

Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije

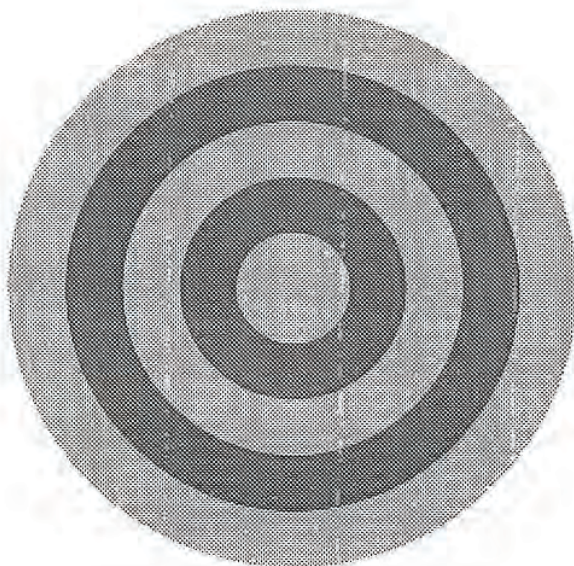
ZBORNIK 1



Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije

ZBORNİK 1

Uredila: mag. Nada Anič



**DRUŠTVO ZA VEDENJSKO
IN KOGNITIVNO TERAPIJO
SLOVENIJE**

Gotska 18, 1000 LJUBLJANA - SLOVENIJA

Slovenian Association of Behaviour and Cognitive Therapies



**SVETOVALNI CENTER ZA OTROKE,
MLADOSTNIKE IN STARŠE**

**The Counselling Centre for Children,
Adolescents and Parents**



**KOLABORATIVNI CENTER SZO ZA DUŠEVNO
ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV**

**WHO-Collaborating Centre for Child
and Adolescent Mental Health**

1000 Ljubljana, Gotska 18, SLOVENIJA

© DRUŠTVO ZA VEDENJSKO IN KOGNITIVNO TERAPIJO SLOVENIJE, Ljubljana. Vse pravice pridržane. Nobenega dela te knjige ni dovoljeno ponatisniti ali posredovati s kakršnimi koli sredstvi, elektronskimi, mehanskimi, s fotokopiranjem, z zvokovnim snemanjem ali kako drugače brez poprejšnjega pisnega dovoljenja založnika.

Izdala:

Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije
Gotska 18, 1000 Ljubljana

in

Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana
Gotska 18, 1000 Ljubljana

Glavna urednica: mag. Nada Anić
Sourednika: Nada Hribar, Peter Janjušević
Za društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije: Vera Slodnjak
Oblikovanje in tehnična ureditev: Peter Janjušević
Jezikovni pregled: Marija Žmitek
Zbiranje prispevkov: mag. Lea Rotvejn Pajič
Tisk: Tiskarna Pleško d.o.o., Rožna dolina c. IV/32/34, Ljubljana

1. ponatis, leto 2009

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

159.955:615.851(082)

PRISPEVKI iz vedenjsko kognitivne terapije / uredila Nada Anić .
- Ljubljana : Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo:
Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, 2009. -
(Zbornik / Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo ; 1)

ISBN 978-961-91433-0-8 (Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo)
1. Anić, Nada, psihologinja
243447552

KAZALO

BESEDA UREDNICE – Mag. Nada Anič	I
PREDGOVOR – prof. dr. Peter Praper	II
USPOSABLJANJE ZA VEDENJSKE IN KOGNITIVNE TERAPIJE V SLOVENIJI – Vera Slodnjak	IV
UVOD	
Jožica Grubelnik FUNKCIONALNA ANALIZA VEDENJA	2
Samo Pastirk PREDSTAVITEV NEKATERIH TEHNIK KOGNITIVNE TERAPIJE	14
Jožica Grubelnik DOMAČE NALOGE V VEDENJSKO – KOGNITIVNI TERAPIJI	26
Milan Pustinek KOGNITIVNI MODEL RAZUMEVANJA IN TRETMANA GENERALIZIRANE ANKSIOZNOSTI	32
Doris Adamčič Pavlovič PANIČNA MOTNJA	57
Doris Adamčič Pavlovič SPROŠČANJE	71
Polona Žgajnar AGORAFOBIA - PRIKAZ PRIMERA	79
Igor Levstik FOBIJE	94
Jožica Grubelnik POSTOPEK ZMANJŠEVANJA STRAHU PRED PSI S POMOČJO VEDENJSKE TERAPIJE	103
Irena Šinigoj Batistič SOCIALNA FOBIA	105
NEKATERA PODROČJA UPORABE KVT	
Leonida Rotvejn Pajič VEDENJSKO – KOGNITIVNI PRINCIPI V TERAPIJI OTROK S HIPERKINETIČNO MOTNJO	129
Gregor Žvelc SKUPINSKA KOGNITIVNO - VEDENJSKA TERAPIJA	141

Valerija Bužan AGRESIVNOST	155
Jožica Grubelnik JANI – pristop za preprečevanje agresivnih izbruhov	166
Vidmar Jernej KOGNITIVNO VEDENJSKA TERAPIJA PRI OBRAVNAVI PSIHOZ	167
Drago Tacol KOGNITIVNO VEDENJSKA TERAPIJA MOTENJ OSEBNOSTI	175
Pečavar Nada VEDENJSKA IN KOGNITIVNA TERAPIJA PRI DELU Z DUŠEVNO PRIZADETIMI	197
Metoda Vidmar Vengust KOGNITIVNO VEDENJSKI PRISTOP K DEPRESIVNI MOTNJI	211
Ivanka Živčič - Bečirević KOGNITIVNO-VEDENJSKA OBRAVNAVA DEPRESIJE OTROK IN MLADOSTNIKOV	226
Nada Hribar SAMOSPOŠTOVANJE IN KOGNITIVNO VEDENJSKA TERAPIJA	238
Nada Anić OCENA ŠTUDENTOV Z UČNIMI TEŽAVAMI	257
Eva Hrovat Kuhar PREMAGOVANJE STREHU PRED PORODOM IN PRIPRAVA NA POROD SVETOVANJE V NOSEČNOSTI PO PRINCIPIH VEDENJSKO KOGNITIVNEGA PRISTOPA	267

Nada Anić*

BESEDA GLAVNE UREDNICE

Pred nami je ob številnih knjigah o vedenjsko kognitivni terapiji v tujih jezikih, večinoma v angleškem, vendarle prvo obsežnejše delo v slovenščini. Napisala jo je skupina slovenskih avtorjev, psihologov in zdravnikov, ki so zaključili večletno izobraževanje in na svojih delovnih mestih uporabljajo znanja in veščine vedenjsko kognitivne terapije. Ta terapevtska smer je bila prvotno usmerjena v delo z depresivnostjo, vendar so se področja uporabe postopoma širila tudi na druge oblike psihopatologije in interpersonalnih problemov.

Pričujoči zbornik je v prvi vrsti zamišljen kot vodič v pravilnem razumevanju vedenjsko kognitivnega modela in njegove povezanosti s tretmajem na različnih področjih uporabe.

Avtorjem je bila omogočena svoboda pri izbiri tem in načinov prikazov, kar se kaže v raznolikosti, pri opisih bazičnih kognitivnih in vedenjskih konceptih pa tudi v ponavljanju. Ob ustvarjanju praktičnega vodiča za določeno terapevtsko usmeritev se soočamo z več dilemami. V našem primeru je ena od njih vsekakor ta, koliko pozornosti je potrebno nameniti teoretskim konceptom, na katerih temelji terapija. Druga dilema je, kako na najboljši način predstaviti diagnostične ocene pred začetkom tretmaja - kot ločeno poglavje, ali pa ob vsakem področju uporabe.

Nadaljnja možna dilema je, ali se osredotočiti na procesno usmerjene postopke (npr. tehnike reševanja problemov, strategije soočanja) ali pa pretežno na strukturno orientirane postopke (kognitivne restrukturacije). Avtorjem prispevkov v tej knjigi se zahvaljujem za način, na katerega so doprinesli k reševanju teh in drugih dilem.

Komu je namenjen pričujoči zbornik?

Vsem, ki jih zanima vedenjsko kognitivni terapevtski pristop oz. so tudi sami vključeni v proces edukacije iz vedenjsko kognitivne terapije. Knjiga je lahko zanimivo čtivo tudi za strokovnjake drugih usmeritev terapevtskih usmeritev, Saj menim, da je ena od temeljnih predpostavk dobrega medsebojnega razumevanja in sodelovanja med terapevti posameznih usmeritev poznavanje drugih terapevtskih smeri.

Na srečo je že minilo obdobje tekmovalnosti in rivalitete med terapevtskimi šolami in smermi, v katerem so se nekatere skušale prikazati kot najboljše. Danes se na osnovi raziskav in evaluacijskih študij vse bolj aktualizirajo vprašanja, katere terapije so najbolj učinkovite pri katerih motnjah in za katere kliente.

V zadovoljstvo mi je, da lahko predstavim ta zbornik kot doprinos k psihoterapevtski sceni v Sloveniji in obenem se želim zahvaliti vsem, ki so tekom preteklih let podpirali in pripomogli k sprejemanju in širjenju vedenjsko kognitivne terapije v Sloveniji.

* Mag. Nada Anić, klin. psih. (Služba za zdravstveno zaščito studenata – Savjetovališče za teškoče u učenju, Trg žrtava fašizma 10, Zagreb, nada.anić@zg.tel.hr; nadaanic@yahoo.com)

PREDGOVOR

Vedenjsko kognitivna ali kognitivno vedenjska terapija (odvisno od izvora in poudarka), se je pojavila v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja in se bliskovito razvila do nivoja, s katerim predstavlja pomemben in priznani izbor v sceni psihoterapevtskih pristopov. Pri umeščanju v ta prostor pa je vseeno dobro biti pozoren na odnose, ki odsevajo tako razvoj vedenjske terapije zase, kakor tudi kognitivnega modela, ki je izvorno povezan celo s psihoanalizo, še predvsem z njeno egopsihološko teorijo.

Vedenjska terapija izvira iz eksperimentov na področju klasičnega pogojevanja, s katerimi je pričel nobelovec Pavlov, nadaljevali pa njegovi številni sodelavci, in iz preučevanja operantnega pogojevanja, ki je v ZDA po zaslugi Thorndikea, Skinnerja in Hulla preraslo v behavioralno teorijo učenja. Če je Pavlov psihopatološke fenomene še razumel kot posledico interference motečih dražljajev, nekonstantnih pogojev in specifičnosti v uravnavanju ekscitacije in inhibicije v živčnem sistemu (nevrodinamična teorija nevroz), je ameriški behavioralni model psihopatologijo razlagal kot naučene neprimerne vzorce vedenja. Ideja, da bi bilo mogoče takšne vzorce odučiti oziroma nadomestiti z na novo naučenimi vzorci odzivanja in vedenja, je že stara. Sega v trideseta leta prejšnjega stoletja.

Sprva je razvoj vedenjsko terapevtskih pristopov podpihoval tudi odpor do psihoanalize, ki so ji behavioristi očitali, da ne omogoča znanstvene verifikacije, in do humanistične, na klienta usmerjene terapije, ki so ji očitali, da gradi na konceptu samoaktualizacije, ki je mit, ki ne ustreza dejstvu izpostavljenosti dražljajem iz okolja. Seveda so behaviorizmu vračali udarce – da je to edina psihologija brez psihologije, da se ukvarja zgolj s simptomi in ne razume njihove dinamike... Kmalu so se oglasili avtorji, ki so našli vezne člene. Dollard in Miller sta (1950) povezovala behaviorizem in psihoanalizo – telesne reakcije z doživljanjem ugodja in neugodja. Na drugi strani so neoanalitiki tesnobo ob impulzih razlagali kot pogojno refleksni odziv na ponavljajoče se vplive okolja, ki so provocirali občutke neugodja.

Nezadovoljstvo z obstoječim behavioralnim modelom je v šestdesetih letih prejšnjega stoletja naraslo tako med nasprotniki kot tudi med pripadniki teh pristopov. Dokončno je behavioralni model omehčalo novo raziskovanje in utrjevanje principov mediacijskega učenja (opazovali so, kako se utrdi notranji odziv, še predvsem tesnoba, ki se potem pojavlja kot prekurzor učenja in načina vzpostavljanja zvez) in opazovanje socialnega učenja po modelu, ki vpleta tudi prej skrite procese identifikacije.

V šestdesetih letih smo pričča premikom tudi v psihoanalitičnih modelih psihoterapije in teorije. Psihoanalitiki, in še bolj analitični psihoterapevti, so ob delu s "težkimi pacienti" opuščali *gon-struktura* model in preko ego psihologije v žarišče svojega dela postavljali adaptacijske mehanizme, preko teorije objektnih odnosov pa dokončno utrdili *relacija-struktura* model. S tem so pričeli preučevati pomembne medosebne interakcije in integracijo izkušenj (učenje) v psihičnem aparatu.

Kar zadeva klinično psihoanalizo, je vse bolj očitno, da ne odgovarja zahtevam časa po kratkih, pragmatičnih terapevtskih pristopih.

Albert Ellis, sicer educiran psihoanalitik, je (1962) skušal skrajšati terapevtski proces na ta način, da bi neposredno vplival na človekova *iracionalna pričakovanja*, zaradi katerih si ta vedno znova, na osnovi napačnih predpostavk o sebi in svetu, postavlja neustrezne zahteve in se napačno prilagaja.

* Prof. dr. Peter Praper, spec. klin. psih. (Filozofska fakulteta univerze v Ljubljani, Oddelek za psihologijo, Aškerčeva 2, Ljubljana)

Ni izključeno, da je Ellisu do tega koncepta pomagala takrat v psihologiji aktualna *teorija in terapija osebnih konstruktov* Georga Alexandra Kellyja (1905-1967). Ellisov *racionalno emotivni terapevtski pristop* po A-B-C formuli (A = aktivirajoči dogodek, B = verovanja, zamisli, predpostavke in stališča, C = reakcija) je usmerjen v zamenjavo osnovnih predpostavk, kar privede do spremembe v razumevanju (vrednotenju) sebe in sveta.

Aaron Beck, prav tako educiran psihoanalitik, je (1979) s sodelavci predstavil model kognitivne terapije depresivnih pacientov, v katerem je psihodinamični model obrnil na glavo. Kognitivna prepričanja (notranji govor, set) je videl kot generator depresije, afekt pa kot posledico le - tega. Z vplivanjem na kognitivni set je učinkovito razbijal te povezave.

Zanimivo je videti, da s tem pristopom Beck vnaša nekaj systemskega razumevanja, še preden se je systemska teorija razvila in prenesla na socialne sisteme. Prav tako najdemo elemente, ki so bližji behaviorizmu kot psihoanalizi. Kljub temu pa poznavalci povezovanje kognitivnih pristopov z vedenjskimi (ali bolje rečeno obratno) pripisujejo Meichenbaumu, ki je (1977) s sodelavci pričel sistematično povezovati principe operantnega pogojevanja s prepričanja o sebi kot diskriminativnimi dražljaji.

Danes težko rečemo, ali se je vedenjsko kognitivna terapija razvila kot varianta vedenjske terapije ali se je kognitivno vedenjska terapija razvila kot varianta kognitivne terapije. Res je tudi to, da na sceni ostajajo vedenjske terapije, ki se razvijajo in povezujejo drugače, in prav tako obstajajo oblike kognitivne terapije z drugačnim obrazom. Najpomembnejše pa je gotovo to, da so vsi ti pristopi izrazito integrativni, praktični in učinkoviti v obsegu ambicij in postavljenih ciljev, kakršne lahko ima nek sodoben, kratek in pragmatičen pristop, ki ga je hkrati tudi mogoče verificirati.

Tej knjigi na pot je to tudi pravo vodilo. Avtorji so se potrudili svoja prizadevanja okronati s publikacijo, ki predstavlja številne možnosti. Ne nazadnje je knjiga najboljša verifikacija dolgoletnega dela kolegice Nade Anić iz Zagreba, ki je že leta nazaj v Slovenijo prinesla in sistematično poučevala principe vedenjske terapije, nakar se ji je pridružila še Ivanka Živčić Bečirević z Reke in nadgradila ta model s kognitivno paradigmo. Pri tem kaže omeniti tudi zasluge Svetovalnega centra v Ljubljani, ki ni le nudil strehe, ampak je organizacijsko prispeval, da se je tudi pri nas rodila *šola vedenjsko kognitivne terapije*.

USPOSABLJANJE ZA VEDENJSKE IN KOGNITIVNE TERAPIJE V SLOVENIJI

V razvoju psihoterapije v Sloveniji so tako kot drugod po svetu prevladovala psihoanaliza in psihodinamske teorije, vendar so nekateri psihoterapevti, zlasti Stanislav Bras, Tone Pačnik in Jože Lokar sledili tudi razvoju drugih terapevtskih usmeritev in so začeli že pred več kot 30 leti v svoje delo vnašati tehnike vedenjske terapije, s katerimi so seznanjali tudi slušatelje podiplomskih tečajev iz psihoterapije.

Tudi z osnovami kognitivne terapije – KT je bila slovenska strokovna javnost seznanjena razmeroma kmalu po njenem nastanku. Leta 1985 je Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani priredil enotedenski tečaj iz vedenjskih in kognitivnih terapij, ki so ga izvajali Nada Anić, Josip Berger, Mikloš Biro, Snežana Divac Pavlovič, Jasmina Radonjič in Mihály Szentmartoni. Skupina udeleženk tega tečaja je nato nadaljevala usposabljanje za VKT pri Nadi Anić.

Leta 1995 je Svetovalni center ponovno dal pobudo za nadaljevanje usposabljanja za izvajanje vedenjske in kognitivne terapije. Organizacijo sistematičnega tri – stopenjskega programa usposabljanja je prevzelo društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, ki je od leta 1998 dalje član Evropskega združenja za vedenjske in kognitivne terapije – EABCT. Skupaj s Hrvaškim društvom za behavioralno – kognitivne terapije smo začeli izvajati tri – stopenjski model programa usposabljanja za VKT, ki ga sproti usklajujemo s smernicami Evropske zveze za vedenjske in kognitivne terapije. Ta program, ki ga izvajata Nada Anić in Ivanka Živčič Bećirević je namenjen le diplomiranim psihologom in zdravnikom.

Prva stopnja - Praktikum I je strnjen 50 urni začetni tečaj, v katerem se udeleženci seznanijo z osnovnimi teoretskimi koncepti in modeli vedenjskih in kognitivnih terapij, z nekaterimi terapevtskimi postopki in s področji, kjer jih je mogoče uporabljati. Obsega 18 ur predavanj, 12 ur predstavitev primerov in 20 ur delavnic. Opravljena I. stopnja je pogoj za vključitev v nadaljnje usposabljanje. Od leta 1995 do 2004 smo izvedli 9 tečajev prve stopnje, vsakega od njih se je udeležilo od 25 do 35 psihologov in zdravnikov. Približno polovica vsakokratnih udeleženk in udeležencev je nadaljevala usposabljanje na drugi stopnji – Praktikum II.

Druga stopnja – Praktikum II. traja 120 ur, obsega 12 celodnevni tematskih delavnic, ki obravnavajo VKT tretman depresije, anksioznih motenj, agresivnosti, partnerskih problemov in drugih motenj pri otrocih in odraslih. Udeleženke in udeleženci spoznajo VKT modele razlage določenih motenj, predelajo predpisano literaturo, napišejo in predstavijo teoretično seminarsko nalogo, se učijo nekaterih terapevtskih tehnik ter poročajo o poteku svojega terapevtskega dela s klienti oz. pacienti. Vključitev v Praktikum II priporočamo le psihologom in zdravnikom, ki delajo na takih delovnih mestih, ki vključujejo konzultacije in supervizijo osnovnega dela s pacienti oz. klienti ter možnost za prakticiranje naučenih VKT veščin. Praktikum II se zaključi z izpitom, ki obsega pisni preizkus teoretičnega znanja in avdio ali video dokumentiran potek ene terapije. Opravljen izpit je pogoj za vključitev v supervizijsko stopnjo. Izpit je doslej opravilo 51 kandidatov za VKT terapevte, od katerih se je večina odločila za nadaljevanje usposabljanja na tretji – supervizijski stopnji.

* Vera Slodnjak, spec. klin. psih., predsednica Društva za VKT Slovenije (Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana, Gotska 18, Ljubljana, vera.slodnjak@guest.arnes.si)

Tretja stopnja – Supervizija traja približno dve leti, po zadnjih priporočilih EABCT naj bi obsegala okrog 200 ur supervizije v majhnih skupinah ali individualno. Na tej stopnji kandidati in kandidatke za VKT terapevte osvojijo terapevtske veščine in kompetentnost za samostojno delo. Vključuje tudi delo na sebi oz. na prepoznavanju omejitev pri terapevtskem delu, ki so povezane s terapevtovimi osebnimi kognitivnimi in emocionalnimi značilnostmi. Kandidate vzpodbuja jih k permanentnem učenju in jih usposablja za empirično preverjanje ustreznosti terapevtskih modelov in tehnik, ki jih uporabljajo pri posameznem pacientu.

Tristopenjski model edukacije za VKT, ki jo izvaja Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije se sprti prilagaja kriterijem Evropskega združenja za vedenjske in kognitivne terapije, ki postavlja zelo zahtevne pogoje glede predznanja že ob vstopu v edukacijo in dokaj stroge in natančne zahteve za preverjanje kompetentnosti za izvajanje terapije.

Zanimanje za uvajanje vedenjskih, zlasti pa kognitivnih terapij je tudi v Sloveniji vedno bolj razširjeno. V tristopenjski program edukacije za VKT terapevte se je vključilo precej kliničnih psihologinj in psihologov, psihiatrinj in psihiatrov ter specializantov iz obeh strok, pa tudi drugih specialnosti, zlasti s področja rehabilitacije, ki to vrsto terapije razvijajo in razširjajo. V Psihiatrični bolnišnici Begunje so že pred leti ustanovili poseben oddelek za VKT terapijo.

V usposabljanje se vključujejo še šolski, socialni, forenzični in športni psihologi, ki lahko naučene veščine koristno uporabijo na svojih delovnih področjih.

Kmalu se je pokazalo se je, da je za učinkovitejše delo zdravstvenih ustanov zelo koristno, če tudi drugi zdravstveni delavci – zlasti medicinske sestre, osvojijo določena znanj iz vedenjske in kognitivne terapije. Zanje se lahko izvedejo posebni tečaji znotraj posameznih zdravstvenih ustanov, lahko pa se vključijo v seminarje, ki jih organizira Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije. Društvo pa izvaja še seminarje o osnovnih principih vedenjsko – kognitivne terapije za strokovnjake s področja vzgoje in izobraževanja, ki niso psihologi.

Društvo za VKT Slovenije samostojno ali v sodelovanju s hrvaških društvom organizira še posebne delavnice z izbranimi temami, ki jih vodijo poleg domačih tudi priznani tuji strokovnjaki te terapevtske usmeritve. Zlasti plodno je sodelovanje z dr. Meto Shawe – Taylor, učiteljico kognitivne terapije iz Velike Britanije, ki je že izvedla delavnice o kognitivni terapiji osebnostnih motenj, obsesivno – kompulzivnih motenj in socialne fobije.

Pričujoči zbornik sestavljajo prispevki, ki jih je v okviru programa usposabljanja napisala prva generacija kandidatk in kandidatov za VKT terapevte oz. VKT terapevtke. Predstavlja prvo obsežnejšo publikacijo o osnovah vedenjske in kognitivne terapije v slovenskem jeziku. Upamo, da bo koristila edukantom iz VKT in tudi drugim, ki bi želeli izvedeti kaj več o tej terapevtski usmeritvi.

UVOD

FUNKCIONALNA ANALIZA VEDENJA

OPREDELITEV POJMOV

Izraz »funkcionalna analiza« je prevzet iz eksperimentalnega dela instrumentalnega pogojevanja. Skinner (1953) je tako definiral funkcionalno analizo: »Zunanje variable določajo funkcijo vedenja, kar lahko imenujemo kavzalno ali funkcionalno analizo. Prizadevamo si napovedati in nadzorovati vedenje posameznega organizma. To je naša odvisna variabla – posledica v kateri najdemo vzrok. Naše neodvisne variable – vzroki vedenja – so zunanji pogoji, ki določajo vedenje. Povezave med obema – vzročno posledičnimi odnosi v vedenju – so zakonitosti razumevanja znanosti. Sinteza teh zakonitosti, izražena v kvantitativnih terminih, daje celovito in razumljivo sliko organizma kot delujočega sistema.« Odkar je Skinner to zapisal, je zanimanje za funkcionalno analizo tako v eksperimentalne kot klinične namene naraščalo in upadalo. V 70-ih letih je postala funkcionalna analiza priljubljena tehnika, ki naj bi vodila do bolj strukturiranega tretmana. Evans (1971) pravi: »Funkcionalna analiza pomeni identifikacijo vseh nujnih pogojev za pojav in trajanje določenega odgovora.« Yule (1976): »Funkcionalna analiza vedenja označuje proces spoznavanja funkcionalnega odnosa faktorjev okolja in določenega odstopajočega vedenja.«

V 90-ih letih se je pokazalo ponovno zanimanje za funkcionalno analizo. Veliko zanimanja je zaslediti pri raziskovalcih v šolah. Quinn in sodelavci (1998) definirajo funkcionalno oceno vedenja kot množico tehnik in strategij za diagnozo vzrokov in določitev primernih intervencij, ki se nanašajo na vedenjski problem. Nadalje poudarjajo, da funkcionalna ocena vključuje oceno bioloških, socialnih, afektivnih dejavnikov in faktorjev okolja kot potencialne funkcije vedenjskega problema.

Skiba in sodelavci (1998) ne definirajo direktno funkcionalne ocene vedenja, ampak poudarjajo, da »funkcionalno ocenjevanje vodi k zbiranju informacij, ki povečujejo naše razumevanje otrokovega vedenja v razredu, in določanje ter učenje potrebnih nadomestnih vedenj.«

V literaturi se tako srečujemo z dvema pojmom: funkcionalna analiza vedenja in funkcionalna ocena vedenja. Nekateri raziskovalci so zamenjevali te pojme. Haynes in O'Brien (1990) definirata funkcionalno analizo in funkcionalno oceno vedenja kot »identifikacijo pomembnih, kontroliranih, vzročnih, funkcionalnih odnosov, uporabno na specifičnih vedenjih pri določenem posamezniku.« Iwata in sodelavci so osnovo za opredelitev funkcionalne ocene vedenja videli v funkcionalni analizi.

Funkcionalna ocena vedenja je natančen opis vedenja, njene vsebine, posledic, in sicer z namenom boljšega razumevanja vedenja. Funkcionalna analiza vedenja začneja z oceno, vendar vključuje dodatno stopnjo sistematičnega spremljanja dejavnikov vedenja, da bi natančno določila, katere so gonilne sile vedenja. Funkcionalna analiza je običajno opisana kot dvostopenjska analiza verjetnih vzrokov vedenja. Na prvi stopnji je izdelava hipotez o potencialnih vzrokih in posledicah vedenja. Na drugi stopnji je eksperimentalna manipulacija pogojev za testiranje hipotez.

Pogosto prevladuje mnenje, da je funkcionalna analiza samo ena, relativno dobro definirana tehnika, ki se uporablja v ne tako dobro opredeljenem procesu funkcionalne ocene vedenja. Funkcionalna analiza predstavlja pomembno orodje za funkcionalno oceno vedenja.

* Jožica Grubelnik, univ. dipl. psih. (Zavod za usposabljanje in varstvo Dobrna, Lokovina 10, Dobrna 3204, psihologinja-zuvd@siol.net)

IZHODIŠČA FUNKCIONALNE ANALIZE VEDENJA

- Funkcionalna analiza vedenja potrjuje, da je vedenje upravičeno s perspektive osebe. Njeno vedenje je logično in funkcionalna analiza je poskus razumevanja te logike.
- Namen funkcionalne analize ni samo ugotoviti in eliminirati neželjeno vedenje, ampak razumeti strukturo in funkcijo tega vedenja, da bi se učile in razvile učinkovitejše alternative ali nadomestno vedenje.
- Funkcionalna analiza je proces ugotavljanja odnosa med vedenjem in okoljem.

RAZUMEVANJE VEDENJA IN VEDENJSKIH PROBLEMOV

Vedenje je pravzaprav to, kako mi delujemo (akcije, reakcije). Drugi pa ocenjujejo vedenje glede na kulturne norme in v luči moralnih ter etičnih vrednot družbe. Vedenje, ki je prilagojeno nam pomaga opraviti stvari – usmerjeno je k cilju, ustreza situaciji in je sredstvo za doseganje cilja. Vedenje, ki ni prilagojeno, ni učinkovito pri pomoči, da bi opravili stvari – gre svojo pot, ne ustreza situaciji, in nam ne pomaga, da bi dosegli funkcionalne stvari. Neprilagojeno vedenje se običajno smatra kot »vedenjski problem«. O vedenjskem problemu govorimo takrat, ko naše akcije ne vodijo do želenih in pričakovanih rezultatov, kot jih vrednotimo sami in drugi znotraj specifičnega kulturnega konteksta.

Vedenje je v nekem smislu poskus reševanja problema, da bi se dosegel namen, odgovorilo nečemu v zunanjem ali notranjem svetu. Včasih vedenje ni učinkovito pri tem.

Na primer: Če oseba udarja sebe v glavo, da bi si pridobila pozornost drugih, je to morda učinkovit in realen način pridobivanja pozornosti. Težava je v tem, ker je naporen, boli in ne ustreza socialnim standardom primerne načina pridobivanja pozornosti. Če lahko osebo učimo boljšega načina pridobivanja pozornosti drugih, ki je enako učinkovit, manj naporen in socialno bolj sprejemljiv, potem lahko pomagamo rešiti vedenjski problem.

Osebe, ki kažejo odstopajoča vedenja, lahko imajo tudi razvojne motnje, avtizem, so mentalno manj razvite, duševno bolne, z emocionalnimi in vedenjskimi motnjami, poškodbami možganov ali pa brez formalne diagnoze.

Obstajajo različni kriteriji, na osnovi katerih se ocenjujejo vedenja, za katera so potrebni programi modifikacije. A. O. Ross podaja enostavno delitev motenj vedenja pri otrocih v dve skupini: deficitno vedenje in neprilagojeno vedenje. Manj razvito, pomanjkljivo ali deficitno vedenje se lahko opredeli glede na kronološko starost otroka in socialno ter kulturno okolje, v katerem živi. Če otrok določene starosti v določenem življenjskem okolju ni usvojil neke vzorce vedenja tega okolja, ki se pojmujejo normalni in želeni, govorimo o nerazvitem vedenju. To so take vrste odgovori, ki se ne pojavljajo pogosto, z ustrežno intenziteto, v primernih oblikah, v za to primerni situaciji.

Primer so otroci z motnjami branja in pisanja. Če otrok pri osmih letih ne usvoji osnovne večine branja in pisanja, ne bo imel le težav pri osvajanju šolskega gradiva, ampak tudi pri ustvarjanju statusa v grupi vrstnikov in vrsto drugih težav znotraj družine.

Druga vrsta motenj vedenja so neprilagojena vedenja ali vedenjske težave, problemi. Te oblike motnje so bolj opazne, zato se starši ali učitelji obračajo po pomoč (jecljanje, enureza, kraja, agresija). Pri tej vrsti motenj se lahko spremlja osnovna obeležja izražanja (pogostost, intenziteta, trajanje), zato je nekoliko lažji diagnostični postopek.

Informacije o tem, kdaj, kje in zakaj se odkloni v vedenju pojavljajo so osnova za izvajanje učinkovite pomoči. Mnoge države v ZDA so za otroke z učnimi težavami v šolah zakonsko regulirale potrebo po funkcionalnem ocenjevanju pred intervencijo. Opazovanja lahko odkrijejo, da

vedenjske strategije sploh niso potrebne. Določena odstopajoča vedenja lahko imajo medicinski razlog, npr: alergije, infekcije, zoboboli, kronične bolezni in drugi pogoji, ki lahko prinesejo odklone v vedenju.

STOPNJE K FUNKCIONALNI ANALIZI VEDENJA

Stopnje k funkcionalni analizi vedenja tvorijo proces funkcionalnega ocenjevanja vedenja, ki vključuje:

- določitev in opredelitev odstopajočega vedenja
- določitev dejavnikov in okoliščin povezanih s pojavom ali nepojavom odstopajočega vedenja
- določitev socialne funkcije, namena odstopajočega vedenja.

PRVA STOPNJA: Identifikacija in opredelitev vedenja

Preden je izvedena funkcionalna analiza vedenja je nujno natančno določiti probleme in postaviti kriterije za izbor vedenja. Praviloma se vzamejo samo tiste oblike vedenja, ki se lahko resnično opazujejo (verbalni in neverbalni elementi vedenja: postopki, položaj telesa, emocionalni izraz). Izbrano vedenje opredelimo v konkretnih (behavioralnih) terminih, ki so razumljivi in enostavni za merjenje in štetje. Definiranje vedenja v behavioralnih terminih enostavno pomeni, da želimo najti način za štetje pogostosti ali trajanja javljanja vedenjskega problema, kjerkoli ga opazujemo.

Na primer, če reče učitelj, da je otrok agresiven, to ni behavioralni termin, ker ne moremo videti ali meriti agresije. Če pa reče učitelj, da otrok udari vrstnike, je to behavioralni termin. Lahko vidimo otroka, ko udari vrstnike in štejemo frekvenco otrokovih udarcev.

Primeri konkretnih opisov problema:

Vedenjski problem	Konkretna definicija
Tina je agresivna.	Tina udari druge otroke med odmorom, kadar ji je kdo na poti.
Matjaž je avtoagresiven.	Matjaž se praska po rokah.
Jana je hiperaktivna.	Jana zapušča svoj prostor brez dovoljenja. Jana opravi samostojno le majhen del naloge. Jana pove odgovore ne da bi dvignila roko.

DRUGA STOPNJA: Določitev dejavnikov in okoliščin povezanih z vedenjem

Ko je izdelan natančen opis vedenja, ki ga kaže oseba, se določijo okoliščine in dejavniki, ki so povezani z javljanjem ali nejavljanjem vedenja ter dogodki in dražljaji v okolju, ki predhodijo in sledijo vedenju. Določijo se naslednje okoliščine:

- kdaj se vedenje pojavi in kdaj ne,
- kako pogosto se pojavlja vedenje,
- s kom se pojavlja vedenje,
- kje se vedenje pojavi in kje ne

Ugotavljajo se biološki, socialni, afektivni dejavniki in dejavniki okolja, ki spodbudijo, ohranjajo ali preprečujejo vedenje (zdravila, zdravstvene težave, spalne navade, diete, dnevne aktivnosti, aktivnosti in njihovo zadovoljevanje: družabne, socialne, rekreacija, delo...).

Spremljanje predhodnih in posledičnih reakcij služi ugotavljanju situacijskih determinant vedenja, istočasno pa kaže kaj podkreplja oz. kaznuje (zmanjšuje) vedenje. Ta opis se nanaša na ABC analizo za določeno vedenje, kjer se natančno zapisujejo:

- Antecedent – je dražljaj ali več dražljajev, na katere odgovarja oseba
- Behaviour – je vedenje, ki ga kaže oseba
- Consequence – je dražljaj ali več dražljajev, ki jih oseba sprejme kot rezultat vedenja.

Ugotavljanje antecedentov vedenja nam pove, kaj se zgodi neposredno pred pojavom vedenja.

Na primer, če otrok izbruhne po tistem, ko starš reče »ne«, potem je beseda »ne« antecedentni pogoj.

Ugotavljanje posledic vedenja pa pove, kaj se zgodi otroku kot rezultat vedenja.

Na primer, če otrok izbruhne po besedi »ne« in starš popusti, potem je to popuščanje posledica vedenja otroka. (In kaj bo otrok naredil naslednjič, ko bo rekel starš »ne«?)

Tako se otroci naučijo, kako se vesti kot rezultat tega, kaj se jim zgodi. Če starš reče »ne«, se otrok iz izkušenj (posledic) nauči, da mu izbruh prinese kar hoče. Behavioralna intervencija uči otroka novo, primernejše vedenje.

TRETJA STOPNJA: Določitev funkcije in namena vedenja

Vedenje lahko služi različnim namenom. Lahko zahteva pozornost ali materialno korist, dovoli osebi, da se izogne zahtevam ali neprijetni aktivnosti, se pojavi zaradi senzornih posledic (odprava bolečine, dobro počutje...) in drugo.

Določiti funkcijo vedenja pomeni ugotoviti, kaj motivira vedenje, kaj se želi doseči z vedenjem, kaj ga spodbuja in ohranja. Motivacijski faktorji so podlaga vedenju in zato je intervencija učinkovita, če je znan motiv. Ko je znan motiv in potrjena potreba, ki jo oseba želi zadovoljiti z vedenjem, se lahko nauči zadovoljiti to potrebo bolj učinkovito in bolj primerno.

Napačna zasnova intervencije na specifičnem vzroku zelo pogosto vodi v neučinkovite in nepotrebne restriktivne postopke.

Na primer, pogledjmo otroka, ki se je naučil, da je kričanje učinkovit način da se izogne ali pobegne neprijetnim nalogam. Uporaba »time-out« tehnike v tej situaciji bi privedla otroka prav do tistega, kar želi – izogibanje nalogi, kar bi še poslabšalo problem, ne pa izboljšalo. Če ne poznamo pravega razloga otrokovega kričanja, lahko izberemo nepravilno intervencijo.

Osnovni motivatorji vedenja so:

- Pridobitev pozornosti nekoga v okolju lahko vključuje tudi »moč« (da bi se postavil). Vedenje se pojavi, ko so prisotne določene osebe – vezano je na določeno osebo, ne na dogodek ali lokacijo.
- Pridobiti nekaj otipljivega – želja po specifičnem predmetu ali aktivnosti (priljubljena jed, denar, igrača, ogled videa...). Vedenje se pogosto pojavi ko je nekaj prepovedano ali odvzeto – ni oseba ali dogodek.
- Pridobiti senzorno zadovoljitev: vedenje zadovolji senzorno potrebo (toploto, če nekoga zebe ali hlad, če je vroče; taktilne, vizualne, avditivne in druge zadovoljitve). Vedenje se pojavi kadarkoli, kjerkoli – ne glede na osebo, dogodek, lokacijo, vendar se pojavi pogosteje pod stresom.
- Pobegniti ali izogniti se neprijetni situaciji. Taka vedenja so pogosto odgovor na zahteve ali anticipacijo zahtev pri delu, igri, pogovoru ali pomenijo izogibanje okoliščinam, ki imajo neprijetne dražljaje. Pobeg in izogibanje sta podobni potrebi, vendar ju je pomembno razlikovati, ker se lahko kažeta v različnih primerih.

Na primer, če otrok postane vznemirjen vsakokrat med branjem, lahko sklepamo, da ne mara branja in namerava pobegniti iz te situacije. Lahko pa se otrok namerava izogniti nalogi ali dogodku, ki sledi branju. Če je branje vedno tik pred kosilom in je jedilnica glasna, moteča za otroka, lahko začne otrok kazati vedenje kot protest na misel, da bi moral biti v tem okolju.

- Regulirati si emocije: umiriti razburjenost, dvigniti razpoloženje.
- Zadovoljiti razvado. Večina vedenj, ki se izvedejo iz navade, imajo pravzaprav namen, da zadovoljijo eno od zgornjih potreb.

Vedenja so lahko posledica več funkcij.

- Beg in senzorna stimulacija sta pogosto povezana z okoliščinami, ki so stresne ali dolgočasne.
- Pozornost in beg sta lahko posledica težavnosti/dolgočasnih zahtev.
- Pridobitev v kombinaciji s katerokoli drugo funkcijo je lahko rezultat dolgočasje.
- Kombinacija dveh ali več funkcij zahteva skrbni pregled potreb in uporabnosti podkrepitev.

Na splošno velja, da ne obstaja en sam razlog za vedenjske probleme. Naslednji primeri ilustrirajo različne razloge za podobno »izstopajoče« (acting-out) vedenje:

- 16-letni deček, ki zelo slabo bere, se počuti neprijetno, ko dobi zelo enostaven tekst in reagira tako, da vrže knjigo po tleh in uporabi neprimerne izraze, namenjene učitelju, ki vztraja, da prebere tekst.
- 8-letni deček gleda stripe, ker ga bralne vaje dolgočasijo in zato vrže knjigo po tleh, ko učitelj komentira slab napredek v branju.
- 10-letni deček, ki ima velike težave v množenju, postane frustriran in emocionalno izbruhne (vzkipi), ko učitelj zahteva, da reši delovni list, kjer se zahteva množenje.
- 12-letna deklica ima težave s skrenljivo pozornostjo in je tako preokupirana z gledanjem skozi okno in poslušanjem dogajanj v drugem prostoru, da glasno zapre knjigo in protestira, da ne more delati.

Iz navedenih primerov bi lahko zaključili: čeprav je topografija (kako vedenje izgleda in se sliši) vedenj morda enaka, se v vsakem primeru zelo razlikujejo »vzroki« ali funkcije. Zato fokusiranje samo na topografijo običajno nudi malo informacij za učinkovite intervencije. Določanje vzrokov vedenja ali natančneje, kaj otrok »dobi« ali čemu se »izogne« z vedenjem, daje diagnostične informacije, pomembne za pripravo strategij. Za ilustracijo tega se vrnimo k izstopajočim opisanim vedenjem. Reaktivni postopki (npr.: zahteva, da otrok zapusti prostor) kot kazen za vzkipljivo vedenje, bi se nanašali samo na simptome problema in ne bi eliminirali neprijetne občutke 16-letnika, dolgočasenje 8-letnega dečka in frustracijo dečka, ki mora množiti ali deključino preokupiranost. Zato bi se vsako od teh vedenj ponavljalo glede na to kazen, vse dokler ne bi bili ugotovljeni vzroki.

Funkcije vedenja niso običajno neprimerne. Vedenje sodi samo sebi ali je primerno ali neprimerno. Na primer, dobiti dobro oceno v šoli in izbruhniti lahko služita isti funkciji (t. j. pridobiti pozornost odraslih), le da vedenja, ki vodijo k dobrim ocenam, sodimo za bolj primerna kot tista z izbruhi. Če ugotovimo, da otrok išče pozornost z izstopajočim vedenjem, lahko pripravimo načrt, da naučimo otroka bolj primernih poti pridobivanja pozornosti, s tem da se usmeri otrokova pozornost na alternativno vedenje, ki ima isto funkcijo kot neprimerno vedenje (npr. učiti dečka, da mirno pove učitelju, ko začuti frustracijo in prosi za pomoč, ko je naloga zanj pretežka).

ČETRТА STOPNJA: Funkcionalno testiranje

Ko so zbrani in analizirani podatki o vedenju, da se določijo trendi javljanja vedenja, dejavniki, ki ga povzročajo ali potrebe, ki se z njim zadovoljijo, se oblikujejo hipoteze glede vedenja, določi se funkcija vedenja. S sistematičnim spremljanjem elementov okolja in ugotavljanjem tistih, ki

dejansko povzročajo vedenje, se lahko začne preverjanje (testiranje) hipotez. Testiranje lahko pomaga sklepati, kaj je oseba nameravala doseči z vedenjem, kaj je motivacija, namen tega vedenja.

STRATEGIJE ZA IZVEDBO FUNKCIONALNE OCENE VEDENJA

Obstajajo različne metode, ki se uporabljajo pri zbiranju podatkov o vedenju in se razlikujejo po zanesljivosti, času, ki je potreben za izvedbo in specifičnih problemih, ki so z njimi povezani. Na splošno velja, vse metode vključujejo intervju z osebo in/ali drugimi, ki dobro poznajo to osebo in opazovanje vedenja.

Metode funkcionalnega ocenjevanja uvrščamo v tri glavne strategije:

- indirektno opazovanje (zbiranje informacij),
- direktno in sistematično opazovanje vedenja,
- sistematično manipuliranje z različnimi pogoji okolja, da bi videli, kako se spreminja vedenje.

Prvi dve poti sta znani kot »funkcionalna ocena«, medtem ko je tretja pot »funkcionalna analiza« v ožjem pomenu.

Indirektno opazovanje

vključuje obstoječe zapise, intervjuje, ocenjevalne lestvice in vprašalnike. Ta metoda ocenjevanja črpa podatke iz dokumentov in od ljudi, ki dobro poznajo osebo. S podatki želimo ugotoviti, kateri dogodki v okolju so povezani s specifičnim problemom. Vprašanja vključujejo: Kaj povzroča neželjeno vedenje? Kateri dogodki ali fizični dejavniki so se pojavili pred nastopom vedenja in so povečali njegovo pojavnost? Kaj motivira ali ohranja neželjeno vedenje? Katero primerno vedenje daje iste rezultate? V nekaterih primerih je indirektno ocenjevanje edini vir informacij. Vendar se običajno uporablja kot začetna stopnja bolj natančnega procesa zbiranja podatkov. Funkcionalna analiza naj ne bi nikoli temeljila samo na intervjuju in ocenjevalnih lestvicah.

Direktno opazovanje

Druga pogosta metoda funkcionalnega ocenjevanja je direktno opazovanje. Direktno opazovanje se uporabi, ko so zbrani podatki (z intervjujem) o medicinsko/fizikalnih pogojih povezanih z odstopajočim vedenjem, času/aktivnostih med katerimi se vedenje pojavi ali ne pojavi, in antecedentih/dogodkih v okolju, ki so povezani z javljanjem odstopajočega vedenja.

Direktno opazovanje osebe poteka v njenem naravnem okolju in na tak način, da omogoča zbiranje objektivnih podatkov brez interpretacije in evalvacije. Pomembna naloga v procesu opazovanja je beleženje opaženih podatkov. V večini primerov opazovalci zapišejo vedenje, ko se pojavi, kaj se zgodi pred tem, kaj se zgodi potem in njihovo percepcijo funkcije vedenja.

Barton in Ascione (1979) sta opisala proces direktnega opazovanja v naslednjih stopnjah:

1. izbira kategorij antecedentov, vedenj in /ali posledic, ki se bodo zapisovale;
2. izdelava objektivne definicije opazovanega vedenja;
3. načrtovanje in izvedba postopka direktnega opazovanja.

Obstaja množica primernih postopkov direktnega opazovanja. Ti postopki se razlikujejo po vrsti informacij, ki jih dajejo in obsegu, v katerem informacije pomagajo terapevtu pri razvijanju hipotez o faktorjih, ki povzročajo in ohranjajo vedenje.

Pri tem opazovanju se lahko izbere različna metoda zapisovanja primerov odstopajočega vedenja. Te metode so:

- Metoda frekvence temelji na enostavnem preštevanju odgovorov v predhodno določenem časovnem razmaku. Ta metoda se uporablja pri opazovanju osebe s pogostim javljanjem motenj

(tiki, grizenje nohtov). Opazovalec v obdobju nekaj ur meri, kolikokrat se je vedenje pojavilo. Ta metoda se imenuje tudi preštevanje ali zapisovanje dogodkov.

- Intervalna metoda, čas opazovanja se razdeli na male intervale in se beleži, ali se je vedenje pojavilo v posameznem intervalu ali ne. Trajanje intervala je lahko od 5 sekund do 1 minute, odvisno od pogostosti javljanja in trajanja reakcije.

V kateremkoli intervalu je zapisan samo prvi primer vedenja. Terapevt lahko vnaprej določi zapis pojava, če se vedenje pojavi v kateremkoli delu intervala (delno intervalni zapis), zapis je le, če se vedenje pojavi znotraj celotnega opazovanega časa (celotni-intervalni zapis), ali zapis pojava, če se pojavi v določenem trenutku v intervalih (trenutni časovni izbor).

Vedenja, ki se ponavljajo ali imajo nedoločen začetek in konec, je za razliko od preštevanja koristneje meriti z intervalnim zapisovanjem. Opazovalec mora le ugotoviti, če se vedenje pojavi v časovnem obdobju ali ne. Zapisovanje intervala je tudi primerno za vedenja, ki se pojavijo v izbruhih, kjer bi bilo težko natančno prešteti.

- Metoda trajanja se uporablja v primerih, ko je trajanje vedenja pomembnejše od njenega pojavljanja (npr.: čas sesanja prsta, jokanja). Njena uporaba je navadno omejena na situacije, v katerih vedenje traja nekaj časa. Intervencije, ki se nanašajo na povečevanje ali zmanjševanje trajanja odgovora, lahko pridobijo informacije z merjenjem trajanja.

- Metoda latence se nanaša na čas, ki poteče med dogodkom, ki predhodi vedenju in pojavom odgovora.

Na primer, latenca otrokove odločitve, da izvrši zahteve, se lahko določi z merjenjem časa, ki poteče med podajanjem zahteve (npr. poberi svojo igračo) in otrokovo izvedbo ustreznega odgovora.

Vsi opisani postopki služijo za zbiranje preliminarnih podatkov.

Formalno zbiranje podatkov začne v fazi določanja osnovnega vedenja, t. j. v času, ko se beležijo osnovne mere vedenja – to so mere odvisne variable (odstopajočega vedenja), metode terapije, ki bodo uporabljene v tem primeru – so neodvisne variable. Začetno merjenje daje osnovno vrednost vedenja, ki ga želimo spremeniti. Podatki začetne faze zbiranja podatkov se tako dolgo zbirajo, da se ne dobi stabilna mera nekega odgovora - **baseline** oziroma dokler nismo sigurni, da se vedenje ne spreminja brez naše intervencije. Baseline je reprezentativni vzorec behavioralnega problema v kratkem obdobju, na primer: število izbruhov, ki jih ima otrok na dan ali kako dolgo vztraja pri nalogi.

Ko imamo baseline, začnemo z behavioralno intervencijo in nadaljujemo z zapisovanjem frekvence (ali časa trajanja), s katero se pojavlja vedenjski problem. Po določenem času lahko primerjamo spremembe v frekvenci problema glede na baseline, da bi videli, če intervencija deluje. Če intervencija ne deluje iz nekega razloga, potem poskušamo nekaj drugega.

Dolžina začetne faze je odvisna od mer vedenja, variabilnosti in smeri sprememb vedenja in kateri postopki se bodo uporabili za statistično obdelavo po zaključku postopka.

Definiranje specifičnega problema vedenja v behavioralnih terminih, določitev baseline in ugotavljanje antecedentov in konskvenc se izvaja v vsakem primeru vedenjske terapije.

Sistematična manipulacija dejavnikov okolja

V nekaterih primerih direktno opazovanje ne daje jasne slike funkcij vedenja in sistematična manipulacija različnih dejavnikov okolja postane nujna. Najbolj enostaven način manipulacije je postaviti osebo v različne situacije in pazljivo opazovati, kako se vedenje spreminja.

Na primer, da bi določili funkcijo kričanja, lahko nudimo pozornost otroku vsakič, ko zakriči in merimo, kako pogosto se bo kričanje pojavilo. Lahko tudi postavljamo zahteve otroku in

prenehamo vsakič, ko zakriči in merimo, kako pogosto se pojavi kričanje. Nadalje lahko tudi pustimo otroka samega in merimo kako pogosto se javlja. Če je kričanje pogostejše, kot so dane zahteve, lahko domnevamo, da služi kričanje temu, da bi otroku dovolili pobegniti ali izogniti zahtevam. In če je kričanje pogostejše, ko ga pustimo samega, lahko domnevamo, da se javlja zaradi njegovih senzoričnih posledic.

Številni raziskovalci so pojmovali uporabo manipulacije okoliščin kot dodatek k direktnim in indirektnim opazovanjem (Durand, 1990; Johnston & Reichle, 1993; O'Neill, 1990). V literaturi je manipulacija dejavnikov v okolju znana kot funkcionalna analiza. Vključuje spreminjanje specifičnih dogodkov, ki predhodijo vedenje ali posledic, ki naj bi bile povezane z javljanjem neželenega vedenja in nato opazovanje, kako te spremembe vplivajo na verjetnost, da bo oseba kazala to vedenje.

Pri manipulaciji antecedentov v okolju se spreminjajo specifične variable (npr.: pozornost), preden se pojavi neželeno vedenje.

Na primer, izvajanja manipulacije dejavnikov okolja, da bi se potrdilo, če otrokovo vedenje motivira pozornost. V enem pogoju učitelj nudi konstantno pozornost otroku, ko rešuje nalogo. V drugem pogoju pa lahko učitelj posveča otroku minimalno pozornost med isto nalogo. Presentacija teh dveh pogojev (konstantna in minimalna pozornost) vpliva na vedenje, ki ga kaže otrok.

Pri manipulaciji posledic se spreminja specifična variabla, npr. pozornost, po pojavu neželenega vedenja.

Na primer, v enem pogoju učitelj nudi pozornost po vsakem primeru pojava neželenega vedenja, v drugem pogoju učitelj ignorira pojave neželenega vedenja. Javljanje neželenega vedenja se tako primerja preko pogojev.

Ocene manipulacije okolja so koristne pri testiranju hipotez glede funkcij, ki jim služi neželeno vedenje. Te hipoteze se izdelajo, ko so zbrani drugi podatki funkcionalnega ocenjevanja (intervju funkcionalne analize, ABC analiza, analiza direktnega opazovanja). Manipulacija okolja je koristna in upravičena, ko domnevne funkcije ne morejo biti ustrezno potrjene s strani drugih tehnik funkcionalne ocene. Najbolj koristna je pri vedenjih, ki niso nevarna ali ogrožujoča in se pojavljajo pogosto (nekajkrat na dan) ob določenem času dneva ali med predvidenimi aktivnostmi.

Odgovornost izzivanja neželenega vedenja je pomembna, zato mora imeti ta oseba potrebna znanja in izkušnje, da ohrani varnost vseh sodelujočih v manipulaciji okolja.

Kdo naj bi bil vključen v funkcionalno ocenjevanje vedenja?

To je pomembno vprašanje. Intervju je pomemben pri zbiranju preliminarnih informacij, ki služijo kasnejšemu direktnemu opazovanju. Opravi se z ljudmi, ki dobro poznajo osebo (npr. pri otroku starši, učitelji in drugi). Direktno opazovanje naj bi opravile osebe, ki so trenirane v zbiranju in analiziranju tovrstnih informacij. Direktno manipuliranje z dejavniki okolja pa naj bi bilo zaupano osebi, ki ima veliko izkušenj s tako manipulacijo, ker lahko spravi osebo v nevarnost, če ne dela pravilno. Funkcionalno ocenjevanje vedenja je vsekakor več kot skupina ljudi, ki sedijo za mizo in poskušajo določiti vzrok.

ZAKLJUČEK

Raziskave in izkušnje kažejo, da funkcionalno ocenjevanje vedenja lahko vodi k pripravi učinkovitih intervencijskih načrtov. Glede na hipoteze, ki izhajajo iz analize, lahko intervencijski načrt vključuje spremembe variabel, ki predhodijo neprimernemu vedenju, učenje alternativnih oblik primerne vedenja in zagotavljanje podkrepitve primernemu vedenju. Zato je intervencijski

načrt vezan na podatke dobljene v procesu funkcionalnega ocenjevanja. Prav tako lahko ti podatki pomagajo pri zgodnji identifikaciji in razumevanju bodočih problemov vedenja.

Ko so zbrani potrebni podatki o vedenju in izdelan načrt intervencijskega postopka, se uporabi postopek in merijo vrednosti vedenja. Po zaključku postopka se izdelata ocena rezultatov na ta način, da se primerjajo rezultati v začetni fazi z rezultati dobljenimi v fazi izvajanja behavioralnega postopka.

VIRI

1. Anić, N. (Ur.). (1984). *Praktikum iz biheviorterapije I*. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske.
2. Brown, G. (2001). *Applied Behavior Analysis - ABA, Procedures for Kids With Autism and Other Neuropsychological Disorders*.
3. Folsom, R.T. (1997). *IDEA Rights and Requirements*. IDEA.
4. Miller, J.A., Tansy, M. & Hughes, T.L. (1998). Functional behavioral assessment. *Current in Issues in Education*. Volume 1, Number 5.
5. Nelson, L. (2001). *Behavioral Problems*.
6. Reichle, J. & Johnston, S. (1993). *Replacing challenging behavior: The role of communication intervention*.
7. Starin, S. (2002). *Behavior Analysis: Functional Behavioral Assessment in the Schools*.
8. Wallin, J.M. (2002). *Teaching Children with Autism: Functional Behavior Analysis*.

PRIMER FUNKCIONALNE ANALIZE VEDENJA

Barbara je 10-letna deklica, ki je zaradi razvojnih zaostankov vključena v posebni program vzgoje in izobraževanja z institucionalnim varstvom.

Problemi v vedenju:

grizenje in pljuvanje, kričanje (vpitje) med delom in igro.

Taka vedenja motijo delo skupine in so nevarna za druge.

Pomembni podatki o otroku

Barbara živi v zavodu. Njen telesni razvoj je primeren njeni starosti. Je zdrava, terapije nima.

Njene umske sposobnosti so na nivoju 4-5 letnega otroka, ročno je manj spretna.

Pred vključitvijo v zavod je bila v dnevnem oddelku, kjer so se tudi pojavljali vedenjski problemi.

Težave so bile tudi doma, kjer stalno zahteva prisotnost mame in njeno pomoč pri vseh aktivnostih.

Podatki o vedenju so zbrani na podlagi:

- indirektnega ocenjevanja (poročila prejšnje ustanove, poročila defektologinje o sedanjih problemih, intervju s starši, učitelji in drugimi osebami),
- direktnega opazovanja vedenja v skupini,

Opazovanje je potekalo v časovnem razmaku 8:00-13:00, ko se odvijajo strukturirane in nestrukturirane aktivnosti in je zbrana popolna ekipa. Opazovanje in beleženje podatkov je izvajala defektologinja po dogovorjenih navodilih.

Beleženje vedenja – metoda frekvence: število pojavov izbranega motečega vedenja na pripravljenem obrazcu.

Za določitev funkcije motečega vedenja je bila uporabljena ABC analiza.

FUNKCIONALNA ANALIZA

Izbrano vedenje: grizenje in pljuvanje.

Konkretna opredelitev vedenja: Barbara grize in pljuva druge otroke in zaposlene odrasle.

Določitev baseline: V začetnih merjenjih motečega vedenja, ki so potekala 7 dni, se je pokazalo, da se pojavlja povprečno 19- krat na dan. V to so šteti tudi poskusi ugriza.

Določanje okoliščin in dejavnikov vedenja:

Moteče vedenje se pojavlja v celotnem opazovanem obdobju v različnih situacijah, med zaposlitvijo in v prostem času. Vsak incident traja nekaj sekund, traja pa že 3 mesece.

Pojavu motečega vedenja predhodijo dogodki, ko se defektologinja ali asistentka posvečata drugim otrokom, jim pomagata, se jim obračata in ko drugi otroci izvajajo določene naloge tudi za druge otroke (delitev malice, papirja). Takoj po motečem vedenju defektologinja (ali asistentka) opozori Barbaro, prekine delo z drugimi in se pogovori z njo, prekine njeno delo, jo presede bliže sebi. Drugi otroci se ji umikajo in se izogibajo.

Funkcija vedenja:

Analiza podatkov je pokazala, da je funkcija obeh motečih vedenj pridobiti si pozornost.

Barbara ne kaže primernega alternativnega vedenja, ker je vedno podkrepljeno njeno neprimerno vedenje (doseže pozornost).

Opazovanja so tudi pokazala, da Barbara potrebuje pomoč pri različnih spretnostih (zapenjanju gumbov, risanju, sestavljanju delov), kar kaže, da so nekateri primeri iskanja pozornosti lahko pomenili tudi prošnjo za pomoč.

ABC analiza vedenja

Ime: Barbara

Opazovano vedenje: grizenje in pljuvanje

Opazovalec:

Datum	Čas	Antecedent	Vedenje	Posledica	Opombe
19.1.	11:00	Učitelj reče, da se bodo pripravili za sprehod.	Poskuša ugrizniti T.A.	Učitelj reče »Ne grizi!«	
		Opozorilo »ne grizi« po poskusu ugriza.	Poskuša ponovno ugrizniti	Očesni kontakt in ostra prepoved »Ne grizi!«	T.A. se je branil s plaščem.
21.1.	9:30	Sošolec T.A. se obrne k njej, ko deli prtičke.	Pljune T.A.	Opozorilo »Ne pljuvaj!«	
	12:00	Učitelj pomaga drugemu otroku pri igri.	Poskuša pritegniti pozornost na svojo igro.	ignoriranje	
		Učitelj ignorira B in se še vedno posveča drugemu.	Pljune v učitelja.	»To je preveč!«reče učitelj in jo potegne stran od stolpa, ki ga je naredila.	
	12:30	Učitelj in asistentka se pogovarjata.	Pljune asistentko.	Opozorilo »Ne pljuvaj!«	
22.1.	10:00	Učitelj daje pozornost sošolcu.	Poskuša ugrizniti učitelja.	Očesni kontakt in jezen glas »Ne, ne grizi. To me boli!«	Barbara se pači po graji.
	11:30	Pri koncu sestavljanke	Ugrizne sošolca.	»Ne grizi!To ni lepo. Priti boš morala bliže in sedeti pri meni.«	Barbara je prišla bliže k tovarišici.

Na osnovi te hipoteze so bile določene **intervencijske strategije**.

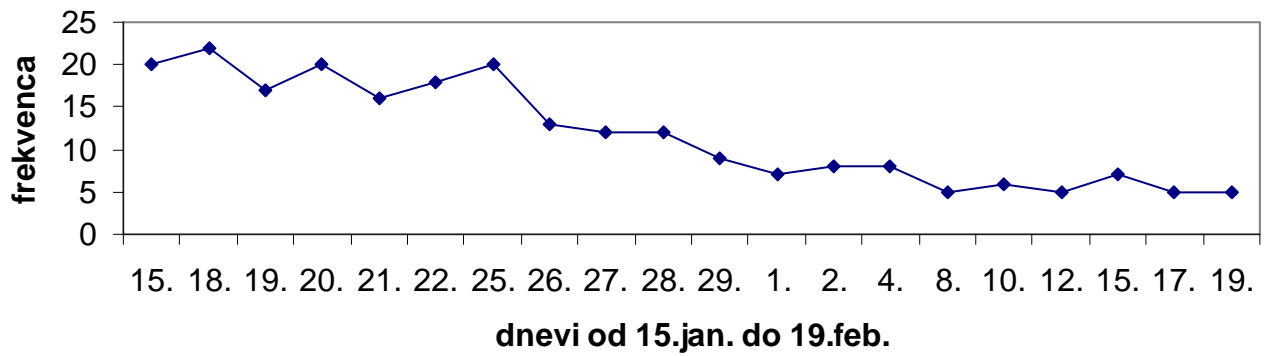
Cilji:

- zmanjšati moteča vedenja z učenjem alternativnih oblik vedenja, ki so sprejemljive in imajo isto funkcijo kot moteče vedenje.
- trening finomotoričnih spretnosti za večanje samostojnosti (neodvisnosti) v vsakdanjih aktivnostih.

Uporabljene tehnike:

- kolaborativne aktivnosti (otrok dela skupaj z odraslim),
- ignoriranje motečega vedenja,
- diferencialna podkrepitev drugih vedenj,
- trening finomotoričnih spretnosti,
- pomoč na prošnjo, ki se postopno odteguje.

Grafični prikaz podatkov spremljanja vedenja



15.1 – 25.1. - baseline

26.1. dalje - uporaba intervencijskih strategij

8.2. dalje - učenje finomotoričnih spretnosti

Po sedemdnevni uporabi intervencij, je moteče vedenje upadlo na 8- krat dnevno. V prvih šestih dnevih trening finomotoričnih spretnosti ni prinesel sprememb v motečem vedenju.

PREDSTAVITEV NEKATERIH TEHNIK KOGNITIVNE TERAPIJE

V prispevku skušam predstaviti nekatere tehnike, ki se uporabljajo v kognitivni terapiji. Kognitivna terapija je usmerjena v modifikacijo prepričanj v negativne avtomatske misli in bazična prepričanja. Tehnike uporabljamo z namenom omogočiti enovito kognitivno-vedenjsko spremembo.

Tudi znotraj vedenjsko – kognitivnega pristopa obstajajo razlike med avtorji, katere tehnike prinašajo kvalitetnejše rezultate. Npr. Adrian Wells (1998) meni, da je bistvo kognitivnih tehnik sprememba primarnih negativnih avtomatskih misli in prepričanj. Po njegovem mnenju, kot so relaksacija, uporaba distraktorjev in podobno, ne vodijo k restrukturalizaciji primarnih negativnih avtomatskih misli in prepričanj, temveč ponujajo pacientu »podporno palico«, preko katere pride le do površinskih (sekundarnih) avtomatskih misli ter »varovalnih« misli. Drugi avtorji poudarjajo pomembnost uporabe obojih tehnik in opozarjajo na to, da pacient ob uporabi tehnik, kot so relaksacija, uporaba distraktorjev..., lažje živi in da je zanj viden napredek.

Obstaja veliko različnih kognitivnih tehnik. Različni avtorji jih različno klasificirajo. Predvsem zaradi boljše preglednosti jih bom razvrstil v smislu treh korakov, ki jih predlaga M. Biro (1990). Poudariti je potrebno, da je posamezne tehnike težko preprosto razdeliti v te tri sklope, ker nekatere prehajajo iz sklopa v sklop, med posameznimi tehnikami ni jasnih mej in se med seboj prepletajo.

Trije osnovni koraki (M. Biro, 1990):

- I. Identifikacija negativnih avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj.
- II. Modifikacija negativnih avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj.
- III. Vedenjski eksperiment in učenje novega vedenja.

I. IDENTIFIKACIJA NEGATIVNIH AVTOMATSKIH MISLI IN DISFUNKCIONALNIH PREPRIČANJ

Avtomatska misel je miselni tok, ki obstaja ob manifestnem miselnem toku. Te misli niso lastne le ljudem s psihičnimi težavami, temveč jih ima vsak človek. Pretežno se teh avtomatskih misli ne zavedamo, vendar je z malo vaje moč doseči, da te misli postanejo dostopne naši zavesti. Ko misli ozavestimo, lahko preverimo, ali morda ne trpimo zaradi določenih psihičnih disfunkcij. (J. Beck, 1995) Pogosteje se zavedamo le čustev, ki te misli spremljajo (oz. nejasnega občutka). Običajno sprejemamo avtomatske misli kot resnico, ne da bi jih preverili.

V nadaljevanju bom predstavil nekaj načinov identifikacije negativnih avtomatskih misli, ki jih podaja A. Wells (1998) in jih dopolnil z razmišljanji drugih avtorjev:

1. OPAZOVANJE ČUSTVENIH SPREMEMB MED SEANSO

Ko pri pacientu med seanso opazimo čustveno spremembo, mu zastavimo vprašanje: »Katera misel se vam je pravkar pojavila?«

Pri tem moramo biti pozorni tako na verbalne kot neverbalne spremembe (mimiko obraza, spremembe telesne drže...).

* Samo Pastirk, univ. dipl. psih. (Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo – Enota Maribor, Čufarjeva 5, Maribor 2000, samo.pastirk@mail.ir-rs.si)

Pogosto se zgodi, da pacient na hitro spremeni temo pogovora, tudi to je pravi čas za zastavitev osnovnega vprašanja.

Spremembe v afektu se lahko zgodijo med diskusijo o simptomih in emocijah, prav tako se lahko pripetijo v kontekstu izpostavljenosti vedenjskemu eksperimentu. V teh okoliščinah lahko uporabimo vprašanja, s katerimi identificiramo vsebine.

V določenih situacijah, ko pacient ne zmore izraziti misli, se fokusiramo na čustvo in ga še stopnjujemo – z namenom doseči afektivno spremembo in tako priti do negativne avtomatske misli.

2. NAJSLABŠE MOŽNE POSLEDICE

Eno najbolj učinkovitih vprašanj terapevtskega dialoga za identifikacijo negativne avtomatske misli je »Kaj bi se lahko najslabšega pripetilo, če...?« Vprašanje se lahko različno zaključi, odvisno od konteksta, v katerem je uporabljeno.

PRIMER: (A. Well, 1998)

P.: V skupini sem se počutil plahega in zadržanega.

T.: Kakšne misli ste imeli, ko ste se tako počutili?

P.: Nisem imel nikakršnih misli, le počutil sem se tako.

T.: Česa ste se najbolj zavedali, ko ste bili plahi in zadržani? Katerega čustva?

P.: Moj um je bil prazen. Nisem vedel, kaj naj rečem v situaciji.

T.: Kaj bi se lahko zgodilo najslabšega, če ne bi imeli nič povedati in bi bil vaš um prazen?

P.: Ljudje bi mislil, da je nekaj narobe z menoj.

T.: Kaj najslabšega lahko pomislijo?

P.: Mislili bodo, da sem dolgočasen in neumen. (PRIMARNA NAM)

T.: Ali ste tako razmišljali, ko ste bili v skupini ?

P.: To me običajno skrbi.

3. PRIPOVEDOVANJE KONKRETNEGA DOGODKA

O nekem dogodku se pogovorimo v detajle. Bolje se je osredotočiti na konkreten dogodek kot pogovor nasploh. Pomembno je ugotoviti povezavo med avtomatsko mislijo in čustvom. Pogosto pride na površje najprej čustvo.

Zaprosimo pacienta, naj nam pripoveduje o določenem dogodku, ko se je slabo počutil (»Kdaj ste zadnjič začutili to?«). Če ne moremo priti neposredno do misli, se najprej osredotočimo na čustvo (»Kakšen občutek je to bil?«), še le nato pa se osredotočimo na misel. (»Kaj je šlo skozi vaše misli, ko ste se tako počutili?«)

4. BELEŽENJE DISFUNKCIONALNIH MISLI – DNEVNIK BELEŽENJA DISFUNKCIONALNIH MISLI

Beleženje disfunkcionalnih misli ima različne oblike. Običajna standardna oblika dnevnika je naslednja:

DATUM	SITUACIJA	EMOCIJA	AVTOMATSKA MISEL	ALTERNATIVNA MISEL	REZULTAT
	Beleži situacijo ali misel/spomnit i se, vodi k neprijetnim emocijam.	1. Zabeleži tip emocije (žalost, anksioznost, jezo...). 2. Oцени intenziteto emocij (0-100).	1. Zapiši avtomatsko misel. 2. Zabeleži prepričanje v avtomatsko misel (0-100).	1. Zabeleži alternativno videnje situacije. 2. Ponovno oceni prepričanje v avtomatsko misel.	1. Zabeleži tip emocij. 2. Ponovno oceni intenzivnost emocij (0-100). 3. Katere bodoče aktivnosti lahko izpeljem?

Beleženje disfunkcionalnih misli se uporablja v mnoge namene. Lahko ga uporabimo kot sredstvo za beleženje negativnih avtomatskih misli in povezav s čustvi.

Specifične oblike beleženja negativnih avtomatskih misli se lahko uporabljajo, ko so negativne avtomatske misli (NAM) povezane s specifičnimi telesnimi senzacijami ali drugimi specifičnimi stimulusi. Pri obravnavi paničnih napadov lahko dodamo novo kolono, v kateri beležimo moč telesnih senzacij in kolono, kjer zabeležimo napačno interpretacijo teh senzacij. Pri obsesivno kompulzivnih motnjah lahko dodamo kolono, kjer beležimo vsiljive misli, ter kolono, v kateri beležimo napačno interpretacijo vsiljivih misli oz. negativnih avtomatskih misli.

5. IZPOSTAVLJANJE

»Izpostavljanje« se uporablja kot metoda aktiviranja čustev. Pacient je lahko izpostavljen analognim stresnim situacijam v simuliranem (»zavarovanem«) okolju ali v realnih situacijah. V teh okoliščinah aktiviramo pacientov strah z namenom dostopa do negativnih avtomatskih misli.

PRIMER (A. Wells, 1998)

Prikazan je primer, kjer terapevt spremlja agorafobika v nakupovalnem centru. Ugotovitev vsebine NAM v zaščitenem okolju sobe ni bila uspešna, zato se je terapevt odločil za »izpostavljanje« v realni situaciji. Primer prikazuje tipe vprašanj, ki jih lahko uporabimo, da pridemo do primarnih NAM.

T.: Želel bi, da se sprehodite naokoli in da se vrnete k meni čez 5 minut. Kako se počutite ob tem?

P.: Že sedaj se počutim anksiozno. Nisem prepričan, da bom to zmožel.

T.: Kakšni so anksiozni občutki, ki jih imate prav zdaj?

P.: Občutim zasoplost in znotraj trepetam.

T.: Kakšne misli imate prav zdaj?

P.: Nimam nobenih. Samo občutim anksioznost.

T.: Ali lahko greste le za kratek čas po svoje? Reciva do konca promenade in nazaj.

P.: Lahko poizkusim.

T.: Kako se počutite sedaj?

P.: Še vedno se počutim nervozno, nič ni bolje.

T.: Ali mislite, da bi se lahko zgodilo kaj slabega?

P.: Počutim se le tako neumno.

T.: Ko ste rekli, da se počutite neumno, ste mislili, da se lahko pojavi norost?

P.: No, ljudje bi lahko opazili kaj čudnega pri meni.

T.: Kaj najslabšega bi lahko opazili?

P.: Lahko bi videli, da smešno hodim.

T.: Kako je videti, če hodite smešno?

P.: Lahko bi videli, da se opotekam, in mislili, da sem pijan ali podobno.

T.: Zdi se, da je ena od vaših zastrašujočih misli, da boste hodili smešno in da bodo to vsi opazili ter mislili, da ste pijani. Kako močno ste prepričani v to, da se to lahko zgodi prav sedaj?

P.: Tako kot mislim sedaj, mislim, da se verjetno lahko.

T.: Na skali od 0-100% kako močno ste prepričani, da se to lahko zgodi prav sedaj?

P.: Okoli 80 %.

T.: Prav, ali lahko greste naokoli? Videli bomo, kaj se bo zgodilo.

6. IGRANJE VLOG

Prednost igranja vlog pred izpostavljanjem v realnih situacijah je v tem, da lahko variable pri igranju vlog bolje manipuliramo. To nam omogoča moduliranje soc. faktorjev na način, ki aktivira strah in dostop do NAM.

Pri soc. fobiku npr. je lahko dominanten strah pred interakcijami ena na ena. Analogna situacija tej se lahko ustvari preko igranja vlog s terapevtom. Ob igri vlog je pacient naprošen, da spremlja stopnjo svoje anksioznosti in da opozori terapevta na porast anksioznosti ali stisko. V tej točki se igra vlog ustavi in usmeri na NAM, povezane z anksioznostjo. Dimenzije igre vlog lahko manipuliramo v smislu povečanja afekta. Na primer: terapevt se lahko približa pacientu; lahko deluje bolj kritično in manj prijazno ali vpraša bolj osebna vprašanja.

7. AVDIO – VIDEO POV RATNA INFORMACIJA

Avdio oz. video snemanje terapijske seanse ponuja možnost ponovnega skupnega pregleda traku z namenom ugotavljanja NAM. Trak se ustavi na mestih, kjer pacient kaže znake afektivne spremembe, in terapevt lahko zastavlja vprašanja, da določi vsebino misli. Prednost tega pristopa je v tem, da distancira posameznika od situacije.

Ta tehnika je uporabna tudi v situacijah, kjer je pacient zaposlen z določeno soc. interakcijo in bi bilo iskanje NAM moteče. Video in avdio snemanje je zlasti uporabno pri aktiviranju NAM, ki zadevajo nastope in podobno.

8. MANIPULIRANJE Z OBRAMB NIM (»VAR NOSTNIM«) VEDENJEM

Obrambno vedenje varuje posameznika pred neugodnimi občutki. Hkrati pa ob uporabi teh vedenj postane slika negativnih avtomatskih misli bolj nejasna.

Varnostno obnašanje lahko manipuliramo v smeri upadanja ali naraščanja. Naraščanje varnostnega vedenja ojača telesne senzacije in napravi napačne interpretacije bolj jasne.

PRIMER paničnega pacienta (A. Wells, 1998)

T.: Ko se počutite anksiozno oz. panično, ali naredite kaj, s čimer bi skušali kontrolirati anksioznost?

P.: Poskušam globoko dihati in se sprostiti.

T.: Če ne bi kontrolirali dihanja, kaj slabega bi se lahko zgodilo pri napadu panike?

P.: Počutil bi se bolj panično.

T.: Kaj najslabšega bi se lahko zgodilo, če bi bili panični in ne bi kontrolirali dihanja?

P.: Nič. Mislim, da bi panika minila.

T.: Vas lahko prosim, da sedaj kontrolirate dihanje, tako kot to počnete ob paničnih napadih.

P.: Da bi globoko dihal?

T.: Da. Pokažite mi natančno, kaj delate, ko ste panični, in to prakticirajte, dokler vas ne prosim, da prenehate.
P.: (Pacient je pričel počasi globoko dihati.)
T.: Dobro, nadaljujte.
P.: To me dela majčkeno paničnega.
T.: Kaj občutite prav sedaj?
P.: Počutim se rahlo zasoplo in omotično.
T.: Vas lahko prosim, da nadaljujete s tem še malo?
P.: Raje ne bi.
T.: Kaj bi se zgodilo, če bi nadaljevali.
P.: Počutil bi se slabše. Občutim, kot da ne bi model dihati.
T.: Kaj mislite s tem, da ne bi mogli dihati?
P.: Občutim kod da bi bil brez zraka.
T.: Mislite, da ste kot brez zraka tudi med paničnimi napadi?
P.: Da, skrbi me, da ne bi mogel dihati in da ne bom sposoben ujeti diha.

9. SPRAŠEVANJE PO PODOBAH (imagery)

Če je NAM težko identificirati, lahko terapevt prosi pacienta, da situacijo in negativno sliko imaginira. Tehnika imaginacije lahko povzroči afektivne spremembe. Pogosto tako lažje pridemo do negativnih avtomatskih misli.

II. MODIFIKACIJA NEGATIVNIH AVTOMATSKIH MISLI IN DISFUNKCIONALNIH PREPRIČANJ

1. IZPRAŠEVANJE DOKAZOV

Pacienta izprašujemo o dokazih, ki podpirajo NAM in bazična prepričanja. Bolje kot oporekati pacientovim prepričanjem je skupno raziskovanje in identificiranje dokazov....

Pri tem so uporabna naslednja vprašanja:

- Kakšni so vaši dokazi, da se bo to zgodilo?
- Kaj vam da tako misliti?
- Kako veste, kaj se bo zgodilo?
- Kakšni so vaši razlogi, da verjamete, da se bo to zgodilo?

2. VIDENJE NASPROTNIH DOKAZOV

Pacienta vprašamo za opis najslabšega, kar bi se lahko zgodilo v zastrašujoči situaciji. Temu sledi opis najboljšega, kar bi se lahko zgodilo, in se zaključi z najverjetnejšim, kar bi se lahko zgodilo.

Vprašanja za identifikacijo nasprotnih dokazov vključujejo:

- Kateri so dokazi, ki nakazujejo, da se to ne more zgoditi ali ni resnično?
- Na kakšen drugačen način bi lahko pogledali na problem?
- Ali se je (katastrofa) zgodila sedaj? Zakaj ne?

3. BELEŽENJE MISELNIH DISTORZIJ

Burns je razvil metodo treh kolon za identifikacijo miselnih distorzij in razvijanje bolj realističnih prepričanj. Mnogokrat gre pri tem za nadaljevanje »dnevnik disfunkcionalnih misli«.

Prvi korak je, da zabeležimo avtomatsko misel, ki nas prešine, in stopnjo prepričanja vanjo na skali od 0 do 100. Naslednji korak je identifikacija distorzije: v smislu črno/belega mišljenja,

personalizacije, katastrofizacije... Zadnji korak pomeni iskanje alternativnega odgovora na distorzijo in oceno (0-100) prepričanja v alternativno rešitev.

Dodamo lahko tudi kolono, v kateri opredelimo naslednjo akcijo:

4. UPORABA RACIONALNEGA ODGOVORA

Zaključek identifikacije miselnih napak je ustvaritev RACIONALNEGA ODGOVORA na negativno avtomatsko misel. Racionalni odgovor je lahko zapisan v tabeli (dnevnika negativnih avtomatskih misli) v koloni »alternativnih odgovorov« ali pa na karticah, ki jih posamezniki nosijo s seboj. Takšne kartice lahko vsebujejo na eni strani lasten racionalni odgovor, na drugi pa dokaze, ki podpirajo racionalni odgovor.

5. DOBRA OPREDELITEV IN OPERACIONALIZACIJA POMENA

Pomembno pri spreminjanju NAM je razumevanje pomena določenih predpostavk za pacienta, priti moramo do definicije koncepta, pomena strategij za pacienta...

Nekatera koristna vprašanja za operacionalizacijo terminov so:

- Ko ste rekli, da, kaj ste mislili ?
- Če ne bi mogli, kaj najslabšega bi se lahko zgodilo?
- Kako bi bilo to videti?
- Če bi bilo to res, kaj bi to pomenilo za vas?
- Če bi bilo to res, kaj bi bilo v tem slabega?
- Če bi bilo mogoče, kako bi bile stvari drugačne, kot so sedaj?

6. ANALIZA STROŠKOV IN KORISTI

Najprej izberemo prepričanje oz. obnašanje, ki ga želita pacient in terapevt spremeniti. Naslednji korak je, da napravimo dve koloni. V prvo vpisujemo koristi oz. prednosti v drugo pa pomanjkljivosti oz. stroške. Nato pacient in terapevt skupaj izdelata pacientovo oceno koristnosti vztrajanja na nekem prepričanju oz. vedenju.

Pri tem si lahko pomagamo tudi z numeričnimi skalami posameznih trditev, na koncu le te primerjamo.

7. KROŽNI DIAGRAM

Krožni diagram nam ponuja sredstvo za prikaz različnih možnosti v primerih, ko imamo namen zmanjšati pacientove katastrofične ocene.

Ko pacient in terapevt definirata negativno oceno dogodka, naredimo seznam potencialnih pojasnil dogodka. Če npr. anksiozna oseba pojasnjuje glavobol kot možganski tumor, bo terapevt skupaj s pacientom zbral listo potencialnih možnosti glavobola. Ta lahko vključuje težave z očmi, anksioznost, vročino... in na koncu tumor. Naslednji korak je izris kolač-diagrama s segmenti, ki jih je vsebovala lista možnosti. Terapevt prične z razlago najpogostejših simptomov in zaključi s katastrofičnimi simptomi, v diagram vključi vse možnosti. Vsaki možnosti dodeli ustrezno velik prostor. Ob tem načinu se katastrofične razlage reducirajo.

8. TEHNIKA KONTINUUMA

To je ena izmed zelo uporabnih tehnik v kognitivnem pristopu. Tehnika je zelo primerna pri dihotomnem mišljenju (vse ali nič mišljenje).

Pacientova naloga je, da na kontinuumu, običajno od 0 do 100, oceni določeno prepričanje oz. razpoloženje. Pacient uvidi, da prihaja pri tem do razlik, npr. depresiven pacient, da je možno različno razpoloženje ali da ne razmišlja v terminih vse ali nič, temveč obstajajo tudi srednje vrednosti.

Pri pripravi kontinuumu si lahko pomagamo z naslednjimi koraki:

1. natančno definiramo prepričanje oz. avtomatsko misel, ki jo želimo spremeniti,
2. določimo minimum in maksimum kontinuumu,
3. poiščemo primer v praksi, da lažje razložimo uporabo tehnike,
4. pacient označi »prepričanje« na kontinuumu,
5. po določenem času lahko tudi večkrat v toku ene seanse ponovno označi prepričanje (določena prepričanja lahko označi vsakič ob pričetku seanse).

9. ARGUMENT IN KONTRA-ARGUMENTI

V tej tehniki terapevt in pacient iščeta vlogo prisotnih negativnih avtomatskih misli ter kontra argumente. Terapevt lahko prične eno izmed ključnih pacientovih negativnih misli in zaprosi pacienta, da argumentira nasproti te misli. Ko postane to za pacienta pretežko, zamenjata vlogi in nato terapevt nadaljuje z razčlenjevanjem negativne avtomatske misli. Oba, pacient in terapevt, govorita v prvi osebi: » Jaz mislim...«.

Nekateri avtorji to tehniko imenujejo racionalno-emocionalna igra vlog (J. Beck, 1995).

10. TEHNIKA EKSTREMNIH KONTRASTOV

Včasih je za pacienta koristno, da se primerja z neko resnično ali izmišljeno osebo, ki predstavlja negativni ekstrem kvalitete, povezane s prepričanjem pacienta.

Npr. Terapevt predlaga pacientu, da si zamisli nekoga, ki ima večje težave od njega. Nato pacienta zaprosi, da se primerja s to osebo. (»Koliko si mu podoben ?« «Koliko blizu temu se počutiš sedaj?« »Koliko ustrezno je, da sebi pripisuješ te lastnosti?«)

11. TEHNIKA SESTOPANJA - TEHNIKA VERTIKALNIH PUŠČIC

Tehnika spada med shematsko fokusirane tehnike. Pri tem se pred posamezne trditve postavljajo vedno nova vprašanja, dokler ne pridemo do »bistva« primarne negativne misli. To dosežemo z vprašanjem: »Če bi se to zgodilo, kaj bi to pomenilo za vas?« ali »Če bi bilo to res, kaj bi bilo tako slabega pri tem?«

PRIMER : Socialni fobik

<p>P.: Kaj če se mi bo zataknilo in se bom osmešil? T.: Če se vam bo zataknilo in se boste osmešili, kaj bo slabega s tem? P.: Ljudje bodo opazili. T.: In če bodo opazili, kaj bo to pomenilo? P.: Smejali se mi bodo. T.: Kaj je slabega v tem? P.: Ne bi me jemali resno. T.: Kaj bi to pomenilo, če te ne bi jemali resno? P.: Mislili bi, da sem neumen. T.: Kaj bi pomenilo, če bi mislili, to o tebi? P.: To bi verjetno pomenilo, da sem res neumen. T.: Kaj bi pomenilo, če bi bilo to res? P.: To bi pomenilo, da bi vsi vedeli, da sem neumen. T.: Videti je, da domnevate, če bi se vam zataknilo in bi se osmešili, to pomeni, da bodo ljudje mislili, da ste neumni. Ali morda verjamete, da ste neumni? Kako močno verjamete v to?</p>	<p>Kaj če se mi bo zataknilo in se bom osmešil? ↓ Ljudje bodo to opazili. ↓ Morda se mi bodo smejali. ↓ Ne bodo me jemali resno. ↓ Mislili bodo, da sem neumen. ↓ Sam bom mislil, da sem neumen.</p> <hr/> <p>DOMNEVA: Če se mi bo zataknilo in se bom osmešil, bodo ljudje mislili, da sem neumen (to pomeni, da sem neumen). PREPRIČANJE: Jaz sem neumen. HIPOTETIČNA VLOGA: Vedno moram popolno govoriti.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A. Wells (1998)

11.1. RESTRUKTURALIZACIJA BAZIČNIH PREPRIČANJ, DOMNEV IN PRAVIL S POMOČJO TEHNIKE SESTOPANJA

Ko s tehniko sestopanja pridemo do bazičnih prepričanj, domnev in pravil, je naslednji korak restrukturalizacija teh. Ena izmed možnosti je restrukturalizacija same sheme sestopanja (vertikalnih puščic).

Pacient in terapevt imata pred seboj shemo, ki sta jo sestavila s predhodno omenjeno tehniko. Njuna naloga je, da ustvarita spremembo nepravilnih zvez med posameznimi nivoji. Priti skušata do alternativnih, bolj realističnih konceptov. Pri tem si pri spremembi določenega nivoja lahko pomagamo z različnimi vprašanji, ki jih že poznamo:

ORIGINAL	MOŽNA VPRAŠANJA	RE-STRUKTURIRANA SCHEMA
<p>Kaj če se mi bo zataknilo in se bom osmešil?</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ljudje bodo to opazili.</p>	<p>Kaj je dokaz? Kakšne miselne napake delamo? Kakšni so nasprotujoči dokazi? Kako jih lahko preverimo? Kaj se zgodi v resnici? Kakšen je alternativen bolj realističen odgovor?</p>	<p>Kaj če se mi bo zataknilo in se bom osmešil?</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Večina ljudi ne bo posvečala temu pozornosti.</p>

A. Wells (1998)



nato nadaljujemo z naslednjim nivojem

Restrukturalizacija sheme poteka nekako tako:

1. Identifikacija vsebine originalne sheme.
2. Edukacija pacienta o shemi: Identifikacija prepričanj in domnev – interpretacija dokazov...; razlaga povezave vedenja in emocij; ugotavljanje povezav z zgodnjimi izkušnjami itd.
3. Neposredno osredotočenje na modifikacijo sheme. Lahko uporabimo tudi nekatere »emocionalne« tehnike, npr. imaginacijo pogovora s starši, igranje vlog... Pri spreminjanju pa lahko uporabimo tudi druge tehnike, npr. tehniko kontinuma, tehniko kartic in podobno.

12. UPORABA DRUGIH KOT »VZOR« ZA SPREMINJANJE PREPRIČANJ

Ko ocenjujemo prepričanja drugih, se pogosto postavimo v distanco do lastnih disfunkcionalnih prepričanj. Pri tem pričnemo opazovati nekonsistenco med tem, kar menimo, da je resnično za nas, in tem, kar menimo, da je bolj objektivno prav za druge.

13. HISTORIČNI TEST PREPRIČANJ

Pogosto je koristno, da pacient ugotovi, kako je bazično prepričanje nastalo in vztrajalo skozi čas. Terapevt pomaga pacientu, da poišče dokaze, ki bi naj vzdrževali prepričanje od zgodnjih let, in da poišče dokaze, ki temu nasprotujejo. Ta proces se lahko prične s trenutnimi prepričanji in nadaljuje z zgodnjimi prepričanji. Pacient si zapisuje spomine, ki bi lahko doprinesli k trenutnemu disfunkcionalnemu prepričanju.

V naslednjem koraku išče dokaze, ki podpirajo prepričanje za vsako obdobje. Sledi redefinicija prepričanj za vsako obdobje – iskanje novih dokazov. Sledi povzetek posameznih obdobj.

14. REKONSTRUKCIJA ZGODNJIH SPOMINOV

Za nekatere paciente »racionalne tehnike« ne zadoščajo, pri teh lahko indiciramo posebne emocionalne ali izkustvene tehnike. Ena takšnih tehnik je igra vlog kot pomoč pacientu, da reinterpretira zgodnje travmatično izkustvo. Terapevt pomaga pacientu rekonstruirati pomen zgodnjih dogodkov, povezanih s tekočo, za pacienta težko situacijo.

Kot pravi J. Beck, so terapevtove naloge sledeče:

1. Identificirati situacijo, ki je v sedanjosti obremenjujoča za pacienta in naj bi bila povezana z bazičnimi prepričanji.
2. Stopnjevanje posameznih afektov z osredotočenjem na avtomatske misli, emocije in prepričanja.
3. Pomaga posamezniku identificirati in podoživeti pomembno zgodnjo izkušnjo.
4. Komunicira z »mlajšim delom« posameznika, da identificira avtomatske misli, emocije in prepričanja.
5. Pomaga posamezniku razviti drugačno razumevanje zgodnjega izkustva skozi vodeno imaginacijo, sokratska vprašanja, dialog ali igro vlog.

15. IZOBRAŽEVANJE

Informiranje pacienta na področjih, kjer mu primanjkuje znanja ali razumevanja lahko uporabimo za modifikacijo prepričanj. Informacije so lahko posredovane verbalno ali v obliki napisanega materiala.

16. TRAJNA PREZENTACIJA KOGNITIVNEGA MODELA

Med seansami neprestano razlagamo in pojasnjujemo kognitivni model.

III. VEDENJSKI EKSPERIMENT IN UČENJE NOVEGA VEDENJA

VEDENJSKI EKSPERIMENT

Morda so vedenjske tehnike »najmočnejše orožje« za spremembo disfunkcionalnih prepričanj v kognitivni terapiji.

Vedenjski eksperiment ima tri cilje: socializacijo, reatribucijo in modifikacijo afekta. Dober vedenjski eksperiment povzroči spremembo prepričanj v kognicijah, ki povzročajo stisko.

Štirje principi, ki jih je potrebno upoštevati pri dizajniranju vedenjskega eksperimenta:

1. Dobro identificiraj ciljne kognicije, ki jih želiš spremeniti.
2. Operacionaliziraj kognicije v konkretnih terminih, ki jih je mogoče opazovati in meriti.
Npr.: Panični pacient se boji, da bo »izgubil kontrolo«. To je potrebno natančneje operacionalizirati in videti v specifičnih situacijah. Nekateri se boje infarkta drugi omedlevice
3. Pacient in terapevt se dogovorita, katere spremenljivke bosta manipulirala v eksperimentu, da dosežeta spremembo. To običajno lahko dosežemo na primer s pogovorom o »varnostnem« in izogibalnem vedenju.
Npr.: Panični pacient, ki se boji, da bo omedlel, zapusti situacijo, preden anksioznost naraste. Variabla, ki jo lahko manipuliramo, je beg.
4. Pred eksperimentom in po njem (včasih tudi med njimi) beležimo stopnje prepričanja v disfunkcionalno misel. Spremembe stopnje prepričanja so zelo pomembne za učinkovitost eksperimenta. Pri tem lahko uporabljamo npr. lestvice za oceno stopnje prepričanja 0-100. Eksperiment lahko ponavljamo, dokler ne dosežemo zadovoljive spremembe v stopnji prepričanja.

Eksperiment lahko poteka v petih korakih:

1. KORAK: Opredelitev ciljne kognicije. Pogovor o dokazih, ki podpirajo prepričanje v kognicijo. Ugotovitev, kaj bomo manipulirali v eksperimentu.
2. KORAK: Identifikacija situacije, vzrokov, ki povzročajo psihične težave, identifikacija vedenja, identifikacija »obrambnih« vedenj... (izogibanje, beg, neprestano preverjanje vedenja...).
3. KORAK: Formiranje kognitivnega seta, ki bo olajšal spremembe prepričanj. S pacientom pripravimo racionalno eksperimenta. Odgovoriti si moramo na vprašanje: »Kaj je cilj eksperimenta?« Pogovor o vlogi vedenja, ki podpira disfunkcionalna prepričanja, in o manipuliranju s povečevanjem ter zmanjševanjem ciljnega obnašanja v smislu testiranja prepričanja.
4. KORAK: Izpostavimo pacienta zastrašujoči situaciji, stimulusu oz. telesni senzaciji. Dodamo manevar, s katerim testiramo disfunkcionalno prepričanje.
5. KORAK: Pogovor o rezultatih v smislu konceptualizacije eksperimenta. Preverjanje spremembe stopnje prepričanja.

Pred eksperimentom se je smiselno posvetovati z zdravnikom o zdravstvenem stanju pacienta. Pri določenih obolenjih, npr. astma, epilepsija ..., se nekatere vrste eksperimenta odsvetujejo.

TEHNIKA »REŠEVANJA PROBLEMOV«

Cilj te tehnike ni, da pacient reši predvsem konkreten problem, temveč da se usposobi za uspešno reševanje možnih problemov v prihodnje. Nekateri ljudje enostavno nimajo večščin učinkovitega reševanja problemov.

Raziskave kažejo (N. Anič, 1990), da obstaja pet osnovnih operacij za uspešno reševanje problemov:

1. splošna orientacija,
2. definiranje in formuliranje problema,
3. iskanje več možnih rešitev,
4. odločanje o najboljši rešitvi,
5. preverjanje izbrane rešitve.

Glede na to učimo paciente, kako naj izberejo problem, ga dobro definirajo, izberejo različne možne rešitve, ocenijo posamezne rešitve, izmed možnih rešitev izberejo ustrezno in preverijo izbrano rešitev.

Izhajajoč iz sheme Muesera K.T. (1997) lahko tehniko »reševanja problemov« izpeljemo po naslednjih korakih:

1. korak: Opredelimo problem

Pogovor o problemu oz. cilju, pazljivo poslušamo, sprašujemo, pridobimo mnenje vseh posameznikov. V zaključku natančno opredelimo in zapišemo problem.

2. korak: Uporabimo »brain-storming«, da pridobimo, čim več možnih rešitev.

Zapišemo vse ideje, tudi slabe. Če smo v skupini, predlagamo, da vsak posameznik prispeva vsaj eno možno rešitev. Na tej točki zberemo možne rešitve brez nadaljnje diskusije.

3. korak: Prepoznavamo prednosti in pomanjkljivosti možnih rešitev.

Preglejmo rešitve, spregovorimo o prednosti in pomanjkljivosti posameznih rešitev.

4. korak: Izberemo naj-ustreznejšo rešitev ali njihovo kombinacijo.

Izberemo rešitev, s pomočjo katere bi najlažje rešili problem.

5.korak: Načrtujemo izpeljavo naloge - izbrane rešitev.

Pregledamo potencialne, ki jih imamo in možne ovire. Razdelimo naloge in pripravimo časovni razpored.

6.korak: Po opravljeni nalogi pregledamo uspešnost rešitve.

Usmerimo se na doseženo. Pohvalimo uspehe. Ocenimo ali je bil načrt uspešen in ga spremenimo, če je potrebno.

V III. sklop bi lahko uvrstili še mnoge druge tehnike, kot npr. »tehniko kartic«, različna učenja socialnih spretnosti in podobno.

ZAKLJUČEK

Kognitivna terapija ponuja celo paleto različnih tehnik, opisal se le nekatere. Terapevt pri tem kombinira različne tehnike, prav tako pa si, glede na lastno izkušnjo, ustvari svoje modificirane inačice. Izbira tehnik je odvisna od individualnega primera in konceptualizacije, ki smo si jo zastavili ob pričetku terapije.

VIRI

1. Anić, N. (Ur.) (1984). *Praktikum iz biheviior terapije I*. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske.
2. Anić, N. (1990). *Kognitivno-biheviioralne terapije u radu s decom*. V: Anić, N. (Ur.). (1990) *Praktikum iz kognitivne i biheviioralne terapije III*. (str. 103-111). Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske.
3. Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford Press, NY.
4. Biro, M. (1990). Kognitivna psihoterapija. V: Anić, N. *Praktikum iz kognitivne i biheviioralne terapije III*, DPH, Zagreb: 13-31.
5. Mueser K.T., Gingerich S., Agresta J., Bellack A.S. (1997). *Social Skills Training for Schizophrenia*. The Guilford press, New York – London.
6. Wells, A. (1998). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. John Wiley & Sons, West Sussex, England.

DOMAČE NALOGE V VEDENJSKO – KOGNITIVNI TERAPIJI

Nekatera vprašanja in odgovori iz prakse
in empiričnih raziskav za povečanje učinkovitosti terapije

KAKO POMEMBNE SO DOMAČE NALOGE?

V razlagi vedenjsko- kognitivne terapije terapevtov združenja Nacional Association of Cognitive-Behavioral Therapists (NACBT) zasledimo, da je domača naloga osrednja značilnost VKT. Oseba, ki je vključena v terapijo, bi potrebovala zelo veliko časa za izboljšanje stanja, če bi razmišljala o tehnikah in temah le eno uro na teden (to je v terapevtski seansi). Zato terapevti dodelijo domače naloge, da klienti vadijo naučene tehnike tudi kasneje.

Corsini in Wedding (2000) postavljata domačo nalogo med behavioralne tehnike, ki se uporabljajo kot sredstvo, da klient prevzema odgovornost tudi zunaj terapevtskega procesa in jo uporablja v vsakdanjem življenju. Domača naloga nudi klientu možnost, da uporablja kognitivne principe med seansami.

Kognitivni behavioristi (C. Crysler) vidijo pomen domače naloge v ponavljanju, s čimer se utrdi določena spretnost. Navori posameznika, da napravi domačo nalogo ga notranje motivirajo in silijo k spremembi. Cilj je, da posameznik sam spremeni svoje življenje.

Judith Beck je v svoji knjigi Cognitive Therapy: Basics and Beyond (1995) zapisala: »Domača naloga je integralni del kognitivne terapije. Nudi možnost za kognitivne in vedenjske spremembe tudi v času med dvema seansama. Dopolnjuje in poudarja tisto, kar je bilo naučeno v terapevtski seansi in vodi k pacientovemu povečanemu občutku samoučinkovitosti.«

V opisih mehanizmov sprememb v kognitivni terapiji, pa De Rubens in Beck (1988) navajata: »Ker je kognitivna terapija v veliki meri terapija, ki temelji na spretnostih, lahko pričakujemo, da se bo pacient slej ko prej sam spoprijel z vedno več problemi, ki ga pestijo. V uspešnih primerih domnevamo, da klient nadalje uporablja kognitivni model in dodatne metode še dolgo potem, ko je formalna terapija že zaključena.«

Ob pregledu literature o pomembnosti domačih nalog v vedenjsko- kognitivni terapiji (VKT), lahko povsod zasledimo odgovore in argumente, da so domače naloge zelo pomembne.

Tudi empirične raziskave so, na primer, pri depresivnih motnjah (Burns in Spangler, 2000) in fobijah (Schmidt in Woolaway- Bickel, 2000) pokazale, da klienti znajo bolje uporabljati terapijo, če pogosteje poskušajo njene spretnosti. Izvajanje nalog je pomembno povezano z izidom terapije, povečuje uspešnost terapije oz. klientov napredek. Pri tem je pomembna tudi kvaliteta klientovih naporov pri domačih nalogah, ki je boljši napovedovale uspeha terapije kot njihova kvantiteta.

ALI MORA BITI NALOGA NAPISANA?

* Jožica Grubelnik, univ. dipl. psih. (Zavod za usposabljanje in varstvo Dobrna, Lokovina 10, Dobrna 3204 psihologinja-zuvd@siol.net)

V terapiji lahko uporabimo različne vprašalnike in obrazce, ki zahtevajo od klienta pisanje. Pisne oblike imajo določene prednosti: pomagajo klientu, da si lažje zapomni nalogo, da si strukturira nalogo, terapevt pa dobi podrobnejše in bolj kakovostne informacije o dogajanjih med seansami.

Izkušnje terapevtov (Jim Pretzer: Behavior On Line, 1998) kažejo, da je večina terapij lahko učinkovitih, tudi če klient ne napiše naloge. Tudi ni nujno, da mora biti napisano, da se lahko pojmuje kot domača naloga.

Če klient naspotuje pisanju nalog, vendar je pripravljen izvajati vaje, behavioralne eksperimente, je smiselno zmanjšati uporabo pisnih nalog in se bolj posvetiti drugim intervencijam. To je zlasti pomembno pri klientih, ki so nasploh manj naklonjeni pisanju (kot so adolescenti, osebe z nižjo izobrazbo,...)

Ob poudarjanju pomembnosti domače naloge (bodisi v pisni ali nepisni obliki) pa se pojavlja vprašanje:

KAKO DOSEČI, DA BO KLIENT DELAL DOMAČE NALOGE?

Odgovorov na to vprašanje je veliko. Med najpomembnejše sodi seznanitev klienta (na njemu razumljiv način), da je domača naloga sestavni del terapije, zakaj je potrebna in kaj vključuje.

Enostaven primer razlage klientu o domači nalogi lahko vključuje naslednje:

»Če bi želeli osvojiti neko športno veščino, bi odšli v klub k trenerju, ki bi vam pokazal potrebne vaje za osvojitve veščine. Da bi veščino prej osvojili, bi izvajali vaje (trenirali) tudi, ko trener ni prisoten.

Podobno je tudi v terapiji. Kar se naučite v seansi, to je potrebno vaditi tudi zunaj nje, da bi hitreje dosegli učinke. Na seansi se dogovoriva za koristne domače naloge (ali vaje samopomoči), ki jih nato sami aktivno izvajate in vadite. Te vaje povečujejo učinke dela med seanso in krepijo naučeno. Izkušnje z drugimi kažejo, da tisti, ki opravljajo dogovorjene naloge, bolj napredujejo v terapiji, stanje se jim hitreje izboljšuje, doseženo stanje pa traja tudi dalj časa.

Vaše naloge bodo različne. O vsaki nalogi se bova pogovorila skupaj na seansi, jo tudi poskusila izvesti skupaj, nato pa jo boste nadaljevali doma. Taka naloga bo lahko spremljanje vaših razpoloženj, misli in vedenj, oblikovanje ciljev, odkrivanje misli, ki vas obremenjujejo, izvajanje vaj za sproščanje in druge. Lahko si vzamete tudi domače branje, knjigo ali brošuro in druge materiale, ki bi vam lahko pomagali premagovati težave do najinega naslednjega srečanja.«

Klient mora biti tudi seznanjen, da terapevt pregleduje nalogo. Pregled prejšnjih nalog izboljšuje pripravljenost za naslednjo domačo nalogo. Bryant, M.J., Simons, A.D. in Thase, M.E. (1999) ugotavljajo, da je najmočnejši napovedovalec pripravljenosti za izvedbo domače naloge redna terapevtova praksa pregledovanja naloge. Poleg tega je pomembno tudi sodelovanje terapevta pri določanju domače naloge in posluževanje pozitivnih spodbud v obliki opogumljanja in pohvale za napore.

KAJ LAHKO NAREDI KLIENT, DA BI IMEL KAR NAJVEČ OD TERAPIJE?

Beck Institute for Cognitive Therapy and Research (2000) navaja tri ključne poti za izboljšanje terapije s strani klienta, ki vključuje tudi domače naloge.

Prva pot: Klient vpraša svojega terapevta, kje bi lahko dopolnil svoje znanje iz terapije, iz katerih knjig, brošur, nadalje, kako si oblikuje zapise po terapiji, itn.

Druga pot: Klient se skrbno pripravi za vsako seanso, razmišlja o tem, kaj se je naučil v prejšnji seansi in zabeleži, o čem bi se želel pogovarjati na naslednji seansi.

Tretja pot: Klient poskuša prenesti terapevtsko seanso v vsakdanje življenje. Koristno je, da si napravi zapiske na koncu seanse, ali da snema potek seanse na kaseto, ali pa si posname samo zaključke seanse. Skupaj s terapevtom predvidi dovolj časa za pogovor, kaj bi bilo zanj koristno, da dela med tednom, in katere težave lahko pričakuje pri opravljanju domačih nalog. Tako mu bo terapevt lahko pomagal preden bo zapustil seanso.

IN KAJ MORA NAREDITI TERAPEVT?

Terapevt pripravlja dnevni red za vsako seanso, priporoča domače naloge med seansami, pouči klienta kako ugotavlja in odpravlja negativne (disfunkcionalne) misli, vedenja in čustva ter mu pomaga, da se nauči reševati probleme tudi zunaj terapije.

Za večjo učinkovitost terapije mora terapevt spodbujati kliente k naslednjemu (Robert L. Leahy, American Institute for Cognitive Therapy, 1998):

1. Določiti cilje terapije. Po temeljiti začetni ocenitvi terapevt skupaj s klientom postavi cilje ali listo problemov, ki jih bosta obravnavala v terapiji.
2. Oceniti napredek v terapiji. Klient pride na terapijo, da bi zmanjšal svoje probleme in napredoval, zato je pomembno, da terapevt omogoči klientu, da oceni napredek v terapiji. Na razpolago je veliko vprašalnikov, ki jih posamezniki izpolnijo že v začetnem procesu ocenjevanja. Kasneje se uporabijo za ocene napredka, po delu na določenem problemu. V uporabi so tudi individualizirane ocene napredka, kot na primer spremljanje upada števila paničnih napadov, vodenje evidence o povečevanju števila dni brez depresivnih motenj, itn.
3. Pripraviti dnevni red za vsako seanso. Terapevt skupaj s klientom oblikuje dnevni red seanse, h kateremu ga tekom seanse stalno vrača, da bi lahko dosegla cilje seanse in napredek v terapiji.
4. Izvršiti domače naloge. Terapevt skupaj s klientom določita domačo nalogo, ki je povezana z vsebino, ciljem seanse ter končnim ciljem terapije. V začetnih seansah je pri določanju nalog večja vloga terapevta, kasneje pa prepušča iniciativo klientu.
5. Dati povratne informacije terapevtu. Terapevt navede klienta, da mu pove, kaj je narobe (kot tudi, kaj je v redu), saj so njegove zmožnosti, da pomaga klientu, v veliki meri odvisne od klientovih povratnih informacij.

ZAKAJ KLIENT NE OPRAVI DOMAČE NALOGE?

Vzroki, da klient ne napravi domače naloge so lahko praktične narave (neorganiziranost klienta, slabo pripravljena ali pretežka naloga) in psihološko pogojeni vzroki s strani pacienta ali terapevta. Neizvajanje domačih nalog se lahko pripiše določenim kognicijam in vedenjem, ki ohranjajo oziroma podpirajo probleme, ter vodijo posameznika, da poišče pomoč. Na primer, za določeno vedenjsko nalogo je klient lahko prepričan, da jo lahko odloži, dokler se ne bo počutil bolje. Pri tem pričakuje, da se bo počutil bolje, preden bo ravnal bolj ustrezno, čeprav velja obratno: boljše ravnanje vodi k boljšemu počutju.

Naslednji razlog, da klient ne napravi domače naloge, je lahko pričakovanje, da se bo potem morda počutil še slabše, ali da mu naloga ne more pomagati. Vloga terapevta je, da tako trditev (ki je lahko, ali pa ni veljavna) vzame kot dejstvo, ki inhibira klienta, da spremeni svoje vedenje in se bolje počuti. Zato je pomemben del terapije tudi evalvacija dokazov za in proti takšnim trditvam. Take vsebine so lahko odlične osrednje teme za delo v terapiji in pomagajo klientu, da bo lažje in bolj zanesljivo opravil domačo nalogo.

KAKO LAHKO TERAPEVT IZBOLJŠA PRIPRAVLJENOST KLIENTA ZA DOMAČO NALOGO?

Terapevt mora pri določanju domačih nalog upoštevati razlike med klienti, spodbujati pa jih z naslednjimi pristopi:

- Postaviti domačo nalogo vedno v sodelovanju s klientom, ne pa jo enosmerno določiti.
- Uporabiti domačo nalogo v vsaki seansi.
- Prepričati se, da je domača naloga povezana s klientovimi cilji.
- Vprašati klienta, če ima pomisleke glede domače naloge in če obsoja karkoli, kar bi jo lahko preprečilo.
- Pregledati domačo nalogo na začetku naslednje seanse in jo uporabiti v seansi.
- Prepričati se, če je klient opazil koristnost domače naloge.

Ko se pojavi problem nepripravljenosti za izvedbo domače naloge, terapevt postavi klientu naslednja koristna vprašanja:

- »Ali se spomnite kaj naj bi naredili za današnjo seanso?«
- »Če se spomnite, kakšen je smisel tega (naloge)?«
- »Pomislite na čas med tednom, ko ste razmišljali o delu na tem (nalogi) in zaključili, da (nalogo) ne napravite! Kakšnih občutkov se spomnite? Kakšne misli so se pojavljale?«
- »Ali je še vedno nekaj (cilj) k čemur težite?«
- »Ali ima to (naloga) še kakšen smisel za vas?«
- »Ali imate še kakšne pomisleke glede tega (naloge)?«
- »Ali želite ponovno poskušati ali bi raje, da skupaj oblikujete drugo opcijo (možnost)?«
- »Kaj bi lahko naredila skupaj, da bi bilo vam lažje s tem nadaljevati?«

Če postane nepripravljenost za domače naloge stalni problem, se mora terapevt prepričati, če dobro izvaja osnove terapije in si postaviti vprašanje:

- Ali delava skupaj s klientom v smeri jasnih ciljev, ki so zanj pomembni? Ali klient razume, da opravlja domače naloge med seansami zato, da doseže te cilje, in ne da bi ugodil terapevtu?
- Ali sem dobil od klienta povratne informacije na običajen način? Ali sem posebej vprašal po negativnih povratnih informacijah? Ali sem jih resno jemal?
- Ali sem skupaj s klientom predelal probleme glede pripravljenosti za izvajanje domačih nalog? Ali sva natančno predelala misli, ki vodijo v nepripravljenost? Ali sva poskusila modificirati nalogo, da bi se lažje izvedla?

KAKO TERAPEVT SPODBUJA NEPRIPRAVLJENOST ZA DOMAČE NALOGE?

Odgovore na to vprašanje je zbral Jim Pretzer v enodnevnih delavnicah (1998) in se zrcalijo v naslednjih pristopih:

- Deluje neprijazno, nedostopno.
- Daje vtis zaposlenega.
- Postavi klienta v kaotično okolje z mnogimi prekinitvami.
- Uporablja žargone in izraze, ki jih klient ne razume in ne vpraša, če razume.
- Ne upošteva klienta, ga prekinja ter ne dovoli, da pove s svojimi besedami.
- Ignorira klientova vprašanja ali pa se obnaša, kot da so vprašanja neumna.
- Ne potrudi se razumeti klientovih idej o njegovi bolezni. Ne vpraša o skrbeh in pričakovanjih.
- Ne potrudi se, da bi jasno razložil vzroke problema.
- Nejasno določi postopek terapije ali pa v preveč strokovnih izrazih. Ne razloži racionalne takega načina zdravljenja.
- Ne vpraša za povratne informacije. Ignorira vse pomisleke, ki jih izrazi klient.

- Intervju zaključi surovo in zadirčno.
- Nudi le malo podpore in spodbud.

V mnogih primerih lahko prizadevanja tudi nenamerno vodijo v smeri, ki zmanjšujejo pripravljenost klienta, da bi napravil domačo nalogo.

VIRI

1. Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford Press, NY.
2. Leahy, R. L. (1998). *How to get the most out of therapy*. Newsletter - American Institute for Cognitive Therapy.
3. Butler, A. (2000). *Research on Answers About Cognitive Therapy*. Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
4. Beck, J. S. (2000). *Questions and Answers About Cognitive Therapy*. Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
5. Winston Bush J. (2001). *Cognitive Behavior Therapy: The Basics*. New York Institute for Cognitive and Behavioral Therapies.
6. Baus A. M. (2001). *Cognitive and Behavioral Strategies Utilited in Therapy*. WKM Psychology Clinics.
7. *Behavior Cognitive Therapy On Line*. (1996-2000).
8. *Cognitive - Behavioral Therapy*. (2001). National Association of Cognitive- Behavioral Therapists.

KOGNITIVNI MODEL RAZUMEVANJA IN TRETMANA GENERALIZIRANE ANKSIOZNOSTI

NARAVA PROBLEMA IN DEFINICIJE

Generalizirana anksiozna motnja (GAM), ki ima po MKB-10 kodo F41.1, je v literaturi največkrat obravnavana skupaj s panično motnjo in socialno fobijo, saj se je kot samostojna nosološka enota pojavila šele leta 1987 (DSM-III-R). Poenostavljena definicija se glasi, da je GAM mešanica skrbi in tesnobnih simptomov, ki jih pacienti doživlja večino časa (Greenberger in Padesky, 1995). Do nedavnega so avtorji generalizirano anksioznost opisovali v zvezi z anksioznim stanjem (angl. state anxiety), zadnja leta pa jo raziskovalci raje povezujejo z anksioznostjo kot osebnostno potezo (angl. trait anxiety) oz. s konstitucionalnimi osebnostnimi dimenzijami.

Anksiozno stanje opredeljujejo kot pervazivno anksioznost, ki ni omejena na specifične zunanje situacije in ni povezana s konsistentnim in obsežnim izogibalnim vedenjem, ki je sicer karakteristično za fobije (Clark, 1989, cit. po Hawton, Salkovskis, Kirk in Clark, 1989). Včasih so ga opisovali tudi kot prosto lebdečo anksioznost ali anksioznost neznanega izvora (Lader in Marks, 1971, cit. po Clark, 1989), kar so kasnejši kognitivni teoretiki, npr. Beck (1976), ovrgli, saj so v terapevtskih intervjujih ugotovili, da pacienti zaznavajo občutno nevarnost v svojih trenutnih ali bodočih življenjskih okoliščinah in da je torej njihova tesnoba povsem razumljiv odgovor na te (zmotne) percepcije in interpretacije.

Anksioznost kot osebnostna poteza, imenovana tudi nevroticizem ali negativna afektivnost, pa spada med Pet velikih faktorjev osebnosti (angl. Big Five). Spielberger, Gorsuch in Lushene (1970, cit. po Eysenck, 1997) jo preprosto operacionalno opredelijo kot »relativno stabilne individualne diference v nagnjenosti k tesnobi«.

Clark (1989, cit. po Hawton in dr.) razlikuje 2 tipa anksioznih stanj: ponavljajoče se napade hude anksioznosti oz. panike (anksiozno stanje z napadi panike) ter nerealistično in ekscesivno tesnoba in zaskrbljenost v zvezi z različnimi življenjskimi okoliščinami, ki pa se ne nanašata na pričakovanje paničnih napadov (anksiozno stanje brez panike). Ta dva tipa anksioznih stanj v grobem odgovarjata kategorijam panične motnje in generalizirane anksiozne motnje po DSM-III-R (APA, 1987).

Beck (1985, cit. po Beck, Emery in Greenberg, 1985) loči dve vrsti GAM: akutno anksiozno stanje in kronično anksiozno motnjo.

Akutno anksiozno stanje se pojavlja v situacijah, ko je resno ogroženo posameznikovo fizično in psihološko preživetje (travmatični dogodek prestavlja resno grožnjo življenju oz. telesni integriteti ali pa pomembnim interpersonalnim odnosom). Gre za travmatske nevroze (z mučnimi, vsiljenimi oz. samodejnimi predstavami travmatičnih dogodkov), ki jih avtorji danes raje uvrščajo med akutne stresne reakcije ali pa med potravmatske stresne motnje. Sem spadajo tudi takoimenovane borbene ali vojne nevroze (Beck in dr., 1985). Edino akutne anksiozne reakcije, ki jih povzročajo travmatični psihosocialni dogodki, se večkrat »kronificirajo« in dobijo vse značilnosti GAM, čeprav jih sicer raje uvrščamo med prilagoditvene motnje. Po stresnem dogodku začne osebo skrbeti, kako se bo odrezala v bodoče, zraven pa se pojavijo še telesni simptomi, ki sprožijo strahove o resni telesni bolezni, s čimer se sklene začarani krog anksioznih ruminacij.

* Milan Pustinek, spec. klin. psih. (Zasebna klinično psihološka ambulanta Milan Pustinek, Gregorčičeva 5, CELJE 3000)

Pri kronični anksiozni motnji, ki jo lahko enačimo z GAM, je najbolj pomembna pričakovalna tesnoba ali anticipatorna bojazen. Razvije se iz razvojnih strahov, ki se nanašajo na odnose z drugimi in na probleme identitete, avtonomije in zdravja. Oseba je ranljiva zaradi dejanske nekompetentnosti, ki jo je izkusila v otroštvu iz objektivnih in/ali subjektivnih razlogov. Zaradi uspehov v kasnejših obdobjih, ko oseba razvije repertoar spretnosti in veščin za spoprijemanje z »nevarnimi« situacijami, so njeni dvomi vase začasno v mirovanju. Ob prelomnih dogodkih pa se aktivira prvotna ranljivost in občutljivost za prepoznavanje nevarnih situacij, kar oškoduje njeno funkcioniranje zaradi pojava tesnobe, vedenjskih inhibicij in splošnih vzorcev izogibanja. Posledično se stopnjuje strah pred nekompetentnim ravnanjem, neuspehom in osramotitvijo (Beck in dr., 1985).

Wells (1997) meni, da je bistvena značilnost GAM skrb, zaskrbljenost oz. skrbljivost, tako da lahko GAM pojmuje kot esencialno motnjo skrbljivosti (angl. disorder of worrying), sicer pa navaja definicijo po DSM-IV (APA, 1994), ki jo tukaj deloma povzemam:

GAM definiramo kot ekscesivno anksioznost in zaskrbljenost, ki se pojavlja v več kot polovici dni v obdobju najmanj 6 mesecev, v zvezi s številnimi dogodki. Osebi se zdi zaskrbljenost težko obvladljiva. Spremljajo jo najmanj trije od sledečih simptomov:

(1) nemirnost, živčnost, nesproščenost, velika čustvena napetost, (2) hitra utrudljivost, (3) težave s koncentracijo ali občutek prazne glave, (4) iritabilnost (razdražljivost), (5) mišična tenzija in (6) motnje spanja (oseba težko zaspi, preveč spi ali pa ima nemiren, nezadovoljujoč spanec). Fokus anksioznosti in skrbi ne sme biti omejen na neko težavo, ki je sicer zajeta pri neki drugi motnji iz I. osi klasifikacije. Anksioznost in zaskrbljenost morata povzročiti veliko stisko ali oškodovanje bolnikovega funkcioniranja... (cit. po Wells, 1997).

Podobno, a še bolj precizirano definicijo kot Wells podaja Akiskal (1998), ki GAM povezuje s konstitucionalno anksioznostjo oz. z anksioznostjo kot osebnostno potezo.

Po Akiskalu definiramo GAM kot neobvladljivo nagnjenje k zaskrbljenosti v zvezi z lastnim blagostanjem in blagostanjem bližnjega sorodstva. Spremljajoče manifestacije so vzburjenje, čuječnost, tenzija, iritabilnost, nemiren spanec in gastrointestinalne težave. Akiskal meni, da je GAM najbolje pojmovati kot pretiran izraz normalne osebnostne dispozicije, ki jo imenuje generalizirani anksiozni temperament (GAT). GAT ima tudi altruistično konotacijo, ker je zaskrbljenost z vidika etološke perspektive v funkciji preživetja družine. Zato ni čudno, da se zaskrbljenost z uporabo relaksacije večkrat celo poveča, na kar opozarja že Beck, ko ugotavlja, da simptomi tesnobe motnje odražajo prekomerno aktivnost kognitivnega, afektivnega in biheviornega sistema. Simptomi, kot so nesproščenost, napetost, prestrašenost in nervoznost, so po pogostosti na prvem mestu skupaj s tesnobnimi občutki in miselno zbeganostjo oz. »divjanjem uma« (Beck in dr., 1985).

Poleg zaskrbljenosti, nesproščenosti in »živčnosti« navajajo avtorji še paleto različnih telesnih, emocionalnih, kognitivnih in vedenjskih simptomov, ki so bolj ali manj značilni za vse vrste tesnobnih stanj in tesnobnih nevroz: mišična hipertoničnost, tresenje, drhtenje in trzanje, mišične bolečine in mišični krči, stiskanje v prsih, telesna nestabilnost, splošna nemirnost, hitra utrudljivost, splošna oslabelelost, zasoplost (»kratka sapa«), razbijanje srca (palpitacije), oblivanje mraza ali vročine, potenje dlani, splošno potenje, suha usta, omotičnost in vrtoglavice, nauzea, diareja, pogosta uriniranja, težave s požiranjem (»cmok v grlu«), težave s koncentracijo, spominske motnje, strah pred izgubo samokontrole in prisebnosti, strah pred zavrnitvijo, konfuznost, skaljenost misli, derealizacijska občutja, zatikanje pri govoru, govorni bloki, jecljanje, večja strašljivost, strah, da bo umrl(-a), strah, da bo napaden(-a) itn. Vsa simptomatika pravzaprav odraža vodilno anksiozno misel ali zaskrbljenost osebe, da se bo zgodilo nekaj hudega, strašnega, katastrofalnega.

Narava skrbi

Skrbi so popolnoma normalen pojav, saj jih večina ljudi doživlja tedensko, če že ne dnevno. Skrbi so prav tako sestavni del številnih emocionalnih motenj. Metaforično bi jih lahko primerjali z vsiljivim, nepovabljenim gostom, ki se naseli v naše stanovanje in ga sploh ne misli zapustiti. Kljub temu pa se skrbi razlikujejo od negativnih avtomatskih misli in od obsesij (Wells, 1994; Wells in Morrison, 1994; cit. po Wells, 1997). Bolniki z GAM pa ocenjujejo svoje skrbi kot manj obvladljive in teže odpravljive.

Skrbi so veriga misli in predstav, ki so negativno afektivno nabite in relativno neobvladljive oz. nenadzorljive (Borkovec, Robinson, Pruzinski in De Pree, 1983, cit. po Wells, 1997). Zaskrbljenost lahko obravnavamo tudi kot duševno aktivnost reševanja problemov (angl. problem-solving activity), ki se odvija predvsem na verbalno-pojmovnem in ne toliko na predstavnem nivoju.

Kdaj je neka zaskrbljenost še običajna oz. normalna in kdaj je že patološka oz. problematična? Wells (1997) meni, da odgovor na to vprašanje zavisi od pacientove presoje lastnih skrbi. Pacienti z GAM namreč vzdržujejo rigidna pozitivna prepričanja o koristnosti skrbljivosti kot sredstva za spoprijemanje s težavami (angl. coping strategy), istočasno pa gojijo tudi negativna prepričanja in presojajo skrbi kot neobvladljive in nevarne. Ta kombinacija kognicij in z njimi povezanih reakcij vodi v vse pogostejšo in posplošeno zaskrbljenost in tako privede do patološke dimenzije GAM.

Razširjenost in prezentacija motnje

Podatki o razširjenosti (incidenci in prevalenci) tesnobnih, depresivnih in drugih duševnih motenj niso povsem enotni. Za GAM je mogoče trditi, da se v celotni populaciji pojavlja v približno 5 odstotkih.

V presečni epidemiološki raziskavi so v začetku 90-tih let v ZDA ugotovili, da 48 % ljudi vsaj enkrat v življenju izkusi kako duševno motnjo. Med njimi so različne oblike anksioznosti s 25 % na prvem mestu (cit. po Kersnik, 1999).

Kersnik je z uporabo Duke AD vprašalnika (presejalna ocenjevalna lestvica za odkrivanje anksiozno-depresivnih stanj) v Sloveniji leta 1997 ugotovil, da 51 % obiskovalcev splošnega oz. družinskega zdravnika kaže znake duševnih motenj. Anksioznost in panične motnje so se po pogostosti uvrstile na tretje mesto.

Kersnik opozarja, da ostane pri splošnem zdravniku veliko bolnikov neprepoznanih. Tudi Clark (1989) ugotavlja, da pacienti z anksioznimi motnjami sprva ne dojemajo svojih težav kot izraz tesnobe. Zaradi prevladujočih telesnih simptomov jih splošni zdravniki pošiljajo kardiologom, nevrologom, pulmologom etc. Ko ti pacienti končno prispejo do psihiatričnih uslug, še bolj dvomijo o psihološkem izvoru (in naravi) svojih simptomov. O močni prepričanosti bolnikov o telesnem izvoru njihovih težav govori tudi Kersnikova novejša raziskava na večjem vzorcu populacije družinskega zdravnika (Kersnik, 1999).

Lader in Marks (1971, cit. po Hawton in dr., 1989) sta našla, da 8 % vseh ambulantnih psihiatričnih pacientov trpi za anksioznimi stanji, od tega je fobij 3 %, obsesivno-kompulzivnih motenj pa 1-2 %. Ista avtorja sta leta 1973 v medkulturni študiji (ZDA, UK, Švedska) našla prevalenco anksioznih motenj 2 - 4,7 na 100 oseb. Večja je bila pri ženskah, zlasti med 16. in 40. letom. Podoben rezultat (4,3 %) so leta 1978 dobili Weisman, Myers in Harding v New Havenu (cit. po Beck in dr., 1985). Wells (1997) navaja za GAM enoletno prevalenco 3 %, za celotno življenjsko obdobje pa 5 %.

Začetek (izbruh) motnje

V nasprotju s panično motnjo, ki se praviloma pojavi nenadoma nekje med 24. in 30. letom, se GAM največkrat razvija postopoma od zgodnjih najstniških let naprej (Clark, 1989, cit. po Hawton in dr., 1989). Rapee (1991, cit. po Clark L. A., Watson in Mineka, 1994.) navaja, da se motnja najpogosteje pojavi v srednjih najstniških letih in da pri mnogih ljudeh traja celo življenje. Ugotovil je, da se 80 % pacientov sploh ne more spomniti, kdaj so se težave pravzaprav pričele. Zato je smatral, da je GAM morda sama po sebi osebnostna poteza oz. relativno čista manifestacija zvišane anksioznosti kot osebnostne poteze. Njegov pogled se v bistvu sklada z Akiskalovimi tolmačenji, ki smo jih omenili zgoraj.

Seveda srečujemo anksiozne motnje tudi v otroštvu. DSM-III loči med ločitveno tesnobo (angl. Separation Anxiety Disorder), izmikajočim vedenjem (angl. Avoidant Disorder; MKB-10: Socialna tesnoba v otroštvu) in pretirano tesnobe (angl. Overanxious Disorder). Slednja je v bistvu generalizirana anksioznost, ki vključuje strah pred vrednotenjem, pretirano vestnost in ruminiranje o preteklem ali bodočem vedenju. Študije odkrivajo, da se pri starejših otrocih (12-19) pojavlja večje število simptomov kot pri mlajših (5-11) in da se pri starejših vzporedno rada pojavlja velika depresija in enostavna fobija, pri mlajših pa ločitvena tesnoba in motnja pozornosti (angl. Attention Deficit Disorder). Anksioznost se pri otrocih lahko javlja tudi v obliki nočnih mor, močenja postelje, cepetavice, socialne umaknenosti ali agresivnega vedenja med vrstniki. Pri tem je potrebno upoštevati tudi spolne, razvojne, socio-kulturne, edukacijske in druge dejavnike (Kendall, 1991).

V obdobju, ko se motnja pojavi oz. izbruhne, najdemo različne stresne dogodke, ki prinašajo grožnjo bodočih težav (razvojne krize, »nevarni dogodki«), pri mešanih anksiozno-depresivnih stanjih pa dogodki vključujejo tudi element izgube (Clark, 1989, cit. Hawton in dr., 1989). Motnja se pojavi takrat, ko se v posameznikovem življenju nekaj premakne v smeri povečanja zahtev in pričakovanj, ko pride do upada podpore s strani significantnih drugih ali ko oseba doživi nekaj, kar radikalno spodkoplje njeno samozaupanje in občutek sprejemljivosti za druge. V strahu pred nekompetentnim ravnanjem v novih okoliščinah in posledičnim neuspehom in ponižanjem pride tudi do inhibicije že osvojenih spretnosti, zaradi česar postane oseba še bolj občutljiva za kritiko okolja (Beck in dr., 1985).

ETIOLOGIJA

Za razumevanje anksioznih motenj moramo upoštevati raznolike biološke, vedenjske, razvojne, okoljske, emocionalne, mentalne, interpersonalne in duhovne dejavnike, kar je odločilno tudi pri zdravljenju, ki je lahko uspešno le z multidimenzionalnim pristopom. Razmerje naštetih dejavnikov je seveda od primera do primera drugačno. Klasifikacije »vzročnih« dejavnikov so različne. Najprikladnejša se zdi delitev na dovzetnostne - predispozicijske (angl. predisposing), pospeševalne - precipitativne (angl. precipitating), sprožilne (angl. triggering) in vzdrževalne (angl. maintaining) dejavnike.

Dovzetnostni dejavniki

1. Dednost

Glede hereditarnih dejavnikov so podatki v literaturi zelo nekonsistentni. Torgersen (1983, cit. po Beck in dr., 1985.) je proučeval eno- in dvojajčne dvojčke z anksioznimi motnjami. Zaključil je, da genetski faktorji pri GAM niso prisotni, bolj pa so prisotni pri panični motnji in pri agorafobiji s paničnimi atakami. Torgersen (1990, cit. po Eysenck, 1997) je kasneje napravil pregled relevantne literature in zaključil, da študije nakazujejo možen genetski vpliv na razvoj vseh tesnobnih nevroz.

V študiji, ki so jo opravili Skre, Onstad, Torgeresen, Lygren in Kringlen (1993, cit. po Eysenck, 1997) na eno- in dvojajčnih dvojčkih, je bila potrjena hipoteza o genetskem etiološkem vplivu na GAM, panično motnjo in na PTSM in o pretežno miljejskem vplivu na enostavno in socialno fobijo. Dednostno prenosljiva seveda ni motnja kot taka, temveč zgolj splošni osebnostni tip v smislu nestanovitne, ekscitabilne, reaktivne osebnosti, ki se hitreje odziva na ogrožajoče dražljaje kot druge osebe (Bourne, 1995).

V tej zvezi je zanimiva Eysenckova teorija hipervigilnosti (Eysenck, 1992, cit. po Eysenck, 1997). Za osebe z zvišano anksioznostjo (kot osebnostno potezo) naj bi bila značilna splošna hipervigilnost ali distraktibilnost, ki se kaže v dovzetnosti za zaznavanje kateregakoli - za opravljanje neke naloge irelevantnega - dražljaja. Poleg tega pa naj bi bila zanje značilna tudi specifična hipervigilnost, ki se kaže v selektivni pozornosti na fizično in socialno ogrožajoče dražljaje (selektivna pozornostna pristranost). Za hipervigilne, pretirano tesnobne posameznike naj bi bilo karakteristično tudi stalno preiskovanje okolja, razširjena pozornost pred detekcijo ogrožajočega ali za nalogo pomembnega dražljaja ter zožitev pozornosti potem, ko je takšen dražljaj že procesiran. Eysenck meni, da je ta teorija še posebej prikladna za razlago GAM. Delovanje pozornosti pri pacientih z GAM je zelo podobno funkcioniranju pozornosti pri normalnih osebah z visoko anksioznostjo.

Eysenckova teorija se sklada tudi z ugotovitvami drugih raziskovalcev (npr. Dalgleish, Rapee, Akiskal, Gray, Fowles, cit. po Clark, L. A., Watson & Mineka, 1994). Dalgleish (1994) npr. ugotavlja, da pri osebah z GAM številni dražljaji sprožajo anksioznost in to takšni, ki za večino ljudi sploh niso ogrožajoči. Gray in Fowles sta razvila nevropsihološki model anksioznosti, ki temelji na konceptu bihevioralno-inhibitornega sistema (BIS). Ta averzivni motivacijski sistem pojasnjuje človekovo vedenje v primitivnih okoliščinah: »ustavi - poglej in prisluhni«. Ta sistem povečuje nespecifično vzbujenje, usmerja pozornost na presojo ogrožajočih relevantnih dražljajev in inhibira vedenje. Fowles je BIS povezal z konceptom negativne afektivnosti ali nevroticizma (NA/N), ki predstavlja generalni faktor stiske v tako imenovanem tripartitnem modelu anksioznosti in depresije. NA/N je definirana kot stabilna, dedno prenosljiva in zelo splošna osebnostna dimenzija, ki zajema vse 4 vidike emocionalnih motenj nasploh: biologijo, emocije, kognicije in vedenje. Negativna afektivnost, ki zajema lastnosti, kot so hostilnost, iritabilnost, interpersonalno senzitivnost ipd., je poteza temperamenta, ki je v osnovi tako depresivnosti kot anksioznosti. Specifični faktor depresije je nizka pozitivna afektivnost ali nizka ekstraverzija (PA/E) oz. anhedonija, ki je prav tako temperamentna osebnostna dimenzija. Specifični faktor anksioznosti pa je zvišano fiziološko avtonomno vzbujenje (angl. arousal), ki je v različni meri povezano z različnimi tesnobnimi nevrozami. V kolikšni meri in na kakšen način sta splošni (NA/N) in specifični (avtonomno vzbujenje) faktor povezana z GAM, je malo znanega zaradi pomanjkanja prospektivnih, pa tudi retrospektivnih študij. Domnevajo, da je GAM predvsem povezana z NA/N, podobno kot velja tudi za obsesivno-kompulzivno motnjo.

2. Kognitivna vulnerabilnost

Študije ugotavljajo latentni ranljivostni faktor, ki naj bi bil odločilen za pojav GAM. Faktor kognitivne vulnerabilnosti sestavljajo že zg. omenjeni hipervigilnost in selektivna pozornostna pristranost (prva ima najpomembnejši delež v strukturi kognitivne ranljivosti) ter interpretativna in spominska pristranost, ki se pojavljajo pri normalnih anksioznih osebah in pri pacientih z GAM (Eysenck, 1997).

Kakšno biokemično dogajanje v možganih je v materialni osnovi omenjenega faktorja, še ni raziskano. Na osnovi empiričnih podatkov, da lahko benzodiazepinski trankvilizanti (npr. Valium, Librium, Xanax) zmanjšajo generalizirano anksioznost, so raziskovalci postavili GABA/benzodiazepinsko hipotezo. Ugotovili so namreč, da benzodiazepini pospešijo aktivnost gama aminobutrične kisline, ki predstavlja specifični možganski nevrottransmitter in inhibira

možgansko aktivnost, zlasti v limbičnem sistemu. Ni pa pojasnjeno, ali so motnje v benzodiazepinskem receptorskem sistemu prirojene ali so rezultat kumulativnega stresa ali pa so kombinacija obojega. Predlagane so bile še številne druge razlage anksioznih motenj, ki temeljijo na proučevanju različnih nevrottransmiterskih sistemov v možganih, vendar zaenkrat še niso prišle dlje od nepreverjenih hipotez (Bourne, 1995).

3. Somatski dejavniki

Različna patofiziološka stanja in bolezni lahko privedejo do nevrokemičnih abnormnosti, ki sprožijo simptome anksioznih motenj ali pa pacientu povzročajo stalne strahove pred grozečo katastrofo. Znan je hiperventilacijski sindrom - hitro in plitko dihanje privede do znižanja ogljikovega dioksida v krvnem obtoku, kar sproži podobne simptome kot pri paničnem napadu. Med drugimi somatskimi disfunkcijami naj omenim hipoglikemijo, hipertireoidizem, prolaps mitralne zaklopke, premenstruacijski sindrom, motnje v notranjem ušesu, reakcije na stimulanse, abstinenčni sindrom, primanjkljaj elektrolitov in vitaminov, srčne aritmije itn. (Beck in dr., 1985; Bourne, 1995).

4. Razvojno psihološki dejavniki

Izkušnje iz otroštva napravijo osebo zelo dovzetno za razvoj anksioznih motenj. Poleg večjih travmatičnih dogodkov, kot so razne bolezni, prometne nesreče in druge katastrofe, so pomembni tudi vzgojni in družinski dejavniki, med katerimi so odločilni zlasti sledeči (povzeto po Bourne, 1995):

- Pretirano zaskrbljeni in opozarjajoči starši, ki posredujejo otroku držo pretirane opreznosti in boječnosti, s čimer ustvarjajo pri otroku dojem »nevarnega in neprijaznega sveta«.
- Pretirano kritični, perfekcionistični in preveč zahtevni starši, ki dajejo otroku občutek, da ni nikoli dovolj dober in priden. Kot odrasli skušajo takšni otroci pretirano ugajati drugim ali pa internalizirajo vrednote staršev in sami postanejo izjemni perfekcionisti in preveč kritični do sebe in drugih.
- Izkušnje, ki privedejo do čustvene nezaščitenosti in odvisnosti (zanemarjanje, odklanjanje, zapuščenost zaradi ločitve ali smrti, surovo ravnanje, fizična ali spolna zloraba, alkoholizem v družini).
- Pretirano represivna in kaznovalna vzgoja, ki otroku ne dopušča nobenega svobodnega izražanja misli in čustev in povzroči potlačevanje emocionalnih impulzov in otrokovih naravnih teženj. Takšni otroci so kot odrasli pretirano plašni in negotovi (»neasertivni«); ne zmorejo izražati svojih čustev in se postaviti zase.

Pospeševalni dejavniki

Med pospeševalne dejavnike za razvoj anksioznih motenj nasploh uvrščajo avtorji vse vrste stresnih dogodkov. Najbolj patogeni so stresi, ki trajajo dlje časa, ki se kopičijo drug na drugega, ki zahtevajo povsem nove prilagoditve, ter tisti, ki zadenejo na posameznikovo šibko točko (specifično osebnostno ranljivost). Ko se pred posameznika postavijo previsoke zahteve (glede na njegove zmožnosti prilagajanja in sposobnosti spoprijemanja s problemi), postane zelo zaskrbljen, ali bo nalogam in problemom kos ali ne. Težava postane še večja, če je prepričan, da je od njegove storilnosti in uspešnosti odvisno sprejemanje okolice, kakor tudi vrednotenje samega sebe oz. njegovo samospoštovanje. Ovire so lahko takšne, da posameznika ogrozijo v doseganju njegovih dolgoročnih življenjskih ciljev in eksistencialnih bioloških in psiholoških potreb (Beck in dr., 1985).

V literaturi najdemo cele preglednice pomembnih življenjskih dogodkov, ki nosijo v sebi patogeni stresni potencial: telesne bolezni (zlasti kronične, zahrbtnje in smrtno nevarne), zastrupitve, telesne tegobe, ki so sicer benigne, a zbujaajo sum na resno bolezen, pogosta izpostavljenost fizičnim nevarnostim, kontinuirano nesprejemanje, neodobravanje, zaničevanje in poniževanje pomembnih drugih (starši, otroci, partner, predpostavljeni ipd.), služenje vojaščine, sprememba bivališča, odhod na študij v drug kraj, sprememba službe, izguba službe, premestitev na novo delovno mesto (napredovanje ali degradacija), odhod od doma, poroka, rojstvo otroka, prekinitve ljubezenskega razmerja, razveza, bolezen, defektnost ali smrt otroka...

Sprožilni dejavniki

Neposredni sprožilci tesnobnih motenj so lahko vsi stresni dogodki, ki smo jih navedli pod pospeševalnimi dejavniki. Zlasti to velja za pomembne personalne izgube in za pomembne življenjske spremembe. Sprožilci pa so lahko tudi neprijetni dogodki, ki osebo neposredno ne ogrožajo ali le v manjši meri (npr. bolezen ali smrt znanca, novice o prometnih nesrečah ipd.).

Kot sprožilci se pojavljajo tudi razne droge in poživila ali njih odtegnitev (kava, alkohol, mamila, zdravila).

Tretjo skupino sprožilcev predstavljajo različne pogojno naučene reakcije, ko se oseba slučajno znajde v situaciji, v kateri se avtomatično sprožijo refleksne bojazni, ki so asociativno povezane s situacijo.

Najpomembnejši sprožilec GAM pa so negativne presoje situacij, to so pomisli, asociacije, predstave in spominski priklici, ki so na neki način povezani z nevarnostjo in se nanašajo na prihodnost. Za nastanek anksioznih motenj sta pomembni zlasti usmeritev pozornosti na nevarnost in katastrofiziranje, kar pomeni osredotočenje na najslabše možne izide nekega dogajanja in precenjevanje verjetnosti, da bo do tega res prišlo (Eysenck, 1997). Kognitivni faktorji in emocije so v interaktivnem odnosu, ki še ni zadovoljivo pojasnjen.

Vzdrževalni dejavniki

Vzdrževalni dejavniki predstavljajo načine mišljenja, čustvovanja in ravnanja, ki ohranjajo anksioznost in njene pojavne oblike.

1. Izogibanje (angl. avoidance)

Zakovitost mentalnega funkcioniranja je, da dokler se izmikamo stvarim, ki nas ogrožajo ali se nam zdijo nevarne, ohranjamo zaskrbljenost v zvezi z njimi. Če se nevarni situaciji izognemo, sicer občutimo trenutno olajšanje, strahu, zaskrbljenosti in bojazni pred njo pa s tem ne odpravimo. Izogibanje je »zaščitni znak« anksioznosti, ki dolgoročno hrani anksioznost (Greenberger in Padesky, 1995).

Pacienti z GAM se izmikajo vrsti situacij: socialnim dogodkom (družabnim situacijam), neprijetnim novicam (poslušanje poročil na radiu ali TV), javnim prostorom (podobno kot agorafobiki), skratka situacijam, kjer bi utegnili pritegniti pozornost nase in doživeti ponižanje. Enkrat gre za izogibanje zunanjim nevarnostim, drugič pa za izogibanje nevarnostim, ki naj bi jih prinašala sama zaskrbljenost. To izogibanje naj bi bilo v funkciji preprečevanja zaskrbljenosti in vezano na tako imenovane meta-skrbi (glej Wellsov kognitivni model GAM). Za te paciente je torej značilno kognitivno izogibanje (ne misliti o stvareh, ki jih skrbijo, poskušati misliti ne nekaj drugega, zaposliti se s čim drugim, poskušati »pozitivno« misliti, ne poslušati poročil o neprijetnih dogodkih, ne biti v negotovosti ipd.).

2. Pomirjanje (iskanje tolažbe)

Iskanje zagotovil, da stvari niso tako slabe, je namenjeno prekinitvi začaranega kroga skrbljivosti ali pa preprečitvi pojava kronične zaskrbljenosti. Praviloma pa je to kontraproduktivna strategija, ker vodi do še večje negotovosti in občutka ogroženosti. Ljudje namreč največkrat dajejo nasprotujoče ali dvoumne odgovore, pogosto ni možno dovolj hitro priti do pravih informacij ipd. (Wells, 1997).

3. Tesnobni samogovor (angl. self-talk)

Notranji monolog ali pogovor s samim sabo poteka avtomatično in ga ne opazimo, če nismo nanj posebej pozorni. Vsebina anksioznih misli je usmerjena v prihodnost in napoveduje katastrofo. Stavki se začno z besedami »Kaj pa če...?«. Primeri: »Kaj pa če bom izgubila prisebnost, ko se bom peljala z avtom? Kaj pa če bom omedlela na ulici? Kaj pa če imam raka? Kaj pa če bodo ljudje mislili, da sem malo čez les? Kaj pa če bom spet padla na izpitu?« Gre torej za skrbi, ki napovedujejo vse najslabše, čeprav ni tehtnih razlogov za to, tesnoba pa močno povečajo (Bourne, 1995). Oseba je torej anksiozna oz. zaskrbljena pred vstopom v situacijo (anticipatorna ali pričakovalna tesnoba). Negativni samogovor pa se pojavi tudi po zapustitvi situacije (retrospektivna anksioznost): »Kaj si le mislijo o meni? Verjetno sem jih čisto zamoril. Gotovo so opazili mojo živčnost.« ipd. Tovrstne misli se pojavljajo zlasti v socialnih ali interpersonalnih situacijah. Posameznika skrbi vsaka interakcija, ki prinaša tveganje, da bi bil neobvladan, razvrednoten, zavrnjen ali zapuščen (socialna anksioznost). Čeprav ima anksioznost skupaj s sramom tudi pozitivno funkcijo (odvrča posameznika od resnično nevarnih situacij in prepreči zaletavost), je strah pred neuspehom, pred izgubo samokontrole in pred neizpolnitvijo pričakovanj do sebe in do drugih tisti, ki paralizira funkcioniranje posameznika v aktualnih situacijah (zadrge v gibanju, govoru, mišljenju in spominskem priklicu) ter ga odvrča od lotevanja katerekoli pomembnejše naloge (Beck in dr., 1985).

4. Napačna prepričanja

Negativni samogovor ali negativne avtomatske misli koreninijo v zmotnih in disfunkcionalnih prepričanjih o sebi, drugih in svetu okrog nas. Beckova (Beck, J. S., 1995) jih deli na tako imenovana vmesna prepričanja (pravila, stališča in predpostavke) in na jedrna prepričanja (absolutne, rigidne in globalne ideje o sebi in/ali drugih). Za tesnobne motnje so pomembna zlasti tista, ki se nanašajo na področje varnosti in sprejetosti. Če je oseba prepričana, da ni varno biti sam, potem bo nenehno dopovedovala sebi in drugim, da mora biti vedno nekdo ob njej. Če trdno verjame, da je življenje »križ« (trpljenje, »solzna dolina«), potem bo mislila, da je nekaj narobe, če se bo začela počutiti bolje. Če je njeno izhodišče verovanje, da je svet nevaren, neprijazen in sovražen, potem ne bo nikomur zaupala in ničesar tvegala. Iz takšnih prepričanj se napajata precenjevanje nevarnosti in podcenjevanje sposobnosti za spoprijemanje s težavami, ki sta poglavitna vzdrževalna dejavnika GAM (Padesky in Greenberger, 1995).

5. Zadržana čustva

Izrinjena ali zanikana čustva jeze, frustriranosti, žalosti ali vzburjenja lahko privedejo do stanja nejasne tesnobe, kateri ni videti vzroka ali razloga (prosto lebdeča anksioznost). Ljudje, ki so bili vzgojeni tako, da ne smejo pokazati svojih globljih čustev, se znajdejo v stanju kronične tenzije in tesnobe. Strah pred zunanjimi nevarnostmi je lahko nadomestilo za strah pred notranjo nevarnostjo, da bi namreč potlačena čustva prišla na dan. Nekatero fobije in panične motnje lahko zadovoljivo pojasnimo s to zamenjavo objekta nevarnosti. Nekaj podobnega pa se dogaja tudi pri GAM. Reprimirana čustva so povezana s »prepovedanimi« mislimi (in težnjami) in posledično

sprožajo nevzdržno mero zaskrbljenosti in tesnobe. Zato lahko skrb v zvezi z drugimi stvarmi (bolj nevtralnimi) predstavlja obliko kognitivno-emocionalnega izogibanja oz. distrakcije, ki pa seveda ni učinkovita, saj se prepovedane misli vedno znova vrivajo v zavest kot signal zadržanega emocionalnega procesa (Bourne, 1995; Wells, 1997).

6. Pomanjkanje samozavesti (asertivnosti)

Za uresničitev naših esencialnih potreb je potreben asertivni komunikacijski stil. Asertivnost je tesno povezana za našim samospoštovanjem in občutkom lastne vrednosti. Anksiozne osebe pa se vedejo preveč submisivno, včasih pa tudi preveč agresivno (ko se jim frustracije nakopičijo). Ne znajo neposredno in odkrito zahtevati tistega, kar jim pripada, ne upajo si pokazati močnih čustev (zlasti jeze), nočejo biti vsiljive in izpasti kot neprijazne ali neljubeznive; bojijo se zameriti osebam, od katerih se čutijo odvisne in ob katerih se počutijo varne. Takšna drža pa rojeva užaljenost, tiho zamerljivost in občutek omejenosti in utesnjenosti, kar podžiga anksioznost in fobičnost.

7. Pomanjkanje samooskrbnih spretnosti in socialnih veščin

Nekatere osebe, zlasti tiste, ki so bile v otroštvu prikrajšane, zanemarjene in zapuščene, kot odrasle ne znajo ustrezno poskrbeti zase, ne cenijo se, hitro se čutijo preobremenjene, ne zmorejo prevzemati odgovornosti, skratka klonejo pod težo že običajnih življenjskih zahtev. Druge so takšne, da se ne znajdejo v družabnih situacijah, ne znajo navezovati stikov, pristopiti k osebam drugega spola, ne vedo kako se obnašati na zabavah ipd., ker preprosto niso bile deležne ustrezne kulture in socializacije. Pomanjkanje osnovnih samooskrbnih spretnosti in/ali minimalnih socialnih veščin je vir stalnega obnavljanja anksioznosti.

8. Visoko stresni življenjski stil

Sodobni človek je izpostavljen hitremu življenjskemu tempu, prekomernim obremenitvam, tveganju, poplavi informacij, tekmovalnosti ter razpetosti med delovnimi, družinskimi in družabnimi obveznostmi. V večni tekmi s časom pozabi na počitek, sprostitvev in razvedrilo. Njegov pretirano stresni življenjski slog je močan generator in ohranjevalec zvišane anksioznosti.

9. Pomanjkanje življenjskega smisla

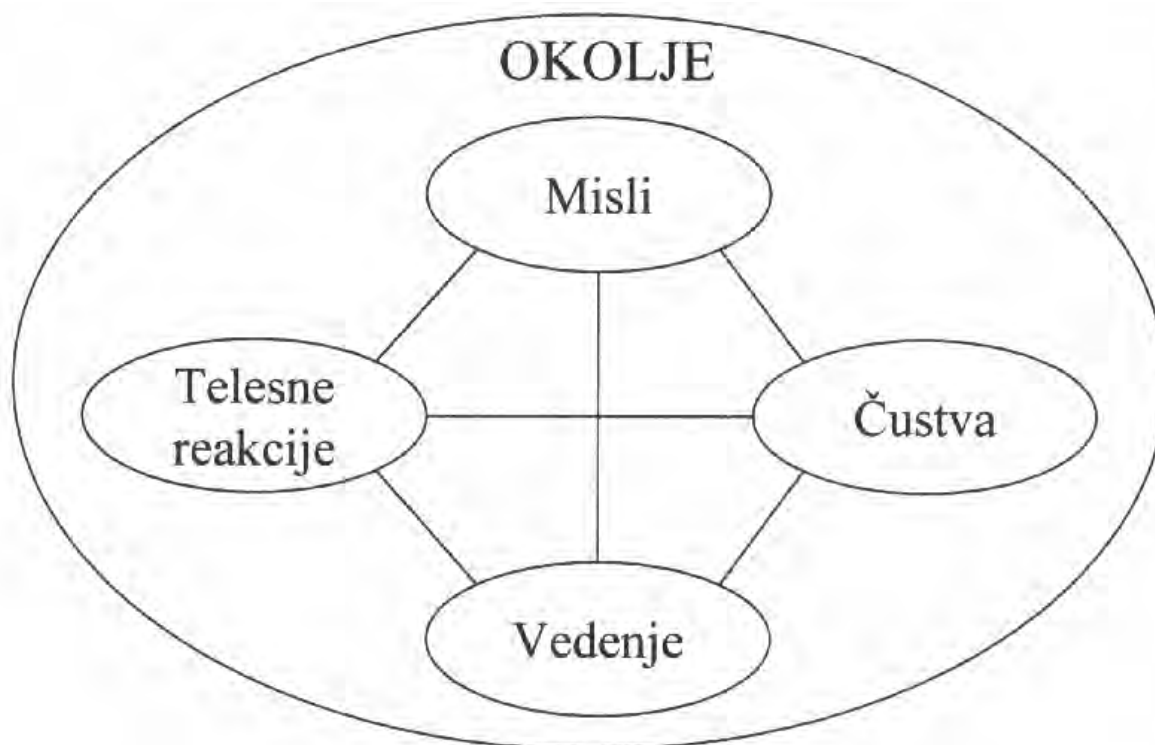
Izkušnje kažejo, da ljudje, ki vidijo smisel in smoter svojega življenja onkraj samouresničevanja in zadovoljevanja svojih potreb, ki ohranjajo temeljne človeške vrednote in se ravna po svoji vesti, živijo bolj srečno, manj stresno in manj tesnobno. Če človek ne realizira tudi svojih duhovnih oz. transcendenčnih potencialov, lahko hitro postane z dolgočasen, naveličan vsega, brezbrizen in izprazen ali pa utesnjen, omejen in tesnoben, kar je prav tako lahko plodno gojišče za razvoj generalizirane anksioznosti, fobij ali celo paničnih motenj. S temi vprašanji se podrobneje ukvarjajo eksistencialna analiza, antropohigiena in logoterapija.

KOGNITIVNI MODELI ANKSIOZNOSTI

Izraz kognitiven se nanaša na mišljenje oz. miselne procese, na znanje in percepcijo. Wells navaja, da se kognicija (slov. spoznavanje) v širšem smislu nanaša na vse vrste procesov in mehanizmov, ki podpirajo mišljenje, kakor tudi na vsebino in produkte teh procesov, torej na misli same (Wells, 1997). Kognitivni terapevti poudarjajo proučevanje misli in prepričanj, ki so povezana z našimi čustvi, vedenjem, telesnim odzivanjem in dogodki v našem življenju. Osnovna premisa kognitivne teorije (in terapije) je, da niso pomembni dogodki sami po sebi, ampak da je naša zaznava, interpretacija in doživetje oz. izkušnja nekega dogodka tista, ki odločilno vpliva na naše

emocionalne, vedenjske in fiziološke odzive, kakor tudi na naše odnose z drugimi ljudmi (Greenberger in Padesky, 1995; Clark, 1989).

Za kognitivnega terapevta je pomembnih 5 vidikov življenjskih izkušenj, ki so vsi med seboj vzajemno in interaktivno povezani. To so misli (prepričanja, predstave, spomini), čustva, vedenje, telesne reakcije in okolje (preteklo in sedanje), kar nam ponazarja spodnja shema (cit. po Greenberger in Padesky, 1995).



© 1986 Center for Cognitive Therapy, Newport Beach, CA.

Skica 1: Pet vidikov življenjskih izkušenj.

Če ta splošni kognitivni model apliciramo na razumevanje anksioznosti, potem pod okoljem razumemo dejavnike, ki smo jih obravnavali pod naslovom Etiologija. Telesne reakcije predstavljajo fiziološke simptome, ki smo jih nanizali pod naslovom Narava problema in definicije. Bistvo z anksioznostjo povezanih misli sestavljajo precenjevanje nevarnosti, podcenjevanje moči za spoprijemanje, podcenjevanje razpoložljive pomoči, poskusi kontrole mišljenja, skrbi, strahovi ter katastrofične misli in predstave. Vedenje pomeni izogibanje situacijam, zapuščanje situacij, iskanje pomiritve, perfekcionizem in kontroliranje dogodkov z namenom odvrnitve nevarnosti. Čustva pa predstavljajo tesnobo, prestrašenost, grozavost, nervoznost, iritabilnost, paničnost...

Pri anksioznosti so pomembne kognicije, ki se nanašajo na percepirano fizično, psihično ali (psih)socialno nevarnost oz. ogroženost. Tesnobne misli so usmerjene v prihodnost in največkrat napovedujejo katastrofo. Vse vrste tesnobnih misli so uglasene na skupno temo: »Nekaj strašnega se bo zgodilo!« Po navadi se prično z besedami »Kaj pa če...?« in se končajo s predvidevanjem nesreče (»Kaj pa če bom začel jecljati? Kaj pa če se mi bo zmešalo? Kaj pa če bom izgubil prisebnost in ne bom vedel kaj govorim?...«). Včasih se jim pridružijo tudi predstave grozljivih dogodkov (Greenberger in Padesky, 1995).

Anksioznostni odgovor organizma

V vsakdanjem življenju so mnoge situacije objektivno nevarne. Ponavadi ljudje ustrezno presodijo stopnjo ogroženosti. Ljudje z anksioznimi motnjami pa sistematično precenjujejo nevarnost, ki jo prinaša neka situacija. Za to naj bi bil odgovoren evolucijsko pridobljeni in vrojeni anksioznostni program, ki vključuje:

- spremembe v avtonomnem vzburjenju kot pripravo za boj, beg ali otrpnenje (angl. »fight, flight, freeze or fainting« - 3 F);
- inhibicijo začetega vedenja in
- selektivno preiskovanje okolja oz. iskanje možnih virov nevarnosti.

Tovrstno odzivanje je v funkciji zaščite posameznika v primitivnem okolju. Tudi v civiliziranem svetu je v mnogih situacijah povsem prilagojeno. Toda kadar občutek ogroženosti izhaja iz naših napačnih zaznav in/ali tolmačenj, je anksioznostni program situacijsko neustrezen. Reakcije vegetativnega živčnega sistema so v tem primeru nekoristne in celo škodljive, ker jih interpretiramo kot nadaljnje izvore ogroženosti, kar vodi po zakonitosti zmotnega kolobarja v stopnjevanje in ohranjanje anksiozne reakcije (Clark, 1989).

Pri tem so odločilnega pomena kognicije na različnih nivojih (avtomatske misli in skrbi; pravila in predpostavke; jedrna prepričanja o sebi). Npr. medicinski sestri na okulistiki so se nekega dne zatesle roke, ko je dajala kapljice v oči bolniku, ki ga je doživljala kot zelo pomembno osebo. Naslednjič je dobila hud tremor in druge fiziološke simptome tesnobe že pri »navadnem« bolniku, ker je pričakovala tresenje in se zraven bala, kaj bo rekel zdravnik, ki je stal zraven nje. Vse skupaj se je končalo tako, da si nazadnje niti v lokalu ni upala naročiti kave v strahu pred tresenjem rok. V ozadju pacientkinih avtomatskih misli (»Zopet se mi bodo roke tresle. Naredila bom napako...«) so bile njene zmotne predpostavke in pravila (»Vsako delo mora biti brezhibno opravljeno. Če se mi bo zgodila kakšna napaka, me bodo imeli za nesposobno in me odpustili...«). Poleg avtomatskih misli so jo zaposlovala še različne skrbi (»Kaj če me bodo imeli za noro? Kaj pa če je kaj narobe z mano? Imeli me bodo za pijanko in nesposobnico. Okrog bodo govorili o meni in me sramotili...« itn.). V jedru svoje osebnosti je pacientka gojila negativna bazična prepričanja o sebi (»Jaz sem nesposobna. Jaz sem grda. Jaz sem pokvarjenka.«).

Beckova teorija disfunkcionalnih shem

Beckova kognitivna teorija emocionalnih motenj (Beck, 1967, 1976, cit. po Wells, 1997) predpostavlja, da emocionalne motnje vzdržujejo predvsem motnje mišljenja oz. distorzije v miselnih procesih. Disfunkcionalno procesiranje se na površini zavesti pojavlja v obliki toka negativnih avtomatskih misli. Te so odraz prepričanj in predpostavk, ki so shranjene v spominskih strukturah. To so relativno stabilne reprezentacije znanja, ki jih kognitivni psihologi imenujejo sheme.

Bistvo motnje pri anksioznih stanjih ni v afektivnem sistemu, temveč v hipervalentnih kognitivnih shemah, katerih vsebina se nanaša na nevarnost, ki neprestano prezentira realiteto kot nevarno in self kot ranljiv (Beck in dr., 1985). Prepričanja so jedrni konstrukti, ki predstavljajo brezpogojne »resnice« o sebi in svetu (»Jaz sem ranljiv. Jaz sem manj vreden«). Predpostavke pa so pogojne in instrumentalne, v kolikor predstavljajo zvezo med dogodki in samopresojami (»Če imam pregrešne misli, potem sem grešnik«). Vsebina shem je specifična glede na motnjo. Anksioznostne sheme vsebujejo predpostavke in prepričanja, ki se nanašajo na nevarnost za posameznikovo personalno domeno in na zmanjšano sposobnost spoprijemanja. Za GAM so značilne kronična zaskrbljenost, prepričanja o splošni nesposobnosti za spoprijemanje ter pozitivna in negativna prepričanja o skrbeh samih kot takih. Pozitivna prepričanja so včasih posledica zgodnjih izkušenj, negativna pa se razvijejo šele kasneje, ko propadejo poskusi obvladovanja skrbi (Wells, 1997).

Clark (1989) navaja, da se prepričanja, disfunkcionalne predpostavke, stališča in pravila pri generalizirani anksioznosti nanašajo na teme sprejetosti, sposobnosti (kompetentnosti), odgovornosti, kontrole (obvladovanja), kakor tudi na same simptome anksioznosti. Nekaj primerov disfunkcionalnih prepričanj:

Sprejetost: »Če nisem ljubljen, ne pomenim nič« (predpostavka). »Kritika pomeni, da me ne marajo« (stališče). »Vedno moram ugajati drugim« (pravilo).

Kompetentnost: »Vse moram napraviti brezhibno. Nič si ne morem pomagati«.

Odgovornost: »Odgovoren sem za dobro počutje ljudi, ki so z mano. Odgovoren sem za ravnanje svojih otrok«.

Kontrola: »Edino sam lahko rešim svoje probleme. V vsakem trenutku se moram obvladati«.

Simptomi: »Vedno moram biti umirjen. Nevarno je pokazati znake strahu«.

Clarkove ugotovitve potrjujejo tudi najnovejše študije. Breitholtz in sodelavci so opravili primerjalno študijo med GAM in panično motnjo. Rezultati so pokazali, da imajo pacienti z GAM pomembno več kognicij iz sledečih kategorij: interpersonalna konfrontacija, kompetentnost, sprejetost, skrb za druge in zaskrbljenost za malenkosti. Panični pacienti imajo več kognicij predvsem iz kategorije telesna katastrofa. Pacienti z GAM s komorbidnostjo socialne fobije pa imajo več kognicij s področja socialne osramotitve kot drugi pacienti z GAM. Študija potrjuje tezo o kognitivni specifičnosti anksioznih motenj (Breitholtz, Johansson in Ost, 1999).

Ko se enkrat razvije generalizirna anksioznost, so pozornostne in vedenjske spremembe tiste, ki sprožajo novo anksioznost po principu pozitivne povratne zanke. Osebe so selektivno pozorne na tiste vidike situacij, ki pomenijo nevarnost oz. na katere so občutljive. Poskusi izrinjanja nezaželenih misli in drugi varnostni manevri (angl. safety behaviours) prav tako ohranjajo in celo stopnjujejo anksioznost.

Nevarnostne sheme vplivajo tudi na pristranosti v procesiranju informacij, ki so jih Beck in sodelavci (cit. po Wells, 1997) poimenovali logične zmote ali kognitivne distorzije (npr. arbitrarno sklepanje, selektivno abstrahiranje, prekomerno generaliziranje, personaliziranje, branje misli, katastrofiziranje, magnifikacija in minimalizacija, dihotomno mišljenje etc.), ki imajo pomembno vlogo pri ohranjanju zmotnih prepričanj in negativnih interpretacij dogodkov.

WELLSOV KOGNITIVNI MODEL GAM (Wells, 1997)

Dva tipa skrbi

Na podlagi dejstva, da bolniki drugače presojujejo pomen skrbi kot »normalni«, je Wells vpeljal razlikovanje med dvema tipoma skrbi: skrb tipa 1 in skrb tipa 2 ali meta-skrb. Skrb tipa 1 se nanaša na zunanje vsakodnevne dogodke in na nekognitivne notranje dogodke (npr. telesne senzacije). Skrb tipa 2 ali meta-skrb pa je usmerjena na naravo in pojavljanje samih zaskrbljujočih misli (»skrb zaradi skrbi«).

Patološke različice zaskrbljenosti pri GAM so v prvi vrsti povezane z visoko stopnjo pojavnosti meta-skrbi, ki jih pacienti negativno ocenjujejo, kar pa je po drugi strani odsev njihovih negativnih prepričanj o škodljivosti njihove zaskrbljenosti. Primeri:

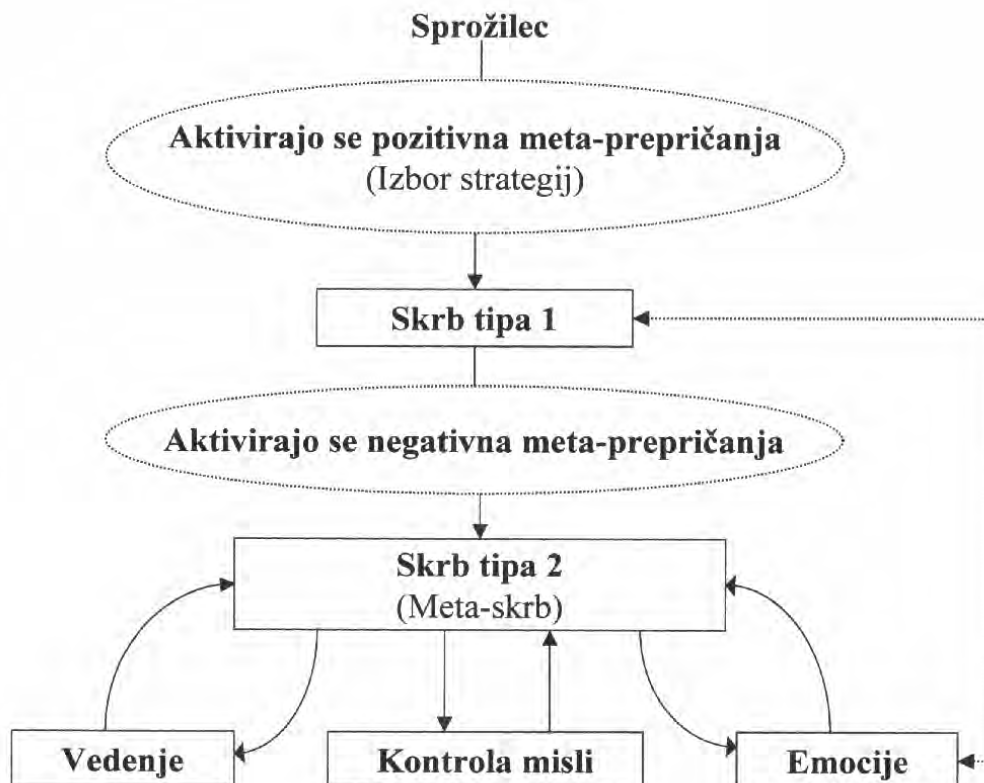
- Moje skrbi so neobvladljive (nenadzorljive).
- Skrbeti je škodljivo.
- Zaradi skrbi bom še znorel(-a).
- Zapredel se bom v stanje nenehne zaskrbljenosti in nikoli se ne bom iz tega izvlekel.
- Skrbi me bodo obsedle in me povsem obvladale.

Poleg negativnih prepričanj pa imajo pacienti z GAM tudi tiha pozitivna prepričanja o koristnosti zaskrbljujočega ruminiranja z vidika spoprijemanja s problemi. Bolniki se čutijo siljene k premlevanju vsebine njihovih skrbi, da bi tako našli rešitev in preprečili najhujše (katastrofo). V ozadju je lahko specifično prepričanje, da je potrebno biti stalno pripravljen, čeprav preokupacija s skrbmi dejansko odvrča osebo od potrebne vigilonosti za ogrožajoče stvari. Primeri pozitivnih prepričanj:

- Skrbljivost mi pomaga spoprijemati se s težavo.
- Če me skrbi, lahko preprečim, da bi se zgodile hude stvari.
- Skrbljivost mi pomaga reševati probleme.
- Če me ne bi skrbelo, potem nisem storil ničesar za rešitev problema.
- Če me skrbi, sem lahko vedno pripravljen na najhujše.

Skrbljivost poveča občutljivost za informacije, ki se nanašajo na ogroženost, in generira predelavo vrste možnih negativnih izidov in strašljivih scenarijev. Tako se intenzivnost in obseg zaskrbljenosti nenehno povečujeta. Začetno prepričanje, da je skrb namenjena izzivu, da ne bomo kos težavi, pa ostane na dolgi rok nespremenjeno, ker vedno novi negativni scenariji dokazujejo, da nadlogi ni mogoče priti do konca.

Ljudje se običajno poslužujejo skrbi kot mehanizma za spoprijemanje z realnimi ali navideznimi življenjskimi problemi. Tako so se naučili od staršev ali pa so sami dobili izkušnje (podkrepitev) o koristnosti skrbi. Na neki točki pa zaskrbljenost postane predmet negativne presoje, ko je sprožilcev zaskrbljenosti že toliko, da je to neznosno za posameznikovo življenje. Ko se enkrat pojavi skrb zaradi skrbi samih, se aktivirajo še dodatni dejavniki, ki eskalirajo in vzdržujejo problem: vedenjski odzivi, poskusi kontrole misli in emocionalni simptomi. Spodnja shema ponazarja Wellsov kognitivni model GAM (Wells, 1995):



Skica 2: Kognitivni model GAM (Wells, 1995)

Sprožilec predstavljajo negativne novice, vsiljive misli, neprijetne predstave in situacije, povezane z občutkom subjektivne ogroženosti. Izbira skrbi kot »coping« strategije izvira iz aktivacije tihih pozitivnih prepričanj o koristnosti skrbljivosti. Skrb tipa 1 predstavlja torej v bistvu predelovalno strategijo kot odgovor na sprožilec. Ko skrbi postanejo »rutinske«, se aktivirajo negativna prepričanja o uporabi skrbljivosti (neobvladljivost, škodljivost skrbi). S ponavljajoči izkušnjami se negativna prepričanja aktivirajo že ob prvih signalih zaskrbljenosti oz. že ob samem sprožilcu. Negativna presoja skrbljivosti pa spodbudi uporabo strategij za zmanjšanje ocenjene nevarnosti.

Vedenjski odzivi

1. Izogibanje

Izogibanje je dvojno: lahko je vezano na skrb tipa 1 ali na skrb tipa 2, kot sem omenil že pri opisovanju vzdrževalnih dejavnikov anksioznosti (glej str. 8). Izogibanje je torej sredstvo za preprečevanje zaskrbljenosti in z njo povezanih nevarnosti ter sredstvo za izmikanje zunanjim grožnjam. Pacienti se začno izogibati slabim novicam, televizijskim ali radijskim poročilom in vsakršni negotovosti. V terapiji je pomembno dognati, katere ključne kognicije motivirajo specifično vrsto izogibanja.

Primer: 33-letni izredno perfekcionistični trgovski potnik, ki si je vsako telesno senzacijo tolmačil kot znak smrtno nevarne bolezni oz. skorajšnjega konca, je začel opuščati tedenska rekreativna srečanja s prijatelji v strahu, da ga zaradi fizičnega napora ne bi zadela kap (izogibanje skrbem tipa 1), izogibal pa se je tudi povabilom prijateljev »na kavico ali kozarček«, da ne bi bil v skrbeh zaradi spremembe telesnega počutja po zaužitju poživila (izogibanje skrbem tipa 2). 40-letna pacientka Metka, ki se je bala, da jo bodo njene »črne misli« pripeljale v psihiatrično bolnišnico, je v službi začela opuščati klepet s sodelavkami, ki so rade pripovedovale, kdo od znancev je že vse iskal psihiatrično pomoč. Ista pacientka je natančno izprašala vse znance in prijatelje, kako študirajo njihovi otroci (izogibanje negotovosti; njena dominantna skrb je namreč bila njena hči, ki študijsko ni bila uspešna).

2. Iskanje pomiritve

GAM pacienti iščejo tolažbo pri sorodnikih in prijateljih, konzultirajo številne zdravnike in čarodeje, preizkušajo različna zdravila, preiskujejo svoje telo (ali telesa svojih bližnjih), preverjajo vsa dogajanja, ki so vezana na njihove skrbi, se skušajo umakniti v zdravilišča ipd., kar vse služi prekinitvi začaranega kroga večnih skrbi ali preprečitvi pojava kronične zaskrbljenosti. Tovrstne strategije pa običajno pripeljejo samo do povečanja obsega dražljajev, ki sprožajo skrb, in do načrtovanja novih kontraproduktivnih ukrepov (glej tudi str. 8).

Kontrola misli

Zaradi pozitivnih in negativnih prepričanj postanejo skrbi oblika kontrolirane ruminativne strategije za generiranje in preigravanje načinov spoprijemanja. Kot nasprotje temu se pojavijo tudi strategije za supresijo (izrinjanje) skrbi. Poskusi izrinjanja pa niso uspešni, saj nehotno celo povečajo pojavljanje nezaželenih misli. Skrbi imajo lahko tudi funkcijo kognitivno-emocionalnega izogibanja, to pomeni blokatorja drugih, še bolj vznemirljivih misli in impulzov. Zaradi zadržanih čustev pride do novih vsiljivih misli, kar samo ojača meta-skrbi in negativna prepričanja.

Mnogi pacienti se poslužijo distrakcije (odvrčanje pozornosti od svojih skrbi) kot sredstva za izogibanje skrbem (različne zaposlitve, obiski, hobiji, rekreativne in športne aktivnosti ipd.). Distraktivne aktivnosti tako postanejo diskriminativni dražljaj za zaskrbljenost.

Kontrolne miselne strategije so analogne pojmu varovalnega obnašanja oz. zaščitnih manevrov. Tudi sama skrb tipa 1 je oblika varovalnega vedenja, v kolikor se izkorišča za preprečevanje predvidene katastrofe ali za preigravanje strategij spoprijemanja z bodočo nevarnostjo oz. grožnjo. Supresijske strategije (poskusi obvladovanja skrbi) pa so oblika varovalnega vedenja, namenjenega odvratanju nevarnosti zaradi skrbi samih.

Emocije

Skrb tipa 1 lahko vodi k začetnemu porastu anksioznosti in tenzije ali tudi k upadu, če so cilji skrbi doseženi. Skrb tipa 2 pa anksioznost samo še stopnjuje, emocionalne simptome pa oseba interpretira kot dokaz upravičenosti meta-skrbi.

Zbeganost, dissociiranost in nesproščenost postanejo za bolnika dokaz izgubljanja kontrole nad samim seboj (prisebnosti). Ocena bližajoče se duševne katastrofe lahko privede celo do paničnega napada.

PRIDOBIVANJE PODATKOV ZA KONCEPTUALIZACIJO

Verbalne strategije za izvabljanje meta-skrbi

1. Usmerjeno izpraševanje (angl. guided questioning)

Do vsebine in bolnikove presoje meta-skrbi se dokoplujemo s serijo vprašanj, kot so:

- Kaj vas najbolj vznemirja v zvezi z vašo zaskrbljenostjo?
- Če vas skrbi tako vznemirjajo, zakaj ne nehate skrbeti?
- Bi se kaj slabega zgodilo, če bi se prepustili vašim skrbem?
- V kolikšni meri obvladujete svoje skrbi?
- Kaj bi pomenilo za vas, če ne bi mogli več brzdati svoji skrbi?
- Bi se kaj hudega zgodilo, če bi opustili skrbi?
- Se vam zdi normalno, da imate zaskrbljujoče misli?
- Kaj hudega bi se zgodilo, če ne bi več poskušali kontrolirati epizod skrbljivosti?

Primer:

P: Še vedno me boli glava in bolečine imam v hrbtu.

T: Ste delali relaksacijske vaje?

P: Saj jih delam, pa ni nič boljše. Vsako jutro vzamem Lexaurin, ker sem notranje vznemirjena.

T: Koliko so po vaši presoji vaše bolečine povezane z vašo vznemirjenostjo in skrbmi?

P: Ko sem v družbi, bolečine ni, ko pa pridem nazaj v svoj miselni vzorec, je pa vse po starem, je pa tu moja skrb... Veste, kaj sem rekla hčeri? Tako ne gre več naprej...

T: Vaše skrbi in bolečine so v zvezi z vašo hčerjo.

P: Rekla mi je, naj me ne skrbi zaradi nje. Sem ji rekla, saj sem vendar tvoja mama. Mene tako skrbi, da bom v norišnici pristala.

T: Je hči vaša prva skrb?

P: Prva skrb sem jaz sama. Kdaj bom prišla iz tega ven?

T: Kaj to pomeni?

P: Kdaj bom v redu? Čedalje bolj žalostna postajam.

T: Katere so vaše negativne misli? Kaj hudega bi se lahko zgodilo?

P: Ko gresta otroka ven, ali bosta prišla nazaj cela ali ne. Sosed nasproti nas je nor in jaz bom taka postala.

T: Imate občutek, da vas skrbi spravljajo ob duševno zdravje?

P: Ja, ko pa se tako dolgo vleče in moram tablete za živce jemati.

2. Analiza koristi in slabosti skrbljivosti

Bolnika poprosimo, da našteje (in napiše) prednosti in pomanjkljivosti zaskrbljenosti. Prednosti oz. koristi so povezane z njegovimi pozitivnimi prepričanji, pomanjkljivosti oz. škodljivosti pa z negativnimi prepričanji oz. z vsebino meta-skrbi. Terapevt naj bo pozoren predvsem na slednje, ki se nanašajo na oceno nevarnosti in neobvladljivosti skrbi.

3. Ugotavljanje vedenja povezanega s kontrolo misli

Vedenje, ki se nanaša na kontrolo misli, je znak pacientove negativne presoje posledic skrbi. S podrobno eksploracijo oz. vodenim in ciljanim izpraševanjem pacienta eruiramo njegovo ravnanje (dopovedovanje sebi, naj ne skrbi toliko, poskusi izganjanja negativnih misli, pomirjanje sebe z analizo tveganj v neki situaciji etc.). Na podoben način analiziramo tudi izogibanje in njegove cilje.

4. Eksperimentiranje

Pacienti večkrat neradi govorijo o svojih meta-skrbeh in prepričanjih v zvezi z izgubo samokontrole in strahom pred duševno boleznijo. Zato jih opogumimo na seansi, da se potopijo v tematiko svojih skrbi in nato poročajo o svojih mislih in strahovih.

KOGNITIVNA KONCEPTUALIZACIJA PRIMERA

Za konstrukcijo konceptualizacije proučimo neko pacientovo svežo epizodo problematične zaskrbljenosti in pridobimo vse druge potrebne informacije. Po potrebi lahko analiziramo tudi več takšnih epizod.

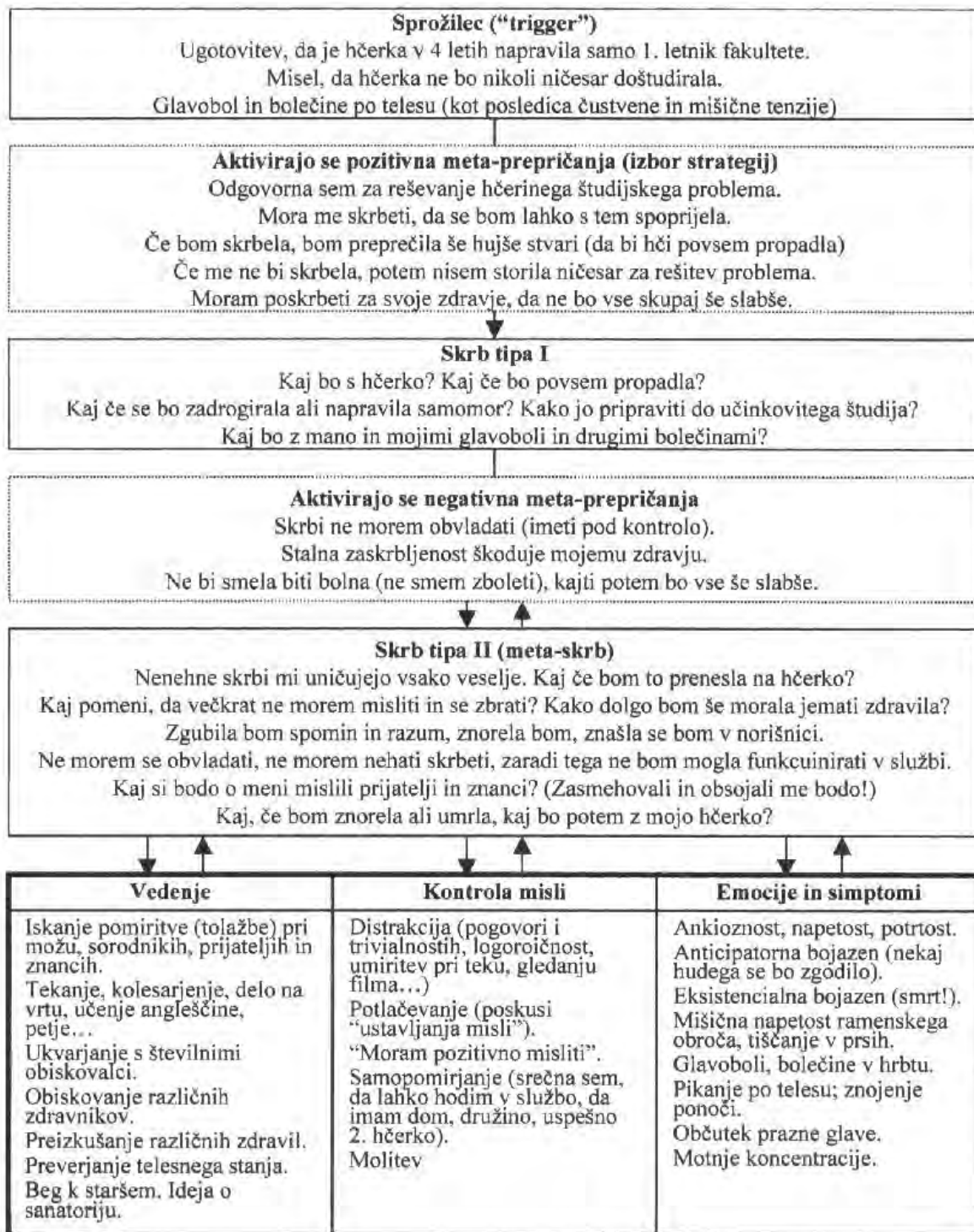
Najprej formuliramo spodnji del modela (negativne interpretacije skrbi in posledično vedenje, razmišljanje, simptome in emocije). Šele na kasnejših seansah se usmerimo na izvabljanje pozitivnih prepričanj in problemov v zvezi z uporabo skrbi kot spoprijemalne strategije.

Primer pacientke z GAM

Na naslednji strani je primer konceptualizacije 40-letne administratorke Metke, pri kateri se je generalizirana anksioznost prvič pojavila, ko je bila na zdravniških preiskavah zaradi suma na resno telesno obolenje. Ko je bil sum ovržen, so psihične težave prešle, čez dobro leto pa so se ponovno pojavile, navidez brez posebnega razloga. Pacientka se je ponovno zatekla k internistom, ki so jo kmalu poslali na pregled k psihiatrom, zaradi česar pa se je njena zaskrbljenost še stopnjevala (meta-skrbi), pojavili so se glavoboli in mišične bolečine okrog ramenskega obroča, motnje spanja, storilnostne motnje, potrtnost in drugi simptomi.

Natančna psihološka eksploracija je pokazala, da so pacientkine težave povezane z blokado njenih pričakovanj v zvezi s študijskimi uspehi hčerke, ki je po začetnem dobrem štartu na univerzi zašla v večjo in daljšo krizo (skrb tipa 1). Kmalu pa se je izkazalo, da je pacientkin centralni problem njena huda zaskrbljenost zaradi spremembe počutja in telesnih simptomov (meta-skrb!). Sprožilci in utrjevalci njenih epizod zaskrbljenosti in slabega telesnega počutja so bile vse situacije, v katerih ni bila aktivno mentalno zaposlena s čim drugim, in vse socialne situacije, v katerih so ljudje govorili o študijskih uspehih svojih otrok in se zanimali za njeno družino ali pa dajali opazke v zvezi z njenim zdravjem (npr. »Slabo zgledaš. Shujšala si. Zakaj si slabe volje?« ipd.). Pacientka je jemala različna zdravila, od trankvilizantov do atidepresivov, vendar brez zadovoljivega učinka. Ob tem je imela skrbi, da bo postala od zdravil odvisna, še bolj pa jo je vznemirjalo prepričanje, da uživanje teh zdravil pomeni, da ni normalna. Pomoč je iskala pri sorodnikih in prijateljih ter v številnih

poljudnih knjigah o »pozitivnem mišljenju«. Poskušala se je reševati s tekom in drugimi telesnimi aktivnostmi, kar ji je prinašalo samo trenutno olajšanje. Ker so tegobe trdovratno vztrajale, je postajala še bolj zaskrbljena in včasih že kar obupana. Tehniko progresivne mišične relaksacije, ki sem ji jo najprej ponudil v upanju, da bi utegnila ugodno vplivati na njeno mišično zakrčenost, je kmalu opustila.



Skica 3: Kognitivna konceptualizacija primera z GAM (pacientka Metka)

Prikaz terapevtskega pogovora s pacientko (izvleček iz 6. seanse):

P: Jaz nisem flegma, jaz se sekiram za vsako stvar v življenju, kakršnakoli je že.

T: Če se sekirate za vsako stvar, a to pomeni, da so skrbi koristna stvar za vas?

P: Ne, jaz skrbi odganjam od sebe.

T: A to pomeni, da si prizadevate ne misliti o problemih, ki vas mučijo?

P: Ja, poskušam misliti kaj drugega, a mi to še ne uspeva v celoti. Jaz sem še vedno v kotlu. Še vedno ne morem brez Lexaurina... imam pa manj temnih misli.

T: Katere pa so vaše temne misli?

P: Moje temne misli so še vedno to, da se ne bom mogla obvladati in da se bom morala iti nekam zdraviti.

T: Se bojite, da bi vas vaše skrbi pripeljale do norosti?

P: Ne več toliko kot prej, prisotno je še pa zmeraj, ni še šlo, ne gre... V službi se trudim s prijaznostjo, da ostajam takšna kot sem, potem pa pomislim, kaj pa če si ne boš mogla sama pomagati, da boš morala iti nekam, to bo ja tako grozno... Kako to, povejte mi, da moje počutje tako niha, brez razloga, ne da bi me kaj razžalostilo, razjezilo? Naenkrat postanem mokra, »švoh«, kar vročino dobim, pride iznenada in sem v kotlu.

T: Včasih je to težko izbrskati, kaj je sprožilec. Kaj se pa potem začne dogajati, ko postanete mokri in »švoh«, katere misli vam pa takrat šinejo v glavo in katere skrbi?

P: Včeraj, ko sem prišla iz službe, sem se malo na kavč ulegla, da bi se sprostila. Samo jaz se ne morem sprostiti! Jaz imam 2 očesi, videti pa je, kot da bi imela še ta tretjega. Eden mi vedno gleda, pa nimam prividov... Potem sem šla posodo pomit in kar naenkrat mi je postalo vroče, telo mi je oslabeledo, kot da sem izgubila energijo in sem se morala uleči... Razmišljala sem pozitivne stvari. Potem pa pride hčerka in reče: »Zakaj pa ležiš, kaj bi bila rada bolna...?«

T: Vaša hčerka torej domneva, da bi bili radi bolni.

P: Ona ne razume tega, da bi jaz lahko bila bolna. Če ji rečem, da me glava boli, mi reče: »Pojdi teč, še vedno premalo narediš zase...«

T: Kako pa se vi ob tem počutite, kako vi to dojamete, da bi radi bili bolni? Vas to užali?

P: Ne, ona mi hoče pomagati... Ona hoče imeti zdravo mamo. Vedno mi reče: »Nisi bolna.« To je zelo dobro...

UVAJANJE PACIENTA V KOGNITIVNI MODEL (SOCIALIZACIJA)

Terapijo pričnemo z uvajanjem pacienta v kognitivni model. Cilj teh postopkov je edukacija pacienta o pomenu zaskrbljenosti zaradi skrbi samih in o vlogi kontraproduktivnih reakcij pri vzdrževanju motnje. Pacientu moramo dopovedati, da je glavni problem skrb zaradi skrbi. Pri tem se poslužujemo tako imenovanih »socializacijskih« vprašanj v stilu:

- Če bi nehali skrbeti o zadevi, bi bil s tem rešen vaš problem?
- Ali se je bolje ukvarjati s tematiko skrbi ali z dejavniki ponavljanja zaskrbljenosti?
- Če ne bi verjeli, da so vaše skrbi neobvladljive, koliko problema bi še ostalo?
- Če ne bi verjeli, da so skrbi za vas škodljive, koliko bi vas potem še vedno vznemirjale?
- Kaj bi se zgodilo, če bi hipotetično verjeli oz. mislili: »Skrbi me to in ono, pa kaj potem«?

V ta namen lahko pacientu priporočimo vodenje dnevnika zaskrbljujočih misli - DZM (angl. The worrying thoughts record - WTR), ki predstavlja modificirano obliko znanega dnevnika disfunkcionalnih misli - DDM. Dnevnik pacienti uporabljajo tudi za beleženje reatribucij. Preglednico DZM podajam v prilogi.

Vlogo kontraproduktivnega vedenja v zvezi z zaskrbljenostjo pacientu demonstriramo z razgovori in **eksperimenti**.

1. Eksperiment z izrinjanjem (poskus supresije)

Znano je, da imajo poskusi ne misliti na neko stvar paradoksnu učinek. Bolj ko si prizadevamo pregnati neko misel iz zavesti, bolj se zatirana misel vrača. To zakonitost mentalnega funkcioniranja dobro ponazarja arabski alkimistični recept za izdelavo zlata. Zlato naj bi zvarili iz raznih nežlahtnih sestavin, vendar je pogoj, da pri tem ne mislimo na lisico. Doslej to še nobenemu ni uspelo.

Od pacienta zahtevamo, naj 3 minute ne misli na belega medveda. Ker to pacientu prav gotovo ne uspe, ga nato povprašamo: »Kaj se torej zgodi, če vi poskušate ne razmišljati o svojih skrbih ali o tem, kaj jih sproža?« Tako pacientu demonstriramo posledice »ne misliti« oz. kontrole nezaželenih misli.

2. »Kaj pa če...?« eksperiment

Kako premišljevanje o skrbih samo razširja obseg zaskrbljenosti lahko demonstriramo s »Kaj pa če...?« eksperimentom, v katerem terapevt igra vlogo pacientovega »Kaj pa če se bo zgodilo to in to?«, pacient pa poskuša odgovoriti na vsako tovrstno vprašanje. Na vsak pacientov odgovor postavi terapevt vprašanje o še hujšem scenariju. Poskus pričnemo z neko pacientovo konkretno skrbjo.

Eksperiment pokaže, kako razmišljanje v slogu »Kaj pa če...?« samo razširja in pogloblja skrbi, v resnici pa ne rešuje nobenega problema.

3. Prikaz skrbi kot motivirane strategije

Po modifikaciji negativnih prepričanj opozorimo pacienta, da uporablja skrbi kot sredstvo za reševanje problemov, ker je prepričan v koristnost tega. Ko pacient vpraša, zakaj so skrbi vedno v ospredju, začnemo pogovor o njegovih pozitivnih prepričanjih. Pri tem si lahko pomagamo tudi z vprašalniki (npr. MCQ) ali z analizo prednosti in pomanjkljivosti skrbljivosti.

MODIFICIRANJE META-SKRBI IN NEGATIVNIH PREPRIČANJ

Terapija po Wellsovem modelu poteka praviloma v sledečem zaporedju:

1. Izpodbijanje prepričanj o neobvladljivosti (nenadzorljivosti) skrbi.
2. Izpodbijanje ostalih meta-prepričanj in meta-skrbi.
3. Izpodbijanje pozitivnih prepričanj.
4. Prakticiranje alternativnih predelovalnih (procesnih) strategij.

Verbalne reatribucije

1. Spraševanje po dokazih

Začnemo s standardnim vprašanjem: Kaj vas je napeljalo na misel, da (... zaradi skrbi lahko znorite, dobite živčni zlom ipd.)? Če pacient ne daje pravih utemeljitev, nadaljujemo z eruiranjem nasprotnih dokazov. Če pa pacient vendarle našteje nekaj razlogov, ga izprašamo o njihovi teži in ga spodbudimo k iskanju alternativnih razlag za te razloge. Sledi iskanje dokazov, da so skrbi dejansko neškodljive.

2. Spraševanje po mehanizmu

Pacienta povprašamo po vzročnem mehanizmu, po katerem naj bi skrbi pripeljale do katastrofe (npr. do izgube prisebnosti). Pacientove težave pri pojasnjevanju mehanizma rahljajo njegovo negativno prepričanje. Če pa pacient le navede kakšen razlog (npr. stres), pregledamo razloge za in proti (stres je sicer lahko včasih škodljiv, večinoma pa deluje pozitivno, npr. študent na izpitu).

3. Izpodbijanje ocene o neobvladljivosti

Ker je skrbljivost kompleksna, pozornost zahtevajoča mentalna aktivnost, je načeloma nadomestljiva s konkurenčno mentalno aktivnostjo. Modulatorji skrbi so vsi tisti dogodki ali aktivnosti, ki naravno zmotijo ali ustavijo perseveracijo skrbi. Razprava o modulatorjih skrbi lahko izpodbije prepričanje, da so skrbi izven naše kontrole.

Primer:

Pacientka je na več seansah zatrjevala, da se njeno počutje spreminja brez pravega razloga. Epizod zaskrbljenosti (in bolečin) ni mogla dovolj prepričljivo povezati z zunanjimi ali notranjimi dogodki (glej predhodni ekscerpt), tudi DZM ni bila pripravljena voditi. Zato je dobila navodila za vodenje zapisnika dnevnih aktivnosti, na katerem je na procentualni lestvici 0-100 označila še zaskrbljenost (strah, tesnoba), otožnost (depresijo, obup), jezo in telesne bolečine. Tedenski pregled je pokazal, da je imela pacientka najmanj bolečin in skrbi ter bila najmanj potrta na sprehodih, ob gledanju televizije, branju knjige, pri telovadbi in na molitvenih urah, največ pa ob rutinskih, mentalno nezahtevnih opravkih ter na družabnih srečanjih. Zanimivo, da čustva jeze v 7 dneh ni zabeležila niti 1-krat! V razgovoru na seansi je uvidela, da so njene težave vendarle obvladljive ter da istočasno njena zavestna prizadevanja pregnati skrbi rojevajo ravno nasprotno učinke.

4. Edukacija (normaliziranje skrbi)

Skrb je normalen pojav. Večina ljudi ima tedensko kakšne skrbi. To so potrdile tudi raziskave. Pacienti z GAM pa so mnenja, da je biti v skrbeh nekaj nenormalnega in da jih bodo drugi ljudje negativno vrednotili, če jim bodo razkrili svojo težavo. S podatki o statistični pojavnosti skrbljivosti in o njeni neškodljivosti korigiramo pacientova zmotna prepričanja.

5. Disonančne tehnike

Veliko kognitivno disonanco dosežemo, ko se aktivirata dve inkompatibilni in kontradiktorni prepričanja ali sodbi, ki se sicer zdita enako verjetni. Disonančno stanje vzbudimo pri pacientu, ko mu izvabimo tako pozitivna kot negativna prepričanja in poudarimo, da ne morejo koeksistirati (skrb je škodljiva - skrb je koristna). Nato z usmerjenim izpraševanjem oslabimo njegova negativna prepričanja. Če gre zadeva v nasprotno smer (da oslabijo pozitivna prepričanja), ni nič narobe, saj je cilj terapije modifikacija obeh vrst prepričanj.

6. Tehnike imaginacije

Čeprav je zaskrbljenost po definiciji predvsem verbalna ruminativna aktivnost, se včasih pojavljajo tudi predstave, ki se nanašajo na časovno »zamrznjene« negativne dogodke. V tem primeru od pacienta zahtevamo, da dogodke pomakne časovno naprej in si predstavlja, kako se učinkovito spoprijema z negativnimi scenariji. Imaginacija pa ne sme postati sredstvo za zaustavljanje skrbi, dokler pacient skrbljivost še vedno ocenjuje kot nevarno oz. škodljivo.

Vedenjski eksperimenti

1. Kontrolirane periode zaskrbljenosti

Wells je modificiral metodo kontrole dražljajev, ki jo je v terapijo vpeljal Borkovec s sodelavci (1983, cit. po Wells, 1997).

Pacientu razložimo, da je skrbljivost kompleksna miselna aktivnost, ki ni neobvladljiva, kar se vidi iz slučajnih situacij, ko ga je nekaj drugega zmotilo in je nehal misliti na svoje skrbi. Nato pacientu priporočimo, da takrat, ko ga začne skrbeti, odloži skrbi, s tem, da si reče, da bo o tem razmišljal kasneje. Razmisli naj o primernem času podnevi, ko si bo za to vzel 15 minut časa. Ko bo prišel tisti čas, naj se 15 minut ukvarja s svojimi skrbmi, vendar samo, če bo takrat čutil resnično potrebo po tem. Pacient naj tudi oceni svoje prepričanje v neobvladljivost skrbi pred postopkom in po njem.

2. Poskusi z izgubo kontrole

Pacientu svetujemo, naj si kdaj vzame čas in se prav načrtno popolnoma in brezmejno potopi v svoje skrbi, tako da ga bodo skrbi v celoti prevzele in bo izgubil oblast na samim seboj. Terapevtski učinek je v tem, da pacient hitro ugotovi, da to sploh ni mogoče.

Isti postopek naj drugič izvede in situ. Ko se pojavijo skrbi, naj si zavestno prizadeva naslikati najbolj črne scenarije, naj se intenzivno ukvarja s čim bolj »norimi« mislimi in naj poskuša izgubiti svojo mentalno kontrolo.

3. Opuščanje kontrole misli

Pacientu svetujemo, naj poskuša skrbeti brez uporabe običajnih varovalnih strategij (izrinjanje, distrakcije, zavestna kontrola). Na koncu pacientu povsem prepovemo uporabo kontrolnih strategij.

4. Poizvedovanje pri drugih

Prepričanja o nenormalnosti in socialni nesprejemljivosti skrbljivosti izpodbijamo tako, da pacientom naročimo, naj povprašajo pri prijateljih in znancih, če tudi njih kaj skrbi in kako bi reagirali na koga, ki je zelo zaskrbljen.

MODIFICIRANJE POZITIVNIH PREPRIČANJ

Verbalne reatribucije

Najbolj učinkovito sredstvo za izpodbijanje pozitivnih prepričanj o skrbeh so standardne verbalne reatribucije. Pacienta povprašamo po razlogih, ki podpirajo njegova prepričanja, in po razlogih, ki jim nasprotujejo. Razloge, ki govore v prid zaskrbljenosti, reinterpreteriramo, poudarimo pa momente, ki spodbijajo smiselnost skrbi (skrbi povzročajo duševne težave; jemljejo nam dragoceni čas; motijo nam koncentracijo; ker so nestvarne, nam niso v pomoč pri reševanju življenjskih težav...). Primeri situacij, ko pacient ni bil v skrbeh, pa so se dogodki kljub vsemu srečno iztekli, so kronski dokaz, da ni potrebno skrbeti, zato da bi bili pripravljeni na učinkovito ukrepanje.

Strategije razhajanja (angl. Mismatch strategies)

Pacientu skušamo pokazati, da predstavljajo skrbi napačne reprezentacije dogajanj, ter ga spodbuditi k iskanju enako, če ne celo bolj verjetnih alternativnih scenarijev.

1. Retrospektivno razhajanje

Pacienta poprosimo, da se spomni na kako nedavno situacijo, v kateri se je pojavila pričakovana bojazen. Nato naj podrobno opiše vsebino skrbi, skupaj z vsemi mislimi in predstavami o negativnih izidih. Zatem ga pa zaprosimo, naj si priključuje v spomin dejanski potek dogodkov. Nazadnje naredi pacient primerjavo med dejanskim potekom dogodkov in svojimi predvidevanji v skrbljivem scenariju. Posledično neujemanje izrabimo kot argument zmotnosti in nekoristnosti skrbi.

2. Prospektivno razhajanje

Pacient najprej podrobno opiše vsebino skrbi v zvezi s kako skrb vzbujajočo situacijo. Kasneje pa primerja svoja tesnoba pričakovanja z dejanskim potekom dogodkov. Za domačo nalogo napravi tudi pismeno primerjavo.

Eksperimenti opuščanja in stopnjevanja zaskrbljenosti

Od pacienta zahtevamo, da za določen čas opusti skrbi v zvezi z domnevnimi groznimi dogodki. Na ta način spodbijamo prepričanja o nevarnosti presenečenja in o preventivni funkciji skrbi.

Drugič pa od pacienta zahtevamo ravno nasprotno, da se namreč daljši čas intenzivno ukvarja s svojimi skrbmi. Nato pa primerja svojo storilnost v obdobju skrbljivosti s storilnostjo v obdobju, ko ni bil zaskrbljen.

MODIFICIRANJE KOGNITIVNIH PRISTRANOSTI

Pacienti z GAM so pretirano pozorni na zunanje grožnje, ki so skladne s skrbmi tipa 1, in na notranje kognitivne informacije, ki utegnejo biti skladne z njihovimi meta-skrbmi. Pacienti se nagibajo k temu, da vztrajno iščejo informacije, ki gredo v sklad z njihovimi skrbmi, nasprotno pa zanemarjajo.

Paciente povprašamo, zakaj ne ocenijo nevarnosti in tveganosti neke situacije samo enkrat in zakaj samo enkrat ne napravijo načrta za lotevanje zadeve. Vpeljemo tudi nove strategije za iskanje informacij, ki zmanjšujejo tveganost situacij.

Paciente spodbudimo, da obdelajo tudi informacije, ki niso skladne z njihovimi skrbmi tipa 1, kar pa ne sme postati sredstvo odvratanja strašljivih dogodkov, ampak sredstvo za izpodbijanje veljavnosti skrbi. Z vedenjskimi eksperimenti spreminjamo intenziteto spremljanja ogroženosti in tako pokažemo pacientu, da spremembe v mišljenju ne povečajo verjetnosti nevarnih dogodkov.

KOREKCIJE PACIENTOVIH STRATEGIJ

Skrb kot strategija spoprijemanja s problemi predstavlja miselno premlevanje različnih slabih in najslabših možnosti in je v svojem bistvu oblika negativnega kognitivnega preigravanja (angl. negative cognitive rehearsal). Premik v tovrstni strategiji zahteva od pacienta, da prouči tudi bolj pozitivne scenarije in predvidi vsaj enako verjetnost za bolj pozitivne izide kot za katastrofalne. Cilj tega postopka je zrahljati negativne miselne sloge in pospešiti bolj fleksibilno razmišljanje v problemskih situacijah.

Nasprotje kontroliranja skrbi, hipervigilnega »monitoringa« in aktivnega preiščevanja o zaskrbljujočih stvareh je pasivno prepuščanje skrbem. Postopek je nekoliko podoben tehniki odlaganja skrbi. Pacienta opogumimo, da prizna prisotnost skrbi kot takšnih, ne da bi karkoli počenjal zvezi s tem. Pacient si lahko pomaga s samonavodili v stilu: »Spet ena skrb, kar naj bo,

saj to ni nič posebnega« ali »Skrbi me, to mi sicer nič ne pomaga, pa naj bo«. Postopek uvedemo šele v kasnejših fazah terapije, ko ni več nevarnosti, da bi se uporabil kot kontrolna strategija, ki preprečuje modifikacijo prepričanj glede meta-skrbi.

Pri načrtovanju kontra-izogibalnih strategij je potrebno natančno analizirati funkcijo izogibanja: ali je namenjena skrbem tipa 1 ali skrbem tipa 2. Poskusi izpostavljanja naj ciljajo na testiranje predvidevanj osnovanih na obeh tipih skrbi.

MEŠANE EMOCIONALNE MOTNJE (KOMORBIDNOST)

Skrbi so značilnost večine emocionalnih motenj. Socialni fobiki so v skrbeh, preden vstopijo v socialne situacije. Za svoje zdravje zaskrbljeni pacienti so v skrbeh glede pojava telesnih simptomov. Obsesivci so v skrbeh, da se ne bi zastrupili s hrano ali da bodo povzročili katastrofo, če ne bodo izvedli nekega rituala. Paciente s panično motnjo je strah, da bo naslednji panični napad poguben.

Pacienti z GAM so nasploh preokupirani in pretirano obremenjeni s skrbmi, saj je to njihov razpoznavni znak. Toda zelo pogosto imajo še druge probleme. V tem primeru je potrebno napraviti prioriteto terapevtskih pristopov oz. ciljnih tematik. Če sta v ospredju demoralizacija in depresivnost pacienta, bodo začetne terapevtske intervencije usmerjene na izboljšanje razpoloženja, na zoperstavljanje depresivni inerciji in na obnovo upanja. Če pa je GAM primarni problem, moramo najprej izpodbijati meta-skrbi in prepričanja. Ko so odpravljeni simptomi generalizirane anksioznosti, ima pacient lahko še vedno socialno-fobične ali agorafobične strahove. Te moramo posebej konceptualizirati in zdraviti (Wells, 1997).

Za vsakega pacienta je najbolje napraviti povsem individualiziran terapevtski načrt. Včasih odkrijemo, da ima pacient z multiplimi problemi (npr. GAM, socialna fobija, panični napadi) v osnovi skupno problematiko (npr. strah pred kritiko). Terapevtske intervencije moramo v tem primeru usmeriti na ta skupni imenovalc (Padesky with Greenberger, 1995).

VIRI

1. Akiskal, H. S. (1998). *Toward a Definition of Generalized Anxiety Disorder as an Anxious Temperament Type*. Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 39(3): 66-73.
2. Beck, A. T., Emery G (with Greenberg, R. L) (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
3. Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
4. Bourne, E. J. (1995). *The Anxiety & Phobia Workbook*. New York: New Harbinger Publications, Inc.
5. Breitholtz, E., Johansson, B., & Ost, L. G. (1999). *Cognition in Generalized Anxiety Disorder Patients. A prospective approach*. Behaviour Research and Therapy, 37(6): 533-44.
6. Clark, D. M. (1989). *Anxiety States: Panic and Generalized Anxiety*. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive-Behavior Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide* (str. 52-96). New York: Oxford University Press.
7. Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). *Temperament, Personality, and the Mood and Anxiety Disorders*. Journal of Abnormal Psychology, 103(1): 103-116.
8. Eysenck, M. W. (1997). *Anxiety and Cognition. A Unified Theory*. Hove (UK): Psychology Press
9. Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think*. New York: The Guildford Press.
10. Kendall, P. C. (1991). *Child & Adolescent Therapy. Cognitive-Behavioral Procedures*. New York: The Guilford Press.
11. Kersnik, J. (1999). *Osnovni epidemiološki podatki o duševnih motnjah pri obiskovalcih zdravnika družinske medicine*. Zdravstveni vestnik, 68(6): 357-60.
12. Padesky, C. A. with Greenberger, D. (1995). *Clinician's Guide to Mind over Mood*. New York: The Guilford Press.
13. Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester: John Wiley & Sons.
14. Wells, A., & Carter, K. (1999). *Preliminary Tests of a Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder*. Behaviour Resaerch and Therapy, 37(6): 585-94.

(Priloga)

DNEVNIK ZASKRBLJUJOČIH MISLI

Dan in datum	Situacija v kateri so se skrbi pojavile	Sprožilec (pomisel, predstava, novica ali dogodek)	Opis vsebine prvotne skrbi	Zaskrbljenost zaradi skrbi (»skrb o skrbi«)	Čustva (0 - 100) Telesni občutki	Racionalni odgovor na zaskrbljenost zaradi skrbi	Izid Ponovna ocena čustva

Navodila: Ko opazite, da ste zaskrbljeni ali se počutite tesnobno, zabeležite situacijo (okolščine) v kateri se je to zgodilo. Nato zapišite sprožilec (neka druga misel, predstava, novica, nek dogodek...) in na kratko opišite vsebino vaše skrbi. Poskušajte si priklicati v zavest vse negativne misli o vaših skrbeh in jih zabeležite v naslednjo kolono (»skrb o skrbi«). Nato zapišite vaše emocionalne reakcije in telesne simptome in ocenite njihovo intenzivnost na lestvici 0 - 100. Skušajte najti racionalni odgovor na vašo zaskrbljenost zaradi vaših skrbi in ga zabeležite (s terapevtom se boste o tem pogovorili na seansi). Končno ponovno ocenite vaše emocije in zapišite eventualne druge posebnosti.

PANIČNA MOTNJA

Diagnostični kriteriji za panično motnjo po DSM-IV:

A - En ali več napadov panike (obdobje intenzivnega strahu ali nelagodja), ki se je v času motnje pojavil:

nepričakovano (ni se pojavil neposredno pred situacijo ali v času izpostavljanja situaciji, ki vedno izziva anksioznost);

ni bil izzvan v situacijah, v katerih je bila oseba v središču pozornosti drugih.

B - Štirje napadi po kriteriju A v teku 4 tednov ali 1 ali več napadov, za katerimi sledi obdobje stalnega straha pred ponovnim napadom v obdobju enega meseca.

C - Najmanj 4 od naslednjih simptomov v teku vsaj enega napada:

1. občutek dušenja, zmanjkuje sape,
2. vrtoglavica, občutek nestabilnosti ali omedlevanja,
3. srčne palpitacije ali pospešeno bitje srca,
4. drhtenje,
5. znojenje,
6. dušenje,
7. mučnina, slabost v trebuhu ,
8. depersonalizacija ali derealizacija,
9. odrevenevanje (parestezije),
10. navali vročine ali hladu,
11. bolečina v prsih,
12. strah pred umiranjem,
13. strah pred izgubo kontrole, strah pred norostjo.

Opomba: Napadi, ki vključujejo štiri simptome ali več, so napadi panike. Napadi, ki vključujejo manj kot štiri simptome, so omejeni simptomi napada (glej agorafobija brez zgodovine napada panike).

D - V času vsaj nekaterih napadov so se najmanj štiri C simptomi pojavili nenadno in se ojačevali v teku prvih 10 min. od pojava prvega simptoma.

E - Ni ugotovljen organski vzrok, ki povzroča ali vzdržuje motnjo (npr. intoksikacija z amfetamini ali s kafeinom; hipertireoza).

Opomba: Prolaps mitralne zaklopke je lahko povezan s tem stanjem, vendar ne preprečuje postavljanja diagnoze napada panike.

PREVALENCA (POGOSTNOST)

Epidemiološke študije po svetu kažejo doživljenjsko (»lifetime«) pogostnost panične motnje (z agorafobijo ali brez nje) med 1,5 in 3,5%. Prevalenca je med 1 in 2%. Približno 1/3 - 1/2 ljudi s panično motnjo v splošni populaciji ima agorafobijo, precej višja stopnja agorafobije je prisotna v klinični praksi. Razmerje moški - ženske pri panični motnji z agorafobijo je 1:2. (DSM IV)

ZAČETEK, IZBRUH

Najbolj tipično med pozno adolescenco in nekako do 30. leta. Zelo redko se najde tudi v otroštvu in po 45. letu (DSM IV).

* Doris Adamčič Pavlovič, spec. klin. psih. (Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, Ljubljana 1260, doris.adamcic@psih-klinika.si)

DRUŽINSKA OBREMENJENOST

Krvni sorodniki prve stopnje pacientov s panično motnjo imajo 4 - 7 krat (15 - 17%) večjo verjetnost, da se razvije panična motnja. V klinični praksi 1/2 - 3/4 ljudi s panično motnjo nima prizadetih sorodnikov prve stopnje (iz prvega kolena). Študije dvojčkov potrjujejo genetski prispevek v razvoju panične motnje (80 - 90% pri enojajčnih dvojčkih). (DSM IV)

POTEK IN PROGNOZA

Večina raziskav sicer ugotavlja, da se panični napadi pojavijo brez predhodnih psihosocialnih provokacij. Posamezni podatki pa kažejo na večje število stresnih življenjskih dogodkov v zadnjem mesecu pred pojavom motnje.

Po enem napadu ali dveh so pacienti običajno manj zaskrbljeni, kmalu pa postanejo simptomi njihova glavna skrb. Razvije se anticipatorni strah (strah vnaprej), da se bodo napadi ponovili. Pacienti poskušajo težave prikrivati, s tem pa povzročajo pri družini in prijateljih skrbi zaradi nerazložljivih sprememb v njihovem vedenju. Napadi se pogosto pojavijo enkrat ali dvakrat tedensko, lahko pa do njih pride tudi večkrat na dan ali pa samo enkrat v letu. Možno je tudi, da ima človek dva napada ali tri, potem pa nekaj let nič ali celo nikoli več.

Z dolgoročnim sledenjem (long-term) so odkrili, da približno 50% pacientov okreva, približno 20% se ne spremeni. Depresija lahko zabriše sliko simptomov pri 70% pacientov. Čeprav ti pacienti ne tožijo za suicidalnimi idejami, je pri njih opaziti zvišano suicidalno tveganje. Odvisnost od alkohola ali drog se pojavi pri 1/5 pacientov. Lahko se razvije obsesivno kompulzivna simptomatika. Pacienti z dobrim premorbidnim funkcioniranjem in krajšim trajanjem simptomov imajo boljšo prognozo. (Kaplan in Sadock, 1991)

VZROKI

1. DOLGOROČNI (PREDISPONIRAJOČI) VZROKI:

A - Dedni faktorji

B - Okoliščine v otroštvu:

a pretirano previdni starši, ki opozarjajo, da je svet nevaren,

b pretirano kritični starši z visoko postavljenimi standardi,

c emocionalna nezanesljivost in odvisnost staršev,

d- starši, ki zavirajo samo-uveljavljanje otrok.

C - Kumulacija stresa skozi čas

Ti vzroki predstavljajo predispozicijo za razvoj anksioznih motenj. Potrebni pa so še specifični pogoji skozi krajši čas, da se razvije določena oblika - npr. ali panični napadi ali fobije.

2. BIOLOŠKI VZROKI

3. KRATKOROČNI (SPROŽILNI) VZROKI:

A - To so specifični stresorji, ki jih predhodno najdemo pri paničnih napadih:

a pomembne osebne izgube,

b velike življenjske spremembe,

c stimulantni in rekreacijske droge.

B - Pogojevanje in izvor fobij.

C - Poškodbe, specifične fobije, post-travmatska stresna motnja.

Izguba pomembne osebe (smrt, ločitev, separacija) je velikokrat sprožilec prvega paničnega napada. Prav tako lahko velike izgube, kot so izguba zaposlitve, zdravja, finančni zlom, sprožijo prvi napad.

Velik življenjski dogodek, ki zahteva več mesecev prilagoditev, tudi lahko sproži prvi napad. Taki dogodki so npr.: poroka, odhod na študij, prihod otroka, sprememba službe, odhod v vojsko, selitev, dolgoročno podaljšanje bolezni. Vsak tak velik stres lahko povzroči prvi panični napad pri osebi, ki je že bila bolj občutljiva.

Prav tako se lahko prvi panični napad sproži po zaužitju prevelike doze kave. Še bolj pogosto pride do paničnih napadov po jemanju kokaina. Kokain je tako močan stimulant, da lahko povzroči paniko tudi pri ljudeh, ki nimajo predispozicije za panično motnjo. Prav tako pogosti sprožilci so amfetamini («speed»), LSD, PCP, visoke doze marihuane... (Bourne, 1995)

KOGNITIVNI MODEL PANIKE

Ta model razlaga, da ljudje doživijo napade zato, ker so nagnjeni k katastrofičnemu interpretiranju telesnih senzacij, in to tistih, ki so vključene v normalne čustvene reakcije. Te telesne senzacije zaznavajo kot indikatorje za takojšnjo pretečo fizično ali mentalno katastrofo. Dražljaji, ki sprožijo senzacije, so lahko zunanji (npr. situacija, kjer se je prvič pojavil napad) in notranji (misli, slike, telesne senzacije). Če so ti dražljaji doživeti kot ogrožujoči, se pojavi stanje bojazni, zaskrbljenosti (anksioznosti). To stanje sproži novo vznemirjenost in krog se zaključi s paničnim napadom. Dva nadaljnja procesa pomagata vzdrževati panično motnjo:

A - Ker se posameznik boji določenih senzacij, postane hipervigilen (pretirano pozoren) na telo, stalno ga opazuje in preverja. Ta notranji fokus pozornosti povzroči, da opazijo senzacije, katerih se drugi ljudje sploh ne zavedajo. Te senzacije mu nadalje služijo kot dokaz, da resnično obstaja neka fizična ali mentalna bolezen.

B - Določene oblike izogibanja vzdržujejo pacientove negativne interpretacije. Npr. pacient, ki je okupiran z idejo, da ima bolno srce, se bo izogibal telovadbi, ker bo verjel, da mu to pomaga preprečevati srčni napad. Glede na to, da v resnici nima bolezni srca, mu bo to izogibanje preprečevalo, da bi ugotovil, da so ti simptomi neškodljivi. Prav izogibanje ojačuje njegove negativne interpretacije, saj redukcijo simptomov, ki sledi izogibanju, smatra kot dokaz, da bi doživel srčni infarkt, če bi nadaljeval z začeto aktivnostjo (Hawton et al., 1989).

OBVLADOVANJE PANIČNIH NAPADOV

Panične napade se lahko naučimo obvladovati. Čez določen čas lahko znižamo intenzivnost in frekvenco napadov, če so ljudje pripravljeni narediti nekaj sprememb v svojem življenju (Bourne, 1995):

redna vadba globoke relaksacije,
redno vzdrževanje telesne kondicije,
zmanjšanje uporabe raznih stimulantov (kofeina, sladkorja, nikotina...),
učiti se sprejemati in izražati svoja čustva, posebno jezo in žalost,
osvojiti »notranji govor« in sprejeti mirnejša in pozitivnejša stališča do življenja.

Teh pet življenjskih sprememb je pri različnih ljudeh različno pomembnih.

Panični napadi so lahko zelo zastrašujoči in neprijetni, vendar niso nevarni. Gre za povsem normalno telesno reakcijo, ki se zgodi izven konteksta. Reakcija BOJA ali BEGA je običajna fiziološka priprava telesa, ko gre za življenjsko ogroženost. Ta reakcija služi kot obramba pred življenjsko nevarnostjo. Npr. če bi se naš avto zataknil na tračnicah, vlak pa bi se približeval z veliko hitrostjo... Začutili bi val vznemirjenja (adrenalin) s spremljajočim občutkom panike in potrebo po takojšnjem begu iz situacije. Skozi telo bi šla cela vrsta vznemirjajočih reakcij: zvišan pulz, pospešeno dihanje, napetost v mišicah, zoženje arterij, zmanjšan pretok krvi v rokah nogah, potenje...

Naval adrenalina in dotok krvi v mišice zvečajo budnost in fizično moč. Energija je zbrana in usmerjena proti begu. Če bi bila ta reakcija manj intenzivna in manj hitra, mogoče ne bi zbežali pravočasno.

Pri paničnih napadih gre telo skozi natančno tako fiziološko reakcijo kot v resničnih življenjsko ogrožujočih situacijah. Vendar je za panične napade tipično ravno to, da se te fiziološke reakcije zgodijo v situacijah, ki niso življenjsko ogrožujoče.

Nihče prav točno ne ve, zakaj se panični napad zgodi brez vidnega razloga oz. izven konteksta. Nekateri ljudje verjamejo, da je vedno kakšen vzrok, stimulus za panični napad, pa čeprav ni jasno viden. Drugi verjamejo, da nenaden napad zraste iz začasnega fiziološkega neravnovesja. Znano je, da je večja verjetnost za pojav panike, če je oseba pod stresom dalj časa ali je nedavno utrpela pomembno življenjsko izgubo. Seveda le nekateri ljudje razvijejo na stres ali izgubo panične napade, medtem ko drugi razvijejo glavobole, reaktivno depresijo, čir na želodcu...

Ker posameznik ne najde očitne zunanje nevarnosti, začne nevarnost iskati v telesu. Npr. če se tako slabo počutim, je zanesljivo nekaj z menoj narobe. Ob srčnih palpitacijah pomisli : »Kap me bo!... Zadušil se bom!.. Konec me bo!...« Ob takih interpretacijah se še bolj ustraši in reakcije telesa se še ojačajo. Pomembno je, da človek ve, kaj se z njim dogaja in da te reakcije telesa niso nevarne.

Posamezniki, ki so nagnjeni k paničnim napadom, imajo kronično tendenco, da katastrofično interpretirajo neprijetne telesne senzacije. Poleg tega stalno opazujejo svoje telo, da bi takoj opazili, če bi se pojavile kakšne neprijetne senzacije. Tako lahko že na najmanjšo spremembo znotraj telesa pretirano odreagirajo.

Paniko je možno zaustavljati takrat, ko se pojavijo prvi simptomi in to na ta način, da se pozornost iz notranjega telesnega dogajanja premakne na zunanje dogajanje. Včasih preprečimo nadaljnje napade že s tem, da razložimo pacientu, da ti niso nevarni.

Koristen je tudi eksperiment s hitrim, prsnim dihanjem, ki privede do hiperventilacije, kjer so prisotni enaki simptomi kot pri napadih panike. Tako lahko vidi, da tudi sam lahko pride do teh simptomov in da jih tudi sam lahko preprečuje z mirnim dihanjem.

VZDRŽEVALNI FAKTORJI

- Izogibanje zastrašujočim situacijam bo povečalo strah.
Dokler se izogibamo tem situacijam ali skušamo ne misliti nanje, nam ne bo pomagalo, saj bo v nas vedno večji strah, da ne bomo nikoli kos tej situaciji.
- Anksiozen notranji govor
Notranji monolog, ki ves čas teče v naših mislih, je pogosto zastrašujoč (npr. »Kaj pa če ne bom zmogel? Kaj pa če bom imel spet napad?...«). Take misli lahko pogosto sprožijo panični napad. Lahko se naučimo prepoznati notranji govor, ki provocira anksioznost, ga ustavljati in nadomeščati z ustreznejšimi vsebinami.
- Napačna stališča, prepričanja
Naš negativni notranji govor izhaja iz naših globljih negativnih stališč in verovanj o sebi, drugih in svetu.

Npr., če verjamemo, da nismo varni, če smo sami, bomo vedno verjeli, da mora biti kdo z nami; če verjamemo, da je svet nevaren, je težko komu zaupati; če verjamemo, da je življenje ena sama borba, bomo mislili, da je kaj narobe, če se počutimo mirno in dobro.

Spremenjena bazična prepričanja, stališča vplivajo na naš notranji govor in naše počutje.

- Zadrževanje čustev
Zanikanje čustev jeze, žalosti, frustracije ali celo vznemirjenosti lahko privede do »prosto lebdeče« anksioznosti, ne da bi vedeli zakaj. Do olajšanja pride, če se razjezimo ali zjokamo. Ljudje z nagnjenostjo k anksioznosti se pogosto rodijo s predispozicijo, da so emocionalno bolj reaktivni in nestanovitni. Pogosto rastejo v družinah, kjer ima doseganje starševskega odobravanja prednost pred izražanjem njihovih potreb ali čustev. Kot odrasli še vedno mislijo, da je važneje doseči popolnost (perfekcionizem) ali vedno biti prijazen, kot pa izražati močna čustva. Tendence po zanikanju globokih čustev lahko vodi do kroničnega stanja napetosti,

anksioznosti. Nekatere teorije celo trdijo, da je izogibanje zunanjim nevarnostim dejansko nadomestek za globlje ležečo notranjo nevarnost - strah pred soočanjem z dolgotrajnim potlačevanjem čustev. Panika je lahko preboj takih potlačenih čustev (npr. strah pred divjimi živalmi lahko simbolizira globlje ležeči strah pred izražanjem lastne jeze ali nezadovoljitvijo potreb). Možno je, da se naučimo prepoznavati in izražati čustva ali vsaj da vemo, kaj čutimo in dovolimo čustvom neko obliko izražanja.

- Pomanjkanje asertivnosti
- Za izražanje čustev do drugih ljudi je potrebno, da razvijemo asertiven slog v komunikaciji, ki nam omogoča izraziti sebe na direkten, jasen način. Asertivna komunikacija je ravnotežje med submisivnostjo in agresivnostjo. Velikokrat je težko vprašati ali prositi direktno, kar želimo; bojimo se izraziti močna čustva, posebno jezo. Možno se je neposredno naučiti izražati svoje želje in čustva.
- Pomanjkanje »skrbi zase«
Skupna značilnost ljudi z anksiozno motnjo je stalen občutek ogroženosti, nevarnosti. To je posebno očitno pri agorafobiji, kjer je izrazita potreba po bližini varnega prostora ali človeka. Ta občutek ogroženosti izhaja iz različnih situacij v otroštvu, ki vključujejo zanemarjanje staršev, pretirano skrb staršev, pretirano kritičnost, alkoholizem ali druge odvisnosti staršev. Ker v otroštvu niso dobili konsistentnega in zanesljivega odnosa, čustvene nege, kot odrasli te različne oblike deprivacije izražajo kot pomanjkanje ustrezne skrbi za lastne potrebe. Nezmožni ljubezni in skrbi za sebe trpijo za nizkim samospoštovanjem in se počutijo anksiozne ali preobremenjene ob soočanju z zahtevami in odgovornostjo odraslega človeka. Pomanjkanje »skrbi zase« služi samo temu, da se anksioznost vzdržuje. Najboljša rešitev za nadomestitev prikrajšanosti iz otroštva je ta, da skušamo postati sami sebi »dobri starši«.
- Napetost mišic
Če so naše mišice napete, se počutimo tesnobno. Napetost v mišicah ovira naše dihanje, to pa povzroča več anksioznosti. Kadar je naše telo napeto, so tudi misli bežeče. Če sprostimo mišice, se bodo tudi naše misli počasi umirile. Mišično napetost lahko zmanjšamo z redno, dnevno vadbo progresivne mišične relaksacije in telovadbe.
- Stimulanti in druge snovi v prehrani
Stimulanti (kafein, nikotin) zvišujejo anksioznost in povečujejo občutljivost za panične napade. Kofein ni samo v kavi, temveč tudi v čaju, coca-coli, nekaterih zdravilih. Tudi sladkor in aditivi v hrani občasno povečajo verjetnost za panične napade.
- Stresni način življenja
Vloga stresa pri nastanku anksioznosti je dvojna: kot predispozicijski faktor in kot kratkoročni vzrok. Stresni način življenja vzdržuje anksioznost. Pogostost paničnih napadov je odvisna od tega, kako dobro se dnevno soočamo s stresom.
- Pomanjkanje smisla ali občutka za namen
Izkušnje kažejo, da anksioznost popusti, ko pacienti začutijo, da ima življenje smisel, namen in jasno smer, v katero se bo razvijalo. Dokler ne odkrijejo nekaj večjega od izključnega zadovoljevanja lastnih potreb, nekaj, kar daje njihovem življenju občutek smotra, se utegnejo nagibati k občutkom dolgočasja in omejenosti, ker ne uresničujejo vsega svojega potenciala. Ta občutek omejenosti lahko predstavlja zelo plodna tla za anksioznost, fobije in panične napade (Bourne, 1995).

PRIKAZ TERAPIJE

PROBLEM

Pri 32-letni pacientki z visoko izobrazbo so se pred tremi leti, 1 mesec po smrti matere, začeli panični napadi. Mama je umrla iznenada za možgansko kapjo v 57 letu starosti. Od pacientkinega 15. leta se je mama zatekala v alkohol, nekaj let kasneje pa bila operirana za možgansko anevrizmo. Mamo so takrat poleg zdravnikov tudi domači pregovarjali, da bi se šla zdraviti proti alkoholizmu, vendar je pitje zanikala.

SIMPTOMATIKA

Mesec dni po materini smrti so se pojavili panični napadi, tudi po trije na dan. Hodila je na zdravniške preglede, od splošnega zdravnika do specialistov (vse bp.), na koncu jo je pregledal še psihiater in postavil diagnozo paničnih napadov. Dobila je zdravila, napadi so se umirili, vendar je ostajal strah, da se bodo ponovili, ko bo prenehala z zdravili. Po skoraj treh letih je prišla v vedenjsko - kognitivno terapijo.

Najbolj izrazito se je simptomatika izražala na FIZIOLOŠKEM nivoju: razbijanje srca, dušenje, vrtoglavice, drhtenje, tresenje, šibke noge (kot hrenovke), drevenenje lic (parestezije), depersonalizacije, derealizacije.

Na EMOCIONALNEM nivoju: strah, anksioznost, depresija, panike, fobije.

KOGNITIVNO: pričakovanje nevarnosti, katastrofe, izguba kontrole (»Kap me bo!«, »Znorela bom!«, »Konec me bo!«).

VEDENJSKO: izogibanja.

Pacientka je dobila diagnozo anksioznosti, in sicer PANIČNA MOTNJA z agorafobijo po kriterijih ameriškega psihiatričnega združenja DSM-III-R (APA,1987).

Že takoj na prvi seansi je bil pacientki predstavljen kognitivni model paničnih napadov in razdelan strah pred smrtjo. Identificirane so pacientkine

1. senzacije, simptomi,
2. katastrofična interpretacija simptomov,
3. slike, emocije.

Povezane so misli in prepričanja s pojavom panike. Prepričanja pri paničnih napadih vključujejo:

1. teme o ranljivosti pacientke (»sem občutljiva«);
2. o eskalaciji simptomov (»simptomi se bodo krepili, dokler ne bom ...«);
3. pacientkino nemoč, da si pomaga (»ne morem kontrolirati svojih simptomov«).



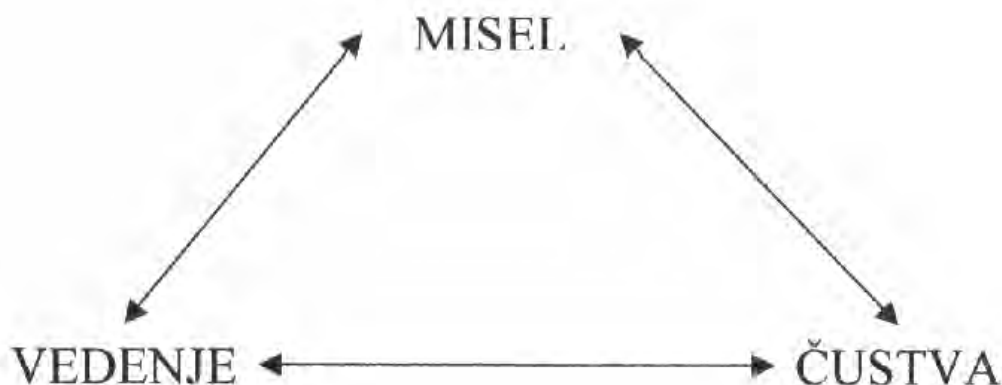
Slika 1.: Prikaz povratne zveze pri paničnih motnjah

Bistvo tega modela je: zaradi napačne interpretacije normalnih fizioloških pojavov v organizmu pride do strahu pred smrtjo. Potrebno je pretrgati povezavo med telesnimi simptomi in katastrofičnimi mislimi.

Pacientka se je precej pomirila, ko je izvedela, da ti napadi niso nevarni:

1. panični napad ne povzroči zastoja srca ali kapi,
2. panični napad ne povzroči zadužitve ali zastoja dihanja,
3. panični napad ne povzroči omedlevice (razen v redkih primerih eritrofobije - strah pred krvjo),
4. panični napad ne povzroči izgube ravnotežja, kljub neprijetnemu občutku vrtoglavice,
5. ljudje ne padejo ali nehajo hoditi zaradi »šibkih nog« med paničnim napadom,
6. med paničnim napadom ljudje ne izgubijo razuma in se jim ne »zmeša«
7. med paničnim napadom človek ne izgubi nadzora nad sabo (Bourne, 1995).

Predstavljen ji je tudi splošni kognitivni model: da misli oz. percepcija dogodkov vplivajo na človekove emocije in vedenje. Seznanila sem jo z načinom dela v vedenjsko kognitivni terapiji, ki vključuje aktivno udeležbo pacienta (skupno planiranje; domače naloge). Sestavni del te terapije je tudi edukacija pacienta o njegovi bolezni oz. težavah in načinu reševanja teh.



Slika 2.: Splošni kognitivni model

Pokazano ji je trebušno dihanje, ki je učinkovita prva pomoč pri paničnih motnjah.

Dogovorili sva se za domačo nalogo:

3- krat na dan učenje trebušnega dihanja najprej v ležečem položaju, (najlažje), nato še sedečem in stoječem - pri raznih opravilih, redna telesna aktivnost, dnevno beleženje telesne anksioznosti (na skali od 0-100 %).

Pri pacientki sta bili izraženi obe vrsti anksioznosti: telesna in kognitivna, vendar so bili prvi ukrepi usmerjeni bolj na telesni del in uporabljene predvsem vedenjske tehnike (za začetek učinkovitejše in dobra podlaga za kognitivne).

Na naslednji seansi sva najprej pregledali domačo nalogo. Analizirali sva rezultate dnevnega beleženja anksioznosti, iskali »tipična odstopanja« (npr. zvišanje anks. zjutraj ob odhodu v službo) in iskali miselne vsebine ob teh dogodkih. Na ta način naj bi pacientka začela povezovati negativne, katastrofične misli in svoje anksiozno razpoloženje. Katastrofične misli povzročajo in vzdržujejo anksioznost.

2. seansa: Na drugi seansi sva se posvetili progresivni mišični relaksaciji (PMR). Namen relaksacije je bil v prvi vrsti znižanje telesne anksioznosti, kasneje pa naj bi se učinki prenašali tudi na misli. Če je sproščeno telo, so običajno sproščene tudi misli. Preko relaksacije se je pacientka učila povezovati napetost v telesu s takojšnjim razbremenjevanjem te napetosti. Za domačo nalogo je ob pomoči kasete vadila relaksacijo 2- krat na dan.

Relaksacija je bila tudi uvod v sistematsko desenzitizacijo, kjer se je v sproščenem stanju postopoma izpostavljala zastrašujočim situacijam.

3. seansa. V treh letih so se pri pac. strahovi (po principu generalizacije) razširili na nove situacije in prostore (agorafobija). Zastrašujočim situacijam se je začela izogibati, s tem pa ravno ojačevala strahove in v sebi utrjevala prepričanje, da so te situacije nevarne. Strahove sva razdelili po področjih in se jih postopoma lotevali.



Slika 3.: Prikaz - razdelitev pacientkinih strahov

Med prvimi sva hierarhično razdelali problem VOŽNJE z avtomobilom. Začeli sva z manj problematičnimi situacijami (označena stopnja strahu) in nadaljevali do tistih, ki so bile za pacientko najbolj ogrožujoče:

HIERARHIJA STRAHOV (VOŽNJA)	
jutranja vožnja z avtom v službo	(30%)
tunel, nemestna vožnja	(40%)
vožnja poleti (vroče - kap)	(45%)
obvoznica	(50%)
kolona - možnost umika	(40%)
- ni možnosti umika	(60%)
vožnja z avtom po mestu po službi	(65%)
avtobus do postaje (brez umika)	(70%)
vožnja sopotnika	(85%)

Slika 4.: Hierarhija pacientkinih strahov (vožnja)

Pacientka si je s pomočjo distraktorjev (štetje, glasba, pozitivne vsebine...) pomagala v neprijetnih trenutkih vztrajati v stresnih situacijah.

Na 4. seansi je povedala, da je prenehala z jemanjem zdravil. Ugotavljala je, da se je izogibala tistim situacijam, za katere je že v naprej mislila, da jim ne bo kos. Od nekdanje hotela imeti kontrolo nad stvarmi in dogajanjem. Po materini smrti pa se je »vse obrnilo na glavo«, imela je občutek, da ne more na nič vplivati, da ni nič odvisno od nje. Počutila se je kot »v krču«. Včasih je na življenje gledala bolj optimistično: »Bo že nekako šlo.«, po smrti matere pa: »Nič ni. Nič se ne da narest.«, »

Pa smo le preživelih dan.« Začela je govoriti o mami, njenem odnosu, svojih občutkih do nje (proces žalovanja). Odkrila je, da se anksioznost ni začela pojavljati po materini smrti, temveč že veliko prej, v času odraščanja, ko se je srečevala z maminim alkoholizmom.

Na 5. seanso je prišla nekoliko vznemirjena, ker so se čez vikend spet pojavile izrazitejše srčne palpitacije. Bila je na morju (kjer se je pojavil prvi napad pred 3. leti) in pila črno kavo, ki ji je vzdražila avtonomni živčni sistem. Njene misli so bile spet katastrofične: »Kaj je spet narobe!... Tega ne bo nikoli konec!«. Na seansi se je z eksperimentom hiperventilacije prepričala, da tako stanje vznemirjenja ni nevarno, da ga lahko priključ sama v vsakem trenutku, da pa ga z mirnim dihanjem lahko tudi sama pomiri. K paničnim napadom lahko pripomorejo tudi neizražena čustva (predvsem jeze in žalosti), zato sem pacientko podpirala v izražanju čustev do mame.

6. seansa. Pacientka je prinesla spomine na nekatere dogodke iz mladosti (po 15.letu) in se ponovno srečala z znanimi občutki tesnobe, negotovosti, ki so jo pogosto spremljali ob liku čustveno nezanesljive matere. »Nikoli nisem vedela, kaj me bo čakalo doma. Mamino razpoloženje se je stalno spreminjalo.« Povezovali sva stare in nove dogodke in analizirali, kako so se formirale njene težave, kako se je iz nekonsistentnega odnosa naučila potlačevati in zanikati čustva.

Na 7. seansi je jasno izrazila izboljšanje stanja. V pacientkinih mislih (tehnika kognitivne restrukturacije) so se pojavile nove vsebine: »Vse mi gre lepo od rok.« (Zadovoljstvo 85%). »Verjamem, da bo tega konec!« je nakazala svojo pozitivno naravnost do sveta in prihodnosti. Redno je beležila negativne in iracionalne misli (Dnevno beleženje disfunkcionalnih misli - DBDM), o katerih sva se potem skupaj pogovarjali. Tudi pri relaksaciji so se kazali že prvi učinki. Prepoznavala je prve znake napetosti (največkrat v službi) in jih skušala odpravljati, še preden bi se kumulirali.

8. seansa. S kognitivno restrukturacijo (in tehniko sestopanja) sva vse bolj odkrivali pacientkine bazične misli in prepričanja do sebe. V zadnjih 3 letih so se ponovno aktivirala in ojačala stara, depresivna stališča do sebe: »Nemočna sem. Nesposobna sem. Zapuščena sem.« Ob vsaki izrazitejši spremembi razpoloženja se je pacientka ustrašila, »da gre spet dol«. Tudi v stresnih situacijah so se še pojavljale anksiozne misli: »Kaj če se spet ponovi!«, vendar sva redno ponavljali in utrjevali pozitivna stališča.

9. seansa. Ob pac. izjavi: »Nevarnost ne preti več tako«, sva ugotavljali, da verjetno ne gre za objektivno spremembo okolja, ampak za njeno percepcijo, ki izhaja iz njenega boljšega počutja. (»Če se jaz dobro počutim, je tudi svet lepši in prihodnost svetlejša.« - generalizacija). Ko se je soočala s svojimi strahovi in svetom, je videla, da niso tako veliki, kot si je mislila, in da svet tudi ni ena sama nevarnost, kot se ji je v zadnjem času zdelo.

10. seansa. S tem, ko je postajala samostojnejša in svobodnejša v premikanju, jo je vse bolj motila odvisnost od partnerja, ki se je utrdila v zadnjih 3 letih. »Stalno bi rabila nekoga ob sebi«, je nejevoljna ugotavljala, saj ga je večkrat na dan klicala v službo. Razmišljali sva, ali potrebuje partnerja zato, ker se sama ne more soočiti s težavami, ali zato, ker je lepo biti z nekom. Predelovali sva stresne situacije, v katerih ji je bilo sicer tesno, vendar jih je zmogla premagati sama. Ob takih »podvigih« je bila zadovoljna s sabo in se je tudi pohvalila.

SITUACIJA	EMOCIJE	AVTOMATSKE MISLI (AM)	RACIONALNI ODGOVOR	REZULTAT	BODOČA AKCIJA
Opišite: 1. resnični dogodek, ki je pripeljal do negativne emocije 2. niz misli, sanjarjenj, spominov, ki vodijo k neprijetni emociji	1. specifično žalostne, anksiozne, jezne... 2. označite stopnjo emocije od 1 –100	1. napišite predhodne AM, ki so se pojavile pred emocijo 2. označite stopnjo avtomatskih misli od 0 - 100%	1.napišite racionalni odgovor na AM. 2.označite prepričanost v racionalni odgovor od 0 – 100%	1. označite prepričanost v AM od 0 - 100% 2. specifično navedite in označite kasnejše emocije 0 -100	
1. VOŽNJA V KOLONI, BREZ IZHODA 2. PARTNER GRE ZA VEČ DNI OD DOMA	PANIKA - 90% PANIKA - 90% STRAH – 100% ŽALOST - 80% DEPRESIJA DEPRESIJA	1.« Kap me bo!« »Zadušila se bom!« »Kaj bodo rekli...« »Nič se ne da narediti ...« 2. 100% Kako bom preživela! Če bo kaj narobe ... Kaj če bom ostala SAMA? Praznina. Ni vanosti. Nemočna. Nesposobna. Zapuščena Nihče me nima rad	1. Od panike človeke na zadene kap 2. 80% Ni nujno, da se zgodi najhuje. To so moje MISLI. Kolikokrat je že šel, pa se je vedno vrnil domov.	1. 90% 2. Upad anksioznosti 1. 40% 2. Pomirila se.	ponovno izpostavljanje

Slika 5.: Dnevno beleženje disfunkcionalnih misli (DBDM)

11., 12., 13. seansa. V nadaljnjih seansah sva ugotavljali, koliko so tudi pri njej prisotna posamezna prepričanja, ki so tipična za anksiozne osebe:

- pretirana zaskrbljenost (če je nekaj nevarno ali zastrašujoče, je potrebno o tem stalno misliti in skrbeti);
- visoko samo-pričakovanje (osebni perfekcionizem); prepričanje, da mora biti oseba popolnoma kompetentna in imeti visoke dosežke, da jo cenijo;
- tendenca k katastrofiziranju; izenačevanje predpostavk z dejstvi;
- izogibanje problemom; ideja, da je lažje in boljše se izogibati problemom, kot pa se z njimi soočati;
- nemoč, pasivnost; prepričanje, da preteklost določa sedanje občutke in vedenje in da se nič ne da narediti;
- potreba stalne kontrole nad vsem, kar se dogaja;
- potreba za odobravanjem; prepričanje, da je nujno biti sprejet in ljubljen od vseh pomembnih ljudi;
- prepričanje, da je svet nevaren, če se mu neodvisno zoperstavljamo (sigurnost, varnost pa se zagotavlja le z ekstremno previdnostjo ali prisotnostjo ljubljenih oseb);

- generalizacija dražljajev, ki se percipirajo kot nevarni (npr. na zvok sirene oseba vidi sliko povoženega otroka);
- zmanjšana sposobnost logičnega rezoniranja v zvezi z zastrašujočimi mislimi (vsi zaključki gredo v korist anksioznih misli) (Živčič, 1990);
- zamisel, da je grozno in katastrofalno, kadar se stvari ne odvijajo tako, kot bi želeli, namesto ideje, da je sicer slabo, ker ne gredo stvari, kot bi bilo treba, in da je treba poskusiti, da se situacija spremeni ali privede pod kontrolo. (Ellis, po Krizmanič, 1985)

Ugotavlja, da so tudi zanjo značilne tipične kognitivne napake, ki pripeljejo do precenjevanja nevarnosti:

1. precenjuje možnost javljanja nevarnosti,
2. precenjuje velikost nevarnosti,
3. podcenjuje lastne obrambne možnosti,
4. podcenjuje možnost pomoči drugih. (Živčič, 1990)

14. seansa. Čas poletnih počitnic se je približeval. Na tej točki sva večkrat ozaveščali prepričanje, da je probleme potrebno reševati, ne pa se jim izogibati. Pacientkin stari mehanizem je bil, da je ignorirala težave, in se vedla, kakor da jih ne bi bilo. Ob prepoznavanju lastnih pomanjkljivosti je postajala tolerantnejša do mame in do sebe, mamo je začejala gledati bolj celostno, ne več tako črno-belo. Glavni del seanse je bil posvečen čustvom. Po prebrani psihološki literaturi je razmišljala o sebi, kako se je v mladosti naučila zanikati in potlačevati čustva. »Naredila sem si zid okoli sebe, da ne bi preveč bolelo«.

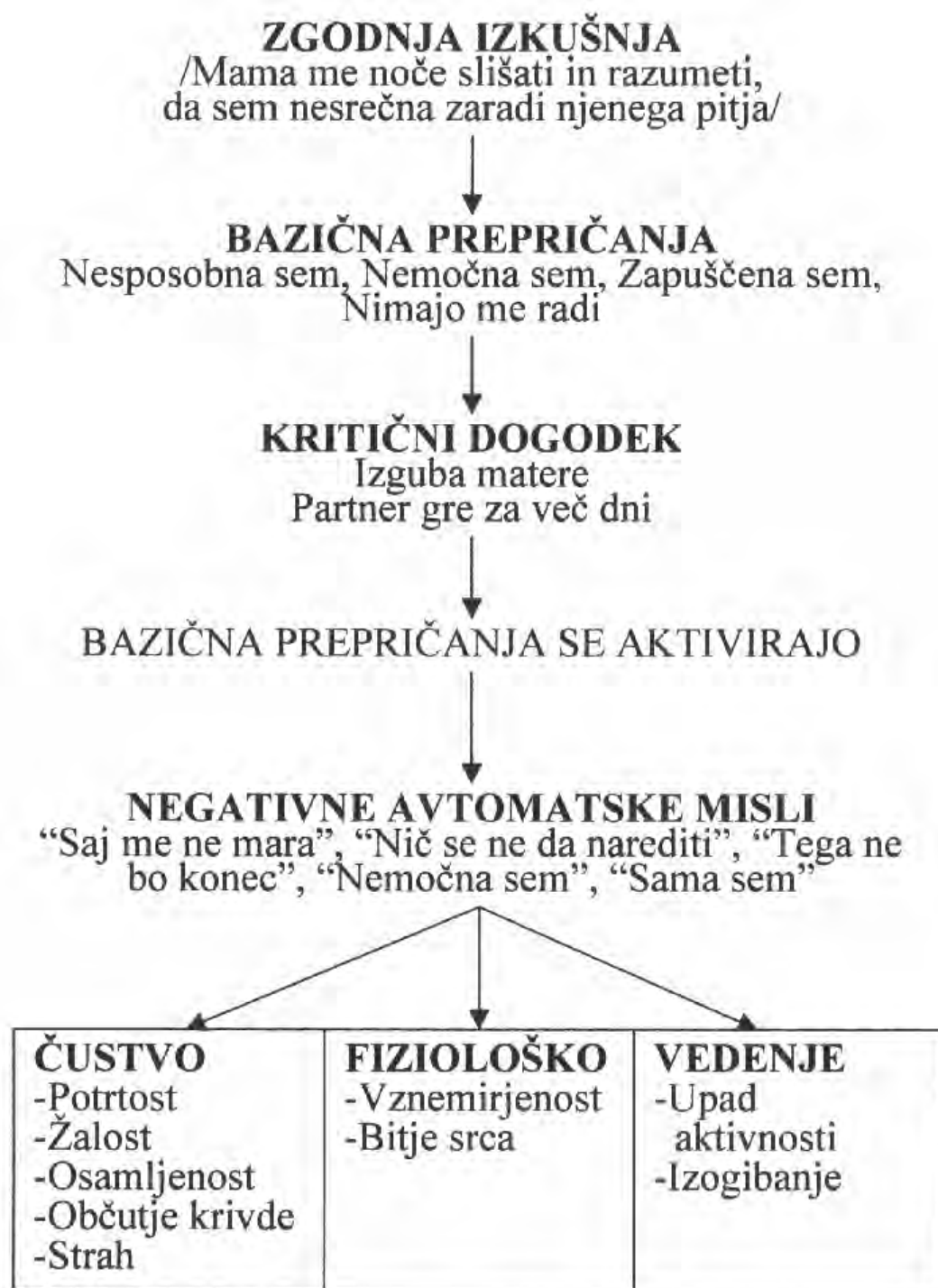
Na kognitivnem modelu depresije sva pogledali, kako so se stara čustva in prepričanja ob kriznem dogodku (smrti matere) spet aktivirala.

15. seansa. Na zadnji seansi sva pogledali, kaj je bilo v času terapije doseženo in kaj ji je največ pomagalo. Med najpomembnejšimi stvarmi je našela:

- ukrepe na prvi seansi (razlaga motnje; dihanje kot prva pomoč),
- opustitev zdravil,
- da se ji je »slika« mame zaokročila v celoto (da je zagledala tudi tisti pozitivni del mame, ki ga je v zadnjih letih pozabila),
- da si ne pusti se »zabetonirat«, da lahko izraža svoja čustva,
- da loči vznemirjenje od panike.

Pacientka se je zavedala svojega pretiranega dojemanja ogroženosti, zaradi katerega se je sprožala anksioznost. Povečala je svojo samoučinkovitost, sposobnost soočanja v stresnih situacijah. Prepričanost v lastno učinkovitost ublaži doživljanje ogroženosti in s tem tudi anksioznost. Na oceno samoučinkovitosti pa vplivajo tudi izkušnje. Če človek percipira situacijo kot nevarno in se z njo uspešno sooča, se njegov občutek samoučinkovitosti poveča. Če pa se ogne taki situaciji, se anksioznost trenutno zmanjša, dolgoročno pa ne zmanjša percepcije ogroženosti in ne doživlja samoefektivnosti. Izogibanje tako deluje kot podkrepitev za bodoča izogibanja v podobnih situacijah. S stalnim ponavljanjem izogibanja v problematičnih situacijah se sčasoma zniža samoučinkovitost in poveča anksioznost.

Po počitnicah se je terapija nadaljevala v drugi del, kjer so bili postavljeni novi cilji (redefinirani).



Slika 6.: Aktivacija bazičnih prepričanj

ZAKLJUČEK

Opisan je primer uspešno opravljene terapije PANIČNE MOTNJE z agorafobijo. Potekala je enkrat tedensko po eno uro.

Več stvari je bilo v prid terapije:

Pacientka je izobražena, inteligentna, visoko motivirana, senzibilna, zanesljiva, osebnostno urejena (brez patologije osebnosti). Redno je delala domače naloge in se držala dogovorov. V prvih seansah je bil večji poudarek na vedenjskih tehnikah (self-monitoring; relaksacija; telovadba), kasneje pa bolj na kognitivnih (imaginacija; DBDM; distraktorji). Predstavljen je bil le prvi del terapije, ki je bil

usmerjen predvsem v terapijo panične motnje in fobij, drugi del pa še teče in je bolj usmerjen v »staro« simptomatiko, bolj v razloge, ki so pripeljali pacientko do takih težav (izražanje čustev, skrb za sebe, iskanje »notranjega otroka«, samopodoba, spreminjanje bazičnih stališč v odnosu do sebe in sveta). V mladosti si je pacientka ustvarila prepričanje: »Nič ne misli na težave, pa jih ne bo.« Zaradi takih bazičnih prepričanj je terapija prišla do mrtve točke, predvsem na kognitivnem nivoju se je pojavil »blok«. Ko je spremenila staro stališče in ga zamenjala z novim, da je ne samo potrebno, temveč nujno razmišljati o stvareh, ki imajo važno vlogo v našem čustvenem življenju, so misli zopet stekle.

Po končanem prvem delu je pacientka navajala »generalno« izboljšanje stanja. Včasih ji je še šlo čez misli: »Ali se bo spet začelo!«, vendar vse redkeje in brez večjega emocionalnega naboja. Pacientka je bila zadovoljna, »ko so se začele številke ponavljati« (stopnja sproščenosti), kar je pomenilo stabiliziranje počutja.

VIRI:

1. Beck, A.T., Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias, A Cognitive Perspective*. New York, Basic Books.
2. Biro, M. (1990). *Kognitivna psihoterapija. v: Praktikum iz kognitivne i bihevioralne terapije III*, Zagreb, Društvo psihologa Hrvatske.
3. Bourne, E.J. (1995). *The Anxiety & Phobia Workbook*. Oakland, New Harbinger Publications.
4. DSM-IV. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. (1994). Washington, APA.
5. Greenberg, R.L. (1992). *Panic Disorder and Agoraphobia. v: Scott et al. (ur.), Cognitive Therapy in Clinical Practice*, London/New York, Rutledge.
6. Hawton, K. et al. (Ur.) (1989). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. Practical Guide*, Oxford, Oxford Medical Publications, 52-96.
7. Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1991). *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences - Clinical psychiatry*. Sixth Edition, Baltimore, Williams & Wilkins, 394-398.
8. Krizmanič, M. (1985). *Teorijske osnove racionalno-emocionalne terapije. v: Praktikum iz kognitivne i bihevioralne terapije II*, Zagreb, Društvo psihologa Hrvatske.
9. Salkovskis, P.M. (1992). *Obsessions and Compulsions. v: Scott et al. (ur.): Cognitive Therapy in Clinical Practice*, London/New York, Rutledge.
10. Živčić, I. (1990). *Kognitivno-bihevioralni tretman anksioznosti. v: Praktikum iz kognitivne i bihevioralne terapije III*. Zagreb, Društvo psihologa Hrvatske.

SPROŠČANJE

Sproščanje je lahko učinkovita oblika samozavedanja, uporablja pa se zato, da se posamezniku pokaže, do katere mere lahko obvlada svoje telesne simptome. Na začetku lahko kontrolira svoje telesne simptome, kasneje pa vpliva tudi na večjo učinkovitost kognitivnih funkcij. Sproščanje poveča dostopnost pozitivnih informacij v spomin, vpliva na fleksibilnost misli in omogoča, da v stresnih situacijah lažje najdemo alternative za negativne ali katastrofične misli. Posebno je pomembno za ljudi, ki so neprestano napeti (Hawton et al. (ur.), 1989).

Sproščanje je večšina, ki jo osvojimo skozi stalno ponavljanje v praksi in ki ni namenjeno samo sprostitev doma v fotelju, tamveč kjerkoli in kadarkoli čez dan.

Sposobnost sproščanja je ena od osnovnih tehnik v terapiji anksioznosti, fobij in paničnih napadov. Tudi tehnike, kot so desenzitizacija, vizualizacija, sprememba negativnega notranjega govora, temeljijo na sposobnosti doseganja sprostitev.

Pri sistematski desenzitizaciji pričakujemo tako kot pri pogojevanju, da se dražljaji (situacija) povežejo s pozitivnimi emocijami. Pričakujemo, da čez nekaj časa pozitivne emocije prevladajo nad negativnimi. Pozitivne emocije naj bi bile po svoji naravi nezdružljive z negativnimi. Ta princip nasprotja je vključen v Wolpejev pojem "recipročne inhibicije". Kadar govorimo o čustvu strahu, je potrebno najti emocionalno reakcijo, ki bo pod določenimi pogoji prevladala nad to negativno emocijo. Sproščanje je postalo pri ljudeh s strahom sestavni del metode recipročne inhibicije. Sproščanje naj bi bilo tisto stanje, ki naj bi se zoperstavilo strahu. Kasneje je Wolpe ugotovil, da je recipročna inhibicija lahko zasnovana tudi na drugih emocijah in reakcijah, ki so po svoji naravi nasprotne strahu, nezdružljive s strahom (npr. emocije ponosa, gneva, močne fizične aktivnosti..). Prav tako pokaže tudi na druge postopke - npr. hipnozo, v kateri se sugerira sproščanje, mir (S. Radonjič, v Praktikum I, 1984).

Da dosežemo resnično zmanjšanje napetosti, je nujna REDNA, DNEVNA vadba. Sproščanje se nanaša na doseganje fiziološkega stanja, ki je ravno obratno od tistega, kadar smo pod stresom. Redna vadba 20-30 min. na dan sčasoma privede do generalizacije sprostitev do konca življenja. Po nekaj tednih redne vadbe dosežemo večjo sproščenost skozi ves čas.

Večina anksioznih pacientov se dobro odzove na sproščanje, so pa tudi posamezniki, pri katerih pride do paradoksalne situacije, postanejo bolj anksiozni. To je večinoma pri tistih ljudeh, ki se bojijo, da bodo izgubili kontrolo, ki odklonilno odreagirajo na občutek "naj gre mimo", prepustiti se ("feeling of letting go"). Osredotočanje na lastno telo panične paciente lahko opozori na notranje senzacije, katere napačno interpretirajo. Tem negativnim reakcijam se lahko ognemo tako, da pacienta vnaprej seznanimo z možnostjo nenavadnih senzacij, ki pa so prehodnega značaja. Te senzacije lahko v nadaljevanju uporabimo v reatribucijske namene ali kot predstavitev sproščanja kot načina za zmanjševanje strahu pred določenimi senzacijami.

Po dvajsetih letih proučevanja sproščanje so odkrili številna izboljšanja, ki so sledila redni vadbi (Bourne, 1995):

- zmanjšanje generalizirane anksioznosti in paničnih napadov;
- prevenzijo stresa, predno se nabere. Neobvladovanje stresa se sčasoma nabira in raste. Z rednim dnevnim sproščanjem damo našemu telesu možnost, da obnovi in nadoknadi učinke stresa. Celo spanje ne zadošča in odpove pri kumulaciji stresa, če ne dosežemo sproščenosti v budnem stanju.
- zvišuje energetski nivo in produktivnost;

* Doris Adamčič Pavlovič, spec. klin. psih. (Psihiatrična klinika Ljubljana studenec 48, Ljubljana 1260, doris.adamcic@psih-klinika.si)

- zboljšuje koncentracijo in spomin. Redna vadba zvišuje sposobnost osredotočanja in odvrta od bežanja misli;
- zmanjša nespečnost in utrujenost
- prevenција in/ali zmanjševanje psihosomatskih bolezni, kot so:
 - o hipertenzija,
 - o migrena,
 - o tenzijski glavobol,
 - o astma,
 - o kronična obstipacija,
 - o iritabilen prebavni sistem,
 - o ulcerozni colitis;
- lajšanje bolečin;
- zvečanje samozaupanja. Za veliko ljudi so stres, pretirana samokritičnost in občutek neadekvatnosti tesno povezani. Če smo sproščeni, se tudi počutimo bolje, obnašamo se ustrezneje, samozavestneje.

Kontraindikacije

Pri nekaterih psihiatričnih boleznih (akutno psihotično stanje, nekatere psihoze, stanje intoksikacije pri narkomanih..) ni priporočljivo učenje globokega sproščanja.

Prav tako je potrebno prilagoditi nekatere vedenjske eksperimente pri nekaterih fizičnih boleznih. Npr. naporna hiperventilacija je medicinsko kontraindicirana pri nosečnicah, pri boleznih srca, emfizemu, epilepsiji ali hudi astmi.

Poznamo kar nekaj tehnik za doseganje stanja sproščenosti (Looker in Gregson, 1993):

1. trebušno dihanje,
2. postopno mišično sproščanje,
3. vizualizacija pomirjajočega dogodka,
4. meditacija,
5. vodena imaginacija,
6. avtogeni trening,
7. biofeedback,
8. senzorna deprivacija,
9. joga,
10. samohipnoza.

Večino tehnik se moramo najprej naučiti in jih nato redno vaditi, da postanejo nekaj povsem vsakdanjega (kot umivanje zob). Uspeh je odvisen od vztrajnosti, zato ne bo veliko zaleglo, če se bomo k takim tehnikam zatekli samo takrat, ko smo pod stresom. Učenje in utrjevanje tehnik zahteva čas, zato na začetku ne smemo pričakovati preveč.

TREBUŠNO DIHANJE

- Naše dihanje neposredno odraža raven napetosti, ki je v telesu. Kadar smo napeti, naše dihanje postane plitvo, hitro, dogaja se v prsih. Za stanje sproščenosti pa je značilno bolj polno, globoko, trebušno dihanje. Težko je biti napet in istočasno trebušno dihati. Trebušno dihanje povzroča (Bourne, 1995):
- Zvečanje kisika v možganih in mišicah;

- Stimulacijo parasimpatičnega živčnega sistema. Ta veja avtonomnega živčnega sistema skrbi za stanje miru. Deluje ravno obratno od simpatičnega avtonomnega živčevja, ki stimulira stanje emocionalnega vznemirjenja in fiziološke reakcije pri paničnih napadih.
- Večji občutek povezanosti med duhom in telesom. Anksioznost in skrbi povzročajo stanje napetosti tudi v glavi. Po nekaj minutah globokega trebušnega dihanja se to stanje lahko umiri v celem telesu.
- Bolj učinkovito izločanje telesnih toksinov. Veliko toksičnih substanc v telesu se izloča skozi pljuča.
- Izboljšuje koncentracijo. Če nam misli bežijo, je težko vzdrževati pozornost. Trebušno dihanje bo pomagalo umiriti našega duha.
- Trebušno dihanje samo lahko sproži sprostivni odgovor telesa.

Pri ljudeh, ki trpijo za fobijami, paničnimi napadi ali drugimi vrstami anksioznosti, najdemo eno ali obe sledeči vrsti problemov pri dihanju:

1. površno, plitvo prsno dihanje,
2. težnjo k hiperventilaciji - pretirano izdihovanje ogljikovega dioksida v razmerju s kisikom v krvi. Do hiperventilacije privede plitvo, prsno dihanje, kadar je hitro. Hiperventilacija povzroči fizične simptome, ki so zelo podobni tistim pri paničnih napadih.

POSTOPNO MIŠIČNO SPROŠČANJE – PMS PO JACOBSONU

Nastalo je pred petdesetimi leti. Je sistematična tehnika za doseganje stanja globoke sprostitve na tak način, da mišice najprej napnemo za nekaj sekund, potem pa jih popustimo. Zatezanje in sproščanje različnih mišičnih skupin telesa privede do stanja sprostitve. Vključena sta torej dva procesa:

- zavedanje mišične napetosti (opazovanje telesa);
- sproščanje te napetosti.

PMS je univerzalna tehnika za doseganje stanja sproščenosti, dostopna je širšemu krogu ljudi, saj pri izvajanju ne zahteva toliko domišljije ali sugestibilnosti kot npr. avtogeni trening, joga.

Originalna Jacobsonova metoda sproščanja traja tudi do 200 seans. Postopna se imenuje zaradi postopnega sproščanja "mišica za mišico". Človek naj bi se naučil, kaj je napetost, kaj sproščenost. Prostor za vadbo sproščanja naj bo miren, prijeten, za začetek po možnosti vedno isti, nihče naj nas med vadbo ne moti. Udobno se namestimo v fotelj ali stol, naslonimo se nazaj, glava naj po možnosti počiva na naslonu, roke pa na kolenih ali stranskih naslonih. Noge so vzporedno druga ob drugi, s stopali na tleh. Poskrbimo, da nam obleka ni pretesna, da se počutimo udobno. Oči so lahko zaprte, da se lahko bolj usmerjamo na notranje dogajanje v telesu. Čas sprostitve naj bo dvakrat daljši od časa zategnitve (npr. 10:5 s; 20:10 s). Zelo pomembno je, da je naša pozornost stalno usmerjena na dogajanje in občutke v mišicah. Prav tako važno je mirno in enakomerno dihanje. Pri vsakem koraku se najprej osredotočimo na občutek napetosti, ki mu sledi sprostitvev. Z malo vaje se mišične napetosti hitro zavemo, naučimo se zavedati napetosti, ki naj ji sledi sprostitvev. Prav tako se ob vsakem sproščanju osredotočimo na naraščajoč občutek sprostitve. Mišice postajajo težke, tople, mlahave.

V natančno določenem zaporedju bomo postopoma sproščali 16 glavnih mišičnih skupin telesa. Vsako vajo bomo ponovili dvakrat.

- 1., 2.** Začnemo s PESTJO in SPODNJIM DELOM ROKE. Stisnemo pest z dlanjo obrnjeno navzdol in dvignemo sklep proti zgornjemu delu roke. Najprej desna (D) roka, (2x), nato leva (L) 2x in še obe hkrati (2x). Zategnemo (približno 5 sekund), držimo in sprostimo (10 sek).
- 3., 4.** ZGORNJI DEL ROKE pritegnemo k telesu, vendar brez dotikanja telesa. Spodnji del roke naj mlahavo visi na naslonu ali kolenih. Najprej D nadlaket (2x), nato L (2x) in obe (2x). Dihamo mirno in enakomerno. Naša pozornost je stalno usmerjena na dogajanje in občutke v mišicah.
- 5.** ZGORNJI DEL ČELA. Dvignemo obrvi in nagubamo čelo. Držimo 5 sek, nato sprostimo 10 sek. Ponovimo 2x. Čutimo, kako so mišice sproščene bolj in bolj.
- 6.** SPODNJI DEL ČELA. Obrvi potegnemo navzdol in jih poskušamo stakniti skupaj (namršiti se). 2x. Pozorni smo na dogajanje v telesu. Opazimo popuščanje napetosti.
- 7.** OČI čvrsto stisnemo, vendar ne premočno (posebno, če imate leče). Napetost postopoma plahni, prevzama nas občutek miru in toplote.
- 8.** USTA. Stisnemo ustnice skupaj, ne pa tudi zob ali čeljusti. Popustimo. Postopek ponovimo še enkrat.
- 9.** ČELJUST zategnemo tako, da stisnemo zobe in potegnemo koticke ust nazaj (kot bi se zarežali). 2x.
- 10.** ZADNJI DEL VRATU. Potegnemo glavo nazaj in pritisnemo proti naslonu stola (ne dviguj glavo v zrak). Alternativno lahko spustimo brado proti prsim in istočasno preprečujemo, da bi se jih dotaknili. 2x. Mišice postajajo mehke, tople, mlahave.
- 11.** RAMENA in SPODNJI DEL VRATU. Dvignemo ramena, kot bi se hoteli dotakniti ušes (potegni glavo v ramena). 2x. Napetost izginja, ostaja prijeten občutek teže, toplote, sproščenosti.
- 12.** PRSA. Globoko vdahnemo zrak v prsa in ga zadržimo 10 sekund. Nato izdahnemo. Napetost zapušča naše telo. Ponovimo še enkrat.
- 13.** TREBUH. Lahko ga potegnemo noter in zadržimo dih 10 sek. Druga možnost je, da ga izbočimo in ne dihamo 10 sek. Spustimo in se razbremenimo napetosti. 2x.
- 14.** STEGNA. Stisnemo kolena skupaj, da bo zgornji del nog napet. Alternativno: počasi dvignemo obe nogi. 2x.
- 15., 16.** SPODNJI DEL NOGE IN STOPALA. Iztegnemo noge naravnost naprej in potisnemo nožne prste proti kolenom. Najprej D noga (2x), nato L (2x) in obe hkrati (2x).

Sproščali smo glavne mišične skupine telesa od zapestij do nog. V mislih gremo še enkrat počasi skozi in opazujemo njihovo sproščenost. Počutimo se prijetno razbremenjeno in osveženo. Štejemo počasi od 5 do 1, odpremo oči in se vrnemo v naš vsakdan sproščeni in umirjeni. Po končani vadbi ocenimo stopnjo sproščenosti na ocenjevalni skali od 0-10. Ocenjevanje stopnje sproščenosti posameznik uporablja tudi kasneje doma, da opazuje napredek. To obliko sproščanja (15-20min) naj bi izvajali 2 krat na dan (J. Radonjič, v Praktikum I, 1984).

Na koncu PMS lahko dodamo še del za umirjanje duha. Osredotočimo se na dihanje. Pozorni smo na mišice trebušne votline, ki se pri vdihu in izdihu počasi dvigujejo in spuščajo. Dihamo počasi, nežno in mirno. Misli so se rešile našega nadzora in potujejo sem ter tja. Tako zlahka, kot prihajajo, naj tudi zapuščajo našo zavest. Skušamo obuditi prijetne občutke. V spomin si priključimo sprehod po gozdu, nekje daleč v naravi. Gledamo drevesa, listje in prečudovite barve. Sprehajamo se po mehkih tleh in gledamo skozi krošnje. Vsa narava počiva v toplem popoldnevu, vse je mirno, vonj po borovcih, oblaki mirno potujejo, tudi zrak se lenobno premika..., čutimo blage sapice na obrazu in telesu. Obsedimo pri miru še nekaj minut in se popolnoma predamo prijetnemu občutku sprostitve, ki nas je povsem prevzelo. Naše sproščeno telo je postalo toplo in težko.

Postopoma se čas za sproščanje skrajšuje. Naslednja stopnja vključuje (oblike sproščanja povzete po Hawton et al. (ur.), 1989):

SAMO POPUŠČANJE MIŠIC (5-7min)

Seansa se začne z mirnim dihanjem. Terapevt daje navodila za sproščanje vsake mišične skupine od vrha glave do palcev na nogah: "Dihajte mirno, redno, čutite, kako ste sproščeni z vsakim dihom bolj in bolj... sprostite vaše roke... čelo... oči... čeljusti... vrat... ramena... prsa... pa vse do prstov na nogah. Dihajte s trebuhom, z vsakim dihom ste bolj sproščeni. Če so posamezne mišice še vedno napete, jih je potrebno najprej zategniti in nato sprostiti.

Domača naloga vključuje sproščanje 2- krat na dan, s poudarkom na časovno omejenost in beleženje stopnje dosežene sproščenosti. Po 1-2 tednih je večina pacientov pripravljena za naslednjo stopnjo sproščanja.

SPROŠČANJE Z GESLOM (2-3min)

Pozornost je na dihanju in doseganju oblike pogojevanja med samo-inštrukcijo "sprosti" in povečanim občutkom sproščenosti.

Seansa se začne s sproščanjem samo preko popuščanja mišic in doseganja zadovoljujočega stanja sprostitve. Terapevt poda navodila, vezana na dihanje: "Vdahni..." in malo pred izdihom reče geslo: "Sprosti..." To sekvenco terapevt ponovi 5 krat, potem še klient tiho v svoji glavi. Čez nekaj časa zopet terapevt: "Vdahni... sprosti...", nekajkrat in za njim klient nekaj minut. Običajno se ta vrsta sproščanja uporabi 2- krat v seansi. Zanimivo pri tem treningu je, koliko časa klient potrebuje, da postane sproščen. Koristno je, da terapevt oceni čas, ki ga je klient potreboval za sprostitvev in poda klientu povratno informacijo. Za domačo nalogo izvaja to sproščanje 2- krat na dan, s tem da beleži čas do sprostitve in število sprostitvev doseženih v različnih priložnostih. Običajno je potrebno 1-2 tedna vaje, preden gremo na naslednjo stopnjo.

DIFERENCIALNO SPROŠČANJE (60-90sek)

Glavni namen te stopnje sproščanja je naučiti se sprostiti, tudi če smo zaposleni z vsakodnevnimi aktivnostmi (ne samo sedenje). Mnogo aktivnosti (npr. ko stojimo) vključuje napetost v posameznih skupinah mišic, ki niso direktno vključene v samo aktivnost. Terapevt uči, kako se ogniti nepotrebni napetosti teh mišic. Prva seansa se začne z uporabo "relaksacije z geslom" med sedenjem na stolu. Dalje mora klient premakniti dele telesa, medtem ko se koncentrira na vzdrževanje sproščenosti ostalega telesa tako, da večkrat zazna znake nepotrebne napetosti. Za premikanje se ponavadi vzame odpiranje oči in gledanje okoli po sobi, ne da bi premaknili glavo; dvigovanje roke, medtem ko je ostalo telo sproščeno. Med temi vajami terapevt stalno spodbuja klienta, naj opazuje telo in zaznava napetost oz. sproščenost v tistih delih telesa, ki niso vključeni v gibanje. Najprej klient izvaja te vaje v sedečem položaju, nato za pisalno mizo (ko piše ali govori po telefonu). V drugi seansi se te vaje ponovi v stoječem položaju in med hojo. Med vajami je pozornost usmerjena na mišice, ki niso vključene v gibanje, opazuje se njihova napetost in sproščenost. Na drugi se skuša čas za doseganje sprostitve zmanjšati na 60-90sek. Domača naloga vključuje vadbo 2- krat na dan, 1-2 tedna, nato se napreduje na naslednjo stopnjo.

HITRO SPROŠČANJE (20-30sek)

Je namenjeno zmanjševanju časa sprostitve v naravnih ne-stresnih situacijah. Terapevt in klient poiščeta serijo znakov, ki naj bi klienta spomnili v raznih vsakdanjih situacijah, da se sprosti. Npr. vsakič, ko pogleda na uro, odpre predal, telefonira, gre na WC... Da se klient lažje spomni na znake,

je koristno, da si nalepi male barvne papirčke na razne predmete (uro, telefon, predal...). Hitro sproščanje naj ponovi petnajst- do dvajsetkrat na dan. Pri sproščanju naj upošteva:

1. 1-3 krat globoko zadihaj, počasi izdahni!
2. Pred vsakim izdihom uporabi geslo: "Sprosti."
3. Opazuj napetost v telesu in jo skušaj sproščati, kolikor je le mogoče.

Ko je klient vadil hitro sproščanje 1-2 tedna in doseže sprostitev v 20-30 sek, je dosegel zadnjo stopnjo sproščanja.

Sproščanje ne pomaga dosti, če ga ne znamo uporabiti takrat, ko ga potrebujemo, v stresnih situacijah. Zato se klient uči zaznavati že prve, zgodnje znake anksioznosti in jih uporabiti kot znak za sproščanje. Klienti morajo vaditi sproščanje v zaporednih kratkih obdobjih, medtem ko sedijo, stojijo in opravljajo razne aktivnosti. Pri tem so pomembne samoinstrukcije: "Sprosti...", "Umiri se...".

Stanje globokega mišičnega sproščanja je opisal H. Benson kot sprostivni odgovor, ki vključuje serijo fizioloških sprememb v organizmu (po Bourne, 1995):

- zmanjšanje srčnega utripa(pulza),
- upočasnitev dihanja,
- znižanje krvnega pritiska,
- zmanjšanje napetosti v mišicah,
- zmanjšano poraba kisika,
- zmanjšanje električne prevodnosti kože,
- povečanje alfa valov v možganih (značilno za stanje sproščenosti) .

Kriteriji za ugotavljanje sproščenosti: objektivni in subjektivni (po S. Radonjič, v Praktikum I, 1984)

Objektivni so npr. zunanji izgled obraza, dvigovanje roke.. Po Wolpeju je objektivni test za preizkušanje sproščenosti zelo preprost. Terapevt dvigne roko klientu in opazuje, če je dovolj težka oz. sproščena. Pri sproščanju obraza so usta rahlo odprta, niso stisnjena. Jacobson je posebno pozornost dajal sproščenosti jezika in očesnih zrkel. Zagovarjal je tezo o mišični naravi mišljenja in predstavljanja. Tako npr., kadar so sproščene mišice jezika, niso možne nikakršne misli, pa tudi stresne ne. Kadar se sprostijo mišice očesa, preneha možnost predstavljanja, pa tudi predstavljanja neprijetnih prizorov. Ta teza danes ni potrjena, je pa gotovo, da posamezne sproščene mišice vplivajo na celotno relaksacijo. Nekateri smatrajo, da je sproščanje mišic glave najpomembnejše za odpravljanje anksioznosti.

Subjektivni kriteriji so subjektivna poročila o teži, toploti, gomazenju, ni pa nujno, da so vedno prisotni.

BIOLOŠKA POV RATNA INFORMACIJA (BIOFEEDBACK)

V 70. letih se je masovno razvila metoda biološke povratne informacije – biofeedback kot kontrola notranjih avtonomnih funkcij. Osnovana je na elektromiografiji.

Biološka povratna informacija je uporaba pripomočkov in naprav za sprotno spremljanje telesnih odzivov, ki jih sproži stresna reakcija, npr. sprememba srčnega utripa, krvnega pritiska, mišične napetosti, temperature kože, potenja in električnega delovanja (Looker, 1993). S pomočjo stroja torej dobimo zavestno informacijo o delovanju avtonomnega živčnega sistema in njegovem vplivu na delovanje posameznih organov (Lokar, 1984). Uporabnik lahko sproti nadzoruje stopnjo stresne reakcije in sprostivno stanje. Biofeedback je zelo koristen predvsem pri učenju tehnik sproščanja,

saj z njegovo pomočjo nemudoma opazimo napredek in zaznamo večjo sproščenost. O naših poskusih nas stroj postopoma obvešča, tako da lahko napake takoj popravimo, pozitivne spremembe pa utrdimo. Metoda se lahko uporablja pri pacientih z različnimi psihosomatskimi težavami (glavobolom, raznimi sindromi bolečin, povišanim krvnim pritiskom, kardiovaskularnimi težavami, ulkusom...), pri pacientih, ki so v stalni napetosti, pri pacientih s tiki, pri sproščanju nevroloških pacientov, kot metoda splošnega sproščanja in podobno (Lokar, 1984).

S časom se je pojavilo vprašanje, katere sprostitvene tehnike so boljše, katere so bolj učinkovite, kako to, da enim ljudem ustrezajo ene tehnike, drugim pa druge. Odkrili so, da za različne vrste anksioznosti obstajajo različne oblike sproščanja. Za somatsko izraženo anksioznost so najbolj primerne naslednje tehnike: avtogeni trening, postopno mišično sproščanje, Hata joga, Zen. Za kognitivno izraženo anksioznost pa so primerna kognitivno usmerjena sproščanja, kot so: hipnoza, transcedentalna meditacija. Odkrili so tudi, da različnim tipom osebnosti ustrezajo različne metode sproščanja.

VIRI:

1. Bourne, E.J. (1995). *The Anxiety & Phobia Workbook*. Oakland, New Harbinger Publications.
2. Hawton, K. et al. (Ur.) (1989). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems, . Practical Guide*. Oxford, Oxford Medical Publications.
3. Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1991). *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences - Clinical psychiatry*. Sixth Edition, Baltimore, Williams & Wilkins.
4. Lokar, J. (1984). *Metode biheviior psihoterapije*. v: Anić, N. (Ur.). (1984). Praktikum iz biheviior terapije I, Zagreb, Društvo psihologa Hrvatske.
5. Looker, T., Gregson, O. (1993). *Obvladajmo stres*. Ljubljana, Cankarjeva založba.
6. Radonjič, S. (1984). *Terapija ponašanja, relaksacija i biofeedback*. v: Anić, N. (Ur.). (1984). Praktikum iz biheviior terapije I, Zagreb, Društvo psihologa Hrvatske.
7. Radonjič, J. (1984). *Relaksacija u terapiji mucanja*. v: Anić, N. (Ur.). (1984). Praktikum iz biheviior terapije I, Zagreb, Društvo psihologa Hrvatske.

AGORAFOBIA - PRIKAZ PRIMERA

Problem pacientke je opisan na osnovi intervjuja, ki je bil opravljen po principih vedenjsko kognitivne obravnave (Hawton in drugi, 1989).

SIMPTOMATIKA

Pacientko, 46–letno poročeno žensko, zaposleno, je napotil v psihološko ambulanto splošni zdravnik. Povedala je, da ima težave že mnogo let. Vmes so tudi obdobja nekajmesečnega relativno ugodnega počutja brez večjih problemov.

Prevladujoče sedanje težave na fiziološkem nivoju so: občutek tiščanja v glavi in grlu, vrtoglavica, tresenje rok in vsega telesa, mišična napetost, občutek zibanja, negotovost in bolečine v nogah, slabost z občutkom, da bi lahko bruhalo.

Na kognitivni ravni dominira anticipacija neprijetnih telesnih senzacij in posledic teh, kar bi opazila tudi okolica. Mnogo misli je vezanih na strah pred izgubo kontrole nad sabo in okolico ter na strah pred smrtjo. Najpogostejše so naslednje : »padla bom«, »klecnila bom«, »kaj, če se kam zaletim«, »skup bom padla«, »ostala bom brez glasu«, »kap me bo », »ali je tumor«, »ne morem misliti«, »znorela bom«, »vsi me gledajo«.

V čustvenem pogledu prevladuje izrazito neugodje, napetost in nemoč ob občutku odsotnosti kontrole nad svojim vedenjem. Pacientka navaja strah, ki se stopnjuje v situacijah, v katerih ima občutek, da se ne bo uspela nemudoma umakniti v varen kraj (dom). Strah se povečuje s fizično in časovno oddaljenostjo od doma. Tako ji je najhuje zjutraj (odhod od doma v službo) in na delovnem mestu okrog 13.ure.

Na vedenjskem nivoju se zgoraj omenjeni strahovi odražajo v izogibanju fobogenim situacijam. Zelo neugodno ji je vstopiti v trgovino, ne prenaša čakanja v vrsti, ne uporablja javnih prevoznih sredstev, povsem nepojmljiva ji je npr. vožnja z vlakom ali letalom. Tako se v glavnem vozi z avtom le v njej dobro poznanem krogu s polmerom nekaj kilometrov (pot do službe, trgovine, deloma po domačem kraju in mestu, v katerem dela – v določenem času dneva). Z avtom se izogiba cest s semaforji in nasploh neznanih cest, saj ne prenaša čakanja pred rdečo lučjo. Kot peška se izogne trgovini oz. hodi ob robu s pogledom, usmerjenim v tla ali naprej proti hišam. Z možem se krog gibanja poveča tudi do večjih mest v državi in tudi do bližnjih središč sosednjih držav. Na otoku ni bila že zagotovo 10 let.

Izogibanje prihaja vsakodnevno do izraza v službi: predčasno odhaja domov na račun dopusta in ur, ki si jih privarčuje z bolniškim staležem. Vanj se pogosto zateče, zadnja leta v povprečju verjetno teden dni na mesec. Izogiba se situacij, v katerih se nahaja istočasno mnogo ljudi (kino, razne prireditve). Prenehala je alpsko smučati zaradi čakanja v vrsti, rada pa npr. teče na smučeh – z možem ali starejšim otrokom.

Domači povsem dobro vedo, kaj lahko v zvezi z njo pričakujejo. Prilagojeni so njenemu nivoju funkcioniranja. Večino opravkov realizira mož, skupne družinske aktivnosti (npr. izlete) opravljajo glede na njeno počutje – z njo, brez nje ali pa sploh ne.

* Polona Žgajnar, spec. klin. psih. (Zdravstveni dom Škofja Loka – dispanzer za mentalno zdravje, Stara cesta 10, Škofja Loka 4220)

Razen izogibanja je v vedenju opazno ritualiziranje, pri čemer je velikega pomena časovni dejavnik. Stvari skuša opravljati v istem času, na enak način (npr. obred vstajanja do odhoda v službo). Kakršnakoli sprememba dnevnega ritma, ki zahteva fleksibilnejši pristop, ji običajno intenzivira simptomatiko, tudi bežen obisk znanke.

OZADJE V POVEZAVI Z OSEBNO ZGODOVINO

Pacientkine težave so se razvijale postopoma. Ne spominja se nobene situacije, v kateri bi občutila izrazito nelagodje ali celo paniko. Posebne travmatske izkušnje na javnem mestu ni doživela pravzaprav nikoli, vedno pa se je tega bala. Že v gimnaziji in na fakulteti je pred manj prijetnimi in pogostimi situacijami več kot vrstniki razmišljala o možnih izhodih in posledicah teh. Z zaposlitvijo, odselitvijo od staršev in ustvarjanjem lastne družine so se njeni strahovi širili in krepili.

Pomembno vlogo pri nastanku fobičnega načina funkcioniranja ima vsekakor pacientkina primarna družina. Izhaja iz družine uslužbencev, je starejša izmed dveh hčera. Obe s sestro je vzgajala pretežno mati, bila je stroga in zahtevna. Vedno ju je opozarjala pred možnimi nevarnimi alternativami napovedujočih se, tudi vsakodnevnih situacij (»pazi, da se ne bo kaj zgodilo«). Spremembe je težko prenašala, rada je imela red. Pri pacientkinih 16-ih letih je zbolela za multiplo sklerozo, čemur so sledile hospitalizacije. Tako se je pacientka ob materi – modelu učila, da je življenje negotovo, da se lahko v vsakem hipu tudi katastrofalno spremeni, da do smrti lahko pride vsak trenutek. Že v zgodnjem otroštvu je na njen občutek nemoči in negotovosti vplival odnos med staršema, ki je vključeval precej nezadovoljstva, prekinjenih komunikacij ter povzročal napeto splošno družinsko vzdušje.

Po poroki mož s kopico svojih hobijev in precej časa, namenjenega njim, ni v celoti nadomestil zaščitniškega materinega odnosa in ni prevzel vloge »opozorjevalca«. Ugodno za razvoj pacientkine simptomatike je bilo, da kot zasebnik opravlja delo doma in je bolj ali manj stalno razpoložljiv (pomoč, spremstvo, prevzemanje funkcij). Obdobja izboljšanj niso bila nikoli daljša od pol leta.

Rojstvi otrok (starejši 19 let, zaključuje srednjo šolo; mlajši 10 let) sta povzročili začasno preusmeritev pozornosti iz notranjega doživljanja in razbremenitev v službi, kar je vplivalo na ublažitev simptomatike.

Zamenjave delovnega mesta oz. službe so vedno začasno ugodno vplivale na njeno počutje. Po končani fakulteti je v prvi službi vztrajala pet let. Zaradi neugodnih odnosov se je zaposlila za štiri leta v večjem družbenem podjetju. Tudi tam je »kot ponavadi prišlo do težav s sodelavkami, čeprav nisem rivalski tip«. Slabo je prenašala ležernost okolice, klepetanje med delovnim časom, nasploh ženski kolektiv s tovrstnim načinom komuniciranja. Nadalje je pet let delala kot vodja izvoza v dokaj velikem in uveljavljenem podjetju, kjer so bile še najbolj izpolnjene njene sicer visoke aspiracije. Kot študentka se je videla na pomembnem in odgovornem delovnem mestu. Po prihodu s porodniškega dopusta so se razmere v podjetju spremenile, odločila se je zaposliti se v državni službi. Po družbenih spremembah so se tovrstne službe prestrukturirale, tako da zadnjih sedem let opravlja dela bolj ali manj »na silo«, tudi nepotrebna, sproti jih dobiva, ker je pač tam. Počuti se kot »nujno zlo«. Dela, ki jih dobiva, opravi hitro in učinkovito, preostali čas se pa dolgočasi in čaka, da gre domov. Pisarno deli s sodelavko, katere pomanjkanje dela prav nič ne moti. Sicer se z njo dobro razume. Občasne nesporazume ima z nadrejenim, kar pa je niti ne obremenjuje preveč. Nekako superiorna se počuti ob njem.

Stanje se ji je vselej (začasno) izboljšalo po strokovnih in alternativnih obravnavah. Prvič je poiskala pomoč pri psihiatru pri 26-ih letih. Ta je bazirala na medikamentozni terapiji. Pravega izboljšanja s pomočjo tablet ni pričakovala, verjetno je pomembnejši delež predstavljala zanositev z nastopom

porodniškega dopusta. Pred kakimi 15 leti si je pomagala z akupunkturo, ki je deloma ublažila težave.

Psihoterapevsko je bila obravnavana pred sedmimi leti, čemur je sledilo nekako polletno obdobje remisije. V zadnjih letih je bila trikrat na pregledu zaradi borelioze in nekajkrat pri nevrologu, nazadnje pred enim mesecem. Vsi izvidi so bili brez posebnosti.

Sedaj se je oglasila v psihološki ambulanti zaradi pomisleka splošne zdravnice v zvezi s smiselnostjo predstavitve pacientke invalidski komisiji (pacientkne pritožbe, pogosti staleži). Do možnosti upokojitve je ambivalentna, saj je s svojo sedanjo službo izrazito nezadovoljna. Ima 22 let delovne dobe.

Sama svojega stanja ne vidi kot nepopravljivega, želi se vključiti v psihoterapevsko obravnavo, saj ima z njo že pozitivno izkušnjo.

S svojimi težavami se zadnja leta manj učinkovito spopada. Občasno poskuša z relaksacijo, kot se je pač spominja s psihoterapevtske obravnave. Pomaga si tudi na ta način, da si predstavlja pomirjujoče scene (žuborenje potoka, valovanje morja). Prebere kakšno knjigo za samopomoč (o depresiji, pridobitvi samozavesti, pozitivnem mišljenju). Včasih ji uspe prepričati se, da lahko premaga težave in prevzame kontrolo nad notranjim doživljanjem. Reče si npr.: »saj bo minilo«, »pa kaj me to brez veze gnjavi«. Zgodí se, da premaga nelagodje na ta način, da se namenoma izpostavi neprijetni situaciji. Tako gre npr. v trgovino po kakšno malenkost. Kadar se zelo slabo počuti, vzame tableto za pomiritev – po nasvetu splošne zdravnice. V službi se včasih poskuša pogovoriti s sodelavko o težavah ali o čem drugem.

KONCEPTUALIZACIJA

(dinamičen postopek organizacije podatkov o pacientki ob upoštevanju naučenega vedenja, izkušenj in vpliva disfunkcionalnih kognicij (Beck J., 1995))

Pacientkino stanje po DSM – III – R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 3., revised) zadovoljuje diagnostična kriterija za agorafobijo brez zgodovine panične motnje.

Ta sta:

- A. Agorafobija: Strah ob bivanju v prostorih ali situacijah, iz katerih je težko (ali neprijetno) pobegniti ali v katerih pomoč mogoče ne bo razpoložljiva v primeru nenadnega razvoja simptomov, ki so lahko onesposobljujoči ali ekstremno neprijetni. Primeri vključujejo vrtoglavico ali omotico, depersonalizacijo ali derealizacijo, izgubo kontrole mehurja ali črevesja, bljuvanje ali kardialno nelagodje. Posledično oseba omejuje potovanja ali potrebuje spremstvo ob odhodih od doma, sicer prenaša agorafobično situacijo kljub intenzivni anksioznosti. Splošne agorafobične situacije vključujejo odsotnost od doma, bivanje v množici ali na mostu, stanje v vrsti, potovanje z avtobusom, vlakom ali avtom.
- B. Nikoli ni zadovoljeval kriterijev za panično motnjo.

Pacientka ne zadovoljuje pogoja A za diagnozo panične motnje, ki zahteva, da ima pacient hkrati z motnjo enega ali več paničnih napadov (nepovezana obdobja intenzivnega strahu ali neugodja), ki nastopajo:

1. nepričakovano (to pomeni, da se ne zgodijo neposredno pred ali ob ekspoziciji situaciji, ki skoraj vedno povzroča anksioznost) in
2. niso povzročeni s situacijami, v katerih je oseba v središču pozornosti drugih ljudi.

Pacientka namreč lahko s precejšnjo verjetnostjo napoveduje situacije, ki jo vznemirjajo, obremenjujejo in zastrašujejo ter intenzivirajo simptomatiko. Zna se tudi zaščititi s sicer negativnim manevrom za soočanje s težavami – t.j. izogibanjem.

Večina situacij sicer vključuje tudi eksponiranje pred drugimi, množico, vendar so prevladujoči strahovi tipični za agorafobijo in tako diferencialno diagnostično lahko izključimo tudi socialno fobijo. V določenih situacijah, če je izpostavljena tudi podrobnemu preiskovanju, povsem dobro funkcionira.

Generalizirana anksioznostna motnja kot diferencialno diagnostična možnost je izključena zaradi neizpolnjevanja pogoja A, ki zahteva nerealistično ali prekomerno anksioznost in skrb glede dveh ali več življenjskih okoliščin (npr. glede možne nesreče otroka, ki sicer ni v nevarnosti, ali finančne skrbi brez utemeljenega razloga), ki traja vsaj šest mesecev, med katerimi je bila oseba vsaj polovico časa zaskrbljena.

Izključene so tudi druge organske (hipertireoza, hipoglikemija, feokromocitom in temporalna epilepsija ob ostalih organskih pogojih) in psihiatrične diagnoze. Psihiatrične so naslednje: ostale iz kroga anksioznosti in depresivnosti, velika depresija, shizofrenija, paranoidna osebnostna motnja, izogibajoča se osebnostna motnja in odvisnostna osebnostna motnja.

Pacientkin skupek fobij je vzdrževan tudi z možnostjo manipuliranja z urami prisotnosti v službi in bega v bolniški stalež. Eno izmed njenih verovanj glede tega, kaj bi ji pomagalo, je : »bolje bi bilo, če bi v službi delala po štiri ure«. Napovedujoča se ji možnost ocene invalidske komisije zagotovo ne pripomore k izboljšanju. Zato je bila pred obravnavo v dogovoru z zdravnico soočena z dejstvom, da njene težave v tem stanju nikakor niso razlog za pridobitev kakršnegakoli statusa invalida. To je po eni strani delovalo nanjo tudi pozitivno in motivirajoče za psihoterapijo v smislu bolj optimističnega pogleda na težave in reverzibilnost teh. Doma je njeno stanje vzdrževano z razumevanjem domačih za njene težave in prilagojenostjo nanje. Najmočnejši podkrepljevalec fobij in zniževalec učinkovitosti je vsekakor izogibanje ekspoziciji agorafobičnim situacijam. Izmed kognitivnih dejavnikov so pomembne občasne negativne misli glede smiselnosti obravnave in glede posebnosti njenega doživljanja (»nikogar to ne gnjavi«).

Kot glaven motiv za zdravljenje navaja jezo zaradi omejenosti v gibanju in odvisnosti od drugih. Prikrajšana je za hobije (kolesarjenje, tek), želi si na daljša potovanja.

V celoti je prognozo obravnave mogoče oceniti kot dokaj ugodno, saj je motivacija zanjo ustrezna. Pacientka tudi ni depresivna , ni odvisna od alkohola ali drugih drog, pa tudi ne izkazuje odklonov v smeri osebnostne motenosti.

OBRAVNAVA

V grobem je mogoče celotno terapijo razdeliti na uvodni, osrednji in zaključni del.

Uvodni del je vključeval dve seansi s ciljem preprosto in jasno poučiti pacientko o obravnani in njeni racionalni v povezavi z naravo njenega problema. Razložene so ji bile hipoteze o nastanku in vzdrževanju težav z vedenjskega vidika ter o možnih načinih pomoči. Pokazana ji je bila lista tipičnih simptomov agorafobije, z njo sem predelala kriterij za kriterijem. Seznanjena je bila s pogostostjo tovrstnih težav v populaciji ter z izsledki raziskav glede uspešnosti različnih terapij – tudi z namenom vzpodbuditi upanje na izboljšanje . Del časa v uvodu je bil posvečen razlagi delovanja avtonomnega živčnega sistema v povezavi z anksioznostjo , odgovora organizma v smislu »boj ali beg« tudi ob odsotnosti konkretne nevarnosti ter učenju prepoznavanja in identifikacije fizioloških senzacij. Pogosto je namreč prvi korak v obravnavi obvladovanje fiziologije.

Jasno ji je bilo povedano, da je tovrstna obravnava eden od možnih načinov reševanja problemov, ki zahteva aktivno udeležbo pacienta in terapevta. Gre za strukturiran, časovno omejen (okvirno 5 – 15

seans za težave, podobne njenim), na sedanost in cilje usmerjen pristop, ki temelji na osnovnem teoretičnem prepričanju, da sta človekovo čustvovanje in vedenje v veliki meri determinirana z njegovim načinom strukturiranja realnosti. Spremembe na kognitivnem nivoju, ki se dosegajo s pomočjo različnih tehnik, povzročajo trajnejše emocionalne in vedenjske spremembe.

Seveda je tok terapije v največji meri odvisen od ciljev, ki si jih zastavi pacient in jih s pomočjo terapevta tudi korigira (npr. nerealen cilj »da ne bi bila v življenju nikoli več anksiozna ob odhodu od doma« se transformira v cilj » naučiti se kontrolirati simptome«). Splošen cilj terapije je ponavadi pomagati pacientu pri učinkovitejšem funkcioniranju. Razdeli se na specifične in jasne cilje, ki morajo biti na neki način merljivi, formulirani v vedenjskih in pozitivnih terminih (v smislu izgrajevanja nečesa), dosegljivi v razumnem času ter nanašajoči se na glavni problem in ne le na delno rešitev.

Že v tem delu (posebej v drugi seansi) je bila pacientka poučena o glavni komponenti obravnave – sistematični ekspoziciji agorafobičnim situacijam. Znano je namreč, da vsaj del anksioznosti ni povzročen s kognitivno obdelavo, ampak preprosto pogojen kot odgovor na stimulus. Tako kot vsak pogojni refleks (npr. slinjenje psa kot odgovor na zvonec, ki je bil časovno združen s hranjenjem), tudi taka zveza izzveni s ponavljanjem oz. kontrolirano ekspozicijo pogojnemu dražljaju. Izzvenevanje pogojnega odgovora omogoča bolj realistično kognitivno oceno fiziološkega vznurjenja in razvijanje učinkovitejših strategij soočanja. Manjša odzivnost na fiziološko dogajanje povzroči, da to vse manj vpliva na pacientovo vedenje in doživljanje. Razlika med pričakovano in dejansko anksioznostjo zmanjšuje verjetnost agorafobičnega reagiranja. Ekspozicija vključuje situacije, ki pogojujejo fobijo in se jim posameznik izogiba. Vsekakor zahteva pacientovo precejšnjo aktivnost, saj je nujno ponavljajoča se, tudi podaljšana, stopnjevana in provocirajoča znake anksioznosti. V terapiji se pacient uči in v praksi uporablja različne tehnike za učinkovitejše obvladovanje simptomov.

Vedenjskim komponentam obravnave se nujno pridružujejo kognitivne. S kognitivno restrukturacijo razumemo identifikacijo negativnih avtomatskih misli, ki izhajajo iz bazičnih prepričanj, proučevanje teh misli (evaluacija) ter spreminjanje. Pacientki je bilo ob njenih primerih razloženo, da gre pri avtomatskih mislih za paralelni miselni tok, ki obstaja poleg manifestnega. Te misli, ki so večinoma negativne in predvidljive, odkrivamo v glavnem s pomočjo vprašanja : »na kaj sem pravkar pomislila?« Misli so kratke, izražene v verbalni (»padla bom«), vizualni (kot strašljive slike) ali kombinirani obliki. Ponavadi te misli sprejemamo kot resnico, možno pa jih je ovrednotiti glede na veljavnost. Če se izkaže, da so pravilne, se lotimo reševanja problema, sicer pa skušamo negativne, disfunkcionalne misli modificirati – postaviti v realnejši okvir (ponavadi je ta katastrofičen). Npr. misel »padla bom« transformiramo v »ta občutja poznam, nikoli ob njih še nisem padla, minilo bo, kot mine vedno«. Avtomatske misli odkrivamo z namenom vplivati na čustva, vedenje in fiziološke reakcije, saj interpretacija situacije bolj vpliva nanje kot situacija sama.

V drugi seansi je pacientka dobila domačo (terapevtsko) nalogo beležiti situacije, ko se ji spremeni razpoloženje po naslednji tabeli :

Datum, ura	Situacija	Misli	Čustva	Opombe
	(dogodek ali misli, spomini, sanjarjenja, ki spremenijo razpoloženje)	(prvo, kar ti pade na pamet)	(pozitivna in negativna)	

Tabela 1: Self – monitoring ob spremembi razpoloženja.

Že v prvi seansi ji je bilo pojasnjeno, da se obravnava ne zaključi za en teden s tem, ko zapusti sobo terapevta, ampak jo glavnina dela čaka doma in v drugih življenjskih situacijah. Del je preciziran z domačimi nalogami oz. aktivnostmi za samopomoč.

Ob koncu uvodnega dela je bila ponovno preverjena motivacija pacientke za tovrstno obravnavo. Izkazala se je za visoko, imela je precejšnje upanje na izboljšanje. Všeč ji je bilo zlasti dejstvo, da celotna obravnava ne temelji na preteklosti in da je sproti pojasnjen način dela ter smiselnost tega.

Prihajala naj bi enkrat tedensko. Seanse trajajo eno uro. Izostanek s katerekoli strani mora biti čimprej sporočen. Za začetek velja dogovor za šest seans, v šesti naj bi kratko pregledali prehojeno pot in določili smernice za naprej.

Osrednji del je vključeval devet seans z ustaljenim dnevnim redom :

1. kratek pregled razpoloženja in pomembnejših dogodkov od zadnjega srečanja,
2. povratna informacija o zadnji seansi,
3. določitev dnevnega reda,
4. pregled domače naloge, ki je pogosto tudi
5. glavna tema,
6. določitev nove domače naloge,
7. končni povzetek in pridobitev povratne informacije o seansi.

Kratek pregled razpoloženja in pomembnejših dogodkov od zadnjega srečanja

Na začetku vsake seanse je pacientka na lestvici od 1 – 10 ocenila in v nekaj stavkih opisala svoje počutje v času od zadnjega srečanja (1 – najslabše, 10 – najboljše, kot si lahko zamišlja). Z ocenjevanjem ni imela nikakršnih težav. Ocenjo oz. izboljšanja ali poslabšanja je skušala povezati s pomembnejšimi dogodki v zadnjem tednu – s stvarmi, s katerimi je bila zadovoljna, nezadovoljna,.... Včasih je že pri prvem opisu navedla temo, ki je bila kasneje uvrščena na dnevni red (npr. težave v službi, napovedan izlet). Ta kratka ocena mi je pomagala pri oceni pacientkinega prevladujočega razpoloženja, grobega poteka terapije in pri strukturiranju seanse.

Počutje je v prvih treh seansah ocenila »okrog 4«. Tako nizko zlasti na račun poslabšanja razpoloženja ob nedeljah popoldne in proti večeru ter ob začetku delovnega tedna. Ob koncu tedna in vikendih je bilo razpoloženje tudi višje.

V četrti seansi je ocenila s 6, kar je pripisala tudi svoji večji aktivnosti in napovedanemu izletu z letalom.

V peti seansi je bila njena ocena visoka, 8-9. Temeljila je na ugodni izkušnji in ponosu v zvezi s kratkimi počitnicami.

Tej seansi je sledil opravičljiv izostanek zaradi službenih obveznosti.

V šesti seansi je počutje ocenila s 5. Simptomatika se je ponovno okrepila, njena aktivnost znižala.

Od sedmega do devetega srečanja je ocena dokaj enakomerno naraščala od 7 do 8-9.

Povratna informacija o zadnji seansi

Namen te točke je preveriti pacientkino razumevanje poteka terapije in pridobiti povratno informacijo o terapevtski zvezi. Ker je bila že v uvodu seznanjena s potekom seans, je vedela, da bo o tem vsakič znova povprašana. Zato se je najverjetneje bolje pripravila na srečanje in o terapiji več razmišljala, kot bi sicer. V prvih seansah sem jo pozivala k povratni informaciji in grobem orisu dnevnega reda prejšnje seanse, kasneje je to delala spontano sama. Že ob prihodu v sobo si je namestila na mizo pisalo in beležko ter jo odprla na ustrezni strani. Med seansami si je vse več

zapisovala, k čemur sem jo na začetku precej vzpodbujala – tudi s tem, da sem sama verbalizirala svoje zapiske.

Vsakič sva bili posebej pozorni na morebitno nedokončano delo s prejšnjega srečanja ter aktualnost tega.

Določitev dnevnega reda

V začetnih seansah sem na dnevni red bolj vplivala jaz, kasneje pacientka sama. S tem je prevzemala tudi večjo odgovornost za potek terapije. Eden od ciljev terapije je vsekakor ta, da postane pacient sam sebi terapevt. V prvih seansah so bile prevladujoče edukativne teme, predlagane z moje strani : okrepitev kognitivnega modela, določitev ciljev, razlaga vedenjskih in kognitivnih postopkov v povezavi s pacientkinimi primeri in simptomatiko. O tej je želela precej diskutirati. Vedno znova sem jo vračala z opisovanja počutja na aktivnost in možnosti za soočanje s težavami.

Kasneje je pacientka uvrščala na dnevni red bolj »življenjske teme«, npr. služba, druge možnosti zaposlitve, osamosvajanje,

Vsak dnevni red razen glavne teme vključuje pregled prejšnje in določitev nove domače naloge ter končni povzetek in povratno informacijo.

Pregled domače naloge

Pacientka se je nalog lotevala resno, zavzeto, sproti, videla jih je kot sestavni del obravnave. To ne pomeni, da jih je vedno v celoti izpolnjevala, je pa vsaj razmišljala o njih in njihovem smislu, težavah, s katerimi se je srečevala, in njihovi edukativni komponenti. Ob proučitvi pogojev, ki bi naj bili izpolnjeni za realizacijo naloge, se je neizpolnjena naloga ponavadi prenesla v glavno temo ali le določitev nove domače naloge.

Prvo pomembno izboljšanje razpoloženja po tretji in četrti seansi je v pacientki vzbudilo občutek, da stvari tečejo kar same od sebe ugodno, da ji ni potrebno posebej vplivati in se truditi za vzdrževanje takega stanja. To je vplivalo na njeno presenečenje ob poslabšanju, padec motivacije za obravnavo in negativne avtomatske misli v zvezi z njo (»to je brez veze«, »nikoli ne bo boljše«). Tako je tudi (edino) na šesto seanso prišla z le izredno parcialno izpolnjeno nalogo. To je bilo izkoriščeno za ponoven pogovor o smiselnosti in namenu tovrstnega dela ne samo med terapijo, ampak tudi po njej.

Glavna tema

Po uvodnih informacijah o terapiji sva s pacientko v prvi seansi osrednjega dela sestavili listo terapevtskih ciljev. Ti so predstavljali okvir za nadaljnje delo na specifičnih kognitivno vedenjskih strategijah, specifičnih težavah in dolgoročnejših problemih.

Pregledana in dopolnjena lista ciljev:

1. vzdržati v službi po 8 ur brez večjih težav (tesnoba, vrtoglavica, šibkost v nogah, ...) s stopnjo napetosti pod 4,
2. biti bolj sproščena ob nenapovedanih obiskih,
3. biti bolj sproščena ob večji oddaljenosti od doma (potovanja, izleti),
4. lažje prenašati čakanje pred semaforji,
5. hoditi po mestu in trgovinah brez občutka strahu in stalno prisotne želje iti čimprej domov,
6. hoditi več v družbo,
7. rekreativno teči in kolesariti po okolici,
8. lažje čakati v vrsti (napetost do 5).

Ker je bila za pacientko najbolj pereča službena situacija v povezavi s pojavljanjem simptomatike, sem se odločila seznaniti jo z namenom relaksacije ter njeno uporabo v praksi in tehniko dihanja s

trebušno prepono. To dihanje je bolj naravno in sproščujoče kot prsno, preprečuje tudi hiperventilacijo. Podrobno ji je bila razložena smiselnost relaksacije kot načina za prekinitev začaranega kroga med negativnimi avtomatskimi mislimi in fiziološko vzburjenostjo. Ob prepoznavanju prvih znakov vzburjenosti in uporabi te tehnike je mogoče popolnoma kontrolirati fiziološko dogajanje. Seveda pa je za to potreben reden trening, katerega omogoča posnetek relaksacije na avdio kaseti.

Pacientki je bila podrobno predstavljena progresivna mišična relaksacija, ki vključuje izmenjujočo se napetost in sprostitvev različnih mišičnih skupin. Cilj je doseči popolno sprostitvev v vseh skupinah. Traja približno 20 minut. Pacientka pred in po relaksaciji oceni stopnjo sproščenosti.

V drugi seansi je pacientka ponovno izpostavila svoje težave v službi. Jaz sem uvrstila na dnevni red izogibanje in izpostavljanje.

Vsakršno izogibanje stopnjuje anksioznost in poveča verjetnost ponovnega izogibanja, saj človeku onemogoča spoznati, da situacija pravzaprav ni nevarna. Sistematična ekspozicija prekine začaran krog, ki vzdržuje simptomatiko. Obravnava temelji na znižanju anksioznosti s pomočjo :

- identifikacije situacij, katerim se pacient izmika,
- njihove razvrstitve od najmanj do najbolj ogrožujoče,
- izpostavljanja »od spodaj navzgor« in
- ponavljanja posamezne naloge toliko časa, dokler ne izzove le malo ali nič anksioznosti.

Pri tem sta izmed tehnik v pomoč relaksacija in uporaba distraktorjev. Ti odvrnejo posameznika od simptomatike s preusmeritvijo na druge dejavnike, npr. posvetitev posebne pozornosti objektom v bližini, drugim osebam, apliciranje mentalnih vaj (abeceda nazaj, štetje od 1000 nazaj po 7, ...),.... Pacientka spontano uporablja kot distraktor zlasti pri vožnji radio (pozorno poslušanje) in petje (v mislih, polglasno, glasno – odvisno od situacije). V seansi sva začeli sestavljati, doma pa je dopolnila listo agorafobičnih situacij.

Pregledana in dopolnjena lista agorafobičnih situacij:

- 10 - sama na otoku ali pri vožnji z letalom,
- 9 - sama pri vožnji z vlakom ali avtobusom,
- 8 - sama z avtom po manj znanih večjih mestih, po Ljubljani,
- 7 - sama z avtom po manjših mestih, čakanje pred semaforji, služba okoli 13.ure,
- 6 - čakanje v vrsti, hoja po trgu,
- 5 - sprehod, tek po bližnji okolici,
- 4 - služba – zjutraj,
- 3 - nakup v trgovini,
- 2 - obisk staršev z avtom,
- 1 - odhod na vrt.

Namen zgoraj omenjenih tehnik je preveriti njihovo učinkovitost v praksi, torej tudi v službi. Razen tega je nujno strukturirati čas, še posebej takrat, ko izbija simptomatika. Pacientka je predlagala, da bi to storila s pomočjo učenja nemščine oz. zapolnitve popoldanskega časa z aktivnostmi, ob katerih ji čas hitro mine. Vsak večer pred delovnim dnevom bo naredila načrt za zapolnitev časa v službi ter določila uro odhoda domov.

V tretji seansi sem predlagala, da se del domače naloge (self - monitoring razpoloženja) ob pogovoru o kognitivni restrukturaciji prenese v glavno temo. Pacientka se je želela pogovoriti o nespečnosti.

Situacije, ki jih je beležila v self - monitoringu, so bile v glavnem vezane na službo. Avtomatske misli v zvezi s tem so bile : »zvrtelo se mi bo », »padla bom«, »ne bom zdržala«, »samo domov«,

»brez veze, da sem tu«, »že spet isto«. Izmed čustev je navajala vznemirjenost, napetost, jezo, nelagodje.

S pacientko sva ob primerih predelali:

- kakšne dokaze ima za takšno misel,
- kakšne so možne alternativne razlage,
- kako bi mislil kdo drug v podobni situaciji,
- kakšna je stopnja prepričanja v to misel (0–100%),
- kaj bi lahko ukrenila,
- kaj bi svetovala prijateljici,
- kaj, če se avtomatska misel uresniči,
- kakšna je verjetnost za to,

Tabelo 1 sva dopolnili z rubrikami : stopnja prepričanja v avtomatsko misel, racionalen odgovor na avtomatsko misel, po njem stopnja prepričanja v prvotno avtomatsko misel ter prihodnja akcija. Glede slednje je bila posebej opozorjena na nujnost odlaganja umika iz situacije, če že obstaja tako močna tendenca po njem (npr.: »prižgala bom radio, počakala 10 minut do poročil, poslušala poročila in se potem ponovno odločala o svoji nameri«).

Datum, ura	Situacija	Avt. misel	Stopnja prepričanja	Čustva	Racionalen odgovor	Stopnja prepričanja	Prihodnja akcija	Op.

Tabela 2: Razširjen self - monitoring ob spremembi razpoloženja.

Tudi v naslednjih seansah sem (vsaj pri pregledu domače naloge) nadaljevala s poučevanjem pacientke o kognitivni restrukturaciji in uvidevanju posledic modificiranih misli na področju vedenja in čustvovanja. Racionalni odgovor je ustrezen, če vsaj za 30% upade stopnja prepričanja v avtomatsko misel.

Glede nespečnosti sem vzpodbudila pacientko k verbalizaciji možnosti samopomoči, dosedanjih izkušenj in preverjanju idej v praksi. Odločila se je za poslušanje kasete z relaksacijo v postelji in uporabo imaginacije. To spontano uporablja. Ker uživa na morju in v gorah, si predstavlja te scene s kakim ritmičnim gibanjem (npr. valovanjem morja).

V četrti seansi je pacientka po oceni svojega počutja kot bistveno boljšega uvrstila na dnevni red pripravo na napovedan 4-dnevni izlet z družino z letalom (ura vožnje v eno smer). Do izleta je bila ambivalentna, čeprav je sama največ naredila za njegovo uresničitev. Anticipirano anksioznost je ocenila s 6-7. Razmišljala je že o tem, kaj bi ji pomagalo. Vzpodbudila sem jo k redni imaginaciji (kot ekspoziciji) situacij na letališču in poleta, kar sva poiskusili tudi v seansi. Pripravili sva listo za samopomoč, ki je vključevala možne aktivnosti pacientke v kočljivih situacijah (npr. branje na letalu, poslušanje kasete z relaksacijo, fokusiranje na pogovor z domačimi, igrice s sinom, ...).

Posneli sva krajšo obliko progresivne mišične relaksacije (8-10 minut) , ki vključuje le sprostitvev brez zategovanja različnih mišičnih skupin.

V peti seansi, na katero je prišla zelo dobro razpoložena, je izrazila skrb zaradi morebitnega poslabšanja. Jaz sem se želela podrobneje pogovoriti o prakticanju sistematične desenzitizacije. Izkazalo se je, da je ugodna izkušnja ob izletu z letalom (kot preplavljanje) delovala na ostale agorafobične situacije v smislu precejšnje generalizacije. Ob odhodu v službo in trgovino pacientka ni imela nikakršnih težav več. Tudi plan prisotnosti v službi je izpolnjevala 100% oz. ga celo presejala. Zastavljala ga je namreč z rezervo – 15 minut manj od potrebnih 8 ur.

Glede strahu pred poslabšanjem sem omenila, da bo o tem (kot zelo realni možnosti) več povedanega ob zaključevanju terapije. Vsekakor je ugodno, da do poslabšanja pride med obravnavo. Tako si pacient nabere izkušnje za ravnanje ob takih primerih v prihodnosti.

V šesti seansi sva uvrstili na dnevni red poslabšanje razpoloženja ter pogovor o smiselnosti obravnave. Negativne avtomatske misli o obravnavi so namreč znižale njeno aktivnost in tako je tudi domače naloge le deloma uresničila. Skušala sem okrepiti motivacijo in vzpodbuditi upanje na izboljšanje s povzetkom doseganega poteka obravnave. Pacientka je izrazila presenečenje nad tem, koliko ji je pravzaprav uspelo.

SedANJI padec razpoloženja je povezala z nezadovoljstvom v službi. Ker je to pojmovano kot realen življenjski problem, sem izkoristila priložnost in jo seznanila s tehniko reševanja problemov. Ta sestoji iz :

- opredelitve problema,
- iskanja alternativnih rešitev,
- ugotavljanja prednosti in pomanjkljivosti posamezne rešitve,
- izbire ene rešitve,
- izvršitve in
- ocene njene učinkovitosti.

Že v seansi je izrazila dalj časa trajajočo idejo, da bi delala v službi po 4 ure, za 4 ure pa bi se zaposlila doma.

Na sedmo seanso je prišla dobro razpoložena, splošno aktivna, navajala je občutek ustrezne kontrole nad notranjim doživljanjem in okolico. Plan glede službe je izpolnjevala 100%, po hierarhični lestvici agorafobičnih situacij je napredovala do 7.stopnje. Dvakrat v zadnjem tednu je šla sama po nakupih v bližnje mesto.

Na dnevni red sem uvrstila pogovor o prostočasnih aktivnostih, ki ji izboljšujejo razpoloženje, in predstavitev hitrega sproščanja. Podrobneje sva pregledali njene misli in prepričanja v zvezi s socialno sfero. Izmed prepričanj sta prevladovala : »človek mora v družbo« in »družabni so priljubljeni«. Testirali sva njihovo realnost in se pogovorili o najpogostejših napakah v mišljenju. Pregledali sva njene avtomatske misli in ugotovili, da se najpogosteje pojavljajo : katastrofizacija, branje misli, posploševanje, moranje, enostransko gledanje, povečevanje pomena negativnega in zmanjševanje pomena pozitivnega. Pacientka si je zapisala tudi druge kognitivne distorzije za lažjo evaluacijo svojih misli po terapiji.

Predstavila sem ji hitro relaksacijo. V različnih položajih in življenjskih situacijah je potrebno čimvečkrat, tudi 20-krat dnevno :

- trikrat globoko vdihniti in počasi izdihniti,
- pred vsakim izdihom misliti »mirna, sproščena«,
- preveriti napetost v telesu in
- poskusiti se sprostiti, kolikor je pač mogoče v tej situaciji.

Dogovorili sva se za razredčenje seans na enkrat na 14 dni.

V osmi seansi je pacientka želela ponovno analizirati problem delovnega mesta in razmišljati o svojih nadaljnjih ukrepih. V glavno temo sem uvrstila domačo nalogo o zapisovanju aktivnosti v prostem času, ki jo zadovoljujejo. Poseben poudarek je bil na aktivnostih, ki jih opravlja sama.

Glavna tema v deveti seansi je bila ponovno služba. Predlagala jo je pacientka. Dodala sem ponovitev glavnega dela obravnave – izpostavljanja. Pacientka je ob tem spontano ugotovila, da

napetost mine v katerikoli situaciji, le dovolj dolgo je potrebno vztrajati v njej. Zelo dobro je razumela bistvo obravnave in uporabo tehnik, s katerimi je bila seznanjena.

Določitev nove domače naloge

Od začetka je bila pacientka aktivna pri določanju domačih nalog. S tem je prevzemala tudi večjo odgovornost za njihovo izvrševanje. Obseg nalog sem pogosto zmanjševala, saj si je v svoji neučakanosti neredko skušala zadati preveč. Pazila sem tudi na to, da so naloge življenjske, njej prilagojene, povezane z glavno temo seanse in cilji terapije. Skupaj sva ugotavljali namen posamezne naloge, jih zapisali in deloma zastavili realizacijo že v seansi sami (npr. izdelali tabelo za beleženje). Skušali sva predvideti možne težave in se pripraviti tudi na neuspeh (pri nekaterih).

Spisek domačih nalog v seansah osrednjega dela obravnave :

1. seansa :

- pregledati zapiske z obravnave enkrat na dan,
- self – monitoring ob spremembi razpoloženja,
- pregledati in dopolniti listo ciljev,
- tehnika dihanja – večkrat dnevno v različnih situacijah,
- relaksacija vsaj enkrat dnevno (poslušati kaseto),

2. seansa :

- pregledati zapiske zadnje seanse enkrat na dan,
- self – monitoring ob spremembi razpoloženja,
- vaje dihanja, relaksacija (vsaj enkrat dnevno),
- beležiti plan in realizacijo prisotnosti na delovnem mestu,
- pregledati in dopolniti listo agorafobičnih situacij,

3. seansa :

- pregledati zapiske zadnje seanse enkrat na dan,
- razširjeni self – monitoring ob spremembi razpoloženja,
- vaje dihanja, relaksacija (nujno tudi pred spanjem),
- beležiti plan in realizacijo prisotnosti na delovnem mestu,
- zapisovati ekspozicijo situacijam iz liste agorafobičnih situacij,

4. seansa :

- pregledati zapiske zadnje seanse enkrat na dan,
- razširjen self – monitoring ob spremembi razpoloženja,
- krajša verzija relaksacije (vsaj pred spanjem), vaje dihanja,
- zapisati si v primeru diskrepance med planom in realizacijo prisotnosti na delovnem mestu,
- imaginacija situacij na letališču in poleta (večkrat dnevno),
- pregledati in dopolniti listo za samopomoč v zvezi z izletom,

5. seansa :

- pregledati zapiske zadnje seanse enkrat na dan,
- razširjen self – monitoring,
- relaksacija (vsaj enkrat dnevno), vaje dihanja,
- ekspozicija : dvakrat dnevno po trgu, enkrat do trgovine, čim pogosteje plačevanje računov, drugi opravki,
- tek dvakrat tedensko,

6. seansa :

- pregledati zapiske zadnje seanse enkrat na dan,
- razširjen self – monitoring s posebno pozornostjo na misli, ki so vezane na potek obravnave,
- relaksacija vsaj enkrat dnevno, vaje dihanja,

- ekspozicija : trg, trgovina, čakanje v vrsti, pred semaforji,
 - razmislek o lastni akciji glede pridobitve objektivnih informacij o možnosti 4-urnega dela,
 - tek dvakrat tedensko,
7. seansa :
- pregledati zapiske zadnje seanse enkrat na dan,
 - hitra relaksacija čim večkrat dnevno, krajša po potrebi,
 - ekspozicija – peš, z avtom,
 - poklicati prijateljico,
 - tek dvakrat tedensko,
 - zapisovati aktivnosti v prostem času z oceno zadovoljstva od 1 do 10,
8. seansa :
- pregledati zapiske zadnje seanse enkrat na dan,
 - hitra relaksacija v življenjskih situacijah,
 - ekspozicija,
 - sestaviti spisek zadovoljujočih jo aktivnosti v prostem času,
 - tek ali kolesarjenje vsaj trikrat tedensko,
 - pogovor s predpostavljenim,
9. seansa :
- pregledati zapiske celotne obravnave,
 - izdelati načrt glede službe ob upoštevanju različnih možnosti delnih povratnih informacij,
 - ekspozicija,
 - hitra relaksacija, ostali po potrebi,
 - tek ali kolesarjenje vsaj trikrat tedensko.

Končni povzetek in pridobitev povratne informacije o seansi

Med seanso sem večkrat vmes povzemala bistvo in preverjala, če jo pravilno razumem. V prvih seansah sem ob zaključevanju povzetek celotne seanse prav tako delala sama, kasneje sem pozivala k temu pacientko. Pregledali sva glavne teme in si zapisali morebitne nedokončane, ki bi jih uvrstili na dnevni red naslednjega srečanja.

Pacientkina povratna informacija o seansi mi je v grobem nakazala potek obravnave, njej pa dala občutek, da mi ni vseeno za njeno mnenje.

Povratne informacije so bile večinoma ugodne. Pacientka je bila zadovoljna z živahnim dogajanjem in mojo aktivnostjo v procesu. Nekajkrat je izrazila vznemirjenost nad dejstvom, da spremembe ne potekajo tako hitro, kot bi želela. Skladno s tem se ni navduševala nad opozorili o možnih, celo nujnih poslabšanjih razpoloženja in splošni manjši funkcionalnosti, pa tudi o nujnosti dolgotrajnega sistematičnega dela za doseg trajnejših sprememb na čustvenem, vedenjskem in kognitivnem področju.

Zaključni del obravnave vključuje dve seansi. V obeh sem skušala še posebej pripraviti pacientko na možno poslabšanje in okrepiti njeno sposobnost soočanja s težavami. Sicer sem to počela že od samega začetka obravnave. Vedno sem poudarjala, da so spremembe rezultat njenega dela.

V prvi seansi sva s pomočjo pacientkinega povzetka zapiskov kratko pregledali potek obravnave, povzeli predstavljene kognitivne in vedenjske tehnike ter se ustavili pri realizaciji ciljev. Pacientka je svoje zadovoljstvo z realizacijo ocenjevala na 10 – stopenjski lestvici (1-v celoti nezadovoljna, 10-popolnoma zadovoljna).

Za 6. cilj je pacientka ugotovila, da je bil zastavljen na osnovi disfunkcionalnega prepričanja. Z obsegom svojih družabnih stikov je zadovoljna, čeprav ta ni velik. Zaveda se, da vsi cilji (razen šestega) zahtevajo njeno precejšnjo aktivnost za vzdrževanje doseženega.

Cilji	zadovoljstvo z realizacijo	opombe
1	9	
2	7-8	
3	9	
4	7	
5	9	
6	-	cilj je bil med terapijo modificiran
7	10	
8	9	

Tabela 3: Pregled zadovoljstva z realizacijo terapevtskih ciljev.

V zadnji seansi sva obdelovali možnost poslabšanja stanja in aktivnosti za vzdrževanje sprememb. Plod tega dela sta naslednja dva skupno sestavljena spiska :

Lista 1: Opomnik v primeru slabšanja razpoloženja :

- rečem si »samo mirno, to poznam, če sem že enkrat uspela premagati težave, jih bom tokrat še lažje, saj imam več orodij za to«,
- spomnim se, da se razpoloženje spreminja pri vseh ljudeh,
- pregledam zapiske (kaj mi je v preteklosti pomagalo, kaj lahko uporabim sedaj),
- razbijem problem na manjše dele in iščem možne rešitve,
- akcija - pozornost posvetim svojemu vedenju, strukturiram dan, načrtujem, pišem o tem,
- povem o tem bližnjim,
- pokličem terapevtko.

Lista 2: Opomnik za vzdrževanje sprememb :

- pregledam zapiske in opomnike vsaj enkrat mesečno,
- ob tem razmislim o izpostavljanju, izogibanju in samostojnosti,
- vzdržujem telesno kondicijo (tek ali kolesarjenje vsaj dvakrat tedensko),
- relaksacija vsaj enkrat tedensko (krajša oblika).

Pacientki sem podala povratno informacijo o poteku terapije. Izrazila sem zadovoljstvo z njenim sodelovanjem in dosego ciljev ter pri tem ponovno pripisala uspehe njej.

ZAKLJUČEK

V polovici leta po zaključku obravnave se je pacientka trikrat (vsaka dva meseca) oglasila na krajše postterapevtske seanse. Njihov namen je bil preveriti razpoloženje, uspešnost vzdrževanja stanja in napredka po obravnavi.

Svoje razpoloženje je vsakič ocenila visoko , z 8 do 8-9. Večjih težav z vzdrževanjem aktivnosti in posledično realizacijo ciljev ni imela. Uvidela pa je, da jo čaka še dolgotrajno delo. Ob znižanju aktivnosti se ji je namreč razpoloženje poslabšalo. Ponosno je pripovedovala o napredku glede samostojnosti. Sama je šla za nekaj dni v toplice, kar si pred letom dni še pomisliti ni upala. Imela je sicer blažje težave zvečer, katere pa je obvladala, in vztrajala v svojem načrtu. Na njeno pobudo bodo šli (mož, mlajši otrok in ona) na daljši izlet z letalom. Kljub neugodno rešeni prošnji za 4-urno

delo vztraja pri svojem načrtu in skuša reševati problem na višjem nivoju. V primeru neugodnega izida ima izdelano rezervno strategijo za spremembo svoje poklicne situacije. Ob zadnjem srečanju sva se dogovorili za stik po potrebi.

VIRI:

1. Beck, S.J. (1995). *Cognitive Therapy : Basis and Beyond*. New York : Guilford Press.
2. Beck, J.G., Zebb, B.J. (1994). *Behavioral Assessment and Treatment of Panic Disorder: Current Status, Future Directions*. Behavior Therapy, 25 : 581 – 611.
3. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – III – R)*
4. Đurđić, S. (1984). *Lečenje agorafobičkog poremećaja bihevioralnom psihoterapijom*. Praktikum iz bihevior terapije I. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske.
5. Gorenstein, E.E. (1997). *Case Studies in Abnormal Psychology*. Longman Publishers USA, 23 – 43.
6. Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark, D.M. (1989). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford : Oxford University Press, 1 – 129.
7. Zinbarg, R.E., Barlow, D.H., Brown, T.A., Hertz, R.M. (1992). *Cognitive – Behavioral Approaches to the Nature and Treatment of Anxiety Disorders*. Annu. Rev. Psychol., 43 : 235 – 267.

FOBIJE

Kot fobijo označujemo prisotnost ekscesivnega strahu pred objektom, aktivnostjo ali situacijo, ki sicer ni nevarna. To povzroča težnjo po izogibanju, čeprav običajno oseba prepozna iracionalnost strahu. Nasprotno od realnih strahov fobija onemogoča prilagojeno delovanje posameznika pri vsakdanjih aktivnostih. Označujejo jo tri značilnosti. Prisoten je nenehen strah pred objektom ali situacijo skozi daljši čas. Oseba ve, da je strah iracionalen, a to spoznanje ji ne pomaga. Glavna značilnost pa je izogibanje neugodnim situacijam, ki so pač odvisne od tipa fobije. Obstajajo trije tipi fobičnih motenj:

- agorafobija,
- socialna fobija,
- specifične fobije.

Agorafobija je ena najbolj razširjenih anksioznih motenj (APA 1994). Po ocenah velja, da okoli pet procentov ljudi trpi zaradi različnih stopenj agorafobije. Svet agorafobije pomeni strah pred odprtimi prostori in s tem povzročenimi paničnimi napadi. Izogibanje veleblagovnicam, trgovim ipd. ne povzroča neposreden strah pred temi situacijami in mesti, temveč strah, da bo beg, če oseba doživi paničen napad, težaven ali pa bo pomoč težko dostopna. Mnogih agorafobičnih ljudi pa ni strah samo paničnih atak, ampak tega, kaj si bodo mislili ljudje o njih, ko jih bodo videli v takšnem stanju. (Hawton idr., 1989)

Najbolj pogoste situacije, ki se jih agorafobične osebe izogibajo, so

- javni prostori, kjer je zbrana množica ljudi, kot so veleblagovnice, restavracije, kinematografi;
- omejeni ali zaprti prostori, kot so tuneli, mostovi;
- javna prevozna sredstva, kot so avtobusi, vlaki, letala;
- ostati sam doma.

Značilna je tudi anksioznost, ki se pojavi ob večji oddaljenosti od doma ali od oseb, ki nudijo varnost. Navadno se strah ne pojavlja le v izoliranih fobičnih situacijah, temveč se pojavi že ob anticipaciji situacije, v kateri bi lahko postal paničen.

Tako se v začetku pojavi panična ataka brez vidnega razloga. Kasneje se neugodje ali napadi začnejo pojavljati pogosteje v določenih specifičnih situacijah. Ko se strah tako močno poveže s situacijo, da prihaja do izogibanja, pa je to že znak začetka razvoja agorafobije.

Zakaj določeni ljudje s paničnimi napadi razvijejo agorafobijo, drugi pa ne, je trenutno še nedognano. Vzroke zanjo pa je potrebno, podobno kot pri drugih anksioznih motnjah, iskati v kombinaciji različnih faktorjev: dednosti, zgodnjega razvoja, bioloških razlogov, sprožilnih momentov, vzdrževalnih mehanizmov. Dokaz za prvo so raziskave na dvojčkih. Z vidika vpliva okolja pa so pomembne določene okoliščine v otroštvu, ki predisponirajo osebo za agorafobijo. To vključuje odraščanje pri starših, ki so perfekcionistični, pretirano kritični in zaščitniški ter poudarjeno anksiozni v komunikaciji z okoljem. (Barlow, 1988)

Agorafobija se pojavlja v vseh življenjskih obdobjih in na vseh nivojih družbene sfere. Od oseb s to diagnozo je okoli osemdeset procentov žensk, vendar se kaže trend upadanja.

Kot monosimptomatična težava je dokaj dostopna za terapijo. (Kaplan, idr. 1994)

Specifične fobije se kažejo kot močan strah pred določenim objektom ali situacijo, povezan z izogibanjem. Tu predhodno ni spontanega paničnega napada niti prisotnega strahu pred njimi kot pri agorafobiji. Prav tako tu ne gre za strah pred ponižanjem in zadrego v socialnih situacijah. Čeprav osebe prepoznavajo iracionalnost strahu, pa specifična fobija vseeno povzroča znatno anksioznost, ki interferira z vsakodnevno rutino, delom in odnosi.

* Igor Levstik, spec. klin. psih. (Klinično psihološka ambulanta, Roška cesta 18, Kočevje 1330, igor.levstik@siol.net)

Najpogostejše so naslednje: strah pred živalmi, višino, dvigalom, letalom, zdravniki, krvjo, boleznijo...

Ta tip fobije je pri obeh spolih približno enako prisoten. Specifične fobije so pretežno otroški strahovi, ki jih nismo nikoli prerasli. Lahko pa so tudi posledica travmatske izkušnje in s tem rezultat pogojevanja ali pa posledica modeliranja.

Terapevtsko so lažje dostopne kot agorafobija in socialna fobija, če ne vključujejo paničnih napadov ali niso multiple. Primerne terapevtske tehnike so desenzitizacija v imaginaciji in /ali izpostavljanje v realnih življenjskih pogojih.

Socialna fobija je ena od najpogostejših anksioznih motenj. Označuje jo anksioznost, ki je izzvana z izpostavljanjem ocenjevanju drugih ljudi oz. socialnim situacijam, kjer morajo osebe izvesti neko aktivnost. Strah je močnejši kot ga doživljajo nefobične osebe v teh situacijah. Najpogostejša oblika je strah pred javnim nastopanjem. Pogoste pa so tudi strah pred zardevanjem, pred nadzorovanjem med delom, uporabo javnih stranišč, pred zataknitvijo hrane podpisovanjem dokumentov pred drugimi, množico, izpitom ipd.

Včasih pa fobija ni specifično naravnana, temveč vključuje generaliziran strah pred kakršnokoli socialno situacijo, kjer ima oseba občutek, da jo gledajo in ocenjujejo.

Pojavlja se v poznem otroštvu ali v adolescenci in se navadno začne z otroškim sramom, ki se nadaljuje skozi mladostništvo in zgodnjo odraslo dobo, kasneje pa začne izgubljati na ostrini.

IZVOR

Obstajata dva splošna procesa, ki sta odgovorna za razvoj fobij : pogojevanje in travma. Travma ni vedno vključena v kreiranje fobije, medtem ko pogojevanje je. Bodisi preko asociativnega kondicioniranja ali pa kondicioniranja z izogibanjem. Prvo povzroča razvoj strahu pred določenimi situacijami ali objekti, vendar pa ne konstituira fobije. Šele ko se pojavi izogibanje te situacije ali objekta, pa postajamo fobični. Izogibanje situaciji, ki povzroča anksioznost, je tako nagrajena z redukcijo anksioznosti, nagrajeno vedenje pa ima tendenco k ponavljanju. S tem se izogibanje ponavlja in deluje kot rešitev pred strahom. Ta proces velja za najbolj kritičnega pri formiranju fobij. Socialna fobija in agorafobija se vzpostavljata na način, ko se določena situacija asociativno poveže z v njej doživeto panično atako. Specifična fobija pa je plod specifičnega travmatičnega doživetja.

Simptomi, ki se pojavljajo v teh situacijah, so tako fiziološki, vedenjski, kognitivni in emocionalni. Fiziološki so npr. hitro bitje srca, znojenje, drhtenje, pospešeno dihanje, mišična tenzija, vrtoglavica, slabost. Vedenjski simptomi so beg iz situacije ali pa otrplost. Na kognitivnem področju se pokažejo misli, kot so »To me bo ubilo«, »Na živce grem ljudem« ipd. Na emocionalnem nivoju pa se pojavljajo sram, zadrega, jeza ipd.

Kognitivni model fobij sloni na naslednjih zaključkih. Prvič, domneva, da postane posameznik anksiozen ob določenih dražljajih, ki jih interpretira za mnogo bolj nevarne, kot so v resnici. Drugič, nerealne interpretacije ostajajo zaradi izogibanja zastrašujočim situacijam. Tretjič, anksiozni simptomi, ki se pojavljajo pri motnjah, dodatno povzročajo strah in vzdržujejo težave. (Beck, 1990; Clark and Wells, 1995)

S kognitivno terapijo poskušamo v relativno kratkem času preobrniti miselne vzorce, ki so se utrjevali lahko tudi skozi nekaj let. Eden od načinov je, da se osredotočimo na najmanjšo možno mero kognitivnih področij , ki vzdržujejo motnjo. Drugi pristop pa je tako imenovana široko spektralna terapija, ki kombinira kognitivne in vedenjske tehnike. Prvi je orientiran na spreminjanja katastrofičnih misli. Drugi pa se posveča tudi ostalim področjem, ki jih zajame motnja. (Salkovskis, 1996)

Misli lahko spreminjamo na dva glavna načina. Lahko se lotimo spraševanja z namenom argumentiranja logične osnove določenega prepričanja ali stališča in poskušamo na podlagi realnih izkušenj dokazovati neutemeljenost misli. Lahko pa misli modificiramo indirektno z odstranitvijo

faktorjev, ki preprečujejo spremembo, ko smo konfrontirani z informacijami in izkušnjami, ki niso v skladu z našimi dosedanjimi prepričanji. Tu se pojavlja vprašanje, zakaj so nenormalne misli rezistentne na spremembe in jih informacije ali izkušnje, ki spreminjajo normalna prepričanja, ne modificirajo. Razlaga tega paradoksa bi lahko bila, da imajo določene strategije spoprijemanja, ki jih človek uporabi za redukcijo trenutne tesnobe, dodaten, a nehoten vpliv na preprečevanje daljnosežnih sprememb (Salkovskis 1991). Najbolj značilne tovrstne strategije so »varno vedenje«, beg in izogibanje. Wells in Matthews (1994) menita, da veliko kognitivnih in vedenjskih odgovorov na grožnjo odraža strategije in načrt, ki jih posameznik uporablja pri premagovanju nevarnosti in so njemu lastne. Na žalost pa je veliko teh načinov kontraproduktivnih, ker vzdržujejo preokupacijo z grožnjo in preprečujejo razvrednotenje disfunkcionalnih misli in prepričanj. Na primer socialno fobični posameznik, ki se boji, da v družbi ne bi govoril nepomembnih stvari, je močno usmerjen v nadzorovanje, kaj bo povedal. Zato zelo natančno in skrbno v mislih večkrat premlevala material, ki naj bi ga v razgovoru podal, z namenom, da preverja njegovo sprejemljivost. Tako s tem konstituira varno vedenje, ki ima namen preprečiti fobično izkušnjo, vendar s tem vzdržuje anksioznost. Podobno je pri agorafobičnih ljudeh, ki se skušajo izogniti paničnemu napadu v zanje ogrožajoči situaciji. Poskuša se npr. usesti ali se relaksirati in ob tem doživi olajšanje. Kljub temu pa se katastrofično prepričanje ohranja oz. ob občutku, da smo paniki komaj ušli, postane nevarnost še bolj evidentna. V nekaterih primerih varno vedenje ne samo preprečuje izpostavljanje ustreznim izkušnjam, ki naj bi spreminjale negativna prepričanja, temveč še pogloblja simptomatiko na način stopnjevanja ocene nevarnosti. Socialno fobičen posameznik na neki način z lastnim nadzorovanjem in mentalnim cenzuriranjem ovira procesiranje pomembnih dogodkov v situaciji ter omejuje verbalno razgibanost in s tem realno siromaši svoj nastop. Varo vedenje tako vzdržuje motnje skozi več načinov :

- Lahko poslabša telesne simptome, ki so znak katastrofe. Npr. kontrola dihanja lahko vodi v hiperventilacijo, kontrola misli pa lahko povzroči paradoksalni efekt povečane pozornosti s to mislijo oz. intruzije.
- Lahko nas zavede v razmišljanje, da se strah ni pojavil zaradi tovrstnega varnega vedenja, namesto da bi priznali dejstvo, da si sploh nismo dovolili izkusiti ogrožajoče situacije.
- Lahko s povečanjem budnosti za grozeče dražljaje stopnjuje izpostavljanje informacijam, ki so usmerjene v nevarnost in s tem krepijo negativna prepričanja.
- Lahko kontaminira socialne situacije in tako si osebe razložijo interakcije z obstoječo negativno percepcijo in ocenjevanjem. Npr. s socialno fobično osebo, ki malo govori o sebi in se izogiba očesnemu kontaktu z namenom, da se ne osmeši, je težko vzpostaviti konverzacijo. S tem povzroči, da se ga drugi izogibajo, sam pa to interpretira kot posledico, da drugi mislijo o njem slabo.

Sicer se pri fobičnih motnjah kažejo posebnosti na različnih področjih kognitivnega funkcioniranja: mišljenju, pozornosti, spominu, vizualnih predstavah in meta-kogniciji.

O posebnostih mišljenja je pisal že Freud, ko je na podlagi opazovanj ugotavljal pri paničnih pacientih, da se pri njih pojavlja strah pred hudimi zdravstvenimi težavami že ob posameznih anksiozno povzročenih fizioloških simptomih (palpitacija). Clark in ostali (1993) so dokazali, da pri fobičnih pacientih obstaja že primarno na nivoju jezikovne strukture model, ki generira tiste besede, ki povzročajo strah. To naj bi izhajalo iz motenj v procesiranju informacij, kjer je prisotna preokupiranost s konceptom nevarnosti. Ta se kaže tako v shemah (prepričanja in predpostavke) kot v negativnih avtomatskih mislih. Jedro motnje tako ni v emocionalnem sistemu, temveč v prevladovanju kognitivne sheme, ki kontinuirano prikazuje realnost kot zastrašujočo in podcenjuje lastno moč obrambe (Beck, 1985). Prepričanja so tipično nenaučena aksiomatsko postavljena stališča do sebe (Sem popolna zguba, nesposoben sem, jaz sem ničvreden ipd.), predpostavke pa se kažejo kot »če potem« trditve in kažejo na povezavo med dogodki in samooceno (Če bom kazal znake anksioznosti, potem me ne bodo marali; ipd.). Vsebina sheme je seveda specifična glede na naravo fobije. Tako npr. posameznik s specifično fobijo poveže objekt z nevarnostjo in vzpostavi

predpostavko glede na negativne dogodke, ki bi se lahko zgodili ob izpostavljanju fobičnemu dražljaju. Na neki način ta prepričanja perpetuirajo fobijo. Npr. posameznik s socialno fobijo predpostavlja, da ga ljudje ne bodo vzeli resno, če bo kazal anksioznost. Zato se odloči čim manj komunicirati, da jo s tem prikrije. To pa vodi v samoinstrukcijo, »Ne govori mnogo, poskusi se sprostiti«. Na ta način vedenje, ki izhaja iz disfunkcionalnih ocen in predpostavk, vzdržuje prepričanje v nevarnost. Za aktiviranje maladaptivne sheme pa so potrebne negativne avtomatske misli. Te nastanejo izven fokusa trenutnega zavedanja, so lahko verbalne ali v obliki predstav ter so verjetne glede na trenutno situacijo. Vodijo v specifično disfunkcionalno interpretacijo, vedenje in emocionalni odgovor. Sheme si tako pristransko podredijo smer razmišljanja v smislu izkrivljenj, ki so konsistentna z njeno disfunkcionalnostjo. Te »napake ali distorzije« v mišljenju (Burns, 1989) so lahko naslednje:

- Selektivna abstrakcija: Osredotočimo se na samo en aspekt situacije in zanemarimo druge mnogo bolj pomembne in veljavne.
- Posploševanje: Delamo zaključke na podlagi posameznih dogodkov, ki so se nam zgodili.
- Minimaliziranje/povečevanje: Povečevanje ali pa reduciranje pomembnosti določenih dogodkov, predvsem minimaliziranje pozitivnih izkušenj.
- Personalizacija: Vzpostavljamo relacije med zunanjim dogodkom in samim seboj, kjer to ni očitno.
- Katastrofiziranje: Iskanje najslabših izhodov v situacijah ali pa precenjevanje verjetnosti tega dogodka.
- Branje misli: Domnevanje, da se bodo ljudje do nas vedli negativno, čeprav nimamo nikakršnih dokazov za to.
- Arbitrarno sklepanje: Zaključevanje brez zadovoljivih dokazov in informacij.

Za primer lahko služi interpretacija socialno fobične osebe, ki je vpletena v pogovor s sodelavcem. Ko sodelavec nenadoma prekine razgovor in zapusti situacijo, lahko osebo preplavijo misli »Verjetno sem bil dolgočasen« ali pa »Verjetno misli, da sem popoln idiot, zato me ne mara«. Te ocene so primeri arbitrarnega sklepanja ter branja misli. Ob naslednjem srečanju s sodelavcem bo tako preokupiran z negativno mislijo, da je dolgočasen in neumen, in bo usmerjen na lastno anksiozno predstavo. Ne bo opazil pozitivnih signalov ali pa jih bo podcenjeval in jim zmanjševal vrednost »Skuša biti samo prijazen«. V tem primeru specifično usmerjena pozornost in sklepanje služi vzdrževanju prepričanja in negativnega ocenjevanja, ker se negativna informacija abstrahira in upošteva, pozitivna pa podcenjuje ali pa se preprosto ne predeluje.

Študije pozornosti pri fobičnih pacientih so ravno tako pokazale posebnosti. Tako pri paničnih kot tudi pri pacientih s specifično fobijo se kaže usmeritev pozornosti v grozeče fizične dražljaje, vendar je pri paničnih motnjah poudarjeno zavedanje lastnih notranjih znakov (npr. srčni utrip). Za paciente s socialno fobijo je značilno, da se bojijo kritike drugih. Tako bi lahko zaključili, da ti pacienti usmerjajo pozornost na reakcije in mnenje drugih glede njihovega lastnega vedenja. Eksperimentalne študije pa so pokazale, da gre za drugačen model pozornosti. Pojavlja se namreč pretirana pozornost na lastno vedenje in fiziološko reagiranje in premalo na odgovore in mnenja drugih. (»Dolgočasen sem.« in ne »Oni mislijo, da sem dolgočasen.«). Ugotovitve kažejo, da poudarjeno samoopazovanje vodi v neustrezno testiranje realnosti, v precenjevanje intenzitete lastnih somatskih odgovorov na stres in v poročanje o prevelikem emocionalnem odzivanju. (Stopa in Clark, 1993).

Spomin je ravno tako močno pod vplivom razpoloženja. Tako prihaja pri npr. anksioznem stanju do priklica dogodkov, ki so vezani na tesnobo ali strah, kar vodi v začarani krog vzdrževanja motnje. Pomen vizualnih predstav je pomemben predvsem pri travmatskih doživetjih (Ehlers in Steil, 1995). Tako imajo npr. pri vzdrževanju specifične fobije izrazito močan vpliv vizualne intruzije, ki so še močnejše in invazivnejše kot same misli.

Meta-kogniciji pripisujemo prepričanja in akcije, ki so povezane z regulacijo in interpretacijo lastnih kognitivnih procesov (Nelson in Nahrens 1990). Regulacija je npr. sprememba fokusa pozornosti,

interpretacija pa npr., ko človek, ki je doživel travmo, doživlja intruzije, ki pa jih nato interpretira kot posledico svoje norosti ipd. Tako se na ta način ne samo vzdržuje motnja, ampak se povzroča še dodaten stres.

TERAPEVTSKI PRISTOPI

Terapija izpostavljanja je bila prva psihološka obravnava, ki je prinesla pozitivne rezultate pri pacientih, ki bi jih danes diagnosticirali s fobično motnjo. Razvoj obravnave se je razvijal neposredno iz ugotovitev eksperimentalne psihologije, posebno iz dela Wolpja (1958) na sistematični desenzitizaciji. Ta bazira na hipotezi, da se večine abnormalnega vedenja, podobno kot normalnega, naučimo. Iz tega je izhajal, da se naučenega lahko tudi »odučimo« in namesto tega naučimo bolj adaptiranih reakcij. To pa lahko dosežemo le s soočanjem, ne pa z izogibanjem situacij, ki izzovejo strah.

Ocena

Ocena, ki je potrebna za določitev obravnave fobične motnje se začne že v prvi seansi in se nadaljuje tudi skozi nadaljnja srečanja. Ima pa tri namene :

- natančno določiti naravo fobije in primernost za obravnavo,
- definirati cilje,
- identificirati primerno merjenje motnje.

Ocenjevanje mora biti strukturirano tako, da sistematično dobimo fiziološke, vedenjske, kognitivne, emocionalne in interpersonalne dejavnike motenj. Ostrost motnje dobimo z oceno jakosti interferiranja fobije z dnevnim življenjem, sposobnostjo opravljati svojega dosedanjega dela ter vzdrževanjem normalnih socialnih relacij. Detajlno je potrebno dobiti informacije o izogibanju. Bolj kot natančno zgodovino razvoja fobije je potrebno identificirati vzdrževalne faktorje. Pomembni so tudi kognitivni faktorji, kjer so situacije interpretirane pretirano ogrožajoče. Npr. socialno fobični veliko bolj negativno interpretirajo dvoumne socialne situacije kot drugi anksiozni pacienti ali pa ljudje brez motenj (Clark, 1993). Konsistentno s kognitivnim modelom socialno fobični pri blagih negativnih socialnih dogodkih izberejo katastrofične interpretacije.

Dobiti moramo tudi podatke, katere načine spoprijemanja s problemi je pacient uporabljal v preteklosti z namenom jih inkorporirati v program obravnave. Poiskati hobije in področja, ki niso pod vplivom fobije, področja uspešnosti zadovoljstva, osebne karakteristike, kot so vztrajnost ali smisel za humor.

Določitev natančnih ciljev je izrazito pomembna, predvsem takrat, ko cilji pacienta ne korespondirajo s terapevtovimi. Eden od teh je nerealno pričakovanje. Npr. ko si socialno fobični pacient želi, da ne bi več nikoli občutil tesnobe v socialnih stikih. Drugi je, ko obstajajo različni poudarki na različnih ciljih. Za agorafobičnega je morda bolj pomembno, da gre v trgovino kljub spremstvu prijatelja, medtem ko si želi terapevt izgraditi pri pacientu samostojnost.

Merjenje motnje je pomembno predvsem z vidika spremljanja napredka in s tem nadaljnega planiranja obravnave. Ostrino strahu pogosto določamo s pomočjo hierarhije situacij, ki povzročajo strah, in vedenjskega eksperimenta. Uporabljamo tudi dnevno zapisovanje prakticiranja izpostavljanja in beleženje nivoja anksioznosti ter identificiranje misli in njihovo vrednotenje ob zastrašujočih situacijah.

Terapija

Po teoriji premagamo fobijo le, če se soočamo s strahom oz. situacijami, ki ga povzročajo. Pred začetkom obravnave je pomembno razložiti pacientu model motenj in terapije. Ob uporabi njegovih individualnih težav lahko lepo ilustriramo delovanje začaranega kroga vzdrževanja simptomov. Npr. agorafobična pacientka pove, da je omedlela na avtobusu zaradi vročine (fiziološki simptom). Potem

je hodila na delo peš, zaradi strahu pred avtobusom (izogibanje, ki vzdržuje anksioznost). S stopnjevanjem se je začela bati potovanj (anticipacija strahu) in pričela prepričevati moža, naj jo pelje v mesto ipd. (vedenje drugih vzdržuje izogibanje). Namen tovrstnega prikaza je v prvi vrsti aktivirati pacienta k čim večji participaciji v terapiji.

Terapevtska tehnika, ki je najbolj uporabna pri tovrstnih motnjah, je še vedno **sistematična desenzitizacija** ali **tehnika izpostavljanja**. (Wolpe, 1958) Ta se lahko vrši neposredno z izpostavljanjem v realnem življenju ali pa le v imaginaciji. V nekaterih primerih je možno le izpostavljanje v imaginaciji, včasih pa se odločamo za obe tehniki, kjer je potrebno reducirati anksioznost do te mere, da se lahko desenzitizacija v realnosti sploh začne. Standarden pristop zahteva, da preden se spustimo v imaginacijo, dosežemo primerno sproščeno stanje, ki ga lahko dosežemo s tehniko progresivne mišične relaksacije ali pa avtogenega treninga.

Po usvojeni relaksacijski tehniki, je naslednja naloga določiti bazično hierarhijo fobičnih situacij od tiste z najnižjo stopnjo anksioznosti do najvišje, nato pa se z izpostavljanjem v relaksiranem stanju reducira anksioznost po principu reciprončne inhibicije. Pri določanju stopenj v hierarhiji je potrebno natančno definirati cilje s časovnimi omejitvami. Koraki premagovanja morajo biti majhni in šele po popolnem obvladanju aktualnega koraka smemo preiti na naslednjo stopnjo. Biti morajo izrazito individualno postavljeni, tako kot se fobija od pacienta do pacienta bistveno razlikuje. Npr. nekdo s socialno fobijo je mnogo bolj sproščen v relaciji do nepoznanih ljudi in postane bolj anksiozen, ko postaja odnos intimen. Drugi zopet obratno. Pri agorafobičnih ravno tako obstajajo velike razlike, nekdo zmore iti ven z otrokom, drugi vidi v tem dodatno težavo ipd. Včasih so videti situacije, ki se jih pacient izogiba, popolnoma nezdružljive. Takrat se je potrebno odločiti bodisi za eno ali pa več hierarhij. Bolj kot so naloge različne, lažje je doseči motiviranost za prakticiranje, pa tudi generalizacija je večja. Pojavljajo pa se tudi težave. Ena od teh je, da so fobične situacije variabilne in težko predvidljive. V teh primerih je potrebna analiza situacije po posameznih delih. Druga je, ko ne moremo mimo situacij, ki jih pacient ne more odložiti. Tu je potrebno usmeriti pozornost ne toliko na zmanjšanje strahu, temveč na pričakovanja, ki se navadno ne potrdijo. Tretja je, ko pacienti povedo, da so že sami poskušali s podobnim pristopom a neuspešno. Tu je v ozadju predvsem nepopolno izvrševanje in analiziranje izpostavljanja. Ob rednih tedenskih srečanjih je tu izrazito pomembno samostojno delo v domačem okolju. Možen je tudi skupinski pristop, kjer je pomembna podpora skupine posamezniku ter možnost generiranja novih idej spoprijemanja.

Z vidika **kognitivnega pristopa** pa je potrebno upoštevati naslednje vplive. Pri fobičnih pacientih močan emocionalni dogodek preplavi celotno sfero njegovega doživljanja in mišljenja. Tako se dogaja, da tudi uspešna izpostavljanja pacient vidi kot »nič posebnega« ali da bi to tako ali tako bil že sam zmožen storiti. Tovrstne na problem orientirane misli lahko razgrajujemo z usmerjenostjo v uspešne aspekte vedenja, pomagamo si tudi z zapisovanjem njihovih uspehov.

Hipersenzibilnost percepcije grožnje ravno tako vzdržuje simptome. Poleg izpostavljanja in relaksacije lahko za njeno redukcijo uporabimo metodo **distrakcije** kot kognitivno izogibanje.

Tu so uporabne tehnike (Mc Mullin, 1986; Wells, 1997) :

- Osredotočenja na objekt : Pacient preusmeri pozornost na objekt in ga poskuša natančno opisati. »Kje je, kako je velik, kakšne barve je itd.«
- Čutno zaznavanje : Pacient se poskuša z mislimi posvetiti opisu okolice »Kaj slišim, vidim, kaj pravzaprav je okoli mene, ali čutim obleko na sebi, očala.....«
- Mentalne vaje : Npr. odštevanje števila sedem od 1000, misliti na živali, ki se začnejo na posamezno črko abecede, spomniti se detajlno na neki pomemben dogodek....
- Prijetni spomini in fantazije : Uporabijo se živi in konkretni spomini prijetnih doživetij iz preteklosti.
- Prijetne aktivnosti : S prijetnimi aktivnostmi poskušamo razbijati ruminacije

Kot pri drugih motnjah se tudi tu pojavljajo **negativne avtomatske misli** (Beck, 1990), ki so produkt napak v procesiranju, kjer so izkušnje izkrivljeno percipirane in interpretirane. Npr. anksiozni ljudje

imajo tendenco videti nejasne dogodke kot ogrožajoče. Po identifikaciji teh disfunkcionalnih avtomatskih misli se lotimo iskanja bolj realističnih, ustreznih in podpornih alternativnih misli. V oporo nam je verbalno izpodbijanje, ki nam služi pri re-evaluiranju dosedanjega mišljenja in pa vedenjski eksperiment, s katerim testiramo veljavnost negativnih misli.

Negativne avtomatske misli so lahko primarne in sekundarne. Sekundarne vsebujejo teme o begu, izogibanju, nevtralizaciji nevarnosti, primarne pa vsebujejo teme nevarnosti. Npr., če vprašamo posameznika s socialno fobijo: »Na kaj si mislil, ko si se počutil anksioznega?«, lahko odvrne, »Mislil sem, da je bolje, če sem tiho.« Jasno je, da to ni na nevarnost orientirana misel, temveč je s tem prikazan sekundarni odgovor na primarno misel. Primeri sekundarnih misli so še: »Želim si pobegniti. Nočem več biti tu. Grem. ipd.« Pogosto pa se pojavljajo tudi misli, ki bi jim lahko rekli navidezne ali vmesne, npr. ko oseba z agorafobijo reče: »Bojim se, da me bo zagrabila panika«. Na videz deluje misel kot primarna, vendar pa je prava narava nevarnosti skrita in jo lahko izvabimo z vprašanjem: »Kaj bi se ti lahko zgodilo, če te prevzame panika?« ali pa »Kaj tebi pomeni paničen napad?« Primarne misli so lahko implicitno izražene, nastopajo kot tihe misli in so dosegljive z eksploracijo posledic, če se situaciji ne izognemo, se z njo ne spoprimejo, ali ne pobegnemo iz nje.

Ustrezne avtomatske misli lahko pridobivamo na različne načine:

- preko scenarija o najslabših možnih izidih,
- usmeritve na eno samo konkretno epizodo, ne pa na splošno,
- čustvenega preskoka med samo seanso,
- zapisovanja disfunkcionalnih misli,
- izpostavljanja realnim situacijam,
- igre vlog,
- manipulacije z varnim vedenjem,
- indukcije simptomov,
- predstav.

Kognitivna terapija ima namen modificirati bazična prepričanja na podlagi omenjenih negativnih avtomatskih misli ter shem tudi preko **reatribucije**. Ta je lahko verbalna ali pa vedenjska. Pri agorafobiji gre za redukcijo prepričanja v napačno interpretacijo ter eliminacijo izogibanja. Nekoliko manj se posveča strategijam kontroliranega vedenja, kot so relaksacija ali dihalne vaje, ki so s tega stališča lahko novo varno vedenje, ki zamegljuje primarne negativne avtomatske misli. Seveda pa te tehnike vseeno najdejo mesto v procesu obravnave. Sicer pa je tu težnja iskanja vrednotenja dokazov specifične zgrešene interpretacije, ki jo lahko uporabljamo tako pred vedenjskim eksperimentom, kot tudi po njem. Pred njim zato, da reatribucijo kasneje lahko potrdimo, po njem pa zato, da lahko nove informacije obdelamo in razvrednotimo stara prepričanja. Pri agorafobiji sta glavni tarči katastrofiziranje in arbitrarno sklepanje. Pri socialni fobiji pa branje misli (Mislijo, da sem dogočasen), katastrofiziranje (Če me bodo prosili, naj se podpišem, tega ne bom zmogel) ter personaliziranje (Ne pogovarjajo se z menoj, verjetno sem rekel kaj napačnega). Nadalje uporabljamo tehnike najslabših, najboljših in običajnih scenarijev dogodkov, ki bi se nam lahko pripetili v ogrožajoči situaciji. Uporabna je tudi tehnika kontrastnih simptomov. Tu gre za poskus prikazovanja osebi, da določena doživetja nimajo nikakršne zveze z anksioznostjo ali strahom.

Verbalna reatribucija pa ima omejene možnosti pri terapiji fobij, če jo uporabljamo osamljeno. Priporočljivo je paralelno uporabljati vedenjsko reatribucijo, v prvi vrsti izpostavljanje. V kognitivni terapiji se uporabljata dva načina: izpostavljanje zunanjim dražljajem in notranjim, ki vzbujajo strah. Pretežno ga uporabljamo za spreminjanje prepričanja v avtomatske misli ter sheme. V tem je tudi razlika te tehnike izpostavljanja od tiste, ki se uporablja zgolj v vedenjski terapiji. Tako skozi vedenjski eksperiment poskušamo emocije socializirati, reatribuirati in modificirati. Najprej je naloga eksperimenta socializirati pacienta v smislu kognitivnega modela. To poskušamo z manipulacijo varnega vedenja in opazovanjem učinkov njenega delovanja. Npr. pri agorafobičnih pacientih je selektivna pozornost usmerjena na določene telesne senzacije. Educiramo pa ga, da naj ugotovi, kako lahko efekti mišljenja vplivajo na percepcijo simptoma. Za spremembo prepričanj se

lahko reprezentira testiranje realnosti, s katero skušamo pacientu ponazoriti, kako nekatere predpostavke izhajajo iz njegovih subjektivnih ocen in shem. Končno pa lahko vplivamo tudi na modifikacijo emocionalnih izkušenj. Pri socialni fobiji je lahko eksperiment orientiran na demonstracijo vpliva varnega vedenja na telesne simptome, socialni nastop in na samozavedanje. To poskušamo z metodo kontrastnega izpostavljanja. Najprej pacienta prosimo, da v zanj ogrožajoči situaciji uporabi vse možne oblike varnega vedenja, ki se jih je naučil. Pri drugem izpostavljanju pa zahtevamo, da odvrže vse te oblike vedenja. Kasneje potem natančno analiziramo in predstavimo, kako samo varno vedenje vpliva na percepcijo simptomov ter na socialno fleksibilno obnašanje. Podobno lahko storimo s fokusiranjem pozornosti bodisi na samega sebe ali pa na okolico. Pri vseh oblikah fobij je izogibanje ena od centralnih točk, ki jo moramo zreducirati oz. eliminirati. Ključnega pomena pri terapiji fobij je preprečevati izogibanje z uporabo izpostavljanja, eliminacijo varnega vedenja in razvrednotenjem prepričanj.

Pri terapiji pa se v določenih primerih uporabljajo še dodatne metode in tehnike, kot so igra vlog in modeliranje.

ALTERNATIVNE OBRAVNAVE

Obstajata dve glavni alternativni: farmakoterapija in druge psihoterapije. Tako anksiolitična kot antidepresivna medikacija sta pokazali dobre rezultate, vendar brez podpore v psihoterapevtskem smislu sta kratko delujoči (Telch, Agras, Taylor, Roth, Gallen 1985), (Clark in drugi 1994). Raziskave so pokazale tudi, da so psihoanaliza in psihodinamsko orientirane terapije v obravnavi fobij manj uspešne. (DuPont 1982, Klerman 1986) Osnovna predpostavka je predvsem v izrazito aktivni vlogi pacienta v kognitivno vedenjski terapiji.

ZAKLJUČEK

Teorija, na kateri sloni kognitivno vedenjski pristop pri terapiji fobij, se primerno potrjuje v terapevtskih uspehih. Pomanjkljivosti se kažejo predvsem v še nejasni distinkciji med vedenjskimi in kognitivnimi postopki. Poudariti pa je potrebno, da na videz preprosta teorija lahko vodi v simplificiranje obravnave ali pa v mehanicističen pristop. Kognitivna terapija ni obravnavanje, ki bi temeljilo na slepi uporabi tehnik, temveč gre za vodenje posameznika na podlagi njegove konceptualizacije, ki izhaja iz specifičnega kognitivnega modela. Poleg orientacije na spremembo simptoma je izredno pomembno delo na modifikiranju shem. Pravzaprav se ti dve poti prepletata, tako da ob uspešni uporabi simptomatske terapije prihajamo do sprememb na nivoju shem. Občasno ob blokadah v procesu terapije, pa moramo preiti začasno na delo z shemami. Ravno fobije zahtevajo še dodatno kreativnost tako pri terapevtu kot tudi pri pacientu. Terapevt mora biti sposoben fleksibilno krmariti med strategijami in gladko integrirati različne tehnike ter jih modificirati v »on-line« individualnem pristopu.

VIRI :

1. Anić, N. (Ur.) (1990). *Praktikum iz kognitivne in bihevioralne terapije III*. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske.
2. APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
3. Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and Its Disorders*. New York: The Guilford Press.
4. Beck, A.T. Emery, G. (1990). *Anxiety Disorders and Phobias. A cognitive perspective*. New York. Basic Books.
5. Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy: Basic and Beyond*. New York: Guilford Press.
6. Bourne, E.J. (1997). *The Anxiety & Phobia Workbook*. Oakland. New Harbinger Publications.
7. Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A. (1994). *Synopsis of Psychiatry. 7 ed.* Baltimore: Williams & Wilkins,
8. Mc Mullin, R. (1986). *Handbook of cognitive therapy techniques*. New York: Norton.
9. Hawton, K. Salkovskis, P.M. Kirk, J. Clark, D.M. (1989). *Cognitive Behavioral Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford: Oxford University Press.
10. Salkovskis, P.M. (1996). *Trends in Cognitive and Behavioral Therapies*. Chichester: John Wiley & Sons.
11. Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
12. Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University.

POSTOPEK ZMANJŠEVANJA STRAHU PRED PSI S POMOČJO VEDENJSKE TERAPIJE

PROBLEM

Boštjan kaže izrazit strah pred živalmi. Strah se pojavlja že vrsto let brez znanih travmatskih izkušenj. Njegove reakcije strahu so izogibanje, bežanje ob približevanju, skrivanje za drugimi. V skupini je njegov strah manj izrazit. Opazuje druge otroke, ko so v bližini psa, in ostaja v zanj zadostni razdalji. Sam se približa živali po vztrajnem spodbujanju in ob prisotnosti odrasle osebe. V kontaktu je napet in se hitro umakne. Reakcije strahu so intenzivne ob nenadnih srečanjih.

Otrokove reakcije strahu so moteče za domače, ko se sprehajajo po mestnih ulicah. Na timski obravnavi otroka se skupaj s starši dogovorimo za postopno in načrtno zmanjševanje strahu v zavodu in doma.

NAČRT

Glede na stopnjo otrokovega razvoja je primerna uporaba tehnike vedenjske terapije, kjer se strah zmanjšuje s postopnim IZPOSTAVLJANJEM otroka situacijam, ki mu vzbujajo strah. To izpostavlja posameznim situacijam se ponavlja toliko časa, da strah mine oz. da se doseže načrtovani cilj.

POSTOPEK IZPOSTAVLJANJA konkretnim situacijam, povezanimi s psom, se izvaja po korakih oz. stopnjah, od najmanj do najbolj zastrašujočih za otroka, in sicer v naslednjem zaporedju:

1. stopnja

Boštjan v skupini otrok v oddaljenosti 5m opazuje otroke in psa, ki je privezan na povodec in ga vodi odrasla oseba.

V nadaljnih srečanjih se razdalja med Boštjanom in psom postopno zmanjšuje, tako da se ob vsakem bližnjem koraku Boštjan razbremeni strahu in tako vedno znova prepriča, da ni ogrožen. (Gleda, kako se otroci igrajo s psom, ga božajo, in vidi, da je pes z ljudmi prijazen. Oseba v bližini govori ob tem o pozitivnih izkušnjah- ne omenja strahu.)

Boštjan ne sme imeti izkušenj, ki bi mu povečale strah. Vsaka negativna izkušnja z živaljo podaljša čas terapije.

V primeru, da Boštjan pokaže strah ob naslednjem koraku, se ta tolikokrat ponovi, da strahu ni več.

Cilj te stopnje je, da se Boštjan približa psu brez znakov strahu do oddaljenosti 1m oz. do dotika. Pri tem se tudi žival na povodcu in pod kontrolo odrasle osebe lahko približa Boštjanu do bližini, ko ga ne doseže (ne dotakne).

2. stopnja

Boštjan se dotakne, poboža psa skupaj z odraslo osebo, ki drži psa, je umirjen.

V nadaljnih srečanjih se odrasla oseba postopoma umika z roko, prav tako tudi kontrola nad psom, ki se mu podaljšuje povodec za prosto gibanje.

Cilj te stopnje je, da se Boštjan sam dotakne psa, ki je še vedno pod kontrolo odrasle osebe in privezan na povodcu.

* Jožica Grubelnik, univ. dipl. psih. (Zavod za usposabljanje in varstvo Dobrna, Lokovina 10, Dobrna 3204, psihologinja-zuvd@siol.net)

3. stopnja

Boštjan opazuje psa, ki se prosto giblje v bližini otrok. Pri opazovanju mu je opora odrasla oseba, ki ga varuje pred nenadnim srečanjem.

Postopoma se »varovalni zid« umika in oddaljuje od Boštjana.

Cilj te stopnje je, da Boštjan v skupini otrok sam opazuje psa pri prostem gibanju. V primeru, da se mu pes »nevarno« približa, mu odrasla oseba ponudi oporo.

4. stopnja

Boštjan dovoli, da se mu pes približa najprej s pomočjo odrasle osebe.

Postopoma se oseba umika oz. približa glede na aktivnost živali (pazi, da v igri ne skoči vanj ali ga prime za hlače).

Cilj te stopnje je, da Boštjan sam počaka, ko se mu približa pes in da ne išče opore pri odrasli osebi.

5. stopnja

Boštjan se približa psu, ko se z njim igrajo drugi otroci skupaj z odraslo osebo. Pes pri tem ni privezan.

Postopoma se oseba umika, da se Boštjan sam približuje psu.

Cilj te stopnje je, da se Boštjan sam približa psu, s katerim se igrajo drugi otroci in ga poboža.

Opisan postopek izpostavljanja mora izvajati oseba, ki Boštjana dobro pozna in ima z njim dober kontakt. Boštjan ji mora zaupati v skupnih akcijah, hkrati pa se v njeni bližini počuti varno.

Za lažje sprejemanje dogovorjenega postopka izpostavljanja in doseganja ciljev je osebi, ki izvaja postopek, v pomoč sprotno in redno zapisovanje.

SOCIALNA FOBIJA

DEFINICIJE

Socialna fobija je izrazit in vztrajajoč strah pred socialnimi situacijami in situacijami nastopanja zaradi verovanja, da se bo v njih oseba vedla tako, da se bo osmešila ali ponižala. Osrednja značilnost socialne fobije je strah pred pričakovanim negativnim vrednotenjem zaradi neke oblike neuspešnega nastopa - naj bodo to večšine emocionalne kontrole, izvajanje vsakodnevnih nalog ali kaj drugega. Človek, ki trpi za socialno fobijo, verjame, da se bo nesprejemljivo vedel in bo zato zavržen ter doživel izgubo lastne vrednosti. Predvsem je zaskrbljen, da ga bodo drugi sodili kot anksioznega, šibkega, norega ali neumnega. Oseba s socialno fobijo sicer razume, da je njen strah pretiran in neracionalen, vendar ji to situacije ne olajšuje, saj se fobija vzdržuje s številnimi povratnimi zankami na ravni kognicij in vedenja. Izmed teh so posebej pomembne pretirana pozornost nase – na svoje fiziološko vzburjenje in vtis, ki ga naredi na druge, ter izogibanje situacijam, ki ji povzročajo strah. Strah se nanaša na eno ali večino socialnih situacij in pomembno ovira človekove dnevne rutine in socialno življenje ter človeka hudo obremenjuje. Dobi lahko tudi obliko paničnih napadov. Pogosto imajo posamezniki, ki trpijo za socialno fobijo, tudi dejanske deficite socialnih veščin, vendar za motnjo ni pomemben le socialni nastop, temveč predvsem splošno samovrednotenje.

Glede na obseg situacij, na katere se strah nanaša, ločujemo **specifično** socialno fobijo, ki je omejena le na eno področje in le nekaj situacij (npr. nastopanje v javnosti), in **generalizirano**, ki obsega večino situacij, v katerih smo v interakciji z drugimi.

V literaturi najdemo še druge izraze, povezane s socialno fobijo, predvsem izraza socialna anksioznost in plahost, zaradi mnogih stičnih točk pa je potrebno omeniti še izogibalno osebnostno motnjo.

Socialna anksioznost je izraz, ki se običajno uporablja za blažje oblike socialne fobije. Definirana je kot normalen pojav, ki ga vsaj v določenih situacijah vsakdo kdaj doživi. Zato cilj terapije ali dela na sebi ni izginotje socialne anksioznosti, temveč učenje, kako zmanjšati moteče vidike te in njihove posledice, da nam ne bodo več povzročali stresa in motili našega življenja.

Tudi **plahost** je povezana s podobnimi psihološkimi in fiziološkimi simptomi kot socialna anksioznost, vendar je v običajnem obsegu ne obravnavamo kot patologijo. Kaže se z zavrtostjo, umikanjem socialnim stikom in zapiranjem vase, pretirano osredotočenostjo nase, zaskrbljenostjo v zvezi s svojimi mislimi, občutkom, da delajo napak in jih bodo drugi slabo sodili, ter fiziološkimi simptomi, kot so napetost, zardevanje ipd. Izrazitejša je lahko, ko postanejo odnosi intimnejši, ko se oseba poskuša uveljaviti ali je od nje pričakovana iniciativa. Pogosto sproža izogibanje, ki jo še vzdržuje. Plahost se pogosteje pojavlja v nekaterih življenjskih obdobjih in po določenem času lahko mine - traja lahko le nekaj mesecev ali let v otroštvu in se ponovno pojavi v adolescenci ali pa se pojavlja le, dokler neki odnos ne preide začetne faze. Težave s plahostjo imajo lahko tako intro- kot ekstravertni ljudje. Na težavah delamo z istimi tehnikami kot pri socialni fobiji.

Izogibalna osebnostna motnja se v veliki meri prekriva z generalizirano socialno anksioznostjo, zato je ob hujših generaliziranih fobijah potrebno preveriti tudi njen obstoj. Nekateri avtorji (Holt, Heimberg in Hope, po Tarrier, Wells in Haddock, 1998) jo celo pojmujejo kar kot zelo generalizirano socialno anksioznost. Posamezniki s to osebnostno motnjo so prav tako zaskrbljeni

* Mag. Irena Šinigoj Batistič, univ. dipl. psih. (Center za socialno delo Nova Gorica, domači naslov: Rutarjeva 3/b, 5000 Nova Gorica)

zaradi morebitne kritike in zavračanja od drugih v socialnih situacijah, imajo nizko samospoštovanje, močan strah pred kritiko jih zelo ovira pri preizkušanju novih vedenj. Izogibajo se sklepanju prijateljstev, če niso popolnoma prepričani, da bodo sprejeti. Pri izogibalni osebnosti motnji je poudarjeno zaznavanje nevarnosti običajnih situacij, je izrazito kronična, pogosto se v neki obliki vleče že od otroštva in je pri delu bolj rigidna. Diagnoza te motnje je potrebna predvsem zato, ker njena večja rigidnost terja zastavljanje realističnih ciljev.

TEMELJI SOCIALNE FOBIE

Težave s socialno fobijo lahko izhajajo iz cele vrste fizioloških in psiholoških dejavnikov, ki v povezavi vplivajo na oblikovanje simptomov. Razvijejo se lahko iz biološke podlage ali motenj, ko se jim pridružijo še stres ali psihološki dejavniki, na drugi strani pa imajo lahko tudi psihološki problemi osnovo v prirojenih bioloških težavah.

Bourne (1995) ločuje dolgoročne dejavnike, ki od rojstva ali otroštva prispevajo k nagnjenosti k anksioznosti v poznejših obdobjih, poznejše ali kratkoročne razloge, ki lahko delujejo kot povod, in vzdrževalne dejavnike, ki nastale težave pomagajo vzdrževati.

1. Dolgoročni dejavniki, dejavniki, ki določajo nagnjenost:
 - a) Dednost,
 - b) okoliščine v otroštvu: pretirana zaščitenost, pretirana kritičnost in visoki standardi staršev, čustvena negotovost in odvisnost, oviranje uveljavljanja,
 - c) kumulativni stres.
2. Biološki razlogi: fiziološke razlage panike, generalizirane anksioznosti in obsesivno kompulzivnih motenj.
3. Kratkoročni razlogi, povodi:
 - a) stresorji, ki lahko vplivajo na panične napade: pomembne osebne izgube, življenjske spremembe, psihoaktivne snovi,
 - b) pogojevanje fobije,
 - c) travme, enostavne fobije, poststavmatski stresni sindrom.
4. Vzdrževalni dejavniki: izogibanje, anksiozni notranji govor, nerealna verovanja, zajezena čustva, pomanjkanje asertivnosti, pomanjkanje socialnih veščin, mišična napetost, stimulantni in drugi dietni razlogi, stresni način življenja, pomanjkanje smisla.

Butler (1999) je v svojem razmišljanju o razlogih bolj psihološko usmerjen. Razloge deli v pet skupin.

1. Med biološkimi dejavniki izpostavlja predvsem hitro odzivni živčni sistem, ki se hitro vzburi in intenzivno reagira, in temperament, zlasti sociabilnost, ekstravertnost, plahost...
2. Med dejavniki okolja našteva predvsem že omenjene okoliščine v otroštvu: odnosi s starši in pomembnimi drugimi, možnosti socialnega učenja, strategije spoprijemanja...
3. Posebej poudarja travmatske izkušnje: žrtve vrstniškega nasilja, zavračani, neljubljeni, spoprijemanje brez ustrezne podpore (odsotni, bolni ali umrli starši).
4. Izpostavlja težave pri spoprijemanju z zahtevami različnih življenjskih etap:
 5. otroštvo: učenje interakcije z drugimi, obdobje sramežljivosti,
 6. adolescenca: oblikovanje identitete, osamosvajanje, odkrivanje spolnosti,
 7. zrelost: ravnotežje med samozadostnostjo in odvisnostjo, nadzorovanjem in podrejanjem, pripadnost,
 8. upokojitev: izguba službene vloge ali sodelavcev.
5. V zadnji skupini našteva še strese, ki vplivajo na odnose z drugimi, zgoraj naštete med povodi: selitve v nov dom, selitev prijateljev; pomembne spremembe, kot je prvi otrok, delo v

skupini, vodenje; ter tekmovalnost – mišljenje v stilu »Če nisem zmagovalec, sem poraženec.«.

KOGNITIVNI MODEL (PO CLARKU IN WELLSU)

Vsi kognitivni modeli anksioznih motenj (po Clark in Fairburn, 1997) imajo nekaj skupnih točk. Prvič, oseba postane anksiozna ob določenih dražljajih, ki jih interpretira kot nevarnejše kot dejansko so. Drugič, te nerealne interpretacije se vzdržujejo s kognitivnimi in vedenjskimi strategijami, s katerimi skuša oseba preprečiti dogodke, ki se jih boji. Tretjič, simptomi anksioznosti vzpostavljajo vrsto začaranih krogov, ki vzdržujejo motnjo.

Clark in Wells (Wells A. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders, J. Willey and sons, 1997) sta oblikovala model socialne fobije, katerega osnova je povezava med kognicijami in vedenjem. Model vključuje tri med seboj povezane sestavine. Najprej so to somatski in kognitivni simptomi anksioznosti, ki jih refleksno sproža zaznavanje nevarnosti. Simptomi so lahko npr. zardevanje, trepetanje, težave s koncentracijo ipd. Vsak od njih lahko postane nadaljnji vir zaznane nevarnosti in s tem oblikuje začarani krog vzdrževanja anksioznosti. Naslednja sestavina so varnostna vedenja, ki jih pacient uvaja, da bi zmanjšal socialno nevarnost in preprečil posledice, ki se jih boji. Varnostna vedenja preprečujejo pacientu, da bi ovrgel svoja nerealistična verovanja, in včasih tudi povečujejo simptome. Tretji element modela je osredotočenost pozornosti nase. Pacienti, ki se bojijo sodbe drugih, so pretirano pozorni nase in iz tako dobljenih introceptivnih informacij pogosto oblikujejo vtis, za katerega menijo, da ga naredijo na druge. Tako se znajdejo v zaprtem krogu, v katerem notranje informacije krepijo verovanje v nevarnost negativnega vrednotenja, priložnostim za nasprotno dokaze pa se izogibajo.

Model ločuje tri faze predelave, pomembne za vzdrževanje socialne fobije – predelavo pred dogodkom, med in po njem. Slika 1 prikazuje procese, ki nastajajo med socialno interakcijo, čeprav se anksioznost in z njo povezani procesi ne pojavljajo izključno v socialni situaciji.

Osrednji del kognitivnega modela predstavljajo procesi med izpostavljenostjo socialni situaciji. Ob vstopu vanjo oseba zaradi svojih negativnih predpostavk o svojih sposobnostih zazna socialno nevarnost in postane zaskrbljena glede svoje sposobnosti narediti ugoden vtis. To se kaže v negativnih avtomatskih mislih o možnem neuspelem nastopu, posebej o tem, da bi kazal znake anksioznosti in naredil slab vtis. Pri tem postane pretirano pozoren nase, na svoje notranje simptome anksioznosti in vtis, za katerega meni, da ga naredi na druge. Iz svojih notranjih zaznav pogosto oblikuje podobo o tem, kako naj bi ga drugi videli in na kateri so poudarjeni simptomi fobije. Da bi preprečil posledice, ki se jih boji, uporabi tudi varnostna vedenja. Vidimo, da so posamezni elementi modela med seboj povezani in tako ustvarjajo vrsto povratnih zank. Natančneje bo model razložen na naslednjih straneh.



Slika 1: Kognitivni model socialne fobije

Negativno razmišljanje - predpostavke in verovanja

Osebe s socialno fobijo izhajajo v razumevanju socialnih dogodkov iz negativnih predpostavk in verovanj. Bolj negativno vrednotijo sebe in svoj nastop, kar je vsaj delno izkrivljeno, precenjujejo pa to, kako anksiozni so videti. Nejasno definirane socialne situacije in nejasne izraze na obrazih drugih ljudi pogosteje kot drugi interpretirajo negativno in ogrožajoče, posledice situacij pa pogosteje katastrofizirajo (po Clark in Fairburn, 1997).

Negativna verovanja in predpostavke se lahko oblikujejo s ponavljajočimi negativnimi izkušnjami v socializaciji ali pa so disfunkcionalne predpostavke in brezpogojna negativna verovanja naučena v zgodnji interakciji z družino in vrstniško skupino, kar pogojuje dolgotrajne probleme socialne anksioznosti. Pot pa je lahko tudi drugačna. Posameznik lahko oblikuje toga in nerealistična pravila na področju socialne regulacije in s temi togimi pravili lahko deluje tudi več let z nizko anksioznostjo - vse do nekega kritičnega dogodka, pri katerem teh pravil ne upošteva. Od tedaj naprej zaznava socialne situacije kot bolj ogrožajoče.

Dogodki, ki se jih pacient boji (npr. zavrnitev, ponižanje ipd.), se zares lahko zgodijo. Dogajajo se vsem, vendar večina ljudi temu ne pripisuje takega pomena niti ne pričakuje katastrofalnega izida.

Pacienti s socialno fobijo pa imajo po pričujočem modelu predvsem izkrivljeno samopodobo in izkrivljeno zaznavo drugih, saj verjamejo, da jih bodo vsi opazili, negativno sodili in zaradi tega zavrnili, pa tudi o posledicah tega imajo izkrivljene predpostavke. Narava strahov in zaznana nevarnost sta pri vsakem posamezniku specifična in ju individualno ugotavljamo, da bi s kognitivno terapijo spreminjali izkrivljeno samopodobo in verovanja o posledicah. Pomembno je tudi, da se pacienti redko znajdejo v situacijah, ki bi nedvoumno zaničale njihove strahove. Celotno če se redno soočajo s strašljivo situacijo, njihova kognitivna izkrivljenja tako vplivajo na njihov način predelave, strategije spoprijemanja in medosebne odnose, da iz teh situacij ne dobivajo dovolj informacij, ki bi zmanjševale negativna verovanja.

V razmišljanju o sebi predelujejo predvsem tri oblike disfunkcionalnih verovanj. To so **temeljne predpostavke** (npr. "Dolgočasen sem."), **pogojne domneve** (npr. "Če v družbi ne bom duhovit, me ljudje ne bodo marali.") in **toga pravila** socialnega vedenja (npr. "Vedno se moram zdeti duhovit in inteligenten.").

Primeri temeljnih predpostavk (brezpogojnih verovanj):

- Sem odveč, čuden, drugačen, dolgočasen, neumen, nepriljubljen...
- Sem manjvreden, neustrezen, nesprejemljiv, ne morem biti priljubljen...
- Ničesar ne morem spremeniti, zame ni upanja...
- Nihče me ne mara.
- Nihče ne mara nervoznih, napetih, tihih, sramežljivih ljudi...
- Ljudje me vedno sodijo, kritizirajo, gledajo, kaj naredim napak...
- Samo en način, kako narediti stvari, je pravi.
- Kršiti socialna pravila je napak.

Primeri pogojnih predpostavk:

- Biti moram zanimiv in zabaven ali pa me ne bodo marali.
- Če sem sam, moram biti nesrečen.
- Če naj boš sprejet, moraš narediti vse prav.
- Če me bodo drugi želeli spoznati, me bodo že spoznali.
- Če razgovor ne poteka dobro, je to moja krivda.
- Če bodo ljudje opazili moje slabosti, me bodo izkoristili.

Primeri togih pravil:

- Vedno se moram biti sposoben spoprijemati s težavami.
- Vedno moram razločno govoriti.
- Vedno moram biti družaben.
- Vsi me morajo imeti radi.
- Vedno moram narediti dober vtis.

Predelava v socialni situaciji

Model temelji na predpostavki, da je posameznik normalno motiviran za vzdrževanje pozitivne in stabilne podobe o sebi pred drugimi. Za socialno fobične paciente pa je značilno nizko in nestabilno samovrednotenje, zaradi katerega so negotovi o svojih sposobnostih za to, da bi na druge naredili primeren vtis. To se kaže v negativnih avtomatskih mislih o tem, da bo pacient v socialni situaciji naredil slab vtis. Neuspešnega nastopa se boji, saj verjame, da bo v primeru, da se bo neustrezno in nesprejemljivo vedel, to povzročilo katastrofalno izgubo ugleda, zavračanje in zasmeh s strani

drugih, s tem pa tudi zmanjšanje zaznave lastne vrednosti. Vtis, za katerega misli, da ga naredi na druge, vpliva na stopnjo ocenjene nevarnosti socialnih situacij.

Primeri negativnih avtomatskih misli pri socialni anksioznosti:

- Videti sem neumen.
- Mislijo, da sem ... neumen, dolgočasen, slab...
- Izgubil bom kontrolo nad seboj in opazili bodo mojo anksioznost.
- Vsi me gledajo.
- Ne spadam sem.
- Vsi vidijo, kako napet sem.
- Ne morem se zbrati in jasno misliti.
- Karkoli rečem, je nesmisel.
- To je katastrofa.
- Ne marajo me.
- Vedno delam vse narobe.

Zaznana nevarnost sproži »**anksiozni program**« na fiziološkem, kognitivnem, afektivnem in vedenjskem področju. V evolucijski preteklosti je bil ta morda koristen, zdaj pa le še niža samovrednotenje, slabša veščine samopredstavljanja, zvišuje anksioznost in vzdržuje problem. Naj naštejemo nekaj najpogostejših znakov (po Butler, 1999):

a) kognitivno področje:

- zaskrbljenost za to, kaj drugi mislijo o tebi,
- težave pri koncentraciji in pomnjenju tega, kar je kdo rekel,
- pretirana pozornost nase in pretirano zavedanje tega, kar rečemo ali storimo,
- razmišljanje o tem, kaj bi lahko šlo narobe,
- razmišljanje o stvareh, ki smo jih morda naredili napak,
- "tema"- nesposobnost razmišljati, kaj bomo rekli;

b) vedenjsko področje:

- hiter ali pa tih, momljajoč govor, mešanje besed,
- izogibanje očesnemu stiku,
- vedenje na način, da ne vzbujamo pozornosti,
- varnostno vedenje: varni kraji, ljudje, teme,
- izogibanje zahtevnim socialnim situacijam;

c) fiziološko:

- vidni znaki anksioznosti, npr. zardevanje, potenje, tremor,
- občutek napetosti, nesposobnost sproščanja in bolečine, ki iz tega izhajajo,
- panični občutki, npr. pospešeno bitje srca, pomanjkanje zraka, slabost;

d) čustveno:

- napetost, tesnoba, strah, zaskrbljenost, zvišano samozavedanje,
- frustracija in jeza nase in/ali na druge,
- občutki nezaupanja in manjvrednosti,
- žalost, depresivnost, občutek, da ni moč ničesar spremeniti.

Osredotočenost nase

Negativne avtomatske misli spremljajo tudi spremembe v pozornosti. Pacient postane pretirano pozoren na svoje fiziološke reakcije in vtis, ki ga naredi na druge, in meni, da so njegova negativna občutja tudi jasno vidna navzven. Premik pozornosti zmanjšuje njegovo socialno učinkovitost in sposobnost objektivnega zaznavanja informacij o medosebnih odnosih. Zaradi tega zaznava manj

detajlov v socialni interakciji, o nevarnosti socialne situacije pa ne sklepa le iz podatkov o njeni nevarnosti sami, temveč tudi iz lastnih čustvenih odzivov nanjo.

Veliko predeluje notranje simptome anksioznosti in vtis, ki ga naredi na druge. Ključno pri tem pa je, da informacije o vtisu na druge v zelo majhni meri dobiva od drugih, temveč o njih sklepa predvsem iz svojih telesnih občutkov in čustev. Lastno zaznavo svoje učinkovitosti v socialnih situacijah sprejema kot objektivno informacijo o tem, kako ga v teh situacijah vidijo drugi. Pogosto doživlja, kot bi se videl iz perspektive opazovalca, in to izkrivljeno sliko sprejema kot dejanski vtis drugih o njem.

Varnostna vedenja

Da bi zmanjšal nevarnost ponižanja, izgube statusa in znižanja samovrednotenja, se posameznik začne **izogibati** situacijam, ki mu povzročajo anksioznost. Izogibanje nudi trenutno čustveno razbremenitev in preprečuje pridobivanje nasprotnih dokazov ter tako ustvarja začaran krog, s katerim se socialna fobija vzdržuje. Izogibanje je lahko izrazito in dobro vidno, pogosto pa je subtilno in se ga pacient kot takega niti ne zaveda.

Nekaj subtilnih oblik izogibanja:

- čakanje na nekoga drugega, da bi vstopili v prostor, poln ljudi,
- streženje s hrano na zabavah, da bi se izognili vpletanju v pogovor,
- opuščanje dejavnosti, kot so obiski pri sosedih, nakupovanje v času gneče,
- obračanje proč, ko zagledamo nekoga, ki nam vzbuja tesnobo,
- izogibanje pogovorom o osebnih temah,
- izogibanje delu z rokami, ko drugi gledajo,
- ne jesti na javnih mestih.

Kadar izogibanje ni mogoče, se pacient zateče k **varnostnim vedenjem**, ki so namenjena prikrivanju ali nadzorovanju simptomov anksioznosti (npr. tresenja rok) ali pa vsebujejo strategije nastopanja v socialni situaciji (npr. kako se zdeti inteligenten ali sproščen). Ta vedenja pa še vzdržujejo osredotočenost nase, utrjujejo negativne interpretacije in anksioznost, povečujejo simptome, zmanjšujejo socialno učinkovitost, zaradi njih lahko človek deluje hladno in manj prijateljsko do drugih. Poleg tega pa pogosto varnostnim vedenjem pripisuje zaslugo za to, da se katastrofe v socialnih situacijah niso zgodile.

Primeri varnostnih vedenj (po Butler, 1999):

- premlevanje tega, kaj bomo rekli, preverjanje, ali imamo za to pripravljene prave besede,
- počasno, tiho ali hitro govorjenje, ne da bi zajeli sapo,
- skrivanje rok ali obraza, postavljanje rok pred obraz,
- trdno držanje stvari ali tiščanje kolen skupaj, da ne bi trepetali,
- česanje las na obraz, široke obleke, ki skrivajo dele telesa,
- zabavanje ljudi, pripovedovanje šal, ali pa nič šale,
- izogibanje govorjenju o sebi, svojih občutkih in mnenju,
- izogibanje nasprotovanju drugim, vedno pritrjevanje,
- druženje z "varnimi" ljudmi na "varnih" prostorih, nič tveganja,
- biti vedno pozoren na možnost izhoda, nikoli se popolnoma prepustiti in vplesti.

Predelava pred in po dogodku

Socialno fobični pacienti so nagnjeni k temu, da pred vstopom v situacijo, ki jim povzroča anksioznost, predelujejo, kaj se bo v situaciji zgodilo in kako se bodo s tem spoprijemali. Namen tega je predvidevanje težav in iskanje načinov spoprijemanja z njimi. Težava je v tem, da so taka predvidevanja zaradi negativnega samovrednotenja praviloma negativna in jih označuje vnaprejšnja anksioznost in selektivno pomnjenje. Ko posameznik predeluje bližajočo se socialno situacijo, si selektivno priklicuje v spomin negativne informacije o tem, kako naj bi se zdel drugim v prejšnjih socialnih situacijah. To ga usmerja k disfunkcionalni osredotočenosti nase že pred vstopom v socialno situacijo.

Tudi po dogodku pretresajo situacijo in svoje vedenje iz različnih zornih kotov. Vendar informacije črpajo predvsem iz svojih čustev in simptomov, zelo malo pa iz reakcij drugih. Zaradi kognitivnih izkrivljenj so seveda izkrivljene, poleg tega pa morebitne dobre informacije pripišejo naključju, slabe pa sebi. Tako tudi predelava po dogodku le še utrjuje negativno sliko o sebi.

Povzetek

Če **povzamemo**: ko socialno fobični pacient vstopi v ogrožajočo socialno situacijo, ta aktivira domneve o možnem neuspešnem socialnem vedenju in njegovih posledicah. To se kaže v vnaprejšnji skrbi in negativnih avtomatskih mislih. Anksiozna aktivacija se kaže s telesnimi in kognitivnimi simptomi, ki so lahko interpretirani tudi kot dokaz poraza ali socialnega ponižanja. Da bi se izognil socialni katastrofi, se tak pacient zateče k varnostnim vedenjem. Ta pa povečujejo napetost, preprečujejo pojav nasprotnih dokazov, poudarjajo simptome, ki se jih boji, pritegujejo pozornost nase ter obremenjujejo socialno situacijo tako, da zaradi njih pacient deluje bolj odtujen in manj prijateljski.

OBRAVNAVA SOCIALNE FOBIJE

V zadnjih tridesetih letih je v obravnavi socialne fobije razvitih več modelov, ki temeljijo predvsem na izpostavljanju. V 70-ih letih je Glender s sodelavci (po Clark in Fairburn, 1997) oblikoval program dela s pacienti z agorafobijo. Izpostavljanje je poudaril z vključevanjem partnerjev kot pomočnikov, s tem pa tudi skrajšal potreben čas dela s terapevtom. Terapije izpostavljanja so sicer dosegale določene uspehe, vendar so ti ostali omejeni vse do vključevanja kognitivnega dela, ki temelji na že predstavljenem modelu Clarka in Wellsa.

Obravnava socialne fobije po tem modelu teče po določenem zaporedju. Posegi si sledijo od konceptualizacije različnih detajlov problema do spreminjanja negativnih ocen, verovanj in pričakovanj.

Pacientovo pozornost in vedenjske odgovore usmerjamo v terapevtske cilje in pozneje v vedenjske eksperimente. Prva naloga je osvojiti večšine usmerjanja pozornosti navzven in opuščanja varnostnih vedenj. Pozornost nase namreč zmanjšuje možnosti opazovanja dejanskega vtisa na druge in s tem preprečuje pridobivanje izkušenj za izpodbijanje. Tudi izpostavljanje z vedenjskimi preizkusi je lahko uspešno le, če uspemo ustrezno preusmeriti pozornost in varnostna vedenja. Poleg tega usmerjanje pozornosti navzven in zmanjšanje varnostnih vedenj že sama znižujeta anksioznost. Zaradi kompleksnosti modela je dobro sistematično delati na posameznih komponentah in pacientove izkušnje večkrat preokvirjati v terminih modela.

V tem okviru pa je iz več razlogov dobro čimprej uporabiti vedenjski preizkus. Z njim olajšamo oceno, socializacijo in preverjanje predpostavk, temelječih na pacientovih negativnih mislih. Z vedenjskim preizkusom tudi izpodbijamo verovanje v negativno oceno, ki uravnava pacientovo

vedenje in pozornost v situacijah. Varnostna vedenja namreč ne le preprečujejo izpodbijanje, temveč nudijo celo dokaze za potrditev negativnih predpostavk.

Wells (1998) priporoča naslednje zaporedje:

1. oblikovanje idiosinkratske formulacije, temelječe na modelu, in socializacija tega modela,
2. zmanjševanje in povečevanje varnostnih vedenj ter usmerjanje pozornosti navzven,
3. uporaba video posnetkov za spreminjanje izkrivljene predstave o sebi,
4. usmerjanje v pridobivanje informacij iz okolja in izzivanje specifičnih napovedi z vedenjskimi eksperimenti,
5. delo na predpostavkah in verovanjih,
6. preventiva relapsa.

1. KONCEPTUALIZACIJA PRIMERA

Zbiranje informacij za konceptualizacijo

Konceptualizacija temelji na ugotavljanju narave varnostnih obnašanj in izogibanja, kognitivnih in telesnih simptomov anksioznosti in narave razmišljanja o sebi.

Informacije za konceptualizacijo pridobivamo s pregledom več epizod socialne anksioznosti v zadnjem času in neposrednim spraševanjem. Sprašujemo lahko med izpostavljenostjo resnični ali analogni situaciji ali pa po njej. Analogno situacijo ustvarimo na terapevtski seansi v primeru, da je izogibanje ogrožajoči situaciji prehudo. Glede na naravo pacientovega strahu ta vključuje objekte in/ali druge ljudi (tipične dejavnosti so npr. pitje iz skodelic, govor pred majhno skupino, pogovor s tujcem, avtoriteto...).

Najprej zberemo informacije o glavnih negativnih mislih, varnostnih vedenjih, simptomih anksioznosti in vsebinah povečanega samozavedanja.

Vprašanja o **negativnih mislih** pred ogrožujočo situacijo in v njej fokusiramo na čas pojavljanja anksioznih ali problematičnih simptomov, da osredotočimo intervju na relevantne avtomatske misli in usmerimo pacienta na misli o simptomih, ki bi se jih sicer sramoval omeniti.

Pomen avtomatskih misli ni vedno popolnoma jasen. Zlasti, ko komentirajo simptome, moramo raziskati njihov pomen za pacienta. Ta običajno zadeva to, kaj bodo drugi mislili o simptomih, ali pa posameznikovo lastno oceno njihove pomembnosti. Reatribucijo usmerimo na pomen posledic negativnih avtomatskih misli in simptomov, ne pa na njihov obstoj sam.

Če je pacient dlje uporabljal **varnostna vedenja**, postanejo ta njegovemu opažanju teže dostopna. Tedaj ga lahko izpostavimo strašljivi situaciji v kombinaciji z usmerjenim spraševanjem, s katerim preverjamo uporabo takih odgovorov. Posebno pozorni moramo biti na vedenja, kot so zbežnost ali mentalno pretresanje stavkov pred govorjenjem, ki je del procesa ocenjevanja in konceptualizacije.

Primerna vprašanja so:

Ali ste poskušali kaj narediti, da bi preprečili dogodek, ki ste se ga bali? Kaj ste naredili?

Če tega ne bi naredili (varnostnega vedenja), koliko verjamete, da bi se dogodek, ki ste se ga bali, res zgodil?

Ali počnete še kaj, da bi nadzorovali svoje simptome, izboljšali svoj nastop, prikrili svoj problem?

Ali naredite kaj, s čimer se skušate izogniti pritegovanju pozornosti?

Kako varnostna vedenja učinkujejo na:

- vaše samozavedanje,
- vaš nastop,

- to, kako prijateljsko in jasno delujete,
- vaše simptome.

Anksiozni simptomi so fiziološki in kognitivni. Običajno so najbolj kritični tisti, ki jih lahko opazujejo drugi (npr. tresenje, potenje, jecljanje...). Simptome anksioznosti vzdržujejo negativne ocene, hkrati pa so jim ti tudi osnova. V oblikovanju idiosinkratske konceptualizacije moramo določiti naravo anksioznih simptomov in obseg, v katerem ocena teh simptomov vpliva na negativne avtomatske misli in disfunkcionalno razmišljanje o sebi.

Primerna vprašanja so:

Kateri simptomi vas najbolj motijo?

Katere simptome ste opazili, ko ste se v situaciji počutili anksiozni?

Koliko mislite, da so simptomi očitni?

Kaj bi pomenilo, če bi ljudje opazili simptome, ki jih imate?

Ugotavljanje vsebine predelave o sebi: osrednji del konceptualizacije je pacientovo razmišljanje o sebi kot o socialnem objektu, ki ga lahko ugotavljamo iz treh kanalov: vsebine poudarjenega samozavedanja, zaznanega nivoja jasnosti simptomov in povezave varnostnih vedenj s samovrednotenjem.

O vsebini poudarjenega samozavedanja pacienta zlasti sprašujemo o trenutku, ko se je le-to pojavilo. Vprašamo lahko predvsem:

Česa ste se najbolj zavedali, ko ste se najbolj zavedali sebe?

Katerega vidika sebe ste se najbolj zavedali?

Ali ste si predstavljali, kakšni ste bili videti v situaciji?

Pogosto je center samozavedanja **vidnost anksioznih simptomov** in tedaj lahko uporabimo naslednja vprašanja:

Katerih simptomov ste se najbolj zavedali, ko ste bili najbolj anksiozni?

Kakšen vtis ste imeli o tem, kakšni so videti Vaši simptomi drugim?

Kako se vam je zdelo, da ste videti?

Če bi se tedaj lahko videli - kaj bi videli?

Varnostna vedenja so tipično povezana z negativnim vtisom na druge, zato je dobro, da raziščemo predelavo, povezano z uvajanjem varnostnega vedenja, in tisto, povezano s hipotetično odsotnostjo le-tega.

Kako menite, da se zdite drugim, ko poskušate prikriti svoje simptome?

Kako menite, da bi se zdeli drugim, ko ste anksiozni, če ne bi uvedli varnostnih vedenj?

Pogosto se fobični pacient v kritičnih situacijah vidi iz perspektive opazovalca. Tedaj je dobro, da ga vzpodbudimo k detajlnemu obnavljanju ene od zadnjih takih **podob**.

Ali ste dobili vtis o tem, kako ste bili videti v situaciji? Opišite podobo.

Ali lahko opišete podobo, kako ste bili videti tedaj? Opišite vse, kar vidite.

Situacije, ki vzbujajo strah, so zelo različne, in včasih detajlne razlike v situacijah odločajo o tem, ali bodo vzbudile strah ali ne. Z **natančno analizo situacije** ugotavljamo modulirajoče vplive na strah.

Kdaj se anksioznost pojavlja?

Ali se v kakšnih podobnih situacijah ne pojavlja?
 Po čem se te situacije razlikujejo?
 Ali kdaj tipična strašljiva situacija ne povzroča problemov?

Oblikujemo preizkuse, s katerimi učinkovito izpodbijamo negativna pričakovanja.

Iz dobljenih podatkov oblikujemo idiosinkratski model za posameznega pacienta, kakor je prikazan primer na sliki 2.



Slika 2: Elementi kognitivnega modela pri socialni fobiji

Prepoznavanje elementov modela

S spraševanjem pacienta vodimo k prepoznavanju elementov modela, interakcije med njimi ter njihovega pomena in za vzdrževanje problema. Konceptualizacijo delamo s pacientom, pogovarjamo se o varnostnih vedenjih in o pozornosti nase ter to ilustriramo s preizkusi na srečanjih. Z vprašanji ugotavljamo, od kje dobiva pacient dokaze za negativne ocene in poskušamo pokazati, da večinoma izhajajo iz notranjih informacij.

Vprašanja:

- Kaj je dokaz za to, da (npr. vas vsi gledajo)?
- Kako veste, kaj ljudje mislijo o vas? Od kod dokazi za to?
- Katere misli so vam šle tedaj skozi glavo?
- Ali ste naredili kaj, da bi spremenili, kar se je zgodilo (npr. da bi ljudje lahko kaj mislili o vas)?
- Ste naredili kaj, da bi nadzirali simptome anksioznosti?
- Kaj bi se zgodilo, če tega ne bi naredili? Kako veste, da bi se to zgodilo?
- Kako je videti vaš nastop, ko uporabite varnostna vedenja?
- Kako se spremeni vaše zavedanje sebe, ko jih uporabite?
- Ali menite, da bi pomagalo, če bi bili v socialnih situacijah manj pozorni nase? Kako bi to pomagalo?

V procesu terapije je potrebno **vodeno odkrivanje razmišljanja o sebi**. Pacienti namreč običajno menijo, da dobro prenašajo strah pred negativnim vrednotenjem, in šele s terapijo dosežemo, da sprejmejo, da je njihov problem v prvi vrsti problem negativnega samovrednotenja.

2. POVEČEVANJE IN ZMANJŠEVANJE VARNOSTNIH VEDENJ

Ko pacient in terapevt oblikujeta delovno verzijo kognitivnega modela, se lahko lotita spreminjanja ključnih elementov. Običajno je najbolje začeti z varnostnimi vedenji.

Uporabimo vedenjske preizkuse, s katerimi poskušamo predvsem pokazati učinke varnostnega vedenja na fiziološke simptome, socialni nastop in samozavedanje. Pacienta usmerimo v socialno situacijo pod dvema pogojevoma - prvič tako, da uporabi vsa varnostna vedenja v situaciji, ki mu vzbuja strah (ali v njej analogni), drugič pa v situacijo vstopi brez varnostnih vedenj. Opazujemo učinke varnostnih vedenj na zaznavanje simptomov in na uglajenost nastopa. Prav tako pacienta učimo nastopanja v socialni situaciji v pogojih povečane in znižane pozornosti nase. To mu omogoča tudi doživljanje nasprotnih izkušenj in tako vgrajevanje nasprotnih informacij v kognitivni set.

Delo poteka v treh stopnjah:

1. Pogovorimo se o vlogi varnostnih vedenj pri povečevanju simptomov in preprečevanju pojavljanja nasprotnih dokazov. Identificiramo specifična varnostna vedenja, povezana z verovanji, pri tem pa smo pozorni tudi na bolj prikrite oblike. Večinoma za to zadostuje pregled nekaj zadnjih situacij, ki vzbujajo anksioznost. Če to ne zadostuje, uporabimo vedenjski test, v katerem pacient vstopi v dejansko ali analogno situacijo, ki mu vzbuja anksioznost, temu pa sledi temeljit pregled negativnih avtomatskih misli, občutkov, predelave o sebi in vedenja.
2. Pacienta izpostavimo situaciji z dogovorom, da v njej poveča varnostna vedenja. Predhodno se o njih temeljito pogovorimo, da ve, kaj od njega pričakujemo. Socialno situacijo lahko oblikujemo v ordinaciji s pomočjo sodelavcev, sicer pa je potrebno delati v živo. Zatem izpostavimo pacienta situaciji tako, da varnostna vedenja zmanjša ali opusti, svojo pozornost pa usmeri navzven.
3. Po igranju vsake vloge pacient oceni, koliko anksiozen se je počutil, koliko meni, da je bil videti anksiozen, in kako je nastopil. S primerjavo rezultatov v obeh pogojih pacienti pogosto ugotavljajo, da so zaradi varnostnih vedenj bolj anksiozni, podobnost med počutjem in oceno nastopa pa jih opozarja na to, da svoj nastop ocenjujejo po notranjih informacijah.

3. SPREMINJANJE RAZMIŠLJANJA IN SLIKE O SEBI

Ko pacient ugotovi, da gradi svojo predstavo o tem, kakšen je videti, iz notranjih informacij, je čas, da mu pomagamo pridobiti bolj realistične informacije o tem, kakšen je dejansko videti.

Pomembno je, da se seznanimo z napakami mišljenja, ki služijo kot vir dokazov o ocenah drugih ljudi in dokazov za vzdrževanje nizke samoocene. Med **napakami mišljenja** pri socialni fobiji prevladujejo predvsem:

- branje misli ("Mislijo, da sem dolgočasen."),
- napovedovanje prihodnosti in katastrofiziranje ("Osmešil se bom."),
- personalizacija ("Ne govorijo za mano, moral sem reči kaj napačnega.") in
- projiciranje lastne samoocene na druge ("Drugi mislijo, da sem dolgočasen.").

Glavna strategija spreminjanja mišljenja o sebi je **izpostavljanje realnemu opazovanju samega sebe**. Pri tem so zelo uporabni **avdio in video posnetki**. Pacienta snemamo v različnih situacijah, ki vzbujajo anksioznost. Koristno je, da mu pred predvajanjem naročimo, naj odvrta "mentalni video" in operacionalizira jasnost svojih simptomov in vedenja, nato pa pogleda videoposnetek in svoja

opažanja primerja s prej postavljenimi ocenami. Tako zmanjšujemo možnost obrambnega reagiranja pacientov z argumenti kot npr. da je to neobčutljiv stroj, da njihovi simptomi prav tisti dan niso bili tako hudi in podobno. Avdio posnetke srečanj lahko dajemo pacientu tudi v poslušanje za domačo nalogo, s čimer utrdimo in nadalje razvijemo odgovore na negativne misli, prepoznane na srečanju.

Ko pacient oblikuje primernejši vtis o sebi, ga moramo vzpodbujati, da ga uporablja vedno, ko se sproži izkrivljeno negativno samovrednotenje. Uporablja lahko tudi trditve, s katerimi vzdržuje kontrolo pozornosti in izpodbija veljavnost negativnih trditev.

Primeri: "Svoje simptome čutim izraziteje kot so dejansko videti",
"Čeprav čutim, da se tresem, tega ni opaziti",
"Čeprav ne čutim tako, izgledam miren",
"Vem, da sem videti v redu, ne glede na to, kaj mi rečejo".

Negativne samoocene spreminjamo z **verbalno reatribucijo**. Osnovna strategija je izpodbijanje verovanj in negativnih avtomatskih misli z natančnim pregledom dokazov zanje. Običajno ti bolj izhajajo iz samoocen kot iz objektivnih dogodkov. Če nekakšen dokaz vendarle obstaja, ga preverjamo s ciljem podvomiti v njegovo veljavnost, preokviriti ga v bolj realistični okvir (iskanje alternativnih razlag, popravljanje napak mišljenja...) in oblikovati strategije za spremembo situacije, ki nam ta dokaz daje.

Primeri vprašanj:

Negativna misel: Ne mara me.

Vprašanja: Kaj je dokaz za to?
Kaj je na tem slabega?
Kakšni so nasprotni dokazi?
Ali je mogoče, da bi nas imeli vsi radi? (Zakaj ne?)
Kaj pomeni, če nas nekdo ne mara?
Če te nekdo mara, nekdo pa ne, kdo ima prav?
Se lahko spomnite zelo posebnih ljudi, ki pa jih ljudje niso marali? Npr. Jezusa?

Racionalni odgovori: Ni potrebno, da me imajo vsi radi.

Če me nekdo ne mara, to ni moja krivda.

V resnici ne vem, kaj drugi mislijo.

Negativna misel: Misli, da sem dolgočasen.

Vprašanja: Kaj je dokaz za to?
Kaj bi to pomenilo?
Ali vaše mišljenje temelji na dejstvih ali na branju misli?
Če nekdo misli, da ste dolgočasni, nekdo drugi pa ne, kdo ima prav?
Če nekdo misli, da ste dolgočasni, ali to pomeni, da ste res?
Kaj dela nekoga dolgočasnega, ali vi imate take lastnosti?

Racionalni odgovori: Nič ni narobe, če si včasih dolgočasen.

Če nekdo misli, da sem dolgočasen, to ne pomeni, da res sem.

On ne ve, kako sem v resnici zanimiv.

Negativna misel: Videti bom neumen.

Vprašanja: Kaj je dokaz za to?
Kaj se najhujšega lahko zgodi?
Kaj je najboljše, kar se lahko zgodi?
Kaj se bo najverjetneje zgodilo?
Ali sprejemate dogodke, kakor se zgodijo, ali poskušate napovedovati prihodnost?
Kaj je na tem slabega?

Bi lahko rešili situacijo?

Ali to, da nekdo učinkuje neumno, pomeni, da je kot človek odpisan? (Zakaj ne?)

Kdaj se Vam zdi, da kdo učinkuje neumno?

Racionalni odgovori: Pojdi s tokom - v redu sem.

Kaj sploh je biti neumen?

Prav v redu bom videti.

Uporabimo lahko **obrazec socialnega ravnotežja**, s katerim ilustriramo vlogo razmišljanja o sebi v sklepanju iz socialnih situacij. Sestavljen je iz treh stolpcev, vanj pa beležimo notranje dokaze, zunanje dokaze in zunanje protidokaze za negativne misli. Sprva ga pacient izpolnjuje skupaj s terapevtom. Običajno so dokazi predvsem notranji, zunanjih pa je malo. Za napredovanjem terapije se pozornost usmerja na predelava o okolju in tedaj moramo poudariti zunanje nasprotne argumente.

Odgovore na negativne avtomatske misli lahko uporabimo tudi kot **racionalne trditve o sebi**, s katerimi preprečujemo razraščanje predelave o sebi in vzdržujemo stabilnost samoocene ter nadziramo anksioznost. To je priporočljivo zlasti, če je spraševanje o avtomatskih mislih pacientu kognitivno zahtevno in zmanjšuje njegovo socialno učinkovitost in pozornost na zunanje dokaze. Pozitivne trditve o sebi vzpodbujajo samozaupanje, z njimi lahko učinkovito prekinjamo vnaprejšnjo zaskrbljenost, s tem zmanjšujemo anksiozno predelavo, pa tudi predelavo po dogodku, vse to pa lajša preizkušanje. Paziti moramo le, da ne prevzamejo vloge varnostnih vedenj z namenom izogibanja strašljivim situacijam in preprečevanja katastrofe, saj tedaj preprečujejo izpodbijanje negativnih verovanj.

Ena od težav pri pacientih s socialno fobijo je ta, da so njihovi strahovi pogosto zelo slabo definirani in tako slabo dostopni predelavi. Da bi omogočili njihovo verbalno in vedenjsko reatribucijo, moramo **strahove in verovanja natančno definirati**, jih izraziti v konkretni obliki. Tako je potrebno natančno razložiti, kaj pacientu pomeni tisto, kar navaja kot negativni izid, ki se ga boji, npr. "učinkoveti neumno", "izgubiti kontrolo« - kako je to videti?, kako si to on predstavlja?...

Pacienta močno obremenjuje tudi vnaprejšnja predelava možnih negativnih posledic socialnih situacij in predelava situacij za nazaj. Vnaprejšnja predelava je lahko tudi del varnostnih vedenj, s katerimi pacient aktivno pretresa svoje strategije spoprijemanja. Njegovo pozornost moramo usmeriti na to, da z vnaprejšnjim razmišljanjem pogosto predvidimo drugačen razvoj dogodkov, kot se nazadnje zgodi, na drugi strani pa tudi predelava po dogodku zaradi pacientovih anksioznih občutij ne daje realnih informacij. S pacientom se je potrebno **pogovoriti o smotnosti take predelave in jo omejiti**.

Spreminjanje mišljenja po Butlerju (1999)

Naslednja vprašanja in smernice lahko služijo tudi za samopomoč, lahko jih dajemo pacientu za domačo nalogo, na njihovi podlagi pa si lahko izdelata tudi kartice spoprijemanja.

1. Ugotovite, kaj mislite

- Kaj Vam je šlo skozi misli, ko ste začutili tesnobo? Kaj pa potem? Na kaj ste pomislili, ko je šla situacija mimo?
- Kaj bi se najslabšega lahko zgodilo?
- Kaj vam je najhujše v tej situaciji?
- Kaj Vam pomeni ta izkušnja?
- Kaj ta izkušnja pomeni za Vas?
- Ste se zaradi kakih misli počutili slabše? Če ste se, zaradi katerih?

Dobro je pregledati možne napake mišljenja.

2. Iskanje drugačnih poti mišljenja

Možna drugačna gledanja na situacijo:

- vsakdo naredi kdaj kaj prav in kaj narobe,
- nihče razen tebe ne razmišlja v terminih prav/narobe,
- stvari lahko naredimo na veliko različnih načinov,
- druge bolj zanima, kaj misliš, kot pa, da narediš vse »prav«,
- če stvari delaš drugače kot drugi, morda pritegneš njihovo zanimanje, to pa je tudi vse.

Možna vprašanja:

- Kakšna so dejstva? Kakšni so dokazi zanje? Kakšna razlaga se najbolj ujema z njimi? To, da mi nekaj mislimo, še ni dokaz, da je to resnica.
- Kakšne so druge možnosti? Kaj bi mislili, če bi bili bolj zaupljivi? Kako bi to lahko videl nekdo drug? Kaj bi rekli komu drugemu, ki bi mislil na ta način? Kaj bi Vam rekel nekdo, ki Vas ima rad?
- Kakšen je najslabši možni način gledanja na stvar? Kaj je najhujše, kar se lahko zgodi?
- Kakšen je najboljši možni način gledanja na stvar? Kaj je najboljše, kar se lahko zgodi?
- Kakšen je najbolj stvaren način gledanja na stvar? Kaj se bo najverjetneje zgodilo?
- Katera izkrivljenja lahko vplivajo na vaše mišljenje? (Pregled napak mišljenja.)
- Kaj lahko naredite, kar bi pomagalo? Katere veščine in moči bi bilo dobro razviti? Kakšne izkušnje imate do sedaj s takimi problemi? Katere oblike pomoči, podpore in nasvetov so Vam dostopne – od drugih in iz knjig? Kaj lahko naredite, da bi stvari spremenili? Če ne morete spremeniti situacije, ali lahko bolj odprto gledate nanjo?

Kaj nam otežuje iskanje drugačnih poti razmišljanja?

»Da, ampak...« dvom je pri anksioznih ljudeh zelo pogost. Vendar je to oblika izločevanja in premagamo ga lahko s strategijami kognitivne terapije – identifikacijo misli in preiskovanem njene veljavnosti.

Prevelika pozornost na notranje signale, ki nam jemljejo pogum. Tedaj moramo biti pozorni na misli, ki vplivajo na naša čustva in delati na njih po kognitivnih metodah.

Izdelamo lahko obrazec, v katerega v prvi stolpec vpisujemo situacijo, v drugega moteče misli, v tretjega pa njihove alterantive, najboljše več. Primer: moteča misel »Zdel sem se neumen«, alterantive »Verjetno se to vsakomur kdaj zgodi.«, »Tudi, če sem res tako izgledal, to še ne pomeni, da sem res neumen.«. V četrti stolpec vpisujemo spremembo v čustvovanju (številčna ocena), v peti pa načrt za dejavnost.

Koristno je izdelati tudi opomne kartice, na katere zapišemo možne alternative ali vprašanja, s katerimi bomo preusmerjali naše mišljenje na drugačne poti.

4. VEDENJSKI PREIZKUSI

Z vedenjskimi preizkusi **preverjamo odzive drugih v socialni situaciji**, saj je za premagovanje strahu pred negativno oceno potrebno razviti ustrezne strategije ocenjevanja misli in reakcij drugih. To dosegamo na dva načina: s predvidevanjem vedenj, ki logično izhajajo iz določenih ocen in jih lahko opazujemo (npr. »Kako se bo vedel nekdo, ki meni, da ste dolgočasni?«) in s tem, da druge vprašamo, kaj so opazili in kaj so mislili v določeni situaciji.

Preizkuse oblikujemo tako, da v njih pacient namerno pokaže strah, naredi napako ali se »nesprejemljivo« vede, pri tem pa opazuje reakcije drugih. Terapevt olajša napredovanje s hierarhičnim razporejanjem eksperimentov. Pacienta lahko v začetku podpira tako, da ga spremlja v situaciji. Nekaterim pacientom to še vedno vzbuja preveliko anksioznost. Tedaj lahko prevzame terapevt vlogo modela in izvede vedenje v situaciji. Pacient to opazuje in glede na to, da se dogodki, ki se jih boji, ne zgodijo, preizkusi potem preizkus izvesti sam. Kasneje v terapiji lahko da terapevt pacientu preizkuse tudi za domačo nalogo.

Izogibanje posebnim socialnim situacijam ovira reatribucijo na nivoju avtomatskih misli in shem. Osrednji cilj obravnave je zato **zmanjšanje in naposled odstranitev izogibanja**. Temeljni sestavini kognitivne terapije socialne fobije sta izpostavljanje situacijam z opuščanjem varnostnega vedenja in zunanja predelava informacij, ki izpodbijajo negativne predpostavke. Varnostna vedenja in izogibanje beležimo z Lestvico socialne fobije (Social Fobia Rating Scale) in Vprašalnikom izogibanja.

Stopnje v uvajanju vedenjskih preizkusov (po Butler, 1999)

1. Prepoznavanje varnostnih vedenj in izogibanja
 - Kaj naredite, da bi preprečili neprijetne dogodke?
 - Kako se zaščitite pred zadrego, ki se je bojite?
 - Kaj naredite, ko se nenadoma počutite negotovo?
 - Kaj naredite, da drugi ne bi opazili vaših simptomov?
 - Kako zagotovite, da stvari ne bi delali napak?
 - Kaj naredite, da bi vaš problem skrili ali bi ga prenehali kazati?
2. Identifikacija zveze med vedenjem in mišljenjem (predvidevanja, pričakovanja, misli, stališča, verovanja, spomini...) – oblikovanje predvidevanja, kaj se bo zgodilo, če opustimo varnostno vedenje
 - Kaj bi lahko naredil, če bi bil manj anksiozen? Nevarnosti in grožnje s svojim pomenom, ki ga imajo za nas, nas zadržujejo in vplivajo na to, da se vedemo drugače, kot bi se sicer.
 - Kaj bi se lahko zgodilo, če bi varnostna vedenja opustili? Z opuščanjem varnostnih vedenj lahko ugotovimo, ali so bile grožnje res tako resne, da terjajo tako stopnjo varnostnih vedenj.
 - Kaj bi vam pomenilo, če so bila vaša predvidevanja napačna in so se stvari vedno obrnile boljše, kot ste se bali? Kaj bi to pomenilo za vas?
3. Izpeljava preizkusa – sledimo svoji radovednosti in preizkusimo svoj pogum.
4. Ovrednotenje: kaj se je zgodilo, ali so bile naše misli pravilne, primerjava tistega, kar se je zgodilo, s predvidevanji.

5. DELO S POGOJNIMI PREDPOSTAVKAMI IN VEROVANJI

Vsebina pričujoče modelne sheme je razdeljena na temeljne predpostavke – socialna verovanja o sebi, pogojne predpostavke in toga pravila, povezana s socialno fobijo.

Negativna bazična prepričanja o sebi

Pri socialni fobiji lahko opazujemo podobna negativna verovanja o sebi kot pri ostalih čustvenih motnjah npr. pri depresiji. Primeri: »Drugačen sem.«, »Drugi so boljši od mene.«, »Drugi so netolerantni:«...

Za izpodbijanje teh verovanj lahko poleg strategij, ki smo jih v tem poglavju že spoznali, uporabimo tudi kognitivni kontinuum, beleženje pozitivnih podatkov, kartice pomnjenja in učenje socialnih veščin.

Ključna vprašanja za identifikacijo verovanj

Katere bližnjice ste ubrali?

Kako se sodite?

Kaj je dogodek za vas pomenil, kaj vas je najbolj motilo?

Kaj vam je dogodek pomenil?

Kakšna stališča imajo do tega drugi?

Kaj to pove o njih?

Dobra tehnika za izpodbijanje bazičnih prepričanj je pridobivanje alternativnih dokazov. Delo poteka po naslednji strategiji: jasno izražena predpostavka – iskanje alternativnih razlag (lahko izdelava tortnega diagrama) – mini raziskava (npr. reakcij ljudi na neko vedenje) – vedenjski preizkus (za preverjanje). Alternativne dokaze lahko pregledujemo tudi znotraj hipotetičnih situacij ali situacij, v katerih pacient opazuje vedenje drugih.

Ključna vprašanja za spreminjanje verovanj

Ali bi druge tudi tako sodili kot sodite sebe? Kaj bi rekli o nekom drugem, ki bi verjel tisto, kar verjamete vi?

Ali ste pošteni do sebe, ko se tako sodite?

Ali pozabljate, da vsakdo kdaj dela napake, razume stvari napak ali se v družbi počuti neugodno?

Pozabljate, da nihče ni popoln?

Ali spregledate svoje moči in se usmerjate na svoje slabosti? Spregledate svoje uspehe in prijateljstva in se usmerjate na vaše poraze in sramote?

Ali začenjate razmišljati na izkrivljen način? Katastrofizirate? Jemljete stvari osebno? Berete misli? (Preglejte seznam napak mišljenja!)

Zaključujete na temelju vaših otroških in adolescentnih izkušenj?

Ali se sodite tako, kot so vas nekoč sodili? Če to počnete, zakaj so imeli tisti, ki so vas tako sodili, prav? Kdo vas lahko najboljše sodi? Drugi ali vi sami?

Ker disfunkcionalna verovanja izkrivljajo pozornost in predelavo, pacient le redko predeluje informacije, ki ne bi bile usklajene z njegovim sistemom verovanj. Takšne dokaze pa zbiramo **z beleženjem pozitivnih podatkov**, ki pomagajo verovanja zamenjati s pozitivnimi in ta utrditi. Tehnika terja od pacienta, da dnevno beleži dogodke in izkušnje, ki nasprotujejo njegovim negativnim verovanjem. Pacientka, ki je menila, da je ne marajo, in da se to kaže tako, da jo ignorirajo, je npr. beležila vse verbalne in neverbalne oblike pozornosti, ki jih je bila deležna od drugih.

Paciente, ki trpijo za socialno fobijo, je dobro **učiti socialnih veščin** vsaj iz dveh razlogov. Prvi je ta, da negativna verovanja o sebi ali drugih vplivajo tudi na stil interakcije, ta pa nazaj podpira verovanja. Pacienti pogosto oblikujejo kompenzatorne strategije kot obliko varnostnega vedenja, s katerimi skušajo prikriti svoje domnevne slabosti, in ki se lahko razvijejo v pravo nadkompenzacijo. Drugi pa je ta, da imajo ti pacienti pogosto dejanski deficit socialnih veščin.

Pacienta je potrebno vzpodbujati k opuščanju kompenzatornih strategij, z edukacijo in igranjem vlog pa ga učiti novih načinov socialne interakcije. Predvsem se je potrebno učiti strategije prenašanja kritike, pritoževanja, argumentiranja, načenjanja pogovora, zahtev, dajanja in sprejemanja komplimentov...

Primer delovnega lista za verovanja (po Butler, 199)

Verovanje: *Takega, kot sem, me ne bodo sprejeli.*

Stopnja verovanja: 65%

Načrt raziskovanja

PRED DOGODKOM

1. Razmišljajte o situaciji, ki bo za Vas težka.

Ob kocu tedna se bom srečal z nekaterimi prijatelji svojih staršev.

2. Vaša pričakovanja in predvidevanja

Tiho bom. Ne maram klepetov, tega ne zmorem, ni kaj govoriti. Počutil se bom, da sem jih razočaral.

3. Načrt raziskovanja: Kaj boste morali preverjati?

Ali so morda kdaj tudi drugi ljudje tiho? Včasih imam tudi jaz kaj povedati. O čem se ljudje pogovarjajo? Kako se bodo moji starši odzvali name? Morda ne bodo rekli ničesar, kar bi kazalo, da so razočarani nad mano.

PO DOGODKU

4. Izid: Kaj se je dejansko zgodilo?

Sprva sem se slabo počutil in sem lahko govoril le standardne stvari. Nekdo me je vprašal o službi in potem je bilo lahko. Bilo je nekaj trenutkov, ko smo bili vsi tiho. To gotovo ni bilo po moji krivdi. Mama je zaradi moje odmaknjenosti zelo zaskrbljena, vendar je bila zadovoljna, da so se stvari odvijale, kot so se.

5. Kakšne zaključke lahko potegnete iz tega?

Pogovor o standardnih stvareh mi je pomagal začeti in kmalu smo se začeli pogovarjati o bolj resnih stvareh. Imel sem srečo, da me je nekdo vprašal o delu. Gotovo nisem edini, ki je kdaj tiho. Verjetno mene bolj skrbi, kako to sprejemajo moji starši kot pa nje same. Onadva želita le, da bi bil bolj srečen.

Predelava prvotnega verovanja

Koliko verjamete v Vaše verovanje zdaj? 50%

Kako bi želeli spremeniti svoje verovanje?

Zame ni sprejemljivo, da sem tako anksiozen in odmaknjen, vendar me zaradi tega drugi še vedno lahko sprejmejo – vsaj moji prijatelji in starši.

Pogojne predpostavke

Pogojne predpostavke je potrebno najprej jasno definirati in operacionalizirati - kaj je koncept pogojne predpostavke, kakšnih odzivov se pacient boji, kaj točno to pomeni, npr. kaj pomeni tekoče govoriti, kaj pomeni, da te ne vzamejo resno, kako je to videti... Pogojne predpostavke fobičnih pacientov so večinoma kombinacija branja misli in napovedovanja prihodnosti. Občutke in misli drugih ljudi iz teh predpostavk je treba najprej definirati tako, da jih bo mogoče opazovati.

Tako npr. predpostavko »Če me nekdo ne mara, to pomeni, da nisem v redu.« spreminjamo z vprašanji »Kako veste, da Vas nekdo ne mara? Ali si vedenje drugi do Vas lahko razlagate še s čim, npr. z njihovim razpoloženjem...? Če Vas nekdo mara, drugi pa ne, kdo ima prav?«... Več vprašanj je navedenih v podpoglavju Verbalna reatribucija.

Ko to pojasnimo, pregledamo dokaze in protidokaze, temu pa sledijo vedenjski preizkusi. Najbolj neposredna metoda za preizkus predpostavk je, da terapevt skupaj s pacientom pripravi vprašanja, ki jih potem pacient drugim zastavi o svojem vedenju. To lahko terapevt pacientu lahko olajša tudi z igro vlog.

Stopnje pri spreminjanju domnev:

1. Prepoznavanje domneve: ključne besede so »moral bi«, »treba je«, »če...potem«.
2. Prepoznavanje vedenja, ki se povezuje z domnevo. Vprašanja: »Kaj delam zaradi tega pravila?«, »Kako se vedem, da ne bi kršil tega pravila?«.
3. Vedenjski preizkus: izbor novega vedenja, ki krši pravilo.
4. Ovrednotenje tistega, kar se je zgodilo – poskus stopiti iz okvira dotedanjšega razmišljanja. Načrtovanje novega vedenja za naprej.

V začetku se pacient lahko počuti anksiozen, pomembno je, da se takrat situaciji ne izogne in tako postopno izgradi zaupanje vase.

Toga pravila: širjenje okvira

Pacienti s socialno fobijo imajo vrsto togih pravil o tem, kaj je sprejemljivo v socialnem kontekstu različnih situacij, ne le tistih, ki jim vzbujajo strah. Ta pravila se odražajo v različnih predpostavkah npr. »Vedno se moram ustrezno vesti.«. Te predpostavke in vedenja, ki iz njih izhajajo, predstavljajo okvir vedenja, znotraj katerega se pacient počuti varen in se ga lahko drži več let.

Cilj našega dela je širjenje tega okvira, kar dosežemo s preizkušanjem meja »tveganega vedenja« (ki je za vsakega pacienta drugačno). Cilj tega širjenja je spreminjanje dolgotrajnih omejenih socialnih vzorcev vedenja in zbiranje dokazov za to, da je sprejemljiva ali za druge nepomembna cela vrsta različnih vedenj, celo če bi ta kršila socialne norme.

Preizkusi za širjenje okvira obsegajo: delanje napak, nestrinjanje z ljudmi, pritoževanje, pomerjanje desetih parov čevljev v trgovini, ne da bi katere kupili, podiranje izdelkov s polic v trgovini »po nesreči« itd.

6. PREVENTIVA RELAPSA

Na zaključnih srečanjih ugotovimo preostalo verovanje v negativne avtomatske misli in sheme. Na nerešene strahove opozarjajo izogibanje in uporaba varnostnih vedenj. Zelo pomembno je, da se s ponavljajočim izpostavljanjem do zaključka terapije izogibanje zmanjša na najmanjšo možno mero ali pa celo odstrani.

Na zadnjem srečanju je priporočljivo delati na preglednem obrazcu, v katerem bi terapevt in pacient pregledala, kaj se je pacient naučil o socialni fobiji. Dobro je, da vsebuje primer idiosinkratske konceptualizacije, primere negativnih avtomatskih misli, varnostnih vedenj in izogibanj, prav tako pa tudi strategije dela s socialno anksioznostjo in rezultate vedenjskih preizkusov. Vsebuje naj tudi seznam ciljev, h katerim naj bo usmerjeno domače delo in katerih doseganje bosta terapevt in pacient pregledovala na občasnih srečanjih po zaključku terapije (»booster sessions«).

PRIMER NAČRTA OBRAVNAVE (po Wells, 1997)

Prvo srečanje

1. Pregled zadnjih epizod socialne anksioznosti in oblikovanje modela.
2. Izdelava modela in ilustracija njegovih sestavnih delov z oblikovanjem analogne fobične situacije.
3. Razgovor o modelu, začetek socializacije.
4. Domača naloga: dokončati zapis avtomatskih misli.

Drugo srečanje

1. Pregled domače naloge, umeščanje rezultatov v model.
2. Povečevanje/zmanjševanje varnostnih vedenj in usmerjanje pozornosti navzven.
3. Začetek preverjanja specifičnih negativnih avtomatskih misli.
4. Domača naloga: specifično izpostavljanje z opuščanjem varnostnih vedenj in usmerjanjem pozornosti navzven; nadaljevanje beleženja misli.

Tretje srečanje

1. Pregled domače naloge, umeščanje rezultatov v model.
2. Konceptualizacija in uvajanje koncepta razmišljanja o sebi.
3. Snemanje nastopa v analogni situaciji na video posnetek.
4. Domača naloga: izpostavljanje z opuščanjem varnostnih vedenj in usmerjanjem pozornosti navzven.

Četrto do deveto srečanje

1. Pregled domače naloge.
2. Preverjanje specifičnih negativnih misli (spraševanje drugih iz okolja).
3. Vedenjski preizkusi z omejitvami.
4. Prepoved vnaprejšnje in poznejše predelave socialne situacije.
5. Domača naloga: posebna preverjanja predvidevanj.

Deseto do štirinajsto srečanje

1. Pregled domače naloge.
2. Delo na preostalih negativnih mislih in samoocenah.
3. Izvabljanje in izpodbijanje pričakovanj in verovanj.
4. Premagovanje preostalega izogibanja.
5. Načrtovanje terapije.

Opomba: Avtor priporoča uporabo Lestvice socialne fobije ("Social Phobia Rating Scale") na vsakem srečanju, da bi lahko usmerjali terapijo.

ZAKLJUČKI

Po pričujočem modelu socialne fobije posameznikova samoocena, strategije pozornosti in varnostna vedenja oblikujejo vrsto povratnih zank, ki vzdržujejo socialno fobijo. Središčni element tega modela je to, da pacient s socialno fobijo oblikuje vtis, ki naj bi ga naredil na druge iz notranjih informacij (svojih občutkov, čustev). Poleg tega obremenjuje socialno situacijo in povečuje možnost negativnih reakcij drugih z varnostnimi vedenji. Nagnjen je tudi k vnaprejšnjemu ruminiranju v socialni situaciji ter poznejši predelavi njenih negativnih vidikov, kar oblikuje in utrjuje izkrivljene negativne ocene.

Obravnava, temelječa na tem modelu, je strukturirana kot zaporedje od konceptualizacije in socializacije, ki jima sledijo posegi za zvišanje in znižanje varnostnega vedenja in usmerjanje pozornosti navzven. V zgodnji obravnavi usmerjamo domačo nalogo v opuščanje varnostnih vedenj in usmerjanje pozornosti navzven v problematičnih socialnih situacijah. Primarni cilj teh strategij je izpodbijanje verovanj in specifičnih negativnih avtomatskih misli. Naslednja stopnja je modifikacija vsebine razmišljanja o sebi z uporabo avdiovizualnih povratnih informacij in standardnih tehnik reatribucije. Nato se terapija usmeri v opracionalizacijo in preizkušanje specifičnih predvidevanj, temelječih na negativnih avtomatskih mislih in pričakovanjih v preizkusih, v katerih se pacient namenoma vede na neobičajen način. Nato delamo na verovanjih in pričakovanjih, ki večajo dovzetnost ponovne socialno fobične epizode.

Terapevtski posegi poudarjajo vedenjske preizkuse. Preizkuse je dobro uvajati čimprej, saj lahko tako izkoristimo obstoječo socialno anksioznost v terapevtske namene, dokler se med terapevtom in pacientom ne ustvari preveč zaupanja. Z njimi lahko tudi izpostavljammo dejavnike, ki vzdržujejo socialno fobijo, in v mnogih primerih spreminjamo intenzivnost simptomov.

VIRI

1. Bourne E. J. (1995). *The Anxiety and Phobia Workbook*. New Harbinger Publications, Oakland.
2. Butler, G. (1999). *Overcoming Social Anxiety and Shyness*. Robinson Publishing, London.
3. Clark, D. M., Fairburn C. G. (1997). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford University Press.
4. Tarrier, N., Wells, A., Haddock G. (1998). *Treating Complex Cases*. John Willey and sons.
5. Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. John Willey and sons.

Lestvica socialne fobije (Wells A. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders, J. Willey and sons, 1997)

1. Kako stresno ste doživljali simptome socialne fobije v tem tednu?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
 sploh ne srednje zelo, najhuje, kar sem jih kdaj

2. Koliko ste se zaradi svoje anksioznosti ta teden izogibali socialnim situacijam?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
 sploh ne srednje ves čas

3. Koliko ste bili v preteklem tednu v zahtevnih socialnih situacijah pozorni nase?

0 1 2 3 4 5 6 7 8
 sploh ne srednje izredno pozoren nase, najhuje, kar sem kdaj bil

4. Ljudje se na različne načine spoprijemajo s socialno fobijo. Označite pri vsakem od naštetih vedenj, kolikokrat ga uporabljate, ko se počutite anksiozni v socialni situaciji.

0 1 2 3 4 5 6 7 8
 sploh ne pol časa vedno

malo govorim _____	nadziram misli _____	roke držim na miru _____
počasi diham _____	poskušam se sprostiti _____	osredotočam se na svoj glas _____
trdno držim stvari _____	sedem _____	osredotočam se na svoje roke _____
gibljem se počasi _____	pokrijem obraz _____	izogibam se očesnemu stiku _____
preusmerjam pozornost _____	nosim določeno obleko _____	hitro govorim _____

5. Spodaj je naštetih vrsta misli, ki jih ljudje uporabljajo, ko so socialno anksiozni. Označite, koliko vsaki od teh misli verjamete, ko ste socialno anksiozni (tako, da jih označite s številom s spodnje lestvice).

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
 misli ne verjamem popolnoma sem prepričan, da drži

Slabo izgledam. _____	Opazili bodo, da sem anksiozen. _____
Vsi me gledajo. _____	Stvari mi bodo padale iz rok. _____
Izgubljam nadzor. _____	Dolgočasen sem. _____
Ne bom zmožel govoriti. _____	Ne ustrezam. _____
Blebetal bom in neumno govoril. _____	Mislili bodo, da sem neumen. _____
Videti bom nenormalen. _____	Ne marajo me. _____
Ne bodo me spoštovali. _____	Videti bom neumen. _____

Druge misli: _____ Koliko jim verjamete? _____

NEKATERA PODROČJA UPORABE KVT

VEDENJSKO – KOGNITIVNI PRINCIPI V TERAPIJI OTROK S HIPERKINETIČNO MOTNJO

OTROCI S HIPERKINETIČNO MOTNJO

Pred skoraj stopetdesetimi leti (1854) je nemški zdravnik H. Hoffman za sklop težav, ki vključujejo prekomerno aktivnost, impulzivnost in težave v vzdrževanju pozornosti prvič uporabil izraz "hiperkinetični sindrom" (Herbert, 1999), od takrat pa se je vrsta avtorjev ukvarjala s tem sindromom, zlasti pod sinonimi: minimalna cerebralna oškodovanost, minimalna cerebralna disfunkcija, motnja primanjkljaja pozornosti (Attention Deficit Disorder - ADD), primanjkljaj pozornosti z motnjo hiperaktivnosti (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD), hiperkinetični sindrom.

Cerebralna disfunkcija in cerebralna oškodovanost sta lahko prisotni a nista nujni značilnosti motnje pozornosti s hiperaktivnostjo, zato ju danes za oznako tega pojava. ne uporabljamo več.

V strokovni literaturi se za te vrste specifično razvojno motnjo tako otrok kot odraslih, ki vključuje primanjkljaje v vzdrževanju pozornosti, nadzoru impulzivnosti in regulaciji aktivnosti, najpogosteje uporablja termin Primanjkljaj pozornosti z motnjo hiperaktivnosti in njegova kratica, povzeta po originalnem angleškem nazivu ADHD ("Attention Deficit Hyperactivity Disorder"), (Barkely, 1991).

V našem področju se strokovno uporablja izraz iz Mednarodne klasifikacije bolezni ICD - 10: hiperkinetična motnja.

Otroci s hiperkinetično motnjo predstavljajo dokaj heterogeno populacijo, s precejšnjimi odstopanji tako v stopnji simptomov kot v situacijah, v katerih se problemi najbolj kažejo in tudi v sopojavljanju drugih težav. Motnja predstavlja enega od najpogostejših vzrokov za iskanje pomoči v strokovnih inštitucijah za mentalno zdravje (po Barkley, 1998; Makarovič s sodel., 1994; Carr, 1998, Rotvejn-Pajič, 2001).

Najbolj natančne opredelitve hiperkinetične motnje so podane v mednarodnih klasifikacijah bolezni. Mednarodna klasifikacija bolezni ICD - 10 (Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov 10, 1995) motnjo opredeljuje ožje, z velikim poudarkom predvsem na stabilnosti težav ter s povečano aktivnostjo tako v šolskem kot domačem okolju.

V klasifikaciji Ameriške psihiatrične zveze DSM-IV pa stabilnost v večji situacijah ni osnovni diagnostični kriterij (Hinshaw, 1994).

V obeh klasifikacijah je natančno določeno, da se diagnoza ADHD lahko postavi, če so simptomi prisotni vsaj v dveh ali več situacijah, kot so dom, šola itd. dlje časa.

Najnovejša Mednarodna klasifikacija bolezni **ICD - 10** uvršča hiperkinetične motnje v skupino vedenjskih in čustvenih motenj, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (F90-F98), in jih označuje kot skupino motenj, za katere so značilni zgodnji nastanek (navadno v prvih petih letih življenja), pomanjkanje vztrajnosti pri dejavnostih, ki zahtevajo kognitivno zavzetost, težnja seliti se od ene aktivnosti do druge, ne da bi katerokoli dokončal, skupaj z dezorganizirano slabo usmerjano in pretirano aktivnostjo. Pridružene so lahko še druge abnormnosti.

Hiperkinetični otroci so često brezobzirni in impulzivni, nagibajo se k nezgodam in se često znajdejo v disciplinskih konfliktih zaradi nepremišljenih kršitev pravil, ne pa iz namernega

* Mag. Leonida Rotvejn Pajič, univ. dipl. psih. (Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana, Gotska 18, Ljubljana 1000, leonida.pajic@guest.arnes.si)

kljubovanja. Njihovi odnosi z odraslimi so često brez socialnih zavor, manjka jim običajne opreznosti in zadržanosti. Med drugimi otroki niso priljubljeni in lahko postanejo izolirani. Prizadetost kognitivnih funkcij je splošna, pogostejši so specifični zaostanki v motoričnem in govornem razvoju. Sekundarni znaki vključujejo disocialno vedenje in nizko samospoštovanje.

V okviru hiperkinetičnih motenj so po MKB ICD - 10 vključene:

- motnja aktivnosti in pozornosti (motnja s hiperaktivnostjo, hiperaktivnostna motnja, sindrom s hiperaktivnostjo),
- hiperkinetična motnja vedenja (hiperkinetična motnja, povezana z vedenjsko motnjo),
- druge vrste hiperkinetična motnja,
- hiperkinetična motnja, neopredeljena (hiperkinetična reakcija v otroštvu in adolescenci BDO, hiperkinetični sindrom BDO).

V klasifikaciji Ameriške psihiatrične zveze DSM-IV so kriteriji razdeljeni v dve glavni podskupini: v skupino kriterijev za določanje pomanjkljive pozornosti, v skupino kriterijev za določanje impulzivnosti in nemirnosti.

AD1) Pomanjkljiva pozornost:

1. težave pri osredotočanju na detajle, pogoste napake pri šolskem delu in drugih aktivnostih zaradi nepazljivosti,
2. težave pri vztrajanju in vzdrževanju pozornosti pri nalogah ali igri,
3. pogosto se zdi, kot da otrok ne sliši, kaj mu govorimo,
4. težave pri sledenju navodilom in dokončanju šolskih nalog, drobnih opravil ali drugih zadolžitv (vendar ne zaradi nerazumevanja ali opozicijskega vedenja),
5. težave pri načrtovanju in organiziranju dejavnosti,
6. izogibanje zadolžitvam in težave pri izvajanju nalog, ki zahtevajo določen mentalni napor (šolske naloge, domače naloge),
7. izgubljanje stvari, šolskih potrebščin
8. otroka pogosto zmotijo nebitveni zunanji dražljaji
9. pozabljivost .

Da pri otroku diagnosticiramo težave s pozornostjo, mora zadostiti vsaj šestim kriterijem.

AD2) Hiperaktivnost-impulzivnost:

1. Hiperaktivnost

1. pogosto nemirni gibi rok in nog, zviranje na stolu,
2. težko sedi mirno, kadar se to zahteva,
3. pogosto bega, teka naokoli, ko to ni primerno (v adolescenci lahko omejeno na subjektivne občutke nemirnosti) ,
4. težko se tiho, umirjeno igra oz. vključuje v sproščujoče aktivnosti ,
5. vedno je v gibanju, deluje kot "perpetum mobile",
6. pogosto prekomerno govori.

2. Impulzivnost

1. pogosto odgovori na vprašanje, še preden je to v celoti izgovorjeno,
2. težko počaka, da pride na vrsto v skupini, pri igri,
3. pogosto moti ali nadleguje druge; npr. plane in prekine pogovor ali igro drugih otrok.

Da pri otroku diagnosticiramo težave z hiperaktivnostjo in impulzivnostjo, mora zadostiti vsaj petim kriterijem, vzorec težav mora trajati neprekinjeno vsaj šest mesecev, pojavljati se mora v več situacijah, vpliva na moteno funkcioniranje na šolskem, socialnem ali delovnem področju, vendar je ob teh težavah potrebno izključiti persistentne razvojne motnje, kot so retardacija, shizofrenija ali

resnejši emocionalni ali vedenjski problemi. Izjemoma je dopuščena diagnoza tudi ob razvojnih motnjah, kadar so izraženi simptomi pretirani za otrokovo mentalno starost in težave.

Na osnovi te definicije lahko opredelimo tri podkategorije težav:

- predvsem izražena “**pomanjkljiva pozornost**”: v zadnjih šestih mesecih so bili izraženi kriteriji AD1, ne pa kriteriji AD2,
- predvsem izražena “**hiperaktivnost in impulzivnost**”: v zadnjih šestih mesecih so bili izražen kriteriji AD2, ne pa tudi kriteriji AD1,
- **kombinirana oblika**: v zadnjih šestih mesecih so bili izraženi tako kriteriji AD1 kot kriteriji AD2.

KLINIČNA SLIKA hiperkinetične motnje zajema področja kognicije, čustev, vedenja, telesnega delovanja in medosebnih odnosov (Carr, 1998).

Na področju **kognicije** (spoznavnih procesov) so glavni znaki kratkotrajna pozornost, odkrenljivost in nezmožnost predvidevanja posledic svojih dejanj. Pogosto se pojavlja tudi slaba sposobnost ponotranjanja družbenih pravil in tudi slabo mnenje o samem sebi.

Na **čustvenem področju** so prevladujoči znaki razdražljivost in pomanjkanje nadzora lastnih impulzov. Temu se lahko pridružuje še depresivno razpoloženje s slabim samospoštovanjem.

Na **področju vedenja** je prisotna velika stopnja aktivnosti, pogosto se ji pridružujejo še agresivno antisocialno vedenje, rizične dejavnosti in slaba učna učinkovitost, povezana z nepozornostjo, ki je osnovni vedenjski znak.

Na **telesnem področju** so lahko včasih prisotne alergije na hrano. Pogoste so poškodbe in zlorabe drog.

Na **medosebnem področju** pogosto prihaja do konfliktov z vrstniki, starši, učitelji. Pomanjkljivost otrok s hiperkinetično motnjo, da se težko držijo družbenih pravil, vodi v to, da ne morejo zadostiti pričakovanjem svojih staršev tako na socialnem kot učnem področju, zato so konflikti med njimi še pogostejši. Konflikti z učitelji se razvijejo predvsem zaradi tega, ker ti otroci težko sledijo zahtevam pouka (mir, dolgotrajno sedenje in pozornost, pazljivost...).

S starostjo in zorenjem se klinična slika otrok s hiperkinetično motnjo spreminja.

Diagnozo je najtežje postaviti v predšolskem obdobju. Starši otrok s hiperkinetično motnjo že takrat običajno poročajo o prekomerni aktivnosti, slabši gibalni usklajenosti, nespretnosti in težji obvladljivosti teh otrok. Prisotne so tudi fiziološke manifestacije: kolike, motnje spanja, motnje hranjenja in pogosta jokavost. Otroci z ADHD imajo tako imenovan “težaven temperament” (Thomas in Chessova, 1968), kar se kaže kot težje prilagajanje zahtevam okolja, vzdražljivost in intenzivno odzivanje na dogajanje v okolju, nihanje v razpoloženju...

V šolskem obdobju je diagnozo lažje postaviti, saj vedenja, ki so bila doma sicer moteča, vendar še tolerirana, v šoli postanejo očitnejša in težje sprejemljiva. Verjetne učne težave problem še stopnjujejo, v ospredje stopijo tudi antisocialna vedenja.

V adolescenci se klinična slika precej spremeni, saj veliko osnovnih težav lahko že delno izzveni ali pa se intenzivnost simptomov zmanjša (Rutter, 1977). Pri mladostnikih z ADHD so običajno še prisotne težave na področju šolskih veščin, kot posledica primarnih težav se lahko razvijejo (ali okrepijo) tudi sekundarne težave na emocionalnem področju (depresivnost, anksioznost, nizko samospoštovanje), medosebnem področju (težave pri vzpostavljanju in vzdrževanju socialnih kontaktov) ter vedenjskem področju (agresivnost, opozicionalnost).

V odraslosti je klinična slika motnje pozornosti s hiperaktivnostjo še vedno manj jasna. Nekateri uspejo svoje posebnosti usmeriti v koristno smer (to so običajno zelo dinamični ljudje, z veliko energije in ustvarjalnosti), pri nekaterih pa so lahko prisotne psihiatrične težave in oblike odvisnosti

(alkohol, droge). Carr (1998) navaja, da se približno ena tretjina otrok s to motnjo nauči dokaj dobro obvladovati svoje težave in razvijejo strategije za osredotočanje pozornosti in za obvladovanje impulzov. Ta napredek je postopen in se zgodi med adolescenco, Cantwell (1966) ga poimenuje "razvojno izzvenevanje", saj v odraslosti ti posamezniki ne kažejo več funkcionalnih težav.

Druga tretjina otrok s hiperkinetično motnjo nikoli ne doseže te stopnje nadzora. Ti otroci ponavadi razvijejo sekundarne težave z agresivnostjo in antisocialnim vedenjem, ki se v odraslosti povezuje z drugimi psihopatološkimi pojavi. Tak izzid Cantwell (1996) poimenuje "razvojno propadanje".

Zadnja tretjina otrok pa pokaže nekaj izboljšanja proti koncu adolescence, vendar se težave s pozornostjo in hiperaktivnostjo prenesejo tudi v odraslost, a v takšni meri, da posameznikovo funkcioniranje zaradi njih ni bistveno ovirano.

TERAPIJA OTROK S HIPERKINETIČNO MOTNJO

Terapija otrok s hiperkinetično motnjo zahteva kompleksen, integrativen pristop. Obstaja več vrst intervenc, ki pa jih je potrebno v vsakem primeru individualizirati in prilagoditi na osnovi natančne diagnostične ocene vsakega posameznega otroka in njegove družine. Vsak od otrokovih specifičnih problemov, ne glede na to, ali je vedenjski, kognitivni ali psihološki, se mora natančno opredeliti, identificirati in se obravnavati.

Pri teh težavah redko zadostuje ena sama vrsta pomoči. Pri obravnavi morajo biti aktivni otrok sam, starši, učitelji in drugi strokovnjaki.

Pomembno je, da vsi vpleteni razvijejo razumevanje za naravo težav, zlasti povezanost težav na področju pozornosti in razdražljivosti z otrokovimi zmožnostmi za izpolnjevanje vsakodnevnih zahtev okolja.

Najpogostejše intervence pri otrocih s hiperkinetično motnjo so:

Medikacija

Terapija z zdravili je še vedno najpogostejša metoda zdravljenja otrok s to motnjo. Uporabljajo se zlasti psihostimulansi.

Najpogostejša medikacija pri zelo nemirnih otrocih z izrazito motnjo pozornosti je Ritalin, ki pri mnogih izboljšuje pozornost, miselne procese, odzivanje, socialne interakcije, počutje, vedenje, zmanjšuje nemirnost (Barkley, 1979; Hinshaw, 1994; Goldstein&Goldstein, 1989).

V nobenem primeru pa naj ne bi bilo zdravilo edina pomoč otroku. Čeprav so stimulansi učinkoviti na različnih področjih težav, pa nekatere raziskave (Goldstein&Goldstein, 1989) kažejo tudi na nekatere pomanjkljivosti medikacije (premalo konsistentnega pozitivnega vpliva na izboljšanje učne učinkovitosti, socialnega vedenja in emocionalnega razvoja ter tudi neugodne stranske učinke, kot so recimo tiki, anoreksija, nespečnost, razdražljivost).

Psihoterapija otroka

Pri otrocih s hiperkinetično motnjo težave ne izhajajo samo iz interakcij med njihovim psihofizičnim razvojem in zahtevami okolja, ampak tudi iz otrokovega ego razvoja (Smith, 1986), zato bi naj strokovnjak prilagodil tradicionalne psihoterapevtske tehnike za otroke glede na lastno profesionalno orientacijo.

Psihoterapija naj bi tako predstavljala del integriranega pristopa skupaj z drugimi vrstami intervenc. Glavni poudarek je na uporabi tehnik, usmerjenih na sekundarne emocionalne simptome (predvsem depresijo, nizko samospoštovanje, šibke medsebojne odnose...) ter na uvidu v lastne težave.

Intervence v družini

Pri terapiji otrok s hiperkinetično motnjo je vsekakor potrebno aktivno vključiti pomembne osebe iz otrokovega življenja.

Večkrat (zlasti, ko so otrokove težave "simptom" družine) se v terapiji teh otrok tako uporablja tudi družinska terapija, zelo pogosti pa so tudi treningi staršev, saj je že dolgo znano, da ima povečanje sposobnosti oz. kompetentnosti staršev velik pozitiven učinek na otrokovo vedenje (Goldstein&Goldstein, 1989).

Intervence na področju prehrane

Otroci s hiperkinetično motnjo so velikokrat alergični na določeno vrsto hrane (bela moka, sladkor, barvila v hrani), čeprav to ni nujno takoj opazno. Včasih je te otroke potrebno napotiti še na dodatne preiskave zaradi morebitne alergije. Z odstranitvijo alergene hrane in ustrezno dieto se lahko njihove težave omilijo (Barkley, 1998).

Operativni posegi

Zelo redka terapevtska intervencija je lahko tudi kirurški poseg, ki pa se uporablja le v izjemnih, ekstremnih primerih.

VEDENJSKO – KOGNITIVNI PRINCIPI PRI OBRAVNAVI HIPERKINETIČNE MOTNJE

Danes je v okviru vedenjsko-kognitivnega pristopa razvitih že več različnih tehnik, ki vplivajo na bistveno izboljšanje funkcioniranja otrok s hiperkinetično motnjo. Christensen in Sprague (Rutter, 1984) sta celo dokazala, da je lahko učinek vedenjske terapije zelo podoben vplivu medikamentov. V svoji raziskavi sta avtorja primerjala dve skupini otrok s hiperkinetično motnjo, ki so bili deležni vedenjske terapije. Ena skupina je ob terapiji prejela še medikacijo, druga pa le placebo. Avtorja sta ugotovila, da je skupina otrok z vedenjsko terapijo in medikacijo pomembno zmanjšala svojo siceršnjo motorično aktivnost v primerjavi s skupino, ki je bila deležna le vedenjske terapije, vendar pa med obema skupinama ni bilo pomembnih razlik v dosežkih na testih znanja in drugih preizkušnjah.

Vedenjsko-kognitivni pristop v obravnavi teh otrok vključuje dejavnost tako otroka samega kot staršev in tudi vzgojiteljev ter učiteljev (Kendall, 1985).

Običajno se uporabljajo različne vedenjske in kognitivne tehnike, ki se med seboj kombinirajo, dopolnjujejo in individualizirajo.

Poudarek vedenjskega dela terapije je, da se s pomočjo zunanjih kriterijev vpliva na otrokovo vedenje (jasna navodila, pravila, posledice, doslednost vzgojnih postopkov, pogojevanje).

Kognitivni del pa je usmerjen v vzpostavitev otrokove notranje kontrole.

Vedenjsko-kognitivne intervence predstavljajo del integriranega – multisistematičnega zdravljenja otrok s hiperkinetično motnjo, zato se običajno dopolnjujejo s prej opisanimi intervencami in vključujejo delo s starši, otrokom in sodelovanje s šolo.

Vedenjsko-kognitivne intervence pri delu z otroki s hiperkinetično motnjo skušajo preko individualnega ali skupinskega dela vplivati zlasti na:

1. razvoj spretnosti samonadzora in notranjega lokusa kontrole,
2. razvoj spretnosti soočanja,
3. razvoj socialnih spretnosti.

Za razvoj samonadzora je pomembno, da otroka predhodno poučimo o naravi težav, ga vzpodbujamo in motiviramo za razvojanje notranjega nadzora.

Otroku predvsem pomagamo dojeti, da med situacijami in dejanji v okolju ter otrokovim odgovorom nanje obstajajo tudi njegove misli in občutki, ki vplivajo na njegovo vedenje.

Osnovne tehnike za razvoj samonadzora so:

- tehnika samoinštrukcij (Meichenbaum) - opisana v nadaljevanju
- tehnika samoopazovanja (Brodin, Hall & Mitts)
- tehnika samovrednotenja (Kaufman & O Leary)
- zunanji namigi in dražljaji (Blick & Test)
- trening atribucij (Reid & Borkowski).

Tehnika samoopazovanja se običajno povezuje skupaj s Tehniko zunanjih namigov. Med samoopazovanjem se po natančnem dogovoru beleži vedenje brez kakršnegakoli vrednotenja ustreznosti ali primernosti.

Zunanji namigi pomenijo, da otroku po dogovoru in različnih intervalih posredujemo določene zunanje slušne ali vidne namige. Ob teh namigih bi naj otrok postal pozoren na svoje vedenje, preveril svoje sledenje pouku ali zahtevam naloge.

Slušni namigi so lahko podani preko kasete: zvok beep, posamezna beseda. Začetni intervali bi naj bili približno na 10 do 90 sekund, v povprečju 45 sekund. Vidni namigi so možni, ko učitelj da vidni znak z roko ali kako drugače. V razredni situaciji je ta način težje izvedljiv, zato se namigi lahko podajajo mehansko, neodvisno od učitelja ali staršev. Otroku lahko na mizi napisano določeno geslo.

Namigi se postopno zmanjšujejo, intervali pa povečujejo, saj je njihov cilj predvsem to, da otrok razvije navado samoopazovanja in s tem nadaljuje tudi, ko ni več zunanjih namigov.

Samovrednotenje pomeni, da otrok beleži in ovrednoti natančnost, sposobnost ali ustreznost lastnega vedenja. Otroka je potrebno natančno poučiti o ustreznem in neustreznem vedenju preko različnih primerov. Samovrednotenja se učijo postopoma najprej preko opazovanja modela, potem pa sami izvajajo po terapevtovih navodilih.

Samovrednotenje je lahko zelo preprosto + in - ali pa bolj zapleteno od 1-10.

V začetku je bolje, da se otrok uči samovrednotenja v izvenšolskih, prijetnih situacijah.

Samoatribucije učijo otroka razvijati notranji lokus kontrole, tako otrok dobi izkušnje, da je njegov uspeh ali neuspeh v veliki meri odvisen od njega samega.

Poudarek je na dveh vrstah atribucij:

- predhodne atribucije: set prepričanj, ki jih ima otrok o sebi na osnovi preteklih uspehov in spodrseljajev. Ta prepričanja lahko vplivajo, da ima otrok pri soočanju z neko zahtevo že vnaprej pričakovanja, da ne bo zmogel.
- situacijske atribucije: določena prepričanja ali občutke otrok razvije v neki situaciji glede na to, kaj se v tistem trenutku dogaja. Otroci s hiperkientično motnjo praviloma težko presojujejo situacije s širše prespektive, nagnjeni so predvsem k negativnim atribucijam (situacije hitro interpretirajo kot napad nase, kot agresivne, škodljive...).

Samoojačevanje in samokaznovanje se običajno povezujeta s samovrednotenjem. Od otroka se zahteva, da določi stopnjo nagrade ali kazni glede na beleženje svojega vedenja.

Za učenje spretnosti soočanja so zelo primerne Tehnike reševanja problemov, za izboljšanje socialnih spretnosti pa Trening samozavedanja (Hinshaw) in Novacov Trening obvladovanja jeze (po Carr, 1998).

Učinkovitost vedenjsko – kognitivnih pristopov pri obravnavi otrok s hiperkinetično motnjo

Raziskave kažejo, da je vedenjsko-kognitivni pristop pri obravnavi otrok s hiperkinetično motnjo eden najbolj učinkovitih (Barkley, 1998; Ervin s sodel., 1996), vendar obstajajo tudi določene omejitve. Največja očitka tovrstnemu pristopu sta kratkotrajna učinkovitost in otežkočena generalizacija naučenih veščin v otrokovo vsakodnevno šolsko in domače okolje (Ross in Ross, 1982).

Za boljšo učinkovitost nekateri vedenjsko-kognitivni terapevti priporočajo, da se v terapijo ob otroku vključijo tudi starši in učitelji ter da se vedenjsko-kognitivne intervence kombinirajo z drugimi vrstami pomoči (medikacija, sodelovanje s šolo, treningi staršev).

Goldstein in Goldstein (1989) za uspešnejšo generalizacijo predstavljata integriran kognitivno vedenjski model, ki združuje več stopenj:

- a) OPREDELITEV VEDENJA,
- b) UČENJE SAMOOPAZOVANJA IN SAMOVREDNOTENJA,
- c) UVAJANJE ZUNANJEGA PODKREPLJEVANJA,
- d) UČENJE SAMOINSTRUKCIJ IN ATRIBUCIJSKE TEHNIKE,
- e) PRENOS NADZORA POSLEDIC NA OTROKA,
- f) UVAJANJE MOŽNOSTI ZA GENERALIZICIJO,
- g) ZMANJŠEVANJE POSLEDIC,
- h) OBČASNO OPAZOVANJE IN DOLOČANJE VZDRŽEVALNIH POSLEDIC.

Raziskave (po Barkley, 1998; Goldstein&Goldstein, 1989; Carr, 1998; Graham, 1998) kažejo, da med najbolj učinkovite in uveljavljene vedenjsko-kognitivne terapevtske pristope k obravnavi otrok z ADHD sodijo: Kendallov program za impulzivne otroke (Kendall, 1992), Camp in Bashov program Think Aloud (Camp&Bash, 1981), program Stop, look and listen Virginie Douglas (Douglas, 1972), Hinshaw-ov Self-management program (Hinshaw, 1984).

PRIMER VODENJA SKUPINE OTROK S HIPERKINETIČNO MOTNJO PO PRINCIPIH VEDENJSKO-KOGNITIVNE TERAPIJE

V Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše že več let skupaj s sodelavko vodim skupine otrok s hiperkinetično motnjo. V skupini je običajno od 5 do 7 otrok, učencev 2. in 3. razredov osnovne šole. Program skupine predstavlja dopolnilo obravnave otrok v naši ustanovi in ga vsako leto prilagajamo glede na vključene posameznike in njihove posebnosti.

Program vključuje delo z otroki, s starši in povezavo z učitelji. Vsebuje 12 srečanj enkrat tedensko po eno uro, na 14 dni so tudi skupine s starši.

CILJI pristopa skupinske obravnave so naslednji:

1. Skupinski:

- izboljšanje pozornosti,
- uspešnejše reševanje kognitivnih in socialnih problemov,
- razvijanje samokontrole.

2. Individualni (oblikovani glede na konkretne težave posameznega otroka), recimo:

- doseči kontrolo lastne impulzivnosti, tako da daš znak, preden želiš kaj povedati,
- povečati časovni razmak med seznanitvijo z navodilom in pričetkom reševanja (Dvakrat počasi vdihni in izdihni, šele potem začenjaj z reševanjem),
- doseči boljši pristop k problemu, tako da vedno opredeliš bistvo/nebistvo ,
- izboljšat pozornost na navodila, tako da jih vedno s svojimi besedami obnoviš,
- reducirati svoje pavlihasto vedenje

Za lažje delo sva v skupini vedno dve terapevki, ena je usmerjena v učenje novih veščin, druga pa v vzpostavljane zunanje nadzora. Pri tem se vedno oblikujejo določena **PRAVILA** za delo v skupini, recimo:

- POZORNO POSLUŠAM IN SODELUJEM.
- PRI VSAKI NALOGI POVEM, KAJ JE NAJBOLJ POMEMBNO.
- VEDNO DAM ZNAK, KO ŽELIM KAJ POVEDAT.
- POVEM, ČE MI KAJ NI VŠEČ ALI ME MOTI.
- POHVALIM, KAR MI JE VŠEČ.

Vsa srečanja se odvijajo po jasno določeni **STRUKTURI**:

Uvod:

- pregled počutja, povratne informacije o prejšnjem srečanju, novosti.
- Ponovitev naučenega iz prejšnjega srečanja.

Osrednji del:

- razvijanje veščin v skladu s skupinskimi in individualnimi cilji, na osnovi programa Think aloud in s pomočjo kognitivno vedenjskih tehnik.

Interakcijska igra, vsebinsko vezana na osrednji del in s poudarkom na:

- prepoznavanju lastnih čustev,
- primernem izražanju čustev,
- prepoznavanju čustev pri drugih

Zaključek:

- ponovitev naučenega,
- možnosti prenosa v druge situacije,
- določanje nalog,
- pregled počutja,
- samoevalvacija.

Prosta igra.

Princip dela v skupini temelji na naslednjih **VEDENJSKO-KOGNITIVNIH TEHNIKAH**:

- **Reševanje problemov**
- **Kognitivno modeliranje**
- **Samoinstrukcije**
- **Tehnike podkrepljevanja**
 - o **Samopodkrepljevanje**
 - o **Žetoniranje**

ad1) TEHNIKA REŠEVANJA PROBLEMOV

Spivack in Shure, avtorja, ki sta med prvimi začela razvijati programe za izboljšanje različnih veščin s pomočjo vedenjsko-kognitivne terapije, sta v svojih raziskavah ugotavljala, da je uspešno reševanje medčloveških odnosov odvisno od naslednjih veščin: občutljivosti za človeške probleme, sposobnosti najti več možnih rešitev, občutljivosti za vzročno-posledične odnose v človeškem vedenju.

D'Zurilla in Goldfried sta Tehniko reševanja problemov definirala kot usposabljanje otroka, da postane sam svoj terapevt (po Anić, 1990).

Tehnika uči sistematičen, strukturiran pristop k reševanju različnih problemov tako kognitivnih (šolskih) kot socialnih oz. medosebnih.

Problem tako predstavlja situacijo, na katero se je treba odzvati in jo rešiti.

Pri tem je pomembno, da se:

- problem prepozna, definira, formulira,
- osredotoči na možne rešitve, pri čemer se vzpodbuja k iskanju več možnih poti in k predvidevanju posledic posameznih možnosti,

- odloči za najboljšo možnost,
- izbrana rešitev preveri.

V delu s skupino otrok s hiperkinetično motnjo smo Tehniko reševanja problemov učili v modificirani obliki (prirejeno po Camp in Bash, 1981) po večih korakih, ki smo jih usvajali postopno s pomočjo naslednjih vprašanj:

1.) "Kaj je moj problem?"

(Identifikacija, oziroma natančna opredelitev problema, naloge.)

Recimo: "Moj problem je, da moram sestaviti tole sestavljanke".

b) "Kako lahko to naredim?"

(Iskanje strategij za rešitev problema, naloge s poudarkom na vzpodbujanju čimveči možnih alternativ za doseg cilja, predvidevanju in ocenjevanju možnih posledic posameznih rešitev, načrtovanju poti in izdelavi načrta za rešitev.)

Recimo: "Lahko bi iskal delčke, ki se ujemajo po barvi, ali o obliki... Če bom iskal po barvi, ne bo najbolje, ker je premalo natančno. Če iščem po obliki, moram dobro paziti, kateri koščki se najbolj ujemajo. Mislim, da bo najbolje, če iščem koščke, ki se ujemajo po obliki..."

c) "Ali delam po načrtu?"

(Preverjanje, če izbrana pot vodi k cilju ali bi bilo potrebno modificirati načrt.)

Recimo: "To ni najboljša pot. Lahko še enkrat natančno pogledam in poiščem delčke, ki jih prepoznam. Potem jih lahko skušam sestaviti po smislu." Ali: "Tako. Kar dobro mi gre. Kar tako naprej."

d) "Kako mi je šlo?"

(Samoevalvacija s poudarkom na vložnem naporu in počutju po opravljeni nalogi.)

Recimo: "Zelo sem zadovoljen, ker sem se tako potrudil, dobro sem opravil." Ali: "Čeprav nisem mogel vsega rešiti, sem vendarle poskušal, tudi drugič se bom tako potrudil..."

Za pomoč in bolj tekoč potek dela si otroci sami doma izdelajo opomnike v obliki besedila in risbic. Pri tem si vprašanja oblikujejo po svoje, s svojimi besedami..

ad2) TEHNIKA SAMOINSTRUKCIJ je zasnovana na verbalni mediaciji – uporabi govora kot notranjega (internaliziranega) regulatorja in orodja mišljenja. Tehnika tako razvija zavestno in kontrolirano usmerjanje notranjega govora pri sistematičnem reševanju problemov, saj temelji na prepričanju, da so čustva in vedenje pod vplivom notranjega govora, ki se v človeku internalizira tekom razvoja, predvsem na osnovi lastnih izkušenj in povratnih informacij s strani okolja.

Razvojni odnos med govorom, mišljenjem in vedenjem sta proučevala že Luria in Vygotsky (Camp in Bash, 1981). Oba poudarjata, da je razvoj samokontrole postopen proces, v katerem se v najzgodnejšem obdobju vedenje otroka kontrolira preko verbalnih navodil odraslih, kasneje pa ta navodila otrok vse bolj usvaja in ponavlja, dokler ne doseže stopnje, ko svoje vedenje lahko kontrolira sam, s pomočjo notranjega govora.

Jezik ima v najzgodnejšem obdobju aktivirajočo socialno in instrumentalno funkcijo, ne pa inhibicijske. V 2. letu večina otrok že reagira na inhibicijske ukaze staršev. V predšolskem obdobju, približno okrog 6. leta starosti, pa večina otrok razvije kapaciteto za inhibicijo in regulacijo svojega vedenja preko prikrite (notranje) verbalne aktivnosti. Takrat ti otroci že zmorejo usmerjati svoje vedenje preko lastnih navodil samemu sebi.

Verbalna mediacija je tako glavni dejavnik velikega premika v mišljenju, ki razvojno nastopa med 5. in 7. letom starosti. Pred tem obdobjem otroci težijo k površnemu odgovarjanju, generalizacijam na osnovi perceptualnih podobnosti, vzroke iščejo po asociacijah. V obdobju med 5. in 7. letom starosti pa so že sposobni inhibicije impulzivnih reakcij s pomočjo internalne lingvistične kontrole, iskanja vzrokov po pomenskih odnosih in substitucij logičnih asociacij.

Raziskave (Camp in Bash, 1981; Kendall, 1985) kažejo, da je učenje glasne verbalizacije inhibicijskih navodil lahko učinkovito že v predšolskem obdobju. Ugotovili so, da že takrat otroci svoje naloge ob motečih pogojih rešujejo uspešneje, če uporabljajo naučene samoinstrukcije (navodila samemu sebi), s pomočjo katerih se vodijo skozi posamezne stopnje reševanja.

Prve terapevtske programe, zasnovane na samoinstrukcijah, sta izdelala Meichenbaum in Goldfried (1971) in so bili namenjeni impulzivnim otrokom. Ugotovila sta, da je trening s Tehniko samoinstrukcij pomembno izboljšal učinkovitost impulzivnih otrok pri reševanju raznovrstnih nalog. Njuni programi so imeli naslednje cilje:

- usposobiti impulzivne otroke, da bi uporabljali verbalna samonavodila in da bi na njih pravilno reagirali,
- izboljšati druge posredne veščine za uporabo notranjega govora, ki pripomorejo h kontroliranju vedenja,
- odpraviti pomanjkljivosti v razumevanju situacij,
- vzpodbujati otroke k samopodkrepljevanju za primerno vedenje.

V programih se uporabljajo samoinstrukcije, ki vsebujejo naslednje elemente (Anić, 1990):

- vprašanja o naravi in zahtevah naloge,
- odgovore na vprašanja v obliki kognitivne vaje,
- samonavodila v obliki vodenja skozi vsako stopnjo izvrševanja naloge,
- samopodkrepitev.

Programi so večkrat zasnovani za skupine otrok, pri čemer voditelj predstavlja otrokom model, ki se sooča z določenim problemom. Ob tem glasno verbalizira svoja razmišljanja in odločitve ob sistematičnem reševanju nalog.

Pri tem je pomembno, da model otroka ne uči direktno z navodili, ampak mu pokaže katero od možnih poti skozi nalogo.

Hkrati se namensko sooča z ovirami, spodrseljaji, frustracijami in se skuša uspešno spoprijemati z njimi - tako otroku kaže možne "coping" strategije.

Tehnike samoinstrukcij se najpogosteje uporabljajo v terapevtskih programih, namenjenih otrokom z učnimi težavami zaradi nemirnosti in motenj pozornosti. Takšni programi so relativno kratkotrajni (spremembe so opazne že po 12 enournih srečanjih enkrat tedensko), učinki pa so opazni tudi po več mesecih (Anić, 1990).

ad3) KOGNITIVNO MODELIRANJE je učenje po modelu, katerega začetnik je Bandura (raziskave o učenju s posnemanjem).

Kognitivno modeliranje pomeni demonstriranje strategije reševanja problemov tako, da ga otroci posnemajo.

Tehnike reševanja problemov, modeliranja in samoinstrukcij se pri delu v skupini otrok s hiperkinetično motnjo se kombinirajo in izvajajo v več fazah, ki predstavljajo postopek učenja samoinstrukcij:

1. Model (terapevt ali kdo drug) najprej samostojno rešuje nalogo, glasno verbalizira, otrok ga opazuje.
2. Otrok rešuje isto nalogo, model ga glasno usmerja.
3. Otrok glasno daje navodila sam sebi in rešuje nalogo ob upoštevanju sistematičnega pristopa.
4. Otrok rešuje nalogo ob šepetanju navodil.
5. Otrok rešuje nalogo molče, ob tem pa uporablja notranji govor.

Ta proces je dolgotrajen, učimo ga postopoma, na vseh srečanjih, otrok na posameznih fazah potrebuje veliko vaje in utrjevanja ter čimveč prenosa v vsakodnevne življenjske situacije.

ad4. TEHNIKE PODKREPLJEVANJA so pomembne za utrjevanje in ohranjanje na novo naučenega pristopa. Pomembne so zlasti za učenje otrokovega samonagrajevanja - vzbujanja občutkov zadovoljstva ob uspehu, kar stopnjuje otrokovo samozaupanje, samoučinkovitost, motiviranost in pozitivno samopodobo.

Ker so podrobneje opisane drugje, jih tukaj ne bomo posebej predstavljali.

Srečanja s starši so vedno usmerjena v seznanitev z naravo težav otroka s hiperkinetično motnjo, z delom v skupini, z načini prenosa in utrjevanja naučenih veščin iz skupine v domače okolje ter v tehnike za obvladovanje vedenja otrok.

KONČNE EVALVACIJE dela v skupini kažejo, da otroci običajno zelo uspešno usvojijo osnovne korake sistematičnega reševanja nalog, vendar bi za avtomatizirano in spontano uporabo naučenega v šolskih situacijah potrebovali daljši trening.

Hitro usvojijo pravila štirih osnovnih vprašanj, več težav pa imajo pri ustreznem odgovarjanju nanje, kar pa je seveda pogoj za uspešno uporabo nove veščine.

Ob usmerjanju in pomoči staršev doma otroci uspešno uporabljajo naučene veščine pri delu domačih nalog.

Z vidika socialnega funkcioniranja je pri vseh opazen napredek v ustreznem reševanju medsebojnih konfliktov in v zmožnosti interpretiranja različnih situacij s širše perspektive.

Pomemben vpliv skupine je bil opazen pri tistih otrocih, ki jih sošolci bolj ali manj odklanjajo in nimajo veliko možnosti za ustrezne samopotrditve v svojem okolju.

Njihova izkušnja, da zmorejo biti uspešni in da jih prijatelji iz skupine doživljajo drugače, kot so navajeni, jih je zelo motivirala za kontrolo in spremembo svojega vedenja v razredu.

Starši otrok, vključenih v skupino, so v veliki večini zelo motivirani za obravnavo in skrbno izvajajo dogovorjene postopke. Zanje so ob pridobivanju znanja in usvajanju novih veščin za lažje shajanje z otroki in uspešnejšo pomoč zelo pomembni tudi izmenjava medsebojnih izkušenj ter razumevanje in podpora, ki so ju deležni na srečanjih s starši.

Opisan pristop je le ena od možnih pomoči otrokom s hiperkinetično motnjo, obstaja pa še vrsta zelo uveljavljenih in uspešnih programov (Camp, Cohen, Bash, Braswell, Meichenbaum, Sure, Spivack...), prirejenih za različne starosti otrok s to motnjo in za intenzivno vsakodnevno kontinuirano izvajanje na osnovnih šolah.

VIRI

1. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic Criteria From DSM IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Anić, N. in sodel. (1990): *Praktikum iz kognitivne i biheviornalne terapije III*. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske,
3. Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior modification*. New York: Holt, Rinehart, Winston.
4. Barkley, R.A., Cunningham, C.E. (1979). *The effects of methylphenidate on the mother-child interactions of hyperactive children*. Archives of General Psychiatry, 36, 201-8.
5. Barkley, R.A. (1998). *Attention-Deficit hiperactivity disorder: a handbook for diagnoses and treatment*. New York: The Guilford Press.
6. Camp B.W., Bash. M.A. (1981). *Think aloud, Increasing Social and Cognitive Skills - A Problem-Solving Program for Children*. Champaign, IL: Research Press
7. Carr, A. (1998). *The handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology*. London: Routledge.
8. Douglas, V. (1972). *Stop, Look and Listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children*. Canadian Journal of Behavioral Science, 4, 259-281.
9. Goldstein, S. in Goldstein, M. (1989). *Managing Attention Disorders in Children - A Guide for Practitioners*. New York: A WILEY-Interscience Publications; John Wiley & Sons
10. Graham, P. (1998). *Cognitive-Behaviour Therapy for Children and Families*. Cambridge: University press.
11. Herbert, M. (1999). *Clinical Child Psychology: social learning, development, and behaviour*. Chichester: Wiley
12. Hinshaw, S.P. (1994). *Attention Deficits and Hyperactivity in Children*. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry, vol.30. SAGE Publications; London.
13. Kendall, P.C. Braswell, L. (1985). *Cognitive - Behavioral Therapy for Impulsive Children*. New York, London; The Guilford Press.
14. Makarovič K., Vodopivec, M. s sodel. (1994). *Epidemiologija na področju varstva duševnega zdravja otrok in mladostnikov – raziskovalna naloga*. Ljubljana. Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
15. Meichenbaum, Goldfried (1995). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodstvenih zdravstvenih problemov za statistične namene, ICD – 10*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
16. Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive-Behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
17. Ross D.M., Ross S.A. (1982). *Hyperactivity: Theory, research and action (2nd ed.)*. John Wiley & Sons, New York.
18. Rotvejn Pajič, L. (2001). *Motnja pozornosti s hiperaktivnostjo in nekateri vidiki učne učinkovitosti*. Magistrsko delo. Ljubljana. Filozofska fakulteta.
19. Rutter, M., Hersov, L. (1977). *Child psychiatry: modern approaches*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
20. Rutter, M., Hersov, L. (1988). *Child psyshiatry: modern approaches*. Blackwell Scientific Publications, Oxford, London, Edinburgh, Melbourne.
21. Smith Smith, H.F. (1986). *The elephant on the fence: Approaches to the psychotherapy of attention deficit disorder children*. American Journal of Psychotherapy, 40, 252-264.
22. Thomas, A., Chess S., Birch, H. (1968). *Temperament and Behavior Disorders in Children*. New York: Univ. Press.

SKUPINSKA KOGNITIVNO - VEDENJSKA TERAPIJA

UVOD

Skupinska kognitivno-vedenjska terapija predstavlja aplikacijo temeljnih principov kognitivno-vedenjske terapije v skupinski način dela. Menimo, da je skupinska oblika kognitivno-vedenjske terapije zelo primerna za osebe z medosebnimi problemi, saj omogoča testiranje nefunkcionalnih prepričanj o sebi in drugih ljudeh na sami terapevtski seansi. Taki problemi se lahko nanašajo na strah pred zavrnitvijo, pomanjkanje asertivnosti, socialno anksioznost, egocentrizem, pretirano podredljivost, ustrežljivost... Skupinsko delo pa omogoča tudi oblikovanje novih, bolj učinkovitih vzorcev vedenja v odnosih z drugimi ljudmi. Raziskave so pokazale, da je skupinska kognitivna terapija učinkovita pri depresiji, vendar učinki niso tako veliki kot pri individualni terapiji (Rush in Watkins, 1981, po Moorey, 1998). Zaradi tega je skupinsko delo bolj priporočljivo za manj motene paciente (Moorey, 1998). Nekateri pacienti, ki so zelo čustveno vznemirjeni, potrebujejo v začetku individualno terapijo, ko pa se razpoloženje izboljša, pa lahko začnejo s skupinsko terapijo. To je še posebej pomembno, če je jedro problema interpersonalne narave. Sama ublažitev simptomatike, brez spremembe osnovnih prepričanj o sebi in drugih ljudeh, namreč lahko privede do ponovitve težav ob stresnih zunanjih okoliščinah. Možna pa je tudi kombinacija skupinske in individualne obravnave. Tako Young (1999) opiše kombinirano skupinsko in individualno terapijo pri zdravljenju osebnoštnih motenj.

Obstaja več različnih pristopov k skupinski obliki kognitivno-vedenjske terapije. Menimo, da je najbolj prevladujoč zelo strukturiran pristop, ki je usmerjen na specifične populacije ljudi in zelo specifične probleme. Tako iz vedenjske paradigme izhajajo posebni skupinski asertivni treningi (Fensterheim in Baer, 1975), v katerih se člani učijo socialnih veščin. Kot učinkovita se je izkazala tudi skupinska sistematična desenzitizacija (Lazarus, 1961, Rachmann, 1966, Paul in Shannon, 1966; vse po Free, 1999). Obstajajo tudi posebni programi za kontrolo jeze (Feindler in Ecton, 1986), obvladovanje anksioznosti in stresa (Kennerley, 1995) ter soočanja z depresijo (Yost, Beutler, Corbishley in Allender, 1986).

Skupna značilnost vseh teh pristopov je homogenost članov skupine glede na probleme ali starost ter zelo strukturiran in fokusiran pristop na specifične probleme. V zadnjem času se še posebej uveljavlja psiho-edukativni pristop k skupinski kognitivno-vedenjski terapiji (Free, 1999; White, 2000). V tem pristopu se člani skupine ne odpirajo in ne govorijo o lastnih problemih (White, 2000). Cilj takih tečajev je učenje posameznikov, da postanejo terapevti samemu sebi. Člani skupine naj bi v takem programu razvili neke splošne veščine, ki jih lahko uporabijo v različnih situacijah (npr. sprostitvene tehnike, preusmerjanje pozornosti...). V tem pristopu se na probleme ne gleda kot na bolezen, kar deluje zelo normalizirajoče na člane skupine (Salskovskis, 1995, po White, 2000). Tako se v zadnjem času pojavlja vse več terapevtskih priročnikov za delo s specifičnimi problemi. V teh priročnikih je ponavadi zelo podrobno opisan način dela, vključno s tem, kaj naj terapevti-učitelji povedo na posamezni seansi.

Omenjeni pristop k skupinski terapiji, ki temelji na terapevtskih priročnikih, omogoča lažjo empirično evaluacijo terapije (Free, 1999). Reducira tudi možnost vpliva posameznega terapevta na rezultate terapije. Zaradi izredne strukturiranosti se ga tudi lažje naučimo. Ta pristop je lahko zelo uporaben zlasti pri učenju posameznikov pri obvladovanju svojih problemov. Vprašanje pa je, če ga

* Asist. Gregor Žvelc, spec. klin. psih. (Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje na Gorenjskem 55, Begunje na gorenjskem 4275 / UN. v LJ, FF – Odd. za psihologijo, Aškerčeva 2, Ljubljana 1000, gregor.zvelc@guest.arnes.si)

še lahko imenujemo skupinska psihoterapija. Verjetno ga je bolje označiti kot psiho-edukativni skupinski pristop, kot ga imenuje White (2000).

Menimo, da ima terapija, ki bazira na priročnikih, tudi veliko pomanjkljivosti. Kot omenjajo Erskine, Moursand in Trautmann (1999), psihoterapija ne predstavlja le znanje in tehnike, ampak je tudi umetnost. Opisani pristop lahko postane zelo mehaničen, saj terapevti izvajajo natančno vnaprej določen program. V tem pristopu tudi ni veliko prostora za individualno subjektivno izkušnjo posameznika, za deljenje osebnih problemov. Vsak posameznik pa ima svojevrsten problem. Tako se lahko zgodi, da sta določena vaja in tehnika razumljeni napačno v skladu s posameznikovo subjektivno kognitivno organizacijo. Omenjeni pristop je zlasti usmerjen na obvladovanje simptomatike in učenja samopomoči, redko pa pri tem pride do globljih sprememb shem o sebi, drugih ljudeh in svetu. Za take spremembe so programi prekratki in premalo individualizirani.

V tem prispevku bomo opisali pristop k skupinski obliki kognitivno-vedenjske terapije, ki smo ga razvijali v ambulantnem delu s pacienti v Psihiatrični bolnišnici Begunje. Ta pristop temelji na bolj heterogeni skupini z različnimi kliničnimi diagnozami ter je bolj prilagojen posameznim članom skupine. Prednosti heterogene skupine so predvsem te, da je lahko problem posameznika viden iz različnih perspektiv. Heterogenost skupine prinaša pisanost in barvitost, ki lahko pospeši procese kognitivne restrukturacije. Različnost problematike pa omogoča tudi uspešno modelno učenje, saj se pacienti lahko učijo učinkovitega spoprijemanja s problemi od drugih članov skupine, ki nimajo takih problemov. Tako se oseba, ki je zelo podredljiva, lahko uči asertivnosti od oseb, ki s tem nimajo težav.

V našem modelu skupinske kognitivno-vedenjske terapije kombiniramo psiho-edukativni pristop s terapijo, usmerjeno na posameznika v skupini. Bolj heterogena skupina zahteva namreč tudi bolj individualiziran pristop, ki se usmerja na posameznikovo subjektivno izkušnjo. Glavni način dela tako predstavlja terapijo posameznika v skupini z vključevanjem ostalih članov skupine. Poleg terapije posameznika v skupini pa se usmerjamo tudi na odnose med posameznimi člani skupine, včasih pa tudi na skupino kot celoto.

Terapevt je v tem pristopu aktiven, kot je tudi sicer značilno za kognitivno-vedenjsko terapijo. Pri tem educira člane skupine o konceptih kognitivno-vedenjske terapije, ilustrira, pomaga pri kognitivni restrukturaciji, riše diagrame kognitivnih modelov na tablo ter predlaga domače naloge.

Kognitivno-vedenjska terapija je sprva usmerjena na učenje obvladovanja in samopomoči pri problemih, kasneje pa se vse bolj usmerjamo na delo s temeljnimi shemami, kar prinaša tudi možnost trajnejših sprememb osebnosti.

Preden pa preidemo na specifičnosti skupinske kognitivno-vedenjske terapije, pa je potrebno razjasniti nekaj temeljnih pojmov kognitivne terapije, ki se nam zdijo še posebej pomembni za razumevanje skupinskega dela.

Relacijske sheme in skupinski proces

Kognitivna terapija izhaja iz kognitivnega modela, ki predpostavlja, da na čustva in vedenje posameznika vplivata zaznavanje in interpretiranje dogodkov (Beck, 1995). Ni torej situacija tista, ki vpliva na naše počutje in vedenje, ampak naše razumevanje situacije. Razumevanje in interpretiranje dogodkov pa sta odvisna od shem, ki predstavljajo temeljne elemente osebnosti (Alford in Beck, 1997). Sheme so ustaljeni, z zgodnjimi izkušnjami in učenjem formirani obrazci doživljanja sebe in sveta okrog sebe (Anić, 1996). Delujejo lahko nezavedno ali zavestno ter so lahko adaptivne ali neadaptivne (Alford in Beck, 1997). Vplivajo na našo percepcijo in interpretiranje okolja. Ko so te sheme aktivirane, ljudje interpretirajo dogodke skozi 'očala' teh shem. Lahko se selektivno usmerjajo na informacije, ki potrjujejo shemo, zavračajo pa informacije, ki govorijo o nasprotnem. Tako se lahko prepričanje ohranja, čeprav je napačno in nefunkcionalno (Beck, 1995).

Young (1999) omenja, da najgloblji nivo kognicije predstavljajo 'zgodnje maladaptivne sheme', ki so zelo stabilne in trajne. So brezpogojna prepričanja in občutja o sebi v odnosu do okolja. Razvijajo se na podlagi interakcije med otrokovim temperamentom ter disfunkcionalnimi izkušnjami s starši, sorojenci in sovrstniki v prvih nekaj letih življenja. Te sheme v glavnem ne izhajajo iz izoliranih travmatičnih izkušenj, ampak iz pogostejših vsakdanjih travmatskih dogodkov, ki kumulativno ojačujejo shemo. Young (1999) ugotavlja, da do razvoja maladaptivnih shem pride, če starši določenih primarnih razvojnih potreb otroka niso zadovoljili. Te sheme delujejo kot a priori resnice, ki so implicitne in jih jemljemo za samoumevne. So disfunkcionalne in vodijo direktno ali indirektno v psihične probleme. Zgodnje maladaptivne sheme se aktivirajo na podlagi dogodkov v okolju, ki so povezani z določeno shemo. Tako se lahko pojavijo izkrivljenja v mišljenju, močne čustvene reakcije ter problematično vedenje.

Za razumevanje procesa skupinske kognitivno-vedenjske terapije je temeljno spoznanje, da ima vsak član skupine svoj edinstveni subjektivni pogled na svet, ki izhaja iz specifičnih shem. Vsak član (vključno s terapevtom) tako v skupino prinaša svojo osebno zgodovino, izkušnje z drugimi ljudmi ter doživljanje sebe. Tako obstaja v skupini več različnih perspektiv gledanja na probleme, kar pospešuje pri članih procese kognitivne restrukturacije in s tem spremembe kognitivne organizacije. V skupini se tako izoblikuje intersubjektivno polje (Stolorow, 1994), v katerem posamezniki sovplivajo med seboj in skušajo razumeti posameznikovo edinstveno subjektivno izkušnjo. Skupina je tako sistem različnih soodvisnih delov, ki vplivajo drug na drugega.

Menimo, da je za razumevanje procesov kognitivne-skupinske terapije še posebej pomemben pojem **relacijskih shem**. To so sheme o odnosu z drugimi osebami, ki so nastale na podlagi interakcij otroka s pomembnimi drugimi osebami (Stern, 1995; Žvelc, 2002). Relacijske sheme so lahko disfunkcionalne ali pa adaptivne. Kot omenjajo Dattilio, Epstein in Baucom (1998), vsak družinski član formira sheme o vsakem članu družine skupaj s shemo splošne družinske interakcije. Te sheme vplivajo na percepcijo in interferirajo s trenutnimi odnosi, ki jih vzpostavlja posameznik. Seveda pa tudi kasnejši odnosi v življenju lahko vplivajo in modificirajo obstoječe sheme (Dattilio, Epstein in Baucom, 1998). Tako lahko posameznik, ki je imel starše, ki so bili nasilni, razvije shemo o nezaupanju v odnosih. Ob varnem in suportivnem partnerju pa lahko tak posameznik modificira disfunkcionalno shemo. S tem so v skladu tudi raziskave o navezanosti v odraslosti Mainove (Main, 1990, po Siegel, 1999), ki omenja posameznike, ki so s pomočjo pomembnega emocionalnega razmerja z dobrim prijateljem, partnerjem ali terapevtom prešli iz nesigurne navezanosti v varno.

Menimo, da je za uspešno skupinsko kognitivno-vedenjsko terapijo potrebno biti pozoren na aktivacijo relacijskih shem v skupini. Na podlagi specifičnih interakcij med člani skupine namreč pogosto pride do aktiviranja relacijskih shem. Lahko rečemo, da aktivacija relacijskih shem v terapiji predstavlja transferne kognicije (Beck, Freeman in dr., 1990), ki zameglijo trenutni realni odnos med člani skupine. Tako lahko član skupine doživlja druge osebe podobno, kot je doživljal člane svoje družine. Do njih čustvuje, misli in se vede na podoben način, kot je bilo to značilno v odnosu do pomembnih drugih oseb iz otroštva. V skupini se lahko pojavi veliko takšnih transfernih kognicij, ki izhajajo iz aktivacije relacijskih shem. Menimo, da aktivacija relacijskih shem v skupinski terapiji ob uspešnih intervencah terapevta lahko nudi možnost za spremembo shem. Specifične intervence, povezane s transfernimi kognicijami, bodo opisane kasneje.

Od otroštva naprej ljudje oblikujejo tudi določene sheme o izkušnjah, ki so jih pridobili v določenih skupinah (od vrta in šole naprej). Tako v skupino vsak član prinaša tudi specifično videnje sebe v odnosu do skupine. Nekateri pacienti lahko skupino doživljajo zelo ogrožajoče, v nasprotju z diadnimi odnosi, v katerih imajo relativno dobre izkušnje.

PRIPRAVA NA SKUPINO

Selekcija članov skupine in kognitivno-vedenjska ocena pacientov

Še pred začetkom skupinske terapije je potrebno z vsakim članom skupine narediti kognitivno-vedenjski intervju (Kirk, 1989). Menimo, da je za skupinsko kognitivno terapijo pomembno odkrivanje zgodnjih maladaptivnih shem (Young, 1999), še posebej pa relacijskih. Do relacijskih shem lahko pridemo prek vprašanj, ki se nanašajo na izkušnje s pomembnimi drugimi osebami od otroštva do sedanjosti. Tako lahko osebi rečemo naj v nekaj besedah opiše svojo mamo, očeta, babico, sorojence. Dobro se je usmeriti tudi na ljubezenska razmerja in prijateljstva. Pomembna pa so tudi vprašanja, ki se nanašajo na izkušnje posameznika z različnimi skupinami (vrtec, šola, služba...), s čimer lahko pridemo do shem o odnosu s skupinami. Pri intervjuju je treba biti pozoren tudi na neverbalno komunikacijo, ki nam lahko nudi pomembne podatke o naravi interpersonalnih odnosov kandidata.

V inicialnem intervjuju je tudi pomembno ugotoviti motiviranost za terapijo in možne sekundarne koristi terapije. Potrebna pa je tudi groba ocena kognitivnega funkcioniranja. Osebe, ki imajo nižje intelektualne sposobnosti in težave z razumevanjem abstraktnih principov, težje razumejo kognitivni model in se ne odzivajo tako dobro na kognitivne tehnike. Pri takih pacientih so ponavadi bolj indicirane vedenjske tehnike (relaksacija, izpostavljanje...). Dobro je biti pozoren tudi na kapaciteto za verbaliziranje in prepoznavanje emocij. Pacienti z aleksitimijo zahtevajo namreč prilagojen pristop, ki je usmerjen na učenje o emocijah (Milivojević, 1999).

Poleg kognitivno-vedenjskega intervjuja pa si pri oceni pacientov lahko pomagamo tudi z nekaterimi psihodiagnostičnimi instrumenti. Uporabni so vprašalniki o anksioznosti in depresivnosti. Med terapijo jih damo članom skupine še večkrat izpolniti. Tako sproti lahko evaluiramo nivo izraženosti simptomov in ocenimo napredovanje pacientov pri obvladovanju simptomov.

Za ugotavljanje temeljnih shem lahko uporabimo Vprašalnik osebnostnih motenj (Hyer, Skodol, Kellman, Oldham in Rosnick, 1990), ki smo ga prevedli v slovenščino. Posamezne skupine postavk se nanašajo na določene sheme o sebi, drugih in svetu. Za ugotavljanje bazičnih prepričanj smo sestavili tudi posebno Lestvico bazičnih prepričanj o sebi in drugih v obliki semantičnega diferenciala.

Za ugotavljanje relacijskih shem lahko uporabimo Test objektivnih odnosov (Žvelc, 1998a; 1998b) in Slikovni test separacije in individualizacije (Žvelc in Žvelc, 2000a), ki merita odnose s pomembnimi drugimi ljudmi. Ugotavljanje specifičnih shem o starših nam lahko olajša tudi v slovenščino preveden vprašalnik Vezi s starši ('Parental bonding inventory' - Parker, Tupling in Brown, 1979).

Na podlagi kognitivno-vedenjskega intervjuja in rezultatov psihodiagnostičnih instrumentov izberemo paciente, ki so primerni za kognitivno-vedenjsko terapijo.

Free (1999) omenja kriterije za zavrnitev posameznikov, ki naj ne bi imeli večjih koristi od njegovega psiho-edukativnega programa. V skupino ne vključi posameznikov z naslednjimi diagnozami/težavami:

- bipolarno motnjo,
- depresijo, ki je sekundarna drugi glavni psihiatrični motnji (npr. shizofrenija),
- odvisnostjo ali trenutno zlorabo drog ali alkohola,
- fizično boleznijo,
- osebnostnimi motnjami,
- težjimi suicidalnimi namerami,
- zgodovino organsko pogojene kognitivne disfunkcije,
- težavami z branjem.

Tudi v našem pristopu veljajo podobni kriteriji, razlika pa je v tem, da v skupino vključujemo tudi paciente z osebnostnimi motnjami. Kognitivna terapija se je namreč izkazala kot učinkovita pri delu z osebnostnimi motnjami (Beck, Freeman in dr., 1990; Pretzer in Beck, 1996; Young, 1999). Zahteva pa specifične modifikacije klasičnega kognitivno-vedenjskega pristopa (npr. večji poudarek na terapevtskem odnosu, interpersonalnih težavah, transfernih kognicijah, daljše trajanje terapije, pomembnost dobre konceptualizacije primera, individualiziran pristop...). Young (1999) omenja naslednje značilnosti pacientov z osebnostnimi motnjami, ki onemogočajo klasično kratkotrajno kognitivno terapijo: rigidnost, izogibanje ter interpersonalne težave. Na podlagi izkušenj s temi pacienti menimo, da je opisan pristop skupinske kognitivne terapije lahko učinkovit pri osebnostnih motnjah, saj upošteva opisane modifikacije dela. V skupinskem pristopu smo namreč veliko bolj pozorni na interpersonalne odnose in transferne kognicije.

Poleg kognitivno-vedenjskega intervjuja in reševanja psihodiagnostičnih instrumentov pacientu v individualni seansi obrazložimo tudi temeljne principe dela v kognitivno-vedenjski skupinski terapiji. Skupaj s pacientom pa se dogovorimo tudi o ciljnih terapije. Že od prvega srečanja naprej je potrebno biti pozoren na terapevtski odnos s pacientom. Pomembna je atmosfera zaupanja in varnosti. Le ob dobrem terapevtskem odnosu je lahko kognitivno-vedenjska terapija ustrezno učinkovita.

Na podlagi kognitivno-vedenjskega intervjuja in rezultatov psihodiagnostičnih instrumentov, začnemo že od prve ure naprej izdelovati kognitivno konceptualizacijo primera. Le ta nam služi kot kompas za različne strategije in tehnike dela. Za uspeh terapije je bistveno dobro razumevanje problemov vsakega člana skupine. Diagram kognitivne konceptualizacije (Beck, 1995) tekom terapije dopolnjujemo in izpopolnjujemo. Pri tem je bistveno priti do vseh nivojev kognicije, še posebej pa do bazičnih prepričanj.

Osnovna struktura skupinske kognitivno-vedenjske terapije

Kot smo že omenili, naše izkušnje skupinsko-kognitivne terapije temeljijo na delu z ambulantnimi pacienti. Skupina je potekala enkrat tedensko v obdobju enega leta. Posamezna seansa je trajala 90 minut. V skupini je bilo od 6-10 pacientov. Ko je posamezni član zapustil skupino, se je odprlo mesto za novega člana.

V prostoru terapije imamo posebno tablo, na katero se ilustrirajo posamezni koncepti kognitivno-vedenjske terapije. Najboljša je tabla z listi, saj lahko na njej ostanejo informacije ves čas trajanja terapije. Še posebno je dobro imeti na tabli predstavljen osnovni model kognitivno-vedenjske terapije (Anić, 1990). S pomočjo tega modela namreč pacientom razlagamo nastanek njihovih problemov, zato se k njemu večkrat vračamo. Pomembni pa so tudi ostali modeli (nastanek panične motnje, depresivnosti, anksioznosti...). Vse te modele narišemo na tablo hkrati z njihovo predstavitvijo pacientom, saj se jih tako bolje razume in se bolje vtisnejo v spomin.

Večina pacientov, ki smo jih imeli v terapiji, je zaključila program kognitivno-vedenjske terapije, ki poteka v bolnišnici (večinoma v dnevni bolnici). Tako so se že naučili osnovnih načinov spoprijemanja s simptomi. Vendar pa pri njih večinoma še ni prišlo do sprememb na nivoju shem, kar bi omogočilo trajnejše spremembe in s tem obenem prevencijo ponovitve simptomov. Tako je bilo terapevtsko delo usmerjeno vse bolj na spremembo shem o sebi, drugih in svetu.

V ambulantnih skupinah nismo učili relaksacije, saj je to večina članov že obvladala. Novi člani, ki pa niso zaključili programa v bolnišnici, pa so bili poučeni o relaksaciji individualno ali pa na posebnih ambulantnih skupinah za relaksacijo, ki obstajajo v bolnišnici.

OSNOVNI PRINCIPI SKUPINSKE KOGNITIVNO-VEDENJSKE TERAPIJE

Na tem mestu ne bomo podrobneje razlagali nekaterih osnov dela s skupino, ki so seveda zelo pomembne za uspešen potek terapije (npr. kohezivnost skupine, razvoj skupine, skupinska

dinamika). Usmerili se bomo predvsem na aplikacijo temeljnih metod in tehnik kognitivno-vedenjske terapije v skupinski način dela.

Prva srečanja

Ob prvem srečanju skupine je pomembno, da vzpostavimo temeljni dogovor o skupinskem delu, ki med drugim vključuje zaupnost v skupini, točnost in rednost prihajanja ter neagresivnost članov. Razložimo tudi osnovne značilnosti dela v kognitivno-vedenjski terapiji (aktivnost pacientov, sprejemanje odgovornosti, izvajanje domačih nalog). Povemo jim tudi, da je zaželeno, da imajo na seansi vsak svoj zvezek, v katerega beležijo pomembne informacije. Podamo tudi osnovne informacije o načinu skupinskega dela (terapija posameznika v skupini, psiho-edukativni pristop). Sledijo kratke predstavitve pacientov, ki jih je možno izvesti tudi prek interaktivne igre, ki pripomore k sproščenosti. Definiramo tudi osnovne cilje za vsakega posameznika. Cilji morajo biti jasno definirani in realno dosegljivi. Z njimi se mora strinjati tako terapevt kot pacient. V prvih srečanjih je pomembna tudi vzpostavitev občutka temeljne varnosti in zaupnosti. Takšna klima je namreč kot rodovitna zemlja, ki lahko omogoči rast in razvoj.

Predstavitve modela kognitivno-vedenjske terapije

V prvih srečanjih skupine je pomembno, da predstavimo osnovni model kognitivno-vedenjske terapije.

V tem modelu opišemo faktorje, ki vplivajo na nastanek simptomatike, in obenem kratko opredelimo osnovne terapevtske strategije dela (delo z avtomatskimi mislimi, vedenjske tehnike). Tako opišemo, kako ljudje oblikujejo prepričanja o sebi in svetu, ki vplivajo na percepcijo in razumevanje dogodkov in s tem vodijo do čustvenih, fizioloških in vedenjskih reakcij. Model lahko predstavimo na več načinov:

- a) Lahko si izmislimo primer, na podlagi katerega opišemo osnovne koncepte modela (bazična prepričanja, avtomatske misli, ohranjanje simptomov...) in jih ilustriramo na tablo.
- b) Še bolje pa je celo skupino pritegniti k sodelovanju. Tako si lahko izmislimo situacijo, ki jo lahko ljudje različno interpretirajo (npr. ženska zasliši, da so se vrata zaloputnila). Potem pa člane skupine povprašamo, kako bi si lahko ta dogodek ženska razlagala. Tako se v skupini pojavi več alternativnih razlag (npr. 'Veter jih je zaloputnil.', 'Nekdo je vlomil.', ...). Sledijo vprašanja o tem, kakšna čustva bi doživljala in kako bi reagirala. Bistvo je pacientom pokazati, da si ljudje lahko dogodke različno razlagamo in s tem v zvezi doživljamo različne čustvene reakcije in se različno vedemo.
- c) Posebno učinkovito se je pokazalo, če model predstavimo ob delu s posameznimi pacienti. Tako lahko ob terapiji posameznika razlagamo model terapije in sproti rišemo osnovne koncepte na tablo. Na tak način si lahko pacienti bolje zapomnijo in razumejo model.
- d) Tudi člani skupine lahko obrazložijo model novemu pacientu (na podlagi svojih primerov ali izmišljenih). Na ta način lahko ocenimo nivo razumevanja modela pri posameznih članih skupine.

Potek posamezne seanse

Kot smo že omenili, poteka skupinska kognitivno-vedenjska terapija v našem modelu v obliki terapije posameznika v skupini z vključevanjem skupine. Na začetku vsake seanse paciente povprašamo o tem, kdo želi govoriti o sebi (sodelovati v individualni terapiji). Povprašamo jih tudi o tem, če želijo obravnavati kakšno temo ter če imajo kakšna specifična vprašanja. Na podlagi tega določimo urnik seanse. Če se za individualno delo v skupini javi več pacientov, določimo vrstni red in razdelimo čas na vse udeležence. Pri izdelavi urnika seanse upoštevamo tudi čas za obravnavo določenih tem, ki potekajo na psiho-edukativen način (npr. nastanek paničnih napadov in samopomoč). Določene psiho-edukativne teme določimo v dogovoru s pacienti, pri čemer so v ospredju tiste, ki so značilne za največ članov skupine. Včasih se že vnaprej dogovorimo o strukturi

naslednje seanse. Tako se lahko skupina dogovori, da bodo v naslednji seansi glavna tema medosebni odnosi. Člani skupine se tako lahko vnaprej pripravijo na določeno temo in način dela skupine (ponavadi dobijo tudi določene domače naloge v zvezi s tem).

Terapija posameznika v skupini, odnosi med člani in skupina kot celota

Terapija posameznika v skupini poteka na podoben način kot individualna kognitivno-vedenjska terapija. Terapija je sicer usmerjena na posameznika, vendar ob tem vključujemo tudi ostale člane skupine. Tako vsakič po posamezni terapiji povprašamo ostale člane o povratni informaciji (kako gledajo na problem, kaj bi oni naredili v takem primeru...).. Tako dobi član več različnih povratnih informacij. Občasno pa skupino vključujemo že med samim potekom terapije posameznika, kot bo opisano v poglavju o kognitivnih tehnikah. Vsak član skupine tako prinese svoj pogled na situacijo, kar vpliva na spremembo shem drugih posameznikov.

Participant je tako nekakšen medij tudi za ostale člane skupine, ki se soočajo s podobnimi problemi. Ostali člani namreč lahko ob spremljanju terapije posameznika podoživljajo svojo življenjsko situacijo. Tako lahko rečemo, da posredno prek terapije posameznika, poteka proces kognitivne restrukturacije in spremembe shem naenkrat pri več posameznikih. Skupino lahko vključimo med samo terapijo posameznika ali pa po terapiji. Zelo pomembno je sodelovanje skupine v procesu dela s shemami in negativnimi avtomatskimi mislimi.

Včasih pa je terapija usmerjena tudi na **odnose med posameznimi člani skupine**. Med člani skupine (tudi med člani in terapevtom) pogosto prihaja do intenzivnih izmenjav, ki jih je pomembno osvetliti. Na podlagi shem, ki jih imajo o sebi in drugih ljudeh, vzpostavljajo pacienti različne odnose z drugimi. Pogosto prihaja tudi do ponovitev družinskih odnosov s člani skupine, kar lahko prinaša možnosti novega pogleda na situacijo (ob neuspešnih intervencah terapevta pa lahko pride tudi do ponovne travmatizacije). Primer za to je npr. pacientka, ki je doživljala starejšo gospo podobno kot svojo mater (doživljala jo je kot pretirano kritično). Gre za pojav transfernih kognicij (Beck, Freeman in dr., 1990). Pri tem pacient manifestira napačno percepcijo terapevta ali drugih članov skupine, ki izhaja iz njegovih izkušenj s pomembnimi drugimi, ne pa direktno iz vedenja terapevta ali ostalih članov skupine (Pretzer in Beck, 1996). Menimo, da transfer v kognitivno-vedenjski terapiji lahko razumemo kot aktivacijo zgodnjih relacijskih shem, ki interferirajo s trenutnimi posameznikovimi odnosi. Medtem ko se v klasični kognitivno-vedenjski terapiji s transfernimi kognicijami ponavadi ne ukvarjamo, pa ga je v terapiji osebnostnih motenj potrebno upoštevati in se z njim ukvarjati (Beck, Freeman in dr., 1990; Pretzer in Beck, 1996; Young, 1999). V klasični kognitivno-vedenjski terapiji vzpostavimo na začetku dober odnos in potem terapijo nadaljujemo brez večjega poudarka na interpersonalne aspekte terapije (Beck in Pretzer, 1996). Pri terapiji osebnostnih motenj pa disfunkcionalne sheme in prepričanja, ki vplivajo na pacientovo percepcijo drugih, obarvajo tudi percepcijo terapevta in drugih članov skupine. Tako se disfunkcionalno interpersonalno vedenje, ki ga pacienti manifestirajo v odnosih zunaj terapije, manifestira tudi v sami terapevtski situaciji.

V skupinski kognitivni terapiji lahko pride do aktivacije različnih relacijskih shem v odnosu do različnih članov skupine. Tako lahko član skupine doživlja eno osebo kot očeta, drugo kot mater, tretjo pa kot brata.

Aktivacija relacijskih shem v terapiji lahko povzroči močne emocionalne reakcije. Ko do tega pride, je pomembno, da terapevt vidi, kaj se dogaja, in ustrezno intervenira (Pretzer in Beck, 1996). Brez ustreznih intervenc lahko transferne kognicije zelo motijo potek terapije, pacient lahko tudi predčasno zapusti terapijo. Tako dobi novo potrditev, da ga npr. nihče ne razume in da so vsi proti njemu. To utrdi njegovo disfunkcionalno shemo. Zato je pomembno ob aktivaciji relacijskih shem pomagati pacientu, da testira resničnost prepričanj prek direktne interakcije med pacientom in terapevtom ali drugimi člani skupine (v odnosu do katerih je prišlo do transfernih kognicij). Če pride

do transfernih kognicij, usmerjenih na terapevta, se lahko terapevt razkrije in s tem popravi pacientovo izkrivljenje (Young, 1999).

Čeprav lahko aktivacija relacijskih shem v terapiji moti terapevtski odnos in delo v skupini, pa lahko po drugi strani prispeva k identifikaciji prepričanj, predvidevanj in interpersonalnih strategij, ki igrajo pomembno vlogo pri pacientovih problemih (Pretzer in Beck, 1996). To pa tudi nudi možnost, da se člani skupine in terapevt začnejo odzivati pacientu na način, ki deluje nasproti disfunkcionalnim prepričanjem in predvidevanjem (Pretzer in Beck, 1996).

Včasih pa se v skupinski kognitivno-vedenjski terapiji fokus dela premakne tudi na **delo s celotno skupino**. Skupina lahko npr. utrjuje disfunkcionalne oblike vedenja določenega člana skupine. Tako je lahko preveč podpirajoča do člana skupine in mu onemogoča, da bi se sam soočal s problemi. V tem primeru se pospešuje odvisnost od skupine. Tako je pomembno celotni skupini obrazložiti, da s tem vedenjem skupina ojačuje pacientove težave in njegov pasivni odnos. S celo skupino pogosto delamo tudi, ko obravnavamo določene teme. Tako celo skupino aktiviramo in pozovemo k sodelovanju. Pomembno je, da terapevt spremlja skupinsko dinamiko in je pozoren na interakcije med člani skupine. Skupina ima tudi določen razvoj prek različnih faz, kar včasih zahteva delo s celotno skupino.

V procesu skupinske terapije je potrebna terapevtova fleksibilnost prehajanja z nivoja dela s posameznikom na nivo interakcije med posamezniki ter delom s celo skupino.

Psiho-edukativne skupine

Kot smo že omenili, včasih na skupini predstavimo določene teme, ki so povezane s težavami pacientov. Teme lahko razložimo tudi pri sami terapiji pacienta v skupini, če za to obstaja potreba. V primeru, da delamo s pacientom, ki ima panične napade, lahko ob tej priložnosti razložimo model nastanka in obvladovanja paničnih napadov. Pri teh predstavitvah vključimo tudi ostale člane, da povedo svoje izkušnje in mnenja. Včasih tudi pacienti sami predlagajo določene teme, o katerih bi se radi pogovarjali. Tako imamo včasih poleg dela s posamezniki v skupini tudi določene diskusije na neko temo.

Psiho-edukativne teme, ki jih največkrat obravnavamo na skupini:

- Osnovni kognitivno-vedenjski model.
- Kako obvladati tesnobo, strah in paniko. Predstavimo tudi načine razumevanja posameznih motenj (npr. panike).
- Kako si pomagamo pri depresivnosti. Kognitivni model depresije.
- Učenje o emocijah. Pri razlagi emocij nam je še posebej v pomoč Milivojevičev model emocij (1999), ki je skladen s predpostavkami kognitivno-vedenjske terapije.
- Medosebni odnosi. Vključuje učenje o asertivnosti, partnerskih odnosih, empatiji, pohvalah in kritikah.
- Učenje tehnike reševanja problemov.

POSAMEZNE TEHNIKE DELA V SKUPINSKI KOGNITIVNO-VEDENJSKI TERAPIJI

V skupinski kognitivno-vedenjski terapiji lahko uporabimo kognitivno-vedenjske tehnike na nov, kreativen način, ki upošteva možnosti, ki jih ponuja skupina. Opisali bomo aplikacijo kognitivnih, vedenjskih, doživljajskih in interpersonalnih tehnik v skupinski terapiji. Young (1999) v svoji na sheme usmerjeni terapiji poleg kognitivnih in vedenjskih tehnik omenja še doživljajske in interpersonalne tehnike. Te so lahko zelo učinkovite pri delu z zgodnjimi maladaptivnimi shemami. Do sprememb na nivoju shem tako lahko pride na podlagi različnih intervenc, ki se usmerjajo na kognitivno, vedenjsko, čustveno ali interpersonalno področje posameznika. Skupinska terapija še

posebej nudi možnost uporabe interpersonalnih tehnik, kar lahko zelo obogati kognitivno-vedenjsko terapijo.

Terapevt naj bo fleksibilen pri uporabi različnih tehnik. Včasih je namreč bolj učinkovito uporabiti kognitivne tehnike, drugič pa interpersonalne. Tudi zaporedje različnih tehnik je lahko drugačno za vsakega posameznika. Dobra kognitivna konceptualizacija nam pri tem lahko zelo pomaga.

Kognitivne tehnike

Med skupinsko terapijo je dobro, da je terapevt pozoren na negativne avtomatske misli pacientov, ki se pojavljajo v terapiji. Pomembna je specifikacija teh misli in proces kognitivne restrukturacije prek Sokratovskih vprašanj. Pri tem so terapevtu lahko v veliko pomoč ostali člani skupine. Med kognitivno restrukturacijo lahko terapevt pozove skupino k sodelovanju. Tako je imel neki pacient naslednjo avtomatsko misel: 'Vsi člani skupine me gledajo v roke, ki se mi potijo, in si sigurno mislijo nekaj slabega o meni. Verjetno si mislijo, da sem nenormalen.' Ko specificiramo in reflektiramo pacientovo avtomatsko misel, lahko pozovemo ostale člane skupine, da povedo, ali res gledajo pacienta v roke in si mislijo, da je nenormalen. Odgovori skupine včasih pacienta zelo presenetijo, saj lahko ugotovi, da večina članov sploh ni videla, da se mu roke potijo. Tako lahko član skupine ovrednoti avtomatsko misel in naslednjič ustrezno odgovori nanjo.

Kot smo opisali, lahko torej člani skupine pomagajo ovrednotiti in odgovoriti na negativne avtomatske misli člana skupine. To je še posebej učinkovito pri osebah, ki imajo zelo rigidna prepričanja in sami težko najdejo alternativna gledanja na situacijo. Nekaj vprašanj, ki se jih lahko pri tem uporabi: 'Ali ste kdaj podobno doživljali in razmišljali kot oseba X?', 'Ali obstaja še kakšna druga možnost pogleda na situacijo?', 'Kateri so dokazi, ki podpirajo to mišljenje?', 'Kaj mislite, kaj bi se lahko najhujšega zgodilo v primeru, da je res tako?', 'Ali kdo podobno/različno razmišlja?'.

Člani skupine na ta način predstavljajo pomožni 'testator' realnosti. Skupina nudi namreč izvor novih informacij, novih subjektivnih pogledov posameznikov, ki lahko vplivajo na spremembo disfunkcionalnih in rigidnih stališč.

V skupini lahko uporabljamo različne kognitivne eksperimente. Skupina tako predstavlja 'laboratorij', v katerem lahko člani preizkušajo svoje miselne hipoteze. Tako lahko pacientka, ki ima prepričanje, da je nihče ne razume, na skupini ugotovi, da obstajajo ljudje, ki jo razumejo.

V skupinski terapiji lahko pri posamezniku pride tudi do aktiviranja shem odnosa s skupino. Tako lahko oseba prenaša negativne izkušnje, ki jih je doživela v prejšnjih skupinah, na terapevtsko skupino. Nekateri pacienti so imeli zelo slabe izkušnje s skupinami. Tako je neka pacientka čutila v šoli zavračanje od sošolcev. Sošolci so se norčevali iz nje. Imela je občutek, da je čisto sama proti vsem drugim. Take izkušnje se lahko obudijo v terapevtski skupini. Tako je imela pacientka avtomatsko misel, da je člani skupine ne marajo in da bi najraje videli, da je ni v skupini. V skladu s svojo shemo, povezano z zavračanjem, je selektivno interpretirala reakcije drugih in jih povezala z zavračanjem. Vsak malo manj prijazen pogled ji je pomenil zavračanje. V tem primeru je dobro pozvati celotno skupino na sodelovanje pri kognitivnem prestrukturiranju. Tako lahko člani skupine povedo svoje doživljanje pacientke, s čimer lahko pride do popravka kognitivnega izkrivljenja.

Tehnika reševanja problemov v skupini je lahko še posebej učinkovita. Člani skupine lahko pomagajo pacientu s svojimi subjektivnimi pogledi pri nizanju različnih možnosti reševanja problemov in njihove evaluacije.

Vedenjski principi in tehnike

V skupinski kognitivno-vedenjski terapiji se člani skupine učijo novih vedenjskih strategij pri soočanju s problemi. Skupina nudi vir pozitivnih podkrepitev, pa tudi kritik vedenja posameznika. Tako lahko posameznik, ki napreduje v terapiji, dobi pozitivne podkrepiteve od članov skupine, ki

utrdijo nove funkcionalne oblike vedenja. Določene oblike vedenja pa naletijo na kritiko in nestrinjanje. Tako so posamezniki soočeni s svojimi disfunkcionalnimi in škodljivimi interpersonalnimi strategijami. Tako je lahko oseba z narcisističnimi potezami soočena s svojim egocentrizmom in poniževanjem drugih. Odvisna oseba pa s pretiranim iskanjem pomoči od drugih, namesto da bi se sama soočala s problemi.

Člani skupine nudijo posamezniku različne modele za učenje novih, bolj funkcionalnih oblik vedenja. Oseba, ki je zelo podredljiva, se lahko uči od drugih članov skupine postaviti se zase na socialno sprejemljiv način. Osebe, ki pa imajo težave s kontroliranjem jeze in besa, pa lahko dobijo ustrezen model pri osebah, ki znajo izraziti jezo na konstruktiven način.

Od drugih članov skupine dobijo posamezni člani pomembne informacije o različnih vedenjskih strategijah pri soočanju s simptomi. Tako lahko na skupini slišijo, kako se drugi člani uspešno soočajo z anksioznostjo, paniko, depresivnostjo, kar lahko tudi sami kasneje uporabijo. Včasih je pacient zelo rigidno fiksiran na zelo omejen vzorec vedenjskih strategij, ki jih uporablja pri reševanju določenih problemov. Člani skupine pa lahko odprejo celo paleto novih vedenjskih možnosti, ki jih pacient do tedaj ni videl. Včasih je potrebno, da pacient naredi določene spremembe v svojem življenjskem okolju (zmanjšanje delovnih obveznosti, iniciiranje novih prijateljstev, iskanje novih hobijev in aktivnosti), pri čemer mu lahko pomagajo ostali člani s svojimi primeri in predlogi. Zunanje okolje namreč lahko podpira njegovo simptomatiko.

V skupinski kognitivno-vedenjski terapiji lahko uporabljamo različne vedenjske eksperimente za testiranje disfunkcionalnih prepričanj. Tako lahko oseba, ki misli, da jo drugi člani skupine ves čas gledajo v potne roke, dobi za nalogo beležiti število pogledov članov skupine, ki so usmerjeni v njene roke. Tista oseba s socialno fobijo si namreč zaradi omenjenih avtomatskih misli sploh ni upala gledati drugih članov skupine in je ves čas gledala v tla in se izogibala očesnim kontaktom. Neki drug pacient je imel bazično prepričanje, da je nekaj narobe z njim in da vsi drugi ljudje vidijo njegovo nenormalnost (in si nekaj slabega mislijo o njem). Tako smo ga prek vedenjskih eksperimentov spodbujali k testiranju svojega prepričanja. V zadnji fazi terapije je izvedel vedenjski eksperiment, v katerem je prišel na skupino obut v različne nogavice. Imel je namreč fantazijo, da se bo zgodilo nekaj zelo groznega, če bi šel v javnost nepopolno oblečen. Ugotovil je, da si drugi ljudje velikokrat nič slabega ne mislijo o njem, če pa si že, je pa to njihova stvar.

Nekateri pacienti so zelo podredljivi in ustrežljivi zaradi prepričanja, da bodo zavrtnjeni, če se bodo postavili zase, rekli 'Ne!' ali izrazili konstruktivno kritiko. Tako jih terapevt v terapevtski skupini lahko opogumi, da preverijo to prepričanje in spremenijo disfunkcionalno vedenje. Tako je lahko oseba v skupini spodbujena, da izrazi svojo mnenje, se postavi zase ali izrazi nestrinjanje z določenim mnenjem.

Nekateri pacienti razvijejo pasivno-agresiven način spoprijemanja s problemi. Tako so v terapiji spodbujeni, da svojo jezo in nestrinjanje izrazijo direktno osebi, kateri je namenjena, brez manipulacijskih manevrov (kuhanje 'mule', vzbujanje občutkov krivde...).

Ena izmed članic skupine je v odnosu z mamo pogosto doživljala intenzivne kritike, ki so spodjedale njeno samozavest in samozaupanje. Nikoli pa se ni upala aktivno postaviti mami po robu. Vedenje, povezano s to shemo, se je manifestiralo kot jok, obup, distanciranje in umik. V terapiji je na podlagi kognitivne restrukturacije spoznala svojo shemo in začela razvijati novo prepričanje (da ima pravico zavrniti neupravičeno kritiko). Kognitivno spremembo pa smo podpirali tudi z vedenjskimi tehnikami. Tako je enkrat na skupini doživela kritiko od drugega člana skupine. Ob tem je prišlo pri njej do aktiviranja zgodnje interpersonalne sheme povezane z zavračanjem (prišlo je do pojava transferne kognicije). Člana skupine je doživljala kot svojo mamo in se počutila in vedla do njega na podoben način (na skupini se je čisto umaknila vase in ni hotela spregovoriti). Tako je bila v terapiji od članov skupine spodbujena, da izrazi svoja občutja do drugega člana skupine. Tako je izrazila svojo jezo in žalost, ki jo je čutila ob kritiki. Od takrat naprej je začela na skupini pogosteje izražati

svoja čustva. Tudi v življenju je prihajalo do sprememb, vse bolj je počela tisto kar je sama zares želela, ne pa samo tistega, kar so drugi pričakovali od nje.

Pri učenju novega, bolj funkcionalnega vedenja, si lahko v skupini pomagamo tudi z igro vlog. Pacienti prek igre vlog lahko trenirajo nove obrazce vedenja. V skupini se lahko izvede asertivni trening, v katerega lahko vključimo vse člane skupine. Tako so pacienti npr. 'vadili' igro vlog, v kateri so morali odkloniti pomoč drugi osebi. Prek igre vlog se oseba lahko pripravlja tudi za nastope, intervjuje za službo... V tem primeru lahko cela skupina postane izpraševalec in občinstvo.

Skupina lahko nudi pomoč tudi pri pacientovem postopnem izpostavljanju ogrožajočim situacijam (npr. pri strahu pred množico, višino...).. Tako lahko pritegnemo k sodelovanju posamezne člane skupine ali pa celo skupino. Tako člani sodelujejo kot koterapevti, ki gredo skupaj z njim v situacijo, ki se jo boji. Pacientu pomagajo preusmerjati pozornost z negativnih avtomatskih misli, spomnijo ga na uporabo relaksacijskih tehnik... Bistveno je, da se na skupini naredi jasen načrt postopnega izpostavljanja in opredeli vlogo koterapevtov. Seveda morajo ti člani dobro poznati tehnike obvladovanja anksioznosti.

To so bili le nekateri primeri uporabe vedenjskih tehnik v skupini. Na kreativen način lahko v skupini apliciramo tudi ostale vedenjske tehnike

Doživljajske tehnike

Beck (1995), Beck, Freeman in dr. (1990) ter Young (1999) opisujejo pomembnost doživljajskih tehnik, ki se nanašajo na podoživljanje izkušenj iz otroštva, pri delu s temeljnimi shemami. Young (1999) ugotavlja, da je najbolje paciente empatično soočati s shemami, ko so te aktivirane, kar pomeni, da je prišlo do čustvenega vzburljenja. Delo s shemami je veliko bolj učinkovito, če delamo z njimi ob prisotnosti čustev, kot pa če se pogovarjamo o njih na intelektualen ali abstrakten način. Young (1999) ugotavlja, da so določene doživljajske tehnike lahko zelo učinkovite pri spreminjanju shem na afektivnem nivoju. Te tehnike izvirajo iz drugih terapevtskih smeri in vključujejo aktiviranje shem na terapevtski seansi, zaradi česar ob ustreznih intervencah lahko pride do večjih sprememb.

Igre vlog so lahko še posebej učinkovite pri spremembah shem. Tako lahko oseba problematično življenjsko situacijo, povezano z medosebnimi odnosi, odigra v skupini in jo skuša zaključiti na ustrežnejši, pozitivnejši način. Neka pacientka je imela probleme v odnosu z materjo. Tako je pri igri vlog izbrala člana skupine, ki je zaigral njeno mater. Zaigrala sta določeno problematično življenjsko situacijo, v kateri je prišlo pri pacientki do aktivacije zgodnjih interpersonalnih shem. Ob pomoči terapevta je pacientka povedala 'mami', kako se počuti ob njenem destruktivnem vedenju, česa ne želi, da počne v odnosu do nje, in kaj želi od nje. Včasih lahko vlogi tudi obrnemo, kar omogoči pacientu empatičen uvid v vlogo druge osebe, s katero ima konflikten odnos.

Igra vlog se lahko nanaša na trenutno življenjsko situacijo, v kateri ima oseba interpersonalne probleme, lahko pa se nanaša na preteklo izkušnjo iz otroštva. Tako lahko oseba izbere več članov skupine, ki predstavljajo njeno družino. Skupaj lahko odigrajo zgodnjo travmatično sceno, v kateri se pacient odzove na način, na kakršnega bi se rad odzval staršem v preteklosti, vendar se ni mogel. Pacient tako govori z imaginarnimi starši na nov način, ki predstavlja antitezo shemi. Pacienti na ta način bolj jasno vidijo vlogo staršev pri nastanku shem (Young, 1999).

Interpersonalne tehnike

Do sprememb shem in avtomatskih misli pride tudi na podlagi terapevtskega odnosa (Young, 1999). Terapevtski odnos je eden zelo pomembnih faktorjev v terapiji (Erskine, Moursand in Trautmann,

1999). Skupina lahko predstavlja okolje, ki deluje nasproti zgodnjim interpersonalnim ali skupinskim shemam. Nekateri pacienti, ki pridejo na skupino, so zelo osamljeni. Imajo občutek, da jih doma nihče ne posluša, ne razume in se ne zanima zanje. Tako razvijejo svoj subjektivni svet, ki ga ne delijo z drugimi, saj so prepričani, da drugim ni mar zanje. S svojimi problemi tudi nočejo obremeniti drugih. V skupini lahko pride do intenzivnega soočanja s takimi shemami. Tako je neka pacientka v skupini doživela nov interpersonalni odnos, ki je deloval nasproti takim prepričanjem. Člani skupine so jo poslušali, razumeli in pokazali, da jim ni vseeno zanje. Tako je prišlo do kognitivne disonance in s tem do sprejemanja novega prepričanja. Opazili smo, da sprememba shem pri nekaterih pacientih ne poteka gladko. Velikokrat se pacienti bojijo novega in se oprijemajo starih obrazcev mišljenja, vedenja in čustvovanja. Zlasti, ko pride stara shema v konflikt z novimi informacijami in izkušnjami, lahko pride do pojavnosti intenzivnih čustvenih reakcij. To stanje lahko vodi v novo obliko kognitivne organizacije ali pa pade nazaj na staro. Včasih pacienti (nezavedno) branijo staro shemo in jo skušajo na vsak način ohraniti, zaradi česar lahko izkrivljajo trenutno realnost. Tako lahko pacient omenja, da ga člani skupine poslušajo samo zato, ker ga morajo, v resnici jim pa ni mar zanj.

Veliko pacientov ima občutek, da imajo samo oni takšne probleme. Tako mislijo, da je nekaj zelo narobe z njimi - da so nenormalni. V skupini pa pride do deljenja problemov med člani skupine. Tako ugotovijo, da imajo tudi drugi podobne probleme, kar je eden od pomembnih terapevtskih dejavnikov skupine (Eayers in dr., 1984, po White, 2000). Tako lahko pride v skupini do normaliziranja in sprejemanja težav.

ZAKLJUČEK

V prispevku je bila predstavljena skupinska kognitivno-vedenjska terapija, ki smo jo razvijali v ambulantnem delu s pacienti v Psihiatrični bolnišnici Begunje. Skupinska oblika dela je še posebej primerna za osebe s problemi v medosebnih odnosih. Skupina nudi možnost testiranja disfunkcionalnih shem in prepričanj ter je sredstvo učenja novih, funkcionalnih oblik vedenja. V skupinski kognitivno-vedenjski terapiji se pri delu usmerjamo na posameznika v skupini, interakcije med člani ter celotno skupino. V delo vključujemo tudi psiho-edukativne elemente. V skupini lahko uporabljamo kognitivne in vedenjske tehnike na nov način, ki upošteva možnosti, ki jih ponuja skupina. Poleg kognitivnih in vedenjskih tehnik pa skupina nudi možnost učinkovite uporabe doživljajskih, še posebej pa interpersonalnih tehnik. Cilj skupinske kognitivno-vedenjske terapije je poleg obvladovanja simptomov in učenja samopomoči tudi sprememba zgodnjih disfunkcionalnih shem. Opisani način dela se lahko uporabi tudi v drugih oblikah skupinskega dela v kognitivno-vedenjski terapiji.

VIRI:

1. Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. New York, London: The Guilford Press.
2. Anić, N. (1990). *Kognitivno-bihevioralni pristup emocionalnim teškoćama*. V Anić, N. (Ur.), *Praktikum iz kognitivne i bihevioralne terapije III*. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske.
3. Anić, N. (1996). *Vedenjsko-kognitivna terapija depresije*. V Romih, J., Žmitek. (Ur.), *Zdravljenje z antidepresivi*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje, 188-195.
4. Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorder*. New York, London: The Guilford Press.
5. Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York, London: The Guilford Press.
6. Dattilio, F. M., Epstein, N. B., & Baucom, D. H. (1998). *An Introduction to Cognitive-Behavioral Therapy with Couples and Families*. V Dattilio, F. M. (Ur.), *Case Studies in Couple and Family Therapy. Systematic & Cognitive Perspectives*. New York, London: The Guilford Press, 1-36.
7. Erskine, R. G., Moursand, J. P., & Trautmann, R. L. (1999). *Beyond Empathy. A Therapy of Contact-in-Relationship*. Philadelphia: Brunner/Mazel. Taylor and Francis Group.
8. Feindler, E. L., & Ecton, R. B. (1986). *Adolescent Anger Control*. Cognitive-Behavioral techniques. New York: Pergamon Press.
9. Fensterheim, H., & Baer. J. (1975). *Don't say yes when you want to say no*. New York: New Dell Edition.
10. Free, M. L. (1999). *Cognitive therapy in Groups. Guidelines and Resources for Practice*. Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons, LTD.
11. Hyler, S. E., Skodol, A. E., Kellman, D., Oldham, J. M., Rosnick, L. (1990). *Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: Comparison With Two Structured Interviews*. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1043-1048.
12. Kennerley, H. (1995). *Managing Anxiety. A Training Manual*. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press.
13. Kirk, J. (1989). *Cognitive-behavioural assessment*. V Hawton, K., Salskovskis, P M., Kirk, J., & Clark, D.M. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide*. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press, 13-51.
14. Milivojević, Z. (1999). *Emocije. Psihoterapija i razumevanje emocija*. Novi Sad: Prometej.
15. Moorey, S. (1998). *Cognitive Therapy*. V Dryden, W. (Ur.), *Handbook of Individual Therapy*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications, 254-281.
16. Parker, G., Tupling, H., Brown, LB. (1979). *A parental bonding instrument*. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
17. Pretzer, J. & Beck, A. T. (1996). *A cognitive theory of personality disorders*. V Clarkin, J., & Lenzenweger, M. (Ur.), *Major Theories of Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
18. Siegel, D. J. (1999). *The developing mind. Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. New York, London: The Guilford Press.
19. Stern, D. N. (1995). *The Motherhood Constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. New York: BasicBooks, A Division of HarperCollinsPublishers.
20. Stolorow, R. D. (1994). *The Intersubjective Context of Intrapsychic Experience*. V Stolorow, R.D., Atwood, G. E., & Brandschaft, B. (Ur.), *The Intersubjective Perspective*. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson, Inc.
21. Yost, E. B., Beutler, L. E., Corbishley, M. A., & Allender, J. R. (1986). *Group Cognitive Therapy. A Treatment Approach for Depressed Older Adults*. New York: Pergamon Press.
22. Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, Florida: Professional Resource Press.
23. White, J. (2000). *Treating Anxiety and Stress. A Group Psycho-Educational Approach Using Brief CBT*. Chichester, New York, Weinham, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons, Ltd.

24. Žvelc, G. (1998a). *Proces separacije-individualizacije ter objektni odnosi pri osebah, ki so odvisne od drog*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
25. Žvelc, G. (1998b). *Razvoj testa objektnih odnosov*. Psihološka obzorja. Horizons of Psychology, 7(3), 51-67.
26. Žvelc, G. in Žvelc, M. (2000). *Slikovni test separacije in individualizacije. Preliminarna raziskava*. Psihološka obzorja. Horizons of Psychology, 9(2), 33-52.
27. Žvelc, G. (2001). *Razvoj integrativnega modela diadnih odnosov. Dispozicija doktorske disertacije*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.

AGRESIVNOST

UVOD

Agresivnost v najširšem smislu je vsak aktiven pristop k okolju in izraža prvotni pomen besede (ad gredere-lat.) približati se, pristopiti. Zajema vse oblike gibanja, iztegovanja rok in grizenja hrane, nekatera čustva, kot so jeza, bes, sovraštvo, tja do telesnega nasilja nad drugimi. (Lamovec, 1978)

Če vzamemo ožjo definicijo, ta pravi, da je agresivno vsako dejanje, ki ima namen poškodovati drugo osebo, predmet ali žival, ki tega ne želi.

1.1 Behavioristi pojmujejo agresivnost kot:

- dejansko povzročitev škode drugemu organizmu (Buss, 1961);
- reakcijo, katere cilj je poškodba živega organizma (Dollard in Miller, 1939).

1.2 Cameron in Janky (1972) sta ugotovila, da ljudje v vsakdanjem govoru uporabljajo tri kriterije za označitev nekega dejanja kot agresivnega. Agresivno je tisto dejanje, ki:

- omejuje vedenje druge osebe,
- kaže na sebične motive storilca,
- kjer je storilec pobudnik nasilnega obračunavanja.

1.3 Danes prevladujejo tri najbolj razširjena izhodišča, ki pojasnjujejo, zakaj se človek zapleta v agresivno vedenje (Pačnik, 1988):

- gre za **vrojene, instinktivne dejavnike** (Freud, Lorenz):

Freud: Thanatos (instinkt smrti) je direktno usmerjen k samodestrukciji;

Lorenz: Agresivnost izvira primarno iz instinkta, ki je podoben pri številnih živih bitjih. Poudarja instinktivno agresivno energijo;

- gre za **zunanje provokacije notranjih vzgibov, nagonov** (Dollard):

Avtor govori o frustracijski agresivnosti, ko frustracija (zunanja ovira na poti do nekega cilja) aktivira notranje vzgibe (nagone), katerih primarni cilj je poškodovati osebo ali predmet;

- gre za **vzajemni vpliv danih** (trenutnih) **socialnih okoliščin s predhodnimi izkušnjami v smislu socialnega učenja** (Bandura, 1973).

AGRESIVNOST SKOZI POSAMEZNIKOV RAZVOJ

Če pogledamo na agresivnost skozi razvoj posameznika, potem se moramo strinjati z mnenji mnogih strokovnjakov, da je v zgodnjem otroštvu agresivnost normalna reakcija otrok. Pojavi se že pri dojenčku, kadar ne more zadovoljiti svojih potreb (lačen je, moker, zebe ga). Njegova reakcija, ko želi pokazati nezadovoljstvo, je jeza. Kasneje se otroci želijo gibati, dotikati, spoznavati nove predmete. Če jih pri tem oviramo, to pri njih vzbudi razburjenje, jezo. Ker niso sposobni sami obvladati občutkov, so starši tisti, ki jih morajo tega naučiti. Otrok se nauči svoja čustva verbalno izraziti šele kasneje. Za učenje tega potrebuje spodbude staršev. Če so starši jezo in agresijo otrok preveč zavirali, potem razvoj otroka usmerijo v nepravo smer. Obdobje agresivnega vedenja sicer z otrokovim razvojem samo preide v naslednjo stopnjo, ko otrok prične z ustvarjalno igro.

Pomembno je, da so otrokovi starši s svojim vedenjem otroku vzgled, saj jih otrok v marsičem posnema. Poleg ožje in širše družine pa so za razvoj in oblikovanje zdrave agresivnosti pomembne tudi otrokove konstrukcijske in psihološke značilnosti.

Tomorijeva (1988) govori o tem, da je temperament tisti, ki določa stopnjo splošne aktivnosti, impulzivnosti in izrazitost čustvenih reakcij. Otrokova vitalnost, sprejemljivost, odzivnost lahko pomembno določajo izid njegovega osebnostnega razvoja.

* Mag. Valerija Bužan, spec. klin. psih. (Center Dolfke Boštjančič, Draga, Ig 1292, valerija.buzan@guest.arnes.si)

»Zgodnje otroško obdobje (čas prve socializacije torej) odloča o možnostih vsega nadaljnjega postopnega osamosvajanja, adolescentno obdobje (v poteku socialnega razvoja imenovana faza druge stopnje socializacije) pa je čas, ko so pozitivne skupne izkušnje z vzorom za zdravo agresivnost najbolj formativne.

Zdrava agresivnost je pogoj za to, da posameznik gradi svoje samospoštovanje, zori v stresih in obvladuje različne pritiske in obremenitve."

Winicott (1985) zato postavlja enačaj med agresivnostjo in aktivnostjo. Agresivnost je pogoj za raziskovanje prostora in nujno potrebna, da otrok povečuje svoje znanje in spretnosti, ter identična s premikom od popolne odvisnosti k samostojnosti.

Ob vstopu v adolescentno obdobje se testira uspešnost vseh prejšnjih razvojnih obdobj in tako se v fazi separacije in individualizacije agresivnost lahko pokaže kot problematičen vidik osebnosti mladega posameznika.

Destruktivna agresivnost mladostnikov je lahko usmerjena v smeri proti okolju in kot taka navadno opažena in obravnavana, pogosto pa tudi v obratni smeri **proti samemu sebi** v obliki občutkov krivde, bolezni odvisnosti, samopoškodb ali suicidov. **Pasivna agresivnost** je vedenje, ki ga označuje indirektnen upor proti zahtevam po ustreznem angažiranju, in smo jo pogosto pripravljene spregledati. Kaže se v mladostnikovi pasivnosti, neasertivnosti, socialni inhibiranosti, šolski neuspešnosti, depresivnih motnjah.

OBLIKE AGRESIJE

Agresijo lahko razdelimo glede na to, kako **se izrazi**, in glede na to, **kakšno vlogo ima**.

Ločimo:

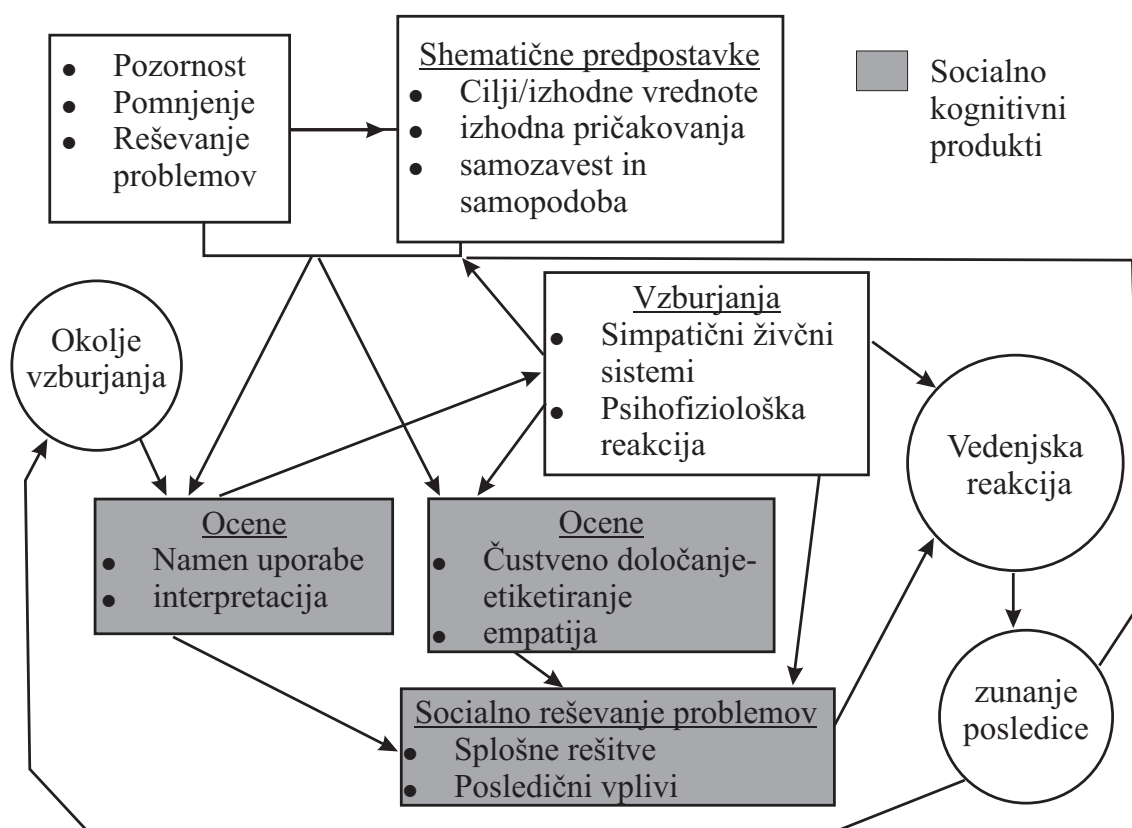
- **instrumentalno agresivnost**, ki se razvije in vztraja zaradi ugodnih zunanjih posledic, katere prinaša. Služi doseganju drugotnih ciljev, ki so lahko ekonomski ali psihološki v smislu uveljavljanja. Zanja je značilno, da nima svojih bioloških osnov in jo v čisti obliki ne spremlja biološko vzbujenje (plačan ubijalec). Največkrat se pojavlja skupaj s frustracijsko, zato pri večini agresivnih dejanj lahko govorimo le o relativnem prevladovanju ene od obeh značilnosti. Je povsem rezultat učenja, ki se odvija pod vplivom določenih socialnih razmer. Najrazličnejši psihološki obrambni mehanizmi, kot so racionalizacija, projekcija, potlačevanje, povzročajo, da se zdi agresivnost opravičena ali celo moralno zaželena, hkrati pa preprečujejo, da bi se posameznik zavedel razdiralnosti sistema ter lastne vloge in odgovornosti pri tem;
- **frustracijsko agresivnost**, ki izvira iz posameznikovih nezadovoljenih potreb. Te nato ustvarjajo napetost in temu sledi povečano delovanje simpatičnega vegetativnega sistema. Ti mehanizmi služijo prilagajanju organizma in omogočajo beg iz konfliktna situacije kot tudi spopad in odpravljanje preprek pri zadovoljevanju potreb. Delujejo le toliko časa, da nevarnost mine oz. dokler potrebe niso zadovoljene. Čeprav frustracijska agresivnost ni namenjena uničevanju temveč preživetju organizma, pa lahko postane zelo nevarna, kadar svojo prvotno vlogo prekorači in se vključi v razdiralni sistem;
- **sadistično agresivnost**, ki pa je sama sebi namen. Izvira iz frustracijske agresivnosti, ki ji ni uspelo doseči zadovoljitve prvotnih potreb, in je tako samo izvajanje agresivnih dejanj ter s tem zvezano povzročanje bolečine postalo vir nadomestnega zadovoljstva. V svojih skrajnih oblikah je razmeroma redka, v milejši obliki pa jo najdemo povsod, kjer je frustracijska razdiralnost vključena v razdiralni sistem.

SOCIALNO-KOGNITIVNI MODEL JEZE IN AGRESIVNOSTI

Kendall (1990) v svoji knjigi *Child and Adolescent Therapy* opisuje model razvoja jeze, ki ga uporabljamo pri agresivnih otrocih in temelji na razvojnem socialno-kognitivnem modelu (Lochman, 1984; Lochman, Meyer, Rabiner, & White, in press; Lochman, Nelson, & Sims, 1981). Govori o tem

kako se jeza razvija v otroku, in o posledicah agresivnega odziva. V tem modelu je Kendall (1985) ločil **kognitivne pomanjkljivosti** (nezadostnosti), ki vključujejo premajhno kognitivno aktivnost, od **kognitivne popačenosti**, ki povzroči napačno zaznavanje. Obe vrsti kognitivne disfunkcije sta vidni v agresivni otroški socialno-kognitivni disfunkciji. Predstavljeni model večinoma izvira iz Novaco'sove (1978) konceptualizacije razvoja jeze odraslih in je bil bistveno pod vplivom Dodge'sovega (1986) socialno informacijsko procesnega modela.

V socialno kognitivnem modelu na sliki 1 se otrok srečuje s potencialno jezo vzbujajočo situacijo. Emocionalna in fiziološka reakcija nastane bolj zaradi otroške **percepcije** in **ocene** primera kot zaradi same situacije. Te zaznave (percepcije) in ocene so lahko točne ali napačne in nastajajo iz prejšnjih **pričakovanj** (izkušenj), ki filtrirajo primer, in iz **selektivne otroške pozornosti** do specifičnih pojavov ali vzrokov v dražeči (vsodbujajoči) situaciji. Če otrok interpretira situacijo kot grozečo, provokativno ali frustracijsko, lahko izkušnja fiziološke reakcije, ki jo pozna od prej, postane vpletena v naslednjem primeru kognitivne aktivnosti. Te aktivnosti so vodene skozi odločitve, ki jih ima že od prej v podobnih situacijah.



Slika 1: Socialno-kognitivni model

Notranje vzburljenje ima recipročno interakcijo z individualno oceno procesov. Otrok mora interpretirati in etiketirati **emocionalne konotacije vzburljanja**. Otrok se odloči na primer, ali je prestrašen ali jezen.

Te tri oblike notranje aktivnosti:

- percepcija in ocenitev,
- vzburljenje,
- reševanje socialnega problema,

prispevajo k otrokovi vedenjski reakciji in k posledicam, ki jih otrok na podlagi te reakcije prejme od vrstnikov in odraslih. Od tega dobi tudi lastne izkušnje. Posledice reakcij drugih lahko nato postanejo stimulatorji, ki povratno vplivajo na model in postanejo povezava vzorcev vedenja.

V raziskavah agresivnih otrok so bile najdene socialno-kognitivne pomanjkljivosti in popačenosti. Zanima nas, kako **kognitivni, fiziološki in družinski faktorji** vplivajo na **socialno kognitivne reakcije**. Medtem ko prej opisani socialno-kognitivni procesi vplivajo na delne aktivnosti v situacijskih, trenutnih procesih, pa ne določajo sestavljenega razmerja med bolj bazičnimi kognitivnimi aktivnostmi od socialnih kognicij. Socialno-informativni procesi večkrat ne prepoznajo, kako vztrajne, prepletene kognitivne sheme vplivajo neposredno, v trenutku.

Za organizacijo treh značilnih kognitivnih aktivnosti v treh sektorjih, ki bodo nato vključeni v naš model (slika 1), smo uporabili prilagojeni Kognitivno Taksonomični sistem (Ingram & Kendall, 1986; Kendall & Ingram, 1989). Shematske osnove so shranjene informacije v kognitivnih strukturah spomina. Kognitivne operacije so različni procesi, ki obdelajo shranjene in prihajajoče informacije (to sta pozornost, prepoznavanje), in v našem primeru so lahko ločeni od vsebine socialno-kognitivnih produktov. Socialno kognitivni produkti so rezultat interakcije med shranjenimi shemami, kognitivnimi procesi in vhodnimi senzoričnimi podatki o vzburljivi situaciji. Socialno-kognitivni produkti vsebujejo **socialno kognitivne ocene, socialno reševanje problema in kognitivno-emocionalne povezave**. Pomen ključnih socialnih vplivov in posebno staršev je velik.

PORABA VEDENJSKO KOGNITIVNE TERAPIJE

Vedenjsko kognitivna terapija je namenjena posameznikom z manj sposobnim in motenim socialno kognitivnim procesom in agresivnim otrokom vključno s tistimi z motnjami v precepciji. Primerna je za vse, ki imajo nagnjenost k napadalnemu vedenju do drugih in prekomerno zaupanje v neverbalno direktno rešitev ter nezaupanje do verbalnega izrekanja rešitev. Programi lahko vsebujejo **treninge in samoinstrukcije, socialno reševanje problemov, pogovor o drugi osebi, pretvarjanje označevanja, sprostitvev**. Pogosto se uporabljajo kombinacije tehnik. Poudarek je na socialni kogniciji med frustracijo in provokacijo.

5.1 Program nadzora jeze

Program nadzora jeze, ki ga opisuje Kendall (1990), povezuje **kognitivne in čustvene procese** in je oblikovan tako, da **nadomesti pomanjkanje sposobnosti** v konfliktnih situacijah. Vključuje tudi afektivne pojave. Cilj je povečati odpornost do notranjih kognicij, čustvenih in fizioloških fenomenov, povezanih s pojavom jeze. Vključuje samorefleksijo, samoobvladovanje, zmožnost alternativnosti, razumevanje posledičnega mišljenja in mišljenje vnaprej pri reševanju socialnih konfliktov. Z njim naj bi povečali vedenjski repertoar pri srečevanju s socialnimi konflikti. Treningi so organizirani okoli učenja socialno-kognitivnih spretnosti. Glavne komponente programa so samoorganizacija proti zrcaljenju, sposobnost govora v drugi osebi in sposobnost reševanja socialnih problemov.

- **Self monitoring** - učijo se, da razvijejo kognitivno in čustveno samorefleksijo, samoopazovanje za situacije, ki vključujejo medosebne konflikte. Naučijo se pisati zapise skupaj z različnimi tehnikami in z nadzornimi strategijami, ki so jih razvili. Te zmožnosti se učijo uporabljati z uporabo videotrakov.
- **Zmožnosti socialnega načrtovanja** - navodila za načrtovanje vodijo otroka k sposobnosti, da natančno zaključuje misli in napetost drugih in zna povezati razumevanje čustev in čustvene pozicije drugih. Naučimo jih ločiti individualne kognitivne in čustvene procese s prepoznavanjem podobnosti in različnosti ljudi. Upodabljajo alternativne interpretacije socialnih namigov z ustvarjanjem povezav s tem, kar drugi mislijo in čutijo (pogledajo sliko in povedo

zgodbo o njej, potem se pogovarjajo o različni stimulaciji vsakega posameznika pri istem dražljaju).

- **Socialno reševanje konfliktov** - je namenjeno reševanju pomanjkanja sposobnosti reševanja problemov. Agresivnim otrokom pomagamo, da prepoznajo konfliktne situacije kot problematične, in jih opogumijo, da povečajo svoj repertoar odzivov v teh situacijah. Program se izvaja postopoma tako, da najprej predstavimo problem skupaj s tremi komponentami: prepoznavanje problema, izgradnja večjih alternativnih reakcij, razvoj in predvidevanje posledic njihove akcije.
- **Procesne različice** - poznajo tri glavne variable: vedenjska organizacijska sistema, ciljna naravnost in uporaba tukaj in zdaj medosebnega vedenja z namenom opogumiti razvoj skupnih ciljev (vsi delajo za isto).
- **Vedenjsko organizacijski sistem** - je prvenstveno mehanizem za razvoj pozitivne vrstniške kulture. Je zgodnji razvoj skupinskih pravil in specifikacija določitev vedenjskega menedžmenta sistema. Otroci so vpleteni v procese institucijskih pravil, ki jim dovoljujejo prevzem psihološkega lastništva med skupinskimi normami in občutki, da bodo interferirali s skupinskimi procesi (dajo jih v skupine, v katerih sprejmejo norme - ker so enaki, se zmanjša agresivnost).
- **Usmerjanje ciljev** - vsak teden je otrok pozvan, da osredotoči problematično vedenje in določi cilje glede na vedenjske spremembe. Opazovati mora svoje zmožnosti izvajanja ciljev. Cilje izberejo iz podatkov, ki so prej pridobljeni in so prirejeni individualnim ciljem.
- **Medosebni skupinski procesi** - so spontane reakcije, ki se pojavljajo med člani skupine med trajanjem obravnave. Dostikrat prinesejo odlične možnosti za ocenitev otrokovega medosebnega stila in pomanjkljivosti ter prepoznavanje problemov pri odnosih z vrstniki. Skupinski procesi dajejo veliko možnosti interpersonalnega učenja z modeliranjem, procesiranjem pri interpersonalnih konfliktih, instrukcijam v živo socialnih sposobnosti in zmožnostjo učenja bolj prilagodljivih medosebnih interakcij z vrstniki.

Primer: 12-letni Aljoša, ki se je v šoli ves čas opozicionalno obnašal. Včasih je reagiral pasivno agresivno kot odgovor avtoriteti odraslih in je imel težave zaradi pomanjkanja kognitivnih produktov (napačno je sklepal, bil je preobčutljiv na hostilne znake, slabo je ocenjeval svoje notranje razpoloženje). V času obravnave se je naučil, da sprejme informacije v drugačni luči in da je sposoben ustvariti rešitev za situacijo, ki je neprilagojena (razširil je repertoar rešitev).

5.2 Program odprave agresije pri mladostnikih

Feindlerjeva in Ecton (1986) menita, da je še vedno težko določiti, katerim tipom jeze in agresije bi najbolj koristil kognitivno vedenjski pristop kontrole jeze. Najbolj primeren je za tiste, ki imajo slabo samokontrolo in impulzivno reagiranje. Cilj obravnave ni kaznovanje za agresivno vedenje, ampak zmanjševanje neustreznega odzivanja na provokacijo.

Za obravnavo je nujno kontinuirano zbiranje podatkov o posamezniku. Pomembno je tako za tistega, ki je v obravnavi, kakor za vse, ki se z njim srečujejo.

Pogoji za vključevanje.

- Če izhajamo iz predpostavke, da imajo pomanjkljive oz. napačne vedenjske in kognitivne sposobnosti za presojo situacije, potem morajo biti tisti, ki se vključijo v program kontrole jeze, sposobni spremeniti kognitivno ocenjevanje samoocene, verbalizacije te ocene, samoopazovanja, zato je pomembna sposobnost kognitivnega funkcioniranja. Morali bi biti sposobni doseči in uporabiti zmožnosti samokontrole čustvenega in impulzivnega odziva med provokacijo ter ga izraziti na bolj racionalen način. Pri tistih z nižjimi intelektualnimi sposobnostmi je priporočljivo program razdeliti na manjše korake.
- Pomembna je zgodovina vedenjskih motenj. Analizirati je potrebno otrokove probleme jeze skozi zgodovino in ekstremne reakcije izločiti od ostalih neprilagojenih oblik vedenja (laganje, kraja). Pomembno je pregledati dve dimenziji: **internalizacijo in eksternalizacijo**, in upoštevati nasprotja. Prva dimenzija se nanaša na izraz jeze in objekt jeze. Nekateri jo izrazijo in so druge

osebe ali predmeti kot tarče, drugi pa se sami poškodujejo. Ti zunanji se bodo morali naučiti prepoznavati emocijske in kognitivne spodbujevalce agresije in prej določiti objekt jeze. Notranji bodo izkazali bolj depresivno simptomatiko in bodo potrebovali poudarek na kognitivni restrukturaciji in določili bodo način izražanja jeze. Tisti, ki so odzivni na provokacije jeze in so zelo impulzivni v svoji agresiji, bi morali imeti bolj vnaprej določeno kako impulze kontrolirati, kot tisti, ki dlje časa načrtujejo agresivni akt z namenom poškodbe. Ti so bolj primerni za kognitivni program in največkrat nimajo problemov s samokontrolo.

- Pri pripravi programa moramo analizirati topografijo, frekvenco in intenzivnost reakcij, ki jih kombiniramo skupaj z izbruhi jeze. Tisti, ki imajo bolj malo ali srednje intenzivne občasne izbruhe, bodo občasno trenirali provokativne situacije. Za tiste, ki imajo bolj redke, vendar nasilne izbruhe, načrtujemo fizično izolacijo ali omejitve. V treningu bodo imeli manj provokativnih situacij in več zunanjih naključij shranjenih v svojem vedenju. Agresivni odgovor ima lahko različne jakosti (od verbalnega do uničenja stvari). Pomembno je, da pojavom jeze sledi agresivno vedenje.

5.3 Ocenjevanje agresije

- **Self - monitoring postopek** temelji na več komponentah izraženega odgovora, ki je prisoten med izbruhom jeze. Vsebujejo fiziološke, kognitivne in motorične odgovore, ki skupaj oblikujejo agresivno dejanje. Samoopazovanje zahteva, da se posameznik sam opazuje in zapisuje pojave vedenja, ki se pojavi zaradi različnih vzrokov. Ta postopek je pomemben za zbiranje podatkov opazovanj vedenja, omogoča predvidevanje interakcije med problemi in kontrolo vrednotenja posameznikovega poročila. Med to tehniko zahtevamo zapisovanje pojavov lastnega vedenja v naravnem okolju in pregled procesov, ki so pomembni. Za self - monitoring pripravimo obrazec, ki ga posameznik izpolnjuje.
- **Ocenjevanje papir svinčnik** je ena od preprostejših metod ocenjevanja razvoja individualne in skupinske spremembe vedenja kot rezultat treninga kontrole jeze. Je enostavna za analiziranje odgovorov uspešnosti obravnave. Poznamo več že obstoječih (Self-Control Rating Scale for Children, Behavior Problem Checklis itd.) lestvic, lahko pa jih pripravimo za vsako obravnavo ločeno.
- **Ocenjevanje igre vlog** je tehnika, kjer mora za začetek ocenjevanja biti besedilo že prej pripravljeno. Pogosto vsebuje sceno (dražljaj), predgovor in soigralca, ki privede do provokacijske situacije v smislu cilja treninga kontrole jeze. Najbolj je uporabna tista scena, ki vplete medsebojno konfliktno situacijo. Scenariji so lahko tudi ponovitve zapisanih konfliktov, ki so se zgodili v realnih prejšnjih situacijah ali katere so zapisane v self-monitoringu ali v standardiziranih situacijah.
- **Direktno opazovanje** je ocenjevalna strategija direktnega ocenjevanja. Poznana je kot zelo objektivna glede na cilje in metode. Proces definira vedenje, opazovanje in zapise v naravnem okolju in analizo podatkov, ki da najbolj direktne ocene. Podatki se lahko zbirajo neprestano in omogočajo izjemno natančen indeks za merjenje sprememb v odgovorih. Zahteva veliko opazovanja in planiranja. Metoda merjenja jakosti agresivnega vedenja je lahko frekvenca, trajanje ali interval, v katerem merimo moteče vedenje. Potrebno je sproti preverjati cilje.
- **Drugi izvori podatkov** – je še veliko virov podatkov. To so podatki, ki se namensko zbirajo pri že obstoječih programih ali institucijski procedurah. So enostavno uporabni v programu kontrole jeze. Ti viri so: šolska poročila (poročila učiteljev, standardizirani testi, odsotnosti...), zdravstveni podatki (potrebe po zdravljenih, kršenje pravil, uspešnost programa...), drugi zunanji podatki (točnost, tedenska vedenjska poročila, težave pri domačih nalogah...). Obstaja še mnogo zunanjih podatkov, kot so policijski dosjeji, poročila sodišč, podatki športnih društev itd.

5.4 Postopek

5.4.1 Vrednotenje in analiza provokativnih situacij in reakcij nanje:

Samoopazovalne tehnike;

- prepoznavanje agresivne reakcije na provokacijo, predprovokacijski dražljaji in posledice,
- samoocenjevanje komponent jeze,
- vaje iz samozapisovanja in predstav iz lastnih podatkov,
- analize iz provokacijskega zaporedja in vedenjski vzorec.

5.4.2 Vaje iz alternativnih reakcij na zunanje provokacije:

Samovzgoja;

- definicija in izdelava primernih samonavodil (terminski opomnik),
- oblikovanje in igranje vlog ter kako in kdaj uporabiti samoverbalizacijo za vodenje opaznega in zakritega vedenja,
- vaje iz izdelanih in posebnih samonavodil.

Zmožnosti samoocenjevanja;

- določitev individualnih samovrednostnih izjav, ki trenutno delujejo kot okrepitev ali kazen,
- določitev samovrednotenja kot obliko samovzgoje s povratnim učinkom in vodeno predstavo rešenih in nerešenih provokacijskih incidentov.

Tehnika načrtovanja;

- predstavitev strategije reševanja problemov, ki pomaga pacientu uporabljati ocene negativnih posledic neprimernega vedenja in vodijo do pravilne reakcije na provokacijo,
- oblikovanje in igranje vlog, kako in kdaj uporabiti samoizdelane naključne izjave glede na negativne posledice.

Sprostivne tehnike;

- predstavitev tehnik nadzora vzburjenj za pomoč pri prepoznavanju fizioloških reakcij na provokacije in za kontrolo mišične tenzije v pričakovanju konflikta ali med njim,
- oblikovanje in ponavljanje globokega dihanja, aktivna in pasivna sprostitvev in imaginacija.

5.4.3 Tehnike samoobvladanja provokacijskega vedenja:

Vedenje v jezi;

- razlikovanje lastnega vedenja kot provokacija drugim in kot naraščanje posledic agresije,
- dogovor o spremembi pogostosti in intenzitete neverbalnih (glasnost, ton) in verbalnih (argumenti, pretnje) agresivnih vedenj, ki bi lahko provocirala druge.

Izražanje brez agresije;

- pregled pritiska vrstnikov, podobnost in nasprotnost s stališči avtoritet,
- naštevanje osebnih pravic in odgovornosti,
- oblikovanje in igranje vlog, tehnike izražanja, vključno z empatičnimi izražaji, megljenje, soočenje s konfrontacijami, minimalni asertivni odgovor.

Program se je pokazal za uspešnega tudi pri posameznikih, ki zlorabljajo alkohol ali drogo, vedenjskih delikventih in je uporaben tudi, kadar ga želimo razširiti na trening cele družine. O dobrih rezultatih poročajo tudi pri treningih profesionalcev, ki delajo z vedenjsko problematičnimi posamezniki in skupinami (policija, delo z zaporniki, stanovanjske skupine vedenjsko motenih itd.). Pri delu v skupinah ves predstavljeni postopek izvedemo za skupino.

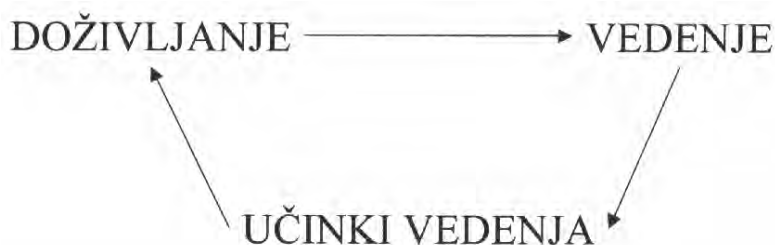
5.5 Tiste oblike agresivnega vedenja, ki izvirajo iz **socialnega učenja** (največkrat napačnega in pomanjkljivega) in imajo cilj **pridobivanje zunanjih koristi**, potrebujejo drugačen način obravnavanja. Za osebe s takšnimi težavami je pomembno nadomestiti **primanjkljaj v učenju**. Redko pri njih odkrijemo globlje motenosti, včasih so prisotni le odkloni osebnosti v smeri neprilagojenosti. Poznamo različne metode, ki so usmerjene predvsem k spreminjanju vedenja. Lamovčeva (1978) opisuje, da je obravnava agresivnosti po vedenjsko kognitivnem pristopu ena od možnosti za odpravljanje oblik vedenja, ki izvirajo iz pomanjkljivega in napačnega socialnega učenja in služijo predvsem pridobivanju zunanjih koristi. Te oblike označujemo kot **instrumentalno agresivnost**, ki lahko postane močno zakoreninjena navada in **vztraja zaradi ugodnih posledic ter**

pomanjkanja možnosti za drugačne načine uveljavljanja. Agresivno vedenje teh ljudi ne izraža globlje nevrotične motenosti, čeprav tudi pri teh osebah pogosto naletimo na nekatere osebnostne odklone v smeri neprilagojenosti. Ker je njihova težava v primanjkljaju v učenju, ravno njegovemu nadomeščanju služijo različne metode, ki so usmerjene predvsem k spreminjanju vedenja (behavior modification). Temeljijo na socio-behaviorističnih načelih in so bile prvotno namenjene odpravljanju tistih oblik agresivnosti, pri katerih psihodinamični pristop ni bil uspešen. Danes se ne omejujejo več le na odpravljanje instrumentalne agresivnosti, temveč tudi na druge oblike. Njihov pomen je največji pri naslednjih skupinah:

- mlajši otroci, ki kažejo pretirano agresivnost in druge vedenjske motnje,
- mladostniki, katerih agresivnost je posledica vzgojne zanemarjenosti in so podlegli neugodnim vplivom okolja,
- delikventi, ki so razvili močne agresivne navade in jim primanjkuje socialnega čuta, vendar niso nevrotsko moteni,
- podredljive in pasivne osebe, ki si želijo osebne potrditve in socialnega uveljavljanja,
- umsko ali organsko prizadete osebe, ki potrebujejo dodatno učenje za obvladovanje socialnih situacij.

Metode temeljijo na izbranem pozitivnem ojačanju in predpostavljajo, da mnogo oblik neustreznega vedenja (tudi agresivnost), vzdržujejo njegove ugodne posledice ter pomanjkanje ustrežnejših socialnih veščin. Pogostokrat je bila za nastanek agresivnosti vzrok notranja stiska, vendar lahko kasneje postane **samostojna navada**, ki vztraja še potem, ko je **izginil njen prvotni vzrok**. Agresivnost tako ne predstavlja več simptoma akutne motenosti, temveč le še močno **navado**, ki pa je dovolj moteča tako za posameznika kakor za okolico. Pogosto je težko ločiti med simptomi in vzroki za agresijo. Pogosto je to posledica nezadostnega razlikovanja med preteklimi in sedanjimi vzroki vedenja (posameznik, ki pričakuje, da ga bodo drugi zavrnil, bo preizkušal naklonjenost prijateljev tako, da jim bo postavljajl nemogoče zahteve). Vzroke vedenja iščemo samo tu in sedaj, ne pa v preteklosti. Spremembe v vedenju pričakujemo le, če posameznika naučimo obnašanja na bolj sprejemljiv način. S spremembo vedenja se tako spremeni tudi odnos okolice in zmanjša se vir konfliktov, s tem pa se posamezniku nudijo možnosti za ustrežnejše navezovanje stikov.

Dualistično pojmovanje deli človeka na simptome (zunanje vedenje) in vzroke (notranje doživljanje). Večjo težo daje notranjemu doživljanju, pri čemer naj bi bilo slednje resnični vzrok, vedenje pa le njegova posledica. Pri tem pa pogosto pozabljamo, da tudi **vedenje** posredno **vpliva na doživljanje**. Tako doživljanju kot vedenju bi bilo potrebno pripisovati enak pomen, saj le skupno delovanje obeh daje popolno sliko človeka. Doživljanje posameznika je dostopno drugim le prek njegovega vedenja, kar tvori osnovo za doživljanje in vedenje drugega. »Če gledamo na človekovo vedenje kot na sestavni del zveze:



namesto v enosmerni povezavi: vzrok (doživljanje) — simptom (vedenje), dobimo prepričljivejšo sliko in vidimo, da so doživljanje, vedenje in njegovi učinki med seboj neločljivo povezani.« (Lamovec, 1978) Če začnemo ta krog spreminjati, lahko predvidevamo, da se bodo učinki nujno razširili tudi na ostala področja. Učinke vedenja lahko spreminjamo tako, da **pozitivno ojačujemo zaželeno vedenje**. Končni cilj je pridobitev zavestnega nadzora nad svojim vedenjem.

Pri pridobivanju zavestnega nadzora nad vedenjem so pomembne zakonitosti socialnega učenja. Te zakonitosti lahko uporabimo tudi pri spreminjanju nezaželenega vedenja. Oblike agresivnega vedenja lahko spremenimo s spremembo situacijskih in spoznavnih dejavnikov ter pogojev zunanjega ojačanja. Vsebinsko so te metode usmerjene na neposredno spreminjanje problematičnega obnašanja. Poudarek je na spreminjanju pogojev, v katerih pride do izraza agresivno vedenje. Najpogosteje se odvija v naravni situaciji, kjer so problemi nastali, npr. doma, v šoli, na delovnem mestu. V procesu spreminjanja vedenja sodelujejo osebe, ki imajo največ stikov z agresivno osebo (starši, zakonci, učitelji itd). Njihov vpliv na spreminjanje vedenja je močnejši, ker so osebi, ki je v obravnavi, bližje (kakor, če bi isti postopek izvajala nevtralna oseba).

Postopek se deli na več stopenj:

5.5.1 sistematično opazovanje v naravnem okolju, kjer se opredelijo posamezni vidiki nezaželenega vedenja. Priporočljivo je, da strokovnjak obišče družino na domu in opazuje okoliščine, v katerih se pojavlja nezaželeno vedenje (napadi jeze, trme, uničevanje predmetov, napadalnost);

5.5.2 določitev konkretnih ciljev, ki jih želimo doseči. Cilji morajo biti postavljeni tako, da jih lahko objektivno vrednotimo. Cilje je pomembno postaviti skupaj s starši, učitelji...;

5.5.3 priprava vzročne analize pogojev, ki nezaželeno vedenje povzročajo, in posledic, ki ga vzdržujejo. Izdvojimo vzorce zaporedij vedenja in preučimo, kako bi lahko zmanjšali število sprožilnih situacij. V analizo so vključeni zunanji pogoji vedenja, vedenje samo ter njegove posledice (beležimo vedno tudi odziv staršev, učiteljev na vedenje);

5.5.4 priprava načrta za spreminjanje vedenja. Pomembno je, da dobro **definiramo pogoje**. Pri načrtovanju za spreminjanje vedenja je pomembno dobro izbrati **ustrezne tehnike** in dobro določiti, **katere oblike** agresivnega vedenja naj bi v določenih okoliščinah **odpravili**. Pomembno je, da smotre določimo skupaj s posameznikom ali njegovimi starši. Potrebno je izdelati ustrezna navodila, nadzor in opazovanje posledic svojega vedenja;

5.5.5 kontrola rezultatov obravnave.

Metode spreminjanja vedenja lahko temeljijo na pozitivnem ojačanju in učenju novih načinov obnašanja ali na odvrtačalnih postopkih.

Predstavljeni postopki so uspešni še posebej pri nemirnih ali pretirano agresivnih otrocih kakor tudi pri otrocih z motnjo v duševnem razvoju. Otroci so nemirni, kljubovalni, se ne morejo zbrati in niso pripravljeni odlagati zadovoljitve. Pogosto so agresivni do vrstnikov pa tudi do učiteljev, staršev. Dostikrat ugotovimo, da starši nehote spodbujajo ravno tisto vedenje, ki bi ga želeli odpraviti. S pozornostjo se odzivajo na nezaželeno vedenje (z grajo), na ustvarjalne poskuse pa se ne odzovejo. Agresivnost otroka tako dostikrat služi vzpodbujanju pozornosti, ki je otrok sicer ni deležen.

Primer: deklica Sara, 15 let, zmerna motnja v duševnem razvoju. Bila je hetero in avto agresivna. Dobro je sledila aktivnostim, ki so ji bile prijetne. Rada je bila okupirana s svojimi problemi, na katere je tudi vedno opozarjala. Če so nastale težave (npr. ni mogla dovolj hitro obleči nogavice) ali kadar so ji bile dane kakšne prepovedi ali ovire, je reagirala tako, da se je vrgla na tla s hrbtom in ob tem sunkovito udarjala s telesom in glavo. Včasih je udarjala sebe po obrazu in se praskala.

Postopek obravnave je potekal takole:

- najprej smo ji razložili postopek in ji povedali, da ne bo ostala pri nas v skupini, kadar se bo tako obnašala,
- takoj, ko smo opazili izbrano obliko nezaželenega vedenja, smo jo premestili v nevtralno sobo (posebno opremljen prostor),
- to smo storili hitro, brez pogovora ali pripomb. Vrata smo zaprli,
- pustili smo jo v sobi dve minuti. Če je vpila ali jokala, smo počakali toliko, da sta minili dve minuti od takrat, ko je prenehala, vendar ne dlje kot petnajst minut.

- ko je čas potekel, smo jo brez pripomb in povsem mirno spustili ven in se je vrnila k igri ali kakšni zaposlitvi, ki je potekala,
- v tem času ji nismo razlagali zakaj in kako in se z njo nismo pogovarjali. Če smo ji želeli kaj povedati, smo se pogovorili takrat, ko ni kazala motečega vedenja. Ko smo se prepričali, da razume, je bilo ponavljanje razlag nepotrebno,
- tista nezaželena vedenja, za katera se nismo odločili, da jih bomo obravnavali, smo zanemarili. Če smo bili prisotni, ko je obravnavano nezaželeno vedenje kazala do staršev, smo reagirali prav tako, kot če ga kaže do nas. Tudi sicer so jo starši, kadar je bila doma, obravnavali enako kot mi,
- zaželene oblike vedenja smo nagrajevali tako, da je lahko aktivnosti, ki jih ima rada, sama izbirala in delala (vendar po tem, ko je aktivnost, ki bi jo sicer morala delati, zaključila),
- kadar je uspešno obvladala situacijo, ki jo je prej spravila v bes, smo jo vedno pohvalili,
- z istimi nagradami nikoli nismo skušali prekiniti nezaželenega vedenja, kar bi sicer lahko imelo trenutni učinek, v dolgoročnem smislu pa bi nezaželeno vedenje še utrjevali.

Program je bil uspešen v treh mesecih in nezaželene oblike vedenja se niso več pojavljale. To ji je kasneje omogočilo, da se je v domačem okolju vključila v Varstveno delovni center, kjer je prej zaradi neustreznih oblik vedenja ne bi sprejeli.

Na opisani način lahko spreminjamo najrazličnejše oblike vedenja, ki so zelo moteče, npr. napadi trme, ki so prešli v navado. Starši pogosto zahtevajo brezpogojno ubogljivost, s tem pa izzovejo otrokovo kljubovanje. Napade trme je z ustreznim ravnanjem skoraj vedno moč preprečiti. Otroku moramo dopustiti izražanje lastne volje in postavljati zahteve na način, ki je zanj sprejemljiv. Vendar zahteve ne smejo biti previsoke, po drugi strani pa si jih postavimo tako, da se izognemo poniževanju otroka ali dokazovanju lastne moči. Otrok naj pri odločitvah vedno sodeluje, mi mu predstavimo možne posledice različnih odločitev. Le tako se bo naučil samoobvladanja.

VIRI:

1. Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
2. Buss, A.H. (1961). *The psychology of aggression*. Wilwy&Sons, New York.
3. Cameron, P. ,& Janky,C. 1972). *The effects of viewing »violent« TV upon children`s at-home and in-school behavior*. University of Kentucky.
4. Dollard, J.,Miller, N., Mowrer, O., & Sears, R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven, Yale.
5. Feinder, E. L., Ecton, R. B. (1986). *Adolescent anger control*. Pergamon press, New York.
6. Freud, S.(????) *Instincts and their vicissitudes*. S.E., Hogarth Press, London.
7. Kendall, P.C. 1990). *Child and Adolescent Therapy*. The Guilford press, New York, London
8. Kobal, M. (1998). *Gradivo s predavanj za podiplomski študij psihopatologije*. Ljubljana.
9. Lorenz, K. (1970). *O agresivnosti*. Zodijak, Beograd.
10. Pačnik, T. (1988). *Socialni vidiki agresivnosti*. Pedopsihiatrija 8, Katedra za psihiatrijo MF v Ljubljani, Univerzitetna psihiatrična klinika, Ljubljana.
11. Rojnik, A., Lamovec, T. (1978). *Agresivnost*. DDU Univerzum, Ljubljana.
12. Tomori, M. (1998). *Socialni vidiki agresivnosti*. Pedopsihiatrija 8, Katedra za psihiatrijo MF v Ljubljani, Univerzitetna psihiatrična klinika, Ljubljana.
13. Winnicot, D.W. (1985). *Aggression in relation to emotional development*. Collected Papers, Tavistock.

JANI- pristop za preprečevanje AGRESIVNIH izbruhov

Pri Janiju je zaslediti spremembe v vedenju. Redkejši so intenzivni izbruhi, pogosto pa je nerazpoložen, sitnari in je nemiren. Po kontrolnem pregledu v Ljubljani mu postopno ukinjamo pomirjevalno terapijo, zato pri delu z otrokom načrtno in redno izvajamo preventivo za preprečitev izbruhov z agresijo in avtoagresijo.

1. **Izbruhe še nadaljuje spremljamo ves dan in beležimo** na posebnem obrazcu, v času dežurstva pa v zvezek dežurstev. Beležimo tudi avtoagresijo.
2. Ker se pri izbruhih pojavlja manj avtoagresije, **ga ne primemo**, saj se sam hitreje umiri.
3. Enkrat en udarec **ignoriramo**, pri ponavljanju ga prekinemo. Pri agresiji in destruktivnosti je prekinjen z glasnim »NE!«, resnim obrazom in odmaknjen iz ogrožujoče situacije.
4. Uvedemo »**obhode po zavodu**«, ki jih načrtujemo dnevno po malici (ob 8;45). Namen teh obhodov je:
 - učenje primerne vedenja v drugih prostorih (predvsem zmanjšanje metanja),
 - zmanjšanje nemira z gibanjemPostopek:
Janija pošlje razrednik z listkom oz. nalogo po hiši. Pri gibanju ga prikrito nadzorujemo za kontrolo vedenja in ev. epi napadov.
Za primerno vedenje dobi ob vrnitvi v razred nagrado (na začetku čokolado in pohvalo, kasneje se materialna nagrada zamenja z drugo in postopno opusti ter ostane le socialna nagrada).
5. V času med **10.-12.uro načrtujemo izhod z varuhinjo za sprostitvev**. Pri tem je poudarek na prostem gibanju v okolici zavoda.
Veliko gibanja načrtujemo tudi v popoldanskem času (obvezno pred večerjo, med 17. in 18.uro).

Dogovori strokovne skupine z dne 07.10.2000.

* Jožica Grubelnik, univ. dipl. psih. (Zavod za usposabljanje in varstvo Dobrna, Lokovina 10, Dobrna 3204, psihologinja-zuvd@siol.net)

KOGNITIVNO VEDENJSKA TERAPIJA PRI OBRAVNAVI PSIHOZ

Posamezni vedenjsko-kognitivni terapevti so začeli v zadnjem desetletju intenzivneje razvijati in modificirati metode dela, s katerimi bi se lahko približali populaciji pacientov s psihozami, njihovim problemom, težavam, stiskam in prizadetostim. Problemi pacientov s psihozo so kompleksni in heterogeni – poleg problemov, ki so neposredno povezani s psihotično simptomatiko, ima veliko pacientov težave povezane z emocionalnimi motnjami ter socialno prizadetostjo. V razumevanju in obravnavi moramo upoštevati tako biološke, kot tudi psihološke in socialne faktorje. Kognitivno vedenjska terapija se v obravnavi psihoz usmerja predvsem na naslednja tri področja : rezistentni psihotični simptomi, emocionalne motnje ter riziko relapsa in socialna prizadetost. Poglejmo si pogostost in vrsto težav nekoliko podrobneje:

REZISTENTNA PSIHOTIČNA SIMPTOMATOLOGIJA

Problemi povezani s kronično in rezistentno psihotično simptomatiko so relativno pogosto prisotni. Pri mnogo pacientih s psihozo je kljub medikamentoznemu zdravljenju prisotna pozitivna psihotična simptomatika. Efekt nevroleptične terapije je zelo pomembno in odrešujoče umirjanje in oblažitev akutne epizode pozitivne psihotične simptomatike, ne pa vedno tudi ukinitiv. Poglejmo nekaj podatkov raziskav (po Fowler in av., 1995):

- Johnstone in av. (1991), »follow up« študija na 500 pacientih z diagnozo shizofrenije - pri 30% pacientov je nivo halucinacij še zmeraj zmeren do težek, 50% pacientov opisuje blodnje.
- Lieberman, Mayerhoff in Loebel (1991) - 14% pacientov po prvi epizodi shizofrenije ni adekvatno odgovorilo na medikamentozno zdravljenje in 25% pacientov, ki so doživeli že več epizod.
- Harrow, Carone in Westtermeyer (1985) – »follow up« študija na 34 pacientih z blodnjami nakazuje, da so bila pri 55-60% pacientov po enem letu še prisotna blodnjava prepričanja.
- Curson in av. (1985) – »follow up« študija na 40 pacientih sedem let po prvi hospitalizaciji zaradi shizofrenije odkriva, da 23% pacientov še poroča o pozitivni simptomatiki.
- Shergill, Murray in McGuire (1998) - slušne halucinacije so rezistentne v 25-30% primerov.

EMOCIONALNE MOTNJE

Emocionalne motnje predstavljajo pomemben aspekt subjektivnega doživljanja psihotične motenosti. Pacienti s psihozo pogosto poročajo o občutkih izrazite anksioznosti, obupa, osamljenosti, nevrednosti in izločenosti, ki imajo zanje enakovreden pomen kot simptomi, ki določajo samo psihozo. Raziskave kažejo, da so simptomi težke depresije in anksioznosti pogosti pri bolnikih s kronično psihotično motnjo. Emocionalne motnje lahko predhodijo, so prisotne vzporedno oz. sledijo akutni psihotični epizodi oz. se pojavljajo neodvisno med epizodami. Ocene prevalence težke depresivne simptomatike v času akutnega relapsa so med 20 - 50 %. Periodična prevalenca depresivnih epizod je pravitako visoka - do 65% pacientov s shizofrenijo ima depresivno epizodo v roku od leta do treh let. Simptomi anksioznosti in panike se pojavljajo pri okrog 60% pacientov s psihozo. 30% shizofrenih bolnikov poskuša narediti samomor, 10 - 13% jih tudi uspe.

Za mnoge paciente je izkušnja akutne psihoze izrazito averzivno in travmatično doživetje in (McGorry, 1994) nekateri opisujejo pojav simptomov posttravmatske stresne motnje. Izraziti simptomi so prisotni pri 5% pacientov, zmerni pri 30 - 40% in lahko trajajo tudi dalj časa po akutni epizodi.

* Vidmar Jernej, spec. klin. psih. (Splošna bolnica Maribor – Odd. Za pediatrijo, Ljubljanska 5, Maribor 2000)

RIZIKO RELAPSA IN SOCIALNA PRIZADETOST

Velik problem predstavljajo prenehanje oz. neadekvatno jemanje zdravil (raziskave kažejo, da zaradi različnih vzrokov 20 - 60% izvenbolnišničnih pacientov preneha z jemanjem medikamentov), pitje alkoholnih pijač, uporaba drugih drog ipd.

Vzporedno s tem pa predstavlja temo v vedenjsko kognitivnem pristopu k psihotičnim bolnikom tudi problem strahu pred relapsom, ki je ena najpogostejše poročanih pritožb pacientov s psihozo.

Enako pomembni so problemi, povezani s socialno prizadetostjo. Raziskave kažejo, da je pri do 60% bolnikov s shizofrenijo in drugimi kroničnimi psihotičnimi motnjami prisotna zmerna do težka socialna prizadetost (npr. nesposobnost delovnega funkcioniranja, funkcioniranja v odnosih, izvajanju dnevnih življenjskih aktivnosti itd.).

TEORETIČNI MODELI, NA KATERIH TEMELJI KOGNITIVNO VEDENJSKA TERAPIJA PSIHOZ

Kognitivno vedenjska terapija psihoz se pri razlagi narave, razvoja in možnosti vplivanja na motnje naslanja na naslednje teoretične modele:

1. model "vulnerabilnost-stres",
2. kognitivni modeli psihoz:
 - kognitivno-nevropsihološki modeli psihotične simptomatike (Frith, Hemsley, Gray, idr.),
 - kognitivne modeli, ki pojav določene psihotične simptomatike razlagajo kot dajanje smisla, pomena neobičajnim izkušnjam (blodnje kot normalna razlaga neobičajnih perceptualnih abnormalnosti, blodnjava prepričanja formirana skozi socialno učenje in življenjske izkušnje, napačne interpretacije telesnih izkušenj kot osnova blodnjavih prepričanj, halucinacije kot napačne interpretacije zunanjih dogodkov),
 - kognitivni modeli, ki povezujejo emocionalne motnje in psihoze (npr. pojav paranoidnih in grandioznih blodenj je lahko deloma posledica emocionalne motenosti, grandiozne blodnje in manična obramba).

Podrobneje si oglejmo model "vulnerabilnost-stres"

Predpostavlja, da na klinične in socialne izide vpliva interakcija bioloških, psiholoških in socialnih faktorjev, ter predstavlja uporaben in fleksibilen delovni povzetek faktorjev, ki so lahko vpleteni v razvoj duševne bolezni.

1. Vulnerabilnost:
 - genska obremenjenost,
 - intrauterino okolje,
 - poškodbe ob rojstvu,
 - virusne okužbe,
 - poškodbe glave,
 - faktorji okolja v otroštvu (nekateri omenjajo fizično in interpersonalno deprivacijo).

Pogost predmet raziskav pa so tudi poskusi identificirati vedenjske manifestacije, ki bi lahko označevale vulnerabilnost za shizofrenijo. Zadnji pregled tovrstni raziskav kaže, da bi kot možen marker vulnerabilnosti lahko smatrali prisotnost:

- deficitov v socialnih spretnostih (problem v razumevanju in interakciji z drugimi),
- shizotipskih osebnostnih značilnosti (socialna izoliranost, izjemnosti in bizarnosti v prepričanjih ter izkušnjah),
- kognitivno-nevropsiholoških deficitov (npr. deficiti v pozornosti, reakcijskih časih in spominu),

- nespecifičnih telesnih znakov nevroloških izpadov (npr. okvara motoričnih spretnosti),
- znakov pomanjkanja stabilnosti v reakcijah avtonomnega živčevja (hipo in hiper vzburjenje ob reakcijah prevodnosti kože...).

2. Razvoj akutnega psihotičnega sindroma

Model "vulnerabilnost-stres" predpostavlja, da verjetnost, da se bo določena ranljivost izrazila tudi v akutni psihotični epizodi, ni odvisna samo od stopnje vulnerabilnosti, temveč tudi izpostavljenosti različnim dodatnim stresom. Ti so lahko:

- biološki (npr. zloraba drog)
- psihološki (npr. ob pomembnih življenjskih dogodkih - začetek dela, zapuščanje doma, izguba ljubljene osebe, vplivanje zanj pomembnih oseb, emocionalni kritizem...),
- povezani z okoljem (npr. težki eksistencialni problemi).

3. Razvoj kroničnega sindroma

Poleg prej omenjenih stresorjev problematiko dodatno poglobljajo faktorji, ki predstavljajo grožnjo za posameznikovo samospoštovanje in samopodobo (npr. stigma, stereotipi...) in vplivajo na posameznikov uspeh v ohranjanju socialnih kontaktov ter vzdrževanju socialnih vlog.

TERAPIJA

Kognitivno vedenjska terapija psihoz je strukturiran in časovno omejen pristop. Zajema tri glavne cilje:

- zmanjševanje stiske in prizadetosti, povezane z rezidualno psihotično simptomatiko,
- zniževanje emocionalne motenosti,
- razvijanje aktivnega sodelovanja posameznika v regulaciji rizika relapsa ter socialne prizadetosti.

Trajanje je pogojeno s kompleksnostjo in težavnostjo prisotnih problemov, v povprečju pa traja 20 - 25 seans oz. okoli šest mesecev tedenskih srečanj (včasih v začetnih tednih vpeljemo dve seansi tedensko). Pogosto se kontakt nadaljuje z mesečnimi oz. še redkejšimi "booster" seansami v nadaljnjih šestih mesecih.

FAZE IN TEME TERAPIJE

1. Vključitev v sodelovanje in ocenjevanje (prve seanse)

Glavni nalogi stopnje sta: ustvariti delovni, sodelujoč terapevtski odnos ter zbrati informacije, ki bodo terapevtu in pacientu omogočile razviti prilagojeno kognitivno formulacijo posameznikovih problemov.

Pacientu moramo prenesti občutek, da njegove probleme jemljemo resno in da bodo njegove skrbi vključene v terapijo. Predstaviti mu moramo, kaj se bo dogajalo med terapijo, in se nato usmeriti na jasno identifikacijo prisotnih problemov. Pomembno je, da v tej zgodnji fazi terapevt dela prvenstveno s pacientove perspektive in spoštuje njegove subjektivne poglede na dogodke.

Teme prvih srečanj tako so:

- razjasnjevanje aktualnih skrbi in problemov (pritožba pacienta),
- podajanje racionalne za postopke ocenjevanja,
- opis procesa terapije (kratko o načinu, ciljeh, pacientovih pričakovanjih),
- ocenjevanje:
 - raziskovanje aktualnih psihotičnih izkušenj - njihova kvaliteta, pogostost, trajanje, pogoji, v katerih se pojavljajo, vsebina, ali so kakšni predhodniki in posledice teh izkušenj, pomen, ki

jim ga pripisuje, kakšen je emocionalen odgovor, reakcija na te izkušnje ter kakšno je njegovo osebno mnenje o tem. Vprašamo tudi o reakciji na takšne izkušnje oz. doživetja.

- raziskovanje posameznikovih običajnih vedenjskih vzorcev - kako preživi čas. Koliko je vzorcev socialnega umikanja, katere aktivnosti lahko vodijo k pozitivnim občutkom itd.
- raziskovanje prepričanj in stališč o duševni bolezni, pripravljenosti na jemanje medikamentov;
- formalno, psihometrično ocenjevanje psihotičnih problemov:
 - ocena simptomov,
 - ocena vpogleda, stališč in coping vedenja,
 - ocena kognitivno-nevropsiholoških deficitov,
 - ocena emocionalnega predelovanja.

2. Tehnike razvijanja samoregulacije psihotičnih simptomov

Različne kognitivno vedenjske strategije se lahko uporabijo pri zmanjševanju stiske in prizadetosti, povezane s prisotnimi pozitivnimi psihotičnimi simptomi. Usmerimo se lahko na obvladovanje:

- halucinacij, paranoidnih interpretacij,
- impulzivnosti, tudi suicidalnih misli in občutkov,
- občutkov obupa in brezizhodnosti,
- dnevnih, rutinskih aktivnosti.

Uporabimo lahko:

- kognitivne strategije (npr. preusmerjanje pozornosti, samoinštruiranje, kontrola misli),
- vedenjske strategije (npr. desenzatizacija, trening socialnih spretnosti),
- spreminjanje senzoričnega inputa (npr. poslušanje glasbe),
- fiziološke strategije (npr. relaksacija).

Pogosto se kot najboljši način treninga kognitivno vedenjskih strategij pokaže v pomoči in usposobitvi, da nekaj naredijo, dosežejo (npr. gredo v kino, po nakupih ipd.) in ne v "ukvarjanju" s simptomom samim. V tej fazi je poudarek v večji meri usmerjen v izvajanje kompletnega niza vedenja, ne glede na pojavljanje simptomov. Razvijamo strategije "življenja z boleznijo" (podobno kot v rehabilitaciji slepih).

3. Razvijanje novega modela psihoze

Pomembna strategija v zmanjševanju stiske in prizadetosti je tudi skupno razvijanje razumevanja narave njihovih psihotičnim motenj. Takšen model lahko predstavlja okvir za razumevanje zapletenih izkušenj, omogoča bazo za reinterpreteriranje individualnih simptomov in lahko prispeva k zmanjševanju občutkov krivde in neuspeha. Pomemben je tudi pri ustvarjanju racionalne za samoregulacijo (jemanje medikamentov, izogibanje stresorjem ipd.) ter oblikovanju realističnih ciljev. Poudarek je na individualnosti modela, prepoznavanju in diskusiji o emocionalnih posledicah, kroničnosti in omejitvah.

Sodobne kognitivne analize kažejo, da so akcije, s katerimi odgovarjamo na ogroženo zdravje, pogojene oz. odvisne od posameznikovega subjektivnega doživljanja motnje ali bolezni in načina, kako si razlaga (oz. oblikuje lastno razumevanje) to motnjo.

4. Tehnike, usmerjene na blodnje in halucinacije

V začetku velja omeniti opombo avtorjev, ki menijo, da je delo na blodnjavih prepričanjih smiselno le takrat, ko je jasno, da so povezana oz. povzročajo stisko ter ko pomembno vplivajo na posameznikove kapacitete funkcioniranja in ne preprosto zato, ker so ekscentrična. Idealno je, če

delo na blodnjavih prepričanjih ali halucinacijah izpeljemo iz faze oblikovanje individualnega modela psihoze in tako fokus s splošnega razumevanja usmerimo na specifične napačne interpretacije socialnih dogodkov in izkušenj.

Najbolj je začeti z dogodki, ki so manj jasno vpeljani v posameznikov sistem prepričanj, nato se usmerimo na gradivo dobljeno s self-monitoringom, ki je usmerjen na beleženje napačnih interpretacij ter negativnih dogodkov. Pomembno je, da kontinuirano spremljamo tudi spremembe v prepričanjih, stisko, ki je lahko na to vezana, ter novo pridobljene interpretacije.

Uporabljajo se različne tehnike:

- alternativna terapija/iskanje racionalnih odgovorov (podobno kot pri obravnavi avtomatskih misli),
- prestrukturiranje psihotične izkušnje znotraj modela bolezni,
- razlaga psihotičnih izkušenj kot izhajajočih iz problemov v funkcioniranju možganov,
- uporaba vedenjskih strategij in vedenjskih testov znotraj kognitivne terapije.

5. Strategije, usmerjene na disfunkcionalne predpostavke

Že mnoge od prej omenjenih tehnik lahko prispevajo k vlivanju upanja, reatribuiranja samoobtoževanj in občutkov krivde, jačajo kontrolo psihotičnih simptomov in spreminjajo interpretacije o svetu in psihotičnih izkušnjah ter tako blažijo emocionalne motnje. Kljub temu pa pozorna analiza občutkov obupa, brezizhodnosti in malodušja včasih odkriva ekstremne disfunkcionalne predpostavke posameznikov o njih samih, njihovem karakterju, zmožnostih in o drugih ljudeh. V takšnih primerih se je potrebno posebej posvetiti tudi tem prepričanjem.

Težko bi rekli, da obstaja set disfunkcionalnih misli, ki bi bil značilen za psihotične bolnike, se pa določene teme pojavljajo pogosteje kot pri drugih:

- prepričanje, da so ekstremno nezaščiteni, ne-varni, jim bo nekdo škodil,
- prepričanje, da so zelo nagnjeni k izgubi samo-kontrole (ne morejo kontrolirati svojih dejanj, bodo znoreli...),
- prepričanje, da so obsojeni na socialno izolacijo,
- prepričanje o lastni manjvrednosti, notranji defektnosti,
- prepričanje o neizprosni, brezčutni standardih.

Podobno kot pri pacientih z osebnostno motenostjo tudi pacienti s psihozo zelo težko opisujejo svoja občutja in težko identificirajo z njimi povezane avtomatske misli, nekateri močno nasprotujejo direktnemu poizvedovanju o občutkih ali pa ne sprejemajo kognitivnega modela povezanosti misli in čustev. Zato je tako v fazi ocenjevanja in identificiranja disfunkcionalnih predpostavk kot tudi v strategijah modificiranja teh potreben prirejen pristop v smislu večjega poudarka na identificiranje področja emocionalnih težav in spremljanja razvoja teh skozi posameznikovo življenje in skupnega oblikovanja racionalne za delo na tem področju.

6. Strategije, usmerjene v področje socialne prizadetosti in rizika relapsa

Zadnja faza terapije vključuje pregled in utrjevanje samo-regulativnih strategij, vključujejo se diskusije na temo sprejemanja sprememb, prizadetosti, pomembnost uporabe medikamentov, oblikovanje ciljev za prihodnost.

RAZISKAVE O UČINKOVITOSTI

Poglejmo si še nekaj ugotovitev raziskav, ki so v zadnjih letih ugotavljale učinkovitost, koristnost in mesto kognitivno-vedenjske terapije pri obravnavi pacientov s psihozami:

Raziskovanje kognitivnega modela preko razlaganja vedenjskih, kognitivnih in čustvenih odgovorov na prisotnost glasov je pokazalo, da se zelo različni odnosi do zastrašujočnosti glasov, prepričanosti, obveznosti in odpornosti teh odlikujejo v pomembnih razlikah o prepričanjih, ki ji posamezniki razvijejo glede glasov. Vsi pacienti vidijo glasove kot onipotentne in vsevedne (omniscientne), vseeno pa posameznikova prepričanja o identiteti glasov in njihovem pomenu vodijo do konstruiranja glasov kot "dobrohotnih, prijaznih" ali "zlobnih, zlonameznih". Pacienti ob tem navajajo različne razloge, dokaze za svoja prepričanja, ki pogosto niso v zvezi s samo vsebino glasov. Glasovi, za katere so bili prepričani, da so zlonamerni, so prebujali strah in so se jim upirali, do dobrohotnih pa so gradili pozitiven odnos. V primeru imperativnih glasov je na prvem mestu o pokoravanju zahtevam odločala strogost, ostrost teh. Na podlagi teh spoznanj so se avtorji v nadaljni študiji odločili preveriti, v kolikšni meri lahko prepričanja o glasovih postanejo cilj terapevtskega tretmana. V raziskavo je bilo vključenih manjše število pacientov z rezistentnimi glasovi. Tretma je zajemal konstantno razlaganje, testiranje in spodbijanje prepričanj o onipotenci, identiteti in namenu glasov. Ugotavljajo, da je prišlo do precejšnjega in stabilnega zmanjšanja v prepričanosti in spremenjenem odnosu, kar je bilo povezano z zmanjšano stisko, izboljšanjem adaptivnega vedenja in upadom v aktivnosti glasov (Chadwick, Birchwood, 1994).

Najugodnejši rezultat v redukciji rehospitalizacije (26% redukcija v primerjavi s kontrolno skupino) je bil dosežen s kombinacijo psihoedukativnega treninga o uporabi zdravil, kognitivno terapijo in svetovanjem ključne osebe.

Kognitivno vedenjska terapija paničnih napadov pri kronični shizofreniji. Po obravnavi teh s kognitivno vedenjsko terapijo sta se zmanjšala panična simptomatika in število napadov.

Kognitivno vedenjska terapija se je pokazala kot možna in učinkovita tudi v sami akutni fazi.

Pomembna izboljšanja so prisotna tako v teži kot tudi številu pozitivne simptomatike, do takšnega izboljšanja pa ni prišlo v primeru suportivnega svetovanja. Manj je poslabšanj in krajši je čas hospitalizacije (Tarrrier in av. 1998).

Zmanjšanje prepričanja v blodnje, upad splošne simptomatologije in depresije (Garety in av. 1997).

Brazo in av. (1995) so raziskovali coping strategije pri shizofrenih pacientih z rezistentno pozitivno simptomatiko in ugotovili, da je vsak pacient razvil vsaj eno strategijo, zelo pogosto pa več posameznemu tipu halucinacij prilagojenih strategij. Bolj so bile učinkovite, več so jih uporabljali. Nadalje so ugotavljali, da lahko učenje teh strategij skozi vedenjsko kognitivno terapijo pomaga pacientom, ki trpijo zaradi rezistentnih halucinacij.

Drury in av. (1996) so preverjali učinkovitost kognitivne terapije. V raziskavo so vključili 117 pacientov z akutno neafektivno psihozo in ugotavljali razliko med skupino, ki je v tretmanu vključevala individualno in skupinsko kognitivno terapijo, ter skupino, ki je v tretmanu vključevala neformalen suport in skupinske strukturirane aktivnosti. Obe skupini sta prejemale običajno medikamentozno zdravljenje. Ob zaključku zdravljenja kažeta obe skupini upadanje pozitivne simptomatike, pri čemer je upad v skupini s kognitivno terapijo pomembnejši. Precejšnja razlika pa se pokaže po devetih mesecih, ko 56% pacientov v kontrolni grupi kaže zmerne do težke rezidualne simptome, v skupini s kognitivno terapijo pa le 5%. Avtorji zaključujejo, da je kognitivna terapija pomemben in učinkovit dodatek k medikamentozni terapiji in standardni skrbi za psihotične bolnike.

Rezultati eksperimentalnih psiholoških študij nakazujejo, da so motnje v emocionalnem procesiranju shizofrenih bolnikov povezane z motnjami v njihovem predelovanju informacij. Na podlagi tega so se Hodel in av. (1996) odločili razviti program treninga, s katerim bi izboljšali obvladovanje in upravljanje čustvovanja preko uporabe individualno prilagojenih coping strategij. Rezultati raziskave

na 16 kroničnih shizofrenih bolnikih kažejo, da tovrstni trening (obvladovanja in upravljanj z emocijami in antistresne terapije) vodi v pomembne spremembe v percepciji čustvovanja, kognitivnem funkcioniranju in vedenju ter razvoj zaščitnih strategij, ki jim pomagajo pri soočanju v vsakodnevnem življenju.

S pomočjo vedenjsko-kognitivnih intervencij oz. terapije so se usmerjali tudi na področje izboljševanja pacientovega sodelovanja v terapiji (compliance). Rezultati raziskav kažejo, da se je po tovrstnem programu (običajno v obsegu 4-6 seans) pomembno izboljšal odnos in stališča do medikamentoznega tretmana, njihov vpogled v bolezen ter sodelovanje v celotni terapiji. Izboljšanje so opazali tudi po 6 mesecih. Podoben napredek so opazali tudi v skupini pacientov, pri katerih je poleg kronične psihotične bolezni prisotna tudi odvisnost od psihoaktivnih snovi (Ho in av., 1999).

Bustillo in av. (1999) vidijo vrednost kognitivno-vedenjske terapije predvsem pri obravnavi pacientov, ki ne reagirajo na medikamentozno terapijo. Pri pacientih z vztrajno negativno simptomatiko in omejeno socialno kompetentnostjo so koristni treningi socialnih spretnosti, pri ohranjanju zaposlitve pa si lahko pomagamo s programi podpornega zaposlovanja.

VIRI:

1. Chadwick, P., Birchwood, M. (1994). *The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations*. British journal of psychiatry, 164, 190-201.
2. Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., Macmillan, F. (1996). *Cognitive therapy and recovery from acute psychosis*. British journal of psychiatry, 165, 593-601.
3. Fowler, D., Garety, P., Kuipers, E. (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychosis*. Chichester: Wiley and sons.

KOGNITIVNO VEDENJSKA TERAPIJA MOTENJ OSEBNOSTI

UVOD

Potem, ko je kognitivno vedenjska terapija dokazala svojo uspešnost pri zdravljenju depresije, se je postopoma razširila še na druga glavna področja kliničnih motenj. V zadnjih desetih do petnajstih letih narašča tudi interes za tovrstno obravnavo pacientov z motnjami osebnosti. Prve, s kliničnim proučevanjem in z empiričnimi raziskavami pridobljene ugotovitve o učinkovitosti kognitivno vedenjskega pristopa pri obravnavi teh »težavnih« pacientov, so obetavne (Beck, Freeman in sod., 1990; Pretzer in Beck, 1996).

OPREDELITEV IN KLASIFIKACIJA MOTENJ OSEBNOSTI

Pojem motnje osebnosti je v novejšem času zamenjal nekdanje termine kot so psihopatija, sociopatija, disocialna osebnost in deviirana osebnost. Pri tem ne gre le za zamenjavo imen z negativnim prizvokom, ampak v prvi vrsti za rezultat novih spoznanj o patologiji osebnosti.

Po ameriškem diagnostično klasifikacijskem sistemu DSM-IV (APA, 1995) se motnje osebnosti posebej ocenjujejo na osi II, medtem ko se na osi I ocenjujejo klinične motnje, sindromi, bolezni. Tako lahko vsak pacient dobi ločeno diagnozo kliničnega sindroma in diagnozo motnje osebnosti.

Po DSM-IV je motnja osebnosti trajni vzorec doživljanja in vedenja, ki pomembno odstopa od pričakovanj posameznikove kulture in se kaže najmanj na dveh od naštetih področij: v mišljenju, čustvovanju, medčloveških stikih ali v obvladovanju impulzivnosti. Ta trajni vzorec je neprilagodljiv in prodoren na širokem področju osebnih in socialnih situacij. Vodi h klinično pomembni stiski ali težavam na socialnem, poklicnem ali kakšnem drugem pomembnem področju delovanja. Je stabilen in dolgotrajen, njegov začetek pa sega najkasneje v obdobje adolescence ali zgodnje odraslosti. O motnjah osebnosti lahko govorimo takrat, kadar odklonsko doživljanje in vedenje nista odraz ali posledica kakšne druge duševne motnje in ne nastopata zaradi neposrednih fizioloških vplivov nekih substanc (npr. drog, zdravil, strupov) ali splošnih zdravstvenih pogojev (npr. poškodbe glave).

DSM-IV vključuje te kategorije motenj osebnosti: paranoidna, shizoidna, shizotipična, histrionična, narcisistična, antisocialna, borderline, izogibajoča, odvisna in obsesivno kompulzivna motnja osebnosti.

V »Dodatku« (priročnika DSM-IV) pa sta za raziskovalne namene oziroma »v pripravljenosti« še pasivno-agresivna in depresivna motnja osebnosti. Posameznik lahko hkrati izpolnjuje diagnostične kriterije več vrst motenj osebnosti. Takšna sočasna obolevnost se je v praksi pokazala kot zelo pogosta (Livesley, 1995).

Mednarodna klasifikacija bolezni MKB-10 (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1995) pa motnje osebnosti pojmuje nekoliko širše. V poglavje Motnje osebnosti in vedenja uvršča specifične motnje osebnosti, mešane in druge motnje osebnosti ter trajne osebnostne spremembe, ki jih ni mogoče pripisati trajni možganski poškodbi. Poleg teh treh skupin pa v isto poglavje spadajo še motnje navad in nagibov, motnje spolne identitete, motnje spolne preference, psihološke in vedenjske motnje, ki so v zvezi s spolnim razvojem in naravnostjo, druge motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi ter neopredeljene motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi.

* Mag. Drago Tacol, spec. klin. psih. (Psihiatrična bolnica Vojnik, Celjska cesta 37, Vojnik 3212, drago.tacol@siol.net)

Specifične motnje osebnosti v MKB-10 se v precejšnji meri skladajo z motnjami osebnosti v DSM-IV.

V našem prikazu kognitivno vedenjske terapije motenj osebnosti se bomo opirali na kategorije motenj osebnosti po DSM-IV. Poglejmo si zato njihove kratke opise:

1. Paranoidna motnja osebnosti: zanjo sta značilni nezaupljivost in sumničavost, tako da si oseba namere drugih razlaga kot zlohodne.
2. Shizoidna motnja osebnosti: njeni osnovni značilnosti sta izmikanje socialnim stikom in omejeno izražanje čustev.
3. Shizotipična motnja osebnosti: njene glavne značilnosti so neugodje v tesnejših odnosih z drugimi ljudmi, zaznavne ali miselne motnje in čudaštvo v obnašanju.
4. Antisocialna motnja osebnosti: označujeta jo preziranje pravic drugih in napad nanje.
5. Borderline motnja osebnosti: osnovni značilnosti sta nestabilnost v medosebnih odnosih, doživljanju samega sebe in čustvovanju ter izrazita impulzivnost.
6. Histrionična motnja osebnosti: pri tej gre za preveč poudarjeno izražanje čustev in prekomerno iskanje pozornosti.
7. Narcisistična motnja osebnosti: njene najpomembnejše značilnosti so povečevanje samega sebe, ošabnost, potreba po občudovanju in pomanjkanje empatije.
8. Izogibajoča motnja osebnosti: označujejo jo inhibiranost v socialnih situacijah, občutja neustreznosti in pretirana občutljivost za negativno vrednotenje.
9. Odvisna motnja osebnosti: za osebe s to motnjo sta značilni podredljivost in navezanost skupaj z močno izraženo potrebo, da bi nekdo skrbel zanje.
10. Obsesivno-kompulzivna motnja: to označujejo preokupiranost z redom, perfekcionizem in pretirana kontrola.

KOGNITIVNO POJMOVANJE MOTENJ OSEBNOSTI

Psihoanalitiki in kognitivni terapevti so skupnega mnenja, da je za učinkovito obravnavo pacientov z motnjami osebnosti ponavadi potrebno prepoznati in spreminjati njihove »jedrne« oziroma »bazične« probleme. Razlika med pristaši ene in druge terapevtske smeri je v tem, kako pojmujejo naravo teh struktur. Kognitivni terapevti, za razliko od psihoanalitikov, menijo, da gre za produkte procesov, ki so v območju zavednega in s posebnim treningom lahko postanejo še bolj dostopni zavedanju. Po njihovem pojmovanju sta neprilagojeno doživljanje in vedenje posledica delovanja značilnih shem. Po Becku (1979) so sheme kognitivne strukture oziroma stabilni kognitivni vzorci, s pomočjo katerih posameznik organizira svoje izkušnje in vedenje. Vsebinsko sheme predstavljajo bazična prepričanja, predpostavke, pravila, medtem ko so avtomatske misli proizvod shem. Sheme lahko delimo v različne skupine, kot so osebne, družinske, kulturne, religiozne, poklicne in spolne sheme. To, kako človek v svojem prilagajanju v okolju obdeluje podatke, kako ocenjuje določeno situacijo in ali uspe oblikovati prilagojen odgovor, je v veliki meri odvisno od njegovih bazičnih prepričanj ali shem. Posebni sistemi shem so vključeni tako v mišljenje kot v spomin, čustvovanje, motivacijo, izvršitev in kontrolo. Podsistemi shem sodelujejo pri ocenjevanju samega sebe in pri ocenjevanju drugih.

Na področju psihopatologije so sheme tiste strukture, ki imajo za posameznika značilno idiosinkratično vsebino, in so aktivirane pri motnjah kot so depresija, anksioznost, panična motnja, itd. Med motnjo postanejo premočne ter izpodrinejo ali inhibirajo druge sheme, ki bi lahko bile bolj ustrezne v dani situaciji. Tako je, vzemimo, pri večini študentov ob pogledu na kup knjig, ki jih morajo preštudirati, aktivirana katera od teh pozitivnih, prilagojenih shem: »zmorem veliko stvari«, »s prizadevnostjo lahko uspem«, »tudi če kdaj ne uspem, ni vsega konec«. Pri depresivnem pacientu pa bi takšne sheme premagala in izpodrinila shema »sem nesposoben«, »v življenju mi ničesar ne uspe« ali pa »z mano je konec«. Takšne sheme povzročijo pristranskost v procesiranju informacij.

Depresivna oseba tako laže vidi negativne vidike neke situacije, procesira tiste podatke o sebi, ki se nanašajo na nemoč, laže se tudi spominja negativnih dogodkov in napoveduje negativne izide.

Tipične sheme pri motnjah osebnosti so podobne tistim, ki so aktivirane pri različnih kliničnih sindromih. Za razliko od teh pa v procesiranju informacij sodelujejo bolj trajno in so tako rekoč del posameznikovega normalnega, vsakodnevnega procesiranja informacij. Negativne, disfunkcionalne sheme so pri motnjah osebnosti vgrajene v »normalno« kognitivno organizacijo. Primer: shema »sem nemočen in potrebujem pomoč« je pri odvisni motnji osebnosti aktivirana v vsaki problemski situaciji, pri depresivni osebi pa je prevladujoča le med depresijo.

Vsak od nas ima med svojimi shemami tudi takšne, ki so neprilagojene. Toda pri ljudeh z motnjami osebnosti negativne sheme nimajo ustrezne protiuteži v pozitivnih shemah in to jim povzroča trajne težave (Padesky, 1995). Življenjske dogodke in izkušnje namreč presojava v skladu s svojimi shemami. Kdor ima, vzemimo, shemo »nisem vreden ljubezni«, a tudi shemo »sem vreden ljubezni«, bo sposoben opaziti in si zapomniti tako negativne kot tudi pozitivne reakcije drugih ljudi. Če pa je nekdo prepričan, da ni vreden tega, da ga imajo ljudje radi, ob tem pa nima nasprotne sheme »sem vreden ljubezni«, bo vse izkušnje z drugimi ljudmi doživljal kot dokaz za to, da ni vreden, da bi bil ljubljen. Negativne reakcije drugih se bodo popolnoma ujemale z njegovo shemo. Pozitivne reakcije pa bo spregledal ali popačeno doživljal (»Tako prijazen je z menoj, čeprav sem mu zoprn.«), ne bo jih upošteval (»Najbrž vsakomur tako pravi.«) ali pa jih bo štel kot izjemo (»Zdaj mi je sicer naklonjen; ko me bo zares spoznal, pa bo videl, da tega nisem vreden.«).

Beck (v J.S. Beck, 1997) meni, da so za razumevanje pacientov z motnjami osebnosti osrednjega pomena njihova bazična prepričanja o sebi. Ta prepričanja uvršča v dve skupini: v prvi so prepričanja, ki se nanašajo na nemoč (npr. »nemočen sem«, »nisem v redu«, »nesposoben sem«, »občutljiv sem«, »v pasti sem«), v drugi pa so prepričanja v zvezi s tem, da oseba ni vredna ljubezni in naklonjenosti (npr. »nisem vreden ljubezni«, »nič nisem vreden«, »nisem dovolj dober /da bi me imeli radi/«, »nezaželen sem«). Za paciente so takšna bazična prepričanja zelo boleča, zato se poskušajo na različne načine spoprijemati z njimi ali pa jim preprečiti, da bi postala aktivna.

Za vsak tip osebnosti oziroma za vsako vrsto motnje osebnosti so značilna specifična bazična prepričanja oziroma sheme in spremljajoči vzorci vedenja. Določen kognitivni in vedenjski vzorec sta zaradi dednih dispozicij in razvojnih izkušenj poudarjeno (ali pa premalo) izražena. Narava najbrž vsakega posameznika oskrbi z drugačnimi kognitivnimi in vedenjskimi stili. V interakciji z okoljem nato vsakdo razvije različna prehodna, vmesna prepričanja, ki jih ojačijo njegove lastne vedenjske strategije in odzivi drugih ljudi na njegovo vedenje ter vodijo k oblikovanju bazičnih prepričanj. Ljudje z motnjami osebnosti kažejo vzorce vedenja, ki so pretirano razviti, in takšne, ki so premalo razviti (npr. pri obsesivno-kompulzivni motnji opazimo preveč kontrole, sistematičnosti, odgovornosti in premalo spontanosti, igrivosti).

Posameznik z motnjo osebnosti je posebej dovzeten za tiste življenjske izkušnje, ki zadenejo ob zanj značilno kognitivno ranljivost. Tako so osebe z odvisno motnjo osebnosti posebej občutljive za izgubo naklonjenosti in podpore, osebe z narcisistično motnjo za prizadetost lastne vrednosti itd.

Shizotipična in borderline motnja osebnosti pa ne kažeta tako specifične vsebine kognitivnih shem in tako tipičnih strategij kot druge motnje osebnosti. Shizotipično motnjo bolj natančno kot idiosinkratične vsebine prepričanj opredeljujejo svojskosti oziroma odkloni v mišljenju. Osebe z borderline motnjo pa lahko kažejo široko paleto tipičnih prepričanj in vzorcev vedenja, ki so značilni za več drugih motenj osebnosti. Pri njih imajo osrednjo vlogo tri bazična prepričanja: 1) »Svet je nevaren in zlohoten«, 2) »Sem nemočen in ranljiv«, 3) »Od nekdaj sem nesprejemljiv«.

Spodnja preglednica (po Becku, Freemanu in sod., 1990) prikazuje za posamezno kategorijo motenj osebnosti značilna bazična prepričanja in vedenjske strategije.

MOTNJA OSEBNOSTI	BAZIČNA PREPRIČANJA	GLAVNE STRATEGIJE
PARANOIDNA	-Ljudje so potencialni sovražniki. -Ne morem zaupati ljudem. -Stalno moram biti oprezen.	-Budnost, opreznost. -Iskanje skritih motivov. -Obtoževanje. -Protinapad.
SHIZOIDNA	-Sam sebi zadoščam. -Potrebujem veliko prostora. -Ne potrebujem in ne želim stikov z ljudmi.	-Izolacija.
HISTRIONIČNA	-V bistvu sem neprivlačen. -Potrebujem občudovanje. -Napraviti moram vtis. -Lahko se ravnam po svojih čustvih.	-Dramatiziranje. -Šarmiranje, zapeljevanje. -Napadi besa, jok, suicidalna dejanja.
NARCISISTIČNA	-Sem nekaj posebnega, več kot drugi. -Zaslужim poseben položaj, odnos, privilegije. -Sem nad splošnimi merili in pravili.	-Povečevanje samega sebe. -Izkoriščanje drugih. -Nedostopnost za pravila. -Manipulacija. -Tekmovalnost.
ANTISOCIALNA	-Ljudi moram izkoristiti, prevarati, napasti, sicer bodo oni mene. -Gledati moram nase. -Pravila so zato, da jih kršimo.	-Napad, goljufanje, ropanje, manipuliranje.
IZOGIBAJOČA	-Neznosno je, če si zavržen in ponižan. -Če bi ljudje vedeli, kakšen sem v resnici, bi me zavrnilo. -Ne morem prenašati neprijetnih čustev.	-Izogibanje situacijam, kjer je oseba izpostavljena ocenjevanju. -Izogibanje neprijetnim čustvom in mislim.
ODVISNA	-Sem nemočen in potreben pomoči. -Brez pomoči drugih ne morem preživeti oziroma biti srečen.	-Navezovanje, iskanje pomoči, razvijanje medsebojnih odnosov odvisnosti.
OBSESIVNO-KOMPULZIVNA	-Napake so nekaj strašnega in jih ne smem delati. -Lahko bi bil uničen, izgubljen, zato potrebujem red in pravila, da bi preživel. -Sam vem, kaj je najbolje. -Malenkosti so pomembne. -Ljudje bi morali biti boljši, se bolj truditi.	-Perfekcionizem. -Sklicevanje na pravila. -Ocenjevanje, kontrola, »moral bi«, kritiziranje, kaznovanje.

V kognitivni terapiji smo pozorni tudi na kognitivne distorzije, ki pomenijo sistematične napake v procesiranju informacij. Tudi te prispevajo k zmotni interpretaciji dogodkov, stopnjujejo učinek shem in pripomorejo k temu, da se sheme ohranjajo. Pri ljudeh z osebnostno motnjo pogosto odkrijemo katero od teh kognitivnih distorzij oziroma napak v mišljenju (Burns, 1992; J.S. Beck, 1995):

1. Dihotomno mišljenje (mišljenje po principu vse ali nič, belo-črno gledanje):
Primer: Ljudje so dobri ali slabi, povsem odvisni ali povsem samostojni itd.
Kdor ni povsem uspešen, je zguba.
2. Katastrofiziranje (napovedovanje oziroma pričakovanje najslabših možnih izidov):
Primer: Če bom napet, bom na izpitu povsem odpovedal.
Joj, kaj če doživim vrtoglavico - konec me bo!
3. Potenciranje - minimaliziranje (nerealno poudarjanje negativnega in zmanjševanje pozitivnega):
Primer: Povprečna ocena je dokaz moje neustreznosti, dobra ocena pa ni dokaz moje bistrosti.
4. Pretirano posploševanje (daljnosežno sklepanje, ki močno presega dejansko situacijo):
Primer: Če neko nalogo slabše opravim, sem nesposoben človek.
Vedno se mi dogaja vse najslabše.
5. Personalizacija (prepričanje, da se nekaj slabega dogaja zaradi mene):
Primer: Če je uradnik odrezav, je to zaradi tega, ker sem nekaj narobe naredil.
Če šef izreče oceno, da z delom na oddelku ni najbolj zadovoljen, takoj pomislim, da je kritika namenjena meni.
6. Izjave, ki vključujejo »moram«, »moral bi«:
Primer: Predavanje moram opraviti brez napake.
Moral bi skriti nezadovoljstvo in ubogati očeta.
7. Emocionalno sklepanje (verjamem, da je nekaj resnično samo zato, ker jaz tako »čutim«):
Primer: Bojim se iti na letalo in iz tega sklepam, da je nevarno leteti.
Ker se počutim bedasto, sem bedast in tudi drugi opazijo, da sem takšen.
8. Etiketiranje (sebi ali drugemu prilepim neko splošno etiketo, ne da bi upošteval dejanske dokaze):
Primer: Sem zguba.
Mož je slabič.
9. Zavračanje pozitivnega (brez razloga si dopovedujem, da pozitivne izkušnje ne veljajo):
Primer: Izpit sem dobro opravil, a to ne pomeni, da sem sposoben. Imel sem pač srečo.
10. Mentalni filter (selektivna pozornost; namesto da bi videl celotno sliko, posvetim vso pozornost nekemu negativnemu dejanju):
Primer: Ob mnogih dobrih ocenah mojega dela je tudi ena slaba, zato sem prepričan, da svoje delo slabo opravljam in da so drugi z njim nezadovoljni.
11. Branje misli (brez dokazov sem prepričan, da vem, kaj drugi mislijo in kako se bodo vedli):
Primer: Mislijo, da ne razumem osnovnih stvari o tem projektu.
Ker nisem šla na zabavo, bodo vsi mislili, da sem sramežljiva.

Kognitivna terapija pri obravnavi osebnostnih motenj upošteva tudi značilnosti kognitivnega stila, po katerih se te motnje razlikujejo med seboj. Pri kognitivnem stilu gre za način procesiranja informacij. Za histrionično motnjo osebnosti je značilen celovit, globalen, posplošen, impresionističen stil dojemanja, pri katerem oseba vnaša čustva v presojo stvarnosti. Nasprotno pri obsesivno-kompulzivni motnji osebnosti zasledimo izrazito pozornost na detajle in minimaliziranje subjektivnega doživljanja. Tako je, na primer, neka histrionična študentka zatrjevala: »Profesor je fantastičen!«, toda ni znala podrobneje razložiti, v katerih lastnostih in postopkih prekaša druge predavatelje. Nasprotno pa bi se študent z obsesivno-kompulzivno motnjo osebnosti izgubljal v drobnjakarskem naštevanju in opisovanju profesorjevih pozitivnih in negativnih pedagoških lastnosti ter v natančni analizi njegovih metodično didaktičnih tehnik. Osebe z izogibajočo motnjo pa

uporabljajo mehanizem »notranjega izogibanja«. Ob neprijetnih čustvih preusmerjajo pozornost na povsem druge stvari, prav tako pa se izogibajo mislim, ki lahko zbudijo neprijetna čustva. Pri drugih motnjah osebnosti ne obstajajo tako jasno diferencirani kognitivni stili.

OSNOVNE ZNAČILNOSTI KOGNITIVNO VEDENJSKE TERAPIJE MOTENJ OSEBNOSTI

Pacienti z motnjami osebnosti običajno pridejo po pomoč zaradi depresivnosti, anksioznosti, in podobnih težav. Svoje osebnostne problematike se pogosto ne zavedajo (ker je ego sintona, to je za ego sprejemljiva motnja) in niso zaskrbljeni zaradi svojega neprilagojenega vedenja. Zanikajo probleme ali pa težave, ki jih imajo v odnosih z drugimi ljudmi, pripisujejo tem. Včasih kljub motnjam dosegajo dobro prilagoditev. Tako lahko, na primer, neki človek kljub svojemu hudemu perfekcionizmu zadovoljivo funkcionira v določenem okolju, v poklicu itd. Vemo, da je tu in tam takšna ali kakšna druga močno poudarjena osebnostna lastnost oziroma motnja osebnosti celo zaželeno. Nekateri posamezniki pa se zelo zavedajo samouničujoče narave svojih osebnostnih problemov, a se ne zavedajo njihovega izvora in ne vedo, kako naj se spremenijo. Spet drugi lahko imajo vpogled v izvor svoje osebnostne problematike, a nimajo spretnosti, ki jih potrebujejo za to, da bi se lahko spremenili.

Kot kažejo dosedanje izkušnje, je za uspešno kognitivno vedenjsko terapevtsko obravnavo pacientov z motnjami osebnosti potrebno poznati in upoštevati številne temeljne principe in tehnike kognitivno vedenjske terapije, a tudi njihove omejitve in nujne modifikacije.

Če pacient sprva pride na zdravljenje zaradi nekega kliničnega sindroma oziroma motnje (kot so depresivnost, anksioznost itd.), mu terapevt najprej pomaga olajšati te težave s standardnimi postopki kognitivno vedenjske terapije. Če se po vrnitvi na nivo funkcioniranja pred boleznijo pokaže, da pacient še vedno uporablja disfunkcionalne sheme, ki so globlje vgrajene v njegovo osebnostno strukturo, se lahko s terapevtom dogovorita za dolgotrajnejšo terapevtsko obravnavo. Ta je zahtevnejša in mora biti prilagojena ugotovljeni osebnostni motnji. Kadar se pri posamezniku sočasno pojavljata dve ali več motenj osebnosti, je potrebno obravnavo usmeriti na značilnosti vsake od njih. Prednost dajemo tisti motnji, ki pacientu trenutno povzroča večjo stisko ali več težav v odnosih z ljudmi. (Sperry, 1999).

Razumevanje in opredelitev primera

Za uspešno izvajanje terapije je najprej potrebno dobro proučiti in opredeliti posameznikove težave oziroma probleme. V ta namen potrebujemo izčrpne podatke iz njegove osebne zgodovine, in sicer z vseh področij njegovega življenja, ter podatke o nivoju njegovega sedanjega funkcioniranja. V luči kognitivnega modela moramo razložiti pacientovo preteklo in sedanje vedenje ter napovedati njegovo vedenje v prihodnosti. Pojasniti moramo zvezo med njegovimi preteklimi izkušnjami in formiranjem disfunkcionalnih predpostavk, bazičnih prepričanj in disfunkcionalnih strategij ter zvezo med njegovimi shemami in interpretacijo dogodkov oziroma vedenjem.

Terapevt mora tako imenovano konceptualizacijo (razumevanje, opredelitev, razlago posameznikovih problemov in težav) izdelati že v začetku terapije. Koristno je, da jo na nazoren način, tudi s primernimi risbami in diagrami, predstavi pacientu. Pozneje pa jo ob kakršnih koli novih pomembnih podatkih o pacientu ustrezno spreminja oziroma dopolnjuje.

V pogovoru skušamo iz pacientovih podatkov in izjav spoznati njegova bazična prepričanja o sebi, izvabiti pa poskušamo tudi to, kako dojema druge ljudi. Na bazične sheme lahko kažejo pacientove avtomatske misli, ki so produkt shem. S tehniko sestopanja pridemo preko avtomatskih misli in vmesnih prepričanj do bazičnih prepričanj. Bazične sheme lahko pomagata aktivirati imaginacija in podoživljanje preteklih izkušenj.

Cilji terapije

Čeprav so pri pacientih z motnjami osebnosti problemi vsaj na začetku videti zelo kompleksni, njihove pritožbe pa so nejasne, je za uspešen napredek v obravnavi nujno postaviti jasne in konsistentne cilje.

Terapevt in pacient morata glede ciljev doseči soglasje. Pomembno je, da terapevt pacientu v začetku pomaga doseči olajšanje na nekem področju, kar ga lahko motivira za nadaljnje sodelovanje. K takšnemu olajšanju lahko prispevajo postopki za zmanjševanje anksioznosti ali depresivnosti. Včasih pa je pacientu najprej potrebno pomagati pri reševanju katerega od njegovih aktualnih življenjskih problemov. Tako sem neki socialno prikrajšani pacientki z izogibajočo motnjo osebnosti v prvih tednih obravnave poskušal pomagati rešiti problem njene nezaposlenosti in socialne stiske. Z uporabo metode reševanja problemov in s kratkim učenjem socialnih veščin (pisanje prošenj, komunikacija, vaje asertivnosti itd.) je pacientka napredovala do te mere, da je uspela najti začasno zaposlitev. Šele potem se je lahko začela spopadati s postopnim spreminjanjem svojih miselnih shem, pri čemer pa so ji pomagale nove, pozitivne izkušnje.

Priporočljivo je, da se v začetku terapije osredotočimo na probleme, ki ne vključujejo veliko bližine, zaupnosti in razkrivanja samega sebe. K takšnim problemom pristopamo s tehnikami vedenjske terapije. Kasneje skupaj s pacientom načrtujemo spremembe v kognitivnih shemah in v vedenju ter se sprti dogovarjamo o ciljnih terapije.

Poudariti velja, da osebnostne spremembe niso nujen (in tudi ne povsem realen) cilj kognitivno vedenjske terapije pacientov z motnjami osebnosti. V prvi vrsti želimo zmanjšati njihovo stisko, izboljšati njihovo funkcioniranje v vsakdanjem življenju ter jim pomagati pri pridobivanju spretnosti, s pomočjo katerih bodo zmogli dosežene spremembe trajno ohranjati. Vsekakor pa se za ožje ali širše cilje terapije odločimo glede na različne dejavnike kot so pacientova motivacija, značilnosti njegovih težav, terapevtove možnosti itd. (Pretzer in Beck, 1996).

Odnos med terapevtom in pacientom

Ena od glavnih zahtev kognitivno vedenjske terapije je ta, da moramo pri pacientu zbuditi zaupanje in pripravljenost na aktivno sodelovanje. To načelo je še posebej pomembno pri obravnavi oseb z motnjami osebnosti. Toda pogosto značilnosti same motnje ovirajo pacientovo sodelovanje (tako se, na primer, osebe z izogibajočo motnjo osebnosti izogibajo razkrivanju lastnega doživljanja, osebe s paranoidno motnjo osebnosti so do terapevta nezaupljive in sumničave itd.).

Odnos med terapevtom in pacientom je priložnost za terapevtsko interveniranje. Posebej pri odvisni motnji lahko osebnostno problematiko pogosto obravnavamo skozi terapevtski odnos. Za paciente s poudarjeno nezaupljivostjo pa so lahko izkušnje v terapevtskem odnosu priložnost za povečevanje njihovega zaupanja v soljudi.

Pri kognitivno vedenjski terapiji ne gre za poučevanje, vzgajanje ali posredovanje razlag in nasvetov, ampak za tako imenovani »kolaborativni empiricizem«. Ta izraz pove, da terapevt in pacient sodelujeta pri preverjanju veljavnosti pacientovih prepričanj, interpretacij, pričakovanj in pri njihovem spreminjanju. To pa ne pomeni, da je njuna aktivnost vedno izenačena. V terapiji motenj osebnosti je terapevt pogosto bolj aktiven kot pri obravnavi oseb s kakšnimi drugimi motnjami. Svojo aktivnost pa mora previdno odmerjati (v začetku terapije je bolj aktiven kot v nadaljevanju; pri nekaterih pacientih je bolj aktiven kot pri drugih).

Terapevt naj uporablja način izražanja, ki je pacientu blizu. Dobrodošla je raba prisposodob in metafor, ki olajšajo razumevanje in v obravnavo vnesejo živahnost.

Terapevt dovoljuje transferne reakcije (čustvene reakcije, ki jih v odnosu z njim kaže pacient), vendar jih zavestno ne izziva. Te reakcije odpirajo vpogled v pacientov subjektivni svet. Pripravljen mora biti prenesti tudi pacientova negativna čustva. Kadar je pacient hudo vznemirjen, pa si mora terapevt prizadevati, da ostane miren in zbran.

Terapevt ne sme nastopati kot razsodnik ali obsojati. Izogibati se mora rabi kategoričnih in do neke mere slabšalnih oznak za pacientovo osebnost (narcisističen, odvisen itd.). Bolje je, da uporablja bolj operacionalizirane opise in pojme, kakršna sta npr. prepričanje, občutljivost itd. Potrebuje pravo mero sočutja in sposobnosti vživljanja v pacientov položaj, da bi ga čim bolje razumel. Njegov odnos do pacienta mora biti bolj topel in do neke mere tesnejši kot pri drugih motnjah. Toda v njunem odnosu so prav tako potrebne jasne meje. Opozoriti kaže tudi na potrebno pazljivost pri dajanju komplimentov.

Terapevt predstavlja za pacienta model, ki ga ta posnema, in to lahko s pridom izkorišča v terapevtske namene. Posebej takrat, ko terapija že nekaj časa traja, lahko opazimo, da želi biti pacient npr. tako umirjen in sproščen kot njegov terapevt, da ob razočaranjih ne reagira preveč burno itd.

Problemi v sodelovanju

Pacienti z motnjami osebnosti lahko iz najrazličnejših razlogov kažejo odpor do obravnave. Lahko so zelo togi in imajo strah pred spremembami ali strah pred tem, kako bo sprememba sprejela okolica. Včasih jim primanjkuje spretnosti za sodelovanje in se bojijo neuspeha pri zdravljenju. Lahko je šibka njihova motivacija za sodelovanje. Včasih napredek ovirajo sekundarne koristi, ki jih pacientom prinaša motnja (npr. posebna pozornost, skrb zanje itd.). Vzrok za slabo sodelovanje je lahko pomanjkljiva kontrola impulzov. Vse morebitne pacientove izbruhe je potrebno obravnavati in to lahko olajša sodelovanje.

Eden glavnih problemov terapevtskega odnosa pri motnjah osebnosti se pojavi takrat, ko pacient terapevta ekstremno in/ali trajno napačno dojema. Ta pojav je povezan z njegovimi neustrezno posplošenimi prepričanji in pričakovanji (pretirano je buden na kakršenkoli znak, ki bi potrdil njegove strahove).

Zaradi težav, ki jih imajo, in zaradi samega zdravljenja imajo pacienti pogosto zelo nizko samospoštovanje. Tudi to je lahko ovira za njihovo sodelovanje v terapiji.

Vzroki za pacientovo slabo sodelovanje so lahko tudi pri terapevtu. Temu lahko primanjkuje znanja in izkušenj, pacienta lahko slabo pouči o modelu terapije, njegova disfunkcionalna prepričanja se ujemajo s pacientovimi, ali pa ne intervenira pravočasno (npr. prezgodaj interpretira sheme, pacienta prezgodaj spodbuja k spremembam).

Naslednji možen vzrok za slabo sodelovanje utegnejo biti pomanjkljivo opredeljeni cilji terapije. Ti so lahko premalo konkretni ali premalo jasni. Možno je, da terapevt in pacient v zvezi s cilji nista dosegla soglasja. Lahko pa sta tudi frustrirana zaradi slabega napredovanja v terapiji. Še posebej se to zgodi takrat, kadar so njihovi cilji nerealistični.

Posebnosti v terapiji

Izkušnje kažejo, da je za terapevtsko delo s posamezniki, ki imajo motnje osebnosti, potrebna posebna veščina. Odlikujejo jo razumna raba humorja, anekdot, metafor, terapevtova izpoved lastnih izkušenj, spodbujanje ali zaviranje tempa dogajanja in inventivnost v izboru tehnik.

Terapevt naj bo v posamezni seansi kar najbolj fleksibilen in naj spretno kombinira različne tehnike. Uporablja naj tako vedenjske kot kognitivne tehnike.

Ena od posebnosti kognitivno vedenjske terapije motenj osebnosti je čas trajanja terapije. Ta je namreč veliko daljši kot pri zdravljenju depresije ali anksioznosti. Terapija pacientov z motnjami osebnosti pogosto traja leto, dve ali celo več.

STRATEGIJE IN TEHNIKE PRI OBRAVNAVI PACIENTOV Z MOTNJAMI OSEBNOSTI

Pri načrtovanju in izboru specifičnih strategij in tehnik je poleg posebnosti posameznikove motenosti potrebno upoštevati tudi njegovo sposobnost učenja in uporabe informacij o sebi.

Praviloma pri slehernem pacientu uporabljamo tako vedenjske kot kognitivne tehnike. Kot vemo, je takšna delitev sicer bolj arbitrarna, saj v resnici ne obstajajo »čiste« kognitivne in »čiste« vedenjske tehnike. Nekateri menijo, da bi bilo bolje govoriti o primarno vedenjskih in primarno kognitivnih tehnikah (Freeman in Jackson, 1998).

Za prakso velja tole preizkušeno pravilo: Bolj kot je motnja osebnosti huda in večja kot je posameznikova neprilagojenost, več vedenjskih tehnik je potrebno uporabiti. Čim manjša je posameznikova motenost oziroma neprilagojenost, tem več tehnik lahko črpamo iz kognitivnega repertoarja (Freeman in Jackson, 1998).

Spodnji pregled kognitivnih in vedenjskih tehnik še zdaleč ne vključuje vseh možnih tehnik, ki jih več in iznajdljiv terapevt lahko uporabi pri delu z osebnostno motenimi pacienti.

KOGNITIVNE TEHNIKE

- Vodeno odkrivanje:

Terapevt s posebnim načinom pogovora (kot je sokratsko spraševanje) vodi pacienta, da lažje odkrije oziroma prepozna svoje disfunkcionalne načine interpretiranja dogodkov in izkušenj.

- Razumevanje idiosinkratičnega pomena:

Pacienti z motnjami osebnosti pogosto interpretirajo svoje izkušnje na nenavaden ali ekstremen način, ki ga skupaj s pacientom poskušamo odkriti in razumeti.

- Prepoznavanje neustreznih zaključkov ali miselnih izkrivljenj: Namen tega je, da bi se pacienti zavedali pristranskosti ali neracionalnosti svojih miselnih vzorcev.

- Določanje kontinuuma:

Pomeni prevajanje ekstremnih interpretacij v dimenzionalne pojme z namenom, da bi vplivali na pacientovo dihotomno mišljenje.

Primer: Neka pacientka se je doživljala kot »v osnovi nesposobno« in je s skrajnimi napori poskušala opravljati svoje delo brez napake. Pokazalo se je, da svoje sposobnosti in dosežke ter sposobnosti drugih ljudi vrednoti po principu »vse ali nič«. V skrbno vodenem pogovoru sem ji pomagal ponovno ovrednotiti njene dosežke na različnih področjih ter prepoznati in sprejemati različne nivoje njene učinkovitosti. Postopoma je spreminjala svoje prepričanje, da so le stoddostni rezultati dokaz sposobnosti ter da obstajata samo popolna sposobnost in popolna nesposobnost.

- Ponovna ocena:

Kadar se pacient doživlja kot v celoti »slabega« in le sebe krivi za neki problem, skupaj z njim odkrivamo še druge dejavnike, ki so sodelovali pri nastanku problema. Gre za prerazporeditev odgovornosti za dejanja in izide.

- **Namerno poudarjanje:**

Neko idejo stopnjujemo do skrajnosti, ki pomeni za situacijo veliko olajšanje, in pacienta hkrati spodbudi k temu, da ponovno ovrednoti svoje disfunkcionalne misli.

- **Dekatastrofiziranje:**

S to tehniko lahko pacient prepozna svojo težnjo, da bi razmišljal le o najslabšem možnem izhodu iz situacije, in se bori proti tej težnji.

- **Preizkušanje prednosti in pomanjkljivosti** ohranjanja ali spreminjanja prepričanj in vedenja ter osvetlitev primarnih in sekundarnih koristi.

- **Kognitivni poizkusi:**

Terapevt in pacient identificirata neki dogodek, ki osvetljuje pacientovo osebno problematiko, nato se osredotočita na kognitivno podmeno tega dogodka. Prvi kognitivni poizkus je odkrivanje pacientovih avtomatskih misli. Primer: Pacientka sreča v restavraciji znance, ki je ne pozdravijo. Skozi glavo ji šine misel »Ignorirajo me«. Če pacient ne uspe uloviti svojih avtomatskih misli, ga terapevt spodbudi, da si poskuša dogodek živo predstavljati, kot da se dogaja sedaj.

S spretnim spraševanjem (»Kaj vam to pomeni?«, »Kaj to govori o vas?« itd.) lahko terapevt pride do globljega pomena, ki ga ima dogodek za pacienta, do njegovih bazičnih prepričanj. V gornjem primeru je pacientka razkrila: »Tako sama sem. Vedno bom nesrečna«. Terapevt s postavljanjem vprašanj odkriva in demonstrira tudi pacientove kognitivne distorzije (npr. personalizacijo: »Nisem vredna, da bi me pozdravili«, pretirano posploševanje: »Nikoli ne bom imela nobenega prijatelja« itd.).

Ko odkrije njegovo bazično prepričanje, mu lahko terapevt prikaže, da je prepričanje, da nas mora vsakdo imeti rad, disfunkcionalno. Kadar je bazično prepričanje bolj dostopno zavesti, ga pacient lahko poskuša spreminjati z realističnim, logičnim sklepanjem. Terapevtova naloga je, da mu prikaže, da pomen dogodkov in ljudi lahko uvrstimo na kontinuum.

Za spreminjanje negativnih avtomatskih misli in disfunkcionalnih prepričanj uporabljamo različne postopke, ki so opisani drugje.

- **Sprejemanje odločitev**

Pacienti z motnjami osebnosti se pogosto srečujejo z realnimi življenjskimi problemi, pri katerih potrebujejo terapevtovo pomoč. Njihovo sposobnost sprejemanja odločitev pogosto ovira osebna problematika. Tako, na primer, osebe z izogibajočo motnjo odlašajo z odločitvami, histrionične osebe se impulzivno odločajo, obsesivno-kompulzivne se izgubljajo v perfekcionizmu, odvisne pa iščejo nekoga, ki bi se odločil namesto njih. Preko tega, kako posameznik obvladuje realne življenjske situacije, se kažejo njegovi kognitivni problemi. Obratno pa mu lahko s tem, ko ga naučimo novih strategij reševanja problemov, pomagamo odstranjevati neprilagojene strategije, ki so izraz njegove osebne motnje.

Poznanih je več tehnik sprejemanja odločitev. Pri eni od njih oseba ob terapevtovi pomoči najprej definira problem, določi cilje in nato s postopkom »brainstorming« proizvaja zamisli, jih ovrednoti in tako dalje. Pri drugi tehniki pa si za odločitev med dvema možnostima napravi seznam »za« in »proti« (ali seznam plusov in minusov), vsaki postavki določi težo in sešteje rezultate.

VEDENJSKE TEHNIKE

Cilji rabe teh tehnik so trije:

1. Pomoč pacientom, ki kažejo samouničujoče vedenje, ko mora terapevt delovati zelo direktno.
2. Razvijanje določenih spretnosti, ki jih pacientu primanjkuje.
3. Vedenjske naloge lahko uporabljamo kot domače naloge, ki jih pacient izvaja, da bi preveril svoje predpostavke.

Med pomembnejše vedenjske tehnike, ki so lahko v pomoč tudi pacientom z motnjami osebnosti, sodijo:

- spremljanje in načrtovanje aktivnosti;
- zapisovanje ocen učinkovitosti in zadovoljstva pri aktivnosti;
- vedenjska vaja;
- učenje po modelu;
- trening asertivnosti;
- igranje vlog;
- trening relaksacije,
- tehnike distrakcije;
- izpostavljanje v živo;
- naloge s postopno stopnjevano težavnostjo;
- podoživljanje izkušenj iz otroštva;
- tehnike imaginacije;
- učenje socialnih spretnosti;

Poglejmo podrobneje nekatere od navedenih tehnik.

- **Igranje vlog**

Tehnika igranja vlog je uporabna za razvijanje spretnosti in za premagovanje zavor v obnašanju, pa tudi v treningu asertivnosti. Z zamenjavo vlog pa lahko terapevt pacientu rabi kot model za učenje ustreznega vedenja. Prav tako mu lahko učinkoviteje prikaže, kako se v nekem odnosu s pacientom počuti druga oseba, kar je zelo pomembno v treningu empatije.

Tako je neka mladostnica v terapiji z jezo pripovedovala o svojem strogem in kritičnem očetu, ki jo je, po njenih navedbah, stalno nadziral in omejeval. Terapevt je nato zaigral vlogo **njenega očeta**, pacientka pa je igrala »sebe« ter »očetu« v razburjenju očitala, da je ne mara in da je nima pravice tlačiti. Nato sta s terapevtom zamenjala vlogi. Ko je videla situacijo z očetove perspektive, je zajokala. Povedala je, da zdaj razume, da je oče le v skrbeh zanjo in da je bil vedno skrben oče. Doslej se je tako oklepala svojega pogleda na situacijo, da ni mogla videti njegovega.

- **Podoživljanje izkušenj iz otroštva**

Obravnava pacientovih zgodnjih izkušenj ni potrebna pri zdravljenju depresivnosti ali anksioznosti, pri terapiji motenj osebnosti pa je pomembna. Pacientu odpira vpogled v izvor njegovih neprilagojenih vzorcev razmišljanja in vedenja. Neki pacient je ob podoživljanju prizorov iz otroštva zaključil: »Samega sebe kar naprej kritiziram, a ne zato, ker bi bilo to v redu, ampak zato, ker me je mama vedno kritizirala«.

S preigravanjem patogenih situacij iz razvojnega obdobja lahko pacienti preoblikujejo svoja takrat nastala stališča. Preko igranja vlog lahko zagledajo svoje »slabe« starše ali sorojence v bolj sprejemljivi podobi. Lahko se vživijo v starše, ki so jih ranili, ali so lahko celo sočutni do njih. Uvidijo lahko vzroke za ravnanje staršev in s tem omehčajo svoja stališča do samega sebe.

- **Uporaba imaginacije**

Imaginacija omogoča pacientu, da podoživi pretekle travmatske dogodke ter tako predela izkušnje in iz njih izpeljana stališča. Sam pogovor o travmatskih dogodkih ga lahko pripelje do intelektualnega uvida v vzroke za njegovo negativno samopodobo, toda to samopodobe ne spremeni. Da bi jo lahko spremenil, mora ponovno preživeti kritične situacije. Ko v domišljiji oživi pretekle odnose s pomembnimi osebami v svojem življenju, postanejo dejavne njegove napačne miselne konstrukcije in z njimi se obudijo ustrezna čustva, s tem pa se lahko prične proces kognitivnega restrukturiranja.

TERAPEVTSKA OBRAVNAVA SHEM

Terapevt ima več možnosti, kako obravnavati sheme (Beck, Freeman in sod., 1990; Pretzer in Beck, 1996; Freeman in Jackson, 1998, Sperry, 1999):

1. Restrukturiranje shem: Primer popolnega restrukturiranja bi bil, če bi pacienta s paranoidno motnjo osebnosti spremenili v povsem zaupljivega človeka. Takšen cilj je pogosto nedosegljiv. Mnogih disfunkcionalnih shem namreč ni mogoče ponovno zgraditi ali pa to ni uresničljivo, ker terja preveč časa in napora ter zaradi pomanjkanja terapevtovega znanja in izkušenj. V praksi je zato največkrat potreben kompromis, tako da poskušamo oslabiti disfunkcionalne sheme in razvijati bolj prilagojene.
Mnogi pacienti nikoli niso zgradili shem, v katere bi lahko vgradili izkušnje, ki nasprotujejo njihovim disfunkcionalnim bazičnim prepričanjem. Tako morajo na novo zgraditi prilagojene strukture za shranjevanje pozitivnih izkušenj.
Poznane so različne tehnike za izgrajevanje novih shem ali za spremembo starih. V pomoč so razne vrste dnevnikov.
Nekateri rabijo organiziranju in shranjevanju novih opažanj. Tako lahko, na primer, oseba, ki ima bazično prepričanje »Sem nesposoben«, vsak dan zapisuje drobne primere svoje učinkovitosti na različnih življenjskih področjih.
Posebni dnevniki so namenjeni temu, da bi omajali disfunkcionalne sheme in spodbudili potrebo po alternativnih shemah. Takšni so, vzemimo, tako imenovani dnevniki napovedi. Vanje pacient zapisuje, kaj se bo zgodilo v določenih situacijah, če so njegove negativne sheme resnične. Pozneje zapiše, kaj se je dejansko zgodilo, in to primerja s svojimi napovedmi.
Tretja vrsta dnevnikov vključuje bolj aktivno zbiranje in analizo dnevnik izkušenj s perspektive novih in starih shem. Tako je pacientka, ki je bila prepričana, da je ljudje nimajo radi, če jim ne ustreže v vsem, zapisovala kritične dogodke, ko je poskušala druge kritizirati, zavračati njihove nesprejemljive zahteve itd. Ocenjevala jih je v luči starih shem in v luči novih. Ugotavljala je, da je zanjo pomembno tudi to, da lahko izrazi svoja stališča in brani svoje pravice, ter da za njen občutek sprejetja ni nujno potrebno, da je vsakdo sleherni trenutek zadovoljen z njo.
2. Modifikacija shem: Ta proces vključuje relativno majhne spremembe v pacientovem odzivanju na stvarnost. Tako naj bi, vzemimo, pri pacientu s paranoidno motnjo osebnosti poskušali doseči, da bi postala njegova bazična prepričanja manj nezaupljiva in sumničava. V ta namen ga spodbudimo, da napravi poizkus in zaupa nekaterim ljudem in v določenih situacijah ter nato ovrednoti izide.
3. Reinterpretacija shem: Pacientu pomagamo razumeti in reinterpretirati njegov življenjski slog in sheme na bolj funkcionalen način. Histrionična oseba, na primer, lahko prepozna disfunkcionalnost prepričanja, da je nujno biti vedno ljubljen in občudovan. Naklonjenost kot vir svojega zadovoljstva pa lahko išče na bolj prilagojen način, če je zaposlena kot vzgojiteljica v vrtcu. Otroci so namreč radodarni s poljubčki, dotiki in objemi. Dobro je poznano, da lahko ljudje svojo potrebo po zburanju pozornosti in občudovanja zadovoljijo tudi v igralskem in sorodnih poklicih. Osebe, ki imajo močno potrebo po veljavi, ugledu in spoštovanju, pa si, vzemimo, lahko prizadevajo doseči ugleden poklic ali akademski naziv, ki jim bo zagotavljal zaželeni status.
4. Prikrivanje (»kamuflača«) shem: Ta pristop vključuje neposredne spremembe, ki so bolj kozmetične, so pa uporabne pri huje motenih osebah. Primer: S shizoidno osebo se dogovorimo, da bo poskusila opraviti različna dejanja v korist sodelavcev. Ne da bi se povsem zavedala skritega namena svojega vedenja, bo s tem dosegla, da jo bodo sodelavci v pisarni veliko bolje sprejemali. Drugi primer »kamuflača« sheme je obravnavanje parasuicidalnega borderline pacienta, ki mu poskušamo pomagati s podpisom dogovora, da ne bo izvajal samomorilnega

dejanja ali da bo takrat, ko se bo aktivirala njegova avtodestruktivna shema, poklical »telefon v duševni stiski« (Sperry, 1999).

Spreminjanje shem lahko pri pacientih izzove anksioznost. Vnaprej jih moramo pripraviti na to možnost in jih naučiti postopke za zmanjševanje oziroma obvladovanje anksioznosti.

POSEBNOSTI TERAPEVTSKEGA PRISTOPA PRI POSAMEZNIH MOTNJAH OSEBNOSTI

PARANOIDNA MOTNJA OSEBNOSTI

Osebe s paranoidno motnjo osebnosti so pretirano budne za znamenja slabih namenov ter nepozorne za znake dobronamernosti in za znake, ki so vredni zaupanja. Njihova pričakovanja v zvezi z dejanji drugih ljudi vplivajo na njihove odnose s sodelavci in znanci. Izogibajo se bližine, v stikih so budni in obrambno zadržani, pretirano se odzivajo na drobna zanemarjanja in hitro preidejo v protinapad, če so prepričani, da z njimi grdo ravnajo. Takšno vedenje pa lahko izzove pri drugih nezaupanje in sovražnost. S tem paranoidna oseba dobi potrditev za svoja negativna pričakovanja v zvezi z drugimi in tako se utrjuje njen paranoidni odnos do življenja.

Pacienti s paranoidno motnjo osebnosti nizko ocenjujejo svoje sposobnosti za učinkovito obvladovanje problemov in socialnih situacij, zato morajo biti stalno na preži. Naslednja njihova značilnost je ta, da so nedostopni za izkušnje, ob katerih bi spoznali, da drugi ljudje niso na splošno zlonamerni.

V terapiji je potrebno posebno pozornost posvetiti vzpostavljanju zaupnega odnosa s pacientom. V začetku se lotevamo manj občutljivih tem, uporabljamo več vedenjskih intervencij, o problemih se pogovarjamo bolj indirektno. Pacientu dovolimo večji vpliv na načrtovanje dela, na določanje vsebine seans in na izbor domačih nalog, kot je to sicer običajno. Priporočljiva so redkejša srečanja (enkrat v treh tednih).

Koristno je, da se že zgodaj usmerimo na povečevanje pacientovega občutka lastne učinkovitosti v problemskih situacijah, kar zmanjša njegovo potrebo po opreznosti. Delujemo lahko v smeri izboljšanja njegovih sposobnosti obvladovanja, a tudi na to, da bi pacient bolj realistično ocenjeval svoje sposobnosti.

Nadaljnje intervencije so naravnane na spreminjanje pacientovih disfunkcionalnih medosebnih stikov, s katerimi izziva sovražne reakcije. S tehniko kontinuuma poskušamo spreminjati njegovo dihotomno, črno-belo gledanje na zaupljivost. Z različnimi vedenjskimi in kognitivnimi tehnikami mu pomagamo razvijati bolj realistično zaznavanje namer in dejanj drugih ljudi. Pomagamo mu izboljšati sposobnost za razumevanje stališč drugih ljudi in za vživljanje vanje.

SHIZOIDNA MOTNJA OSEBNOSTI

Za kognitivni stil shizoidnih oseb so značilne nejasne in osiromašene misli ter moteno opazovanje. Njihov kognitivni stil prispeva k temu, da prezrejo dražljaje, ki izzivajo čustva, zato so šibko čustveno odzivne. Delujejo topo, nezainteresirano in monotono. Poredko se vključujejo v socialne odnose, zato tudi pomanjkljivo razvijejo svoje socialne spretnosti. V terapiji lahko pri njih odkrijemo maloštevilne avtomatske misli, ki odražajo njihovo težnjo k socialni izolaciji. Svoje drugačnosti se zavedajo, a nimajo želje, da bi se spremenili. Ponavadi pa s seboj vendarle niso zadovoljni in njihovo bazično prepričanje je, da so socialno neustrezni. Kadar se bolj zavejo svoje neprilagojenosti, lahko postanejo depresivni. Večje zahteve po socialnih stikih pa lahko v njih izzovejo anksioznost. Zaradi teh dveh motenj tudi najpogosteje poiščejo pomoč, medtem ko so slabo motivirani za obravnavo svojega osnovnega problema.

Kadar je pacientova izolacija ekstremna in zanj škodljiva, pa moramo delovati v tej smeri, da bi jo zmanjšali in pri njem vzpostavljali občutek bližine z drugimi. Za začetek je izrednega pomena odnos s terapevtom. Pozneje, če se pacient strinja, mu terapevt pomaga iskati stike z ljudmi, ki bi ga vsaj nekoliko zadovoljevali. V pomoč je lahko skupinska terapija.

Pri terapevtski obravnavi pacientov s shizoidno motnjo osebnosti so uporabne različne kognitivne tehnike. Z njihovo pomočjo terapevt pacienta uči prepoznavati različna čustva in majhne nianse v njihovi jakosti. Uči ga prepoznavati čustvene reakcije drugih oseb v stikih s pacientom in skupaj z njim preverja ustreznost njegovih odzivov nanje. Z igranjem vlog, izpostavljanjem v živo in domačimi nalogami pa pacient pridobiva socialne spretnosti. Pomembni so tudi postopki, ki pacientu pomagajo doživljati več pozitivnih čustev, ugodja, zadovoljstva. Terapevt mu pomaga odkrivati vesele, zanimive in privlačne vidike dogodkov, izkušenj in ljudi.

Primer:

Pacientka srednjih let je prišla po psihoterapevtsko pomoč zaradi hude anksioznosti, ki se ji je pojavila potem, ko je bila v službi premeščena v novo delovno okolje. Med obravnavo so kmalu prišle na površje njene shizoidne lastnosti. Živela je popolnoma osamljeno, razen redkih stikov s sorodniki ni potrebovala stikov z ljudmi, v službi je bila ob nujnih stikih napeta in nezaupljiva, v odnosu s terapevtom je bila zadržana in hladna. Hkrati je izražala globoko nezadovoljstvo s seboj. Iznašala je avtomatske misli, da je sama sebi dovolj, da ne prenaša ljudi, da je nič ne veseli in nič ne zanima ter da je čuden človek. Ob izvajanju programa za zmanjševanje anksioznosti sem že kmalu po začetku terapije deloval v smeri spodbujanja njene čustvene odzivnosti, interesov in vključevanja med ljudi. Ko so se njene težave, zaradi katerih je prišla po pomoč, bistveno zmanjšale, jo je bilo nekaj mesecev še mogoče obdržati v terapevtski obravnavi. Dogovorjeni cilj te obravnave je bil, da bi se laže in bolj zadovoljno vključevala v odnose z drugimi ljudmi, posebej v službi, da bi imela nekaj družabnih stikov in da bi si poiskala kakšen nov hobi. V terapevtskem odnosu je sčasoma kazala nekaj več sproščenosti in želje po pogovoru. Kljub temu, da je dajala vtis, da rada prihaja na pogovore, pa je pogosto izražala misli, da je brezupen primer in da se ne bo spremenila. Novih stikov z ljudmi ni uspela navezati. Z obravnavo na področju čustev, z učenjem socialnih veščin, vajami asertivnosti in postopnim izpostavljanjem v različnih socialnih situacijah je v službi postala nekoliko bolj sproščena v odnosih s sodelavci. Na koncu si je kupila psa. Ta jo je zelo razveseljeval in po njeni pripovedi ji je čisto spremenil življenje. Kmalu po tem dogodku je želela zaključiti s terapijo.

SHIZOTIPIČNA MOTNJA OSEBNOSTI

Za osebe s shizotipično motnjo osebnosti so značilne kognitivne motnje, kot so paranoidne ideje, ideje vplivanja, magično mišljenje in iluzije. Njihov govor je nenavaden in v obnašanju so pogosto čudaški. Njihove avtomatske misli poleg prej navedenih idej odražajo bojazni in skrbi socialne narave. Bazična prepričanja in predpostavke so lahko precej bizarne, vključujejo pa nezaupljivost do ljudi in potrebo po stalni opreznosti. Nekatere vsebine shem so pri posameznikih povsem edinstvene (npr. »Imam šesti čut«). Med kognitivnimi distorzijami shizotipičnih oseb sta najpogostejši emocionalno sklepanje in personalizacija. Po kognitivnem stilu pa se te osebe znatno razlikujejo: nekatere so pretirano pozorne na detajle in izgubljajo pregled nad celotno situacijo, druge pa sploh niso pozorne na detajle.

V terapiji je najprej potrebno ustvariti harmoničen terapevtski odnos, ki pomeni tudi prvi korak k zmanjševanju pacientove socialne izolacije. Nadaljnja terapevtska prizadevanja morajo biti usmerjena na povečevanje njegove socialne ustreznosti. Za ta namen lahko terapevt uporabi trening socialnih spretnosti ter učenje vedenja in govora po modelu. Pacienta tudi uči prepoznavati svoje ustrezne reakcije. Takšna obravnava je učinkovitejša v skupini, kjer lahko pacient opazuje svoje vedenje in vedenje drugih v spodbudnem okolju.

Pri kognitivno vedenjski terapiji pacientov s shizotipično motnjo je potrebno skrbeti za jasno strukturo seans. Terapevt naj pacientu pomaga določiti majhen terapevtski cilj, ki ga bo poskušal doseči med seanso.

Najtežavnejši del terapije shizotipičnih oseb pa je obravnava njihovih kognitivnih izkrivljenj. Terapevt jih uči, kako naj preverjajo svoje misli s stvarnimi dokazi v okolici, namesto da se tako močno opirajo na svoja čustva. Uči jih tudi to, kako naj neustrezne misli obvladujejo in se ne odzivajo nanje čustveno ali v vedenju. Terapevt poskuša vplivati tudi na pacientov kognitivni stil: če v pogovoru izpušča podrobnosti, ga sprašuje o njih; če ne vidi celote, pa ga spodbuja k splošnim ugotovitvam.

V veliko pomoč so lahko terapevtski ukrepi, s katerimi terapevt poskuša pacientu pomagati pri praktičnem urejanju življenja, kot je iskanje službe, stanovanja, vzpostavljanje družabnih stikov itd. V ta namen ga lahko uči veščin za samopomoč, socialnih spretnosti itd.

ANTISOCIALNA MOTNJA OSEBNOSTI

Namen kognitivno vedenjske terapije je, da bi preko vplivanja na kognitivno delovanje antisocialne osebe izboljšali njeno socialno in moralno vedenje. Njihovo mišljenje je zelo konkretno in usmerjeno nase. Slabo predvidevajo posledice svojih dejanj. Njihovo vedenje je pod močnim vplivom številnih nerealnih in nekoristnih prepričanj o sebi, svetu in prihodnosti. Ta prepričanja potrjujejo in ohranjajo z ozko izbranimi izkušnjami. Prepričani so, da njihove želje in potrebe same po sebi upravičujejo njihovo takojšnjo zadovoljitev. Prav tako so prepričani, da imajo vedno prav. Do drugih so pogosto nezaupljivi in ne sprejemajo njihovih nasvetov. Pomanjkljivo dojemajo prihodnost in ne kažejo nobene skrbi zanjo.

Motivacija antisocialnih oseb za sodelovanje v terapiji in pripravljenost na spreminjanje sta pri tej vrsti osebnostne motenosti še posebej vprašljiva in problematična.

Terapevt v odnosu z antisocialno osebo ne sme biti v vlogi razsodnika, ampak v vlogi njenega pomočnika, sodelavca pri njenem spreminjanju. K ugodnemu terapevtskemu odnosu prispevajo terapevtovo samozaupanje, objektivnost, sproščen, neobrambni stil komunikacije, jasen občutek za osebne meje in izrazit smisel za humor.

Kognitivno vedenjska terapija je usmerjena k posameznikovemu razvoju višjih, bolj abstraktnih miselnih procesov. Terapevt pri tem uporablja vodeno diskusijo, strukturirane kognitivne naloge in vedenjske eksperimente. Pacient naj bi postopoma prehajal na višje nivoje mišljenja in moralnega razvoja. Vse bolj naj bi prepoznaval vpliv svojega ravnanja na druge ljudi, uvideval dolgoročneje cilje, preverjal alternativne odgovore na svoje disfunkcionalne misli s ciljem spreminjanja svojih bazičnih pravil. Za najvišjo stopnjo moralnega razvoja, ki jo želimo doseči, pa so značilni občutek odgovornosti, skrb za druge, upoštevanje njihovih potreb in pravil.

Terapevt in pacient skupaj oblikujeta seznam problemov, ki jih ima pacient na različnih življenjskih področjih. Terapevt mu z vodenim odkrivanjem pomaga vrednotiti prednosti in pomanjkljivosti različnih njegovih odločitev. Postopoma naj bi sprejemal vse bolj konstruktivne odločitve in namesto neprilagojenih izbiral prilagojene načine ravnanja.

BORDERLINE MOTNJA OSEBNOSTI

Obstajajo različni kognitivno vedenjski pogledi na borderline motnjo, ki pa se v terapevtski praksi povezujejo. Po enem od njih (Millon in Davis, 1996) je osrednji ali vsaj najbolj tipičen problem borderline osebnosti pomanjkanje jasnega in skladnega doživljanja lastne identitete. Iz tega primanjkljaja izvirajo druge težave kot so slabo koordinirana aktivnost, pomanjkljivo obvladovanje impulzov in skromna življenjska učinkovitost. Zato te osebe slabo rešujejo svoje življenjske probleme, postanejo odvisne od drugih in so zelo občutljive za vsakršno znamenje, da bi lahko izgubile osebo, ki jih ščiti. So tudi v stalnem konfliktu med odvisnostjo in samozavestjo; z jezo se

borijo proti ujetosti v odnos odvisnosti, s tem pa izgubljajo varnost, kakršno jim zagotavlja odvisnost.

Linehanova (Shearin, Linehan, 1994) zastopa bolj vedenjsko usmerjeno terapijo borderline osebnosti, ki jo imenuje »dialektična vedenjska terapija«. Ta temelji na biosocialni teoriji, ki borderline motnjo pojmuje primarno kot disfunkcijo sistema za regulacijo emocij. V tej disfunkciji naj bi tičal vzrok za dramatično čustveno odzivanje in impulzivnost oseb z borderline motnjo. Dialektično vedenjska terapija tudi druge značilnosti borderline osebnosti pojasnjuje z moteno regulacijo emocij. Tako naj bi, vzemimo, samopoškodbe in suicidalno vedenje rabila zmanjšanju bolečih čustev, ki jih oseba ne more drugače uravnati oziroma prenašati.

Po Youngovem mnenju (v Beck in Freeman, 1990) borderline motnja osebnosti temelji na trdnih predpostavkah oziroma neprilagojenih shemah, ki jih je oseba pridobila v svojem zgodnjem razvoju (zapuščenost, neljubljenost, odvisnost, podredljivost, nezaupanje, neustrezna samodisciplina, strah pred izgubo čustvene kontrole, krivda, čustvena nepotešenost).

Po Beckovem pojmovanju (Beck in Freeman, 1990) igrajo pri borderline motnji osrednjo vlogo te bazične prepostavke: »Svet je nevaren in zlohoten«, »Sem nemočen in ranljiv« in »Sem od nekdaj nesprejemljiv«. Za osebe s to motnjo so značilne tudi številne kognitivne distorzije, med katerimi je posebej pogosto in problematično dihotomno mišljenje. Zaradi te odklonskosti v mišljenju ekstremno interpretirajo dogodke in ocenjujejo situacije, kar pa vodi tudi do ekstremnih čustvenih reakcij in dejanj. Pogosti so tudi nenadni preobrati z enega na drug ekstrem, na primer, od popolnega zaupanja k popolnemu nezaupanju. Prav tako so za borderline osebe značilni nenadni preobrati v razpoloženju in dramatične spremembe v obnašanju. Posebej močno deluje kombinacija dihotomnega mišljenja in bazičnih predpostavk borderline oseb. Tako doživljajo stvarnost kot povsem prijazno ali kot grozno, dihotomno ocenjujejo sebe in druge ljudi.

Terapevtske intervencije so lahko usmerjene na utrjevanje doživljanja identitete, na izboljšanje sposobnosti za obvladovanje čustev ali na spreminjanje slabo prilagojenih prepričanj in predpostavk. Toda, če je le mogoče, je treba najprej odpraviti ali zmanjšati pacientovo dihotomno mišljenje in mu pokazati, da je razvrščanje ljudi (lastnosti, čustev, dogodkov itd.) na kontinuum bolj realistično. Čisto na začetku pa mora terapevt poskušati vzpostaviti dober terapevtski odnos, pridobiti pacientovo zaupanje in pripravljenost na sodelovanje.

V terapevtski situaciji lahko pacient varno poizkuša izražati svoja čustva, terapevt pa mu lahko predstavlja različne modele odzivanja nanje in mu daje povratne informacije o učinkih njegovih reakcij. Tako se postopoma uči obvladovanja svojih čustev. Poleg naravnih situacij, ki se ponujajo med terapijo, lahko terapevt in pacient v ta namen uporabita tudi igranje vlog ali imaginacijo. Isti postopki so uporabni tudi za izboljšanje kontrole impulzov. Pri tem se pacient najprej osredotoči na konkretno problemsko situacijo in prouči prednosti in pomanjkljivosti obvladovanja svojih impulzov v določeni situaciji. Postopek obvladovanja temelji na tem, da se pacient uči prepoznati začetna, blaga znamenja impulzivnosti in iskati bolj prilagojene alternative. Sledi »trening samoinstrukcije« po Meichenbaumu za vgradnjo novih oblik vedenja.

Suicidalno vedenje pa obravnavamo tako, da raziščemo misli in občutja, ki pacienta vodijo do takšnega vedenja. Direktno ga vprašamo, kaj želi s tem doseči. Ko razumemo pacientove motive, pa skupaj z njim poskušamo najti druge, bolj prilagojene načine, ki bi mu pomagali doseči isti cilj.

K utrjevanju doživljanja identitete lahko prispeva celoten kognitivno vedenjski pristop, s svojimi jasnimi cilji in poudarkom na pacientovi aktivnosti. Občutek identitete krepijo pozitivne povratne informacije o njegovih lastnostih, dosežkih, dobrih odločitvah in uspešnem obvladovanju.

Obravnava bazičnih predpostavk je pri pacientih z borderline motnjo osebnosti drugačna od standardne obravnave pri depresivnih pacientih, kajti pri borderline motnji je stopnja prepričanja vanje večja. Za preverjanje veljavnosti prepričanj je koristno osnovati vedenjske poizkuse. Bazično prepričanje, da je slab in da ga drugi ne morejo sprejemati, lahko pacient najučinkoviteje preveri v terapevtskem odnosu. Zato je še kako pomembno, da je terapevt pristno sprejemajoč, strpen do pacientovih posebnosti ter da pokaže empatijo in skrb zanj.

HISTRIONIČNA MOTNJA OSEBNOSTI

»Sem neustrezen in svojega življenja ne morem sam urejati« je ena od bazičnih predpostavk oseb s histrionično motnjo osebnosti. Od drugih motenj osebnosti, pri katerih zasledimo enako predpostavko, se razlikujejo po načinu, kako to predpostavko obvladujejo. Njihov pristop je bolj pragmatičen in nič ne prepuščajo naključju. Aktivno iščejo pozornost in odobravanje ter si tako skušajo zagotoviti, da bi se drugi ljudje v zadostni meri odzivali na njihove potrebe.

Ker po njihovem mnenju drugi ljudje odločajo o preživetju, imajo histrionične osebe bazično prepričanje, da je nujno, da jih imajo vsi ljudje radi, in sicer tako rekoč za vse, kar počenjajo. To pa jim povzroča hud strah pred zavrnitvijo. Zato nenehno iščejo pozornost in naklonjenost, večkrat skozi ekstremno izražanje svoje spolne vloge in z dramatičnim obnašanjem. V svojem razvoju se namreč niso naučile zrelih in učinkovitih načinov socialnega uveljavljanja. Da bi dosegle svoje cilje, lahko uporabljajo tudi grožnje, izsiljevanje, togotne izbruhe in grožnje s samomorom. Imajo skromen vpogled v lastno doživljanje, a tudi v odnosih z drugimi ljudmi so plitve in površne.

Kognitivni stil posameznikov s histrionično motnjo osebnosti je impresionističen, celovit in pomanjkljivo jasen. Prav takšno je tudi njihovo doživljanje samega sebe. Kognitivni stil pa se odraža tudi v njihovem čustvenem odzivanju. Njihova čustva so močna, nestanovitna in slabo obvladana. Pri teh osebah niso redkost niti eksplozivni izbruhi.

Posledica kognitivnega stila histrioničnih oseb so različne kognitivne distorzije, predvsem dihotomno mišljenje, pretirano posploševanje in emocionalno sklepanje.

S kognitivno vedenjskim pristopom poskušamo pacientov celosten, impresionističen stil mišljenja preoblikovati v bolj sistematično, na problem osredotočeno mišljenje. Kognitivno vedenjski pristop je zaradi svoje sistematičnosti in strukturiranosti posebej primeren za to. Tako kot pri drugih motnjah osebnosti je tudi pri histrionični potrebno veliko pozornost posvetiti terapevtskemu odnosu. Pacienti s histrionično motnjo osebnosti so lahko s svojimi velikimi zahtevami, pretirano čustvenostjo, dramtiziranjem in manipulativnostjo trd preizkus za terapevta, ki mora biti strpen, sprejemajoč, realističen, stanovit in mora pacientu znati postavljati meje.

Na začetku terapije se mora pacient učiti usmerjati pozornost istočasno na eno samo stvar, kar terapevt poskuša doseči z dnevnim redom seanse. Za pacientovo dramatično pripoved rezervira majhen del vsake seanse. Pomembno je, da so cilji terapije jasni, konkretni in operacionalizirani.

Zaradi globalnega stila mišljenja terapevt pacienta uči, kako naj lovi in preverja svoje specifične misli. Živahno imaginacijo in dramatičnost histrioničnih oseb lahko terapevt izkoristi pri spodbujanju disfunkcionalnih misli. Pacient lahko v zapisniku disfunkcionalnih misli dramatično zapisuje svoje racionalne odgovore ali pa s terapevtom preko igranja vlog preigravata njegov notranji govor (terapevt igra pacientove avtomatske misli, pacient pa bolj prilagojene odgovore). Zasnujeta lahko tudi dramtizirane vedenjske poizkuse.

Proces zapisovanja avtomatskih misli je pot za zmanjševanje pacientove impulzivnosti. V terapiji se pacient uči različnih tehnik reševanja problemov. Terapija ni popolna, če ne vključuje tudi obravnave problematičnih interpersonalnih odnosov. K bolj jasnemu in učinkovitemu izražanju želja lahko pacientom pomaga trening asertivnosti. Za razvoj identitete pa je koristno, če se pacient v terapiji uči, da je doživljanje sebe preprosto vsota številnih stvari, ki jih oseba ve o sebi. Naslednji korak je dekatastrofiziranje misli o tem, da ga nekdo zavrača. Na koncu pa mora preveriti svojo najbolj temeljno predpostavko o tem, da je neustrezen in zato odvisen od drugih. Številne tehnike, ki jih izvajamo v terapiji, so namenjene temu, da bi izboljšal svoj občutek učinkovitosti in sposobnosti obvladovanja problemov.

Ker se histrionične osebe bojijo biti bolj »razumske«, jim je potrebno dopovedati, da cilj terapije ni odstranitev čustev, ampak bolj konstruktivna raba čustev. S postopkom »načrtovana travma (depresija, jeza itd.)« jim pomagamo, da izražanje svojih čustev umestijo v določene okvire.

NARCISISTIČNA MOTNJA OSEBNOSTI

Kognitivna teorija razširja teorijo socialnega učenja, po kateri je narcisizem posledica tega, da starši s svojim vedenjem pretirano povečujejo otrokov občutek lastne vrednosti (Millon in Davis, 1996). Po kognitivnem pojmovanju so za narcisistično motnjo značilne disfunkcionalne sheme o sebi, svetu in prihodnosti (Beck in Freeman, 1990). Pri osebah s to motnjo so se v njihovem razvoju utrdila izkrivljena prepričanja o tem, da so edinstveni, izjemno pomembni, vredni občudovanja, imajo pravico, da dosežejo to, kar želijo, na prihodnost gledajo z veličinskimi pričakovanji. Na drugi strani pa jim primanjkuje sposobnosti uživanja v druge; njihova čustva in potrebe zanje niso pomembne. V medosebnih stikih so slabo zmožni sodelovanja in vzajemnih interakcij. Do drugih so zahtevni, do sebe popustljivi; včasih kažejo agresivno vedenje.

Bolj subtilna oblika narcisizma se lahko razvije kot posledica pomanjkanja, hudih omejevanj, grobega zavračanja ali zlorabe. Za to obliko so značilna občutja inferiornosti, zavist, raba fantazije in navezovanje na onipotentne osebe.

Pri otrocih, ki se razvijajo v narcisistične osebnosti, socialna okolica ojačuje shemo »superiornost/posebnost«. Povratnih informacij, ki bi preoblikovale te sheme, kot so na primer informacije o podobnosti z drugimi otroki, pa ne dobivajo. Zato so pozneje v življenju preobčutljivi za to, da bi jih drugi ocenjevali.

Narcisistične osebe ponavadi poiščejo pomoč zaradi različnih kliničnih motenj, ki jih zelo težko prenašajo, ali pa takrat, ko se soočijo z resnimi problemi v medosebnih odnosih. V terapiji jih je zaradi njihove težnje po superiornosti težko pridobiti za sodelovanje. Terapevti pri delu z njimi praviloma potrebujejo veliko potrpežljivosti, vztrajnosti in odločnosti pri postavljanju mej.

Terapevtska obravnava je usmerjena na tri glavne komponente narcisizma: grandioznost, preobčutljivost za ocenjevanje in pomanjkanje empatije. S kognitivnimi tehnikami poskušamo spreminjati pacientovo izkrivljeno doživljanje samega sebe in spremljajoča ekstremna čustva. Vplivamo na njegovo razmišljanje po principu vse ali nič. Učimo ga primerjati med seboj različne svoje lastnosti in mu pomagamo razvijati povsem običajna stališča o sebi v odnosu do drugih oseb. Z različnimi vrstami imaginacije in restrukturiranja v imaginaciji lahko pacient spreminja svoje narcisistične predstave. Sistematična desenzitizacija z dodatkom kognitivnih metod obvladovanja in prilagajanja je uporabna za obravnavo pretirane občutljivosti za ocenjevanje. V tem postopku pacienta postopoma izpostavljamo ocenam in sodbam drugih ljudi. Učimo ga lahko tudi to, kako naj bo bolj diskriminativen pri pozornosti, ki jo posveča ocenjevanju. Izboljšanje pacientove empatije poskušamo doseči tako, da ga sistematično spodbujamo k prepoznavanju čustev drugih. Njegove emocionalne sheme, ki se nanašajo na čustva in vedenje drugih ljudi, pa lahko aktiviramo s pomočjo igranja vlog.

Včasih pacienti z narcisistično motnjo potrebujejo vedenjsko terapijo ali druge dodatne ukrepe za spreminjanje njihovega destruktivnega vedenja (npr. nasilnost, alkoholizem, brezdelnost) in reševanje zakonskih ali družinskih problemov.

IZOGIBAJOČA MOTNJA OSEBNOSTI

Pacienti z izogibajočo motnjo osebnosti si želijo imeti tesnejše stike z ljudmi, vendar se jih izogibajo, ker se bojijo, da jih bodo ljudje zavrnil. V otroštvu so doživljali, da so jih starši ali druge pomembne osebe odklanjali ali bili do njih pretirano kritični. Razvili so domnevo, da so slabi in ničvredni ter da zato z njimi tako grdo ravnajo. Pozneje v življenju pričakujejo, da bodo tudi drugi ljudje odkrili njihove slabosti in jih odklanjali. Hkrati se bojijo, da ne bodo mogli prenašati hude potrnosti, ki jo bodo občutili ob zavrnitvi. Odklanjanje doživljajo kot potrditev tega, da niso v redu. Da bi se izognili možni bolečini, se raje izogibajo socialnim stikom in tesnejšim odnosom z ljudmi.

Osebe z izogibajočo motnjo imajo pogosto samokritične avtomatske misli, ki jim zbujejo nerazpoloženost. Te se ponavadi prej zavedajo kot samih misli. Obvladati pa jo poskušajo tako, da se izogibajo situacij, ki po njihovem prepričanju izzovejo potrnost in negativne misli. Ti ljudje so

prepričani, da v medosebnih odnosih ne smejo razkrivati svoje resnične («slabe») podobe. Menijo tudi, da prijateljstvo lahko ohranijo le na ta način, da se izogibajo vsakršnim sporom. Do drugih so skrajno popustljivi in neodločni. Reakcije drugih oseb pristransko ocenjujejo. Nevtralne ali pozitivne doživijo kot negativne. Zanje je zelo pomembno, da o njih nihče ne misli nič slabega. Očitnih dokazov, da jih drugi sprejemajo in imajo radi, pa pogosto ne opazijo ali ne upoštevajo.

Večina izogibajočih pacientov poleg socialnega izogibanja kaže tudi kognitivno, vedenjsko in emocionalno izogibanje. Izogibajo se mislim, ki jim povzročajo nerazpoloženost; težko prenašajo neprijetne emocije in se jim izogibajo; prav tako pa se izogibajo nalogam, ki jim zbujejo neprijetne misli in slabo počutje.

V terapiji lahko pacienti v odnosu s terapevtom preverjajo svoje disfunkcionalne predpostavke o tem, da bi jih drugi ljudje odklanjali, če bi se jim razkrili ali jim pokazali svoje pomanjkljivosti. Terapevt jih lahko spodbuja k bolj asertivnemu vedenju. S posebnimi tehnikami pa jim pomaga premagovati kognitivno in emocionalno izogibanje. V pogovoru o neugodnih izkušnjah izvablja njihova močna čustva in to je za paciente priložnost, da se jih postopoma učijo prenašati. V okviru domačih aktivnosti za samopomoč pa pacienti vadijo, kako prenašati nerazpoloženost, ki jo lahko izzovejo na različne načine (npr. z neprijetno nalogo, zamišljanjem zahtevne socialne situacije ipd.). Terapevt pacientom pokaže različne tehnike, s katerimi lahko uspešneje lovijo oziroma prepoznajo svoje avtomatske misli.

Ker imajo izogibajoči pacienti ponavadi skromne socialne izkušnje, jim lahko koristi trening različnih socialnih spretnosti.

Najpomembnejši del terapije vključuje prepoznavanje in preverjanje kognitivnih osnov za izogibajoče vedenje. Terapevt in pacient morata najprej skupaj razumeti razvojne poti negativnih shem. Naslednji korak je preverjanje shem, ki ga izvajata z napovednimi eksperimenti, vodenim odkrivanjem in igranjem vlog (podoživljanje zgodnjih dogodkov, povezanih s shemami). Nato začne pacient zapisovati in ponavljati podatke, s katerimi spodbija sheme o sebi in svojih socialnih izkušnjah. Lahko uporabi zgodovinsko preverjanje shem (pregled po letih življenja, dokazi »za« bazično prepričanje in »proti« njemu). Končni cilj je izgradnja nove, bolj prilagojene sheme («Sem prijeten in zaželen, vsaj za nekatere ljudi»). Pacient sestavlja seznam pozitivnih izkušenj, ki podpirajo to shemo, in postopoma (lahko ob pomoči vaj z imaginacijo) vstopa v nove socialne odnose.

ODVISNA MOTNJA OSEBNOSTI

Odvisne osebe se v svojih temeljih doživljajo kot neustrezne in nemočne ter nesposobne obvladovati svoje življenje. Odgovor na dilemo, kako naj tako šibki preživijo v krutem svetu, najdejo v tem, da se naslonijo na nekoga, ki jim bo lahko urejal življenje, jih ščitil in skrbel zanje. Zdi se jim, da se je v zameno za to skrb vredno odreči lastni odgovornosti zase in podrediti svoje potrebe in želje drugim. Ker se pri reševanju problemov in pri odločitvah močno opirajo na druge ljudi, niti nimajo možnosti, da bi pridobili spretnosti, ki bi jih potrebovali za samostojno življenje. V medosebnih odnosih so zelo vljudni, ustrežljivi in se izogibajo konfliktom, saj se bojijo nevarnosti, da bi jih zanje tako pomembna oseba zapustila. Zaradi svojih velikih pričakovanj, nebogljenosti in ker se tako trdno oklepajo drugega, težko najdejo partnerja, ki bi lahko dolgo zadovoljeval njihove potrebe. Ko se neko njihovo razmerje konča, pa so povsem izgubljeni, dokler ne najdejo novega človeka, od katerega bodo odvisni.

Za paciente z odvisno motnjo osebnosti je značilno dihotomno mišljenje pri pogledu na neodvisnost in na svoje sposobnosti. Katastrofiziranje oziroma pričakovanje najslabšega možnega izida pa kažejo zlasti takrat, ko njihov odnos z bližnjo osebo razpada.

Cilj terapije je nedvomno neodvisnost. Ta beseda pa pacientom z odvisno motnjo osebnosti običajno zbuja strah, saj se bojijo popolne prepuščenosti samemu sebi in izolacije. Boljši izraz za opredelitev cilja njihove terapije je samostojnost. V terapiji želimo pacientu pomagati, da bi bil postopoma bolj

samostojen, neodvisen od pomembnih drugih ljudi ter da bi se okrepila njegovo samozaupanje in občutek učinkovitosti. V terapevtskem odnosu mora biti terapevt pozoren na to, da ne spodbuja ali podpira pacientove odvisnosti od njega. S strukturiranim kolaborativnim pristopom ga spodbujamo k temu, da bo sprejemal bolj aktivno vlogo pri obravnavi svojih problemov. Pomembno je, da že na začetku terapije postavimo jasne in konkretne cilje. Napredek v doseganju ciljev lahko rabi kot dokaz za spodbijanje pacientove bazične predpostavke, da je nemočen. Skupaj s pacientom zbiramo konkretne dokaze za njegovo učinkovitost v vsakdanjem življenju. Oblikujemo lahko seznam samostojnih nalog s postopno naraščajočo težavnostjo.

Kadar pacientom primanjkuje spretnosti, ki bi jih potrebovali za samostojno življenje ali jih ne zna uporabljati, jih lahko vključimo v ustrezen trening. Učimo jih lahko asertivnega vedenja, reševanja problemov, sprejemanja odločitev ali socialnih interakcij. Koristi jim lahko tudi učenje samokontrole, posebej učenje ustreznega ocenjevanja samega sebe in nagrajevanja samega sebe za zaželeno vedenje.

Z obravnavo kontinuuma od odvisnosti do neodvisnosti poskušamo pri pacientih spreminjati njihovo črno-belo gledanje na neodvisnost. Ko uvidijo, da so med ekstremi številne stopnje, jih je manj strah, da bi jih zdravljenje pehalo v popolno osamo. S posebnimi vedenjskimi eksperimenti pa lahko preverjajo svojo predpostavko, da jih bo bližnja oseba zapustila, če bodo pokazali sposobnosti za samostojno življenje. A zmanjšujemo lahko tudi njihovo katastrofično mišljenje. Pomagamo jim k spoznanju, da lahko prenesejo tudi izgubo bližnje osebe, ki je sicer zelo boleča, in da lahko sami poskrbijo zase.

Terapija osebe z odvisno motnjo osebnosti je podobna postopnemu odraščanju oz. osamosvajanju otroka.

OBSESIVNO - KOMPULZIVNA OSEBNOSTNA MOTNJA

Paciente z obsesivno-kompulzivno motnjo osebnosti po Shapiru (v Beck in Freeman, 1990) označujejo tri glavne značilnosti. Prva je rigiden, intenziven, ozko osredotočen stil mišljenja. Druga značilnost je distorzija njihovega občutka avtonomnosti. Osnova njihovega doživljanja in vedenja je kognicija »moral bi«. Tretja značilnost obsesivno-kompulzivnih oseb pa je izguba občutka realnosti oziroma občutka prepričanosti o svetu; rezultat je stalen dvom ali pa dogmatizem, ki je recipročen poskus razrešitve njihovega konflikta. Nekateri drugi avtorji (Guidano in Liotti, 1983, v Beck in Freeman, 1990) pa med glavne lastnosti obsesivno-kompulzivnih oseb štejejo perfekcionizem, potrebo po varnosti in močno prepričanje v to, da obstajajo absolutno pravilne rešitve človeških problemov. Ta prepričanja privedejo do hudih dvomov, odlaganja, pretirane zaskrbljenosti za malenkosti in do negotovosti pri sprejemanju odločitev.

Avtomatske misli posameznikov z obsesivno-kompulzivno motnjo osebnosti temeljijo na več problematičnih predpostavkah o sebi in svetu. Nanašajo se na potrebo po popolnosti, strah pred napakami, nujnost absolutne kontrole nad sabo in nad okoljem; vključujejo prepričanje, da magični rituali ali obsesivne misli lahko preprečijo katastrofo itd. Ti pacienti uporabljajo tudi različne kognitivne distorzije, kot so dihotomno mišljenje, potenciranje ali minimaliziranje, katastrofiziranje. Njihov stil mišljenja je primitiven, absolutističen in moralističen, obremenjen s pogostimi »moral bi« in »moram«.

V kognitivno vedenjski terapiji obsesivno-kompulzivnih oseb se usmerimo na obravnavo njihovih konkretnih problemov, ki jih imajo v zvezi z neodločnostjo, razglabljanjem in odlašanjem. Z različnimi kognitivnimi tehnikami in vedenjskimi eksperimenti pacienti odkrivajo svoje avtomatske misli v zvezi s problemskimi situacijami in bazične predpostavke, jih preverjajo, spoznavajo njihove negativne posledice in jih poskušajo spreminjati.

Uporabni so tedenski zapisniki aktivnosti, kjer od ure do ure beležijo svojo aktivnost. Ocenjujejo lahko tudi stopnjo svoje učinkovitosti in zadovoljstva ob aktivnosti. Ker podcenjujejo vrednost zadovoljstva, precenjujejo pa pomen storilnosti, jih poskušamo pripeljati do tega, da bi ugodju namenili važnejše mesto v svojem življenju.

Za zmanjševanje njihove anksioznosti in psihosomatskih simptomov so lahko dobrodošle relaksacijske tehnike in meditacija.

Kronično zaskrbljenost in razglabljanje jih učimo obvladovati s tehniko ustavljanja misli ali s tehnikami preusmerjanja pozornosti. Pacienti lahko razglabljanje tudi omejijo na točno določen čas dneva.

VIRI:

1. Beck, A.T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
2. Beck, A.T., Freeman A. in sod. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford Press.
3. Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy. Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
4. Beck, J.S. (1997). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. V P.M.Salkovskis (ur.): *Frontiers of Cognitive Therapy* (stran 165-181). New York: Guilford Press.
5. Burns, D. (1992). *Feeling Good..* New York: Avon Books.
6. *DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. (1995) Washington: APA.
7. Freeman, A. in Jackson, J.T. (1998). *Cognitive behavioural treatment of personality disorders*. V Tarrier, N., Wells, A. in Haddock, G. (ur.): *Treating Complex Cases*.(str. 319-339). Chichester: JohnWiley and Sons.
8. Livesly, W.J. (1995). *The DSM-IV Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.
9. Millon, T. in Davis, R.D. (1996). *Disorders of Personality DSM-IV and Beyond*. New York: John Willey and Sons.
10. *MKB-10, Mednarodna klasifikacija bolezni* (1995). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
11. Padesky, C.A. (1995). *Clinician s Guide to Mind Over Mood*. New York: Guilford Press.
12. Pretzer, J.L. in Beck. A.T. (1996). *A Cognitive Theory of Personality Disorders*.V Clarkin, J.E. in Lenzenweger, M.F. (ur.): *Major Theories of Personality Disorder* (stran 36-105). New York: Guilford Press.
13. Shearin E.N. in Linehan M.M. (1994). *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (suppl. 379), 61-68.
14. Sperry, L. (1999). *Cognitive Behavior Therapy of DSM-IV Personality Disorders*. Philadelphia: Brunner/Mazel.

VEDENJSKA IN KOGNITIVNA TERAPIJA PRI DELU Z DUŠEVNO PRIZADETIMI

UVOD

Duševno prizadete osebe predstavljajo približno 2,5% celotne populacije. Zajete so naslednje kategorije (Hrastar, 1976):

- lažja stopnja, kamor sodijo osebe z ocenjenim IQ med 50 in 69,
- zmerna in težja stopnja, ocenjeni IQ med 20 in 49,
- težka stopnja, ocenjeni IQ do 19.

V članku uporabljam pri nas najbolj uveljavljeni termin duševna prizadetost. Čeprav se zavedam negativne konotacije, ki jo ima beseda, in tendenc, da se zamenja z ustrežnejšim izrazom, so do sedaj predlagani termini kot rec. otroci s posebnimi potrebami preohlapni, tudi sporni, zato se držim stare terminologije. Članek se nanaša na uporabo vedenjske in kognitivne terapije pri lažje ter zmerno in težje prizadetih oseb. Glede na to, da so vedenjske tehnike zelo uporabne pri populaciji duševno prizadetih, so podrobno predstavljene. Kognitivne tehnike bodo opisane v prispevkih drugih avtorjev, zato bodo tu navedena predvsem področja, kjer se lahko uporabljajo. Na koncu je navedeni primer obravnavan po vedenjsko kognitivnem pristopu.

Proces učenja, ki v najširšem pomenu besede pomeni pridobivanje izkušenj, je pri duševno prizadetih osebah otežkočen. Kot navajata Škrinjar in Teodorović (1997) gre za neugoden splet notranjih in zunanjih dejavnikov, katerih vplivi se med seboj prepletajo. Meje med njimi pogosto ni mogoče potegniti in določiti, kaj je vzrok in kaj posledica. Osebe so v različni meri prikrajšane na senzornem, motoričnem in intelektualnem področju, kar potegne za sabo drugačno, spremenjeno funkcioniranje na vseh področjih. Značilna je tudi nižja stopnja samoaktivnosti.

Vpliv iz okolja je zato toliko pomembnejši, je pa zaradi različnih vzrokov neugoden. Posebej pri zadnjih dveh kategorijah duševne prizadetosti, so otroci že v prvem letu življenja pogosto hospitalizirani ali celo vključeni v institucije, kar pomeni čustveno in socialno deprivacijo, s katero pa se lahko srečujejo tudi v svojih družinah, kjer potekajo procesi žalovanja za »običajnim povprečnim« otrokom. Poleg tega je prisotna dilema, kako ravnati z otrokom. Literatura s področja vzgoje je naravnana na »normalno« populacijo, prenos izkušenj iz lastne družine je omejen. Stiki z družinami s podobnimi otroki so bolj izjema kot pravilo.

Katera vedenja zahtevajo strokovno intervencijo? To so nevarna vedenja (udarjanje z glavo ob mizo), vedenja, ki otroka socialno izolirajo (navsezovanje kontaktov le z odraslimi), in vedenja, ki so za okolico moteča (stalno pritoževanje, enureza). Pri naši populaciji moramo dodati še vedenja, ki podpirajo otrokovo odvisnost. Otrok se veliko nauči s posnemanjem, mimogrede, ob minimalni pomoči odraslih. Za prizadete otroke pa to ne velja v enaki meri. Kot smo že omenili, je proces učenja pri njih otežkočen. Želena vedenja je potrebno razgraditi na posamezne korake in te postopoma osvajati, kar lahko traja dolgo časa. Samostojnost otroka zmanjšuje njegovo odvisnost od odraslih, širi krog možnih aktivnosti in daje občutke kompetentnosti, zadovoljstva. Predstavlja izredno pomemben del življenja teh oseb, zato so naše intervencije pogosto usmerjene v pridobivanje vsakdanjih spretnosti.

* Pečavar Nada, univ. dipl. psih. (Osnovna šola dragotin Kette, Čegova 114, Novo Mesto 8000, nada.pecavar@email.si)

Glede na to, kaj želimo doseči z obravnavo, je pogosta delitev motenj v dve skupini (Gredel, 1984). Eno predstavljajo nezaželene reakcije, katerih frekvenco, intenzivnost ali trajanje želimo odpraviti oz. zmanjšati, kot agresivnost do drugih, avtoagresija, agresivnost do predmetov, beganje, fobične reakcije, tiki.. Po drugi strani pa gre lahko intervencija v smeri pridobivanja potrebnih spretnosti, veščin. Naš cilj je, da osebo naučimo ustreznih vzorcev vedenja ali da se ta vedenja pogosteje pojavljajo: držnost, navezovanje kontaktov, kontrola vedenja, upoštevanje navodil, samostojnost pri oblačenju, hranjenju, hoji, učenju...V bistvu je to odvisno od zornega kota, s katerega gledamo in lahko problem definiramo na oba načina. Tako je enureza s stališča okolice moteče vedenje, s stališča otroka pa gre za slabo kontrolo (Anić, 1984a). Pri duševno prizadetih osebah, ki same ne iščejo pomoči, je običajno izražena pritožba čez moteče reakcije. Za učinkovitost obravnave je pomembno, da razširimo pogled na problematiko in definiramo cilje pozitivno, kot pridobivanje spretnosti. Pozornost je tako usmerjena na doseženi napredek.

Za obravnavo po vedenjsko kognitivnem pristopu se odločimo (Anić, Ilić-Supek, 1984):

1. glede na težavo (simptom, ki se da izdvojiti, če lahko ugotovimo, kaj predhodi in kaj sledi vedenju),
2. glede na osebo, ali želi sodelovati; včasih se gre v obravnavo brez tega, kar se najpogosteje pojavlja pri nevarnih ali zelo motečih oblikah vedenja oz. pri določeni populaciji (majhnih otrocih, duševno prizadetih),
3. ali okolica sprejema predstavljeni način dela in je pri tem pripravljena tudi aktivno sodelovati,
4. ali je terapevt usposobljen za obravnavo določene problematike.

TEORETIČNE OSNOVE VEDENJSKIM TEHNIKAM

Vedenjska terapija je kombinacija eksperimentalnega in kliničnega pristopa. Njen cilj je sprememba vedenja v želeni smeri, s tem da se sistematično izvajajo spremembe v okolju pred pojavom nezaželenega vedenja oz. vedenja, ki ga želimo doseči, ali po njemu (Anić in dr., 1984, str.18). Enodimenzionalne teorije učenja, klasično in instrumentalno pogojevanje predstavljajo osnovo za vedenjske tehnike.

Klasično pogojevanje

S klasičnim pogojevanjem so se začeli ukvarjati Rusi. Eden od najbolj znanih raziskovalcev je Pavlov, ki je delal poizkuse s psi, medtem ko je njegov sodobnik Behterev ugotovil, da ljudje reagiramo na isti način. Zelo pomembna je bila ugotovitev, da so lahko tudi čustvene reakcije pridobljene na osnovi pogojevanja. Ameriški raziskovalci pa so skušali spoznanja iz laboratorijev prenesti v prakso.

Vernon (1972), opisuje zanimiv eksperiment s področja klasičnega pogojevanja.

1. Študentje so prejeli elektrošok, kar je povzročilo dvig srčnega utripa. To je nenaučena, refleksna reakcija.
2. Čez nekaj časa jim je bil prezentiran zvok sirene. Ob tem niso opazili nobene specifične reakcije, srčni utrip je ostal na istem nivoju.
3. Istočasno, ko so dobili študentje elektrošok, je bila vključena sirena. To je bilo ponovljeno dvajsetkrat.
4. V četrtem koraku je bila vključena samo sirena, ki je povzročila dvig srčnega utripa.

PRED POGOJEVANJEM

elektrošok -----dvig srčnega utripa
brezpogojni dražljaj (BD) brezpogojna reakcija (BR)

sirena -----enak srčni utrip

POGOJEVANJE

elektrošok-----dvig srčnega utripa
sirena

PO POGOJEVANJU

sirena-----dvig srčnega utripa
pogojni dražljaj (PD) brezpogojna reakcija (BR)

Opisani in mnogi drugi eksperimenti so dokazali, da lahko nevtralen dražljaj s povezovanjem z brezpogojnim dražljajem prevzame njegovo funkcijo in povzroči brezpogojno reakcijo.

Reakcijo, da je sirena povzročila dvig srčnega utripa, bi si lahko razložili s tem, da je postala znak za neprijeten dražljaj, elektrošok. Toda kljub temu, da so odstranili naprave, ki so povzročile elektrošok, in so prosili študente, da ne reagirajo, je zvok sirene povzročil brezpogojno reakcijo. Iz tega lahko sklepamo, da so tudi odgovori, ki sledijo pogojnemu dražljaju, izven kontrole volje, refleksni.

Zakovitosti klasičnega pogojevanja (Vernon, 1972):

1. Če nevtralni, tako imenovani pogojni dražljaj prezentiramo istočasno kot brezpogojni dražljaj (ki povzroči brezpogojno reakcijo), in to večkrat ponovimo, tudi pogojni dražljaj povzroči brezpogojno reakcijo.
2. Če je brezpogojni dražljaj močan in povzroči močno brezpogojno reakcijo, podobno reakcijo povzroči tudi pogojni dražljaj.
3. Večkrat, ko je pogojni dražljaj prezentiran z brezpogojnim dražljajem, postaja bolj intenziven, dokler ne povzroči brezpogojne reakcije, skoraj iste stopnje kot brezpogojni dražljaj.
4. Če je brezpogojna reakcija izredno neugodna, je dovolj le enkratno istočasno pojavljanje brezpogojnega in pogojnega dražljaja, da pride do pogojevanja.
5. Ko postane pogojni dražljaj sposoben vzbuditi brezpogojno reakcijo, je to sposoben tudi več let po pogojevanju.
6. Dražljaji podobni pogojnemu dražljaju, tudi povzročajo brezpogojno reakcijo, ki pa je nekoliko šibkejša. To je generalizacija.
7. Pogojni dražljaj, združen s kakim nevtralnimi dražljajem, lahko povzroči, da sčasoma tudi nevtralni dražljaj povzroči brezpogojno reakcijo. Gre za pogojevanje višjega reda.
8. Odgovor na pogojni dražljaj oslabi, če se pojavlja sam pogojni dražljaj brez brezpogojnega. To imenujemo gašenje.
9. Če pogojni dražljaj združimo z njemu nasprotnimi dražljajem, ki postopno slabi vzpostavljeno zvezo med pogojnim dražljajem in reakcijo, govorimo o kontrapogojevanju (Wolpe) oz. recipročni inhibiciji (Pavlov).

Poznamo pozitivno kontrapogojevanje, ki se uporablja za odpravljanje anksioznosti. Imamo pogojni dražljaj – sireno, ki vzbuja nezaželeno reakcijo strahu. Zato pogojni dražljaj združujemo z njemu nasprotnimi dražljajem – hrano, ki postopoma slabi zvezo med pogojnim dražljajem in nezaželeno reakcijo. Cilj je torej, da se neprijetni dražljaj poveže s pozitivno reakcijo, ki bo inhibirala strah (Škrinjar in dr., 1997).

Negativno kontrapogojevanje pa se uporablja pri odvijanju od alkohola, kajenja, neustreznemu spolnemu funkcioniranju... Pogojni dražljaj privede do reakcije, ki osebi predstavlja ugodje (pitje alkohola), a je nezaželena. Zato pogojni dražljaj povežemo z neprijetnim (rec. tableto), ki povzroči

neprijetno reakcijo (slabost, bruhanje). Cilj kontrapogojevanja je, da se pogojni dražljaj poveže z neprijetno reakcijo, ki ga bo inhibirala (Škrinjar in dr., 1997).

Raziskave o pogojevanju čustev so pomenile začetek uporabe pogojevanja v klinični praksi. Osnova za pogojevanje čustev je izzvanje močne čustvene reakcije v določeni situaciji. Vsak nevtralen dražljaj (oseba, predmet) iz te situacije lahko postane pogojni dražljaj, ki izzove isto čustvo.

Kot navajata Škrinjar in Teodorović (1997), je bilo veliko raziskav usmerjenih na strah pri otrocih (Watson, Rayner). S pogojevanjem so povzročili, da se je otrok bal zajca, nato pa so skušali strah odpraviti. Eksperimenti so pokazali pomembne značilnosti pogojevanja čustev: da se čustvene reakcije na osnovi pogojevanja hitro in z lahkoto vzpostavljajo, da se z lahkoto širijo na podobne dražljaje - generalizacija, vendar pa ne pride do gašenja, če se pojavlja pogojni dražljaj brez brezpogojnega.

Zato so za odpravljanje strahu potrebni drugi postopki. Jonesova je že leta 1924 ugotovila, da se da strah odpraviti na dva načina (Hawton, Salkovskis, Kirk in Clark, 1990):

- da se dražljaj, ki vzbuja strah (zajec), poveže s prijetnim dražljajem (hranjenjem),
- da damo osebo v situacijo, kjer ima možnost opazovati druge osebe, ki se ne bojijo določenega dražljaja.

Očitno je, da gre v prvem primeru za kontrapogojevanje, kar je osnova tudi znani Wolpejevi tehniki sistematske desenzibilizacije. Drug način pa je učenje po modelu, ki ga je uveljavil Bandura.

Instrumentalno pogojevanje

Ameriški raziskovalci Thorndike, Tolman in Gutrie so prišli do zakona učinka: če vedenju sledi prijetna posledica, ima tendenco, da se pojavlja pogosteje; če vedenju sledi neprijetna posledica, se pojavlja redkeje (Hawton in dr., 1990, str.2). Skinner govori o instrumentalnem pogojevanju. Nagrada oz. posledica, ki prinaša ugodje in povzroča, da se vedenje pogosteje pojavlja, se imenuje ojačevalec. Pomembna sta tudi angleška znanstvenika Esyencik in Shapiro. Shapiro je prenesel eksperimentalni model na diagnostično področje, kjer predstavlja simptom odvisno variabla.

Glede na prisotnost oz. odsotnost pozitivnega ali negativnega ojačevalca ločimo pozitivno ojačevanje, gašenje, kaznovanje in negativno ojačevanje

Če vedenju (otrok uporablja kletvice) sledi nagrada (pozornost), se bo to vedenje pogosteje pojavljalo. Gre za pozitivno ojačevanje.

Če vedenju (otrok uporablja kletvice) ne sledi nagrada (naša pozornost), je vedenje v upadanju in sčasoma izzveni. Tu gre za proces gašenja.

Če vedenju (otrok govori kletvice) sledi kazen (odvzem privilegija), se bo vedenje redkeje pojavljalo.

Negativno pogojevanje pa pomeni, da se vedenje, ki mu ne sledi kazen, pogosteje pojavlja. Otrok pogosteje lepo govori, ker se tako izogne kazni.

		Ojačevalec	
		prisoten	odsoten
Ojačevalec	pozitiven	pozitivno ojačevanje (porast vedenja)	gašenje (upad vedenja)
	negativen	kaznovanje (upad vedenja)	negativno ojačevanje (porast vedenja)

Slika 1: Prikaz porasta oz. upada frekvenca vedenja glede na posledice, ki vedenju sledijo. (Hawton in dr., 1990, str. 3)

Dvofaktorski model

Korak naprej je naredil Mowrer (Hawton in dr., 1990), ki je opisal dvofaktorski model, ki vključuje tako klasično kot instrumentalno pogojevanje. To je uporabil pri pojasnjevanju izogibalnega vedenja. Strah pred nenevarnim dražljajem rec. množico ljudi nastane na osnovi klasičnega pogojevanja. Ker je strah neugodna reakcija, se mu oseba izogne tako, da se izogne pogojnemu dražljaju (množici). Ali če rečemo v terminih instrumentalnega pogojevanja, se z izogibanjem izogne kazni (strah). To je primer negativnega pogojevanja.

Do pomembne ugotovitve sta prišla Solomon in Wyne leta 1954 (Hawton in dr., 1990). Če je pogojni dražljaj nastal na osnovi klasičnega pogojevanja v zvezi z močnim averzivnim dražljajem, se izogibalno vedenje, povezano s tem dražljajem, zelo težko ugasne.

Učenje po modelu

Drug način odpravljanja strahu, kot ga je opisovala Jonesova, je učenje po modelu oz. socialno učenje, ki ga je uveljavil Bandura. Medtem ko je Skinner trdil, da do učenja ne pride, če reakcija ni izvedena in ojačana, je Bandura dokazal, da za učenje po modelu to ne velja. Otrokom s fobijo pred psi je samo kazal filme nefobičnih otrok, ki so se igrali s psi. Pri večini otrok je fobija izginila, pri drugih se je zmanjšala.

Bistvo je v tem, da oseba opazuje vedenje druge osebe - modela ali je z določenim vedenjem seznanjena le na osnovi besedne interakcije (simbolično učenje) preko navodila, zgodbe in je sposobna, da model vedenja kasneje v podobni situaciji ponovi. Pri tem učenju ni potrebno ojačevanje ali ponavljanje, da bi se osvojilo vedenje. Oseba opazuje obnašanje modela in si zapomni zvezo med dražljajem, vedenjem in posledicami. Sprememba vedenja je trajna. Pri tem ne gre zgolj za opazovanje, ampak potekajo mediacijski kognitivni procesi.

Kot navaja Bandura (Škrinjar in dr., 1997) pride do učenja po modelu, če določeno vedenje vzbudi pozornost opazovalca, ki mora opaziti bistvene značilnosti vedenja in si jih zapomniti. Opazovano vedenje ne sme biti zelo kompleksno. Prikazano mora biti jasno in ne prehitro. Pomembna je tudi sposobnost motorične reprodukcije. Opazovana oseba mora obvladati komponente opazovanega vedenja, ki jih združi v nov vzorec. Vsaka oseba opazovalcu ne predstavlja modela. Model mora biti za opazovalca v psihološkem smislu privlačen: istega spola in starosti kot opazovalec, ima pomemben status v skupini. Oponaša se vedenje, ki prinaša nagrado, s stališča opazovalca. Za to učenje so najbolj dovzetne osebe z nizko stopnjo samozaupanja, nesigurne osebe, ki so redko doživele pozitivno ojačanje za ustrezne oblike vedenja.

VEDENJSKE TEHNIKE

Beleženje

Beleženje podatkov nam služi v različne namene in ga uporabljamo v vsaki obravnavi. To je eden od prvih korakov, s katerim dobimo podroben vpogled v stanje pred intervencijo. Pogosto poleg izbrane mere (frekvenca, intenzivnost, trajanje) želimo tudi opis situacije, v kateri se pojavlja nezaželeno vedenje, konkreten opis tega vedenja in odziv okolice. S temi podatki si razložimo vedenje in na osnovi tega načrtujemo intervencije. V tej fazi smo zato usmerjeni na moteče reakcije.

Primer: deklica, 10 let, težja zmerna duševna prizadetost: 14 dni se beleži frekvenca različnih oblik nezaželjenega vedenja. Na osnovi tega se izločita obliki vedenja, ki se najpogosteje pojavljata: agresivnost do oseb in predmetov.

Kasneje pa se v skladu s cilji beležijo želene reakcije. Pri manjših otrocih, duševno prizadetih beleženje pogosto prevzemajo odrasli. Starši oz. delavci institucije imajo večkrat težave, da se preusmerijo na pozitivno in raje beležijo negativno. Ali beležijo po dogovoru, v pogovoru pa

izpostavijo nezaželjeno reakcijo. Rec. pri enurezi mati poroča: » Ta teden je bilo v redu, samo enkrat se je polulal,« oz. kar je še bolj moteče, to izražajo v stiku z otrokom. » Do danes si bil priden, zakaj si se pa danes polulal?«

Primer: deček, 10. let, težja duševna prizadetost: delavci v šoli in starši v tabelo zabeležijo vedno, kadar gre sam na stranišče.

Pozitivno ojačevanje

Določeno izbrano vedenje, za katerega želimo, da bi se pogosteje pojavljalo, sistematično ojačujemo s prijetno posledico – ojačevalcem oz. nagrado. Nagrada je vse, kar pripelje do tega, da se vedenje pogosteje pojavlja.

Uspešnost postopka je v veliki meri odvisna od nagrade, zato je izredno pomembno, da je ustrezna. Izbor nagrade je bolj kompleksen postopek, kot se zdi na prvi pogled. Prva past je v tem, da izhajamo iz kvalitete dražljaja samega po sebi in ne ugotovimo, kakšno funkcijo ima za otroka. Primer: kreganje lahko nekemu pomeni nagrado, ker je s tem dobil pozornost. Drugo dejstvo je, da sicer ustrezno izbrana nagrada v določenih okoliščinah izgubi to svojo funkcijo (po sladoledu košček čokolade – izbrana nagrada, ni več atraktivna). Ne sme se dajati ob nobeni drugi priložnosti. Ko se vedenje izgrajuje, je potrebno, da sledi nagrada takoj po želenem vedenju, v roku 10s. Nagrada ne sme biti v nasprotju s cilji. Kot takoimenovani primarni ojačevalci se pri naši populaciji najpogosteje dajejo materialne nagrade (hrana, pijača), aktivnosti, ki jih ima otrok rad, določeni privilegiji in socialno ojačevalci kot usmeritev pozornosti na otroka, nasmeh, fizičen kontakt, odobravanje.

Drugo ključno vprašanje pri pozitivnem ojačevanju je pogostost nagrajevanja. Načeloma velja, da je potrebno v fazi izgrajevanja vedenja, takoj nagraditi vsako pojavljanje želenega vedenja. Po drugi strani raziskave Yatesa in Vernona (Anić, 1984b, str. 68) nedvoumno kažejo, da so proti gašenju najbolj odporna vedenja, ki so občasno nagrajevana. Ko ocenimo, da smo dosegli cilj, moramo sistematično redčiti ojačevanje. V naslednji fazi preidemo na slučajno nagrajevanje in na način, ki je najbolj podoben običajnemu (socialno ojačevanje).

Pri odpravljanju nezaželenih oblik vedenja pogosto najprej nagrajujemo zmanjšanje pogostosti, intenzivnosti ali frekvence motečega vedenja: rec. otrok dobi nagrado, če moteče oblike vedenja ni izrazil večkrat kot je bilo dogovorjeno v določenem časovnem intervalu. Zahtevnost postopno zvišujemo in dobi nagrado le, če ni bilo motečega vedenja v določeni časovni enoti.

Pri delu z duševno prizadetimi osebami, ko je obravnava dolgotrajna, je potrebno predvideti več nagrad, da ne pride do zasičenja. Iz istega razloga mora biti časovno ali količinsko omejena Pomagamo si tudi s tako imenovano tehniko žetoniranja. Vsako pojavljanje želenega vedenja je nagrajeno z žetonom (znakom, štampljko), kar predstavlja sekundarni ojačevalec. Za dogovorjeno število žetonov sledi primarni ojačevalec.

Na pozitivnem ojačevanju temelji tudi znani premack princip. Vedenje z manjšo verjetnostjo pojavljanja povežemo z vedenjem z večjo verjetnostjo pojavljanja. Ko otrok naredi zahtevano, sledi prijetna aktivnost.

Primer: deček, 8 let, zmerna duševna prizadetost, dnevna enureza. Mati je v sobo nalepila list s tremi baloni. Kadar je bil suh ves dan, je pobarval balon. Ko so bili vsi trije pobarvani, se je igral z določenim avtomobilom 10 minut.

Gašenje

Gašenje pomeni uporabo postopkov, pri katerih se odstranijo ojačevalci, ki običajno sledijo nezaželenemu vedenju, medtem, ko se samo vedenje ne ustavlja. Gašenje lahko uporabljamo le za odpravljanje tistih oblik, ko nam je jasno, kaj moteče vedenje ojačuje (Gelfald in dr., 1975). Pomembno je, da ugotovimo vse vire ojačanja in jih odstranimo. Če je ojačevalec socialna pozornost, bomo uporabili ignoriranje. Vendar moramo ugotoviti, čigava pozornost je v tej funkciji. Ignoriranje s strani učitelja je lahko povsem brez učinka, če dobi otrok pozornost vrstnikov. Pri

duševno prizadetih se pogosto srečamo z motečim vedenjem, kot je npr. udarjanje s predmetom ob mizo. V tem primeru je ojačanje zvok, ki pri tem nastane, zato ga moramo odstraniti, rec. mizo prekrijemo z oblogo.

Z gašenjem vedenje izzveni. Sam postopek je dolgotrajen, zaradi česar je neuporaben pri nevarnih ali zelo motečih oblikah. Raziskave Fersterja in Skinnerja iz leta 1957 (Gelfald in dr., 1975, str. 168) kažejo, da je ta metoda najbolj učinkovita pri vedenjih, ko so bila stalno ojačevana na isti način. Če je bilo vedenje občasno ojačevano, se bo učinek gašenja pokazal počasneje in v manjši meri.

Gašenje lahko privede do občasnega porasta intenzivnosti ali frekvence vedenja, ki ga želimo odpraviti. Zaradi tega se postopek prehitro ukine, češ da ni učinkovit. Drug problem je v tem, ker je potrebno postopek dosledno izvajati. Omenili smo že, da gašenje ne daje hitrih rezultatov, občasno nagrajevanje vedenja pa ga dodatno podaljšuje. Če smo se s starši dogovorili, da bomo pri otroku ignorirali, ko jih zmerja, pomeni njihov izbruh : » To pa presega vse meje! Samo še enkrat, pa....« pozornost in nagraditev zmerjanja. Po izjavah staršev in učiteljev pride do kršitve ignoriranja predvsem v dveh primerih : ko se zaradi različnih vzrokov niso sposobni kontrolirati (konflikt s partnerjem, drugim otrokom,..) ali v prisotnosti drugih ljudi, ko se pojavi avtomatsko misel v smislu »Kaj si bodo mislili!« in njihovo reakcijo.

Primer: deklica, 10 let, zmerna duševna prizadetost, tiki z roko; staršem svetovano, da ignorirajo tike in se o tem pred njo ne pogovarjajo, isti postopek je bil uporabljen v šoli.

Kaznovanje

Kazen je beseda z močnim negativnim konativnim pomenom. Običajno se ob njej spomnimo neprijetnosti, ki so nam jih povzročile druge osebe, še posebej bolečih in poniževalnih . V življenju je učenje na osnovi neprijetnih posledic pogosto in koristno : izogibamo se vročim predmetom, mrazu, nevarnim situacijam... vendar takšnega učenja običajno ne povezujemo z besedo kaznovanje.

Kaznovanje pomeni uporabo averzivnega, neprijetnega dražljaja po pojavu motečega vedenja (Anić, 1984b, str. 69). S kaznovanjem se vedenje potlači.

O uporabi kaznovanja v terapevtske namene obstajajo različna mnenja, od povsem odklonilnih do tistih, ki dopuščajo uporabo te metode, vendar pod določenimi pogoji in tehtnem premisleku. Uporablja se le za nevarna ali zelo moteča vedenja, kjer druge tehnike niso bile učinkovite. Lahko se uporablja tudi kadar ne uspemo odkriti ojačevalcev, ki vzdržujejo moteče vedenje (Gelfald in dr., 1975).

Gotovo je neprimerno, da je to edina ali prevladujoča oblika dela z določeno osebo, zato jo moramo kombinirati z drugimi tehnikami. Ko odpravljamo moteče vedenje, se moramo zavedati, da se namesto tega ne pojavlja želeno vedenje samo po sebi, ampak moramo otroka učiti ustrežnejših oblik vedenja oz. pojavljanje tega vedenja ustrezno nagrajevati. Če uporabimo le kaznovanje, se lahko namesto kaznovanega vedenja pojavi drugo moteče. Poleg tega otrok ne dobiva pozitivnih ojačevalcev, kar zanj gotovo ni ugodno. Postopek ne sme biti boleč ali ponižujoč, izveden mora biti korektno. Izberejo se dražljaji, ki so po stopnji najmanj stresni, a dajejo učinek. Sprejemljivi averzivni dražljaji so ostro in glasno izrečena prepoved, plosk, kratkotrajna izolacija otroka, preprečitev izvajanja vedenja, odvzem privilegija.

Nezaželene posledice kaznovanja (Gelfald in dr., 1975) so lahko nezaželene čustvene reakcije, potlačenja celotnega vedenja, izogibalno vedenje ali prenos agresije. Včasih vedenje izgine le v prisotnosti osebe, ki kaznuje, ali za toliko časa, dokler se kaznovanje izvaja. Omeniti moramo tudi nevarnost, da lahko predstavlja oseba, ki kaznuje, model za agresijo in ima kaznovanje paradoksalen učinek.

Tudi pri kaznovanju moramo upoštevati funkcijo, ki jo ima dražljaj za posameznega otroka. Besedna prepoved je pri otrocih običajno averzivni dražljaj, ki je nastal na osnovi klasičnega pogojevanja. Večina staršev nevarna in nezaželena vedenja zaustavlja z blagim fizičnim kaznovanjem oz. preprečevanjem aktivnosti, kar je spremljano z besedno prepovedjo, zato sčasoma sama prepoved zaustavlja vedenje. Starši duševno prizadetih otrok so pogosteje kot drugi v dilemi ali otroka

omejevat, saj je že itak prikrajšan. Kaj sploh zahtevati od njega, katere so tiste zahteve, ki jih postavljati, ne glede na prizadetost? Poleg tega je pri tem potrebna doslednost skozi dolgo časovno obdobje, na kar niso pripravljeni, zato je povsem razumljivo, da vmes omagajo. Ker odzivanje na prepovedi v veliki meri olajša delo z otrokom, je v obravnavi to večkrat postavljeno kot prvi cilj. Azrin in Holz (Anić, 1984b) sta ugotovila, da moramo pri kaznovanju upoštevati:

1. Osebi pojasnimo na njej razumljiv način, zakaj vedenja ne dopuščamo in kaj bo sledilo, ko bo to naredila. V sami situaciji o tem več ne govorimo.
2. Zagotoviti si moramo, da se oseba kazni ne more izogniti.
3. Kaznujoč dražljaj mora biti intenziven, ne sme se postopoma dvigovati, kar omogoči otroku prilagajanje in občutno zmanjšuje učinkovitost postopka.
4. Kazen mora slediti vsakemu pojavljanju motečega vedenja. Raziskave kažejo, da se z občasnim kaznovanjem vedenje utrjuje.
5. Kazen mora slediti takoj za vedenjem, kar omogoča osebi, da jasno spozna, katero vedenje je nezaželeno.
6. Izredno pomembno je, da se kaznujoč dražljaj ne povezuje s prijetnim. Če za kazen izberemo izolacijo otroka, se v tem času ne sme igrati. V vsakdanjem življenju starši to pogosto povezujejo. Tako mati izgubi živce in udari otroka, kar ji lahko povzroči hude občutke krivde. Svojo »napako« popravi z izlivi nežnosti. To privede do paradoksalne situacije in porasta motečega vedenja.
7. Zmanjševati motivacijo za nezaželeno vedenje in otroka učiti, da pride do ojačevalca na ustrezniji način..

Primer: deček, 9 let, zmerna duševna prizadetost, uhajanje čez ograjo; kadar je pobegnil, je moral za 5 min v hišo.

Diskriminativno učenje

Običajno ga uporabljamo pri odpravljanju nezaželenih oblik vedenja, ki jih moramo nadomestiti z željenimi. Omenili smo že, da samo kaznovanje ni dopustno, zato se uporablja sistematično nagrajevanje želenega vedenja in kaznovanje oz. ignoriranje nezaželenega. S tem se pospeši učinkovitost obravnave. Potrebno se je odločiti, katero vedenje bomo nagrajevali. Lahko izberemo določeno aktivnost, lahko aktivnost, ki je nezdružljiva z motečim vedenjem, ali vsako drugo aktivnost.

Znana je tako imenovana »respons cost metoda«. Rec. po vnaprejšnjem dogovoru dobi otrok vedno, ko dela po navodilih učitelja, žeton ali drug dogovorjeni znak, če noče delati, pa se en žeton odvzame. Otrok dela, da ne bo izgubil žetona. Do porasta želenega vedenja pridemo na osnovi negativnega ojačevanja.

Primer: deček, 11 let, lažja duševna prizadetost, kontrola vedenja pri individualni obravnavi. Kadar je delal deset minut, kar je dobil za nalogo, je dobil štiri žetone. Če je vstal s prostora ali govoril izven konteksta, je izgubil žeton. Nagrada je bila zapis števila žetonov po končanem delu, ki je trajalo dvajset minut.

Druga oblika diskriminativnega učenja pa se nanaša na situacijo (Vernon, 1972). Včasih je določeno vedenje v eni situaciji želeno in ustrezno (glasno govorjenje s sošolci med odmorom), v drugi pa ne (med poukom). Naš cilj je, da otroka naučimo, da loči situacije.

Kontrola dražljajev

Gre za tehniko, ki je usmerjena na ustrezno spremembo pred pojavom motečega vedenja. Pomeni, da skušamo doseči spremembo v okolju z namenom, da se moteče vedenje ne pojavi. Dražljaj, za katerega ugotovimo, da povzroča vedenje, in ga imenujemo diskriminativni dražljaj, odstranimo.

Primer: deček, 10 let, lažja stopnja duševne prizadetosti, hiperkinetični sindrom, odkrenljiva pozornost: na mizi ima samo tisto, kar trenutno potrebuje.

Ena od oblik te metode je planiranje aktivnosti za čas, v katerem se nezaželeno vedenje običajno pojavlja. Primer: če ugotovimo, da ima otrok največ izbruhov jeze v času pripravljavanja večerje, je ena od možnosti, da prestavimo obrok na zgodnejši čas in otroka vključimo, da nam pri tem pomaga.

Nadomestna aktivnost

Pri tej tehniki skušamo osebo naučiti, da namesto motečega vedenja naredi bolj sprejemljivo akcijo. Primer: deček, 10 let, mejni primer, hiperkinetični sindrom, uničevanje šolskih potrebščin: mizo ima prelepljeno s papirjem, ki ga po vsaki uri zamenja; namesto da uničuje šolske potrebščine, lahko čeka po mizi, ko čuti potrebo, da mora nekaj narediti.

Probe obnašanja, vedenjski eksperiment

To je ena od temeljnih tehnik. Je sestavni del drugih metod rec. pri sistematski desenzibilizaciji, kjer se oseba sooči z ogrožujočo situacijo ali pri metodi reševanja problemov, kjer je eden od korakov, da se izbrana možnost preizkusi. Probe obnašanja se uporabljajo z namenom:

- da se želeno vedenje izraža v ustreznih situacijah,
- da oseba uvidi, da je sposobna,
- pri delu z avtomatskimi mislimi, ki se v realnost testirajo.

Primer: deklica, 10 let, zmerna duševna prizadetost, strah pred temo: ko je dobro razpoložena, se ji predlaga, da ugasne luč in se igrajo v temi.

Progresivna mišična relaksacija

Tehnika, ki jo je razvil Jacobson in je usmerjena na sproščanje telesa. Gre za sistematično napenjanje in popuščanje določenih mišičnih skupin. Metoda ima tri oblike, najdaljša zajema šestnajst skupin mišic, najkrajša pa štiri. Uporablja se pri ljudeh, ko je simptomatika izražena predvsem na fiziološkem nivoju: visok pritisk, motnje spanja, astma, glavoboli, anksioznost, hiperkinetičnost. Uporablja se tudi kot priprava na porod. Kontraindikacije: odvisniki, psihotični pacienti ali zdravstveni razlogi.

Primer

Fant, 14 let, zmerna duševna prizadetost, nemirnost, dnevna enkupeza; pred začetkom pogovora, kratka oblika PMR ob klasični glasbi.

Sistematske desenzibilizacija

Ena od najbolj znanih vedenjskih tehnik, ki jo je populariziral Wolpe in se uporablja za zmanjševanje anksioznosti. Tehnika temelji na recipročni inhibiciji. Lahko se odvija v imaginaciji ali v realnih okoliščinah. Slednji način ima prednosti, ker se ne pojavlja problem prenosa terapevtskega učinka.

Na osnovi podrobne analize situacij, v katerih se pojavlja anksioznost, se situacije razvrstijo od najmanj do najbolj ogrožujoče. Oseba se nauči progresivne mišične relaksacije. V tretjem koraku se relaksirana oseba izpostavi v zanjo najmanj ogrožujoči situaciji, kar se ojačuje. Če izgubi strah pred to situacijo, se postopek nadaljuje z naslednjo situacijo.

Obstaja več variant te metode. Najpogosteje se kot recipročni inhibitorji uporabljajo stanje relaksiranosti, asertivni odgovori in telesni konakt z osebo, ki daje občutek varnosti.

Primer

Deklica, 10 let, zmerna duševna prizadetost, strah pred temo: mati vzame deklico v naročje in se ob knjigah, ki imajo ilustracije noči, pogovarja z njo o temi, noči; drugi korak je enak, le da deklica sedi ob mami; tretji korak je igranje z ugašanjem luči in četrti je spanje brez luči.

Preplavljanje

Uporablja se pri odpravljanju strahu. Oseba se naenkrat izpostavi najbolj ogrožujoči situaciji, ki vzbuja strah, toliko časa, dokler strah ne mine. Pri vsaki nadaljni eksploraciji strah vse hitreje mine, dokler povsem ne izgine. (Zdravković,1980)

Učenje z oblikovanjem vedenja

Uporablja se pri učenju vedenja, ki ga oseba ne izvaja. Počaka se, da se pojavi vedenje, ki je najbolj podobno zelenemu, ali vedenje, ki vsebuje komponente zelenega, kar se ustrezno ojačuje. Pomembno je, da je prva reakcija ustrezno izbrana in da se ob pravem času preide na zahtevnejši korak (Škrinjar in dr., 1997).

Učenje z vodenjem

Kadar je potrebno otroka naučiti nove reakcije, je eden od običajnih načinov učenja pri duševno manjrazvitih osebah, da odrasla oseba konkretno pomaga pri izvajanju zelene aktivnosti. Pomoč postopoma sistematično opuščamo. Tudi tu se postavijo vmesni cilji. Ko se določen korak osvoji, preidemo na naslednjega.

Primer: deček, 10 let, težja duševna prizadetost: sprva so starši vodili njegove roke do roba trenirke, mu pomagali, da jo je prijel za rob in potegnil gor. Najprej so opustili tretji korak in ga nadomestili z verbalnim navodilom.

KOGNITIVNE TEHNIKE

Kako je z uporabo kognitivnih tehnik pri populaciji duševno prizadetih oseb? Eden od možnih zaključkov, ki se običajno pojavlja pri terapevtskih je, da so pri delu z njimi uporabne le vedenjske tehnike, ki temeljijo predvsem na zunanji kontroli, medtem ko so kognitivne zanje neuporabne. V tuji literaturi pa zasledimo članke o eksperimentalnih in kliničnih študijah v zvezi z eidetskimi predstavami pri tej populaciji. Gerald Groden je raziskoval notranje pogojevanje pri avtističnih adolescentih, ki so bili duševno zaostali. June Groden in Cautela pa sta prikazala, da se dajo odrasle zmerno duševno prizadete osebe naučiti, da v terapevtskih postopkih uporabljajo predstave in domišljijo.

Tako June Groden (1993) opisuje študijo primera 29-letnega moškega, ki je bil izjemno agresiven od otroštva naprej in je bil večkrat v bolnici zaradi poškodb. Od 24. leta naprej je delal v ločeni delavnici in je bil stalno pod nadzorom dveh oseb ter pod močno medikamentozno terapijo, zaradi česar je imel težave s kontroliranjem nekaterih telesnih funkcij. Na pasu je imel pripete lisice, da so ga v primeru napada lahko hitreje obvladali. Agresivne izpade so skušali večkrat odpraviti. Kot averzivne dražljaje so uporabili polivanje z vodo, udarec ob dlan, odvzem ugodnosti. Moteče vedenje se je kmalu po obravnavi ponovilo.

Na osnovi podrobne analize so izločili zanj najbolj ogrožujoče situacije, ki so bile na enostaven način prikazane na karticah. Kartice so uporabljali, da si je lažje predstavljal situacije. Najprej so vpeljali trening sproščanja. Za odpravljanje nezaželenih oblik vedenja so ga učili tehnike samokontrole (stop, vdih-izdih, imaginacija prijetne scene). Za učenje novih oblik reakcij so uporabljali tako imenovano notranje pozitivno ojačevanje. Ob predstavljanju konflikta so mu sugerirali primerno reakcijo, ki jo v mislih izvrši in ojača z občutkom zadovoljstva.

June Groden poudarja, da je bila obravnava skrbno načrtovana in so jo sproti prilagajali. S postopki so bili seznanjeni vsi delavci, ki so prihajali z njim v stik. Rezultati so se kazali postopoma. Po enem

letu so dosegli, da je bil lahko v prostoru z drugimi, po dveh letih je opustil lisice. V času pisanja je bil postopek v uporabi šesto leto in ni bilo več nobene agresivne reakcije.

Tehnike, ki smo jih uporabljali pri otrocih in mladostnikih:

Samoinstrukcije

Za ustrezno delovanje je potrebno, da je mišljenje usmerjeno k cilju. Običajno to poteka spontano, funkcijo usmerjevalca ima notranji govor. Kadar opazimo, da je govor izven konteksta, da je v bistvu moteč faktor, je potrebno osebo naučiti ustrezne uporabe notranjega govora. Pri duševno prizadetih osebah običajno poteka učenje v naslednjih fazah. V prvi fazi terapevt daje jasna navodila. Ko je oseba sposobna, da sledi navodilom brez težav, se preide na drugo fazo, v kateri terapevt z vprašanji vodi osebo, da si sama na glas daje navodila. Potem se preide na samostojno dajanje napotkov, nato na polglasno govorjenje navodil in nato na tiho reševanje naloge. Navodila se vsebinsko prilagajajo nalogi. Metoda je zelo učinkovita, vendar je potrebno posamezne faze dolgo časa utrjevati.

Tehnika je uporabna pri učnih težavah kot pri učenju samostojnosti.

Stop tehnika

Uporablja se za ustavljanje negativnih avtomatskih misli in motečega vedenja. Kot zgoraj opisana metoda ima za cilj vzpostavitev ustrezne kontrole. Uporablja se predvsem pri kontroli impulzivnega vedenja, kot recimo ustavljanju neustreznih reakcij ob neuspehu: stop, roke ob telo, vdih, izdih. Osebe jo najprej vadijo. V neogrožujoči situaciji terapevt vodi osebo z navodili, nato zahteva, da sama ustrezno odreagira. Če pozabi kakšno akcijo, jo z dogovorjenimi gibi spomni, kaj mora narediti.

Notranje pozitivno ojačevanje

Kadar se otrok trudi ali kadar doživi uspeh, ga ob močnem socialnem ojačevanju sistematično usmerjamo, da sam sebe v mislih pohvali, da občuti zadovoljstvo, veselje. To pomeni notranje pozitivno ojačevanje, ki privede do lastne notranje kontrole, zaradi česar zunanja ni več potrebna. Ali če se izrazimo drugače, ponotranjenje vedenja, ki ga oseba vključi v običajen vzorec vedenja.

Imaginacija

Lahko se uporablja kot del sistematske desenzibilizacije, ki poteka s predstavami. Anskioznemu otroku se je vedenje, ki je bilo v tistem tednu postavljeno za cilj (rec. da se usede na stol pri zobozdravniku), pokazalo na sliki in se mu sugeriralo, da si predstavlja sebe v takšni situaciji.

Metoda reševanja problemov

Pri otrocih je uporabna pri učenju samostojnosti, recimo da samostojno hodi domov: katero pot si bo izbral, zakaj, kako bo vedel, na kateri avtobus, kaj bo naredil, če ni avtobusa... V veliko pomoč je pri delu s starši, ko naletimo na konkretne probleme. Recimo naša intervencija zahteva določene spremembe v vsakdanjem življenju in na ta način starši najhitreje poiščejo njim najbolj ustrezno rešitev. Včasih starši pridejo s svojim problemom, ki zahteva kratko intervencijo na omenjeni način.

Po drugi strani kognitivne tehnike pogosto uporabljamo pri odraslih, ki skrbijo za duševno prizadete, posebej pri starših. Večkrat se srečujemo z njihovimi negativnimi avtomatskimi mislimi, ki jih ovirajo pri delu z otrokom. Kombiniramo jih z vedenjskimi. Pri tem uporabljamo tehniko sestopanja,

kognitivno restrukturacijo, distrakcijske tehnike, beleženje, pozitivno ojačevanje, vedenjski poizkus...

PRIMER OBRAVNAVE

Pritožba

Mati pove, da ne ve, kako naj dela s sinom. Na njene pobude se redko odziva in sodeluje le, kadar se mu da. Ima standardne aktivnosti, v katere se pogosto zateka: igranje s ključi, s plastično steklenico in sesanje prsta. Trenutno ima čez dan plenice. Bil je že čist, pred petimi meseci pa je imel pljučnico in je začel lulati v hlače.

Sin je star 10 let, je zmerno duševno prizadet, vključen na oddelek vzgoje in izobraževanja. Dodatne diagnoze: diplegia spastica, epilepsia, slabovidnost.

Kot najbolj moteče je izbrala sinovo neodzivanje na njene pobude. V zvezi s tem pove, da je pri postavljanju zahtev nedosledna, ne ve, kaj zahtevati od njega in na kakšen način. Navaja številne disfunkcionalne misli, kot: »S prizadetim otrokom moram biti vedno prijazna! Otrok se upira, ker sem prezahtevna! Sin je že itak prizadet, ne bom ga še jaz omejevala! Za veliko stvari je prikrajšan, naj dela, kar hoče! Z njim moram delati tako, da bo on zadovoljen! Razvadila sem ga!«

Na osnovi treh pogovorov sva postavili dva cilja:

- da se sin pogosteje odziva na njene pobude; sedaj se približno v 50%, želeno stanje, da se odzove v 75% primerov,
- da se počuti kot mati bolj uspešna; svojo uspešnost ocenila s 30%, želela bi priti do 50%.

Ker je bolj poudarjala neodzivanje, čeprav same ocene ni postavila zelo nizko, sva se najprej usmerili na to področje. V dogovoru s specialno pedagoginjo sem ji predlagala, da bi začela sistematično telovaditi z njim, vsak dan 10 minut. Razložila sem ji nujnost rednega dela, predelali sva njeno stališče »Ne smem ga siliti«. Dogovorili sva se, kako bo reagirala, če se bo upiral: nekaj minut bo vztrajala in ga nagovarjala s prijetno aktivnostjo, ki bo sledila telovadbi. Če ne bo uspelo, bo čez nekaj časa spet poizkusila. Kadar bo naredil zahtevano, bo nagrajevala s pohvalo, telesnim kontaktom, hvalo pred drugimi.

Rezultate je vsak dan beležila. V šestih tednih je uspela vsak dan izpeljati nalogo. Enkrat do dvakrat na teden se je zgodilo, da ga je morala večkrat nagovarjati. Po dveh tednih je predlagala, da bi uvedli še pisanje. Zelo jo je motilo, ker se je upiral, da bi vzel pisalo v roke. Po intervenciji, ki je imela za cilj, da predela, kaj na tem področju lahko pričakuje od sina, in v dogovoru z delovno terapevtko smo uvedli aktivnosti, ki pomagajo pri boljši koordinaciji gibov in so potrebni pri mnogih opravilih: igranje s peno, mešanje različnega materiala v posodi (fižol, žogice, gumbi...), igranje s prstnimi barvami, debelimi barvicami, kreda. Ob tem ga je začela samoiniciativno vključevati v vsakodnevne aktivnosti. Kadar je naredil želeno, je sledilo hvaljenje, če se recimo ni želel obleči, je šla iz prostora.

Tehnike, ki sva jih uporabili:

- beleženje zelenega vedenja,
- pozitivno ojačevanje, nagrada je bila socialna pozornost,
- diskriminativno učenje,
- premack princip.

Predelovali sva tudi njena stališča. V zvezi s konkretnimi problemi, sem ji skušala razložiti, kako dosežemo, da se bo vedenje pogosteje pojavljalo, kakšno funkcijo imajo različna vedenja; kako otrok s svojim vedenjem vpliva na nas, kako mi s svojim vedenjem vplivamo nanj. S tehniko sestopanja sva predelali avtomatsko misel »Ne znam delati s sinom« in prišli do bazične predpostavke, da je nesposobna mati. Ker je ocenila, da v to močno verjame, sva se je lotili s kognitivno restrukturacijo in z beleženjem situacij v zvezi s sinom, v katerih je bila zadovoljna sama s seboj in z beleženjem napredka pri sinu.

V enem od zadnjih srečanj je kot napredek navedla:

- da se je naučila, kako reagirati, kadar se ji upre,
- da mu zna jasneje pokazati, kdaj ne bo odstopila od svojih zahtev,
- da ji lahko pomaga pri mnogih delih,
- da je začela bolj vključevati hčerko.

V štirih mesecih sva se srečali enajstkrat, sprva vsak teden, nato na 14 dni. V tem času sva dosegli:

- ocenila je, da se sin odziva na njene pobude približno v 70%,
- doživljanje uspešnosti v vlogi matere je narastlo na 60%.

VIRI:

1. Anić, N. in Ilić-Supek, D. (1984). *Indikacije za bihevioralnu terapiju*. Praktikum iz bihevior terapije, str.17-22. Zagreb: Društvo psihologa SR Hrvatske.
2. Anić, N. (1984). *Funkcionalna analiza ponašanja*. Praktikum iz bihevior terapije, str. 45-57. Zagreb: Društvo psihologa SR Hrvatske.
3. Anić, N. (1984). *Planiranje programa za modifikaciju ponašanja*. Praktikum iz bihevior terapije, str. 63-77. Zagreb: Društvo psihologa SR Hrvatske.
4. Gelfald, D. M. in Hartman, D. P. (1975). *Child Behavior Analysis and Therapy*. New york: Pergamon Press.
5. Gredel, Z. (1984). *Metode prikupljanja i obrade podataka u bihevior terapiji*. Praktikum iz bihevior terapije, str. 37-45. Zagreb: Društvo psihologa SR Hrvatske.
6. Groden, J. (1993). *The Use of Covert Procedures to Reduce Severe Aggression in a Person with Retardation and Behavioral Disorders*. J. R. Cautela in A. J. Kearney. *Covert Conditioning Casebook*. Brooks/Cole Publishing Company Pacific Grove.
7. Hrastar, F. (1976). *Mentalna subnormalnost*. Pedopsihijatrija 1, str. 29-62. Ljubljana: Katedra za psihijatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani.
8. Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. in Clark, D. M. (1990). *The Development and Principles of Cognitive-behavioural Treatments*. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*, str. 1-13. New York: Oxford University Press.
9. Pečjak, V. (1975). *Psihologija spoznavanja*. Ljubljana: DZS.
10. Škrinjar, J. in Teodorović, B. (1997). *Modifikacija ponašanja u radu s osobama sa većim teškoćama u učenju*. Zagreb: Fakulteta za defektologiju.
11. Vernon, W. M. (1972). *Motivating Children – Behavior Modification in the Classroom*. New York: Holt, Rinehart and Winston Inc.
12. Zdravković, J. (1980). *Bihevioralna (psihoterapija) u psihijatriji*. Niš: Institut za dokumentaciju zaštite na radu.
13. Živčić-Bečirević, I. (1990). *Kognitivno-bihevioralna procjena djece*. Praktikum iz kognitivne i bihevioralne terapije III (str.113-134). Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske.

KOGNITIVNO VEDENJSKI PRISTOP K DEPRESIVNI MOTNJI

UVOD

Razpoloženska lega je lahko normalna, privzdignjena ali depresivna. Običajno doživljamo širok razpon razpoloženskih stanj, kjer pa ohranjamo občutek samokontrole. Pri motnjah razpoloženske lege pride do izgube kontrole nad razpoloženjem, ob tem pa do občutka velikega distresa.

Beseda kognicija poenostavljeno pomeni misel ali zaznavo. Kognitivna terapija temelji na predpostavki, da naše misli in interpretacije dogodkov vplivajo na občutke, telesne znake in vedenje. Kadar črnogledo razmišljamo o sebi in o svetu, smo nesrečni. Če mislimo, da je vse brezupno, smo potrti.

Prevalenca velike depresivne epizode je v odraslem življenjskem obdobju približno 15%. Pojavlja se lahko v številnih oblikah, kar opredeljujejo sedaj veljavne klasifikacije MKB 10 in DSM 4. V njih vidimo, da so depresije lahko epizodične kot male ali velike depresivne epizode, kot enkratne ali ponavljajoče se, kot unipolarne motnje ali v sklopu bipolarne motnje, kjer se izmenjujejo z maničnimi epizodami, lahko pa se pojavljajo tudi kot trajne razpoloženske motnje. V zadnjih letih razlikujemo tudi moško in žensko obliko depresivnega stanja.

DSM 4 opredeljuje za veliko depresijo vsaj pet od sledečih znakov, ki naj trajajo najmanj dva tedna. Obvezno je depresivno razpoloženje ali izguba zanimanja. Potrebni znaki so :

- depresivna razpoloženska lega, ki je lahko subjektivna ali pa to opazijo drugi ljudje,
- izguba interesa ali zanimanja za prej zanimive aktivnosti,
- pomembna izguba telesne teže (5% mesečno), lahko pa se pojavi tudi povečan apetit,
- nespečnost ali pretirana potreba po spanju,
- psihomotorna zavrtost ali agitacija,
- izguba energije in utrujenost,
- občutek nemoči, krivde in razvrednotenja,
- motnje koncentracije,
- suicidalne misli.

Potrebni so tudi upad dnevne učinkovitosti, izključitev sekundarne depresije in izključitev žalovanja.

VZROKI ZA NASTANEK

Ko poskušamo razumeti vzroke za nastanek depresivne motnje, se srečujemo s številnimi biološkimi, psihološkimi in socialnimi teorijami. Med biološkimi teorijami imajo osrednjo vlogo genetske študije, ki kažejo na pomembno vlogo dednih dejavnikov, in nevrobiokemične teorije, ki slonijo na opazovanjih biokemičnih sprememb v določenih delih možganov. Danes velja mnenje, da gre pri nastanku depresije za povezavo med dedno obremenjenostjo v smislu ranljivosti za nastanek depresije in zunanjimi dejavniki.

Zunanji dejavniki vplivajo na nastanek določene osebne strukture, predstavljajo pa tudi zunanje stresne dogodke. Psihosocialni stresi se lahko pojavljajo v obliki enkratnih velikih stresnih dogodkov ali kot kronično stresno stanje. Omenjene strese pogosto vidimo v obdobju pred pojavom depresivne motnje.

Več psiholoških teorij nam poskuša razložiti, zakaj pri posamezniku pride do nastanka depresivne motnje. Te teorije predstavljajo osnovo za različne terapevtske pristope. V akutnem obdobju depresije sta v veljavi zlasti kognitivno vedenjska terapija in interpersonalna terapija, ki je usmerjena

* Metoda Vidmar Vengust, dr. med. spec. psihiater (Zdravstveni dom Celje – psihiatrični dispanzer, Gregorčičeva 5, Celje 3000, metoda.vidmar-vengust@zd-celje.si)

v reševanje disfunkcionalnih odnosov. Oba pristopa sta pomembna tudi za preprečevanje ponovitve depresije.

Psihoanalitsko orientirana terapija temelji na psihoanalitski teoriji depresije in je usmerjena zlasti v spreminjanje osebnostne strukture, poudarek pa je tudi na prepoznavanju in predelavi občutkov, na utrjevanju zaupanja in izboljšanju sposobnosti za reševanje problemov.

KOGNITIVNO VEDENJSKI (KV) MODEL NASTANKA DEPRESIVNE MOTNJE

Zgodovina razvoja razumevanja depresije nam prikazuje več modelov, ki predstavljajo bazo, na kateri sloni sodoben KV pristop.

1. Model ojačevanja

Ta model je še najbližji vedenjski teoriji depresije po Lewinsohnu in pravi, da depresivno vedenje lahko razumemo kot rezultat izgube oziroma pomanjkanja pozitivne podkrepite določenega vedenja od okolice, v kateri posameznik živi. Zaradi pomanjkljivega odziva okolice določeno vedenje pričinja ugašati po pogostnosti, intenziteti in kvaliteti. Opisani so trije načini pomanjkanja pozitivne podkrepite.

Prvi je izguba pomembne osebe ali premalo vzpodbude od te osebe. Druga možnost je pomanjkanje socialnih spretnosti za vzpostavljanje vzpodbujajočih in zadovoljujočih socialnih odnosov. Tretji možni razlog ugašanja določenega vedenja pa je nesposobnost posameznika, da začuti pozitivne vzpodbude od okolice. Razlog za omenjeno nesposobnost je lahko prisotna anksioznost, ki je pogost simptom depresivnosti. Ko pri depresivnem definiramo deficitarno področje, naredimo potreben terapevtski program. V prvem primeru načrtujemo shemo vzpodbujajočih aktivnosti, pri drugem delamo trening socialnih spretnosti, pri tretjem pa se usmerimo bolj v relaksacijske tehnike.

2. Model deficita socialnih spretnosti

Asertivnost je nujna za doseg ciljev. Raziskave kažejo, da imajo depresivni deficite v sposobnosti reševanja problemov. Rešujejo jih pogosto na disfunkcionalen način, npr. z zlorabljanjem psihoaktivnih snovi.

3. Model nemoči

Temelji na Selingmanovi teoriji naučene nemoči. Neprijetni dogodki, ki jih oseba ne more kontrolirati, lahko vodijo v vsesplošni občutek, da posameznik ne kontrolira več pomembnih izidov v svojem življenju. Govorimo lahko o generaliziranem občutku nemoči. K depresiji nagnjeni ljudje imajo pogosto tudi negativni atribucijski stil, kar pomeni, da nase prevzemajo odgovornost za vse slabe dogodke, pozitivne dogodke pa pripisujejo zunanjim okoliščinam. Negativni atribucijski stil vodi v izogibanje domnevnim negativnim dogodkom v prihodnosti. Občutek nemoči, ki se ob tem pojavi, vodi v brezupnost, kar je podlaga depresivnosti. Pri terapevtskem delu z depresivnimi je pogosto eden prvih ciljev premagovanje občutka nemoči in s tem vzpostavljanje določene kontrole nad zunanjimi dogodki.

4. Model samoocenjevanja

Depresivni imajo serijo deficitov na področju samoopazovanja, samoocenjevanja in samovzpodbujanja, zato imajo probleme v organiziranju vedenja, ki je usmerjeno k dolgoročnejšim ciljem.

5. Model kognitivne distorzije

Beckov kognitivni model predpostavlja, da zgodnje izkušnje vodijo ljudi v oblikovanje bazičnih prepričanj o sebi in svetu. Nekatera prepričanja so rigidna, ekstremna, odporna proti spremembam in zato disfunkcionalna. Takšna prepričanja se oblikujejo zlasti na področjih prepričanj o lastni sreči in na področju samovrednotenja. Takšno prepričanje je npr.: vse moram narediti perfektno. Disfunkcionalna prepričanja sama po sebi ne vodijo v razvoj klinične depresije. Problem nastopi, če

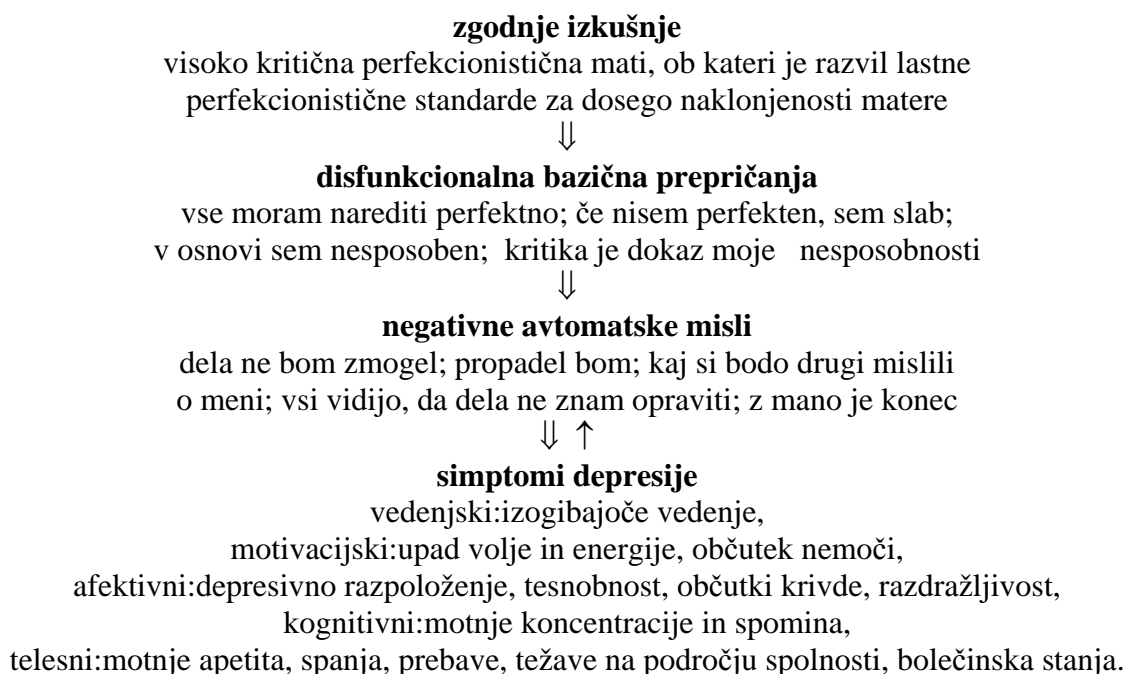
neki kritičen dogodek pomembno vpliva na človekov lastni sistem prepričanj. Ko se disfunkcionalna bazična prepričanja v določenih okoliščinah aktivirajo, sprožijo val negativnih avtomatskih misli, kar je povezano z neprijetnimi občutki. Z negativnimi avtomatskimi mislimi posameznik izkrivljeno interpretira sedanje dogodke, predvideva o prihodnosti in ponovno negativno interpretira dogodke preteklosti. Vse to vodi v nastanek ostalih znakov depresije.

Znaki depresije povratno krepijo negativne avtomatske misli in tako simptomi praktično poglobljajo samega sebe.

Poglejmo primer A, ki nam ponazarja model nastanka depresivnosti.

48- letni bolnik je imel pri prvem pregledu znake velike depresije nepsihotičnega tipa. Depresija je doma v blažji obliki trajala vsaj eno leto. Sprožilni dogodek nastanka depresije je bila premestitev na novo, bolj zahtevno in intelektualno delo, kjer je imel tudi več stikov z ljudmi. Do te premestitve je opravljajal manj zahtevna dela. Imel je občutek, da delo dobro obvladuje in se je čutil zadovoljnega. Psihološki testi so pokazali, da premorbidno izpolnjuje kriterije za izogibajočo osebnostno motnjo. Vedno je bil zadržan pri vstopanju v socialne stike, imel je odpor do sprememb, novosti in izzivov. V ozadju je bil strah pred kritiko, pred zavračanjem in izogibanje neprijetnim občutkom vznemirjenosti, tesnobe in bojazni.

Kognitivni model nastanka depresije je :



Kognitivni model nam pokaže, da pri depresivnem nastopi problem začaranega kroga, saj nastanek depresivnih simptomov depresivni ponovno negativno interpretira, kar pogloblja depresijo, npr. občutek nemoči si razlaga kot dokaz svoje lenobe, kar potrjuje prepričanje, da je slab. Telesne znake si lahko razlaga kot dokaz hude telesne bolezni, kar pogloblja občutek nemoči in brezupa.

Zavedati se moramo, da ne obstaja kvalitativna razlika med mišljenjem depresivnega nepsihotičnega bolnika in ostalimi ljudmi, depresija le poglobi in intenzivira procese, ki so v vseh nas. Poudariti je potrebno tudi to, da negativne misli ne povzročajo depresije, temveč je depresija posledica raznih bioloških, razvojnih, socialnih in psiholoških predispozicij. Depresivne misli ne povzročajo depresije, temveč so **del nje**. Negativne misli predstavljajo sprožilec, vzpodbujevalec in vzdrževalec drugih simptomov, zato predstavljajo koristno področje za psihoterapevtsko obravnavo.

SPLOŠNE ZNAČILNOSTI KVT DEPRESIJE

KVT depresije je aktivna, direktivna, časovno omejena in strukturirana. Temelji na kognitivnem modelu emocionalnih motenj. Gre za terapevtsko sodelovanje, kjer je bolnik enakovreden

partner. Terapija je kratka in časovno omejena in vzpodbuja bolnika k razvoju in oblikovanju večin samopomoči. Orientirana je na problem in osredotočena na tista področja, ki vzdržujejo težave. Način dela je tak, da depresivnega uči, da lastne misli in prepričanja postavlja pod vprašaj in jih v življenju preverja. Naučeno trenira s prakticiranjem med terapevtsko seanso in doma v obliki domačih nalog.

Neposredni cilj terapevtskega procesa je zmanjševanje simptomov depresije, na daljši rok pa oblikovanje strategije za reševanje problemov (problemi v odnosih, problemi v okolju). Cilj je tudi preprečevanje morebitnih prihodnjih epizod depresije.

V povprečju traja terapija približno dvajset seans enkrat tedensko, prve tedne pa pogosto dvakrat tedensko za premostitev občutka nemoči, morebitnih suicidalnih misli in podobnega.

Nekateri ljudje, ki so do depresivne epizode spretno premagovali težave in dobro reševali probleme, potrebujejo manj seans, npr. 5-6 seans.

Močno depresivni, pogosto hospitalizirani, s hudimi težavami v koncentraciji in nizko ravnjo aktivnosti, imajo korist predvsem s kratkimi, 20- minutnimi seansami, ki so usmerjene na določene vedenjske naloge.

Primer bolnika B: 51- letni bolnik je bil hospitaliziran v psihiatrični bolnici po suicidalnem vedenju. Dan po sprejemu ocenjujemo, da gre pri njem za veliko depresijo že psihotične razsežnosti. Bolnik je vodilni delavec majhnega podjetja, ki mu grozi stečaj. Depresija je nastopila vzporedno s slabšanjem stanja v delovnem okolju. Doma je trajala in se poglobljala nekaj mesecev, zadnji mesec pa je depresivno miselno katastrofiziranje prihodnosti dobilo že blodnjave razsežnosti. Govoril je, da doma že živijo vsi v mrazu, ker nimajo denarja za nakup plina in da ga v bolnici nihče ne bo mogel obiskati, ker ni denarja za prevoz. Njegovi strahovi za prihodnost so imeli seveda določeno realno osnovo, ki pa jo je bolnik presešel tako po kvaliteti kot kvantiteti.

Tretji dan hospitalizacije se je ob diferentni medikamentozni terapiji že toliko miselno uredil, da je bil sposoben sodelovanja v 20- minutni seansi, kjer je povedal, da ga skrbi, da doma živijo v mrazu, ker si ne morejo zakuriti v hiši. Izkazalo se je, da do takrat tega ni natančno preveril. V seansi je dobil nalogo, da popoldne v času obiskov z ženo natančno preveri vsa področja domačega življenja, ki ga vznemirjajo in da si odgovore na kratko tudi napiše. Naslednji dan je bolnik povedal, da je stopnja zaskrbljenosti za domače pomembno manjša, saj je podrobno preveril vsa področja življenja doma.

Drugi problem, ki ga je navedel v drugi seansi, je bila miselna preokupiranost s trenutnim stanjem v podjetju. Nejasno je bilo, kdo bo vodil tekoče posle in kdo bo podpisnik uradnih dokumentov. Ponovno se je izkazalo, da bolnik razen miselnih ruminacij ni storil nič za reševanje problema. Ponovno naredimo natančen dogovor za srečanje s predstavnikom podjetja in začasno predajo poslov, kar je izpeljal še isti dan in ponovno poročal o občutkih olajšanja.

Oba problema pričata o tem, da gre pri bolniku v osnovi za hud in nerealen občutek nemoči. S preprostimi vedenjskimi ukrepi je presešel občutek nemoči in dvigoval občutek kontrole nad zunanjimi dogodki. Iz vseh teh problemov je razvidno tudi to, da je bil na miselnem področju prisoten pojav **kognitivnega izogibanja** razmišljanja o reševanju problema, kar je vzdrževalo občutek nemoči. Kognitivno izogibanje je nastopilo zaradi izrazitega katastrofiziranja prihodnosti in s tem občutka lastne nesposobnosti za reševanje problemov.

Na naslednjih seansah smo se pogovarjali o njegovih občutkih krivde zaradi propadanja podjetja in o problemih, ki so bili povezani z izgubo zaposlitve.

Bolnik je bil hospitaliziran zaradi globoke depresije, ki pa je dobro reagirala na kombinacijo medikamentozne terapije in KV pristopa, ki je bil tako hitro možen, ker se je relativno hitro distanciral do blodnjave miselne vsebine in ker je bila koncentracija zadovoljiva.

Vključen je bil tudi v oddelčni aktivacijski program, ki je deloval kot distraktor negativnim avtomatskim mislim.

IZBOR BOLNIKOV ZA KVT

Pri odločanju o tem, ali bomo uporabljali KVT pri delu z določenim bolnikom je dobro, če si odgovorimo na naslednja vprašanja.

1. Ali je bolnik depresiven?

Za oceno uporabljamo lahko razne teste in sodobne klasifikacije. KVT je uveljavljena metoda psihoterapevtskega pristopa v vseh fazah depresije. V praksi se medikamentozna terapija in KVT lahko, pri globljih depresijah pa celo morata kombinirati.

2. Kako globoka je depresija?

Ocena globine depresije je pomembna za oceno potrebe po medikamentoznem zdravljenju, za oceno potrebe po morebitni hospitalizaciji, globina depresije pa vpliva tudi na začetno izbiro ciljev in tehnik pri zdravljenju. Od globine depresije je odvisna dolžina seans, pri vsebini seans pa je potrebno upoštevati tudi vedenjske in kognitivne deficite.

Posebna pozornost je namenjena izvabljanju občutkov nemoči, suicidalnih namer in negativnih pričakovanj glede rezultata zdravljenja, ker je obravnava teh problemov v terapiji prednostna.

3. Ali poroča o depresivnih negativnih mislih?

Nekateri ljudje z depresijo poročajo o množici negativnih misli in jih tudi z lahkoto prepoznavajo, spet drugi pa težje prepoznavajo negativne misli.

4. Kakšna je pripravljenost bolnika, da sprejme ta način zdravljenja?

Nekateri hitro začitijo, da jim je ta način zdravljenja blizu, in ga z lahkoto sprejmejo. Dobro je, če bolnika na začetku zdravljenja vprašamo o njegovih pričakovanjih glede terapije in na kakšen način si terapijo predstavlja. Potem predstavimo način terapije in damo bolniku možnost, da se odloči, ali mu je takšen način zdravljenja blizu ali ne. Določeno število ljudi v resnici ni pripravljeno delati na tem, da izgubijo simptome. Takrat je potrebno razumeti, kaj simptom pomeni, in obravnavati najprej tista problematična področja, zaradi katerih človek potrebuje simptome, npr. 40-letni depresivni bolnik ni mogel prenehati sanjariti o dekletu, ki ga je zapustilo. Izkazalo se je, da mu sanjarjenje in fantazije o bivšem dekletu prinašajo kratkoročno olajšanje žalosti zaradi izgube, v fantazijah pa si tudi lajša občutke krivde zaradi nekaterih svojih dejanj v tem odnosu. Prednostna je bila tako obravnava občutkov krivde in iskanje drugačnih načinov lajšanja žalosti.

5. Ali je bolnik sposoben oblikovati enakovreden odnos?

Nekateri verjamejo, da mora terapevt opraviti glavnino dela, spet drugi pa se sramujejo pred razkritjem svojih misli. Tovrstni problemi vplivajo na to, da so prve seanse bolj usmerjene na graditev odnosa in učenje terapevtskih tehnik. Potrebno je identificirati in oceniti misli in prepričanja, ki preprečujejo aktivno sodelovanje, npr. če povem, kako se v terapiji počutim, bom zavrnjen.

6. Kakšen je bil do sedaj izbor načinov reševanja problemov?

Tisti, ki so do sedaj imeli dober izbor vedenjsko kognitivnih tehnik pri reševanju problemov, bodo seveda reagirali hitreje z izboljšanjem v primerjavi s tistimi, ki so brez tovrstnih veščin.

STRUKTURA TERAPEVTSKE SEANSE

ZAČETNI INTERVJU

Začetni intervju, ki traja okvirno eno uro, ponavadi nastopi po diagnostični oceni in oceni primernosti za terapijo. Glavni cilj je vzbuditi upanje, zato se začneta takoj aktivni terapevtski pristop in vzpostavljanje strukture. V tej fazi še ni potrebno vedeti vsega o bolniku, potrebno pa je oceniti sedanjo situacijo tako, kot jo vidi bolnik. Podatki zajemajo osrednje probleme, njihov začetek,

razvoj, vpetost v življenjske okoliščine, sposobnosti za reševanje problemov, podporo socialnega okolja in povezavo z negativnimi avtomatskimi mislimi. Pogosto se bolj bazične informacije dobijo šele potem, ko je terapija že krepko v teku. Aktualne probleme povzamemo v obliki liste problemov, ki jo naredimo skupaj z bolnikom. To mu že daje občutek, da je aktiven in sodelujoč, terapevtu pa pomaga, da lažje razume bolnikove poglede na problem.

Ko oblikujemo listo problemov, definiramo cilje. Nekateri cilji so primerni za terapijo, drugi pa neustrezni in jih je potrebno predelovati, s tem pa tudi spreminjamo bolnikova nerealna pričakovanja do terapije, omogočamo spremljanje napredka in usmerjamo pozornost na prihodnost.

V prvi seansi predstavimo tudi zunanji okvir zdravljenja : število seans, trajanje, pogostnost seans, uporabo domačih nalog in dogovor o vzpostavitvi stika v primeru potrebe. Potem preprosto razložimo osnovne zakonitosti depresije kot začaranega kroga med depresivnimi mislimi in depresivnimi simptomi. Včasih depresivni že sami omenijo, da jim je med pogovorom z nami nekoliko odleglo. To lahko uporabimo kot potrditev tega, kako njegove negativne misli vplivajo na razpoloženje. Pojasnimo mu, da se je v času pogovora miselno usmeril navzven in s tem preusmeril pozornost stran od notranjih negativnih misli, kar mu je prineslo olajšanje. Povemo tudi to, da se bomo podobnih mehanizmov učili v času terapije, ob tem pa se bo bolnik učil tudi prepoznavati in preverjati depresivne misli in tako pretrgati začarani krog depresivnosti.

Na koncu vedno želimo dobiti povratno informacijo, zlasti dvome, ki jih ima v zvezi s terapijo.

Na koncu seanse se dogovorimo o domači nalogi, ki je lahko: poslušanje kasete prve seanse, branje priročnika o depresiji, beleženje aktivnosti in razpoloženja, lahko pa tudi že prepoznavanje negativnih avtomatskih misli, kar si prav tako zapisuje.

STRUKTURA NASLEDNJE SEANSE

Preden začnemo, oblikujemo strukturo vsake posamezne seanse, potem pregledamo skupaj dogodke in počutje preteklega tedna, s tem se izluščijo pomembni dogodki, lahko pa tudi tema za seanso.

Vedno še enkrat vprašamo, če ima kakšne misli, vezane na prejšnjo seanso, npr: Kakšna je bila vaša reakcija na to, da misli vzdržujejo depresijo? Koliko bo lahko po vaši oceni ta pristop za vas učinkovit?

S tem želimo in pričakujemo, da se bo aktivno odzival na terapijo.

Potem skupaj pregledamo domačo nalogo, razčiščujemo morebitne težave in napačno razumevanje posameznih pristopov.

Domača naloga je uporabna le, če je logično nadaljevanje teme med seanso, če je jasna in konkretna in če ima jasno postavljene cilje.

Pri depresivnih je posebno pomembno to, da je domača naloga takšna, da jo je sposoben izpeljati in s tem dobiti pozitivno povratno vzpodbudo. V terapevtskem odnosu z depresivnim je ena najpomembnejših spretnosti slediti sposobnostim depresivnega. Depresivni si vsak neuspeh pogosto razlaga kot generalni dokaz lastne nesposobnosti.

Na koncu vedno iščemo povratno informacijo o seansi, zaprosimo ga tudi za povzetek seanse.

OSREDNJE KOGNITIVNO VEDENJSKE STRATEGIJE

Glavne strategije so:

- kognitivne strategije
- vedenjske strategije
- kognitivno vedenjske strategije
- preventivne strategije

Vsaka strategija bo razložena v posebnem poglavju. Pri večini primerov napredujemo kronološko po vrstnem redu. Splošno pravilo je, da mora biti vsaka strategija dobro osvojena, preden nadaljujemo z drugo. Seveda meje med posameznimi strategijami niso vedno jasne. Pogosto uporabljamo tudi eno

ali več strategij skupaj. Včasih posamezne elemente preskočimo, npr. distrakcijske tehnike ne uporabljamo, če je oseba sposobna, da si takoj in učinkovito odgovori na negativne avtomatske misli. Način terapevtskega pristopa je odvisen tudi od ocene, kateri problemi so najbolj ustrezni za intervencijo v določenem trenutku.

Za izbiro terapevtske strategije si postavimo naslednja vprašanja:

1. Kako globoka je bolnikova depresija?

Globalja je depresija, večja je verjetnost, da bo bolnik imel težave pri vzdrževanju normalnega nivoja aktivnosti. Če je tako, sta beleženje in planiranje aktivnosti prednostna cilja tudi zato, ker so obdobja neaktivnosti plodna tla za depresivne avtomatske misli.

2. Na kateri točki terapije smo?

Preprosto povedano gre za to, da mora oseba prej znati prepoznavati negativne avtomatske misli, kot da jo učimo, kako jih preverja in nanje odgovarja.

3. Kateri problem je trenutno najbolj stresen za bolnika?

Včasih se bolnik in terapevt ne ujemata v mnenju, na katerem problemu bi bilo potrebno najprej delati, npr. globalje depresivni bolnik želi najprej obravnavati boleč odnos s partnerjem, terapevt pa je mnenja, da bi bilo dobro obravnavati najprej stopnjevanje kontrole nad depresivnimi simptomi. Takrat skupaj predelujemo argumente za in proti, lahko pa sklenemo tudi kompromis, da na seansah, kjer je varneje, predelujemo problematični odnos, med seansami pa bolnik vadi tehnike za premagovanje depresivnosti.

4. Kateri problem je trenutno najbolj odprt za spremembo?

Z vsakim uspešno rešenim problemom vzpodbujamo upanje in povečujemo pripravljenost za nadaljnje delo, bolnik pa pridobiva tudi občutek, da se depresija lahko kontrolira.

PRISTOP K SUICIDALNEMU BOLNIKU

Kadar imamo pred seboj depresivnega bolnika, je ena od najpomembnejših nalog oceniti stopnjo suicidalne nevarnosti. Danes vemo, da vzpodbujanje depresivnega, da spregovori o suicidalnih mislih, pogosto pomaga, da vidi problem bolj objektivno in da prične razmišljati o drugačnih možnih rešitvah problema. Raziskave kažejo, da je suicidalna nevarnost sorazmerna z občutkom nemoči, ki vodi v beg pred življenjem. Na kognitivnem nivoju suicidalni preteklost interpretirajo kot slabo, sebe kot ničvrednega, prihodnost pa brez upanja. Povečujejo pomen negativnega in zmanjšujejo rešljivost problema. Stopnjo suicidalne nevarnosti lahko pojmujeemo kot točko na nekem kontinuumu. Na eni strani je želja po življenju, na drugi strani želja po smrti, vmes pa so številne možnosti, npr. ženska, ki jo zapusti mož, poje prekomerno količino tablet in po tem pokliče dragega. Njena želja po življenju je pogojena s tem, ali jo bo prišel rešiti ali ne. Nekateri pa se preprosto želijo umakniti iz življenja. Čim višja je želja po umiku iz življenja, večja je nevarnost. Alarmantno je, če ima izdelan suicidalni načrt. Suicidalne je potrebno zavarovati, bodisi z napotitvijo v bolnišnico, ali z drugimi dovolj varnimi načini. Potrebno je vključiti bližnje, imeti pogost stik z bolnikom in nuditi možnost takojšnjega stika pri zaostitvi suicidalne nevarnosti.

Prvi korak pri pomoči tovrstnim bolnikom je stopiti v njegov svet in ga pogledati skozi njegovo perspektivo. Glede na njegov motiv, izberemo terapevtski fokus in tehniko.

Če se želi umakniti iz življenja in je njegova nemoč zaradi pomanjkanja pozitivnega pričakovanja v hudih zunanjih okoliščinah, poskušamo vplivati na lajšanje zunanjih okoliščin, ali pa uporabljamo tehniko reševanja problema. Če vidi svet nerealno negativno in se zato čuti nemočnega, delamo na njegovem izkrivljenem pogledu nase in na svet in na sistem prepričanj.

Če s poskusom samomora želi vplivati na druge, raziskujemo, ali gre za potrebo po ljubezni, potrebo po maščevanju ali izražanje jeze. Včasih je poskus samomora komunikacija in kaže na nesposobnost, da bi se pogovarjali na ustrežnejši način, zato ga učimo ustrežnejše komunikacije.

Na kognitivnem nivoju iščemo in skupaj z njim vrednotimo njegove poglede na probleme in skušamo odkriti notranja protislovja. Zelo pomemben je spoštljiv in empatičen terapevtski odnos.

KOGNITIVNE STRATEGIJE

Cilj teh tehnik je zmanjšati čas, ki se porabi za depresivne ruminacije, ob tem pa že pričeti vzpostavljati določeno stopnjo samokontrole nad depresivnimi mislimi. Manjše število depresivnih misli vodi v izboljšanje razpoloženja, to pa uporabimo za nadaljne reševanje problemov. Vse omenjene cilje preprosto v terapiji razložimo, povemo pa tudi, da se problema ne znebimo, če o njem ne razmišljamo, nam pa ta tehnika pomaga, da pridobimo kontrolo nad mislimi in občutki. Nekateri bolniki uporabljajo distrakcijo kot način izogibanja bolečih tem (kognitivno izogibanje). Takrat se pogovarjamo o prednostih in pomankljivostih tega (ali kratkotrajno izboljšanje počutja ali pustiti problem nerešen). Misli, ki preprečujejo spopadanje z bolečimi temami, lahko obravnavamo enako kot negativne avtomatske misli.

Distrakcijske tehnike so :

- Usmerjanje pozornosti na objekte, kjer se pozornost preusmerja na predmete v okolici. Depresivnega naučimo preusmerjanja pozornosti z opisovanjem predmetov, npr. kje natančno predmet stoji, kako velik je, kakšne barve je, iz česa je narejen, koliko takih predmetov je v prostoru, za kaj natančno se uporablja....
- Ozaveščanje senzornih dražljajev, kjer bolnika prosimo, da se usmeri na okolico v celoti in pri tem uporablja oči, sluh, okus, dotik in vonj. Ključna vprašanja so: kaj natančno vidite, če pogledate okoli sebe; kaj še vidite; kaj lahko slišite; kaj slišite v lastnem telesu; kaj slišite v sobi; kaj slišite zunaj sobe, zunaj zgradbe; kaj lahko okusite; česa se lahko dotaknete; ali lahko čutite telo v stolu; ali lahko občutite obleko na telesu; se lahko dotaknete svojih las, očal, čevljev; ali lahko kaj zavohate.
- Mentalne vaje predstavljajo odštevanje, npr. 100 -7.
- Prijetni spomini in fantazije, kjer svetujemo preklon na žive in konkretne spomine, na preteklost ali prijetne fantazije. Slabost te tehnike je, da se včasih težko preklopijo na prijetne spomine in da je ponavadi njihovo miselje preplavljeno z negativno vsebino.
- Zunanje aktivnosti, kjer svetujemo aktivnosti, ki okupirajo telo in misli npr. poslušanje radia ob likanju, razne športne aktivnosti.... Na začetku oslABLJENA koncentracija moti opravljanje aktivnosti za daljši čas, z vadbo pa je blokada ruminacij vse bolj učinkovita.
- Štetje misli ima za cilj zagotoviti odmik od negativnih misli, s tem pa ga tudi učimo prepoznavati začetek pojavljanja negativnih misli. Slaba stran te tehnike je, da neposredno privede do povečanja pozornosti in pogosto tudi števila teh misli, zato mora bolnik obvladovati tudi večšine odgovarjanja na negativne misli.

VEDENJSKE STRATEGIJE

Cilj vedenjskih strategij je povečevati aktivnosti, ki dvigujejo razpoloženjsko lego.

- Beleženje aktivnosti ali self monitoring

Bolnika prosimo, da na enostaven način beleži aktivnosti vsak dan po urah in zraven oceni stopnjo zadovoljstva do 10 in kasneje stopnjo uspešnosti do 10. Pametno je, da na seansah skupaj oblikujemo lestvico zadovoljstva in občutka uspešnosti in jih jasno definiramo, npr. kaj je zadovoljstvo za pet, kaj za osem in podobno. Takšna lestvica lahko dobro pomaga testirati misli bolnikov, da ničesar ne naredijo, kar je pogosto pri depresivnih. Tovrstna misel je lahko napačna, kar pokaže urnik aktivnosti. Če pa je misel resnična, je potrebno najti bolj zadovoljiv vzorec aktivnosti. Beleženje aktivnosti pokaže tudi odnos med aktivnostjo in razpoloženjsko lego, kar lahko vpliva na misli : ves čas se slabo počutim, nimam vpliva na svoje razpoloženje. Beleženje aktivnosti sili depresivnega tudi v ponovno oceno lastne uspešnosti, saj depresivni svoja dejanja pogosto podcenjujejo.

V mišljenju depresivnega so običajne samoojačitve zmanjšane, samokriticizem pa močno naraste, zato še bolj pade nivo aktivnosti. Vzpostavitev bolj realnega koncepta lastne uspešnosti je ključna za ponovno aktivacijo.

- Planiranje aktivnosti

Je naslednji korak v terapevtskem procesu. Depresivni planira za naprej vsak dan po urah. Cilj je povečati nivo aktivnosti in dvigniti uspešnost in zadovoljstvo, cilj pa je tudi povečevanje občutka kontrole nad lastnim življenjem. S tem seveda spet vplivamo na avtomatske misli: nikoli ničesar ne izpeljem; ne bi si smel vzeti časa za veselje....

Zelo depresivni lahko na začetku planirajo le pol ure aktivnosti na dan, v nekaterih primerih pa že samo planiranje aktivnosti lahko privede v običajno vedenje pred depresijo. Poglejmo primer D: 53-letna bolnica je prišla na prvi pregled globoko depresivna. Pred pol leta je hči hudo zbolela, kar jo je zelo potrla. Kmalu za tem ni mogla več spati, črne misli so ji rojile po glavi, močno je shujšala in že takrat obiskala psihiatra, ki ji je predpisal antidepresivno terapijo, po kateri je prišlo do delnega izboljšanja. Njeno psihično stanje pa se je izrazito poslabšalo, ko so pred štirimi meseci pri njej odkrili tumor v ščitnici. V kratkem času so tumor operativno odstranili. Kmalu po operativnem posegu se je pri njej pojavil občutek tiščanja v grlu, za kar ni bilo jasnega telesnega vzroka in razlage, zato so jo onkologi ponovno usmerili v psihiatrično obravnavo.

V prvem kontaktu je bila pomembno psihomotorno zavrtta, z motnjami pozornosti, koncentracije in spomina, čustvena lega je bila globoko depresivna. V spremstvu je bila hči, katere zdravstveno stanje se je v tem času popolnoma uredilo. Hči je poročala o maminih depresivnih ruminacijah in posledičnih problemih v vedenju, saj mati ni želela biti več nikjer sama, ker je v samoti razmišljala le o bolezni in o tem, da bo umrla. Veliko depresijo smo ocenili kot sekundarno (depresivna obolenja se pogosto pojavijo pred, med ali po raznih telesnih boleznih, tudi klasifikacija zahteva odsotnost telesnih boleznih) in nepsihotično, saj je bilo njeno razmišljanje do neke mere realno, vendar močno katastrofizirano.

Bolnici smo predpisali antidepresivno medikamentozno terapijo, po kateri je prišlo do prvega izboljšanja po dveh tednih, ko je na kontroli poročala o tem, da boljše spi, bila je manj psihomotorno zavrtta in lažje se je koncentrirala v pogovoru. V drugi seansi smo se dogovorili, da bo naredila urnik aktivnosti, kjer bo ocenjevala stopnjo zadovoljstva, saj je poročala o tem, da se preko vsega dne enako slabo počuti. Urnik je bil sprva oblikovan tako, da je dneve razdelila na dopoldan, popoldan in zvečer, pri oblikovanju urnika pa ji je prvi teden pomagala tudi hči. Na naslednji seansi se je pokazalo, da je njeno počutje boljše takrat, kadar se zaposli, če se s kom pogovarja in če gre iz hiše. Potem smo skupaj planirali aktivnosti, pri katerih se njeno razpoloženje izboljša, npr. s psom bo šla dvakrat dnevno na sprehod, vsak dan bo opravila delo zunaj hiše, ob stopnjevanju slabega počutja bo takoj poiskala koga za pogovor. S planiranjem aktivnosti je pričela vzpostavljati kontrolo nad počutjem.

Na naslednji seansi je pričela povezovati občutke napetosti, tiščanja v grlu in negativne misli, da bo umrla. Odkrili smo, da si je tiščanje v grlu razlagala kot ponovitev tumorja in kot dokaz, da bo umrla. Ugotovila je, da je tiščanja v grlu manj, kadar je aktivna in preusmerja pozornost drugam, popolnoma odsotno pa je bilo v spanju. To jo je prepričalo, da tiščanje v grlu ni dokaz ponovitve rakavega obolenja.

Izkazalo se je, da si je tudi simptome depresije razlagala kot zadnje obdobje rakavega obolenja.

V naslednjem koraku terapije se je naučila odgovarjati na negativne avtomatske misli, npr. nobenih znakov ni za širjenje bolezni, obstaja pa vrsta dokazov, da se moje počutje izboljšuje, saj sem vedno bolj aktivna, vse več se pogovarjam z ljudmi, sama že vozim avto, prenesem že pogovor o raznih boleznih....

Simptomi depresije so popolnoma izzveneli, občasno pa se je pri njej pojavljala še občutek tesnobe, ki je bil povezan s katastrofiziranjem raznih telesnih simptomov, zato je bila v tem obdobju terapija usmerjena na delo s temi mislimi.

Zadnja izmed vedenjskih tehnik je:

- Določanje nalog s postopnimi obremenitvami

Določene naloge razbijemo na majhne, postopne korake, s katerimi dosežemo končni cilj. Postopno doseganje ciljev omogoča premagovanje občutka nemoči in brezupnosti, vpliva pa tudi na

postavljanje razumnih ciljev, povečuje pogostnost samonagrajevanja in omogoča bolj realistično ocenjevanje uspeha.

KOGNITIVNO VEDENJSKE STRATEGIJE

Večina seans in domačih nalog je namenjenih učenju **identificiranja in testiranja** negativnih avtomatskih misli (NAM). To je srce kognitivne terapije. Uporablja se za zmanjševanje depresivnih simptomov in pri reševanju raznih življenjskih problemov.

Vsebina depresivnih misli je po Becku opredeljena s kognitivno triado. Gre za izkrivljen oziroma negativni pogled nase, na dosedanje izkušnje in na prihodnost. Primer E: 30-letni ekonomist je po banalnem konfliktu s sosedo v nekaj tednih zbolel za veliko depresijo nepsihotičnega tipa. Pred dvema letoma je že imel kratko depresivno epizodo po izgubi matere. Takrat je dosegel popolno remisijo. Ko je bil star sedem let, je njegov oče storil samomor v depresivnem stanju. Po prepiru s sosedo je bolnik sebe pričel ocenjevati kot slabega, pričel se je kriviti in obtoževati, ker je ostal v stanovanju staršev in ga celo obnovil, prihodnost v tem okolju pa se mu je zdela vse bolj brezupna.

Depresivne avtomatske misli imajo številne značilnosti, ki lahko vplivajo na terapijo in terapevtski proces. So habitualne, so avtomatske in neprosto voljne, zato se težko kontrolirajo. Ker so povezane z močnimi občutki, jim ljudje zelo verjamejo. Pojavljajo se v številnih okoliščinah, tudi v terapiji, npr. terapevt se me hoče znebiti. NAM, ki preprečujejo napredovanje v terapiji, pogosto preprečujejo tudi napredovanje na splošno.

NAM so ponavadi posledica miselnih izkrivljenj oz. distorzij. Najpogostejša miselna izkrivljenja depresivnih so :

- Pretirano posploševanje, ko na osnovi enega dogodka naredi splošno oceno. Pri zgornjem primeru vidimo, da je na podlagi enega dogodka bolnik generalno ocenil sebe, preteklost in prihodnost.
- Izključevanje pozitivnega, ko depresivni vidi le negativne dele doživetega. Naš bolnik je v svoji okolici videl le še negativnosti, pozitivnosti pa nič več.
- Dihotomno mišljenje ali mišljenje vse ali nič. To je razmišljanje v skrajnostih. Depresivni pogosto vse, kar ni dovršeno, doživljajo kot popoln neuspeh.
- Personalizacija pomeni prevzemanje odgovornosti za področja, ki nimajo z osebo nič skupnega, npr. če ga na cesti prijatelj ne pogleda, pomisli, da je sam nekaj hudega zakrivil. Tudi v našem zgornjem primeru je šlo za personalizacijo, saj je bolnik prevzel odgovornost za dogodek, kjer objektivno on sam ni bil nič kriv.
- Prenagljeno zaključevanje pomeni prehitro sklepanje brez dovolj podatkov, npr. nekdo ima probleme s prvo domačo nalogo in takoj zaključi, da ta terapija zanj ne bo učinkovita.

NAM vplivajo na številne bolezenske znake. Vedenjski in motivacijski znaki so povezani s pričakovanjem negativnega izzida (tega ne bom zmogel). Občutek žalosti je povezan z mislimi o izgubi (vse, kar je bilo vredno, sem izgubil). Tesnoba je povezana z mislimi o nekem tveganju ali grožnji. Depresivne ruminacije slabijo koncentracijo in s tem spomin, kar pogosto razumejo kot izgubo spomina. Telesni znaki so lahko pojačani zaradi negativnih razlag znakov (če ne zaspim, bom znorel).

Bolnik identificira negativne avtomatske misli najprej v seansi s terapevtom, potem pa razvija to večino s pomočjo tehnike beleženja aktivnosti, kjer beleži okoliščine, neprijetne emocije in NAM.

V primeru, ki smo ga predstavili v tem poglavju, je imel bolnik E vrsto negativnih avtomatskih misli. Najpogostejše so bile:

- sprejemam napačne odločitve,
- ne bi smel ostati v očetovem stanovanju,
- takšen sem kot oče,
- končal bom kot oče.

NAM testiramo na dva načina :

- z verbalnim spreminjanjem , kjer gre za proces učenja, kako se ponovno oceni veljavnost NAM. Skupaj se sprašujemo o dokazih, prednostih in pomanjkljivostih tovrstnega razmišljanja. Skupaj iščemo bolj realistične alternative. Poglejmo ponovno primer E. Skupaj z bolnikom ugotovimo, da je ključna, najbolj vznemirjujoča avtomatska misel ta, da bo končal kot oče, torej naredil samomor. Iščemo dokaze in protidokaze za to misel. Bolnik vidi glavno podobnost z očetom v tem, da sta oba obolela za depresijo, kar je zanj tudi ključni dokaz, ki potrjuje veljavnost NAM. Ko iščemo protidokaze, ugotovimo, da se od očeta razlikuje na več področjih, npr. zelo dobro reagira na antidepresivno medikamentozno terapijo, glede bolezni je zelo osveščen in hitro poišče strokovno pomoč, pripravljen je delati na svojih psiholoških problemih in s tem na preprečevanju nastanka depresije, spomnil pa se je tudi nekaj osebnostnih razlik v primerjavi z očetom. Problem pogledamo tudi širše. Res je, da depresivni nagibajo k samomorilnemu vedenju, vendar še zdaleč vsi depresivni ne končajo s samomorom. S tem skušamo razmejevati pojma depresija in samomor, kar je on sam pri sebi izenačil.

Pri verbalnem spreminjanju NAM si pogosto pomagamo s shemo po J. Beck. Povrnimo se ponovno k primeru A (gl. Stran 5). Bolnikova ključna avtomatska misel je bila, da ne bo zmozel opraviti dela na delovnem mestu. S to mislijo se je prebujal že zgodaj zjutraj in jo vse jutro premleval. Misel je dejansko predstavljala katastrofizacijo, saj pogosto še ni vedel, kaj ga tisti dan čaka na delovnem mestu. Skupaj oblikujemo shemo odgovarjanja na misel, da ne bo zmozel. Cilj tega je , da misel postavi pod vprašaj in jo ponovno ovrednoti. Bolnik A se je vprašal:

- Kako močno verjame v to misel na lestvici od 0 do 100. Odgovor je, da 80%.
- Katero je dominantno čustvo. V ospredju je strah, ki ga je ovrednotil na lestvici strahu na 80%.
- Kateri so dokazi, da ne zmore. Po nekaj dni zamudi rok oddaje, občasno pozabi kaj narediti, dela ne naredi dovolj natančno.
- Kateri so dokazi, da zmore. Naredi nalogo do konca, loti se zahtevnih projektov, narava dela zahteva kreativnost, ima vedno boljšo koncentracijo in več volje pri delu.
- Kateri je najhujši možni izid. Najhuje bi bilo, če bi doživel grajo in kritiko nadrejenih. Vprašamo ga, če bi to lahko preživel, kar potrdi(dekatastrofizacija).
- Najboljši možen izid je pohvala nadrejenih.
- Kaj je najbolj realen izid. Ugotovi, da smo na delovnem mestu pogosteje kritizirani kot hvaljeni.
- Ali mu misli koristijo. Zaveda se, da mu precej škodijo, saj mu grenijo življenje, vzdržujejo depresijo in ga ovirajo pri delu. Če jih ne bi imel, bi lahko bolj sproščeno in bolje delal.
- Če bi imel prijatelja, bi mu svetoval, naj zjutraj takoj vstane in ne razmišlja o delu, naj gre na balkon in malo potelovadi, na delovnem mestu pa malo poklepeta, če se negativne misli pojavijo. S tem bi imel več kontrole nad mislimi.

Pokazali smo mu primer dela z negativno mislijo, kar potem trenira tudi doma.

Pri spreminjanju negativnih misli bolnika učimo tudi prepoznavanja miselnih distorzij z listo miselnih distorzij.

Vedenjski eksperiment sledi verbalnemu vrednotenju NAM. V tem delu se preverja veljavnost NAM in testirajo nove misli. Z bolnikom predelujemo prednosti in slabosti dosedanjega reagiranja. Novo vedenje pogosto vodi v nasprotje NAM in postavlja pod vprašaj njihovo veljavnost. Včasih je za izvedbo vedenjskega eksperimenta potrebno opraviti trening asertivnosti ali trening reševanja problemov. Poglejmo ponovno primer A. Izkazalo se je, da je ključni trenutek za nastanek misli, da bolnik ne bo zmozel opraviti dela takrat, ko dobi delovno nalogo. Njegov nadrejeni mu dejansko preda obveznost s premalo podatki, ki pa jih bolnik nikoli ne zahteva zaradi pomanjkanja samozavesti. S treningom asertivnosti in igro vlog smo ga pripravili za konkretno stanje, ko mu bo predana nova delovna obveznost. Naučil se je bolj samozavestnega nastopa in treniral, kako se

postavljajo vprašanja nadrejenemu. Pri izvajanju naloge pa se je učil poiskati pomoč, česar do sedaj ni počel. Vse naučeno je potem izpeljal na delovnem mestu.

Vedenjski eksperiment mora biti jasno načrtan in zastavljen tako, da ne dobimo neuspešnega zaključka. Vedno tudi poskušamo oblikovati konstruktivni zaključek.

PREVENTIVNE STRATEGIJE

Glavna prednost psihološke obravnave depresije pred antidepresivno terapijo je, da lahko zmanjša nevarnost ponovitve. Občutljivost za nastanek depresivne epizode se lahko pomembno zmanjša s spreminjanjem bazičnih prepričanj, ki predstavljajo tudi osnovo depresivnih avtomatskih misli.

V času zgodnjega razvoja se vsak posameznik skuša naučiti pravil, s pomočjo katerih ovrednoti svoje življenje. Pravila določajo, kako je preneseno zaznavanje v kognicijo, kako si posameznik postavlja cilje, kako preverja in oblikuje svoje vedenje. S tem oblikujemo osebno mapo pomenov in vrednot.

Maladaptativna prepričanja se razlikujejo od adaptivnih po tem, da so nerealna, rigidna, posplošujoča in ekstremna. Preprečujejo učinkovito doseganje ciljev, povezana pa so tudi z zelo močnimi občutki.

Ta pravila zajemajo posebno občutljiva področja:

- uspeha (vedno in pri vseh opravilih moram biti perfekten),
- sprejemanja (vsi me morajo imeti radi),
- kontrole (v vsaki situaciji moram biti močan).

Ljudje, ki se bojijo bližine drugega človeka, lahko imajo bojazen, da ne bodo ustrezali pričakovanjem drugega (področje uspešnosti), lahko gre za strah pred zavrnitvijo (področje sprejemanja), lahko pa gre za strah, da bo njegovo življenje kontrolirano (področje kontrole).

Maladaptativna ali disfunkcionalna bazična prepričanja je težje odkriti kot NAM, ker so nezavedna in generalizirana. Lahko jih prepoznamo preko pogostih tem (preokupacija s perfekcionizmom), preko NAM (če ne misliva enako, nima pomena vztrajati v odnosu), lahko jih prepoznavamo preko splošne ocene sebe ali drugih (sem neumen, otročji, šibek), preko spominov in družinskih zgodb. Visoko dvignjeno razpoloženje je lahko znak, da je oseba v skladu s svojim bazičnim prepričanjem, npr. visoko perfekcionistična oseba je vzhičena, če doživi uspeh.

Do bazičnega prepričanja lahko pridemo tudi s tehniko sestopanja s tipičnimi vprašanji, kot so: kaj povedano pomeni vam, kaj bi drugi menili o vas, kaj bi se potem zgodilo, kaj bi bilo slabega v tem in podobno.

Beck je odkril nekaj tipičnih depresogenih prepričanj. To so:

- srečen sem lahko le, če sem v vsem uspešen,
- da sem srečen, moram biti sprejet vedno in pri vseh ljudeh,
- če naredim napako, sem bedast,
- ne morem živeti brez drugega,
- kdor se ne strinja z menoj, me ne mara,
- moja osebna vrednost temelji na tem, kaj drugi mislijo o meni.

Tudi pri oblikovanju in vzdrževanju bazičnih predpostavk so ključne miselne distorzije: posploševanje, mišljenje vse ali nič, prehitro zaključevanje in podobno.

Spreminjanje disfunkcionalnih prepričanj poteka tako, da v primernem obdobju terapije skupaj odkrijemo bazično prepričanje, ga postavimo pod vprašaj in testiramo z vedenjskim eksperimentom. Potem iščemo novo, bolj realistično prepričanje. Bazično prepričanje postavljamo pod vprašaj tako, da sprašujemo, kateri so dokazi za to prepričanje sedaj in vse za nazaj. Sprašujemo, če prepričanje ustreza zakonitostim sveta, ali je prepričanje realno, npr. neustrezno je prepričanje, da mora biti življenje vedno pošteno, če povsod vidimo, da ni tako. Potrebno je raziskati prednosti in pomanjkljivosti prepričanja. Visoka stopnja perfekcionizma vodi res v kvalitetno opravljeno delo, povzroča pa tudi visok nivo anksioznosti, kar lahko hromi dobro izvedbo, lahko pa vodi tudi v izogibanje izzivom.

Včasih nam razumevanje, kako je prepričanje nastalo, omogoča določeno distanco do njega. Včasih dobimo podatke iz družinskih spominov in zgodb. Če otrok verjame, da je preživetje povezano s preprečevanjem materine zavrnitve, to ponavlja tudi v odnosih z drugimi.

Pogosto bazično prepričanje je, da oseba ne more živeti sama. Takšno prepričanje se aktivira zlasti po izgubi ali zavrnitvi pomembne osebe. Takrat iščemo dokaze in protidokaze za bazično trditev. Pogosto odkrijemo obdobja, ko je oseba živela sama in bila pri tem uspešna. Potem s skrbnim planiranjem sedanosti išče dokaze za ali proti trditvi, da ne more živeti sama, in skupaj planiramo aktivnosti, kjer bodo bazična prepričanja postavljena pod vprašaj.

Poglejmo ponovno primer A. Bolnikovo bazično prepričanje je bilo, da mora biti vedno perfekten in da mora vedno narediti vse sam, ne glede na ceno. Bazično prepričanje o perfekcionizmu smo postavili pod vprašaj s tehniko kognitivnega kontinuuma, ko na premici določimo najprej dva skrajna pola, na eni strani perfekcionizem, na drugi pa popolno nesposobnost, na sredini pa mora najti številne primere ljudi iz vsakdanjega življenja. Bolnik spoznava, da ljudje niso popolni, ob tem pa tudi niso popolnoma nesposobni. S to tehniko vplivamo na črno- belo gledanje.

Temu sledi iskanje bolj realističnega prepričanja, npr. kot vsi ljudje opravi delo včasih bolje, drugič slabše. Nepošteno do mene je, da pričakujem, da bom vedno vse opravil perfektno.

Novo prepričanje si napiše na kartico in jo nosi s seboj tako dolgo, da prepričanje osvoji. Ob tem prepričanje ves čas testira v vsakdanjem življenju.

Prepričanja so globoko vsidrana, zato se ne spremenijo čez noč. Nova prepričanja je potrebno utrjevati v raznih situacijah. Pri tem lahko iščemo tudi podatke o tem, kakšni so standardi drugih ljudi, opazujemo njihovo vedenje in posledice tega vedenja.

Priprava za prihodnost

Na koncu terapije so številni zaskrbljeni, ali bodo zmogli sami. S temi mislimi delamo enako kot z drugimi NAM, pomembno pa je, da jih bolnik izrazi. Za naprej lahko naredimo načrte, kako se bo spopadal s pomembnimi problemi. Naredimo tudi povzetek, katere tehnike so bile posebno učinkovite in so prinesle največ izboljšanja.

KV TERAPIJA IN ANTIDEPRESIVI

Danes se antidepresivna terapija in KV terapija pogosto kombinirata, lahko pa se uporabljata vsaka sama zase. Samo KV pristop uporabljamo najpogosteje pri blažjih depresivnih motnjah.

Na splošno velja, da se priporoča kombiniran medikamentozni in KV pristop zlasti pri depresijah nepsihotičnega tipa, kjer je poudarjen občutek nemoči, kjer razpoloženska lega niha s spremembami v okolju, kadar razpoloženje niha skladno z negativnimi avtomatskimi mislimi, če je ohranjen stik z realnostjo in ni prehudih motenj koncentracije in spomina in če medikamentozna terapija sama ni prinesla zaželenega izboljšanja. Če je depresija zelo globoka in je zaradi tega oteženo sodelovanje bolnika, lahko pristopimo najprej medikamentozno, kasneje pa s KV pristopom. Pomembna vloga KV pristopa je v preprečevanju ponovitve depresivne motnje.

V zadnjem obdobju se kombiniran pristop uporablja tudi pri depresijah psihotične razsežnosti in pri bipolarni motnji, vendar delo s temi bolniki svetujemo le tistim, ki so večji dela z bolniki s tovrstnimi motnjami.

Neuspešna KVT

Majhen odstotek depresivnih ne reagira na KV terapijo, težko pa je to predvideti vnaprej. Problemi se ponavadi pojavijo že zgodaj v terapiji. Priporočljivo se je dogovoriti za nekaj seans in šele potem skleniti dogovor glede terapije. Če so vzdrževalci terapije kronični kognitivni in z obsežnimi vedenjskimi deficitami, se lahko odločimo za dolgotrajnejšo terapijo. Če pa so vzdrževalci depresije interpersonalni, je ustreznejša družinska ali interpersonalna terapija.

Zavedati se moramo, da nekateri ne zmorejo sodelujočega terapevtskega odnosa, zato ne zmorejo ustrezno sodelovati v terapiji.

Kaj lahko rečemo za konec ?

Horace Walpole je nekoč zapisal, da je življenje komedija za tiste, ki mislijo, in tragedija za tiste, ki čutijo.

Z njim bi se lahko strinjali v toliko, da je življenje lahko tragedija, če se ne zavemo vplivov na naša čustva in naše sposobnosti vzpostavljanja kontrole nad temi vplivi.

VIRI:

1. Anić N. (1995). *Praktikum iz bihevior terapije III*. Zagreb, Društvo psihologa hrvatske.
2. Barkham, M., Shapiro D.A., Hardy G., Rus A.(1990). *Psychoterapy in two plus one session*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 201-11.
3. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. NY: The Guilford press.
4. Beck, J.S. (1990). *Cognitive therapy - basic and beyond*. NY: The Guilford press.
5. Burns, D.D. (1990). *The feeling good handbook*. USA: A Plume book.
6. Dattilio, F.M., Freeman, A. (1994). *Cognitive behavioral strategies in crisis intervention*. NY: The Guilford Press.
7. Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark, D.M. (1989). *Cognitive biheviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press.
8. Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of psychiatry - behavioral sciences*. Baltimore: Williams & Wilkins.
9. Marie Cardine, M., Chamben, O. (1990). *Psychoteraoy in depression*. Rev Prat; 49: 739-43.
10. Scott, J. (2001). *Cognitive therapy for depression*. British Mededical Bulletin; 57:101-13.
11. Tomori, M., Zihlerl, S. (1990). *Psihijatrija*.Ljubljana: Litterapicta Ljubljana.

KOGNITIVNO-VEDENJSKA OBRAVNAVA DEPRESIJE OTROK IN MLADOSTNIKOV

Depresija je že dolgo poznana kot psihopatološko stanje pri odraslih, toda šele v poznih šestdesetih letih tega stoletja je uspešnost psihofarmakov pri obravnavi odraslih poleg splošno povišanega zanimanja za psihopatologijo razvojnega obdobja pritegnila pozornost raziskovalcev k depresiji pri mlajših, predpubertetnih otrocih. (Živčić, 1993a). Na večje zanimanje za depresijo v otroštvu so vplivali tudi podatki raziskovanj, ki kažejo na pomembno povišanje njene razširjenosti v zadnjih nekaj letih kakor tudi na vse nižjo starost prve depresivne epizode.

RAZŠIRJENOST

Pojmuje se, da se depresivno razpoloženje v določenem obdobju razvoja pojavlja pri eni tretjini vseh mladih (Roberts, Lewinsohn & Seeley, 1991; Petersen, Compas & Brooks-Gunn, 1992). Klinična depresija se pojavlja pri 2-6% adolescentov v splošni populaciji, oziroma 50-60% psihiatrične adolescentne populacije (Emslie in Weinberg, 1994), medtem ko med osnovnošolskimi otroki, ki obiskujejo psihiatrične klinike, niha med 2.1 do 61% (Kendall, 1991). Pogostost depresije pri predšolskih otrocih je pomembno redkejša (manj kot 1%) in je običajno vezana na družinsko patologijo, zanemarjanje, zlorabe, odvisnosti in podobno.

Povišanje pogostosti depresije s starostjo doseže vrh nekje v času srednje adolescence (Larsson in Melin, 1990). V tem času se že opaža pomembno višja prevalenca pri dekletih glede na fante (Petersen, White in Stemmler, 1991; Compas, Sydney in Grant, 1993). Glede na to, da nekateri avtorji navajajo, da je v določenih starostih depresija dvakrat pogostejša pri dečkih (Nurcombe, 1992), te razlike niso enotno potrjene. Sprememba v izraženosti depresije glede na spol (v korist deklet) se javlja med 14. in 15. letom, najmočneje pa je izražena med 15. in 18. letom (Nolen-Hoekema & Girgus, 1994), vendar nekateri avtorji ugotavljajo, da se razlike glede na spol opažajo samo v okviru klinične, ne pa normalne populacije (Compas in sod., 1997). Razlike glede na spol niso potrjene pri ponovnem pojavljanju depresivnih simptomov niti v stopnji depresivnih simptomov. Najbolj se povišata pogostost in pojavljanje novih primerov depresije je med 15. in 18. letom. Kaže, da je obdobje srednje in pozne adolescence kritično za pojav depresivnih simptomov, posebno pri dekletih.

DIAGNOSTIČNI KRITERIJI

Glede na klasifikacijo DSM-IV lahko otrok dobi diagnozo velike depresivne motnje, če simptomi pomembno ovirajo vsakodnevno funkcioniranje, če odražajo pomembno spremembo običajnega otrokovega razpoloženja in če niso izzvani z žalovanjem. Otrok mora kazati najmanj pet od naslednji simptomov v obdobju dveh tednov: 1. depresivno ali iritabilno razpoloženje (mora biti prisotno za postavljanje diagnoze); 2. anhedonijo; 3. zmanjšanje teže ali izgubo apetita ali nezadostno pridobivanje teže glede na starost; 4. motnje spanja; 5. psihomotorni nemir ali upočasnjenost; 6. utrujenost ali izgubo energije; 7. občutek brezvrednosti ali neutemeljen občutek krivde; 8. težave s koncentracijo ali neodločnost; 9. misli na smrt in/ali samomor. Poleg depresivne motnje v otroštvu se lahko postavi diagnoza distimična motnja kot prilagoditvena motnja z depresivnim razpoloženjem.

* dr. Ivanka Živčić – Bečirević, spec. klin. psih. (Sveučilište u Rijeci, FF u Rijeci, Odjel za psihologiju, Trg I. Klobučarića 1, Rijeka, izivcic.becirevic@ri.hinet.hr)

** Prevod: Vesna Krkoč, univ. dipl. psih. (Inštitut republike Slovenije za rehabilitacijo, Linhartova 51, Ljubljana 1000)

STAROSTNE POSEBNOSTI

Čeprav najnovejša diagnostična klasifikacija psihiatričnih motenj (DSM-IV, APA, 1995) priznava obstoj depresivne motnje pri otrocih, nekateri avtorji opozarjajo na nezadostnost razvojne perspektive, ki bi upoštevala dejavnike, kot so vedenje navezanosti, osvajanje govora in podobno, za katere se predpostavlja, da lahko vplivajo na razvoj in izražanje depresije (Cicchetti in Schneider-Rosen, 1984; Cicchetti in Toth, 1998). Kljub temu, da ne obstajajo različni kriteriji za postavljanje diagnoze depresivne motnje pri otrocih in odraslih, klinične izkušnje kažejo na določene starostne posebnosti v njenih manifestacijah. V zgodnji starosti (6 do 8 let) prevladujejo afektivni simptomi, psihomotorni nemir, telesne pritožbe (najpogosteje bolečine v glavi in trebuhu) in separacijske težave. Od emocionalnih simptomov je najbolj izražena disforija, ki jo otroci te starosti že razlikujejo od žalosti, pogosto pa je prisoten bes. V srednjem otroštvu je osrednji simptom vezan na nizko samospoštovanje in težave s koncentracijo, ki pomembno doprinašajo različnim težavam v šolskem funkcioniranju. Šele po 11. letu se pojavljajo močni občutki neutemeljene krivde, brezup, nemoč, hipersomnija in spremembe telesne teže. Pojava suicidalnih misli in morbidnih idej sta bolj značilna za adolescenco zaradi nagnjenosti adolescentov h katastrofizaciji situacij, ki se odraslim lahko zdijo nepomembne. Iritabilnost je eden od redkih simptomov, ki se ne spreminja pomembno s starostjo (Weiss in sod., 1991, 1992). Od motivacijskih simptomov je v vseh starostih najbolj izražen socialni umik, ki pomembno podkrepljuje ostale simptome in na tak način sodeluje v vzdrževanju motnje.

KOMORBIDNOST

Tako kot je v okviru otroške psihopatologije komorbidnost prej pravilo kot izjema, tako nove študije kažejo, da ima celo 50% otrok in adolescentov s psihiatričnimi motnjami drugo spremljajočo diagnozo (Fleming in Offord, 1990). Najpogostejše diagnoze, ki spremljajo depresijo, so motnja vedenja (24%) (O'Connor, 1998), motnja pozornosti s hiperaktivnostjo (17%) in v 17% primerov neka anksiozna motnja, običajno separacijska ali pretirana anksioznost (Emslie in Weinberg, 1994). Večinoma se druga diagnoza pojavi pred depresijo. Nucombe (1992) meni, da je interakcija med otroško in adolescentno depresijo in drugimi motnjami v tej starosti tako zapletena, da bi bilo preenostavno govoriti o "komorbidnosti".

Depresijo pojmuje kot glavni vzrok šolskega neuspeha in prekinitve šolanja pri sicer normalno inteligentnih adolescentih (Emslie in Weinberg, 1994). Kaže, da je depresija pomembno pogostejša pri otrocih, ki prihajajo na diagnostiko zaradi različnih šolskih in vedenjskih problemov. Weinberg in sod. (1973, po Kendall, 1991) navajajo, da je celo 49% teh otrok depresivnih.

Depresivni sindromi kažejo pomembno kontinuiteto od otroštva do adolescence in odrasle dobe. Okoli 25% otrok z eno depresivno epizodo bo verjetno doživelo drugo depresivno epizodo med srednjo adolescenco in mlajšo odraslostjo.

Ti podatki kažejo na pomen zgodnjega odkrivanja prvih depresivnih simptomov in na potrebo pravočasnega začetja terapevtskih programov.

OCENA

Clarizio (1994) navaja posebna navodila za oceno depresije pri mladostnikih, v katerih pravi, da je potrebno upoštevati razliko med depresivnimi simptomi in depresivno motnjo. Tako kot povišana telesna temperatura spremlja mnoga zdravstvena stanja, tako depresivni simptomi spremljajo različne oblike nelagodja. V diagnostičnem postopku je pomembno razlikovati malodušnost in žalovanje od depresivne motnje.

Depresija pri otrocih in mladostnikih vključuje tako prikrite kot manifestne simptome. To pomeni, da zahteva ocena celovito diagnostično evalvacijo, ki vključuje različne izvore informacij (otrok, starši, učitelj, lahko tudi vrstniki) in različne metode (samoocena, ocena drugih, opazovanje, intervju). Ocene staršev običajno težijo k višjim ocenam depresije kot samoocene otrok (Kazdin, French in Unis, 1983). Potrebno je izbrati metodo in lestvico, ki je ustrezna razvojnemu nivoju in spolu otroka.

Obstaja možnost, da v šoli prezrejo distimičnega otroka. Glede na kronično, a blago naravo simptomatike, lahko učitelji tako vedenje otroka pripišejo naravnim značilnostim njegovega temperamenta. Dalje: določanje, ali je otrok depresiven ali ne, ne pove, ali gre tudi za suicidalnost. Mnogi depresivni otroci nikoli ne poskušajo samomora, mnogi suicidalni otroci pa niso depresivni. Končno je treba upoštevati, da je pri depresivnih otrocih večja verjetnost, da imajo vsaj enega depresivnega roditelja, kar je pomembno tako za diagnostiko kot za terapijo.

V okviru vedenjsko-kognitivne ocene običajno uporabljamo razgovor z otrokom in starši ter različne specifične ocenjevalne lestvice (Reynolds, 1994). V našem jeziku (hrvaškem, op. prev.) sta prilagojena ena od najpogosteje uporabljenih lestvic samoocene depresivnih simptomov za otroke avtorice Marie Kovacs (Živčić, 1992) in Lestvica brezupnosti za otroke Kazdina in sodelavcev (Živčić, 1993b), medtem ko se pri delu z adolescenti običajno uporablja Beckov vprašalnik depresije.

OBRAVNAVA

Do sedaj so razvili različne pristope k obravnavi depresije v otroštvu in adolescenci. Pri uporabi zdravil je potrebna posebna previdnost, ker učinki še niso povsem jasni, posebno pri adolescentih. Pri otrocih je bolj zaskrbljujoča možnost stranskih učinkov in učinkov po prenehanju uživanja zdravil. Posebno rizični, a za zdaj nezadostno poznani, so dolgoročni učinki, ki jih ima lahko zdravilo na rast, razvoj in nesimptomatsko vedenje otroka. Večje število prehodnih spremljajočih učinkov (npr. suha usta, povišano nihanje srčnega ritma ali krvnega pritiska) lahko izzove nelagodje otroka, zaradi katerega se tudi starši manj držijo predpisanih navodil. Nekateri avtorji navajajo visok odstotek, celo 60%, placebo reakcij (Pliszka, 1991, Gadow, 1992). V vsakem primeru mora biti jemanje zdravil strogo kontrolirano in izven dosega otrokove samostojne uporabe, ker je razlika med terapevtsko in smrtno dozo zelo majhna (Keltner, 1991).

Zaradi vseh navedenih razlogov se najpogosteje priporočajo različne psihološke intervencije, samostojno ali v kombinaciji z zdravili. Večina psihoterapevtskih obravnav, ki se uporabljajo pri depresivnih odraslih osebah, je učinkovita tudi pri delu z otroki. Pri proučevanju sprejemljivosti posameznih pristopov k obravnavi otroške depresije je Turnowski s sod. (1992) ugotovil, da matere najbolje sprejemajo obravnave, ki temeljijo na podkrepljevalnih tehnikah, medtem ko so obravnave socialnih veščin, posebno pa farmakološke obravnave, slabše sprejete. Čeprav sprejetost programa ni enaka njegovi učinkovitosti, lahko pomembno vpliva na upoštevanje predpisanih navodil.

Pri planiranju psiholoških obravnav depresije v otroštvu je potrebno upoštevati specifične razvojne značilnosti povezane z depresijo (tipične simptome v določenem razvojnem obdobju, kot je npr. prevladovanje somatskih pritožb pri predpubertetnih otrocih). Poleg tega zahtevajo spremembe v kognitivnem in emocionalnem razvoju posebno prilagoditev terapevtskih tehnik.

Številne študije potrjujejo, da kažejo največjo učinkovitost pri obravnavi depresije otrok in mladostnikov psihosocialne intervencije, zasnovane na kognitivno-vedenjskih principih (Butler in sod., 1980; Reynolds in Coats, 1986; Kaslow in Thompson, 1998; Bailey in Kaslow, 1999).

V okviru vedenjsko-kognitivnih terapij depresije lahko razlikujemo nekoliko različne pristope, zasnovane na specifičnih teoretičnih postavkah.

Po **Lewinsohnovi vedenjski teoriji** se predpostavlja, da je depresija posledica pomanjkanja pozitivnih podkrepitev ali velike količine kaznovalnih dražljajev. Do deficita pozitivnih podkrepitev pride, ko dogodki, ki jih sproži vedenje osebe, nimajo več podkrepljujočega vpliva, ko so podkrepljenja nedostopna (npr. socialno osiromašena okolica, depresivna mati in pod.) ali ko osebi primanjkujejo socialne veščine za doseganje pozitivnih podkrepitev iz okolice (Lewinsohn in Hoberman, 1982). Kazen lahko sproži depresijo, če se averzivni dogodki pojavljajo prepogosto (npr. zlorabljanje), če je posameznik bolj občutljiv na averzivne dogodke ali če osebi primanjkuje veččin soočanja, s katerimi bi lahko prekinila averzivno situacijo.

V skladu s temi postavkami se priporoča uporaba vedenjskih tehnik, kot je spremljanje aktivnosti in razpoloženja, planiranje aktivnosti, ki sprožajo ugodje, uporaba pozitivnih podkrepitev, relaksacijske tehnike, trening socialnih veščin in veščin soočanja. Clarke, Lewinsohn in Hops (1991, po Reinecke, Dattilio in Freeman, 1996) so izdelali priročnike za vodje skupin depresivnih adolescentov.

Vendar Lewinsohnova teorija ni brez pomanjkljivosti in kritik. Tako ni jasno dokazano, ali povzročajo izboljšanje razpoloženja prijetni dogodki ali boljše razpoloženje izzove sodelovanje v prijetnih aktivnostih. Prijetni dogodki in razpoloženje korelirajo pozitivno, a relativno nizko ($r=0.3-0.4$), (Carey in sod., 1986). Možno je, da se disforično razpoloženje otrok in adolescentov ojača, če se poskušajo ukvarjati z aktivnostmi, v katerih so prej uživali, sedaj pa nanje ne vplivajo več podkrepljujoče. V takem primeru bi imelo planiranje in spodbujanje teh aktivnosti pravzaprav nasproten učinek.

Po **Seligmanovi teoriji naučene nemoči** (Seligman, 1975) je depresivnost reakcija na nerešljive travmatske dogodke, pri čemer odsotnost kontrole nad situacijo predstavlja bolj kritični faktor od same travme. Maladaptiven atribucijski stil, po katerem se negativni dogodki pripisujejo notranjim, stabilnim in globalnim vzrokom, pozitivni dogodki pa zunanjim, nestabilnim in specifičnim vzrokom, kakor tudi pripisovanje visoke verjetnosti negativnim izidom, pozitivnim pa nizke, pomembno doprinaša k razvoju depresije (Abramson, Seligman in Teasdale, 1978). Nizko samospoštovanje je posledica notranjih atribucij o osebni nemoči, medtem ko je disforija rezultat pričakovanja prihodnjih negativnih izidov (Trotter, 1987). Kolikor večjo verjetnost otrok pripisuje negativnim izidom in ima pri tem močan občutek nezmožnosti kontrole, toliko težji so motivacijski in kognitivni deficiti.

V skladu s svojo teorijo Seligman (1981) predlaga glavne smernice v obravnavi, ki so usmerjene k obogatitvi okolice s ciljem večjega doživljanja samokontrole in samoučinkovitosti, osvajanju veščin za povišanje kontrole nad okoljem (npr. socialne veščine), trening resignacije, s katerim spodbujamo otroka, da opusti nerealistične cilje, v zvezi s katerimi se počuti nemočnega, in trening reatribucije, skozi katerega se uči realističnega prevzemanja odgovornosti za negativne izide, pa tudi sprejemanja več osebnih zaslug za pozitivne izide.

Kritike te teorije kažejo na problem proučevanja atribucijskega stila pri otrocih mlajših od 8 let, kot tudi na nepojasnjene podatke o večji nagnjenosti in zgodnejšem pojavljanju depresivnega atribucijskega stila pri deklicah. Nekateri avtorji navajajo celo, da depresivni otroci kažejo negativen atribucijski stil samo, če so istočasno tudi anksiozni (Peterson in Ebata, 1984, po Clarizio, 1994).

Rehmanova teorija samokontrole (Rehm, 1977) predpostavlja, da depresivne osebe kažejo deficite v treh procesih: 1. samoopazovanju (poudarjanje negativnih dosežkov in zanemarjanje pozitivnih, usmerjenost bolj na takojšnje kot na dolgoročne posledice vedenja); 2. samoocenjevanju (postavljanje nerealistično strogih standardov za lastne dosežke in napačne atribucije za uspeh in neuspeh), kar vodi v nizko samospoštovanje in občutek nemoči; 3. samopodkrepljevanju (v smislu ekstremnega samokaznovanja in neustreznega samopodkrepljevanja).

Na osnovi te teorije se oblikuje terapevtski program, ki se običajno izvaja skupinsko, je didaktične narave in vključuje domače naloge, usmerjene na spreminjanje depresivnih samoopažanj, samoocen, atribucij in neustreznega samopodkrepljevanja (Rehm in Sharp, 1996).

Kljub temu, da opisani treningi samokontrole kažejo številne prednosti (Cole in Kazdin, 1980), se postavlja vprašanje njihove učinkovitosti pri klinično depresivnih otrocih. Prav tako je vprašljivo, do katere mere lahko otroci sami menjajo standarde za samoocenjevanje in tehnike samopodkrepljevanja, če pomembne osebe v njihovi okolici (npr. starši, učitelji) še dalje spodbujajo depresivni način. Vprašljivo je, ali se lahko s temi strategijami vpliva na telesne pritožbe otrok. Meta-analize preverjanj učinkovitosti tehnik samokontrole pri obravnavi različnih problemov pri otrocih kažejo, da je njihova učinkovitost manj impresivna od njihove popularnosti (Dush, Hirt in Schroeder, 1983).

Po **Beckovem kognitivnem pojmovanju** (Beck, 1976) so depresivni simptomi posledica negativnega in izkrivljenega mišljenja posameznika. Čeprav se klasični kognitivni pristopi k obravnavi depresije odraslih, ki kažejo visoko učinkovitost, ne uporabljajo direktno na otrocih, številni programi za otroke vključujejo elemente kognitivne terapije depresije. Tako se npr. uporablja trening pozitivnih samoizjav s ciljem dvigovanja samospoštovanja depresivnih otrok, nato terapija reševanja medosebnih težav s ciljem premagovanja socialne inhibiranosti zadržanih otrok, ki so bolj rizični za razvoj depresije (Spivack, Platt in Dhure, 1976). Toda postavlja se vprašanje, ali so kognitivne značilnosti depresivnih otrok različne od kognitivnih značilnosti depresivnih odraslih oseb. Npr. mišljenje mlajših otrok, ki je na nivoju konkretnih operacij, ne vključuje razmišljanja o prihodnosti, tako da se brezupnost kot ena od glavnih pokazateljev depresije odraslih, v tej starosti težko pojavi. Poleg tega kaže, da sta ostali dve značilnosti kognitivne triade (negativno videnje sebe in okolice) bolj izraženi pri otrocih z višjo splošno stopnjo psihopatologije (npr. anksiozno-depresivna slika) kot samo pri depresivnih otrocih.

Številni podatki govorijo o dokaj močni povezanosti med depresijo **staršev** in depresijo ali drugimi vidiki psihopatologije pri otrocih (Forehand, McCombs in Brody, 1987; Forehand in sod., 1988). Depresivni starši lahko vplivajo na razpoloženje otrok na različne načine, npr. z modeliranjem depresivnega vedenja in videza, označevanjem otrokovega vedenja z negativnimi besedami, uporabo negativnega sistema podkrepitev in ustvarjanjem neprijetnega in stresnega družinskega okolja.

Očitno je, da različna teoretična stališča dajejo priporočila za specifične intervencije, od katerih vsaka kaže določeno učinkovitost pri obravnavah. Vendar pa številne evaluacijske študije kažejo, da se najboljši učinki dosežejo s kombinacijo vedenjskih in kognitivnih tehnik (Lewinsohn in sod., 1990; Kazdin, 1991), pri čemer bolj ohrabrujejo rezultati dela z adolescenti kot z malimi otroki (Kazdin in Weisz, 1998). V nadaljnjem tekstu so na kratko prikazane specifične vedenjske in kognitivne strategije pri obravnavi depresije otrok in mladostnikov.

OSNOVNE STRATEGIJE VEDENJSKO-KOGNITIVNIH OBRAVNAV OTROŠKE DEPRESIJE:

POUČEVANJE O ČUSTVIH:

Poučevanje o doživljanju in izražanju različnih čustev se organizira skozi različne igre, ki pomagajo depresivnim otrokom, da prepoznajo celotni razpon čustev, kot so jeza, strah, žalost, vznemirjenost, ugodje, vključujoč pri tem tako prijetna kot neprijetna čustva. Te tehnike pomagajo tako pri razumevanju odnosa med mislimi, čustvi in vedenjem, kakor pri razvoju občutka zaupanja v terapevta. Otroke učimo prepoznavati različne vidike doživljanja in izražanja istega čustva (telesni, kognitivni, vedenjski). Poskuša se razširiti otroški besednjak za opisovanje posameznih čustev. Tako kot srečamo včasih pri odraslih, otroci še pogosteje ne znajo z besedami opisati, kako se počutijo

(npr. žalosten otrok govori, da mu je dolgčas ali da je jezen). Otroke poučujemo tudi to, da posamezna čustva doživljamo vzdolž kontinuuma intenzitete (npr. od komaj opaznega nalagodja do boleče žalosti). Mlajši otroci imajo lahko težave v razumevanju možnosti, da istočasno doživljajo več različnim čustev oziroma da do iste osebe lahko doživljajo čustva različnega hedonističnega tona.

VEDENJSKI POSTOPKI:

1. **Trening samokontrole**, ki vključuje tri aspekte:

- **self-monitoring** - Poleg tega, da ga uporabljamo kot tehniko ocenjevanja (za določanje osnovnih podatkov), ga uporabljamo tudi kot terapevtsko tehniko za preusmerjanje otrokove pozornosti z negativnih na pozitivne vidike, za povišanje nivoja aktivnosti in spodbujanje kognitivne restrukturacije. Otroka spodbujamo k opazovanju in neposrednemu beleženju lastnih aktivnosti. Dobro je narediti demonstracijo self-monitoringa na nekem vedenju, ki se pojavlja med obravnavo, in uporabiti podkrepitve za dobro izpeljavo tehnike.
- **samopodkrepljevanje** - Tehnika samopodkrepljevanja je postopek uporabe samonagrajevanja za uspešno izvajanje željenega vedenja. Pokazalo se je, da ima enak učinek na vedenje kakor zunanje nagrajevanje. (O'leary in Dubey, 1979). Otrok se uči uporabe samopodkrepljevanja, kadarkoli dela terapevtske domače naloge in kadar uporablja ustrezne veščine soočanja. Pomembno je izbrati ustrezne podkrepitelje (aktivnosti, sladkarije, osebe, predmete in misli), ki imajo učinek nagrade (ali so ta učinek vsaj imele), ki so prisotni v okolici otroka in ki jih otrok lahko samostojno uporablja. Večina depresivnih otrok se ne zna ali se izogiba samopodkrepljevanju. V prepoznavanju in uporabi pozitivnih podkrepitev lahko otroka ovirajo občutki krivde, zaradi katerih meni, da si jih ne zasluži. Terapevt poudarja čustveni vpliv nagrade s ciljem spodbujanja uporabe samopodkrepljevanja in odprave samokaznovanja. Spodbuja pri otroku doživljanje ugodja kot reakcijo na nagrado oziroma neugodja ob uporabi kazni. Problem pretiranega samokaznovanja ublažujemo s tehniko samovrednotenja in postopkov kognitivne restrukturacije.
- **samoevalvacija (samovrednotenje)** - Predstavlja obliko kognitivne restrukturacije, s katero se otrok uči objektivnejšega in bolj racionalnega samoocenjevanja. Spodbujamo razvoj veščin, ki vodijo do izboljšanja na deficitarnih področjih (šolsko ali socialno funkcioniranje, telesne aktivnosti in pod.)

2. **Vaje vedenja** uporabljamo s ciljem pokazati na povezanost med vedenjem in pozitivno podkrepitvijo.

3. **Tehnika planiranja aktivnosti** ima nasproten učinek umikanju in pasivnosti otroka. Planiranje aktivnosti služi tudi kot distrakcija preokupiranosti otroka z negativnimi mislimi. Prizadevamo si planirati prijetne, podkrepljujoče aktivnosti, s ciljem izboljšanja razpoloženja in nasprotovanja stališču, da ničesar več ne nudi užitka. Včasih otrok ne zmore identificirati prijetnih aktivnosti in ga je potrebno spodbuditi z vprašanji, kot npr. "Kaj drugi otroci počnejo za zabavo" ali "Kaj te je prej zabavalo?". Zaželeno je spodbujati otroka, da sprevidi povezavo med prijetnimi aktivnostmi in izboljšanjem razpoloženja.

4. **Trening socialnih veščin** se izvaja s poudarkom na veščinah, ki lahko poboljšajo socialni status otroka. Potrebno je razlikovati resnično pomanjkanje veščin od pomanjkanja motivacije za socialne aktivnosti ali izogibanja socialnim stikom zaradi strahu. Posebno koristne so vaje igranja vlog, ki vključujejo reševanje socialnih problemov, razreševanje konfliktov, razvoj asertivnosti in razvoj veščin komuniciranja. Terapevt daje otroku navodila,

prikazuje obnašanje, omogoča korektivno povratno informacijo, uči otroka fraz, ki pomagajo pri soočanju in blaži znake strahu.

5. **Relaksacija** - Ponavadi se uporablja progresivna mišična relaksacija s ciljem ublažiti anksioznost, ki pogosto spremlja depresivna stanja pri otrocih. Ollendeick in Cerney (1981) sta naredila prilagoditev Jacobsonove relaksacije za mlajše otroke. Ko otrok doseže stanje globoke relaksacije, se lahko doda še pozitivna imaginacija, ki poudari ugodne učinke relaksacije in v kateri otrok uspešno izvede določeno nalogo.
6. **Dajanje domačih nalog** predstavlja najmočnejši način za spremembo otrokovega mišljenja, bodisi da sprememba vedenja omogoča neposredne, direktne in konkretne dokaze (npr. spremeniti otrokovo prepričanje, da ne zmore napisati domače naloge ali naučiti se dane snovi). Bistveno je dati domačo nalogo na tak način, da se v nobenem primeru ne more zgoditi neuspeh. Iz vsakega dosežka se mora otrok nekaj naučiti.

KOGNITIVNE TEHNIKE:

1. **Kognitivna restrukturacija** - mora biti prilagojena kognitivnim veščinam otroka. Izvaja se na običajen način iskanja dokazov za obstoječe mišljenje in poskusov najti alternativne interpretacije dogodkov, kot tudi dekatastrofiziranja možnih izidov ("Kateri dokazi so za to?", "Kako lahko drugače gledamo?", "Kaj, če se to res zgodi?").
2. **Trening reševanja problemov**, posebno v socialnih situacijah, pomaga pri premagovanju rigidnega načina mišljenja in prezgodnjega negativnega ocenjevanja možnih rešitev kot tudi pri prevladovanju občutka nemoči. Obravnava reševanja medosebnih problemov je lahko koristna pri premagovanju socialne zavrtosti depresivnih otrok. Otroka učimo korakov v reševanju problema: identifikacija problema, produciranje različnih možnih rešitev, usmerjanje pozornosti in energije v izvrševanje naloge (npr. pozitivne ohrabrujoče misli, soočanje in sproščanje), predvidevanje možnih izhodov vsake rešitve in izbor ter evalvacija izbrane rešitve.
3. **Zamenjava atribucijskega stila**, povezanega z občutki nemoči, pesimizma in krivde ter z zunanjim lokusom kontrole. Zaradi izkušenj, ki otroku omogočajo občutek uspešnosti in zadovoljstva s seboj, postopno zamenja negativno sliko o sebi. Občutek kontrole nad dogajanjem in lastnimi čustvi zavira razvoj nemoči in brezupa (negativnih pričakovanj do prihodnosti). Otrok se postopno uči postavljati realistične cilje in točneje vrednotiti lastne dosežke.
4. **Trening samoinštrukcij** - učenje pozitivnih izjav o sebi je lahko učinkovit del obravnave s ciljem zvišati samospoštovanje depresivnih otrok. Terapevt se poslužuje različnih problemskih situacij, v katerih modelira pozitiven način mišljenja (na glas).

Glede na to, da otrok v okviru družine, ki ima svoj sistem prepričanj, razvija pravila in pričakovanja, ki lahko vzdržujejo disfunkcionalno mišljenje, vedenje in čustva, je neobhodno vključiti družino v proces ocene in obravnave.

Zaradi očitne povezanosti otroške depresivnosti z družinskim delovanjem so posebno priporočljive **družinsko zasnovane obravnave**. Starši lahko služijo kot pomožni terapevti v izvajanju vedenjskih programov. Lahko strukturirajo aktivnosti otrok, jih spodbujajo k sodelovanju v socialnih aktivnostih in interakcijah, spomnijo otroke na izvrševanje domačih nalog ter pomagajo pri uporabi veščin, ki se jih otrok nauči v seansi. Poleg tega lahko starši vključujejo otroka v proces odločanja in na tak način

pomagajo v soočanju z njegovim negativizmom, lahko pa spodbujajo in vzdržujejo restrukturiranje otrokovih depresivnih misli.

Upoštevati moramo, da starši depresivnih otrok običajno uporabljajo manj pozitivnih podkrepitev in postavljajo višje standarde za dosežke svojih otrok kakor starši nedepresivnih otrok. Pomembno je razviti sposobnost staršev, da podkrepljujejo svoje otroke in da pri njih zaznavajo že majhne spremembe in napredek v obravnavi.

Podatki o visoki zastopanosti depresije pri mamah depresivnih otrok kažejo na potrebo, da obravnava zajame tudi probleme njihovih staršev (pomanjkanje pozitivnih podkrepitev, pomanjkanje motivacije in upad razpoloženja). Koristno je poučiti starše, kako so lahko tudi sami povezani s težavami otroka.

Depresivni starši kažejo manj ljubezni, veselja in več nezadovoljstva v komunikaciji s svojim otrokom. Za družine z depresivnimi starši je značilna manjša povezanost in izraznost, več konfliktov, otroci pa ocenjujejo tudi redkejšo sodelovanje v skupnih pristočasnih aktivnostih (po Kazdinu, 1989). Take značilnosti lahko doprinesejo k pojavu ali ojačanju že prisotnih depresivnih simptomov pri otroku. Terapevt lahko identificira in spodbuja spremembo družinskih interakcij, komunikacije in družinskih pravil, ki vzdržujejo maladaptivno mišljenje in vedenje staršev.

Usmeritev k funkcioniranju staršev je lahko koristna tako pri preventivi kot pri obravnavi otroške depresije. Opaženo je, da ima vključevanje staršev v obravnavo depresivnega otroka lahko pozitivne spremljajoče učinke tudi na depresivno razpoloženje samih staršev, kar dodatno izboljšuje njihove odnose z otroki in vodi k blažitvi simptomov pri otrocih.

Podatki o povišani depresivnosti in socialni neprilagojenosti mnogih otrok z učnimi težavami kot tudi dokazi, da stresni dogodki lahko izzovejo depresijo, vodijo k potrebi, da se tudi ustrezni **šolski programi** vključijo v preventivno obravnavo depresije pri otrocih in mladostnikih (Stark, 1990). Pozitivne šolske izkušnje v smislu kognitivnih dosežkov in socialne kompetentnosti lahko pozitivno vplivajo na oceno samospoštovanja in percepcijo osebne učinkovitosti, kar lahko ščiti otroka pred depresivnimi reakcijami pri soočanju z intenzivnimi stresi. Poleg tega so lahko vrstniki v šoli vključeni v šolsko obravnavo tako, da pod vodstvom učitelja spodbujajo otroka k vedenju, ki mu pomaga pri soočanju z depresivno simptomatiko.

Šolsko zasnovan program obravnave otroške depresije avtorjev Starka, Brookmana in Frazierja (1990) zajema običajne kognitivne in vedenjske tehnike, trening veščin samoregulacije in trening staršev. Da se otroci čim aktivneje vključijo, je pomembno, da je vsebina intervencij prilagojena njihovi starosti in interesom. Take zgodnje intervencije so lahko zelo učinkovite v preventivi nadaljnega razvoja depresije pri adolescentih, ki je pomembno povezana s povišano suicidalnostjo v tej starosti (Spirito in sod., 1989).

Primer:

9.5 let star deček prihaja v obravnavo zaradi lažjega jecljanja in negotovosti v šoli. Deček izraža dokajšnje nezadovoljstvo s seboj (npr. želel bi biti mlajši). Občutek ima, da ga otroci ne sprejemajo; čeprav ga drugi vabijo k igri, sam redko pokaže iniciativo za druženje z vrstniki. Ukvarja se s športom, pri čemer ga trener zelo ceni, sam pa podcenjuje svoje uspehe in opušča sodelovanje na tekmovanju, ker meni, da si tega ne zasluži. Misli, da so učitelji nezadovoljni z njim, čeprav je odličen učenec. Pogosto se počuti nerazpoložen in žalosten, posebno ko je sam doma. Oče se poslužuje precej strogih kazni, neprimernih njegovi starosti in vedenju, na osnovi katerih deček zaključuje, da je njegovo vedenje neustrezno (da ni "priden") in tudi nespremenljivo. Ne zmore opisati niti ene svoje pozitivne lastnosti, ne ve, v čem je dober, čeprav ga mama opisuje kot inteligentnega, tovariškega, čustvenega in marljivega, vendar zelo zahtevnega v primerjavi s štiri leta

mlajšo sestro. Dvomi v svoj rezultat na testu inteligentnosti, kjer doseže visoko nadpovprečen rezultat.

Pri dečku lahko prepoznamo izražen negativni kognitivni sestav (negativna slika o sebi, za katero meni, da je nespremenljiva, negativna pričakovanja glede prihodnosti), ambivalentnost. Med vedenjskimi simptomi so prisotni jecljanje, težave s koncentracijo, hitro umikanje iz situacij, ki jih nerealno ocenjuje kot pretežke (npr. na testu, športnem tekmovanju), izogibanje vzpostavljanju stikov z vrstniki. Med emocionalnimi simptomi so opazni nerazpoloženje, izpadi jeze, izguba poguma in hudo razočaranje že ob najmanjših neuspehih.

Med obravnavo so bile uporabljene tehnike self-monitoringa (spremljanje lastnega razpoloženja in aktivnosti), samoocenjevanja in samopodkrepljevanja. Da bi se deček naučil uporabe samopodkrepljevanja, so bile najprej uporabljene kognitivne tehnike za ustvarjanje ustreznega ocenjevanja lastnih dejanj (npr. prepoznavanje situacij, ki zaslužijo pohvalo, a jih drugi v okolju ne opažajo) in učenje razlike med samopodkrepljevanjem in "hvalisanjem". Treba je priznati, da v tem primeru kognitivne tehnike niso prinesle hitrih sprememb, ker je oče kot močan model identifikacije, istočasno kazal depresivni sestav razmišljanja in vrednotenja. Glede na dečkovo starost in nivo kognitivnega razvoja, je bilo potrebno zagotoviti predelavo številnih doživetih situacij (osebni in situacij drugih otrok) ter dajanje domačih nalog, da bi se poiskalo čim več argumentov za alternativni način vrednotenja lastnih dejanj.

Tehnike sproščanja (predvsem kontrolirano dihanje) so bile uporabljene s ciljem blaženja napetosti v situacijah, ko se počuti negotov, in sproščanja mišičja govornega aparata. Poučen je bil o uporabi notranjega govora ohrabrujoče vsebine. Uporabljeno je bilo tudi poučevanje o emocijah s ciljem razumevanja povezanosti med čustvi, mislimi in vedenjem, ter ustreznega izražanja negativnih čustev (nezadovoljstvo, jeza). Pri planiranju prijetnih aktivnosti z namenom izboljšanja razpoloženja je bilo potrebno posredovanje mame, da oče s svojimi kaznimi ne bi podrl dogovorjenih planov.

Čeprav so bili razlogi za družinsko obravnavo, ta ni bila uporabljena, saj oče, ki je v večji meri vzpodbujal depresivni način mišljenja, ni bil motiviran za sodelovanje, medtem ko je mama jasno izražala osebne čustvene težave, zaradi katerih je tudi sama potrebovala profesionalno pomoč, poleg tega pa je bila obremenjena še s somatskimi težavami mlajšega otroka.

Po šestmesečnem delu so bili doseženi vidni premiki, predvsem v smislu splošno izboljšanega razpoloženja, večje sproščenosti, manj izraženega jecljanja, večje gotovosti v šoli, pri športnih aktivnostih in pri druženju z vrstniki ter povišane ambicioznosti. Še vedno je bilo opaziti samopodcenjevanje, besedno odobravanje očetovih neprimernih kazni ob istočasnih izpadih jeze, usmerjenih predvsem proti sestri, čeprav so bili ti simptomi izraženi v nekoliko manjši meri (z manjšo pogostostjo).

VIRI:

1. Abramson, L., Seligman, M., Teasdale, J. (1978). *Learned helplessness in humans: Critique and reformulation*. Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.
2. American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4rd ed.)*: Washington, DC: Author.
3. Bailey, M. A., Kaslow, N.J. (1999). *Assessment and Treatment of Childhood Depression*. Clinical Child Psychology Newsletter, 6-11.
4. Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
5. Butler, L, Mieziitis, S., Friedman, R., Cole, E. (1980). *The effect of two school-based intervention programs on depressive symptoms in preadolescents*. American Educational Research Journal, 17, 111-119.
6. Carey, M., Kelley, M., Buss, R., Scott, W. (1986). *Relationship of activity to depression in adolescents: Development of the Adolescent Activities Checklist*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 320-322.
7. Cicchetti, D., Toth, S.L. (1998). *The development of depression in children and adolescents*. American Psychologist, 53, 221-241.
8. Cicchetti, D., Schneider-Rosen, K. (Eds.). (1984). *Childhood Depression*. San Francisco: Jossey-Bass.
9. Clarizio, H.F. (1994). *Assessment and treatment of depression in children and adolescents*. Brandon, VT: Clinical Psychology Publishing.
10. Cole, P., Kazdin, A. (1980). *Critical issues in self-instruction training with children*. Child Behavior Therapy, 2, 1-21.
11. Compas. B.E., Oppedisano, G., Connor, J.K., Gerhardt, C.A., Hinden, B.R, Achenbach, T.M., Hammen, C. (1997). *Gender differences in depressive symptoms in adolescence: Comparison of national samples of clinically referred and nonreferred youths*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 617-626.
12. Compas, B.E., Sydney, E., Grant, K.E. (1993). *Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence*. Psychological Bulletin, 114/2, 1-23.
13. Dush, D., Hirt, M., Schroeder, H. (1983). *A meta-analysis of the effectiveness of self-statement modification with childhood disorders*. Psychological Bulletin, 94, 408-422.
14. Emslie, G.J., Weinberg, W.A. (1994). *Diagnosis and assessment of depression in adolescents*. V: T.C.R. Wilkes, G. Belsher, A.J. Rush, E. Frank: Cognitive Therapy for Depressed Adolescents, New York: Guilford Press, (pp. 45-65).
15. Fleming, J.E., Offord, D.R. (1990). *Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 571-580.
16. Forehand, R., Brody, G., Slotkin, J., Fauber, R., McCombs, A., Long, N. (1988). *Young adolescent and maternal depression: Assessment, interrelations, and family predictors*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 422-426.
17. Forehand, R., McCombs, A., Brody, G. H. (1987). *The relationship between parental depressive mood state and child functioning*. Advances in Behaviour Research and Therapy, 9, 1-20.
18. Gadow, K. (1992). *Pediatric psychopharmacology: A recent review*. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 33, 153-195.
19. Kaslow, N.J. , Thompson, M.P. (1998). *Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression*. Journal of Clinical Child Psychology, 27, 146-155.
20. Kazdin, A.E. (1991). *Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 785-798.
21. Kazdin, A.E., French, N., Unis, A. (1983). *Child, mother, and father evaluations of depression in psychiatric inpatient children*. Journal of Abnormal Child Psychology, 11, 167-180.

22. Kazdin, A.E., Weisz, J.R. (1998). *Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 19-36.
23. Keltner, N. (1991). *Psychopharmacology*. V: P. Clunn (Ed.), Child Psychiatric Nursing (pp. 380-395). St. Louis: Mosby.
24. Kendall, P.C. (1991). *Child and Adolescent Therapy, Cognitive-Behavioral Procedures*. New York: The Guilford Press.
25. Larsson, B., Melin, L. (1990). *Depressive symptoms in Swedish adolescents*. Journal of Abnormal Psychology, 18, 91-102.
26. Lewinsohn, P., Clarke, G., Hops, H., Andrews, J. (1990). *Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents*. Behavior Therapy, 21, 385-401.
27. Lewinsohn, P., Hoberman, H. (1982). *Depression*. V: A. Bellack, M. Hersen & A. Kazdin (Eds.) International Handbook of Behavior Modification and Therapy (pp. 397-431). New York: Plenum.
28. Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S. (1994). *The emergence of gender differences in depression during adolescence*. Psychological Bulletin, 115, 424-443.
29. Nurcombe, B. (1992). *The evolution and validity of the diagnosis of major depression in childhood and adolescence*. V: D. Cicchetti & S.L. Toth (Eds.): Developmental Perspectives on Depression, Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, vol. 4, 1-27.
30. O'Connor, T. G. (1998). *Co-occurrence of Depressive Symptoms and Antisocial Behavior in Adolescence: A Common Genetic Liability*. Journal of Abnormal Psychology, 107, 1, 27-37.
31. O'Leary, S.G., Dubey, D.R. (1979). *Applications of self-control procedures by children: A review*. Journal of Applied Behavior Analysis, 12, 449-465.
32. Ollendick, T.H., Cerney, J. A. (1981). *Clinical Behavior Therapy with Children*. New York: Plenum Press.
33. Petersen, A.C., Compas, B.E., Brooks-Gunn, J. (1992). *Depression in adolescence: Implications of current research for programs and policy*. Report for the Carnegie Council on Adolescent Development, Washington, DC.
34. Petersen, A.C., White, N., Stemmler, M. (1991). *Familial risk and protective factors influencing adolescent mental health*. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Seattle.
35. Pliszka, S. (1991). *Antidepressants in the treatment of child and adolescent psychopathology*. Journal of Clinical Child Psychology, 20, 313-320.
36. Rehm, L. (1977). *A self-control model of depression*. Behavior Therapy, 8, 787-804.
37. Rehm, L. P., Sharp, R. N. (1996). *Strategies for Childhood Depression*. U M. A.
38. Reineke, F.M. Dattilio, A. Freeman (Eds.). *Cognitive Therapy with Children and Adolescents, A Casebook for Clinical Practice* (pp. 103-123). New York: The Guilford Press.
39. Reynolds, W.M., Coats, K. I. (1986). *A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 653-660.
40. Roberts, R.E., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R. (1991). *Screening for adolescent depression: A comparison of depression scales*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 58-66.
41. Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
42. Seligman, M. ED. P. (1981). *A learned helplessness point of view*. U L. P. Rehm (Ed.), Behavior therapy for depression: Present status and future directions (pp. 123-141). New York: Academic Press.
43. Spirito, A., Brown, L., Overholser, J., Fritz, G. (1989). *Attempted suicide in adolescence: A review and critique of the literature*. Clinical Psychology Review, 9, 335-363.
44. Spivack, G., Platt, J., Shure, M. (1976). *The Problem-Solving Approach to Adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.

45. Stark, K. D. (1990). *Childhood depression: School-based intervention*. New York: Guilford Press.
46. Stark, K., Brookman, C., Frazier, R. (1990). *A comprehensive school-based program for depressed children*. *School Psychology Quarterly*, 5, 111-140.
47. Trotter, R., (1987). *Stop Blaming Yourself*. *Psychology Today*, 21, pp. 31-39.
48. Weiss, B., Weisz, J.R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W.M., Finch, A.J. (1991). *Developmental differences in the factor structure of the Children's Depression Inventory*. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 38-45.
49. Weiss, B., Weisz, J.R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W.M., Finch, A.J. (1992). *Relations among self-reported depressive symptoms in clinic-referred children versus adolescents*. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 391-397.
50. Živčić, I. (1992). *Prikaz skale depresivnosti za djecu*. *Godišnjak Zavoda za psihologiju*, 173-179.
51. Živčić, I. (1993a). *Depresija u djetinjstvu i adolescenciji*. *Godišnjak Zavoda za psihologiju*, 151-164.
52. Živčić, I. (1993b). *Negativna percepcija budućnosti kod djece – Prikaz skale beznadnosti za djecu*. *Godišnjak Zavoda za psihologiju*, 165-172.

SAMOSPOŠTOVANJE IN KOGNITIVNO VEDENJSKA TERAPIJA

Samospoštovanje (self- esteem) odraža mnenje, ki ga imamo o sebi, in vrednotenje sebe kot človeka. Bistvo samospoštovanja je lastno prepričanje o sebi in mnenje o sebi (Fenell, 1999). To mnenje o sebi je lahko negativno (na primer slab sem, nekoristen) ali pozitivno (na primer: dober sem, zmorem).

Kadar je mnenje o sebi negativno obarvano, govorimo o nizkem samospoštovanju. Stališča o sebi temeljijo na izkušnjah posameznika, še posebno na sporočilih, ki jih je dobil o sebi. Če ima posameznik na splošno pozitivne izkušnje, bo njegovo prepričanje o sebi pozitivno, in obratno.

Samospoštovanje je način razmišljanja, čutenja in ravnanja, ki kaže na to, da se sprejemaš, spoštuješ, zaupaš in verjameš vase.

Sprejemanje pomeni, da lahko živiš s svojimi prednostmi in pomanjkljivostmi brez neprimerne kritike.

Spoštuješ se, če se zavedaš svojega človeškega dostojanstva in vrednosti.

Samozaupanje pomeni, da je tvoje vedenje in občutje dovolj za notranji občutek kontinuitete in povezanosti, četudi se zunanje okoliščine spremenijo.

Prepričanje v samega sebe nam govori o tem, da si zaslužimo dobre stvari in da zaupamo v izpolnitev osebnih potreb, aspiracij in ciljev. Imeti občutek lastnega samospoštovanja, skratka, pomeni razmišljanje o tem, da se popolnoma sprejemamo, spoštujemo, si zaupamo in si verjameemo. Samospoštovanje lahko ponazorimo s skalo, kjer je na eni strani skrajno nizko samospoštovanje, na drugi pa zelo visoko samospoštovanje.

Skrajno nizko	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	zelo visoko
samospoštovanje												samospoštovanje

Nizko samospoštovanje se kaže pri posamezniku na več področjih njegovega delovanja (Fenell, 1999):

- v mislih in izjavah o sebi (na primer samokritika, dvom v sebe, občutki krivde),
- v vedenju ,
- v čustvih (na primer žalost, anksioznost, krivda, jeza, občutki sramu),
- v telesnem počutju (na primer neprijetne telesne senzacije, napetost, pomanjkanje energije).

Nizko samospoštovanje lahko vpliva na različne aspekte življenja: na šolo, na službo, medosebne odnose, na aktivnosti za sprostitev in skrb zase (Fenell, 1999).

Vloga nizkega samospoštovanja je različna. Lahko je posledica sedanjih problemov ali faktor ranljivosti pri drugih problemih (Fenell, 1999).

* Nada Hribar, spec. klin. psih. (Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana, Gotska 18, Ljubljana 1000, nada.hribar@guest.arnes.si)

Nizko samospoštovanje je povezano s slabim razpoloženjem, na primer pri depresiji, kjer se posameznik vidi v slabi luči. Izguba samospoštovanja se pojavlja pri dolgo trajajočih problemih z anksioznostjo, pri paničnih napadih, v stresnih situacijah, kronični bolečini ali bolezni, suicidalnih mislih, motnjah hranjenja, socialni anksioznosti (predvsem zardevanje), alkoholni in drugi odvisnosti, spolnih problemih itd.

Kognitivna vedenjska terapija je idealen pristop za nizko samospoštovanje (Fennell, 1999). Usmerja se na misli, prepričanja, vedenje in stališča.

Osnovna značilnost samospoštovanja je v tem, da ta občutek prihaja od znotraj. Nujno je, da je ta občutek povezan tudi z zunanjim dogajanjem, kar ponovno privede do visokega samospoštovanja in zadovoljstva. Samospoštovanje lahko gradimo, kar pomeni, da razvijamo zaupanje vase in v svoje lastne moči. Samospoštovanje se gradi postopoma in ni rezultat enkratnega vpogleda ali spremembe v tvojem vedenju.

Samospoštovanje se razlikuje od pojma sebe oziroma samopodobe. Otrok lahko sebe doživlja kot dobrega igralca nogometa in povprečno dobrega učenca, kar pa so le določene komponente samopodobe.

Samospoštovanje je evaluacija informacij, ki sestavljajo samopodobo. Pri posamezniku samospoštovanje sloni na kombinaciji objektivnih informacij o sebi ter subjektivni evaluaciji teh informacij.

Problem s samospoštovanjem lahko definiramo z diskrepanco med »realnim jazom« in »idealnim jazom«. »**Realni jaz**« so objektivne značilnosti in kvalitete.

»**Idealni jaz**« pa je predstava zaželjenih značilnosti in kvalitet.

Če se realni in idealni jaz ujemata, je samospoštovanje pozitivno. Na primer otrok, ki mu je pomemben uspeh v šoli in dosega dobre rezultate, se bo ob tem dobro počutil in pozitivno vrednotil dosežene rezultate. Nasprotno pri otroku z »idealnim jazom«: biti sprejet v družbi, vendar ima le nekaj prijateljev, najdemo nizko stopnjo samospoštovanja.

Visoko samospoštovanje je zdravo izhodišče o sebi. Oseba sebe evaluirna na pozitiven način in se počuti dobro, zadovoljno. Biti zadovoljen s posameznimi karakteristikami sebe pa ne pomeni, da ne želimo biti drugačni ali kajboljšati.

Nizko samospoštovanje pa najdemo pri osebah, ki niso ponosne nase. Osebe z nizkim samospoštovanjem sicer lahko imajo pozitivno stališče do sveta, vendar poskušajo dokazati sebi in drugim, da so adekvatne osebe. Pogosto pa se lahko umikajo vase in zavračajo kontakte z drugimi.

POMEMBNOST SAMOSPOŠTOVANJA

Mnogi praktiki ocenjujejo, da je pozitivno samospoštovanje glavni faktor za dobro socialno-emocionalno prilagoditev.

Socialno-emocionalna kompetenca pri otrocih izhaja iz pozitivne samoocene, kar pomaga otroku, da se v prihodnosti izogne resnejšim problemom.

Tako izhodišče lahko najdemo v Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (American Psychiatric Association, 1987), ki postavlja kriterije za psihiatrične diagnoze.

V DSM je nizko samospoštovanje omenjeno kot sestavni del psihiatričnih diagnoz in številnih motenj pri otrocih. Tako nizko samospoštovanje navajajo pri odraslih pri depresivnih motnjah, anksioznih oziroma fobičnih motnjah ipd. Nizko samospoštovanje na primer lahko najdemo pri otrocih z motnjami pozornosti in otrocih s socialno anksioznostjo. Čeprav ni jasno, ali je lahko nizko

samospoštovanje vzrok neke motnje, je navadno povezano z resnimi problemi v otroštvu in razlog za intervencijo.

Znano je, da se bo otrok, ki je zadovoljen sam s seboj bolje spopadal s problemi.

Samospoštovanje je poleg tega, da je komponenta duševnega zdravja, povezano tudi s šolskimi dosežki. Številni raziskovalci so našli povezanost med pozitivnim samospoštovanjem in visokimi dosežki v šoli.

Samospoštovanje je torej pomemben vidik otrokovega celotnega funkcioniranja, ki poleg že omenjenega tudi določa način interakcij z drugimi. Samospoštovanje je lahko vzrok in učinek nekega načina funkcioniranja različnih področij.

RAZVOJ SAMOSPOŠTOVANJA

Otrok na podlagi prepričanj o sebi in samokontrole lastnega vedenja ter občutkov samospoštovanja, zgradi sistem jaza (Harter, 1983).

Zdi se, da je **samokontrola** s samospoštovanjem povezana direktno in indirektno (Harter, 1983). Prvič se otrok, ki je sposoben usmerjati lastno aktivnost in izražati emocije, počuti bolj kompetenten.

Drugič, otrok, ki usmerja vedenje na socialno sprejemljiv in primeren način, dobi več odobravanja in potrditev od drugih.

Nekatere študije kažejo, da imajo otroci z visoko stopnjo samospoštovanja močnejše občutke osebne učinkovitosti ali občutke kontrole (Harter, 1983).

Stil vedenja staršev, s katerim poskušajo razviti samokontrolo pri otrocih (to je jasno postavljanje meja in uporaba prigovarjanja), deluje pozitivno na samospoštovanje pri otrocih (Maccoby & Martin, 1983).

Z razvojem otroka se spreminja njegova samopodoba in tudi lastna kontrola vedenja.

Lastni dosežki in potrditve, ki jih sprejme od drugih, otroku zagotavljajo temelj samospoštovanja. Pri otroku uspešnost in socialna potrditev verjetno dvignejo pozitivne emocije, povezane s samospoštovanjem (Harter, 1983). Za občutke lastne vrednosti so pri otroku pomembna različna področja. Pri predšolskem otroku je pomembna predvsem socialna potrditev, ki se kaže s socialno sprejetostjo pri materi in vrstnikih. Poleg tega pa je pomembna splošna kompetenca, izražena s kognitivno kompetenco in fizičnimi sposobnostmi.

V kasnejšem otroštvu se ta področja spremenijo in obsegajo tudi športne dosežke, uspeh v šoli, zunanji videz, sprejemanje od vrstnikov in splošni občutek lastne vrednosti (Harter, 1983).

Pozitivno samospoštovanje sloni na štirih področjih (Harter, 1983):

- a) otrokov odnos s starši (ali uboga starše, ali mu starši pokažejo odobravanje),
- b) otrokova samokontrola negativnih čustev (ali se pogosto razjezi),
- c) samosprejemanje (število situacij, kjer je otrok srečen),
- d) socialno vedenje (ali se razume z drugimi, ali se v šoli dobro počuti).

V adolescenci je socialno sprejemanje od vrstnikov vedno bolj pomembno za mladostnikovo samospoštovanje. Ta občutek mu pomaga oblikovati okolje, v katero je vključen: družina, vrstniki, šola in obveznosti.

Načini, kako otroci vidijo sebe, se spreminjajo glede na starost in razvoj otroka.

V prvem in drugem letu življenja je zavedanje sebe omejeno na »telesni jaz«. Vse bolj pa otrok ločuje sebe od sveta, ki ga obkroža. Ko začne uporabljati besede za opis sebe, je njegova samopodoba še vedno omejena na konkretne značilnosti.

Na podlagi konkretnih izkušenj otroci razvijejo splošno samopodobo. Ta pa je oblikovana tudi s povratnimi informacijami, ki jih otrok dobi od drugih. Kasneje poskušajo svoje značilnosti in sposobnosti oceniti s tem, da se primerjajo s sorojenci in vrstniki. Adolescenca prinaša na eni strani razvoj kognitivnih sposobnosti in s tem tudi sposobnost introspekcije. Na drugi strani pa je adolescent preokupiran s tem, kako ga vidijo drugi. Sočasno s temi spremembami pa naraste potreba po kontroli lastnega vedenja, pri čemer zmore predvidevati tudi reakcije drugih. Pri delu z otroci je pomembno, da znamo oceniti njihove socialne, kognitivne in emocionalne sposobnosti, ki določajo, kako otrok vidi sebe in zakaj se tako vidi.

Študije otrok kažejo, da vzgojni stil staršev v prvih treh ali štirih letih bistveno vpliva na stopnjo samospoštovanja, s katero otroci startajo.

Otroci, ki imajo visoko samospoštovanje (pozitivno sliko o sebi), običajno izhajajo iz družin, v katerih imajo tudi starši visoko samospoštovanje, kjer se otroci obravnavajo kot odgovorni posamezniki, od njih se pričakuje, da imajo svoja mnenja, svoje pobude, ki jih tudi izrazijo. Starši kažejo tudi večje zanimanje za otroka in njegov razvoj. Ob topli in ljubeči atmosferi ter spodbujanju iniciativnosti in neodvisnosti, pa so v takih družinah hkrati prisotne tudi trdna, smiselna kontrola otrokovega vedenja, trdne in jasne meje, do katerih je določeno vedenje še dopustno, ki se jih dosledno izvaja.

Najmanjšo učinkovitost (majhna radovednost in malo izražena želja po raziskovanju in obvladovanju okolja) in največje pomanjkanje samospoštovanja pa so pokazali otroci permissivnih, pretirano popustljivih in nezahtevnih staršev, ki sicer kažejo večjo toplino in nežnost kot avtoritativni starši.

Naj naštejemo nekaj okoliščin v otroštvu, ki lahko oblikujejo nizko samospoštovanje in privedejo do občutkov negotovosti in neadekvatnosti:

- prevelika kritičnost staršev,
- izguba pomembne osebe v otroštvu,
- zloraba s strani staršev,
- alkoholizem in druge odvisnosti staršev,
- zanemarjanje otrok,
- zavrnitev in odklanjanje otrok,
- pretirano zaščitniški starši,
- preveliko popuščanje otroku itd.

KAKO POVEČAMO SAMOSPOŠTOVANJE PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI

Otrokovo samospoštovanje lahko ocenimo na petih različnih področjih:

- socialnem,
- družinskem,
- šolskem,
- telesnem,
- globalnem.

Samospoštovanje na **socialnem** področju kaže na zadovoljstvo z interakcijami s sovrstniki. Zajema otrokove občutke o samem sebi v vlogi prijatelja drugim, upoštevanja njegovih idej, zadovoljstva s tem, kako ga vključujejo v igro ipd.

»**Družinsko**« samospoštovanje odraža občutke otroka kot člana družine. Otrok se lahko počuti kot vreden član družine, ljubljen in spoštovan od staršev, sorojencev.

Na **šolskem področju** otrok ocenjuje sebe kot učenca ali študenta. Otrok določa lastne standarde za dosežke v šoli, ki pa se oblikujejo s pomočjo staršev, prijateljev, učiteljev.

Telesna podoba je kombinacija fizičnih značilnosti in sposobnosti. Otrokov samospoštovanje sloni na zadovoljstvu z zunanjo videzom in fizičnimi sposobnostmi. Na primer dekleta so bolj usmerjena na videz, fantom pa morda več pomenijo sposobnosti v atletiki.

Globalno samospoštovanje je globalni občutek o sebi, ki odraža evalvacijo vseh delov sebe. Pozitivno globalno samospoštovanje odraža dobre občutke o sebi in doživljanje sebe kot pozitivne osebe.

Otrokovo samospoštovanje lahko **ocenimo** z opazovanjem otroka in analiziranjem problemov, ki so s samospoštovanjem povezani. Poleg tega nam oceno samospoštovanja lahko posredujejo starši, učitelji in otrok sam. Lahko pa za te namene uporabimo različne teste. Od testov sta znani: Piers-Harrisova lestvica otrokove samopodobe (Piers, 1976) in Harterjeva Lestvica kompetence (Harter, 1985). Za klinične namene pa je Alice Pope oblikovala Test samospoštovanja za otroke s petimi podlestvicami.

Podatke o samospoštovanju pri otroku ali mladostniku lahko dobimo, če odgovarjamo na vprašanja z »DA« ali »NE«.

VPRAŠALNIK O SAMOSPOŠTOVANJU

GLOBALNO SAMOSPOŠTOVANJE

DA NE

1. Ali otrok (mladostnik) sprejema nove situacije z zadovoljstvom?
2. Ali so komentarji pomembnih odraslih (staršev, učiteljev) o otroku na splošno pozitivni?
3. Ali se otrok lahko izogne samokritičnim stavkom?

UČNO PODROČJE:

1. Ali je otrok zadovoljen z učnimi dosežki?
2. Ali otrok diferencira svoja šibka in močna področja in je zadovoljen z njimi?
3. Ali si je sposoben postaviti takšna merila za svoje dosežke, da bo doživel uspeh?

SOCIALNO PODROČJE:

1. Ali je otrok zadovoljen s kvaliteto in kvantiteto stikov z vrstniki?
2. Ali ima otrok večine navezovanja kontaktov z drugimi?
3. Ali ima otrok enega ali več prijateljev, ki ga sprejemajo?

TELESNO PODROČJE:

1. Ali je otrok zadovoljen s svojim videzom?
2. Ali je zadovoljen s svojimi sposobnostmi v športu in drugih aktivnostih?
3. Ali vrstniki sprejemajo otrokovo zunanost in sposobnosti?

DRUŽINSKO PODROČJE:

1. Ali se otrok počuti vrednega člana družine?
2. Ali starši otroka sprejemajo v celoti (celo na tistih področjih, ki zahtevajo spremembo)?
3. Ali se otrok počuti prijetno, ko je s svojo družino?

Če želimo povečati samospoštovanje, se lahko usmerimo na:

- a) najbolj problematična področja (na primer šolsko, družinsko ...),
- b) na diskrepanco med »realnim« in »idealnim« jaz, da lažje dosegamo cilje.

Model, ki povečuje samospoštovanje, sloni na teoriji socialnega učenja in nekaterih osnovnih odkritij psihologije.

Samospoštovanje povečujemo na različnih področjih:

- vedenjskem,
- kognitivnem,
- biološkem-fizičnem,
- emocionalnem.

Če zaznamo deficit na področju vedenja, potem uporabimo model za spremembo vedenja, s tem da se nauči pričakovanega vedenja različnih socialnih veščin, komunikacijskih spretnosti itd. Vedenje pa se po teoriji učenja spreminja z ojačevanjem (pozitivnim, negativnim), učenjem po modelu, posnemanjem, opazovanjem, ugašanjem itd.

Kognitivno področje spreminjamo z različnimi avtosugestijami, imaginacijo, spremembo stališč itd. Ena izmed osnovnih sposobnosti iz tega področja je »reševanje problemov«. Mnoge kognitivne distorzije, ki nastanejo z otrokovim razmišljanjem, lahko privedejo do nizkega samospoštovanja.

Biološko – fizično področje, povezano s samospoštovanjem, obsega telesni izgled in zmogljivosti. To področje je zelo povezano s starostjo otroka.

Emocije igrajo pomembno vlogo pri doseganju samospoštovanja. Otroci se učijo imenovati svoje občutke, da razumejo sebe, druge in izrazijo občutke drugim.

Kako starši pri otroku gradijo samospoštovanje

Starši želijo svojim otrokom najboljše in ena izmed pomembnih nalog je v tem, da pomagajo otroku oblikovati visoko samospoštovanje. Otrok z visokim samospoštovanjem ima večjo možnost biti srečen in uspešen tudi v odrasli dobi. Samospoštovanje je tudi ščit pred pastmi življenja: drogami, alkoholom, nesrečnimi zvezami in delinkventnostjo.

Starši ne glede na to kdo so, so ljudje, ki vzgajajo in imajo močan vpliv na otrokovo življenje. Za majhnega otroka starši pomenijo ugodje in varnost, zaščito pred strahom in bolečino. Otrok, ki mu pri starših ni udobno, ki ne čuti sprejetosti ali se starši ne pogovarjajo z njim in nima občutka ljubljenosti, se bo naučil drugačne lekcije o svoji vrednosti. Tak otrok se nauči, da njegov jok ne prinese olajšanja. Nauči se, da ni pomemben in da je nemočen. To je prva lekcija o nizkem samospoštovanju. Ko otrok postaja večji, se sreča z drugimi ljudmi, ki postanejo njegovo ogledalo. To ogledalo mu pokaže, kdo v resnici je. Pri tem dobijo učitelji, prijatelji in vrstniki podobno vlogo kot starši. Toda otrok se vedno znova vrne k refleksiji staršev, da je dober, pomemben in vreden.

Pri oblikovanju samospoštovanja je pomembno, da starši

- otroka dobro poznajo,
- otroka poslušajo,
- uporabljajo jezik samospoštovanja,

- otroka disciplinirajo na ustrezen način, da zna prevzemati tudi odgovornost, vzpodbujajo samostojnost, občutek uspeha in dosežke v šoli,
- vzpodbujajo socialne veščine, ki jih otrok potrebuje v družbi vrstnikov,
- krepijo otrokov občutek in skrb za samega sebe s tem, da se otrok zaveda svojih potreb in želja.

SAMOSPOŠTOVANJE PRI ODRASLIH

Poznamo več načinov za oblikovanje samospoštovanja. Samospoštovanje ni nekaj, kar se razvije čez noč ali je rezultat enkratnega vpogleda ali spremembe v vedenju. Samospoštovanje se gradi postopoma s pripravljenostjo, da uvajaš spremembe na mnogih področjih svojega življenja.

Tri pomembni načini za doseganje samospoštovanja :

1. Skrb zase.
 2. Razvijanje podpore in zaupanja.
 3. Ostale poti do samospoštovanja.
1. Osnova za samospoštovanje sta pripravljenost in sposobnost prevzeti skrb zase. To pomeni, da prepoznaš svoje potrebe in narediš nekaj, da jih zadovoljiš. Prevzemanje skrbi zase vsebuje odnos do tistega dela sebe, ki se imenuje »notranji otrok«. Ta del kaže na izvor tvojih potreb. Je igriva, spontana in kreativna stran tebe in vsebuje bolečino, strah, občutek prizadetosti, ki si jo pridobil v otroštvu. Skrb zase pomeni, da se naučiš odkriti svoje potrebe ter skrbeti zanje, s čimer lahko gradiš svoje samospoštovanje.
 2. Čeprav samospoštovanje gradimo znotraj sebe, je mnogo naših občutkov vrednosti povezanih s pomembnimi odnosi z drugimi ljudmi. Predvsem je pomemben njihov suport, sprejemanje in ljubezen.

Na samospoštovanje vplivajo odnosi z drugimi ljudmi:

1. Zaupni prijatelji in njihova podpora.
2. Intimni odnosi.
3. Medosebne meje.
4. Asertivne veščine.

Zaupni prijatelji so pomembni, ker se ob njih počutimo sprejete zunaj družine in nam pomagajo pri spremembah skozi življenjska obdobja, kot so selitev od doma, ločitev ipd.

Intimni odnos z nam pomembno osebo vpliva na občutek lastne vrednosti, pospešuje sprejemanje sebe in zaupanje vase.

Postavljanje meja drugim in upoštevanje lastnih potreb je pomemben dejavnik pri oblikovanju občutka lastne vrednosti. Dober primer izgube meja je na primer v tem, da posvečaš več časa problemom drugih kot lastnim potrebam.

Asertivnost vpliva na spoštovanje sebe in na spoštovanje drugih do nas. Asertivne veščine nam pomagajo, da izražamo svoje potrebe in občutke na način, ki ne ogroža pravic drugih. Pomagajo nam, da povečamo lastno zavedanje, razvijamo komunikacijske veščine, gradimo zaupanje vase in smo bolj učinkoviti v stresnih situacijah.

Asertivne veščine zajemajo spretnosti kot so vztrajanje, zavrnitev zahtev, pogajanje, sprejemanje in dajanje kritike, uporaba očesnega kontakta, itd.

3. Ostali načini za doseganje samospoštovanja:

1. Skrb za fizično zdravje in zunanji izgled.
2. Prepoznavanje in izražanje čustev.
3. Premagovanje negativnih samogovorov in uporaba pozitivnih avtosugestij.
4. Določanje osebnih ciljev.

TERAPEVTSKI PRISTOP

Vedenjsko-kognitivna terapija pripisuje pomembno mesto pri oblikovanju samospoštovanja AVTOMATSKIM MISLIM.

PRIMER: Gledaš se v ogledalu in si misliš: »O, kako sem debel, kakšna grdoba sem!«

Te negativne avtomatske misli znižujejo samospoštovanje.

Če pa se pogledaš v ogledalo in si misliš: »Videti sem kar v redu, če oblečem to obleko.« V tem primeru je učinek na tvoje samospoštovanje nasproten.. Slika v ogledalu je vedno enaka, misli pa so se spremenile. S terapijo se klient nauči oblikovati pozitivne stavke, kar bo okrepilo samospoštovanje.

Ena izmed pomembnih tehnik v vedenjsko-kognitivni terapiji je KOGNITIVNA RESTRUKTURACIJA. Klient najprej identificira svoje avtomatske misli, potem mu terapevt postavi več vprašanj z namenom, da spreminja svoj neadekvatni način razmišljanja.

Bernie Zilbergeld v svoji knjigi »The Shrinking of America« zaključuje, da ima psihoterapija za mnoge probleme omejen učinek. Rezultati študij nam povedo, da izboljša samospoštovanje. Klient prihaja v terapijo z namenom, da bi mu pomagali pri anksioznosti, depresiji, motnjah hranjenja, težavah v medosebnih odnosih, ipd. Toda večina klientov dobi med psihoterapevtskim procesom občutek osebne vrednosti. Ni pa nujno, da se simptomi izboljšajo. Klienti sebe vidijo kot »bolj v redu, bolj sposobne«. Po mnogih mesecih ali letih terapije se spremeni klientova percepcija ob pozitivnih potrditvah od strani terapevta. Za klienta je še posebej pomembno, da dobi potrditev od avtoritete, ki zamenjuje kritične starše.

Znotraj vedenjsko kognitivne terapije so opisani postopki, ki načrtno in pospešeno gradijo samospoštovanje pri posamezniku. Samospoštovanje se hitro in učinkovito poveča s tehniko kognitivne restrukturacije. Ta tehnika omogoča, da klient z eksploracijo negativnega samogovora, konfrontacijo s kognitivnimi distorzijami in natančno samooceno doseže občutek vrednosti.

IZHODIŠČA ZA DIAGNOZO

Probleme, povezane s samospoštovanjem, lahko delimo na dve vrsti: situacijske in karakterološke.

Nizko samospoštovanje, ki je situacijsko pogojeno, se kaže samo na določenih področjih. Na primer, nekdo je zadovoljen v vlogi roditelja, sogovornika, seksualnega partnerja, odpuveduje pa v službi. Nizko samospoštovanje, ki je karakterološko, pa ima običajno korenine v zgodnjih izkušnjah zlorabe ali zanemarjanja. Občutek »napačnosti« je v tem primeru bolj globalen in povezan z mnogimi področji življenja.

Situacijsko nizko samospoštovanje je primerno za kognitivno restrukturacijo. Poudarek je na konfrontiranju s kognitivnimi distorzijami, s poudarjanjem prednosti nad pomanjkljivostmi in razvijanju veščin za spopadanje z napakami in kritiko.

Karakterološko nizko samospoštovanje izhaja iz bazičnega prepričanja »slab sem«. V tem primeru sprememba klientovih misli ni dovolj. Delno bo pomagala identifikacija in kontrola notranjega

kritičnega glasu. V terapiji je poudarek na odpravljanju negativnih misli. Poleg tega pa je potrebno razviti sočutje do sebe ter pristopiti z neobsojanjem. To lahko dosežemo, če uporabimo vizualizacije in hipnotične tehnike.

KOGNITIVNA RESTRUKTURACIJA PRI OBRAVNAVI SAMOSPOŠTOVANJA

Klient najprej identificira svoje misli pri samoočitanju.

Patološka kritika je termin, ki ga je določil psiholog Eugene Sagan, da bi opisal negativni notranji glas, ki posameznika napada ter obsoja. Vsak človek ima kritičen notranji glas. Ljudje z nizkim samospoštovanjem imajo še posebej izrazito patološko kritiko.

Terapevt naj opogumi klienta, da poimenuje to kritiko na način, ki gre v njegov koncept. Nekaj tipičnih imen za notranjega kritika: nasilnež, volk, godrnjač, gospod perfektnož itd. Personifikacija kritike pomaga, da eksternaliziramo obtožujoč glas. S tem dobi klient izkušnjo, da glas prihaja od zunaj. Klient se lažje bori z nekom od zunaj kot z delom samega sebe.

Kritik te sramoti za stvari, ki ti gredo narobe, primerja te z drugimi, z njihovimi dosežki in ti govori česa nimaš. Postavlja ti nemogoča perfekcionistična merila in te kara za vsako najmanjšo napako. Kritik ima na zalogi cel spekter tvojih napak, nikoli pa ne omenja tvojih zmožnosti in znanja. Kritik te imenuje z besedami: nor, nesposoben, grd, sebičen, šibek, in te pripravi k temu, da verjameš v resničnost besed. Kritik bere misli tvojega prijatelja in te prepriča, da se dolgočasi, da je razočaran in jezen nate. Jezik kritika je stenografski in vsebuje spomin na tisoče prizorov, ki jih prikljče iz preteklosti, in s tem spodkoplje tvoj občutek vrednosti. S tem sproži dolgo verigo bolečih asociacij in dobiva vse več kontrole nad nami.

Izvori notranje kritike so v zgodnjem otroštvu. Starši te učijo, katero vedenje je sprejemljivo, katero je nevarno, moralno napačno, ljubeznivo in katero je moteče. Primerno vedenje pohvalijo in spodbujajo, moteče in napačno vedenje pa kaznujejo. Glas staršev, ki kaznujejo, in neodobravanje oblikujeta vedenje otroka. Del tega, kar ti pravi kritika, si pripravljen sprejeti in verjeti v to.

Pet pomembnih faktorjev za občutek napačnosti

1. Stopnja, kjer se osebne potrebe, varnost in stališča napačno označijo kot moralna sodba. Na primer, v družinah, kjer oče želi absolutno tišino, bo otrok čutil kot moralno napačno, če bo hrupen. Nekateri otroci so slabi, če pozabijo hišna opravila, če želijo izbrano pričesko. Ob kritiki staršev se otrok počuti moralno napačno in starši s tem položijo osnovo za nizko samospoštovanje. Pri tem je važno prepoznati besede in fraze, ki vsebujejo sporočila.
2. Stopnja, pri kateri starši diferencirajo med vedenjem in identiteto. Otroku, ki ga strogo opozarjajo na nevarnosti na cesti, bo imel boljše samospoštovanje kot otroku, ki sliši, da je slab deček, če teka po cesti.
3. Število negativnih sporočil od staršev ima vpliv na zgodnje občutke vrednosti. Laži, da otrok ni v redu, se ne nauči od prevelike graje. Otroku se tega nauči z nenehnim ponavljanjem kritike.
4. Trdnost in ustaljenost kritičnih izjav vpliva na to, da se otroci često počutijo krive, predvsem pri nedoslednih starših.
5. Število kritičnih izjav, ki so povezane s starševsko jezo in umikom vpliva na občutja vrednosti pri otroku. Otroku lahko tolerira določeno količino kritike brez večje škode za lastno vrednost. Grožnje staršev in jeza pa mu dajo občutek o napačnosti in si jih tudi močno zapomni.

Istočasno, ko identificirate in imenujete patološko kritiko, pa lahko seznanite klienta z njegovim »zdravim glasom«.

Zdrav glas je klientova sposobnost misliti realistično. Zdrav glas obsega klientov racionalni del, zdravo oceno, sprejemljivi del in sočutni del. Tudi zdravemu glasu lahko klient izbere ime (Racionalni, Sočutni, Objektivni ipd.)

Z določitvijo dihotomije med kritičnim in zdravim glasom je dana možnost, da se klient konfrontira s kritiko nasploh.

Primer dialoga, ki kaže na to:

T. Kaj je rekel »kritik«, ko ste čakali prijatelja, pa vas ni poklical?

K. Da se ne zanima zame, da ga dolgočasim in utrujam.

T. Kaj bi rekel zdrav glas na to?

K. Da je bil pogovor s prijateljem prisrčen in zabaven. Počutil sem se prijetno.

T. Kaj še? Ali zdrav glas pravi, da lahko kaj narediš?

K. Lahko pokličem prijatelja.

(T= terapevt, K= klient)

Naslednji korak kognitivne restrukturacije je določiti glavno funkcijo klientove kritike. V vsakem primeru je kritični glas ojačan, ker ima pozitivno funkcijo pri željenem vedenju, da zaščiti lastno vrednost in kontrolira boleče občutke. Kritika pomaga klientu odkriti njegove bazične potrebe, ki so:

1. imeti občutek varnosti,
2. biti učinkovit in dejaven,
3. biti sprejet od staršev in pomembnih drugih,
4. imeti občutek lastne vrednosti in ustreznosti.

Ljudje z ustreznim samospoštovanjem imajo zelo različne strategije za doseganje teh potreb v primerjavi z ljudmi z nizkim samospoštovanjem.

Če ima klient ustrezno samospoštovanje, ima tudi ustrezno stopnjo samozaupanja in se lahko direktno spopade z interpersonalnimi konflikti. Nizko samospoštovanje človeka oropa, življenje je mnogo bolj boleče, ne čuti se dovolj učinkovitega in se ne more soočiti z anksioznostjo in spremembami. Paradoks je v tem, da te kritika napada, pa se vendar počutiš bolje. Ljudem z nizkim samospoštovanjem kritika pomaga pri občutkih tesnobe, nemoči, nesprejetosti in neadekvatnosti. Cena za to, da te kritika spremlja, je visoka. Ti sam jo krepíš s tem, ko jo poslušáš in se počutiš manj napeto, manj neučinkovito in manj ranljivo. Pri tem gre za pozitivno ojačanje, ker sledi dogodku nagrada. Na primer, če razmišljaš kritično o drugih, je to lahko ojačano z občutki pomembnosti in vrednosti.

Negativno ojačanje se lahko zgodi, kadar sledi nekemu vedenju fizična ali psihična bolečina. Vedenje, ki uspe ustaviti bolečino, je okrepljeno. Na primer, ko se študent pripravlja na izpit, nekatere aktivnosti postanejo zelo pomembne. Gledanje televizije, hranjenje, hobiji in športne aktivnosti so lahko okrepljeni, ker zmanjšujejo stres in služijo zmanjševanju napetosti. Jeza je ojačana s padcem napetosti. Občutki obupa so včasih olajšani z romantičnimi fantazijami o uspehu. Žalovanje je klasični primer negativnega ojačevanja. Zavest o izgubi oblikuje veliko stopnjo fizične in emocionalne napetosti. S priklicem predstav in spominov se zmanjša napetost in nenehno spominjanje je ojačano.

Klient mora razumeti, zakaj je uporabil kritičen glas in kako mu pomaga in ga ščiti. Kakšno funkcijo ima kritika, lahko klient razkrije šele preko natančnega spraševanja. Terapevt mu mora pojasniti, da vsaka misel, ne glede na to, kako je boleča, obsoja, ker je na neki način »nagrajena«. Terapevt lahko vpraša klienta, kako mu kritika pomaga v tej situaciji.

Kaj bi TI naredil, če ne bi slišal glasu kritike v tej situaciji?
Klient mora razumeti, zakaj uporablja kritični glas in kako ga ta štiti.

PRIMER:

- T. Ko si se počutila nervozno med kosilom, kaj je rekel »kritik«?
- K. Nima me rad! Ti ne znaš ničesar in nimaš zadosti denarja.
- T. Zapomni si, kaj smo rekli. Kritik vedno izpolni neke potrebe. Pred čem te je poskušal štiti ta čas?
- K. Kaj bo, če bo prenehala njegova naklonjenost?
- T. Kritik te je poskušal zaščititi pred strahom, da boš zavrnjena.
- K. Ja.
- T. Kako?
- K. S pričakovanjem tega, ne bi bila tako prizadeta.
- T. Ja. Na ta način vas kritika desenzitizira.

Če želi klient kontrolirati kritiko, mora najprej biti sposoben, da jo sliši. Prisluhni mora notranjim monologom. Včasih obsega kritika vse napake in neuspehe; spet drugič se ne da izraziti v obliki besed in predstav. Klient naj poišče notranje monologe v problematičnih situacijah, ki so lahko:

- ob srečanju s tujimi ljudmi,
- situacije, v katerih si naredil napako,
- situacije, v katerih si kritiziran,
- kontakti z avtoriteto itd.

VAJA: Klient naj vodi dnevnik kritike. Vpisuje naj stavke in monologe.

ZAVRAČANJE KRITIKE

Klient lahko vidi funkcijo kritike v tem, da se spravi z občutki krivde. Nekomu drugemu bo kritika pomagala zmanjšati strah pred zavrnitvijo.

Tri stopnje, kako zavrneš kritiko:

1. Odkriješ njen namen.
2. Odgovoriš.
3. Poskrbiš, da postane kritika nekoristna.

ODKRIJEŠ NAMEN KRITIKE

Kadar odkriješ kritiko, posebej izpostaviš njen namen in nagovoriš »kritika«.

- Ti mi rečeš: »Ne morem narediti tega« in tako jaz ne poskušam in nimam skrbi, da bi se prisilil v to.
- Ti mi rečeš: »Ne marajo te«, da ne bom tako prizadet, če me zavrnejo.
- Ti mi rečeš, da moram biti popoln.

ODGOVORIŠ

Znani so trije načini, kako se zoprstaviš »kritiku« in mu odgovoriš.

- a) besede in fraze, ki so direktno usmerjene na kritiko:
 - Stoj! Ti si strup!

- To je laž!
- Utiхни!
- b) Koliko te stane, če poslušaš kritiko? Čas je, da narediš seznam, kakšno škodo ti dela notranji kritik pri odnosih z drugimi, pri delu in počutju. Notranjemu »kritiku« reci nazaj: »Ne morem si te privoščiti, ker me staneš veliko in mi delaš škodo.«
- c) Kritiku se postaviš po robu s trditvami o svoji vrednosti. Ta metoda je težja, posebno za tiste, ki so globoko prepričani, da je nekaj narobe. Ko utišaš »kritika«, nadomestiš njegov glas s pozitivnimi trditvami o lastni vrednosti. Tvoja vrednost ni samo v tem, kar narediš, ampak da obstojaš. Ti si oseba, ki poskuša živeti.
S trditvami o lastni vrednosti se postaviš po robu »kritiku«:
 - o Zakaj sebe ranim? Poskušam le preživeti in delam, kar najboljše znam.
 - o Čutim bolečino, ljubim, poskušam preživeti, sem dober človek.

NAREDITI »KRITIKA« NEKORISTNEGA

Najboljša pot zavračanja »kritika« je, da ga vrnete v položaj, kjer je nekoristen. Odvzemite mu vlogo, s tem ga boste utišali. Pogosta vloga »kritika« je v tem, da te sili za dosežki ali te ščiti pred strahom, da boš zavržen, ali te zavaruje pred občutki krivde.

Klientu je potrebno pokazati nov način zadovoljevanja potreb, ne da bi računal na notranjo kritiko.

Potreba, da delaš prav:

Stara strategija je računala na kritiko. Zdrava strategija pa oceni tvoja pričakovanja in osebne standarde in vidi, kaj je bolj realistično doseči.

Potreba, da se počutimo dobro:

Stara strategija te je primerjala z drugimi in ti postavljala perfekcionistične standarde. Bolj zdrava strategija je v tem, da sebe vidiš realistično in se sprejmeš.

Potreba po dosežkih:

Stara strategija je slonela na kritiki tvoje motivacije. Nova strategija pa zahteva od tebe:

- da spremeniš staro prepričanje, saj tvoja vrednost ni odvisna le od tega, kar narediš,
- potrebno je, da se naučiš evaluirati,
- potrebno je, da najdeš zdrav način svoje motivacije in si predstavljaš izid svojega uspeha.

Potreba po kontroli negativnih čustev:

Notranja kritika ti pomaga kontrolirati občutke strahu, jeze, krivde in druge.

1. Občutek ničvrednosti

Kritika ti pomaga blokirati ta občutek z visokimi merili perfekcionizma. Te občutke lahko kontroliraš le po korakih, tako da se počutiš v redu.

2. Strah pred neuspehom:

Kritika te je rešila tvojega strahu pred neuspehom, tako da ti je sporočala: »Tega ne moreš narediti.« Posledica tega je bila, da nisi poskusil. Bolj zdrava strategija za kontrolo strahu pred neuspehom je v tem, da oceniš svoje napake. Vsaka napaka namreč obnovi bazično prepričanje, da je nekaj strašno narobe s teboj.

3. Strah pred zavrnitvijo

Notranja kritika ti je pomagala, da si se spoprijel s situacijo, in te skušala desenzitirati, ko si bil prizadet.

Bolj zdrava strategija za strah pred zavrnitvijo je:

- a) Odkrij svoje napake in jih sprejmi kot del sebe
- b) Razvij specifične veščine za sprejemanje kritike. Nauči se preveriti zavrnitev, rajši, kot da »bereš misli«. Vse to zahteva, da boš drugačen do sebe in da boš spremenil vedenje. Naučil se boš, kako odgovarjati asertivno na kritiko, raje, kot da se umakneš.
- c) Ne delaj zaključkov na osnovi lastnih misli in občutkov, ampak jih preveri in postavljalj vprašanja.

4. Jeza

Kritika ti pomaga ukvarjati se s svojim strahom pred jezo s tem, da napade usmeriš nase. Bolj zdrava strategija za jezo je, naučiti se reči, kaj bi rad, in naučiti se pogajanja. S tem, ko se naučiš biti asertiven, poveš svoje želje, reduciraš občutke jeze do drugih in do sebe.

5. Krivda

Kritika ti pomaga kontrolirati krivdo s kaznovanjem samega sebe. Boljša strategija je določiti, ali krivda prihaja zaradi vrednot, ki jim ne moreš slediti. Zato odkrij svoj vrednostni sistem, da boš lahko določil, kdaj si prelomil pravila. S tem boš določil tudi vrednote, ki bodo ustrezale tebi kot osebi in tvoji situaciji.

6. Frustracija

Kritika ti pomaga kontrolirati frustracijo z občutki strahu in reducira napetost. Bolj zdrava strategija je v relaksaciji in umirjanju, kar nam kažejo hipnotične tehnike. S tem si pridobimo občutek odpuščanja in skrb za lastne moči.

KOGNITIVNE DISTORZIJE

Distorzije so tipične napake v mišljenju, ki slonijo na globoko vsidranih nerealističnih prepričanjih in dobivajo značaj navade, kako razmišljamo. Izkrivljeno mišljenje je težko diagnosticirati, ker je tesno povezano z dojetjem realnosti. Distorzije so obsojajoče, avtomatično poskušajo etiketirati ljudi in dogodke, preden ima posameznik možnost preceniti realnost. Distorzije so netočne, neprecizne posplošitve, ki ne upoštevajo vseh okoliščin. Vidiijo le eno stran in slonijo rajši na emocionalnih kot na racionalnih procesih.

Med tipične napake v mišljenju štejemo:

1. **Posploševanje:** pomeni, da naredimo zaključke, ki jih ne preverimo. Lahko rečemo, da klient pogosto uporablja naslednje besede: nikoli, vedno, vse, vsak, nihče ipd.
Primer:
Nikoli ne pridem v službo pravočasno.
Vsi mislijo, da sem neroden.
2. **Etiketiranje:** na sebe ali na drugega »nalepimo« neko splošno etiketo, ne da bi upoštevali dokaze. Ljudje z nizkim samospoštovanjem obsodijo sebe kot ničvrednega.
Primer: Sem zgubar! Nor sem.
3. **Filtriranje:** selektivno izbereš tiste izkušnje iz resničnosti, ki so negativne, vse ostalo pa zanemariš. Filtriranje uporabiš, kadar ti patološka kritika narekuje besede, kot so: prizadet, nevaren, nepošten, nor ipd.

4. **Polarizirano mišljenje:** situacijo opazujemo samo v dveh kategorijah (črno-belo). Tvoje stališče o sebi je lahko: si slab ali dober, uspešen ali neuspešen, junak ali ničvrednež. Tako mišljenje zelo znižuje samospoštovanje. Nihče ne more biti ves čas popoln, zato pomeni prva napaka neuspeh.
Primer: Če nisem zabaven, potem sem dolgočasen.
5. **Prevzemanje krivde:** pripisujemo si krivdo za vse, tudi če dogodki niso pod našo kontrolo, za vse se čutimo odgovorne.
Primer: Oprosti, kako sem nor.
6. **Personalizacija:** je prepričanje, da se nekaj dogaja zaradi mene. Drugi se na primer pritožujejo in takoj pomisliš, da se nad tabo, ne da bi upošteval pri tem razloge za njihovo vedenje.
7. **Branje misli:** pri tem verjameš, da veš, kaj drugi mislijo. Branje misli je pogubno za samospoštovanje, ker misliš, da se vsi strinjajo z negativnim mnenjem o tebi. Teh interpretacij ne preveriš, zato o tem ne dvomiš.
Primer: On je tiho, ker sem jaz zamudil, in se jezi name.
8. **Kontrola:** to je napaka v mišljenju, da imaš vse pod kontrolo, in to ti daje napačen občutek omnipotence. Tvoji naporji so usmerjeni v to, da se zavzemaš za kontrolo vseh aspektov v situaciji, četudi zato nisi odgovoren.
Primer: Poslušati bi moral. Saj je rekla.
Druga možnost pa je stil, da nimaš kontrole nad dogodki. Za samospoštovanje je posebno važna nekontrola, pri čemer se počutiš nebogljenega in v brezupnem položaju.
9. **Emocionalno presojanje:** včasih mislimo, da je nekaj resnično samo zato, ker tako čutimo (v resnici verjamemo). Ta občutek je tako močan, da zanemarimo dokaze o nasprotnem. Realno se interpretira z emocijami.
Primer: Ti si to, kar čutiš. Če se počutiš nebogljen, si res nebogljen.

Ko se terapevt seznanja s klientovimi kognitivnimi distorzijami, se v terapiji osredotoči le na najbolj pomembne. Koristno je izbrati nekaj tipičnih napak v mišljenju in pokazati, kaj imajo skupnega.

Primer iz terapije:

T: Prejšnji teden ste govorili, da ste bili pozni, in ste sebe imenovali prenapetež. Potem ste bili proti davkom in ste rekli, da ste nori. Danes se opisujete kot goljuf in idiot, pri delu. Besede, kot so prenapetež, nor, goljuf, idiot pomenijo etiketiranje in resnično načenjajo vaše samospoštovanje. Ti izrazi so del vašega problema pri delu. Vsakič, ko uporabite te etikete, se počutite bolje, vendar zarežete globlje vase. Ali ste zaznali, da ta kritika uporablja etiketiranje, da vas poniža?

Terapevt naj uporabi mnogo vprašanj, da pride do točnih stavkov klientovih kritičnih misli. Najboljši način, da klient opredeli svoje kritične misli, je Sokratovo spraševanje. To metodo je Sokrat uporabil pri svojih študentih v obliki logičnih zaključkov in argumentov. Pri vprašanjih ločimo tri področja:

1. Vprašanja, ki odkrivajo generalizacije.
2. Vprašanja, ki označujejo napačno etiketiranje.
3. Vprašanja, ki kažejo na evidenco oziroma na razloge za takšno sklepanje.

TEHNIKA TREH STOLPCEV

Uporabna tehnika za spoprijemanje s kognitivnimi distorzijami je tehnika treh stolpcev. Ta tehnika je zahtevna. Terapevt uči klienta, da prepozna napačne trditve o sebi in da začne uporabljati drug jezik za te trditve.

Klient naj napiše vse svoje trditve o sebi na list v treh stolpcih.

Trditve o sebi

Distorzija

Zavrnitev

Prva kolona obsega patološko kritiko, druga označuje napake v mišljenju in tretja pove, kako z drugimi besedami zavrneš to trditev.

Trditve o sebi in distorzije znižujejo klientovo samospoštovanje.

Nekaj primerov distorzij:

1. Posploševanje. Iz enega osamljenega dogodka delaš zaključke in univerzalna pravila. Če si zgrešil enkrat, potem vedno zgrešiš.
2. Etiketiranje. Avtomatično uporabiš etiketo, da opišeš samega sebe in pri tem ne upoštevaš svojih kvalit.
3. Filtriranje. Vso pozornost usmeriš na negativno in spregledaš pozitivno.
4. Polarizirano mišljenje. Stvari daješ v črno-bele kategorije in pri tem ni srednje poti. Biti moraš odličen, če ne si brez vrednosti.
5. Prevzemanje krivde. Vedno se obtožuješ za stvari, tudi če to ni tvoja napaka.
6. Sklepaš, da je vse povezano s tabo. Primerjaš se z drugimi in poudarjaš negativne strani.
7. Branje misli. Sklepaš, da te drugi nimajo radi, da so jezni nate, ne da bi imel dokaze za to.
8. Kontrola. Čutiš popolno odgovornost za vsakega in vse ali čutiš, da nimaš kontrole in si nemočna žrtev.
9. Emocionalno presojanje. Sklepaš, da so stvari takšne, kot jih doživljaš.

Primer: Dekle ima težave pri vključevanju v družbo sodelavk.

TRDITVE O SEBI

Vsi me zavračajo.
Pogosto mislijo, da sem čudna.
Sem ničvrednica.

DISTORZIJE

Branje misli
Posploševanje
Etiketiranje

ZAVRNITVE

Nimam dokazov za to.
Ni tako! Včasih govorim.
Nisem ničvrednica!
Sem čisto v redu!

Naslednji korak v spoprijemanju s kognitivnimi distorzijami je v tem, da klient določi nekoga, ki bo zavrnil njegove trditve. Terapevt ga vzpodbudi, da si predstavlja namišljeno osebo, ki bo zavračala patološko kritiko. Ta oseba bo njegov zmagovalec, svetovalec in učitelj. Ko se oglasi patološka kritika, se lahko klient z njim pogovarja v prvi osebi.

SAMOOČENA

Ljudje z nizkim samospoštovanjem sebe ne vidijo dovolj jasno. Rezultat tega, da se vidijo izkrivljeno, je močan občutek neadekvatnosti, če se primerjajo z drugimi.

Da bi dosegli samospoštovanje, je nujno upoštevati ravnotežje med pozitivnimi in negativnimi lastnostmi.

Točen samoopis vam bo pomagal, da odkrijete svoje dobre strani in pomanjkljivosti ter sebe vrednotite kot osebo, kakršna v resnici ste. Prvi korak k temu je, da si zapišete detajle, kako vidite sebe v sedanosti. Pri tem vam lahko pomaga VPRAŠALNIK KONCEPTA JAZA oz. VPRAŠALNIK SAMOOCENE. V tem vprašalniku opišite z več besedami ali frazami samega sebe na posameznih področjih.

VPRAŠALNIK SAMOOCENE

1. Fizični izgled: velikost, teža, obraz, stil, lasje itd.
2. Kakšen si z drugimi ljudmi: obsega opis tvojih prednosti in pomanjkljivosti v odnosu do prijateljev, družine, sošolcev itd.
3. Osebnost: opiši svoje pozitivne in negativne lastnosti.
4. Kako drugi ljudje vidijo tebe: opiši prednosti in pomanjkljivosti, ki jih vidijo prijatelji in družina.
5. Uspešnost v šoli ali v službi: vključuje opise, kako zmoreš pomembnejše naloge v šoli ali na delu.
6. Uspešnost pri dnevnih aktivnostih: naloge, kot so higiena, zdravje, skrb za svoje ožje okolje, priprava hrane itd.
7. Duševno funkcioniranje: zajema oceno, kako dobro rešuješ probleme, kapacitete za učenje in kreativnost, vpogled v situacijo itd.
8. Spolnost: kako se vidiš kot spolno bitje.

Ko zaključiš, označi s + prednosti, z - pa pomanjkljivosti.

Če dobiš večinoma + znake pred postavkami oziroma lastnostmi, je to znak, da je svoje samospoštovanje na splošno dobro.

SEZNAM POMANJKLJIVOSTI

Na levo stran vprašalnika napiši svoje pomanjkljivosti in ob vsaki pomanjkljivosti napiši spremembe, ki jih nameravaš doseči.

S tem, da imaš napake, ni nič narobe, saj jih imamo vsi. Če boš poskušal spremeniti svoje pomanjkljivosti, upoštevaj štiri pravila:

1. Ne uporabljalj izrazov, ki označujejo slabo. Na primer: »Izgubljen pri telefoniranju« zamenjaj z: »Počutim se neudobno.«
Eliminiraj besede, kot so: noro, umazan, grd, blebetav itd.
Te negativne etikete so nevarne za tvoje samospoštovanje.
2. Uporabljalj točen jezik. Ne olepšuj napak, treba se je omejiti le na dejstva.
3. Uporabljalj specifični jezik in ne posplošitev. Črtaj iz besednjaka besede kot so: vedno, nikoli.
Opisuj le specifično situacijo.
4. Najdi izjeme in poudari tisto, kar zmoreš. Na primer:
Nisem asertivna s sodelavci in otroci, sem pa asertivna z možem in prijatelji.

TVOJE POZITIVNE LASTNOSTI

Naslednji korak je v tem, da odkriješ svoje pozitivne strani in tisto, kar zmoreš. Različne kulture niso vedno naklonjene temu, da imaš ponos. Morda imaš izkušnje v lastni družini, da so neradi priznali tvoje pozitivne strani. Ponovno preberi stavke iz Vprašalnika samoocene. Razmisli o svojih kvalitetah in sposobnostih, ki še niso bile omenjene. Razmisli o komplimentih, spomni se uspehov, kaj vse si premagal.

Naslednja vaja ti bo pomagala poiskati, kaj ceniš pri sebi.

VAJA: Za nekaj trenutkov pomisli na ljudi, ki jih občuduješ. Napiši na list tiste kvalitete, ki jih še posebej ceniš in spoštuješ.

To lahko uporabiš za introspekcijo: koliko takih kvalitete pripada tebi (v preteklosti oziroma sedanjosti). Presenečen boš, da boš našel podobne kvalitete. Pojdi skozi seznam pozitivnih lastnosti in jih ponovno napiši v celih stavkih. Pri tem se pretvarjaj, da pišeš pismo – priporočilo za osebo, ki jo imaš resnično rad in želiš, da bi uspela.

NOVI SAMOOPIS

Čas je, da strneš pozitivne strani in pomanjkljivosti v skupen samoopis, ki bo točen, pošten in suportiven. Samoopis vsebuje pozitivne in tudi negativne strani, pri katerih si želiš spremembe.

VAJA: Novi samoopis si beri naglas, počasi in previdno (dvakrat na dan, štiri tedne). To je minimalni čas, da boš začel spreminjati razmišljanje o sebi.

POUDARJAJ SVOJE POZITIVNE LASTNOSTI

Ko te napada kritika zaradi tvoje ustrežljivosti ali strahu, se moraš spomniti svojih pozitivnih lastnosti, da lahko odgovoriš nazaj. Lahko rečeš: »Počakaj trenutek! Ne bom poslušal tega! Vem, da sem kreativen.«

Pretežno se uporabljajo tri metode, da ti ostanejo v zavesti tvoje pozitivne kvalitete.

1. Dnevne potrditve

En način je v tem, da se spomniš sebe na svoje prednosti. Oblikuješ lahko nekaj pozitivnih stavkov o sebi, ki si jih ponavljaš čez dan.

Na primer:

- Sem topla, odprta in sprejemajoča oseba.
- Sem zabavna, prijetna in imam veliko prijateljev.
- Sem sposoben za naporno delo in resnično dober v tem, kar delam.

Take pozitivne stavke o sebi si lahko oblikuješ vsako jutro. Napiši nekaj, v kar verjameš o sebi, kar ti bo v oporo in tolažbo.

Te potrditve imej v zavesti in jih uporabi takrat, ko se počutiš pod stresom in si pretirano samokritičen.

2. Znaki, ki te spomnijo na pozitivne strani:

To je druga metoda, ki jo lahko uporabiš skupaj z dnevnimi potrditvami. Napiši si pozitivne stavke na list papirja in jih obesi na vrata, na ogledalo, nad delovno mizo ipd. Namesti jih tam, kjer jih boš zanesljivo videl. Lahko si namestiš kartice s pozitivnimi stavki v denarnico in dokumente. Lahko jih spreminjaš in rotiraš vsakih nekaj dni.

3. Aktivna integracija

To je tretji način, da se zaveš svojih pozitivnih strani s tem, da si priključiš primere iz preteklosti. Vsak dan izberi tri pozitivne lastnosti iz liste samoopisa. Potem poglej v preteklost in najdi primer iz preteklosti. Ta vaja se imenuje aktivna celostna integracija, ker tvoje pozitivne strani poveže s specifičnimi spomini.

Lista besed s primeri:

- Prijeten. Jana mi je rekla, da sem duhovita oseba in Maja je odgovorila, da prinašam zabavo v pisarno.
- Neodvisnost. Takrat, ko je šel mož na pot za tri mesece. V celoti sem prevzela skrb za vso družino.

Točna samoocena vsebuje dve stvari:

1. Spoznavanje in spominjanje svojih pozitivnih lastnosti
2. Opis svojih šibkih strani in to točno ter specifično in ne z obsojanjem. Ko te napada kritika in uporabi negativne generalizacije, jo moraš ustaviti. Če boš želel odgovoriti na to kritiko, se boš vedno znova moral naučiti novega in točnega jezika.

Kognitivna restrukturacija je ena izmed tehnik za spreminjanje negativnih avtomatskih misli, ki pa se lahko kombinira še z drugimi, vedenjskimi tehnikami.

VIRI:

1. Pope, A.W., Mchale, S.M., Craighaead, W.E. (1988). *Self-esteem enchancement with children and adolescents*. Pergamon Press.
2. Bourne E. J. (1995). *The anxiety and phobia work book*. New Harbinger publication, Oakland.
3. Fenell M. (1999). *Overcoming low self-esteem*. Robinson, London.
4. Lindenfels, G. (1992). *Assert yourself*. Thorsons.
5. NcKay, M., Fanning P. (1992). *Self esteem*. New Harbinger publications, Oakland.
6. *Praktikum iz kognitivne in bihevarionalne terapije III* (1990). Društvo psihologov SR Hrvatske (DPH), Zagreb.

OCENA ŠTUDENTOV Z UČNIMI TEŽAVAMI

Od šolskega leta 1995/96 deluje v Domu zdravja študentov v Zagrebu Svetovalnica za učne težave.

Strokovno pomoč iščejo študenti sami po lastni želji ali pa na pobudo zdravnika splošne medicine. Razlogi, zaradi katerih študentje prihajajo, so različni: neuspešno zaključen letnik, večkratni neuspeh na istem izpitu, težave s koncentracijo, slabša organizacija učenja, slabša samoregulacija, izguba zaupanja, strah pri izpitih, depresivnost.

Od začetka delovanja Svetovalnice pa do danes pri pomoči študentom s problemi pri študiju usmerjamo pozornost k a) oblikovanju specifičnega načina ocene ob vključitvi študentov in b) k postavljanju jasnih in lahko merljivih kriterijev za evalvacijo tretmana.

Cilj je v nekaj etapah razviti in z raziskavami preveriti učinkovite načine in tehnike ocene. S tem mislimo na izbor postopkov, ki bodo obsegali in ocenili različne možne vzroke neuspeha in omogočili prepoznavanje ključnega med njimi.

Naš drugi interes je usmerjen v oceno učinkovitosti posameznih intervencij, ki se v Svetovalnici uporabljajo z namenom premagovanja težav pri učenju in opravljanju izpitov.

Model za razumevanje in obravnavo učnih težav in polaganje izpitov, ki ga uporabljamo v Svetovalnici, temelji na nekaterih izhodiščih.

1. Trajne biološko določene težave v procesiranju

Novejše raziskave kažejo, da se učenci in študenti s težavami pri akademskem učenju razlikujejo od tistih brez težav po večjih kognitivnih funkcijah (Wong, 1991; Rourke, Dotto, 1994). Iste raziskave kažejo razlike tako na čustvenem kot na vedenjskem področju. Najbolj pogosta primerjava kognitivnih funkcij v raziskavah zadnjih 15 let so po navedbah večih avtorjev (Wong, 1991; Trapani, Gettinger, 1996): spomin, kjer je uveden model delovnega spomina (Gathercole, Baddeley, 1993), pozornost, metakognicije in atribucijski procesi. Na osnovi rezultatov številnih takih študij danes smatramo, da so težave pri akademskem učenju v osnovi rezultat pomanjkljivosti ali disfunkcije v eni izmed faz procesiranja podatkov (Rourke, Dotto, 1994).

Termin »učne težave« ali »specifične učne težave« opisuje učence in študente povprečne ali nadpovprečne inteligentnosti, pri katerih je proces učenja otežen s pomanjkanjem nekaterih funkcij, potrebnih za dobro razumevanje, za pomnjenje gradiva, branje, obvladovanje matematičnih znanj in fleksibilno uporabo naučenega. Ugotavlja se, da je poleg teh, ki jim težko gredo matematika in sorodni predmeti, še skupina učencev, neuspešnih pri uporabi govora ter skupina s težavami v akademskem učenju na splošno. V svoji definiciji Hamill (Wong, 1995) navaja, da so učne težave splošni izraz za heterogeno skupino motenj, ki se kažejo v težavah pri razumevanju in uporabi govora; pri pisanju, branju, sklepanju in matematičnih sposobnostih. Motnja je intrinzična, povezana z disfunkcijo centralnega živčnega sistema. Hkrati so lahko prisotni tudi senzorni deficiti in vedenjske motnje, ki pa nimajo vzročne vloge pri nastanku motnje. **Primarne značilnosti učencev in študentov s težavami pri učenju so težave v procesiranju.**

* Mag. Nada Anić, spec. klin. psih. (Služba za zdravstveno zaščito studenata – Savjetovališče za teškoče u učenju, Trg žrtava fašizma 10, Zagreb, nada.anic@zg.tel.hr)

** Prevod: Nada Hribar, spec. klin. psih. (Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Gotska 18, Ljubljana 1000)

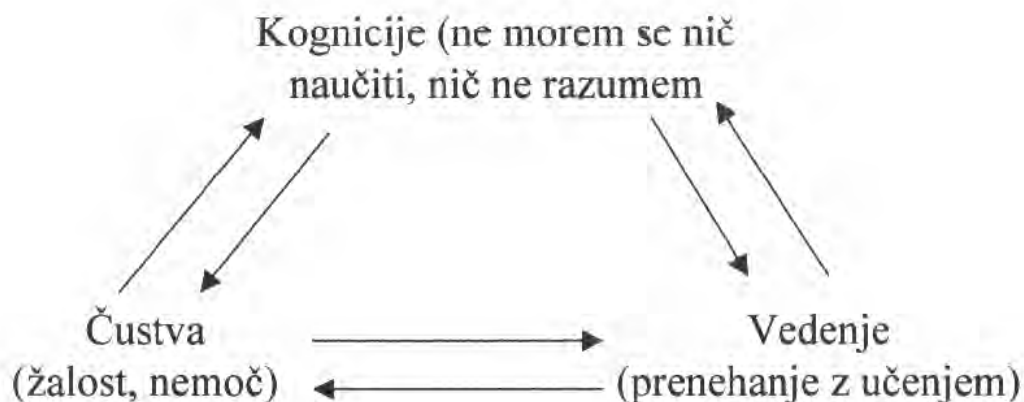
Kot posledica ponavljanja neuspehov in resnih učnih težav se razvijejo **sekundarne značilnosti** pri teh učencih in študentih. Sekundarne značilnosti so **slaba motivacija** za dolgotrajno učenje, nagnjenost k manjši vztrajnosti, **pomanjkanje interesa za pridobivanje novih strategij v učenju**. Naslednja značilnost je **nizko samospoštovanje**. Med sekundarne značilnosti se šteje tudi **slabša samoregulacija** (ena izmed oblik metakognicije).

Primerjanje skupine uspešnih in neuspešnih študentov pokaže razlike v samoregulacijskih značilnostih. V skupino sekundarnih značilnosti spada **načrtovanje in »izvajanje« učenja v nekem časovnem obdobju, vztrajnost v dolgotrajnem učenju, predvidevanje potrebnega napora, učenje iz preteklih izkušenj, kako se je treba učiti in na osnovi postopka na eni vrsti nalog posplošiti postopek na podobne naloge**. Težave z učenjem so stabilne in ostajajo vse življenje. Variirajo lahko po intenzivnosti; pri posamezniku pa so bolj ali manj očitne glede na zahtevnost akademskega učenja. Naše izkušnje kažejo, da med študenti najdemo posameznike, ki so sicer končali srednjo šolo, vendar imajo resne težave pri študiju, ki jih lahko razumemo po opisanem modelu.

2. Kognitivni model za razumevanje disfunkcij in težav v prilagajanju

V tem modelu se kognitivne funkcije (percepcija, spomin, misli, prepričanja, stališča in razlage vzročnosti individualnih izkušenj) definirajo kot posredujoče, usmerjajoče v interakciji posameznika z njegovim spremenljivim okoljem. Vrsta

in vsebina kognicije odloča in usmerja, kakšno bo njegovo vedenje in kakšna čustva bo doživljal. Vpliv kognicij na vedenje in čustva ni enosmeren. Vse tri ravni funkcioniranja vedenje, kognicije in čustva, so v medsebojni interakciji.



Slika 1.

Raziskave kažejo, da samousmerjanje z uporabo **notranjega govora** pomembno vpliva na uspešno reševanje nalog. Vzporedna raziskovanja kažejo, da jih akademsko neuspešni uporabljajo znatno manj od uspešnih (Wong, 1991). V kognitivnem modelu se daje velika pozornost uporabi in vsebini notranjega govora. Nekateri terapevtski postopki v kognitivni terapiji temeljijo na usmerjeni uporabi notranjega govora (Anić, 1990). Notranji govor se uporablja v obliki samoinstrukcij kot preverjeni uspešni načrt za izboljšanje akademskih dosežkov in prav tako za zmanjševanje testne anksioznosti med izpitom, za usmerjanje pozornosti na nalogo in zmanjšanje napak (Kendall, 1991).

Kognitivni model poudarja moteči vpliv **negativnih avtomatskih misli** na vedenje in razpoloženje (Beck, 1976; De Rubeis, Beck, 1988; Ingram, Malcarne, 1995; Beck, 1995). Na primeru študentov z

učnimi težavami jih lahko opišemo kot paralelni miselni proces, ki se pojavlja v času učenja ali na izpitu (Bruch, Kaflowitz, Kuethe, 1986). Negativne avtomatske misli so kratke, hitre, kratkotrajne kot blisk. Njihova vsebina pa je negativna, zastrašujoča in vznemirjajoča. Lahko imajo besedne formulacije ali so v obliki slike (na primer »spet bo profesor našel kaj, česar ne znam«, »tega ne razumem«, »ne bom naredil«) ali se pojavi predstava neugodne scene, ko je študent doživel kritiko profesorja in padel na izpitu. Vznemirjajo lahko tudi misli o reakcijah staršev na neuspeh.

V trenutku, ko se pojavijo misli in slike, izzovejo vznemirjenost, padec koncentracije in padec razpoloženja. Če se med učenjem pojavijo večkrat, resno ovirajo učenje na kognitivni in čustveni ravni. Pri delu s študenti smo opazili, da imajo nekateri študentje v času učenja v eni uri tudi do deset takih doživetij. Poskusi, da se z zadovoljivim zunanji pogoji (na primer učenjem v učilnicah) izboljša koncentracija, ne dajo pričakovanih rezultatov, ker se študent vznemirja »od znotraj« z lastnimi mislimi in slikami.

Za potrebe ocene in tretmana je bila oblikovana originalna skala ANM (Živčić-Bečirević, Anić, 2001).

S spraševanjem študentov z učnimi težavami o številu in vrsti negativnih avtomatskih misli v Študentskih svetovalnicah v Zagrebu in na Reki je ugotovljeno, da se ti kot skupina statistično pomembno razlikujejo od uspešnih študentov.

S faktorsko analizo je ugotovljeno, da vprašalnik ANM vsebuje misli, ki se grupirajo v nekoliko skupin: o predmetu, o sebi, o izpitu in reakcijah staršev na neuspeh. Rezultati kažejo, da se neuspešni študenti najbolj vznemirjajo pri avtomatskih negativnih mislih o reakcijah staršev na možni novi neuspeh (Živčić-Bečirević, Anić, 2001).

Poleg avtomatskih misli na vedenje in razpoloženje vplivajo na učenje tudi iracionalna prepričanja. Nekateri študenti so na primer trajno nezadovoljni in potrti, ker se nikakor ne morejo naučiti tako velikega števila strani, kot so prepričani, da bi se morali. Njihovi dnevni načrti se ne oblikujejo na realnih možnostih, ampak na previsokih merilih, za katere verjamejo, da so primerna. Nekateri od njih imajo bazično prepričanje: »manj sem sposoben od drugih«. Dejstvo, da ne morejo izpolniti nerealističnega načrta, potrjuje točnost negativne bazične predpostavke o sebi.

Na vedenje v situaciji učenja in opravljanja izpitov vplivajo poleg raznih iracionalnih prepričanj o učenju tudi razna osebna **pravila** (inteligentni se ne učijo veliko; neumno mi je ponavljati, posebno na glas kot papagaj, dovolj je, da razumem gradivo, v srednji šoli sem bila s svojim načinom učenja odlična, torej mojega načina učenja zdaj na fakulteti ni potrebno menjati).

Nekaj raziskav je pokazalo, da študenti po neuspehu na izpitu in z izgubo šolskega leta kažejo na kognitivni ravni težave, ki jih sicer najdemo pri osebah s PTS - potravmatskim stresnim sindromom (Masson, Cadot, 2001).

Uspešni in neuspešni študentje se razlikujejo po **atribucijah** uspeha in neuspeha (Lebedina-Mazoni, 2001).

Po kognitivnem modelu **bazično prepričanje** o sebi in o svojih možnostih vpliva na celoten način kognitivnega procesiranja in istočasno na čustva in vedenje posameznika. Bazično prepričanje »sem manj sposoben od drugih« vpliva na percepcijo in pomnjenje vseh dokazov, ki potrjujejo to prepričanje, in zanemarjanje tistih dejstev, ki dokazujejo nasprotno. Čustva, skladna s tem bazičnim prepričanjem, so negativna do učenja, v vedenju pa se vidi premalo vztrajnosti, pomanjkanje interesa za pridobivanje novih strategij učenja in vlaganje dolgotrajnih naporov. Motivacija je usmerjena negativno (»samo da bom imel en izpit manj«, »da se tega čimprej rešim«, »samo da se ne osramotim na izpitu«).

V oceni vsakega študenta se vprašamo za navedene kognicije in oceni se njihov možen negativni vpliv na učenje in uspešnost na izpiti.

3. Vedenjski model

V vedenjskem modelu se poudarja povezanost vedenja in neposrednih reakcij na to vedenje (ojačanje). Vedenje se lahko ojača od okolja, od drugih ali s samoojačevanjem. Vedenje se definira kot vidno in notranje (Yates, 1970; Wolpe, 1958). Vidno vedenje je dostopno opazovanju drugih, notranje so misli in čustva. Po vedenjskem modelu se vsa vedenja (želena in neželjena) pridobivajo z učenjem in se lahko modificirajo v željeni smeri z uporabo principa učenja (Wolpe, 1958; Kazdin, 1984). Z ojačanjem iz okolja učitelji in starši pri učencih dvignejo motivacijo za učenje in pridobivanje navad ter veščin, potrebnih za akademsko učenje. Pri študentih ima isto funkcijo proces samoojačevanja. Načrtovanje učenja, vztrajnost, opravljanje izpitov se pri študentih vzpodbujajo z lastnimi samoregulacijskimi postopki. Po vedenjskem modelu se lahko samoregulacija gradi preko samoojačanja, »self-monitoringa« in samoocene. Po tem modelu se izpitne anksioznosti in fobije ter izogibajoče vedenje (na primer odpoved izpita) tudi razlagajo z učenjem. Na primer olajšanjem (pozitivnim ojačanjem), ki se pojavi neposredno po izogibanju in prelaganju izpita, se učimo, kako hitro in nefunkcionalno odpravimo izpitno anksioznost. Podobno je pri učenju. Mnogi študentje s težavami in neuspehom učenje doživljajo kot neugodje. Nekateri opisujejo, kako dobivajo somatske motnje, ko se učijo za predmet, pri katerem so na izpitu večkrat doživeli neuspeh. Zanje ima učenje pomen averzivne situacije. To je delno posledica zgodnjih izkustev neuspeha ali/in negativnega čustvenega odnosa do predmeta. Vsaka prekinitev učenja prinese olajšanje (pozitivno ojačanje) in zaradi tega študentje stalno prekinjajo učenje in ga odklanjajo.

Odlaganje učenja je pogost pojav pri neuspešnih študentih. Povezano je z izogibanjem težavam, anksioznosti in neugodju. Ugotovljena je tudi funkcionalna povezava s perfekcionizmom. Podobno velja za odlaganje izpita, saj nekateri od študentov to delajo zato, ker ne morejo prenesti izpitne anksioznosti, drugi pa iz perfekcionistične težnje, da se bodo bolje naučili do naslednje roka. V novih raziskavah se daje posebna pozornost interakciji med perfekcionizmom, izogibanjem, anksioznostjo in depresivnostjo (Stoeber, Joormann, 2001; Brown, Beck, 2002).

Razumevanje funkcije izogibanja učenja in/ali izpitov je pomembno pri oceni posameznega študenta zaradi pravilnega usmerjanja cilja obravnave in izbire ciljanih terapevtskih postopkov.

Vedenjski model je usmerjen na opazovanje, merjenje in spremembo vedenja. Tehnike neposrednega merjenja vedenja z namenom ocene se kažejo kot zelo koristne, ne samo v začetni oceni, temveč tudi v toku obravnave.

Neposredno merjenje v situaciji učenja omogoča, da se prepozna in ugotovi specifični problem določenega posameznika pri učenju v njegovih specifičnih okoliščinah, pri predmetu in gradivu, ki se ga je treba naučiti. Učenje in preverjanje znanja v skupini (z namenom ocene) nam da priložnost za direktno opazovanje anksioznosti posameznega študenta pred negativno evaluacijo.

Funkcionalna analiza vedenja je del vedenjske ocene. Usmerjena je na ugotavljanje specifičnega problema posameznika v njegovi specifični življenjski sredini. Je »unikatna« in prilagojena posamezniku. Pomeni določevanje **funkcije** nekega vedenja za razliko od **manifestacije** tega vedenja ter prepoznavanje okoliščin, ki so pred opazovanim vedenjem in ki mu sledijo. Na osnovi tega funkcionalnega odnosa se oblikuje hipoteza o možnem učinkovitem postopku, ki lahko privede do želene spremembe.

V našem pristopu k diagnostični oceni študenta z učnimi težavami upoštevamo naslednje pravilo: Cilj ocene ni klasificiranje študenta (določanje diagnoze). **Ocena se napravi izključno s ciljem, da se usmerja in oblikuje ciljana obravnava.**

Če se na primer ugotovi, da študent stalno prelaga izpit, ker ima za cilj »vse se bom naučil od A do Ž«, ima prelaganje funkcijo zadovoljitve perfekcionističnih standardov. Če prelaga izpit zato, ker se boji, da bo padel in bo moral izpit opravljati pred komisijo, potem je odlaganje v funkciji zmanjševanja anksioznosti. Terapevtski postopek mora biti v prvem primeru usmerjen na realistične cilje, v drugem pa na obvladovanje anksioznosti.

4. Vpliv emocij

Ovirajoči vpliv nekaterih čustvenih stanj (anksioznost, depresivnost) na proces učenja in izpite, je predmet številnih raziskovanj (Elliot, Mc Gregor, 1999; Covington, 1985; Arkhoff, Smith, 1988; Sarason 1980; Stoeber, Joormann, 2001; Saddler in Sacks, 1993).

Vsakodnevna praksa potrjuje, da sta za veliko število študentov prevladujoči problem strah pred neuspehom in depresivnost, povezana z neuspehom. Moteči vpliv negativnih čustev z ene strani in z druge strani povezanost pozitivnih čustev z motivacijo sta izhodišči za oblikovanje našega modela začetne ocene pri neuspešnih študentih. Čustva lahko močno pozitivno vplivajo na proces učenja, lahko pa ga tudi zavirajo. Depresivnost je lahko vzrok težavam pri učenju, lahko je posledica neuspeha ali oboje.

Visoka stopnja anksioznosti je lahko grožnja uspešnemu funkcioniranju v izpitni situaciji, pri mnogih študentih pa je anksioznost dominantna moteča spremenljivka v procesu učenja. Posebno to velja za študente, nagnjene k perfekcionizmu, in za tiste, ki so pretirano občutljivi za mnenje drugih.

Zato sploh ni čudno, da smo v preteklem obdobju skoraj sedmih šolskih let med študenti, ki so prišli po strokovno pomoč, našli nekaj več kot tretjino tistih, ki imajo anksiozno-depresivne znake različne intenzivnosti pred izpitom ali po njem.

»Dosežek na kognitivnem nivoju, vključujoč spomin in priklic, zahteva več kot le »hladno« informacijo; učenčevo čustveno stanje mora imeti pravo »temperaturo« (Beitchman in dr., 1996)«. Enako velja za študente.

Anksioznost, ki je vezana na dosežke, je lahko pridobljena z zgodnjimi negativnimi izkušnjami (ponavljanje letnika, neuspešnost na izpiti, odlaganje istega izpita več mesecev), lahko pa tudi po kognitivnem tipu (na osnovi opažanja tujih izkustev, ocene lastne nezadostne kompetentnosti, precenjevanja pomena neuspeha ali iracionalnih prepričanj).

V oceni študentov s težavami pri študiju nas vodijo smernice, ki nam omogočajo, da probleme posameznega študenta pojasnimo z bistvenim vplivom enega od treh faktorjev v tabeli 1.

Tabela 1.

Primanjkljaj sposobnosti	Primanjkljaj veščin in strategij učenja	Moteče čustvene značilnosti
<ul style="list-style-type: none">- fluenten govor- dober spomin<ol style="list-style-type: none">1. delovni spomin2. kratkotrajni spomin3. dolgoročni spomin- razumevanje pisnega in ustnega govora- integracija novo naučenega s prej naučenim znanjem	<ul style="list-style-type: none">- neredno učenje- učenje brez aktivnega ponavljanja- slabo razlikovanje bistvenih podatkov- nepravilen razpored ponavljanja- kampanjsko učenje- način učenja ni prilagojen gradivu- način učenja ni primeren glede na preverjanje znanja	<ul style="list-style-type: none">- anksioznost- depresivnost- nizko samospoštovanje

POSTOPKI V OCENI

1. Delno strukturiran ciljani intervju.
2. Self-monitoring.
3. Neposredno opazovanje in ocena posameznih faz procesa učenja.
4. Uporaba raznih samoocenskih lestvic z namenom ocene.
5. Uporaba normativnih testov po potrebi.
6. Neposredno opazovanje in ocena vedenja v situaciji izpita (preverjanje naučenega) individualno in v skupini.

Intervju se izvaja ciljano, usmerjeno na **problem** študenta – kako ga študent sam definira, čemu ga pripisuje, kolikšno je trajanja in intenziteta problema, koliko ga ta problem vznemirja, kako nanj čustveno reagira, ali je to problem tudi za družino, njihove reakcije na problem, itd.

Poleg problema v intervjuju natančno vprašamo, **kako se študent spopada s problemom**; ali razpolaga z veščinami za obvladovanje; kako vidi svoj potencial, da obvladuje svoj problem in pod kakšnimi pogoji in v kakšnem času.

Intervju vsebuje tudi vprašanja o ostalih področjih študentskega življenja (hobiji, družabno življenje, čustvene vezi, socialne relacije). Ocenjuje se, katera so tista področja, kjer študent zadovoljivo funkcionira, kar se kasneje lahko uporabi za načrtovanje individualne obravnave. Pomembni so tudi podatki o zdravljenju, sedanjem jemanju zdravil in podatki o eventualni zlorabi drog.

Intervju se zaključi s pozitivnimi vzpodbudami. Študent dobi informacije o možnih oblikah pomoči in obravnave. Pogosto ima že ob prvem obisku priložnost videti, kako in kaj se dela v skupini za demonstracijo učinkovitega učenja.

Na osnovi intervjuja se lahko razume, kaj je problem oziroma v čem so problemi in koliko je moteno celotno funkcioniranje študenta. Dobimo tudi sliko o socialnem pomenu problema (koliko ga problem vznemirja, kako vpliva na komunikacijo s starši in prijatelji, na status študenta, ali ga loči od študijske skupine, ker ni izdelal letnika). Intervju je priložnost, da študent izrazi svoja čustva, povezana s problemom in na osnovi povzetka, ki ga občasno dela psiholog, dopolni podatke ali korigira nekaj, za kar misli, da ga niso dobro razumeli. Nobena lestvica ali test ne moreta dati toliko individualno specifičnih podatkov kot intervju.

Primeri

Študentka medicine:

»Leto in pol sem se prijavljala in vsakokrat odjavila ta izpit, ker sem hotela vse znati. Zaradi tega sem izgubila leto. Ko sem ta izpit končno opravila in ko mi je profesor vpisal oceno in dal indeks, sem začutila veliko razočaranje. Dal mi je trojko in ni me razžalostila ocena, temveč spoznanje, da se ves ta čas nisem več naučila od takrat, ko sem šla prvič na izpit in to toliko časa nazaj. Občutila sem sram, žalost in bolečino, vse nekako istočasno.«

Študent ekonomije

»Nobenega izpita nisem napravil prvikrat. Običajno grem trikrat ali štirikrat, dokler ga ne naredim. Zdaj se za prvi rok izpita sploh ne učim.«

Študentka farmacije

»Cele dneve sedim doma in se učim; sedim pri knjigi, nimam koncentracije in ne morem se učiti. Na fakulteto ne grem, ker ponavljam letnik. Z nikomer se ne družim, izgubila sem stik z družbo iz letnika. Nikamor ne grem, v kinu nisem bila že dve leti. Zredila sem se 10 kg, nesrečna sem zaradi tega. Ne upam si izgubljati časa za izhode v družbo, ker imam polno učenja. Mislim, da si ne zaslužim, da se zabavam.«

Delno strukturirani intervju, ki ga uporabljamo pri oceni študentov, je prilagojena oblika vedenjsko-kognitivnega intervjuja (Kirk, 1990).

Self-monitoring je postopek, pri katerem posameznik opaža in beleži neko izbrano vedenje. To je najpogostejši dodatek vedenjsko-kognitivnim intervjujem. Razen tega, da se redno uporablja pri oceni, je zelo koristen tudi v spremljanju sprememb med potekom obravnave (Kirk, 1990).

Postopek ocene ima tri glavne naloge:

1. Dobiti podatke o tem, **kako študent vidi, opisuje in razlaga svoje probleme.**
2. Oceniti v konkretni situaciji učenja, **kako si organizira učenje; kako razume gradivo, ali aktivno ponavlja gradivo; ali gre ustrezno preko vseh faz v procesu učenja.**
3. V dejanski situaciji, individualno ali skupinsko, se ocenjuje **vedenje v »situaciji odgovarjanja«** (točnost in kvaliteta odgovorov, anksioznost, zadovoljstvo z odgovorom in reakcije na ocenjevanje članov skupine).

Na osnovi neposrednega merjenja v situaciji učenja, dobljenih podatkov iz intervjuja, direktnega opazanja in ocene v situaciji preverjanja znanja, se skupno definira, **kaj je študentov specifični problem.** Skupno definiranje problema po opravljeni oceni lahko privede do redefinicije v začetku opredeljenega problema. Na primer, eden od najpogostejših problemov pri učenju, ki ga navajajo študentje, je slaba koncentracija. Pri nekaterih se pokaže, da je res problem v koncentraciji, ki je lahko ovirana od zunaj (z zunanji dražljaji) in prav tako tudi od »znotraj«, z mislimi in drugimi preokupacijami. Pri drugih študentih se pokaže, da je prvotno definirani problem netočno izbran, na primer, da se študent neredno uči, da se izogiba učenju in namesto tega opravlja bolj privlačne aktivnosti. V tem primeru ne prekinja učenja zaradi slabe koncentracije, temveč se uči tako malo in neredno, da se koncentracija sploh nima priložnosti pokazati!

Druga pogosta pritožba je slab spomin. Po opravljeni oceni se pogosto ugotovi, da tehnike učenja niso bile primerne in je to lahko glavni problem, ne pa pomnjenje.

Kot ilustracija za navedbo, da je vsak posameznik visoko specifičen v pogledu na svoj problem, na samega sebe in okoliščine, ki so zanj pomembne, naj služi primerjava treh študentov s približno istim problemom. Eden od študentov je kot uspeh na izpitu definiral »samo, da opravi izpit, da gre skozi, to pomeni en izpit manj«; drugi študent »da me ni sram na izpitu, kako slabo znam«; tretji študent »da končno enkrat dobim dostojno oceno, nisem zadovoljen z dvojko«. Skupno trem študentom je to, da je težko razumeti, v katerem letniku pravzaprav so po štirih letih študija, ker imajo pravico nekatere predmete poslušati, ne morejo pa opravljati izpitov; imajo velike zaostanke in zadnji izpit so opravljali že davno.

Vsi trije študentje so bili uspešni srednješolci, dosegajo nadpovprečne rezultate na testih inteligence in trdijo, da si želijo dokončati fakulteto. Na vprašanje o njihovih odnosih z drugimi študenti, reče prvi: »Ko srečam koga iz svojega prvega letnika, grem na drugo stran ulice. Neprijetno mi je srečati kolege iz tega letnika, ker so nekateri že na koncu študija, a jaz ...«. Drugi študent pravi: »Jaz sem ničla, nobenega kontakta nimam s študenti, ki poslušajo iste predmete, oni so za mene otroci.« Tretji študent izjavlja: »Še naprej se družim s tistimi iz mojega letnika, smo prijatelji; mislim, da me imajo za sebi enakega, ne glede na izgubljeno leto; pogovarjamo se o drugih stvareh, človek se ne ceni samo po ocenah.«

Situacija glede študija je torej na prvi pogled enaka za vse tri študente. Vsak od njih ima različne cilje in vsak se različno spoprijema s svojim neuspehom v socialnih situacijah.

Po začetnem intervjuju se uporabijo različne samoocenske lestvice (depresivnost, anksioznost, nemoč, skala avtomatskih misli, izpitna anksioznost, lestvica odlašanja, atribucija uspeha in neuspeha). Namen uporabe takih lestvic je ocena stanja, ne pa ocena trajnih črt in lastnosti posameznika. Te lestvice se med potekom obravnave večkrat uporabljajo z namenom, da se ugotovi napredek in izboljšanje.

Z vsakim od študentov se naredi tudi ocena v situaciji učenja – neposredno merjenje vedenja v vseh fazah učenja.

Neposredno merjenje vedenja se nadaljuje tudi v situaciji odgovarjanja, preverjanja znanja in to v skupini in individualno.

Ocenjujemo z namenom ugotoviti, katera skupina dejavnikov pri učnih težavah je primerna.

Po končani oceni se poskuša razumeti ali je v osnovi težav v učenju ena (ali več) izmed **kognitivnih disfunkcij**; ali moteča **čustvena stanja** zavirajo uspešno učenje; ali ima študent **deficite veščin** (na primer obvladovanje težav), pomanjkljivo samokontrolo ali deficit v primernih strategijah učenja, pomanjkljivo samoregulacijo. **Najpogosteje imamo opravka s kombinacijo več neugodnih dejavnikov**. V Svetovalnici lahko ponudimo razne postopke **za učenje potrebnih veščin ali napredovanja v teh veščinah**. Nekaterim študentom je potrebno pomagati pri izboljšanju samospoštovanja in mnoge je potrebno učiti, kako se zares uči. Kljub temu, da so študentje stari od 19 do 29 let, je pomembnemu številu študentov potrebna **zunanja kontrola** pri učenju (rednost, trajanje aktivnega učenja, določanje realističnih ciljev, motiviranje ob individualnem ojačanju in ob podpori skupine).

V skladu z rezultati ocene se določi cilj obravnave. Problem posameznika skupaj definirata študent in terapevt. Tudi za cilje se dogovarjata skupaj. V uresničevanju ciljev se upoštevajo pravila **postopnosti**. Glede na definiran problem se izbirajo vedenjske in kognitivne tehnike. Te imajo vedno za cilj spremembo vedenja (redno učenje, obvladovanje koristne strategije učenja, izboljšanje samokontrole, kontrolo izpitne anksioznosti idr.).

Na podlagi ocene se skupaj definira, kaj je **ključni problem** posameznega študenta, ki ga ovira pri učenju. Z natančnim definiranjem problema se razume in ugotovi tudi ali je študentu problem opravljanje izpitov ali proces učenja ali njegovo čustveno stanje.

V večini primerov se vidi prepletenost problemov in možnih negativnih vplivov na učenje. Smisel ocene in funkcionalne analize vedenja je v tem, da se določijo odnosi med spremenljivkami, ki kontrolirajo opazovano vedenje, oziroma ključna spremenljivka med njimi. Če v obravnavi izberemo strategijo, ki funkcionalno povezuje neuspeh na izpitih s spremenljivko, ki ga kontrolira, je pričakovati, da bo prišlo do spremembe (na primer neprimeren način učenja – neuspeh, visoka stopnja anksioznosti, ki »blokira« študenta med izpitom – odjava izpita).

Funkcionalna analiza vedenja nas direktno usmerja k ciljni obravnavi (Ferster, 1965; Kanfer, Saslow, 1969),

Vsak problem je lahko analiziran v terminih A-B-C sheme, kjer A označuje to, kar je pred nekim vedenjem, B označuje vedenje in prepričanja, C pa posledice. Če menjavamo določene spremenljivke v predhodnem ali posledičnem funkcionalnem odnosu, menjamo (ojačamo ali oslabimo) ciljno vedenje (O'Leary, Wilson, 1975; po Kirk, 1990).

Izbira in kombinacija terapevtskih postopkov sta za dva različna študenta sz na videz podobnim problemom povsem različna, v skladu s spremenljivkami, ki so v funkcionalni relaciji z njunim neuspehom.

Za študente, ki imajo visoko stopnjo izpitne anksioznosti in se pogosto odjavljajo od izpitov, je vsekakor potrebno predvideti postopek za **kontrolo in obvladovanje anksioznosti**. Na primer: pri študentu, ki se redno uči, vendar ni gotov vase in ne verjame, da je to znanje dovolj, uporabimo postopek za povečevanje gotovosti, zaupanja v naučeno (na primer svoje znanje pove pred skupino, se uči v paru itd.). Pri neutemeljenih, **iracionalnih prepričanjih** se uporablja **kognitivna restrukturacija**.

Spet drugi študent se **neredno in premalo** uči za izpit. Na izpit gre »na srečo« ali se odjavi od izpita, ko ugotovi, da nima dovolj znanja. Pri tem študentu bo izbor strategij najprej usmerjen na **povečevanje samokontrole** (self-monitoring, samoojačanje, samoevaluacija). Pogojevanje po principu prijetnih aktivnosti s predhodnim učenjem (Anić, 1984) in obvladovanje **primernih tehnik učenja**.

Obstaja več načinov za razumevanje in oceno akademske neuspešnosti in vzrokov za to. Z namenom, da se oblikuje lastni model za oceno in obravnavo učnih težav izhajamo iz predpostavk:

1. Multidimenzionalnost: Najpogosteje se ugotavlja več negativnih vplivov na učenje in opravljanje izpitov.
2. Ključna vloga ene od treh skupin dejavnikov – omejitve v kognitivnih funkcijah, pomembne za učenje, neustreznost učnih navad in strategij učenja in moteče čustveno stanje.
3. Vedenjsko-kognitivni model za razumevanje in obravnavo težav v adaptaciji se lahko uporabi tudi pri učnih težavah in opravljanju izpitov.

V dosedanjem delu smo našli potrditev za upravičenost uporabe opisanega modela.

VIRI:

1. Anić, N. (1984). *Praktikum iz biheviior terapije*. Društvo psihologa Hrvatske, Zagreb.
2. Anić, N. (1990). *Praktikum iz bihevioralne kognitivne terapije III*. Društvo psihologa Hrvatske, Zagreb.
3. Arkhoff, D. B., Smith, R. J. (1988). *Cognitive processes in test anxiety: An analysis of two assessment procedures in an actual test*. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 425-439.
4. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International University Press, N. Y.
5. Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy*. (str. 75-94). The Guilford Press.
6. Beitchman, J. H., Cohen, N. J., Konstantareas, M. M., Tannock, R. (1996). *Language, Learning and Behavior Disorders*. Cambridge, University Press.
7. Brown, G. P., Beck, A. T. (2002). *Dysfunctional Attitudes, Perfectionism, and Models of Vulnerability to Depression V*: Gordon I. Flett i Paul L. Hewitt (Ur.) Perfectionism (str. 231-253). American Psychological Association, Washington.
8. Covington, M. (1985). *Test anxiety: Causes and effects over time V*: H. van der Ploeg, R. Schwarzer, C. Spielberger (Ur.). *Advances in Test Anxiety Research* (vol. 4. Str. 55-68). Hillsdale, NY: Erlbaum.
9. Elliot, A. J., McGregor, H. A. (1999). *Test anxiety and the hierarchical model od approach and avoidance achievement motivation*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76/4, 628-644.
10. Ingram, R. E., Malcarne, V. L. (1995). *Cognition in Depression and Anxiety: Same, Different, or a Little of Both? V*: K. D. Craig i K. S. Dobson (EDS.), *Anxiety and Depression in Adults and Children* (str. 37-57). Sage Publications.
11. Kazdin, A. E. (1984). *Behavior Modification in Applied Settings*. The Dorsey Press, Chichago.
12. Kanfer, F. H., Saslow, G. (1969). *Behavioral Analysis: An Alternative to Diagnostic Classification*. V: Zax, M., Stricker, G. *The Study of Abnormal Behavior*, The MacMillan Company, London.
13. Kirk, J. (1990). *Cognitive-behavioural assessment*. V: Hawton, K., Salkovskis, P. M. Kirk, J., Clark, D. M. *Cognitive Behavioural Therapy for Psychiatric Problems*, Oxford Medical Publications.
14. Lebedina-Manzoni, M. (2001). *To What Students Attribute Their Academic Succes and Unsecces*. Predstavitevna XXXI Annual Congress of EABCT, Istambul.
15. Masson, A. M., Cadot M. (2001). *Hostility and Dissociation After Academic Failure*. Predstavitev na XXXI Annual Congress of EABCT, Istambul.
16. Saddler, C. D., Sacks, L. A. (1993). *Multidimensional perfectionism and academic procrastination: relationships with depression in university students*. *Psychological Reports*, 73, 863-871.
17. Shapiro, E. S. (1989). *Academic Skills Problems*. The Guilford Press, New York.
18. Stoeber, J., Joormann, J. (2001). *Worry, Proccrastination, and Perfectionism: Differentiating Amount of Worry, Pathological Worry, Anxiety, and Depression*. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 25, No 1. Str. 49-60.
19. Trapani, C., Gettinger, M. (1996). *Treatment of Students with Learning Difficulties*. V: Reinecke, M. A., Datillio, F. M. Freeman, *Cognitive Therapy with Children and Adolescents*, The Guilford Press.
20. Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. University Press Stanford.
21. Wong, B. Y. L. (1991). *The ABC of Learning Disabilities*. Academic Press.
22. Wong, B. Y. L. (1995). *Learning about Learning Disabilities*. Academic Press.
23. Živčić-Bečirević, Anić, N. (2001). *Automatic thoughts, school success, efficienca and satisfaction of university students*. *Psihološka obzorja*, No 1. Društvo psihologa Slovenije.
24. Živčić-Bečirević, Anić N. (2001). *Authomatic Thoughts and Test Anxiety in Underachieving University students*. Predstavitev na XXXI Annual Congress of EABCT, Istambul.
25. Yates, A. (1970). *Behavior Therapy*. Willey&Sons.

PREMAGOVANJE STRAHU PRED PORODOM IN PRIPRAVA NA POROD - SVETOVANJE V NOSEČNOSTI PO PRINCIPIH VEDENJSKO KOGNITIVNEGA PRISTOPA

ZAHTEVNOST OBDOBJA NOSEČNOSTI

Med nosečnostjo doživljata tako telo kot psiha velike spremembe. Telo se prilagaja hormonskim in fizičnim spremembam, telesna teža narašča, okretnost se spreminja. Na emocionalnem področju so opazna izrazita nihanja in spremembe razpoloženja si hitro sledijo. Večinoma poteka vse gladko, včasih pa se te spremembe kažejo tudi kot drobne ali večje slabosti, ki jih večina nosečnic ob misli na prihajajočega dojenčka sprijaznjeno prenaša, nekaterim pa predstavljajo preveliko obremenitev in ne zmorejo več same.

Nosečnost je zelo dinamično, lahko tudi stresno obdobje, v katerem je družinski sistem odprt, plastičen in pogosto ranljiv. Prav v tem obdobju obstaja velika možnost **preventivnega delovanja v smislu vedenjsko kognitivnega pristopa**. Vedenjsko kognitivni pristop ima zaradi svojega širokega dometa svojo vlogo pri problemih, ki so povezani z nosečnostjo – tu v veliki večini primerov ne gre za kronificirane, ampak bolj za **akutne težave**, saj gre večinoma za reakcije na nosečnost, ne pa za težje motnje. Po mojih izkušnjah pa je vedenjsko kognitivni pristop zlata vreden tudi pri **premagovanju strahu pred porodom**.

ODTUJENOST ŽENSK OD PROCESA ROJEVANJA

Včasih je bil ženskam proces nosečnosti in rojevanja bolj blizu, saj so pogosteje rojevale v družbi drugih žensk, pogosto pa so bile družine tudi tako velike, da so starejše hčere lahko stale ob strani svoji mami, ko so se rojevali njihovi bratci in sestrice. Ker so porodi potekali večinoma doma, ob spremstvu kakšne izkušene ženske, ki je prevzela vlogo babice, je predstavljal porod del življenja. Danes je porod odmaknjen v porodnišnice, kar nosečnico pogosto navdaja z nelagodnostjo pred neznanim in kar posledično veča strah pred porodom.

TABUIZIRANJE NOSEČNOSTI

Včasih se o spolnosti in rojevanju govori zelo tabuizirano, saj se nosečnosti reče 'drugo stanje', 'blagoslovljeno stanje', porodu pa 'srečni dogodek' ali 'odhod v Rim'. Kljub temu, da se večina žensk med nosečnostjo relativno dobro počuti, da se porodi prav tako večinoma srečno končajo in da se velika večina novorojenčkov normalno razvija, se veliko žensk srečuje z neprijetnimi občutki, ki jih ne smemo in ne moremo zanikati. Gre za **individualno percepcijo dogajanja**. Tu ima vedenjsko kognitivni pristop veliko vlogo pri dojetanju nosečnosti in pri morebitni re-atribuciji percepcije, kadar je ta izkrivljena.

SPREMINJANJE ODNOSOV MED PARTNERJEMA IN ZNOTRAJ DRUŽINE

Noben odnos ne živi sam od sebe, vsakega je potrebno negovati s pozornostjo, naklonjenostjo in ljubeznijo, še zlasti pa to velja za partnerski odnos, ki je med nosečnostjo na preizkušnji in zahteva

* Eva Hrovat Kuhar, univ. dipl. psih., družinski terapevt (Osnovna šola 8 talcev, Notranjska 3, Logatec 1370, eva.hrovat-kuhar@guest.arnes.si)

stalno prilagajanje. Čeprav gre pri nosečnosti za relativno kratko obdobje, je za ta čas značilna visoka čustvena nabitost vseh vpletenih.

V odnos se prikrade nekaj novega. Odnosi, ki so do tedaj obstajali, se hitro menjajo in so izjemno občutljivi, včasih se celo vzpostavljajo na novo. Tu pride do izraza znameniti stavek - 'Nikoli več ne bo tako, kot je bilo doslej!' Ni rečeno, da bo bolje (čeprav je to zaželeno in tudi najbolj verjetno!), niti ni rečeno, da bo slabše (skoraj gotovo, da ne!) - pač pa bo predvsem drugačno. Kadar se med dvema pojavljajo napetosti, ni rečeno, da se oba zavedata, kaj drugega žuli.

NASPROTUJOČA IN MEŠANA ČUSTVA

Zelo pogosto se v stresnih stanjih - in nosečnost ter porod prav gotovo predstavljata kar velik (čeprav pozitiven!) stres - pojavijo vsi mogoči pomisleki in strahovi ter dvomi, ki vplivajo na medsebojne odnose.

Tudi kadar je odnos med partnerjema trden, se med čustvi veselja in radostnega pričakovanja pogosto prikradeta skrb in tesnoba. Ker smo ljudje ustvarjeni tako, da čustev pač ne moremo kar ignorirati, se z njimi soočamo na **dva načina**: Bolj zdrav način nam omogoča, da se o njih pogovarjamo in odprto razmišljamo ter jih s tem že posredno rešujemo. Manj zdrav način pa je ignoriranje ali potlačanje nezaželenih in nedovoljenih čustev. Grda lastnost potlačenih občutkov pa je, da prilezejo na dan na kakšnem drugem področju in nam naprej potuhnjeno grenijo življenje. Jasno je, da je molčanje o svojih strahovih na eni strani ali pa pripisovanje krivde za nesrečno počutje partnerju na drugi strani leden tuš za odnos in idealna baza za njegovo sesutje. Nasprotno pa odkrit pogovor o najglobljih strahovih prinese v odnos svež veter in tu včasih ne gre več brez terapevtove pomoči.

Prav pri teh primerih (težko prenašanje nosečnosti, strah pred porodom, zamajani odnosi med partnerjema, ...) je uporaba vedenjsko kognitivne terapije dober izbor.

STRAHOVI V NOSEČNOSTI

Pričakovanje dojenčka pogosto prinese s seboj tudi strahove - kakšnih **10% nosečnic občuti izrazitejšo tesnobo**, vezano na nosečnost ali porod (strah pred porodom, strah pred možnimi zapleti, strah pred tem, da z dojenčkom ne bi bilo kaj v redu ali da ne bi celo umrl, strah pred tem, da se ne bi osmešila, strah pred razgaljenostjo pri porodu, strah pred pretiranim povečanjem telesne teže, strah pred tem, ali bo partnerju še vedno privlačna, strah pred materinstvom, ...)

Ti strahovi se lahko pojavljajo ne glede na načrtovanost in zaželenost dojenčka. Hud strah lahko povzroči pri nosečnici hitrejše bitje srca, glavobole, slabost, omotico, težave z dihanjem, drisko, ... Včasih lahko hud strah privre na dan v obliki hudih sanj.

Strah pred porodom

Strah pred porodom je v nosečnosti sicer popolnoma normalno občutje, saj skoraj ni nosečnice, ki ga ne bi občutila. Kadar pa postane ta strah preveč intenziven, lahko nosečnico ohromi pri njenem vsakodnevnem funkcioniranju, posredno pa kasneje vpliva tudi na težji porod. **Izjemen strah pred nosečnostjo in/ali porodom** imenujemo tudi **tokofobija**. Strah pred porodom je lahko stalno prisoten, lahko pa vznikne tudi v hipu – če jo morda prestraši kakšen članek v reviji.

Dr. Kristina Hofberg, vodilna britanska strokovnjakinja na področju tokofobije, je s študijo na 1200 ženskah leta 2001 dognala, da so vzrok strahu pred porodom najpogosteje strah pred porodno bolečino, strah pred lastno mentalno nestabilnostjo, strah pred zdravniškim osebjem in celo strah

pred smrtjo. Ugotovila je, da lahko paničen strah pred porodom povzroči tudi težave z zanositvijo ali v ekstremnih primerih celo abortus. Navaja ugotovitve, da izmed intervjuvanih 370 žensk brez otrok 14% žensk izraža tako hud strah pred porodom, da zaradi njega odlagajo nosečnost ali se ji celo izogibajo - temu občutku so podvržene predvsem ženske, ki so v otroštvu in mladosti utrpele spolno zlorabo. 20% nosečnic (nosečih prvič) izraža dokaj hud strah pred porodom, kar 6% pa jih ima občutek hromečega in prevladujočega strahu.

Dr. Nancy Lowe potrjuje, da se vse nosečnice do neke mere bojijo poroda. Nekoliko anksioznosti celo pomaga pri mentalni pripravi na veliki dogodek. S študijo pri 280 nosečnicah pa je pokazala, da je strah pred porodom odvisen tudi od stopnje samozavesti nosečnice. Ugotovila je, da nizka samozavest zvišuje strah pred porodom. V skupini nosečnic z ugotovljeno nizko samozavestjo in nizkim samospoštovanjem so bili najpogosteje izraženi strahovi pred izgubo kontrole nad svojim obnašanjem med porodom, strah pred porodom v celoti in strah pred bolnišničnim okoljem. Če bi bilo odvisno od njih, bi se odločale za porod z več medikacije. Bolj kot samozavestne nosečnice so odzivne za različne predsodke in strašljive zgodbe. Njihove strategije obvladovanja so revnejše in ne najbolj efektne. Svojim notranjim močem za spopadanje s porodno bolečino ne zaupajo. Posledično jim strah res preprečuje sprostitev med porodom.

Prof. Pauline Slade pa je ugotovila, da hud strah pred porodom ne zvišuje verjetnosti za carski rez.

Strah pred porodno bolečino

Prastrah pred porodno bolečino je še danes prisoten. Če bi posegli daleč nazaj, bi lahko našli izvor travmatičnega strahu že v Svetem pismu. S svojim '...in v bolečinah boš rodila svoje otroke...' prav gotovo ne deluje spodbudno in sproščujoče.

Nebolečega poroda ni - pri porodu je vedno prisotna neka določena stopnja bolečine, ki pa postane s primerno pripravo na porod **obvladljiva**. Kadar porodnica na bolečino ni pripravljena, jo to doživetje vrže iz tira in jo navda z občutki krivde v smislu 'Sama sem kriva, prav gotovo delam nekaj narobe!'.

Porodna bolečina se povečuje, kadar je telo zaradi strahu ali izčrpanosti zakrčeno in s tem porodna pot z materničnim vratom vred napeta. Izčrpanost povečuje zavedanje bolečine, sposobnost relaksacije pa ga zmanjšuje. (Sears. W., Sears M., 1994)



Vključitev v pripravo na porod ima veliko vlogo pri premagovanju strahu pred porodno bolečino. Pomaga tudi edukacija nosečnice – seznaniti se mora z različnimi načini, kako lahko sama pripomore do manj bolečega poroda. V to je vključeno znanje o vplivu pokončnih položajev med porodom, o

gibanju med porodom in med popadki, o dihalnih tehnikah, o vplivu tople vode na zmanjševanje bolečine, o glasbi, masaži, prisotnosti ljubljene osebe,...

Porod ni tekmovanje, ampak individualna in intimna izkušnja. Če se zazdi, da je nivo bolečine večji, kot se ga da prenesti, lahko porodnica brez občutka slabe vesti zaprosi osebje za sredstvo za lajšanje bolečin. Zanimivo je, da že samo zavedanje možnosti, da je možno dobiti sredstvo za lajšanje bolečin, zvišuje prag vzdržljivosti.

Dobra priprava na porod zvišuje bolečinski prag, poleg tega pa porodnica dejansko doživlja porodne bolečine manj intenzivno kot tista, ki rojeva nepripravljena.

Strah pred izgubo kontrole

Kjer velja pravilo 'stisni zobe in potrpi', je ženska preplašena tudi zaradi možnosti, da bi jo bolečina premagala in bi jo bila prisiljena pokazati. Misel, da bi izgubila nadzor nad seboj, v nekaterih ženskah povzroči preplah. Ta velika tesnoba sproži začarani krog - vpliva na intenzivnost strahu pred porodom in kasneje na bolj boleč porod.

Strah pred 'nenormalnostjo' otroka

Anksioznost glede tega, ali bo z otrokom vse v redu, je normalna, saj je približno 4% novorojenčkov rojenih s kakšno malformacijo. Nihče ne more z gotovostjo trditi, kaj jih povzroča. Večina jih je relativno blagih (na primer prirojena znamenja) in srednjih (n.pr. razcepljeno nebo ali morda izpah kolkov). Mnoge od teh pomanjkljivosti potrebujejo manjši operativni poseg ali pa še tega ne.

Predvsem starejše nosečnice je pogosto strah pred otrokom, s katerim ne bi bilo vse v redu. Res pa je, da se s starostjo nosečnice povečuje nevarnost kromosomskih sprememb. Gil Thorn navaja incidenco pojava kromosomske okvare pri otroku (predvsem mongoloidnosti otroka): pri 30 letih nosečnice en primer na 800 rojstev, pri 35 letih en na 335, pri 40 letih en na 100 in pri 45 letih en na 25 rojstev (Thorn, 1995). Seveda pa so pregledi, ki te abnormalnosti lahko prenatalno diagnosticirajo, zelo dodelani in zanesljivi in so nosečnicam, ki jih tarejo tovrstne skrbi, v veliko pomoč.

DEPRESIJE V NOSEČNOSTI

Nosečnost povzroči socialne, ekonomske, emocionalne in fizične spremembe – nekatere spremembe so v tem stanju normalne, nekatere že bolj patološke. Simptomi depresije so pogosto zamaskirani s splošnim počutjem, ki ga včasih povzroča nosečnost - na primer utrujenost, motnje spanja, izguba energije. To je opazno predvsem v prvem in tretjem trimestrju nosečnosti, medtem ko so v drugem trimestrju nosečnosti simptomi depresije lažje razločljivi (ker se v tem času nosečniški 'simptomi' navadno umirijo).

John Bennet z michinganske univerze pojasnjuje, da se lahko kar 10% nosečnic sreča z nosečniško (imenovana tudi predporodna) depresijo. Taka depresija zmede nosečnice, saj pričakujejo med nosečnostjo prijetno počutje. Včasih je veljalo mnenje, da nosečnost s svojim nivojem hormonov ščiti pred depresijami, novejša študije pa kažejo, da ni tako. Res pa je, da nosečnost obstoječe depresije navadno ne poslabša.

Medikamentozno zdravljenje predporodne depresije mora upoštevati potencialno škodo za plod. Uporaba antidepresivov in pomirjeval v zgodnji nosečnosti je odsvetovana zaradi nevarnosti malformacij ploda. Kadar gre za resno in globoko depresijo, je včasih antidepresiv skoraj nujen, v drugih primerih pa je bolje poiskati druge načine terapije. (David D.Burns, 1999)

Pri predpisovanju antidepresivov med nosečnostjo mora obstajati dogovor med ginekologom in psihiatrom. Potrebno je pretehtati vse prednosti in pomanjkljivosti: nevarnost plodovih malformacij v odnosu do potencialne dobrobiti antidepresivov, upoštevati je potrebno resnost simptomatike, višino nosečnosti, strategije spoprijemanja, ki jih je nosečnica že razvila, njeno pripravljenost za vlaganje lastne energije v nemedikamentozno terapijo, ...

Zaradi tega med nosečnostjo raje posegajo po bolj varnih terapijah – po kognitivno vedenjski terapiji, po telesnih vajah, po zdravljenju z izpostavljanjem svetlobi, ...

Dr. Steve Herman z Duke University v Severni Carolini je raziskoval vpliv telesnega gibanja in telovadbe na depresijo. Gre predvsem za primere, ko so pacienti sprejemljivi za terapevtski dogovor in ko lahko mobilizirajo svojo energijo in jo posvetijo vajam. V tem primeru imajo vaje tako dober rezultat, da se lahko kosajo z drugimi oblikami terapije. Seveda to velja tudi za nosečnice.

ANKSIOZNOST IN PANIKA MED NOSEČNOSTJO

2-4% nosečnic med nosečnostjo občuti anksioznost ali izkusi panične napade, a kar 40% izmed njih jih je imelo podobne izkušnje že pred nosečnostjo.

Dejavniki tveganja za razvoj anksioznosti oz. paničnih napadov med nosečnostjo oziroma po porodu:

- Panični napadi pred zanositvijo povečajo verjetnost pojava tudi med nosečnostjo.
- Panični napadi med nosečnostjo povečajo verjetnost napadov v poporodnem obdobju.
- Pojavljanje v prejšnjih nosečnostih povečuje verjetnost tudi med naslednjo nosečnostjo.

Včasih je za lajšanje anksioznosti zaradi velikih emocionalnih nihanj med nosečnostjo potrebno medikamentozno zdravljenje, pri čemer pa se moramo zavedati prehoda substance preko placente do plodu. Zaradi tega je potrebno pazljivo pretehtati, kaj prinaša večje tveganje – medikamentozno zdravljenje ali nezdravljena motnja – najbolj varno je seveda poseči po nemedikamentozni terapiji – če je to mogoče. (McGrath C.; Buist A.)

Nezdravljena panična motnja med nosečnostjo povečuje verjetnost pojavljanja ali intenziviranja v poporodnem obdobju. Tudi zdravljenje s pomočjo vedenjsko kognitivne terapije nosečnico opremi z ustreznimi spretnostmi spoprijemanja s težavo, kar ji lahko pomaga v poporodnem obdobju. Nezdravljeni simptomi panike lahko kasneje slabo vplivajo na odnos med materjo in otrokom po porodu.

Kadar zanosi pacientka med terapijo paničnih napadov, zdravniki navadno svetujejo prekinitev medikamentozne terapije in preizkus drugih oblik terapije, čeprav nove raziskave kažejo, da so nekatera sredstva varna tudi med nosečnostjo. (Pastuszak, Schick, Boschetto, et al. – 1997). Za mnoge ženske, ki zanosijo med fazami paničnih napadov ali po njih, se med nosečnostjo izkaže, da se simptomi celo zmanjšajo, (Altemus, 1997), o čemer so na osnovi študije, ki je zajela 33 nosečnic z diagnozo panike, leta 1995 govorili že Klein, Skrobala in Garfinkel. Izogibajoče vedenje pa je kljub zmanjšani simptomatiki ostajalo in se ni spremenilo. To se sklada s predhodnimi študijami, ki ugotavljajo, da je za izginjanje vedenja izogibanja nujno izpostavljanje.

Obstaja hipoteza, da lahko pri tem igrajo pozitivno vlogo tudi telesne in hormonalne spremembe (predvsem povečanje stopnje progesterona) med nosečnostjo. Tudi odzivnost simpatičnega živčevja se med nosečnostjo zmanjša. Ker se zmanjšuje nivo CO₂ v krvnem obtoku, to zmanjšuje verjetnost signaliziranja občutka pomanjkanja zraka in dušenja. Seveda pa to ne velja za vse nosečnice – pri majhnem procentu se panična simptomatika med nosečnostjo celo poslabša (Villemontoux, Lydiard, Laraia, et.al., 1992).

V letu po porodu pa se simptomi panike pogosto poslabšajo (Sholomskas, Wickamartne, Dogolo, O'Brien, Leaf, Woods, 1993; Cohen, Sichel, Faraone, et.al., 1996)

Priporočeno je, da v primeru, ko nosečnica, ki prične z zdravljenjem panike v kateremkoli obdobju nosečnosti, z zdravljenjem nadaljuje, zdravljenje pa naj bi slonelo predvsem na postopkih brez uporabe zdravil – do konca nosečnosti in potem tudi dojenja.

VEDENJSKO KOGNITIVNI PRISTOP MED NOSEČNOSTJO

V začetku terapije v obdobju nosečnosti (kot pri vedenjsko kognitivnem pristopu nasploh) se moramo natančno posvetiti problemu.

Tudi v nosečnosti je pri uporabi VKT neobhodna **funkcionalna analiza obnašanja**, ki mora biti operacionalno usmerjena – pomaga nam določiti problem in najti odgovarjajoče postopke, ki bi lahko prispevali k želeni spremembi. Potrebno je ugotoviti, kaj je **predhodilo** nekemu počutju ali obnašanju nosečnice in kaj mu ponavadi sledi. **Tako spremljanje obnašanja kot tudi terapevtske naloge morajo biti vezane na realno življenjsko situacijo in na nosečnost, saj od tu tudi izhajajo.**

Biti moramo pozorni, da prilagajamo postopke terapije in menjanja kognicij ter obnašanja nosečnici, tako da so zanjo popolnoma sprejemljivi. To velja predvsem za domače spremljanje obnašanja, za vodenje dnevnega spremljanja, za dogovor o domačih nalogah med dvema seansama. Seveda pa je osnova vsake terapije, ne le VKT, da je oseba za sodelovanje motivirana – to pa je, kadar občuti precejšen bolezenski pritisk ali pa, kadar simptom ovira njeno vsakodnevno funkcioniranje. **V nosečnosti je navadno motivacija za sodelovanje precej visoka.**

Ugotoviti je potrebno, **kako dolgo** težava pri nosečnici že traja, **kako redno** se pojavlja, kako nanjo **reagira okolica**, **v kolikšni meri moti** ali celo ogroža vsakodnevno življenje bodoče mamice. Razjasniti si moramo tudi **intenzivnost** problema ter njegovo dinamiko - ali **se veča**, ali se manjša ali pa ostaja približno enak. Seveda moramo ugotoviti, **v katerih okoliščinah** se zmanjšuje in v katerih povečuje (ali pogosteje pojavlja.)

V nosečnosti gre navadno bolj za **pomanjkanje nekih spretnosti** oziroma za ne dovolj izgrajeno obnašanje kot pa za pretirana in nezaželena obnašanja. Kadar gre na primer pri nosečnici za bolj izrazito umikanje od ljudi in za zapiranje vase, kot je bilo to videti pred nosečnostjo, gre poleg depresije lahko z vidika 'splošnih norm' in ocene okolice lahko tudi za pretirano obnašanje. Bolj verjetno pa bi tako obnašanje opisali kot **deficientno oziroma ne dovolj izgrajeno** – kot pomanjkanje spretnosti za komunikacijo v tem obdobju. Pogosto gre za posledico nesprejemanja nosečnosti in tudi spreminjajoče se oblike telesa. Pogosto se to dogaja pri zelo mladih nosečnicah, ki s svojo nosečnostjo zbujejo pozornost in si tega nikakor ne želijo, ali pa pri tistih, pri katerih nosečnost ni bila zaželena in ne sprejeta.

Pregledati moramo tudi **način soočanja s problemom** (katere kognitivne, afektivne in vedenjske mehanizme je nosečnica razvila, da bi jim bila kos). Seveda ob vsem tem preverjamo morebitne vzroke za razvoj problema in mehanizme, ki ga vzdržujejo.

Še zlasti za emocionalno zelo polno in razburkano obdobje nosečnosti, ko včasih privrejo na dan prastari strahovi in verovanja, velja, da so človekove **emocije in obnašanje pod vzajemnim vplivom percepcije dogodkov**. To, kar nosečnica čuti, ni vedno povezano s nosečnostjo, ampak je njen čustveni odziv odvisen od tega, kako **percepira** nosečnost in različne situacije in od njene interpretacije te situacije. Zaradi slabega počutja je ena nosečnica neznansko zaskrbljena, druga vidi

v slabem počutju napoved katastrofalnega izida, tretja spet jemlje slabost kot del nosečnosti in ob tem le zamahne z roko.

Nujno je ugotavljanje in obdelava **avtomatskih misli** in **atribucij**, povezanih z nosečnostjo. Nevarno je, kadar nosečnica disfunkcionalne avtomatske misli nekritično sprejme kot nekaj, kar je res.

Ko nosečnica svoje avtomatske misli identificira, lahko **ocenjuje njihovo realnost**. Kadar so njene disfunkcionalne misli izpostavljene racionalni refleksiji, se razpoloženje na splošno izboljša. To pomeni, da jo moramo naučiti identificirati, evaluirati in modificirati disfunkcionalne misli, da ji bo lažje.

Nujno je potrebno osvetliti še druga področja - ugotoviti moramo, kakšen je splošni pogled nosečnice na svoj osebni svet in na druge - kako nosečnica **socialno funkcionira**, kakšne **vrednote** ima, kako gleda na življenje po porodu. Izjemen pomen imajo družinski odnosi ter **ljubezensko** in **spolno življenje**, saj se zelo pogosto partnerski problemi ali kakšna druga problematika v obdobju nosečnosti pokažejo prav na teh področjih.

Zakaj vedenjsko kognitiven pristop?

V obdobju nosečnosti je **potrebna izjemna pazljivost in obzirnost**. Vedenjsko kognitiven pristop je v tem primeru idealen, saj je **življenjski**, vedno **prilagojen** nosečnici in trenutni problematiki in upošteva njen **ritem**. Upošteva tudi dejstvo, da je nosečnost naravno obdobje, ki samo po sebi večinoma ne predstavlja nič bolezenskega, ki pa lahko izzove neprilagojene in moteče reakcije. Izjemno pomembna je tudi **hitrost**, s katero vedenjsko kognitiven pristop prinese izboljšanje, saj gre pri nosečnosti za burno, a kratko obdobje. Prednost tega pristopa je tudi v njegovi **konkretnosti**.

Zlata vreden je tudi posredni **preventivni vpliv vedenjsko kognitivne terapije**.

Tudi pri delu z nosečnicami je potrebno slediti **osnovni strukturi terapevtske seanse** – preverjanje razpoloženja, kratek pregled dogajanj do sedaj, pregled domače naloge, kreiranje urnika seanse, delo na izbrani temi, nova domača naloga, pogosto delanje povzetkov, feed-back na koncu seanse... Med nosečnostjo je to velikega pomena, saj gre za obdobje, ko se zaradi napredovanja nosečnosti razpoloženje spreminja iz dneva v dan.

Vedenjsko kognitivne tehnike, uporabne pri svetovanju v nosečnosti

Uporabne so vse **osnovne tehnike, tako da je potrebno striktno upoštevati posebnost situacije**.

V obdobju nosečnosti gre najpogosteje za pomanjkanje znajdljivosti v situaciji sami, ki ga lahko zelo uspešno rešujemo s tehnikami reševanja problemov (**problem solving**), pa tudi s tehnikami obvladovanja (**coping skills**).

PRIPRAVA NA POROD

Razvoj priprav na porod

Prvi, ki se je ukvarjal z **emocionalno prilagoditvijo poroda**, je bil l.1930 **Grantly Dick-Read**. V tridesetih in štiridesetih letih je raziskoval povezavo in odvisnost delovanja telesa in duha med porodom. Pozoren je postal na krog' strah – napetost – bolečina'. Ugotovil je, da strah povzroča napetost in posledično večja porodno bolečino, to pa spet povratno večja strah porodnice. Te izsledke je objavil v svoji knjigi **Porod brez strahu**. Njegova ideja je bila, da se lahko porodna bolečina opazno zmanjša ali celo popolnoma eliminira s pomočjo razumevanja procesa rojevanja, pa tudi s

pomočjo relaksacije. Zanj je rojevanje pomenilo normalen proces, ki ga otežujejo predsodki in govornice, ki so posredno baza za razvoj strahu in posledične napetosti. Pristopil je z edukacijo in relaksacijo na osnovi Jacobsonove metode progresivne relaksacije. (Sheila Kitzinger, 1984)

Njegove ugotovitve delno sicer veljajo, vendar se porodnemu nelagodju in določeni stopnji bolečine nikakor ne moremo izogniti.

Kasneje se je pripravljanje nosečnic na porod razvijalo naprej. Francoski porodničar **Fernand Lamaze** je l. 1951 v Franciji uvedel **ново metodo**. (Na obisku v Rusiji se je pred tem seznanil z osnovnimi rezultati poskusov Pavlova v zvezi s pogojevanjem psov, metodo je prenesel v Francijo, izpopolnila pa se je v Veliki Britaniji.)

Osnovana je bila na vzpostavljanju zvez v možganih, ki naj bi sporočali, da je boleč dražljaj po serijah pogojnih refleksov, ki so zviševali prag bolečine, pravzaprav neboleč. Po vrnitvi je izpopolnil metodo, ki je temeljila na hitrem, plitvem dihanju ob vrhuncu popadka. Seveda so matere, ki so pričakovale popolnoma neboleč porod, doživljale šoke, saj navadno niso bile hkrati pripravljene na izjemno intenzivnost in moč popadkov in so porod doživljale še težje, kot če sploh ne bi bile pripravljene.

Lamazeva tehnika se imenuje tudi **psihoprofilaktična metoda** in predstavlja pripravo na porod, ki pa temelji predvsem na dihanju in ne toliko na relaksaciji.

Lamazeva tehnika ima za osnovo spopadanja s porodno bolečino **prenos pozornosti z bolečine na kaj drugega** (n.pr. kot ob gledanju zanimivega filma popusti glavobol ali obratno – kot že sedenje na zobozdravniškem stolu povzroča povečevanje tenzije). **Temelji na distraktorju porodne bolečine – na dihanju**. Koncentracija na dihanje naj bi z zapletenimi, do potankosti izdelanimi tehnikami dihanja prenesla fokus pozornosti stran od porodne bolečine. Dihanje postaja **točka osredotočanja**. Poleg tega upošteva ritem dihanja, ki je počasno, kadar smo mirni, in ki postaja vedno hitrejše ob naporu ali pa ob emocionalni (in tudi seksualni) vzbujenosti. Zaradi tega je ritem dihanja v različnih fazah popadka (začetek, naraščanje, vrhunec, upadanje, premor) različen, osredotočanje na pravo dihanje pa pomaga odvrniti pozornost od bolečine. Poleg tega pa pravilno dihanje pomaga preskrbeti telo z dodatnim kisikom.

Študije, narejene v Franciji in tudi v drugih državah, kažejo, da psihoprofilaktična metoda zmanjšuje incidenco porodnih zapletov, poleg tega pa povečuje kvaliteto porodne izkušnje. (Elisabeth Bing, 1984)

Pomanjkljivost te metode je bila, da je zaradi intenzivnega dihanja včasih prihajalo do hiperventilacije. Poleg tega je imela Lamazeva metoda vzdevek 'porod brez bolečin', kar je zavajajoče in je porodnice spravljalo v stisko, saj nebolečega naravnega poroda ni! Prag porodne bolečine se lahko zviša, a bolečina ostaja. Res je, da strah povečuje bolečino, vendar zgolj edukacija ni dovolj za njeno zmanjševanje. Res pa je tudi, da razumevanje procesa poroda zmanjšuje bolečino in nelagodnost.

Vse tehnike so sicer imele zelo pozitivne učinke, a so temeljile na predpostavki, da je potrebno porodnico **zamotiti**. Kmalu pa je vzniknila nova struja priprav na porod, ki je **porodnici pustila aktivnejšo vlogo v procesu rojevanja**.

Frederic Leboyer je l.1974 s svojo knjigo Rojstvo brez nasilja utrl pot 'mehkejšim' okoliščinam rojevanja – pridušene luči, tih govor, upoštevanje želja porodnic po najustreznejšem položaju. Njegove ideje je na kliniki v Pithiviers še izpopolnil ginekolog **Michael Odent**, ki je poudarjal izjemno vlogo porodnici prijaznega okolja.

To se je nadaljevalo v **Gibanju za aktivno rojevanje**, ki uradno obstaja od 1982 dalje. Njegova soustanovljiteljica in izjemna zagovornica je **Janet Balaskas**, pa tudi **Michael Odent** in **Yehudi Gordon**. Podarja pomen povezanosti psihičnega in fizičnega dogajanja v telesu. To gibanje je poudarilo tudi izjemen pomen pokončnih, aktivnih položajev med porodom, kar vnaprej vpliva na zmanjševanje strahu pred porodom. Porodnica je med porodom aktivna, nanj pa se tudi aktivno pripravlja in skuša čim bolj razumeti dogajanje v telesu med rojevanjem. Poudarjen je njen stik s samo seboj med porodom in ne zgolj osredotočanje na tehnike (na primer le osredotočanje na dihalne), ki bi ji zmanjševale koncentracijo za porod. (Janet Balaskas, 1989)

Dosedanje izkušnje povedo, da so zmerno gibanje in nosečnosti prilagojene vaje pravi balzam za nosečnico. To je seveda podprto z različnimi študijami. Dr. Kelly R. Evenson z Univerze v Severni Carolini je s sodelavci izvedel študijo, ki je zajemala 1700 nosečnic, osnovana pa je bila na intervjujih, v katerih so jih spraševali o njihovi fizični aktivnosti – preučevali so vpliv intenzivne fizične aktivnosti (na primer plavanje, ples,...) na izid poroda. Tudi intenzivnejša telesna aktivnost vpliva na zmanjševanje verjetnosti obporodnih zapletov in na zmanjšanje verjetnosti prezgodnjega poroda

Vseh spretnosti se nosečnice najlažje naučijo v skupini priprave na porod. Takih tečajev je kar nekaj.

OPIS MOJEGA TEČAJA AKTIVNE PRIPRAVE NA POROD

Pripravljena nosečnica ima lepšo in bolj zdravo nosečnost, hitrejši porod in hitrejše poporodno okrevanje ter tudi več energije za delo z dojenčkom.

Prikazala bi vam rada svoj tečaj priprave na porod, ki sem ga zasnovala l. 1983, ko sem bila sama prvič noseča. **Skupinska priprava** mi je všeč zaradi možnosti neposrednih stikov nosečnice z drugimi bodočimi mamicami, saj ji ob pogovoru o skrbeh, strahovih in pričakovanjih lahko neverjetno odleže.

Od prvotne zasnove se današnji tečaj precej razlikuje, saj je na začetku temeljil predvsem na fizični pripravi na porod in na tehnikah dihanja. Z leti pa se je prelevil v tečaj, ki temelji na učenju spretnosti za čim bolj prijetno preživljanje nosečnosti, na tako telesni kot psihični pripravi na porod (to vključuje tudi poudarjanje pokončnih položajev in gibanja med porodom) ter na povečevanju obvladovanja. Tečaj ima s pomočjo izvajanja notranje modrosti, ki jo nosečnica že ima v sebi, namen izboljšati počutje ter večati samozavesti nosečnice. Še zlasti se izvrstno obnese pri premagovanju strahu pred porodom.

Tečaj ponavadi obiskujeta oba partnerja. Eno srečanje traja približno eno uro. Sestavljajo ga edukacija, tehnike pravilnega dihanja, ogrevalne in kondicijske vaje, relaksacija in nekaj masažnih tehnik, zaključí pa pogovor o morebitnih težavah in skrbeh in o možnih strategijah spoprijemanja. Kadar je težava izrazita, je nujen tudi individualen pogovor.

Tečaj pomaga nosečnicam, da **prijetneje preživijo nosečnost**, da **hitreje rodijo**, da **se na porodu uspejo prepustiti toku poroda in plavanju s popadki** in da po porodu hitreje okrevajo. Res pa je tudi, da so te nosečnice, ki obiskujejo to pripravo na porod, na neki način pozitivno selekcionirane – to so nosečnice, ki jim je skrb za telo in za duha pomembna, ki že nasploh zdravo živijo in ki so pripravljene vlagati energijo v boljšo kvaliteto življenja.

Edukacija

Priprava na porod zajema najprej iskanje razpoložljivih **informacij** o poteku poroda. **Dobra informiranost** lahko nosečnici najbolj pomaga pri realnem ocenjevanju poroda in pri premagovanju strahov pred porodom - strah pa je dejavnik, ki lahko najbolj ovira potek poroda in ga naredi še bolj bolečega.

O poteku poroda danes nosečnice izvedo največ predvsem iz literature, saj je le redko katera imela priložnost prisostvovati kakšnemu porodu v živo. Prav zaradi tega večina nosečnic z odprtimi očmi in ušesi spremlja sleherno informacijo o porodu, do katere lahko pride. Zelo dragocene so informacije znank in prijateljic o njihovem doživljanju poroda, čeprav so včasih subjektivne in lahko zanetijo še kakšen strah.

Zelo pomembne so informacije, ki jih nosečnice dobijo **na različnih tečajih** priprave na porod.

Vzdrževanje telesne kondicije

Gibanje krepi mišice, preprečuje nastanek tromboze, krčnih žil in hemoroidov, povečuje telesno zmogljivost in pomaga odpravljati stres. Nosečnica naj bi se izogibala tistih aktivnosti, ki zahtevajo sunkovite in hitre telesne gibe ter hitrih obratov okoli telesne osi.

Z vajami se na tečaju nosečnica nauči **prepoznati za nosečnost in porod pomembne mišične skupine** (kot so na primer **mišice medeničnega dna in globoka trebušna mišica**) in poskrbeti zanje, hkrati pa se nauči **sprostiti tiste mišične skupine**, ki bi zaradi pokrčenosti lahko zavirale porod.

S sklopom **ogrevalnih vaj** si nosečnica ogreje vse telo in blago raztegne mišice, sklepe in vezi, sklop bolj **kondicijskih vaj** pa ji omogoča pridobivanje in vzdrževanje telesne kondicije, kar je izjemnega pomena tako za zdravo in prijetno nosečnost kot tudi za lažji porod.

Pravilno dihanje

Pravilno dihanje pomaga obvladovati nelagodnosti in sproščati strah in je nujno med vso nosečnostjo pa tudi med porodom. Osnovano je na čim bolj mirnem in sproščenem dihanju, ki postaja na vrhuncu popadka hitrejša in plitvejša, v premoru med dvema popadkoma pa naj bi bilo čim bolj mirno in globoko.

Na tečaju se nosečnice naučijo pravilnih dihalnih odzivov. Naučenemu mirnemu in sproščenemu dihanju potem porodnica skuša slediti čim dlje v porod, ko organizem sam preklaplja na ustrezno dihanje, primerno trenutni situaciji.

Poleg tega se naučijo mirnega, sproščenega dihanja, ki jim je v pomoč pri vsakodnevnem življenju, predvsem pa, kadar se soočajo z napetim počutjem, z anksioznostjo ali celo s paniko.

Relaksacija

Ena od osnov te aktivne priprave na porod je, da se nosečnica nauči globoke sprostitve in pri tem lahko dokaj kmalu postane prava mojstrica. Sprostitev pomaga pri prenašanju drobnih nosečniških nelagodnosti in predvsem pri pozitivnem odnosu do sebe in do sveta, saj pripomore k notranjemu miru.

Spretnost spolne sprostitve in umirjanja je močno orožje v boju s strahom pred porodom, izjemnega pomena pa je tudi med porodom. Sproščeno telo se bo voljno odzivalo popadkom in se jim ne bo zoperstavljalo. Sproščnemu telesu bo potrebno **bistveno manjše število popadkov**, da se porodna pot v celoti razpre, saj gre pri tem za optimalno sodelovanje duha in telesa – poleg tega pa so popadki ob maksimalni telesni sproščenosti manj neprijetni. Vse to je nosečnici v veliko pomoč pri premagovanju strahu pred porodom. Spretnost relaksacije je nujna tudi za spopadanje z občutki anksioznosti ali celo panike.

Zlasti med nosečnostjo postane sposobnost ustaviti se in se sprostiti nepogrešljiva in nenadomestljiva. Spretnost sprostitve telesa in tudi duha je izjemno pomembna za lažji porod. Pomaga jim doseči notranji mir, med porodom pa jim ta spretnost pomaga, da lahko aktivno sodelujejo in da lahko varčujejo s svojo energijo in se spontano prepuščajo toku poroda.

Gre tako za splošno sproščanje kot tudi za vaje zbranosti in umirjanja. Vključeno je tudi **vzpostavljanje stika z otročkom**, tako mentalno kot tudi fizično (vodeno, med relaksacijo, z božanjem trebuščka).

Primer samoinstrukcije ob sproščanju:

- 'Popadkom se ne zoperstavljam, saj imajo zgolj namen pomagati otročku na svet.'
- 'Popadki so moji prijatelji.'
- 'Ko se jim prepustim in sodelujem z njimi, gre vse laže.'

Imaginacija popadka

Na tečaju simuliramo naraščajočo in pojemajočo moč popadka ter dobrobit spolne sprostitve napetosti s tehniko hitrega razpiranja in trdnega stiskanja prstov na rokah.

Poleg tega nosečnice vsakič popeljem v imaginacijo pravega popadka, kjer je poudarek na prepuščanju popadku, na pravilnem dihalnem odzivu ter na sproščanju med dvema popadkoma.

Masaža

Masaža predela križa

Zelo je uporabna in uspešna pri lajšanju popadkov.

Samomasaža vratu, obraza in ramen

Omogoča hipno sprostitev fizične in psihične napetosti. Masaža ramen je izrednega pomena, saj se prav tam nabira blokirana energija. Mišična napetost povzroča zakrčenost in otrdelost ramenskih mišic, boleča nelagodnost pa sama od sebe le stežka in počasi (če sploh!) izzveni. Prav tako, kot se v ramenih nalaga mišična napetost, pa svoje breme v ta predel rada odloži tudi psihična napetost. Na srečo pa deluje tudi obratni mehanizem: sproščenost ramenskih mišic pomaga tudi pri preganjanju napetosti, kar pride med nosečnostjo in med porodom zelo prav.

Masaža ramen in hrbta

Izvaja se v paru (ali med partnerjema ali pa v paru dveh nosečnic, ki se po končani masaži zamenjata) in zelo blagodejno vpliva na počutje.

ZAKLJUČEK

Med nosečnostjo je pri terapevtskem pristopu potrebna še posebna pazljivost in obzirnost, saj so za to obdobje značilne **hitre emocionalne spremembe** in **velika nihanja razpoloženja**, pogojena tudi s spreminjanjem ravni hormonov.

Vedenjsko kognitivna terapija se s problemi v nosečnosti lahko zelo uspešno spopada, saj z njeno pomočjo lahko pomagamo spreminjati nepravilne kognicije in morda nerealna pričakovanja nosečnice in tudi njenega partnerja, ponuja pa tudi konkretne rešitve nastale situacije – seveda v kognitivnih in osebnostnih okvirih, sprejemljivih za vse vpletene. S tem lahko posredno vplivamo na prijetnejšo in mirnejšo nosečnost, pa tudi na lažji porod.

VIRI:

1. Balaskas, J. (1989). *New Active Birth*. Unwin Paperbacks.
2. Burns, D. (1999). *The Feeling Good Handbook*. Penguin Books.
3. Bing, E. (1984). *The Lamaze Method*.
4. Datillio, F.M., Salas-Auvert, Jesus A. (2000). *Panic disorder*. Zeig, Tucker.
5. Hrovat Kuhar, E. (1995). *Izziv poroda*. Rokus.
6. Kitzinger, S. (1984). *The Experience of Childbirth*. A Penguin book.
7. Kitzinger, S. (1980). *Pregnancy and Childbirth*. Dorling Kindersley.
8. Sears, W., Sears, M. (1994). *The Birth Book*. Little, Brown and Company.
9. Thorn, G. (1995). *Pregnancy and birth*. Reed international books limited.
10. Anić, N. (Ur.) (1984). *Praktikum iz biheviior terapije*. Društvo psihologa SR Hrvatske.

ISBN 961-91433-0-2



9 789619 143308



**DRUŠTVO ZA VEDENJSKO
IN KOGNITIVNO TERAPIJO
SLOVENIJE**

Gotska 18, 1000 LJUBLJANA - SLOVENIJA

Slovenian Association of Behaviour and Cognitive Therapies



**SVETOVALNI CENTER ZA OTROKE,
MLADOSTNIKE IN STARŠE**

**The Counselling Centre for Children,
Adolescents and Parents**



**KOLABORATIVNI CENTER SZO ZA DUŠEVNO
ZDRAVJE OTROK IN MLADOSTNIKOV**

**WHO-Collaborating Centre for Child
and Adolescent Mental Health**

1000 Ljubljana, Gotska 18, SLOVENIJA