



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije

in



Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihijiatriji

SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI VII.

Za vse, ki jih zanima učinkovito svetovalno delo s pacienti ter motivacija pri doseganju njihovih ciljev.

Zbornik prispevkov z recenzijo

Zreče, april 2019



Organizator:

ZBORNIČA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE – ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

STROKOVNI SEMINAR Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije**SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI VII.**

Zreče, 18. in 19. april 2019

Zbornik prispevkov z recenzijo

Urednika:

Darko Loncnar, Aljoša Lapanja

Recenzent:

Mag. Branko Bregar

Tehnično oblikovanje:

Darko Loncnar

Lektoriral:

Kristijan Šinkec

Naklada:

150 izvodov

Programsko-organizacijski odbor: Petra Kodrič, Darko Loncnar, mag. Branko Bregar, Aljoša Lapanja, Jacinta Doberšek Mlakar, Barbara Možgan.

Založila in izdala:

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

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Univerzitetna knjižnica Maribor

614.2(082)(0.034.2)

SVETOVALNE in motivacijske tehnike za delo s pacienti VII : za vse, ki jih zanima učinkovito svetovalno delo s pacienti ter motivacija pri doseganju njihovih ciljev : zbornik prispevkov z recenzijo / [urednika Darko Loncnar, Aljoša Lapanja] ; [organizator] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. - [Ljubljana] : Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2019

ISBN 978-961-94234-9-3

1. Loncnar, Darko 2. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Strokovni seminar (2019 ; Zreče)

COBISS.SI-ID [96496641](#)



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

SEKCija MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI VII. del

Strokovno izobraževanje

za vse, ki jih zanima učinkovito svetovalno delo s pacienti ter motivacija pri doseganjу njihovih ciljev,

četrtek, 18. aprila 2019, in petek, 19. aprila 2019,

Terme Zreče, Hotel Vital.

PROGRAM STROKOVNEGA IZOBRAŽEVANJA

ČETRTEK, 18. 4. 2019

08.15–09.15 Registracija udeležencev *60 min*

**09.15–09.30 Uvodni pozdrav in organizacija dneva
15 min**

I. SKLOP

Moderatorka: Petra Kodrič

Priložnosti in pasti v motivacijskem intervjuju
izr. prof. dr. Maja Rus Makovec, dr. med., spec. psih.

10.30–11.15 **Vedenja se naučimo. Zakaj ga ne bi spremenjali v želeno smer?**
dr. Špela Hyalec, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

11.20–11.35 Razprava

11.40–12.00 Satelitsko predavanje (alkaloid): KANABIDIOL (CBD) – nova potencialna učinkovina pri odvajanju od kajenja, alkohola in toksikomanogenih učinkovin

12.00–13.30 **Odmor za kosilo**
90 min

II. SKLOP - DELAVNICE

Moderator: Aljoša Japania

I. delavnica: Uporabnost psihoterapevtskih tehnik spremenjanja vedenja v klinični praksi dr. Špela Hyalec univ. dipl. psih. spec. klin. psih.

II. delavnica: Kako misliti bolj asertivno v delovnem okolju: prvi korak k asertivnemu vedenju
Maia French Žyanut dipl. psih. klinični psiholog (Republika Hrvaška)

III. delavnica: Supervizija

IV. delavnica: Motivacijski intervju

13.30–13.40 **Priprava na delo v delavnicah**

10 min

13.40–14.40 **I.–IV. DELAVNICA**

60 min

14.50–15.50 **I.–IV. DELAVNICA**

60 min

15.50–16.20 **Odmor**

30 min

III. SKLOP

Moderator: Aljoša Lapanja

16.20–17.20 **Kako poskrbeti zase?** (motivacijsko predavanje)

Gašper Pinter, dipl. kinez.

17.20–17.35 **Razprava**

15 min

17.35 **Zaključek prvega dne**

PETEK, 19. 4. 2019

08.45–09.15 **Registracija udeležencev**

30 min

I. SKLOP

Moderatorka: Jacinta Doberšek Mlakar

09.15–09.20 **Uvodni pozdrav in organizacija dneva**

5 min

09.20–09.40 **Satelitsko predavanje 2 (Jannsen)**

20 min

09.45–10.45 **Asertivno mišljenje in vedenje v delovnem okolju**

Maja Frencl Žvanut, dipl. psih., klinični psiholog (Republika Hrvaška)

10.50–11.50 **Opolnomočenje strokovnjakov za učinkovito in kakovostno poklicno delo ter**

zasebno življenje: ali se je mogoče izuriti v žilavosti?

prof. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.

11.55–12.05 **Razprava**

10 min

12.05–12.10 **Priprava na delo v delavnicah**

5 min

12.10–13.00 **Odmor s pogostitvijo**

50 min

II. SKLOP-DELAVNICE

Moderator: Aljoša Lapanja

I. Delavnica: Krepitev žilavosti – kako? Kdaj? Zakaj pa ne!

prof. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.

II. Delavnica: Kako komunicirati bolj asertivno v delovnem okolju

Maja Frencl Žvanut, dipl. psih., klinični psiholog (Republika Hrvaška)

III. Delavnica: Kako si lahko pomagam sam in s pomočjo avtohipnoze, kadar sem v stiski?

Albina Kokot, dipl. m. s., svetovalka realitetne terapije, hipnoterapevt in mojster NLP

IV. Delavnica: Izboljševanje delovne učinkovitosti in preprečevanje stresa s hipnoterapijo

Jernej Kocbek, dipl. zn., terapevt medicinske hipnoze

13.00–14.00 **I.–IV. DELAVNICA**

60 min

14.10–15.10 **I.–IV. DELAVNICA**

60 min

15.10 **Zaključek strokovnega izobraževanja**

KAZALO

PASTI MOTIVACIJSKIH POSTOPKOV – KLJUČEN JE ODNOS DO SPREMEMBE	1
.....	
Maja Rus Makovec	
VEDENJA SE NAUČIMO -ZAKAJ GA NE BI SPREMINJALI V ŽELENO SMER?... 8	
Špela Hvalec	
POMEN TRENINGOV ASERTIVNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI.....13	
Maja Frencl Žvanut	
ALI SE JE MOGOČE IZURITI V ŽILAVOSTI? - OPOLNOMOČENJE	
STROKOVNJAKOV ZA UČINKOVITO IN KAKOVOSTNO POKLICNO DELO TER	
ZASEBNO ŽIVLJENJE*.....19	
Polona Selič	
KAKO POSKRBTI ZASE? 26	
Gašper Pinter	
DELAVNICA 1 - UPORABNOST PSIHOTERAPEVTSKIH TEHNIK	
SPREMINJANJA VEDENJA V KLINIČNI PRAKSI.....28	
Špela Hvalec	
DELAVNICA 2 - KAKO MISLITI BOLJ ASERTIVNO V DELOVNEM OKOLJU:	
PRVI KORAK K ASERTIVNEMU VEDENJU / KAKO KOMUNICIRATI BOLJ	
ASERTIVNO V DELOVNEM OKOLJU.....29	
Maja Frencl Žvanut	
DELAVNICA 3 - SUPERVIZIJA.....31	
Vesna Mejak	
DELAVNICA 4 - MOTIVACIJSKI INTERVJU.....33	
Branko Bregar	
DELAVNICA 5 - KREPITEV ŽILAVOSTI – KAKO? KJE? KDAJ? ZAKAJ PA NE! 34	
Polona Selič	
DELAVNICA 6 - KAKO SI LAHKO POMAGAM SAM IN S POMOČJO	
AVTOHIPNOZE, KADAR SEM V STISKI?36	
Albina Kokot	
DELAVNICA 7 - IZBOLJŠEVANJE DELOVNE UČINKOVITOSTI IN	
PREPREČEVANJE STRESA S HIPNOTERAPIJO38	
Jernej Kocbek	

PASTI MOTIVACIJSKIH POSTOPKOV – KLJUČEN JE ODNOS DO SPREMEMBE

MOTIVATIONAL PROCEDURES TRAPS – KEY FACTOR IS ATTITUDE TO CHANGE

izr. prof. dr. Maja Rus Makovec, dr. med., spec. psih.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
rus@psih-klinika.si

Izvleček

Stanja odvisnosti in tudi vse druge kronične nenalezljive bolezni so si zelo podobne v tem, da je za ustrezeno zdravljenje nujno potrebno, da pacienti bistveno spremeni svoj življenjski stil in dosežene spremembe tudi vzdržujejo. Večina patientov teh sprememb ne zmore vnesti, zato je bistvenega pomena, da jih poskušamo ustrezeno motivirati. Prispevek prikaže nekatere pomembne razloge za vztrajanje pri bolezenskem vedenju na nevrobiološki, psihološki in medosebni ravni ter osnovna izhodišča strokovne motivacije, ki pomembno poveča verjetnost za zaželeno spremembo.

Ključne besede: motivacijski intervju, duševno zdravje, odvisnost

Abstract

It is essential for the treatment of addiction, like for all other chronic non-communicable diseases, that patients profoundly change their lifestyle and retain the change. Most patients are not able to gain and sustain these changes, so it is important that we try to motivate them accordingly. The article presents some important reasons for insisting on non-change position in the neurobiological, psychological and interpersonal levels, as well as the basic starting points for professional motivation, which significantly increases the likelihood of the desired change.

Keywords: motivational interview, mental health, addiction

Uvod

Eden najpomembnejših ciljev pri zdravljenju odvisnosti (pa tudi drugih kroničnih nenalezljivih stanj) je dejanska sprememba vedenja, torej, da zasvojeni pacienti vnesejo konkretno spremembo vedenja in jo tudi vzdržujejo (Radovanović & Rus Makovec, 2018). Čeprav je uvid izjemno pomemben za samo vključitev v zdravljenje, vendarle samo uvid brez dejanske spremembe odvisniškega vedenja ne zadostuje. Zasvojeni ljudje neradko podcenjujejo svoje zmožnosti za dejansko spremembo vedenja, zato je trening vedenjskih sprememb priporočan sestavni del zdravljenja (Umeh & Sherratt, 2013). V kliničnih analizah, kako ljudje spreminja svoje vedenje tako na področju odvisniškega vedenja kot pri vseh ostalih kroničnih nenalezljivih boleznih, najpogosteje uporabljamo motivacijski model spremembe, ki vključuje več stopenj, ki pripeljejo do dejanskega preizkušanja novih vedenj in vzdrževanje le-teh (Prochaska, 2009a).

Tehnik motivacije za spremembo se ni tako težko naučiti; najtežje je spremeniti svoj lasten odnos do določenih problemov naših pacientov in razumeti ovire za spremembo. Zato je potrebno veliko lastne zavzetosti, uvida v lastne procese razmišljanja in reakcij, da identificiramo svoja lastna prepričanja, kako se (kako naj bi se) ljudje spreminjali. Najpogosteje težave pri odnosu zdravstvenih delavcev do spreminjanja pacientov so lahko v smislu izgube upanja v možnost spremembe pri pacientu, nerazumevanje odgovornosti za spremembo, v preveliki zahtevnosti, moraliziranju, prevelikem zaščitništvu, nepotrpežljivosti itd.

Vnos spremembe v življenjski stil ovira že energija, ki je potrebna za premagovanje avtomatizma navade

Veliko ljudi ima kakšno navado, ki bi jo radi spremenili. Pri navadah si določenih stvari, vedenja želimo, vendar če niso na razpolago, ne doživljamo tega kot nečesa dramatičnega. Navade prekinemo z nekaj odločnosti in pri tem ne potrebujemo globljega samorazumevanja ali psihoanalize. Pogosto nam ravno te »nekaj odločnosti« primanjkuje, ker navada sama ne povzroča dramatične škode kot odvisniško vedenje, nas pa lahko dolga obdobja (ali pa ljudi okoli nas) moti in slabša našo funkcionalnost. Vendar je potrebno že pri navadah, ne le pri odvisnosti, imeti dovolj energiziranosti, da se lahko upremo avtomatičnemu pilotu, na katerem slonijo navade. Navado začnemo tvoriti tako, da neko vedenje dolgo ponavljamo, ali pa nam neko vedenje nudi direktno nagrado. Vloga zavestnega odločanja prek prefrontalnega korteksa (ki v začetku pošilja informacije bazalnim ganglijem, oni pa delegirajo naloge ostalem delu možganov) postaja vedno manj pomembna in bazalni gangliji v limbičnem – nezavednem delu možganov začnejo sami po sebi brez zavestnega nadzora izvajati neko vedenje (Yin & Knowlton, 2006). Navada je neke vrste rigidno vedenje, kompulzija – občutek siljenja k nekemu vedenju kot del odvisniškega vedenja – pa je tako rekoč fiksirano vedenje.

Ljudje smo zmožni preseči svojo nevrobiologijo navad in zasvojenosti, vendar moramo za to imeti neki tehten razlog in veštine, kako zaželeno vedenje izpeljati. Ljudem lahko pomagamo z ustrezno motivacijo. Za motivacijske postopke je potrebno razumeti ne samo ovire s strani nevrobiologije (ni lahko preseči moči utrjenih sinaps), ampak tudi subjektivne in odnosne ovire glede spremembe.

Dilema o spremembi

Neozaveščene odpore proti spremembi ima lahko posameznik, cel sistem – družina, tim, itd. Pravimo, da je dobro v taki situaciji ljudem identificirati »dilemo o spremembi«. Primer: ženska živi v odnosu, zaradi katerega zelo trpi. Mož se občasno hudo opija, takrat je doma silno besedno neprijeten in nadležen. Že večkrat v preteklih letih je rekla možu, da se bo ločila, če ne bo prenehal s takim načinom. Mož ostaja nedostopen za njene prošnje in pritožbe. V danem primeru pravimo, da se ta ženska odloča med dvema lastnostnima svoje življenjske situacije, in sicer: med gotovostjo/negotovostjo in doživljanjem življenjske situacije kot varne/nevarne. Oblikujemo lahko štiri situacije: 1. varna gotovost, 2. nevarna gotovost, 3. nevarna negotovost in 4. varna negotovost. Situacija 1 pomeni idealiziranje, željo po brezkonfliktnosti in dobrem počutju, ki se praviloma lahko izkuša v življenju le v smislu kratkih epizod. Situacija 2 je opis ženine situacije: ve, kaj jo čaka, je pa situacija ogrožajoča. Ljudje so v taki situaciji pripravljeni čakati dolgo, tudi leta. Ni jim dobro, ampak vsaj vedo, kaj jih čaka – imajo vtis kontrole. Če se bo ženska ločila, bo lahko zaživila bolje, lahko pa ji bo slabše. Lahko bo imela več finančnih problemov, sorodstvo se bo morda odvrnilo od nje, morda ne bo več našla partnerja. To je situacija, v kateri imajo ljudje navkljub nezadovoljstvu

občutek, da imajo še nadzor nad življenjem. Situacija 3 pomeni najbolj destruktivno situacijo – veliko nepredvidljive nevarnosti. Tisti, ki sproža obdobja nevarnosti, je muhast v svojem vedenju, včasih vzbuja strah, včasih je privlačen, skratka, nikoli se ne ve, kaj pričakovati. Ljudje ostajajo v taki situaciji navadno takrat, ko so zelo prestrašeni, nemočni ali brez upanja. Situacija 4 opiše stanje, ki ga štejemo za najbolj zdravo. Kadar so ljudje med seboj varno navezani, veliko lažje tolerirajo in se prilagajajo dejству, da je življenje ena sama sprememba, že v smislu potovanja skozi življenjske cikle.

Za terapevte je posebej pomembno, da poznajo dilemo iz situacije 2. Jasno je, da bi bila sprememba potrebna, nihče pa ne more nikomur zagotoviti, da mu bo res bolje. Morda mu bo slabše. Vendar če človek ne poskuša vnesti spremembe, ne bo mogel nikoli izvedeti, ali bi lahko dosegel boljšo situacijo. Ko se pogovarjam z ljudmi, se torej pogovarjam o njihovi ambivalenci (razdvojenosti) in jim pomagamo razmišljati, kaj pridobijo/izgubijo v določeni situaciji. Strokovno se je potrebno znati obvladati pri nasvetih za razreševanje življenjskih problemov na način, naj se ljudje ločijo, poročijo, imajo otroka, končajo drugo šolo, zapustijo določeno delovno mesto, prodajo stanovanje ipd. Odgovornost za take odločitve morajo ljudje prevzeti sami, mi smo jim v pomoč pri razreševanju njihove ambivalence. Svojim pacientom ne moremo namreč nuditi nobenega zagotovila, da jim bo po spremembni zares bolje.

Ravno prav velika sprememba

Če hočemo pacientom aktivno pomagati najti rešitev, jih lahko vodimo do ustrezne rešitve takole (ne da bi mi določili, katera rešitev je prava): »Ne morem sicer vedeti, kaj bi bila najboljša rešitev za vaš problem. Lahko pa vam posredujem izkušnje mojih pacientov, ki jim je pri spremembni uspelo. Nekateri so naredili tole ..., drugi pa so naredili takole ... (podamo dva ali več primerov konstruktivnega razreševanja dileme). Ali je katera od teh rešitev vam blizu?«

Ljudem pri spreminjanju vedenja pogosto svetujemo, da poskušajo določiti ravno prav veliko spremembo, da bo ta sprememba opazna, ne bo pa pretirano vznemirila sistema odnosov. Premajhne spremembe nihče ne opazi, prevelika pa vzbudi preveč odpora.

Ljudje imajo težave pri postavljanju pogojev zato, ker pri resnem pogojevanju spremembe zastavijo sami sebe, svojo bližino v odnosu pa seveda lahko »izgubijo«. Pogoj torej zahteva dovolj samozaupanja in pripravljenost, da bomo zmogli prenesti čustveno nelagodje oz. dovolj zaupanja v odnos, da ga bo možno regenerirati po prehodni oddaljitvi.

Kadar konkretna sprememba ni izvedljiva, včasih napravi pomembno razliko že to, da situacijo razumemo na drugačen način.

Razreševanje kognitivne disonance

Če ne poznamo dinamike kognitivne disonance, smo lahko preveč začudenici, zakaj se ljudje ne spremenijo, čeprav smo jim podali tehtne razloge za to.

Z različnimi doživljajji neke situacije ali problema se uvede konflikt, neskladnost v doživljjanju, kar nam ljudem praviloma ni prijetno. Pojavijo se lahko različne reakcije na tako neprijetnost, saj si ljudje želimo dva različna doživljanja med seboj »izravnati« (razreševanje kognitivne disonance) (Stroebe, 2000). Na primer posameznik enostavno neha premišljevati o problemu (gre za psihološki obrambni mehanizem – posameznik, ki preveč piye, enostavno ne razmišlja več o škodljivosti pitja alkohola). Enega od kognitivnih elementov, ki pomembno

prispeva k neravnovesju, se enostavno zavrže (zmanjša se pomen in verjetnost števila določenih obolenj oz. težav zaradi uživanja alkohola). pride lahko do opravičevanja v smislu, da se enak model vedenja pojavlja tudi pri drugih osebah, ki predstavljajo določeno avtoriteto (med pivci alkohola je veliko število znanih osebnosti, med njimi so tudi zdravniki). Pojavlja se lahko poudarjena kognitivna diferenciacija (alkohol enim škoduje, drugim pa ne). Boljši ko je protiargument, bolj se lahko utrjuje škodljivo vedenje, saj se morata ta dva argumenta med seboj nekako izravnati. Pri resno motenih navadah zato prepričevanje in predavanja ne pomagajo kaj dosti, ampak je potreben proces motivacije.

Transteoretični model spremembe vedenja

Transteoretični model predvideva, da posamezniki pred dejansko spremembo vedenja potujejo skozi različne faze motivacije za spremembo – gre torej za proces; nekateri že pri prvem poskusu preidejo vse faze do želene spremembe, večina pa ima pri tem prehajanje v višje faze zdrse (Prochaska, 2009b). V zadnjem obdobju pogosto uporabljajo druge izraze za faze sprememb. Stanje prekontemplacije so preimenovali v stanje nezavedanja (posameznik ne ve, da je njegovo vedenje problematično), stanje kontemplacije v nevpletenost (posameznik ve, da je potrebna vedenjska sprememba, toda ne posveča pozornosti temu problemu), ambivalenco v neodločnost (gre za razmišljanje, tehtanje med pozitivnimi in negativnimi posledicami vedenjske spremembe). V vsakdanjem rutinskem delu ni potrebno, da prav posebej poimenujemo te faze, dovolj je, da s pacientom komuniciramo v smislu pripravljenosti za spremembo in zavedanja, da že razmišljanje o spremembi lahko pomeni pomembno usmeritev v spremembo (ni pa še zadosten pogoj).

Ena od osnovnih strategij, kako uporabljati oz. aplicirati transteoretični model in motivacijski intervju, je pomoč pacientu pri oblikovanju ambivalence na spodbuden in samoreflektiven način (da se pacient zaveda te ambivalence). Ko so poskušali prenesti ta model na izgubo teže, so opazovali čas in tip vedenja pri pacientih. Pacienti v prekontempacijskem obdobju po navadi niso imeli namena, da bi shujšali v naslednjih šestih mesecih. Tisti v kontemplacijskem obdobju so razmišljali, da bi radi shujšali v prihodnjih šestih mesecih, vendar niso bili še resno pripravljeni na vstop v vedenjske napore. Razmišljali so o izgubi teže, vendar so bili še neodločeni. Posamezniki v fazi priprave so bili pripravljeni izgubiti težo v naslednjih 30 dneh, pri čemer je bilo zelo verjetno, da bodo imeli njihovi naporji tudi dober učinek. Tisti, ki so bili v akcijski fazi, so že bili vpletjeni v vedenje (izgube teže) in so bili dobri kandidati za specifične terapevtske intervencije. Pacienti v vzdrževalnem obdobju so potrebovali podporo pri vzdrževanju pridobljenega in pri preventivi relapsov. Na podoben način se je spremenjalo vedenje v zvezi s telesno aktivnostjo. Posamezniki so v fazi kontemplacije več pridobili od kognitivnih pristopov, ki so povečali njihovo motivacijo za vstop v vedenjsko spremembo (na primer razpravljanje o dobrih učinkih izgube teže, pisni material ipd.).

Stil komunikacije in socialna podpora za vedenjske spremembe

Kadar poskušamo pacientu nuditi socialni suport (podporo) pri spremembi, v tehniki komunikacije uporabljamo odprta vprašanja, parafraziramo, izogibamo se stereotipizaciji pacienta. Bolezenskega oz. nezdravega vedenja ne koncipiramo kot vodilne lastnosti, ampak samo kot del celotne podobe o pacientu (v smislu, da je človek več kot njegov simptom). Naši uporabniki so zelo senzibilni na naša implicitna sporočila, da v njih ne vidimo tudi drugih človeških lastnosti in vrednosti, kot je njihovo nezdravo vedenje.

Ovire v komunikaciji so lahko izven nas strokovnjakov. Na primer, v zdravstvenem sistemu se praviloma zelo mudi, kolegi lahko našo komunikacijo s pacientom ovrednotijo kot počasnost, nepotrebljivo zavlăčevanje; naši pacienti s škodljivim življenjskim stilom nas lahko doživljajo kot ljudi z višjega sloja in nas topogledno ne doživljajo kot del socialne podpore. Podpora zdravstvenih delavcev se kaže v spodbudi k spremembam, vendar ob hkratni empatiji in razumevanju, kako težko se je vedenjsko spremeniti.

V motivacijske postopke ne vključujemo le posameznikov, ampak naslavljamo tudi konkretno družinsko okolje. Z empatičnim odnosom in s spodbudo k spremembam vedenja povečamo verjetnost, da bodo člani družine svoje vedenje dejansko spremenili. Z očitanjem in vzbujanjem krivde bomo spremembo nezdravega vedenja zavrli. Če pa ne identificiramo problematike, ni nobenega razloga za spremembo. Metoda t. i. motivacijskega intervjuja opozori na nezdravo vedenje in hkrati z izrazito empatičnostjo, skozi razvoj in razrešitev ambivalence do spremembe (kaj govorji za in proti njej) usmerja v motivacijo za spremembo (Rus Makovec, 2012). Ob tem se ta način posebej usmeri tudi v iskanje izjem – ko je zdravo vedenje uspelo, pa čeprav za kratek čas. Z vedenjsko-kognitivnimi intervencijami pomagamo spremnjamati način razmišljanja o novem, bolj zdravem vedenju in z vedenjskimi nalogami ojačati izkušnjo samoučinkovitosti (Lawson & Flocke, 2009). S sistemsko družinsko intervencijo sledimo ideji, da s spremembo okolja oblikujemo podlago za trajnejšo spremembo. Pozornost v tem modelu ni usmerjena le v posameznika, ampak se nasavlja dnevna rutina družinskega življenja (Moore, et al., 2009). Družina, ki želi spremeniti določeno vedenje, npr. več se gibati, se dogovarja o tem, kako je medsebojno povezano njihovo osebno okolje in kako vplivajo drug na drugega pri telesni vadbi (osebni urniki, obveznosti, prosti čas). Skupna sprememba dnevne rutine omogoči posamezniku, da doseže spremembo z manj osebnega napora. Če celo okolje spremeni dnevno rutino, se nove navade z manj osebnega napora oblikujejo v bolj zaželene avtomatizme.

Izkazalo se je, da pri možnosti izbire določenega vedenja pogosto sploh ne izbiramo, ampak sledimo tistemu, kar je okoli nas na razpolago (»po defoultu«) (Thaler & Sunstein, 2009). Relativno majhna sprememba v družinskem sistemu, ki pa je konsistentna, po tem konceptu strukturira okolje, v katerem je odločanje usmerjeno k zdravi izbiri. Nove vedenjske izbire potrebujejo tudi nove načine spoprijemanja s čustveno napetostjo. Aktualno se je ob iskanju možnosti samopomirjanja na različnih področjih psihosomatike kot zelo dostopen in učinkovit izkazal sprostivteni model čuječnosti, ki vadi usmerjanje pozornosti na aktualni trenutek brez notranje napetosti in sodbe (moraliziranja). Metodo je možno prirediti tudi za otroke in mladostnike (Burke, 2009), med drugim npr. kot pomoč pri kontroli impulzov pri prenajedanju.

Motivacijska spodbuda k zmožnosti samouravnovanja

Vprašanje, ki pomaga zdravstvenim delavcem, da se zavedajo pomena motivacije, je, zakaj se je tako težko vesti glede na naše dobre namere ali zakaj je tako vzdrževati poskuse za spremembe zdravega vedenja, čeprav se ljudje zdijo motivirani. Šele dokaj nedavno je ta vrzel med namerami in vedenjem začela pridobivati ustrezno pozornost tudi v zdravstvu. Gre namreč za zmožnost samoregulacije oz. samouravnovanja. Za razliko od ostalih živečih bitij imamo lahko ljudje zelo izrazito zmožnost, da izkazujemo kontrolo nad našimi notranjimi stanji, procesi in odgovori. Ljudje smo se sposobni upreti svojim lastnim impulzom, prilagoditi svoje vedenje različnim standardom in spremeniti aktualno vedenje zato, da bi dosegli neki zaželen cilj. Izraz samouravnovanje uporabljamo, ko razmišljamo o naporih človeka, da bi spremenil svoje mišljenje, čustva, želje in akcijo v perspektivi nekega

»višjega« cilja (De Ridder & De Wit, 2006). Brez te zmožnosti bi bili ljudje samo nemočni opazovalci dogodkov.

Splošno je znano, da se ljudje najraje lotijo tistih nalog, za katere sami sebe ocenjujejo, da so učinkoviti pri njih. Ljudje z izkušnjo samoučinkovitosti veliko verjetneje ostanejo zavzeti pri doseganju zaželenih ciljev. Obstajajo dokazi, da se samokontrolo lahko izboljša kot rezultat vadbe, kar je npr. ena od osnov obvladovanja odvisniškega vedenja. Čeprav obstajajo mnogi motivacijski postopki, ponovno priporočam rabo motivacijskega intervjuja, ki med drugim tudi izrazito podpira pacientovo samoučinkovitost.

Terapevti so dolžni v svojem terapevtskem odnosu tolerirati negotovost glede tega, ali se bo pacient sposoben spremeniti ali ne, saj je končna odločitev za spremembo njegova in ne terapevtova naloga. Res pa je dobro, če se pustijo presenetiti tudi v pozitivnem smislu, saj včasih preskoke naredijo tudi ljudje, za katere na prvi pogled ni bilo nobenega upanja več.

Zaključek ali “Ponovimo o motivacijskem intrevjuju”

Motivacijskega intervjuja, posebej na področjih, kjer se ljudje težko spreminjajo, ni nikoli preveč tako, kot ni mogoče biti preveč empatičen (saj empatija jasno loči med seboj in drugo osebo). Gre za naslednje štiri točke (Miller & Rollnick, 2009): 1. izražanje empatije – terapevt poskusiti razumeti in sprejeti pacientov pogled brez sodbe ali sovražnosti; 2. razvijanje diskrepance – pacienta je treba voditi, da bo razumel razliko med vedenjem in globlje zakritimi vrednotami, na katere je morda sam pozabil (npr.: »Vtis imam, da ste dostenjen človek, ki mu je neprijetno, da se je zapletel v ta položaj«; »Videti je, da imate prav pri kritičnosti do vašega direktorja, da pa nimate prave moči za uveljavljanje svojega pogleda, dokler veljate za človeka, ki se pogosto opije«; »Če prav razumem, si želite, da bi bili lahko bolj umirjeni v starševski vlogi, a vam odvisnost otežuje vaše dobre namere«); 3. z odpori pacienta se terapevt ne spopada, ampak jih skuša prepoznati ter razumeti. Izogibati se je treba konfliktnosti in namesto tega raje ponuditi podporo ter razumevanje. Odpor je razumljen kot znak nekongruentnosti med cilji terapevta in pacienta; 4. spodbujanje samoučinkovitosti – terapevt naj ne igra vloge eksperta, saj vsaka odločitev o spremembah pripada samo pacientu. Motivacijski intervju ni posebna novost v tehniki intervence, ampak v filozofiji pristopa k zasvojenemu človeku ali h komurkoli, ki ima težave glede spremembe svojega škodljivega vedenja. Novost je v proaktivnem pristopu k motivaciji pacienta, ki čuti odpor, za razliko od prejšnjih paradigem, ki so zahtevali bodisi pasivno čakanje na dovolj veliko poslabšanje pacientovega stanja, da se bo odzval, bodisi motiviranje s pretrdo konfrontacijo. Motivacijski intervju bolj poudarja potrebo po pravem pristopu do pacienta oz. po motivaciji kot po vedenjski intervenci, kjer je tehnika zelo pomembna. Pomemno je, da ima terapevt razvit ustrezan odnos do spremembe. Mnogi terapevti se obnašajo, kakor da motivirajo, pa vendar očitajo ali potiskajo v smer, ki se njim zdi prava.

Ob zaključku je za povzeti, da je vnaprej pričakovati, da so za ljudi spremembe težke že povsem na nevirobiološki ravni, pa tudi na psihološki in medosebni ravni; pa vendar imamo ljudje tudi zmožnosti za spremembo na vseh teh ravneh, če le imamo ustrezni motiv, upanje in veščine za uveljavitev spremembe. Terapevti imamo lahko v tem procesu ključno vlogo z zavzetim postopkom strokovne motivacije – za ta postopek smo odgovorni strokovnjaki, za končni izhod oz. za dejansko spremembo svojega vedenja pa so odgovorni bolniki. V kolikor sprememba vedenja ni bila dosežena, pa z ustreznim strokovnim motivacijskim pristopom vsaj ne okvarimo odnosa s pacientom, s katerim bo potrebno zaradi kroničnosti njegove bolezni še dolgo sodelovati.

Literatura

- Burke, C., 2009. Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents: A Preliminary Review of Current Research in an Emergent Field. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), pp. 133–144.
- De Ridder, D. & De Wit, J., 2006. *Self-regulation in Health Behavior: Concepts, Theories, and Central Issues*. Chichester, UK: Wile.
- Umeh, K. & Sherratt, F., 2013. Behavior Change Strategies Underutilized by Alcohol Use Disorder Sufferers. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 31(2), pp. 206–23.
- Lawson, P.J. & Flocke, S.A., 2009. Teachable moments for health behavior change: A concept analysis. *Patient Education and Counseling*, 76(1), pp. 25–30.
- Miller, W.R. & Rollnick, S., 2009. Ten things that Motivational Interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), pp. 129–140.
- Moore, S.M., et al., 2009. System Change: Using system improvement for health behavior change. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), p. 2078.
- Prochaska, J.O., 2009a. Enhancing Motivation to Change. In: Ries, R.K., et al. eds. *Principles of Addiction Medicine 4th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer, pp. 745–55.
- Prochaska, J.O., 2009b. Flaws in the theory or flaws in the study: a commentary on "The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation". *Social Science & Medicine*, 68(3), pp. 404–6.
- Radovanović, M. & Rus Makovec, M., 2018. A Temporal Profile of pro-abstinence-oriented Constructs from The Modified Theory of Planed Behavior in a Slovenian Clinical Sample of Treated Alcoholics - an 18-year Follow-up. *Zdravstveno Varstvo*, 57(1), pp. 10–6.
- Rus Makovec, M., 2012. Motivacija za spremembe vedenja v zvezi z življenjskim stilom v vsakdanji klinični praksi. In: Žmitek, A. ed. *Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabe 4: Zbornik*, Begunje, 30. november in 1. december 2012. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, pp. 106–25.
- Stroebe, W., 2000. *Social psychology and health*. 2nd ed. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Thaler, R.H. & Sunstein, C.R., 2009. *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. New York: Penguin Books.
- Yin, H.H. & Knowlton, B.J., 2006. The role of the basal ganglia in habit formation. *Nature Reviews Neuroscience*, 7(6), pp. 464–76.

VEDENJA SE NAUČIMO. ZAKAJ GA NE BI SPREMINJALI V ŽELENO SMER?

**WE LEARN HOW TO BEHAVE.
WHY SHOULD NOT UNWANTED BEHAVIORS BE CHANGED TO
DESIRED ONES?**

dr. Špela Hvalec, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

Psihiatrična bolnišnica Idrija
spela.hvalec@pb-idrija.si

Izvleček

Vedenjska terapija, ki temelji na principih vedenjske psihologije, predpostavlja, da so najpomembnejši dejavniki duševnega delovanja okolje in procesi učenja. Tako želenih kot neželenih oblik vedenja se (na)učimo prek različnih oblik učenja: klasičnega pogojevanja, instrumentalnega pogojevanja, učenja po modelu in kognitivnega učenja. S pomočjo vedenjskih tehnik lahko neželene oblike vedenja spreminjamo v želene.

Ključne besede: vedenjska terapija, vrste učenja, funkcionalna analiza vedenja, vedenjske tehnike

Abstract

Based on the principles of behavioral psychology, behavioral therapy presumes that the most important factors in mental activity are the environment and learning processes. Both, desired and undesired forms of behavior are learnt through different forms of learning (classical conditioning, operant conditioning, modelling, and cognitive learning). By means of behavioral techniques, we can change unwanted behaviors into desired ones.

Keywords: behavioral therapy, forms of learning, functional behavior assessment, behavioral techniques

Uvod

Vedenjska terapija, ki lahko predstavlja samostojni psihoterapevtski pristop ali pa pomemben del vedenjsko-kognitivne terapije, temelji na izhodiščih vedenjske psihologije (Dobson, 2010). Vedenjska psihologija (poznana tudi kot behaviorizem) je samostojna psihološka šola z začetka 20. stoletja, ki jo je kot odgovor na preučevanja ruskih fiziologov in refleksologov v ZDA osnoval J. Watson (Pastirk & Anić, 2013). Osrednji predmet proučevanja vedenjske psihologije je vedenje oz. aktivnosti, ki so dostopne neposrednemu merjenju in opazovanju; v središču zanimanja so predvsem zveze med dražljaji in odgovori na dražljaje (reakcijami) (Ribič Hederih, 2007). Po vedenjskih teorijah se posameznik rodi z relativno omejenim spektrom vedenjskih vzorcev. Skozi procese učenja, ki potekajo po principih pogojevanja, modelnega ali kognitivnega učenja pa razvija vedno nove in vse bolj zapletene vzorce vedenja. Tako se posameznikova osebnost postopno oblikuje kot skupek izidov pogojevanja, učenja in izkušenj (Ribič Hederih, 2007).

Prispevek bo v nadaljevanju predstavil, kako se prek posameznih principov učenja naučimo vedenja, kako vedenje proučujemo in kako neželene oblike vedenja prek vedenjskih tehnik spremojamo v želene.

Kako se vedenja naučimo?

Vedenjska psihologija predpostavlja, da so najpomembnejši dejavniki duševnega delovanja torej okolje in procesi učenja. Učenje je proces spremjanja znanja ali vedenja zaradi izkušenj z razmeroma trajnim učinkom. Poznamo različne oblike učenja: najpreprostejše je učenje po principu klasičnega in instrumentalnega pogojevanja, poznamo tudi učenje po modelu in kognitivno učenje, ki predstavlja najzahtevnejšo obliko učenja (Ribič Hederih, 2007; Pastirk & Anić, 2013).

Klasično ali odzivno pogojevanje je najosnovnejša oblika od štirih oblik učenja (Ribič Hederih, 2007). Pri tej vrsti učenja poznamo dve vrsti dražljaja in dve vrsti odziva. Brezpogojni odziv (BO) je podedovana, nenaučena biološka reakcija na neki brezpogojni dražljaj (BD) (Pastirk & Anić, 2013). Namenjena je varovanju in ohranjanju organizma. Taki odzivi so refleksne in čustvene reakcije na dražljaj in niso pod vplivom naše volje (dihalnozaščitni refleks, patelarni tetivni refleks itn.). Pogojni odziv (PO) pa je reakcija, ki je naučena in se pojavi ob nevtralnem dražljaju, ki sam po sebi ne izzove takšnega odziva, med učenjem pa postane pogojni dražljaj. Organizem se torej nauči nehotenih odzivov na nevtralne dražljaje – ker sta bila določen odziv in določen dražljaj večkrat povezana. Dražljaji, ki so bili prej nevtralni, postanejo povezani z naravnimi refleksi. Učenje po principu klasičnega pogojevanja se lahko zgodi spontano ali pa je uporabljeno namenoma (Holli & Beto, 2018).

K razumevanju klasičnega pogojevanja so veliko doprinesle študije Ivana P. Pavlova, ki je v znanih eksperimentalnih preučeval odzive psov. Pse je priključil na aparat, ki je meril fiziološke reakcije (npr. količino izločene sline ob določenem dražljaju). Sprva je opredelil pogojni refleks, pri katerem je s hrano spodbujal živce v ustih in izzval odgovor v želodcu. Pogojni refleks povzroči zgradba živčne mreže, s katero se organizem že rodi. Pavlov je skozi svoja proučevanja ugotavljal, ali lahko psu vsili nov živčni vzorec. Če zazvoni zvonec vsakič, ko mu pokažemo hrano, se bo morda začel sliniti tudi takrat, ko mu samo pozvonimo, ne pa tudi pokažemo hrano. Zvok zvonca je torej povezal s podobo hrane in reagiral na prvo (zvonjenje zvonca) tako, kot bi reagiral na drugo (hrana) (Ribič Hederih, 2007; Holli & Beto, 2018).

J. B. Watson in R. Rayner sta prva eksperimentalno dokazala, da se s klasičnim pogojevanjem naučimo tudi čustvenih reakcij. Deček, poimenovan »mali Albert«, se ni bal majhnih živalic (zajcev, podgan, miši), se je pa s strahom odzival na močne zvoke (poke). Po shemi klasičnega pogojevanja je pok brezpogojni dražljaj, strah pa je brezpogojni odziv. Watson je v eksperimentu malemu Albertu ob poku s kratkim časovnim zamikom pokazal belo miš. Po večkratnih ponovitvah se je kot rezultat pogojevanja pojavila sprememba v dečkovem reagiranju na belo miš – razvil je strah, ki ga je generaliziral tudi na druge živali (Ribič Hederih, 2007; Pastirk & Anić, 2013).

M. C. Jones je kot odgovor na Watsonov eksperiment prva objavila posnetek terapevtske obravnave, s katero je pri malem Petru dosegla ugašanje naučenega strahu. Dečka Petra, ki se je bal zajcev, je postopno izpostavljala (s tem je postavila tudi temelje tehniki desenzitizacije) zajcu, ob tem pa ga podkrepljevala s prijetnim dražljajem (hrano). Sčasoma je Petrov strah popolnoma izzvenel (Reiss, 1990).

V nadaljevanju je podanih še nekaj praktičnih primerov učenja po načelih klasičnega pogojevanja (Pastirk & Anić, 2013):

- udeleženec prometne nesreče razvije strah pred pokom tudi v situacijah, kjer ni neposredno ogrožen. V situaciji nesreče je prišlo do asociativne povezave med pokom in strahom, tako se kasneje strah pojavi že ob samem poku;
- pacient, ki doživi hudo bolečino pri zobozdravniku, bo razvil strah že v čakalnici ob samem zvoku svedra;
- otrok po cepljenju razvije strah pred zdravnikom (belo haljo). Kasneje se lahko pojavi strah že ob pogledu na belo haljo.

Pomemben je tudi prispevek znanstvenikov (Thorndike, Hull, Skinner), ki so raziskovali **instrumentalno ali operantno pogojevanje** (Ribič Hederih, 2007; Pastirk & Anić, 2013; Holli & Beto, 2018). Instrumentalno pogojevanje je v primerjavi s klasičnim pogojevanjem naprednejša oblika učenja, pri katerem se spremeni verjetnost pojavljanja vedenja (odziva) glede na posledice, ki jih ima to vedenje za posameznika. V primeru, da vedenju sledi nagrada (npr. pohvala učencu, ki ne zamuja več) ali pa odstranitev kazni (npr. zobe si umivamo zato, da čim manjkrat potrebujemo pomoč zobozdravnika), le-ta vedenjska oblika narašča oz. se utrujuje. V primeru, ko pa vedenju sledi kazen (npr. zaradi uporabe telefona med vožnjo plačamo denarno kazeno) ali pa frustracijski odvzem nagrade – privilegijev (npr. neprimerno vedenje otroka ignoriramo), konkretna vedenjska oblika upada (tabela 1).

Tabela 1: Principi delovanja instrumentalnega pogojevanja.

podkrepitev	pozitivna	Negativna
prisotna	nagrada – pozitivno ojačevanje <i>(vedenje narašča)</i>	kazen <i>(vedenje upada)</i>
odsotna	frustracijski odvzem nagrade <i>(vedenje narašča)</i>	odstranitev kazni <i>(vedenje narašča)</i>

Osnovna načela podkrepiljanja potrjujejo, da se s pozitivnimi podkrepitvami izgrajuje (želeno) vedenje, z negativnimi podkrepitvami (kaznimi) pa se odpravljajo (neželeno) vedenje. Pri tem lahko uporabljamo različne podkrepitve. Primarne podkrepitve zadovoljujejo posameznikove osnovne potrebe (npr. hrana), med sekundarne podkrepitve pa prištevamo socialne podkrepitve (nasmej, pozornost), aktivnosti (igra, ples) in simbolne podkrepitve (denar). Učinek pozitivnih in negativnih podkrepitev je odvisen od neposrednosti, doslednosti, intenzitete in potrebnosti (Ribič Hederih, 2007).

Opisana načela lahko opazujemo tudi na področju psihopatologije (Pastirk & Anić, 2013). Človek, ki je razvil fobijo pred dvigalom, se izogiba vožnje z dvigalom. To izogibanje pa ima za posledico olajšanje – ugodje. Izogibanje je pozitivno podkrepljeno in vzdržuje fobijo. Ob tem izostane negativno ojačenje (anksioznost), kar fobijo dodatno vzdržuje. Razvije in vzdržuje se tipično izogibalno vedenje.

Tretja vrsta učenja, ki je za posameznikovo vedenje še posebej pomembna, saj je povezana z določenimi intrapsihičnimi procesi (predvsem kognitivnimi in motivacijskimi) (Ribič Hederih, 2007), je **modelno učenje**. Pri modelnem učenju opazujemo model, kako se vede v določeni situaciji, potem pa naučeno posnemamo. Model je lahko realen (starši, prijatelji, idoli) ali simboličen (risani, literarni junaki) (Holli & Beto, 2018).

V kontekstu modelnega učenja je izjemno poznan eksperiment A. Bandure, ki je preučeval modelno učenje agresivnega vedenja pri otrocih. Ugotovil je, da se otroci naučijo vedenja, če je model nagrajen, če je model ugleden, istega spola in če več modelov izvaja isto vedenje (Ribič Hederih, 2007). Tudi v vsakodnevnih situacijah se učimo številnih vedenj po principu modelnega učenja: govora, načina vedenja oz. odzivanja v okviru spolne vloge, čustvenih reakcij, prehranjevalne navade, številne druge razvade (Holli & Beto, 2018).

Najzahtevnejša oblika učenja pa je **kognitivno učenje**, kjer poteka pridobivanje znanja ali veščin prek številnih mentalnih ali kognitivnih procesov.

Kako vedenje proučujemo?

V okviru vedenjske terapije ima pomembno mesto funkcionalna analiza vedenja (Grubelnik, 2009), ki je neformalna ocenjevalna tehnika, namenjena zbiranju informacij o (določenem) vedenju (Pulec Lah & Janjušević, 2011). Funkcionalna analiza vedenja je celovit in individualiziran pristop, s katerim: a) ugotavljamo, kaj je namen oz. funkcija vedenja (zakaj nekdo počne, kar počne); b) oblikujemo načrt spreminjanja dejavnikov, ki sprožajo ali vzdržujejo vedenje; in c) učimo ustreznih nadomestnih vedenj s pozitivnimi intervencijami. Namenska funkcija vedenja je, da posameznik nekaj pridobi (npr. pozornost drugih – pogled, nasmej, objem; prijetne telesne občutke, predmete, dejavnost), lahko se nečemu izogne (neprijetnim pozornostim, telesnim občutkom, predmetom, dejavnostim) ali sporoči svoje občutke, potrebe in želje (Grubelnik, 2009).

Pri proučevanju, obrazložitvi in nenazadnje spreminjanju vedenja nam je v veliko pomoč tudi razumevanje ABC sheme vedenja. Konkretni sprožilci (A od angl. antecedent), to so lahko zahteve, naloge, posameznik sam, vrstniki, okolje, sprožijo pri posamezniku določeno vedenjsko obliko (B od angl. behavior), ki pogojuje konkretnе pozitivne (pozornost, želena stvar, aktivnost) ali negativne (kazen, odvzem privilegija) posledice (C od angl. consequences) (Pulec Lah & Janjušević, 2011).



Slika 1: ABC shema vedenja (Pulec Lah & Janjušević, 2011).

Kako vedenje spreminjamо?

Vedenjska terapija se usmerja pretežno na vedenje, ki je dostopno opazovanju ali zavedanju, in ne na ozadja. Izhaja iz načela, da je vsako vedenje naučeno; torej tudi neprilagojeno ali moteno vedenje, ki pri posamezniku povzroča anksioznost ali nezadovoljstvo, je naučeno. Psihološka načela, še posebej iz teorije učenja, pa lahko koristno uporabimo pri odpravljanju neustreznega vedenja (Pastirk & Anić, 2013). Pri tem se vedenjska terapija opira na širok nabor konkretnih vedenjskih tehnik.

Z uporabo vedenjskih tehnik želimo izgraditi pomanjkljiva ali neobstoječa vedenja (npr. asertivno vedenje, aktivno spoprijemanje, kontrolirano vedenje) oz. zmanjšati pretirana,

odstopajoča ali neželena vedenja (npr. agresivno, impulzivno ali izogibalno vedenje) (Pastirk & Anič, 2013). Na principih klasičnega pogojevanja temeljijo tehnike sproščanja (progresivna mišična relaksacija, vizualizacija, biofeedback), tehnike izpostavljanja (postopno izpostavljanje, sistematična desenzitizacija, preplavljanje), vedenjski eksperiment (Križnik Novšak, 2007). Na principih instrumentalnega pogojevanja temeljijo tehnike, ki uporabljajo moč kazni (princip ugašanja) oz. nagrade (pozitivno ojačevanje), žetoniranje, načrtovanje aktivnosti, trening socialnih veščin, trening samopotrjevanja (Križnik Novšak, 2007).

Vedenjske tehnike imajo pomembno vlogo pri terapiji številnih motenj: pri vseh vrstah anksioznih motenj (fobije, panična motnja, generalizirana anksiozna motnja, obsesivno-kompulzivna motnja itn.), razpoloženjskih motnjah (predvsem pri depresivni motnji), pri obravnavi odvisnosti (npr. odvajanju od kajenja, preventivi relapsa) itd. Uporabne so pri soočanju s stresom, pri reševanju šolskih problemov, tretmaju debelosti, večanju samokontrole posameznika, njegove asertivnosti in učenju socialnih veščin. Vedenjske tehnike imajo pomembno mesto pri delu z otroki, pri obravnavi duševno manj razvitih oseb in pri delu z ljudmi s psihiatričnimi motnjami (Križnik Novšak, 2007).

Zaključek

Vedenje je v primerjavi s posameznikovimi osebnostnimi lastnostmi relativno lahko dostopno tako opazovanju, merjenju kot tudi sprememjanju. Z namenom krepitve posameznikovega dobrega počutja in jačanja učinkovitosti funkcioniranja se je smiselnos usmerjati na prepoznavanje funkcije, ki je v ozadju določene neželene vedenjske oblike, in v nadaljevanju neželeno obliko vedenja s pomočjo vedenjskih tehnik sprememnati v želeno oz. primernejšo.

Literatura

- Dobson, K., 2010. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: The Guilford Press.
- Grubelnik, J., 2009. Funkcionalna analiza vedenja. In: Anič, N. ed. *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije*. Ljubljana: DVKT Slovenije, pp. 2–13.
- Holli, B.B. & Beto, J.A., 2018. *Nutrition counselling and education skills: a guide for professionals*, 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, pp. 165–191.
- Križnik Novšak, A., 2007. Vedenjske tehnike. In: Anič, N. & Janjušević, P. eds. *Izbrane teme iz vedenjsko-kognitivne terapije*. Ljubljana: DVKT Slovenije, pp. 79–96.
- Pastirk, S. & Anič, N., 2013. Vedenjsko kognitivni teoretični pristopi. In: Masten, R. & Smrd, M. eds. *Klinična psihologija*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo, pp. 109–132.
- Pulec Lah, S. & Janjušević, P., 2011. Funkcionalna ocena vedenja. In: Magajne, L. & Velikonja, M. eds. *Učenci z učnimi težavami. Prepoznavanje in diagnostično ocenjevanje*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani.
- Reiss, B.K., 1990. *A biography of Mary Cover Jones*. Berkeley, CA: Wright Institute.
- Ribič Hederih, B., 2007. Vedenjska terapija – od teorije k terapiji. In: Anič, N. & Janjušević, P. eds. *Izbrane teme iz vedenjsko-kognitivne terapije*. Ljubljana: DVKT Slovenije, pp. 20–37.

POMEN TRENINGOV ASERTIVNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI

THE IMPORTANCE OF ASSERTIVENESS TRAININGS IN NURSING

**Maja Frencl Žvanut, dipl. psih.-profesor (Republika Hrvaška), spec. klin. psih.
(Republika Hrvaška)**

Čuječna soba, Center za svetovanje, psihoterapijo in kreativnost v Kopru
info@cujecna-soba.com

Izvleček

Čeprav je asertivnost izredno pomembna veščina, je tako v strokovni kot v znanstveni literaturi o njej pre malo novejših virov, še posebej na področju zdravstva. Medicinske sestre so pogosto izpostavljene zahtevni interakciji s pacienti in ostalimi zaposlenimi, zato je še posebej pomembno, da znajo pravilno reagirati. Asertivnost poleg na samo izboljšanje kakovosti dela v zdravstveni negi vpliva tudi na izboljšanje njihovega samospoštovanja, povečanje občutka dostenjanstva, osebno zadovoljstvo s poklicem in kariernim razvojem. Eden od načinov za povečanje asertivnosti so ravno treningi asertivnosti, ki se jih običajno izvaja skupinsko na več tedenskih srečanjih. Udeleženci na njih spoznajo konstruktivne načine izražanja svojih misli, čustev in potreb na način, ki odraža spoštovanje do samega sebe in drugih. Teoretično izhodišče treningov temelji na vedenjskem in kognitivnem pristopu. Ugotovitev nakazujejo, da je izredno učinkovito intervencije pri treningu asertivnosti za medicinske sestre usmeriti na ozaveščanje asertivnih pravic, pravilno razlikovanje slogov komunikacije (asertivnega, pasivnega, agresivnega in pasivno-agresivnega), spremenjanje neasertivnih misli, učenje vedenjskih veščin asertivne komunikacije ter njeno modeliranje in preizkus prek igre vlog.

Ključne besede: komunikacija, medicinske sestre, kognitivno-vedenjski pristop

Abstract

Despite the fact that assertiveness is an extremely important skill, there is a lack of recent literature about that topic, especially in the field of healthcare. Nurses are often exposed to the demanding interaction with patients and other employees, hence, it is very important to know how to react properly in such circumstances. Assertiveness, beside having a substantial impact on the quality of work in nursing, has also a positive effect on nurses' self-esteem, sense of dignity, personal satisfaction with the profession, and career development. One approach to increase the assertiveness are assertiveness trainings, usually performed in groups in several weekly meetings. During these meetings, participants become familiar with the constructive ways of expressing their thoughts, emotions and needs by respecting themselves and others. The theoretical foundation of these trainings are behavioral and cognitive approaches. Findings indicate that interventions in nurses' assertiveness trainings should be directed towards raising the awareness of assertive rights, proper differentiation of communicative patterns (assertive, passive, aggressive, and passively aggressive), changing non-assertive thoughts, learning assertive communication skills, their modelling, and testing through role play.

Keywords: communication, nurses, cognitive-behavioural approach

Uvod

Začetek znanstvenega raziskovanja asertivnosti sega v sredo prejšnjega stoletja in je povezan s kliničnimi psihologi, kot sta Lazarus in Wolpe. Menila sta, da je slaba samozavest in posledično pomanjkanje veščine zavzemanja zase razlog za nekatere duševne bolezni. Nekatere paciente so zato vključevali v različne programe usposabljanja za razvoj samozavesti, med ostalimi tudi s programi asertivnosti. V 60. letih je asertivnost našla svoje mesto v splošni populaciji, ko se je pojavila humanistična psihologija. Zanimanje za motivacijo in postavljanje ciljev, samozavest in razvoj osebnega potenciala je naraščalo. Osebnost se je začelo preučevati skozi sposobnost osebe do samoupravljanja in samouresničevanja. V 70. letih so se s pojavom gibanja za človekove pravice v ZDA številni psihologi začeli vse bolj usmerjali v preučevanje asertivnosti kot načina zaščite individualnih človekovih pravic. Kasneje so socioekonomski odnosi 80. in 90. let povečali zanimanje psihologov in laikov za asertivnost kot metodo za doseganje ciljev in samopotrditve (Peneva & Mavroidev, 2013).

Vendar v zadnjih desetletjih je omenjeni pojem vse manj prisoten v strokovni in znanstveni literaturi. Razlog temu vsekakor ni v zmanjšani uporabi asertivnih tehnik ali slabem učinku uporabe omenjene veščine. Verjetno je razlog v tem, da je trening asertivnosti že vključen v številne terapevtske procedure in le redko samostojno predstavljen ali pa se zanj uporablja drugačen termin (Speed, 2017), npr. komunikacijske in druge socialne veščine. Trening asertivnosti je pogosto eden od sestavnih delov terapevtskega načrta pri obravnavi pacientov z duševno motnjo, kot sta anksioznost ali depresija (Leahy & Holland, 2000; Hawton, et al., 2008), ter ena od pogosto poučevanih veščin za izboljšanje komunikacije in zmanjšanje stresa delovne populacije. V današnjem času, ko so zahteve po socialnih veščinah zaposlenih vse večje, je tudi pozornost strokovne javnosti vse bolj usmerjena na specifično uporabo asertivnosti in asertivnih veščin (Peneva & Mavroidev, 2013).

Asertivnost lahko opredelimo kot komunikacijski slog. Je sposobnost ali veščina, da oseba lahko verbalno in neverbalno izrazi svoje čustva, misli, prepričanja in mnenja na odprt način, ki ne krši pravice drugih (Alberti & Emmons, 2017). Butler (1981 cited in Kilkus, 1993) opisuje asertivno vedenje kot iskreno izražanje sebe na štirih področjih: (a) pozitivna čustva, (b) negativna čustva, (c) postavljanje meja (reči ne) in (d) postavljanje zahtev ali prošenj. Prisotnost asertivnosti kot vedenja ublaži osebno oz. poklicno nemoč in rezultira v osebnem oz. poklicnem opolnomočenju. Asertivna komunikacija tako vključuje veščine, kako reči ne, kako dati oz. sprejeti kritiko, izraziti razočaranje ali nezadovoljstvo, podati zahtev, izraziti svojo potrebo itn. (Hackney & Cormier, 2009). Drugi znani slogi komuniciranja vključujejo agresivnost, kjer posameznik krši pravice drugih, in pasivnost, kjer se posameznik ne zavzema zase in tako krši svoje lastne pravice. Obstaja tudi pasivno-agresivna komunikacija, pri kateri je oseba v bistvu agresivna, vendar na pasiven ali posreden način (Alberti & Emmons, 2017). Denimo, nekdo je lahko jezen, vendar ne deluje na očitno agresiven način, tako da vpije ali udari; namesto tega, na primer, lahko močno zaloputne z vrati ali jezno molči. Asertivnost, pasivnost, pasivna agresivnost in agresivnost so komunikacijski slogi, ki imajo svoje specifične značilnosti na kognitivnem, afektivnem in vedenjskem področju, pri katerem je treba upoštevati verbalne in neverbalne značilnosti.

Namen pričajočega prispevka je predstaviti pomen asertivnosti v zdravstvenem delovnem okolju in pomen treningov asertivnosti v zdravstveni negi.

Teoretična izhodišča

Potreba po razvijanju asertivnih veščin je bila v zadnjih letih prepoznana v različnih profesionalnih kontekstih, na primer, v šolskem okolju, pri učiteljih, pri managerjih ter tudi v zdravstvu (Peneva & Mavroidev, 2013).

Tradicionalno se v zdravstvenem sistemu dojema medicinske sestre kot zdravnikom podrejeno skupino. Zaradi tega položaja so pogosto odvrnjene od prevzemanja iniciative, odločanja o aktivnostih in posledično razvijanja asertivnosti (Mc Cabe & Timmins, 2003). Drugi velik problem je izpostavljenost medicinskih sester verbalnemu nasilju s strani pacientov in tudi ostalih zaposlenih, kar ima za posledico nezadovoljstvo z delom, zmanjšano samozavest in profesionalno nezadovoljstvo (Begley & Glacken, 2004). Kljub temu pa v literaturi ne zasledimo eksplizitnih dokazov, da so medicinske sestre manj asertivne od splošne populacije. Rezultati raziskav so si nasprotujejoči, nekateri rezultati namreč kažejo na nizko asertivnost omenjene populacije (Poroch & McIntosh, 1995 cited in McCabe & Timmins, 2003), medtem ko drugi kažejo, da asertivnost medicinskih sester ni nizka (Kilkus, 1993). Ne glede na to pa za zdravstvene delavce kot tudi vse ostale poklice, ki so v stiku z ljudmi, velja, da je asertivna komunikacija pomembna veščina, uporabna pri vsakdanjem delu. Glavne naloge medicinskih sester, kot so reagiranje na specifične potrebe pacientov, izvajanje negovalnih intervencij, dajanje socio-emocionalne podpore, izmenjava informacij in dogovarjanje, so povezane s komunikacijskimi veščinami in spretnostmi. Posledično morajo imeti medicinske sestre veščine, s katerimi lahko ustvarijo dobre medsebojne odnose s pacienti, zaznajo pacientove izkušnje in skrbi, kako bi cilje dosegle in obenem spoštovale vrednote zdravstvene nege (Balquis & Rajab, 2015).

Programi usposabljanja so večinoma izpostavljeni, da morajo medicinske sestre najprej zadovoljiti svoje potrebe, pri tem pa ne smejo postaviti potreb pacientov pred svojimi (Clark, 2003). Slednje ima poleg negativnih fizičnih in psihičnih posledic za posledico še zmanjšano učinkovitost pri delu. V izogib temu so udeležencem omenjenih programov usposabljanja predstavili tehnike razvijanja spretnosti prepoznavanja svojih potreb in pravic ter njihovo eksplizitno in asertivno izražanje (Clark, 2003). Uporaba omenjenih spretnosti v poklicni komunikaciji medicinskih sester ni vplivala samo na izboljšanje kakovosti njihovega dela, temveč je tudi izboljšala njihovo samospoštovanje, občutek dostojanstva, osebno zadovoljstvo s poklicem in kariernim razvojem (McCabe & Timmins, 2003; Lin, et al., 2004). Nenazadnje se je pozitiven učinek treninga asertivnosti medicinskih sester pokazal tudi kot povečanje samega zaupanja v stroko s strani pacientov (McCabe & Timmins, 2003). Asertivno vedenje oz. veščina je torej predpogoj za učinkovito komunikacijo med medicinskimi sestrami in pacienti, kar pozitivno vpliva na kompetentnost in suverenost pri delu. Z asertivnostjo zmanjšamo vpliv stresorjev na posameznika in posledično tudi na zmanjševanje izgorelosti medicinskih sester (Caldwell & Weiner, 1981; Duquette, et al., 1994; Landsbergis, 1998 cited in Černelič Bizjak, 2009) in ostalih zdravstvenih delavcev. Suzuki in sodelavci (2006) ugotavljajo, da sta ravno nizka stopnja asertivnosti in pomanjkanje podpore s strani starejših sodelavcev, ključna dejavnika, ki povzročata izgorelost. Ellis in Miller (1993 cited in Černelič Bizjak, 2009) sta pokazala, da trening asertivnosti lahko zmanjša občutek emocionalne izčrpanosti, poveča pa občutek pripadnosti instituciji, kar je povezano z zmanjšanjem fluktuacije zaposlenih. Rezultati študije avtorjev Lee in Crockett (1994 cited in Černelič Bizjak, 2009) jasno nakazujejo na učinkovitost asertivnih treningov pri soočanju s stresom pri medicinskih sestrah. Asi Karakas in Okanli (2015) so ugotovili negativno statistično značilno povezavo med zaznano stopnjo izpostavljenosti mobingu in asertivnostjo medicinskih sester, kar lahko nakazuje na to, da se s povečanjem asertivnega vedenja zmanjša verjetnost izpostavljenosti mobingu.

Razprava

Rezultati pregledanih študij kažejo, da je za medicinske sestre ključnega pomena, da se udeležujejo kakovostnih treningov asertivnosti. Slednje se običajno izvaja skupinsko med več tedenskimi srečanjimi, kjer se udeleženci učijo o konstruktivnih načinih izražanja svojih misli, čustev in potreb na način, ki odraža spoštovanje do samega sebe in drugih.

Alberti in Emmons (2017) navajata tri običajne dejavnike, ki ovirajo ljudi pri asertivnem vedenju, in sicer: (1) prepričanja, da se nimajo pravice zavzeti za svoje potrebe in izraziti svoje mnenje, (2) anksioznost in strah pred morebitnimi posledicami zavzemanja zase ter (3) pomanjkanje vedenjskih veščin za asertivno reakcijo. Skladno s tem je pomemben podatek raziskave Porocha in McIntosha (1995 cited in McCabe & Timmins, 2003) o ovirah, ki preprečujejo medicinske sestre pri asertivnem vedenju: pomanjkanje znanja o osebnih in profesionalnih pravicah, skrb o tem, kaj si bodo mislili drugi o njih, in anksioznost zaradi nizke samozavesti in zaupanja vase. V skladu z navedenim lahko teoretična izhodišča za načrtovanje treningov asertivnosti zasledimo v pristopu vedenjsko-kognitivne psihoterapije, katere intervencije lahko vplivajo na premagovanje omenjenih ovir. Vedenjsko-kognitivna psihoterapija je oblika psihoterapije, ki izhaja iz predpostavke, da misli vplivajo na posameznikova čustva in telesne odzive ter izbiro vedenja, povezane z ohranjanjem določenega nefunkcionalnega vzorca. Usmerjena je predvsem na trenutne težave v sedanjosti ter raziskovanje in spreminjanje miselnih vzorcev in vedenjskih navad, ki smo se jih naučili v preteklosti in nam danes ne pomagajo več (Hawton, et al., 2008). Asertivni trening se najpogosteje izvaja v psihoterapiji in pri svetovanju osebam z depresivno motnjo ali socialno anskioznostjo; lahko je del načrtovanih intervencij tudi drugih psihičnih težav (Hawton, et al., 2008), na primer, pri terapiji posameznikov z osebnostno motnjo (Beck, et al., 2012). Trening asertivnosti v individualni terapiji običajno vključuje tako vedenjske kot kognitivne intervencije. Od vedenjskih intervencij se uporablja identificiranje situacij, kjer je osebi težavno uporabiti asertivno vedenje. Ko so te identificirane, se jih razvrsti po zahtevnosti. Sledi učenje vedenj in načinov asertivne komunikacije (verbalne in neverbalne) v specifični situaciji, modeliranje asertivnega vedenja, igranje vlog in vedenjski preizkus (Hackney & Cormier, 2009). Od kognitivnih intervencij je najbolj pomembno kognitivno restrukturiranje neasertivnih misli in interpretacij (Beck, 2007).

V vedenjskem pristopu v svetovanju in psihoterapiji je komunikacijski slog naučeno vedenje in način razmišljanja, ki se ga da spremeniti v asertivnejšega. Oseba se uči o slogu komunikacije iz tega, kar je doživljala v otroštvu. Če se osebi ni uspelo naučiti asertivnega vedenja po zgledu v svojem okolju ali je zaradi tega imela negativne posledice po asertivnem vedenju, je verjetnost manjša, da bo kot odrasla oseba imela večine asertivnega vedenja in komunikacije ter da bo imela asertivna pravila, stališča in na splošno način razmišljanja (Hawton, et al., 2008). Na primer, način reševanja konfliktov v družini, neposredna sporočila članov družine o načinu soočanja s konflikti in načini odzivanja na asertivne, agresivne ali pasivne reakcije lahko vplivajo na raven asertivnosti odrasle osebe. Če je oseba doživljala agresivne odzive staršev ali prijateljev na svoje asertivno vedenje, se lahko kasneje v življenju nauči, da je bolje molčati in biti neopazen, lahko pa osvoji enak način komunikacije kot starši. Če je oseba v otroštvu doživljala pasivne odzive staršev, lahko ponotranji enak slog razmišljanja in vedenja kot oni. Zato se oseba mora naučiti nove, bolj funkcionalne večnine ter z njeno uporabo doživeti nove pozitivnejše odzive iz okolja, da bi tako utrdila novo večino in zmanjšala vpliv preteklih neprimernih izkušenj na današnje funkcioniranje.

Po kognitivnem pristopu so naša vedenja in čustva v veliki meri določena z imaginarnimi, v življenju osvojenimi pravili in prepričanji o tem, kaj smemo in kaj ne smemo narediti ter kako

ta svet deluje. Omenjene kognicije nas pri tem vodijo pri izbiri našega vedenja, med drugim tudi pri izbiri, ali bomo asertivno odreagirali v določeni situaciji (Beck, 2007). Pri svojem delu prepoznam veliko običajnih neasertivnih misli, ki jih imajo osebe s težavami v medosebnih odnosih, na primer: »*Ne smem govoriti, kako se resnično počutim ali mislim, ker ne želim obremeniti druge z mojimi težavami*«; »*Če se zavzamem zase, bom razburil drugo osebo in uničil njen odnos*«; »*Ne uporabljam izjav o tem, kaj potrebujem ali kako se počutim, ker bi ljudje, ki so mi blizu, morali to že vedeti*«; »*Nesramno in sebično je reči, kaj hočeš*«; »*Če izrazim, da sem zaskrbljena, bodo ljudje mislili, da sem šibka in se mi bodo posmehovali ali me izkoristili*« ipd. Valentine (1995) je ugotovil, da imajo medicinske sestre nefunkcionalno prepričanje, da je asertivno vedenje brezčutno, kar pojasnjuje s tem, da so ženske v družbi vedno bile socializirane, da so odvisne od drugih pri zadovoljenju svojih potreb in pri pridobivanju podpore, zato rešujejo konflikte na osnovi obveznosti, ne pa na osnovi svojih pravic kot moški. Način asertivnega razmišljanja, ki poudarja spoštovanje sebe in drugih ter odgovornost do sebe, vendar ne tudi do drugih, je v nasprotju z razmišljanjem medicinskih sester, ker imajo občutek skrbi za pacienta. Vedenja, ki se pojavljajo kot produkt takega razmišljanja, so običajno pasivna, pasivno-agresivna ali agresivna, ne pa asertivna.

Zato učinkoviti treningi asertivnosti praviloma vključujejo vedenjsko in kognitivno komponento. Vedenjski trening je usmerjen v vedenjske deficite udeležencev, ki jih preprečujejo, da se vedejo asertivno, kognitivni trening pa je usmerjen v ozaveščanje in kognitivno restrukturacijo, usmerjeno v anksiozne misli, katerih posledica je, da se oseba izogiba biti asertivna (Alberti & Emmons, 2017; Speed, et al., 2017).

Zaključek

Treningi asertivnosti, če so pravilno izvedeni, lahko tako medicinskim sestram in zdravstvenim ustanovam in nenazadnje tudi pacientom prinesejo številne prednosti, zato so za zaposlene v zdravstveni negi izrednega pomena. Za dosego največjega in trajnega učinka je potrebno pri načrtovanju treningov predvideti tako vedenjske kot kognitivne intervencije.

Literatura

- Addis, J. & Gamble, C., 2004. Assertive outreach nurses' experience of engagement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), pp. 452–460.
- Asi Karakaş, S. & Okanlı, A., 2015. The Effect of Assertiveness Training on the Mobbing That Nurses Experience. *Workplace Health & Safety*, 63(10), pp. 446–451.
- Alberti, R. E. & Emmons, M. L., 2008. *Your perfect right: assertiveness and equality in your life and relationships*. 9th ed. Atascadero, Calif: Impact Publishers.
- Beck, J.S., 2007. *Kognitivna terapija: osnove, educiranje i uvježbavanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap, pp. 2–24.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D., Pretzer, J., Fleming, B., Arntz, A. et al., 2012. *Kognitivna terapija poremećaja ličnosti*. 2th ed. Jastrebarsko: Naklada Slap, pp. 4–34.
- Begley, C.M. & Glacken, M., 2004. Irish nursing students' changing levels of assertiveness during their pre-registration programme. *Nurse Education Today*, 24(7), pp. 501–10.
- Clark, C.C., 2003. *Holistic assertiveness skills for nurses: empower yourself and others*. New York: Springer Pub, pp. 80–82.
- Ellis, B.H. & Miller, K.I., 1993. The role of assertiveness, personal control, and participation in the prediction of nurse Burnout. *Journal of Applied Communication Research*, 21(4), pp. 327–42.

- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J. & Clark, D.M., 1989. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Hackney, H.L. & Cormier, S. 2009. *The professional Counselor: A process guide to helping*. 6th ed. New Jersey: Pearson, pp. 256–9.
- Lin, Y.R., Shiah, I.S., Chang, Y.C., Lai, T.J., Wang, K.Y. & Chou, K.R., 2004. Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today*, 24(8), pp. 656–65.
- Leahy, R.L. & Holland, S.J., 2000. *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford.
- Mc Cabe, C. & Timmins, F., 2003. Teaching assertiveness to undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 3(1), pp. 30–42.
- McCartan, P.J. & Hargie, O.D., 2004. Assertiveness and caring: are they compatible? *Journal of Clinical Nursing*, 13(6), pp. 707–13.
- Peneva, I. & Mavrodiev, S., 2013. A Historical Approach to Assertiveness. *Psychological Thought*, 6(1), pp. 3–26.
- Suzuki, E., Kanoya, Y., Katsuki, T. & Sato, C., 2006. Assertiveness affecting burnout of novice nurses at university hospitals. *Japan Journal of Nursing Science*, 3(2), pp. 93–105.
- Speed, B.C., Goldstein, B.L. & Goldfried, M.R., 2018. Assertiveness Training: A Forgotten Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), e12216.
- Timmins, F. & McCabe, C., 2005a. How assertive are nurses in the workplace? A preliminary pilot study. *Journal of Nursing Management*, 13(1), pp. 61–7.
- Timmins, F. & McCabe, C., 2005b. Nurses' and midwives' assertive behaviour in the workplace. *Journal of Advanced Nursing*, 51(1), pp. 38–45.
- Valentine, P.E., 1995. Management of conflict: do nurses/women handle it differently? *Journal of Advanced Nursing*, 22(1), pp. 142–9.

**ALI SE JE MOGOČE IZURITI V ŽILAVOSTI?
OPOLNOMOČENJE STROKOVNJAKOV ZA UČINKOVITO
IN KAKOVOSTNO POKLICNO DELO TER ZASEBNO ŽIVLJENJE***

RESILIENCY TRAINING IN MENTAL HEALTH PROFESSIONALS – A
MYTH OR A FEASIBLE EMPOWERING PROCESS FOR EFFECTIVE AND
FULFILLING PROFESSIONAL ENDEAVORS AND PRIVATE LIFE

prof. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih., znanstvena svetnica

Katedra za družinsko medicino
Medicinska fakulteta univerze v Ljubljani
polona.selic@siol.net

Izvleček

Nekateri ljudje¹ ohranijo psihično in fizično zdravje tudi v izjemno stresnih situacijah. Disfunkcije pri ostalih niso neposredna posledica stresa, ampak neuspeha pri spoprijemanju z njim, saj se učinki stresorjev prelomijo skozi strategije spoprijemanja. Usmerjenost na problem ali emocije po neugodnem dogodku navadno povzroči izboljšanje stanja, izogibalne strategije in zanikanje pa ga poslabšajo. Za uspešno spoprijemanje s stresom je zato potrebno spoprijemanje in soočenje (ter neredko tudi aktiviranje) z vsemi deli sistema, ki nastopajo v interakcijskem modelu stresa – tako z biopsihosocialnimi kot tudi z dejavniki fizične (objektivne) realnosti. Strategije spoprijemanja s stresom so manj učinkovite pri ljudeh, ki le malo verjamejo v uspeh svojih akcij in strategij. Izhodiščna pozitivna naravnost poveča verjetnost, da bo oseba izbrala dejavno spoprijemanje, zaradi katerega bo tudi morebitna disforija manjša. Način življenja in osebnost sta povezana z vsemi znaki in manifestacijami tako zdravega kot tudi nezdravega vedenja. Verjetnost bolezni pri neki osebi raste s stopnjo sovražnosti, z zadrževanjem ježe in s siromašnim vrednotenjem samega sebe.

Ključne besede: kognitivna ocena, viri, spoprijemanje s stresom, strategija, osebnostne lastnosti, nadzor, osebnostna čvrstost

Abstract

For certain individuals maintaining mental and physical health even in extremely stressful situations has been shown to be possible. However, dysfunctional responses also appear, yet not as a direct consequence of stress, but more as related to coping failure, given that the effects of stressors are modified by coping strategies. Focusing on the problem or emotions after an adverse event usually leads to an improvement in the condition, while avoidance strategies and/or denial usually trigger deterioration. For successful coping, it is therefore necessary to activate all the parts of the system that appear in the interactive stress model, i.e. both, biopsychosocial as well as factors of physical (objective) realities. Coping strategies are proven to be less effective in people who have little faith in the success of their actions, i.e. low self-efficacy. The initial positive attitude increases the likelihood that a person will choose problem-oriented coping, which might further buffer a possible dysphoric mood. The

¹ V besedilu je pogosto uporabljena moška oblika (spol), vendar se vsaka trditev, v kateri ni izrecno opredeljeno, ali gre za ženske oziroma moške, nanaša na oba spola.

life-style and personality are related to all signs and manifestations of both healthy and unhealthy behaviours. The menace of health deterioration increases with the degree of hostility as a personal trait, with anger-management failure, i.e. anger suppression, and poor self-esteem in a person.

Keywords: cognitive assessment, resources, coping with stress, strategy, personality characteristic, control, personality strength

Osebnostne lastnosti – prej ali potem?

V vsakdanjih, s stresom navadno močno obremenjenih pogojih sodobnega življenja ohranijo biopsihosocialno ravnotežje zlasti osebe z jasnimi vrednotami, cilji in z realnim samozavedanjem, tj. osebe, ki imajo dovolj samozaupanja, da dejavno nastopajo ter posegajo v okolje. Pri tem je pomembno tudi realno umeščanje dogodkov v svoj generalni življenjski koncept ter prepričanje, da je v vsakem dogodku tudi nekaj dobrega (pozitivna orientacija). Namen prispevka je predstaviti nekatere dejavnike, povezane s problemskim spoprijemanjem in krepitvijo žilavosti.

Preučevanje stresa in strategij spoprijemanja z njim je običajno oteženo zaradi precejšnje raznolikosti odzivov na identični stresor, kar je posledica medosebnih razlik v izvorih odpornosti na stres, v kognitivnih ocenah in v individualnih strategijah (Selič, 1999).

Osebnostne lastnosti so povezane s funkcioniranjem imunskega sistema. Močna izraženost afiliacijskega motiva se odraža v nižjem krvnem pritisku in manjši obolenosti, pri čemer naj bi imel imunski sistem intervenirajočo vlogo. Odkrili so šibkejši imunski sistem pri ljudeh, katerih težnje po moči so močnejše od afiliacijske motivacije. Tudi depresivnost slabi imunski sistem (osebnost tipa C) (Argyle, 1992; Selič, 1999; Vaillant, 2000; Selič, 2007).

Individualnost strategij spoprijemanja je povezana z večjim številom osebnostnih in vedenjskih značilnosti (Argyle, 1992; Selič, 1999; Vaillant, 2000; Selič, 2007):

- **osebnostna čvrstost:** zajema občutke odgovornosti, visoko stopnjo nadzora, pravičnost in odprtost za izzive ter **občutek povezanosti in skladnosti**, podprt z vero v lastno kompetentnost in smiselnost svojega početja ter z željo po napredovanju (ne v izrazito storilnostnem smislu);
- **zavest o nadzoru** ima somatske korelate (nevroendokrine zveze) ter dokazano vpliva na bio-psihološko blagostanje, kar se je pokazalo tudi v primerih številnih ogrožajočih stresnih dogodkov v življenjski zgodovini;
- **približevanje in izogibanje:** naravnost k/stran od stresorja. Zdi se, da je v splošnem približevanje bolj ustrezno oz. da ima izogibanje dolgoročno mnogo hujše posledice, vendar je omenjena »ustreznost« v veliki meri odvisna od interakcijskega delovanja številnih variabel;
- **obrambni mehanizmi:** njihov pomen in vloga sta dodobra opisana v analitsko usmerjeni literaturi, sprejeli pa so ju tudi drugače orientirani avtorji. Obrambni mehanizmi nesporno pomembno vplivajo na splošno počutje in biopsihosocialno ravnotežje. Čeprav jih nekateri teoretiki enačijo z nefunkcionalnimi, k emocijam usmerjenimi strategijami, se potrjuje ustreznost uporabe vsaj nekaterih, kot so supresija, sublimacija, anticipacija, humor in altruizem.

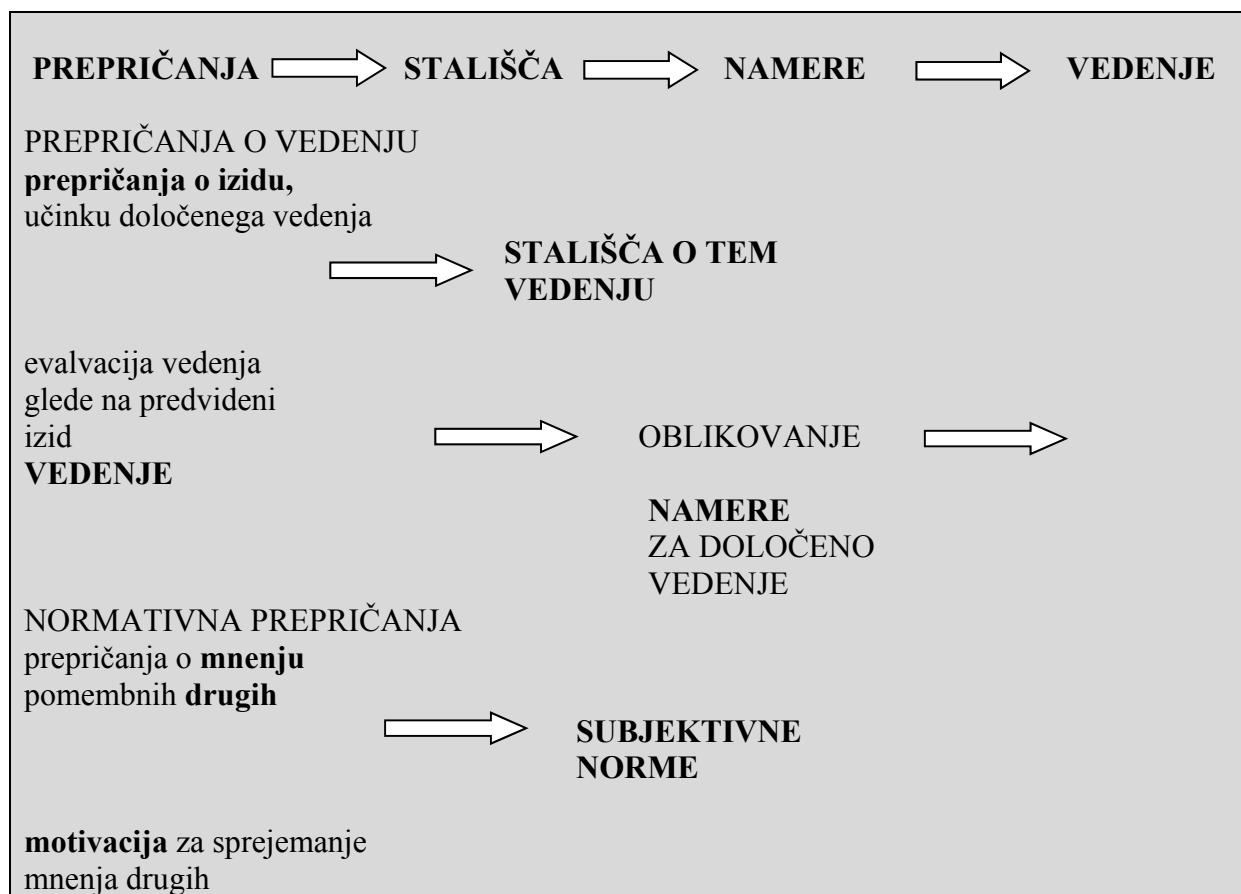
Medosebne razlike je mogoče opaziti, opisati in izmeriti na vseh ravneh in v vseh delih interakcijskega modela stresa. Nekatere lastnosti, ki se zdijo na videz banalne, so se pokazale

kot zelo pomembne pri obvladovanju vsakdanjih stresov. To so (Sarafino, 1990; Selič, 1999; Selič, 2007; Selič, 2013):

- **organiziranost časa**, ki zmanjšuje in blaži občutke frustriranosti, neproduktivnega izgubljanja časa ter zmanjšuje možnost pojavljanja nekaterih (stresnih) situacij. V vsakdani rabi se je močno uveljavil izraz »time management«. Gre za pristop, odnos do obveznosti, nalog in dogodkov, za katerega so značilni opredelitev ciljev (dolgoročnih, kratkoročnih, dnevnih), dnevno določanje prioritetnih opravil (glede na cilje) ter izdelava urnika (razporeda), ki mora dopuščati morebitno vključevanje nenadnih, nujnih nalog;
- **telesna aktivnost (fitness)** znižuje dovzetnost za stres, anksioznost, krvni pritisk in reaktivnost v splošnem;
- **anticipiranje stresnega dogodka** (velja seveda le za predvidljive dogodke, kot so nekateri medicinski posegi, selitev, formalna potrditev ločitve ipd.) in način priprave nanj vsaj do neke mere ublažita zaskrbljenost. Oseba najprej zbere informacije o dogodku, kar sicer vzbudi anksioznost, vendar sta še zmeraj mogoči vizualizacija dogajanja ter opredelitev lastnih pričakovanj (na mentalnem planu). Na osnovi opisanega pride do mobilizacije strategij obvladovanja stresa, verjetnost uspešnega izida pa močno naraste.

Pomen prepričanj in pričakovanj

Da bi bilo mogoče obvladati trenutni odziv, ki ga je povzročil stresor, mora spoprijemanje vključiti vse oz. kar največ virov odpornosti na stres. Vsaka strategija vsebuje tri ključne med seboj povezane komponente – racionalnost, fleksibilnost in vizijo prihodnosti. Problemko usmerjene strategije (socialne veštine), kot so asertivnost, intimnost in samorazkrivanje, aktivirajo socialno podporo, komunikacijo in/ali pogajanja. Strategije, usmerjene k emocijam, so navadno povezane s ponovno oceno situacije (Selič, 1999).



Slika 1: Odnos med prepričanji in ravnanjem (Selic, 1999)

Ljudje s šibkim prepričanjem, da lahko uravnavajo svoje razpoloženje ali o lastni zmožnosti izboljšanja emocionalnega stanja in počutja, tudi dvomijo, da bi mogla njihova razmišljjanja in prizadevanja omembne vredno vplivati na doživljanje stresa. Tovrstna naravnost je povezana z Lazarusovim konceptom **sekundarne** (naknadne) **ocene** – evalvacije delovanja, ki je odgovor na stresor iz okolja (Cordin, 2003). Sekundarna ocena zajema dve vrsti pričakovanj – **pričakovanja izida** in **lastne učinkovitosti**. Prva se nanašajo na posledice določenega delovanja, druga pa se dotikajo človekove vere v lastno zmožnost uresničitve svojih zamisli (Selič, 1999; Vaillant, 2000).

Pričakovanja, povezana z uravnavanjem razpoloženja, so generalizirana pričakovanja izida – gre za prepričanja, da bodo kognitivni in vedenjski odzivi v stresni situaciji zmanjšali disforičnost. Prepričanje o možnosti vplivanja na lastno razpoloženje je povezano tudi s konceptom mesta nadzora – s percepcijo lastnega vpliva (nadzora) na izide v okolju (Vaillant, 2000). Tovrstna prepričanja v pomembni meri oblikujejo odzive na stres. Že samo zaupanje osebe, da se bo počutila bolje, lahko izboljša počutje, medtem ko prepričanja o nezmožnosti uravnavanja lastne disforičnosti stanje disforije le še utrjujejo, kar se ujema s kognitivno teorijo disforije in konceptom naučene nemoči (Selič, 1999; Selič, 2007). Disforično in/ali depresivno razpoloženje je mogoče opredeliti tudi z vidika pričakovanja odklonilnega, neugodnega izida. Če disforična stanja opredelimo kot tovrstne izide, je razumljivo, da jih lahko že samo prepričanje, da se bodo stalno ponavljala in/ali nadaljevala ter da ne bo nikoli bolje, enostavno vzdržuje.

Človekova prepričanja določajo načine spoprijemanja s stresom in neposredno vplivajo na disforično razpoloženje (slika 1). Gre celo za najboljši samostojni prediktor aktivnih strategij in disforije. Trdneje ko oseba verjame, da zmore premagati težave, in redkeje ko izbere izogibalne strategije, manjkrat zdrsne v depresijo. Izboljšanje razpoloženja ni neposredna posledica dosledne uporabe dejavnega spoprijemanja, ampak vere v učinkovitost takšnih strategij. Razpoloženje je v znaten meri določeno z afektivno vrednostjo pričakovanih izidov (Selič, 2007b).

Ker pričakovanja vplivajo na vedenje in njegove posledice, se pri depresivnih osebah občutek slabše učinkovitosti v procesu reševanja problemov pokaže kot pasivnost na kognitivni ravni in pri vedenju. Pričakovanje, da ne bo nikoli bolje, človeka "prilepi" na negativne vidike situacije in na lastno nezmožnost in njegovo vedenje zato ni usmerjeno k cilju – rešitvi problema. Zato je pri depresivnih problemska (stresna) situacija tisti sprožilni dejavnik, ki aktivira negativno samovrednotenje in pasivno sprejemanje. Gre za deficit v iskanju učinkovitih rešitev za reševanje stresnih situacij socialne narave, kar povzroča kopiranje nerešenih težav in rezultira v situaciji kroničnega stresa (Cordin, 2003). Raziskave so pri obeh spolih dokazale zvezo med disforičnim stanjem in zadrževanjem jeze; zato je mogoče zadrževanje jeze opredeliti kot dober prediktor disforije, ki izvira iz stresnih obremenitev (Selič, 1999).

Občutek nadzora nad lastnim življenjem

Med osebnostnimi lastnostmi, ki preoblikujejo delovanje stresorjev in vplivajo na spoprijemanje, je bila posebna pozornost namenjena zavesti (občutku) nadzora nad lastnim življenjem, ki ga opredelimo kot zavest osebe, da lahko samostojno odloča in ukrepa, dosega želene cilje ter se izogiba neljubim okoliščinam in posledicam (Selič, 2013). Na osnovi

načinov, ki jih ljudje uporabljajo, ko skušajo vplivati na dogajanje in zmanjšati stresne obremenitve, je mogoče določiti tudi različne vrste nadzora (Sarafino, 1990; Cordin, 2003):

- **nadzor vedenja** – zmožnost ukrepanja in konkretnih aktivnosti, ki omilijo delovanje stresorja tako, da bodisi zmanjšajo intenzivnost, bodisi skrajšajo trajanje;
- **kognitivni nadzor** – kognitivni procesi ali strategije, ki modificirajo kratkotrajno oz. trenutno reakcijo na stres (fazo alarma) in preusmerijo pozornost na druge, nevtralne ali celo pozitivne vidike in vsebine situacije. Med vsemi vrstami nadzora ta najbolj konsistentno pozitivno vpliva na spoprijemanje s stresom;
- **nadzor odločanja** – možnost izbire alternativnih postopkov ali smeri akcije;
- **informacijski nadzor** zajema nadzor dostopa do informacij, povezanih s stresnim dogodkom;
- **retrospektivni nadzor** – se nanaša na prepričanja o vzrokih stresnega dogodka potem, ko je ta že mimo. To vrsto nadzora je mogoče identificirati pri ljudeh, ki iščejo smisel (sporočilo, pomen) preteklih življenjskih tragedij in nesreč. Takšna prizadevanja sicer ne nudijo možnosti nadzora nad samim dogodkom, pomagajo pa pri preoblikovanju lastne reakcije ter razumevanju sveta kot smiselnega in urejenega. Odkritje "krivca" namreč neredko reducira anksioznost.

Zavest o nadzoru nad lastnim življenjem se začne oblikovati že zelo zgodaj. Najbolj ugodne pogoje za to nudijo otroku ljubezen in spoštovanje staršev in kasneje učiteljev, ustrezne vzpodbude, podpora in sprejemanje njegove vedno večje samostojnosti, upoštevanje otrokovih pripomb, želja, zahtev in potreb ter razumni kriteriji za vrednotenje njegovih dosežkov – tako da novih nalog ne doživlja kot groženj, ampak kot izzive (Cordin, 2003; Selič, 2013). Zavest o nadzoru nad lastnim življenjem je odvisna od preteklih izkušenj, (ne)uspehov, torej od rezultatov socialnega učenja. V situacijah dolgotrajnega stresa se lahko pri ljudeh, ki sicer skušajo aktivno posegati v okolje in uravnnavati svoje življenje, pojavi občutje nemoči in brezupa, ki duši siceršnjo zavest nadzora nad lastnim življenjem. Vedno globlja apatija izkrivi tudi percepcijo in vrednotenje drugih situacij, v katerih bi bil nadzor sicer mogoč in ustrezen (Selič, 2013). Takšno stanje je Seligman imenoval **naučena nemoč** ter ga označil kot značilnost depresije (Selič, 1999; Selič, 2007). Oseba, ki negativne dogodke oceni kot trajne in splošne, bo zelo verjetno občutila nemoč in depresijo. Če se temu pridružijo še občutki krivde in prepričanje, da je oseba sama odgovorna za nastale razmere, je ogrožen tudi občutek lastne vrednosti. Povezanost občutkov nemoči in pripisovanja vzrokov in odgovornosti se je potrdila v številnih raziskavah (Selič, 1999; Selič, 2013).

Raziskovalci poročajo o velikih medosebnih razlikah v prepričanju o nadzoru nad lastnim življenjem. Uveljavil se je še en vidik občutka nadzora nad lastnim življenjem – koncept **občutka lastne učinkovitosti** (Vaillant, 2000). Gre za posameznikovo prepričanje, da bo/koliko bo uspešen v želeni dejavnosti. Ocena možnosti za uspeh izvira iz opazovanja preteklih dejavnosti in njihovih posledic ter predstavlja temelj odločanja – tako o verjetnosti uspeha kakor tudi o verjetnosti ustreznosti lastnega ravnanja. Ljudje z močno izraženim občutkom lastne učinkovitosti kažejo manj znakov psihičnega in fiziološkega stresa (Sarafino, 1990; Vaillant, 2000; Cordin, 2003; Selič, 2013).

Zavest nadzora nad lastnim življenjem igra pomembno vlogo pri ljudeh, ki obolijo za hudimi boleznimi (rak) tako v zgodnjih fazah soočanja z realiteto bolezni kakor tudi med samim okrevanjem. Okrevanje je hitrejše pri osebah, ki svojo učinkovitost visoko vrednotijo. Vendar je lahko pretiran nadzor – zlasti preveč in zelo izčrpnih informacij v procesu obvladovanja stresa – kontraproduktiven. Množica informacij v nekaterih primerih povzroči zmedo in

poveča bojazen. To velja zlasti za otroke, ki jim ni priporočljivo zelo natančno razlagati načrtovanih medicinskih posegov (Sarafino, 1990; Selič, 2013;).

Osebnostna čvrstoti

Občutek nadzora nad lastnim življenjem je del konstrukta osebnostne čvrstosti, ki ga vedno več avtorjev vključuje v svoje razlage stresnega dogajanja in procesa, saj razloži pomemben delež spremjanja in/ali ohranjanja zdravja oz. bolezni (Selič, 1999; Selič, 2013). Za osebnostno čvrstost so značilni zavest nadzora nad lastnim življenjem, privrženost, občutek dolžnosti ter sprejemanje izzivov. Temu je soroden koncept **prožnosti**, značilnost nekaterih oseb, ki kljub temu, da odraščajo v neugodnih, včasih celo tragičnih in/ali kriminalnih pogojih, vendarle odrasejo v dobro prilagojene ljudi z izrazitim občutkom lastne vrednosti in nadzora nad svojim življenjem. Razlage izvora osebnostne prožnosti zajemajo genetske dejavnike (temperament), posebna nagnjenja, sposobnosti in talente ter tesne odnose z vrstniki in učitelji (modeli identifikacije) (Sarafino, 1990).

Osebnostna čvrstost je povezana še z občutkom sreče, z optimizmom, prodornostjo in samozaupanjem (Argyle, 1992). Osebnostno čvrstim osebam je negativno razpoloženje v splošnem tuje. Negativno razpoloženje je dosti bolj povezano s subjektivnimi poročili o zdravju (bolezni) kot pa z rezultati fizioloških meritev. V eksperimentalnih pogojih žalostni poročajo o dvakrat močnejših in pogostejših bolečinah kot srečni. Slednji so samozavestni in verjamejo v nadaljevanje svojega zdravega načina življenja, verjetnost, da bodo zboleli za kakšno hudo boleznijo, pa se jim zdi zanemarljiva. Tudi meritve so potrdile vpliv pozitivnega/negativnega razpoloženja na imunski sistem. Posebna značilnost osebnostno čvrstih ljudi je njihova **žilavost**, ki se nanaša na nizek bazični nivo adrenalina in simpatične aktivnosti ter na veliko fleksibilnost, prilagodljivost fizioloških sistemov, ki omogoča tako uspešno obvladovanje stresnih obremenitev kakor tudi naglo vračanje vseh sistemov v normalno stanje. Vse to krepi imunski sistem (Argyle, 1992; Selič, 1999; Selič, 2007b). Koncept osebnostnih lastnosti – trajnih in prevladujočih vzorcev vedenja, mišljenja in čustvovanja značilnih za določeno osebo, npr. osebnostne čvrstosti, žilavosti in sovražnosti, – predstavljajo v psihologiji zdravja osrednje dejavnike razvoja določenih bolezni.

* Delo je nastalo v sklopu Raziskovalnega programa št. P3—0339 Raziskave na področju javnega zdravja, ki ga sofinancira Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije iz državnega proračuna.

Literatura

- Argyle, M., 1992. *The social psychology of everyday life*. London-New York: Routledge.
- Cordin, J.M., 2003. The Body in Health and Illness. *Qualitative Health Research*; 13(2), pp. 256–67.
- Sarafino, E.P., 1990. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York-Chichester-Brisbane-Toronto-Singapore: John Wiley & Sons.
- Selič, P., 1999. *Psihologija bolezni našega časa*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Selič, P., 2007. Stres - sodobne biopsihosocialne perspektive. *Družinska medicina*, 3(Suppl 5), pp. 77–94.

- Selič, P., 2007b. Občutek nadzora nad lastnim življenjem in vedenje, povezano z zdravjem.
Družinska medicina, 4 (Suppl 5), pp. 10–26.
- Selič, P., 2013. Spoprijemanje s stresom: izhodišča za razmislek za zdravnike družinske medicine.
Družinska medicina, 4 (Suppl 11), pp. 77–87.
- Vaillant, G.E., 2000. Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology.
American Psychologist, 55(1), 89–98.

KAKO POSKRBTI ZASE?

Gašper Pinter, dipl. kin.

gasper.pinter@infinit.si

Razširjen izvleček

Besede zdravje, zdrav in aktiven življenjski slog ter kakovost življenja nas danes spremljajo na vsakem koraku. Z vseh strani dežujejo spodbude k temu, da bi se začeli bolj zdravo prehranjevati, več gibati in bolje poskrbeti zase. Kaj pravzaprav pomeni poskrbeti zase? Verjamem, da bi vsak lahko našel svoj odgovor na to vprašanje. Po mojem se skrb zase najprej kaže v kakovosti našega zdravja. Zdravje je zelo širok pojem. Definicija Združenih narodov iz leta 1946 pravi, da zdravje ni le odsotnost bolezni, temveč stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje.

Pomembno je, da poznamo "sestavne dele" zdravja, jih ocenimo ter ugotovimo, kje imamo možnosti za izboljšave. V grobem lahko zdravje delimo na telesno in duševno. Telesno zdravje je vsekakor najbolj vidno zdravje, saj se odraža na delovanju našega telesa (tako vidimo in občutimo, če pride do motenj v delovanju) in zajema ustrezno gibalno in funkcionalno učinkovitost ter primerne morfološke (telesne) značilnosti. Duševno zdravje pa zajema vidike, kot so intelektualno, čustveno, socialno, duhovno zdravje ter zdravje na delovnem mestu. Intelektualno zdravje kaže na sposobnost učenja in sprejemanja ter uporabljanja informacij za učinkovitost bodisi v privatnem ali poslovнем življenju. Ne glede na to, ali si to želimo, so čustva del našega življenja, zato je tudi čustveno zdravje pomembna komponenta celostnega zdravja. Če se neprijetna čustva pogosto pojavljajo, zastrupljajo našo duševnost in medsebojne odnose. Posamezniki, ki so bolj nagnjeni k čustvu jeze, so npr. trikrat bolj dovzetni za srčni napad kot ostali. Čustveno zdravje na neki način kaže prisotnost stresa. Duhovno odraža pozitivno samopodobo. Samopodoba se začne razvijati že zelo zgodaj in nas vodi pri oblikovanju vrednot, stališč in norm. Ker sta samopodoba in samozavest tesno povezana pojma, lahko z dobro samopodobo vplivamo na višjo stopnjo samozavesti, s tem pa na notranje zadovoljstvo in notranji mir. Z zadovoljstvom na delovnem mestu pa lahko pripomoremo k delovni uspešnosti in torej (tudi) k zdravju na delovnem mestu.

Dejavniki, ki lahko vplivajo na doseganje določene stopnje zdravja so lahko pozitivni (telesna dejavnost, uravnotežena prehrana, izogibanje kajenja in uživanje alkohola, skrb za dobre medsebojne odnose itn.) ali negativni (telesna nedejavnost, stres itn.). Najpomembnejši dejavnik, ki pozitivno vpliva na zdravje, je ustrezni življenjski slog. Ustrezen življenjski slog naj bi vključeval več pozitivnih kot negativnih dejavnikov. Kljub temu, da se nam to zdi logično, pa so v praksi naša dejanja večkrat zelo nelogična. Pomembno je, da ne iščemo izgovorov ali opravičil za stanje, v katerem smo, temveč da sprejmemo odločitev, da bomo nekaj spremenili, si postavimo jasen cilj – kaj – in začnemo z majhnimi koraki proti uresničitvi tega cilja. Pri tem pogosto podcenujemo drobne korake in njihovo moč. Vsega si želimo "čez noč". Naša motivacija je velikokrat zelo kratkega roka ali pa pride na plan, ko so stvari že zelo resne oz. je naše zdravje (zaradi naših odločitev) že zelo načeto.

Moja spodbuda bralcem tega prispevka je, da se ne lotite spremnjati vsega čez noč, temveč da začnete postopoma in v procesu spremembe uživate. Dovolite, da vam pripročim nekaj

znanstveno dokazanih in praktično preverjenih korakov, s katerimi je smiselno (ponovno) začeti bolje skrbeti zase. Začnimo piti več vode in jesti več nepredelane hrane. Vsako uro na delovnem mestu izvedimo nekaj razteznih vaj. Vsak dan se namesto posedanja pred televizijo skušajmo sprehoditi na svežem zraku in vsaj trikrat tedensko naredimo nekaj vaj za moč. Poizkušajmo spati vsaj 7 ur in čas, namenjen mobilnim napravam, raje namenimo našim bližnjim.

Tako preprosto je. Ampak stvari, ki jih je preprosto narediti, je enako preprosto tudi ne narediti. Zato se osredotočimo na eno od področij in ga začnimo postopoma izboljševati. Naslednjega se lotimo, ko nam prvo že preide v navado. Če vemo, da imamo težave pri vztrajnosti, poiščimo osebo ali skupino ljudi, s pomočjo katerih bomo lažje vztrajali, saj bomo do njih čutili določeno stopnjo odgovornosti.

Ne obremenujte se z detajli in stvari ne komplikirajte preveč. Samo začnite, vredno je! In ne pozabite uživati na poti.

Priporočena literatura

Dolenc, M., Pori, P., Pistotnik, B., Dolenc, A., Tomažin, K., Štirn, I. et al., 2013. *Športna Rekreacija*. Ljubljana: Športna unija Slovenije, Fundacija za šport.

DELAVNICA 1

UPORABNOST PSIHOTERAPEVTSKIH TEHNIK SPREMINJANJA VEDENJA V KLINIČNI PRAKSI

dr. Špela Hvalec, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

Psihatrična bolnišnica Idrija
spela.hvalec@pb-idrija.si

Teoretična podlaga delavnice

Funkcionalna analiza vedenja je ocenjevalna tehnika, namenjena zbiranju informacij o (določenem) vedenju (Grubelnik, 2009; Pulec Lah & Janjušević, 2011). Predstavlja celovit in individualiziran pristop, s katerim: a) ugotavljamo, kaj je namen oz. funkcija vedenja (funkcija vedenja je, da posameznik nekaj pridobi, lahko se nečemu izogne ali nekaj sporoči), b) oblikujemo načrt spreminjanja dejavnikov, ki sprožajo ali vzdržujejo vedenje, in c) učimo ustreznih nadomestnih vedenj s pozitivnimi intervencijami. Pri proučevanju, obrazložitvi in nenazadnje spreminjanju vedenja nam je v veliko pomoč tudi razumevanje ABC sheme vedenja. Konkretni sprožilci (A od angl. antecedent), tj. zahteve, naloge, posameznik sam, vrstniki, okolje, sprožijo pri posamezniku določeno vedenjsko obliko (B od angl. behavior), ki pogojuje konkretnе pozitivne (pozornost, želena stvar, aktivnost) ali negativne (kazen, odvzem privilegija) posledice (C od angl. consequences) (Pulec Lah & Janjušević, 2011). Ker vedenjska terapija izhaja iz načela, da je vsako vedenje naučeno, tudi pri spreminjanju neprilagojenih ali neželenih oblik koristno uporablja načela teorije učenja, na katerih temelji širok nabor vedenjskih tehnik (Pastirk & Anić, 2013). Vedenjske tehnike dosežejo spremembe tarčnega vedenja prek spreminjanja sprožilcev (antecedentov), samih vedenjskih oblik ali posledic vedenja (Križnik Novšak, 2007).

Potek delavnice

Med delavnico bomo na konkretnem primeru neželene oblike vedenja spoznali uporabnost funkcionalne analize vedenja in ABC sheme vedenja. Na pridobljenih informacijah bomo razmišljali o smotrnosti in učinkovitosti uporabe določenih vedenjskih tehnik.

Priporočena literatura

- Grubelnik, J., 2009. Funkcionalna analiza vedenja. In: Anić, N. ed. *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije*. Ljubljana: DVKT Slovenije, pp. 2–13.
- Križnik Novšak, A., 2007. Vedenjske tehnike. In: Anić, N. & Janjušević, P. eds. *Izbrane teme iz vedenjsko-kognitivne terapije*. Ljubljana: DVKT Slovenije, pp. 79–96.
- Pastirk, S. & Anić, N., 2013. Vedenjsko kognitivni teoretični pristopi. In: Masten, R. & Smrdu, M. eds. *Klinična psihologija*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo, pp. 109–132.
- Pulec Lah, S. & Janjušević, P., 2011. Funkcionalna ocena vedenja. In: Magajne, L. & Velikonja, M. eds. *Učenci z učnimi težavami. Prepoznavanje in diagnostično ocenjevanje*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta Univerze v Ljubljani.

DELAVNICA 2

1. DEL: KAKO MISLITI BOLJ ASERTIVNO V DELOVNEM OKOLJU: PRVI KORAK K ASERTIVNEMU VEDENJU

2. DEL: KAKO KOMUNICIRATI BOLJ ASERTIVNO V DELOVNEM OKOLJU

**Maja Frencl Žvanut, dipl. psih.-profesor (Republika Hrvaška), spec. klin. psih.
(Republika Hrvaška)**

Čuječna soba, Center za svetovanje, psihoterapijo in kreativnost v Kopru
info@cujecna-soba.com

Veščine asertivnosti so pomembne socialne in komunikacijske veščine, ki posamezniku omogočajo, da izrazi svoje misli, čustva in sposobnosti v največji možni meri in da doseže želene cilje. Tako za zdravstvene delavce kot tudi vse druge, ki delajo z ljudmi, je izredno pomembno, da so asertivni in da znajo poskrbeti za svoje zdravje in pravice. Da bi treningi asertivnosti bili učinkoviti, morajo obsegati učenje tako vedenjskih veščin kot tudi veščin asertivnega razmišljanja. Predstavljena delavnica asertivnosti je sestavljena iz dveh delov, kjer bosta udeležencem predstavljena dva pomembna vidika asertivnosti: asertivno razmišljanje in asertivno vedenje oz. komunikacijo.

Prvi del delavnice je usmerjen na kognitivno komponento asertivnih veščin. Nepogrešljiv del pri razumevanju in poučevanju kognitivnih procesov asertivnosti je pridobivanje znanja o asertivnih pravicah. Ozaveščanje asertivnih pravic je še posebej pomembna vaja za medicinske sestre glede na strokovno literaturo, ki poudarja ravno pomanjkanje tega znanja kot pomemben vzrok za neasertivnost v omenjeni populaciji. Manuel John Smith je proučeval individualne pravice v kontekstu asertivnega vedenja. Sestavil je seznam desetih asertivnih pravic in poudaril, da asertivna osebnost mora dobro poznati svoje pravice in pravice drugih in jih poskušati ne kršiti. Temu je treba dodati še seznam asertivnih odgovornosti. V primeru neravnovesja med lastnimi in tujimi pravicami človeško vedenje ponavadi postane pasivno, agresivno ali manipulativno. Spretno in uspešno uresničevanje asertivnih pravic je vodilo v medsebojno spoštovanje, dobroramerno vztrajnost in vlijudnost. Še ena kognitivna komponenta, ki je pomembna pri učenju asertivnih veščin, je pravilno razlikovanje asertivnega vedenja od agresivnega, pasivnega in pasivno-agresivnega. Pri tem lahko pomagajo številni primeri konkretnih situacij, igra vlog in diskusija. Končno pa sta tudi ozaveščanje in spremjanje specifičnih neasertivnih misli, ki se lahko pojavljajo v določeni situaciji, pomembna dejavnika za trajnostne spremembe.

Drugi del delavnice se usmerja na vedenjsko komponento asertivnih veščin in pomanjkanje specifičnih konkretnih komunikacijskih strategij asertivnega odgovora v specifičnih situacijah. Predstavljene bodo različne asertivne izjave: osnovne asertivne izjave, empatične asertivne izjave, izjave, ki vključujejo posledice, izražanje negativnih čustev, tehnika pokvarjene plošče. S pomočjo igre vlog, povratnih informacij in diskusije o specifičnih situacijskih primerih bodo udeleženci vadili naučene strategije.

Ključne besede: medicinske sestre, asertivno mišljenje, asertivne pravice, asertivne izjave

Priporočena literatura

- Alberti, R.E. & Emmons, M.L., 2008. *Your perfect right: assertiveness and equality in your life and relationships*. 9th ed. Atascadero, Calif: Impact Publishers.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J. & Clark, D.M., 1989. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Hackney, H.L. & Cormier, S., 2009. *The professional Counselor: A process guide to helping*. 6th ed. New Jersey: Pearson, pp. 256–59.
- Leahy, R.L. & Holland, S.J., 2000. *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford.
- McCartan, P.J. & Hargie, O.D., 2004. Assertiveness and caring: are they compatible? *Journal of Clinical Nursing*, 13(6), pp. 707–13.
- Peneva, I. & Mavrodiev, S., 2013. A Historical Approach to Assertiveness. *Psychological Thought*, 6(1), pp. 3–26.
- Speed, B.C., Goldstein, B.L. & Goldfried, M.R., 2018. Assertiveness Training: A Forgotten Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(1), e12216.
- Timmins, F. & McCabe, C., 2005a. How assertive are nurses in the workplace? A preliminary pilot study. *Journal of Nursing Management*, 13(1), pp. 61–7.
- Timmins, F. & McCabe, C., 2005b. Nurses' and midwives' assertive behaviour in the workplace. *Journal of Advanced Nursing*, 51(1), pp. 38–45.
- Valentine, P.E., 1995. Management of conflict: do nurses/women handle it differently? *Journal of Advanced Nursing*, 22(1), pp. 142–49.

DELAVNICA 3

SUPERVIZIJA

dr. Vesna Mejak, univ. dipl. soc. del.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
vesna.mejak@psih-klinika.si

Teoretična izhodišča

Supervizija je metoda usposabljanja profesionalcev in izboljševanja prakse. Usmerjena je v učenje za samostojno delo in v povezovanje strokovnjakov pri opravljanju tistih profesionalnih storitev, pri katerih ima odnos med strokovnjakom in uporabnikom pomembno vlogo (Northcott, 1996). Je kreativni prostor, kjer zdravstveni delavec dobi prostor, da reflektira o samem sebi in svojem deležu v procesih, ki se odvijajo med njim in uporabnikom (Egan, 1996). Cilj supervizije je, da zdravstveni delavec v sebi najde tisto, kar je zanj enkratno, svoj lastni stil, in da lahko izbere svoj način vedenja v srečanju z uporabnikom. Je proces, ki spodbuja razmišljanje in razvijanje kompetentnosti (Severinsson & Kemaker, 1999; Žorga, 1996).

Strokovnjakom pomaga, da praktične izkušnje integrirajo s svojimi teoretičnimi znanji, da pridejo do svojih lastnih rešitev problemov, s katerimi se srečujejo pri delu, ter da uspešneje obvladujejo stres in gradijo svojo profesionalno identiteto (Žorga, 2003). To je kreativen prostor, v katerem se strokovnjak v povezavi in ob sodelovanju s supervisorjem uči iz svojih izkušenj, išče lastne rešitve problemov, s katerimi se srečuje pri delu, kamor sodijo tudi iskanje uspešnega soočanja s stresom, spoznavanje situacije uporabnika in njegove vire, svoje misli in občutja kot tudi odnos z uporabnikom iz različnih perspektiv. Supervizant ustvarja možnosti za kompetentno strokovno delovanje. Tako supervizija zagotavlja kakovostno strokovno delo z uporabniki storitev psihosocialnega dela (White & Winstanly, 2006).

Potek delavnice

V delavnico se lahko vključi največ 15 članov. V delavnici bomo uporabili temeljne metode dela pri superviziji, in sicer: metodo reševanja problema oz. »Incident metoda«, metodo »STOP«, metodo »Kako naj...« in metodo asociacij.

Cilji delavnice

Cilji delavnice so: reflektiranje lastnih izkušenj pri delu, podpora za obvladovanje stresa v profesionalnem kontekstu, spodbuda k osebnemu razvoju, integracija teorije v prakso, utrjevanje profesionalne etike, prispevek k profesionalni identiteti strokovnjakov, izgrajevanje in širjenje strokovnega jezika, krepitev moči strokovnjaka, da lažje zdrži pri svojem delu, vzpostavitev profesionalnih mrež, v katerih se prepletata formalni in neformalni vidik.

Priporočena literatura

- Egan, T., 1990. *The skilled helper*. Pacific Grove: Brooks Cole.
- Kadushin, A., 1985. *Supervision in social work*. New York: Columbia University Press.
- Kobolt, A., 1996. Supervizija skozi prizmo razvoja. In: Kobolt, A. & Žorga, S. eds. *Supervizija proces razvoja in učenja v poklicu*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
- Northcott, N., 1996. Supervisor to grow. *Nursing management*, 10(2), pp. 19–9.

- Severinsson, E.J. & Kamaker, D., 1999. Clinical nursing supervision in the workplace, effects on moral stress and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 7(2), pp. 81–90.
Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10373847> [4.3.2018].
- Skoberne, V., 1996. Supervision in nursing, my experience and views. *Journal of nursing management*, 4(2), pp. 289–295.
- Žorga, S., 1996. Supervizijski proces. In: Kobolt, A. & Žorga, S. eds. *Supervizija proces razvoja in učenja v poklicu*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
- White, E. & Winstanly, J., 2006. Cost and resource implications of clinical supervision in nursing an Australian perspective. *Journal of Nursing Management*, 14(8), pp. 628–36.
Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17054736> [1.3.2018].

DELAVNICA 4

MOTIVACIJSKI INTERVJU

mag. Branko Bregar, dipl. zn.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
branko.bregar@psih-klinika.si

Teoretična izhodišča

Motivacijski intervju (MI) je za strokovne delavce, ki delajo na področju odvisnosti ali na področjih, kjer je potrebno spreminjati nezdrava vedenja, eden od najbolj uporabnih pristopov pri svetovalnem delu (v nadaljevanji MI). MI se uporablja pri velikem številu bolezni, kjer je potrebno zamenjati nezdrava vedenja za bolj zdrava vedenja tako pri npr. odvisnosti od psihoaktivnih substanc, debelosti, pomoči pri zdravljenju astme in diabetesa kot tudi pri opustitvi kajenja itd. Gre za stil vodenja, ki je s strani strokovnega delavca podporen. Osnova je razumevanje in ne nestrinjanje in je na dokazih podprt uspešen pristop vodenja uporabnika pri spremembi nezdravih življenjskih navad. Ta podpora je v celotnem procesu vidna v izražanju empatije, pristnega in neposesivnega odnosa. Pomembno se je zavedati, da v odnosu ni prisotne direktivnosti, čeprav imamo dobro začrtan cilj, vendar moramo s svojim strokovnim znanjem spodbuditi, da želja po spremembi vznikne na strani uporabnika. Pri tem nam lahko pomagajo različna znanja, na katerih je osnovan MI. V bistvu se je treba zavedati, da gre za vzpostavitev takega odnosa, kjer bo strokovnjak s strani uporabnika sprejet, odnos pa naj bo zasnovan na tovarištvu z uporabo strokovnega znanja, kako učinkovito spremeniti vedenja. V medosebnem odnosu se ne izkazuje pretirane ekspertnosti, ampak se poskuša delovati na način, da uporabnik sam prepozna koristnost spremembe navad. MI je uporaben predvsem pri posameznikih, ki so še v fazi odpora in svojih težav še niso povsem prepoznali, zato je cilj MI, da pri posamezniku prebudimo kognitivno disonanco – neskladje misli.

Potek delavnice

Udeleženci bodo med delavnico prepoznali razliko med dvema pristopoma pri uporabnikih, ki bi imeli koristi, da bi svoje nezdrave življenjske navade spremenili v bolj zdrave. Pri tem bo MI predstavljen na seminarju eden od teh terapevtskih pristopov.

Priporočena literatura

- Ford, R., 2009. Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs. *Contemporary Nurse*, 37(2), pp. 241–252.
- Grant, J.E., Potenza, M.N., Weinstein, A. & Gorelick, D.A., 2010. Introduction to Behavioral Addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), pp. 233–241.
- Hall, K., Gibbie, T. & Lubman, D.I., 2012. Motivational interviewing techniques: Facilitating behaviour change in the general practice setting. *Australian Family Physician*, 41(9), pp. 660–667.
- Heckman, C.J., Egleston, B.L., Hofmann, M.T., 2010. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control*, 19(5), pp. 410–416.
- Hettema, J.E. & Hendricks, P.S., 2010. Motivational interviewing for smoking cessation: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(6), pp. 868–884.

DELAVNICA 5

KREPITEV ŽILAVOSTI – KAKO? KJE? KDAJ? ZAKAJ PA NE!

prof. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih., znanstvena svetnica

Medicinska fakulteta univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko
medicino
polona.selic@siol.net

Z delavnico bomo skušali doseči, da bi se udeleženci* zavedeli strategij oblikovanja in doseganja ciljev pri spoprijemanju s stresom, njihove konstruktivnosti in funkcionalnosti in da bi spoznali nove možnosti ter ubesedili lastne izkušnje.

Uspešnost problemskih strategij dejavnega spoprijemanja s stresom je povezana z optimalnim vključevanjem kognitivnih komponent – racionalnosti, fleksibilnosti in vizije prihodnosti. Problemko usmerjene strategije uporabljajo ljudje takrat, ko verjamejo, da so bodisi zahteve situacije bodisi njihovi lastni viri spremenljivi. Navadno jih izbirajo osebe z višjimi dohodki in izobrazbo, a tudi te le redkokdaj ob velikih izgubah, kot je npr. smrt v družini.

Pasivno spoprijemanje je navadno povezano s ponovnim ocenjevanjem situacije. Kadar se ta zdi nespremenljiva, pogosto nastopita izogibanje ali zanikanje. Pri slednjem gre za ignoriranje obstoja stresorja, izogibanje pa pomeni fizični odmak. Nekateri ljudje svoje emocionalne odzive »nadzorujejo« z različnimi vedenjskimi postopki – s pretiranim uživanjem alkohola in/ali drog, z zatekanjem k nadomestnim zadovoljtvam in/ali zaposlitvam, kot so ukvarjanje s športom, gledanje televizije in/ali intenzivni, kvantitativno bogatejši socialni stiki. Takšno vedenje usmerja pozornost stran od problema, ki ga je oseba predhodno ocenila kot nerešljivega oziroma nespremenljivega.

Udeleženci bodo izvedeli, kako je mogoče po vsaki krizi (z)rasti – se okrepiti, pridobiti znanje, napredovati, se izuriti, pogledati na situacijo iz drugih/novih perspektiv, opredeliti problem, ga temeljito analizirati in se odločiti o rešitvi. Poleg pomena pozitivne samopodobe in spretnosti za reševanje problemov se bomo dotaknili pomena samoregulacije in prilagodljivosti, razumevanja pomena in namena ter pozitivne naravnosti in sprejetosti s strani drugih.

* V besedilu je pogosto uporabljen moška oblika spola, vendar se vsaka trditev, v kateri ni izrecno opredeljeno, ali gre za ženske oziroma moške, nanaša na oba spola.

Priporočena literatura

- Cui, X. & Vaillant, G.E., 1996. The antecedents and consequences of negative life events in adulthood: A longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 153(1), pp. 21–26.
- Ezekiel, R.S., 1968. The personal future and Peace Corps competence [Monograph]. *Journal of Personal and Social Psychology*, 8, (2, Pt. 2).
- Hershberger, P.J., 2005. Prescribing happiness: positive psychology and family medicine. *Family Medicine*, 37(9), pp. 630-634.
- Vaillant, G.E., 1977. *Adaptation to life*. Boston: Little Brown.
- Vaillant, G.E., 1992. *Ego mechanisms of defense*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Vaillant, G.E., 1993. *Wisdom of the ego*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Vaillant, G.E., Meyer, S.E., Mukamal, K. & Soldz, S., 1998. Are social supports in late midlife a cause or a result of successful physical aging? *Psychological Medicine*, 28(5), pp. 1159–68.
- Vaillant, G.E., Orav, J., Meyer, S.E., McCullough, L. & Roston, D., 1996. Late life consequences of affective spectrum disorder. *International Psychogeriatrics*, 8, pp. 1–20.
- Vaillant, G.E. & Vaillant, C.O., 1990. Determinants and consequences of creativity in a cohort of gifted women. *Psychology of Women Quarterly*, 14, pp. 607–16.
- Vaillant, G.E. & Vaillant, C.O., 1990. Natural history of male psychological health: XII. A forty-five year study of successful aging at age 65. *American Journal of Psychiatry*, pp. 31–37; p. 147.

Delo je nastalo v sklopu Raziskovalnega programa št. P3—0339 Raziskave na področju javnega zdravja, ki ga sofinancira Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije iz državnega proračuna.

DELAVNICA 6

KAKO SI LAHKO POMAGAM SAM IN S POMOČJO AVTOHIPNOZE, KADAR SEM V STISKI?

Albina Kokot, dipl. m. s. , svetovalka realitetne terapije, hipnoterapevt in mojster NLP

Psihiatrična bolnišnica Vojnik
kokot.albina@gmail.com

Današnji svet je zahteven. Po eni strani je veliko lažji in udoben, kot je bil svet naših prednikov, po drugi strani pa zaradi hitrosti sprememb in napredka ter s tem povezanih vedno večjih pričakovanj veliko bolj zahteven. V zadnjih sto letih je bil dosežen velik tehnični napredek, medtem ko v medsebojnih odnosih nismo tako napredovali. Nič kaj bolj nismo opremljeni za dobre medsebojne odnose kot naši predniki in trpimo zaradi zelo podobnih stvari, kot so trpeli naši predniki. Res je, da danes psihologija dobro pozna funkcioniranje človeka, vendar večino teh znanj ne doseže širšega kroga ljudi. V šoli nas učijo marsikaj, le tega ne, kako ravnati s sodelavko, ki vedno zamuja, s šefom, ki nikoli ni zadovoljen, z najstnikom, ki se noče učiti in z možem, ki... Danes večina ljudi živi na takšni stopnji, da za dobre medsebojne odnose ni dovolj le hotenie, potrebno je tudi znanje. Obisk na delavnici vam bo prinesel eno orodje več, s katerim boste lažje in učinkoviteje krmariли barko svojega življenja, da bo plula tja, kamor si želite.

Kar smo in kjer smo danes, je posledica preteklih odločitev in dejanj. Svoje preteklosti ne moremo spremeniti niti ne moremo v njej živeti, čeprav je preteklost lahko vzrok za mnoge travme in probleme, s katerimi se soočamo dandanes. Čas je, da potegnete črto in greste naprej v prihodnost, ki pa bo posledica odločitev in dejanj, ki jih sprejemate ta trenutek. Večina vedenja je avtomatskega in najučinkovitejši način za izklapljanje avtomatskega načina reagiranja je medicinska hipnoza. V okviru hipnoterapije si lahko sami veliko pomagamo z avtohipnozo.

Avtohipnoza je stanje uma, s katerim dostopamo do globokih prepričanj znotraj sebe, ki upravlja naše življenje, ne da bi se tega zavedali. Danes težko preusmerimo pozornost na svoj notranji svet, ker smo vsi preplavljeni s stresnimi hormoni. Bolj ko smo v stresu, bolj želi analitični del uma preučiti naše življenje. To bi bilo sicer dobro, če se ne bi sočasno oddaljevali od podzavestnega uma, kjer so shranjene vse rešitve in kjer lahko pride do pravih sprememb. Na dan imamo okrog 60.000 misli in 90 % misli je popolnoma enakih kot en dan prej. Vedno enake misli pa pomenijo, da sprejmemo vedno enake odločitve. Zato je še posebej pomembno, ko se znajdemo v kakih težavah, da smo pozorni na naše misli in da spremenimo način razmišljanja in s tem naša prepričanja. Kot pravi kitajski pregovor: »Če ne bomo spremenili smeri, bomo končali tam, kamor gremo!« Naša prepričanja so namreč naši filtri, skozi katera vidimo svojo realnost in na podlagi njih oblikujemo svoja vedenja in dejanja. Proces za spremiščanje svojih prepričanj lahko torej uporabimo, da spremenimo globoko zakodirane programe v našem podzavestnem umu in tako pomembno spremenimo svoje življenje.

Tehnika za spremiščanje globokih prepričanj

1. Usedi se v položaj celostnih možganov in zapri oči.
2. Naredi nekaj počasnih malo globljih vdihov in izdihov, ob tem sprosti telo, zlasti čeljust in obrazne mišice.
3. V stanju sproščenosti se spomni na srečen dogodek (prikliči si občutke ljubezni, sreče, hvaležnosti, zadovoljstva in si na obraz nariši rahel nasmešek).

4. V mislih ponavljam svoje novo prepričanje (npr.: »Veselim se sprememb«, dokler ne začutiš, da je dovolj).

Ostali napotki:

- po nekaj ponovitvah si prepričanje še bolj utrdi, tako da dodaš besedico: »Stoodstotno verjamem v to, da...«, k temu pa dodaj prepričanje. V našem primeru bi to zvenelo takole: »Stoodstotno verjamem v to, da se veselim sprememb!«;
- če imaš kak problem in ti ni jasno, kaj bi naredil, si, ko dosežeš točko tri, zastavi vprašanje: »Kako lahko rešim to situacijo?« Ostani sproščen in samo doživljaj ter opazuj, kaj se bo pojavilo v tvojem umu. Po navadi odgovor pride šele, ko končamo s to tehniko in mislimo na čisto nekaj drugega;
- lahko, potem ko si dosegel točko tri, samo ostaneš v teh prijetnih spominih in občutkih. Samo dobrih pet minut te tehnike namreč ustvari globoke občutke fizične, mentalne in emocionalne sprostitev ter pomladitve;
- svoj stavek, ki ga želiš vprogramirati v podzavestni um, oblikuj jasno, natančno, jedrnato in v prvi osebi ednine. Uporabljal pozitivne stavke in se izogibaj negativnosti, npr. namesto da si rečeš: »Nisem nervozen«, si raje oblikuj izjavo o prepričanju, kot je: »Sem umirjen in sproščen.«;
- to, kar hočemo, namreč ni odsotnost negativnega, ampak prisotnost pozitivnega.

Nekaj primerov izjav, ki ti lahko povečajo notranjo moč:

- lahko se spremenim,
- želim se spremeniti,
- varno je, če se spremenim,
- učim se in rastem iz svojih napak,
- cenim se in se globoko sprejemam,
- globoko se sprejemam in se cenim,
- vreden sem, da sem ljubljen,
- zaslužim si, da sem srečen,
- vse pomanjkljivosti sprejemam kot priložnost, da se naučim dragocenih lekcij v življenju,
- sem samozavesten,
- sem najboljše, kar sem lahko v dani situaciji,
- moja rojstna pravica je, da sem srečen in zdrav,
- izbiram si zdravo in dinamično življenje,
- med procesom zdravljenja sem miren in varen,
- ljubeče odpuščam vse vzroke bolezni iz preteklosti idr.

Priporočena literatura

- Glasser, W., 2007. *Nova psihologija osebne svobode: teorija izbire*. Ljubljana: Louisa.
- Kokot, A., 2018. *Poti iz stiske: kako si lahko pomagam sam, kadar sem v stiski?: priročnik za samopomoč s posnetkom hipnoterapije za krepitev samozavesti in notranjega miru*.
Polzela: Hipnoterapija.
- Walton, C., 2012. *Gama zdravljenje: znanstveno potrjen proces sprememb, ki bo odpravil omejujoča podzavestna prepričanja, skrbi, strah in čustveni stres v 5 minutah*. Kranj: Zavod V. I. D.
- Lipton Bruce, H., 2013. *Biologija prepričanj: znanstveni dokaz o nadvladi uma nad materijo*. Kranj: Zavod V. I. D.

DELAVNICA 7
IZBOLJŠEVANJE DELOVNE UČINKOVITOSTI IN PREPREČEVANJE
STRESA S HIPNOTERAPIJO
Jernej Kocbek, dipl. zn.

Hipnoterapija Kocbek

jernejkocbek@gmail.com

Že po definiciji je hipnoza stanje intenzivne relaksacije, pri kateri gre za spremembo zavesti z usmerjeno pozornostjo, povečano sugestibilnostjo in zmanjšano zavestnostjo (Društvo za medicinsko hipnozo, 2019). Je odlično orodje za spremembo navad, prepričanj in vzorcev, ki so zaradi številnih ponavljanj postali del naše podzavesti. Hipnozo se lahko uporablja kot odličen pripomoček za zdravljenje in lajšanje številnih bolezni. Kot uspešna metoda se je pokazala predvsem pri zdravljenju depresij in tesnob, paničnih napadih, mnogih odvisnosti, nespečnosti in zdravljenju psihosomatskih obolenj. O učinkovitosti hipnoze pišejo tudi Pajntar, Areh in Možina (2013) v prispevku Ali je hipnoza učinkovita pri zdravljenju telesnih in duševnih težav?

Hipnoza je zanimiva vrsta terapije pri akutnih težavah, kot je npr. stres. V situacijah, kjer ni možnosti uporabe neke zapletene terapije, pride v poštev hipnoza. Ker pa je vsaka hipnoza tudi samohipnoza, je cilj terapije, da se ob pomoci terapevta spoznate s hipnozo in se naučite tehnik uporabe samohipnoze. V primeru stresnega dogodka si lahko pomagate z uporabo kratke samohipnoze, ki traja največ nekaj minut. Da bi se lažje spopadli s pomanjkanjem energije, samozavesti ali pri izgrevanju, se lahko naučite uporabljati afirmacije, ki jih uporabite med samohipnozo. Seveda je pomembno, da čim več vadite, kako to pravilno narediti. Več ko vadite, bolj postaja obvladljiv tudi stres (Koeck, 2015).

Ker se je v praksi hipnoza pokazala tudi za eno od najučinkovitejših orodij za obvladovanje stresa in preprečevanja izgorelosti, smo skupaj z **Gašperjem Grobelškom**, dr. med. spec., in **Nino Kozinc**, dipl. psih., razvili program Hipnotičnih potovanj. Program je sestavljen iz petih srečanj, ki poleg že omenjenega pomaga skupini oz. posamezniku izboljšati delovno uspešnost, odnose med sodelavci, povečati zadovoljstvo in dobro počutje ter jih motivirati. Skozi serijo petih hipnotičnih potovanj spoznate, kaj hipnoza je in zakaj se jo uporablja. Potovanja krepijo samozaupanje, hkrati pa predstavljajo pot samospoznavanja in odkrivanja novih potencialov ter virov moči (Hipnotična potovanja, 2019).

Hipnotična potovanja so potovanja v svetove in kraje znotraj nas samih. Ti kraji so vedno z vami in za vas in ne potrebujete letalske karte, da jih obiščete. Moč potovanj je v tem, kako učinkovito spreminja pogled na različne življenjske izzive.

Opis programa:

Na **prvem** potovanju se udeleženci spoznajo z osnovami hipnotskega transa. Po vajah transa s pomočjo podzavesti obiščejo prvi kraj, ki predstavlja osnovo za vse nadaljnje delo v transu. Od tam jih pot vodi do posebnega kraja uvida in spremembe.

Na **drugem** srečanju spoznajo še nekaj več o hipnotskem transu, naredijo nekaj novih hipnotskih vaj, nato pa se poglobijo v potovanje in se prepustijo novi izkušnji. Potovanje jih vodi do novega kraja, na katerem izperejo skrbi, začutijo svobodo in iz nove perspektive pogledajo na izzive v življenju.

Na **tretjem** srečanju obiščejo kraj, na katerem so shranjeni njihovi viri moči. Z zavedanjem in občutenjem teh moči pogled na izzive v življenju ne more biti več enak. S spoznavanjem in večanjem zaupanja lastne podzavesti dobivajo vse več odgovorov na vprašanja, ki si jih zastavljajo.

Četrto potovanje je namenjeno širitvi pogleda na že odkrite kraje in odkrivanju novega pri že znanem. Poleg tega jih na inovativen način spoznamo še s samohipnozo. Skozi poseben proces, ki je potovanje že sam po sebi, sposobnost samohipnoze zasidrajo v podzavest, tako da so podobno stanje sposobni doseči sami, kjerkoli že so.

Peto potovanje je v marsičem posebno. Skozi prečiščevanje podzavesti še enkrat utrdijo sidro samohipnoze, nato pa se s posebno indukcijo potopijo v še zadnjo transformirajočo izkušnjo serije.

Vsekodnevna udeležencev prejme dva avdioposnetka hipnotičnih potovanj, ki pozitivno transformacijo še pospešita. Hkrati pa jim ostajata kot orodje za osebnostno rast in premagovanje različnih življenjskih izzivov v času, ko se serija hipnotičnih potovanj zaključi. Potovanja se tako med seboj nadgrajujejo in dopolnjujejo (Hipnotična potovanja, 2019).

Priporočena literatura

- Društvo za medicinsko hipnozo, 2016. *Medicinska hipnoza*. [online]. Available at: <http://www.hipnoza-dmhs.si/medicinska-hipnoza.html> [17.3.2019].
- Freitag, E.F., 1982. *Podzavest centrala moči*. Munchen: Wilhelm Goldman Verlag.
- Hipnotična potovanja, 2019. [online]. Available at: <https://www.hipnoticna-potovanja.si> [20.3.2019].
- Hypnosis training academy, 2015. *Why Hypnotherapy For Stress Relief And Anxiety Is Highly Effective*. [online]. Available at: <https://hypnosistrainingacademy.com/hypnotherapy-for-stress-relief/> [20.3.2019].
- Koeck, P., 2015. *Problems caused by stress and burnout: does hypnotherapy help?* [online]. Available at: <https://www.15minutes4me.com/stress-free/problems-caused-by-stress-and-burnout-does-hypnotherapy-help/> [20.3.2019].
- Pajntar, M., Areh, I. & Možina, M., 2013. Ali je hipnoza učinkovita pri zdravljenju telesnih in duševnih težav? *Kairos*, 1/2(7), pp. 19–31. Available at: https://www.researchgate.net/publication/262375089_Ali_je_hipnoza_ucinkovita_pri_zdravljenju_telesnih_in_dusevnih_tezar_Is_hypnosis_effective_in_the_treatment_of_somatic_and_mental_disorders [20.3.2019].
- Scott, E., 2018. *How to Use Self Hypnosis for Stress Management*. [online]. Available at: <https://www.verywellmind.com/using-self-hypnosis-for-stress-management-3145203> [20.3.2019].



Zastavimo si višje cilje pri zdravljenju shizofrenije.

Breme shizofrenije

Bolezen uničajoče vpliva na življenje bolnikov in njihovih skrbnikov, negativno pa vpliva tudi na družbo kot celoto.



Do 92 % oseb s shizofrenijo je brezposelnih.^{1,2}



Ljudje s shizofrenijo redko vzpostavljajo intimne medosebne odnose.³



75 % skrbnikov je nenehno v hudem čustvenem stresu, več kot 60 % jih trdi, da se je zaradi skrbi za osebo s shizofrenijo poslabšalo tudi njihovo zdravje.⁴



Zaradi nesodelovanja pri zdravljenju se poveča tveganje za relaps, poslabša se bolnikovo funkcioniranje in poveča obremenitev zdravstva.⁵

**V podjetju Janssen smo prepričani,
da je treba tudi ljudem s shizofrenijo
omogočiti polno življenje.**

Pri razvoju zdravil si prizadevamo za:

- zmanjšanje pogostosti odmerjanja
- dolgotrajno učinkovitost
- predvidljivo varnost
- prikladnosti za bolnike, skrbnike in zdravstvene delavce

1. Marwaha S. Br J Psychiatry 2007; 191: 30–37. 2. Bevan S et al. Working with schizophrenia: Pathways to Employment, Recovery & Inclusion. UK: The Work Foundation, Part of Lancaster University. 2013. 3. Millier A et al. J Psych Res 2014; 54: 85–93. 4. American Psychiatric Association. Available at: <https://www.psychiatry.org/newsroom/apa-blogs/apa-blog/2016/03/family-caregivers-face-many-challenges>. 5. Higashi K et al. Ther Adv Psychopharmacol 2013; 3(4): 200–218.

TESTIRAJTE!

Leta 1985
sem prejela
transfuzijo
krvi

Včasih
imam
nezaščitene
spolne
odnose



Ne bom več
menjaval
pribora



Na
počitnicah
sem si dala
narediti
'tatoo'



Pred leti
sem 'snifal'



IMATE HEPATITIS C, PA TEGA NE VESTE?

Hepatitis C sprva poteka
brez bolezenskih znakov.

Hepatitis C je
ozdravljiva bolezen.

Nezdravljen hepatitis C
po 20–30 letih lahko
privede do odpovedi
delovanja jeter in raka
na jetrih.

Pravočasno ukrepajte!
Testirajte!



DRUŠTVO MEDICINSKIH SESTER
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
C E L J E



NAJLEPŠA HVALA ZA POMOČ PRI IZVEDBI
STROKOVNEGA SREČANJA