



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



Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji

SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI X.

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

Zbornik prispevkov

Zreče, maj 2024



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

SVETOVALNE IN MOTIVACIJSKE TEHNIKE ZA DELO S PACIENTI X.

Zreče, 30. in 31. maj 2024

Zbornik prispevkov

Urednik:

Aljoša Lapanja

Zbral in tehnično uredil:

Aljoša Lapanja

Lektorirala:

Andreja Valant

Založila in izdala:

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Ljubljana, 2024.

Avtorji odgovarjajo za vsebino prispevka, strokovnost navedb ter pravilno citiranje literature in virov.

Programsko-organizacijski odbor: Aljoša Lapanja, Simona Podgrajšek, Simona Tomaževič, Petra Hlade Kodrič, Simona Bračko, Urška Poček, Mitja Prapertnik.

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

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

316.628:616-083(0.034.2)

ZBORNICA zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji (2024 ; Zreče) Svetovalne in motivacijske tehnike za delo s pacienti X [Elektronski vir] : za vse, ki jih zanima učinkovito svetovalno delo s pacienti ter motivacija pri doseganju njihovih ciljev : zbornik prispevkov : [strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji : Zreče, 30. in 31. maj 2024] / [organizator] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji ; [urednik Aljoša Lapanja]. - E-zbornik. - Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, 2024

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

ISBN 978-961-95809-4-3 (PDF)
COBISS.SI-ID 195958531

PROGRAM STROKOVNEGA SREČANJA

ČETRTEK, 30. 5. 2024

07.45 – 08.45 **Registracija udeležencev**

60 min

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

15 min

I. SKLOP

Moderatorica: Simona Podgrajšek

09.00 – 10.00 **Uravnoveženost osebnih prepričanj kot element kakovostnega dela s pacienti**

60 min

dr. Simon Turk, univ. dipl. soc. ped., Zdrav individuum

10.00 – 11.30 **Resno je stresno**

90 min

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

11.35 – 11.40 **Razprava**

5 min

11.40 – 11.55 **Svetlobna terapija BIOPTRON za uporabo v namen preventive, kurative in rehabilitacije** (predavanje sponzorja Zepter BIOPTRON)

15 min

*Aleksandra Saša Oberstar, medicinska sestra-babica, dipl. ekon. (UN)
Strokovna sodelavka za svetlobno terapijo in medicinske aparate ZEPTER Slovenica d.o.o.*

11.55 – 12.10 **Dobre prakse zdravljenja odvisnosti od opioidov z zdravilom Buvidal**

15 min

*(predavanje sponzorja INSPHARMA d.o.o.)
Martin Gselman, dr. med., spec. psih.*

12.10 – 13.40 **Odmor za kosilo**

90 min

II. SKLOP – DELAVNICE

Moderator: Aljoša Lapanja

I. Delavnica: Resno je stresno

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

II. Delavnica: Odličnost v komunikaciji – obvladovanje konfliktov

dr. Simon Turk, univ. dipl. soc. ped., Zdrav individuum

III. Delavnica: Kako reči ne (postavljanje meja)

mag. Špela Tušek Lc.Ps., Imago partnerska terapevtka in facilitatorica, Supervizorka in certificirana Imago trenerka

IV. Delavnica: Cilji in ciljna usmerjenost

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

13.40 – 14.40 **I. – IV. DELAVNICA**

60 min

14.50 – 15.50 **I. – IV. DELAVNICA**

60 min

15.50 – 16.30 **Odmor**

40 min

III. SKLOP

Moderator: Aljoša Lapanja

16.30 – 17.00 **Nastop za sprostitev in motivacijo**
30 min Perica Jerković, stand up komik

17.00 **Zaključek prvega dne**

20.00 **Samopostrežna večerja in druženje ob glasbi**
(brezplačna na račun organizatorja)

PETEK, 31. 5. 2024

08.45 – 09.15 **Registracija udeležencev**
30 min

I. SKLOP

Moderatorka: Simona Tomažević

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

09.20 – 10.20 **Korektivni terapevtski odnos kot pogoj pacientove motiviranosti**
60 min asist. dr. Nuša Kovačević Tojnko, mag. psih., psihoanalitična psihoterapevtka (ECPP); Zoltan Pap, dipl. zn., psihoanalitični psihoterapevt (ECPP), Ambulanta za duševno zdravje Pamina

10.20 – 11.50 **Pozitivna psihologija – orodje za boljše življenje**
90 min dr. Aleksander Zadel, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

11.50 – 12.00 **Razprava**
10 min

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

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

II. SKLOP – DELAVNICE

Moderator: Aljoša Lapanja

- I. **Delavnica: Pozitivna psihologija – orodje za boljše življenje**
dr. Aleksander Zadel, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.
- II. **Delavnica: Korektivni terapevtski odnos - iz teorije v prakso**
asist. dr. Nuša Kovačević Tojnko, mag. psih., psihoanalitična psihoterapevtka (ECPP); Zoltan Pap, dipl. zn., psihoanalitični psihoterapevt (ECPP); Ambulanta za duševno zdravje Pamina, Liza Marijina, diplomirana dramska igralka
- III. **Delavnica: Vzpostavljanje zdravih odnosov v delovnem okolju**
mag. Špela Tušek Lc.Ps., Imago partnerska terapevtka in facilitatorka, Supervizorka in certificirana Imago trenerka
- IV. **Delavnica: Problem kot izziv**
dr. Špela Hvalec, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

12.45 – 13.45 I. – IV. DELAVNICA

60 min

13.55 – 14.55 I. – IV. DELAVNICA

60 min

15.00 **Zaključek strokovnega srečanja**

KAZALO

| | |
|---|----|
| URAVNOTEŽENOST OSEBNOSTNIH PREPRIČANJ KOT ELEMENT KAKOVOSTNEGA DELA S PACIENTI | 1 |
| dr. Simon Turk | |
| RESNO JE STRESNO (učna delavnica) | 6 |
| Polona Požgan | |
| ODLIČNOST V KOMUNIKACIJI – OBVLADOVANJE KONFLIKTOV (učna delavnica) | 8 |
| dr. Simon Turk | |
| KAKO REČI »NE« – POSTAVLJANJE MEJA (učna delavnica)..... | 13 |
| mag. Špela Tušek | |
| CILJI IN CILJNA USMERJENOST (učna delavnica) | 15 |
| dr. Špela Hvalec | |
| KOREKTIVNI TERAPEVTSKI ODNOS KOT POGOJ PACIENTOVE MOTIVIRANOSTI | 17 |
| asist. dr. Nuša Kovačević Tojnko Zoltan Pap | |
| POZITIVNA PSIHOLOGIJA – ORODJE ZA BOLJŠE ŽIVLJENJE (učna delavnica) 26 | |
| dr. Aleksander Zadel | |
| KOREKTIVNI TERAPEVTSKI ODNOS – IZ TEORIJE V PRAKSO (učna delavnica) | 27 |
| asist. dr. Nuša Kovačević Tojnko Zoltan Pap Liza Marijina | |
| VZPOSTAVLJANJE ZDRAVIH ODNOSOV V DELOVNEM OKOLJU (učna delavnica) | 28 |
| mag. Špela Tušek | |
| PROBLEM KOT IZZIV (učna delavnica)..... | 30 |
| dr. Špela Hvalec | |
| UPORABA SVETLOBNE TERAPIJE Z BIOPTRONOM NA PODROČJU PREVENTIVE, KURATIVE IN REHABILITACIJE (prispevek sponzorja) | 32 |
| Aleksandra Saša Oberstar | |

URAVNOTEŽENOST OSEBNOSTNIH PREPRIČANJ KOT ELEMENT KAKOVOSTNEGA DELA S PACIENTI

BALANCE OF PERSONAL BELIEFS AS AN ELEMENT QUALITY WORK WITH PATIENTS

Dr. Simon Turk, socialni pedagog

Zdravi individuuum, Usposabljanja socialnih veščin in svetovanje, Simon Turk, s. p.
simon.turk@zdraviindividuuum.si

Izvleček

Privzgojena osebnostna prepričanja so najpomembnejši sestavni element referenčnega okvirja posameznika. Internalizirana vplivajo tako na naše dožemanje, čustvovanje, motiviranost in odzivanje – torej na naše delovanje v celoti. Ponotranjili smo jih tako močno, da jih (ne)zavedno uporabljamo tudi v relaciji do ostalih – v pogovoru, spodbujanju sodelavcev in celo pri vzgajanju lastnih otrok. Ustrezna jakost privzgojenih prepričanj nam v službi in zasebnem življenju gotovo koristi. Pretirano izražena prepričanja pa nas in naše otroke utrujejo v življenjskih zablodah. Povečujejo naš stres. Zaradi njih doživljamo in izražamo čustva na neustrezen način in posledično tako tudi delujemo. Z osebnostno rastjo je možno doseči njihovo adekvatnost v medosebnih odnosih.

Ključne besede: osebnostna prepričanja, obvladovanje stresa, referenčni okvir.

Abstract

Inculcated personal beliefs are the most important component of an individual's reference frame. Internalized, they influence our perception, emotions, motivation and response - that is our functioning in its entirety. We have internalized them so strongly that we (un)consciously use them also in relation towards others - in conversation, encouraging colleagues and even when raising our own children. Namely, the appropriate strength of inculcated beliefs certainly has benefits in work and private life. Excessively expressed beliefs, however, strengthen us and our children in the delusions of life. They increase our stress. Because of them, we experience and express emotions in an inappropriate way and, as a result, we also act that way. Through personal growth, it is possible to achieve their adequacy in interpersonal relationships.

Keywords: personality beliefs, stress management, reference frame.

Teoretična izhodišča

Osebnostna prepričanja kot del referenčnega okvirja

Ekološki pristop k razvojni psihologiji že dolgo vsebuje prepričanje, da posameznik sam uravnava svoj razvoj – seveda ob (ne)uspešnem analiziranju svojih doživetij ob različnih življenjskih izkušnjah (Pečjak, 2000). Socialno kognitivna teorija samoučinkovitosti zagovarja perspektivo posameznika, ki je proizvajalec svojih izkušenj in oblikovalec svojega življenjskega okolja. Klasična behavioristična paradigma (Radovan, 2000) je v ospredje postavljala trditev, da je posameznikovo vedenje določeno s spremembami v okolju, kljub temu da seveda tudi on s svojim vedenjem povratno vpliva na to okolje. To mu je toliko bolj

omogočeno, če je sposoben razvijati oblike notranje motiviranosti in prepričanj, s katerimi utrjuje nadzor nad svojimi odločitvami v življenju (Bandura, 2000). Bandura (prav tam) ugotavlja, da se človek s svojimi dispozicijami in kognitivnimi zmožnostmi prilagaja okolju ali ga celo preoblikuje, pri čemer deluje samouravnilno, kar pomeni predvsem uravnavanje diskrepance med zadanimi cilji in dosežki.

Musek (2010) postavi najbolj preprosto definicijo posameznikovega delovanja: njegova duševnost in njegovo obnašanje izvirata bodisi iz njega kot osebe, bodisi iz okoliščin, v katerih je, bodisi iz interakcije med njim in okoliščinami. Teorija samoučinkovitosti (Bandura, 2000) tako uporabi naslednje spremenljivke: okolje, posameznik in njegova kognicija. Socialno kognitivne teorije so formulo klasičnih behavioristov »stimulus-reakcija« preoblikovale v »stimulus-osebnost-reakcija« (Batistič Zorec, 2000).

Medosebna različnost je pogojena s privzgojenimi osebnostnimi prepričanji v posameznikovem referenčnem okvirju (Milivojević, 2007):

- v odraščanju so nam jih začeli oblikovati drugi pomembni odrasli, ki so nas vzgajali;
- pozneje smo jih z lastnimi življenjskimi izkušnjami le še utrjevali;
- referenčni okvir je zelo tog in nam nehote v naprej določa, kako naj doživljamo posamezno izkušnjo ali situacijo, v kateri se znajdemo;
- privzgojena prepričanja se nam navadno potrdijo in nas s tem lahko močno omejijo.

Če smo bili v otroštvu deležni veliko kritiziranja, je velika verjetnost, da bomo odrasli v manj samozavestnega posameznika. Posledično bomo drugim pripisovali preveč pomembnosti. Pozorni bomo na to, da se jim ne bomo zamerili, da jim bomo ugajali, da bomo vedno ustvarjali prijetno vzdušje za druge okoli nas. Za nas bo potem značilen referenčni okvir, v katerem imajo prednostno vlogo drugi. Posledično z nami ni težko manipulirati – drugi morajo samo na pravi način »potarnati« in že delamo namesto njih. Nam je namreč pomembno, da rešujemo druge – četudi na račun sebe.

Če pa so nas v otroštvu spodbujali s pretiranimi pohvalami in morebiti celo s (pre)nizkimi zahtevami osebnostne odgovornosti, bomo pretirano samozavestni. Zase se bomo postavili na način, da bomo poniževali druge. Kadarkoli bo nekdo izrazil drugačno mnenje od našega, bomo to dojeli kot napad in neupravičeno kritiko. Zelo težko priznamo napake. Motivirajo nas svari, v katerih vidimo lastno korist. Naš govor je glasen, vpadljiv in pogosto zajedljiv.

Če pa so nam govorili, da je v življenju pomemben red in držanje dogovorov, je velika verjetnost, da bo naš referenčni okvir naravnani na dogovore, pravila, disciplino. Težko bomo dopuščali kakršnekoli izjeme. Namreč, če so pravila jasna, potem ne odobravamo nobenih odstopanj. Radi imamo načrtovane počitnice. Nikakor nam ni sprejemljivo, da bi šli na počitnice brez rezervacije ali na nepreverjeno lokacijo. S takim načinom delovanja smo organizirani, zanesljivi in imamo občutek varnosti. Naš govor je pogosto monoton in zato nas pogosto dojemajo kot hladne. V medosebnih konfliktih pa našo hladnost drugi dojemajo kot arogantnost in nesramnost.

Starši so nam z vzgojo nehote privzgojali osebna prepričanja, kako živeti »prav«. Z opozorili ali dovoljenji so nas spodbujali, da je treba biti močen, popoln, ustrežljiv, da je treba hiteti in trdo delati (Harris & Harris, 2000).

Razprava

Z navedbo konkretnih stavkov, opisom delovanja in samokritičnim vprašanjem vas želimo spodbuditi k razmisleku, kakšen sodelavec in predstavnik zdravstvene stroke želite biti. Posameznik je namreč tisti, ki je odgovoren za smiselnost in adekvatnost lastnih prepričanj.

Privzgajanje prepričanja »bodi močen« se je osnovalo s stavki: »Ah, toliko se pa res nisi udaril! Tako zelo te pa spet ne boli, da bi moral zdaj tako na glas jokati! A zdaj boš pa jokica, ko te vsi drugi gledajo? Te ni sram?« Na ta način so nam privzgajali prepričanje, da je življenje boleče, vendar je treba zdržati. Treba je biti močen. Četudi v sebi čutimo, da smo prizadeti, tega nikakor ni dobro pokazati navzven, kaj šele o tem s kom govoriti. Govorili so nam, da je prav, da si nadenemo masko neprizadetosti, ker nas bodo samo tako drugi sprejeli.

Po eni strani nas to prepričanje utrdi, nas motivira. Ne zatekamo se k pretiranemu pritoževanju in znamo zdržati neprijetne situacije. Po drugi strani pa je pretirano prepričanje razlog, da ne poiščemo pomoči, ko bi jo nujno rabili. Ne znamo se sprostiti in uživati v prijetnih, bolj »mehkobnih« čustvih. Dovolimo si doživljati in izražati samo »junaška« čustva. Hočemo ustvariti vtis vsemogočega, brezčutnega, agresivnega in narcisoidnega (so)delavca?

»Bodi popoln« so nam utrjevali: »Spet nisi naredil tako, kot smo ti rekli! A pa človek tebi sploh lahko da kaj za delat? Ali ti sploh lahko zaupam, da se boš dovolj potrudil? Kako si lahko tako površen, da spet nisi bil pozoren na malenkosti? Pa ravno te so najbolj pomembne!« Na ta način so nam privzgajali, da smo vredni samo, če smo popolni. Zato na lastne napake gledamo kot na katastrofe, ki jih posledično skušamo prikriti in si na ta način zagotoviti perfekcionistično podobo v očeh drugih.

Če svoje delo opravljamo čim bolj popolno, drugi vedo, da se lahko na nas zanesejo. Hkrati pa smo lahko zaradi pretirane želje po popolnosti za ostale zoprni, ocenjujejo nas kot komplikatorje. Do sebe smo pretirano zahtevni in samokritični. Res hočemo ustvarjati vtis narcisoidnega »bleferja«, ki zaradi previsokih pričakovanj nikoli ne bo zadovoljen sam s sabo, s svojo samopodobo?

»Poglej, kako se pa zdaj fantek počuti, ko mu nočeš dati svoje igračke? Te ni nič sram, da imaš vse zase? To je pa res grdo, da nočeš pomagati. Jaz bi zate naredil vse!« so bili stavki, s katerimi so nam utrjevali prepričanje »ustrezi«. Če so nam tovrstne stavke govorili prepogosto, nam niso privzgajali samo uvidevnosti do drugih, temveč pretirano ustrežljivost. Morda celo zablodo, da smo mi odgovorni za počutje drugih okoli nas.

Če smo do drugih ustrežljivi, nas imajo sicer zelo radi, vendar nas posledično lahko začnejo izkoriščati. Namreč, mi smo tisti, ki jim ne znamo postaviti meja in ne znamo dati sebe v ospredje. Lastno potrditev črpamo iz potrebe po tem, da smo »potrebovani«, da drugi brez nas ne morejo. Ali hočemo, da nas drugi ne spoštujejo in zato izkoriščajo; ali hočemo izpasti pretirano pokroviteljski in zato za okolico nadležni?

Morebitna živčnost prepričanja »pohiti« je nastajala ob stavkih: »No, zdaj se pa že »zmigaj«! Mi gremo. Ti pa, če se boš oblekel, greš z nami, če ne, pa boš ostal doma. Mi te ne mislimo čakati! Spotoma, ko boš šel s prijatelji na igrišče, nesi še smeti – pa ko se boš vračal, pojdi še v trgovino po kruh in jogurt.« Morda celo nehote so nas spodbujali k razmišljanju, da so trenutki v življenju za to, da se jih izkoristi. Čas ni namenjen »bluzenju«, čas je treba porabiti pametno in učinkovito. Treba je hiteti. Posledično so nam dolgočasje in počasne aktivnosti

nesmiselne. Vredni smo, če svoj čas izkoristimo, kolikor je le mogoče, optimalno. Zato počnemo več stvari naenkrat, a nobene povsem predano oziroma jih pogosto ne dokončamo.

Seveda je zaželeno, da znamo v določenih situacijah pohiteti. Da se določena opravila v življenju opravijo hitro. S tem nam ostane čas za druge aktivnosti ali za dolgočasenje, ki je ključno, če želite biti v življenju poleg pravočasnosti še ustvarjalni. Vendar bo posameznik, ki ima prepričanje, da je hitenje vrednota, preostali čas zapolnil z neko drugo aktivnostjo. Še bolje pa bo, če mu bo v tem preostalem času uspelo narediti več stvari naenkrat. Posledično morajo ostali za njimi dokončati na pol opravljeno delo ali celo začeti znova, saj je bilo zaradi hitenja storjenih preveč napak. Ali res hočemo izpasti kot nemirni, nečuječni in hiperaktivni posameznik, ki morda po nepotrebnem ustvarja paniko in živčnost v delovnem procesu?

Prepričanje »delaj trdo« so nam privzgajali na način, kot ga opisujemo v naslednji osebni anekdoti. Nekoč sem si dolgočasno in mukotrpno opravilo (pletje plevela okoli hiše) popestril z radijem na baterije in majhnim stolčkom. Ko je oče to opazil, je prišel do mene in me pomenljivo vprašal: »Ja, sine, kaj pa delaš?« »To, kar moram – plevem,« sem mu odgovoril. Z odločnim glasom mi je dejal: »To pa ni delo! Kar pospravi radio in lepo počepni, potem pa plevi.« S tem mi je (morda celo nezavedno) privzgajal, da je vredno samo tisto delo, ob katerem se človek »matra«. Delati je treba »trdo«.

Če nam je bila omenjena lastnost močno privzgojena, posledično v življenju povsem razvrednotimo stvari, za katere se nismo trudili in so nam uspele mimogrede. Dosežki so sicer lahko zelo dobri, vendar jih mi ne cenimo. Ravno tako si zelo težko vzamemo čas za resničen počitek. Tudi na dopustu si čas zapolnimo z veliko opravili. Namreč, počutimo se vredne samo takrat, če lahko delamo in če naš trud opazijo tudi ostali. Hkrati pa nas zelo iritirajo ljudje, ki se ob resnem delu tudi zabavajo. Če k delu pristopimo resno in zavzeto, potem nam drugi pripisujejo požrtvovalnost in odgovornost. Hkrati pa smo zaradi pretirane delovne vneme v nevarnosti, da »na dolgi rok« zbolimo, izgorimo in celo sami sebi odpisujemo vrednost v trenutkih, ko ničesar ne delamo. Ali res hočemo biti dolgočasen in iztrošen garač, ki si ne zna vzeti odmora in časa za sprostitev (tudi med delom), ko bi bilo to potrebno in smiselno?



Slika 1: Prepričanja (lastni vir)

Osebnostnim prepričanjem bi lahko rekli tudi osebnostni priganjalci (Slika 1). S svojim prisilnim delovanjem nas silijo v določen način razmišljanja, čustvovanja in odzivanja. Zato je pomembno, da z ustreznimi osebnimi dovoljenji, da smo lahko drugačni, kot nam sicer to narekuje pretirano izraženo prepričanje, uravnotežimo prepričanja na njihovo adekvatno raven. Npr. prav je, da svoj perfekcionizem umirimo s sprejemanjem samega sebe tudi z napakami. Le na tak način jih bomo v bodoče popravljali, ne pa skrivali in iskali razloge zanje v okolju ali drugi osebah.

Zaključek

Nekateri ljudje imajo zmotno predstavo, da so v vsakem trenutku pod vplivom določenih čustev. Pogosto gre samo za trenutna razpoloženja in počutja. Čustva doživimo samo v za nas pomembnih situacijah – zato imajo tako veliko motivacijsko moč (Milivojević, 2007). Iz česar sledi, da je čustveno doživljanje močno odvisno od spoznavnih (kognitivnih) procesov, zlasti od tega, kako si razlagamo in kakšno pomembnost pripisujemo situaciji, v kateri se nahajamo v času čustvenega vzburjenja. Ključno mesto v presojanju situacij imajo osebnostna prepričanja. Bistveno pri vsem tem je dejstvo, da imamo lahko z močjo volje nad uravnoteženjem prepričanj nadzor nad intenziteto doživljanja in izražanja čustvenih stanj. Torej, bolj ko bo zaznavanje situacije in odzivanje nanjo funkcionalno oziroma ustrezno, bolj bomo socialno spretni, uspešni.

Literatura

- Bandura, A. (2000). Exercise of Human Agency through Collective Efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 9(3), pp. 75–78.
- Batistič Zorec, M. (2000). Razvojna psihologija na prelomu tisočletja samokritična psihologija. *Psihološka obzorja*, 9(2), pp. 65–80.
- Harris, A. B. & Harris, T. A. (2000). *Ostati OK*. Beograd: IP MONO&MAÑANA PRESS.
- Milivojević, Z. (2007). *Emocije: psihoterapija i razumevanje emocija*. Novi Sad: Psihopolis institut.
- Musek, J. (2010). *Psihologija življenja*. Ljubljana: Inštitut za psihologijo osebnosti.
- Pečjak, S. (2000). Pedagoška psihologija v ogledalu kognitivne psihologije. *Panika*, 4(4), pp. 16–18.
- Radovan, M. (2000). Motivacija z vidika socialnokognitivne teorije Alberta Bandure. *Anthropos*, 3-4, pp. 115–124.

RESNO JE STRESNO

(učna delavnica)

Polona Požgan

medn. cert. managerka delovne sreče, predavateljica,
svetovalka na področju komunikacije in odnosov
polona@polonapozgan.com

Izvodček

Koliko vas je bilo v zadnjem tednu v stresu? V zadnjem mesecu? Letu? Koliko vas ima občutek, da ste v stresu že celo življenje?

Koliko vas je v stresu ta trenutek, ko berete te besede in se hkrati zavedate, koliko dela vas še čaka? Beseda »stres« se je prvič pojavila pred 94 leti.. Sam pojem je na področje biologije uvedel endokrinolog Hans Selye.

Od takrat do danes so se časi spremenili. Z njimi pa tudi ljudje. Če v času naših babic in dedkov ni še nihče izgovarjal stavkov: »Danes sem pa v totalnem stresu«, potem je stres danes beseda, katere pomen razumejo že skorajda predšolski otroci.

83 odstotkov ljudi danes pri opravljanju svojega dela čuti neprimerno večji stres, kot so ga čutili kadarkoli do zdaj. Temu pritrjuje tudi statistika bolniških staležev: Ta trenutek je 50 odstotkov ljudi v Evropski uniji na bolniški zaradi prekomernega stresa. To, kar je bolečina za naše telo, je stres za naše misli.

Pred stotimi leti so se ljudje več pogovarjali, več družili in več smejali. Smejali so se tudi med krizami, ki so bile v tistem času številne. Zdi se, da so se znali bolje soočati z realnostjo in da so znali bolje sprejemati realnost.

Zakaj se ne smejimo več in pogosteje? Pogosto tudi zato ne, ker se nimamo s kom ali ob kom. Danes je v komunikaciji prisotne ogromno drame, ogromno besed, kot so: »gužva«, »panika«, »stres«, »utrujenost«, »anksioznost«, »konflikt«. Komunikacija med nami pogosto poteka tako, da mora oseba, ki si ji povedal, da si v stresu, dramo še povečati in ti povedati, da »to ni še nič!«, ker je ona v še večjem stresu. Včasih se zdi, kot da v komunikaciji tekmujemo v tem, kdo je v večjem stresu in v večji »gužvi«.

Ko smo v stresu, v komunikaciji običajno uberemo tri poti: o tem govorimo drugim, kričimo (včasih tudi v sebi) ali molčimo. Če v komunikaciji in odnosih večkrat uporabimo humor, s tem zmanjšujemo stres, razvijamo odpornost in sprostim mišice. Že samo s preprosto šalo, pripovedovanjem preproste šale, začnejo v naših možganih nastajati povezave in preko tega procesa se sprošča serotonin. Ta poveča naš fokus in izboljša moč naših možganov.

Edini način, da se znebimo stresa in uporabimo humor, je, da se odmaknemo od sebe in da postanemo opazovalci samih sebe. Opazovalci lastnega vedenja in lastnega razpoloženja. Da začnemo RAZMIŠLJATI, o čem MISLIMO. In da se zavedamo, da lahko svoje misli spreminjamo.

Predvsem pa - ko si se sposoben smejati sebi, s tem pokažeš svojo ranljivost. Zgolj tako smo lahko resnično povezani drug z drugim. Slednje je hkrati rdeča nit predavanja z naslovom "RESno JE STRESno".

Literatura

Brewer, J. (2021). *Unwinding anxiety*. New York: Penguin.co.

Gabor, M. (2019). *Ko telo reče ne, Skriti stres terja davek*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Martin, J. (2014). *Managing stress in the workplace*. South Carolina: Anuj Publishing.

Megla, M. (2019). *Stres, kuga sodobnega časa*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Trenton, N. (2021). *Stop Overthinking: 23 Techniques to Relieve Stress, Stop Negative Spirals, Declutter Your Mind, and Focus on the Present*. Independently published

Zupančič, D. (2023). *Znanost mirnega življenja*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

ODLIČNOST V KOMUNIKACIJI – OBVLADOVANJE KONFLIKTOV

EXCELLENCE COMMUNICATION – CONFLICT MANAGEMENT

(učna delavnica)

Dr. Simon Turk, socialni pedagog

Zdravi individuum, Usposabljanja socialnih veščin in svetovanje, Simon Turk, s. p.
simon.turk@zdraviindividuum.si

Izvleček

Profesionalen in zaupanja vreden zdravstveni delavec ni nekdo, ki mu je bil podeljen določen strokovni naziv, temveč nekdo, ki si je pridobil zaupanje in spoštovanje sodelavcev ter pacientov. Pomembno je obvladovanje socialnih veščin, ki temeljijo na visoki integriteti in etičnosti zaposlenega. Za posameznika je pomembno zavedanje, da lahko obširno škodo naredi predvsem s tem, ko s svojim neodgovornim delovanjem ustvarja neustrezno vzdušje v delovnem kolektivu in neprofesionalen vtis pred pacienti. Posledice se navadno kažejo v nekonstruktivnih konfliktih in nepreudarnih odzivih.

Ključne besede: preudarnost, metapatija, referenčni okvir, socialna moč.

Abstract

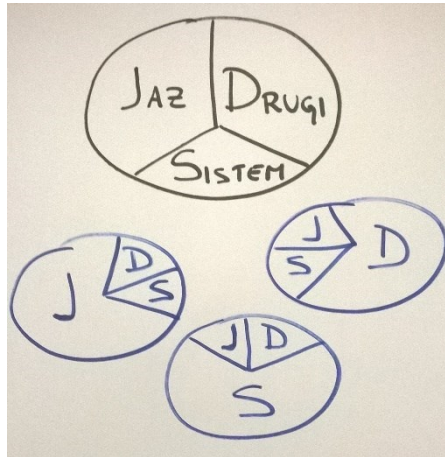
A professional and trustworthy healthcare worker is not someone who has been given a certain professional title, but someone who has earned the trust and respect of colleagues and patients. It is important to implement social skills, which are based on high integrity and ethics of the employee. It is important for the individual to be aware that they can cause extensive damage, especially when their irresponsible actions create an inadequate atmosphere in the work team and an unprofessional impression towards patients. The consequences are usually manifested in unconstructive conflicts and imprudent responses.

Keywords: prudence, metapathy, reference frame, social power.

Teoretična izhodišča

Referenčni okvir

Temeljni koncept za delo z ljudmi je referenčni okvir. Je naš notranji psihološki zemljevid oziroma subjektivna psihološka preslikava realnosti (Milivojević, 2007), kaj si mislimo o sebi, drugih ter o sistemu in pravilih, po katerih bi po našem mnenju moral delovati svet. Njegova sestava je najbolj odvisna od »vzgoje« pomembnih odraslih oseb v našem življenju, ki se navadno z življenjskimi izkušnjami le še bolj utrdi.



Slika 1: Referenčni okvir (lasten vir)

Problematična je njegova lastnost samopotrjevanja – selektivna zaznava realnosti; še posebno, kadar je določeno polje referenčnega okvirja pretirano izraženo (Slika 1). Če naše delovanje ni učinkovito, lahko referenčni okvir spreminjamo le s svojo odločitvijo (prav tam):

- da upoštevamo nove informacije (npr. z izobraževanjem);
- ker imamo željo po spremembah zaradi enoličnosti v življenju;
- ker nas na nujnost po spremembah opozarjajo ponavljajoče se negativne izkušnje ali osebne življenjske krize (npr. neprestani konflikti z drugimi ali izguba službe, ločitev, huda bolezen).

Socialna moč

Pomembni osebni lastnosti profesionalnega posameznika naj bi bili čustvena inteligenca in visoka socialna moč (Kaučič, 2002), ki pa se pomembno razlikuje od njegove formalne moči. Zaposleni je pridobil formalno moč s podelitvijo strokovnega naziva, socialno pa si mora pridobiti oziroma mu jo dodelijo sodelavci ali pacienti. Pridobiti si mora njihovo spoštovanje, ki se močno razlikuje od strahospoštovanja, ki je prisotno predvsem v primeru odnosa s pretirano uporabo formalne moči.

Osnova socialne moči je v zaupanju, ki si ga zaposleni lahko pridobi le, če izpolnjuje vse tri sestavne elemente zaupanja (prav tam):

- sposobnost (drugi preverjajo strokovno zanesljivost zaposlenega);
- dobronamernost (drugi opazujejo, ali zaposleni v lekarni uresničuje skupne ali samo individualne cilje);
- zanesljivost (drugi opazujejo, koliko napak posameznik dopušča pri samem sebi oziroma pri drugih).

Kadar želimo razumeti vedenja drugih in se temu ustrezno prilagoditi (z zavestno izbranim bolj umirjenim ali bolj odločnim pristopom), moramo najprej spoznati logiko njihovih referenčnih okvirov. Posameznik, ki opravlja delo, kjer je veliko stikov z ljudmi, lahko naredi največje napake, če simpatizira s sebi podobnimi in kaže nestrpnost do drugačnih. Zaposleni v zdravstvu ste glede omenjene zakonitosti pri delu izpostavljeni še večji obremenjenosti. Namreč, uporabniki zdravstvenih storitev pričakujejo od vas pomoč pri največji posameznikovi vrednosti – pomoč pri zdravju. Zagovarjamo mnenje, da je dober zaposleni tisti, ki zna v specifični, tudi stresni situaciji, izbrati ustrezno in preudarno obliko odzivanja.

Ravno s tem drugim kaže, da je vreden njihovega zaupanja in da lahko verjamejo v njegovo visoko socialno moč.

Opredelitev empatije in metapatije

Izraz empatija (»Einfühlung«), kar dobesedno pomeni »vživljanje v drugega«, so začeli uporabljati v estetiki, na začetku dvajsetega stoletja pa so ga prenesli v psihologijo (Lipps, 1903, v Lamovec, 1987). Goleman (2011) navaja, da je besedo empatija leta 1920 prvič uporabil ameriški psiholog Tichener, ki jo je opredelil kot sposobnost prodreti v izkušnjo drugega. Pozneje so bile definicije empatije različne (Lamovec, 1987) – sposobnost socialnega vpogleda, sposobnost razumevanja čustvenega in kognitivnega stanja drugega, zmožnost občutenja enakega ali podobnega čustva, ki ga občutijo drugi.

Vendar nekateri avtorji (Wakabayashi, Baron-Cohen, Wheelwright, Goldenfeld, Delaney, Fine, Smith in Weil, 2006) navajajo, da ima empatija lahko svojo čustveno komponento (občutenje primerne čustva glede na čustveno stanje drugega), kognitivno komponento (razumevanje in predvidevanje, kaj misli, občuti ali bo naredil drugi) in mešano komponento, ki vsebuje čustvene ter kognitivne sestavine empatije.

Angleščina loči med empatijo (empathy) in sočutjem (compassion). V Velikem angleško-slovenskem slovarju lahko vidimo, da »empathy« prevajajo kot vživljanje v čustva drugega. »Compassion« pa prevajajo kot usmiljenje, sočutje. V Slovarju slovenskega knjižnega jezika sočutje razlagajo kot čustveno prizadetost, žalost ob nesreči, trpljenju drugega. Hkrati nekateri slovenski avtorji sami ali v povzemanju tujih avtorjev empatijo pojmujejo kot sočutje (Simonič, 2010; Batson, 1995, v Avsec, 2007). Morda smo Slovenci tudi v splošni rabi pomen obeh besed pretirano poenotili in ju uporabljamo kot sopomenki – zato potrebujemo izraz metapatija. Empatijo bi tako lahko razumeli kot afektivno komponento posameznika do drugega (sočutje), metapatijo pa kot kognitivno komponento poskusa razumevanja drugega.

Razprava

Kadar imamo v svojem referenčnem okviru napačne ali popačene (morda preveč subjektivne) informacije, ki niso v skladu z realnostjo, ali pa je posamezen del ekstremno izrazit, se to pogosto odraža v konfliktnih odnosih z drugimi. Lahko smo pretirano pozorni na počutje drugih in za to prevzemamo preveliko odgovornost; lahko smo preveč zaverovani vase in v vsaki situaciji izpostavljammo le lastne interese; lahko smo pretirano strokovni in hladni, ker zagovarjamo le stvari, ki so napisane in določene s predpisi, pravili ... V tem primeru sklepamo, da s svetom ali pa z ljudmi, ki se ne vklopijo v naš osebni zemljevid, nekaj ni v redu. Zato od drugih pričakujemo in jih silimo, da se spreminjajo in prilagajajo našemu referenčnemu okviru.

Preudaren pristop v medosebnih konfliktih zavzema naše prilaganje drugim. Pri čemer je pomembno, da razlikujemo med prilagajanjem (izbira umirjenega ali bolj odločnega odziva) in podrejanjem (izbira odziva je vedno enaka – umirjanje). Pravzaprav bi lahko govorili o pridobivanju spoštovanja. Kako? Tako da zaposleni uporabnikom neprestano dokazuje, da zna poleg zahtev (ki se vežejo na element sposobnosti in zanesljivosti) pokazati tudi človečnost (ki se veže na element dobronamernosti). Zato zaposleni z zelo visoko socialno močjo ne gradi na strahospoštovanju. Spoštovanje, zaupanje in socialno moč gradi na prilagajanju v metapatičnem pristopu do različnih posameznikov – glede na njihov referenčni okvir (Harris & Harris, 2000). Tako učinkovito mobilizira in aktivira svoje sodelavce; pred pacienti ustvarja

vtis profesionalnosti. Umetnost medosebnega komuniciranja je sposobnost osmišljanja lastnih pričakovanj, zahtev in argumentov na način, ki je lažje dojemljiv in sprejemljiv sogovorniku.

Menimo, da je to ena glavnih lastnosti preudarnega posameznika. Omogoča mu predvsem razumevanje položaja drugega (metapatija), nikakor pa ne tolikšnega vživljanja v njega, da bi kot opazovalec zaznaval enaka občutja, kot jih doživlja drugi. Slednje sploh ni mogoče. Posameznik nikakor ne more čutiti enako kot drugi, saj so pri zaznavnih procesih vedno prisotni edinstveni procesi notranjega doživljanja na podlagi lastnih čustev in preteklih asociativnih izkušenj opazovalca. Posameznik poskuša razumeti počutje ali vedenje nekoga, četudi to delovanje ne spada v njegov način delovanja oziroma njegov referenčni okvir. Gre za poskus identificiranja z drugim referenčnim okvirjem na kognitivni ravni. Posameznikov odziv bo ravno zaradi kognitivne distanciranosti lahko bolj presoden in učinkovit, ker že na začetku procesa preprečuje pretirano afektivno doživljanje celotne situacije ali sogovornika.

Če smo pripravljeni prevzeti odgovornost za svoje preudarno ravnanje do sogovornika, si v svojem delovnem okolju pridobivamo (Milivojević, 2007):

- spoštovanje, ki ga doživljamo v odnosu do osebe, za katerega verjamemo, da ima neke visoke kvalitete;
- ponos, ki je opredeljen kot čustvo, ki ga doživljamo, kadar ocenjujemo, da neka naša lastnost ali dejanje vzbuja odobravanje nam pomembnih drugih ljudi;
- zaupanje, ki je opredeljeno kot čustveno stanje, kadar ocenimo neko drugo osebo kot dobronamerno, zanesljivo in odgovorno.

Zaključek

Biti komunikacijsko spreten pomeni znati pravočasno in ustrezno prilagajati svoj odziv glede na osebnostne značilnosti sogovornika. Pomeni znati prehajati med posameznimi komunikacijskimi oz. zaznavnimi položaji v odvisnosti od vsakokratne realne situacije (Zidar Gale, 2005). Položaji, iz katerih se lahko odzovemo v kritični situaciji, se razlikujejo glede na to, koliko smo čustveno vpeti v posamezno situacijo. Preudarne osebe z visoko stopnjo čustvene inteligence znajo prehode iz čustveno ogrožajočega počutja v metapatično kontroliran odziv narediti zelo hitro. Predvsem zato, ker so uvidele, da se jim to obrestuje v medosebnih odnosih – namreč vedo, zakaj, kako močno in kdaj je smiselno pokazati odločnost. Nikakor pa je ne skušajo dosežati samo zaradi občutkov lastne ogroženosti ali užaljenosti.

Literatura

- Avsec, A. (2007). Emocionalna inteligentnost. In A. Avsec (Ed.), *Psihodiagnostika osebnosti* (pp. 249–262). Ljubljana: Filozofska fakulteta Univerza v Ljubljani, Oddelek za psihologijo.
- Goleman, D. (2011). *Čustvena inteligenca: zakaj je pomembnejša od IQ*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Harris, A. B. & Harris, T. A. (2000): *Ostati OK*. Beograd: IP MONO&MAÑANA PRESS.
- Kaučič, P. (2002). Modrosti vodenja. *Podjetnik*, 11(9), pp. 36–37.
- Lamovec, T. (1987): Empatija. *Anthropos: časopis za psihologijo in filozofijo ter za sodelovanje humanističnih ved*, 17(5/6), pp. 233–245.

- Milivojević, Z. (2007). *Emocije: psihoterapija i razumevanje emocija*. Novi Sad: Psihopolis institut.
- Simonič, B. (2010). *Empatija: moč sočutja v medosebnih odnosih*. Ljubljana: Frančiškanski družinski inštitut.
- Zidar Gale, T. (2005). *Medosebno komuniciranje na delovnem mestu: z osebnimi spremembami do boljših medosebnih odnosov*. Ljubljana: GV izobraževanje.
- Wakabayashi, A., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Goldenfeld, N., Delaney, J., Fine, D., Smith, R. & Weil, L. (2006). Development of short forms of the Empathy Quotient (EQ-Short) and the Systemizing Quotient (SQ-Short). *Personality and Individual Differences*, 41(5), pp. 929–940.

KAKO REČI »NE« – POSTAVLJANJE MEJA

(učna delavnica)

Špela Tušek Lc.Ps.,

Imago partnerska terapevtka in facilitatorica
Supervizorka in certificirana Imago trenerka
Višja predavateljica

Zaupanje Špela Tušek s.p.
spela@spelatussek.si

Izvleček

Skrivnost besede »Ne«

Najmočnejša in najbolj potrebna beseda v današnjem jeziku je lahko tudi najbolj uničujoča in za mnoge zelo težko izgovorljiva. Če pa jo znamo pravilno uporabljati, ima ta beseda moč, da temeljito spremeni naše življenje na bolje.

V resnici vsi znamo reči ne. Vsakodnevno se znajdemo v situacijah, ko postavljamo meje. Tiste majhne. Morda se niti ne zavedamo in mislimo, da ni tako. Večja težava je, ko te svoje sposobnosti ne znamo uporabiti v zahtevnejših in pomembnejših situacijah. Včasih je res težko. Kar vdamo se. Tiho smo, sami pri sebi se jezimo nase in na druge, ob vsem tem pa se pogosto počutimo nevidne in nerazumljene. Nekako ne znamo pravilno uporabiti svoje lastne moči. Beseda ne je v resnici beseda z veliko moči. Je ena najpomembnejših besed in pogosto tudi zelo težka. Za njo se skriva kompleksna dinamika. Za uspešno postavljanje meja je v resnici potreben osebni proces.

Tri najpogostejše ovire za besedo »ne«

Konflikt potrebe po odnosih in potrebe po moči. Ljudje imamo naravno potrebo po tem, da smo sprejeti in se z drugimi razumemo. V resnici nam nevrološka znanost zadnja leta vztrajno dokazuje, da nepovezani praktično ne obstajamo. Ločenost je mit. Potrebujemo drug drugega. Biti povezani in sprejeti sta naši najgloblji potrebi. Naslednja potreba pa je potreba po tem, da smo, kar smo, in imamo moč. To je enako veljavna in velika potreba vsakega posameznika. Težava je, kadar mislimo/se bojimo, da obe potrebi ne moreta soobstajati. Ali sem v odnosu, ali pa sem jaz. Ali ustrezem in tvegam odnos, ali pa poskrbim zase. To je velika pomota. V resnici sem lahko jaz in v odnosu obenem. Potrebni sta dve veščini: (1) ločiti je treba odnos z osebo od njene želje in zahteve ter (2) zdržati morebiten kratkotrajen neprijeten občutek, ki sledi besedi »ne«.

Občutki sramu in krivde so tisti, ki se občasno pojavijo, ko postavimo mejo ali rečemo »ne«. Želimo ugajati, nočemo se izpostavljati, nočemo razočarati. Za temi našimi željami je seveda najprej hrepenenje po sprejetosti. V drugi vrsti pa tudi kar nekaj kompleksnih sporočil in prepovedi, ki smo jih dobili skozi naše odraščanje. Morda smo bili na kakšen način kaznovani (mogoče samo z odtegnitvijo prijaznosti), če drugim nismo uslišali kakšnih želja ali pa se nismo dovolj lepo vedli.. Mogoče smo se naučili izogibati konfliktov in imamo »raje mir, kot pa prav«. Mogoče so se naši poizkusi postavljanja zase končali neuspešno in z neprijetnimi občutki. Psihologi temu pravijo tudi »naučena nemoč«. Mislamo, da nimamo izbire. Ko pa že kaj naredimo, sami sebe doživljamo kot neprijazne ali kakorkoli neustrezne.

Ne vemo, kaj je naš »da«. Zelo pogosto je razlog za naše neuspešno postavljanje meja tudi nejasnost glede tega, kar bi v resnici radi. Ali pa v resnici ne vemo dobro, kaj je za nas bistveno. Vsakič, ko rečemo »ne«, v resnici rečemo tudi »da« nekim drugim stvarjem, vrednotam, ljudem ali dejavnostim. Če ne vemo, čemu pravzaprav rečemo »da« s tem, ko rečemo »ne«, je naše postavljanje meja lahko neodločno ali pa zgolj neki upor avtoriteti. Čemu rečem »da«, ko rečem »ne« dodatnemu delu? Je to »da« času za družino ali mojemu zdravju? Ali pa je samo »ne boš ti meni govoril, kaj naj delam«? Čemu rečem »da«, ko zavrnem prošnjo hčere za še eno obleko? Čemu rečem »da«, ko se odpovem sladici?

Postavljanje meja je osebni proces

V resnici je v temelju postavljanja meja osebni proces posameznika. Koraki tega procesa so naslednji: (1) Sprejeti dejstvo, da bodo ljudje od nas vedno kaj hoteli ali celo zahtevali. (2) Odkriti, kaj je za nas bistveno in čemu rečemo »da«. (3) Naučiti se izraziti jasen in prijazen »ne«. (4) Sprijazniti se z dejstvom, da s pogostejšim »ne« mogoče ne boste bolj priljubljeni, boste pa bolj spoštovani.

Najtežja od vseh točk je običajno (2) druga točka. Ko se jasno zavedamo svojih ciljev in vrednot, veliko lažje izbiramo in postavljamo meje sami sebi in tudi drugim.

Literatura

Hendrix, H. (2011). *Ohraniva najino ljubezen. Program, ki razkriva možnosti sreče v modernem zakonu.* Ljubljana: Orbis.

McKeown, G. (2021). *Osredotočenost na bistvo. Kako delati manj, doseči več in živeti bolje.* Tržič: Učila International.

Ury, W. (2007). *The Power of Positive NO. How to Say NO & Still Get to Yes.* London: Hodder & Stoughton.

CILJI IN CILJNA USMERJENOST

(učna delavnica)

dr. Špela Hvalec
univ. dipl. psih., spec. klin. psih.
vedenjsko-kognitivna terapevtka in supervizorka

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

Izvelek

Postavljanje ciljev je v življenju izjemno pomembna večšina, kar potrjujejo tudi številne knjige, ki so bile v zadnjih letih izdane na to temo.

Cilji in ciljna usmerjenost imajo pomembno vlogo pri krepitevi in ohranjanju duševnega zdravja z več vidikov:

1. **Struktura in smisel:** Postavljanje ciljev zagotavlja strukturo in smisel v vsakdanjem življenju. Cilji pomagajo posamezniku usmerjati dnevne aktivnosti in mu dajejo občutek smisla, kar je še posebej pomembno v časih negotovosti ali sprememb.
2. **Motivacija in zavzetost:** Ciljna usmerjenost posameznika motivira, da se premika naprej in deluje v smeri proti dosežkom, kar lahko prinese občutek uspešnosti in samozavesti. To je še posebej pomembno pri ljudeh, ki se soočajo z depresijo ali nizko samopodobo, saj jim uspehi lahko pomagajo izboljšati samopodobo.
3. **Osredotočenost:** Cilji lahko pomagajo zmanjšati občutke tesnobe, saj posamezniku omogočajo, da preusmeri svojo pozornost z negotovih ali stresnih misli na konkretne, dosegljive naloge.
4. **Napredek in rast:** Postavljanje in doseganje ciljev spodbuja osebni razvoj in napredek. To lahko vodi do občutka osebne rasti, kar je koristno za duševno zdravje.
5. **Samoučinkovitost:** Doseganje zastavljenih ciljev lahko poveča občutek samoučinkovitosti (prepričanje posameznika v lastno sposobnost, da uspešno izvede naloge), ki je pomemben vidik duševne odpornosti.
6. **Socialna povezanost:** Cilji, ki vključujejo socialno interakcijo, lahko izboljšajo socialno povezanost in zmanjšajo občutke osamljenosti ali izolacije.

Za učinkovito vključevanje ciljev v življenje je pomembno, da so ustrezno operacionalizirani. Kriteriji kakovostnih ciljev se nanašajo na realističnost, dosegljivost, prilagojenost posameznikovim osebnim interesom in vrednotam.

Literatura

Clarke, S. P., Crowe, T. P., Oades, L. G. & Deane, F. P. (2009). Do goal-setting interventions improve the quality of goals in mental health services? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(4), pp. 292–299.

Penno, J., Hetrick, S. & Grant, C. (2022). “Goals Give You Hope”: An Exploration of Goal Setting in Young People Experiencing Mental Health Challenges. *International Journal of Mental Health Promotion*, 24(5), pp. 771–781.

KOREKTIVNI TERAPEVTSKI ODNOS KOT POGOJ PACIENTOVE MOTIVIRANOSTI

THE CORRECTIVE THERAPEUTIC RELATIONSHIP AS A CONDITION FOR PATIENT MOTIVATION

Zoltan Pap, dipl. zn., psihoanalitični psihoterapevt (ECP),
Oddelek za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor
zoltan.pap91@gmail.com

pred. dr. Nuša Kovačević Tojnko, mag. psih., psihoanalitična psihoterapevtka (ECP),
Ambulanta za duševno zdravje Pamina
nusa.kovacevic.tojnko@gmail.com

Izvleček

»Klient heroj« je naslov dela Duncana, Millerja & Sparksa (2004) s področja raziskovanja dejavnikov uspešnega zdravljenja v psihoterapiji, katere ugotovitve so prenosljive tudi na druga področja zdravljenja v medicini in naznanja razvoj nove paradigme v obravnavi pacienta in na »praksi temelječih dokazov« (angl. *practice-based treatment*). Obravnava duševnih motenj se v sodobni znanstveno-strokovni literaturi namreč odmika od paradigme »na dokazih temelječe terapevtske prakse« (angl. *evidence-based practice*), saj je deležna kritik. Ena izmed glavnih kritik je namreč, da poskuša obravnavo rigidno skrčiti na nivo »navodil za izvajanje« pri določeni duševni motnji in spregleda edinstvenost ter človeški vidik posameznega pacienta. Tak način pristopa obravnave je (ozko) medicinski način obravnave pacienta, ki je za druge medicinske vede sicer koristen, a pri obravnavi duševnih motenj preveč rigiden. Nekateri avtorji ga primerjajo tudi z medikamentoznim zdravljenjem, pri katerem bi skušali ugotoviti, katero zdravilo bo učinkovitejše od drugih zgolj na podlagi sestavin zdravila (Stiles & Shapiro, 1989; Wampold et al., 1997). Ob tem pa spregledajo kontekstualne dejavnike oziroma pacientovo individualnost. Z razvojem psihoterapevtske znanosti se je psihoterapevtska obravnava razvila v empirično potrjeno teorijo skupnih dejavnikov in v kontekstualni model (ang. *contextual participant-driven practice*), ki na področju varovanja duševnega zdravja predstavlja vse privlačnejšo alternativo medicinskemu modelu (Horn & Gassaway, 2010; Duncan, 2013; Leong & Callahan, 2024). Doprinos k izidu obravnave imajo torej skupni dejavniki (Duncan, 2014; Duncan, 2017): pacientovi/zunajterapevtski življenjski dejavniki (87 %), terapevtovi učinki (46 % - 69 %), dejavniki tehnik in metod obravnave (8 %), učinki terapevtske delovne alianse (38 % - 54 %), učinki povratnega informiranja (15 % - 31 %), učinki modelov in tehnik (13 %) in drugi splošni učinki (od 30 % dalje). Osrednjo vlogo ima pacient, ki narekuje odločilen dejavnik za doseganje korektivne obravnave.

Ključne besede: korektivna izkušnja, dejavniki pacienta, teorija skupnih dejavnikov, kontekstualni model, obravnava duševnih motenj.

Abstract

"The Heroic Client" is the title of a work by Duncan, Miller, & Sparks (2004) in the field of researching factors of successful treatment in psychotherapy, the findings of which are transferable to other areas of treatment in medicine and herald the development of a new paradigm in patient care called "practice-based treatment". The treatment of mental disorders in modern scientific-professional literature is, in fact, moving away from the

paradigm of "evidence-based treatment", as it faces criticisms. One of the main criticisms is that it rigidly seeks to reduce treatment to the level of "instructions to follow" for a specific mental disorder, overlooking the uniqueness and human aspect of each individual patient. This approach to treatment is a (narrow) medical way of treating patients, which, while useful for other medical disciplines, is too rigid for the treatment of mental disorders. Some authors also compare it to pharmacological treatment, where they try to determine which medication will be more effective than others solely based on the ingredients of the drug (Stiles & Shapiro, 1989; Wampold et al., 1997). In doing so, they overlook contextual factors or the individuality of the patient. With the development of psychotherapeutic science, psychotherapeutic treatment has evolved into an empirically confirmed common factors theory and a contextual model ("contextual participant-driven practice"), which represents an increasingly attractive alternative to the medical model in the field of mental health care (Horn & Gassaway, 2010; Duncan, 2013; Leong & Callahan, 2024). Common factors play a significant role in treatment outcomes (Duncan, 2014; Duncan, 2017): patient's/extratherapeutic life factors (87%), therapist effects (46% - 69%), treatment techniques and methods effects (8%), therapeutic working alliance effects (38% - 54%), effects of feedback informed treatment (15% - 31%), model and technique effects (13%), and other general effects (from 30% onwards). The patient plays a central role, dictating a crucial factor in achieving corrective treatment.

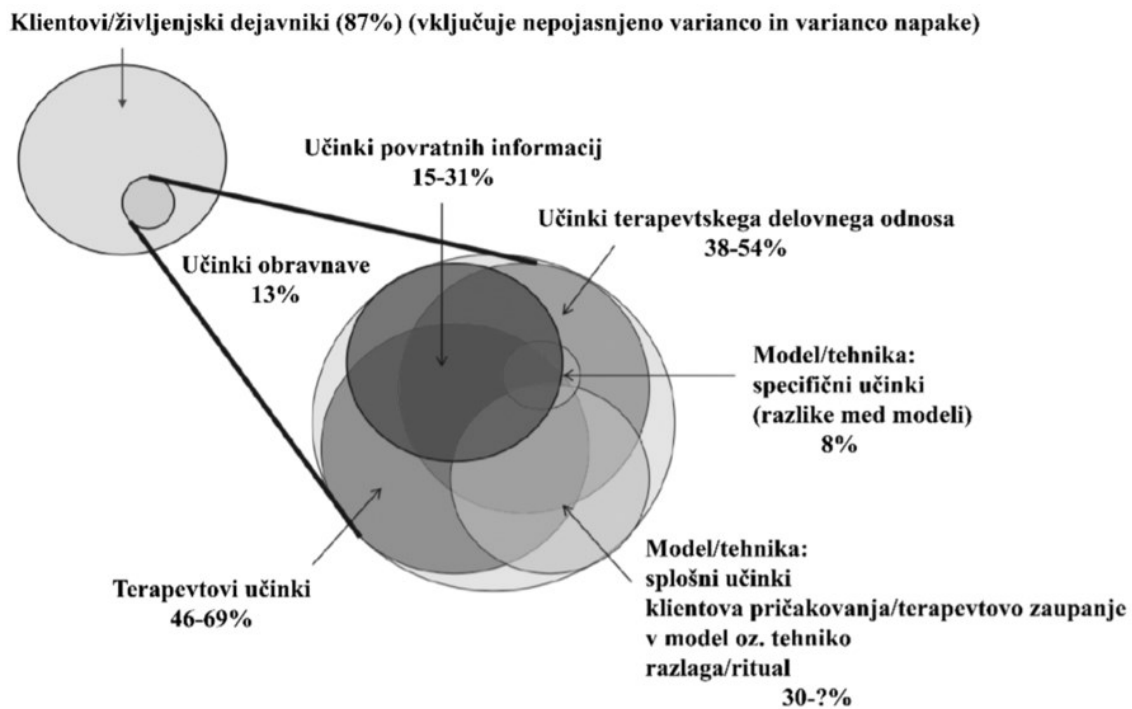
Keywords: corrective experience, patient factors, common factors theory, contextual model, treatment of mental disorders.

Teoretična izhodišča

Madžarsko-ameriški psihoanalitik in zdravnik Franz Alexander ter ameriški psihoanalitik Thomas Morton French sta leta 1946 prva razpravljala o korektivni izkušnji (Sharpless & Barber, 2012). Avtorja sta korektivno izkušnjo opredelila kot terapevtski učinek, kjer psihoterapevt zagotovi doživetje dobrega in pozitivnega, povezanega s pacientom, ki je bistveno drugačno od slabega in negativnega zgodnjega doživetja z več ali manj patogenimi učinki. Osnovna definicija korektivne izkušnje predpostavlja doživljanje zgodnjega nerešenega konflikta, vendar z novim izidom (Nakamura & Iwakabe, 2018). Korektivna izkušnja je bila predpostavljena in pogosto potrjena kot eden ključnih dejavnikov terapevtske spremembe, med katerimi so bili opisani različni mehanizmi že v zgodnji, pa tudi poznejši literaturi.

Že v 30. letih prejšnjega stoletja je ameriški psiholog in psihoterapevt Saul Rosenzweig predlagal skupne dejavnike kot odgovor na učinkovitost različnih pristopov ter zagovarjal stališče, da imajo vsi modeli terapije enako uspešnost, saj si delijo skupne dejavnike. Njegova predpostavka je postala znana kot »razsodba ptice dodo« in vse od takrat spodbuja povratek k vprašanju učinkovitosti različnih metod in tehnik (Rosenzweig, 1936). Skupni dejavniki bolj ali manj filozofskih modelov psihoterapije vključujejo predvsem načela in spretnosti vplivanja, ki jih implicitno uporabljajo različne discipline in niso omejene le na psihoanalizo. V sodobni psihoterapevtski znanosti tako fokus že kar nekaj časa ni več na vprašanju, kateri pristop je boljši od drugega, temveč kaj za koga deluje in v kakšnih okoliščinah. Poleg tega raziskave novejšega datuma vse bolj poudarjajo pomen lastnosti psihoterapevtov v primerjavi s tehničnimi značilnostmi posameznega psihoterapevtskega pristopa. Raziskava Wampolda s sodelavci (1997) je empirično potrdila omenjeno razsodbo ptice dodo s pomočjo metaanalize raziskav izida, ki so primerjale različne psihoterapevtske pristope. Obseg raziskovanja, ki je bil doslej izveden na področju paradoksa ekvivalentnosti in skupnih terapevtskih faktorjev, je resnično velik, zato ga nobena resna komparativna razprava o psihoterapiji ne more in ne sme

zaobiti. Ugotovitve slednjih raziskav iz psihoterapije so prenosljive tudi na druga strokovna področja, ki se ukvarjajo z obravnavo duševnih motenj.



Slika 1: Skupni in specifični dejavniki, ki doprinesejo k obravnavi duševnih motenj v psihoterapiji (z možnostjo prenosljivosti na druga strokovna področja) (Duncan, 2014; Duncan, 2017).

Pacientovi dejavniki

Na področju obravnave različnih duševnih motenj in stisk smo pogosto soočeni z dejstvom, da je uspešnost našega dela v veliki meri odvisna od tega, koliko je naš pacient zmožen in pripravljen aktivirati svoje sposobnosti in moči za doseganje želenih sprememb. Znano je, da bolj ko je pacient motiviran, odprt in angažiran v odnosu do terapevtskega procesa, bolj ko je pripravljen vztrajati kljub občasni napornosti, boljši bo končni izid obravnave. Pacientova motiviranost in samo-aktivacija v zvezi z zdravljenjem njegove duševne motnje sta ključnega pomena pri doseganju želenih rezultatov obravnave (Flajs & Možina, 2020). Za uspešno zdravljenje psiholoških težav torej pacient nikakor ne more biti pasivni prejemnik tega, kar obravnava ponuja – kakor je to običajno na večini področij somatske medicine – temveč aktivni sooblikovalec celotnega terapevtskega procesa (Torre, 2015). Raziskave o učinkovitosti psihoterapevtskih obravnav kažejo, da je pacientova motiviranost povezana predvsem s tem, kako pacient sam ocenjuje svojega terapevta in odnos, ki sta ga vzpostavila. Na pacientovo motiviranost najbolj vplivajo karakteristike odnosa, ki ga na področju psihoterapije imenujemo za korektivnega. Gre za obliko odnosa, v katerem je pacientu dana možnost soočenja z zanj potencialno težkimi in neznosnimi čustvenimi situacijami v ugodnejših ter varnejših pogojih, kakor je bil vajen dotlej. Tovrsten korektiven odnos mora biti utemeljen na visoki stopnji čustvene varnosti, zaupanja, iskrenosti in predvidljivosti, kar pacientu daje možnost, da preizkusi nove oblike in načine funkcioniranja, obenem pa mora biti tudi dovolj spodbuden, da lahko pacient na novo izkušeno v terapevtski obravnavi prenaša tudi v izven-terapevtske okoliščine (Kovačević Tojnko, 2020).

Terapevtovi učinki

Splošno znano je, da smo ljudi med seboj različno kompatibilni, kar za naše strokovno delo s pacienti pomeni, da moramo biti pri prvem stiku z novim pacientom pozorni na potencialne možnosti medosebnega stika oziroma na možne načine, kako lahko z njim vzpostavimo odnos, ki ga bomo lahko v nadaljevanju ohranjali in nadgrajevali. Toda da bi strokovnjak na področju duševnega zdravja to zmožel z vsakim ali vsaj večino svojih pacientov, mora imeti za to določene sposobnosti in osebnostne lastnosti. Vsekakor mora razpolagati z visoko mero občutljivosti za dogajanje v medosebnih odnosih oziroma mora biti sposoben zaznati tudi tiste aspekte medosebnega dogajanja, ki niso neposredno ubesedeni. Nadaljnje mora razpolagati tudi z dovolj dobro sposobnostjo opazovanja in vživljanja v čustvena stanja drugih oseb, obenem pa mora imeti tudi sposobnost soočanja s čustveno pomembnimi, občasno tudi bolečimi in občutljivimi osebnimi tematikami pri drugih in tudi pri sebi (Flajs & Možina, 2020). Glede na to, da se na področju duševnega zdravja neredko srečamo z ljudmi, ki imajo resnejše težave na področju medosebnih odnosov, je za strokovnjaka na tem področju pomembno, da zmore sprejeti drugačnost in posebnost drugih, da v odnosu do drugih premore pravo mero vztrajnosti, potrpežljivosti, prilagodljivosti ter fleksibilnosti. Istočasno mora znati vzpostaviti in ohranjati tudi jasne ter konstantne meje in pravila v medosebnem sodelovanju s svojimi pacienti, da se bo lahko tudi s pacienti težavnejšega vedenja ohranilo sodelovanje na konstruktivni ravni (Pap, 2023). Istočasno je za strokovnjaka na področju duševnega zdravja pomembno tudi, kakšno držo zavzema do samega sebe in svojega dela. Pomembno je, da zmore določeno profesionalno skromnost, oziroma zmožnost biti zadovoljen tudi z majhnimi spremembami in uspehi. Strokovnjakova ključna lastnost je v samorefleksivnem in samokritičnem razmišljanju o sebi ter svojem delu, kar pomeni, da je zmožen lastno doživljanje, razmišljanje, ravnanje in impulze osvetliti iz različnih zornih kotov, nadaljnje, da je zmožen soočenja z lastnimi spodrseljaji ter pomanjkljivostmi, ki jih zna izkoristiti za svoj profesionalni in osebnostni razvoj (McWilliams, 2017). Sposobnost refleksije je še posebej ključna na področju trenutnega medosebnega odnosa s pacientom, kar pomeni zmožnost prepoznavanja vzorcev tistih medosebnih odnosov, ki jih pacient vzpostavlja z nami oziroma v katere nas s svojim vedenjem vabi ali pa nas je že uspel zvabiti, kar od strokovnjaka zahteva sorazmerno visoko stopnjo sposobnosti samorefleksije, saj mora znati reflektirati to, v čemer je sam soudeležen (zmožnost videti sebe iz distance) (Gabbard & Wilkinson, 2000). Nadaljnje je pomembno tudi, da smo strokovnjaki v okviru svoje profesionalne vloge pristni, avtentični, naravni, kar odraža, da smo zmogli dovolj dobro integrirati naučeno teoretsko znanje z našimi osebnostnimi karakteristikami (Torre, 2015).

Učinki terapevtskega delovnega odnosa

Terapevtski odnos s pacientom mora temeljiti na osebnem stiku, kar ne podrazume prijateljavanja ali kakršnekoli druge oblike osebnega razmerja – kar bi prej lahko opredelili za izključujoč dejavnik za terapevtski odnos – temveč zavedanje, da vzpostavljamo stik s subjektom oziroma sočlovekom, ki ima svoj lasten individualni psihološki svet, ne pa z objektom, ki nam služi za demonstracijo našega strokovnega znanja (Kahn, 1997). Ključen element tovrstnega terapevtskega odnosa je zaupanje, kar pacientu omogoča, da v varnem okolju preizkuša nove oblike funkcioniranja in tvega spremembe, ki bi jih sicer v svojem domačem okolju doživljal kot preveč rizične (Kovačević Tojnko, 2020). Drugi pomemben vidik medosebnega zaupanja je v tem, da lahko pacient brez zadržkov izrazi svoje občutke, misli, sanje, fantazije, želje, prisile in hrepenenja ter se počuti razumljenega, sprejetega. Pomembno je poudariti tudi, da je terapevtski odnos osnovan na enakopravnosti in enakovrednosti, kar pomeni, da strokovnjak sicer ima določena strokovna znanja, ki pa nikakor ne smejo biti koriščena za namene, da bi se hierarhično povzdignil nad svojega

pacienta. Strokovnjak na področju duševnega zdravja ni v vlogi osebe, ki bi pacientu narekoval, kaj bi bilo zanj dobro in kaj ne, temveč je v vlogi spodbujevalca pacientovega terapevtskega procesa, medtem ko je pacient strokovnjak zase in svoje življenje. Terapevtski odnos se mora v prvi vrsti osredotočati na pacientovo aktualno problematiko, pri čemer je potrebno enakomerno pozornost posvečati tako pacientovim problematičnim vzorcem mišljenja, vedenja in čustvovanja, kakor tudi raziskovanju možnosti za doseganje želenih sprememb oziroma premagovanju pacientovih zunanjih in notranjih ovir za doseganje le-teh (Flajs & Možina, 2020). Pomemben element učinkovite in uspešne terapevtske obravnave je tudi refleksija, kar pomeni, da za predmet pogovora s pacientom postavimo trenutno dogajanje v terapevtski obravnavi – tj. tukaj in zdaj pojavljena čustva, vedenja, želje ipd. – ki jih skušamo osvetliti iz različnih zornih kotov. Za strokovnjaka na področju duševnega zdravja je pomembno, da je sam pri sebi zmožen jasnega razlikovanja med pacientovimi željami in potrebami; gre za razlikovanje med tistim, kar si pacient želi, da bi mu bilo trenutno ugodneje, in tistim, kar pacient potrebuje, da bi mu bilo dolgoročno bolje. Strokovnjak na področju duševnega zdravja se mora zavedati, da s prekomernim izpolnjevanjem pacientovih želja lahko spodbudi njegove manj zrele vzorce funkcioniranja, s čimer ga le še dodatno oddalji od nujno potrebnega prevzemanja odgovornosti za svoje težave in želenih terapevtskih ciljev. Korektiven odnos s pacientom, ki je osnovan na sočutju, varnosti, razumevanju in sprejemanju, ne implicira tudi izpolnjevanja pacientovih želja, saj tovrsten odnos prvotno ni namenjen doseganju občutkov ugodja. Pomembno je, da je terapevtski odnos v celoti namenjen in posvečen pacientovim vsebinam, ne pa vnosu ter razreševanju strokovnjakovih lastnih zavednih ali nezavednih težav. Pomemben element terapevtskega odnosa je tudi vzpostavljanje in ohranitev za terapevtsko sodelovanje relevantnih meja, kar pomeni, da poleg terapevtskega odnosa ne moremo biti s pacientom v kakršnikoli drugi obliki odnosa, npr. prijateljskem, ljubezenskem, seksualnem, poslovnem, sorodstvenem idr., niti v preteklosti, sedanjosti in tudi ne v prihodnosti. Pomemben element terapevtskega odnosa je tudi konstantnost, kar pomeni, da z našim pacientom na samem začetku sodelovanja dorečemo jasna in nedvoumna pravila medosebnega sodelovanja, ki jih tekom sodelovanja ne spreminjamo (Kernberg, 1985); konstantnost pravil bo tekom terapevtskega sodelovanja s pacientom zagotavljala njegovo optimalno frustriranost, preko česar bo imel pacient možnost psihološkega zorenja (Kohut, 1971).

Učinki modelov in tehnik dela

Številne metaanalize potrjujejo, da posamezni terapevtski pristopi ne kažejo specifičnega učinka (kot bi ga npr. zdravilo v predhodnem primeru) in da ne obstaja boljši ali slabši terapevtski pristop. Razlika v učinkovitosti je namreč samo 0,2 – oziroma vse imajo skoraj enak učinek (Wampold, 2007). Izbor metode dela s pacientom predstavlja najmanjši delež pri končnem učinku obravnave duševnih motenj in drugih psiholoških stisk, tj. vsega le 1,5 %, kar pa vendarle ni povsem zanemarljivo. Pri tem je potrebno poudariti, da ne gre za to, da bi bil posamezni pristop učinkovitejši od drugega, temveč, da je posamezni pristop bolj skladen oziroma kompatibilen s posameznim pacientom, kot pa drugi. Navedeno se nazorno pokaže tudi že v tem, da na področju duševnega zdravja obstaja mnogo različnih teoretskih konceptov o nastanku posameznih duševnih motenj in tudi mnogo različnih poti za obvladovanje ali odpravo le-teh; če se odločimo prebirati in med seboj primerjati različne teoretske koncepte, bomo lahko pri sebi opazili, da se nam bo neki teoretski koncept zdel povsem na mestu, drugega pa bomo komajda uspeli dojeti, na nekoga drugega pa bosta lahko izbrani teoriji delovali povsem nasprotno. Gre namreč za to, da tista metoda dela, ki se ne sklada s pacientovimi pričakovanji, ne more biti pri dotičnem pacientu toliko uspešna, kot bi sicer lahko bil kateri izmed drugih pristopov, ki se bolj sklada s pacientovimi mentalnimi predstavami o njegovih lastnih težavah. Velika večina metod dela

na področju duševnega zdravja namreč ne delujejo neposredno in specifično – kot npr. večina zdravil na področju somatske medicine – temveč posredno in kontekstualno. Posamezna metoda zdravljenja je lahko pri posameznem pacientu učinkovita, če je zanj smiselna, logična, posledično pa tudi sprejemljiva. Pri izboru metode dela s pacientom je torej potrebno biti pozoren predvsem na to, ali smo z našim načinom dela uspeli nagovoriti pacientova pričakovanja in predvsem vzbuditi njegovo zaupanje, da bo vložen trud zares obrodil sadove; metode dela na področju duševnega zdravja torej ne učinkujejo same po sebi, temveč v navezavi na pacienta kot subjekta, in v navezavi na terapevtski odnos, ki se izoblikuje med pacientom in njegovim terapevtom. Seveda pa morajo imeti različne metode dela tudi svoje skupne lastnosti; predvsem to, da pacienta spodbujajo k prevzemanj odgovornosti za svoje bolezensko stanje, da ga spodbujajo k aktivnem sodelovanju pri zdravljenju in poglobljanju zaupanja v skupno delo z izbranim terapevtom. Izbrana metoda dela nam mora torej služiti predvsem kot sprožitelj in spodbujevalec pacientove aktivnosti ter razvoja (Flajs & Možina, 2020). Toda ko govorimo o različnih metoda dela na področju duševnega zdravja, moramo omeniti tudi terapevtov odnos do izbrane metode dela s svojimi pacienti. Na področju psihoterapije na splošno velja, da je lahko psihoterapevt pri svojem delu s pacienti zares učinkovit le v primeru, če je najprej sam pri sebi dosegel dovolj dobro integracijo osvojenega teoretskega znanja in osebne izkušnje lastnega psihoterapevtskega procesa, kar predstavlja neobhoden del psihoterapevtskega izobraževanja. Tovrsten izkustven način izobraževanja bi bil zagotovo dobrodošel tudi v procesih izobraževanjih drugih profilov, ki delujejo na področju duševnega zdravja, gotovo pa je tudi, da ga ne bi bilo možno aplicirati na prav vsa strokovna področja. Ampak kljub vsemu lahko na podlagi tovrstnega sistema izobraževanja trdimo, da so občutki zaupanja, gotovosti in prepričanosti vase ter svoj način dela zelo pomembni pri delu strokovnjaka na področju duševnega zdravja, pri čemer pa vendarle moramo biti pozorni tudi na to, da naša prepričanost ne doseže tiste ravni, ko zavrača in izključuje vse druge vidike ter načine dela (Bohak, 2008). Ob tem je potrebno dodati, da smo tudi pri izboru posamezne metoda dela ali intervencije dolžni biti do naših pacientov pristni in pošteni, kar preprosto pomeni, da ne moremo od njih pričakovati nekaj, kar sami v svojem življenju niti približno ne zmoremo, saj četudi pacient nima nobenega vpogleda v naše zasebno življenje, bo fenomen profesionalne dvoličnosti na naši strani zelo hitro zaznal ali začutil (Ferenczi, 1995). Nevarnost profesionalne dvoličnosti nas še posebej ogroža na področju poklicev pomoči, kjer se nam lahko hitro pripeti, da se z reševanjem težav pri drugih branimo soočenja s težavami pri nas samih.

Učinek povratnega informiranja

Učinek povratnega informiranja predstavlja kontinuirano poizvedbo (monitoring) pacientovega doživljanja terapevtske obravnave, odnosa s strokovnimi sodelavci, s katerimi sodeluje v terapevtski obravnavi, spremembah v njegovih simptomatiki in splošnem počutju (Kovačević Tojnko & Rožič, 2023). Zgoraj je bilo govora o tem, da je uspešnost terapevtske obravnave na področju duševnega zdravja v nemajhni meri povezana s tem, koliko je naš način dela skladen z našim pacientom; povratno informiranje nam torej omogoča sprotno preverjanje te skladnosti. Učinek povratnega informiranja pravzaprav povezuje preostale štiri skupne dejavnike v skladno in funkcionalno celoto, ki je prilagojena terapevtskim potrebam pacientove problematike. Istočasno pa povratno informiranje pacientu omogoča možnost, da odkrito in iskreno izrazi svoje doživljanje in je ob tem tudi slišan in upoštevan, kar je že samo po sebi preobrazajoče; gre za pomemben element korektivnega odnosnega izkustva (Flajs & Možina, 2020).

Razprava

Pluralistični razvoj različnih strok na področju varovanja duševnega zdravja ni mogoč zgolj na osnovi objektivističnega in pozitivističnega medicinskega modela, ki na področju obravnave duševnega zdravja še vedno prevladuje. Ugotovitve psihoterapevtske znanosti pomembno prispevajo k razvijanju nove, kontekstualne paradigme, ki ne pomeni izkoreninjenja objektivizma, temveč njegovo meta-teoretično zaobjetje s pomočjo »dialoškega pluralizma« (Gelo & Pritz, 2020; Možina, 2020). Učinkovita terapevtska obravnava mora slediti v smeri razvoja specifičnega in edinstvenega pristopa obravnave za pacienta (individualizirano prilagojena obravnava). Obravnava ne sme iti v smeri »prilagajanja pacienta ustreznemu pristopu obravnave« (npr. pacient s fobijo je bolj primeren za vedenjsko-kognitivno obravnavo ipd.), temveč ravno nasprotno – »prilagoditev obravnave pacientu« (npr. za pacienta s fobijo terapevt razvije individualiziran pristop iz številnega nabora metod in tehnik dela mnogoterih pristopov). Za doseg pacientovih korektivnih izkušenj je pomembno uporabiti kakršnekoli intervencije (spontane intervencije, ki jih terapevt oblikuje, ali intervencije, ki niso specifične za določeno modaliteto), ki so razvite s strani terapevta v korist pacienta, da neposredno vplivajo na pacientovo zavest, čustva in vedenje na nov način. Individualnost pacienta, njegova aktivna drža in zmožnost samozdravljenja so eni najpomembnejših vidikov napovedovanja uspešnosti izida obravnave. Vodenje obravnave mora zato slediti v smeri krepitve virov za ohranjanje aktivne, motivirajoče drže in pacientovih kapacitet za samozdravljenje (Kovačević Tojnko, 2019).

Zaključek

V Duncanovem (2013) članku je prikazan razvoj paradigme, imenovane »na dokazih utemeljena terapevtska praksa« (angl. *evidence-based practice*), ki se še vedno uveljavlja v medicinskem načinu zdravljenja duševnih motenj. Taka oblika terapevtske prakse beleži v znanstveni literaturi številne kritike, predvsem kadar se poskuša aplicirati na psihoterapevtsko obravnavo. Ena izmed glavnih kritik je namreč, da poskuša psihoterapevtsko obravnavo rigidno skrčiti na nivo »navodil za izvajanje« pri določeni duševni motnji in spregleda edinstvenost ter človeški vidik posameznega pacienta. Tak način pristopa obravnave je medicinski način obravnave pacienta, ki je za druge medicinske vede sicer koristen, a pri psihoterapevtski obravnavi preveč rigiden za zdravljenje. Vodenje obravnave pacientov po načelih »na dokazih utemeljene prakse« nekateri avtorji primerjajo z medikamentoznim zdravljenjem, pri katerem bi skušali ugotoviti, katero zdravilo bo učinkovitejše od drugih zgolj na podlagi sestavin posameznega zdravila (Stiles & Shapiro, 1989; Wampold et al., 1997). Ob tem pa žal spregledajo kontekstualne dejavnike (preprosteje povedano – individualnost pacienta). Z razvojem psihoterapevtske znanosti se je psihoterapevtska obravnava razvila v empirično potrjeno teorijo skupnih dejavnikov in v kontekstualni model, ki na področju varovanja duševnega zdravja predstavlja vse privlačnejšo alternativo medicinskemu modelu.

Literatura

- Bohak, J. (2008). Od učne analize do osebne izkušnje in učne terapije. *Kairos – slovenska revija za psihoterapijo*, 2(3/4), pp. 73–81.
- Duncan, B. L., Miller, S. D. & Sparks, J. A. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed outcome-informed therapy* (2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Duncan, B. L. & Reese, R. J. (2013). Empirically supported treatments, evidence-based treatments, and evidence-based practice. In G. Stricker, T. A. Widiger & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology: Clinical psychology* (pp. 489-513). Hoboken: John Wiley and Sons, Inc.
- Duncan, B. L. (2014). *On Becoming a Better Therapist: Evidence-Based Practice One Client at a Time*. (2nd ed.). Washington: American Psychological Association.
- Duncan, B. L. (2017). Foreword. In L. Isebaert (Eds.), *Solution-Focused Cognitive and Systemic Therapy: The Bruges Model* (pp. ix-xlii). New York, London: Routledge.
- Ferenczi, S. (1995). *The Clinical Diary of Sándor Ferenczi*. Cambridge – London: Harvard University Press.
- Flajs, T. & Možina, M. (2020). *Dodo se pogovarja: vodnik po psihoterapiji*. Ljubljana: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo, založba Umco, Univerza Sigmunda Freuda.
- Gabbard, G. O. & Wilkinson, S. M. (2000). *Management of Countertransference with Borderline Patients*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Gelo, O. G. C. & Pritz, A. (2020). Dialogical pluralism in psychotherapy science. In A. Pritz, J. Fiegl, H. Laubreuter, & B. Rieken (Eds.), *Universitäres Psychotherapiestudium. Das Modell der Sigmund Freud PrivatUniversität* (pp. 57-84). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Horn, D. S., Gassaway, J., & Pentz, L. (2010). Practice-based evidence for clinical practice improvement: An alternative study design for evidence-based medicine. *Studies in health technology and informatics*, 151(1), pp. 446–60.
- Kahn, M. (1997). *Between Therapist And Client*. New York: Henry Holt and Company.
- Kernberg, O. F. (1985). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Lanham: Jason Aronson.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kovačević Tojnko, N. (2019). *Patient's Perception of Corrective Experiences in Psychoanalytic Psychotherapy (dissertation)*. Vienna: Sigmund Freud Private University.
- Kovačević Tojnko, N. (2020). Client-reported factors of corrective experiences in individual psychoanalytic psychotherapy. *Kairos – slovenska revija za psihoterapijo*, 14(3/4), pp. 107–133.
- Kovačević Tojnko, N. & Rožič T. (2023). Psihodinamska perspektiva težavnega vedenja: spremljanje vzorcev klienta s sinergetsko-navigacijskim sistemom in povratnim informiranjem. In A. Lapanja (Ed.), *Učinkovito sodelovanje z zahtevnimi in »težavnimi« osebami: zbornik prispevkov z recenzijo. Strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji in Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, Oddelka za psihiatrijo, Zreče, 20. oktober 2023* (pp. 8-19). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.

- Leong, F. T. L., Callahan, J. L., Zimmerman, J., Constantino, M. J. & Eubanks, C. F. (2023). *APA handbook of psychotherapy, Volume 2: Evidence-based practice, practice-based evidence, and contextual participant-driven practice*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- McWilliams, N. (2017). *Psihoanalitična diagnostika: razumevanje osebnostne zgradbe skozi klinični proces*. Ljubljana: UMco.
- Možina, M. (2020). Zgodnja leta ptiča Dodo: Razvoj teorije skupnih dejavnikov od Rosenzweiga do Frankovega kontekstualnega modela. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 14(3-4), pp. 15–61.
- Nakamura, K. & Iwakabe, S. (2018). Corrective emotional experience in an integrative affect-focused therapy: Building a preliminary model using task analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(2), p. 322337.
- Pap, Z. (2023). Intersubjektivne zakonitosti učinkovitega sodelovanja s težavnimi osebami. In A. Lapanja (Ed.), *Učinkovito sodelovanje z zahtevnimi in »težavnimi« osebami: zbornik prispevkov z recenzijo. Strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji in Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, Oddelka za psihiatrijo, Zreče, 20. oktober 2023* (pp. 20-25). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), pp. 412–415.
- Sharpless, B. A. & Barber, J. P. (2012). Corrective emotional experiences from a psychodynamic perspective. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 31-50). Washington: American Psychological Association.
- Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9(4), pp. 521–543.
- Torre, R. (2015). *Alkoholizam: prijetnja i oporavak: kako nas alkohol može uništiti i kako to možemo spriječiti*. Zagreb: Profil Knjiga.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H.-n. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, »all must have prizes.« *Psychological Bulletin*, 122(3), pp. 203–215.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62(8), pp. 857–873.

POZITIVNA PSIHOLOGIJA – ORODJE ZA BOLJŠE ŽIVLJENJE

(učna delavnica)

dr. Aleksander Zadel, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.

Inštitut C.A.R., d.o.o.

aleksander@institutcar.si

Izvleček

Koncept pozitivne psihologije izpodbija temeljne postavke klasične psihologije, ki smo jih navajeni še od Freudovih časov. Psihologija se je vse od svojih znanstvenih začetkov pristransko usmerjala v proučevanje negativnega doživljanja. Razklanost, obup, nevrotičnost, sovražnost ali uničevalnost so bili fenomeni, ki so strastno zanimali »očete« psihologije. Res je, da smo ljudje ranljiva bitja, toda to je le del našega bistva. Smo tudi veseli, radostni, ljubeči, optimistični in, ja, kdaj pa kdaj tudi srečni. Pozitivna psihologija ima razlagalno in poučevalno moč, s katero ljudi uči vzpostavljanja samostojnega, suverenega, svobodnega in harmoničnega odnosa do sebe in okolja, v katerem lahko učinkovito zadovoljujemo svoje potrebe. Na psihologa ni nujno pomisliti šele takrat, ko gre vse narobe, temveč takrat, ko se sprašujemo, kako vzpostaviti pogoje za polno in uravnoteženo življenje, skladno s samim seboj ter našo bližnjo in daljno okolico.

Na predavanju in delavnici se bomo posvetili razmisleku o tem, k čemu se v življenju premikamo in težimo in se odmaknili od razmišljanju, česa se želimo izogniti in pred čim bežimo. Proaktivna in asertivna drža v življenju naj bo namenjena vzpostavljanju notranjega in zunanjega ravnotežja ter blagostanja. Kako kljub bolečini in neprijetnim občutkom, ki so del našega življenja, živeti zdravo, harmonično in radostno?

Literatura

Glasser, W. (2021). *Teorija izbire: nova psihologija osebne svobode*. Ljubljana: Chiara.

Musek Lešnik, K. (2021). *Pozitivna psihologija za vrtce, šole in starše*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Seligman, M. (2009). *Naučimo se optimizma*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Seligman, M. (2018). *Optimističen otrok*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

KOREKTIVNI TERAPEVTSKI ODNOS – IZ TEORIJE V PRAKSO

(simulacijsko-izkustvena delavnica)

Zoltan Pap, dipl. zn., psihoanalitični psihoterapevt (ECP),
Oddelek za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor
zoltan.pap91@gmail.com

pred. dr. Nuša Kovačević Tojnko, mag. psih., psihoanalitična psihoterapevtka (ECP),
Ambulanta za duševno zdravje Pamina
nusa.kovacevic.tojnko@gmail.com

Liza Marijina, diplomirana dramska igralka,
Slovensko narodno gledališče Maribor
lizamarijina@gmail.com

Izvleček

Vsakodnevne okoliščine na različnih ravneh zdravstvenega varstva predstavljajo vse bolj resno preizkušnjo psiholoških sposobnosti tako zaposlenih v zdravstvu kakor tudi posameznikov ter njihovih svojcev, ki so se zaradi različnih bolezenskih stanj primorani poslužiti storitev javnozdravstvenih institucij. Raznolike stresne, čustveno obremenjujoče, zahtevne in nepredvidljive okoliščine v delovnih okoljih zahtevajo od zaposlenih visoko stopnjo psiholoških zmogljivosti, katerih domet gotovo pri nikomer ne seže v neskončnost. Posebno preizkušnjo psiholoških zmogljivosti zdravstvenih delavcev predstavljajo pacienti,, katerih vedenje in funkcioniranje v medosebnih odnosih je poudarjeno ter ponavljajoče se zahtevno in težavno. Tovrstne težavne oblike vedenja pacientov lahko v interakciji s šibkimi psihološkimi zmogljivostmi zdravstvenih delavcev privedejo do nastanka takšnih oblik konfliktov, nesporazumov, napačnih informacij in drugih neželenih dogodkov, ki pomembno prispevajo k slabšemu izidu najrazličnejših oblik zdravstvenih obravnav. Delavnica bo s pomočjo kratkih dramskih uprizoritev osredotočena na simulacijo izbranih in čustveno obremenjujočih medosebnih situacij, ki se najpogosteje odvijajo med zdravstvenim osebjem in pacienti, za katere je značilno zahtevno in težavno vedenje. Na delavnici bomo udeležencem zagotovili možnost izkustvenega učenja oziroma možnost preizkusa lastnih komunikacijskih veščin v odnosu z dramskim likom, čemur bo sledila kratka analiza dogajanja in skupno raziskovanje možnosti učinkovitejšega spoprijemanja s pojavom zahtevnega in težavnega vedenja. S tem bodo udeleženci simulacijsko-izkustvene delavnice lahko pridobili osnovno teoretsko razumevanje psihodinamskih zakonitosti zahtevnega in težavnega vedenja, istočasno pa bodo preko refleksije odnosnega dogajanja z dramskim likom lahko spoznali (ozavestili) tiste dele sebe, s katerimi sami krojijo medosebni odnos v raznolike neželene smeri.

Literatura

Gabbard, O. G. & Wilkinson, S. M. (2000). *Management of Countertransference with Borderline Patients*. Lanhan, Maryland: Jason Aronson.

Kernber, O. F. (1993). *Severe Personality Disorder*. London: Yale University Press.

Yalom, D. I. (2017). *Darilo terapije*. Ljubljana: Založba UMco.

VZPOSTAVLJANJE ZDRAVIH ODNOSOV V DELOVNEM OKOLJU

(učna delavnica)

Špela Tušek Lc.Ps.,

Imago partnerska terapevtka in facilitatorica
Supervizorka in certificirana Imago trenerka
Višja predavateljica

Zaupanje Špela Tušek s.p.
spela@spelatussek.si

Izvleček

Delovno okolje po meri človeka

Bolj kot kdajkoli prej v resnici potrebujemo delovno okolje po meri človeka. Samo predstavljajte si profesionalni prostor, kjer sta sočutje in ranljivost na prvem mestu - delo je dobesedno bolj človeško. Delovno mesto po meri človeka je osredotočeno na dobro počutje zaposlenih in je ključnega pomena za ohranjanje in privabljanje najbolj nadarjenih ljudi ter pripravljanje ljudi na uspeh. Če so zaposleni zdravi in zadovoljni, so uspešnejši, kakovost njihovega dela pa se poveča.

Sprememba kulture delovnega okolja

Delovno okolje po meri človeka je možno doseči, vendar je to proces in rezultat zavestne in sistemske odločitve vodstva. Večja ko je organizacija, težje je sprejeti odločitev in počasnejše so spremembe. Vendar pa obstajajo tudi druge možnosti. Že res, da je najlažje spreminjati kulturo neke organizacije od zgoraj navzdol. Vendar pa ima možnost in izbiro tudi vsak vodja katerekoli majhne ekipe. Lahko se odloči ter pod svojim vodstvom vpelje nekatere vrednote in načine. Več ko je takih vodij, lažje je. Kaj mora vodja upoštevati? Na splošno bi rekli, da je pomembnih pet bistvenih koristi za duševno zdravje in dobro počutje zaposlenega. Vsaka bistvena korist izhaja iz dveh človekovih potreb:

- Varnost in zaščita: Delovna mesta, ki dajejo prednost fizični in psihološki varnosti in na katerih ni strahu pred kaznovanjem, zagotavljajo prijazno in vključujočo kulturo ter cenijo različne perspektive. To vključuje ustvarjanje pogojev za raznolikost, enakost, vključenost in dostopnost.
- Povezanost in pripadnost: Prijazno okolje daje vsakomur možnost, da izrazi svoje mnenje. Delavci lahko pristno gojijo zaupanja vredne odnose za sodelovanje, timsko delo, namen in usklajenost.
- Harmonija med delom in življenjem: Organizacije izkazujejo spoštovanje do svojih zaposlenih s pravičnimi politikami dopusta ter razmejitvijo med delovnim in neplačanim časom.
- Dostojanstvo in pomen: Oblikovanje kulture hvaležnosti in priznanja ne glede na položaj. Zaposleni najdejo izpolnitev in namen, ko vidijo neposredno povezavo med svojim individualnim delom in poslanstvom organizacije. Postanejo bolj zavzeti, kadar so pozvani k sodelovanju pri odločitvah na delovnem mestu in so za svoje prispevke prepoznani.

- Priložnost za rast: Podpiranje rasti in razvoja delavcev z zagotavljanjem napredovanja, usposabljanja, povratnih informacij in coachinga ustvarja lojalnost in gradi trajnostno delovno silo.

Varni in spoštljivi odnosi – odgovornost vsakega posameznika

Seveda je zaposlenim veliko lažje, če se vodstvo odloči za grajenje kulture organizacije in delovnega mesta po meri človeka. Pa vendar lahko tudi zaposleni sami naredijo veliko za zdrave odnose. Spet je stvar odločitve. Predlogi pa naslednji:

- gojenje hvaležnosti in spoštovanja med sodelavci;
- medsebojna pomoč in podpora;
- ničelna toleranca do (lastne) negativnosti (opravljanje, podtikanje, agresivnost);
- konstruktivno reševanje konfliktov;
- prevzemanje odgovornosti za lasten prispevek (opravičilo);
- redni in sistematični sestanki na način varnih pogovorov;
- konstruktivna povratna informacija.

Literatura

Coyle, D. (2023). *Skrivnost sodelovanja. Kako delujejo zelo uspešne skupine*. Ljubljana: UmKO.

Brehm, K. (2021). *Imago Professional Facilitator Training. Imago in Working with Organisations*. Interno gradivo.

Duckworth, A. (2018). *Predanost. Moč strasti in vztrajnosti v življenju in pri delu*. Ljubljana: UmKO.

Duhigg, C. (2016). *Moč navade. Zakaj počnemo, kar počnemo in kako lahko to spremenimo*. Ljubljana: UmKO.

PROBLEM KOT IZZIV

(učna delavnica)

dr. Špela Hvalec

univ. dipl. psih., spec. klin. psih.
vedenjsko-kognitivna terapevtka in supervizorka

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

Izveleček

Reševanje problemov opredeljujemo kot proces, ki vključuje čustvene, miselne in vedenjske vidike, pri katerem oseba poskuša najti rešitve za težave, s katerimi se srečuje (D'Zurilla, Nezu in Maydeu-Olivares, 2004). Uspešno reševanje oziroma soočanje s težavami ima lahko pomemben vpliv na psihološko blagostanje in je hkrati eden od temeljev duševnega zdravja (Brown in Ryan, 2003). Krizna obdobja, v katerih prihaja do osebnih in družbenih sprememb, zahtevajo več soočanja in reševanja težav (Eskin, 2013; Korkmaz, Kazgan, Cekic & Tartar, 2020).

Ločimo med tremi najpogostejšimi **načini reševanja problemov**: razumskim, impulzivnim oziroma nepremišljenim in izogibajočim (Nezu, Maguth Nezu & D'Zurilla, 2012). Pri prvem oseba razumno, namerno in sistematično rešuje probleme s tem, da opredeli problem, poišče različne možne rešitve problema, se odloči za najbolj ustrezno, jo izvede in postopek ovrednoti. Za nepremišljen oziroma impulziven način reševanja problemskih situacij je značilno, da osebe doživljajo intenzivna čustva, običajno sledijo prvemu vzgibu in poskušajo priti do rešitve po sistemu poskusov in napak. Problem doživljajo skozi »tunelski vid«, nato pa površno in nepremišljeno izvedejo svoje rešitve. Za tretji, izogibajoči način, so značilni odlašanje, pasivnost, zanikanje problema ter prelaganje odgovornosti za rešitev problema na druge (Nezu et al., 2012).

Proces reševanja problemov je odvisen tudi od **problemske naravnosti osebe**. Gre za zaznavo problemske situacije bodisi kot grožnje ali kot izziv. Naravnost odraža tudi oceno lastne sposobnosti za reševanje problemov (D'Zurilla et al., 2004). Za pozitivno problemsko naravnost je značilno prepričanje osebe, da je problem rešljiva, posamezniku predstavlja izziv, spremlja pa ga prepričanost v lastno zmožnost uspešnega razreševanja problemske situacije. Oseba hkrati sprejema dejstvo, da so za uspešno reševanje problema potrebni čas, trud in aktivnost. Za neugodno naravnost je značilno, da ima oseba relativno nizko frustracijsko toleranco pri soočanju s problemom (zaradi tega se iz problemske situacije pogosto umakne), doživlja dvom v lastne zmožnosti reševanja problema in ga ocenjuje kot grožnjo za lastno blagostanje.

Več avtorjev opisuje proces reševanja problemov po korakih, saj se je izkazalo, da je tak način spoprijemanja zelo učinkovit (Nezu et al., 2012; Eskin, 2013). Tako sistematičen način reševanja problemov je pregleden in obvladljiv. Struktura v obliki zaporednih korakov posamezniku zniža tesnoba ter mu pomaga, da se lažje osredotoči na naloge. Koraki so natančno opredeljeni, kar pomembno vpliva na motivacijo v procesu reševanja problemov (Eskin, 2013). Tehnika sprva pripomore k vzpostavitvi ustrezne distance do problemske situacije, v nadaljevanju omogoči razmišljanje o različnih možnih rešitvah problema ter osebe usmerja k razumskemu in aktivnemu razreševanju problema.

Na delavnici bomo spoznali tehniko reševanja problemov in možnosti uporabe tehnike pri delu ter v zasebnem življenju.

Literatura

- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), pp. 822–848.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. & Maydeu-Olivares, A. (2004). Social Problem Solving: Theory and Assessment. In E. C. Chang, T. J. D'Zurilla & L. J. Sanna (Eds.), *Social problem solving: Theory, Research, and Training* (pp. 202-274). American Psychological Association.
- Eskin, M. (2013). *Problem solving therapy in the clinical practice*. Elsevier.
- Korkmaz, S., Kazgan, A., Cekic, S. & Tartar, A. S. (2020). The anxiety levels, quality of sleep and life and problem-solving skills in healthcare workers employed in COVID-19 services. *Journal of Clinical Neuroscience*, 80, pp. 131–136.
- Nezu, A. M., Maguth Nezu, C. & D'Zurilla, T. J. (2012). *Problem-Solving Therapy: A Treatment Manual*. Springer Publishing Company.

UPORABA SVETLOBNE TERAPIJE Z BIOPTRONOM NA PODROČJU PREVENTIVE, KURATIVE IN REHABILITACIJE

(prispevek sponzorja)

Aleksandra Saša Oberstar, medicinska sestra-babica, dipl. ekon. (UN)

Strokovna sodelavka za svetlobno terapijo in medicinske aparate ZEPTER Slovenica d.o.o.
aleksandraoberstar@gmail.com

Povzetek

Svetlobna terapija, znana tudi kot fototerapija ali terapija s svetlo svetlobo, je oblika zdravljenja, ki vključuje izpostavljanje osebe svetlobi določenih valovnih dolžin za določen čas. Svetlobna terapija je učinkovit, ne invaziven in cenovno ugoden fizikalen pristop k zdravljenju. Zdravi mišično-skeletne poškodbe, poškodbe in bolezni živčevja, kožne bolezni in pospešuje celjenje akutnih in kroničnih ran. Predstavlja učinkovito podporo zdravljenju in blaženju bolečin.

Uvod

Zgodovina svetlobne terapije

Uporaba svetlobne terapije v medicinske namene sega v stare civilizacije, ki so s sončno svetlobo zdravili različne bolezni. Prvi vir svetlobe, ki se je uporabljal v foto medicini, je bila naravna sončna svetloba. Sončna svetloba se je za zdravljenje uporabljala že v starem Egiptu. Kasneje je Hipokrat opisal uporabo sončne svetlobe za zdravljenje različnih medicinskih motenj. Čeprav terapija s sončno svetlobo za enkrat še nima znanstvene razlage, je njena moč zdravljenja bila jasna, rimljanski in arabski zdravniki pa so svetlobno terapijo vključili v splošno zdravstveno nego.

Danes je znano, da človeški organizem pretvarja svetlobo v elektrokemično energijo, ki aktivira verigo biokemičnih reakcij v celicah, ki niso omejene le na del kože, ki se ga zdravi, ampak lahko vplivajo na celotno telo.

Lieberman (2021) v knjigi Svetloba zdravilo prihodnosti navaja kdo so bili med prvimi, ki so omenjali medicinske koristi svetlobe in sicer Herodot (oče helioterapije), Avel Kornelij Celz (zdravnik in učenjak), Klavdij Galen (grški zdravnik) in Avicenna (perzijski učenjak in filozof). Ti intuitivni zdravniki so častili sonce (svetlobo) kot Boga in preko lastnih izkušenj spoznali, da jim svetloba daje, ohranja in obnavlja življenje.

Fiziki in astronomi kot so Hipokrat, Platon, Shakespeare in Descartes pa so preučevali in poudarjali, da so oči most med svetlobo in dušo. Očitno so prišli do spoznanja, da oči, ki osvetljujejo telo, um in duha, predstavljajo vhod v celotno človeško telo.

V začetku 20. stoletja so svetlobno terapijo uporabljali za zdravljenje tuberkuloze, pozneje pa za zdravljenje zlatenice pri novorojenčkih (Terapija s svetlobo, 2024,b.s.).

Sodobno obdobje svetlobne terapije se je začelo v 80. letih 20. stoletja, ko so raziskovalci odkrili, da je svetla svetloba lahko učinkovito zdravilo za sezonsko afektivno motnjo (SAD), vrsto depresije, ki se pojavi v jesenskih in zimskih mesecih, ko je dnevna svetloba omejena.

Od takrat je svetlobna terapija postala splošno sprejeto zdravljenje sezonske depresije, njena uporaba pa se je razširila tudi na druge bolezni, kot so motnje spanja in kožne bolezni, blaženje bolečine, zdravljenje ran, itd. Povzeto po Wikipediji se terapija s svetlobo uporablja za zdravljenje kožnih bolezni (npr. aken, luskavice, ikterusa-zlatenice novorojenčkov, celjenja ran, opeklin, brazgotin, herpes simplex virusa 1 - svetloba je usmerjena na površino kože - in zdravljenja motenj cirkadianega ritma, motenj spanja in nespečnosti, kronične utrujenosti, sezonskih motenj razpoloženja, nesezonskih depresijah, Parkinsonovi bolezni, Alzheimerjevi bolezni - snop svetlobe je usmerjen v oko (Terapija s svetlobo, 2024, b. s.).

Danes je svetlobna terapija uveljavljena kot možnost zdravljenja, ki jo podpirajo znanstvene raziskave in smernice za klinično prakso. Z razvojem specializiranih naprav za svetlobno terapijo je omogočeno več načinov le teh.

Svetlobna terapija s sistemom Bioptron

Z Medicinskim pripomočkom Bioptron izvajamo terapijo s svetlobo z naslednjimi značilnostmi:

- polarizacija, svetloba sistema Bioptron je polarizirana, njeno valovanje niha v eni ravnini. linearna polarizacija z odbojem svetlobe (sistem več nivojskih zrcal- imenuje se brewsterjevo zrcalo) je zelo učinkovito in dosega stopnjo polarizacije 95 %,
- nadgrajena polarizacija s hiperpolarizacijo, z umestitvijo formule c60 oz. nanofutonski fullerenski filter, ki stimulira samoobnovitvene procese v tkivih in preprečuje degeneracijo tkiva tudi v globljih strukturah, kot so živčevje, vezi, hrustanec, kosti in notranji organi,
- polikromatičnost, sistem terapije s svetlobo Bioptron oddaja svetlobo v območju valovnih dolžin od 480nm do 3400nm. ta spekter zajema vidno svetlobo in del spektra infrardeče svetlobe. svetloba iz sistema Bioptron ne vsebuje ultravijolične (UV) komponente.
- nekoherentnost, svetloba sistema Bioptron je nekoherentna t.i. » ni v fazi«. ali z drugimi besedami : valovi te svetlobe niso sinhronizirani.
- nizkoenergijska, svetloba sistema Bioptron ima nizko energijsko gostoto, v povprečju 2,4 j/cm². svetloba iz sistema Bioptron osvetljuje zdravljenno mesto s konstantno jakostjo. taka energijska gostota učinkuje biostimulativno (Prelomni uspeh zdravljenja s svetlobo, 2024, b. s.).
- Te lastnosti omogočajo svetlobi iz sistema Bioptron prodreti pod površino kože skoraj brez segrevanja same kože , popolnoma varno in brez stranskih učinkov. Glavni mehanizem delovanja terapije s svetlobo sistemom Bioptronom. Bioptron je biostimulativni učinek in je rezultat sinergije med različnimi mehanizmi delovanja kot so: izboljšanje mikrocirkulacije, okrepitev imunskega sistema, zmanjšana vzdraženost živčevja in večja sprostitvev mišic, pospešitev procesa fagocitoze, povečanje tvorbe DNA in RNA in okrepitev določenih encimov, ki sodelujejo pri regeneraciji celic (Prelomni uspeh zdravljenja s svetlobo, 2024, b. s.).

Sistem svetlobne terapije Bioptron se lahko uporablja v namen preventive, kurative in rehabilitacije. Terapija s svetlobo Bioptron je primerna kot dopolnitev konvencionalnih zdravstvenih metod, pri določenih stanjih pa tudi kot monoterapija (Terapija s svetlobo, 2024, b. s.).

Prednosti terapije s svetlobo Bioptron

Sistem Bioptron omogoča uporabo na širokem področju uporabe, ki dosega jasne terapevtske rezultate, kratko trajanje terapije, nobenih znanih stranskih učinkov, možnost uporabe v kliničnem okolju in/ ali doma, preprosta uporaba, zmanjša stroške zdravljenja in lajša bolečine. (Scientific reference list, 2024, b.s.)

Kot nadgradnja aktivne terapije s hipersvetlobo pa sistem BIOPTRON nudi še očala TESLA HyperLight - THE EyeWear, kot revolucija v optiki za boljši vid, boljše počutje, jasnejše misli , večjo koncentracijo in učinkovitost, hormonsko ravnovesje in zaščito pred škodljivo modro svetlobo (TV, računalnik, telefon, UV sevanje, led svetloba,...) ((BIOPTRON® Hyperlight, 2024, b. s).

Očala Tesla HyperLight EyeWear-THE omogočajo aktivno terapijo s hipersvetlobo, ki prodira, okrepi in revitalizira uporabnikovo telo na kvantni ravni. Svetloba THE se pri prehodu skozi plast fullerena v očalih THE spremeni v optimizirano in hiperharmonizirano svetlobo , ki je edinstvena in zdravju prijazna (Smart Glasses, 2024, b. s.).

Zaključek

Bioptron svetlobna terapija temelji na starodavni metodi zdravljenja s pomočjo sončne svetlobe in močno napredni tehnologiji in razvoju. Oddaja hiperpolarizirano, polikromatsko svetlobo, ki združuje vidno in infrardečo svetlobo. Terapija je povsem neboleča in varna za uporabo, brez neželenih učinkov. Terapija je enostavna in učinkovita. Tukaj ni placebo učinka, gre enostavno za kvantno fiziko. Preizkusite in se prepričajte sami.

Literatura

Bioptron: Prelomni uspeh zdravljenja s svetlobo. (2024). *Bioptron Hyperlight Sistem*.
<https://www.bioptron.si/How-it-Works/Bioptron-Light-Therapy.aspx>

Scientific reference list. (2024). *Bioptron Hyperlight Sistem*.
<https://www.bioptron.com/references/scientific-reference-list/>

BIOPTRON® Hyperlight. (2024). *Bioptron Hyperlight Sistem*.
<https://www.bioptron.com/how-it-works/bioptron-hyperlight-therapy/>

Smart Glasses. (2024). *Bioptron Hyperlight Sistem*.
<https://www.bioptron.com/products/smart-glasses/>

Liberman, J. (2021). *Svetloba: zdravilo prihodnosti*. Ljubljana: Ara.

Očala Hyperlight Eyewear. (2024). *Bioptron Hyperlight Sistem*.
<https://www.bioptron.si/Products/H-LightWear.aspx>

Svetlobna terapija. (2024). *Maremico*. <https://www.maremico.si/svetlobna-terapija/>

Terapija s svetlobo. (2024). *Wikipedija, prosta enciklopedija*.
https://sl.wikipedia.org/wiki/Terapija_s_svetlobo

ZAHVALA ZA POMOČ PRI IZVEDBI STROKOVNEGA SREČANJA





Tedenski/mesečni
Buvidal®
 BUPRENORFIN
 RAZTOPINA ZA INJICIRANJE
 S PODALJŠANIM SPROŠČANJEM

Pomagajmo jim obrniti hrbet odvisnosti od opioidov

SKRAJŠAN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA

Buvidal 8 mg raztopina za injiciranje s podaljšanim sproščanjem, Buvidal 16 mg raztopina za injiciranje s podaljšanim sproščanjem, Buvidal 24 mg raztopina za injiciranje s podaljšanim sproščanjem, Buvidal 32 mg raztopina za injiciranje s podaljšanim sproščanjem, Buvidal 64 mg raztopina za injiciranje s podaljšanim sproščanjem, Buvidal 96 mg raztopina za injiciranje s podaljšanim sproščanjem, Buvidal 128 mg raztopina za injiciranje s podaljšanim sproščanjem, Buvidal 160 mg raztopina za injiciranje s podaljšanim sproščanjem (buprenorfin)

Indikacije: Zdravljenje odvisnosti od opioidov v okviru medicinskega, socialnega in psihološkega zdravljenja. Zdravljenje je namenjeno odraslim in mladostnikom, starejšim od 16 let. **Odmernik:** Buvidal lahko dajejo samo zdravstveni delavci. Zdravljenje mora potekati pod nadzorom zdravnika, ki ima izkušnje z zdravljenjem odvisnosti od opioidov. Za preprečitev simptomov hitre odzivnosti je treba zdravljenje začeti, ko so opazni znaki zavisnosti blage do zmerno odzivnosti. Bolnikom, ki uživajo heroin ali kratkodelujoče dolgoobčutne opioide, je treba začeti odmerek zdravila Buvidal vsaj 6 ur po zadnji uporabi opioida. Pri bolnikih, ki prejemajo metadon, je treba odmerek metadona pred začetkom zdravljenja z zdravilom Buvidal zmanjšati na največ 30 mg/dnevno. Buvidal pa je treba vbrinjati vsaj 24 ur po zadnjem bolnikovem odmerku metadona. Buvidal lahko pri bolnikih, ki so odvisni od metadona, sproži simptome odzivnosti. Začetek zdravljenja pri bolnikih, ki že ne dobajo buprenorfin. Bolniki prejmejo 4 mg buprenorfin pod jezik, nato pa jih je treba pred prvimi tedenskimi odmerki zdravila Buvidal lito opozoriti zaradi pomanjrljive tolerance na buprenorfin. Začetni odmerek je 16 mg z enim ali dvema dodatnima odmerka po 8 mg v predstavi najmanj enega dneva, da v prvem tednu zdravljenja dosežemo ciljni odmerek 24 mg ali 32 mg. Odmerek za drugi teden zdravljenja je enak skupnemu prejetemu odmerku v začetnem tednu. Po začetku zdravljenja s tedenskimi odmerki je mogoče začeti zdravljenje z mesečnimi odmerki v skladu s preglednico za prvotno odmerke in ko so bolniki stabilizirani na tedenski odmerki vsaj 4 tedne. **Prihod s podaljšanim sproščanjem na zdravilo Buvidal:** Bolniki lahko neposredno preidejo na tedenski ali mesečni odmerek s pričetkom na dan po zadnjem dnevnem odmerku podjeznih tablet.

| Dnevni podjezni odmerek buprenorfin | Tedenski odmerek zdravila Buvidal | Mesečni odmerek zdravila Buvidal |
|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 2-6 mg | 8 mg | |
| 8-10 mg | 16 mg | 64 mg |
| 12-16 mg | 24 mg | 96 mg |
| 18-24 mg | 32 mg | 128 mg |
| 25-32 mg | | 160 mg |

Važnih stvari, ki jih je treba upoštevati pri zdravljenju odvisnosti od opioidov: Buvidal je mogoče dati tedensko ali mesečno. V obdobju odmerjanja po prehodu je priporočljivo spremljanje bolnika. Redno odmerjanje. Med rednim tedenskim in mesečnim odmerkom je ob neodvisnem obisku dopustno vbrinjati največ 1 dnevni odmerek 8 mg zdravila Buvidal. Največji odmerek na teden za bolnike, ki so na tedenskem zdravljenju z zdravilom Buvidal, je 32 mg z dodatnim odmerkom 8 mg. Največji odmerek na mesec za bolnike, ki so na mesečnem zdravljenju z zdravilom Buvidal, je 160 mg. Upoštevati odmerek. Da bi se izognili izpuščenim odmerkom, je mogoče tedenski odmerek vbrinjati do dva dni pred ali po razpisovanem odmerku, mesečni odmerek pa je mogoče vbrinjati do en teden pred ali po razpisovanem mesečnem odmerku. Po izpuščenem odmerku je treba naslednji odmerek vbrinjati čim prej. **Prekinitev zdravljenja:** Pri prekinitvi zdravljenja z zdravilom Buvidal je treba upoštevati njegovo podaljšano sproščanje in morebitne simptome odzivnosti. Posredne populacije: Pri bolnikih z zmanjšano funkcijo jeter je treba buprenorfin uporabljati previdno. Spremljanje odmerka buprenorfin pri bolnikih z okvaro ledvic ni potrebno. Pri odmerku pri bolnikih s hudo okvaro ledvic (očistek kreatinina < 30 ml/min) se priporoča previdnost. **Način uporabe:** Zdravilo je namenjeno samo za subkutano uporabo. Injicirati ga je treba počasi in celoten odmerek vbrinjati. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost na aktivno snov ali na katerikoli pomožni snov. Huda respiratorna insuficienca. Huda okvara jeter. Huda srčnožilna ali ledvična insuficienca. **Opaznica in previdnostni ukrepi:** Odmerki ni dovoljeno vbrinjati intravaskularno, intravaskularno ali intratehalno. Intravaskularno injiciranje predstavlja nevarnost hude poškodbe, saj Buvidal ob stiku s telesnimi tekočinami tvori trdno obliko, ki lahko povzroči poškodbo ali zaporo krvne žile. Bolnikovo samoinjiciranje zdravila ni dopustno. Treba je spremljati vsak poskus zmanjšanja odmerka. Med zdravljenjem je treba upoštevati značilnosti podaljšane sproščanja zdravila. Spremljati je treba znaki bolnike, ki sočasno prejemajo druga zdravila ali imajo še druge bolezni, glede znakov in simptomov toksičnosti, prevelikega odmerjanja ali odzivnosti zaradi povežanih ali znižanih ravni buprenorfin. **Respiratorna depresija:** Poročali so o številnih primerih smrti zaradi respiratorne depresije, zlasti pri uporabi buprenorfin v kombinaciji z benzodiazepini ali kadar buprenorfin ni bil uporabljen v skladu z navodili. O smrtih primerih so poročali tudi v povezavi s sočasnim uživanjem buprenorfin in drugih depresivov kot so alkohol, gepatoprotiki ali drugi opioidi. Buprenorfin je treba pri bolnikih z respiratorno insuficienco uporabljati previdno. Če bi buprenorfin zlasti obvisi ali druge osebe, ki niso odvisniki, bi lahko povzročil potencialno smrtonosno respiratorno depresijo. Depresija osrednjega

živčnega sistema. Buprenorfin lahko povzroča zaspanost, zlasti pri jemanju skupaj z alkoholom ali depresivimi sredstvi. **Živčni sistem:** Bolniki, kot so benzodiazepini, pomirjevala, uspavalila, gepatoprotiki ali hipnotiki. **Odvisnost:** Krvnično dijašnje lahko povzročijo opioidno odvisnost. **Serotoninski sindrom:** Sočasna uporaba zdravila Buvidal in drugih serotoninskih učinkov, kot so zaviralci MAO, selektivni zaviralci prisotnega serotonina (SSRI), zaviralci prisotnega serotonina in noradrenalina (SNRI) ali trichiklini antidepresivi, lahko povzročijo serotoninski sindrom. Če je sočasno zdravljenje z drugimi serotonergičnimi učinkovinami upravičeno, se svetuje skrbno opazovanje. Če obstaja sum na serotoninski sindrom, je treba razmisliti o zmanjšanju odmerka ali prekinitvi zdravljenja. **Hepatitis:** Hepatitis dopaki. Pri bolnikih, ki so pozitivni na virusni hepatitis in se sočasno zdravijo z drugimi zdravili ali pri bolnikih z motnjami v delovanju jeter, obzato večje tveganje za poškodbo jeter. Ob sumu na jetni dopogek je potrebno nadaljnje biokemijsko in kliničko nadziranje. Če se zdravljenje nadaljuje, je treba pazljivo spremljati delovanje jeter. **Paravertebalni sindrom:** Opioidne odzivnosti. Pri bolnikih, odvisnih od opioidov, zdravila z buprenorfinom hitro povzročijo odzivnostne simptome, če jih dajo, še preden so popolnoma odvisni. **Prekinitev zdravljenja:** lahko povzročijo odzivnostne simptome, ki se lahko pojavijo z zamikom. **Podajanje intervala (OI):** Prekinitev je potrebna pri večini uporabi z drugimi zdravili, ki podaljšujejo intervala (OI) in pri bolnikih z zmanjšano srčnožilno dolgoročno intervala (OI) ali drugimi dejavniki tveganja za podaljšanje intervala (OI). **Obvladovanje akutne bolečine:** Za obvladovanje akutne bolečine med zdravo uporabo zdravila Buvidal bo morda potrebna kombinirana uporaba opioidov z visoko afiniteto mu-opioidnega receptora (npr. fentanyl), nepooblaščenih analgetikov in lokalne anestezije. Med zdravljenjem je treba bolnike opozoriti. **Motnje dihanja med spanjem:** Opioidi lahko povzročijo motnje dihanja med spanjem, vključno s centralno apnejo med spanjem in s spanjem povezano hipoksemijo. Pri bolnikih, pri katerih so prisotni znaki centralne apneje med spanjem, je treba razmisliti o zmanjšanju skupnega odmerka opioidov. **Učinki opioidov:** Opioidi lahko povzročijo ortostatsko hipotenzijo. Opioidi lahko povežajo tisk cerebrospinalne tekočine, kar lahko povzroči epileptične napade, zato jih je treba pri bolnikih s poškodovano glavo, intrakranialnimi lezijami, drugimi stanji, ki lahko privedejo do povečanja tlaka cerebrospinalne tekočine, ali pri bolnikih s srčnožilnimi napadmi uporabljati previdno. Pri uporabi opioidov pri bolnikih s hipotenzijo, hipotenzijo prostate ali srčnožilno stenozo je potrebna previdnost. **Misna zaradi opioidov, spremenitev v stanju zavisnosti ali spremembe v občutljivosti:** Bolniki, ki so odvisni od opioidov, lahko izgubijo na očeno bolnika ali občutijo depresijo, odzvojo klinični potek sočasne bolezni. Pri uporabi opioidov pri bolnikih s miokardem, hipertenzijom ali aritmijami lahko izboljšajo pri potrebni previdnosti. Opioidi dokazano povežajo intratehalni tlak, zato jih je treba pri bolnikih z nepravilnim delovanjem bilanega trakta uporabljati previdno. **Začeta igle:** Bolniki, odvisni od opioidov, ki se trenutno zdravijo z buprenorfinom, nevarnost sprožitve intervirne simptome odzivnosti. Buprenorfin se presnavlja v norbuprenorfin z CYP3A4. Zaviralci CYP3A4 lahko zavirajo presnovo buprenorfin, kar povzroči povečanje koncentracij buprenorfin in norbuprenorfin. Buvidal se izvaja učinkom prvega prehoda in zaviralci CYP3A4 (npr. zaviralci proteaz, kot so ritonavir, nestinavir ali indinavir, ostroga azotna antitrombotična, kot sta heparin ali heparin, ali makrolidni antibiotiki) naj bi imeli manj vpliva na presnovo buprenorfin pri sočasni uporabi z zdravilom Buvidal v primerjavi s sočasno uporabljenimi podjeznimi tabletami buprenorfin. **Bolezni, ki jih prejemajo Buvidal in se zdravijo z zdravilom CYP3A4:** Je treba zdraviti s tedenskimi odmerki zdravila Buvidal in spremljati glede znakov in simptomov zmanjšane presnove buprenorfin. Po drugi strani pa je treba bolnike, ki sočasno prejemajo Buvidal in zaviralci CYP3A4 ter prekinje zdravljenje z zaviralci CYP3A4, spremljati glede znakov in simptomov odzivnosti. **Induktorji CYP3A4:** lahko sprožijo presnovo buprenorfin, kar povzroči zmanjšanje koncentracij buprenorfin. Buvidal se izvaja učinkom prvega prehoda in induktorji CYP3A4 (npr. fenobarbital, karbamazepin, fenitoin, rifampicin) naj bi imeli manj vpliva na presnovo buprenorfin pri sočasni uporabi z zdravilom Buvidal v primerjavi s sočasno uporabljenimi podjeznimi tabletami buprenorfin. **Bolezni, ki jih prejemajo Buvidal in se zdravijo z induktorji CYP3A4:** Je treba zdraviti s tedenskimi odmerki zdravila Buvidal in jih spremljati glede simptomov odzivnosti. Po drugi strani pa je treba bolnike, ki sočasno prejemajo Buvidal in induktorji CYP3A4 ter prekinje zdravljenje z induktorji CYP3A4, spremljati glede simptomov zmanjšane presnove buprenorfin. **Medicinski in drugeje:** Zaradi obsega razpoložljivega znanja buprenorfin je treba razmisliti o nekajdesnem spremljanju novorojenčkov po rojstvu, da se pri njih prepreči tveganje respiratorne depresije ali ali odzivnosti na sindrom. Buprenorfin in prenosni vsi otroci v materino mleko, zato je potrebna previdnost pri materah med dojenjem. **Povzroke neželene učinki:** Najpogostejši neželene učinki so glavobol, navzea, hiperhidroza, nespečnost, odzivnostni sindrom in zmanjšana reakcija na mesto injiciranja v klinični študiji. Med pogostimi so bole bolečina, pruritus in eritem. Vse reakcije so bile blage ali zmerno. Reakcije je bila prehranje narave. V obdobju zdravljenja so poročali o abscesu, ulcerozi in nekrozi na mestih injiciranja. Za oceno srčnega rdečelnih učinkov glede obolen povzroček glavnih značilnosti zdravila. **Imetnik dovoljenja za promet:** Camurus AB, Ison Science Park, SE-223 70 Lund, Švedska.

Previdnostne in varne stvari: Je le na recept (Z). **Pred predpisovanjem prebrati celoten povzetek glavnih značilnosti zdravila!**

camurus®

INSPHARMA d.o.o.
 Bravničarjeva ulica 13, 1000 Ljubljana, info@inspharma.com

inspharma
 inspiring health

Samo za strokovno javnost!