



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



Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

in



Oddelek za psihiatrijo

UČINKOVITO SODELOVANJE Z ZAHTEVNIMI IN »TEŽAVNIMI« OSEBAMI

Zbornik prispevkov z recenzijo

Zreče, 20. oktober 2023



Organizator:

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE – ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV V PSIHIATRIJI

Strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji
in

Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, Oddelka za psihiatrijo

UČINKOVITO SODELOVANJE Z ZAHTEVNIMI IN »TEŽAVNIMI« OSEBAMI

Zreče, 20. oktober 2023

Zbornik prispevkov z recenzijo

Urednik:

Aljoša Lapanja

Recenzent:

doc. dr. Branko Bregar

Zbrala in tehnično uredila:

Aljoša Lapanja in Grega Justin

Lektorirala:

Andreja Valant

Programsko-organizacijski odbor: Ivanka Videčnik, Simona Podgrajšek, Zoltan Pap, Sabina Finžgar, Aljoša Lapanja, Mitja Praperтник, Anja Janžur.

Založila in izdala:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Ljubljana, 2023.

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

CIP-Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

616.89-083(082)

ZBORNICA zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Strokovno srečanje (2023 ; Zreče) Učinkovito sodelovanje z zahtevnimi in "težavnimi" osebami [Elektronski vir] : zbornik prispevkov z recenzijo : Zreče, 20. oktober 2023 : [strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji in Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, Oddelek za psihiatrijo] / [urednik Aljoša Lapanja]. - E-zbornik. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2023

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

ISBN 978-961-95809-3-6 (PDF)

COBISS.SI-ID 168013315

PROGRAM STROKOVNEGA SREČANJA

07.30 – 08.15 **Registracija udeležencev**

45 min

08.15 – 08.30 **Uvodni pozdrav**

15 min

I. SKLOP Moderatorka: *Mojca Podkrajšek*

08.30 – 09.00 **Verbalno nasilje nad zaposlenimi v zdravstveni negi v enoti psihiatrije: retrospektivna raziskava**

30 min

doc. dr. Mojca Dobnik, univ. dipl. org., dipl. m. s.

09.00 – 10.00 **Komunikacija s težavnimi osebami**

60 min

dr. Željko Čurić, dr. med., spec. psihiatrije, psihoterapevt, komunikolog

10.00 – 10.15 **Razprava**

15 min

10.15 – 10.45 **Odmor**

30 min

II. SKLOP Moderatorka: *Mojca Podkrajšek*

10.45 – 11.45 **Stres management - upravljanje s stresno situacijo skozi čustva**

60 min

dr. Željko Čurić, dr. med., spec. psihiatrije, psihoterapevt, komunikolog

11.45 – 12.00 **Razprava**

15 min

12.00 – 12.30 **Podelitev priznanj za dosežke na ožjem strokovnem področju v psihiatriji**

30 min

Metka Plesničar, članica Upravnega odbora Zbornice – Zveze in koordinatorica dejavnosti regijskih strokovnih društev

Aljoša Lapanja, predsednik Sekcije MS in ZT v psihiatriji

12.30 – 13.30 **Odmor za kosilo**

60 min

III. SKLOP Moderatorka: *Sabina Finžgar*

13.30 – 14.00 **Psihodinamska perspektiva težavnega vedenja**

30 min

asist. dr. Nuša Kovačević Tojnko, mag. psih., psihoanalitična psihoterapevtka (ECP)

doc. dr. Tatjana Rožič, univ. dipl. soc. del., spec. zakonske in družinske terapije, supervizorka z licenco v socialnem varstvu

14.00 – 14.30 **Intersubjektivne zakonitosti učinkovitega sodelovanja s težavnimi ljudmi**

30 min

Zoltan Pap, dipl. zn., psihoanalitični psihoterapevt (ECP)

14.30 – 15.00 **Težavni ljudje – igrana uprizoritev primerov**

30 min

Liza Marijina, diplomirana dramska igralka

15.00 – 15.25 **Razprava**

25 min

15.25 – 15.30 **Zaključek strokovnega srečanja**

5 min

KAZALO

VERBALNO NASILJE NAD ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENI NEGI V ENOTI PSIHIATRIJE: RETROSPEKTIVNA RAZISKAVA	1
<i>doc. dr. Mojca Dobnik</i>	

PSIHODINAMSKA PERSPEKTIVA TEŽAVNEGA VEDENJA.....	8
<i>asist. dr. Nuša Kovačević Tojnko</i>	
<i>doc. dr. Tatjana Rožič</i>	

INTERSUBJEKTIVNE ZAKONITOSTI UČINKOVITEGA SODELOVANJA S TEŽAVNIMI OSEBAMI	20
<i>Zoltan Pap</i>	

Gradivo brez recenzije in lekture

KOMUNIKACIJA S TEŽAVNIMI OSEBAMI.....	26
<i>dr. Željko Ćurić</i>	

STRES MANAGEMENT - UPRAVLJANJE S STRESNO SITUACIJO SKOZI ČUSTVA	36
<i>dr. Željko Ćurić</i>	

VERBALNO NASILJE NAD ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENI NEGI V ENOTI PSIHIATRIJE: RETROSPEKTIVNA RAZISKAVA

VERBAL VIOLENCE AGAINST NURSING STAFF IN A PSYCHIATRIC UNIT: A RETROSPECTIVE STUDY

Doc. dr. Mojca Dobnik, univ. dipl. org., dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Maribor; Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede
mojca.dobnik@ukc-mb.si

Izvleček

Uvod: Psihiatrične enote zaradi narave bolezni pacientov predstavljajo za zaposlene stresno delovno okolje s pogostejšim verbalnim in fizičnim nasiljem. Namen raziskave je bil ugotoviti prevalenco incidentov verbalnega nasilja do zaposlenih v zdravstveni negi v enoti za psihiatrijo terciarnega zavoda, s ciljem uvedbe morebitnih potrebnih preventivnih ukrepov.

Metode: Uporabili smo kvantitativno retrospektivno raziskavo, namensko vzorčenje (n = 280). Izvedli smo zbirno analizo podatkov, ki smo jih zbrali s pregledom Lestvice za oceno agresivnega vedenja, v katero so med leti 2020 in 2022 poročali na oddelku psihiatrije terciarnega zavoda. Rezultate smo analizirali s pomočjo računalniškega programa SPSS. Identificirali smo neželene dogodke, kjer je bilo izpostavljeno verbalno nasilje, oblikovali smo revizijsko tabelo.

Rezultati: Podatki kažejo, da je verbalno nasilje, v primerjavi s fizičnim s strani pacientov pogostejše (min 50 % in max 64 % v triletnem obdobju). Incidenca verbalnega nasilja se je v triletnem obdobju zmanjšala za 60 %.

Razprava in zaključki: Incidenca verbalnega nasilja v obravnavani enoti psihiatrije se je zmanjšala. Potrebovali bi kritičen pregled podatkov, ki so jih zbirali v obdobju epidemije in delno po njej. Možnost nadaljnjih raziskav.

Ključne besede: zaposleni v zdravstveni negi, incident, kakovost in varnost.

Abstract

Introduction: Due to the nature of the patient's illness, psychiatric units represent a stressful work environment for employees with more frequent verbal and physical violence. The purpose of the research was to determine the prevalence of incidents of verbal violence among towards nursing staff in the psychiatry unit of a tertiary institution with the aim of introducing any necessary preventive measures.

Methods: Quantitative method, cohort, retrospective research, and purposive sampling (n = 280) were used. A pooled analysis of data collected through a review of the Aggressive Behaviour Rating Scale, reported between 2020 and 2022 at a tertiary care psychiatry department was conducted. The results were analysed using the SPSS software program. We identified unwanted events, where verbal violence was exposed, and created a review table.

Results: The data shows that verbal violence is more frequent on the part of patients (min 50% and max 64% in a three-year period). The incidence of verbal violence decreased by 60% over a three-year period.

Discussion and conclusions: The incidence of verbal violence in the psychiatry unit in question has decreased. A critical look at the collected data, which was collected during the epidemic period and partly after, is needed. Further research is possible.

Keywords: nursing staff, incident, quality and safety.

Teoretična izhodišča

V zadnjem desetletju so oblikovalci politik začeli z večjo ozaveščenostjo in prizadevanji za zmanjšanje verbalnega nasilja in napadi agresije nad zdravstvenimi delavci v klinični oskrbi (McDermott & Holoyda, 2014). V primerjavi z drugimi področji v zdravstvu verbalno nasilje in agresija še vedno prevladujeta v psihiatričnih bolnišničnih ustanovah (Bowers et al., 2015).

Pri timskem delu so vsi zdravstveni delavci zavezani k istemu cilju zagotavljanja kakovostne zdravstvene obravnave (Ashraf, 2017). Strokovnjaki za kakovost in varnost se strinjajo, da so komunikacijske in timske sposobnosti bistvene za zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe. Ko ves tim učinkovito sodeluje, se rezultati zdravstvene obravnave lahko izboljšajo, preprečijo neželeni dogodki, izboljša učinkovitost in poveča zadovoljstvo pacientov. Poznamo strategije in orodja za doseganje tega. Strategija se osredotoča na štiri temeljne kompetence timskega dela: komunikacija, upravljanje/vodenje, spremljanje razmer in medsebojna podpora (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ, 2021).

Zdravstveni delavci po vsem svetu so v veliki meri izpostavljeni nasilju. Od 8 do 38 % jih navaja, da so na delovnem mestu že bili žrtve fizičnega nasilja. Številni so izpostavljeni tudi verbalnemu nasilju, predvsem s strani pacientov in svojcev. Najbolj ogrožene skupine zdravstvenih delavcev, izpostavljene verbalnemu nasilju, so zaposleni v zdravstveni negi (World Health Organisation-WHO, 2022). Vpitje, kričanje, uporaba nespodobnosti ali psov, spolne pripombe in grožnje drugim so opredeljene kot verbalna agresija (z grozečo držo ali brez) na osnovi Lestvice očitne/odkrite agresije (Overt Aggression Scale) (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott & Williams, 1986).

Nasilje na delovnem mestu nad zaposlenimi v zdravstveni negi na področjih psihiatrije je s strani psihiatričnih pacientov pogosto, kar lahko potencialno vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe in zdravje zaposlenih v zdravstveni negi. Nasilje na področjih psihiatrije je postalo stvarnost, pri čemer je treba poudariti, da je več kot 90 % medicinskih sester žensk, kar posamezni avtorji opisujejo kot dejavnik tveganja (Campbell, Foley, Vianna & Brunger, 2019). Zaposlitev pretežno moških bi lahko imelo negativne učinke, saj bi jih dojemali kot »telesne stražarje« in ne kot profesionalce na strokovnem področju (Dafny & Beccaria, 2020). Raziskave, izvedene v psihiatričnih bolnišnicah, poročajo o različnih odstotkih nasilja. Skoraj 30 % zaposlenih v enotah psihiatrije je bilo v svojem poklicnem življenju izpostavljenih resnemu napadu (Schlup, Gehri & Simon, 2021). V Švici 73 % odstotkov zaposlenih v zdravstveni negi v enotah psihiatrije poroča o verbalnem nasilju, 40 % pa je imelo opravila z verbalnim spolnim nasiljem (Schlup et al., 2021). Na Kitajskem (Lu et al., 2019) in v Jordaniji (Al-Omari, Abu Khait, Al-Modallal, Al-Awabdeh & Hamaideh, 2019) poročajo o 79,3-odstotni stopnji razširjenosti verbalne zlorabe, groženj in fizičnega nasilja, v Združenih državah Amerike se to pojavlja v 83 % primerov (Bekelepi & Martin, 2023), v Savdski Arabiji 90,3 %, v Nepalju 96,5 % (Lamichhane & Bae, 2020), vse do 98,6 % v Grčiji (Mantzouranis, Fafliora, Bampalis & Christopoulou, 2015). V Sloveniji 57,7 % zaposlenih poroča tako o fizičnem kot verbalnem nasilju. Verbalno nasilje je izrazitejše med dnevno kot nočno izmeno (58,4 % v primerjavi z 42,3 %). V Sloveniji je po zadnjih zbranih podatkih, med vsemi agresivnimi vedenji pacientov, kar 696 (75,5 %) takšnih, ki so bili usmerjeni proti zaposlenim (Čelofiga, 2023).

Zaposleni v zdravstveni negi na področjih psihiatrije, ki so doživeli nasilje na delovnem mestu, so se soočali s slabim duševnim zdravjem, kot so depresivni simptomi in slabša kakovost opravljenega dela pri pacientu (Jang, Son & Lee, 2021). Več kot polovica zaposlenih v zdravstveni negi (57,4 %) je v takih primerih potrebovala zdravniški pregled. Večina zaposlenih v zdravstveni negi po incidentu poroča o pojavu stresa (64,2 %) ali tesnobi (53,5 %) (Basfr, Hamdan & Al-Habib, 2019). Raziskav, ki bi nudile informacije o stroških agresije, je do danes malo (Rubio-Valera et al., 2018). Zaposleni so pogosto tarča verbalne agresije, kar lahko dodatno poveča izgorelost in posledično bolniško odsotnost (Bowers et al., 2015), kar vpliva na oceno stroškov.

Podatki o razširjenosti nasilja kažejo, da široko uporabljene strategije, kot so tečajji za obvladovanje agresije ali alarmne naprave, ne morejo v celoti odpraviti nasilja pacientov nad zaposlenimi v zdravstveni negi v psihiatriji. Podatki zahtevajo proaktivne strategije za varnost in preprečevanje nasilja (Schlup et al., 2021).

Namen in cilji

Verbalno nasilje nad zaposlenimi v zdravstveni negi v enoti psihiatrije raziskovanega zdravstvenega zavoda je v slovenskem prostoru slabo raziskano. Potrebno je dopolniti raziskovalno vrzel in skladno z raziskavami oblikovati ustrezna priporočila in smernice v slovenskem okolju. Namen raziskave je bil proučiti pojavnost verbalnega nasilja v triletnem časovnem obdobju.-

Cilj je bil ugotoviti, ali se verbalno nasilje stopnjuje. Raziskovalno vprašanje, ki smo si ga zastavili v ta namen, se je glasilo: »Kakšno je število pojavov verbalnega nasilja v opazovanem obdobju?«

Metode

Raziskava je bila osnovana na kvantitativni paradigmi, izvedena je bila opisna neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja.

Opis instrumenta

Na podlagi uporabljenega instrumenta, Lestvice za oceno agresivnega vedenja (The Staff Observation Aggression Scale – Revised) (Nijman, Palmstierna, Almvik & Stolker, 2005), smo opisali analizo obstoječih virov. Obrazec je sestavljen iz treh delov, in sicer iz podatkov o pacientu (ime in priimek), podatkov o dogodku (številka dogodka, datum in ura) ter opredelitve agresije (provokacija, sredstva, ki jih je pacient uporabil, usmerjenost agresije, posledice za žrtev/žrtve in ukrep/i za preprečevanje agresije). Lestvica ima razpon ocenjevanja resnosti agresivnega incidenta od 0 do 22 točk, meja za manj hude agresivne dogodke je osem točk. Če incident doseže več kot osem točk (devet ali več), se običajno opredeli kot huda agresija (Čelofiga & Koprivšek, 2018).

Opis vzorca

Spremljanje smo izvedli na namenskem vzorcu. Pregledali smo vse izpolnjene obrazce v časovnem obdobju 2020 do 2023. Vseh zapisov v raziskovanem zavodu na področju psihiatrije je bilo 280. Vsi so bili povsem izpolnjeni in smo jih uporabili v končni analizi.

Opis poteka raziskave in obdelava podatkov

Zdravstveni zavod, ki je prosil za anonimizacijo, smo zaprosili za dostop do podatkov za obdobje od 2020 do 2023 v izbrani enoti. Za analizo podatkov smo uporabili program SPSS, različico 20,0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA). Za posamezne spremenljivke smo uporabili osnovne statistične izračune, in sicer: aritmetična sredina/povprečje, standardni odklon, minimalna in maksimalna vrednost ter odstotki.

Rezultati

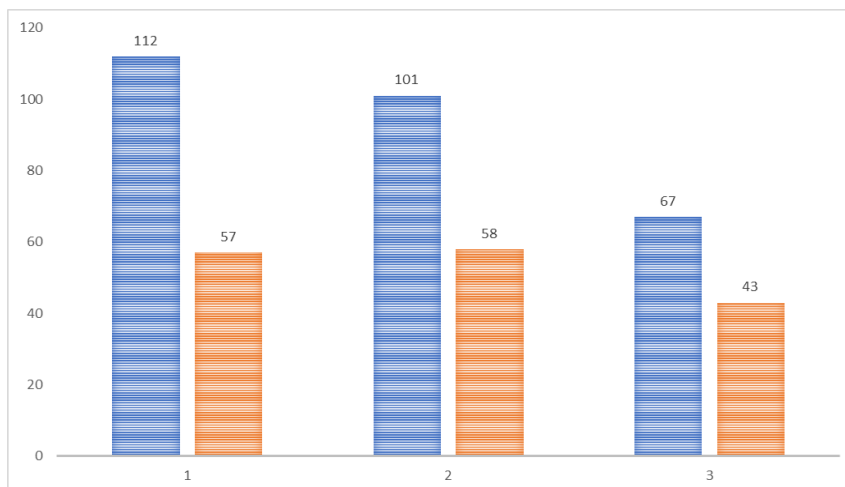
V Tabeli 1 so prikazani rezultati verbalnega nasilja v triletnem obdobju, kjer je v časovnem obdobju zaslediti upad incidence za 60 %.

Tabela 1: Prikaz števila verbalnega nasilja v obdobju 2020 – 2022

Leto	n	%
2020	112	40
2021	101	36
2022	67	24

Legenda: n - število, % - odstotek glede na triletno obdobje

Iz grafa 1 je mogoče razbrati, da se fizično nasilje s strani pacientov pojavlja manj pogosto kakor verbalna agresija. V letu 2020 je fizična agresija 50-odstotno ($n = 57$) manj pogosta kakor verbalno nasilje ($n = 112$), v letu 2021 je fizična agresija 43-odstotno ($n = 58$) manj pogosta kakor verbalna ($n = 101$), medtem ko je v letu 2022 dokumentiranega verbalnega nasilja ($n = 43$) za 36 % manj kakor fizičnega nasilja ($n = 67$). Standardna deviacija od povprečne sredine ($\bar{x} = 93$) je 19,15 ($s = 19,15$).



Legenda: n – število dogodkov, % - odstotek glede na triletno obdobje; 1 – leto 2020; 2 – leto 2021; 3 – leto 2022

Graf 1: Prikaz prevalence verbalnega nasilja v primerjavi s fizičnim nasiljem

Razprava

Ugotovili smo, da bi bilo potrebno sistem spremljanja neželenih dogodkov v raziskovanem zdravstvenem zavodu posodobiti, da bi jih lahko spremljali v elektronski obliki, kar bi nam pomagalo ugotavljati incidenco, posledice, finančne stroške in načrtovanju preventive. V bolnišnicah, kjer podatke zbirajo v sistemih za neželene dogodke, ni mogoče zbrati realnih podatkov (Hibbert, Molloy, Schultz, Carson-Stevens & Braithwaite, 2023).

Analiza podatkov nakazuje, da se verbalno nasilje ne stopnjuje, s čimer smo odgovorili na raziskovalno vprašanje. Pretekle raziskave naših ugotovitev niso potrdile, saj so pokazale visoko stopnjo verbalne agresije na psihiatričnih oddelkih (Atashzadeh Shoorideh, Moosavi, Balouchi, 2021; Pekurinen et al., 2017; Rubio-Valera et al., 2018).

Možnosti nadaljnjih raziskav so številne. Čeprav se je uporaba verbalne deeskalacije v zdravstveni negi izkazala za učinkovito orodje za nadzor vznemirjenosti in izogibanje mehanskemu omejevanju, je malo dokazov, ki podpirajo uporabo deeskalacije s strani zaposlenih v zdravstveni negi. Za nadaljnje raziskovanje bi bilo potrebno analizirati dokumentacijo pacientov, pri katerih so izvedli posebni varovalni ukrep, ali so bili predhodno verbalno agresivni in ali so uporabili deeskalacijske tehnike. Raziskave dokazujejo, da v skoraj 40 % primerov niso opazili predhodne uporabe verbalne deeskalacije (Pérez-Toribio et al., 2022).

Pri interpretaciji podatkov moramo biti previdni, saj opravljene opisne analize podatkov ni mogoče posploševati in govoriti o trendu, temveč samo o nakazovanju tendence verbalne agresije. Dodatno bi bilo potrebno raziskati, ali zaposleni v zdravstveni negi poročajo o nasilju v sisteme, ki so jim na voljo, in kakšni so razlogi, če jih ne uporabljajo. Prav tako bi bilo potrebno raziskati razmerje med specifičnimi dejavniki pacienta in pojavnostjo nasilnega napada, ali so zagotovljeni kadrovske in preventivni ukrepi za preprečevanje nasilja. Smiselno bi bilo raziskati, kakšne posledice ima verbalno nasilje pri zaposlenih v zdravstveni negi.

Zaključek

Za zagotavljanje izvajanja uspešnih strategij varnosti pacientov in zaposlenih so potrebne jasne politike, ustrezni podatki za spodbujanje izboljšav varnosti, ustrezno usposobljeno vodstvo, usposobljeni zdravstveni delavci in učinkovita vključenost pacientov v njihovo oskrbo.

Med poklicno sodelovanje pri odpravljanju neželenih dogodkov deluje najbolje, kadar je jasen namen in se izvaja po protokolih in ustaljenih postopkih. Ob tem je pomembna uporaba komunikacijskih metod za razpravo o rezultatih zdravstvene oskrbe pacientov, izmenjava informacij in predlogi ter razprava za izboljšanje uspešnosti.

Literatura

- Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ. (2021). *Quality indicators*. Dostopno na <https://www.qualityindicators.ahrq.gov>
- Al-Omari, H., Abu Khait, A., Al-Modallal, H., Al-Awabdeh, E. & Hamaideh, S. (2019). Workplace violence against nurses working in psychiatric hospitals in Jordan. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(5), 58-62.
- Ashraf, A. (2017). *Nine Paths for Improving Teamwork in a Hospital Setting*. Dostopno na: <https://www.physicianleaders.org/news/nine-paths-for-improving-teamwork-in-a-hospital-setting>
- Atashzadeh Shoorideh, F., Moosavi, S. & Balouchi, A. (2021). Incivility toward nurses: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 3, 14-15.
- Basfir, W., Hamdan, A. & Al-Habib, S. (2019). Workplace Violence Against Nurses in Psychiatric Hospital Settings: Perspectives from Saudi Arabia. *Sultan Qaboos University medical journal*, 201, 19(1), e19-e25;
- Bekelepi, N. & Martin, P. (2023). Self-reported incidents of violence towards nurses working in acute psychiatric units. *Curationis*, 46(1), e1-e8.

- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D. & Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: the Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal Nursing Student*, 52, 1412 – 1422.
- Campbell, V. L. S., Foley, H. L., Vianna, K. W. & Brunger, F. (2019). Preventing Violence Against Nurses in In-patient Psychiatry. *The Psychiatric quarterly*, 90(2), 413-420.
- Čelofiga, A. & Koprivšek, J. (2018). Lestvica za oceno agresivnega vedenja SOAS-R: The Staff Observation Aggression Scale – Revised. *Viceversa*, 27, 64 (2018), 56-61.
- Čelofiga, A. (2023). *Učinkovitost verbalne in neverbalne deeskalacije na zmanjšanje agresivnega vedenja in uporabe posebnih varovalnih ukrepov* (doktorska disertacija). Univerza v Mariboru: Medicinska fakulteta.
- Dafny, H. A. & Beccaria, G. (2020). I do not even tell my partner: Nurses' perceptions of verbal and physical violence against nurses working in a regional hospital. *Journal of clinical nursing*, 29(17-18), 3336-3348.
- Flood, C., Bowers, L. & Parkin, D. (2008). Estimating the costs of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards. *Nursing Economics*. 26, 325 – 330.
- Hibbert, P. D., Molloy, C. J. & Schultz, T. J. (2023). Carson-Stevens, A. Braithwaite. Comparing rates of adverse events detected in incident reporting and the Global Trigger Tool: a systematic review. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 35 (3), 1464-3677.
- Jang, S. J., Son, Y. & Lee, H. (2021). Prevalence, associated factors and adverse outcomes of workplace violence towards nurses in psychiatric settings: A systematic review. *Mental Health Nursing*, 31(3), 450-468.
- Lamichhane A. & Bae, S. H. (2020). Verbal Abuse Among Nurses Working in a Nepalese Government Hospital. *Asia-Pacific journal of public health*, 32 (8), 440-446.
- Lu, L., Lok, K. I., Zhang, L., Hu, A., Ungvari, G. S., Bressington, D. T., Cheung, T. et al. & Xiang, Y. T. (2019). Prevalence of verbal and physical workplace violence against nurses in psychiatric hospitals in China Archives of psychiatric nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(5), 68-72.
- Mantzouranis, G., Faffiora, E., Bampalis, V. G. & Christopoulou I. (2015). Assessment and Analysis of Workplace Violence in a Greek Tertiary Hospital. *Archives of environmental & occupational health*, 70(5), 256-64.
- McDermott, B. & Holoyda, B. (2014). Assessment of aggression in inpatient settings. *CNS Spectrums*, 19(5), 425-431.
- Nijman, H. L. I., Palmstierna, T., Almvik, R. & Stolker, J. J. (2005). Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 12-21.
- Pekurinen, V., Willman, L., Virtanen, M., Kivimäki, M., Vahtera, J. & Välimäki M. (2017). Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18;14(10),1245.
- Pérez-Toribio, A., Moreno-Poyato, A. R., Lluch-Canut, T. & Molina-Martínez, L., Bastidas-Salvadó, A., Puig-Llobet, M & Roldán-Merino, J. F. (2022). Relationship between nurses' use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study. *International journal of mental health nursing*, 31(2), 339-347.
- Rubio-Valera, M., Luciano, J. V., Ortiz, J. M., Salvador-Carulla, L., Gracia, A. & Serrano-Blanco, A. (2018). Health service use and costs associated with aggressiveness or agitation and containment in adult psychiatric care: a systematic review of the evidence. *BMC Psychiatry*, 15, 35.
- Schlup, N., Gehri, B. & Simon, M. (2021). Prevalence and severity of verbal, physical, and sexual inpatient violence against nurses in Swiss psychiatric hospitals and associated nurse-

related characteristics: Cross-sectional multicentre study. *International journal of mental health nursing*, 30(6), 1550-1563.

World Health Organisation-WHO. (2022). Dostopno na <https://www.bing.com/search?q=verbal+agresion%2C+WHO&qs=n&form=QBRE&sp=-1&ghc=1&lq=0&pq=verbal+agresion%2C+who&sc=0-21&sk=&cvid=50482F9920394522B2FBA695B0553074&ghsh=0&ghacc=0&ghpl=>

Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J. & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143, 35 – 39.

**PSIHODINAMSKA PERSPEKTIVA TEŽAVNEGA VEDENJA -
spremljanje vzorcev klienta s sinergetsko-navigacijskim sistemom in povratnim
informiranjem**

**PSYCHODYNAMIC PERSPECTIVE OF PROBLEM BEHAVIOR -
monitoring the client's samples with a synergistic navigation system and feedback**

dr. Nuša Kovačević Tojnko, psihologinja, psihoterapevtka, supervizorka pod supervizijo

Ambulanta za duševno zdravje Pamina, Univerza Sigmunda Freuda Dunaj - podružnica
Ljubljana
nusa@pamina.si

**doc. dr. Tatjana Rožič, univ. dipl. soc. del., spec. zakonske in družinske terapije,
supervizorka z licenco v socialnem varstvu**

Študijsko-raziskovalni center za družine (ŠRCD), Univerza Sigmunda Freuda Dunaj -
podružnica Ljubljana
tatjana.rozic@sfu-ljubljana.si

Izvleček

Učinkovitost psihoterapevtske obravnave predstavlja v sodobni psihoterapevtski znanosti pomembno temo. Dejavniki na strani klienta namreč najpomembneje napovedujejo morebitne pozitivne spremembe, ostali t. i. skupni dejavniki pa so skupnim vsem modalitetam. Za razumevanje psihodinamike in kritičnih nestabilnih obdobj posameznika se v praksi uveljavlja metoda sinergetsko-navigacijskega sistema ter informirana obravnava supervizorja, psihoterapevta in klienta. Pričujoči članek predstavlja primer aplikacije metode sinergetsko-navigacijskega sistema in informirane obravnave v supervizijskem procesu: predstavljeno je dnevno spremljanje klienta in povratno informiranje psihoterapevta in supervizorja, ki je potekalo na podlagi analize rezultatov dnevnih vnosov klienta. Rezultati so prikazani v diagramih kompleksnega rezoniranja in ponovitvenega grafa časovnih serij. Prispevek prikaže možnost razumevanja kompleksne psihodinamike klienta, načrtovanje in vodenje obravnave na podlagi pridobljenih podatkov metode sinergetsko-navigacijskega sistema in možnosti napovedovanja prihodnjih kritičnih nestabilnih obdobj klienta, tudi morebitna težavna vedenja. Aplikacijo navedenega spremljanja klientov in povratnega informiranja je mogoče razširiti tudi na druge discipline.

Ključne besede: psihodinamika, težavno vedenje, proces in izid psihoterapije, sinergetsko-navigacijski sistem, SNS, povratno informirana obravnava.

Abstract

The effectiveness of psychotherapeutic treatment represents an important topic in modern psychotherapeutic science. Client factors, in fact, play the most significant role in predicting potential positive changes, while other commonly known factors are common to all modalities. To understand the psychodynamics and critical unstable periods of an individual, the practice has adopted the method of the synergistic-navigational system and informed treatment involving the supervisor, psychotherapist, and client. This article presents a case study of applying the synergistic-navigational system and informed treatment in the

supervision process: it explains the daily monitoring of the client and the feedback given to the psychotherapist and supervisor, which was based on the analysis of the client's daily entries. The results are shown in diagrams of complex resonations and repetition graphs of time series. The article demonstrates the potential for understanding the complex psychodynamics of the client, planning and conducting treatment based on the data obtained from the synergistic-navigational system, and the possibility of predicting future critical unstable periods of the client, including potential problematic behaviors. The application of the mentioned client monitoring and feedback can also be expanded to other disciplines.

Keywords: psychodynamics, problematic behavior, process and outcome of psychotherapy, synergetic-navigation system, SNS, feedback-informed treatment.

Teoretična izhodišča

Da bi lahko psihoterapija ustrezno odgovorila na stiske ljudi, ki se vanjo vključijo, potrebuje znanje o globinah človeške duše in kompleksnosti razlogov, ki so privedli v nastalo doživljanje in vedenje. Duncan (2014) pravi, da potrebujemo tudi razumevanje, kako se sprememba v terapiji zgodi. V pričujočem delu uvodoma predstavljamo številne razloge za razvoj duševnih motenj, zlasti psihodinamiko klientov s težavnim vedenjem, v nadaljevalnem empiričnem delu pa v kontekstu sodobne psihoterapevtske znanosti predstavljamo aplikacijo metode sinergetske-navigacijskega sistema (v nadaljevanju metoda SNS) (Schiepek, Eckert, Aas in Wallot, 2015), ki omogoča dnevno sledenje klientove kompleksne psihodinamike. Z vključitvijo povratnega informiranja psihoterapevta analiza pridobljenih podatkov z metodo SNS ustvarja možnosti načrtovanja terapevtskih metod, ki vodijo k učinkovitejši obravnavi oz. spremembi klienta. Slednja oblika obravnave klienta lahko služi kot prikaz primera uporabe tudi na področju drugih disciplin (psihologije, sociologije, medicine, itd.).

Psihoanaliza in razumevanje človekove psihodinamike

Psihoanaliza obsega široko področje z bogato zgodovinsko tradicijo in pogosto se jo razume kot vedo, ki nudi najbolj celovit vpogled k človeškemu razvoju. Danes jo lahko opazujemo skozi t. i. štiri psihologije psihoanalize, in sicer skozi tradicionalni freudovski pristop, ego psihologijo, teorijo objektivnih odnosov oziroma teorijo navezanosti ter skozi self psihologijo (McWilliams, 2011; Luyten, 2018). Vsak od teh pristopov temelji na uporabi psihoanalitičnih zamisli za razumevanje različnih pacientov in težav, pri čemer so vse teorije naravnane razvojno. V njih je namreč poseben poudarek na formacijski vlogi zgodnjih življenjskih izkušenj in poznejših psihičnih strukturah in vedenju (Tyson in Tyson, 1990).

Uvodoma nas bo bolj kot razvojna pot psihoanalize zanimalo, kako nam lahko ta skozi različne perspektive pomaga razumeti notranjo človekovo dinamiko ter kompleksne razloge za razvoj psihopatologije oz. težavnega vedenja (kognitivne, čustvene in vedenjske težavne vzorce), s katerim se srečujemo v pomagajočih poklicih.

Kompleksnost pogleda na psihopatologijo

Dejavnikov tveganja za nastanek ali razvoj duševnih motenj je več, med drugim genetski dejavniki (Kendler in Prescott, 2006), osebne značilnosti (Caspi, Moffitt, Newman in Silva, 1996), kronični stres (McEwen, 2004), biokemični dejavniki v možganih (Nestler in Hyman, 2010), uporaba mamil in alkohola (Kessler et al., 1997), možganske poškodbe (Perry et al., 2016), kronične bolezni (Verhaak, Heijmans, Peters in Rijken, 2005) in izkušnje travme (Rothschild, 2000, 2017; Van der Kolk, 2014). Slednje lahko vodijo v akutno ali posttravmatsko stresno motnjo; ali bo posameznik te razvil, je odvisno od številnih

dejavnikov, ki so povezani z njegovim psihosocialnim kontekstom pred travmatičnim dogodkom, med njim ter po njem (Sayed, Iacoviello in Charney, 2015).

V nadaljevanju bomo osvetlili dejavnike tveganja za razvoj psihopatologije, s katerim se še posebej poglobljeno ukvarjamo v psihoanalizi in sicer zgodnje odnose, znotraj katerih se oblikujejo specifične možganske strukture posameznika, ki sodoločajo posameznikov osebnostni, čustveni, kognitivni, socialni razvoj ter postavljajo temelj duševne stabilnosti (Siegel in Bryson, 2012). Sprva je psihoanaliza verjela, da človeka določajo notranji nagoni oz. njegova motiviranost, da bi v želji po notranjem ravnovesju le-te pomiril. V procesu razvoja pa se je pojavilo zanimanje za objektne odnose kot sekundarni motiv, ki določa človeka. Posledično je bila psihopatologija enačena z zelo zgodnjim razvojem. Sodobna psihoanalitična razvojna teorija se je tako razvila iz tradicije objektnih relacij, kjer je psihološki razvoj viden kot tisti, ki se pojavlja v matriki medosebnih odnosov. Razumevanje specifičnih psihopatologij, ki danes poganja psihoanalitično prakso, temelji na razumevanju, da posameznikovo mentalno življenje določajo diadične strukture, v katere je vpet od rojstva dalje (Malberg in Mayes, 2015).

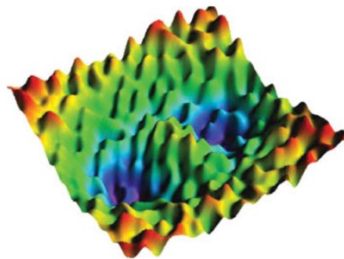
Minula desetletja so prinesla številne dokaze, da je razvoj psihopatologije povezan z zgodnjo zgodovino zlorabljaljočega ali zanemarjaljočega okolja (Malberg in Mayes, 2015). Da lahko posameznik funkcionalno odgovarja na razvojne in socialne izzive, potrebuje v sebi t. i. samoregulativni sistem; za njegov razvoj so izjemno pomembni zgodnji odnosi. Vloga slednjih je formativna, saj prav ti odnosi spodbujajo razvoj glavnih možganskih samoregulativnih mehanizmov, ki omogočajo posamezniku, da učinkovito deluje v družbi (Fonagy in Target, 1996). Eden izmed dejavnikov tveganja za razvoj številnih duševnih motenj so tako težave v navezanosti ter senzitivnost do izraženih čustev otroka (Bradley, 2000). Fosha (2005) v povezavi s tem meni, da zavedati se, biti v stiku z in imeti zmožnosti izražanja čustev pomaga posamezniku razviti biološko adaptacijsko informacijo, ki mu lahko pomaga pri spoprijemanju z življenjem in regulaciji težavnega vedenja, kjer pa ima odločilno vlogo tudi psihoterapija, za katero je dokazano, da deluje. Velika večina klientov, ki se vključijo v psihoterapijo, namreč napreduje. Trije od štirih znižajo disfunkcionalne simptome in izboljšajo pozitivno funkcioniranje. V povprečju je 80 % tistih, ki so bili psihoterapevtsko obravnavati, na boljšem v primerjavi z vzorcem ljudi, ki niso bili deležni psihoterapije (Smith in Glass, 1997; Wampold in Imel, 2015). Da bi lahko klientu pomagali, pa jo je potrebno najprej videti kot kompleksni psihodinamski sistem in razumeti vlogo ter domet psihoterapevta v odnosu s klientom. Kot pravijo Duncan, Miller in Sparks (2000), je namreč tisti, ki ima v psihoterapevtski obravnavi najbolj junaško vlogo, prav klient.

Klient kot kompleksni psihodinamski sistem

Pri razumevanju klienta je pomembno nanj gledati z dveh perspektiv. Prva vključuje t. i. nomotetičen pogled, kjer gre za posplošeno razumevanje človeka kot bitje, ki v sebi združuje biološke, fizikalne, psihološke, sociološke, filozofske in informacijske lastnosti, ki so univerzalne. Druga perspektiva pogleda na človeka pa je t. i. idiografska, kjer človeka razumevamo kot specifičnega, z edinstvenim kompleksnim psihodinamskim sistemom, kamor uvrščamo unikatni vzorec oz. preplet klientovih kognitivnih, emocionalnih in vedenjskih osebnostnih lastnosti. Slednje se neprestano dinamično spreminjajo in sovplivajo, kar lahko z eno besedo poimenujemo kot proces sinergije. Sinergetika je kot del znanosti o kompleksnosti transdisciplinarna meta teorija. Njen osrednji koncept je samoorganizacija, osrednje vprašanje pa, kako se oblikujejo vzorci (kako nastaja red iz nereda ali kaosa) in kako pride do prehodov med vzorci. Na področju psihologije tako na primer proučuje učenje, osebnostni razvoj, spremembe v čustvovanju, mišljenju, vedenju in odnosih ter mentalni proces v najširšem

pomenu (Bateson, 2019). Z vidika samoorganizacije sinergetika psihoterapijo definira kot destabilizacijo disfunkcionalnih in porajanje novih vzorcev vedenja, čustvovanja, mišljenja in odnosov v okviru stabilnega, zaupnega in varnega odnosa med terapevtom in pacientom. Schiepek je skupaj z utemeljiteljem sinergetike, Hermannom Haknom, opravil pionirsko delo, ko jo je s področij fizike, kemije in biologije prenesel tudi v psihologijo in psihoterapijo (Haken in Schiepek, 2006 cited in Možina, 2021). Ker sinergetika, teorije nelinearnih sistemov in teorija kaosa omogočajo matematično formalizacijo in simulacijo telesnih, psiholoških in socialnih samoorganizirajočih procesov v kompleksnih sistemih, to na široko odpira vrata raziskovanju (Možina, 2021).

Schiepek (2006) oriše osebnost klienta s pomočjo sinergetskih modelov, in sicer s prisodobno pokrajine z različnimi potenciali. Kadar simbolično hribov te pokrajine niso visoki in doline ne globoke, lahko posameznik nemoteno uporablja kognitivne, čustvene in vedenjske vzorce. Spremembe v osebnosti posameznika nastajajo na podlagi novih izkušenj (oz. spremembe v raznolikosti te pokrajine). Zdravo osebnost posameznika si lahko predstavljamo kot raznoliko pokrajino (z ne veliko razlik med potenciali v pokrajini), za katero pa sta značilna tudi aspekta stabilnosti in fleksibilnosti (Deco, Jirsa in McIntosha, 2013).



Slika 1: Prikaz kompleksnosti osebnosti posameznika skozi prisodobno pokrajine s potenciali (Jansen, 2014)

Dejavniki na strani klienta, ki odločilno vplivajo na spremembo psihodinamske slike

Ena od sodobnih spoznanj psihoterapevtske znanosti je, da na uspešen izid obravnave doprinese največ klient sam. Orlinsky, Ronnestad in Willutzki (2004) identificirajo kakovost klientove udeležbe kot najpomembnejšo determinato za uspešen izid psihoterapevtske obravnave. Avtorji (ravno tam) podrobneje opredelijo naslednje spremenljivke na strani klienta: zmožnost njenega sodelovanja pri obravnavi, izkušnja odnosa s terapevtom, klientov doprinos h kakovosti terapevtskega odnosa, adekvatnost in ustreznost terapevtskega pristopa za klienta, klientova zmožnost izražanja čustev, klientovo odprtost za terapevtovo delo, čustvena in verbalna odprtost klienta, povezanost in sprejemanje obravnave s strani klienta. Tudi Grawe (2004) poudari pomembnost intrinzične motivacije klienta, ki odločilno doprinese k rezultatom zdravljenja. Asay in Lambert (1999) pojasnita, da je 40-odstotna varianca izida odvisna od dejavnikov klienta in njegovega socialnega okolja, kateremu je direktno izpostavljena. Wampold (2001) v svoji raziskavi navaja, da pri izidu psihoterapije samo 13-odstotni delež pripada dejavnikom, povezanim s terapijo (terapevt, psihoterapevtska modaliteta, terapevtska tehnika, odnos med klientom in psihoterapevtom, učinek placeba in zvestoba oz. privrženost terapevta modaliteti).

Odnos med terapevtom in klientom je prav tako vzajemen in ni samo terapevt tisti, ki uči klienta. Odnos namreč deluje v obe smeri in tudi klient uči terapevta, ga nezavedno vodi, da doseže korektivno izkušnjo, ki jo išče. Terapevt mora to prepoznavati, se strokovno odzvati in

slednje prepoznati kot priložnost. Oba vodita in vplivata na dinamiko drug drugega (Haken in Schiepek, 2010). Znanstvene smernice za doseganje učinkovite psihoterapevtske obravnave tako ne tičijo v uporabi specifičnih navodil ali standardiziranih postopkov izvajanja terapije (glede na modaliteto), ampak v uporabi programov, ki izvajajo sistematičen nadzor procesa klienta, kot je na primer metoda SNS (Schiepek in Aichhorn, 2013).

Kljub velikemu deležu variance v prid dejavnikom na strani klienta, je seveda terapevt prav tako osrednji dejavnik uspešnega psihoterapevtskega izida za klienta. Njegove najpomembnejše spremenljivke pa so: terapevtova osebnost, zmožnost empatije, obseg izkušenj, socialne in druge kompetence, pristnost in avtentičnost v reakcijah. Najmanj pa je pomembno, iz katere psihoterapevtske šole terapevt izhaja. Učinek slednjih spremenljivk je med 0,50 in 0,60 (Wampold, 2001). Kot zadnji, a najpogosteje navajan skupni dejavnik v psihoterapevtski znanstveni literaturi, je psihoterapevtska aliansa, ki naj bi predstavljala velikost učinka 0,45 na izid psihoterapije (Wampold, 2001).

Psihoterapevtski proces je torej kompleksen sistem, kjer so spremenljivke povezane nelinearno, kar pomeni, da imajo lahko majhne razlike v dejavnikih velike posledice, saj lahko hkrati prinašajo spremembe pri vseh drugih dejavnikih (Clarkin in Levy, 2004; Schiepek in Cremers, 2003)

Dnevno spremljanje klienta in povratno informirana obravnava

SNS omogoča ambulantno spremljanje in ocenjevanje klienta v različnih disciplinah (psihoterapiji, psihosomatiki, medicini, psihiatriji, svetovanju ipd.). Prilagojen je za računalniške naprave in za možnost zbiranja individualnih dnevnih podatkov klienta (ang. *real-time monitoring*). Za identifikacijo vzorcev klienta (tudi psihodinamskih) je potrebno neprekinjeno, redno, časovno konsistentno merjenje (vsaka meritev pomeni izpolnjen/i vprašalnik/i v SNS). Znotraj programa SNS se lahko uporabljajo že pripravljene standardizirane vprašalniki, lahko pa se skupaj s klientom ustvari individualiziran osebni vprašalnik oz. se modelira idiografičen sistem klienta (ang. *idiographic system modeling*) (Schiepek et al., 2015). Avtor (ravno tam) navaja, da klienti opisujejo dnevno uporabo sistema SNS kot »mala osebna terapija«, ritual za umiritev, kakovosten čas s samim seboj in refleksija dneva. Program SNS nima samo diagnostične vrednosti, ampak tudi terapevtsko. Poleg prej naštetih učinkov se lahko podatki uporabijo tudi kot možnost povratnega informiranja v procesu zdravljenja in sledenju spremembam vzorcev klienta. Prav tako avtor poroča o ustvarjanju močnejšega terapevtskega odnosa, ki se razvije zaradi uporabe programa SNS in povratnega informiranja podatkov klienta na psihoterapevtskih srečanjih (terapevt in klient skupaj pogledata podatke prejšnjih dni in podata povratne informacije na podlagi grafov, ki jih povežeta z kvalitativnimi opisi dogajanj klienta prejšnjih dni). Tudi Lambert (2010) je na podlagi uporabe povratnega informiranja v psihoterapevtskem procesu identificiral izboljšave na strani klientov. Miller, Duncan, Brown, Sorrell in Chalk (2006) so ugotovili, da je bil pred uporabo informirane obravnave na podlagi dnevnega sledenja klienta izid psihoterapije 34-odstotno uspešen, po uporabi pa 47-odstotno uspešen, pri čemer je bil neuspešen izid zmanjšan iz 19 na 8 %. Prav tako se je povratno informirana psihoterapevtska obravnava izkazala za učinkovitejšo tudi v skupini (Reese, Norsworthy in Rowlands, 2009). Do enakih ugotovitev prihajajo še drugi raziskovalci, tudi za druge oblike izvajanja psihoterapije, npr. partnerske, družinske itd. (Anker, Duncan in Sparks, 2009). Povratno informiranje dnevnega zbiranja podatkov klienta prav tako ne narekuje specifične tehnike (na modaliteto orientirano) in predpisanih navodil, ki jih mora terapevt uporabljati, ampak prilagajanje obravnave klientu in izvajanje povratno informiranega dinamičnega pristopa (ang. *feedback-driven system approach*) (Schiepek et al., 2015).

Glavni raziskovalni namen naše raziskave je bil aplikacija metode sinergetsko-navigacijskega sistema, ki izvira iz teorije o sinergetiki (Haken in Schiepek, 2010) in omogoča psihoterapevtu in supervizorju spremljanje klienta »tukaj in zdaj« oz. v trenutku (ang. *real-time monitoring*) (Schiepek in Aichhorn, 2013) ter prepoznavo njenih kognitivnih, čustvenih in vedenjskih vzorcev. Psihoterapevt in supervizor sta se v procesu raziskave redno povratno informirala o opaženih vzorcih klienta (in terapevta). Identificiranje vzorcev klienta je psihoterapevtu omogočilo sprotno, ustrezno in učinkovito prilagajanje psihoterapevtske obravnave.

V prispevku so predstavljeni rezultati in ugotovitve, ki odgovarjajo na glavno raziskovalno vprašanje: Kako s pomočjo uporabe metode SNS v praksi prepoznavati in obravnavati kognitivne, čustvene in vedenjske vzorce klienta in načrtovati nadaljnjo obravnavo?

Metoda

Opis vzorca

Na podlagi prostovoljnega vzorčenja so bili v vzorec vključeni klient, psihoterapevt psihoanalitične psihoterapije in supervizor psihoanalitične psihoterapije. Klient je imel ob vključitvi v raziskavo opravljenih že 75 individualnih psihoterapevtskih srečanj. Njegovi razlogi za iskanje psihoterapevtske obravnave so bili: ločitev, impulzivno reagiranje, težave z samoregulacijo, alkoholizem. Kriteriji za vključitev v raziskavo so bili: dobra prognoza za daljši psihoterapevtski proces, motivacija klienta za lastno spremembo in za poglobljen psihoterapevtski proces. Izključitveni kriterij pa so bili: težja simptomatska obremenjenost (presejalna ocena klienta podana na podlagi GSI dejavnika GSI za oceno težje obremenjenosti simptomov z vprašalnikom SCL-90 (Derogatis, 1994) in zgodovina psihiatričnih/e hospitalizacij/e).

Opis instrumentov

Za namen raziskave smo uporabili računalniški program im. sinergetsko-navigacijski sistem (krajše metoda SNS) z integriranim vprašalnikom TPV-A-R; kvalitativen nestrukturiran eksploracijski intervju; in kvalitativne dnevniške zapiske, ki so podrobneje predstavljeni v nadaljevanju.

Metoda SNS (Schiepek, 2009) poleg dnevnega zbiranja podatkov omogoča tudi njihovo analizo (merjenje procesa in izida psihoterapije), in sicer s pomočjo nelinearnih statističnih metod (analiza časovnih vrst), na podlagi katerih program samodejno poda diagram kompleksnega rezoniranja (na diagramu se izrišejo občutne/pomembne spremembe kompleksnosti med posameznimi postavkami in dejavniki) ter ponovitveni graf časovnih serij (prikazuje pomembno/signifikantno identificirane ponavljajoče se vzorce časovnih serij v času X (Orsucci, Grawe in Pakrs, 2006; Schiepek et al., 2015). Visoka stopnja veljavnost in zanesljivost metode SNS je zagotovljena (Schiepek, Tominschek in Heinzl, 2014).

Opis poteka raziskave in analize podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo od 5. aprila 2023 do 22. avgusta 2023 s pomočjo mešane metodologije (ang. *mix methods*):

(a) spremljanje relevantnih vzorcev klienta z izpolnjevanjem dnevnega vprašalnika TPV-A-R oz. revidiranega ambulantnega vprašalnika terapevtskega procesa (Kovačević Tojnko in Rožič, 2022), integriranega v aplikaciji in računalniškemu programu SNS (Schiepek et al., 2015), ki omogoča dnevno spremljanje klienta in aplikacijo izbranega vprašalnika. Slovensko različica izvirnega vprašalnika TPV (nem. *Der Therapie-Prozessbogen*) (Schiepek, Aichhorn, in Strunk, 2012) smo prilagodili za potrebe raziskave. Zajema pet dejavnikov (WPE/DPČ:

Dobro počutje in pozitivna čustva; EPB/ČPO: Obremenjenost s čustvi in težavami; VZR/RZN: Razumevanje, zaupanje, terapijski napredek; MOT/MOT: Motivacija za spremembo; AKB/ČOP: Čuječnost, občutki v telesu, potrebe) in skupno 33 postavk;

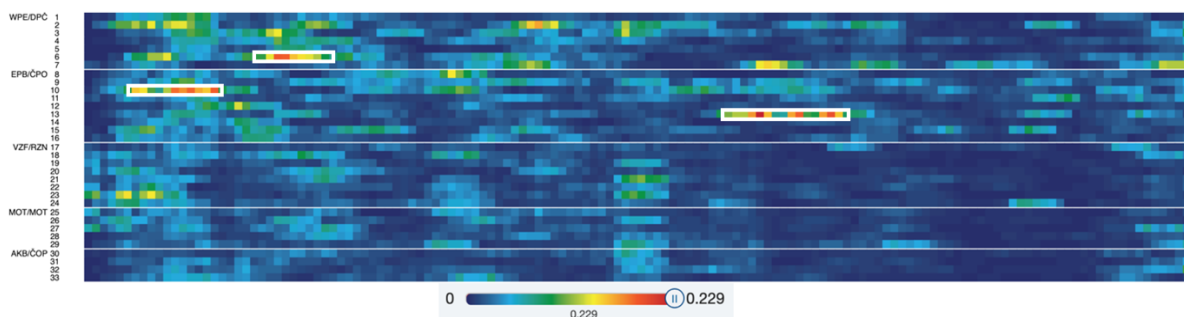
(b) trikratna izvedba kvalitativnega nestrukturiranega eksploracijskega intervjuja psihoterapevta (ang. *exploratory case study*) (Streb, 2009), ki se je izvajal v okviru supervizije, na podlagi pridobljenih podatkov klienta po metodi SNS. Glavna izhodišča so bili podatki iz grafov posameznih dejavnikov, pri čemer je bila posebna pozornost namenjena identifikaciji klientovih kognitivnih in čustvenih stanj, ki bi lahko doprinesla k težavnemu (tudi rizičnemu) vedenju klienta;

(c) kvalitativni dnevniški zapisi supervizorja po izvedenih nestrukturiranih eksploracijskih intervjujih.

Rezultati

Sledijo rezultati uporabe metode SNS na primeru klienta in uporaba povratnega informiranja pridobljenih rezultatov klienta v okviru eksploracijskega intervjuja. Računalniški program SNS omogoča veliko metod in oblik prikazov statistične obdelave podatkov. V nadaljevanju sta prikazana dva najpogostejša prikaza rezultatov dnevnega spremljanja psihodinamike klienta.

Vsaka vrstica prikazuje posamezno postavko vprašalnika TPV-A-R skozi celotno obdobje zbiranja podatkov, pri čemer so postavke združene znotraj petih dejavnikov (vertikalno); vsak kvadrat prikazuje posamezno vrednost dinamične kompleksnosti. Barvna lestvica razvršča vrednosti dinamične kompleksnosti od najmanjše vrednosti 0,0 (temno modra barva) do največje vrednosti 0,229 (temno rdeča barva). Kontrast med barvami omogoča lažjo vizualno razpoznavnost nizke in visoke kompleksnosti. Iz horizontalnih struktur so razvidne destabilizacije na sledečih postavkah: »Danes sem bil/a zadovoljen/na sam/a s sabo.« (št. 6), »Danes sem se počutil/a jezno in besno.« (št. 10), »Danes sem čutil/a notranji nemir oz. napetost.« (št. 13).

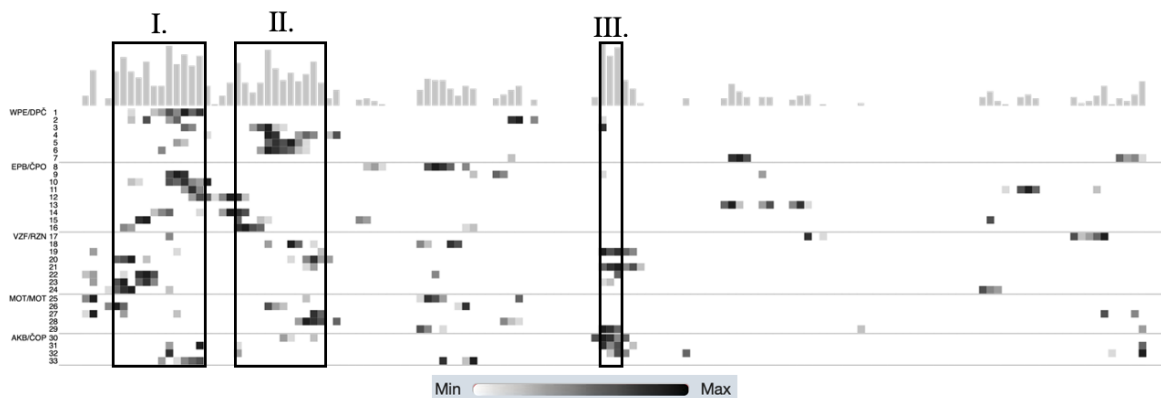


Graf 1: Diagram kompleksnega rezoniranja (ang. *Complexity Resonance Diagram*) za dnevni vprašalnik TPV-A-R klienta

Iz grafa št. 2 so razvidna kritična nestabilna obdobja klienta v procesu psihoterapije in spremembe v psihodinamskih vzorcih. Lestvica od bele do črne predstavlja razvrščanje od odsotnosti sprememb v ponavljajoči dinamiki (bela barva) do zaznavanja pogostejših sprememb v ponavljajoči se dinamiki, kar nakazuje na občutne/pomembne spremembe dinamike (svetlo siva, srednje siva in črna barva). Tri vertikalne strukture označujejo povečano dinamično kompleksnost na več postavkah hkrati in s tem obdobja kritične nestabilnosti klienta.

Razvidna sta dva daljša in eno krajše čustveno nestabilno obdobje klienta; ta so lahko zanj pomenila tvegana obdobja za možnost neustreznega nadzorovanja čustvenih stanj s pomočjo neustreznega vedenja (možnost spodrsjlaja oz. recidiva pitja pri vzpostavljeni abstinenci).

V prvih dveh obdobjih (I. in II.) smo zaznali izrazito nestabilno nihanje pri sledečih postavkah dejavnikov: Dobro počutje in pozitivna čustva (WPE/DPČ) ter Obremenjenost s čustvi in težave (EPB/ČPO): »Danes sem se počutil/a prijetno v svojem telesu.« (št. 1), »Danes sem bil/a poln/a energije.« (št. 5), »Danes sem bil/a zadovoljen/na sam/a s sabo.« (št. 6), »Danes sem se počutil/a žalostno.« (št. 9), »Danes sem se počutil/a ježno in besno.« (št. 10), »Danes sem se počutil/a tesnobno« (št. 11), »Danes me je bilo sram.« (št. 12), »Danes sem se glede svojih problemov počutil/a nemočno.« (št. 15), »Moje težave so me ovirale pri vsakdanjem delovanju.« (št. 16).



Graf 2: Ponovitveni graf časovnih serij (ang. *Recurrence Plot Time Series Data*) dnevnega vprašalnika TPV-A-R klienta, kjer kontinuum od bele do črne barve predstavlja kontinuum od odsotnosti sprememb do pogostejše prisotnosti sprememb v dinamiki

V eksploracijskem intervjuju supervizorja in psihoterapevta so podatki podali podrobnejše razumevanje klientovega dogajanja v I. obdobju (graf 2), znotraj tega obdobja pa je bila izrazito nestabilna postavka št. 10 (prikazano v grafu št. 1). Klient se je namreč v I. obdobju kritične nestabilnosti v psihoterapevtskem procesu ukvarjal s temo vzpostavljanja abstinence od alkohola in poročal o težavah pri vzpostavitvi le-te, predvsem o notranjem konfliktu ter izrazitem doživljanju jeze in besa. Pojavljal se je tudi odpor do psihoterapevtskega zdravljenja, ki se je kazal kot nestabilno zaupanje v terapevtski napredek. V nestabilnem obdobju št. II. je izrazito nestabilno doživljanje dobrega počutja in pozitivnih čustev. Intervju je dodatno razkril, da je klient poročal o težavah z lastno samopodobo, z upadom energije za delo in na drugih področjih življenja, s splošnim nezadovoljstvom z lastnim življenjem, upadom motivacije za doseganje ciljev, za zdravljenje in za spremembo ter odporom do zdravljenja. Sledilo je daljše stabilno obdobje in informiranje supervizorja in psihoterapevta je razkrilo, da je pacientovo izboljšanje simptomatike pokazatelj klientovih sprememb, ki jih je uspel doseči (preselitev, poplačilo dolgov, napredovanje v službi, nov partnerski odnos).

V zadnjem, krajšem nestabilnem obdobju (III.), pa ni bilo več zaznati nestabilnosti na prejšnjih postavkah, ampak na postavkah faktorja VZF/RZN - Razumevanje/zaupanje/terapevtski napredek: »Danes sem dobil/a nove ideje, kako se bolje znajti v svojih življenjskih okoliščinah.« (št. 19), »Danes sem spoznal/a kakšen je medsebojni vpliv mojih misli, občutkov in dejanj.« (št. 21) in postavkah faktorja AKB/ČOP - Čuječnost: »Danes sem pazljivo ravnal/a sam/a s sabo.« (št. 30) in »Danes sem resno upošteval/a svoje potrebe.« (št. 31). V tem nestabilnem obdobju se je klient v terapevtskem procesu aktivno

ukvarjal z vzpostavljanjem lastnih mehanizmov samoreguliranja, spremembe vedenja, odnosa do sebe in svojega telesa.

Graf 1 (postavka 13) je pozneje pokazal še daljšo nestabilnost notranjega miru in napetosti. Supervizor in psihoterapevt sta ocenila, da se klienta v tem obdobju še naprej podpira v vzdrževanju abstinence (ob dodatnih sprožilcih bi lahko obstajala še možnost zdrsa), vzpostavljanju in ohranjanju samoregulacije ter nadaljevanju in utrjevanju psihoterapevtsko doseženih sprememb. Ocenila sta, da je klient zmožgal vzpostaviti stabilne pogoje, ki bodo koristni za prihajajočo daljšo psihoterapevtsko zdravljenje, z namenom vzpostavitve samoregulirajočih struktur klienta.

Razprava

Ugotovitve raziskav sodobne psihoterapevtske znanosti prinašajo pomembne ugotovitve o skupnih dejavnikih vseh modalitet v psihoterapiji (Duncan, 2014): vpliv terapevta (46-69 %), vpliv obravnave (13 %), vpliv povratnega informiranja (15-31 %), model oz. tehnike (8 %), pričakovanja in predanost do procesa ter rituali (30-? %) in vpliv terapevtske delovne alianse (38-54 %). Glavni dejavnik za napovedovanje uspešnega procesa in izida v psihoterapiji ostaja v večji meri še vedno klient (87 %) in prav zato je tako pomembno, da so raziskovalci razvili orodje za poglobljeno razumevanje njenegove psihodinamike (tudi njegovega težavnega vedenja) (Schiepek et al., 2015). V praksi se je uveljavila metoda SNS spremljanja klienta, ki dnevno, med eno in drugo psihoterapevtsko seanso beleži spremembe v vzorcih ter stabilna in nestabilna obdobja.

Raziskava prikazuje primer aplikacije metode SNS v psihoterapevtski proces in uporabo pridobljenih podatkov v procesu povratnega informiranja v superviziji. V psihoterapevtskem procesu klienta so se pojavila tri nestabilna obdobja, do uvida katerih sta s pomočjo analize podatkov metode SNS prišla supervizor in psihoterapevt v supervizijskem procesu. Psihoterapevtu in supervizorju je slednje pomagalo pri pravočasnem prepoznavanju čustvenih, kognitivnih in vedenjskih vzorcev, časovno ustreznim intervencijam, nagovarjanju področij, kjer se je klient čutil nestabilnega in pri učinkoviti vzpostavitvi stabilnih vzorcev. Destabilizacija se je pozneje pojavljala samo še na lokaliziranih postavkah in ne več generalno, kar nakazuje na postopno stabilizacijo, a še vedno na dovzetnost klienta za ponovitev destabilizacije, v primeru pojavljanja stresorjev. Na podlagi tega sta supervizor in terapevt predvidela morebitna nestabilna kognitivna, čustvena in vedenjska stanja ter načrtovala prihodnje zdravljenje.

Zaključek

Razumevanje in odzivanje na klientovo vedenje predstavlja izziv predvsem takrat, ko imamo premalo informacij o razumevanju psihodinamskih vzorcev klienta (njegove individualne psihodinamske slike) in kadar želimo s klientom, ki ga zaznamuje težavno vedenje, vzpostavljati kvalitetno delovno alianso. V sodobni psihoterapevtski znanosti se je potrebno zavedati, da brez rednega sledenja doživljanja klientov in sprotnega odzivanja na njihove potrebe ne moremo govoriti o učinkoviti obravnavi. V predstavljeni študiji primera pa smo zamisel o dnevnem spremljanju ter povratnem informiranju klienta razširili še na njegovega terapevta ter supervizorja. Sistematično dnevno spremljanje z znanstvenim orodjem metode SNS daje v kombinaciji s povratnim informiranjem (supervizorja in psihoterapevta) ogromne možnosti poglobljenega in celostnega uvida v psihodinamiko kognitivnih, čustvenih in vedenjskih vzorcev klienta, pravočasno interveniranje nanje (ustrezno časovno načrtovanje, odzivanje na stanje klienta »tukaj in zdaj« in ne z zamikom »za nazaj«) ter fokusno interveniranje (iz opazovanja stabilnih in nestabilnih obdobj klienta lahko poiščemo

specifična področja, ki so nestabilna, v zvezi z njimi ciljano razvijamo intervencije in metode zdravljenja). Na podlagi vseh teh rezultatov lahko v primeru dalj časa in redno izpolnjenih vprašalnikov napovedujemo prihodnja stanja klienta (metoda SNS namreč omogoča tudi napovedovanje za nekaj dni v naprej), kar omogoča načrtovanje učinkovite obravnave oziroma intervencije, ki preprečijo predvidena poslabšanja klientovega stanja, ki bi se lahko zgodila glede na napovedi programa SNS.

S povratnim informiranjem (eden od pomembnih skupnih dejavnikov psihoterapevtskih modalitet) psihoterapevt pridobiva pomembne informacije za razumevanje, načrtovanje in napovedovanje klientovih sprememb. Predstavljena metoda obravnave se lahko aplicira tudi znotraj drugih disciplin (v psihologiji, psihiatriji, somatski medicini, socialnem delu, sociologiji itd.), saj preko dnevnega spremljanja pacientov (vprašalniki so lahko prilagojeni glede na potrebe spremljanja) pomaga pri poglobljenemu razumevanju kompleksnega sistema posameznika, pri načrtovanju obravnave in napovedovanju prihodnjih nestabilnih obdobj.

Literatura

- Anker, M., Dundan, B., in Sparks, J. (2009). Using client feedback to improve couples therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 693–704. Dostopno na: <http://doi.org/10.1037/a0016062>
- Asay, T. P., in Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. Hubble, B. Duncan in S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 33-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bateson, G. (2019). *Ekologija idej*. Ljubljana: Beletrina in SFU Ljubljana.
- Bradley, S. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Newman, D. L., in Silva, P. A. (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53(11), 1033–1039.
- Clarkin, J. K., in Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp. 194-226). New York, NY: Wiley.
- Deco, G., Jirsa, V. K., in McIntosh, A. R. (2013). Resting brains never rest: Computational insights into potential cognitive architectures. *Trends in Neuroscience*, 36, 268–274. Dostopno na: <http://doi.org/10.1016/j.tins.2013.03.001>
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer System.
- Duncan, B., Miller, S., in Sparks, J. (2000). *The Heroic Client*. Jossey-Bass.
- Duncan, B. L. (2014). *On becoming a better therapist* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fonagy, P., in Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217–233.
- Fosha, D. (2005). Emotion, true self, true other, core state: toward a clinical theory of affective change process. *Psychoanalytic Review*, 92(4), 513–552.
- Grawe, K. (2004). *Psychological Therapy*. Cambridge, MA: Hogrefe and Huber Publishers.
- Haken, H. in Schiepek, G. (2006). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Haken, H., in Schiepek, G. (2010). *Synergetik in der Psychologie. Selbstorganisation verstehen und gestalten* (2nd ed.). Göttingen, Germany: Hogrefe.

- Jansen, M. (2014). *The energy landscape concept and its implications for syntesis planning*. Berlin: The Gruyter.
- Kendler, K. S., in Prescott, C. A. (2006). *Genes, environment, and psychopathology: Understanding the causes of psychiatric and substance use disorders*. New York: Guilford Press.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., in Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 313–321.
- Kovačević Tojnko, N., in Rožič, T. (2022). *TPV-A-R* [neobjavljeno]. Ljubljana: SFU Ljubljana.
- Lambert, M. L. (2010). "Yes, is is time for clinitians to routinely monitor treatment outcome." In B. Duncan, S. Miller, B. Wampold in M. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change* (237-266). Washington, DC: American Psychological Association.
- Luyten, P. (2018). *Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Malberg, N., in Mayes, L. C. (2015). The developmental perspective. In P. Luyten, L. C. Mayes, P. Fonagy, M. Target, in S. J. Blatt (Eds.), *Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology* (47–64). The Guilford Press.
- McEwen, B. S. (2004). Protection and damage from acute and chronic stress: allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032, 1–7.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., in Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5, 5–22.
- Možina, M. (2021). Mladostniška in odrasla leta ptiča Dodo: razvoj teorije skupnih dejavnikov od prvih metaanaliz do Schiepkovega sinergetičnega nelinearnega dinamičnega modela. *Kairos*, 15(1–2), 57–149.
- Nestler, E. J. in Hyman, S. E. (2010). Animal models of neuropsychiatric disorders. *Nature Neuroscience* 13, 1161–1169.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., in Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp.307-390). New York: Wiley.
- Orsucci, D. E., Grawe, K., in Pakrs, B. (2005). The therapy relationship. In J. C. Norcross, L. E. Beutler in R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practises in mental health: Debate and dialoge oon the fundemental questions* (pp. 208-218). Washington, DC: American Psychological Association.
- Perry, D. C., Sturm, V. E., Peterson, M. J., Pieper, C. F., Bullock, T., Boeve, B. F. et al. Miller, ... Welsh-Bohmer, K. A. (2016). Association of traumatic brain injury with subsequent neurological and psychiatric disease: a meta-analyiss. *Journal of Neurosurgery*, 124(2), 511–526.
- Reese, R. J., Norsworthy, L. A., in Rowlands, S. (2009). Does a continous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy*, 46, 418–431.
Dostopno na: <http://doi.org.10.1037/a0017901>
- Rothschild, B. (2000). *The Body Remembers: The psychophysiology of Trauma and Trauma treatment*. New York: W. W. Norton&Company.

- Rothschild, B. (2017). *The Body Remembers Volume 2: Revolutionizing Trauma Treatment*. W. W. Norton&Company.
- Sayed, S., Iacoviello, B. M., in Charney, D. S. (2015). Risk Factors for the Development of Psychopathology Following Trauma. *Current Psychiatry Report*, 17, 612.
- Schiepek, G. (2009). Complexity and nonlinear dynamics in psychotherapy. *Eur. Rev.* 17, 331–356.
Dostopno na: [http://doi: 10.1017/S1062798709000763](http://doi:10.1017/S1062798709000763)
- Schiepek, G., Aichhorn, W. in Strunk, G. (2012). Der Therapie-Prozessbogen (TPB). Faktorenstruktur und psychometrische Daten. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 58(3), 257–266.
- Schiepek, G. in Aichhorn, W. (2013). Real-Time Monitoring in der Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 63, 39–47.
- Schiepek, G. in Cremers, S. (2003). Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In H. Schemmel in J. Schaller (Eds.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (pp. 147-193). Tübingen, Germany: DGVT.
- Schiepek, G., Eckert, H., Aas, B., Wallot, S. in Wallot, A. (2015). *Integrative psychotherapy: a feedback-driven dynamic system approach*. Boston, MA: Hogrefe International Publishers.
- Schiepek, G., Tominschek, I., in Heinzl, S. (2014). Self-organization in psychotherapy: Testing the synergetic model of change processes. *Frontiers in Psychology*, 5: 1089.
- Siegel, D. J., in Bryson, T. P. (2012). *The Whole-Brain Child: 12 Revolutionary Strategies to Nurture Your Child's Developing Mind*. New York: Bantam Books.
- Smith, M. L. in Glass, G. V. (1977) *Psychotherapy research: A handbook*. Oxford: Oxford University Press.
- Streb, C. (2009). Exploratory case studies. In A. Mills, G. Durepos in E. Wiebe (Eds.), *Encyclopedia of case study research* (pp. 372-373). Thousand Oaks, California: SAGE Publications Inc..
- Tyson, P. in Tyson, R. L. (1990). *Psychoanalytic theories of development: An integration*. New Haven, CT: University Press.
- Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma*. New York: Penguin Group.
- Verhaak, P. F. M., Heijmans, M. J. W. M., Peters, L. in Rijken, M. (2005). Chronic disease and mental disorder. *Social Science and Medicine*, 60(4), 789-797.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E. in Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Oxfordshire, UK: Routledge.

INTERSUBJEKTIVNE ZAKONITOSTI UČINKOVITEGA SODELOVANJA S TEŽAVNIMI OSEBAMI

INTERSUBJECTIVE LEGALITIES OF EFFECTIVE COLLABORATION WITH DIFFICULT PERSON

Zoltan Pap, dipl. zn., psihoanalitični psihoterapevt (ECP)

Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo
zoltan.pap91@gmail.com

Izvleček

Prispevek razpravlja o pomembnejših zakonitostih učinkovitega sodelovanja s težavnimi osebami iz vidika teorije intersubjektivnosti, ki predstavlja eno najsodobnejših paradigem na področju psihoterapije. V prvem delu prispevka je predstavljen pomen vzpostavljanja in ohranjanja jasnih ter konstantnih meja v medosebnem odnosu s težavno osebo, kar predstavlja osnovni predpogoj, da se vedenje težavne osebe preusmeri iz zadovoljevanja izključno lastnih silovitih želja in potreb na bolj konstruktivno ter psihološko zrelejšo funkcioniranje. Prispevek v nadaljevanju govori o psihološkem mehanizmu projektivne identifikacije, ki prav tako velja za pomembno značilnost oseb, ki so v klinični praksi duševnega zdravja znane po svojem težavnem vedenju. Projektivna identifikacija predstavlja manj zrel psihološki mehanizem, ki temelji na prenosu in vzbujanju določenih čustvenih stanj pri drugi osebi, s čimer težavna oseba poskuša komunicirati svoja ne-ubesedena čustvena stanja, a obenem ravno na tak način povzroči največje število preglavic v medosebnih odnosih z drugimi ljudmi. Prispevek s svojim končnem delu zagovarja stališče, da poznavanje in učinkovito spoprijemanje s psihološkimi značilnostmi težavnih oseb predstavlja osnovno izhodišče vsake učinkovite terapevtske obravnave pri omenjeni populaciji. Prispevek obenem poudari, da mora strokovnjak na področju duševnega zdravja razpolagati s sposobnostmi refleksije lastne duševne dinamike, ne le z namenom učinkovite obravnave težave osebe, temveč tudi z namenom, da bi lahko obenem preprečil nastanek različnih oblik zlorab in drugih kršitev etičnih ter moralnih norm, ki se lahko na področju duševnega zdravja lahko pripetijo pogosteje in hitreje, kakor drugod.

Ključne besede: osebnostne motnje, duševno zdravje, komunikacija, medsebojni odnosi.

Abstract

The paper discusses the important legalities of effective collaboration with difficult persons from the perspective of the theory of intersubjectivity, which represents one of the most modern paradigms in the field of psychotherapy. The first part of the paper presents the importance of establishing and maintaining clear and constant boundaries in the interpersonal relationship with the difficult person, which is the basic precondition to shift the behaviour of the difficult person from satisfying only their own strong desires and needs to a more constructive and psychologically mature functioning. In the following section, the paper presents the psychological mechanism of projective identification, which is also an important characteristic of people who are known in clinical mental health practice for their problematic behaviour. Projective identification is a less mature psychological mechanism based on the transmission and evocation of certain emotional states in another person, whereby the difficult person attempts to communicate his or her non-verbal emotional states, but at the same time,

this is how they cause the greatest number of problems in their interpersonal relationships with other people. Knowing and coping effectively with the characteristics of difficult people is a basic starting point for any effective therapeutic treatment of this population. Finally, the paper stresses that the mental health professional must have the capacity to reflect on their own mental dynamics, not only to cope effectively with the problematic person, but also to prevent the emergence of various forms of abuse and other breaches of ethical and moral norms, which can occur more rapidly in the field of mental health than elsewhere.

Keywords: personality disorders, mental health, communication, relationships.

Teoretična izhodišča

Dejstvo je, da so vsa medosebna razmerja sooblikovana (McWilliams, 2017). To dandanes že splošno znano dejstvo je v prvi vrsti rezultat dognanj teorije intersubjektivnosti, ki se v svojem najosnovnejšem smislu nanaša na interakcijo dveh subjektov – jaza in drugega – in je bila razvita z namenom pojasnjevanja medosebnega dogajanja med dvema subjektoma (Frie & Reis, 2001). Z razvojem teorije intersubjektivnosti je prišlo do premika od povsem izoliranega posameznika do posameznika, ki je v nenehni vzajemni interakciji z drugimi (Prall, 2000), človekova duševnost – s tem do bili tudi različni psihološki fenomeni in medosebni odnosi – prepoznani kot sokonstituirani s strani najrazličnejših vplivov zunanjega sveta, ne pa izključno s strani individualnih intrapsihičnih mehanizmov (Storolow, 1994; Prall, 2000; Poštrak, 2002; Dimitrijević, 2010).

Intersubjektivno dojetje človeške duševnosti je bilo na področje psihologije in psihoterapije vpeljeno predvsem na pobudo filozofije, a ob tem je potrebno dodati, da je do navedenega prišlo šele v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja, medtem ko ima intersubjektivnost na področju filozofije že več kot dvesto letno zgodovino (Frie & Reis, 2001). Dognanja teorije intersubjektivnosti so obsežno spremembo povzročila predvsem na področju psihoterapije, kjer je vloga psihoterapevta prenehala biti omejena na zgolj distanciranega opazovalca in interpreta dogajanja na strani druge osebe, temveč je tudi psihoterapevtova subjektivnost postala neizogibno zajeta v proces obravnave (Prall, 2000; Frie & Reis, 2001). Navedeno danes predstavlja osnovno vodilo pri delu s t. i. »težavnimi« osebami (McWilliams, 2017), ki so s strani večine strokovnih disciplin na področju duševnega zdravja (psihatrije, psihologije, psihoterapije) običajno diagnosticirane z diagnozami različnih tipov osebnostnih motenj, katerim je skupna ključna – in nikakor ne edina – značilnost skrajno poudarjeno neprilagojeno vedenje, mišljenje ter čustvovanje v odnosu do njihovega okolja, zaradi česar trpi posameznik ali njegova okolica (Benedik, 1997; Zihlerl, 2013).

Pogostost osebnostnih motenj se v splošni populaciji zahodne kulture ocenjuje na 15 % in več (Begić, 2014), medtem ko je prevalenca osebnostnih motenj v populaciji oseb z duševno motnjo še mnogo večja. Ob tem je potrebno dodati, da se posamezne značilnosti osebnostnih motenj pojavljajo tudi pri t. i. normalnih osebnostih v situacijah, ko se posameznik znajde v duševni stiski (Zihlerl, 2013). Gre torej za sorazmerno pogost pojav, katerega pomembna značilnost je visoka stopnja občutljivosti na občutke ponižanosti, krivičnosti, sramu, itd., zaradi česar je za strokovnjaka s področja duševnega zdravja pomembno, da je v interakciji s »težavno« osebo, zmožen prevzeti svoj delež odgovornosti za dogajanje v medosebnem odnosu (McWilliams, 2017). Človekovi medosebni odnosi so namreč na podlagi dognanj teorije intersubjektivnosti neizogibno sooblikovani s strani vseh udeležencev trenutne interakcije (Frie & Reis, 2001), zaradi česar sodobna psihoterapevtska literatura zagovarja stališče, da mora strokovnjak s področja duševnega zdravja vedno sočasno razmišljati tudi o lastnem duševnem dogajanju ob drugi osebi – tj. o tem, kar sam prispeva v trenutni

medsebojni odnos – in ne zgolj o tem, kaj se dogaja na strani druge osebe (McWilliams, 2017). Zaradi navedenega pričujoč prispevek v nadaljevanju izpostavlja določene pomembne značilnosti in zakonitosti učinkovitega sodelovanja s »težavnimi« osebami, ki jih mora strokovnjak na področju duševnega zdravja pri svojem kliničnem delu ne le poznavati, temveč jih sam pri sebi tudi uvidevati ter prevzemati zanje odgovornost, kar na podlagi zgoraj opisane teorije intersubjektivnosti predstavlja osnovno izhodišče uspešnega dela s »težavnimi« ljudmi.

Razprava

Iz klinične prakse je splošno znan pojav, da kakor hitro se pri svojem delu srečamo s »težavno« osebo oz. posameznikom, pri katerem lahko identificiramo značilnosti osebnostnih motenj, se v trenutku pojavijo težave (Balint, 1989). Zaradi navedenega se ključna dimenzija kakršnekoli terapevtske obravnave »težavnih« oseb nanaša na jasne, ustaljene in konsistentne okoliščine ter meje v procesu sodelovanja. Jasen terapevtski okvir zajema natančne dogovore o razmerju sodelovanja in mehanizmih, ki to sodelovanje varujejo preko omejitvenih pogojev. Strokovnjaki na področju duševnega zdravja morajo vedeti, da ni tako zelo pomembno, kakšen okvir in pravila sodelovanja ima njihova terapevtska procedura, ki jo izvajajo, temveč je mnogo bolj pomembno, da se svojih vnaprej zastavljenih pravil tudi vseskozi držijo (McWilliams, 2017). Obenem je pri delu s »težavnimi« osebami potrebno biti tudi pripravljen, da bo njihova silovita želja po odnosu, ki še zdaleč ni podoben terapevtskemu sodelovanju, vedno znova preizkušala trdnost okvirjev in pravil terapevtske obravnave (Gabbard & Wilkinson, 2000).

Ponavljajoče preizkušanje profesionalnih meja terapevtskega sodelovanja s strani »težavne« osebe lahko na strani strokovnjaka vzbudi občutek, da se mora boriti za ohranitev lastne profesionalne vloge in identitete, lahko pa v njem vzbudi tudi določene skrajnostne odzive; nekatere »težavne« osebe uspejo pri strokovnem osebju doseči, da na njih gledajo kakor na žrtve, ki jim je potrebno zagotoviti takšno okolje in odnos, ki ga v svoji preteklosti morda dejansko niso bili deležni, četudi bi bili sicer do tega upravičeni. Drug možen skrajnostni odziv na strani strokovnega osebja se lahko kaže v jezi na »težavno« osebo, želji po kaznovanju in sankcioniranju »težavne« osebe ali želji, da bi se ga čim prej znebili. Nobeden od navedenih odzivov ne prinaša zelenih rezultatov, saj strokovno osebje v prvem primeru pri »težavni« osebi vzbuja lažna upanja po povsem harmoničnih odnosih, v drugem primeru pa strokovno osebje s svojimi odzivi zgolj ponovi v preteklosti zelo verjetno že izkušen travmatizirajoč medosebni odnos, s čimer samo še dodatno potrdijo negativno doživljanje samega sebe pri »težavni« osebi (Gabbard & Wilkinson, 2000). Neredko sta zgoraj opisana skrajnostna odziva strokovnega osebja na »težavno« osebo tudi povezana; bolj ko si strokovno osebje prizadeva izpolniti želje »težavne« osebe, večja je njena zahtevnost in nezrelost njenega vedenja, posledično se na strani strokovnega osebja kopiči jeza in zamera do »težavne« osebe, s čimer so psihološke kapacitete za sodelovanje s »težavnimi« osebami vse manjše in manjše (McWilliams, 2017).

Prizadevanje strokovnega osebja, da bi z drugo osebo vzpostavili in ohranili povsem harmoničen odnos, ali prizadevanje, da bi pri »težavnih« osebah dosegli zelene spremembe s pomočjo ustrahovanja, groženj, kaznovanja, je povsem brez zelenega terapevtskega učinka. Osebe s »težavnim« vedenjem bodo svoje težave lahko predelale edino takrat, ko bodo deležne jasnih in konstantnih meja. Seveda bodo tovrstne osebe konstantne meje v terapevtski obravnavi doživljale, kot da so jim odvzeli nekaj pomembnega in se bodo odzvale z najrazličnejšimi zahtevami (Gabbard & Wilkinson, 2000) ali z jezo in celo sovražnostjo do osebja, toda dolgoročno ne bodo spregledale dveh ključnih zadev: da se je strokovno osebje do njih vedlo kot do zrelih in odraslih oseb, in da se strokovno osebje ni pustilo izkoriščati, s čimer lahko v očeh »težavne« osebe postanejo vzor samospoštovanja (McWilliams, 2017).

Medsebojni odnos med osebjem in »težavno« osebo je torej lahko terapevtski, če je obenem tudi realističen, kar pomeni, da zajema tako prijetna kot tudi manj prijetna doživetja (Gabbard & Wilkinson, 2000).

Seveda to zajema tudi, da je na strani strokovnega osebja potrebna določena odprtost za kritike s strani »težavne« osebe, in psihološka sposobnost za toleriranje, poslušanje ter razumevanje različnih – neredko precej intenzivnih – neugodnih občutij z njegove strani, ki zadevajo strokovno osebje, ki je oblikovalo terapevtski okvir obravnave (McWilliams, 2017). Značilno je, da vsaka najmanjša frustracija potreb »težavne« osebe povzroči burne odzive, ki kar naenkrat ponehajo, ko se njene želje izpolnijo, toda nove zahteve in skupaj z njimi tudi neučakanost »težavne« osebe, se kmalu ponovno pojavi (Balint, 1989). Zaradi navedenega se je s »težavno« osebo o nastalih težavah v medsebojnem odnosu potrebno pogovoriti »takoj«, ko nastanejo, saj če nastale težave spregledamo ali se jih kakorkoli izognemo, potem samo dopustimo, da se še dodatno namnožijo (McWilliams, 2017). Namesto izogibanja ali drugih oblik zaščite pred neugodnimi vsebinami je potrebno »težavno« osebo poprositi, da svojo perspektivo in doživljanje podrobneje objasni, s čimer ji damo vedeti, da jo jemljemo resno in jo spoštujemo (Gabbard & Wilkinson, 2000).

Druga pomembna dimenzija terapevtske obravnave »težavnih« oseb se nanaša na pojav, da običajna konvencionalna besedna komunikacija preneha učinkovati na način, kot smo to vajeni v siceršnjih medsebojnih odnosih s preostalimi ljudmi (Balint, 1989). Znano je, da »težavne« osebe v medosebnih interakcijah v veliki meri komunicirajo s pomočjo prenosa čustev na druge osebe, ali preko vzbujanja čustvenih stanj pri drugem, občutno manj pa preko običajne besedne komunikacije (McWilliams, 2017). Gre za psihološki pojav t. i. projektivne identifikacije, ki predstavlja močno in silovito obliko medosebne komunikacije s pomočjo prenosa čustev, kar destabilizira okvir terapevtske obravnave (Gabbard & Wilkinson, 2000). Projektivna identifikacija predstavlja značilen psihološki mehanizem oseb z osebnostno motnjo, ki izvira predvsem iz šibke sposobnosti tolerance in regulacije čustev. Posameznik svoja čustva, ki jih sam pri sebi težko tolerira, obvladuje na način, da jih premesti na druge osebe; to naredi na način, da govori in se vede na način, da v drugih ljudeh vzbudi ravno tista čustva, s katerimi sam le stežka samostojno shaja. Posameznikova lastna neznosna čustva se znajdejo v drugih osebah, s čimer sicer sam sebe nekoliko razbremeni, toda druge ljudi v svoji okolici razjezi, s čimer si hitro pridobi oznako »težaven« (McWilliams, 2017).

Ljudje s težavnimi osebnostnimi lastnostmi pogosto tudi na podlagi običajne besedne komunikacije nenavadno hitro in tudi izrazito popačeno sklepajo ali na zlonamernost in agresivnost, ali na čustveno in druge vrste privlačnosti s strani druge osebe (Balint, 1989), s čimer nad drugo osebo vršijo močan psihološki pritisk, da se identificira z vsebinami, ki so mu prvotno pripisane neupravičeno (McWilliams, 2017). Mehanizem projektivne identifikacije »težavne« osebe je lahko posledično ogrožajoč za sposobnost samo-refleksije in samostojnega razmišljanja na strani strokovnega osebja v posamezni interakciji s »težavno« osebo. Zaradi opisanega je za strokovno osebje na področju duševnega zdravja ključno, da osvoji in ohranja dobre sposobnosti toleriranja intenzivnih neprijetnih čustev, s katerimi je neredko prežeto njihovo delovno okolje; potrebno se je naučiti v sebi zadržati neugodna čustva, o njih razmisliti, jih reflektirati in v sebi tudi nekoliko ublažiti, brez da bi jih prehitro in impulzivno odreagirali, saj prenašane odločitve strokovnega osebja neredko služijo predvsem razbremenitvi od lastnih težkih čustvenih stanj, ne pa učinkoviti terapevtski obravnavi »težavne« osebe (Gabbard & Wilkinson, 2000). Vsakdanja klinična praksa zdravstvene nege zajema ogromno število različnih situacij, ki lahko pri zaposlenih predstavljajo resne preizkušnje njihovih psiholoških (čustvenih) sposobnosti in zmogljivosti. V primeru, da so navedene sposobnosti zaposlenih zaradi najrazličnejših razlogov načete – kar se najpogosteje kaže v obliki okrepljenih čustvenih stanj in šibkejših sposobnostih

razumskega razmišljanja, kar posledično lahko privede do prenatrženega odzivanja in odločanja – je verjetnost za nastanek različnih oblik zlorab in kršitev strokovnih, moralnih ter etičnih norm občutno večje, obenem pa tudi uspešnega izida strokovnega dela ne gre pričakovati.

Zaključek

Prispevek je prikazal nekatere najpomembnejše zakonitosti učinkovitega sodelovanja s »težavnimi« osebami, pri čemer za zaključek velja izpostaviti, da so »težavne« osebe prav tako upravičene do spoštovanja, razumevanja in empatije strokovnega osebja, kot vsi drugi uporabniki socialno-medicinskih služb, četudi si moramo strokovnjaki iz klinične prakse na področju duševnega zdravja iskreno priznati, da se to zdi občasno povsem nemogoče. Nepredvidljivo in spreminjajoče se vedenje »težavnih« oseb pri drugih ljudeh neredko vzbuja številne dvome, dileme, negotovosti in tudi določene skrajnostne oblike razmišljanja ter čustvovanja. To posledično lahko privede do tega, da tudi strokovnjaki na področju duševnega zdravja prispevamo svoj delež »težavnosti« k nastanku neželenih zapletov v medosebnih odnosih z osebami z duševno ali osebnostno motnjo, kar še posebej velja v primerih, ko kot strokovnjaki nismo v stanju obvladovati, reflektirati in tudi nevtralizirati lastnega duševnega dogajanja, ki je ob naših pacientih neredko lahko tudi še kar burno ter silovito.

Če strokovnjak na področju duševnega zdravja ni v stanju, da bi premozel refleksijo lastnih čustev, razmišljanj in impulzov, ki se v njem porajajo ob interakciji s »težavno« osebo, se bo zelo hitro znašel v stanju, da bo s svojim delom še dodatno spodbujal ali vzdrževal regresivno vedenje »težavne« osebe, namesto da bi zamejeval, obvladoval ali zdravil (McWilliams, 2017). Ob tem je potrebno poudariti, da ne le zgodovinska dejstva, temveč tudi aktualne problematike na področju duševnega zdravja pritrjujejo dejstvu, da je govora o izjemno širokem polju potencialnih zlorab in kršitev etičnih ter moralnih norm v najrazličnejših oblikah. Samozaščitne in druge pomembne psihološke sposobnosti duševno ter osebnostno motenih posameznikov so namreč neredko močno oškodovane, kar pomeni, da je posledično njihova ne le telesna in duševna integriteta, temveč tudi splošna človeška dobrobit ter dostojanstvo povsem prepuščeno v roke strokovnega osebja. Zaradi navedenega je torej ne le potrebno, temveč naravnost nujno, da strokovno osebje na področju duševnega zdravja razpolaga z dovolj dobrim znanjem in tudi psihološkimi sposobnostmi za delo s »težavnimi« osebami, saj so v nasprotnem primeru vrata za vstop v neskončno dolg kontinuum potencialnih zlorab – tako agresivne kot seksualne narave – zgolj priprta. Balint (1989) pravi, da profesionalna vloga strokovnjaka na področju duševnega zdravja zahteva neprestan vpogled v lastno duševno dinamiko in prevzemanje odgovornosti za svoja ravnanja, tudi tista, ki so bila sicer izzvana s strani drugih, morda celo »težavnih« oseb. Zaradi navedenega je po eni strani potrebno kontinuirano usposabljanje in opolnomočenje – tako teoretsko, kot tudi praktično – strokovnjakov s področja duševnega zdravja za učinkovito komunikacijo in uspešno obvladovanje interakcij z osebami »težavnega« vedenja, po drugi strani pa je nujno tudi ustvarjanje ustreznih organizacijskih in delovnih okoliščin, v katerih bodo lahko psihološke kapacitete strokovnjakov za delo s »težavnimi« osebami ustrezno in učinkovito korišćene.

Literatura

- Balint, M. (1989). *The basic fault: therapeutic aspect of regression*. Tavistock: Routledge.
- Begić, D. (2014). *Psihopatologija: drugo dopunjeno i obnovljeno izdanje*. Zagreb: Medicinska naklada.

- Benedik, E. (1997). Problem pojmovanja in klasificiranja motenj osebnosti. *Psihološka obzorja*, 6(3), 77-85.
- Dimitrijević, A. (2010). Zgodovinske korenine in konceptualni okvirju relacijske psihoanalize. In L. Erić (Ed.), *Psihodinamična psihiatrija I. Zgodovina, osnovni principi, teorije* (pp. 289-314). Ljubljana: Hermes IPAL.
- Frie, R. & Reis, B. (2001). Understanding Intersubjectivity. *Contemporary Psychoanalysis*, 37(2), 297-327.
- Gabbard, G.O. & Wilkinson, S. M. (2000). *Management of Countertransference with Borderline Patients*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- McWilliams, N. (2017). *Psihoanalitična diagnostika: razumevanje osebnostne zgradbe skozi klinični proces*. Ljubljana: UMco.
- Poštrak, M. (2002). Subjekt in intersubjektivnost. *Socialno delo*, 41(5), 249-271.
- Prall, W. (2000). *Understanding the Patient: The Hermeneutics of Psychotherapy* (PhD Thesis). London: Middlesex University.
- Storolow, R.D. (1994). The intersubjective context of intrapsychic experience. In R. D. Storolow, G. E. Atwood & B. Brandschaft (Eds.), *The Intersubjective Perspective* (pp. 3-15). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Ziherl, S. (2013). Osebnostne motnje. In P. Pregelj, B. Kores Plesničar, M. Tomori, B. Zalar & S. Ziherl, (Eds.), *Psihiatrija* (pp. 278-289). Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani in Psihiatrična klinika Ljubljana.

KOMUNIKACIJA S TEŽAVNIMI OSEBAMI

dr. Željko Ćurić, dr. med., spec. psihiatrije, psihoterapevt, komunikolog

O. K. Consulting, d.o.o.
info@okconsulting.si

Komunikacija

Komunikacija je del našega vsakdanjika – tako zasebnega kot poslovnega. Najpreprostejša definicija komunikacije pravi, da gre za oddajanje in prejemanje sporočil. Ta sporočila so lahko verbalna ali neverbalna (ton glasu, mimika obraza, kretnje, drža telesa ...).

Komunikacija je včasih sama sebi namen. To pomeni, da komuniciramo, ker to radi počnemo in ker z njo vstopamo v odnose, ki so nam pomembni. V tem primeru vsebina komunikacije ni toliko pomembna. Drugače velja za komunikacijo, pri kateri imamo v naprej določene cilje, katere želimo v procesu komuniciranja doseči. Taksna komunikacija se odvija v delovnem okolju.

Sogovorniki, kateri komunicirajo v delovnem okolju, so različni posamezniki z različnim »ozadjem«. Spoznajmo, zakaj takšna različnost in kako to različnost uspešno obvladati.

Referenčni okvir

V poslovnem svetu nam vrhunsko znanje in veščine z nekega področja ne pomagajo prav veliko, če nismo sposobni situaciji in/ali ljudem ustreznega pristopa. V nadaljevanju se bomo ukvarjali prav s tem, kako ljudje doživljamo sami sebe, druge in svet, v katerem živimo, ter kakšen je s tem povezan pristop do sebe, drugih in sveta. Vse to vpliva na to, kakšna bo naša komunikacija.

Ko govorimo o našem odnosu do sebe, drugih in sveta, govorimo o našem referenčnem okvirju. To je bazična struktura, na kateri sloni celoten človekov sistem doživljanja in prepoznavanja realnosti, v kateri živi. Referenčni okvir je notranji psihološki zemljevid, na podlagi katerega se človek znajde v svetu in sam s sabo.

Področja referenčnega okvirja

Referenčni okvir ima tri področja:

JAZ	SVET	DRUGI
-----	------	-------

Področje JAZ je področje, kjer ima človek definirane vzorce, kako doživlja sebe kot človeka, koliko spoštuje samega sebe, koliko se ima rad in kako doživlja sebe v primerjavi z drugimi.

Ljudje lahko sebe doživljamo na celotni dimenziji, od enega ekstrema, kjer sami sebe doživljamo kot nevredne, nekompetentne ali kot žrtve, do drugega ekstrema, kjer sebe doživljamo kot najboljše, najbolj kompetentne, lahko tudi kot bogove. Večina ljudi sebe doživlja nekje vmes med opisanima ekstremoma, kar je za življenje najbolj funkcionalno.

Področje DRUGI je področje, kjer so shranjeni vzorci, kako človek doživlja druge ljudi in kakšni so ti ljudje v primerjavi z njim.

Ljudje lahko tudi druge, doživljamo na celotni dimenziji, od enega ekstrema, kjer druge doživljamo kot nevredne, nekompetentne ali žrtve, do drugega ekstrema, kjer druge doživljamo kot najboljše, najbolj kompetentne, morda kot bogove. Večina ljudi tudi druge doživlja nekje vmes med opisanimi ekstremoma, kar je za življenje in funkcioniranje z drugimi ljudmi najbolj smiselno in uporabno.

Področje SVET je področje doživljanja sveta, v katerem živimo. Gre za doživljanje sistemov, v katere se človek vključuje (šola, služba, država, družba, religija ...), ter življenja in obstoja na sploh (smisel življenja, lepota bivanja, občutek varnosti ...) .

Kot prejšnja dva področja, lahko tudi svet, v katerem živimo, posameznik doživlja na celotni dimenziji, od enega ekstrema, kjer je svet bojišče, pogorišče, pekel itd., do drugega ekstrema, kjer je svet raj, paradiz, kraj neomejenih možnosti. Večina ljudi doživlja svet nekje vmes med omenjenima ekstremoma, kar je splošno najbolj funkcionalen pristop.

Kako oblikovati referenčni okvir:

Referenčni okvir se začne oblikovati že zelo zgodaj v otroštvu. Nanj vpliva vzgoja ter vsi odnosi in sporočila, ki jih starši ali drugi ljudje, pomembni za otroka (stari starši, sosedje, vzgojitelji, učitelji ...), neposredno ali posredno (s svojimi vedenji in pričakovanji do vedenj otroka) podajajo otroku.

V primeru, da starši otroku sporočajo, da je nevreden ljubezni ali nesposoben, bo otrok zelo kmalu v to tudi zares verjel. Če bodo takšna sporočila dovolj pogosta in močna, bo posameznik takšno negativno mnenje o sebi ohranil tudi tedaj, ko bo že odrasla oseba. Isto velja, če starši (ali druge otroku pomembne osebe) otroku predajajo pozitivna sporočila o njegovi vrednosti in sposobnosti. Tak otrok bo verjel, da je zares takšen in bo to mnenje o sebi ohranil tudi v odrasli dobi.

V otroštvu prejmemo poleg sporočil, ki se vežejo na nas same, tudi sporočila o tem, kakšni so drugi ljudje in svet, v katerem živimo. Starši ali druge pomembne osebe nam tako lahko sporočajo, ali so druge osebe vredne zaupanja ali ne, ali so vredne spoštovanja ali ne in tako naprej. Prav tako se oblikujejo prepričanja o svetu, v katerem živimo - je v njem za uspeh pomembno znanje, sposobnosti in trud ali le veze in poznanstva, je svet varen ali je v njem pomembno, da vsak poskrbi zase, in podobno.

Referenčni okvir, ki ga oblikujemo skozi otroštvo, je baza oziroma temelj za nadaljnje življenje in naše delovanje v različnih vlogah, v katerih se pojavimo (partnerski, prijateljski, poslovni ...). Osebe, ki so nam ta sporočila predala, so le-te črpala iz svojih referenčnih okvirjev. Tukaj tiči razlog, zakaj smo si s starši ali drugimi pomembnimi osebami pogosto tako podobni.

Spreminjanje referenčnega okvirja:

Referenčni okvir je zelo težko spreminjati, saj gre za prepričanja, katera smo že kot otroci sprejeli za svoja in vpliva katerih se najpogosteje sploh ne zavedamo. Sprememb si po navadi želimo tedaj, ko z obstoječim referenčnim okvirjem ne zmoremo (dobro) funkcionirati.

V splošnem je dobro ozavestiti, kakšen je naš referenčni okvir - kako doživljamo sebe, druge in svet, v katerem živimo. Poznavanje lastnega referenčnega okvirja pa je še toliko pomembneje, ko si tega želimo spreminjati. Zavedati se moramo prepričanj, ki vplivajo na

naše življenje in vsakdanje delovanje. Šele tako lahko te spreminjamo. Spreminjanje življenjskega okvirja je lahko dolgotrajen proces in zahteva veliko dela na sebi.

Referenčni okvirji so lahko v splošnem ustrezni in neustrezni, realni in nerealni. Referenčni okvir ni nikoli popolnoma neustrezen ali nerealen, ampak je takšen le v določenih situacijah. Če smo prepričani, da drugi ljudje v splošnem niso vredni zaupanja, bi nam to v situaciji sklepanja posla s poslovnim partnerjem, ki nas želi ogoljufati, pomagalo, da smo previdnejši. Ker pa takšna prepričanja najverjetneje spremljala vsako naše dogovarjanje o poslu, bi vsakokratno visoko nezaupanje vodilo v nesporazume ali celo prekinitve poslovnih odnosov. V tem primeru bi bil naš referenčni okvir tudi nerealen, saj bi bili prepričani v lastnosti ljudi, ki dejansko ne obstajajo.

Spreminjanje referenčnega okvirja je smiselno takrat, ko se le-ta v veliki večini situacij izkaže za neuporabnega in nerealnega in posledično ovira uspešno delovanje v različnih življenjskih vlogah (starši, partnerji, vodje,/sodelavci...).

Kdo ima enak referenčni okvir kot jaz?

Lahko si mislimo, da takšna in drugačna sporočila iz otroštva, katera smo že predstavili, oblikujejo povsem različne odrasle posameznike. Odgovor na zgornje vprašanje je torej - nihče. Doživljanja treh zgoraj predstavljenih področij (jaz, drugi, svet) so od človeka do človeka bolj in manj različna.

Ljudje lahko sebe doživljamo kot manjvredne, večvredne ali enakovredne drugim, kot zmožne ali nezmožne ljubiti in biti ljubljene, kot sposobne ali nesposobne uspeha in tako naprej. Tudi druge ljudi lahko doživljamo kot manjvredne, večvredne ali sebi enakovredne, lahko jih doživljamo kot žrtve, preganjalce ali rešitelje, ter s številnimi drugimi lastnostmi. Za nekatere od nas je svet paradiž, za druge pekel, za ene vir veselja in užitkov, za druge mesto stalnega trpljenja in nepredvidljive prihodnosti.

Kot smo spoznali, se referenčni okvirji oblikujejo v otroštvu, ki je bilo pri vsakem posamezniku (vsaj nekoliko) različno. Zaradi tega, imamo različne referenčne okvirje. V določenih vidikih so ti lahko med seboj skladni (npr. kako doživljamo druge ljudi), vendar nikakor v celoti - kar dela življenje zanimivo.

V odnosih je pomembno prepoznati referenčni okvir drugega

Kot smo že omenili, je koristno poznavanje lastnega referenčnega okvirja. Vsekakor pa je za kvalitetne odnose in tiste, od katerih želimo korist, pomembno prepoznati tudi referenčni okvir druge osebe, s katero vstopamo v odnos.

V kolikor referenčnega okvirja druge osebe ne prepoznavamo, bomo lahko medsebojno sodelovali in uspešno komunicirali le, če sta naša referenčna okvirja podobna. V poslovnem svetu, kjer se zahteva komunikacija med številnimi posamezniki, prej ali slej naletimo na večje razliknosti. Iz tega razloga je zmožnost prepoznavanja referenčnega okvirja druge osebe zelo pomembno.

Če prepoznamo referenčni okvir drugega, lahko prilagajamo našo komunikacijo in vedenje. V odnosu je torej bistvo prepoznati, kakšna je druga oseba in kako doživlja samo sebe, kako doživlja mene in kako razume svet, ki si ga deliva (npr. kako vrednoti naše podjetje, kako vrednoti delo kot tako, kako razume razmerja moči in kakšen odnos ima do tega itn.).

Določena prepričanja, ki se nahajajo v referenčnem okvirju druge osebe, je moč prepoznati že v nekaj minutah. Pri tem opazujemo videz, vedenje in komunikacijo (kaj ima druga oseba oblečeno, ali upošteva poslovni bonton, o katerih temah govori in kaj ob tem pove itd.).

Lokus kontrole

Kot velja za referenčni okvir, je za uspešno komunikacijo in doseg določenih poslovnih ciljev prav tako pomembno poznavanje lastnega lokusa kontrole in lokusa kontrole sogovornika. Kot referenčni okvir se tudi lokus kontrole razlikuje od posameznika do posameznika.

Lokus kontrole imenujemo tudi mesto nadzora. Gre za to, komu ali čemu pripisujemo vzroke za dogodke in situacije, v katerih se znajdemo. Lokus kontrole vpliva na to, kako se bomo v specifični situaciji vedli. Ločimo notranji in zunanji lokus kontrole ter lokus kontrole slučaja. Vsak izmed teh se lahko izraža v različni intenziteti (močan-šibek). V tabeli spodaj so predstavljene značilnosti večjih intenzitet posameznih lokusov kontrole.

NOTRANJI LOKUS KONTROLE	
Opis	Oseba z močnim notranjim lokusom kontrole vzroke za dogodke in situacije pripisuje sebi, svojemu znanju, sposobnostim, prepričanjem in odločitvam. Takšna oseba verjame, da lahko nadzoruje svoje vedenje ter da je potek dogodkov odvisen od nje.
Primer razmišljanja	Dovolj sem se potrudil/a, zato mi je uspelo. Nimam dovolj znanja, zato delam napake.
ZUNANJI LOKUS KONTROLE	
Opis	Oseba z močnim zunanjim lokusom kontrole vzroke za dogodke in situacije pripisuje drugim ljudem in njihovim odločitvam ali sistemom. To so lahko šef, politika podjetja, država, starši idr.
Primer razmišljanja	šef me ne mara, zato mi ne da priložnosti. Ker nimam pravega priimka, v našem podjetju ne morem napredovati.
SLUČAJ KOT LOKUS KONTROLE	
Opis	Oseba z močnim pripisovanjem vzrokov slučaju verjame, da je potek dogodkov v njenem življenju odvisen od spleta okoliščin, usode ali višjih sil. Ne verjame, da ima ona sama ali kdo drug vpliv na potek dogodkov.
Primer razmišljanja	Zgodilo se bo, kar se mora. Je že moralo biti tako, da sem izgubil/a stranko.

Najbolj idealno je, da je notranji lokus kontrole močnejši kot sta zunanji lokus kontrole in slučaj kot lokus kontrole. V tem primeru največji delež vzrokov za dogodke in situacije v našem življenju pripisujemo sebi in smo jih zato pripravljeni in zmožni nadzorovati in

spreminjati. Ob tem je potrebno biti realen, saj na vse dogodke in situacije ne zmoremo vplivati in niso povsem odvisne od nas samih.

Od lokusa kontrole so odvisna dejanja in motivacija. Na dejanja in motivacijo drugih oseb lahko vplivamo le, v kolikor poznamo njihov lokus kontrole. Slednje je moč prepoznati iz pogovora in opazovanja vedenja te osebe. Glede na to prilagajamo komunikacijo z njimi ter razumemo učinek naših sporočil na njihovo nadaljnje vedenje.

Model življenjskih pozicij

Model življenjskih pozicij je model, skozi katerega lahko razumemo, kakšen imamo odnos do sebe in do drugih (kakšen je naš referenčni okvir) ter posledično, kako bomo vzpostavljali odnose z drugimi in kako bo potekala naša komunikacija z njimi.

Obstajajo 4 vrste življenjskih pozicij glede na pripisovanje pomembnosti (+) ali odpisovanje pomembno-sti (-), in sicer sebi (JAZ) in/ali drugim (TI).

JAZ	TI	POZICIJA	OPIS
+	-	PLUS-MINUS POZICIJA	Jaz sem OK, ti nisi OK pozicija (jaz sem v redu, ti nisi v redu). To je pozicija, ko drugo osebo doživimo kot manj vredno, jo podcenjujemo. Do te pozicije lahko pridemo s precenjevanjem samega sebe ali s podcenjevanjem drugih. Drugemu lahko odpišemo pomembnost kot človeškemu bitju v celoti zaradi nekih lastnosti, ki jih ima (npr. spol, narodnost, barva kože, poklic, izobrazba, imetje, barva las...), ali dejanj, ki jih je storil. To pozicijo imenujemo kompleks večvrednosti. S te pozicije izhajajo stereotipi, predsodki in vici.
-	+	MINUS-PLUS POZICIJA	Jaz nisem OK, ti si OK pozicija (jaz nisem v redu, ti si v redu). To je pozicija, ko sebi odpišemo pomembnost ali drugemu pripišemo pretirano vrednost (sebe podcenjujemo ali drugega precenjujemo). Sebi lahko odpišemo pomembnost zaradi podobnih lastnosti kot pri plus-minus poziciji (npr. ker nimamo končane določene izobrazbe, ker imamo določen poklic, ker smo določene narodnosti...) in ob tem zaključimo, da nismo dovolj vredni. To pozicijo imenujemo kompleks manjvrednosti. Ta pozicija izhaja iz zaznavanja šibkih točk pri samem sebi.
-	-	MINUS-MINUS POZICIJA	Jaz nisem OK, ti nisi OK pozicija (jaz nisem v redu, ti nisi v redu). To je pozicija, ko posameznik sebi in drugemu odpiše pomembnost. Imenujemo jo pozicija obupa, apatije, depresije. Takšen posameznik je pasiven in se v različne aktivnosti in odnose ne želi vključevati. V poslovnem svetu z njim najpogosteje nimamo možnosti komunicirati, ker se je iz njega umaknil.

+	+	PLUS-PLUS POZICIJA	<p>Jaz sem OK, ti si OK (jaz sem v redu, ti si v redu). To je pozicija, ko sebe spoštujemo, se cenimo in imamo radi, hkrati pa zmoremo spoštovati in ceniti tudi druge ljudi. Ta pozicija ni pozicija popolne ljubezni do vseh ljudi, evforije nad življenjem ali nenehnih simpatij do drugega. Je zgolj pozicija, v kateri ne pripišemo ali odpišemo pomembnost ne sebi ne drugim zaradi določenih lastnosti ali dejanj, kot to naredimo, ko smo v plus-minus ali minus-plus poziciji. To pozicijo imenujemo zdrava pozicija realnosti. Sebe in druge vrednotimo na podlagi posameznih dejanj. Tudi če je dejanje druge osebe slabo, ne zaključimo, da je takšna tudi ta oseba v celoti. V pozicijah plus-minus in minus-plus se dogaja posploševanje, saj iz enega dejanja sebe ali druge osebe zaključimo o (o)sebi kot celoti. Gre za pozicijo, ki omogoča kvalitetne in funkcionalne odnose. Je najbolj zaželena pozicija, ki jo lahko zasedemo v odnosih.</p>
---	---	---------------------------	---

V življenju, različnih vlogah (starš, partner, vodja + ...) in situacijah zasedemo različne pozicije. Najpogosteje se ena od pozicij izrazi v večji meri. Čeprav bi bilo zaželeno in koristno, je normalno, da nismo in ne bomo nenehno v plus-plus poziciji, vendar se je smiselno truditi, da odnos do sebe in drugih, ki je značilen za to pozicijo, zasedamo vsaj v 80 odstotkih primerov.

Primer doživljanja pozicij v situaciji javni nastop

Posameznik lahko doživi določeno življenjsko situacijo skozi vse štiri pozicije.
 Na primer: javni nastop pred večjo skupino poslušalcev.

(++) pozicija

Oseba se zaveda svoje vrednosti in pomembnosti in poskrbi, da se ustrezno pripravi na nastop (prebere gradiva, pripravi in prilagodi temo, izbere ustrezno obleko...). Oseba poskrbi za svoje poslušalce tako, da analizira njihove interese, motive, nivo znanja in socializacije ...
 Takšna oseba običajno pri tem čuti zaskrbljenost in motivirajočo tremo.

(+ -) pozicija

Oseba odpiše pomembnost in vrednost svojih poslušalcev, trdno prepričana v svojo visoko vrednost. Sploh se ne ukvarja z drugimi, doživlja jih kot neumne, nesposobne ... Takšne osebe običajno pri nastopu čutijo prezir, ravnodušje ali sovraštvo.

(- +) pozicija

Oseba se popolnoma ali delno ne zaveda svoje vrednosti in pomembnosti. Poslušalci so skupina vsevednih, visoko sposobnih in pametnih ljudi, ki bodo kmalu ugotovili nesposobnost, neznanje ali neizobraženost nastopajočega.
 Spremljajoča čustva so običajno blokirajoča treme, nerealen strah, panika ali groza.

(- -) pozicija

Oseba odpiše vrednost in pomembnost sebi in poslušalcem, ugotovi da vse skupaj nima nobenega smisla in sploh ne gre nastopati. Zavije se v temo črnih misli in obupuje.

Občasna in stalna pozicija

Ločimo stalne in občasne pozicije. Ljudje imamo eno bazično oz. stalno pozicijo, v kateri preživimo največ časa, po drugih pa se selimo. Občasna pozicija je tista, ki jo vklopimo le občasno, pa se kmalu spet preselimo nazaj v bazično. Bazična pozicija je tako za nas realnost.

Notranja in zunanja pozicija

Obstaja še ena delitev, na zunanje in notranje pozicije. Zunanja pozicija je tista, ki jo pri drugih opazimo, ni pa nujno, da je to bazična pozicija te osebe. Velikokrat se zgodi, da je zunanja pozicija osebe + -, notranja pa dejansko -+. To so ljudje, ki imajo probleme sami s sabo in si nadenejo masko + - pozicije (večvrednosti) ter tako gradijo svojo pomembnost. Notranja pozicija je torej tista, ki jo dejansko doživljamo, zunanja pa tista, ki jo hočemo pokazati navzven oz. jo kažemo navzven .

Življenjske pozicije in komunikacija

V komunikaciji, medosebnih odnosih in pri delu je zaželeno, da preživimo čim več časa v + + poziciji.

1. Oseba v - - poziciji je pri delu zelo pasivna, nekomunikativna, obupana, ne zmore delovnih obvezno-sti, velikokrat potrebuje bolniški dopust.
2. Oseba v - + poziciji se v poslovni komunikaciji ukvarja predvsem sama s samo. Počuti se nekompetentno in inferiorno in veliko energije porabi za prikrievanje lastnih občutkov.
3. Oseba v + - poziciji se prav tako namesto s sogovornikom ukvarja sama s sabo. Preverja svojo pomembnost in superiornost v primerjavi z drugimi.
4. Oseba v + + poziciji se lahko ukvarja z realnostjo, je pomirjena sama s sabo, zato lahko usmeri pozornost na drugega in na vsebino poslovne komunikacije.

Naše doživljanje pozicij pri drugih

Ljudje lahko relativno hitro zaznamo kakšno pozicijo imajo drugi ljudje v komunikaciji z nami.

Pozicija - + pri drugemu lahko v nas vzbudi različne odzive (skrb za drugega, pomilovanje, nestrpnost, zaščit-ništvo...), prav tako se lahko različno odzovemo v komunikaciji z osebo, ki je do nas v + - poziciji. Takrat bodo naši odzivi najverjetneje usmerjeni v zavračanje, odklanjanje take osebe, uporništvo, občutek inferiornosti...

Ne glede na to, v kateri poziciji komunicirajo drugi ljudje z nami, je pomembno, da ohranimo + + pozicijo v naši glavi. Ko spoštujemo sebe in drugega kot našega sogovornika ne glede na to, kakšen je, ohranjamo profesionalni odnos in distanco.

Pogojna + + pozicija

Pogosto imamo ljudje tako do sebe kot do drugih pogojno + + pozicijo. To pomeni, da:

1. Jaz sem v redu, če ... (ozadje je -/+).
2. Drugi so v redu, če ... (ozadje je +/-).

V redu sem, če imam izpolnjen nek pogoj, če ga nimam, vklopim - +. Drugi so v redu, če izpolnjujejo nek pogoj, če ga ne, vklopim + -.

Pogoji so lahko zelo različni: denar, uspeh, avto, izobrazba, lep videz, stanovanje, hiša z bazenom...

Pogojna pozicija se veže na področje šibkih točk.

Če npr. meniš, da si OK le, če imaš visoko izobrazbo, potem boš sebe in druge ljudi ločeval po tem izpolnjenem pogoju.

Pogojno ++ pozicijo lahko »ukinjamo« z vgradnjo »varovalke« - notranjega govora, ki nam pove (povemo sami sebi z notranjim govorom), da smo mi in drugi OK tudi npr. brez visoke izobrazbe ali kakšnega drugega pogoja, tako, da se vsaj v večini primerov ulovimo prej, preden pademo v pozicijo - + ali + - in ju ne aktiviramo.

Poznavanje (ozaveščanje) lastnih šibkih točk in vgradnja »varovalk« je pomembno delo na poti lastnega razvoja.

(Poslovni) o odnosi in komunikacija

V odnosih, ki so lahko poslovni ali pa tudi ne, je, tako kot velja za referenčni okvir, koristno prepoznati življenjske pozicije, ki jih zasedajo drugi ljudje v odnosu z nami ali drugimi. Prepoznavanje življenjskih pozicij omogoča ustrezno odzivanje na komunikacijo druge osebe, ki prinaša najboljše rezultate. Omenjeno je toliko bolj relevantno za poslovne odnose .

Bitje in želja

Vsak izmed nas je bitje zase s svojimi željami in cilji, ki se neločljivo povezujejo z našimi vrednotami. Pomembnejša kot je želja ali cilj, pomembnejša je vrednota v ozadju. Če si torej močno želimo napredovati v službi, je delo ali pa morda ugled, ki lahko sovпада z napredovanjem, ena od pomembnejših vrednot, če ne celo najpomembnejša vrednota. V kolikor naše želje ali cilji niso izpolnjeni, doživljamo neprijetna čustva (žalost, jezo, strah ...). Mi sami lahko medsebojno ločujemo, da naše želje in cilji oziroma izpolnitev le-teh ni enako določanju vrednosti nam kot celoti. Isto velja za druge osebe. Če je torej določena želja neke osebe zavrnjena in tako ni izpolnjena, lahko ta oseba doživi zavrnitev sebe kot celote ali pa doživi le zavrnitev želje, pri čemer sebe še vedno mara in spoštuje, saj se zaveda ostalih izpolnjenih želja in ciljev.

Oseba, ki izpolnjevanje svojih želja in doseganje ciljev ne ločuje od lastne vrednosti, je lahko konfliktna oseba, ni pa nujno. Lahko gre namreč za osebo, ki skriva neprijetna čustva in zatre svoje želje in cilje, s čimer se izraža kompleks manjvrednosti. Konfliktna oseba izrazito pokaže pomanjkanje vrednotenja in spoštovanja same sebe ter kljub razjasnitvi nasprotujočih si želja in ciljev ter možnosti nastale situacije ne razume in ne dopušča želja in ciljev drugih. Navzven izraža kompleks večvrednosti, medtem ko je dejansko prisoten kompleks manjvrednosti. V komunikaciji s takšno osebo lahko opazimo, da gre za enega izmed tipov težavnih sogovornikov, predstavljenih v nadaljevanju.

Težavni sogovorniki

Tipi sogovornikov

V komunikaciji ločimo:

- običajne,
- zahtevne in
- težavne sogovornike.

Običajni sogovorniki so tisti, s katerimi komunikacija hitro steče, je brez posebnosti in je učinkovita. Zahtevni sogovorniki so posamezniki, komunikacija s katerimi zahteva več truda, vendar se dotika vsebine, ki smo jo določili, in prinaša rezultate. Komunikacija z običajnimi ali zahtevnimi sogovorniki poteka v 80 odstotkih primerov. Zahtevnih sogovornikov ne smemo zamenjevati s težavnimi sogovorniki. Za težavne sogovornike potrebujemo še več energije kot za zahtevne sogovornike. Hkrati za težavne sogovornike velja, da njihova

komunikacija ni omejena zgolj na izhodiščno vsebino, zaradi katere se je medsebojna komunikacija začela. Pri težavnih sogovornikih se v komunikaciji izražajo zgoraj omenjeni kompleksi.

Primeri težavnih sogovornikov

1. Nesramni sogovornik - merjasec

Notranja pozicija minus-plus, zunanja plus-minus.

Pogoj: V redu sem, če dokažem, da ti nisi.

Vedenje: Podaja nesramne opazke. Hrani se s šibkostjo drugih, njihovo zadrego in stisko.

Pristop: Ne reagiramo na nesramnosti in iščemo ključne besede v njihovem povedanem, ki se vežejo na dejansko temo pogovora in so pomembne za doseg cilja, zaradi katerih vstopamo v komunikacijo z njim.

2. Vzvišeni sogovornik - kamela

Notranja pozicija minus-plus, zunanja plus-minus.

Pogoj: V redu sem, če sem pameten.

Vedenje: Velika informiranost, uporaba strokovnih terminov, priporočila pomembnežev, pogosto navaja nazive. »Pljuva« ljudi, ki jih označi kot neumne, testira njihovo razgledanost, informiranost, strokovnost. Pristop: Skrbimo, da je tehtnica pomembnosti v nenehnem ravnovesju med nami in njimi. Pri tem je pomembno, da hkrati izkažemo lastno znanje ter jim polaskamo glede tega, kar vedo že sami. Laskanje ni enako laganju. Paziti je potrebno, da izpostavimo resnično prisotno.

3. Nezaupljivi sogovornik - dihur

Notranja pozicija plus-minus, zunanja plus-minus.

Pogoj: V redu sem, če me ne prevarajo.

Vedenje: Nezaupljivost in previdnost, preverjanje, počasnost in natančnost.

Pristop: Uporabimo veliko energije in tej osebi posvetimo veliko časa, dokler ne razreši vseh svojih ugovorov in pomislekov. Pustimo ji čas, da sama preveri dokumente, raziskave in drugo potrebno na to temo, ki so nam že znani. Lahko jo usmerimo k tem virom Informacij - ni potrebno, da imamo vso zahtevano znanje za uspešno komunikacijo (za razliko od kamele).

4. Klepetavi sogovornik - zajklja

Notranja pozicija minus-plus, zunanja minus-plus.

Pogoj: V redu sem, če govorim in me poslušáš.

Vedenje: Skače s teme na temo, ne neha govoriti. Gre za osebe, ki klepet doživijo kot izhod iz neprijetne situacije.

Pristop: Poslušamo in s kratkimi, jasnimi vprašanji (na katera pričakujemo odgovore »da« ali »ne«) med ostalo vsebino pobiramo informacije, pomembne za želeno dosego ciljev. Pri takšnem sogovorniku je težko ustaviti komunikacijo, kljub temu da smo povedali ali slišali želeno. Smiselno se je sklicevati na nadaljnje opravke, v kolikor želimo prekiniti komunikacijo.

5. Tihi sogovornik – školjka

Notranja pozicija minus-plus, zunanja minus-plus.

Pogoj: V redu sem, če me ne ogrožáš.

Vedenje: Tiha, se izmika, drži distanco.

Pristop: Zelo previdno ponudimo temo pogovora in smo vedno pripravljeni na umik, če opazimo, da se sogovornik počuti ogrožen. Dopuščamo večji osebni prostor. Vprašanja naj

bi bila redkejša ter takšna, kjer je možen krajši odgovor in odgovora »da« ali »ne. Takšne osebe pogosteje raje komunicirajo preko elektronske pošte ali telefona.

6. Jezni sogovornik – tiger

Notranja pozicija minus-plus, zunanja plus-minus.

Pogoj: V redu sem, če sem pomemben in mi drugi to potrdijo.

Vedenje: Pogosto odreagira jezno, kadar ni po njegovo.

Pristop: Takoj reagiramo na problem, ki ga tak sogovornik izpostavi, in ponudimo ustrezno rešitev. Ključna je vidna hitra reakcija, da mu dokažemo pomembnost. Pri sebi se je potrebno zavedati, da ni mogoče vedno zadovoljiti želje takšnega sogovornika, ker je potrebno v ozir vzeti še naše želje, želje drugih in značilnosti situacije.

Ne glede na to, s kakšnimi težavnimi sogovorniki, predstavljenimi zgoraj, vstopamo v odnose, je najustrezneje, da komuniciramo s plus-plus pozicije. Drugi ljudje imajo svoje vzroke za svoje vedenje in svojo težavnost, razreševanje in spreminjanje česar ni naša naloga. Vplivamo lahko le na svoj način komunikacije in vedenja v odnosu z njimi, kar prilagajamo zavedanju in poznavanju področij medsebojne različnosti.

STRES MANAGEMENT - UPRAVLJANJE S STRESNO SITUACIJO SKOZI ČUSTVA

dr. Željko Čurić, dr. med., spec. psihiatrije, psihoterapevt, komunikolog

O. K. Consulting, d.o.o.
info@okconsulting.si

Stres in kaj z njim

V stresu sem! Zakaj to doživljam in kako se tega rešim?«

To sta pogosti vprašanji, ki si jih sodoben človek zastavi v določenih življenjskih situacijah, ko ima občutek, da doživlja nekaj neprijetnega, neželenega, napornega ali neobvladljivega. Ljudje lahko isto življenjsko situacijo doživljamo različno. Za nekatere je določena situacija lahko rutinirani opravke, za druge pa hud stres (npr. vodenje sestanka, pogovor z vodjo ali sodelavcem, vožnja do službe ali domov, uporništvo otroka, obiski sorodnikov...). Če doživimo stres, doživimo tudi neprijetna čustva. Prepoznamo, kaj so čustva in kdaj čustvujemo ter kako »uporabiti« čustva, da bomo stres obvladovali.

Čustva in vrednote

Čustva

Čustva ali emocije so duševna stanja in procesi, ki nas psihično in fizično pripravljajo na določene oblike aktivnosti. Čustva lahko sprejmemo kot signale, ki nas opominjajo, kaj nam je v življenju zares pomembno in kaj se trenutno s tem dogaja.

Ljudje čustva običajno delimo na pozitivna in negativna. Ta delitev čustev ni uporabna. Vsa čustva so lahko v določenih situacijah pozitivna in ustrezna, tudi tista, ki jih običajno pojmuje kot negativna in s tem pogosto tudi kot nesprejemljiva. Bolj uporabna je delitev čustev na prijetna in neprijetna. Vsako čustvo je torej lahko uporabno, res pa je, da ne nujno tudi prijetno.

Prijetna čustva:	sreča, veselje, zadovoljstvo, ljubezen...
Neprijetna čustva:	jeza, strah, žalost, prezir, zavist

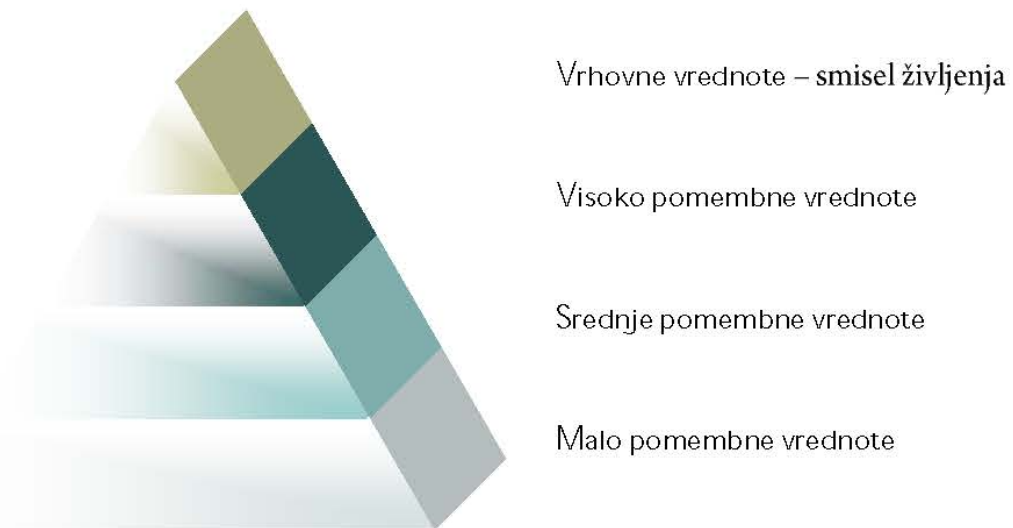
Čustva doživljamo v situacijah, ki potrjujejo ali ogrožajo naše vrednote. Če situacija potrjuje naše vrednote, kar pomeni, da se situacija odvija, kot si želimo oziroma kot nam ustreza, potem v tej situaciji doživljamo prijetna čustva. V kolikor situacija ogroža naše vrednote, potem so čustva, ki jih doživljamo, neprijetna. Bolj so vrednote pomembne, bolj intenzivna bodo naša čustva ob njihovem potrjevanju ali ogrožanju. Obstajajo tudi številne situacije, v katerih doživljamo »mešana« čustva - tako prijetna kot neprijetna. To pomeni, da situacija potrjuje nekatere naše vrednote in ogroža druge. Takšen primer je napredovanje v službi. Čutimo zadovoljstvo, ker smo se prizadevali dokazati, hkrati nas je strah, ali bomo kos vsem novim izzivom.

Vrednote

Kot smo že omenili, je pogoj za doživljanje čustev obstoj osebnih vrednot oz. vrednotnega sistema. Vrednote so življenjska področja, ki jim določimo pomembnost.

Nekaj primerov vrednot: zdravje, otroci, delo, denar, prosti čas, znanje, ugled, lepota, vera...

Spodaj je prikazana piramida sistema vrednot po njihovi pomembnosti.



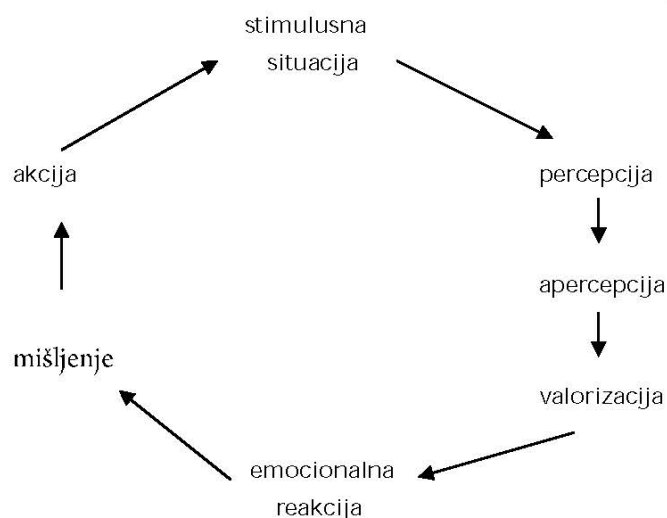
Obstajajo tudi vrednote, ki nam sploh niso pomembne. Ogrožanje teh v nekaterih situacijah nas dela ravnodušne. Vrednotni sistemi so pri ljudeh zelo različni in se tekom življenja spreminjajo. Smiselno je, da ozavestimo naš sistem vrednot. Le tako smo sposobni razumeti sebe, svoja čustva in odzive ter spodbujati spremembe, če so te potrebne ali če si jih želimo.

Čustvovanje in odzivanje

Model krožne emocionalne reakcije

Kot smo že spoznali, so čustva neločljivo povezana z vrednotami. Sedaj pogledjmo, kakšen je celoten proces odzivanja posameznika na nek dražljaj oz. situacijo, ki je lahko stresna. To ponazarja spodnja shema.

Shema modela krožne emocionalne reakcije



1. **Percepcija;** Zaznava stimulusne situacije
2. **Apercepcija;** Dekodiranje zaznane situacije. Gre za dekodiranje realnosti - kaj se zares dogaja.
3. **Valorizacija;** Ko možgani situacijo dekodirajo, se pojavi določanje pomena in pomembnosti stimulusne situacije. To je faza valorizacije. Če je situacija pomembna, se pojavi čustvo, če ni pomembna, čustvene reakcije ni. Glede na pomen se aktivirajo različne vrste čustev. Pomen se nanaša na to, ali stimulusna situacija ogroža ali potrjuje vrednostni sistem.
4. **Emocionalna reakcija;** Sledi emocionalna reakcija, razvije se čustvo. To je avtomatičen odziv in se ga ne da kontrolirati. V tej fazi se telo pripravi na akcijo.
5. **Proces mišljenja;** Nato se aktivira proces mišljenja. Oseba začne razmišljati, analizirati dogajanje in se odločati o ukrepanju, ki bo razrešilo situacijo. Pogosto se zgodi, da to fazo kar preskočimo, saj zahteva veliko energije.
6. **Akcija;** Oseba se začne vesti na določen način z namenom, da razreši stimulusno situacijo. Če v krožni emocionalni reakciji ne nastopi faza akcije, ostane osebi samo upanje, da se bo stimulusna situacija razrešila sama od sebe ali pa, da jo bo razrešil nekdo drug. V takih primerih nekateri uporabijo psevdoadaptacijo (psevdo pomeni navidezna), npr. sproščajo stres v fitnesu, v alkoholu, meditirajo ... Tak način lahko sicer sprost nekaj napetosti, problem pa je, da se s tem stimulusna situacija ne razreši.
Za razrešitev stimulusne situacije je potrebna avtoadaptacija ali aloadaptacija:
 1. prilagodimo sebe situaciji (a le za ceno višjih vrednot) - avtoadaptacija,
 2. prilagodimo situacijo sebi - aloadaptacija,
 obstaja še možnost 3., ki je: izhod/ umik iz situacije.
Ključna beseda je adaptacija. Oseba, ki realno in natančno dekodira določeno situacijo, začuti ustrezno čustvo in izbere ustrezno vedenje, ki jo pelje v adaptacijo.

Stres

Pozitiven in negativen stres

Stres doživljamo, ko so naše vrednote ogrožene. Stres je lahko pozitiven, dober in deluje kot spodbuda za nadaljnje delovanje. To vrsto stresa imenujemo eustres. Stres pa je lahko tudi negativen, slab in zavira nadaljnje delovanje. To vrsto stresa imenujemo distres.

Eustres ali »dober« stres oseba doživi, ko situacija ogroža njeno vrednoto, ob tem doživi neprijetno čustvo ter se odloči za akcijo, iz katere je izhod adaptacija na situacijo, s čimer oseba znova doseže ravnovesje in umiritev. **Posledice eustresa:** pojavi se zdrava človeška utrujenost, lahko tudi izčrpanost, ki jo razrešimo skozi počitek in sproščanje in je običajen spremljajoč občutek zadovoljstva ob uspešni adaptaciji.

Distres ali »slab stres« je lahko enaka situacija, ki jo oseba neustrezno ali nerealno doživlja, začuti neprijetno čustvo ter se odloči za akcijo, ki jo ne popeljejo v adaptacijo. Za človeka je najbolj neprijetno, če se isti distres kronično ponavlja in dolgo traja. **Posledice distresa:** Oseba najprej začne doživljati napetost, potem stisko in izgubljenost, nadalje se lahko izrazijo čustveni in vedenjski izpadi, zmanjša se učinkovitost in vitalnost. Z daljšo izpostavljenostjo stresu pa se oseba lahko začne umikati v samoto ter izgubljati interes za stvari, ki so jo prej veselile.

Usmeritve za obvladovanje stresa

- Zavedajte se svojega sistema vrednot, spoštujte ga in negujte.
- Analizirajte in ugotavljajte logiko vaših čustev.

- V situacijah, ko se počutite izgubljene, zastavite sebi naslednja vprašanja:
- Kaj se trenutno v resnici dogaja?
- Koliko je ta situacija zame dejansko pomembna?
- Katera je najbolj ustrezna akcija, ki bo razrešila situacijo?

Ustrezna analiza + Ustrezna akcija = Adaptacija
--