tri stopnje:

- na fiziološkem nivoju – učenje veščin obvladovanja;
- na vedenjskem nivoju – odprava oziroma zmanjšanje izogibanja;
- na kognitivnem nivoju – kognitivna rekonstrukcija.

V terapiji anksioznosti se poleg uporabe različnih kognitivnih in vedenjskih tehnik ne sme zanemariti tudi emocionalnega vidika bolnikove osebnosti, ki zajema predvsem spreminjanje lastnih čustev, povečanje tolerance anksioznosti in preusmerjanje pozornosti iz lastnih stanj na zunanje vsebine.

Obstajajo uspešne in učinkovite metode za zmanjševanje in odpravljanje anksioznosti, ena od njih je tudi delo v skupini. Zato je prav, da ljudje s takšnimi težavami pravočasno poiščejo strokovno pomoč.

LITERATURA

Bauer B.B, Hill S.S. (*Essentials of Mental Health, Planning and Interventions*). Načrtovanje zdravstvene nege in postopki. Pot v mentalno zdravje. Ljubljana: Izdano v samozaložbi, pravice Pahole M, 1992: 127-47.

Burns D. *Kako smo lahko srečni in zadovoljni*. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1998.

Vouk K.L. *Kognitivno vedenjska terapija panične motnje z agorafobijo*. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2005.

Žmitek A, ur. *Zbornik predavanj. Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 2009.



BELEŽKE

