



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

in



Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

***SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE
TEHNIKE
ZA DELO S PACIENTI VI.***

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

Zbornik

Rogaška Slatina, marec 2018



Organizator:

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE – ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI VI.

Rogaška Slatina, 22. in 23. marec 2018

Zbornik prispevkov z recenzijo

Urednik:

Darko Lončnar

Recenzent:

mag. Branko Bregar

Zbral in tehnično uredil:

Darko Lončnar

Lektoriral:

Kristijan Šinček

Programsko-organizacijski odbor: Petra Kodrič, Darko Lončnar, Aljoša Lapanja, Matjaž Mohar in Urška Poček

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

Publikacija je dostopna tudi na: <http://www.sekcijapsih-zn.si>

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

614.2(082)(0.034.2)

SVETOVALNE in motivacijske tehnike za delo s pacienti VI [Elektronski vir] : za vse, ki jih zanima učinkovito svetovalno delo s pacienti ter motivacija pri doseganju njihovih ciljev : zbornik izvlečkov / [urednik Darko Lončnar] ; [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. - El. zbornik. - [Ljubljana] : Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2018

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

ISBN 978-961-94234-4-8 (pdf)

1. Lončnar, 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 (2018 ; Rogaska Slatina)

COBISS.SI-ID [94181889](http://www.cobiss.si/urn:nbn:si:coibis:94181889)

PROGRAM STROKOVNEGA SREČANJA

Četrtek, 22. marec 2018

08.15 – 09.15 **Registracija udeležencev**
60 min

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

I. SKLOP

Moderatorica: *Petra Kodrič*

09.30 – 10.30 **Na razpotju: soočanje z neuspehom**
60 min *izr. prof. dr. Maja Rus Makovec, dr. med., spec. psih.*

10.30 – 11.00 **Sprejemanje ali obvladovanje / spreminjanje?**
30 min *Nuša Klinar, univ. dipl. psih.*

11.00 – 11.20 **Pasti v odnosu do pacientov z mejno osebnostno motnjo pri zdravstveno -
negovalni obravnavi**
20 min *Tanja Torkar, prof. zdr. vzg., mag. zdr. nege*

11.20 – 11.35 **Razprava**
15 min

11.35 – 13.00 **Odmor za kosilo**
85 min

II. SKLOP – DELAVNICE

Moderator: *Aljoša Lapanja*

Vsi udeleženci bodo razporejeni v vse 4 delavnice.

I. Delavnica: Sprejemanje ali obvladovanje / spreminjanje?
Nuša Klinar, univ. dipl. psih.

II. Delavnica: Upravljanje s pastmi v motivacijskem intervjuju
mag. Mojca Hvala Cerkovnik, dipl. soc. del.

III. Delavnica: Supervizija
mag. Vesna Mejak, univ. dipl. soc. del.

IV. Delavnica: Motivacijska skupina
Matjaž Mohar, dipl. zn.

13.00 – 13.10 **Priprava na delo v delavnicah**
10 min

13.10 – 13.40 **I. – IV. DELAVNICA**
30 min

13.50 – 14.20 **I. – IV. DELAVNICA**
30 min

14.30 – 15.00 **I. – IV. DELAVNICA**
30 min

15.10 – 15.40 **I. – IV. DELAVNICA**
30 min

15.40 – 16.00 **Odmor**
20 min

III. SKLOP

Moderator: *Urška Poček*

16.00 – 16.20 **Satelitsko predavanje 2 - Janssen®**
20 min **Strategije za boljšo adherenco v ambulantnem okolju**
asist. Andreja Čelofiga, dr. med., spec. psih.

16.20 – 17.20 **Skrb za lastno psihološko zdravje**
60 min *Sanela Banović, dr. med.*

17.20 – 17.50 **Plenarna delavnica: Kako (p)ostati pozitiven**

30 min *Sanela Banović, dr. med.*

17.50 – 18.00 **Razprava**

10 min

18.00 **Zaključek prvega dne**

Petek, 23. marec 2018

08.30 – 09.05 **Registracija udeležencev**

45 min

I. SKLOP

Moderator: *Urška Poček*

09.05 – 09.10 **Uvodni pozdrav in organizacija dneva**

5 min

09.10 – 09.40 **Motivacijski intervju**

30 min *mag. Branko Bregar, dipl. zn.*

09.40 – 10.40 **Kaj doživljam ta trenutek? O čem premišlujem? Ali vem zakaj tako čustvujem?**

60 min *izr. prof. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.*

10.40 – 10.50 **Razprava**

10 min

II. SKLOP-DELAVNICE

Moderator: *Aljoša Lapanja*

Vsi udeleženci bodo razporejeni v vse 4 delavnice.

10.50 – 11.00 **Priprava na delo v delavnicah**

10 min

11.00 – 11.45 **I. – IV. DELAVNICA**

45 min

12.00 – 12.45 **I. – IV. DELAVNICA**

45 min

13.00 – 14.00 **Kosilo**

60 min

14.00 – 14.45 **I. – IV. DELAVNICA**

45 min

15.00 – 15.45 **I. – IV. DELAVNICA**

45 min

I. Delavnica: Kaj doživljam ta trenutek? O čem premišlujem? Ali vem zakaj tako čustvujem?

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

II. Delavnica: Asertivna komunikacija

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

III. Delavnica: Čuječnost

Barbara Štebe, viš. med. ses.

Delavnica: Kako reči ne

mag. Mojca Hvala Cerkovnik, dipl. soc. del.

16.00 **Zaključek strokovnega srečanja**

KAZALO

NA RAZPOTJU: SOOČANJE Z NEUSPEHOM..... 1

Maja Rus Makovec

PASTI V ODNOSU DO PACIENTOV Z MEJNO OSEBNOSTNO MOTNJO PRI ZDRAVSTVENO-NEGOVALNI OBRAVNAVI..... 5

Tanja Torkar

NEGOTOVOST, TESNOBNOST, PREVZEMANJE ODGOVORNOSTI ZA LASTNO ŽIVLJENJE IN NAČINI URAVNAVANJA RAZPOLOŽENJA: AVTONOMIJA KOT CILJ IN PROCES 15

Polona Selič

DELAVNICE

SPREJEMANJE ALI OBVLADOVANJE/SPREMINJANJE? 23

Nuša Klinar

ODPORI V MOTIVACIJSKIH POSTOPKIH IN KAKO SE POSTAVITI ZASE 24

Mojca Hvala Cerkovnik

SUPERVIZIJA 25

Vesna Mejak

MOTIVACIJSKA SKUPINA 27

Matjaž Mohar

KAJ DOŽIVLJAM TA TRENUTEK? O ČEM PREMIŠLJUJEM? ALI VEM, ZAKAJ TAKO ČUSTVUJEM? 29

Polona Selič

ASERTIVNA KOMUNIKACIJA..... 30

Vesna Mejak

ČUJEČNOST..... 31

Barbara Štebe

INDIVIDUALNI IN HOLISTIČNI PRISTOP K ZDRAVJU OSEBE. KAKO DO KVALITETNEGA ŽIVLJENJA? 33

Sanela Banović

NA RAZPOTJU: SOOČANJE Z NEUSPEHOM

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

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Ali si vsi bolni ljudje želijo zdravljenja in pri njem radi sodelujejo?

- Pomanjkanje konkordance med zdravstvenim osebjem in pacientom je najbolj izrazito pri duševnih motnjah in psihosomatični Schneider et al. J of Psychosomatics Res 2013
- Kaj delamo ali pričakujemo napačno?
- Kako in kdo definira uspeh in neuspeh pri zdravljenju?
- V psihiatriji delamo z ljudmi, kjer so napredki zdravljenja lahko subtilni ampak bistveni
- Včasih je sprememba zdravljenja v spremenjenem odnosu
- Ali smo bolj osebno opremljeni za akutno ali kronično problematiko

MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

Ali več truda zagotavlja tudi boljši rezultat

- Kaj je prava mera pomoči - vse ali nič
- Paradoksnost vedenja – čustvena reaktanca (kako se čustveno odzovem, ko doživljam, da mi nekdo hoče omejiti svobodo vedenja)
- Percepcija & odziv posameznika na informacije o tveganju za zdravje
 1. ni zmožen ustrezne percepcije
 - Razvojno obdobje
 - Kognitivne okvare
 2. zmožen ustrezne percepcije
 - Zanikanje
 - Zavedanje problema dvigne tesnobo, strah, sram, krivdo, česar ne more tolerirati, še več nezdravega vedenja
 - Zavedanje problema dvigne tesnobo, strah, kar sproži spremembo v vedenju

MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

Izboljšati adherenco (konkordanco) pri uravnavanju življenjskega stila pri kronični bolezni

Ali pacienti ne morejo ali nočejo (ali oboje)

Kaj zares deluje (npr. „poskusili smo vse, a nič ne pomaga“)

Koliko siliti in koliko razumeti

Kako velika sprememba, da jo opazimo

Kako dolgo naj traja, da jo ocenimo za učinkovito

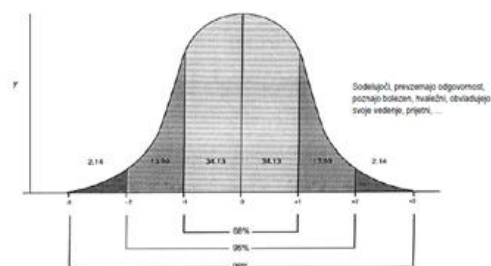
Kdo je odgovoren za spremembe

Ali za spremembo najboljše motivirajo zelo zdravi in urejeni ljudje (role model)

Koliko spremembe je povezano z razumom/zavestnim doživljanjem

MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

S kakšnimi pacienti delamo



MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

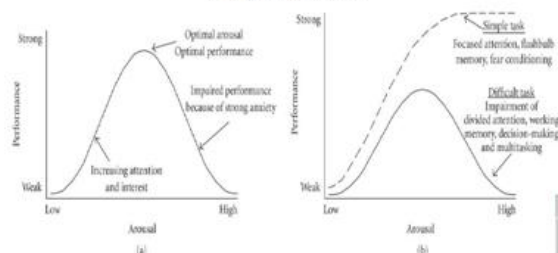
S čim koristimo pacientom?



- S strokovnim znanjem
- Z empatičnim odnosom (ki ga ni nikoli dovolj in nikoli preveč)
- Da pacienta ne zapustimo, ko mu gre slabo
- **Da skrbimo zase**
 - Samozaščitno vedenje
 - Kultura skupine, v kateri delamo
- De-konstrukcija pomena uspeha: da zdržimo
- Paliativa ali čakanje na motivacijo

MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

Optimalna intervencija



Diamond DM, Campbell AM, Park CR, Halonen J, Zoladz PR. The Temporal Dynamics Model of Emotional Memory Processing: A Synthesis on the Neurobiological Basis of Stress-Induced Amnesia, Flashbulb and Traumatic Memories, and the Yerkes-Dodson Law. *Neural Plasticity* 2007. doi:10.1155/2007/65009

MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

Sprememba stališč

Trokomponentni model

kognitivna komponenta
 emotivna komponenta
 Vedenjska komponenta

Komponente

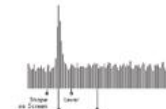
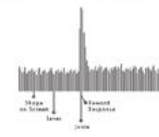
- So skladne
- Niso skladne – smo ambivalentni

Kako razrešujemo **kognitivno disonanco** – imamo dve nasprotujoči informaciji: npr. ne maram jemati zdravlil, in če jih ne jemljem, se doma kregamo

MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

Kako se začnejo utrjevati naše navade? Z nagrado ali ker nekaj počnemo zelo pogosto.

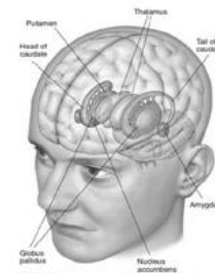
Optical, ki opazuje barvne predmete po naključju polegne za robico in dobi sladkok sol



MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

Shultz, Dayan, Montague 2006
 Duhigg 2012

Bazalni gangliji hipotetične subkortikalne strukture: amigdala, striatum (caudatus & putamen), globus pallidus



Navade imajo evlucijski pomen

Nadzor zavestnih gibov

- Amigdala tudi limbični del - motivacija
- Striatum – del v navadah (nagrada)
- N. accumbens – ventralni striatum (nagrada)
- G. pallidus – gladkost gibov

FIGURE 3.29 The basal ganglia: amigdala, striatum (caudate plus putamen), and globus pallidus. Notice that, in this view, the right globus pallidus is largely hidden behind the right striatum, and the left globus pallidus is totally hidden behind the left striatum.

MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

Terapevtski odnos do zahtevnih bolnikov (ponavadi ne gre za težo bolezni)

Določeni bolniki se bolj kot drugi zapletajo v

- borbo za moč,
- imajo nesorazmerno prevelika pričakovanja,
- so zelo nesodelujoči
- tajijo pomembne informacije

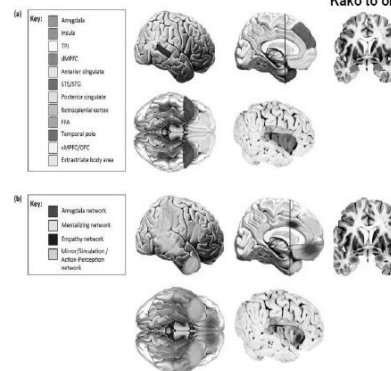
Kosiković B, Mejer B, Hutchenmaekers G, 2008

- Zahtevni bolniki so tudi tisti s kronično nenalezljivo boleznijo, ki si s svojim življenjskim stilom zelo škodujejo

MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

Ko drugi ljudje trpijo, lahko trpimo tudi mi in se povežemo z njimi skozi omrežja socialnih možganov Kennedy, Adolphs, 2013

Kako to omejiti in kultivirati v profesionalnem odnosu



amygdale: ... sprožanje čustvenih odgovorov ... prepoznavanje izstopajočih socialnih dražljajev ... socialno povezovalno vedenje

Mentalizacijsko omrežje zbirka struktur, aktiviranih z razmišljanjem o notranjih duševnih stanjih sebe in drugih

Empatija: prepoznavanje trpljenja

Zrcalni nevroni: aktivacija med opazovanjem aktivnosti drugega, hkrati z njihovo čustveno ekspresijo

MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

- Zakaj je tako težko za dlje časa spremeniti utrjeno vedenje, čeprav je škodljivo?

MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

Ali se možgani lahko spremenijo
DA, ČE SE TRUDIMO

- Nevroplastičnost - Vseživljenjska zmožnost možganov, da na podlagi novih izkušenj prerezoporejajo živčne poti
- KAJ POMAGA PRI TEM
 - Učenje
 - Psihoterapija
 - Dolgotrajni podporni & dobri odnosi ("tovarištvo" kot nagrada za trud)
 - Telesno gibanje
 - Zdravila
- TEGA TRUDA NE MORE OPRAVITI NIHČE NAMESTO NAS: Brez lastne proaktivnosti se pač ne spreminja nevrobiologija
- NE GRE ZA TO, DA JE SPREMEMBA LAHKA, AMPAK DA JO LAHKO V DOLOČENEM TRENUTKU LAHKO NAREDIMO

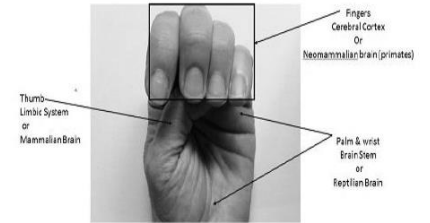
MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

The triune brain theory by PD MacLean 1990
Teorija je presežena zaradi kompleksnosti možganskih procesov, vendar

... ostaja koristna v
psihoedukaciji

Tako lažje razumemo, kako
močno nas lahko vodijo
nezavedni procesi

The hand model of the triune brain

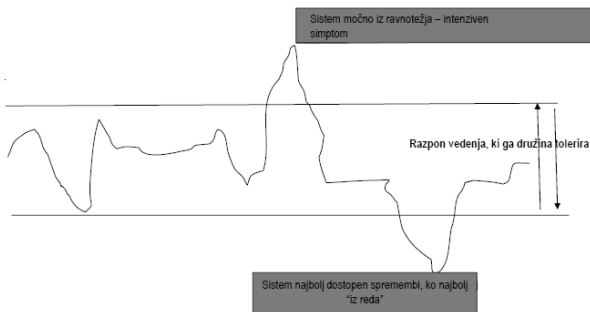


Siegel 2012

MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

Kdaj smo najbolj dostopni za spremembo: v krizi ali ob simptomu
Rešitev 1. reda = manjša kriza, pozdravimo simptom
Rešitev 2. reda = spremenijo se odnosi in okoliščine, ki producirajo krizo ali simptom

- Uravnavanje sistema / homeostaza



MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

Pacienti v stiski potrebujejo okoli sebe psihološko odporno zdravstveno osebje
Trd bodi, mož jeklen?

- Zdravstveno osebje: priče travme so lahko sekundarno travmatizirane v smislu PTSM (Gulley et al., 2002)
- Psihološka odpornost: pozitivna prilagoditev kljub izkušnji hudega stresorja ali travme (Luthar & Cochetti, 2000)
- Po obdobju trpljenja ponovno vzpostaviti prvotno raven funkcioniranja oziroma ga celo preseči
- Psihološko odporni ljudje so bolj empatični in sočutni, ne potrebujejo toliko zunanje gratifikacije

MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

Dileme spremembe

	GOTOVOST	NEGOTOVOST
VARNOŠT	<p>VARNA GOTOVOST</p> <p>Zaljubljenost Idealizacija Varna navezanost v določenem trenutku družine</p>	<p>VARNA NEGOTOVOST</p> <p>Najboljše izhodišče za življenjski razvoj Varna navezanost dolgoročno</p>
NEVARNOŠT	<p>NEVARNA GOTOVOST</p> <p>Slab odnos, ampak vem, kaj me čaka Imama nadzor, čeprav mi je slabo</p>	<p>NEVARNA NEGOTOVOST</p> <p>Kaotična navezanost otroka Resna osebnostna psihopatologija</p>

MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

Kako ščitimo svojo duševnost, ko nam je težko
Perfekcionizem in zavračanje ne-idealne podobe o sebi, ko nismo tako učinkoviti pri zdravljenju, kot želimo

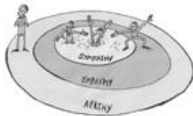
- Strokovno znanje o cilju zdravljenja
- Zrele obrambe:
 - Sublimacija: prenos agresije v ustvarjalnost, skrb za druge
 - Zavedna odpoved nečemu
 - Pro-aktivnost (pozor: toleriranje negotovosti in nerazrešljivega ni pasivno, ampak aktivno delovanje)
 - Smisel za smešno (POZOR)
- Nezrele obrambe
 - Zanihanje in izogibanje
 - Projekcija (lastnih izvenzavestnih vsebin v druge): kar je meni težko, morda ni drugemu
 - Odcepitev negativnih vsebin
 - Regresija
 - Kontra-odvisnost

Odljubljenost, egocentričnost in ne-varna navezanost pri zdravstvenih delavcih povezani z zrelostjo duševnih obramb: vpliv na njihovo kvaliteto življenja (Lewin, 2015)

MRM Rogaška Slatina 22.3.2018

Ali se avtonomnost in empatija izključujeta
Empatični odnosi med ljudmi (**osebje do pacienta in osebje med seboj**)
Pomen razločevanja med seboj in drugimi

- Navezanost je bistvena za preživetje majhnega otroka
- Ko smo odrasli, je navezanost bistvena, ko smo bolni in prestrašeni
- Reakcije v nevarnosti:
 - Boj ali beg
 - Zmrznemo
 - »Poskusi in se povežite«
- Empatija (Lynch, 2004; 2014)
 - začutimo lahko čustveno stanje drugega, ki mu je težko
 - lahko zamenjamo perspektive
 - razločujemo med seboj in drugimi
 - smo dobronamerni
- Ostali v povezavi z ljudmi, ki nam pomagajo pri dobrem čustvenem uravnavanju
- Mentalizacija „nadrejena“ empatiji: prepoznam in razumem čustvena in miselna stanja drugih in sebe, pri tem ločim med seboj in drugimi. (Ochsman, 1988; Ochsman, 2012)
- Ne gre, če smo utrujeni in v stresu. Pomiti se.



MIRM Rogaska Slatina 22.3.2018

Imeti duševno kondicijo za zaupanja vreden odnos s pacientom v težki situaciji, ki mu ne gre dobro

- Ali pazite na svoje telesno zdravje
- Kako se samo-pomirite
- Vaše izkušnje ohranjanja dobre volje – prebolevanje stresa in izgub (žalovanje vs depresija)
- Kaj vas osrečuje
- Kaj vas je osrečevalo, a ste to nehali početi
- Kakšna je vaša filozofija smisla
- Ali ste zavzeti za svoje delo
- Drobne dnevne nagrade

MIRM Rogaska Slatina 22.3.2018

Ali nas empatija izmuči ali je bolje izkazovati distancirano skrb?

- Klasični članek iz 1963 Fox, Lief. „nekateri zdravniki verjamejo, da se lahko natenirajo distancirano opazovanje pacientove stiske na enak način, kot preiti odpor do mrtvega telesa“
- Vročina v puščavi: vseh čustev ne moremo preiti - kako naj jih uravnavamo
- Bistvo empatije ni introspekcija, ampak fokusiranje pozornosti na pacienta (Nagler, 2003)
- Resonanca: nehotno lahko začutimo podobna čustvena stanja ali ponovimo vedenje
- Kognitivni nadzor teh občutkov, da nas občutki drugega ne zalijejo, ampak **da smo se uglasili** (intuitivno, nezavedno)

MIRM Rogaska Slatina 22.3.2018

Naš odnos do uspeha v zdravljenju

- Ne vemo, da smo bili uspešni v zdravljenju, ker smo si zastavili prevelike ali nerealne cilje
- Potrebujemo podporno strokovno okolje, ki zna definirati cilje zdravljenja
- Pri psihiatričnih pacientih smo dolžni obvladovati svojo težnjo po storilnosti
- Nekateri pacienti zmorejo več spremembe, kot si mislimo in zmoremo mi
- Tekmujemo lahko na drugih ravneh svojega življenja

MIRM Rogaska Slatina 22.3.2018

- To so dolžnosti tistega, ki zdravi: najprej naj zdravi svojo dušo in si pomaga, preden to da drugim (na nagrobniku zdravnika iz Aten) (MacDonald, Davidson, 2014)

- Ali znamo sebi in drugim postavljati meje
- Ali smo boljši v spodbudi, razumevanju ali meji

MIRM Rogaska Slatina 22.3.2018

Konstrukt upanja, ko ni upanja
Povezanost in avtonomnost

- Konstrukt upanja kot močna zaščita pred anksioznostjo (Geyer et al, 2000)
- Upanje povezano z osebnostjo
- Autonomia e Isolamento JAMA 1992 "Wired to be connected" Hadda 1989
- Avtonomnost se bolje razvija pri tistih, ki imajo izkušnjo dobre navezanosti
- **Tovarištvo/kolegialnost pri našem delu le z dialogom (mentalizacija)**
- Dialog ima izjemen miselni potencial in ne poteka v agresivnem/sovražnem vzdušju
- Dialog demokratizira ljudi iz nasilnosti, vsiljevanja, odporov in "ne-mišljenja" v kulturno občutljivost, inteligentnost in humanost (demokratsko)



MIRM Rogaska Slatina 22.3.2018

PASTI V ODNOSU DO PACIENTOV Z MEJNO OSEBNOSTNO MOTNJO PRI ZDRAVSTVENO-NEGOVALNI OBRAVNAVI

Tanja Torkar, prof. zdr. vzg., mag. zdr. neg., pred.
Psihiatrična bolnišnica Begunje
tanja.torkar@pb-begunje.si

Izvleček

Zdravstvena nega bolnikov z mejno osebnostno motnjo je zaradi svoje kompleksnosti izjemno problematično področje, saj odnos med bolnikom in medicinsko sestro vpliva tako na bolnikovo zdravljenje kot tudi na zdravstveno osebje ter njihovo delo. Večina medicinskih sester nima dovolj znanja in sposobnosti za uporabo ustreznih pristopov pri delu s hospitaliziranimi bolniki z mejno osebnostno motnjo. Veliko psihiatričnih medicinskih sester se čuti preslabo opremljenih za popolno oskrbo bolnikov. Primanjkljaji so v veliki meri prisotni zaradi pomanjkanja ustreznega usposabljanja, kliničnega nadzora in strokovnega razvoja.

Ključne besede: medicinske sestre, psihiatrična zdravstvena nega, profesionalni odnos, osebnostne motnje

Teoretična izhodišča

Zdravstvena nega bolnikov z mejno osebnostno motnjo (MOM) je zaradi svoje kompleksnosti izjemno problematično področje, saj odnos med bolnikom in medicinsko sestro¹ vpliva tako na bolnikovo zdravljenje kot tudi na zdravstveno osebje ter njihovo delo (Callan & Howland, 2009; cited in Blazinšek, 2016). Osnovne značilnosti MOM so nestabilna identiteta, nestabilnost medosebnih odnosov in razpoloženja oziroma čustvovanja (impulzivnost, dramtiziranje). Motnje identitete se izražajo kot negotova predstava o sebi, svojih ciljih, seksualni orientaciji in izboru poklica. Tipična so občutenja praznine in dolgočasje, ekstremne idealizacije ali razvrednotenja, prisotni pa so tudi napadi nenadzorovanega besa, grožnje, poskusi samomorov (Benedik, 2014). Obstajajo nekateri dokazi, da so osebe z MOM nepriljubljene pri psihiatričnih medicinskih sestrah, saj se le-te odzivajo na načine, ki jih lahko smatramo za kontra-terapevtske (Dickens Geoffrey, Lamont & Gray, 2016). Velik delež medicinskih sester ima negativne izkušnje z lastnimi emotivnimi reakcijami in nagnjenji do bolnikov z MOM (Commons Treloar & Lewis, 2008; cited in Blazinšek, 2016). Ugotavljajo, da imajo medicinske sestre najslabše odnose od vseh poklicnih skupin, ki so vključene v skrb za osebe z MOM. Najbolj pereče stanje je pri osebju, ki ima slabša izhodiščna stališča in je brez predhodnega izobraževanja o tej motnji (Dickens Geoffrey, Hallet & Lamont, 2016). Negativni odnos do hospitaliziranih oseb z MOM vključuje stigma in stališče do samopoškodovanja – na paciente gledajo kot na manipulativne in ne verjamejo v pacientovo okrevanje. Tudi delovne obremenitve, slabe komunikacijske spretnosti in časovne omejitve nekaterih medicinskih sester v psihiatriji prispevajo k slabši oskrbi pacientov (Weight & Kendal, 2013).

¹ V celotnem besedilu je uporabljen termin ženskega spola 'medicinska sestra' in se nanaša na vse poklicne profile obeh spolov v zdravstveni negi (tehnik zdravstvene nege, srednja medicinska sestra, dipl. zdravstvenik, dipl. medicinska sestra in med. sestra z univ. izobrazbo).

Ne glede na negativne izkušnje, povezane z odzivom medicinskih sester na osebe z MOM, jih mnogi pacienti z MOM še vedno ocenjujejo kot najbolj pomembno podporo v psihiatrični obravnavi (Fallon, 2003; cited in Filer, 2005). S tem privilegiranim položajem je povezana velika odgovornost: negativen odnos medicinskih sester in vpliv, ki ga imajo pri negi pacientov, je potrebno opaziti, reflektirati in ga zmanjševati (Filer, 2005). Kljub pomembnosti te problematike tako za medicinske sestre v zdravstveni negi na področju psihiatrije kot za bolnike z MOM pa je vseeno premalo poudarka na raziskovanju odnosa in dojemanja bolnikov z MOM s strani medicinskih sester na področju psihiatrije ter na njihovem izobraževanju (Barnicot, et al., 2011; cited in Blazinšek, 2016), zato je na dokazih podprto izobraževanje o mejni osebnosti motnji nujno. Pri delu z bolniki z MOM bi bilo več pozornosti potrebno posvetiti razvoju in izvajanju širšega timskega pristopa, ki medicinsko sestro smatra kot enakovrednega člana tima (Dickens Geoffrey, Lamont & Gray, 2016). Tudi drugi avtorji ugotavljajo, da je potrebno izobraževati osebe o mejni osebnosti motnji, izvajati redne supervizije med medicinskimi sestrami ter da je potrebno nameniti več časa učinkoviti komunikaciji med medicinskimi sestrami, pacienti in multidisciplinarnim timom. Nadaljnje izobraževanje in usposabljanje o mejni osebnosti motnji ter izboljševanje komunikacijskih veščin medicinskih sester lahko izboljšata razumevanje in povečata empatijo negovalnega osebja. Prav tako bi negovalnemu osebju lahko zagotovilo kompetence za oblikovanje ustreznega terapevtskega odnosa z uporabniki storitev (Weight & Kendal, 2013). Namen prispevka je predstaviti pasti, v katere se medicinske sestre pri obravnavi pacientov z MOM ujamemo oz. si jih včasih celo same nastavimo. Ujete v teh pasteh, težko razvijemo ustrezen terapevtski odnos s pacientom z MOM, kar je pomembna ovira pri profesionalni zdravstveno-negovalni obravnavi. Namen je tudi vzpodbuditi bralca k razmišljanju o razlogih za to in o priložnostih za izboljšave.

Razprava

V naši bolnišnici smo povprašali sodelavce (medicinske sestre), kaj včasih ali pogosto pomislijo, ko sprejmejo v obravnavo osebo z MOM. Zbrali smo nekaj misli, ki so jih podale medicinske sestre oz. smo jih pridobili z opazovanjem. Njihove izjave so bile: Bolje, da ga imam na distanci, s takimi so same težave. Sam to hoče. Sam je kriv. Noče naše pomoči. Žleht je. Nagaja. Izsiljuje. Blefira. Ne uboga me. Naporen je. Težak je. Ta je pa res težak. Ta je pa res »vreden svojega denarja«. Spet se to dogaja, vedno meni! Spet je meni pobegnili. Meni je to naredil. Živce mi je požrl. Vrat bi mu zavil. Dovolj ga imam. Videti ga ne morem. Ne vem, zakaj sploh sprejemamo take. Zakaj so ga sprejeli? S takimi itak ne bo nič. A ne vidijo, da mu ni pomoči? Ta je zapečaten. Kar zdravniki naj se z njim ukvarjajo. To so razvajeni. Ni čudno, da ga nihče ne mara. Ubogi svojci, ki z njim živijo. Starši bi jih morali vreči na cesto, sicer ne bo bolje. Treba jih je naučiti reda. Ne vem, kaj bo z njim. Za zavod bo. Smili se mi. Spet ta – »prvič« pri nas. Ne, njega pa res 'ne poznamo', 'nikoli' ga še nismo videli itn.

Sodelavke/sodelavci so nam povedali, kaj ob tem doživljajo, kako se vedejo, kako reagirajo. Zbrali smo nekaj vedenj, doživljanj: Ostanem brez besed. Zablokiram, ne vem, kaj naj mu odgovorim. Ne vem, kako naj ga pomirim, zato sem sam vznemirjen. Jazen sem, čeprav vem, da ne smem. Sam postanem zmeden. Z odporom pridem v službo, ker vem, da ga bom popoldne prenašal. Najraje bi bil prost, da se mi ni treba z njim ukvarjat. Bojim se, da ne naredim kakšne (strokovne) napake. Ne znam pravilno izbirati besed, ne želim prizadeti, samo pomagati itn. Tudi drugi avtorji poročajo, da medicinske sestre mnogokrat doživijo odpor in negativne občutke – občutek, da se morajo braniti, jezo, željo po kontroli in obvladanju (Fetter, 2009). Odzivi psihiatričnih medicinskih sester na bolnike z mejno osebno motnjo

so včasih kontraterapevtski (Dickens Geoffrey, Lamont & Gray, 2016). Blazinšek (2016) v svoji raziskavi ugotavlja, da se medicinske sestre manj zavedajo svojega miselnega, čustvenega in vedenjskega odziva pri zdravstveni negi bolnikov z MOM in razlik med medicinskimi sestrami na področju psihiatrije in medicinskimi sestrami na urgentnih prehospitalnih enotah nujne medicinske pomoči.

Vprašajmo se, kakšna je lahko obravnava pacientov z MOM, kadar medicinska sestra občuti jezo, bes, naveličanost, užaljenost, negotovost, strah, osuplost, vznemirjenost, zaskrbljenost, brezbriznost. Kaj se pričakuje od medicinske sestre pri delu s pacienti z MOM?

Osnovna značilnost zdravstvene nege na področju psihiatrije je usmerjenost odnosa med medicinsko sestro in bolnikom k podpori pospeševanja vedenja, katerega cilj je razvoj osebnosti in prilagojeno delovanje bolnika (Kogovšek & Škerbinek, 2009). Pri zdravstveni negi je potrebno razviti visoko stopnjo samozavedanja. Pri stiku z bolnikom naj si medicinska sestra prizadeva za neko stopnjo neformalnosti, saj je sicer težko vzpostaviti ustrezen terapevtski odnos. Usposobljena mora biti za oceno pacientovega momentalnega stanja ter delovati skladno s tem in usmerjati obravnavo. Vključevati mora pacientove svojce in druge bližnje ter tudi preostale strokovnjake, ki so povezani z bolnikovo zdravstveno in socialno obravnavo (Fetter, 2009). Osebe z MOM so lahko na splošno zelo nezaupljive. Da lahko medicinska sestra vzpostavi ustrezen odnos, v katerem se bo bolnik odprl in zaupal, mora zato razviti različne mehanizme za gradnjo takega odnosa. Pri tem avtorji velik pomen pripisujejo vrlinam, kot so empatičnost, iskrenost, spoštovanje, pristnost in dostopnost (Johnson & Newland, 2012; cited in Blazinšek, 2016). Delo z osebami z MOM lahko privede do frustracij, zbežanosti in nezmožnosti koncentracije. Medicinska sestra mora zato znati te reakcije pri sami sebi sprejemati in jih dopuščati kot normalne, hkrati pa mora te občutke znati brzdati in ne sme jih v interakciji z bolnikom avtomatsko izraziti, pač pa jih vključiti v osnovno oceno stanja bolnika. Prepoznavanje in obvladovanje lastnih občutkov je za nego bolnika z MOM bistveno, da lahko medicinska sestra oblikuje in vzdržuje pozitiven odnos, ki ohrani terapevtsko vrednost (Cato, et al., 2009).

Naloge, ki jih medicinska sestra na področju psihiatrije pri tem opravlja, so naslednje: 1. učenje bolnika in njegovih svojcev pravih interakcij ter ustrezne komunikacije; 2. dajanje informacij in svetovanje v zunanjih ter notranjih konfliktnih bolnika; 3. vodenje v vsakdanjem življenju, spodbujanje in učenje vsakodnevnih fizičnih, socialnih in družbenih aktivnosti; 4. nudenje konkretne pomoči bolniku ali pa samo spodbude pri vsakodnevnih telesnih potrebah ter izvajanje morebiti potrebnih medicinsko-tehničnih posegov; 5. zagotavljanje bolnikove varnosti, spodbujanje in učenje ustreznega izražanja čustev; 6. omogočanje terapevtske klime na bolniških oddelkih in povsod tam, kjer se zdravijo bolniki z duševnimi motnjami; 7. zdravstvena vzgoja na področju duševnega zdravja tako v stiku z bolnikom in njegovimi svojci kot tudi v širši skupnosti; 8. vodenje osebja v zdravstveni negi in oskrbi (Kogovšek & Škerbinek, 2009).

Večina medicinskih sester, ki se ukvarja z zdravljenjem bolnikov v psihiatrični bolnišnici, nima dovolj znanja in sposobnosti za uporabo ustreznih kognitivno-vedenjskih terapevtskih pristopov pri delu s hospitaliziranimi bolniki z MOM. Veliko psihiatričnih medicinskih sester se čuti preslabo opremljenih za popolno oskrbo bolnikov. Primanjkljaji so v veliki meri prisotni zaradi pomanjkanja ustreznega usposabljanja, kliničnega nadzora in strokovnega razvoja. Klinični nadzor, dodatno usposabljanje in podpora celotnega osebja lahko ublažijo negativne odzive ter dajo medicinskim sestram občutek večje usposobljenosti za delo z bolniki (Blazinšek, 2016). Aktivnosti, ki so jih izvajali, da bi izboljšali naravnost medicinskih sester, so imele omejen uspeh. Znanja in izkušnje medicinskih sester se močno

razlikujejo. Ugotovili so, da potrebujejo izobraževanja, saj je njihov odnos slabši kot pri drugih profesionalnih skupinah in slabši kot pri pacientih z drugimi diagnozami (Dickens Geoffrey, Lamont & Gray, 2016). Tudi veliko medicinskih sester na področju psihiatrije o sebi meni, da ne znajo ustrezno ravnati z bolniki z MOM, kar nakazuje na močno potrebo po njihovem usmerjanju in izobraževanju ter načinih pomoči medicinskim sestram (Deans & Meocevic, 2006; cited in Blazinšek, 2016).

Zaključek

Namen prispevka je bilo predstaviti pasti pri zdravstveno-negovalni obravnavi pacientov z mejno osebnostno motnjo, ki lahko predstavlja oviro pri razvoju ustreznega terapevtskega odnosa. Želeli smo spodbuditi bralca k razmišljanju o razlogih za to in o priložnostih za izboljšave. Razlogi so številni: nekateri so posledica organizacije dela, kamor vključujemo predvsem (ne)ustrezna izobraževanja, (ne)uspešno delujoč multidisciplinarni tim, vsestransko (ne)redno in (ne)profesionalno komunikacijo, izvajanje (ne)rednih supervizijskih srečanj, ali posledica osebnih naravnosti do oseb z MOM in pomanjkanje empatije. Potrebno je nadaljnje delo za ugotavljanje najučinkovitejših programov usposabljanja medicinskih sester.

Literatura

- Benedik, E., 2014. *Osebnost med zdravjem in boleznijo: psihološko razumevanje, ocenjevanje in zdravljenje motenj osebnosti*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Blazinšek, U., 2016. *Seznanjenost medicinskih sester z mejno osebnostno motnjo v psihiatričnih bolnišnicah in prehospitalnih enotah*: magistrsko delo. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.
- Cato, M.L., Lasater, K. & Peeples, A.I., 2009. Nursing Students' self-assessment of their simulation experiences. *Nursing education perspectives*, 30(2), pp. 105–108.
- Dickens Geoffrey, L., Hallett, N. & Lamont, E., 2016. Interventions to improve mental health nurses' skills, attitudes, and knowledge related to people with a diagnosis of borderline personality disorder: Systematic review. *International Journal of Nurses Studies*, 56, pp. 114–127.
- Dickens Geoffrey, L., Lamont, E. & Gray, S., 2016. Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13/14), pp. 1848–1875.
- Fetter, M.S., 2009. Improving information technology competencies: implications for psychiatric mental health nursing. *Issues in mental health nursing*, 30(1), pp. 3–13.
- Filer, J.N., 2013. Borderline personality disorder: attitudes of mental health nurses. *Mental Health Practice*, 9(2), pp. 34–36.
- Kogovšek, B. & Škerbinek, A., 2009. *Zdravstvena nega pacienta z duševnimi motnjami*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije.
- Weight, E.J. & Kendal, S., 2013. Staff attitudes towards inpatients with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 17(3), pp. 34–38.

MOTIVACIJSKI INTERVJU

viš. pred. mag. Branko Bregar, dipl. zn.
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
branko.bregar@gmail.com

Izvelek

Motivacijski intervju predstavlja uporabno metodo dela v svetovalnem odnosu. Razumevanje motivacijskega intervjuja sloni na razumevanju njegovih načel in strategij. Pomembno je, da se svetovalec zaveda, da je v procesu le katalizator, ob katerem bo uporabnik lažje dosegel spremembo v vedenju. Pri tem lahko uporabnik v procesu spreminjanja prehaja med različnimi fazami spreminjanja – bodisi napreduje ali nazaduje. V svetovalnem odnosu se pojavijo tudi odpori na strani uporabnika, kar je znak svetovalcu, da je potrebno svetovalen odnos ponovno narediti privlačen. Torej motivacijski intervju postavlja odgovornost za kakovost odnosa bolj na stran svetovalca kot uporabnika.

Ključne besede: svetovanje, spodbujanje, medicinske sestre, znanje

Uvod

Danes, ko so nenalezljive kronične bolezni dejstvo, je vse pomembnejše, da pacienti poleg zdravljenja potrebujejo tudi psihosocialno podporo, s pomočjo katere bodo lahko obvladovali svoj življenjski slog. Pri tem medicinska sestra ali drug strokovni sodelavec, ki mu v tem primeru lahko rečemo svetovalec, naj ne bi bila samo oseba, ki pacientu nudi le enkratno pomoč, ampak se med njima razvije zaupen delovni odnos, ki pomaga pacientu k spremembi. Tako pacient v doživljenjskem obvladovanju svoje kronične nenalezljive bolezni postane uporabnik sistema zdravstvenega varstva, kjer išče podporo, ko jo potrebuje. V teh primerih bo poiskal svetovalca, s katerim ima dobre izkušnje, ki mu je v preteklosti že znal pomagati in je vreden njegovega zaupanja. Za razumevanje svetovalnega dela so primerne različne teorije, tehnike ali koncepti za svetovalce, ki nimajo drugih formalnih psihoterapevtskih znanj. Med njimi sta teorija Hildegard Peplau (Ramšak Pajk, 2000) in poznavanje motivacijskega intervjuja (MI) Millerja in Rollnicka (1991) pragmatična pristopa, ki ju lahko pri svojem delu uporabljajo svetovalci. Vsi prej naštetih avtorji v svetovalnem odnosu izpostavljajo odnos, ki je nujen, da se lahko sprememba pri uporabniku odvija. V nadaljevanju bomo izpostavili MI, ki je predvsem metoda dela, ko se uporabnik nahaja v položaju, ko na spremembo še ni pripravljen oz. težave niti ne prepozna. V tem primeru je naloga svetovalca, da pri uporabniku izzove čim večje nelagodje z obstoječim stanjem oz. ambivalenco (Miller & Rollnick, 1991). V prispevku bodo predstavljene informacije o MI, ki naj bi jih uporabljali pri svetovalnem delu.

Motivacijski intervju

MI je pristop v svetovanju, ki sta ga razvila Miller in Rollnick (1991) leta 1983. Pristop je bil najprej razvit na področju obravnave alkoholizma, kasneje se je razširil še na področje drugih odvisnosti, danes pa ga uporabljamo pri vrsti nenalezljivih kroničnih bolezni, kjer naj bi posameznik spremenil svoje vedenje. Vendar novejša raziskava kažejo, da MI ni enako učinkovit na vseh področjih. Pri obravnavi komorbidnosti je MI ocenjen kot slabo do zmerno učinkovita metoda (McKenzie, et al., 2015). Prav tako je uporaba MI učinkovitejša v diadi med svetovalcem in uporabnikom kot v skupinskem svetovanju (Lundahl & Burke, 2009).

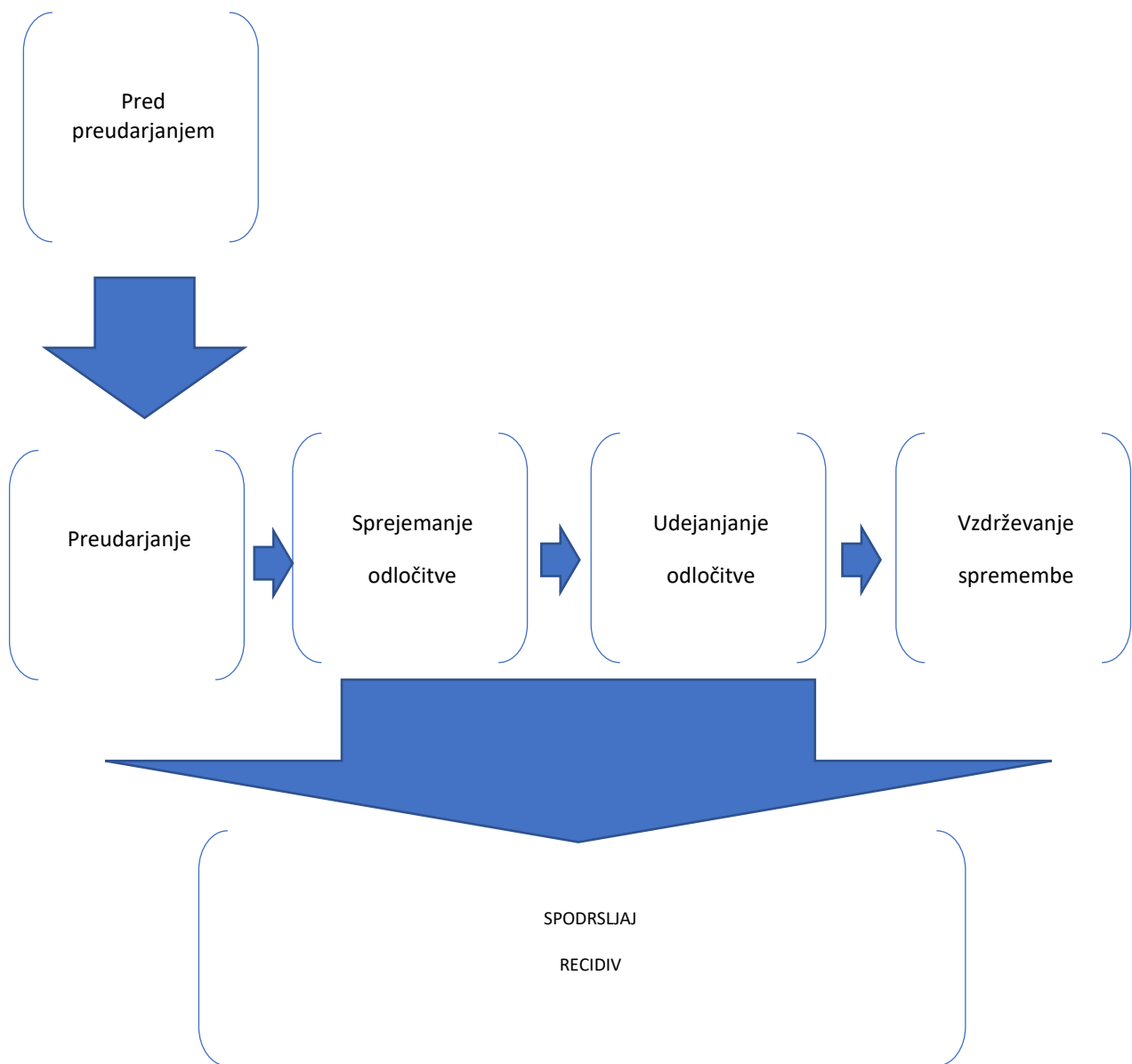
Motivacijski intervju je uporabna in dokazano uspešna tehnika pri delu z uporabniki, ki naj bi v svoje življenje vnesli trajne in stabilne spremembe v bolj zdravih vzorcih vedenja (Lundahl & Burke, 2009). Tehnika je razumljiva in uporabna na vseh področjih, kjer naj bi uporabniki spremenili svoj življenjski slog, vendar povsem in na vseh področjih uporaba MI še ni povsem dobro raziskana. Kljub temu dosedanje raziskave kažejo, da je svetovalni pristop, ki bazira na MI, ne le enako, ampak celo bolj uspešen v primerjavi z drugimi pristopi (McKenzie, et al., 2015). Bolj uspešni so tisti svetovalci, ki so usposobljeni na tem področju in imajo protokole, po katerih se lahko ravnaajo (Hallgren, et al., 2018).

Konfrontacija in direktivna obravnava kot NE-želeni pristop

Svetovalci naj se zavedajo, da konfrontacija in direktivna obravnava vodita k odporom. Nasprotno, empatični način vodenja pacienta spodbuja k spremembi. V bistvu gre za odgovornost svetovalca, da bo pri svojem delu dajal prednost mehkim tehnikam pred trdimi. Lahko se reče, da gre za umetnost vodenja odnosa v diadi med svetovalcem in uporabnikom. Svetovalec je tisti, ki je odgovoren za uspeh ali neuspeh, kajti on je v odnosu močnejši z vidika znanja in veščin. Motivacijo v MI, torej, se razume izključno kot reakcijo na odnosno dinamiko. Pomanjkanje motivacije naj svetovalcu predstavlja izziv, za katero se ne krivi uporabnika, ki išče pomoč. Pomembno je razumevanje, da je motivacija proces, skozi faze katere potuje uporabnik na poti svoje spremembe.

Pristop svetovalca, ki želi v svetovanju motivirati uporabnika

Osnova vsemu je poznavanje faz, skozi katere se pri nas vseh dogajajo spremembe. Prochaska in DiClemente sta definirala šest faz, skozi katere ljudje prehajamo, ko se spreminjamo: faza pred preudarjanjem, faza preudarjanja, faza sprejemanja odločitev, faza udejanjanja odločitve, faza vzdrževanja spremembe, faza spodrseljaja oz. recidiva. Posameznik vstopa v krog in izstopa. Četudi prvič, drugič ali tretjič ni bil uspešen, ima in poseduje že prej pridobljeno znanje in veščine. Vsaka faza ima svoje značilnosti in pripadajoče strategije, s katerimi lahko uspešno upravljamo odnos. Pri tem smo pozorni na osnovna načela, kot so izražanje empatije, oblikovanje protislovij med trenutnim stanjem in želenim vedenjem, izogibanje dokazovanju, izkoriščanje odpora in podpora lastni učinkovitosti. Svetovalec naj bi faze pri posamezniku prepoznal in se ustrezno odzval (Miller & Rollnick, 1991).



Slika 1: Model spreminjanja – 6 faz, skozi katere prehaja posameznik pri udejanjenju spremembe (Miller & Rollnick)

MI naj bi pri uporabniku izzval notranjo motivacijo, ki je ključna za uspešno spremembo vedenja. Ključno pri prepoznavanju procesa spremembe je, da je lahko posameznik različno pripravljen v nameri, da bo naredil spremembo. Lahko je že v procesu spremembe (uresničuje spremembo), ko je že prepoznal, da je potrebno spremeniti vedenje. Pri tem je lahko uspešen ali neuspešen. Lahko samo razmišlja o spremembi, pa še ni odločen o njej. Ali pa se niti ne zaveda, da potrebuje spremembo. Vsi položaji uporabnika naj svetovalcu predstavljajo izziv. Torej je naloga svetovalca, da prepozna ovire in jih uspešno razrešuje (Miller & Rollnick, 1991; Levounis, et al., 2017). Svetovalce, ki je spreten v MI, mora obvladovati medosebne veščine v komunikaciji ali strategije, ki jih svetovalce lahko uporablja pri prvih srečanjih, da uporabnik razišče svojo lastno ambivalenco (Miller & Rollnick, 1991; Levounis, et al., 2017).

Te strategije so:

1. POSTAVLJANJE ODPRTIH VPRAŠANJ

Kaj vas je pripeljalo k meni? Kakšen je vaš problem? Glede na to, da ste tu, predvidevam, da vas skrbi vaše vedenje. Mi lahko poveste kaj več o tem?

V kolikor opazimo prisotno ambivalenco do problema, uporabnika povprašamo o dobrih in slabih straneh njegovega vedenja:

Povejte mi kaj več o tem, kaj je tisto, zakaj se vam zdi, da je dobro tako odreagirati? Kaj vas pri tem moti? Kaj vas skrbi glede tega?

Z odprtimi vprašanji lahko spodbudimo izjave, ki so pomembne za izražanje pripravljenosti uporabnika, ki je v stiski za spremembo. Vprašanje za prepoznanje problema:

Kakšne težave imate, ki so povezane z vašim vedenjem? Zaradi katerih stvari mislite, da je to vaš problem?

Vprašanja za izražanje skrbi:

Kaj vas skrbi glede vašega zdravja? Kaj se vam lahko zgodi? Kaj se po vašem lahko zgodi, če ostane tako, kot je?

Vprašanja, ki izzovejo izražanje namena za spremembe:

Dejstvo, da ste tu, kaže, da želite nekaj narediti ali ... da se vsaj en del vas želi spremeniti. Kateri so tisti razlogi, ki jih vidite kot razlog za spremembo? Kakšne bi bile vaše prednosti, če naredite spremembo? Vidim, da se počutite ujeti, kaj je tisto, kar morate spremeniti?

Vprašanja za izražanje optimizma:

Zaradi česa mislite, da se lahko spremenite, če se tako odločite? Kaj je tisto, kar vas spodbuja k temu, da se lahko spremenite, če si to res želite?

2. POSLUŠANJE Z REFLEKSIJO

Svetovalec se odzove na to, kar je povedal človek v stiski. Po pozornem poslušanju poskušajmo ubesediti tisto, kar uporabnik ni povedal. Lahko tudi ugibamo, kaj je uporabnik želel povedati. Ubесedimo tisto, kar smo slišali ali pa nismo. Odprtemu vprašanju naj bi vedno sledila refleksija:

Jezni ste na svojo mamo.

3. POTRDITVE ALI AFIRMACIJE

So spodbude, pomenijo podporo uporabniku, ki se spreminja v obliki pohval, spoštovanja in razumevanja:

Cenim vaš trud. To je za vas vsekakor naporno, ampak kaže, da zmorete. Veliko in uspešno ste že naredili na tej spremembi.

4. POVZEMANJE

Je tisto, kar nam je uporabnik povedal v stiski. Povzetke delamo periodično, občasno. Povzamemo tisto, kar smo slišali, osredotočimo se na pozitivno. S tem delamo spremembo privlačno. S tem uporabnik sliši, kar je do sedaj povedal, hkrati pa mu damo priložnost oz. iztočnico za nadaljevanje. Na tak način preverimo pravilnost našega razumevanja. Povzemanje je najkoristnejše, ko se uporabnik nahaja v ambivalenci. Prav tako je povzemanje koristno na koncu srečanja, ko naredimo kratke zaključke – izpostavimo predvsem pripravljenost na spremembo, lahko tudi pozitivne in negativne posledice obstoječega vedenja:

Očitno je, da ste nekoliko razdvojeni. Na eni strani vas skrbi vaše vedenje (škodi partnerski zvezi, zdravju itd.), na drugi strani pa vam je tako vedenje prijetno.

5. SAMO-MOTIVACIJSKE IZJAVE

Izražajo namen ali pripravljenost uporabnika na spremembo. Ne smemo pozabiti, da je uporabnik tisti, ki navede oz. najde razloge za spremembo, npr. (i) za prepoznavanje problema:

Očitno je to večji problem, kot sem ocenil. To je resno. Mogoče pa je res;

(ii) Izražanje skrbi:

Resnično me skrbi. Počutim se nemočnega;

(iii) Namen k spremembi:

Mislim, da je prišel čas, da naredim nekaj zase;

(iv) Izjave, ki izražajo optimizem:

Mislim, da bom zmoget. Zdaj, ko sem sprejel odločitev, bom zmoget.

Strategije, ki so našteje, nimajo pomena, v kolikor se ne dogajajo v ozračju, kjer vlada neposesevna bližina, pristnost v odnosu in empatija. Uporabnikovo nepripravljenost ali razdvojenost sprejemamo, pri tem izpostavljam težave oz. prednosti zdravega načina vedenja in ne uporabnika kot osebe. Odpor, ki nastopi v svetovanju, je znak svetovalcu, da se odzove

na drugačen način – lahko je pri uporabniku zgolj prisoten strah pred spremembo. V odnosu podpiramo uporabnika, da je zmožen spremembe in ga usmerjamo k njegovi moči in lastnim veščinam, ki jih že poseduje, mi ga le opolnomočimo, da jih ponovno prepozna (Miller & Rollnick, 1991; Anderluh, 2015; Levounis, et al., 2017).

Zaključek

Ko smo kot svetovalci postavljeni v položaj svetovanja ali motivacije uporabnika k spremembi, ki naj bi jo udeležil in vzdrževal v svojem življenju, zavzemamo različne pristope. Svetovalec je katalizator, brez katerega do spremembe ne bi prišlo. Za ta namen so bile v slovenskem prostoru že organizirana različna izobraževanja, ki lahko nekomu, ki ni terapevtsko izobražen, nudijo podporo pri njegovem strokovnem delu (Žmitek, et al., 2009; 2010; 2011; Žmitek, 2012). Pomembno je, da se zavedamo, da gre v odnosu med svetovalcem in uporabnikom za umetnost vodenja uporabnika k cilju oz. za profesionalnost, za katero je odgovoren svetovalec. MI je metoda oz. vključuje različne tehnike pristopa, ki so za razumevanje enostavne. Vendar ko smo v odnosu, kjer nimamo znanja in nismo večji MI, se kmalu soočimo s pastmi. Zato je potrebno znanje in veščine neprestano obnavljati in uporabljati načine za samo-evalvacijo lastnega strokovnega dela.

Literatura

- Anderluh, M., 2015. Motivacijski intervju. *Slovenska pediatrija*, 22(1/2), pp. 38–43.
- Douaihy, A., Kelly, T.M. & Gold, M.A. eds., 2014. *Motivational interviewing: a guide for medical trainees*. Oxford: Oxford University Press, pp. 1–248.
- Hallgren, K.A., Dembe, A., Pace, B.T., Imel, Z.E., Lee, C.M. & Atkins, D.C., 2018. Variability in motivational interviewing adherence across sessions, providers, sites, and research contexts. *Journal of substance abuse treatment*, 84, pp. 30–41.
- Levounis, P., Arnout, B. & Marienfeld, C., 2017. *Handbook of Motivation and Change: A practical guide for clinicians*. Arlington, Virginia: American psychiatric association publishing.
- Lundahl, B. & Burke, B.L., 2009. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of clinical psychology*, 65(11), pp. 1232–1245.
- McKenzie, K.J., Pierce, D. & Gunn, J.M., 2015. A systematic review of motivational interviewing in healthcare: the potential of motivational interviewing to address the lifestyle factors relevant to multimorbidity. *Journal of comorbidity*, 5, 162–174.
- Miller, W.R. & Rollnick, S., 1991. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. London: The Guilford Press, pp. 1–348.
- Ramšak Pajk, J., 2000. Hildegard E. Peplau in model medosebnih odnosov. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(1), pp. 21–29.
- Žmitek, A. ed., 2012. *Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo 4*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, pp. 1-159.
- Žmitek, A., Tomori, M. & Kocmur, M. eds., 2009. *Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, pp. 1–133.
- Žmitek, A., Tomori, M. & Kocmur, M. eds., 2010. *Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo 2*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, pp. 1–146.
- Žmitek, A., Tomori, M. & Kocmur, M. eds., 2011. *Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo 3*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, pp. 1–160.

NEGOTOVOST, TESNOBNOST, PREVZEMANJE ODGOVORNOSTI ZA LASTNO ŽIVLJENJE IN NAČINI URAVNAVANJA RAZPOLOŽENJA: AVTONOMIJA KOT CILJ IN PROCES

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

Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, Ljubljana

polona.selic@siol.net

Izvleček

Negotovost, depresivnost in zadrževanje jeze ter umikanje v pasivnost so pogosti odzivi na ekonomsko kompetitivnost in razrahljane medosebne odnose, dodatno obremenjene s stalnimi spremembami, kar vse zahteva nenehno prilagajanje. Prepričanje, da je mogoče uravnati lastno razpoloženje, je pomemben dejavnik v sistemu spoprijemanja s stresnimi obremenitvami in pomeni del ocenjevanja v samem procesu spoprijemanja s stresom, ko profesionalci ocenjuje lastne vire. Pri profesionalcih so odkrili zvezo med disfornim stanjem in zadrževanjem jeze in opredelili zadrževanje jeze kot dober prediktor disforije (kot posledice stresnih obremenitev) neodvisno od spola. Delovna okolja, obremenjena s storilnostno orientacijo, tekmovalnostjo, časovno stisko in strahom pred napako neredko sprožijo zadrževanje jeze.

Pri profesionalcih je konstruktivno krepiti socialno podporo tako v strukturi kot funkcionalnosti, preverjati pa je treba tudi zadovoljstvo s prejeta podporo, saj je dojetje šibke socialne podpore povezano s skromnejšim reševanjem problemskih situacij ter večjim tveganjem za motnje razpoloženja.

Ključne besede: pričakovanja, razpoloženje, negotovost, depresija, tesnoba, disforija, spoprijemanje s stresom, socialna podpora, avtonomija

(Z)možnost uravnavanja lastnega razpoloženja

V dinamičnem delovnem okolju se profesionalci pogosto bojijo neuspeha in/ali napake; socialna izolacija, anksioznost, napetost, stres in izgorevanje so vse bolj pereče značilnosti tega časa, ki jih družba še vedno pogosto zavrača kot šibkosti in marginalne pojave (Devaney, et al., 2005). Pričakovanja, povezana z uravnavanjem razpoloženja, so generalizirana pričakovanja izida – gre za prepričanja, da bodo kognitivni in vedenjski odzivi zmanjšali negotovost in disfornost. Prepričanje o možnosti vplivanja na lastno razpoloženje je povezano tudi s konceptom mesta kontrole ojačenja – percepcijo lastnega vpliva (kontrole) na izide v okolju (Selič, 1999). Če samo zaupanje osebe, da se bo počutila bolje, lahko povzroči takšno počutje, medtem ko prepričanja o nezmožnosti uravnavanja lastne negotovosti stanje disforije le še utrjujejo. Opisano se ujema s kognitivno teorijo disforije in konceptom naučene nemoči (Selič, 1999). V obeh teorijah je depresija povezana s pričakovanjem odklonilnega, neugodnega izida. Če negotovost ali disforna stanja opredelimo kot tovrstne izide, je razumljivo, da jih lahko že samo prepričanje, da se bodo ponavljala in/ali nadaljevala (da ne bo nikoli boljše), enostavno vzdržuje (Rulcovius & Reinhard, 1990). Prepričanja te vrste določajo načine spoprijemanja s stresom in neposredno vplivajo na disforno razpoloženje ter predstavljajo najboljši samostojni prediktor aktivnih strategij in disforije – delež pojasnjene variance je večji kot pri stresu in družinski podpori.

Trdneje ko oseba verjame, da zmore premagati negativno razpoloženje, in redkeje ko izbere izogibalne strategije, manjkrat zdrsne v depresijo. Izboljšanje razpoloženja ni neposredna

posledica dosledne uporabe aktivnih strategij, ampak vere v njihovo učinkovitost (Alloy, et al., 1988). Razpoloženje je namreč vsaj delno določeno z afektivno vrednostjo pričakovanih izidov, zato so strategije obvladovanja stresa še posebej neučinkovite pri ljudeh, ki le malo verjamejo v uspeh svojih akcij (strategij) (Selič, 1999). Pozitivna naravnost poveča verjetnost, da bo oseba izbrala aktivno strategijo in bo disforija manjša. Avtorji so odkrili tudi povezanost med disforijo in somatskimi simptomi (pojasni kar četrtno skupne variance) ter se s tem približali psihosomatskemu modelu (Alloy, et al., 1988).

Ljudje s šibkim prepričanjem, da lahko uravnavajo svoje razpoloženje (angl. *mood regulation expectancy*, tj. prepričanje v lastno zmožnost uravnavanja emocionalnega stanja in počutja) tudi dvomijo, da bi mogla njihova razmišljanja in prizadevanja omembe vredno vplivati na doživljanje stresa (Selič, 1999). Tovrstna naravnost je povezana s konceptom sekundarne (naknadne) ocene, evalvacije delovanja, ki je odgovor na stresor iz okolja. Sekundarna ocena zajema dve vrsti pričakovanj – pričakovanja izida in pričakovanja lastne učinkovitosti. Prva se nanašajo na posledice določenega delovanja, druga pa se dotikajo posameznikove vere v lastno zmožnost uresničitve svojih zamisli (Selič, 1999; Romney, 1994).

Prevlada negotovosti in tesnobe

Negotovost pogosto povzroča tesnobo, nekateri zdrsnejo v depresijo. Pri depresivnih so opazili slabše spoprijemanje s stresom, ki izvira iz medosebnih odnosov in profesionalne vloge. K depresiji nagnjeni profesionalci so sicer znali pravilno (ustrezno) opredeliti tako problem kot rešitev, vendar se je njihova prikrajšanost pokazala na področju k akciji usmerjenih strategij. Tovrstni deficiti lahko vodijo v kopičenje medosebnih stresov ter v neučinkovito vedenje v stresnih situacijah, depresija pa nastopi kot posledica obojega (Metalsky, et al., 1987). Oseba potem svoja neprimerna (ne)prizadevanja za rešitev problemske situacije napačno usmeri, nastalo stanje poglobi depresijo in začarani krog je sklenjen. Ob tem ostaja nejasno, ali depresivni sebe upravičeno ocenjujejo kot neučinkovite v reševanju medosebnih stresov (to naj bi izviralo iz primarnega deficita na področju veščin za reševanje problemov te vrste) ali gre zgolj za še eno plat njihove negativne samopodobe (Selič, 1999, str. 51–166; Metalsky, et al., 1987).

Močna negotovost je bolj pogosta pri profesionalcih z večjo potrebo po nadzoru v situacijah, ki tega ne dopuščajo. V takšnih, s stresom navadno močno obremenjenih pogojih sodobnega profesionalnega delovanja, ohranijo biopsihosocialno ravnotežje tisti z jasnimi vrednotami, cilji in realnim samozavedanjem, ki imajo dovolj samozaupanja, da aktivno nastopajo ter posegajo v okolje. Za takšne profesionalce je značilno tudi realno umeščanje kakršnihkoli dogodkov v svoj generalni življenjski plan, prepričanje, da je v vsaki stvari (dogodku) tudi nekaj dobrega (pozitivna orientacija) ter obvladovanje stresnih obremenitev, ne da bi te porušile siceršnjo psihično prilagojenost in aktivno poravnavanje z okoljem (Selič, 1999, str. 51–166; Philips, et al., 2017). Če se negotovost kot značilnost konteksta povezuje z višjim nevroticizmom kot dejavnikom osebnosti, lahko pride do stopnjevanih občutkov krivde, sovražnosti, razdražljivosti, posredne agresivnosti in sumničavosti – gre za oblike agresivnosti, ki so povezane z manjšo čustveno stabilnostjo in jih je mogoče opisati kot frustracijsko agresivnost, ki jo posameznik neredko usmeri vase (razbremenitev "navznoter") (Pachter, et al., 2017). Nizka raven samospoštovanja se neredko veže s čustveno nestabilnostjo (kot osebnostno lastnostjo) in psihosomatskimi težavami (Selič, 1999).

Uspešno spoprijemanje v medosebnih in s profesionalno vlogo povezanih stresnih situacijah so opisali kot niz različnih aktivnosti, za katere naj bi bila značilna problemska orientacija. Potekajo od opredelitve problema prek iskanja mogočih (alternativnih) rešitev in odločanja do

rešitve same (Selič, 1999). Pri izgorelih in/ali depresivnih profesionalcih so odkrili značilno negativno orientacijo, izbor neustreznih informacij (kot osnove za definiranje problema), nerealistično visoke cilje in premajhno število odkritih alternativnih rešitev. S tem se potrjuje teza o prikrajšanosti depresivnih oseb pri obvladovanju stresnih obremenitev na socialnem polju (Cochran & Hammen, 1985). Njihove strategije so manj učinkovite – ne poiščejo ustreznih poti, da bi spremenili stresno situacijo, ampak v njej ostanejo pasivni in resignirani (preprosto "obstanejo" in ne ukrenejo ničesar). Za probleme so sicer zelo občutljivi, vendar ne delujejo racionalno, zaradi česar pride do bolečega neskladja med aktualnim in želenim stanjem. Opisani primanjkljaj izvira bodisi iz šibkega poznavanja ustreznih strategij bodisi iz nezmožnosti aktiviranja potencialno razpoložljivih strategij, kar je mogoče razložiti z globino (hromeče) negotovosti oz. z negativno problemsko orientacijo (in samopodobo). Profesionalci, ki se počutijo pogosto in/ali močno negotovi v svoji profesionalni vlogi, ne izbirajo višjih ocen stresnosti (v primerjavi z drugimi), niti nimajo bolj izraženega zunanjega lokusa kontrole, le svojo zmožnost za obvladovanje situacije (osebne resurse) dosledno slabše ocenjujejo (Oakes, 1982).

Ker pričakovanja vplivajo na vedenje in njegove posledice, se pri negotovih, izgorelih in depresivnih osebah občutek slabše učinkovitosti manifestira kot pasivnost (v procesu reševanja problemov) tako na kognitivni kakor tudi na vedenjski ravni. Slednje ni usmerjeno k cilju, saj se profesionalci "prilepi" na negativne vidike situacije in lastno nezmožnost (Selič, 1999). Zato je pogosto negotovost kot problemska (stresna) situacija tisti sprožilni dejavnik, ki aktivira negativno samovrednotenje in pasivno sprejemanje. Pasivno sprejemanje je odraz primanjkljaja pri učinkovitem reševanju stresnih situacij socialne narave, kar povzroča kopičenje nerešenih težav in rezultira v situaciji kroničnega stresa (Metalsky, et al., 1982). Nekateri avtorji so dokazali zvezo med obvladovanjem motenj razpoloženja in spolom, niso pa odkrili razlik pri uporabi nekega določenega načina obvladovanja negotovosti in disforije. Vsekakor je pri obeh spolih opazna zveza med disforičnim stanjem in zadrževanjem jeze, zato so opredelili zadrževanje jeze kot dober prediktor disforije (kot posledice stresnih obremenitev) za oba spola (McDaniel & Richards, 1990).

Kako uravnnavati lastno razpoloženje in poskrbeti zase? Pomen socialne podpore

Medosebni odnosi (s kvalitetno socialno podporo) so pomembni dejavniki psihične prilagoditve v stresni situaciji. Profesionalci z manj številnimi in/ali manj kvalitetnimi odnosi v stresnih situacijah kažejo več depresivnosti in anksioznosti. Vendar tradicionalistično razumevanje socialnih interakcij izključno kot blažilcev stresa in/ali kot izvorov večje odpornosti na stresne dogodke poenostavlja vse socialne interakcije na uniformno podpirajoče, čeprav so lahko tudi medosebni odnosi neke vrste stresor (npr. prekomerno vmešavanje, pretirana zaščita) (Gramling & Elliott, 1992).

Spol pomembno vpliva na odnos med stresom, socialno podporo in obremenitvijo (počutjem), saj ženske in moški različno zaznavajo in tolmačijo socialno podporo (Moonesar, et al., 2016). Tudi napovedna vrednost somatskih simptomov je odvisna od spola. Pri moških je bolj pomembno samovrednotenje, utrjeno ter potrjeno prek dosežkov (fizičnih, akademskih, poklicnih) in storilnosti. Ženske se vrednotijo pretežno na osnovi medosebnih odnosov. Zanje so značilne povezava med zadovoljstvom, socialno podporo, prejeto emocionalno podporo v družini, strukturalno podporo in simptomi ter pogostejše pritožbe o večjem številu stresnih dogodkov in somatskih simptomov (Townley, et al., 2011).

Stres, socialna podpora in interakcija med njima pojasnijo tudi do tretjino variance somatskih simptomov pri ženskah, za moške ta povezava ni dokazana (Selič, 1999). Zato je pri ženskah v profesionalni vlogi treba krepiti socialno podporo, ki jo je mogoče opisati v treh dimenzijah (Zimmermann, 1999): kot strukturalno (število ljudi, število družinskih članov), funkcionalno (emocionalna podpora, vodenje, pomoč) in tudi kot zadovoljstvo s prejeto podporo. Pokazalo se je, da profesionalci s pičlo socialno podporo slabše rešujejo problemske teste ter težje usmerjajo svojo pozornost v problem, ki se še dalje slabša z rastočo težavnostjo naloge (Zimmermann, 1999). Pri tem je pomembnejša ocena socialne podpore kot aktualni medosebni stiki, kar je najbrž posledica medosebnih razlik v potrebi po bližnjih stikih in v pomenu teh stikov. Nekateri rezultati potrjujejo opažanja terapevtov, da je kombinacija socialne podpore in strategij obvladovanja stresa dosti bolj učinkovita kot pa sama empatija, še posebej, če gre za spreminjanje vedenja (oblikovanje bolj ustreznega odziva na stres) (Heller, et al., 1986; Heller, et al., 2013).

Treba je razlikovati med ocenjeno in dejansko podporo na eni strani ter upoštevati stresne dogodke in individualne strategije spoprijemanja s stresom na drugi. Zasebno tisti, ki so izpostavljeni delovanju večjega števila stresorjev, navadno dobijo več socialne podpore kot oni, ki živijo mirno, brez dramatičnih in/ali obremenjujočih dogodkov, kar pa ne velja v profesionalni vlogi (Moonesar, et al., 2016). Tudi osebe, ki uporabljajo neustrezne strategije, navadno dobijo več podpore, kar je prej posledica njihove nemoči in neveščosti, kot pa sposobnosti za oblikovanje in ohranjanje ustreznih medosebnih odnosov. V vsakem primeru je bistvo socialne podpore prejemnikova percepcija in ocena, da je za druge sprejet, ljubljen in pomemben. Kljub številnim uporabnim funkcijam in "uslugam", ki jih nudijo suportivni Drugi, konceptualizacija pomembnih medosebnih odnosov v terminih funkcionalne podpore ni ustrezna (Selič, 1999), saj lahko doseže nasprotni učinek. Informacije ali inštrukcije o ustrezni obravnavi problemske situacije lahko v prejemniku vzbudijo občutek neustreznosti in nesposobnosti; posojanje denarja, namenjeno saniranju aktualnih finančnih stisk, neredko prebudi občutje odvisnosti in obveznosti (zavezanosti, dolžnosti); celo dobronamerna emocionalna podpora (izražanje simpatije) se lahko v prejemnikovih očeh izrodi v nerazumevanje s strani drugega. Največja težava pri funkcionalnih opredelitvah socialne podpore je nezmožnost evalvacije dejanske koristnosti. Podpora, ki je v aktualni situaciji koristna, lahko vseeno vzbudi v prejemniku negativna čustva, povezana z (ne)učinkovitostjo ali (ne)odvisnostjo, ki se včasih stopnjujejo do občutkov krivde in pretirane (neznosne) zadolženosti (Selič, 1999, str. 51–166; Moonesar, et al., 2016).

Rešitve za profesionalce

Za uspešno spoprijemanje z negotovostjo je potrebno soočenje (ter neredko tudi aktiviranje) z vsemi deli sistema – z biopsihosocialnimi dejavniki, kakor tudi z dejavniki fizične – objektivne realnosti. Delovno okolje, ki vzpodbuja in/ali nagrjuje tekmovalno storilnostno orientacijo, ki jo pogosto spremljata tudi nestrpnost in časovna stiska, lahko vzbudi v profesionalcih popolno pomanjkanje tolerance za "neproduktivne" trenutke, kar običajno vodi do prenatrpanih urnikov (obveznosti in/ali opravil) ter hkratnega početja več stvari. Gre za kontekst, ki omogoča navidezen občutek nadzora (kot navidezno nasprotje negotovosti). Ker pa je ta velikokrat obremenjen s samokritičnostjo in pomanjkanjem kakršnegakoli veselja (užitka) v prizadevanjih za striktno doseganje ciljev, dejansko negotovost le še pogloblja in marsikdaj povzroča tudi jezo (sovražnost), ki ni nujno neposredno izražena – in začarani krog zdrsa v disforijo je sklenjen.

Razvijanje osebnostne čvrstosti in kakovosti socialne podpore

Odpornost na delovanje stresorjev je povezana s konstruktom osebnostne čvrstosti – osebnostno čvrste osebe imajo občutek smiselnosti svojih dejanj in življenja nasploh (nasprotje odtujenosti od sebe in drugih). Take osebe sprememb ne doživljajo kot breme, ampak kot normalno življenjsko vsebino ter se ne čutijo zlahka ogrožene (odsotnost občutkov nemoči); prepričane so, da lahko vplivajo na dogajanje in tako negotovost lažje prenašajo. Osebnostna čvrstost naj bi neposredno zmanjševala stres ter hkrati povečevala uporabo uspešnih strategij (Pachter, et al., 2017).

Osebnostno čvrstost in kakovost socialne podpore kot odnosne spremenljivke je pri profesionalcu mogoče razvijati (Mahdavi, et al., 2015). Najbolje se je izkazala uporaba treh tehnik (Selič, 1999): (i) usmerjanje pozornosti (angl. *focusing*) na različne telesne znake (senzacije, reakcije), ki opozarjajo na stanje stresne obremenitve; ko oseba to stanje opazi, lahko začne odkrivati vzroke in povode, ki so ga povzročili; (ii) rekonstruiranje stresne situacije ter opredelitev boljših in slabših potencialnih izidov, kar omogoča pozitivno ali vsaj nevtralno ponovno ovrednotenje dogodka; (iii) ocena lastnega razvoja (napredka, angl. *self-improvement*) kot kompenzacija. Takšen odnos je dobrodošel in koristen pri soočanju s stresorji, ki se jim profesionalec ne more izogniti niti jih ne more spremeniti, lahko pa mu predstavljajo izziv in možnost za razvoj lastnih potencialov za obvladovanje stresa.

Krepitev osebne moči

Rešitev za profesionalce je krepitev osebne moči in lastnih virov, kar so starejši avtorji opisovali kot osebnostno zrelost (Selič, 1999). Tudi po tridesetih letih ostajajo merila osebnostne zrelosti in moči ega enaka, čeravno premalo upoštevana in/ali spoštovana. Gre za (Jerotić, 1988) (i) zmožnost ljubiti drugega – ne samo sebe, ne sebe ali idealnega sebe v drugem; (ii) zmožnost obvladovanja svojih vzgibov in impulzov – gre za agresijo in seksualno energijo brez impulzivnih prebojev in eksplozivnih praznjenj; (iii) zmožnost prenašanja neprijetnosti, bolečin in trpljenja (vse manj priljubljena prevlada principa realnosti nad principom zadovoljstva).

Cilj profesionalnega razvoja v stroki, ki zadeva celovitost človekovega bitja in bivanja, naj bi bila zrela zavest (kot nasprotje infantilne zavesti), brez pretiranih bojzani in/ali občutij krivde ter žrtvujoče se življenjske orientacije, pa tudi večja prodornost – zmerna, "kultivirana" agresivnost brez reakcij jeze, sovraštva in brez pretirane bojzljivosti.

Zaključek

Negotovosti se ni mogoče izogniti, dokler profesionalec ne sprejme, da je osebnostna neodvisnost nujni in zadostni pogoj samostojnosti brez izolacije in osamljenosti in/ali pretirane nevrotične angažiranosti.

Tako kakovostno profesionalno ravnanje presega sprotno odločanje ter vsakodnevno ukrepanje v zdravstveni negi ter se dotika razsežnosti osebnostne zrelosti in avtonomije.

Zahvala

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

Literatura

- Alloy, L.B., Abramson, L. Y., Metalsky, G.I. & Hartlage, S., 1988. The hopelessness theory of depression: attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(1), pp. 5–21.
- Cochran, S.D. & Hammen, C.L., 1985. Perceptions of stressful life events and depression: a test of attributional models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(6), pp. 1562–1571.
- Devaney, E., O'Brien, M.U., Tavegia, M. & Resnik, H. 2005. Promoting children's ethical development through social and emotional learning. *New Directions for Youth Development*, 108, pp. 107–116, 13–14.
- Gramling, S.E. & Elliott, T.R., 1992. Efficient pain assessment in clinical settings. *Behaviour Research and Therapy*, 30(1), pp. 71–73.
- Heller, K., Swindle, R.W. Jr. & Dusenbury, L., 1986. Component social support processes: comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), pp.466–470.
- Heller, K., Viken, R.J. & Swindle R.W.Jr., 2013. What do network members know? Network members as reporters of depression among Caucasian-American and African-American older women. *Aging & Mental Health*, 17(2), pp. 215–25.
- Jerotić, V., 1988. *Čovjek i njegov identitet: psihološki problemi savremenog čoveka. Dečje novine*, Medicinska knjiga. Gornji Milanovac, Beograd, Zagreb.
- Mahdavi, A., Nikmanesh, E., Aghaei, M., Kamran, F., Zahra Tavakoli, Z. & Khaki Seddigh, F., 2015. Predicting the level of job satisfaction based on hardiness and its components among nurses with tension headache. *Journal of Medicine and Life*, 8(Spec Iss 4), pp. 93–96.
- Metalsky, G.I., Abramson, L.Y., Seligman, M.E., Semmel, A. & Peterson, C., 1982. Attributional styles and life events in the classroom: vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(3), pp. 612–617.
- Metalsky, G.I., Halberstadt, L.J. & Abramson, L.Y., 1987. Vulnerability to depressive mood reactions: toward a more powerful test of the diathesis-stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(2), pp. 386–393.
- McDaniel, D.M. & Richards, C.S., 1990. Coping with dysphoria: gender differences in college students. *Journal of Clinical Psychology*, 46(6), pp. 896–869.
- Moonesar, R., Sammy, I., Nunes, P. & Paul, J., 2016. Social support in older people: lessons from a developing country. *Quality of Life Research*, 25(1), pp. 233–236.
- Oakes, W.F., 1982. Learned helplessness and defensive strategies: a rejoinder. *Journal of Personality*, 50(4), pp. 515–525.
- Pachter, L.M., Lieberman, L., Bloom, S.L. & Fein, J.A. 2017. Developing a Community-Wide Initiative to Address Childhood Adversity and Toxic Stress: A Case Study of The Philadelphia ACE Task Force. *Academic Pediatrics*, 17(7S), pp. S130–S135.
- Philips, L., Bloom, T., Gainey, T. & Chiocca E., 2017. Influence of Short-Term Study Abroad Experiences on Community Health Baccalaureate Students. *Journal of Nursing Education*, 56(9), pp. 528–533.
- Romney, D.M., 1994. Cross-validating a causal model relating attributional style, self-esteem, and depression: an heuristic study. *Psychological Reports*, 74(1), pp. 203–207.
- Rulcovius, G. & Reinhard, H.G., 1990. Cognitive theories of depression. Implications for the investigation of emotional disturbances in childhood and adolescence. *Acta Paedopsychiatrica*, 53(1), pp. 62–70.

- Selič P., 1999. *Psihologija bolezni našega časa*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, pp. 51–166
- Townley, G., Kloos, B., Green, E.P. & Franco, M.M., 2011. Reconcilable differences? Human diversity, cultural relativity, and sense of community. *American Journal of Community Psychology*, 47(1-2), pp. 69–85.
- Zimmermann, P., 1999. Structure and functions of internal working models of attachment and their role for emotion regulation. *Attachment & Human Development*, 1(3), pp. 291–306.

DELAVNICE

SPREJEMANJE ALI OBVLADOVANJE/SPREMINJANJE?

Nuša Klinar, univ. dipl. psih.
nusa_klinar@hotmail.com

V današnjem času smo ljudje močno naravnani k doseganju dobrega razpoloženja ter pozitivizma. V ospredje je že dolga leta postavljena »feel good« naravnost, ki naj bi nam pomagala dosežati vsesplošno zadovoljstvo v življenju. Pa nam to dejansko uspeva?

V tej naravnosti doseganja dobrega počutja in pozitivizma je ključno spreminjanje in obvladovanje naših notranjih procesov, kot so neprijetne misli, spomini, čustva. Pri poskusih spreminjanja ali izogibanja tej vrsti neprijetnosti smo pogosto neuspešni ali pa poskusi obvladovanja celo učinkujejo nasprotno: bolečina, ki je neizogiben del človeštva, preraste v dolgotrajno psihološko trpljenje.

Na predavanju se bomo dotaknili pomembne teme: kaj dejansko lahko pri sebi popolnoma kontroliramo? Kaj se dogaja z našimi mislimi, čustvi, ko jih poskušamo obvladovati/spreminjati? Mar neprijetnost res izgine? Kakšna sporočila in dovoljenja so pomembna za nas in naše kliente?

Raziskovali bomo, kaj je morda uspešna alternativa poskusu obvladovanja in spreminjanja vsebine naših privatnih izkušenj, ter na delavnici skozi praktične vaje predstavljeno tudi preizkusili.

ODPORI V MOTIVACIJSKIH POSTOPKIH IN KAKO SE POSTAVITI ZASE

mag. Mojca Hvala Cerkovnik, univ. dipl. soc. del.

hvalacerkovnikmojca@gmail.com

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Delavnica na temo motivacijski intervju je opredeljena kot sodelovalna, v osebo usmerjena oblika vodenja posameznika s ciljem krepiti motivacijo za spremembe. Osnove motivacijskega intervjuja izvirajo iz svetovanja, ki je usmerjeno v posameznika, kognitivne terapije, sistemske teorije in socialne psihologije. Motivacijski intervju poudarja sodelovanje med posameznikom in svetovalcem, vzpodbuja posameznikovo odkrivanje lastnih razlogov za spremembo in je usmerjen v prepoznavanje osebne moči za spreminjanje. Motivacijski intervju lahko uporabljamo kot samostojno tehniko, lahko je integriran v različne oblike obravnav, lahko pa je priprava motivacijskih temeljev znotraj posameznega programa. V središču obravnave je vedno posameznik, vendar ima strokovni delavec pred sabo vedno natančno določen strokovni cilj, ki ga poskuša doseči s pomočjo različnih aktivnih motivacijskih intervencij v procesu svetovanja.

MI obsega graditev motivacije za spremembo in krepitev namere za spremembo. Pri prvem gre za usmerjanje klienta iz faze nezavedanja v zavedanje in sprejem odločitve. Možne strategije (odprta vprašanja, reflektivno poslušanje, podpora, povzetki in privabljanje klientovih motivacijskih izjav) so skupaj s primeri nazorno opisane v literaturi.

V drugi fazi gre za usmerjanje klienta iz faze odločitve v akcijo. Bistvo je prepoznati, kdaj je posameznik pripravljen za spremembo. Znaki (npr. znižanje odporov, števila vprašanj glede problemov, večja umirjenost) in koraki (npr. rekapitulacija, ključna vprašanja, informacije in svetovanje, pogajanje o načrtu akcije) so prav tako skupaj s primeri opisani v literaturi.

Potek delavnice: Udeleženci bodo na delavnici seznanjeni s temeljnimi principi motivacijskega intervjuja, predstavljen bo šeststopenjski model sprememb po Prochaski in Di Clemente (Miller, 1995). Pogovorili se bomo o pomenu odporov in upravljanje z njimi. Poseben poudarek bo namenjen izmenjavi izkušenj pri svetovalnem delu in uporabi pridobljenih znanj v praktičnih primerih.

Cilji delavnice supervizije so: posredovanje vsebin motivacijskega intervjuja, prikaz konkretnega dela v praksi, pogovor o odporih v motivacijskih postopkih in izmenjava izkušenj pri uporabi motivacijskega intervjuja in učinkovitost le-tega pri delu s klienti.

Priporočena literatura

Miller, W.R., 1995. *Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers*. Department of Psychology and CASAA: The University of New Mexico.

Miller, W.R. & Rollinck, S., 1991. *Motivational Interviewing: Prepare People to Change Addictive Behaviour*. New York: Guilford Press.

Miller, W.R. & Rollinck, S., 2009. Ten things that Motivational Interviewing is not. *Behavioral and Cognitiv Psychotherapy*, 37(2), pp. 129–1490.

Miller, W.R. & Rose, G.S., 2009; Toward a Theory of Motivational Interviewing. *The American Psychologist*, 64(6), pp. 527-537.

SUPERVIZIJA

mag. Vesna Mejak, univ. dipl. soc. del
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
vesna.mejak@psih-klinika.si

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. 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. 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.

Strokovnjakom pomaga, da praktične izkušnje integrirajo s svojimi teoretičnimi znanji in da pridejo do svojih lastnih rešitev problemov, s katerimi se srečujejo pri delu, ter da uspešnejše obvladujejo stres in gradijo svojo profesionalno identiteto. To je kreativni prostor, v katerem se strokovnjak v povezavi in ob sodelovanju s supervizorjem uči iz svojih izkušenj, išče lastne rešitve problemov, s katerimi se srečuje pri delu, kamor sodijo tudi iskanje uspešnega soočanja s stresom, spoznava situacijo 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.

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 metodo«, metodo »STOP«, metodo »Kako naj...« in metodo asociacij.

Cilji delavnice supervizije: Reflektiranje lastnih izkušenj pri delu, podpora za obvladovanje stresa v profesionalnem kontekstu, spodbuda za osebni razvoj, 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 vidiki.

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].

MOTIVACIJSKA SKUPINA

Matjaž Mohar, dipl. zn.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
matjaz.mohar@psih-klinika.si

Kadar imamo kot strokovnjaki opravka z bolnimi ljudmi, katerih vedenje je njihovemu zdravju škodljivo, se večkrat sprašujemo, zakaj se vendar malo bolj ne potrudijo za spremembo, ki bi lahko bistveno izboljšala kvaliteto življenja, in kako to, da jim raznovrsten spekter negativnih posledic ni v vzpodbudo za spremembo. Večkrat se soočamo z dilemo, kolikšna mera pomoči (intervencij) je pravšnja. Pogosto opažamo, da vloženemu trudu navkljub ni spremembe ali pa so minimalne. Torej, kakšna naj bo motivacija, da pripelje do spremembe?

Same tehnike motivacije se ni težko naučiti, težko pa je spremeniti terapevtov odnos do določenih problemov njegovih pacientov. Najpogostejše težave pri odnosu terapevtov do spreminjanja pacientov so povezane z izgubo upanja v možnost spremembe, nerazumevanjem odgovornosti za spremembo, moraliziranjem, nepotrpežljivostjo, preveliko zahtevnostjo in zaščitništvom. Od terapevtov se ne pričakuje, da so sami vzor mentalnega zdravja in vedenja, ampak da so sposobni vnesti spremembo v druge ljudi. Zdravi morajo biti toliko, da so sposobni samorefleksije. To pomeni, da lahko ves čas ocenjujejo kapacitete svojih pacientov in za merilo spremembe nimajo samih sebe. Če hoče terapevt vnesti spremembo v pacienta, mora biti ta ravno pravšnja. Premajhne spremembe nihče ne opazi, prevelika vzbudi odpore. Dober motivator ne sprejema odgovornosti za končno spremembo pacienta nase, sprejme pa, da bo pri motiviranju zavzet, vztrajen in potrpežljiv.

Kot dobra metoda vnašanja spremembe v pacienta se je izkazal motivacijski intervju ali MI. Avtorja Miller in Rollnick sta MI opisala kot v pacienta usmerjeno direktivno metodo intrinzične motivacije za spremembo z raziskovanjem in razreševanjem ambivalence. Direktivnost v tem primeru pomeni usmerjanje aktivnosti, ne pa siljenje ali ukazovanje. MI se je na začetku uporabljalo na področju odvisnosti, kasneje pa je bila ta metoda aplicirana na različne oblike vedenja, kjer se kažejo odpori do sodelovanja ali vnosa spremembe. MI upošteva štiri osnovne principe:

1. izražanje empatije: terapevt poskuša razumeti in sprejeti pacientov pogled brez sodbe ali sovražnosti;
2. razvijane diskrepance: pacienta je treba voditi, da bo razumel razliko med vedenjem in globlje zakritimi vrednotami, na katere je morda sam pozabil;
3. z odpori pacienta se terapevt ne spopada, ampak jih skuša prepoznati in razumeti. Odpor je razumljen kot znak neskladnosti med cilji terapevta in pacienta;
4. spodbujanje samoučinkovitosti: terapevt naj ne igra vloge eksperta, saj vsaka odločitev o spremembi pripada samo pacientu.

MI sestavljajo kratke intervencije, ki pacientu pomagajo ugotoviti in razrešiti njegovo ambivalenco do spremembe vedenja. Z drugimi besedami, terapevt pacientu pomaga razmišljati, čemu se bo tako težko odrekel in zakaj bi bilo vendarle dobro, da bi se potrudil. S pacientom torej oblikuje argumente za in proti. Vzbudi upanje, da je sprememba smiselna in možna. Terapevtska empatija je prav posebej poudarjena in ne pomeni potuhe. Empatija pomeni sposobnost razumevanja pacientovega načina čustvovanja. Tehnika MI se usmerja v

tematiko pogovora o spremembi (angl. change talk). Gre za samomotivacijske ugotovitve o tem, kdaj jo je pacient opazil, kaj jo je spodbudilo, kaj jo pomaga vzdrževati. Terapevt izrazito išče epizode, ki kažejo, da je pacient poskušal spreminjati svoje vedenje. MI je najprimernejši za paciente v prekontemplativni ali kontemplativni fazi, manj pa za paciente v akcijski fazi. V motivacijski skupini se uporablja elemente MI pri pacientih s podobnimi težavami.

Priporočena literatura

Rus, M., 2014. *Zgodbe upanja: primeri celostnega zdravljenja odvisnosti*. Ljubljana: E-Besede.si.

KAJ DOŽIVLJAM TA TRENUTEK? O ČEM PREMIŠLJUJEM? ALI VEM, ZAKAJ TAKO ČUSTVUJEM?

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

Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, Ljubljana

polona.selic@siol.net

Prepričanje, da je mogoče uravnnavati lastno razpoloženje, je pomemben dejavnik v sistemu spoprijemanja s stresnimi obremenitvami in pomeni del ocenjevanja v samem procesu spoprijemanja s stresom, ko profesionalci ocenjuje lastne vire. Pri profesionalcih so odkrili zvezo med disfornim stanjem in zadrževanjem jeze in opredelili zadrževanje jeze kot dober prediktor disforije (kot posledice stresnih obremenitev), neodvisen od spola. Delovna okolja, obremenjena s storilnostno orientacijo, tekmovalnostjo, časovno stisko in strahom pred napako, neredko sprožijo zadrževanje jeze.

Ocena lastnega razvoja, usmerjanje pozornosti na različne telesne znake, ki opozarjajo na stanje stresne obremenitve ter rekonstruiranje stresne situacije (postavljanje prioritete, ocenjevanje možnih rešitev), so problemske strategije, ki zmanjšajo negotovost tako v privatni kot v profesionalni vlogi.

Priporočena literatura

- Bray, S., 2013. Emotion regulation in Dialectical Behavioral Therapy. Good Therapy. Available at: <https://www.goodtherapy.org/blog/emotion-regulation-dialectical-behavior-therapy-dbt-0318135>[1.3.2018].
- Carpenter, R.W., & Trull, T.J., 2013. Components of emotion dysregulation in Borderline Personality Disorder: A review. *Current Psychiatry Reports*, 15(1), pp. 335.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P., 2001. Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, pp. 1311–1327.
- Gross, J.J., & John, O.P., 2003. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, pp. 348-362.
- Hofmann, S.G., Carpenter, J.K., & Curtiss, J., 2016. Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ): Scale development and psychometric characteristics. *Cognitive Theory and Research*, 40(3), pp. 341-356.
- Rolston, A., & Lloyd-Richardson, E., n.d. What is emotion regulation and how do we do it? *Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery*. Available at: <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/what-is-emotion-regulationsinfo-brief.pdf> [9.3.2018].
- Tartakovsky, M., 2015. 3 DBT skills everyone can benefit from. *Psych Central*. Available at: <https://psychcentral.com/blog/archives/2015/08/28/3-dbt-skills-everyone-can-benefit-from/> [12.3.2018].

ASERTIVNA KOMUNIKACIJA

mag. Vesna Mejak, univ. dipl. soc. del
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
vesna.mejak@psih-klinika.si

Raziskave kažejo, da so medosebni odnosi eden najpomembnejših dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih v organizaciji. Eden od načinov doseganja izboljšanja oz. ohranjanja dobrih odnosov je tudi trening asertivnega vedenja, ki postaja vedno bolj razširjena metoda učenja veščin v načinu komuniciranja zlasti med poslovneži, delavci v javnih službah, zdravstvenih ustanovah in med pedagoškimi delavci. Uporaba asertivnega vedenja v organizacijah pripomore k povečanju samozavesti in samospoštovanju zaposlenih, osebnosti in timski uspešnosti, k boljšemu obvladovanju stresa in izgorelosti, veščinam za pogajanje, kvalitetnejšim medosebnim odnosom, ustvarjanju kreativnega in varnega okolja in h konstruktivnim spremembam. Asertivnost ponuja metodo in obliko dela, s katero, ko jo obvladamo, tudi drugim omogočamo, da pridobijo vpliv in nadzor nad svojim življenjem, da definirajo svoje potrebe, želje, vizijo, sanje in da se zavejo svoje notranje moči.

Vsebina delavnice: predstavitev asertivnega vedenja, samopodoba in ravnanje s komplimenti, sprejemanje in podajanje konstruktivne kritike

Cilj treninga asertivnosti: S pomočjo treninga asertivnosti spreminjamo svoja dejanja in vedenje, obenem pa spreminjamo tudi svoje mnenje in svoja občutja o sebi: tako lahko komuniciramo drug z drugim na učinkovitejši način in se postavimo zase takrat, ko se počutimo ponižane. Učenje, kako postati bolj asertiven, lahko koristi individualni sreči in zdravju, zgrajenima na vrednotah in prepričanjih, ki lahko vplivajo na vsa področja našega življenja. Trening asertivnosti uči tudi, da so spremembe mogoče.

Priporočena literatura

- Bertoncelj, F., 2010. *Agresivnost vs. Asertivnost*. Magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
- Ogrinc, P., 2012. *Trening asertivnosti kot metoda preventivnega dela z mladimi*. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
- Petrovič Erlah, P. & Žnidarec Demšar, S. 2004. *Asertivnost – Zakaj jo potrebujemo in kako si jo pridobimo*. Nazarje: Argos.

ČUJEČNOST

Barbara Štebe, viš. med. ses.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

barbara.anzur@psih-klinika.si

Čuječnost je oblika meditacije, ki izhaja iz budistične tradicije. V 2600 let stari budistični filozofiji je čuječnost način za lajšanje človeškega trpljenja in gojenja sočutja. Čuječnost je opredeljena kot nepresojajoče, sprejemajoče zavedanje dogajanja v sedanjem trenutku. Pri prakticiranju čuječnosti posameznik opazuje svoje misli, čustva in različne telesne pojave, ne da bi se jim skušal izogniti, jih obsojati ali spreminjati. Namesto reagiranja posameznik razvije zmožnosti »biti priča« svojih izkušenj, sprejemati dogodke, kot so, in se naučiti odzivati, ne pa reagirati po navajenih poteh razmišljanja, gibanja ali početja. Skozi čuječnost se dostopa do notranjih virov za prepoznavanje, spremembo in zdravljenje prek nepresojanja, potrpljenja, »začetniškega uma«, zaupanja, neprizadevanja, sprejemanja in nenavezanosti.

Za vključitev čuječnosti v sistem zahodnega zdravstva je bil zaslužen Jon Kabat-Zinn. Razvil je prvi standardiziran program čuječnosti proti koncu 20. stoletja, ki je pomagal pri lajšanju kroničnih in z rakom povezanih bolečin, motnjah spanja in hranjenja, psoriazi in različnih psiholoških motnjah. Danes prakticiranje čuječnosti vključuje številne formalne in neformalne tehnike ter različne uveljavljene metode, ki pomagajo posameznikom tako v kliničnem kot tudi v nekliničnem okolju pri zmanjševanju stresa, lajšanju različnih psihičnih motenj in telesnih simptomov, povečanju samozavesti in občutka avtonomije, regulaciji čustev na bolj učinkovit način ter večji vitalnosti, kar vse vodi v večje zadovoljstvo z življenjem.

V zadnjem času so rezultati številnih raziskav pokazali, da meditacija neposredno vpliva na funkcijo in strukturo možganov, saj spodbuja kortikalno plastičnost pri odraslih na področjih, pomembnih za kognitivno in čustveno obdelavo, ter dobro počutje.

Lajšanje trpljenja je na področju zdravstva še posebej pomembno tako za trpeče paciente kot tudi za zdravstvene delavce, ki se trudijo ohraniti svoje lastno zdravje in dobro počutje. Številni avtorji poročajo o pozitivnih učinkih prakticiranja čuječnosti pri zdravstvenih delavcih oz. medicinskih sestrah. Ti učinki se kažejo v zmanjšanju stresa in izgorelosti, povečevanju sočutja do sebe in drugih, v bolj kvalitetnih odnosih tako v zasebnem življenju kot v zdravstvenem timu.

Priporočena literatura

Davis, L.W., Strasburger, A.M. & Brown, L.F., 2007. Mindfulness: An intervention for Anxiety in Scizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing*, 45(11), pp. 23–29. Available at:

https://www.researchgate.net/publication/5807186_Mindfulness_An_intervention_for_anxiety_in_schizophrenia [12. 5. 2016].

Kabat-Zinn, J., 2003. *Full Catastrophe Living (Revised Edition): Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Dell Publishing.

Kabat-Zinn, J., 2004. *Full Catastrophe Living: How to Cope With Stress, Pain and Illness Using Mindfulness Meditation*, London: Piatkus.

Keng, S.L., Smolski, M. J. & Robins, C. J., 2011. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31, pp. 1041–1056.

Philbrick, G., 2015. Using mindfulness to enhance nursing practice. *Kai Tiaki Nursing New Zeland*, 21(5), pp. 32–33. Available at:

- <http://www.thefreelibrary.com/Using+mindfulness+to+enhance+nursing+practice%3A+after+studying+aikido...-a0419149172> [12. 5. 2016].
- Rizvi, S.L., Welch, S. S. & Dimidjian, S., 2009. Mindfulness and Borderline Personality Disorder In Didonna, F. ed. *Clinical Handbook of Mindfulness*, New York: Springer Science + Business Media, pp. 245–257.
- Zapletal, K., 2017. Neuroscience of Mindfulness: What Happens to Your Brain When You Meditate. Available at: <http://observer.com/2017/06/neuroscience-mindfulness-brain-when-you-meditate-development/> [4.2.2018].
- White, L., 2014. Mindfulness in nursing: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), pp. 282–294. Available at: <http://certification.missfoundation.org/wp-content/mediafiles/2014/01/Mindfulness-in-Nursing.pdf> [12. 5. 2016].

INDIVIDUALNI IN HOLISTIČNI PRISTOP K ZDRAVJU OSEBE. KAKO DO KVALITETNEGA ŽIVLJENJA?

Sanela Banović, dr. med.

Univerzitetni klinični center Ljubljana
sanybanovic30@gmail.com

Že več kot 30 let poskušamo najti rešitev, kako izboljšati fizično in psihološko stanje ljudi. Raziskovanja v medicini so pokazala, da mora biti pristop k zdravljenju celovit: fizični in psihični. Zanimarjenje kateregakoli aspekta osebnosti človeka lahko negativno deluje na celotno zdravje. Pogosto se zanemarljata psihološko in emocionalno življenje. Uporablja se različna medikamentozna sredstva, da bi se zakrilo posledice globokih težav. Vsak mora spoznati svoje želje in interese, svoj osebni pogled na življenje in smisel, ne da bi se prilagajal željam družbe in okolja. Živeti tuje življenje ali družbeno zaželeno življenje ali gledati življenje skozi primarno in izključno kapitalistično-materialno potrošništvo privede do zanemarljanja identitete osebe. Negiranje samega sebe vedno privede do različnih oblik frustracij, nezadovoljstva, nevroz in drugih psihičnih motenj. Medicina je dokazala, da so vsa stanja v osnovi kemijski procesi, ki negativno vplivajo na fizično zdravje posameznika.

Emocije so kemične snovi, ki delujejo na celice človekovega telesa: negativne emocije se izražajo negativno, pozitivne pa izboljšajo splošno sliko in počutja telesa. Kako preprečiti te negativne vplive na naše telo? Eden od načinov je gotovo z zdravili, ampak zdravila pozdravijo posledico in ne vzroka. Pristop k zdravljenju mora biti individualen in kontekstualen za njegovo/njeno življenje: kakšne so težave v službi? A ste zadovoljni z razmerjem v zakonu? A je služba preveč stresna? A se smejete dovolj? Ali zase lahko rečete, da ste srečna oseba? In seveda, vprašanja, ki so čisto fiziološka: kje vas boli? Koliko časa vas boli? To je splošni holistični pristop k zdravju posameznika. Izoliranje le enega faktorja ne bo pomagalo k diagnozi in zdravljenju bolezni oz. ne bo pomagalo na koncu do tega, kar si želimo, tj. srečno, harmonično in zadovoljno življenje. In če se vprašamo, kaj smo naredili na področju medicine v zadnjih 20 letih, ugotovimo, da se je medicina razvila neizmerno, saj imamo vse mogoče rešitve, od sintetičnih do bioloških zdravil, možnosti transplantacije itn. Podaljšali smo torej življenjsko dobo, a ob tem pozabili na izboljšanje kakovosti življenja. Želim si, da bi se ljudje končno zavedeli pomembnosti tako fiziološkega kot tudi psihološkega zdravja.

Zakaj smo v depresiji? Ekonomsko rastemo, ampak se zvišuje število depresivnih ljudi.

Francoski filozof Jean-Paul Sartre (1905–1980), ki je živel v času obeh svetovnih vojn, je rekel: »Mogoče pridejo lepši časi, ampak sedaj je naš.« Kaj nam pove ta stavek? Naš čas je čas, v katerem živimo in v njem je potrebno postaviti okvirje in pogoje kvalitetnega življenja. Moramo delati na stvareh, ki nas veselijo, in se sprijazniti z onimi, na katere ne moremo vplivati.

Pogojevanje sreče z dogodki iz prihodnosti, na katere ne moremo vplivati, pogojevanje sreče s kontekstom časa in prostora, pogojevanje sreče z imeti, a ne biti privede do stanja, ki mu v modernem besedilu rečemo depresija. Človek vedno teži k temu, da si zagotovi varnost in predvidljivost. V tem nam je uspelo samo relativno, nikakor pa ne absolutno. Kapitalizem in potrošniška družba slonita na izmišljenih ljudskih potrebah in kompleksih: privede nas, da

želimo imeti nekaj, kar je nedosegljivo. Tudi če se to nekaj doseže, je pogosto že iz mode in modernih vrednot. Večno stremljenje za materialnimi stvarmi, večjim, višjim, skrita potreba, da se doseže nekaj, kaj je onstran naših možnosti, privede do različnih oblik anksioznosti, depresije in nevroz. Ampak brez tega po drugi strani ne bi obstajala potrošniška družba. Približujemo se letu 2020 in znanstveniki predvidevajo, da bo takrat depresija na prvem mestu naših težav.

Denar kot nadomestek za srečo? Izkušnje iz moje ordinacije.

Moji bolniki so se nehali spraševati o stanju individualne sreče. Kdaj smo se nehali spraševati, kakšno je naše življenje, kakšno je naše psihološko zdravje? Zelo pogosto slišim na kliniki od pacientov: »Samo še to, da naredim, samo še to, da preživim, potem pa bom užival.« Skrb za lastno zdravje je postalo luksuz, ki jo je zamenjala skrb za avto, hišo, kredit itd. To, kar moji bolniki pozabljajo, je zelo enostaven princip: kar se napolni, se mora tudi izprazniti. Na podoben način, kot praznimo sečni mehur in debelo črevo, je zaželeno, da filtriramo svojo psihološko klet. Potrebno je poslušati svoje telo in se vprašati, zakaj se počutim slabo in od kod prihaja bolečina.

Vzeti čas zase je najbolj uspešna pot k zdravju

Naši možgani, naša psihološka klet imajo ogromno kapaciteto. Kaj pa se dejansko dogaja v možganih? Vse vaše neprespane noči, delo po 18 ur na dan, prerekanje ob 5. uri zjutraj, vsak povišan krvni tlak takrat, ko to ni potrebno, se nalagajo v psihološki kleti. Telo v današnjem času ni pripravljeno, da zdrži vse pritiske, katerim je izpostavljeno. Dogaja se nam potem, ko gremo na počitnice ali v pokoj, da zbolimo. Zakaj? Ker si klet vzame čas, adrenalina ni več in se začne prazniti. Ko se adrenalin umiri, telo dobi signal, da je zunaj nevarnosti in začneja dobivati informacije o vseh bakterijah in virusih, ki so že napadli naše telo. Prav to neravnovesje med psihološkimi in fizičnimi komponentami telesa privede do bolezni. Z zdravili pozdravimo simptome in ko se telo »regenerira«, spet začneja delati z istim tempom.

Praktični nasveti za kvalitetno življenje

Za kvalitetno življenje je potrebno vplivati na 140 hormonov v našem telesu. Kako jih spodbuditi? Kot prvo, vzeti si moramo čas zase in se zavedati, da je že danes čas za spremembo. Družite s svojimi prijatelji, družino, poslušajte jih. Pokličite jih in povejte jim, da jih imate radi, da ste veseli, da so v vašem življenju. Si resnično želimo brezosebnih kontaktov, namesto da bi se dejansko objemali? Sedemkrat na dan se raje objemite in tako izločite toliko hormonov kot ena tableta antidepressivov. Pomembno je, da se družimo, gremo za tri ure na kavo, dvignemo noge, jemo sladico in opazujemo mimoidoče, kako se veselijo. Res nam ni treba ves čas z listkom skakati naokoli in biti v vsaki minuti našega prostega časa pod stresom, saj tega doživljamo dovolj že sicer. Že naše babice so nam govorile, naj gremo malo na sprehod za boljše počutje. Pojdite do soseda in ga pobožajte, ker je bolan. Komunikacija je pomembna, saj je ena pozitivna misel tako močna, da sproži val endorfinov, enako tudi zdrava spolnost, ki prav tako sprosti obilo hormonov. Nehajmo misliti na jutri, na ta teden, mislite na ta trenutek in kaj lahko storimo, da se bomo počutili dobro zdaj. Poslušajte ljudi okoli sebe, upoštevajte male želje naših bližnjih: ko jih enkrat ni več, lahko jokamo, lahko govorimo, vendar tistih skupnih trenutkov ni možno podoživeti.



2225



Zaupajte svojim idejam in počutili se boste svobodne.
Ustvarjajte in bodite ponosni na svoja dejanja.
Cenite svojo ljubezen in ljubljeni boste.
Negujte duha in bodite močni.

V podjetju Alkaloid verjamemo v lastne stvaritve.
Cenimo in negujemo silo, ki poganja
življenje in gradi popolno harmonijo,
ki ji rečemo ZDRAVJE.



Health above all



Zastavimo si višje cilje pri zdravljenju shizofrenije.

Breme shizofrenije

Bolezen uničujoče 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 vzpostavijo 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.



HITER IN UČINKOVIT



Beleška:

ZAHVALA ZA POMOČ PRI IZVEDBI STROKOVNEGA SREČANJA

