



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 XII.

Zbornik prispevkov in razširjenih povzetkov

Zreče, 21. in 22. maj 2026



Organizator:

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 XII.

Zreče, 21. in 22. maj 2026

Zbornik prispevkov in razširjenih povzetkov

Urednik:

Zoltan Pap

Zbral in tehnično uredil:

Zoltan Pap

Lektorirala:

Andreja Valant

Založila in izdala:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Ljubljana, 2026.

Avtorji odgovarjajo za vsebino svojih prispevkov in strokovnost navedb.

Programsko-organizacijski odbor:

Simona Podgrajšek, Simona Tomaževič, Simona Bračko, Sabina Finžgar, Mitja Prapertnik, Petra Kodrič.

Publikacija je dostopna na spletni strani:

<http://www.sekcijapsih-zn.si>

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

616-083:316.628(0.034.2)

ZBORNICA zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji (2026 ; Zreče)

Svetovalne in motivacijske tehnike za delo s pacienti XII. [Elektronski vir] : zbornik prispevkov in razširjenih povzetkov : Zreče, 21. in 22. maj 2026 / [organizator] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatri ; [urednik Zoltan Pap]. - E-zbornik. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2026

Način dostopa (URL): <http://www.sekcijapsih-zn.si>

ISBN 978-961-95809-8-1 (PDF)

COBISS.SI-ID 277959427

PROGRAM STROKOVNEGA SREČANJA

Četrtek 21. 5. 2026

07.45 – 08.45 **Registracija udeležencev**
60 min

08.45 – 09.00 **Uvodni pozdrav in organizacija dneva**
15 min

I. SKLOP

Moderatorka: *Simona Tomažević*

09.00 – 10.00 **Kemične odvisnosti: kje smo in kam gremo?**
60 min *asist. dr. Mirjana Delić, dr. med., spec. psih.*

10.00 – 11.30 **Odvisnost kot klinični izraz izgube smisla**
90 min *red. prof. dr. Sebastjan Kristovič*

11.35 – 11.40 **Razprava**
5 min

11.40 – 11.55 **Svetlobna terapija BIOPTRON za uporabo v namen preventive, kurative in rehabilitacije (satelitsko predavanje sponzorja Zepter BIOPTRON)**
15 min *Aleksandra Saša Oberstar, medicinska sestra-babica, dipl. ekon. (UN), strokovna sodelavka za svetlobno terapijo in medicinske aparata ZEPTER Slovenica d.o.o.*

12.00 – 13.40 **Odmor za kosilo**
100 min

II. SKLOP

Moderatorka: *Simona Podgrajšek*

I. DELAVNICA: Terapevtski potencial notranje svobode, samoregulacije in osebne naravnosti pri obravnavi odvisnosti
asist. Jasmina Kristovič, mag. zak. in druž. štud.

II. DELAVNICA: Vpliv našega načina razmišljanja na kakovost življenja in odnosov
Neli Pavlin, univ. dipl. pol., NLP coach.

III. DELAVNICA: Skrb zase – temelj skrbi za druge
dr. Špela Hvalec, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., VKT terapevtka in supervizorka

IV. DELAVNICA: Med generacijami do zaupanja: kako slišati, razumeti in sodelovati v sodobnih zdravstvenih timih
mag. Matej Delakorda, univ. dipl. soc., trener, moderator in strokovnjak za izkustveno učenje

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

Moderatorka: *Simona Podgrajšek*

16.20 – 17.20 **Zvočno potovanje v prisotnosti**

60 min

Antonia Pavlin, dipl. m. s., zvočna terapevtka/terapevtka z izvornim zvokom

17.20 **Zaključek prvega dne**

20.00 **Samopostrežna večerja in druženje ob animaciji »Ponsia«**

(brezplačna, na račun organizatorja srečanja)

Petek 22. 5. 2026

8.30 – 09.15 **Registracija udeležencev**
45 min

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

I. SKLOP

Moderatorica: *Simona Bračko*

09.20 – 10.20 **Vedenjske zasvojenosti v sodobni družbi**
60 min *Nejc Stanovnik, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.*

10.20 – 11.50 **Ko snamemo maske – avtentičnost, meje in odnosi**
90 min *Polona Požgan, medn. cert. managerka delovne sreče, predavateljica svetovalka na področju komunikacije in odnosov*

11.50 – 12.00 **Razprava**
10 min

12.00 – 12.05 **Priprava na delo v delavnicah**
5 min

12.05 – 12.45 **Odmor s pogostitvijo**
40 min

II. SKLOP

Moderatorica: *Simona Podgrajšek*

I. DELAVNICA: Med povezavo in pastjo: vedenjske zasvojenosti v praksi
Nejc Stanovnik, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

II. DELAVNICA: Ko snamemo maske – avtentičnost, meje in odnosi
Polona Požgan, medn. cert. managerka delovne sreče, predavateljica svetovalka na področju komunikacije in odnosov

III. DELAVNICA: Manj izčrpanosti, več energije: skrivnosti dobrega spanja
dr. Špela Hvalec, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., VKT terapevtka in supervizorka

IV. DELAVNICA: Razumevanje zasvojenosti s seksualnostjo
Peter Topič, univ. dipl. soc. del., transakcijski analitik, CSAT (Certified Sex Addiction Therapist)

12.45 – 13.45 **I. – IV. DELAVNICA**
60 min

13.55 – 14.55 **I. – IV. DELAVNICA**
60 min

14.55 – 15.00 **Zaključek strokovnega srečanja**
5 min

KAZALO

| | |
|--|-----------|
| KEMIČNE ODVISNOSTI: KJE SMO IN KAM GREMO? | 7 |
| <i>asist. dr. Mirjana Delić, dr. med., spec. psih.</i> | |
| ODVISNOST KOT KLINIČNI IZRAZ IZGUBE SMISLA | 10 |
| <i>red. prof. dr. Sebastjan Kristovič</i> | |
| TERAPEVTSKI POTENCIAL NOTRANJE SVOBODE, SAMOREGULACIJE IN OSEBNE NARAVNANOSTI PRI OBRAVNAVI ODVISNOSTI | 12 |
| <i>asist. Jasmina Kristovič, mag. zak in druž. štud.</i> | |
| VPLIV NAŠEGA NAČINA RAZMIŠLJANJA NA KAKOVOST ŽIVLJENJA IN ODNOSOV | 13 |
| <i>Neli Pavlin, univ. dipl. pol., NLP coach</i> | |
| SKRB ZASE – TEMELJ SKRBI ZA DRUGE..... | 16 |
| <i>dr. Špela Hvalec, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., VKT terapevtka in supervizorka</i> | |
| MED GENERACIJAMI DO ZAUPANJA: KAKO SLIŠATI, RAZUMETI IN SODELOVATI V SODOBNIH ZDRAVSTVENIH TIMIH..... | 18 |
| <i>mag. Matej Delakorda, univ. dipl. soc., trener, moderator in strokovnjak za izkustveno učenje</i> | |
| VEDENJSKE ZASVOJENOSTI V SODOBNI DRUŽBI | 25 |
| <i>Nejc Stanovnik, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.</i> | |
| KO SNAMEMO MASKE - AVTENTIČNOST, MEJE IN ODNOSI..... | 33 |
| <i>Polona Požgan, medn. cert. managerka delovne sreče, predavateljica svetovalka na področju komunikacije in odnosov</i> | |
| MANJ IZČRPANOSTI, VEČ ENERGIJE: SKRIVNOSTI DOBREGA SPANJA..... | 34 |
| <i>dr. Špela Hvalec, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., VKT terapevtka in supervizorka</i> | |
| RAZUMEVANJE ZASVOJENOSTI S SEKSUALNOSTJO | 36 |
| <i>Peter Topič, univ. dipl. soc. del., transakcijski analitik, CSAT (Certified Sex Addiction Therapist).</i> | |

KEMIČNE ODVISNOSTI: KJE SMO IN KAM GREMO?

asist. dr. Mirjana Delič, dr. med., spec. psih.

Povzetek

Področje uporabe psihoaktivnih snovi se v zadnjih desetletjih izrazito spreminja, kar je povezano z globalizacijo, tehnološkim razvojem in spremembami na trgu drog. Namen prispevka je predstaviti aktualno stanje na področju kemičnih odvisnosti v Evropi in Sloveniji ter izpostaviti ključne trende in izzive. Pregled literature kaže na povečano raznolikost psihoaktivnih snovi, večjo dostopnost drog ter porast sočasne uporabe več substanc, kar pomembno povečuje tveganje za zdravstvene zaplete in smrtnost. Posebno pozornost vzbujajo novi sintetični opiodi in kanabinoidi, ki predstavljajo resno tveganje za javno zdravje. V Sloveniji se trendi uporabe drog odražajo predvsem v porastu uporabe konoplje in kokaina ter prisotnosti novih psihoaktivnih snovi. Razprava poudarja potrebo po celostnem pristopu, ki vključuje preventivo, zdravljenje in zmanjševanje škode. Za učinkovito obvladovanje problematike kemičnih odvisnosti je ključno interdisciplinarno sodelovanje ter prilagajanje novim izzivom.

Ključne besede: psihoaktivne snovi, odvisnost, nove droge, javno zdravje, zmanjševanje škode

Abstract

The use of psychoactive substances has undergone significant changes in recent decades due to globalization, technological development, and shifts in drug markets. The aim of this paper is to present the current situation regarding substance use disorders in Europe and Slovenia and to highlight key trends and challenges. A review of the literature indicates an increase in the diversity and availability of substances, as well as a rise in polydrug use, which significantly increases health risks and mortality. Particular concern is associated with new synthetic opioids and cannabinoids, which pose serious public health threats. In Slovenia, trends reflect increased cannabis and cocaine use and the presence of new psychoactive substances. The discussion emphasizes the need for a comprehensive approach, including prevention, treatment, and harm reduction strategies. Interdisciplinary collaboration and system adaptation are essential for effectively addressing substance use disorders in the future.

Keywords: psychoactive substances, addiction, new drugs, public health, harm reduction

Uvod

Področje uporabe psihoaktivnih snovi (PAS) se v zadnjih desetletjih intenzivno spreminja. Globalizacija, tehnološki razvoj in geopolitične spremembe vplivajo na strukturo in dinamiko

trga drog, kar se odraža v večji raznolikosti substanc, višjih koncentracijah učinkovin ter novih načinih distribucije in uporabe. Posledično se povečujejo javnozdravstvena tveganja, povezana z zastrupitvami, razvojem odvisnosti, duševnimi motnjami ter socialnimi posledicami, kot so kriminaliteta, socialna izključenost in brezdomstvo (EUDA, 2025). Namen prispevka je predstaviti aktualno stanje na področju kemičnih odvisnosti v Evropi in Sloveniji ter osvetliti ključne trende in izzive, ki bodo v prihodnjih letih oblikovali odziv zdravstvenih, socialnih in pravnih sistemov.

Razmere na področju drog v Evropi

Evropski trg drog postaja vse bolj kompleksen. Kljub različnim zakonodajnim in represivnim ukrepom ostajajo tokovi drog stabilni, hkrati pa se nenehno pojavljajo nove oblike psihoaktivnih snovi ter novi načini njihove uporabe (EUDA, 2025). V zadnjih letih je v Evropi opazen porast zasegov kokaina, kar kaže na povečano dostopnost te droge in širjenje njenega trga. Hkrati se povečuje tudi proizvodnja sintetičnih drog, kot so amfetamini, MDMA in sintetični katinoni, zaradi česar Evropa vse bolj postaja tudi območje njihove proizvodnje (UNODC, 2025). Posebno skrb vzbujajo novi sintetični opioidi, med katerimi izstopajo nitazeni. Gre za izjemno potentne snovi, ki se lahko pojavljajo v mešanicah z drugimi drogami ali kot ponarejena zdravila. Zaradi visoke učinkovitosti predstavljajo pomembno tveganje za predoziranje in smrt (UNODC, 2025). Pomemben trend predstavlja tudi uporaba več drog, ki vključuje sočasno ali zaporedno uporabo različnih psihoaktivnih snovi. Ta pojav pomembno povečuje tveganje za akutne zdravstvene zaplete in otežuje zdravljenje odvisnosti. Večina smrtnih predoziranja vključuje kombinacijo več substanc, pogosto opioidov v kombinaciji z alkoholom ali benzodiazepini (EUDA, 2025; NIJZ, 2025). Poleg pojava novih drog se spreminjajo tudi načini njihove distribucije. Ob tradicionalnih kriminalnih mrežah imajo vse večjo vlogo digitalne platforme, vključno z družbenimi omrežji, spletnimi tržnicami in temnim spletom (darknetom), ki omogočajo relativno anonimno trgovanje z drogami (EUDA, 2025).

Pojav novih psihoaktivnih snovi

Med pomembnejšimi trendi na evropskem trgu drog je pojav sintetičnih in polsintetičnih kanabinoidov. Po letu 2022 je bilo v Evropi identificiranih več kot dvajset novih polsintetičnih kanabinoidov, med katerimi je bil prvi zaznan heksahidrokanabinol (HHC) (EUDA, 2025). Ti izdelki se pogosto pojavljajo v obliki prehranskih izdelkov (npr. gumijasti bonboni) ali pripravkov za inhalacijo. Problematična je predvsem nepredvidljiva koncentracija učinkovin, ki lahko povzroči različne neželene učinke, kot so tahikardija, slabost, motnje zavesti, anksioznost ter druge nevrološke in psihične motnje (EUDA, 2025; UNODC, 2025). Pomemben trend predstavlja tudi naraščajoča prisotnost ketamina na evropskem trgu drog, kar kaže na širjenje njegove uporabe (EUDA, 2025).

Stanje na področju drog v Sloveniji

V Sloveniji področje prepovedanih drog ureja Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (ZPPPD). Posest manjših količin drog za osebno uporabo je obravnavana kot prekršek, kar predstavlja obliko delne dekriminalizacije (Uradni list, 1999). V zadnjih letih se zakonodaja prilagaja pojavu novih psihoaktivnih snovi. Leta 2023 je bilo na seznam prepovedanih drog dodanih več novih substanc, med drugim HHC, HHCP in protonitazen (NIJZ, 2025; NIJZ, 2024). Podatki raziskave HBSC kažejo, da je leta 2022 konopljo vsaj enkrat v življenju uporabilo 13,7 % petnajstletnikov, med sedemnajstletniki pa približno tretjina (NIJZ, 2025; NIJZ, 2024). Raziskave med študenti kažejo prisotnost novih psihoaktivnih snovi; o njihovi uporabi poroča približno 6,3 % študentov slovenskih univerz (NIJZ, 2025). Analize odpadnih voda kažejo, da je uporaba večine drog najvišja v Ljubljani, medtem ko se v drugih mestih pojavljajo specifični lokalni vzorci uporabe. V zadnjih letih je zaznan porast uporabe kokaina (NIJZ, 2025). Smrtnost zaradi drog ostaja pomemben javnozdravstveni izziv. Večina smrtnih primerov je povezana z uporabo več drog, kar dodatno potrjuje kompleksnost sodobnih vzorcev uporabe (NIJZ, 2025; NIJZ 2024).

Zaključek

Sodobni trendi na področju drog kažejo na povečano kompleksnost trga, večjo dostopnost sintetičnih snovi ter širjenje sočasne uporabe več drog. Ti procesi predstavljajo pomembne izzive za zdravstvene, socialne in pravne sisteme.

Ključnega pomena bo nadaljnja krepitev sistemov zgodnjega opozarjanja na nove psihoaktivne snovi, razvoj programov zmanjševanja škode ter prilagajanje programov zdravljenja novim vzorcem uporabe drog. Posebno pozornost bo treba nameniti preventivnim programom za mlade ter izboljšanju sodelovanja med zdravstvenim, socialnim in pravosodnim sektorjem.

Celostni in interdisciplinarni pristop bo ključen za učinkovito obvladovanje problematike kemičnih odvisnosti v prihodnosti.

Literatura:

European Union Drugs Agency. (n.d.). *European drug report 2025: Trends and developments*. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025_en

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (n.d.). *Nacionalno poročilo o stanju na področju prepovedanih drog v Sloveniji 2025*. <https://nijz.si/publikacije/stanje-na-podrocju-prepovedanih-drog-v-sloveniji-2025/>

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (n.d.). *Nacionalno poročilo o stanju na področju prepovedanih drog v Sloveniji 2024*. https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/10/Nacionalno-porocilo_2024-1.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime. (2025). *Drug use and treatment*. <https://data.unodc.org/datareport/druguse-general>

United Nations Office on Drugs and Crime. (n.d.). *World drug report 2023*. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>

Zakon o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (ZPPPD). (1999)

ODVISNOST KOT KLINIČNI IZRAZ IZGUBE SMISLA

red. prof. dr. Sebastjan Kristovič

Sodobno razumevanje odvisnosti se vse bolj oddaljuje od enodimenzionalnih razlag, ki jo reducirajo zgolj na biološki, vedenjski ali psihopatološki pojav. Čeprav so nevrobiološki mehanizmi in psihološki dejavniki pomembni, ne zajamejo celote človekovega bivanja. V okviru logoterapije in eksistencialne analize, kot ju je utemeljil Viktor Frankl, se odvisnost razume kot klinični izraz globlje bivanjske motnje – kot simptom izgube smisla. Človek ni zgolj telesno in duševno, temveč tudi duhovno bitje, kar pomeni, da njegovega zdravja ni mogoče razumeti brez upoštevanja vprašanja smisla, vrednot, načina življenja, odnosov, odgovornosti in notranje orientacije.

V tem kontekstu odvisnost ni primarno posledica travme, kot so pogosto poudarjali pretekli modeli, temveč izraz bivanjskega vakuuma – stanja notranje praznine, eksistencialne frustracije, krize smisla in izgube orientacije. Ta vakuum nastaja v sodobni družbi, ki posameznika pogosto usmerja v iskanje ugodja, takojšnjega zadovoljevanja potreb in zunanjih potrditev, pri tem pa zanemarja razvoj notranje svobode, odgovornosti in zmožnosti za smiselno usmerjanje življenja. Posledično posameznik izgublja stik s seboj, s svojim poslanstvom in vrednotami, kar odpira prostor za nadomestne oblike zadovoljitve – med njimi tudi različne oblike zasvojenosti. Sodobne raziskave so pokazale, da se eksistencialna kriza razvija v tri simptomatična področja: agresija, depresija in različne oblike zasvojenosti.

Odvisnost tako postane poskus zapolnitve notranje praznine in je posledica frustrirane »volje do smisla«. Gre za napačen odgovor na legitimno eksistencialno vprašanje. Človek, ki ne najde smisla, ga začne nadomeščati z intenzivnimi izkušnjami, substancami ali vedenji, ki začasno ublažijo občutek praznine, vendar dolgoročno poglobljajo notranjo razklanost. V tem smislu odvisnost ni le težava nadzora ali discipline, temveč predvsem težava smisla in notranje orientacije – vprašanje, kam in zakaj človek usmerja svoje življenje.

Poseben poudarek predavanja je namenjen razumevanju, da sodobna zasvojenost pogosto ni posledica »preveč trpljenja«, temveč »premalo smisla«. V tem okviru postaja ključno vprašanje življenjskega sloga. Način življenja, ki temelji na hedonizmu, izogibanju odgovornosti in odsotnosti globljih odnosov, ustvarja pogoje za razvoj notranje praznine. K temu pomembno prispevajo tudi vzgojno-izobraževalni pristopi, ki pogosto zanemarjajo oblikovanje značaja, odgovornosti in vrednot ter se osredotočajo zgolj na kognitivne dosežke ali prilagajanje sistemu. Takšna vzgoja ne opremi posameznika za soočanje z eksistencialnimi vprašanji, zato ob prvih večjih življenjskih preizkušnjah ostane brez notranjih opor.

Logoterapija v tem kontekstu ponuja drugačen pogled na zdravljenje odvisnosti. Ne gre zgolj za odpravljanje simptomov ali nadzor vedenja, temveč za ponovno odkrivanje smisla. Terapevtski proces je usmerjen v prebujanje človekove notranje svobode – njegove zmožnosti, da se kljub okoliščinam odloča za odgovorno in smiselno življenje. Ključno je

pomagati posamezniku, da prepozna vrednote, odnose in naloge, ki njegovemu življenju dajejo pomen in smisel, ter da razvije sposobnost preseganja samega sebe (samopreseganje).

Za klinično prakso to pomeni nujnost integrativnega, holističnega pristopa. Zdravnik, terapevt ali drugo zdravstveno osebje ne sme ostati zgolj na ravni simptomatskega zdravljenja, temveč mora prepoznati tudi bivanjsko dimenzijo pacientove stiske. V odnosu do pacienta ima zato ključno vlogo drža – spoštovanje njegovega dostojanstva, nagovarjanje njegove notranje svobode in spodbujanje odgovornosti. Prav v tem odnosu se pogosto odpre prostor, kjer lahko posameznik ponovno začne iskati smisel.

Ključne besede: odvisnost, zdravljenje, logoterapija, smisel.

Literatura:

Frankl, V. E. (2014). *Volja do smisla*. Mohorjeva družba.

Frankl, V. E. (2015). *Zdravnik in duša*. Mohorjeva družba.

Frankl, V. E. (2026). *Kljub vsemu rečem življenju DA*. Mohorjeva družba.

Fabry, J. B. (2022). *Hoja za smislom: Viktor Frankl, logoterapija in življenje*. Mohorjeva družba.

Lukas, E. (2026). *Družina in smisel*. Mohorjeva družba.

Lukas, E. (2026). *Vse se uglesi in izpolni*. Mohorjeva družba.

Lukas, E. (2017). *Osnove logoterapije: Človeška podoba in metode*. Celjska Mohorjeva družba.

TERAPEVTSKI POTENCIAL NOTRANJE SVOBODE, SAMOREGULACIJE IN OSEBNE NARAVNANOSTI PRI OBRAVNAVI ODVISNOSTI

pred. Jasmina Kristovič, mag. zak. in druž. štud.

Odvisnost je pogosto obravnavana predvsem kot vedenjska, psihološka ali medicinska težava, vendar tak pogled ne zajame celote človekove stiske. Prispevek poudarja, da je pri delu z osebami z odvisnostjo treba upoštevati tudi njihovo bivanjsko razsežnost, zlasti vprašanje notranje svobode, odnosa do sebe in sposobnosti za smiselno usmerjanje življenja. Poseben poudarek je namenjen vlogi zdravstvenega osebja v psihiatriji, saj medicinske sestre, zdravstveni tehniki in drugi strokovni delavci s svojim odnosom pomembno vplivajo na terapevtski proces. Logoterapija izhaja iz spoznanja, da človek ni zgolj seštevek svojih simptomov in okoliščin, temveč oseba, ki tudi v stiski ohranja možnost zavzeti stališče do sebe in svojega položaja. Prav v tem je jedro notranje svobode. Pri odvisnosti je ta pogosto zožena, vendar v človeku ostaja zdravo jedro osebnosti, ki ni istovetno z boleznijo in predstavlja temelj terapevtskega upanja. Za zdravstveno osebje je to posebej pomembno, saj pacienta varuje pred redukcijo na diagnozo ali relaps. Samoregulacija pomeni sposobnost prepoznavanja in obvladovanja notranjih napetosti brez impulzivnega odziva. Ker je pri odvisnosti ta sposobnost pogosto oslABLJENA, je pomembno, da zdravstveno osebje s strokovnim odnosom krepi notranjo oporo, občutek dostojanstva in odgovornosti. Osebna naravnost pa se kaže v človekovi drži do trpljenja, padcev in možnosti spremembe. V praksi se to kaže v spoštljivi komunikaciji, jasnih mejah in spodbujanju majhnih, a konkretnih korakov k samodisciplini in smislu. Pri obravnavi odvisnosti so notranja svoboda, samoregulacija in osebna naravnost pomembni terapevtski viri. Logoterapevtski pristop omogoča, da zdravstveno osebje v pacientu ne vidi le patologije, ampak osebo, ki kljub ranjenosti ni izgubila možnosti za spremembo.

Ključne besede: odvisnost, logoterapija, notranja svoboda, samoregulacija, zdravstveno osebje.

Literatura

- Frankl, V. E. (2021). *Kljub vsemu reči življenju da*. Celjska Mohorjeva družba.
- Kristovič, S. (2016). *Med smislom in nesmisлом trpljenja: Dostojevski in Nietzsche*. Celjska Mohorjeva družba.
- Lukas, E. (2017). *Osnove logoterapije: Človeška podoba in metode*. Celjska Mohorjeva družba.

VPLIV NAŠEGA NAČINA RAZMIŠLJANJA NA KAKOVOST ŽIVLJENJA IN ODNOSOV

Neli Pavlin, univ. dipl. pol., NLP coach.

Povzetek

V prispevku je predstavljen vpliv omejujočih in podpornih prepričanj na posameznikovo razmišljanje, čustvovanje in vedenje. Poudarjeno je, da posamezniki ne reagirajo neposredno na situacije, temveč na pomen, ki jim ga pripisujejo. Prepričanja, oblikovana predvsem v zgodnjem otroštvu, delujejo kot filter pri zaznavanju sebe, drugih ljudi in sveta. Omejujoča prepričanja, kot so občutki nevrednosti, perfekcionizma ali strahu pred mnenjem drugih, pogosto vodijo v neprijetna čustva, zmanjšano samozaupanje ter neučinkovite vedenjske vzorce. Opisano je, da takšni avtomatizirani miselni vzorci delujejo kot »avtopilot«, zato je pomembno njihovo ozaveščanje. Predstavljeni so tudi pristopi za razvoj bolj podpornega notranjega dialoga in namernega razmišljanja, med katerimi so zapisovanje misli, časovno distanciranje, osredotočanje na dihanje in samogovor v drugi osebi. Ugotavlja se, da razvoj podpornih prepričanj prispeva k večji psihološki prožnosti, notranji stabilnosti in bolj konstruktivnemu delovanju posameznika.

Ključne besede: podporna in omejujoča prepričanja, notranji dialog, namerno razmišljanje, čustva, vedenje.

Abstract

The paper presents the influence of limiting and supportive beliefs on an individual's thinking, emotions, and behavior. It emphasizes that individuals do not react directly to situations, but rather to the meaning they assign to them. Beliefs, primarily formed during early childhood, function as a filter through which individuals perceive themselves, other people, and the world around them. Limiting beliefs, such as feelings of unworthiness, perfectionism, or fear of others' opinions, often lead to unpleasant emotions, reduced self-confidence, and ineffective behavioral patterns. It is explained that such automated thought patterns operate on "autopilot," which is why raising awareness is important. The paper also presents approaches for developing a more supportive inner dialogue and intentional thinking, including journaling thoughts, temporal distancing, focusing on breathing, and self-talk in the second person. It is concluded that the development of supportive beliefs contributes to greater psychological flexibility, inner stability, and more constructive individual functioning.

Keywords: supportive and limiting beliefs, inner dialogue, intentional thinking, emotions, behavior.

Uvod

Način, kako posamezniki razmišljajo o sebi, drugih in situacijah, pomembno vpliva na njihovo počutje, vedenje ter kakovost življenja in odnosov. V vsakdanjem življenju ljudje pogosto več pozornosti namenjajo zunanjim okoliščinam kot pa lastnim miselnim vzorcem,

preko katerih te okoliščine interpretirajo. Prav način razmišljanja pomembno vpliva na doživljanje stresa, odnose, samozaupanje in zadovoljstvo. Namen prispevka je predstaviti vpliv omejujočih in podpornih prepričanj na misli, čustva in vedenje ter prikazati praktične pristope za razvoj bolj podpornega notranjega dialoga in namernega razmišljanja. Prispevek temelji na spoznanjih kognitivnih pristopov ter na praktičnih izkušnjah iz izvedbe interaktivnih delavnic, terapije in dela z ljudmi.

Osrednji del

Kognitivni pristopi poudarjajo, da posamezniki ne reagirajo neposredno na situacije, temveč na pomen, ki jim ga pripišejo (Ellis, 1962). Prepričanja delujejo kot filter, skozi katerega posameznik zaznava sebe, druge ljudi in svet okoli sebe. Vplivajo na misli, čustva, vedenje in posledično tudi na rezultate ter kakovost življenja. Velik del teh prepričanj nastane že v zgodnjem otroštvu. Otroci svet vsrkavajo zelo odprto, kot »spužvice«, zato sporočila pomembnih odraslih hitro postanejo del njihove notranje slike o sebi. Če otrok pogosto posluša kritiko, primerjanje ali občuti, da ni dovolj dober, sposoben ali pomemben, lahko ta sporočila postopoma ponotranji. Posameznik takšne misli skozi leta velikokrat ponovi, zato postanejo avtomatizirane in delujejo kot resnica oziroma del identitete: »takšen pač sem«, »nisem dovolj dober«, »nisem sposoben«.

Omejujoča prepričanja tako pogosto delujejo kot avtopilot. Posameznik se nanje odziva avtomatično, brez zavestnega premisleka, ali so ta prepričanja resnična, koristna ali podprta z dejstvi. V praksi se pogosto pojavljajo prepričanja, kot so »moram biti popoln«, »kaj bodo rekli drugi«, »vse moram narediti sam«, »moje mnenje ni pomembno« ali »nisem dovolj dober«. Takšne misli sprožajo neprijetna čustva, kot so strah, negotovost, sram ali krivda, kar vpliva na vedenje, odnose in učinkovitost posameznika. Pomemben del delavnice predstavlja ozaveščanje teh avtomatiziranih vzorcev razmišljanja. Udeleženci raziskujejo konkretne situacije iz svojega življenja ter prepoznavajo povezavo med prepričanjem, mislimi, počutjem in vedenjem. Posebej pomemben je razmislek o »ceni«, ki jo posameznik plačuje zaradi omejujočega prepričanja. Prepričanje »nisem dovolj dober« lahko na primer posameznika ustavlja pri izražanju idej, postavljanju mej ali razvoju potencialov.

Ključno sporočilo delavnice je, da so omejujoča prepričanja naučeni vzorci razmišljanja. Naučeni so, zato jih je mogoče tudi postopoma preoblikovati. Posameznik lahko razvija bolj podporni prepričanja, ki temeljijo na večji samopodpori, zaupanju vase in bolj konstruktivnem pogledu nase. V nadaljevanju udeleženci spoznavajo koncept namernega razmišljanja. Gre za zavesten prehod iz avtomatiziranega »avtopilota« v bolj premišljeno usmerjanje pozornosti, misli in odzivov. Pri tem se uporabljajo različne praktične strategije, kot so zapisovanje misli in občutkov, časovno distanciranje, pogled iz »ptičje perspektive«, osredotočanje na dihanje ter samogovor v drugi osebi, ki po raziskavah prispeva k bolj umirjenemu in konstruktivnemu odzivanju (Kross, 2021). Del procesa je tudi razvoj podpornega notranjega dialoga. Namesto misli »nisem dovolj dober«, posameznik postopoma razvija bolj podporne stavke, kot so »učim se«, »trudim se po svojih najboljših močeh« ali »lahko naredim naslednji korak«. Takšna prepričanja posamezniku omogočajo več notranje stabilnosti, večjo motivacijo ter bolj konstruktivno delovanje v odnosu do sebe in drugih.

Zaključek

Prepričanja pomembno vplivajo na način razmišljanja, čustveno doživljanje in vedenje posameznika. Omejujoča prepričanja pogosto delujejo avtomatizirano in posameznika vodijo v neučinkovite vzorce delovanja, medtem ko razvoj podpornih prepričanj omogoča večjo notranjo stabilnost, boljše odnose ter večjo psihološko prožnost. Ugotavljamo, da je pomemben korak spremembe predvsem ozaveščanje lastnih miselnih vzorcev ter razvoj bolj podpornega notranjega dialoga. Ko posamezniki razumejo, da njihova prepričanja niso nujno objektivna resnica, temveč naučeni vzorci razmišljanja, se odpre prostor za bolj zavestno izbiro misli, odzivov in vedenja.

Literatura

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.

Kross, E. (2021). *Chatter: The voice in our head, why it matters, and how to harness it*. Crown Publishing Group.

LePera, N. (2021). *How to do the work: Recognize your patterns, heal from your past, and create your self*. Orion Spring.

McGonigal, K. (2015). *The upside of stress: Why stress is good for you, and how to get good at it*. Avery.

Robbins, M. (2017). *The 5 second rule: Transform your life, work, and confidence with everyday courage*. Savio Republic.

Robbins, M. (2021). *The high 5 habit: Take control of your life with one simple habit*. Hay House.

SKRIB ZASE – TEMELJ SKRBI ZA DRUGE

dr. Špela Hvalec, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., VKT terapevtka in supervizorka

Skrb zase je temelj učinkovite skrbi za druge, še posebej v pomagajočih poklicih, kot je zdravstvo. Kljub temu so med strokovnjaki prisotna številna zmotna prepričanja, kot so, da za skrb zase ni časa, da je sebična ali da pride na vrsto šele, ko se delo umiri. Ta prepričanja so povezana z delovnim okoljem, ki pogosto spodbuja samopozabljanje, visoko odgovornost, čustveno obremenjenost in pomanjkanje nadzora nad delom. Posebej pomemben je mit o »junaški odpornosti zdravstvenega delavca«, ki ustvarja pritisk, da mora biti zdravstveni delavec vedno močan, neomajen in brez potrebe po pomoči, kar vodi v izgorelost, kronično izčrpanost in slabšo kakovost dela. Skozi delavnico bodo izpostavljene tudi razvojne razlike v doživljanju skrbi zase skozi kariero – od dokazovanja v začetku, do usklajevanja zahtev delovnega in zasebnega življenja v srednjem obdobju in iskanja smisla v poznejšem obdobju. V okviru skrbi zase ima zelo pomembno vlogo notranji dialog oziroma samogovor, kjer se prepletata kritični in negujoči »notranji starš«. Prevlada kritičnega samogovora povečuje stres, tveganje za anksioznost in izgorelost, medtem ko negujoči samogovor krepi samozaupanje, odpornost in dobro počutje. Skrb zase bomo predstavili kot večdimenzionalni proces, ki vključuje fizični, čustveni, socialni, kognitivni in duhovni vidik. Poleg individualne odgovornosti je pomembna tudi vloga organizacije, ki mora omogočati ustrezne pogoje za dobrobit zaposlenih. Pomembno pa je tudi razlikovanje med pravo skrbjo zase, ki je dolgoročna in preventivna, ter kratkotrajnimi »nagradami«, ki le začasno zmanjšajo stres. V zaključnem delu bomo ponudili konkretna orodja za prepoznavanje zanemarjanja sebe (npr. telesni znaki, notranji stavki) ter strategije za dolgoročno spremembo, kot so prepoznavanje avtomatskih misli, razvijanje bolj sočutnega notranjega dialoga in krepitev notranjega podpornega glasu.

Ključne besede: skrb zase, zdravstvo, strategije spoprijemanja.

Literatura

- Barnett, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). Self-care in psychologists: A review of professional literature. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 603–612. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.603>
- Dorociak, K. E., Rupert, P. A., Bryant, F. B., & Zahniser, E. (2017). Development of the Professional Self-Care Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 64(3), 325–334. <https://doi.org/10.1037/cou0000206>
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>

West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388(10057), 2272–2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)

MED GENERACIJAMI DO ZAUPANJA: KAKO SLIŠATI, RAZUMETI IN SODELOVATI V SODOBNIH ZDRAVSTVENIH TIMIH

mag. Matej Delakorda, univ. dipl. soc., trener, moderator in strokovnjak za izkustveno učenje

Povzetek

Sodobni zdravstveni timi v Sloveniji sodelujejo v razmerah kroničnega pomanjkanja kadra, visoke obremenjenosti in pogostih moralnih dilem. V takšnih okoliščinah pogosto prihaja do nesporazumov med generacijami zaposlenih, ki imajo različne komunikacijske navade, pričakovanja in motivatorje. Ti nesporazumi so v praksi pogosto razumljeni kot vzrok slabega sodelovanja, čeprav so pravzaprav simptom globljih sistemskih in fizioloških procesov. Prispevek povezuje znanstvena spoznanja o stresnem odzivu, moralnem distresu in psihološki varnosti z vedenjskimi strukturami, ki omogočajo bolj povezano sodelovanje tudi v visoko obremenjenih okoljih. Generacijske razlike so kratko predstavljene skozi okvir teorije samodoločenosti, pri čemer je posebej poudarjeno, da posamezne generacije nimajo napačnih motivatorjev, temveč drugačne. V praktičnem delu so predstavljene konkretne vedenjske tehnike – samoregulacija stresnega odziva, asertivni komunikacijski okvir DESC in standardizirana komunikacija SBAR – ki delujejo kot vnaprej pripravljene protokoli, kar je v stresnem okolju pomembno, ker izčrpan kognitivni sistem v tistem trenutku ne more izumljati novih vzorcev. Avtor v zaključku predlaga, da se razumevanje lastnega stresnega odziva razume kot temelj, iz katerega šele izhaja sposobnost razumeti potrebe drugih generacij in z njimi sodelovati.

Ključne besede: medgeneracijsko sodelovanje, psihološka varnost, moralni distres, asertivna komunikacija, zdravstvena nega.

Abstract

Modern healthcare teams in Slovenia operate under conditions of chronic staff shortages, high workload and frequent moral dilemmas. In such circumstances, misunderstandings between generations of employees with different communication habits, expectations and motivators frequently arise. These misunderstandings are commonly understood as a cause of poor cooperation, although they are in fact a symptom of deeper systemic and physiological processes. The paper links scientific findings on the stress response, moral distress and psychological safety with behavioural structures that enable more connected cooperation even in highly demanding environments. Generational differences are briefly presented through the framework of self-determination theory, with the explicit emphasis that individual generations do not have wrong motivators, only different ones. The practical part presents concrete behavioural techniques – stress response self-regulation, the DESC assertive communication framework, and standardised SBAR communication – which function as pre-prepared protocols. This matters in stressful environments because an exhausted cognitive system cannot invent new patterns in the moment. The author concludes by proposing that

understanding one's own stress response should be regarded as the foundation from which the ability to understand the needs of other generations and cooperate with them can grow.

Key words: intergenerational cooperation, psychological safety, moral distress, assertive communication, nursing care.

Uvod

V sodobnih slovenskih zdravstvenih timih danes sočasno delajo vsaj tri generacije – od poznih predstavnikov generacije X do generacije Z. Razlike v komunikacijskih navadah, pričakovanjih in motivatorjih se med generacijami pogosto kažejo kot konflikti, nerazumevanje ali medsebojno očitiranje. Starejši zaposleni opisujejo mlajše kot nezanesljive ali brez delovnih navad; mlajši pa starejše kot toge in nezainteresirane za spremembe. Medgeneracijsko sodelovanje je zato pogosto razumljeno kot eden večjih izzivov sodobnega zdravstvenega tima – in izhodišče tega prispevka.

Ključno je izpostaviti, da se ti izzivi odvijajo v zahtevnem sistemskem okviru. Slovensko zdravstvo se že desetletje sooča s kroničnim pomanjkanjem medicinskih sester, visoko delovno obremenitvijo in posledicami starajočega se prebivalstva. Skela-Savič in sodelavke (2023) v presečni opazovalni raziskavi RN4CAST v slovenskih bolnišnicah ugotavljajo, da višja delovna obremenitev medicinskih sester statistično značilno vpliva na izide zdravljenja pacientov, vključno s povečanim tveganjem za neželene dogodke. Prelec in Skela-Savič (2023) v integrativnem pregledu literature izpostavljata, da je izgorelost najpogostejši razlog za zapuščanje poklica zdravstvene nege, pri čemer so glavni dejavniki neustrezni delovni pogoji, pomanjkljiva podpora vodstva in družbeno - ekonomske okoliščine. Na ravni posameznika je posledica visoka raven kroničnega stresa, ki ga Dobnik, Maletič in Skela-Savič (2018) dokumentirajo kot sistemski in ne individualni pojav. V stanju izčrpanosti se generacijske razlike zaznavajo ostrejšje, ker izčrpan živčni sistem slabše tolerira drugačnost in hitreje interpretira vedenje drugega kot grožnjo.

Namen prispevka je pokazati, da medgeneracijski nesporazumi v zdravstvenih timih večinoma niso vzrok slabega sodelovanja, temveč simptom globljih sistemskih in fizioloških procesov. Cilji so trije: (1) predstaviti znanstveno ozadje stresnega odziva, moralnega distresa in psihološke varnosti kot temeljev za razumevanje medosebne dinamike v zdravstvu; (2) kratko in brez stereotipov predstaviti generacijske razlike skozi okvir teorije samodoločenosti; in (3) predstaviti konkretne vedenjske strukture, ki omogočajo bolj povezano sodelovanje tudi v visoko obremenjenih okoljih.

Zakaj komunikacija razpade pod stresom?

Človeški živčni sistem je razvit za hitro odzivanje na nevarnost. Porges (2011) v polivagalni teoriji pojasnjuje, da pri visoki ravni stresa naš avtonomni živčni sistem prevzame nadzor in zmanjša aktivnost socialno - angažirajočih nevroloških povezav. To v praksi pomeni, da v stanju izčrpanosti ali preobremenjenosti zaposleni dobesedno težje sliši sogovornika, težje prebere njegovo mimiko in težje odzove z empatijo. To ni vprašanje volje ali značaja, temveč fiziologije.

McEwen (1998) ta dolgotrajni vpliv stresa na telo opiše s konceptom alostatske obremenitve, ki označuje merljivo obrabo organizma zaradi ponavljajočega se aktiviranja stresnega odziva. Pri zaposlenih v zdravstvu, ki pogosto delajo v izmenah, premalo spijo in se srečujejo s travmatičnimi vsebinami, je alostatska obremenitev visoka. Posledice vključujejo zmanjšano sposobnost regulacije čustev, slabšo presojo in oslABLJENO kognitivno fleksibilnost. To so prav tiste sposobnosti, ki so potrebne za asertivno komunikacijo in za razumevanje drugačnih perspektiv.

Drugi pomemben koncept je moralni distress, ki ga je v zdravstveni negi prvi opisal Jameton (1984) in ga je pozneje razdelala Hamric s sodelavci (Hamric et al., 2012; Epstein et al., 2019). Moralni distress opisuje psihološko stisko, ki nastane, ko zdravstveni delavec ve, kaj bi bilo prav narediti, vendar mu sistemske, organizacijske ali medosebne ovire tega ne dovoljujejo. Epstein in sodelavci (2019) so z lestvico MMD–HP dokumentirali, da so ravni moralnega distressa pomembno povezane z namero zapustiti delovno mesto in da so posebej visoke pri medicinskih sestrah. Ena najpogostejših oblik moralnega distressa je občutek, da pripombe in povratne informacije zaposlenih ne dosežejo vodstva ali ne sprožijo sprememb. Ta občutek ni znak osebne preobčutljivosti, temveč dokumentiran pojav z merljivimi posledicami.

Edmondson (2019) tem konceptom doda pomen psihološke varnosti, ki jo opredeljuje kot prepričanje članov tima, da je tim varno mesto za izražanje mnenj, postavljanje vprašanj in priznavanje napak brez strahu pred posmehom ali sankcijami. V psihološko varnih timih se konflikti pogosteje izpostavljajo, vendar so produktivni, ker so usmerjeni v vsebino in ne osebnosti. Pomembno spoznanje za zdravstvo je, da psihološka varnost ni razkošje, temveč predpogoj za varnost pacientov: brez nje mlajši sodelavec ne bo opozoril starejšega na potencialno napako.

Generacije v zdravstvu: enaka potreba, različni izrazi

Generacijska teorija opredeljuje generacijo kot skupino ljudi, ki so v podobnem zgodovinskem obdobju doživeli formativne izkušnje in zato delijo določene tendence v vrednotah in vedenju (Lyons & Kuron, 2014). Stevanin in sodelavci (2018) ugotavljajo, da se generacijske razlike v zdravstveni negi sicer pojavljajo, vendar so manjše od individualnih razlik znotraj iste generacije. Generacijski okvir je torej koristen kot iztočnica za radovednost, ne pa kot orodje za etiketiranje.

Uporaben okvir za razumevanje generacijskih razlik ponuja teorija samodoločenosti (v nadaljevanju STD), ki sta jo razvila Deci in Ryan (2000). Ta opredeljuje tri univerzalne psihološke potrebe: avtonomijo, kompetentnost in povezanost. Avtor v praksi delavnic uporablja razširjeno različico, ki tem trem dodaja še potrebo po namenu in jih razporeja po razvojnih fazah kariere. V zgodnji karierni fazi se avtonomija najpogosteje izrazi kot želja, da imam besedo pri tem, kako delam; v srednji kot soodločanje pri tem, kaj se odloča; v pozni pa kot spoštovanje pridobljenega znanja. Namen se iz osebnega vprašanja, kaj imam jaz od tega, razvije prek občutka, da delo dela razliko, do želje zapustiti nekaj vrednega. Kompetentnost in povezanost sledita podobnima razvojnima potema - od hitre rasti in vidnosti do ekspertnosti in občutka, da prispevam k nečemu trajnemu.

V praksi se te razlike pogosto kažejo na precej bolj vsakdanji ravni. Starejši zaposleni poročajo, da mlajši kolegi ne sprejemajo odgovornosti, pogosteje odhajajo na bolniško, zamujajo z nalogami ali ne zmorejo vzdržati v situacijah pritiska. Mlajši na drugi strani opisujejo, da starejši ne sprejemajo povratnih informacij, se oklepajo postopkov, ki so zastareli, in mlajše dojemajo bolj kot delovno silo kot kolege. Obe perspektivi sta resnični. Resnični kot doživetje, čeprav sta običajno opis simptomov in ne vzrokov. Kronični stres, moralni distress in pomanjkanje psihološke varnosti povzročijo, da vsaka generacija interpretira vedenje druge skozi optiko lastne izčrpanosti. Kar starejši vidi kot nezanesljivost, je pogosto znak izgorelosti ali vrednostnega neujemanja z organizacijo; kar mlajši vidi kot togost, je pogosto oblika samozaščite pred preobremenitvijo. SDT okvir tukaj ni opravičilo za katero koli vedenje, temveč je orodje, ki nam pomaga razumeti ozadje vedenj.

Ključno spoznanje je, da nobena generacija nima napačnih motivatorjev, ima pa drugačne, ki so povezani z razvojno fazo življenja in kariere. Ko mlajši sodelavec sprašuje, kako se bodo postopki spremenili z novo tehnologijo, ne izraža nespoštovanja do starejših, temveč svojo razvojno potrebo po hitrem učenju. Ko starejši sodelavec vztraja pri ustaljenem postopku, ne zavira napredka, temveč izraža potrebo po spoštovanju pridobljenega znanja. V izčrpanem timu te potrebe ostanejo nevidne, ker zaposleni nimajo kapacitete videti onkraj svojega trenutnega stanja ali pa tega ne uspejo in zmorejo ustrezno komunicirati. V tem se generacijski izziv in stresni izziv prekrivata.

Vedenjske strukture, ki nas nosijo, ko smo izčrpani

Eden najpomembnejših uvidov iz raziskovanja vedenja v stresu je, da pristopi, ki ciljajo na osebnostno preobrazbo, v visoko obremenjenih okoljih ne delujejo dobro. Kompleksne odločitve o tem, kakšen človek želim biti v določenem trenutku, postanejo v stanju izčrpanosti nedosegljive, ker se kognitivni nadzor zmanjša. Nasprotno se vnaprej naučene vedenjske strukture aktivirajo skoraj avtomatsko, ker so utrjene kot proceduralni spomin. Gollwitzer (1999) je pokazal, da so tako imenovani načrti izvedbe v obliki: če nastopi situacija X, naredim Y, bistveno učinkovitejši od splošnih namer, posebno v okoljih z visoko kognitivno obremenitvijo.

Prva struktura je samoregulacija stresnega odziva. Razumevanje lastne biologije se začne s prepoznavanjem telesnih signalov: zategnjena ramena, plitvo dihanje, hiter srčni utrip, občutek večje živčnosti kot običajno. To niso znaki šibkosti, temveč informacija. Ena izmed najbolj empirično podprtih kratkih tehnik je tako imenovani fiziološki vzdih: dva zaporedna vdih skozi nos, drugi krajši od prvega, in dolg izdih skozi usta. Ta tehnika v nekaj sekundah aktivira parasimpatično vejo živčnega sistema in zniža akutno raven stresa. Pomembno je, da se uporablja preventivno, med kratkimi premori in ne šele takrat, ko se je situacija že poslabšala.

Druga struktura je asertivni komunikacijski okvir DESC, ki ga sestavljajo štirje koraki: opisati konkretno vedenje brez sodbe (Describe), izraziti lastni občutek (Express), izraziti konkretno željo ali potrebo (Specify) in opozoriti na posledice (Consequences). Primer: Ko se odločitev o spremembi protokola sprejme brez moje perspektive (opis), se počutim spregledano (občutek) in želim si, da bi v naslednji situaciji najprej skupaj predebatirali možnosti

(potreba), saj bomo tako zagotovili boljšo kontinuiteto obravnave (posledica). DESC ni stvar značaja; je vnaprej pripravljen vzorec, ki omogoča, da v težavnem trenutku ne potrebujemo izumljati pravega stavka.

Tretja struktura je standardizirana komunikacija SBAR (Situacija – Ozadje – Ocena – Priporočilo), ki je bila razvita prav za zdravstvo. Empirične raziskave dokumentirajo, da uporaba SBAR zmanjša napake pri predaji pacienta in izenači hierarhične razlike v komunikaciji, ker vsem članom tima ponudi isti okvir za izražanje skrbi. SBAR je nenazadnje primer tega, kako lahko struktura, ki je sama po sebi nevtralna, prispeva k psihološki varnosti: ko vem, da imam jasen okvir za to, kaj povem in v katerem vrstnem redu, je manj odpora in manj strahu pred reakcijo sogovornika.

Vse tri strukture imajo skupen mehanizem: delujejo zato, ker so vnaprej pripravljene. Niso poziv k osebni preobrazbi, ampak orodja, ki jih uporabimo glede na to, kako se v tistem trenutku počutimo.

Diskusija

Namen tega prispevka je bil pokazati, da medgeneracijski nesporazumi v zdravstvenih timih niso prvenstveno težava komunikacijskih veščin, temveč sistemski in fiziološki pojav, ki ga komunikacijske veščine lahko ublažijo, ne pa odpravijo. To razlikovanje je pomembno iz dveh razlogov. Prvi je etični: če bremena neuspešnih pogovorov pripišemo izključno posameznikom, povečamo občutek krivde in moralnega distresa, ki je v zdravstveni negi že tako previsok (Epstein et al., 2019). Drugi je praktični: če je vzrok sistemski, potem rešitve, ki se osredotočajo izključno na posameznikovo vedenje, ne morejo doseči trajnih sprememb.

Hkrati pa to ne pomeni, da posameznik nima vpliva. Razumevanje lastnega stresnega odziva, prepoznavanje telesnih signalov in uporaba vedenjskih struktur, kot so fiziološki vzdih, DESC in SBAR, posamezniku vrnejo občutek, da v okoliščinah, ki jih ne more spremeniti, vendarle obstaja nekaj, kar lahko obvlada. Ta občutek samoučinkovitosti je sam po sebi dejavnik odpornosti. Generacijski okvir v tej luči ni cilj, temveč pripomoček: ko razumemo, da kolegi iz druge generacije ne delujejo proti nam, temveč iz svoje razvojne potrebe, postane prostor za empatijo večji.

Vodje zdravstvenih timov imajo pri tem posebno odgovornost, ki jo Edmondson (2019) opredeljuje kot oblikovanje psihološko varnega okolja. To pomeni, da v praksi sprejemajo povratne informacije zaposlenih kot dragocen vir informacij in ne kot grožnjo, da priznavajo lastne omejitve in da z lastnim vedenjem postavljajo standard, kako se v timu obravnava drugačno mnenje. Hkrati pa odgovornost za psihološko varnost ni izključno na vodjih; vsak član tima lahko z radovednostjo namesto z obtoževanjem prispeva k bolj povezanemu okolju.

Med omejitvami pristopa, predstavljenega v prispevku, je treba omeniti, da generacijska teorija ne more pojasniti vseh razlik med posamezniki in da Stevanin in sodelavci (2018) opozarjajo na metodološko šibkost mnogih raziskav s tega področja. Prav tako so vedenjske strukture, kot je DESC, najboljše raziskane v ameriškem in zahodnoevropskem kulturnem kontekstu in jih je treba previdno prenašati v slovensko okolje. Nazadnje, prispevek ne more

nadomestiti sistemskih sprememb, ki jih zdravstvena nega v Sloveniji potrebuje – več kadra, boljše vodenje, jasnejše kompetenčne ravni in ustrežnejše plačilo (Skela–Savič et al., 2023). Predstavljene tehnike so podpora, ne nadomestilo.

Zaključek

Medgeneracijsko sodelovanje v sodobnih slovenskih zdravstvenih timih je tesno prepleteno s sistemskim kontekstom in fiziološkim stanjem zaposlenih. Zato bi bilo poenostavljeno trditi, da gre za težavo, ki jo rešimo z eno delavnico ali z znanjem o značilnostih posameznih generacij. Resnejše izhodišče je razumevanje, da v stresu in izčrpanosti človek najprej izgubi sposobnost slišati drugega, nato sposobnost razumeti njegove potrebe in nazadnje sposobnost asertivnega odziva. Vrnitev teh sposobnosti se zato nujno začne pri sebi: pri prepoznavanju lastnih telesnih znakov, pri kratkih praksah samoregulacije in pri uporabi vnaprej pripravljenih vedenjskih struktur, ki nas podprejo, ko v trenutku stresa nimamo kapacitete za izumljanje novih vzorcev.

Iz tega temelja nato zraste sposobnost videti druge osebe, ki prihaja iz druge generacije, z drugimi izkušnjami in drugačnimi izrazi univerzalnih človeških potreb. Tehnike, kot so fiziološki vzdih, DESC in SBAR, niso magične rešitve; so dostopni vedenjski okviri, ki delujejo, ker jih ni treba izumljati v težavnem trenutku. Generacijski okvir teorije samodoločenosti pa omogoča, da razlike, ki jih sicer doživljamo kot trenja, razumemo kot različne izraze enakih potreb v različnih razvojnih fazah.

Literatura

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
- Dobnik, M., Maletič, M., & Skela-Savič, B. (2018). Delovni stres pri medicinskih sestrah v slovenskih bolnišnicah: Raziskava v prečnem preseku. *Zdravstveno varstvo*, 57(4), 192–200.
- Edmondson, A. C. (2019). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. John Wiley & Sons.
- Epstein, E. G., Whitehead, P. B., Prompahakul, C., Thacker, L. R., & Hamric, A. B. (2019). Enhancing understanding of moral distress: The measure of moral distress for health care professionals. *AJOB Empirical Bioethics*, 10(2), 113–124.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), 493–503.
- Hamric, A. B., Borchers, C. T., & Epstein, E. G. (2012). Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*, 3(2), 1–9.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Prentice Hall.
- Lyons, S., & Kuron, L. (2014). Generational differences in the workplace: A review of the evidence and directions for future research. *Journal of Organizational Behavior*, 35(S1), S139–S157.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840(1), 33–44.
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W. W. Norton & Company.

- Prelec, A., & Skela-Savič, B. (2023). Razlogi za zapuščanje poklica med medicinskimi sestrami v bolnišnicah: Integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(2), 117–129.
- Skela-Savič, B., Albreht, T., Sermeus, W., Lobe, B., Bahun, M., & Dello, S. (2023). Outcomes pacientov in obremenjenost sestrskega osebja v bolnišnicah: Raziskava v prečnem preseku na podlagi raziskave RN4CAST v slovenskih bolnišnicah. *Zdravstveno varstvo*, 62(2), 59–66.
- Stevanin, S., Palese, A., Bressan, V., Vehviläinen-Julkunen, K., & Kvist, T. (2018). Workplace-related generational characteristics of nurses: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1245–1263.

VEDENJSKE ZASVOJENOSTI V SODOBNI DRUŽBI

Nejc Stanovnik, univ. dipl. psih., spec. klin. psih

Povzetek

Vedenjske zasvojenosti predstavljajo relativno novo skupino motenj, ki so se v klinični in raziskovalni praksi začele jasneje oblikovati šele z razvojem digitalne dobe. Razvoj opredelitve v klasifikacij bolezni je postopen in z zadnjo izdajo Mednarodne klasifikacije bolezni ICD-11 (2018/2022) že vključuje motnje zaradi zasvojljivih vedenj, kot sta igranje iger na srečo in igranje videoiger. Razvoj spleta in digitalnih naprav je bistveno povečal dostopnost potencialno zasvojljivih vedenj (npr. družbena omrežja, videoigre, pornografija, spletno nakupovanje), kar prispeva k večji izpostavljenosti in tveganju za razvoj zasvojenosti pri delu populacije. Večina posameznikov ta vedenja uporablja funkcionalno, vendar lahko pri manjšem deležu pride do izgube nadzora in razvoja kompulzivnega vedenja. Vedenjske zasvojenosti so opredeljene kot ponavljajoča se vedenja, ki prinašajo kratkoročno zadovoljstvo, a dolgoročno povzročajo osebne, socialne ali funkcionalne težave. Etiološko jih razlagamo z biopsihosocialnim modelom, kjer imajo pomembno vlogo nevrobiološki mehanizmi nagrajevanja (dopaminergični sistem), psihološki dejavniki ter vplivi okolja in dostopnosti. Največ empirične podpore za zdravljenje ima kognitivno-vedenjska terapija, ki se osredotoča na prepoznavanje in spreminjanje disfunkcionalnih vzorcev ter razvoj bolj zdravih strategij spoprijemanja.

Ključne besede: vedenjske zasvojenosti, digitalna doba, obravnava zasvojenosti.

Abstract

Behavioral addictions represent a relatively new group of disorders that have become more clearly defined in clinical and research practice only with the development of the digital age. The evolution of their definition has been gradual, and the latest edition of the International Classification of Diseases, ICD-11 (2018/2022), already includes disorders due to addictive behaviors, such as gambling disorder and gaming disorder. The development of the internet and digital devices has significantly increased the accessibility of potentially addictive behaviors (e.g., social media, video games, pornography, online shopping), contributing to greater exposure and increased risk of addiction in part of the population. Most individuals engage in these behaviors in a functional way; however, a smaller proportion may experience loss of control and develop compulsive patterns of behavior. Behavioral addictions are defined as repetitive behaviors that provide short-term gratification but lead to long-term personal, social, or functional problems. Etiologically, they are explained through a biopsychosocial model, in which neurobiological reward mechanisms (particularly the dopaminergic system), psychological factors, and environmental influences and accessibility play important roles. Cognitive-behavioral therapy has the strongest empirical support for treatment, focusing on identifying and modifying dysfunctional patterns and developing healthier coping strategies.

Keywords: behavioral addictions, digital age, addiction treatment.

Uvod

Vedenjske zasvojenosti so »mlada« oblika zasvojenosti. Kot najstarejša vedenjska zasvojenost so igre na srečo prvič omenjene v Mednarodni klasifikaciji bolezni kot patološko igranje iger na srečo leta 1975 (ICD-9), vendar brez samostojne diagnoze. V poznejši različici iz leta 1992 (ICD-10) dobi patološko hazardiranje lastno oznako pod poglavjem »Motnje navad in impulzov«. V zadnji izdaji Mednarodne klasifikacije bolezni (2018) pa sta pod poglavjem »Motnje zaradi uporabe psihoaktivnih snovi ali zasvojljivih vedenj« umeščeni motnja igranja iger na srečo ter motnja igranja videoiger.

Tako študije kot klinične izkušnje iz prakse kažejo, da vedenjske zasvojenosti prizadenejo posameznike po vsem svetu in ni znakov, da bi se zmanjševale. Nasprotno – razpoložljivost in cenovna dostopnost potencialno zasvojljivih vedenj se še naprej povečujeta, zlasti zaradi vseprisotnosti spleta in pametnih telefonov. Danes lahko posamezniki kadarkoli in kjerkoli igrajo videoigre, sodelujejo v igrah na srečo, stavijo na fantazijske športe, nakupujejo, dostopajo do pornografije, brskajo po družbenih omrežjih, preverjajo službeno e-pošto ali uporabljajo aplikacijo za iskanje spolnega partnerja (Giordano, 2022). Skladno s tem se tudi v javnosti povečuje zanimanje za potencialno zasvojljiva vedenja ter načine obvladovanja le teh. Predvsem se pogosteje omenja tako imenovano prekomerno in škodljivo rabo digitalnih naprav med mladimi. Skladno s tem je bila v Sloveniji v letošnjem šolskem letu uvedena sprememba Zakona o osnovni šoli, ki prepoveduje uporabo elektronskih naprav pri učencih med poukom in je lahko eden od načinov zagotavljanja varnega digitalnega okolja mladim.

Čeprav se večina ljudi poslužuje vedenj, ki nudijo užitek (družbena omrežja, videoigre, pornografija ...), ne da bi pri tem utrpeli večjo škodo, pa lahko pri manjšem delu posameznikov ta vedenja postanejo kompulzivna in vodijo do številnih negativnih posledic. Zaposleni na področju zdravstva se bomo nedvomno srečevali z ljudmi, ki se spopadajo z zasvojljivimi vedenji. Zato je nujno, da smo seznanjeni z vedenjskimi zasvojenostmi, znamo prepoznati simptome ter ustrezno oceniti stanje ter takemu posamezniku pomagati oziroma ga usmeriti na ustrezno obliko pomoči.

Pri oceni stanja zasvojljivega vedenja je pomembno razlikovati med zavzetostjo za neko vedenje ter vedenjsko zasvojenostjo, da ne pride do patologizacije vedenja. Podobno kot pri odvisnosti od alkohola, tudi pri vedenjskih zasvojenostih ni ključna količina pri opredelitvi motnje. Ne preverjamo zgolj količine časa, ki ga posameznik nameni določenemu vedenju (npr. igranje videoiger). Tudi če posameznik nameni veliko časa določenemu vedenju, vendar je to vedenje namerno izbrano in ne povzroča motenj v funkcioniranju posameznika, takega vedenja ne obravnavamo kot zasvojenost. Ta vedenja so lahko tudi začasna strategija spoprijemanja s stresom, pa ob tem še ne opredelimo tega kot motnjo (Giordano, 2022).

Opredelitev vedenjskih zasvojenosti

Večina vedenjskih zasvojenosti, ki jih danes obravnavamo v klinični praksi, pred razvojem digitalne dobe ni obstajala, ali pa so bila prisotna v veliko manjšem obsegu (npr. igre na srečo). Digitalne tehnologije so omogočile dostop do nekaterih vedenj, ali pa ga zelo olajšale. Te tehnologije so postale finančno dostopne, zato praktično vsi dostopamo do njih. Do česar koli dostopamo preko naših digitalnih naprav, imamo ob tem občutek anonimnosti, kar močno vpliva na naše vedenje oziroma nadzor. Ključni dejavnik pri potencialno bolj zasvojljivih vedenjih pa je frekvenca oziroma dostopnost do vedenj, ki nudijo užitek. Z razvojem tehnologije so nam nekatera vedenja postala dostopna ves čas, zaradi česar smo pogosteje izpostavljeni tem vedenjem ter posledično določen delež ljudi izgubi nadzor nad njimi.

O vedenjskih zasvojenostih govorimo, ko gre za ponavljajoč vzorec vedenj, ki privede do osebnih in družbenih težav. Zasvojljivo vedenje se pogosto subjektivno doživlja kot izguba nadzora, pri čemer se vedenje ponavlja ali vztraja, kljub prostovoljnemu poskusom abstinence ali zmerne uporabe. Za te vzorce navad je običajno značilno takojšnje zadovoljstvo, pogosto povezano z zakasnenimi škodljivimi učinki (Marlatt, Baer, Donovan in Kivlahan, 1988). Ta vedenja so pogosto povezana z našimi osnovnimi potrebami in so pogosto nadnaravne umetne različice (pornografija, družbena omrežja).

Griffiths (2019) je predlagal komponentni model zasvojenosti, v katerem je opredelil šest ključnih komponent, ki morajo biti prisotne, da lahko neko vedenje opredelimo kot zasvojenost:

- poglobitost: vedenje postane osrednji del posameznikovega življenja,
- sprememba razpoloženja: vedenje vpliva na posameznikovo čustveno doživljanje,
- toleranca: posameznik mora vedenje izvajati v vedno večji meri, da bi dosegel želeni učinek,
- odtegnitveni simptomi: ob prenehanju vedenja posameznik doživlja neprijetne telesne ali psihološke učinke,
- konflikt: zaradi vedenja pride do nesoglasij z drugimi ali notranjih konfliktov pri posamezniku, in
- ponovitev: kljub poskusom, da bi prenehal z vedenjem, se posameznik po obdobju abstinence vrne k prejšnjim vzorcem.

V skladu z vse več študijami in kliničnimi izkušnjami sta bili dve zasvojljivi vedenji v novi izdaji Mednarodne klasifikacije bolezni opredeljeni kot vedenjski zasvojenosti ob izpolnjevanju treh diagnostičnih kriterijev. Enajsta izdaja Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB-11) vedenjske zasvojenosti uvršča v poglavje z naslovom »Motnje zaradi zasvojljivih vedenj« in opredeljuje motnjo igranja iger na srečo ter motnjo igranja videoiger (obe sta lahko opredeljeni kot pretežno na spletu ali izven spleta). MKB-11 pa prav tako opredeljuje tudi motnjo kompulzivnega spolnega vedenja, ki pa jo uvršča v poglavje o motnjah nadzora impulzov. V MKB-11 so vedenjske zasvojenosti oziroma motnje zaradi zasvojljivih vedenj

prepoznane kot klinično pomembni sindromi, povezani z duševno stisko ali težavami v osebnem funkcioniranju, ki se razvijejo kot posledica ponavljajočih se vedenj, ki prinašajo nagrado/užitek ter ne vključujejo uporabe substanc. Ključni diagnostični kriteriji za opredelitev vedenjske zasvojenosti pa so težave z nadzorom vedenja (več in pogosteje, kot si posamezniki zadajo), pretirano posvečanje zasvojljivemu vedenju ter posledično opuščanje drugih aktivnosti (oženje repertoarja dejavnosti) in nadaljevanje ali stopnjevanje vedenja kljub negativnim posledicam. V praksi poleg zgoraj omenjenih prepoznavamo zasvojenost s pornografijo, nakupovanjem in družbenimi omrežji.

Etiologija

Čeprav sta v Mednarodni klasifikaciji bolezni (ICD-11) trenutno priznani kot vedenjski zasvojenosti zgolj motnja igranja iger na srečo in motnja igranja videoiger, pa raziskovalci in tudi v praksi pri delu s pacienti prepoznavamo podobne klinične slike pri zasvojenosti s spolnostjo, pornografijo, družbenimi omrežji ter nakupovanjem. Z naraščanjem zanimanja za vedenjske zasvojenosti se v zadnjih letih krepijo tudi študije na tem področju, ki ugotavljajo visok potencial za zasvojenost za zgoraj navedena vedenja. Možnost, da neko vedenje postane zasvojljivo, je odvisna od narave aktivnosti in vpliva, ki ga ima vedenje na posameznika. Zasvojljiva vedenja so namreč nagrajujoča – aktivirajo nevrološke sisteme nagrajevanja in delujejo kot pozitivna in negativna okrepitev. V prvi fazi je pogosto v ospredju zadovoljevanje želja (apetitiven učinek), v poznejši fazi zasvojenosti pa pretežno postane sredstvo za lajšanje stisk, ki so lahko tudi povezane z odtegnitvenim učinkom (Giordano, 2022). Vedenjske zasvojenosti lahko razumemo preko biopsihosocialnega modela zasvojenosti. Ta poudarja medsebojno delovanje posameznikove genske zasnove, psiholoških izkušenj, družbenega konteksta in kulturnih identitet pri razvoju in napredovanju zasvojenosti. Giordano (2022) navaja študije, ki kažejo, da ima pri vedenjskih zasvojenosti, podobno kot pri odvisnostih od substanc, ključno vlogo možgansko nagrajevalno omrežje z disregulacijo dopaminskega ter opioidskega sistema in endokanabinoidov, ki pomembno vpliva na subjektivno izkušnjo ugodja in vključuje tudi željo, učenje, pozornost, spomin, pričakovanja ter motivacijo za iskanje ugodja. Nekatera vedenja v posamezniku izzovejo občutek ugodja/nagrade. Nagrade so vsakršni dražljaji, ki povzročajo pozitivne učinke (tj. prijetna čustva ali vedenja) ali spodbujajo »hotenje«, zaradi česar jim subjektivno pripisujemo vrednost. Nagrajevalno omrežje je neposredno vključeno v proces učenja. Ko posameznik doživi pozitiven učinek zaradi določenega dražljaja, možgani prepoznajo vir nagrade, objektu ali dejavnosti pripišejo vrednost in si zapomnijo povezavo med določenim dražljajem in izkušnjo nagrade. Ko možgani enkrat prepoznajo, kateri dražljaji so nagrajujoči, je posameznik motiviran, da jih ponovno poišče. Vemo, da določena vedenja izzovejo močne pozitivne učinke in imajo tako večji potencial za zasvojenost. To so vsekakor vedenja vezana na igre na srečo, videoigre, seksualnost/pornografijo, nakupovanje in socialna omrežja. Kronična uporaba zelo nagrajujočih vedenj lahko vodi do nevroadaptacij, ki povzročajo zmanjšano delovanje dopaminskega sistema. To zmanjšanje lahko pomembno vpliva na vsakodnevno funkcioniranje in razpoloženje, saj takim posameznikom običajna vedenja (sprehod, druženje s prijatelji ...) niso več zanimiva, jim ne prinašajo zadovoljstva ter

posledično zanje niso več motivirani. Tako se njihovo vedenje prične »vrteti« zgolj okoli zasvojlivega vedenja (postane poglavitno).

Prevalenca različnih vedenjskih zasvojenosti se pogosto giblje okrog 5 %. Tako Black in Shaw (2019) navajata od 0,42 do 4 % prevalenco zasvojenosti z igrami na srečo. Paulus, Ohmann, Von Gontard in Popow (2018) so pri pregledu 252 člankov, ki so preučevali zasvojenost z igranjem internetnih iger pri otrocih in mladostnikih po vsem svetu, ugotovili, da je bila povprečna prevalenca 5,5 %.

Carnes, Murray in Charpentier (2005) so ocenil, da ima do 6 % prebivalstva v Združenih državah Amerike zasvojenost s spolnostjo. V raziskavi, ki je temeljila na samooceni zasvojenosti s pornografijo, so raziskovalci poročali o 6,7 % prevalenci med odraslimi (Grubbs, Kraus in Perry, 2019).

V Sloveniji so v letu 2018 izvedli Nacionalno raziskavo, v katero so vključili tudi vedenjske zasvojenosti. V tej raziskavi avtorji poročajo o 6,4 % deležu ljudi, ki izkazujejo visoko tveganje za zasvojenost s spletom. 0,3 % udeležencev je izkazovalo znake zasvojenosti z videoigrami, 4,3 % igralcev iger na srečo pa je poročalo o izrazitih simptomih zasvojenosti z igrami na srečo (Selak, Žmavc, Vinko, Lavtar in Rehberger 2022).

Obravnavanje zasvojenosti

Ključni izziv pri obravnavi vedenjskih zasvojenosti je njihovo pravočasno prepoznavanje. Ker so digitalne tehnologije pomembno vpete v vsakdanje življenje, je meja med funkcionalno rabo, prekomerno rabo in zasvojenostjo pogosto zabrisana. Zato je pomembno, da strokovnjaki ter tudi posamezniki in njihovo socialno okolje, prepoznajo znake, ki govorijo o zasvojenosti (poglavitnost, sprememba razpoloženja, toleranca, odtegnitveni simptomi, konflikt in ponovitev). Pravočasno prepoznavanje motnje predstavlja ključen korak k učinkovitemu ukrepanju in preprečevanju kronifikacije težav.

Pri obravnavi vedenjskih zasvojenosti je z raziskavami najbolj podprta in najpogosteje uporabljena oblika zdravljenja kognitivno-vedenjska terapija (KVT) (Kuss in Pontes, 2019). Ta temelji na razumevanju povezave med mislimi, čustvi in vedenjem. KVT omogoča posamezniku prepoznavanje disfunkcionalnih miselnih vzorcev, ki ohranjajo zasvojenostno vedenje, ter njihovo postopno preoblikovanje. Hkrati se s pomočjo vedenjskih intervencij spodbuja razvoj bolj zdravih strategij spoprijemanja, kot so načrtovanje časa, postavljanje omejitev uporabe digitalnih naprav ter krepitev alternativnih aktivnosti v realnem okolju. KVT je ena od prvih izbir terapije za zasvojenosti z igrami na srečo, nakupovanjem, seksualnostjo in spletom (to so družbena omrežja, spletne videoigre) (Grant, Schreiber in Odlaug, 2013). Zdravljenje je v prvi fazi usmerjeno v psihoedukacijo glede vedenjskih zasvojenosti, motivacijo za spremembo ter postavljanje ciljev. Pozneje se obravnava usmeri v prepoznavanje rizičnih situacij ter sprožilcev za poseganje po zasvojljivem vedenju, prepoznavanju pogostih kognitivnih distorzij, razvoj samoregulacije in izboljševanje

zavedanja lastnega vedenja, konstruktivni organizaciji časa in vpeljevanju alternativnih aktivnosti, čustveni regulaciji in modulaciji ter preprečevanju recidiva.

Poleg obravnave motnje v kontekstu zdravljenja ima pomembno vlogo tudi širši socialni kontekst. Digitalna pismenost, preventivni programi in ozaveščanje o tveganjih pretirane uporabe tehnologij so ključni elementi zmanjševanja pojavnosti vedenjskih zasvojenosti. Celostni pristop, ki vključuje tako terapevtsko obravnavo kot tudi preventivne ukrepe na ravni družbe, omogoča učinkovitejše soočanje s tem sodobnim pojavom.

Diskusija

Vedenjske zasvojenosti so motnja, ki jo sodobna družba vse bolj priznava, saj postajajo pomembna težava, ki jo opisujejo številne študije po svetu. Digitalna doba nam omogoča praktično neomejen dostop, število in raznolikost zasvojljivih vedenj. Poleg tega tehnologija sama po sebi spodbuja zasvojenost z nenehnimi nagradami, ki jih prejemamo za njeno uporabo. Te so prisotne v obliki prijetnih vidnih učinkov (bliskov, všečkov ...), zvočnih vzpodbud (zvočna obvestila, prijetni zvoki v aplikacijah ...) ter vsebinami brez dna in obeti, da doživimo nekaj novega, kar še nismo.

Kljub naraščajočemu številu študij in večji družbeni prepoznavnosti pa ostajajo številna odprta vprašanja, zlasti glede njihovega natančnega opredeljevanja, diagnosticiranja in umeščanja v mednarodne klasifikacije bolezni. Ena ključnih težav je tveganje za prekomerno prepoznavanje oziroma patologizacijo vsakdanjih vedenj. Meja med intenzivno, a še vedno neproblematično uporabo ter zasvojenostjo je zabrisana. Če diagnostika temelji zgolj na količini časa ali pogostosti vedenja, obstaja nevarnost, da normalne oblike vedenja napačno označimo kot patološke. Ključno razlikovanje zato ostaja v stopnji izgube nadzora, negativnih posledicah in oženju življenjskih interesov posameznika, vendar tudi ti kriteriji v praksi niso vedno enoznačni. Dodatno zapletenost prinaša nejasna nozološka umestitev vedenjskih zasvojenosti. Trenutno sta v ICD-11 kot vedenjski zasvojenosti formalno priznani zgolj motnja igranja iger na srečo in motnja igranja videoiger, medtem ko so druga vedenja (npr. kompulzivna raba pornografije, nakupovanje ali uporaba družbenih omrežij) bodisi umeščena drugam bodisi sploh niso vključena kot samostojne diagnostične kategorije. To odpira vprašanje, ali gre pri teh vedenjih za samostojne motnje, podtipe že obstoječih kategorij ali zgolj za manifestacije drugih psihopatoloških stanj (npr. impulzivnosti, anksioznosti ali depresije).

V prihodnje bo zato ključno razvijati natančnejše, empirično podprte diagnostične kriterije, ki bodo upoštevali kompleksnost vedenjskih zasvojenosti in razlikovali med intenzivno uporabo ter klinično pomembno motnjo. Prav tako je potrebna večja standardizacija raziskovalnih pristopov ter več longitudinalnih študij, ki bodo omogočile boljše razumevanje poteka in vzročnih mehanizmov teh motenj.

Skratka, vedenjske zasvojenosti v digitalni dobi predstavljajo dinamično in razvijajoče se področje, kjer je potrebna previdnost: po eni strani, da ne patologiziramo vsakdanjega vedenja, in po drugi, da pravočasno prepoznamo posameznike, ki dejansko potrebujejo

strokovno pomoč. Uravnotežen, kritičen in znanstveno podprt pristop ostaja temelj za nadaljnji razvoj tega področja.

Zaključek

Vedenjske zasvojenosti so vse pomembnejši javnozdravstveni izziv sodobne družbe, predvsem zaradi hitrega razvoja digitalnih tehnologij in njihove stalne dostopnosti. Čeprav večina ljudi digitalna in druga potencialno zasvojljiva vedenja uporablja brez večjih posledic, lahko pri delu populacije pride do razvoja patoloških vzorcev, ki pomembno slabijo posameznikovo funkcioniranje. Ključno je pravočasno prepoznavanje razlik med funkcionalno uporabo in zasvojenostjo, saj s tem preprečujemo patologizacijo vsakodnevnih vedenj ter hkrati omogočamo zgodnje ukrepanje pri ogroženih posameznikih. Zaradi kompleksne etiologije je potreben celostni pristop, ki vključuje terapevtsko obravnavo, zlasti kognitivno-vedenjsko terapijo, ter širše preventivne in izobraževalne ukrepe v družbi. Celovito razumevanje vedenjskih zasvojenosti je zato ključno za učinkovito klinično delo, preventivo in oblikovanje zdravih digitalnih in vedenjskih navad v sodobni družbi.

Literatura

- Black, D. W., & Shaw, M. (2019). The epidemiology of gambling disorder. In A. Heinz, N. Romanczuk-Seiferth, & M. N. Potenza (Eds.), *Gambling disorder* (pp. 29–48). Springer Nature Switzerland.
- Carnes, P. J., Murray, R. E., & Charpentier, L. (2005). Bargains with chaos: Sex addicts and addiction interaction disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *12*, 79–120.
- Giordano, A. L. (2022). *A clinical guide to treating behavioral addictions: Conceptualizations, assessments, and clinical strategies*. Springer Publishing Company.
- Grant, J. E., Schreiber, L., & Odlaug, B. L. (2013). Phenomenology and treatment of behavioural addictions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *58*(5), 252–259.
- Griffiths, M. D. (2019). The evolution of the “components model of addiction” and the need for a confirmatory approach in conceptualizing behavioral addictions. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, *32*, 179–184.
- Grubbs, J. B., Kraus, S. W., & Perry, S. L. (2019). Self-reported addiction to pornography in a nationally representative sample: The roles of use habits, religiousness, and moral incongruence. *Journal of Behavioral Addictions*, *8*, 88–93.
- Kuss, D. J., & Pontes, H. M. (2019). *Internet addiction*. Hogrefe Publishing.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., & Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, *39*, 223–252.
- Paulus, F. W., Ohmann, S., von Gontard, A., & Popow, C. (2018). Internet gaming disorder in children and adolescents: A systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *60*, 645–659.
- Selak, Š., Žmavc, M., Vinko, M., Lavtar, D., & Rehberger, M. (2022). *Nekemične zasvojenosti v Sloveniji*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/12/publikacija_nekemicne_zasvojenosti_v_sloveniji.pdf
- World Health Organization. (1975). *International classification of diseases* (9th ed.).

World Health Organization. (1992). *International classification of diseases* (10th ed.).
World Health Organization. (2018). *International classification of diseases* (11th ed.).

KO SNAMEMO MOSKE – AVTENTIČNOST, MEJE IN ODNOSI

Polona Požgan, medn. cert. managerka delovne sreče, predavateljica svetovalka na področju komunikacije in odnosov

Predavanje temelji na resničnih izzivih, s katerimi se danes soočajo ženske v različnih življenjskih vlogah kot partnerke, mame, sodelavke, vodje in predvsem kot osebe, ki pogosto dajejo prednost drugim pred seboj. Vsebina je zasnovana na najpogostejših pomislekih, ki jih ženske izražajo:

- občutku krivde, ko postavijo sebe na prvo mesto,
- težavah pri postavljanju meja,
- notranjem kritiku
- nenehnem občutku, da bi morale zdržati več, narediti več in biti več.

Predavanje se dotika tudi tem, kot so prilagajanje pričakovanjem okolice in različne vloge oziroma »maske«, ki jih ženske (in tudi moški) pogosto nosimo v zasebnem in poklicnem življenju ter kako nas to dolgoročno oddaljuje od lastnih potreb. Skozi konkretne primere iz vsakdanjega življenja se udeležencem ponudi praktične usmeritve, kako:

- utišati notranjega kritika in razvijati bolj podporne miselne vzorce,
- jasno in brez slabe vesti izreči besedo »ne«,
- postavljati zdrave, odločne in hkrati prijazne meje,
- bolje poskrbeti zase, za svoj čas in svoje telo,
- svoje misli in občutke izraziti jasneje in bolj spoštljivo,
- graditi zdravo samopodobo ter več samozavesti in notranjega poguma.

Namen predavanja je udeležence spodbuditi k večjemu zavedanju sebe, svojih potreb in notranjih vzorcev ter jih opolnomočiti, da v vsakdanjem življenju in delu sprejemajo bolj zavestne, zdrave in prijazne odločitve do sebe ter drugih.

Ključne besede: avtentičnost, meje, zavedanje sebe, lastne potrebe.

MANJ IZČRPANOSTI, VEČ ENERGIJE – SKRIVNOSTI DOBREGA SPANJA

dr. Špela Hvalec, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., VKT terapevtka in supervizorka

Nespečnost pomeni težave pri uspavanju, vzdrževanju spanja ali občutek neosvežujočega spanca, ki vpliva na dnevno funkcioniranje (utrudljivost, slabša koncentracija, razpoloženje). Klinično govorimo o nespečnosti, kadar posameznik potrebuje več kot 30 minut, da zaspi, je ponoči buden več kot 30 minut ali se zjutraj prebudi prezgodaj. Razumevanje nespečnosti temelji na modelu 3P: predispozicijski dejavniki (biološki, psihološki), sprožilci (stres, bolezen) ter vzdrževalni dejavniki (slabe spalne navade, negativne misli, večizmensko delo). Pri kronični nespečnosti imajo ključno vlogo prav vzdrževalni dejavniki, zato je kognitivno-vedenjska terapija (KVT) najučinkovitejši pristop. Gre za zlati standard zdravljenja, saj prinaša dolgotrajne spremembe brez uporabe zdravil. Najpogostejše težave v okviru motenj spanja so nefunkcionalna vedenja (ležanje buden v postelji, razmišljanje v postelji, neredni ritmi) in nefunkcionalne misli (katastrofiziranje, pretirana skrb glede spanja). KVT zato vključuje vedenjske in kognitivne tehnike: omejevanje spanja, nadzor dražljajev, sproščanje, higieno spanja ter preoblikovanje negativnih misli. Pri zdravstvenem osebju, ki dela v treh izmenah, je nespečnost še pogostejša zaradi porušenega cirkadianega ritma. Ključni izzivi so nočne izmene, spanje podnevi ter kronična utrujenost. Cilj ni popoln spanec, temveč izboljšanje kakovosti spanja in zmanjšanje utrujenosti. Po nočni izmeni je priporočljivo, da posameznik čim prej odide spat, uporablja sončna očala na poti domov in si zagotovi temno, tiho ter hladno spalno okolje. Spanje podnevi naj traja štiri do šest ur, pri čemer pomagajo čepki za ušesa, maska za oči in omejitev motenj. Pomembno je tudi, da okolica spoštuje čas spanja. Kofein je lahko koristen na začetku izmene, vendar se mu je treba izogibati nekaj ur pred spanjem. Kratki dremeži (20–30 minut) pred nočno izmeno lahko izboljšajo budnost, medtem ko dolgi dremeži po izmeni niso priporočljivi. Svetloba ima pomembno vlogo: ponoči naj bo močna za ohranjanje budnosti, po izmeni pa je smiselno zmanjšati izpostavljenost svetlobi. Pomembno je ohranjanje čim bolj stabilnega ritma spanja, redna telesna aktivnost (ne tik pred spanjem) ter uporaba sprostitvenih tehnik. Ključen je tudi kognitivni vidik: sprejemanje, da spanec v izmenskem delu ni popoln, ter zmanjšanje nerealnih pričakovanj. Z ustreznimi strategijami lahko zdravstveno osebje bistveno izboljša kakovost spanja, zmanjša utrujenost, poveča energijo in učinkovitost pri delu.

Ključne besede: spanje, nespečnost, vedenjsko-kognitivna terapija.

Literatura

- Edinger, J. D., & Carney, C. E. (2015). *Overcoming insomnia: A cognitive-behavioral therapy approach*. Oxford University Press.
- Pigeon, W. R. (2010). Treatment of adult insomnia with cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 66(11), 1148–1160.
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). *Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults*.

Morin, C. M., & Espie, C. A. (2003). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. Springer.

National Sleep Foundation. (n.d.). *Sleep Foundation*. <https://www.sleepfoundation.org/>

RAZUMEVANJE ZASVOJENOSTI S SEKSUALNOSTJO

Peter Topić, univ. dipl. soc. del., transakcijski analitik, CSAT (*Certified Sex Addiction Therapist*)

Zasvojenost s seksualnostjo je eden najkompleksnejših pojavov na področju duševnega zdravja in je še vedno izziv tako za strokovne delavce kot za splošno javnost. K temu pripomore dejstvo, da oseba omamno stanje doseže z značilnim vedenjem in ne z vnosom substanc v telo kot pri kemičnih zasvojenostih (Rosenberg, 2014). Pri razumevanju zasvojenosti s seksualnostjo nam je lahko v pomoč novejša diagnoza v ICD-11 »*compulsive sexual behavior disorder*« (6C72). Na zasvojenost lahko gledamo tudi kot na nevrobiološko kompenzacijo. Obstaja več modelov, kjer vsak vključuje različne dele možganov in njihove funkcije, ki prispevajo k razvoju zasvojenosti (O'Brien, Volkow, Li, 2006; Redish, Jensen, Johnson, 2008; Sacktor, 2011; Xue in dr., 2012). Ti kompleksni mehanizmi so izredno pomembni za poglobljeno razumevanje nevrobioloških procesov zasvojenosti, vendar so manj pomembni in uporabni za terapevtsko delo in osnovno razumevanje zasvojenosti. Pri opredeljevanju zasvojenosti s seksualnostjo je pomembno razumeti, da zasvojenosti ne opredeljujemo na podlagi vzorcev vzburjenja, spolne usmerjenosti, spolnih praks, monogamnosti ali pogostosti menjavanja partnerjev. Pomembnejše je, kaj zasvojena oseba s svojim vedenjem poskuša doseči na čustveni ravni in ali z njim nadaljuje kljub negativnim posledicam (Carnes, Adams, 2019). K razvoju zasvojenosti s seksualnostjo pripomorejo različni dejavniki. Kot kažejo raziskave, genetska dovzetnost pripomore nekje med 40 in 60 odstotki. Poleg tega so pomembni dejavniki tveganja za razvoj zasvojenosti še družinsko okolje, travme, ponavljanje in družba, v kateri živimo (Carnes, Adams, 2019; Cozolino, 2006). Družinsko okolje s svojo dinamiko lahko odločilno vpliva na otrokov razvoj in zasvojenostno vedenje v odraslosti. Travmatične izkušnje pri ljudeh pustijo globoke rane, ki jih včasih poskušajo oskrbeti tudi z zasvojenim *acting outom* (Boriskin, 2005; Chu, 2011; Siegel, 2003, van der Kolk, 2014). Raziskava dr. Carnesa je pokazala, da je v populaciji, zasvojenih s seksualnostjo, 72 % ljudi utrpelo telesno zlorabo, 82 % je bilo spolno zlorabljenih (tako moških kot žensk!), 97 % zasvojenih pa je poročalo o čustveni zlorabi (Carnes, 2006; Carnes, Adams, 2019). Ogledovanje seksualnih vsebin in pornografije na pametnem telefonu bo v možganih sprožilo primerljive kemične reakcije kot ob vnosu substanc, ne bomo pa občutili enakih negativnih posledic kot pri kemičnih zasvojenostih. Posledično se zaradi možnosti pogostejšega ponavljanja določenega vedenja to lahko hitreje razvije v zasvojenost (Rosenberg, Curtiss Feder, 2014; Wilson, 2014; Zimbardo, 2014). Kot družba imamo visoko toleranco do zasvojenosti, verjetno tudi zato, ker slabo razumemo zasvojitvene potenciale določenih substanc, vedenj in kompleksnost zasvojenosti same. Živimo v globalni, seksualizirani družbi, zato je tudi toleranca do tovrstnih vsebin visoka. S tem pa se ustvarja ugodna podstat za vznik zasvojenkega vedenja, še posebej pri mlajši populaciji, saj se njihovi možgani še razvijajo in so posebej dovzetni za vedenja, ob katerih se izločajo visoke količine dopamina. Ne glede na različne strokovne klasifikacije in poimenovanja zasvojenosti s seksualnostjo verjamem, da bomo strokovnjaki z različnih področij še intenzivneje sodelovali pri izmenjavi informacij in pripravili kakovostne programe pomoči za ljudi, ki so se znašli v primežu zasvojenosti, iz katere sami ne uspejo najti izhoda.

Ključne besede: zasvojenost, seksualnost, travme, kompulzivno vedenje, *compulsive sexual behavior disorder (CSBD)*.

Literatura

- Carnes, P., & Adams, K. (2019). *Clinical management of sex addiction*. Brunner-Routledge.
- Chu, J. (2011). *Rebuilding shattered lives: Treating complex PTSD and dissociative disorders*. John Wiley & Sons.
- Cozolino, L. (2006). *The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain*. W. W. Norton & Company.
- Boriskin, J. (2005). *PTSD and addiction: A practical guide for clinicians and counselors*. Hazelden.
- O'Brien, C. P., Volkow, N., & Li, T.-K. (2006). What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 764–765.
- Redish, A. D., Jensen, S., & Johnson, A. (2008). A unified framework for addiction: Vulnerabilities in the decision process. *Behavioral and Brain Sciences*, 31(4), 142–151.
- Rosenberg, K., & Feder, L. C. (2014). *Behavioral addictions: Criteria, evidence and treatment*. Elsevier Science Publishing.
- Sacktor, T. C. (2011). How does PTMzeta maintain long term memory? *Nature Reviews Neuroscience*, 12, 9–15.
- Siegel, D. J. (2003). *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain*. W. W. Norton & Company.
- van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking Books.
- Wilson, G. (2014). *Your brain on porn: Internet pornography and the emerging science of addiction*. Commonwealth Publishing.
- Zimbardo, P., & Duncan, N. (2012). *The demise of guys: Why boys are struggling and what we can do about it*. Amazon Digital Services.
- Xue, Y. X., Luo, Y. X., Wu, P., Shi, H. S., Xue, L. F., Chen, C., et al. (2012). A memory retrieval-extinction procedure to prevent drug craving and relapse. *Science*, 336(6078), 241–254.

**ZAHVALA ZA POMOČ IN PODPORO PRI IZVEDBI
STROKOVNEGA SREČANJA**



ZEPTER-SLOVENICA d.o.o.
Pohorska cesta 21, 2380 Slovenj Gradec
Tel.: +386 (0) 2 884 3901
E-mail: info@zepter.si
Spletna stran: www.zepter.si in www.bioptron.si



ALKALOID - INT d. o. o.
Šlandrova ulica 4, 1231 Ljubljana - Črnuče
Tel.: +386 (0) 1 300 4290
E-mail: info@alkaloid.si
Spletna stran: www.alkaloid.ua



SANTRA Reševalni prevozi d. o. o.
Ljubljanska ulica 3A, 2000 Maribor
Tel. št. + 386 (02) 6132237
E-mail: santra@siol.net
Spletna stran: www.santra.si

abbvie

AbbVie – Biofarmaceutvska družba d. o. o.
Dolenjska cesta 242c, 1000 Ljubljana
Tel. št.: + 386 (01) 320 80 60
E-mail: pisarna@abbvie.com
Spletna stran: www.abbvie.com



VIVIT Pharma d.o.o.
Tržaška cesta 495, 1351 Brezovica pri Ljubljani
Tel. št.: +386 (0) 1 478 56 55.
E-mail: info@vivitpharma.com
Spletna stran: www.curasept.si