

Izbrane teme iz vedenjsko- kognitivne terapije

ZBORNİK II



Uredila:
mag. Nada Anić in
Peter Janjušević

IZBRANE TEME IZ VEDENJSKO- KOGNITIVNE TERAPIJE

ZBORNİK II

Uredila: mag. Nada Anić in Peter Janjušević



**DRUŠTVO ZA VEDENJSKO
IN KOGNITIVNO TERAPIJO
SLOVENIJE**

Gotska 18, 1000 LJUBLJANA - SLOVENIJA

Slovenian Association of Behaviour and Cognitive Therapies

© 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.

Izdalo: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije
Gotska ulica 18
1000 Ljubljana
www.drustvo-vkt.org

Uredila: mag. Nada Anić in Peter Janjušević

Jezikovni pregled: Vladka Jan

Oblikovanje: Peter Janjušević

Za Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije: Vera Slodnjak

Tisk: Tiskarna Pleško d. o. o., Rožna dolina c. IV/32/34, Ljubljana

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

616.89-08(082)

IZBRANE teme iz vedenjsko-kognitivne terapije : zbornik
II /
[avtorji besedil Nada Anić ... [et al.] ; urednika Nada Anić in Peter Janjušević. - Ljubljana : Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo, 2007

ISBN 978-961-91433-2-2
1. Anić, Nada, psiholog
232983040

KAZALO

-	Uvodna beseda urednice (mag. Nada Anić)	1
-	Predgovor (prof. dr. Martina Tomori)	2
-	Knjigi na pot (Vera Slodnjak)	4
1.	Samo Pastirk: UVOD V KOGNITIVNO TERAPIJO	5
2.	Branka Ribič Hederih: VEDENJSKA TERAPIJA – OD TEORIJE K TERAPIJI	20
3.	Brigita Žugman: KOGNITIVNA KONCEPTUALIZACIJA PRIMERA	38
4.	Jasna Božič: VEDENJSKO-KOGNITIVNI INTERVJU	46
5.	Kodrič Jana: OCENJEVANJE V VEDENJSKO-KOGNITIVNI TERAPIJI	62
6.	Marjeta Simončič Tonkli: CILJI IN NAČRT TERAPIJE	71
7.	Andreja Križnik Novšak: VEDENJSKE TEHNIKE	79
8.	Irena Toš Koren: NEKATERE KOGNITIVNE TEHNIKE	97
9.	Simona Sanda: ODKRIVANJE AVTOMATSKIH MISLI	116
10.	Ivanka Živčič-Bečirević in Nada Anić: VLOGA METAKOGNITIVNIH MISLI PRI NASTANKU IN VZDRŽEVANJU PSIHOPATOLOGIJE	131
11.	Irena Šinigoj Batistič: REŠEVANJE PROBLEMOV	143
12.	Tina Zadravec: EVALVACIJA PSIHOTERAPIJE	163
13.	Peter Janjušević: VEDENJSKO-KOGNITIVNA TERAPIJA EKSTERNALIZIRANIH MOTENJ V OTROŠTVU IN ADOLESCENCI	169
14.	Nada Anić: VEDENJSKO-KOGNITIVNI MODELI RAZUMEVANJA IN OBRAVNAVE GENERALIZIRANE ANKSIOZNE MOTNJE	189
15.	Milena Pegan Fabjan: SVETOVANJE V VEDENJSKO-KOGNITIVNI TERAPIJI	205
16.	METAKOGNITIVNI VPRAŠALNIK	214
17.	Samo Breznik: Strip “A-JI-BOF ODGOVARJA”	217

UVODNA BESEDA UREDNICE

Mag. Nada Anić, klin. psih.

Služba za zdravstvenu Zaštitu studenata - Savjetovalište za teškoče u učenju

Trg žrtava fašizma 10, Zagreb

nada.anic@zg.t-com.hr

V zgodnjih šestdesetih letih preteklega stoletja verjetno nihče od pionirjev kognitivno-vedenjske terapije ni mogel predvideti, na kako obsežna področja uporabe se bo razširila in dokazala svojo uspešnost.

Vedenjsko-kognitivna terapija je nastala z integracijo preverjenih zakonitosti in spoznanj iz mnogih vej psihologije, psihopatologije in psihiatrije. V osnovi te terapije je znanstveni pristop, ki usmerja in določa njen razvoj vse od njenega nastanka do danes. Empiričnemu preverjanju, ki je ustaljeno v znanstvenemu pristopu, so podvrženi tako modeli za razumevanje nastanka in vzdrževanja psihičnih motenj kot metode ocenjevanja posameznikov, konceptualizacija primerov, terapevtske intervencije in evalvacija učinkovitosti terapije.

v nekem določenem času

Na temelju empiričnih rezultatov se dokazani terapevtski postopki bogatijo, obenem pa nastajajo novi. Kot enega takšnih lahko navedemo metakognitivno terapijo, ki je na osnovi dolgoletnih raziskav nastala in se začela uporabljati pred nekaj leti.

Ta knjiga zajema več področij. Prvi del pokriva splošna, uvodna in zgodovinska obeležja vedenjsko-kognitivne terapije.

Drugi, najobsežnejši del zajema vse faze psihoterapevtskega procesa, tako kot se ta odvija v praktični rabi – od konceptualizacije, intervjuja, ocene, izbire ciljev in načrta tretmaja, do izbiranja vedenjskih in kognitivnih postopkov ter evalvacije terapije.

Ni namen le poudariti, v **čem** je bistveni smisel kognitivnega pristopa, temveč prikazati tudi, **kako** se vedenjsko-kognitivna terapija izvaja.

Tretji del je prikaz uporabe vedenjsko-kognitivne terapije na nekaterih področjih (eskternalizirane motnje pri otrocih in mladostnikih) ter prikaz novejših modelov za razumevanje generalizirane anksioznosti ter njihove praktične rabe.

S prikazi posameznih faz psihoterapije in svetovanja, slonečih na vedenjsko-kognitivnem pristopu, je nastalo besedilo, ki je namenjeno psihologom, specializantom in specialistom klinične psihologije in psihiatrije, zdravnikom – specialistom ter drugim strokovnjakom, ki v svojem izobraževanju in vsakodnevni praksi potrebujejo znanja in psihoterapevtske veščine.

V Ljubljani, aprila 2007

PREDGOVOR

*Prof. dr. Martina Tomori, dr. med., spec. psih.
Psihiatrična klinika Ljubljana, Oddelek za mentalno zdravje
Zaloška cesta 29, 1000 Ljubljana*

Veliko je razlogov, da zavzema kognitivna in še bolj kognitivno-vedenjska terapija na področju psihoterapevtskega dela vse večji prostor. Jasna strukturiranost, argumentirana časovna omejenost, razumljivost osnovne strokovne ideologije v povezavi z izhodišči za terapijo, dokaj dobra možnost (vsekakor boljša kot pri drugih terapevtskih metodah) za sprotne ocene učinkovitosti, praktična aplikativnost pri obravnavi številnih različnih vrst duševnih motenj – te in še mnoge druge značilnosti povečujejo njeno sprejemljivost tako med terapevti kot tudi med prejemniki tovrstne terapevtske pomoči. Kognitivno-vedenjska terapija potrjuje dejstvo, da se najbolj »prime« tisti terapevtski pristop, ki je v nekem določenem času kar najbolj usklajen z načinom življenja, pojmovanja, vedenja in pričakanj.

Prva stopnja integriranosti pomena kognitivnih procesov s pojmovanjem razvoja nekaterih duševnih motenj je že dolgo za nami. Druga raven integracije s procesi učenja, vedenjem in vedenjskimi spremembami je tudi že kar sama po sebi umevna. Tudi tretja faza integriranja kognitivno-vedenjske terapije z drugimi psihoterapevtskimi tehnikami ne povzroča več razburjenja ali vznemirjenosti niti na strani bolj kognitivno in behavioristično delujočih, kot tudi ne pri bolj klasično psihoterapevtsko mislečih. Slednje je olajšalo spoznanje, da mnoga od temeljnih načel kognitivno-vedenjske terapije že dolgo vgrajujemo tudi v druge psihoterapevtske pristope, le morda manj strukturirano in v drugem strokovnem jeziku. Zadnje raven v sprejemanju, širjenju in utemeljevanju rabe te terapevtske metode pa omogočajo boljša znanja o nevrofiziologiji kognitivnih funkcij, ki ji nevroznanost napoveduje še večji razcvet.

Čeprav je z določenega stališča in predvsem na prvi pogled kognitivno-vedenjska terapija bolj direktivna kot vse druge psihoterapevtske metode dela, pa nobena druga psihoterapevtska tehnika ne sloni tako izrazito prav na sodelovanju samega pacienta in na njegovi dejavni vlogi. Prav ta značilnost statusa in nalog tistega, ki potrebuje terapevtsko pomoč, pa žal nima le pozitivnega pomena. Kakor koli je nedvomno izjemno dragocena možnost, da človek, ki trpi (torej pacient - lat.), prevzema dejavno vlogo v lastnem terapevtskem procesu, pa se pri kliničnemu delu žal srečujemo tudi z ne tako redkimi primeri, ko velika intenzivnost ali sam prodoren način izražanja neke duševne motnje prevzemanja take vloge ne dopušča. Najbolj nazorni in vsem dobro znani so primeri hudo razvite depresivnosti (ki je kot klinična enota sicer klasična indikacija za zdravljenje s kognitivno-vedenjsko terapevtsko metodo), ob kateri pomoči potrebna oseba nima ne energije, ne moči, volje in pripravljenosti, in še celo ne motiva, da bi dejavno in v svoje roke poprijela prve nujne vzvode terapevtskih sprememb – takrat mora vnema kognitivnega terapevta pač počakati, da začetek sprememb sprožijo druga, čeprav tudi biološka terapevtska sredstva.

Z dosedaj že dobro preverjenim občutkom za to, česa v naši psihoterapevtski sceni potrebujemo več, je Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije pripravilo že drugi zbornik prispevkov. Zbornik obsega 15 prispevkov posameznih strokovnjakov, katerih povirje, označeno z lokacijo njihovih delovnih mest, dobro kaže, na koliko različnih mestih vznika in se pri nas uveljavlja kognitivno-vedenjska misel. Čeprav so prispevki na videz močno različni – od tistih, ki so povsem osnovni in obravnavajo ali osvežijo temelje kognitivno-vedenjskih načel in izhodišč, pa do takih, ki so že prava nadgradnja obravnavane terapevtske metode – pa se jim dobro vidi, da izhajajo iz ene bazične, četudi neuradne šole. Glasilka le-te je naša spoštovana in cenjena gostujoča učiteljica Nada Anić, ki se v zborniku ne pojavlja le med vrsticami, ampak tudi kot avtorica enega od prispevkov, mesto pa ima tudi na vrhu domala večine spisov referenc, ki sledijo vsakemu od poglavij.

Nekateri od prispevkov so bolj teoretični – kar je zanimivo tudi za tiste, ki v kognitivno-vedenjskem pristopu vidijo predvsem izhodišče za razumevanje razvoja nekaterih duševnih motenj. Drugi posegajo bolj na vedenjsko področje – brez dobrega poznavanja tega bi med pojmovanjem vloge kognitivnih procesov in doseganjem terapevtskih sprememb ne našli prave in smiselno neposredne poti. Dobrodošli so tudi bolj praktični med temi prispevki, nekateri obogateni tudi s tabelami in izsečki iz kliničnih primerov. Tako poglavje o intervjuju potrjuje spoznanje, da je diagnostika prav v vsakem psihoterapevtskem delu osebna umetnost, v kateri se znanje oplemeniti z ustvarjalnostjo nosilca.

Kot metasporočila (metakognicija je eno bolj zapletenih polj kognitivne znanosti in bi bila lahko razložena nekoliko bolj razumljivo) pa zbornik odpira tudi nekaj problemov, s katerimi se strokovnjaki kognitivno-vedenjske terapije pri nas še otepajo: eden od njih je prenos strokovnega jezika v slovenščino in vsakdanjo uporabnost. Drugi je še premajhna asertivnost in strokovna gotovost sicer in v resnici že kar izkušenih terapevtov – kaže se tudi v umiku v uporabo besede klient. Ta kaže na še negotovo samopodobo terapevta, ki pa pri pacientu (ta izraz nikakor ni povezan s kakršno koli stigmatizacijo) ne spodbuja sproščene prevzemanja dejavne vloge pri zdravljenju. Je morda to povezano z dejstvom, da so nosilci kognitivno-vedenjske misli pri nas predvsem klinični psihologi, ki se ob medicinskem modelu duševnih motenj še vedno počutijo nekako neudobno?

Pri zbornikih, ki združujejo prispevke več avtorjev na polju enega strokovnega področja, je težko preprečiti ponavljanje in prekrivanje posameznih delov besedila. Tej pasti se tudi 2. zbornik ni mogel povsem izogniti. To je tudi razumljivo: več avtorjev je še vedno bolj gotovih v teoretičnih osnovah kot v lastnem kreativnem in z izkušnjami podprtem samostojnem strokovnem razmišljanju. To kažejo tudi spiski referenc. Ti so sicer različno obsežni in široki (odvisno tudi od obravnavane teme), a se v njih ponavljajo mnogi identični viri.

Zbornik je izjemno dobrodošel vir znanj na področju, ki se pri nas hitro in zaslužno razvija v veliki meri prav po neposredni zaslugi nekaterih avtorjev in oblikovalcev te knjige. Koristen bo tistim, ki na to polje dela šele vstopajo, in tistim, ki so se tu že udomačili, pa jih krila želijo nesti še višje in naprej.

S tem zbornikom društvo, ki združuje podobno misleče in na istem polju delujoče strokovnjake, odlično izpolnjuje poslanstvo izobraževanja na visoki strokovni ravni. To pa je na naslovu Gotske 18 že tradicionalno zaslužno in vsega spoštovanja vredno.

V Ljubljani, maja 2007

KNJIGI NA POT

Vera Slodnjak , spec. klin. psih.

Predsednica društva za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije

Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana

Gotska 18, Ljubljana

vera.slodnjak@guest.arnes.si

Letos mineva dvanajst let, odkar se je tudi v Sloveniji mogoče vključiti v tristopenjsko usposabljanje za izvajanje vedenjskih in kognitivnih terapij, ki ga organizira društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo. V začetnih tečajih se je z osnovni principi kognitivno-vedenjskih terapije seznanilo že več kot 300 psihologov in zdravnikov. Približno tretjina se je vključila v nadaljnje sistematično usposabljanje, ki ga vodita učiteljici Nada Anić in Ivanka Živčič-Bečirević, mnogi pa se udeležujejo tudi tematskih delavnic doma in v tujini. Informacije so dostopne na spletni strani društva <http://www.drustvo-vkt.org/>. V psihiatrični bolnišnici Begunje že več let deluje poseben oddelek za kognitivno-vedenjsko terapijo, drugod po Sloveniji pa jo izvajajo posamezni psihologi oz. psihologinje in zdravniki oz. zdravnice v okviru javne službe ali zasebne prakse. Povpraševanje po kognitivno-vedenjski terapiji že presega možnosti doslej usposobljenih terapevtov, še posebej, ker predstavlja KVT le del njihove prakse. Zanimanje za usposabljanje za izvajanje KVT je precejšnje. Postopoma se oblikuje skupina domačih strokovnjakov, ki bo sčasoma lahko prevzela razširjanje znanja iz KVT in nudenje supervizije.

Pričujoča knjiga je že drugi zbornik prispevkov, ki so jih poleg obeh učiteljic napisali domači strokovnjaki v okviru programa usposabljanja za KVT. Vključuje zgodovinski pregled in osnovne predpostavke kognitivno-vedenjskega terapevtskega pristopa, konceptualizacijo oz. formulacijo primera (diagnosticiranje) skozi intervju in ocenjevanje, določanje ciljev, načrta in evalvacije terapije. Predstavljene so nekatere od vedenjskih in kognitivnih tehnik, posebej pri generalizirani anksioznosti in pri eksternaliziranih motnjah pri otrocih in mladostnikih. Zbornik sta zasnovala in uredila Nada Anić in Peter Janjušević.

Avtorjem in avtoricam besedil in obema urednikoma se za njihov trud iskreno zahvaljujem. Posebna zahvala gre Petru Janjuševiću za požrtvovalno delo, s katerim je omogočil, da je ta knjiga sploh nastala.

V Ljubljani, junija 2007

UVOD V KOGNITIVNO TERAPIJO

*Samo Pastirk, univ. dipl. psih., specializant klinične psihologije
Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo
Enota Maribor, Čufarjeva 5, 2000 Maribor
samo.pastirk@ir-rs.si*

Začetki sodobne kognitivne terapije segajo v šestdeseta leta 20. stoletja. Razvoj kognitivne terapije je tesno povezan z delom Aarona T. Becka. V začetnem obdobju lahko to psihoterapevtsko usmeritev opredelimo kot strukturirano, kratkoročno, na sedanjost usmerjeno psihoterapijo depresij, usmerjeno v reševanje aktualnih problemov in modifikacijo disfunkcionalnih misli in vedenj (A. Beck, 1964; J. Beck, 1994).

Od tega obdobja pa do danes je potekal razvoj paradigme v različnih smereh.

Če je bila v šestdesetih letih kognitivna terapija usmerjena predvsem v obravnavo depresije in anksioznih motenj, lahko danes opazujemo širitev na mnoga druga področja klinične prakse.

A. P. Meško (2004, str. 23) po 34. kongresu Evropskega združenja za vedenjske in kognitivne terapije, ki je potekal septembra 2004 v Manchesteru, ugotavlja, da je kongres s prispevki pokrival skoraj celotno področje kliničnih slik duševnih motenj: anksioznih motenj, depresij, osebnostnih motenj, psihoze, somatoformnih motenj, motenj hranjenja ter vedenjskih in čustvenih motenj v otroštvu in adolescenci. Tako poročilo s kongresa kot pregled aktualne literature kažeta še na posebno aktualno zanimanje kognitivno-vedenjskih terapevtov za obravnavo osebnostnih motenj in psihoz.

Hkrati s tem lahko opazujemo razvoj kognitivne terapije v različne oblike integracij. Zdaleč najbolj prodorna in prepoznavna je kognitivno-vedenjska terapija.

Mnogi avtorji poskušajo tudi z drugačnimi integracijami. Ryle (Ryle, 1990, po Chess Denman, 2001) skuša povezati kognitivno terapijo, kognitivno psihologijo in psihodinamično psihoterapijo – govori o kognitivno-analitični psihoterapiji. Fodor (1987) in Edwards (1989) skušata povezati določene principe gestalt terapije in kognitivne terapije. Terapijo skušata narediti bolj fleksibilno in učinkovito.

Prav tako lahko v praksi opazujemo različne, v osnovi psihoterapevtsko drugače usmerjene in educirane avtorje, kako pri svojem delu uporabljajo različne kognitivno-vedenjske pristope. Na primer pri delu z otroki, športniki, brezposelnimi ...

Na že omenjenem kongresu vedenjsko-kognitivne terapije opredeljujejo razvoj vedenjsko-kognitivne psihoterapije v treh korakih:

1. Razvoj vedenjsko-kognitivne terapije ima korenine v teorijah učenja in klasičnih vedenjskih principih ter njihovi uporabi v klinični praksi.
2. V naslednjem valu razvoja je značilna integracija vedenjske terapije s kognitivnimi terapevtskimi orientacijami.
3. Za tretji val razvoja je značilna postopna integracija vedenjsko-kognitivnih terapij in upoštevanje tradicionalnih psihoterapevtskih pristopov.

V prispevku bom govoril le o kognitivni paradigmi, ki posega nekako v obdobje pred drugim korakom in obdobje sinteze kognitivne ter vedenjske psihoterapije.

RAZVOJ KOGNITIVNE PSIHOTERAPIJE

Ivanka Živčić-Bećirević (2003) meni, da se je kognitivna terapija razvila delno pod vplivom nezadovoljstva tako z vedenjskim pristopom (S-R shema) kot psihodinamičnim pristopom, hkrati pa pod vplivom razvoja kognitivne psihologije ter raziskovalnega dela na področju učinkovitosti kognitivne psihoterapije.

Rachman (1997, str.13) v razmišljanju o razvoju kognitivno-vedenjske psihoterapije opaža, da vedenjska psihoterapija ni bila dovolj učinkovita na področju depresivnih motenj. Tako se je pokazal znotraj vedenjske terapije precejšen interes za dela A. T. Becka in A. Ellisa, ki ju danes štejemo za pionirja kognitivne terapije.

Razvoj kognitivne psihoterapije: Aaron BECK

Aaron T. Beck je rojen leta 1921, diplomiral je na univerzi Brown, študij medicine pa končal na univerzi Yale leta 1946. Svoje delo je pričel na področju nevrologije in psihiatrije. Leta 1953 je zaključil izobraževanje na American Board of Psychiatry and Neurology, leta 1956 pa izobraževanje iz psihoanalize pri Psihoanalitičnem inštitutu v Filadelfiji. Postal je profesor na oddelku za psihiatrijo univerze v Pensilvaniji. Objavil je več kot 450 strokovnih prispevkov in 15 knjig s področja kognitivne psihoterapije in emocionalnih motenj.

Danes je Beck predsednik Beckovega inštituta za kognitivno terapijo in raziskovanje ter častni profesor univerze v Pensilvaniji.

Beckova kognitivna terapija se je v veliki meri razvila na podlagi kliničnega izkustva. Hkrati pa je pod vplivom kognitivne in socialne psihologije in drugih psihoterapevtskih pristopov ter kognitivne znanosti.

A. John Rush in Aaron T. Beck (2000) menita, da so fenomenološki pogledi na psihologijo, psihoanalizo in kognitivno psihologijo vplivali na razvoj kognitivne psihoterapije.

Že grški stoiki so poudarjali, kako pomembno determinira naše vedenje subjektivno-individualno videnje sebe in sveta. Mnogi avtorji v razmišljanju o začetkih kognitivne terapije domiselno citirajo Epikreta (1. stol. pr. n. št): »Ljudi ne motijo stvari, ampak predstave, ki jih imajo o teh stvareh.« (A. Ellis po Krizmanič, 1985, J. Resman, 2004, D. Resman, 2004, Bush, 2005). Prav tako poudarjajo pomen subjektivne izkušnje sveta različni filozofi, kot so Immanuel Kant, Martin Heidegger in Edmund Husserl.

Sue Marshall (1996, str. 33) meni, da so imeli pomemben teoretični vpliv na razvoj kognitivne terapije Kelly (1955) s teorijo osebnih konstruktov, Tolman (1932) z mediacijskim modelom vedenja, Bandura (1977) s teorijo socialnega vedenja in Rotter (1975) s teorijo »jačanja vrednosti«.

A. Beck poudarja vpliv psihologov, kot so Alfred Adler, Otto Rank in Karen Horney. Adler, npr. poudarja tako pomen razumevanja pacientovega intrapsihičnega sveta v okviru njegove izkušnje kot pomen zavedanja pacientovega doživetja – razumevanja njegove izkušnje. Govori o kognitivni naravi posameznika in pomenu njegovih prepričanj. Prav tako se je Adler posvečal razvoju prepričanj ter hkrati razvijal določene strategije spreminjanja le-teh. Tako Beck kot Adler sta zagovornika aktivnega terapevtskega pristopa v specifičnem in neposrednem dialogu s pacientom, kot je npr. sokratski dialog.

Kelly (1905–1966) je avtor teorije osebnih konstruktov. Njegovo pojmovanje je kognitivistično. »Človek gleda svet skozi prosojne obraze ali kalupe, ki jih sam ustvarja, potem pa jih prilagaja realitetam, ki sestavljajo svet.« (Kelly, 1955, po Musek, 1988) Obstaja podobnost med Kellyjevimi osebnostnimi konstrukti in Beckovim razumevanjem kognitivnih shem. V obeh lahko prepoznamo, kako posameznik ustvarja sistem prepričanj.

A. John Rush in Aaron T. Beck (2000) poudarjata tudi pomen na klienta orientirane terapije Carla Rogersa, iz katerega Beckova kognitivna terapija delno črpa način postavljanja vprašanja in odnosa sprejemanja pacienta.

Omeniti velja še vpliv kognitivne psihologije in dela Piageta. Roneen (1997) skuša povezati terapevtske tehnike kognitivne terapije z individualnimi fazami kognitivnega razvoja.

In ne nazadnje je na Becka pomembno vplivalo tudi delo Alberta Ellisa. Med njunima pristopoma obstajajo pomembne podobnosti, pa tudi razlike.

Albert ELLIS

Prvotno se je zanimal za književnost in se je šele z 29 leti vpisal na psihologijo ter pridobil izobrazbo kliničnega psihologa. Po doktoratu se je usmeril v psihoanalitično psihoterapijo ter odprl privatno prakso, delal pa je tudi v bolnišnici in na univerzi. Njegov pristop je postajal bolj direktiven. Tako je postopoma razvil svoj pristop, imenovan racionalno-emocionalna terapija. Nov način terapevtskega dela je pričel uporabljati leta 1955, prvič pa ga je predstavil leto dni kasneje na srečanju združenja ameriških psihologov. Objavil je več kot 30 knjig in 300 člankov o svojem delu (M. Krizmanič, 1985).

Sam Ellis pravi, da so na njegovo delo vplivali tudi filozof, kot so Mark Aurelij, Spinoza in Bertrand Russell.

Racionalno-emocionalna terapija

Ellis postavlja tri hipoteze:

- mišljenje in čustva so tesno povezana,
- povezanost je vzajemna – delovanje krožno – kar človek misli, pogosto postane tudi to, kar občuti, in to, kar občuti, postaja njegovo mišljenje,
- pomemben je notranji govor – misli in čustva imajo tendenco oblikovanja v pogovoru s samim seboj.

Ellis meni, da notranji govor pomembno vpliva na čustvovanje. Tako je lahko mišljenje, ki je povezano s čustvi, funkcionalno ali pa ne. V skladu s tem je tako tudi naše vedenje. Ljudje imamo po njegovem mnenju vrojene, pa tudi pridobljene tendence, da smo racionalni ali pa ne. Še posebej občutljiva so zgodnja razvojna obdobja, zaradi razvoja otrokovega mišljenja, iracionalnosti staršev ali vpliva širše okolice.

Za Ellisa je najpomembnejši izvor emocionalnih težav v tem, da posameznik ni zmožen sprejeti realnosti.

Čustvene težave povezuje z osnovnimi iracionalnimi prepričanji:

- Uspeti moram in doseči odobravanje za vse, kar počnem, ali pa sem neuspešen.
- Okolica se mora do mene obnašati pravično, obzirno in ljubeznivo sicer pa je hudobna in slaba.
- Pogoji, v katerih živim, morajo biti dobri in takšni tudi ostati. Tako bom dobil, kar želim brez težav in naporov, sicer bo svet zame odvraten, življenje pa nevzdržno.

V letih od 1962 do 1973 je izoblikoval seznam dvanajstih neracionalnih prepričanj. Podrobno so opisani v osnovnih učbenikih racionalno-emocionalne terapije.

Eden izmed pomembnejših prispevkov njegove teorije je ABC shema. Pri tem razume pod A – aktivirajoči dogodek; B – prepričanje, zamisel ali samo-verbalizacijo osebe o A, C pa je posledica ali reakcija osebe. Kot napačno vidi predpostavko, da C izhaja neposredno iz A, ne pa preko B.

V kasnejšem obdobju vnese Ellis v svoje delo še vedenjsko komponento in tako razvije racionalno-emocionalno-behavioralno terapijo, ki zajema niz kognitivnih, vedenjskih in emocionalnih tehnik.

Za razliko od Ellisa, ki uporablja precej direktivne in konfrontirajoče tehnike, pa uporablja Aarom Beck bolj »mehek« pristop, subtilne tehnike, z odprtimi vprašanji in sokratskim dialogom usmerja pacienta k uvidu (Živčič-Bečirević, 2003).

Poskusi sistematizacije

Danes se je razvilo veliko različnih oblik psihoterapij, ki se imenujejo kognitivne ali vedenjsko-kognitivne. Različnih usmeritev je gotovo več kot 20 (Živčič-Bečirević, 2003, str. 268). Ob tem prihaja do različnih poskusov sistematizacije, kar pa je zahtevna naloga.

Že nekoliko zastarel poskus je iz leta 1978, ko je Arnkoff skušal opredeliti tri osnovne smeri kognitivne psihoterapije v tistem obdobju: (po Živčič – Bečirević, 2003)

1. Psihoterapija, zasnovana na **kognitivni restrukturaciji** – Ellis, Beck. Pristop se navadno uporablja, ko sta v ospredju pacientova napačna percepcija in prepričanje.
2. Za razliko od tega se **terapija spoprijemanja in »problem solving psihoterapija«** uporablja pri reševanju realnih problemov in stresnih situacij, ki jim je izpostavljen posameznik. Značilne so različne terapije, ki so usmerjene v stresne situacije, kot je terapija »Cepljenje proti stresu« (Meichenbaum, 1977).
1. S pomočjo **»problem solving« terapije** – D 'Zurilla in Goldffried (1971) učimo posameznika obvladovanja posameznih korakov v reševanju specifičnih življenjskih situacij. Smiselnost pristopa ni le naučiti se rešiti specifičen problem, temveč predvsem naučiti se načina reševanja problemov, ki ga je pacient sposoben uporabiti tudi v drugih situacijah.

V uvodnem prikazu razvoja kognitivne terapije sem omenil predvsem dva pionirja dela na področju kognitivne terapije, Becka in Ellisa. Razvojno in aktualno v okviru te psihoterapevtske modalitete deluje množica pomembnih avtorjev, kot so Adrian Wells, Paul M. Salkovskis, Michael Machoney, Donald Meichenbaum, Artur Freeman, Jeffrey Yung, Jan Scott, David Clark in mnogi drugi. Kognitivna terapija se je od »debla« razširila v mnoge veje, tako je osnovni koncept vedno bolj bogat, a tudi manj pregleden.

OSNOVNA NAČELA KOGNITIVNE TERAPIJE

V delu The Integrative Power of Cognitive Therapy A. T. Beck in B. A. Alford (1997) povzemata osnovna načela kognitivne teorije v naslednjih točkah:

- Psihološko delovanje in prilagajanje je tesno povezano z ustvarjanjem pomenskih – kognitivnih struktur (meaning – making structures), ki jih imenujemo sheme. »Pomen« odseva osebno interpretacijo in odnos posameznika do selfa v danem kontekst.
- Funkcija »usmerjanja pomena« je v kontroli različnih psiholoških sistemov, kot so vedenje, čustvovanje, pozornost, spomin. Na ta način se aktivirajo strategije adaptacije.
- Povezanost med kognitivnim sistemom in ostalimi sistemi je vzajemna.
- Sam pomen s svojimi kategorijami vpliva na vzorce čustev, pozornosti, spomina in vedenja. (cognitive content specificity).
- Pomen bolj ustvarja oseba kot pa obstoj realnosti. V povezavi s podanim kontekstom in ciljem je ta pravilen ali pa ne. Kognitivne distorzije so nefunkcionalne ali maladaptivne. Pri tem lahko vključujejo kognitivne vsebinske napake (pomen) ali napake v kognitivnem procesiranju (oblikovanje pomena) ali pa kombinacijo obojega.
- Posameznik poseduje predispozicijo za specifične kognitivne zmote (kognitivne distorzije). To imenujemo kognitivna vulnerabilnost. Kognitivna vulnerabilnost povzroča nagnjenost k specifičnim sindromom. Kognitivna specifičnost in vulnerabilnost sta medsebojno povezani.
- Maladaptivno prepričanje o sebi, okolju (izkušnje) in prihodnosti (cilji) imenujemo kognitivna triada. Klinični sindromi imajo karakteristične maladaptivne pomene, povezane s kognitivno triado.
- Govorimo o dveh ravneh pomena:
 1. javnem (objektivnem) pomenu, ki pomembno vpliva na posameznika,
 2. osebnem oz. privatnem pomenu. Osebni pomen se razlikuje od javnega in vključuje samoumevno, pomembno ali posplošeno posameznikovo izkušnjo dogodkov.
- Govorimo o treh ravneh kognicij:
 1. nivoju avtomatskih misli, ki so nenamerne,
 2. zavestnem nivoju in
 3. nivoju metakognicij.
- Sheme se razvijajo, da bi olajšale adaptacijo posameznika v okolju. V tem smislu psihološko stanje samo po sebi ni adaptivno oz. maladaptivno, temveč ga pojmujeemo zmeraj v širšem kontekstu socialnega in fizičnega okolja, v katerem je posameznik.

Če uporabimo kot temelj kognitivne psihoterapije Beckov pristop, lahko zajamemo osnovne principe pristopa, kot jih opredeli Judith S. Beck (1995) v uvodu klasičnega dela Cognitive Therapy – Basics and Beyond:

Neprestana konceptualizacija v kognitivnih terminih

Kognitivna konceptualizacija individualnega primera je bistvena za kognitivno terapijo. (L. D. Needleman, 2003). Le-ta usmerja proces razvoja in razumevanja pacienta in njegovih težav ter omogoča učinkovito vodenje terapije.

Na podlagi pridobljenih informacij, običajno s strukturiranim kognitivno vedenjskim intervjujem, različnimi ocenjevalnimi lestvicami in drugimi psihodiagnostičnimi sredstvi, izoblikuje terapevt začetno konceptualizacijo v skladu s kognitivnim modelom. Terapija teče ob neprestanem

oblikovanju – konceptualizaciji pacientovih težav, avtomatskih misli, čustev, vedenja, telesnih reakcij, prehodnih prepričanj, bazičnih prepričanj ... , ki jih skušamo sistematično integrirati v kognitivni koncept. Pacient se postopno uči kognitivne terminologije. Konceptualizacijo prilagajamo in spreminjamo glede na terapevtski proces, novopridobljene informacije, pacientov odziv na terapevtske intervencije. Glede na potek terapije jo predstavljamo, interpretiramo, razlagamo, soustvarjamo in preverjamo s pacientom.

Čvrst terapevtski odnos

Kot pri drugih terapevtskih usmeritvah je tudi v kognitivni terapiji izjemnega pomena odnos pacient – terapevt; le ob kvalitetnem terapevtskem odnosu je mogoč napredek terapije.

Ko Beck in drugi kognitivni avtorji (Beck & Emery, 1985 po Andrej Stevens, 1996 ali A. J. Rush & A. Beck, 2004) opisujejo pomen terapevtskega odnosa, pogosto omenjajo nedirektivno terapijo Rogersa. Poudarja pomen topline, empatije in sprejemanja brez obsojanja. Kognitivna terapija izraziteje poudarja pomen sodelujočega odnosa in soodgovornosti. Prav tako je v primerjavi z analitično in nedirektivno usmerjenimi psihoterapijami kognitivna psihoterapija bolj aktivna pri opredeljevanju problemov, usmerjanju k pomembnim temam, predlogih za uporabo kognitivnih ali vedenjskih tehnik, načrtovanju nalog in evalvaciji terapije.

V kognitivni terapiji skušamo doseči primeren terapevtski odnos s pazljivim poslušanjem, empatičnimi opombami, pristnim terapevtovim zanimanjem, občasnim povzemanjem misli in občutij, realnim optimizmom. Ob zaključku srečanja pogosto prosimo pacienta za povratne informacije, s čimer preverimo, ali se pacient počuti razumljeno, kakšen je njegov odnos do terapije in kakšno razumevanje informacij (J. Beck, 1995).

Pri pacientih, ki imajo manj težav v vzpostavljanju delovne alianse, je primeren klasičen časovno omejen, strukturiran način kognitivno-vedenjske terapije. Pacienti, ki pa imajo resne težave pri vzpostavljanju delovne alianse (npr. borderline osebnostne motnje), pa zahtevajo daljšo in prilagojeno psihoterapijo. Beck (Beck, 1990, Young, 1990 po J. Beck, 1995) poudarja, da te skupine pacientov zahtevajo veliko več napora pri izgradnji terapevtskega odnosa, ki omogoča primerno sodelovanje.

Kognitivna psihoterapija vključuje sodelovanje in aktivno pacientovo participacijo

Beckov (1976) pogled na odnos pacienta: terapevt izrazito poudarja sodelovanje. Terapevt prinaša strokovno znanje o kognicijah, vedenju in čustvih, usmerja pacienta k cilju terapij in prinaša različna možna sredstva za doseganje ciljev. Njegova prednost je tudi v relativni čustveni distanci do problema. Terapevt vzpodbuja pacienta k aktivnemu sodelovanju, k skupnem delu. Pacient prinaša gradivo (kognicije, čustva, vedenje), aktivno sodeluje pri določanju ciljev in je soodgovoren za spremembe. Gre za proces soodločanja o vsebinah srečanja, terapevtskih nalogah, prepoznavanju miselnih distorzij ... Terapevtski proces v kognitivni terapiji nekoliko spominja na znanstveno raziskovanje, kjer oba, pacient in terapevt, testirata nove domneve. Pri tem uporabljamo način dela, ki ga imenujemo »vodeno raziskovanje« (guided discovery). V začetni fazi terapije je bolj aktiven terapevt, kasneje vedno bolj pacient.

Ciljna usmerjenost in osredotočenost na problem

Ciljna usmerjenost kognitivne terapije je ena izmed pomembnih značilnosti tega pristopa. Tudi večina drugih psihoterapevtskih modalitet na bolj ali manj jasn način oblikuje cilje terapije. Kognitivni terapevti so morda pri tem še posebej natančni, jasni, konkretni. O ciljih se dogovarjamo s pacientom; hkrati uporabljamo različna sredstva, s katerimi merimo stopnjo doseganja ciljev.

Pacienta povabimo, da opredeli probleme ter specifične cilje terapije. Terapija je usmerjena k pacientovim ciljem, ki so lahko kratkoročni ali dolgoročni. Pri tem je potrebno biti pozoren na to, da je cilj realen. O izbiri ciljev in načrtu terapije bo več zapisanega v naslednjih poglavjih zbornika.

Začetna usmerjenost v sedanost

Kognitivna terapija je v začetni fazi praviloma usmerjena v reševanje aktualnih težav in specifičnih problemov.

Judith Beck (1995) pa navaja tri primere, kjer je terapevtova pozornost usmerjena v preteklost:

- kadar pacient izrazi željo po tem,
- kadar delo na aktualnih problemih ne pripelje do kognitivne, vedenjske in emocionalne spremembe,
- kadar terapevt presodi, da je pomembno spoznati, kako in kdaj so se pomembne disfunkcionalne misli pojavile in kako te misli danes vplivajo na pacienta.

Kadar so v ospredju osebnostne motnje, posvetimo več pozornosti razvoju, zgodovini in izvoru prepričanj in posledičnega vedenja.

Edukativna usmerjenost

Kognitivna terapija je edukativna. Njen cilj je naučiti pacienta, da bo usvojil določena znanja, s katerimi si bo lahko pomagal tudi po zaključku terapije. Tako bo bolje opremljen za »samoterapijo« in zmanjšal možnosti ponovitve motnje ali pa se bo sam lažje spoprijel z motnjo. V uvodnih srečanjih poučimo pacienta o naravi in poteku motnje, o procesu kognitivne terapije in o kognitivnem modelu. Med celotno terapijo ohranjamo edukativno vlogo. Pri tem uporabljamo: psiho-edukacijo, dajanje povratnih informacij, npr. pacient posluša avdio kaseto srečanja, v primernem delu terapevtskega procesa pa priporočamo tudi različno literaturo.

Kognitivna terapija naj bo čim krajša

Navadno traja kognitivna terapija enostavnih motenj (depresivne reakcije, panični napadi, socialne fobije) brez pridruženih motenj 12–20 seans (Živčič, 2003, str. 270). Terapevtska srečanja so običajno tedenska, razen pri specifičnih motnjah, npr. hudi depresiji, nevarnosti samomora ..., kjer se odločimo za pogostejša srečanja. Kasneje se s pacientom srečujemo na dva tedna, da bi se pacient postopno osamosvojil. Nato organiziramo še eno ali dve »booster srečanja«, da bi spremljali in utrdili pridobljene veščine. Pogosto se dogovorimo še za dodatno srečanje čez pol leta ali leto po zaključku terapije.

Pri mnogih pacientih z rigidnimi disfunkcionalnimi prepričanji in vzorci vedenja, kronificiranimi občutki neugodja, terapija seveda ne poteka tako hitro in gladko. Pri teh pacientih traja terapija tudi dve leti in več. Dolgotrajne terapije so običajne pri različnih oblikah osebnostnih motenj.

Strukturirane terapevtske seanse

Seanse v kognitivni terapiji so strukturirane. Ne glede na diagnozo oz. stopnjo terapije se skušamo držati ustaljene strukture.

Običajno ob pričetku seanse pacienta povprašamo o počutju, prosimo ga, da na kratko opiše pretekli teden, določimo dnevni red seanse, vprašamo o povratni informaciji o pretekli seansi, skupaj pregledamo terapevtsko nalogo. Nato se usmerimo v glavno temo aktualne seanse, zastavimo novo terapevtsko nalogo, opravimo rekapitulacijo in pridobimo povratno informacijo. Vsak terapevt si seveda individualno nekoliko prilagodi strukturo, osnovni okvir pa v kognitivnem pristopu ostaja enak. Struktura omogoča večjo preglednost procesa, večjo razumljivost procesa, omogoča usmerjenost na bistvo terapije, optimalizira izrabo časa, omogoča konstantnost.

Kognitivni terapevt uči pacienta identifikacije, razlage in odgovora na disfunkcionalne misli in prepričanja

To je ena izmed posebnosti in značilnosti kognitivne terapije, kar bomo natančno opredelili v naslednjih prispevkih.

Terapevt usmeri pacienta na problem in mu pomaga prepoznati nefunkcionalne misli. Pacient evalvira pomembnost misli, razmisli o možnosti sprememb in načrtovanju akcije.

Uporaba številnih, različnih tehnik

Kognitivna psihoterapija uporablja veliko različnih tehnik za spremembo misli, razpoloženj in vedenja. Morda je ta resnično široka paleta tehnik in kombinacij tehnik ena izmed posebnosti pristopa, vsekakor pa značilnost.

Kljub številnim tehnikam, ki so nastale znotraj kognitivne terapije, kot je sokratsko spraševanje, tehnika kontinuuma, tehnika sestopa in mnoge druge, pa danes kognitivni terapevti praviloma uporabljajo kombinacijo kognitivnih, vedenjskih in doživljajskih tehnik.

OSNOVNI KONCEPTI IN POJMI KOGNITIVNE TERAPIJE

Kognitivna terapija poudarja pomen povezanosti mišljenja s posameznikovo osebnostjo. Tako za kognitivnega terapevta ni situacija tista, ki je bistvena za naše počutje in vedenje, temveč naše razumevanje situacije – zaznava in interpretacija dogodkov. Razumevanje in interpretacija dogodkov sta odvisna od naših kognitivnih shem. Toda kognitivnih procesov ne vidimo kot vzrok psihičnih motenj, temveč kot pomembno komponento nastajanja in vzdrževanja motnje. Beck (Clark & Beck, 1999) meni, da je vzrok psihičnih motenj v kombinaciji faktorjev okolja, bioloških faktorjev in socialnih dejavnikov. Le-ti so v interakciji in različnih variantah. Za motnjo ni le enega preprostega vzroka.

Dobson (1988, po Živčič-Bečirević, 2003) povzema tri predpostavke kognitivnega pristopa:

- kognitivne aktivnosti vplivajo na vedenje,
- kognitivne aktivnosti lahko spremljamo in spremenimo,
- spremembe v vedenju se lahko doseže s spremembo v kognicijah – s spremembo nefunkcionalnega mišljenja, učenjem novih stališč in prepričanj.

Avtomatske misli

Eden osnovnih pojmov kognitivne terapije je pojem avtomatske misli. Kaj je avtomatska misel? Avtomatska misel je miselni tok, ki teče ob manifestnem miselnem dogajanju ter se pojavi običajno spontano.

Primer 1.: Avtomatska misel

Pacient je bil prisoten, ko so ustrelili očeta – (Postravmatska stresna motnja). V vseh situacijah, ki spominjajo na dogodek (prostor, ljudje...), se je aktivirala avtomatska misel: »Lahko bi preprečil. Kriv sem.« Pojavila se je žalost (čustvo), iz situacij se je umaknil, kljub temu da realno niso bile ogrožujoče (vedenje). Pojavile so se tudi fiziološke reakcije: hitro bitje srca, potenje, tresenje rok, občutek mraza.

Te misli privrejo na dan avtomatično, pogosto so nagle in kratke. Lahko se pojavijo v obliki slike ali kratkega sporočila. Pogosto jih sprejmemo kot resnico brez razmisleka ali ovrednotenja. Avtomatske misli niso značilne le za ljudi s psihičnimi težavami, temveč za vse nas. Pretežno jih avtomatično ne uvidimo, toda z malo vaje lahko postanejo dostopne. Običajno se zavedamo čustva in ne misli, ki čustvo spremljajo.

Primer 2: Avtomatske misli depresivne pacientke

Značilna avtomatska misel depresivne pacientke: »Ničesar ne zmorem. Nič nisem vredna. Nikoli ne bo bolje.« Čustvo: Žalost. Vedenje: Umik iz socialne okolice.

V kognitivni terapiji učimo paciente prepoznavati te misli, kritičnega odnosa do njih in, v kolikor zmorejo, modifikacije negativnih avtomatskih misli, kar pogosto pripelje do izboljšanja čustvenega doživljanja.

V začetnem procesu terapevt in pacient skupaj prepoznavata negativne avtomatske misli v terapiji. Nato predlagamo pacientu, da negativne avtomatske misli sam prepozna v vsakdanjem življenju. Pacienta učimo treh korakov: prepoznavanja – evaluacije – ocene realnosti.

Tony Machin in Peter Creed (1999) povzemata naslednje značilnosti avtomatskih misli:

- So avtomatične.
- So specifična, diskretna sporočila.
- Pogosto se pojavijo v stenografski obliki.
- Ne glede, kako iracionalne so, jim običajno verjamemo.
- So spontane.
- Pogosto so oblikovane v obliki terminov: naj bi, moral bi, morati.
- So katastrofične.
- Težko jih je izključiti.
- Avtomatske misli so naučene.

Velja poudariti, da so te misli pogosto tudi v obliki slik in kratkih vtisov (images).

Težava avtomatskih misli je v tem, da so pogosto disfunkcionalne ali distorzijske. O distorzijskih avtomatskih mislih govorimo, ko le-te že v osnovi niso realne. Misel »Ničesar ne zmorem« ni realna, medtem ko bi bila misel študenta »Izpita ne bom naredil« disfunkcionalna, saj je v realnosti mogoča. Kljub temu lahko pacienta ponavljanje te misli izrazito ovira, zvišuje anksioznost in zmanjšuje učinkovitost.

Značilne miselne napake (A. Beck, J. Beck, 1995):

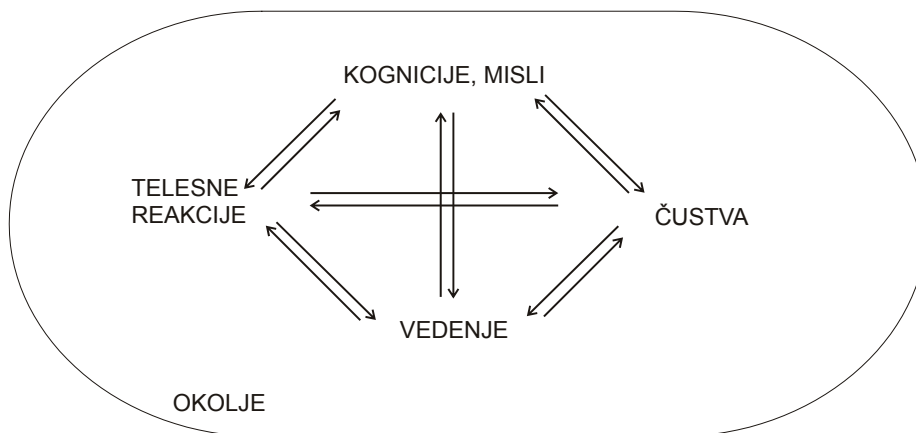
- vse ali nič mišljenje
- katastrofizacija
- diskvalifikacija ali izključitev pozitivnega
- emocionalno presojanje
- etiketiranje
- povečevanje/minimaliziranje
- mentalni filter
- branje misli
- posploševanje
- personalizacija
- formuliranje stavkov z "moral bi"
- enostransko gledanje

Idejo miselnih napak je povzel indijski mislec in pesnik Tagore, že precej pred nastankom sodobne kognitivne terapije, v misli »Mi beremo svet narobe in pravimo, da nas vara.«

Misel – čustvo – vedenje – telesna reakcija

Avtomske misli posameznika, ki se jih pogosto ne zaveda, lahko pomembno vplivajo na razvoj posameznikove osebnosti. Avtomatske misli so v skladu s posameznikovimi individualnimi prepričanji in osnovnimi – bazičnimi prepričanji. Tako mišljenje pomembno vpliva na to, kako se posameznik vede in odloča v življenju.

Tako je ena izmed pomembnejših konceptov kognitivne terapije povezanost naših misli in predstav s čustvovanjem, vedenjem in fiziološkimi telesnimi reakcijami. Ta proces se dogaja v kontekstu nekega okolja, ki dodatno, specifično vpliva na posameznika.



Slika 1: Pet aspektov človeške izkušnje (Center for Cognitive Therapy, Newport Beach, CA, USA, 1986)

Primer 3: Različnost kognitivne percepcije v podobnih situacijah

- *Pacientka, stara 38 let, je izgubila zaposlitev zaradi stečaja podjetja. Njena avtomatska misel je bila: »Nič več nisem vredna«, čustvena reakcija ob tem je bila žalost. Izolira se in umika socialni okolici. Poroča, da se telesno počuti »mlahavo«, brez energije ...*
- *Ob enaki situaciji izgubi zaposlitev pacient, star 44 let, ki meni, da je življenje posvetil podjetju, reagira z avtomatsko mislijo »To je krivica!«. Čustvena reakcija na to je jeza. Tudi ta pacient se umika socialnim stikom, popiva, hkrati pa toži podjetje. Poroča o neprestani tesnobi in napetosti v telesu.*

Iz primerov je razvidno, da posamezniki v podobnih situacijah reagiramo z različnimi avtomatskimi mislimi, ki vplivajo na različna čustvovanja, vedenja in telesne reakcije.

Pri tem je treba upoštevati vzajemen odnos med kognicijo in čustvom. Določena interpretacija ali misel vpliva na čustveno stanje, prav tako pa čustvo samo po sebi povečuje verjetnost prepričanja v prav to kognicijo (Teasdale, 1983, Ingram, 1984, po Teasdale, 1997).

Na področju klinične prakse so se različni kognitivni avtorji ukvarjali s povezavo psihičnih motenj in kognitivnih vsebin.

Preglednica 1: Kognitivne vsebine, značilne za specifična čustva in psihične motnje (Beck, 1971, po Szentmartoni, 1995)

Psihična motnja	Ocena dražljaj	Čustvo
Depresija	Izguba	Depresija – žalost
Manija	Dobitek	Euforija
Paranoidna stanja	Krivica, prizadetost	Jeza
Anksiozne motnje	Ogroženosti, nevarnosti	Strah, tesnoba

Pogosto opazamo povezanost določenih kognitivnih vsebin in čustev. Tako je lahko čustvo žalosti povezano s percepcijo izgube. To je lahko realna izguba, na primer ljubljene osebe, prav tako pa je lahko v ospredju izguba občutka vrednosti, dela identitete in podobno. Neupravičen napad in precepcijo krivice pogosto povezujemo z jezo, s strahom, z doživljanjem ogroženosti in anksioznostjo.

Beck kasneje model razširi in v Kaplanu in Sadock's (1996) objavita z Rushem naslednjo klasifikacijo:

Preglednica 2: Kognitivni profil psihiatričnih motenj (A. T. Beck in A. J. Rush, 1996):

Motnja	Značilne kognitivne vsebine
Depresivne motnje	Negativno videnje sebe, izkušnje in prihodnosti
Hipomanija - manija	Pretirano, napihnjeno videnje sebe, izkušenj in prihodnosti
Suicidalno vedenje	Brezup in razvrednotenje »self – koncepta«
Generalizirana anksioznost	Strah pred fizično ali psihično nevarnostjo
Fobije	Strah pred nevarnostjo v specifičnih situacijah, ki se jih izogibamo
Panične motnje	Strah neposredne fizične ali mentalne katastrofe
Paranoična stanja	Zaznavanje drugih kot pristranskih, manipulativnih in nepoštenih
Konverzivne motnje	Koncept motorične ali senzorične nepravilnosti
Obsesivno kompulzivne motnje	Neprestana okupiranost z varnostjo, ponavljajoča dejanja, ki nas ščitijo pred grožnjo
Anoreksija in bulimija	Strah pred debelostjo in neatraktivnostjo
Hipohondriaza	Zaskrbljenost zaradi resnega obolenja

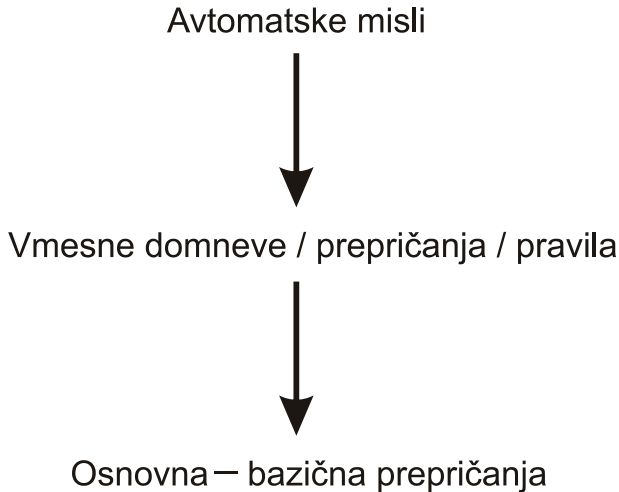
Pomen kognitivnih shem

Če bi si simbolično predstavljali, da stojimo ob jezeru in opazujemo »kognitivno« dogajanje v njem, potem bi lahko tik pod površino prepoznali naše avtomatske misli. Z nekaj truda in vaje jih lahko opazujemo. Nekoliko globje se skrivajo vmesna prepričanja – pogojna prepričanja. V globini »počivajo« osnovna – bazična prepričanja. Do njih pridemo le s težavo in naporom. Morda se bodo na tem mestu srečali kognitivna terapija in nekatere globinske oblike psihoterapije.

Bazična prepričanja so najbolj osnoven nivo prepričanj, so globalna, rigidna in generalizirana. Običajno se oblikujejo že v zgodnjem razvojnem obdobju, ko otrok stopa v interakcije z drugimi. Ob ugodnem razvoju razvijemo pozitivna bazična prepričanja, pogosto pa razvijemo negativna bazična prepričanja. Beck loči dve široki kategoriji bazičnih prepričanj: prepričanja, povezana z nemočjo in prepričanja, povezana z neljubljenostjo.

Bazična prepričanja vplivajo na razvoj vmesnih prepričanj. Vmesna prepričanja so sestavljena iz stališč, pravil in domnev. So nekoliko bolj prilagodljiva kot bazična prepričanja, čeprav jih je težko spreminjati. Pogosto so v obliki »Če ...«

Najlažje so nam dostopne avtomatske misli, ki se oblikujejo glede na vmesna prepričanja in bazična prepričanja.

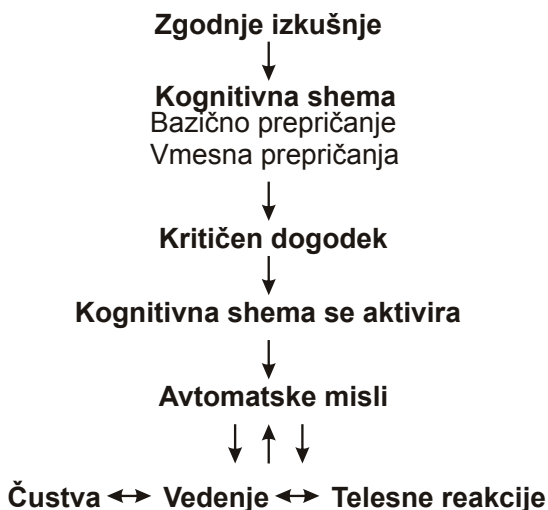


Slika 2: Avtomatske misli, vmesna prepričanja in bazična prepričanja so med seboj tesno povezani.

Razvojni vidik kognitivnega modela

Kognitivna terapija predpostavlja, da se prično posameznikova prepričanja oblikovati v zgodnjem otroštvu ter se razvijajo vse življenje. V zgodnjem otroštvu se razvijajo osnovne – bazične predpostavke o nas in svetu okoli nas. Kadar poteka razvoj ugodno, si izoblikujemo prepričanja v smislu »Sem ljubljen« in »Sem kompetenten«, ki vodijo k pozitivnemu videnju sebe in sveta. V manj ugodnih razmerah oz. pri šibko strukturiranih posameznikih se lahko razvijajo prepričanja, kot so »Sem neadekvaten« in »Sem neljubljen.«

Ob kritičnih dogodkih – v obdobju psihičnih kriz se aktivirajo naše kognitivne sheme, ki sprožijo negativne avtomatske misli. Tako se aktivira povezava misel – čustvo – vedenje – telesna reakcija.



Slika 3: Prikaz klasičnega kognitivnega modela, ki ga je v osnovi razvil A. Beck, 1979; predstavljena shema je povzeta po B. S. Liese, 1994 («Brief Therapy, Crisis Intervention and the Cognitive Therapy of Substance Abuse»)

Osebe z osebnostnimi motnjami lahko razvijejo neprestano aktiviranost bazičnih prepričanj. Pri osebah s temi motnjami je izjemno težavna sprememba kognitivnih shem. Terapevt mora skrbno presoditi, kdaj bo odprl temo bazičnih prepričanj glede na potek terapevtskega procesa in delovno alianso.

Primer 4:

Pacientka, ki je bila izredno aktivna, uspešna v privatnem in poklicnem življenju, po prometni nesreči (kritičen dogodek) tega več ne zmore. Leto po nesreči jo napoti v obravnavo psihiater z napotno diagnozo mešana anksiozno-depresivna motnja, reakcija na stres in prilagoditvena motnja.

Poroča o naslednjih avtomatskih mislih: »Nisem sposobna. Kaj bodo drugi mislili? Nisem vredna. Zgodila se mi je krivica.« Avtomatske misli poveže s čustvi: napetost – anksioznost, žalost (občutek izgube), občasno jeza (krivica). V vedenju se kaže socialna izolacija in občasna impulzivnost. Poroča o pogostih glavobolih in bolečinah (fiziološka reakcija). Pacientka je aktivirala vmesna prepričanja: »Če nisem uspešna, nisem nič vredna« in bazično prepričanje: »Nisem vredna«.

Young (1999, po Žvelc, 2004) 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. Razvijejo 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, temveč iz pogostejših vsakdanjih travmatskih dogodkov, ki kumulativno ojačajo shemo. Young (1999, po Žvelc, 2004) ugotavlja, da do razvoja maladaptivnih shem pride, če starši določenih primarnih razvojnih potreb otroka niso zadovoljili.

ZAKLJUČEK

Razvoj kognitivne psihoterapije znotraj znanstveno zasnovanih psihoterapevtskih modalitet se prične v zgodnjih šestdesetih letih 20. stoletja, kjer sta najvplivnejša avtorja A. T. Beck in A. Ellis.

Same ideje, ki se prepletajo v kognitivni terapiji, so že mnogo starejše in se pojavljajo tako v filozofiji kot umetnosti. Med filozofi se najpogosteje citira Epikreat iz prvega stoletja pred našim štetjem. Ellis, ki se je zanimal tudi za književnost in umetnost, v svojih razmišljanjih citira Shakespearovega Hamleta: »Ni dobrega in slabega, temveč jih misel naredi takšne.« Tudi Coelho (P. Coelho, 2000) Alkimista prešine: »Nenadoma je začutil, da lahko gleda na svet kot nesrečna žrtev nesramnega tatu ali kot pustolovec, ki išče svoj zaklad.«

Za razvoj sodobne kognitivne terapije je, po šestdesetih, verjetno najpomembnejša integracija dveh, v osnovi precej različnih paradigem, kognitivne in vedenjske terapije v kognitivno vedenjsko psihoterapijo. Pri tem naj spomnimo, da je tradicija vedenjske psihoterapije starejša. Ta zmožnost preseganja različnega in integracije je dala nov zagon in novo širino, tako danes terapevti znotraj te modalitete, kljub večji naklonjenosti eni ali drugi usmeritvi, praviloma uporabljajo načine dela in tehnike obeh psihoterapij.

Kot poudarja D. M. Clark (1997) je za razvoj kognitivno-vedenjskega pristopa izjemnega pomena tesna povezanost med teorijo in prakso, ki je značilna za kognitivno-vedenjsko gibanje in omogoča spremljanje uspešnosti terapije. Značilna je skrb za področje raziskovalno-eksperimentalnega dela in pragmatična usmerjenost v klinično prakso.

Od depresivnih in anksioznih motenj, na katere je bil usmerjena psihoterapija v začetnem obdobju, se danes širi na področje tako imenovane težje patologije. Značilna publikacija s tega področja je npr. knjiga *Treating Complex Cases* (1988). Še posebej pa se v zadnjem obdobju avtorji posvečajo področju osebnostnih motenj. Značilne so tri usmeritve: Beckova klasična kognitivna terapija osebnostnih motenj (A. T. Beck, A. Freeman, D. Davis, 2004), shematsko usmerjena vedenjsko-kognitivna terapija Jeffreyja E. Younga (A schema-focused approach, J. E. Young, 1990, 1998, 2000) in dialektična vedenjska terapija po M. Lineham (Taylor, 2001). Prav tako velja precejšnje zanimanje za področje psihotičnih motenj – David Kingdon, Anthony P. Morrison ...

Pristop je uporaben tudi izven področja psihopatologije, npr. na področjih psihologije športa, dela z otroki, poklicne rehabilitacije (J. Proudfoot, 1997) in drugje.

LITERATURA

- Anić, N. (2004). *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije - Zbornik I*. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.
- Anić, N. (1984). *Praktikum iz biheviorn terapije I*. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske.
- Anić, N. (1990). *Praktikum iz kognitivne i biheviornalne terapije III*. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske.
- Beck, A. T., Brad A. Alford (1997). *The integrative Power of Cognitive Therapy*. New York, London: The Guildford press.
- Beck, A. T., Rush, A. J. (1996). *Cognitive Therapy*, Kaplan & Shaddock's – Textbook of Psychiatry. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins.
- Beck, A. T., Freeman, A, Davis, D. (2000). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York, London: The Guildford press.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy - Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D. M., Fairburn, C. G. (1997). *Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy*. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press.
- Craske, M. G. (1999). *Anxiety Disorders*. Los Angeles: Westview Press.
- Dynes, R. (2001). *Anxiety Management*. Oxon, UK : Speechmark Publishing.
- Free, M. L. (1999). *Cognitive Therapy in Groups*. Chichester, New York: John Wiley & Sons.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. New York, London: The Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2003). *Roadblocks in Cognitive – Behavioral Therapy*. New York, London: The Guilford Press.
- Leahy, R. L., Holland, S. J. (2000). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*. New York, London: The Guilford Press.
- Machin, T., Creed, P. (1999). *Changing Wonky Beliefs Training Program*.
- Marshall, S., Turnbull, J. (1996). *Cognitive Behaviour Therapy*. London, Philadelphia, Toronto, Sydney, Tokyo: Baillere Tindall.
- Mc Mullin R. E. (1999). *The New Handbook of Cognitive Therapy Techniques*. New York, London: Norton & Company.
- Musek, J. (1988). *Teorije osebnosti*. Ljubljana: Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani.
- Proudfoot, J. (1997). *Effect of cognitive-behavioral training on job-finding among long-term unemployed people*. London: Lancet.
- Tomlinsin, G., Slater, D. (2003). *Depression – A Cognitive Approach*. Oxon, UK: Speechmark Publishing.
- Wells, A., Tarrier, N., Haddock, G. (1988) *Treating Complex Cases – The Cognitive Behavioural Therapy Approach*. New York, West Sussex, England: Wiley.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders – A Schema – Focused Approach*. Florida: Professional Resource Press.
- Živčić-Bečirević, I. (2003). *Kognitivna terapija*, V: Biro in Butollo (ur.): Klinička psihologija (str.254–267). München: Katedra za Kliničku psihologiju.Klinička psihologija, Katedra za kliničku psihologiju, München.
- Žvelc, G. (2004). *Skupinska kognitivno-vedenjska terapija, Prispevki iz vedenjsko-kognitivne terapije - Zbornik I*. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.

VEDENJSKA TERAPIJA – OD TEORIJE K TERAPIJI

Branka Ribič Hederih, univ. dipl. psih.

Gimnazija in srednja kemijska šola Ruše, OŠ borcev za severno mejo Maribor

branka.hederih@guest.arnes.si

Vedenjska terapija je posledica teoretičnih osnov, ki izvirajo iz bazičnih dilem o predmetu preučevanja v psihologiji. Z začetki znanstvene psihologije, ki ga označuje Wilhelm Wundt z ustanovitvijo prvega psihološkega laboratorija v Leipzigu leta 1879, se psihologi usmerjajo v metode preučevanja, ki jih pojmujejo kot bolj znanstvene.

OD TEORIJE K TERAPIJI

Na poti k behaviorizmu

Introspekcija, ki jo je uporabljal Wundt, je bolj subjektivna metoda opazovanja. Z njo preučujemo intrapsihične procese, ki pa so bili za mnoge znanstvenike na prehodu iz 19. v 20. stoletje preveč neopredeljivi, intimni, privatni in zato premalo znanstveni. Celotno vzdušje v filozofiji tedanjega časa in dileme, ki so se porajale znotraj znanosti, ki je usmerjena k preučevanju duševnih pojavov, osebnosti in vedenja, so botrovale nastanku vedenjske psihologije, ki se je usmerila na preučevanje vedenja.

Vedenjska psihologija (oziroma behaviorizem) se je razvila kot samostojna psihološka šola na začetku 20. stoletja v ZDA kot odgovor na preučevanja ruskih fiziologov in refleksologov s konca prejšnjega stoletja. Zagovorniki vedenjske teorije poudarjajo, da je okolje najpomembnejši dejavnik duševnega delovanja in s tem povezanimi procesi učenja.

M. Sečenov (1829–1905), ki je 1863. leta napisal knjigo *Možganski refleksi*, je bil prepričan, da je psihična aktivnost posledica fizioloških vzrokov. Osredotočil se je na razvoj živčnega sistema in procese ekscitacije ter še posebej inhibicije, ki omogoča posamezniku specifične reakcije ob določenih dražljajih.

V. M. Behterjev (1857–1927) je ustanovil prvi psihološki laboratorij v Rusiji. Je refleksolog, ki je napisal delo *Objektivna psihologija*. S preučevanjem asociacijskih refleksov je Pavlova usmeril v preučevanje refleksov, ki jih je kasneje imenoval »pogojni«.

I. P. Pavlov (1849–1936) je znane eksperimente pogojevanja izvajal na psih. Pes je bil priključen na ustrezen aparat, ki je meril fiziološke reakcije, npr. količino izločene slin ob določenem dražljaju, npr. hrani. Če psu zvončkljamo, se ne bo slinil, ampak bo reagiral na način, ki ga ne moremo enoznačno predvideti. Imenujemo ga *reakcija x*. Med učenjem pa pogojni dražljaj in brezpogojni dražljaj delujeta skupaj ali v zelo kratkem časovnem zaporedju. Rezultat učenja je pogojni odziv, ki ga ni v fazi pred učenjem.

1. faza: pred učenjem

PD —————> REAKCIJA X ali ni odziva

BD —————> BO

2. faza: med učenjem

PD —————> BO

BD —————> BO

3. faza: po učenju

PD —————> PO

Pomen oznak:

PD - pogojni dražljaj, v eksperimentu: zvonjenje zvonca

BD - brezpogojni dražljaj, v eksperimentu: hrana

BO - brezpogojni odziv, v eksperimentu: slinjenje

PO - pogojni odziv, v eksperimentu: rezultat učenja - slinjenje

Slika 1: Shema Pavlovega eksperimenta klasičnega pogojevanja (povzeto po: Hayes, Orrell, 1998, str. 27)

V klasičnem pogojevanju je brezpogojni dražljaj, ki je vrojen, v funkciji ojačevalca pogojnega dražljaja, ki je naučen. Če pogojnemu dražljaju ne dodajamo brezpogojnega, potem sčasoma pogojni odziv ugaša. Torej, če pes ni dobil hrane, se je ob zvoku zvončka vedno manj slinil. Pri ojačevanju je smiselno omeniti pozitivno in negativno ojačevanje. K prvemu sodijo dražljaji, ki spodbujajo pozitivne odzive (hrana lačnega psa privlači), k drugemu pa dražljaji, ki spodbujajo k negativnim reakcijam.

Pavlov je osnovni pogojni dražljaj zamenjal za druge podobne in ugotavljal, ali bo naletel pri psih na enako reakcijo. Ugotovil je, da se pogojni odziv generalizira, če gre za podobne dražljaje. Živali se naučijo razlikovati podobne dražljaje, če je ojačen samo en pogojni dražljaj, ostali pa ne. Diskriminacija je prisotna pri dresuri živali. Pavlov je dokazal, da se žival, ki je naučena na en pogojni dražljaj določene reakcije, na drugi pogojni dražljaj, ki je podoben prvemu, pa drugačne reakcije, zmede, če prezentiramo dražljaj, ki je vmes med prvim in drugim, oziroma reagira z nervoznimi reakcijami, če ji prezentiramo oba pogojna dražljaja hkrati. Opisano reakcijo psov je imenoval eksperimentalna nevroza. Nekateri strokovnjaki so te izsledke kasneje prenesli na razumevanje človekovih reakcij, kar je naletelo na kritične odmeve, saj so dognanja Pavlova poenostavili.

Začetki in vzpon behaviorizma

»Psihologija, kot jo vidi behaviorist, je čisto objektivna eksperimentalna veja naravne znanosti. Njen teoretični cilj je predikcija in kontrola obnašanja.« (Watson 1913, v Musek, 2003, str. 177)

J. B. Watson (1878–1958), ki je veljal za ekstremnega empirista, je trdil, da preučevanje zavesti in introspekcija kot metoda preučevanja niso znanstveni. Znanost uporablja objektivne metode, kot npr. eksperiment, ekstraspekcijsko in preučuje vedenje, ki ga je možno opazovati. Po njegovo je psihologija veda o obnašanju. Opazujemo dražljaje in odzive na dražljaje. Duševne pojave in s tem tudi zavest je izrinil iz strokovnega znanstvenega pojmovanja in ga je označil kot »črno škatlo« (neznano, skrivnostno). Shema klasičnega behaviorizma D – O (dražljaj – odziv)

opredeljuje pojem vedenja/obnašanja. Behaviorizem se posveča dražljajem in njihovim zvezam na eni strani in reakcijam oziroma navadam na drugi strani.

Watson in R. Rayner (1920) sta prva eksperimentalno dokazala, da se da s klasičnim pogojevanjem naučiti čustvene reakcije pri ljudeh. »Mali Albert« se pri devetih mesecih ni bal dražljajev, ki so bili različne živali, npr. miši, podgane, zajec. S strahom se je odzival na močan zvok – pok. Po shemi klasičnega pogojevanja je pok brezpogojni dražljaj. Strah je brezpogojni odziv. Vsi ostali dražljaji so nevtralni (x dražljaji). Pri enajstih mesecih je Watson malemu Albertu ob poku s kratkim časovnim zamikom pokazal belo miš. V sedmih tednih je to večkrat ponovil. Rezultat pogojevanja je bila sprememba otrokove reakcije ob pogledu na belo miš. Torej: na pogojni dražljaj je sledila naučena pogojna reakcija – strah. Strah je generaliziral na druge živali (bele zajce, podgane in predmete ...).

Na podlagi rezultatov raziskovanj so se razvijale teorije enostavnega učenja, ki poudarjajo pomen sočasnega izvajanja brezpogojnega in pogojnega dražljaja. Po principu klasičnega pogojevanja vedno sledi reakcija.

K širjenju behaviorizma so veliko prispevali znanstveniki, ki so se osredotočili na instrumentalno pogojevanje (tudi: operantno pogojevanje), npr. Thorndike, Hull in Skinner.

E. L. Thorndike (1874–1949) je izvedel več eksperimentov z mačkami v kletki. Mačke so begale po kletki in iskale izhod. Pred kletko je nastavil hrano, vendar je mačka lahko prišla do nje le, če je pritisnila na vzvod, ki ji je omogočil prost dostop do hrane. Ko se je večkrat znašla v kletki, je potrebovala vsakokrat manj časa, da je pritisnila na vzvod. Z eksperimenti je dokazal osnovni princip učenja, to je učenje s poskusi in napakami. Ob več ponavljanjih se je število napak zmanjšalo. Ta vrsta učenja je integrirana v instrumentalno pogojevanje, saj hrana, kot dražljaj, ki sledi, podkrepi obstoječo obliko vedenja. Z raziskavami je definiriral zakon pogojevanje, ki opredeljuje odnos med vedenjem in posledicami. »Vsako dejanje, ki povzroča zadovoljstvo v neki situaciji, se poveže s to situacijo, tako da se bo v prihodnje, ko se ta situacija ponovi, povečala verjetnost, da se bo to dejanje ponovilo. Obratno pa se bo za vsako dejanje, ki povzroča nezadovoljstvo, povečala verjetnost, da se ne pojavi, če se situacija ponovi.« (Thorndike, 1911, v Musek, 2003, str. 190)

C. Hull (1884–1952) je prispeval k drugačnemu vidiku razumevanja instrumentalnega pogojevanja. K dražljajem (imenoval jih je neodvisne spremenljivke) in odzivu (imenoval jih je odvisne spremenljivke), kar je klasična Watsonova shema obnašanja, je dodal še vmesne spremenljivke, ki se nahajajo med obema omenjenima. V naboru možnih spremenljivk pa se je osredotočil na gone in navade. Eksperimentalno je preučeval moč gonov in navad v vedenju posameznika in s tem vnesel v behaviorizem motivacijski dejavnik. Primarne potrebe so vrojene in po Hullovo definirajo primarne gone, ki vplivajo na določeno vedenje in odzive posameznika. Vsakdanje funkcioniranje ljudi in živali kaže, da ljudje reagiramo na podobne načine, tudi ko ni prisotnega primarnega gona (oziroma motiva, ki bi sprožil zadovoljevanje primarnih potreb). Kaj povzroča tako vedenje? Hull je v preučevanju procesov učenja ugotovil, da obstajajo sekundarni goni, ki so bili sprva nevtralni dražljaji in imajo enak vpliv na vedenje posameznika, kot so ga imeli prej primarni. Gre torej za naučeno obliko vedenja. Če se nevtralni dražljaj pojavlja večkrat skupaj s primarnim, bo nevtralni dražljaj, ko se bo pojavil sam, izzval enako reakcijo, kot če bi bil skupaj s primarnim. (Če žival pri gibanju po določenem delu kletke prejme elektrošok, kar ji povzroča bolečino in strah, bo reagirala tako, da se bo izogibala tega dela in bo pobegnila v varni del kletke, kjer ni elektrošokov. Žival se bo sčasoma začela bati tistega dela kletke, kjer je prejela elektrošoke, četudi teh ni več.) Ljudje se v podobnih situacijah, kot so tiste iz preteklosti, ki so jim povzročale bolečino, vedejo podobno, četudi ni več objektivne nevarnosti.

Dollard (1900–1980) in Miller (1909–2002) sta izgradnji behaviorizma prispevala s poznavanjem psihoanalize. Preučevala sta pomen vrojenih in naučenih motivov in pri tem izpostavila pomen znakov. To so dražljaji, ki usmerjajo odzive organizma. Miller je eksperimentalno preučeval reakcije živali, ko se te znajdejo v konfliktni situaciji, natančneje, ko gre za ambivalentni konflikt +/- . Ko je cilj oddaljen, prevladuje težnja po približevanju; ko se cilju približujemo, narašča težnja po izogibanju. Ker gre pri živalih za eksperimente, ki so povezani s primarnimi potrebami, to je s hrano, bo žival tvegala elektrošok, bolečino, samo da pride do hrane, ko bo dovolj lačna. Ali je potreba po znanju pri študentu dovolj močna, da tik pred izpitom ne bi dvignil prijave? Dollard in Miller sta z zakonitostmi učenja razlagala nastanek motenj, nevroz. Cenjena sta tudi med teoretiki, ki so razlagali izvore agresivnosti, saj sta razvila odmevno frustracijsko teorijo.

F. B. Skinner (1904–1990) je zagotovo eden najpomembnejših znanstvenikov 20. stoletja. Bil je zagovornik determinizma, s čimer si je nakopal veliko število nasprotnikov, a njegova moč argumentiranja, dokazovanja in eksperimentiranja je bila tako velika, da je ostal kljub ostrim kritikam na svojih stališčih. Za svojo vrsto behaviorizma je uporabljal izraz *vedenjska analiza*. Trdil je, da smo ljudje pod vplivom okolja; poudarjal je pomen dražljajev, ki so odgovorni za naše vedenje. Intrapsihičnih procesov ni zanimal, ni pa se z njimi ukvarjal, ker se mu niso zdeli za raziskovanje dovolj pomembni. Predmet preučevanja je vedenje, ki ga lahko merimo, opazujemo, objektivno preučujemo. Skinner je poleg preučevanja vedenja samega preučeval tudi kontrolo vedenja. Najbolj uporabna za kontrolo vedenja se mu je zdela funkcionalna analiza, ki jo je razumel kot analizo vedenja na relaciji vzrok – posledica, pri čemer so vsi dražljaji pod kontrolo. Vedenje je posledica sheme dražljaj – odziv – ojačevalec (podkrepitev), ki vpliva na to, da se neko vedenje ponavlja ali pa ne. V shemi pogojevanja se je usmeril v operante (Skinnerjevo izražanje), ne pa v respondente (kar je značilno za klasično pogojevanje).

Preglednica 1: Shema operantnega pogojevanja

<i>Aktualno vedenje</i>	<i>Posledica</i>	Vedenje v prihodnje
D – O vedenje 1	Brez posledic	Nespremenjeno
D – O vedenje 2	Pozitivne (pozitivno ojačevanje)	Se povečuje
D – O vedenje 3	Negativne (kazen, averzivno ojačevanje)	Se zmanjšuje ali prekine
D – O vedenje 4	Brez posledic – odsotnost kazni (negativno ojačevanje)	Se povečuje
D – O vedenje 5	Ignoriranje vedenja (ugašanje)	Se zmanjšuje

(Prirejeno po Musek, 2003)

Skinner je zelo natančno preučeval dražljaje, ki ojačujejo vedenje. Preizkušal je naslednje strategije ojačevanja (v Musek, 2003, str. 199):

- shema neprekinjenega ojačevanja: žival dobi nagrado vedno, ko naredi ustrezno dejanje (npr. pritisne na vzvod),
- shema fiksnega razmerja: žival dobi nagrado po točno določenem številu ustreznih vedenj (npr. po trikratnem, petkratnem ...),
- shema fiksnega intervala: žival dobi nagrado, ko v določenem časovnem intervalu vsaj enkrat ustrezno reagira (npr. 20 sekund, 1 minuta ...). Če reagira večkrat, dobi enako nagrado, če ne reagira, ni nagrade,
- shema variabilnega razmerja: žival dobi nagrado po treh uspešnih poskusih, drugič po enem, tretjič po sedmem; razmerje se spreminja,

– shema variabilnega intervala: pri tej shemi se spreminja časovni interval. Žival dobi nagrado, če je bila uspešna enkrat po 20 sekundah, drugič po desetih, tretjič 5 sekundah ...

Rezultati so pokazali, da ima prekinjeno ojačevanje enak ali močnejši učinek na vedenje kot neprekinjeno ojačevanje. Neprekinjeno ojačevanje pa ima trajnejši učinek in povzroči nižjo stopnjo ugašanja (Nye 1992, v Musek, 2003). Carpenter (1974, v Musek, 2003) je ugotovil, da pri vzgoji nekateri starši bolj, drugi manj dosledno ojačujejo. Pri neprekinjenem ojačevanju se bolj pogosto oblikujejo lastnosti, kot so vztrajnost, marljivost, storilnost, tekmovalnost ...

Čeprav je Skinner svojo teorijo izdelal do potankosti, je med strokovnjaki o njej ostal priokus nedorečenosti, saj naj bi duševni procesi, npr. kognitivni, motivacijski in čustveni, imeli pomemben vpliv na vedenje posameznika.

Elementi kognitivne teorije v vedenjski teoriji

E. C. Tolman (1886–1959) je kritično ocenil D – O shemo. Pojasnjuje, da tudi živali ne funkcionirajo po sistemu dražljaj – odziv, ampak je pomembno, kakšne izkušnje imajo in potem ocenijo, ali je dražljaj skladen s cilji ali ne.

Za vedenjsko teorijo in terapijo je pomembna (poleg klasičnega in instrumentalnega pogojevanja) še tretja vrsta enostavnega učenja – modelno učenje (tudi: učenje s posnemanjem), ki je integrirano s kognitivnimi procesi.

A. Bandura je umeščen med predstavnike socialno-kognitivne teorije. Banduro poznamo po preučevanju agresivnega vedenja. Pri tem se ni osredotočil le na zunanje dražljaje, čeprav pripisuje okolju in socialni sredini velik pomen, ampak tudi na kognitivne procese, kjer je poudarek na zaznavanju, stališčih in prepričanjih. Leta 1963 je s sodelavci izvedel raziskavo, kjer je preučeval odzive od 3 do 6 let starih otrok na različne vsebine agresivnega vedenja. Otroci so gledali različne prizore, kjer je imela glavno vlogo odrasla oseba, ki je fizično obračunavala z lutkico in nanjo kričala; v drugi skupini so enak prizor iste osebe gledali na filmu; v tretji skupini so enake oblike vedenje gledali kot risanko; četrta skupina – kontrolna skupina ni gledala nobenega prizora. Po ogledu prizorov so se otroci igrali v igralnici. Eksperimentator jim je priredil frustracijsko situacijo. Med igračkami je bila tudi omenjena lutka. Opazovalci, ki jih otroci niso videli (enosmerno ogledalo), so 20 minut beležili reakcije otrok. Rezultat je pokazal, da otroci, ki so opazovali prizore agresivnega vedenja, bistveno večkrat uporabljajo agresivna dejanja, kot tisti, ki ga niso. Raziskava je tudi pokazala, da otroci ne posnemajo vseh enako. V splošnem deklice posnemajo ženske like, fantki pa moške. Z večjo verjetnostjo bodo imitirali lik, ki ga okolje nagraduje ... Ugotovil je, da proces učenja poteka tudi »preko izkušenj druge osebe« (vicarious learning). Če druga oseba izvaja vedenje, ki je nagrajeno, ga bo opazovalec usvojil in z udejanjanjem sprejel za svojega. V nekem drugem podobnem eksperimentu z lutko je Bandura (1965) ugotovil, da, če otrokom za posnemanje vedenja ponudiš nagrado, se otroci zelo hitro odzivajo tako, da bi dobili nagrado, četudi gre za agresivne odzive.

Skratka, če že ne moremo predvideti, kdo in kdaj se bo agresivno odzval, je potrebno izdelati strategije, kako ravnati, ko se tako vedenje pojavi. Prav od teh reakcij je odvisno, ali se bo vedenje ponavljalo, stopnjevalo ali zmanjševalo.

TEORIJA V PRAKSI – RAZVOJ VEDENJSKE TERAPIJE

V petdesetih letih prejšnjega stoletja in kasneje se je vpliv vedenjske teorije širil v različne dežele in med strokovnjake, ki sprva sploh niso pripadali behavioristom. Poleg pohval pa je bila deležna tudi vrste kritik. Med drugim so ji očitali, da je preveč eksperimentov izvedeno na živalih in porajal se je dvom, ali eksperimentalne izkušnje lahko prenesemo na delo z ljudmi. Z uspešnim zdravljenjem bolnikov različnih diagnoz so se razvijale tudi tehnike.

Če malo poenostavimo strokovne ugotovitve, vidimo, da so starši uporabljali tehnike vedenjske terapije davno pred vsako teorijo. Rachman (v Clark in Fairburn 1997) navaja, da se je vedenjska terapija (v nadaljevanju VT) razvijala v treh stopnjah. Prva označuje vzpon VT vzporedno v ZDA in Združenem kraljestvu v obdobju med 1950–1970, druga pa vključuje vzpon kognitivne terapije v ZDA v 60-ih letih. V poznih osemdesetih letih prejšnjega stoletja pa sta se vedenjska in kognitivna terapija združili. Vzpon in širjenje VKT se nadaljuje v Evropi in Severni Ameriki.

Mary Cover Jones (1924) je ob neetičnem eksperimentu Watsona (1920), ki je vključeval klasično pogojevanje čustva strahu pri malem Albertu, dobila asociacijo za uporabo principov pogojevanja, da bi dosegla obratne učinke. Dveletnega Petra je bilo strah zajca. Zajca so postopoma prinašali v prostor, kjer se je Peter igral z drugimi otroki. Sprva se je zajca bal (jokal se je in tresel), kasneje se je z več ponavljanji prinašanja zajca strah zmanjševal. Zajca so prinašali vse bližje. Po petinštiridesetih korakih je Peter zajca držal v naročju in ga božal. Brez strahu. Uporabljena je bila tehnika sistematske desenzitizacije. Pogosto jo uporabljamo za zmanjševanje/odpravljanje tesnobe, strahu, fobij.

Pogojevanje so uporabljali tudi pri zdravljenju alkoholikov. Kantorovič (1934) je uporabil elektrošok pri alkoholikih, ko so vonjali, uživali ali gledali alkohol. Nekateri so alkoholikom dajali kemijska sredstva, npr. Lamere (1942), ki so ob pitju alkohola povzročala gnus in refleks bruhanja. V okviru VT je to averzivna terapija. Mowrer in Mowrer (1938) sta z uporabo klasičnega pogojevanja zdravila otroke z enurezo. Ko se je začelo močenje, sta dodala intenzivni zvočni dražljaj, kar je otroka zbudilo.

K razvoju VT je veliko prispeval J. Wolpe. Živel je v Južni Afriki. Njegova najtesnejša sodelavca sta bila A. A. Lazarus in S. Rachman. Kasneje sta Lazarus in Wolpe odšla v ZDA, Rachman pa v Veliko Britanijo. Wolpe je eksperimentaliziral z mačkami v kletki. Ob močnem zvočnem dražljaju je dodal elektrošok, na katerega so se mačke odzivale s strahom (tresenje, mijavkanje, skakanje). Ista reakcija je sledila pogojnemu dražljaju, ki je bil zvočni dražljaj. Ko je mačke vzel iz kletke, je reakcija ugašala. Takoj ko so se mačke znašle v kletki, se je odziv ponovil, čeprav ni bilo prisotnega ne pogojnega ne brezpogojnega dražljaja. Reakcija strahu ni ugasnila niti, ko so odmaknili kletke iz mačkinega vidnega polja, niti ko je bila v njej dalj časa. Wolpe je ugotovil, da se reakcije strahu razlikujejo od drugih oblik neadekvatnega vedenja. Zaključil je, da je nevrotično vedenje mačke trajno. Nadaljeval je z eksperimenti in ugotovil, da so nekatere mačke, ki niso jedle hrane v kletki, jedle hrano z eksperimentatorjeve roke (mačke so bile zelo lačne, saj se 72 ur niso dotaknile hrane, ki je bila v kletki), druge tudi tega niso. Ugotovil je, na katerem mestu mačka sprejme hrano, kar je povzročilo umirjanje živali. Sčasoma so sprejemale hrano v različnih prostorih, nazadnje tudi v prostoru, podobnem kletki, in čisto nazadnje v kletki sami. Brez strahu. Rezultate raziskav je združil v teorijo recipročne inhibicije. V nadaljnjem preučevanju je ugotovil, da se z dajanjem pogojnega dražljaja vrne prvotni odziv. Ta strah je postopoma ugašal, ko je mačkam ob hranjenju dodajal zvok različne intenzivnosti. Leta 1958 je objavil delo *Psihoterapija recipročne inhibicije*. VT je tako dobila znanstveno osnovo.

Wolpe (1958, 1959) je vsa svoja znanstvena spoznanja uporabil pri zdravljenju nevrotičnih pacientov s preverjeno tehniko sistematske desenzitizacije. Pri delu s pacienti je izpopolnil svoje ugotovitve. Hranjenje je pri ljudeh zamenjal za relaksacijske tehnike in namesto neposrednega izpostavljanja dražljaju, ki povzroča strah, dodal izpostavljanje v imaginaciji (pod kontrolo terapevta).

H. J. Eysenck (1916–1997) ima zelo bogat znanstven in terapevtski opus. Proslavil se je s kritiko psihoanalitičnih pristopov. Je zagovornik vedenjske terapije. Dosledno je uporabljal objektivne metode in eksperiment. Pri zdravljenju različnih pacientov (anksioznost, fobije) je uporabljal tehnike VT.

Ameriške raziskovalce, npr. Lindsleya, Fersterja, Azrina, Solomona, so spodbujale Skinnerjeve raziskave. Pretežno so bili usmerjeni v oblike pomoči psihiatričnim bolnikom s tehnikami instrumentalnega pogojevanja. Lindsley (1956) je uporabljal metodo instrumentalnega

pogojevanja pri delu s shizofrenimi bolniki. Bolnika je namestil v eksperimentalno sobo in natančno meril kvalitativne in kvantitativne spremembe v vedenju s tem, da je eksperimentator dodajal različne dražljaje. Ugotovil je, da so keksi najmočnejši ojačevalec (podkrepitev) vedenja pri avtističnih, regresiranih in socialno neprilagojenih pacientih.

Osnovna predpostavka, ki je vplivala na delo ameriških raziskovalcev in terapevtov, je bila, da je vzrok »nenormalnega« vedenja psihiatričnih bolnikov v neustreznem pogojevanju v preteklosti in da se to vedenje lahko preoblikuje v normalno formo z ustreznimi podkrepitvami.

Lovaas in Ferster (1961) sta tehnike instrumentalnega pogojevanja uporabila pri obravnavi avtističnih otrok. Ayllon in Azrin (1968) sta pri delu s psihotiki razvila novo tehniko žetoniranja (token economy system). Gre za sistematičen program, kjer je do podrobnosti izdelan način opazovanja vedenja, za katerega je s pacientom, terapevtom in mediatorjem dogovorjeno (lahko ojačujemo pozitivno vedenje ali zmanjšujemo nezaželeno), da ga želi spreminjati. Izdelana je natančna evidenca, ki opredeljuje, kdaj posameznik pridobi žeton, koliko žetonov se menja za nagrado (ki mora biti smiselna za konkretnega posameznika), kdaj so žetoni lahko odvzeti. Včasih so tehniko uporabljali v psihiatričnih bolnišnicah, danes jo pogosto uporabljamo pri delu s šolskimi otroki, v prevzgojnih domovih in pri delu z otroki z motnjo v duševnem razvoju.

VT je bila zaželena pri vedno več zdravljenjih in v več deželah. Prav pri zdravljenju depresivnih pacientov pa se je izkazalo, da je čas dozorel, da se v terapijo vključijo elementi kognitivne terapije. Po teoretičnih zasnovah in praktični uporabi kognitivnih tehnik se terapiji največkrat uporabljata združeno kot vedenjsko-kognitivna terapija.

VRSTE UČENJA KOT OSNOVA VEDENJSKE TERAPIJE

Vedenjski pristop izhaja iz osnovnega pojmovanja vedenja, kjer ni prostora za intrapsihične dejavnike. Ekstremni teoretiki in terapevti niso odstopili od klasičnega pojmovanja, sodobnejši pa so upoštevali intrapsihične procese, ampak le v funkciji lažjega razumevanja posameznikovega vedenja. Za VT so pomembni dejavniki proces učenja, okolje in izkušnje, ki jih posameznik ima ali pridobiva.

Poudarjene so tri vrste enostavnega učenja: klasično (respondentno) pogojevanje, operantno (instrumentalno) pogojevanje in modelno učenje (učenje s posnemanjem, z opazovanjem).

Klasično pogojevanje

Omenila sem že klasično pogojevanje pri eksperimentu Pavlova s psi, kjer je ugotavljal, ali se da psa naučiti reakcije, ki je v naravnem okolju pes ne zna. Watson je s klasičnim pogojevanjem otroka naučil strahu do živali, ki ga pred učenjem ni bilo.

Pri razumevanju klasičnega pogojevanja si razčlenimo izraze:

- **Brezpogojni dražljaj (stimulus)** So določeni dražljaji iz okolja, npr. pok, močna svetloba, okus hrane ..., ki izzovejo refleksne odgovore (respondente) oziroma brezpogojne odzive (reakcije), tiste, ki niso pod vplivom volje.
- **Brezpogojni odziv (reakcija)** Ta reakcija je vrojena. Na njo ne moremo vplivati, ni pod kontrolo voljnega. Ščiti organizem pred poškodbami, v splošnem ima varovalno funkcijo. Takšne reakcije so npr. slinjenje ob hranjenju, vznemirjenje ob puku, patelarni refleks, pupilarni refleks, čustvene reakcije ...
- Povezava med brezpogojnim dražljajem in brezpogojnim refleksom je avtomatska – ni naučena.

Shema: BD ----- BR

Z učenjem po principih klasičnega pogojevanja dosežemo, da nevtralni dražljaj v skupnem delovanju z brezpogojnim dražljajem izzove enako reakcijo, kot jo izzove brezpogojni dražljaj sam.

- **Pogojni dražljaj** To je nevtralni dražljaj, ki v eksperimentalnem delu dobi oznako pogojni. Med učenjem deluje skupaj z brezpogojnim dražljajem.
Shema: PD, BD ----- BR
- **Pogojni refleks** Je naučena reakcija na prej nevtralni dražljaj. Oblikuje se postopno. Ima podoben odziv kot brezpogojni refleks.
Shema po učenju: PD-----PR

Rezultat učenja je torej pogojni refleks, ki je zelo podoben brezpogojnemu in je odgovor na pogojni dražljaj. Naučeno vedenje ne traja neomejeno dolgo, saj začne ugašati, če ga ne podkrepimo z brezpogojnim dražljajem. Asociacija med pogojnim in brezpogojnim dražljajem, ki sta bila posredovana skupaj – zakon stičnosti, začne bledeti; kasneje preneha delovati. Po ugašanju in po odmoru se pogojni odziv spet pojavi, ne da bi vmes potekalo učenje. Gre za spontano reakcijo.

Kadar dražljaj pri pogojevanju sproži določeno reakcijo in podobni dražljaji sprožijo enako reakcijo, pravimo, da gre za generalizacijo dražljajev. Lahko pa gre tudi za generalizacijo reakcij. To se zgodi, kadar na isti dražljaj reagiramo z drugim, ampak podobnim odgovorom.

Diskriminacijo pogojnih dražljajev od podobnih dražljajev dosežemo, če dosledno ojačujemo samo določen dražljaj, ostalih podobnih pa ne.

Pogojevanje višjega reda je naučena reakcija višje stopnje od prej naučene reakcije. Npr. pri eksperimentu s psi je Pavlov ob zvončku (pes se je slinil) posvetil z lučjo in to zvezo ponavljal. Novo učenje je nadgradilo prejšnje. Pes se je slinil na prižgano luč.

Pri klasičnem pogojevanju se posameznik pasivno odziva na dražljaje, ki vplivajo na reakcijo, zato je pogosto poimenovanje za to vrsto pogojevanja *respondentno pogojevanje*.

Znanje in razumevanje principov klasičnega pogojevanja je spodbudilo vrsto terapevtov, da so razvili uspešne terapevtske tehnike pri različnih zdravljenjih.

Instrumentalno pogojevanje

Večina vsakdanjega človekovega vedenja (branje, smejanje, delo, pogovarjanje) se odvija spontano in šele posledice dajo vedenju pomen. Te pa hkrati vplivajo na operante (instrumente – od tod instrumentalno pogojevanje), ki povečujejo ali zmanjšujejo dogodke, reakcije, vedenja, ki sledijo, ali pa je njihov vpliv nevtralen.

Pri razumevanju principov operantnega pogojevanja (Skinnerjev izraz) se moramo osredotočiti na natančno oceno obstoječega vedenja, pojasnjevanje pomena okolice, v kateri posameznik biva (družina, šola, delovno mesto, referenčne skupine), na dejavnike, ki sprožijo določeno vedenje, in na posledice vedenja samega.

Pri razumevanju instrumentalnega pogojevanja je najbolj uporabno pravilo, da obstajajo teoretična pravila. V terapiji je nujno upoštevati posameznika in prilagajati teoretična znanja na konkretno težavo pri posamezniku. Torej, kar je za enega učinkovito, mogoče za drugega ni, čeprav gre za enako vrsto vedenja.

1. Ojačevanje, podkrepljevanje

Princip ojačevanja temelji na povečevanju, naraščanju števila reakcij, ki sledijo takoj za določenim vedenjem. Včasih sledijo določenemu vedenju čisto naključno pozitivne posledice, kar velja za podkrepitve, ki posledično vplivajo na povečevanje enakega vedenja v prihodnje. Nekemu dogodku lahko sledijo pozitivne in negativne podkrepitve, ki vplivajo na povečanje odzivov, na naraščanje vedenja (Skinner, 1953, v Kazdin, 1984).

1.1 Pozitivno ojačevanje

Pozitivno ojačevanje vpliva na povečevanje števila odzivov, ki jim sledijo zelene posledice (Kazdin, 1984). V vsakdanjem življenju za pozitivno ojačevanje uporabljamo izraz nagrada, kar poenostavljeno pomeni: če nekemu vedenju sledi nagrada, bo vedenje naraščalo. Vendar nas

Kazdin (1984) in domači avtor Musek (2003) opozarjata, da izraza nista sopomenki in ju je potrebno ločevati, še posebej, če izhajamo iz Skinnerjevih spoznanj. Pozitivne podkrepitve so direktni vplivi na vedenje. Če neka posledica sledi vedenju in se število vedenj poveča, je ta posledica pozitivni ojačevalec vedenja. Nagrado pa pogosto pojmuje kot nekaj, kar damo ali sprejmemo v zameno za neko aktivnost (Kazdin, 1984). Nagrade so običajno visoko vrednotene, ampak ni nujno, da vplivajo na povečevanje vedenja.

Obstajata dve vrsti pozitivnih ojačevanj:

- Primarno ali brezpogojno pozitivno ojačevanje je povezano z zadovoljevanjem bioloških, nagonskih potreb, npr. hrana za lačnega, pijača za žejnega ... Vendar ti ojačevalci nimajo ves čas enake vloge: npr. sitemu hrana ni ojačevalec ... Ko je v vlogi podkrepitve, se kot ojačevalec sproži avtomatično (nenaučeno) in zato ni odvisen od asociacij, povezanih s prejšnjimi izkušnjami.
- Sekundarno ali pogojno pozitivno ojačevanje je povezano z učenjem. V procesu učenja so dražljaji, ki so imeli nevtralen vpliv, in so se pojavljali z dražljaji, ki so imeli funkcijo ojačevanja, z več ponavljanji postali ojačevalci. Če pohvala nekomu ni ojačevalec vedenja, se posamezniku lahko pohvalo posreduje z nečim, kar pa je za njega ojačevalec, npr. denar, hrana. Lancioni (1982, v Kazdin, 1984) navaja primer, ko osebo po določenem vedenju pohvališ in hkrati uporabiš hrano kot ojačevalec vedenja. Po več ponovitvah, ko je posameznik po določenem vedenju prejel pohvalo in hrano, je pohvala sama postala ojačevalec, ki je vplivala na povečanje zelenega vedenja. Kaličanin (1982) navaja tudi socialne ojačevalce, ki se vežejo na socialne tendence posameznika. Sekundarna ojačevanja, pravi Kaličanin, so povezana s primarnimi in socialnimi. Kasneje postanejo samostojna in neodvisna od primarnih in socialnih podkrepitev.

Pogojni ojačevalci se lahko združujejo z več ostalimi ojačevalci: bodisi primarnimi bodisi sekundarnimi. Seveda, gre za generalizirane pogojne ojačevalce. So zelo učinkoviti pri spreminjanju vedenja, ker dopuščajo veliko kombinacij: pozornost nekoga lahko pritegnemo z nasmehom, pohvalo, dotikom ... Praktičen primer uporabe pozitivnih podkrepitev z generaliziranimi pogojnimi ojačevalci je tehnika žetoniranja.

Pri iskanju pozitivnih ojačevalcev bodimo pozorni na naslednje:

- Situacija, kjer gre za pohvalo, sladkarije ... je lahko pozitivni ojačevalec za eno osebo in ne za drugo.
- Situacija je lahko pozitivni ojačevalec za nekega posameznika v določenih okoliščinah ali času, vendar za istega posameznika v drugih okoliščinah ali v drugem trenutku ne več.

Premack (1965) je postavil tezo, ki so jo eksperimentalno preverili in se danes v strokovni literaturi omenja kot *Premackov princip*, da zeleno vedenje narašča, če vedenje z manjšo verjetnostjo pojavljanja povežemo z vedenjem z večjo verjetnostjo pojavljanja: npr. ko se boš naučil, boš odšel s prijatelji na igrišče. Mitchell in Stoffelmayr (1973, v Kazdin, 1984) beležita uspeh pri delu s shizofreniki. Strokovnjaki pa vseeno opozarjajo na vrstni red pojavljanja vedenja. Če vedenje z večjo verjetnostjo pojavljanja predhodi vedenju z manjšo verjetnostjo pojavljanja, se v praksi zgodi, da ne povečuje zelene oblike vedenja in nima funkcije ojačevanja. Študent npr. bo odšel na zabavo s prijatelji (vedenje z visoko verjetnostjo pojavljanja), potem pa bo naštudiral snov (vedenje z nizko verjetnostjo pojavljanja). Torej, obstaja visoka verjetnost, da se študent ne bo učil.

1.2 Negativno ojačevanje

Negativno ojačevanje povečuje vedenje, saj gre za odsotnost negativnega ojačevalca. Diskusija, ki se razvije o vrstah posledic, ki so v funkciji ojačevalca, je primerna tudi za negativna ojačevanja. Vse posledice, ki so nezaželene, neprijetne ..., niso negativni ojačevalci.

Negativno ojačevanje dosežemo na dva načina: z odstranitvijo averzivnega dražljaja ali z ojačanjem, ki prepreči negativne posledice, kar zvišuje prisotnost vedenja. Npr.: če je zunaj mrzlo, oblečemo plašč (vedenje), da ne bi zmrzovali (odstranitev averzivnega dražljaja). Verjetnost, da bomo oblekli plašč, kadar je mrzlo, se povečuje. Ali: če imamo glavobol, vzamemo zdravilo; glavobol preneha (negativno ojačevanje v smislu prenehanja bolečine).

Sitnarjenje staršev, naj otrok pospravi sobo, poveča zeleno vedenje. Otrok pospravi sobo, da bi preprečil sitnarjenje staršev.

Vedenje v socialni sredini zaplete učinkovitost odzivov glede na udeležence. Ločnica med učinkovitostjo pozitivnega in negativnega ojačevanja vedenja je pogosto zabrisana. Po pravih vedenje narašča, ampak narašča vedenje, ki je za socialno sredino nezaželeno. Jokajočega otroka (kar je za starše averzivni dražljaj) starši vzamejo iz postelje (negativno ojačevanje). Otrok se pomiri in utihne; prejel je pozornost staršev (otrok je pozitivno ojačen). Obstaja verjetnost, da se bo povečalo jokanje vsakič, ko bo v posteljski in ne v naročju.

Tudi pri negativnem ojačevanju obstajata dva tipa:

- Primarni negativni ojačevalci so v neposredni povezavi z zaznavnimi receptorji, npr. močen pok, dražljaj, ki deluje kot šok. Averzivno delovanje ni naučeno.
- Sekundarni ali pogojni averzivni dražljaji so postali averzivni, ko so se pojavljali z vedenjem, ki je samo po sebi averzivno. Beseda »ne« deluje npr. kot averzivni dražljaj, ko smo jo uporabljali sočasno z averzivnim vedenjem.

Med negativno ojačena vedenja prištevamo tudi beg in izogibanje.

Beg pred averzivnimi dogodki je negativno ojačen. Izogibanje averzivnim dogodkom je tudi negativno ojačeno.

Ko posameznik doživi neprijetno, averzivno situacijo in potem z nekaj poskusi iz nje pobegne, govorimo o begu. Prenehanje averzivne situacije pomeni podkrepitev (Radonjić, 1978).

Izogibanje je bolj zapleteno, saj posameznik pobegne iz averzivne situacije prej, tako da je sploh ne doživi. Torej se ji izogne. Čemu se izogne, če nima izkušnje? Radonjić (1978) pojasnjuje, da to bežanje sproži signal (pogojni dražljaj) ali anticipirana averzivna situacija. Kazdin (1984) razlaga, da se izogibanja naučimo z združevanjem nevtralnega dražljaja (pogojnega dražljaja) z brezpogojno averzivno situacijo (brezpogojni dražljaj). Pri tej vrsti vedenja sta prisotna klasično in instrumentalno pogojevanje. Ne gremo k zobozdravniku, ker nas bo bolelo. Z bolečino pa imamo izkušnje. Veliko primerov izogibanja je v šolski situaciji, ko otrok ima izkušnje, a ne s konkretno situacijo (ali konkretnim učiteljem), ki se ji izogiba.

2. Kaznovanje

Kadar po določenem vedenju odstranimo pozitivne (prijetne) ojačevalce ali dodamo negativne (averzivne) ojačevalce, gre za kaznovanje. Kaznovanje zmanjšuje možnost pojavljanja vedenja v prihodnje. Kazdin (1984) pojasnjuje, da je uporaba besede kaznovanje v vsakdanjem življenju drugače uporabljena, kot jo je razumeti v strokovni terminologiji. Kaznovanje je oblika instrumentalnega pogojevanja. Pri nas ga razumemo kot plačevanje globe oziroma kazen za storjeno dejanje v ozkem pomenu.

Zaradi negativne konotacije samega izraza velja dodati, da kaznovanje ni nujno povezano s povzročanjem bolečine ali fizičnimi ukrepi. Otroke skušamo »naučiti lekcije«, kadar se grdo vedejo, tako da so za kaj prikrajšani. Kriminalci so kaznovani za povzročeno dejanje, ampak to ne pomeni, da bodo prenehali s temi dejanji. Kaznovanje v najožjem pomenu je dogovorno

(pravila, zakoni) usmerjen ukrep, zaradi učinkov neprimerne vedenja. Učinkovito je, če se število ponovljenih dejanj zmanjša ali prekine.

Kaznovanje se lahko izvaja po dveh poteh:

- Gre za obliko kaznovanja, kjer je averzivna situacija/dogodek prisoten po odzivu; npr.: če se dotaknemo vroče hrane, ostane opeklina ...
- Gre za obliko kaznovanja, kjer je odstranjen pozitiven ojačevalec po odzivu. Npr.: po neprimernem vedenju starši ukinejo žepnino; prijatelji se nas izogibajo. Ker otroci po začetku šolske ure še vedno tekajo, jih učiteljica okrega in jim odvzame uro športne vzgoje. Mnogi starši imajo težave z jutranjim oblačenjem otrok. Ti so prepočasni in še kaj. Hall, Axelrod, Tyler, Grief, Jones & Robertson (1972, v Kazdin, 1984) poročajo, kako so otroke prikrajšali za gledanje televizije (odvzem prijetnega dražljaja). Če se otrok ni oblekel v 30 minutah, odkar je vstal iz postelje, tisti dan ni smel gledati televizije. Otroci so hitro zmanjševali čas za oblačenje v okvir 30 minut.

Terapevti so pri uporabi kazni zelo previdni. Upoštevati moramo pravila kaznovanja, ki sodijo k ustreznemu uporabi tehnike kaznovanja, sicer vodi to v slabe medosebne odnose, vpliva na samopodobo, pri marsikom pa spodbuja agresivno vedenje.

Kaznovanje in negativno ojačevanje se razlikujeta. Ojačevanje bodisi pozitivno bodisi negativno vedno vodi k naraščanju vedenja/odzivov, kaznovanje pa k zmanjševanju števila pojavljanj istih oblik vedenja/odzivov. Pri negativnem ojačevanju je averzivni dogodek/situacija odstranjena po ustreznem odzivu, pri kaznovanju pa averzivna posledica sledi odzivu/vedenju.

Za lažje razumevanje:

Preglednica 2: Ilustracija operantnega pogojevanja s poudarkom na principih ojačevanja in principih kaznovanja (v Kazdin, 1984, str. 35)

DOGAJANJE/DRAŽLJAJ, KI SLEDI ODZIVU	VRSTE DRAŽLJAJA/DOGODKA, SITUACIJE		
		POZITIVEN	AVERZIVEN
	PRISOTEN	Pozitivno ojačevanje	Kaznovanje
ODSTRANJEN	Kaznovanje	Negativno ojačevanje	

Na preveliko posploševanje razumevanja principov vedenja v tabeli opozarjajo Azrin, Holz, 1966 ter Morse in Kelleher 1977 (v Kazdin, 1984).

3. Ugašanje

V tabeli 2 ne zasledimo pomembnega principa instrumentalnega pogojevanja, ki je ugašanje. Ugašanje pomeni zmanjševanje števila pojavljanj nekega vedenja. Med ugašanjem odziv, ki je bil prej ojačevan, ni več podkrepjen. Ugašanje se nanaša na prenehanje ojačevanja odziva. Neojačevanje odziva se kaže v zmanjševanju oblik vedenja ali v prenehanju (odstranitvi) vedenja (Kazdin, 1984).

Poleg ugašanja pri operantnem pogojevanju pa se spomnimo ugašanja pri klasičnem pogojevanju npr. psi Pavlova. Če pogojnega dražljaja niso pogojevali z brezpogojnim, je naučena reakcija (pogojna), ugašala. V zgodnjih teorijah sta dominirali dve razlagi procesa ugašanja, ki sta bili privzeti od refleksologov: koncept inhibicije in koncept interference (Kaličanin, 1982). Oba koncepta je kombiniral Hull (1943, v Kaličanin, 1982).

Pri ugašanju ne gre za princip kaznovanja. Učinkovit način, da dosežemo ugašanje vedenja, je ignoriranje. Npr. če otrok pri pouku pove odgovor, ne da bi dvignil roko in se učitelj jezi, je otrok kaznovan, a je dosegel pozornost (pozitivna podkrepitev v socialnem smislu). Otrok, ki bo situacijo doživel kot kazen, bo nehal segati v besedo. Otrok, ki bo zadovoljil potrebo po pozornosti, bo z vedenjem nadaljeval. Če učitelj otroka ob enakem vedenju ignorira, bo vedenje ugašalo.

V vzgoji otrok je prevečkrat prisoten princip ignoriranja, ko gre za pozitivno, zeleno vedenje. Npr. otrok pospravi sobo in ni odziva s strani staršev (vedenje bo najbrž ugašalo). Manjka pozitivno ojačevanje. Če otrok ne pospravi sobe, starši reagirajo, običajno z za otroka neprijetnimi odzivi (averzivni dražljaj), kar je princip kaznovanja. Seveda so vzgojni stili povezani s tipi družin, v katerih otrok odrašča, in kulturo, tradicijo na splošno: npr. otroka ne hvaliti, da se ne bo poslabšal.

Vedenje ugaša, kadar odvezemo socialni stik, pozornost. Vedenje pa lahko ugaša tudi, kadar ni ojačevanja v določeni aktivnosti. Npr. če mečemo denar v avtomat, ki ne daje hrane ali pijače, bomo nehali metati denar v avtomat.

4. Oblikovanje (shaping) in spajanje (chaining)

Včasih se novega vedenja ne da doseči, ker ga posameznik sploh ne pozna, nima izkušnje. Po principu oblikovanja se končno vedenje doseže z ojačevanjem malih korakov (sukcesivna aproksimacija) na poti do končnega odziva, za razliko od ojačevanja končnega odziva samega (Kazdin, 1984). Ojačujemo samo tiste korake na poti do zelenega vedenja, ki so v funkciji vedenja, ki ga želimo. Ostale oblike obnašanja ne ojačujemo, zato da ugašajo. Npr. pri učenju govora ojačujemo besede, ki so ustrezne, kričanje, cviljenje npr. pa ignoriramo. Pri učenju govora 15-letne deklice z motnjo v duševnem razvoju so princip oblikovanja kombinirali z žetoniranjem (Jackson&Wallace, 1974, v Kazdin, 1984).

Po principu spajanja večina vedenja sestoji iz sekvenc različnih odzivov. Različni odgovori, nanizani eden za drugim, sestavljajo verigo. Posamezni člen v verigi predstavlja vedenje, ki ga posameznik že zna. Veriga predstavlja pravilno zaporedje posameznih vedenj, ki tvorijo celoto, na koncu katere je posameznik ojačan za to vedenje: npr. obisk restavracije (rezervacija po telefonu, izbira garderobe, odhod v restavracijo, jedilnik ..., na koncu – hrana). Posamezni koraki v verigi niso podkrepjeni, ampak je ojačan samo končni rezultat. Vedenje, ki sodi k temu principu instrumentalnega pogojevanja, je razširjeno npr. s treningi v športu, igranju določenega instrumenta, študijem za izpit, pisanjem knjige ... Kaj vzdržuje verigo do končnega odziva (hrana, izpit, medalja)?

Kazdin (1984) razlaga, da je vsaka stopnja posledica prejšnje in predhodnica naslednje. Zadnja faza – končni odziv je ojačan. Vendar, vsaka naslednja faza predstavlja povezavo diskriminativnega stimulusa (Sd, ki je signal, povezan s končnim odzivom, npr. hrano) z dogajanjem v določenem členu verige. Sd je v vlogi ojačevalca oziroma je podkrepitev sama za predhodni korak, kar vpliva na naslednji predhodni korak, kjer se pomen ponovi do zadnjega odziva, kjer gre za neposredno ojačevanje in ima vpliv na prvi člen verige. Če je zadnji odziv takoj in neposredno podkrepjen, je večja verjetnost za ponovitev vedenja. Povezave med posameznimi členi verige potekajo kot pogojno ojačevanje.

Primerjava: Oblikovanje in spajanje veljata za principa razvijanja novega vedenja. Z vsakim principom diskriminativni stimulus (npr. navodila ...) in neposredno ojačevanje (npr. pohvala) lahko zagotavljata zeleno vedenje.

Spajanje je proces, ki poteka nazaj. Začne se z zadnjim odzivom, ki izgrajuje predhodno vedenje, pri oblikovanju pa poteka razvoj naprej. Cilj je razviti in doseči končni odziv/vedenje. Z obeh področij je malo empiričnih raziskav, čeprav sta uporabna principa za razvijanje novega vedenja npr. higienske navade, navajanje otroka na čistočo (Azrin&Foxx, 1971, Mahoney, Van Wagenen, Meyerson, 1971, v Kazdin, 1984).

5. Spodbujanje (prompting) in pojevanje (fading)

Če želimo pri osebi razviti vedenje, ki ga ne pozna, potem uporabljamo navodila, kretnje, primere, model, da začne z odzivanjem. Vedenje usmerjamo s spodbudami. Spodbude so dražljaji, dogodki, situacije, ki pomagajo posamezniku, da sploh začne z reakcijo. Posredujemo jih pred odgovorom, da bi pospešili ključno dogajanje. Ko s spodbujanjem dosežemo odziv, ga ojačamo. Brez spodbude bi se odziv pojavil slučajno ali pa nikoli. Spodbuda služi kot antecedentni dražljaj, ki pomaga povzročiti želeni odziv (Kazdin, 1984).

Vedenje lahko spodbujamo na različne načine. Posameznika lahko fizično vodimo (primemo otroka za roko, da prime žlico, in ga vodimo, da jo nese v usta), mu dajemo navodila, kažemo npr. v smer, kam naj gre, z otrokom opazujemo model pri akciji. Spodbujanje ima pomembno vlogo pri principu oblikovanja vedenja in principu spajanja členov v verigo.

Spodbujanje pa lahko postane averzivno, če je asociirano s kaznovanjem. Ko npr. starši otroka opozarjajo na pospravljanje sobe (spodbuda), postane za otroka averzivno, če je povezano z drugim averzivnim vedenjem: npr. odvzemanjem nagrad in privilegijev. V kratkem času taka spodbuda postane averzivna sama po sebi in otrok loputne z vrati ali reagira kako drugače.

V programu modifikacije vedenja se spodbujanje uporablja v uvodnem delu za sprožitev vedenja, ki je pozitivno podkrepljeno. Cilj, ki ga želimo doseči, je, da bi se posameznik naučil vedenja brez spodbujanja.

Princip pojevanja uporabljamo, kadar postopoma odstranjujemo spodbujanje. Če spodbude prehitro odstranjujemo v procesu učenja, se lahko zgodi, da tudi želenega odziva/vedenja ne bo več. Npr. če smo držali otroka za roke, da smo mu pokazali pot v kopalnico, hkrati pa na glas dajali navodila, kaj početi, se pri principu pojevanja postavimo pred otroka in gremo v kopalnico (brez navodil,) on pa sledi, ali pa hodimo za otrokom in ga z navodili usmerjamo.

6. Diskriminacija in kontrola dražljaja (stimulus control)

Diskriminacija je zmožnost razlikovanja enega dražljaja od drugega. Je rezultat učenja. Naučena je s selektivnim pogojevanjem. Posameznik se različno odziva na različne dražljaje. V procesu instrumentalnega pogojevanja so po določenem odzivu dražljaji podkrepljeni. Diskriminativni dražljaj (Sd) je signal, ki na asociativnem nivoju omogoča, da bo določen odziv ojačan.

Ljudje večkrat uporabljamo ta princip. Npr. bonton pri mizi variira od tega, kaj jemo, s kom jemo, ali kosimo doma ali v restavraciji. Drugačnega vedenja smo na delovnem mestu s sodelavci ali pa v pogovoru z nadrejenim.

Kadar pa so reakcije/odzivi odvisni od antecedentnega dražljaja, je vedenje pod kontrolo dražljaja. To pomeni, da prisotnost določenega dražljaja usmerja k določenemu odzivu. Odziv je možen, če je prisoten točno določen dražljaj. Če ga ni, odziva ne bo. Šolar se vede po pravilih samo, če je učitelj (dražljaj) v razredu, če ga ni, ne upošteva pravil. Tak dražljaj so tudi starši.

Kontrola dražljaja je zelo pomembna pri modifikaciji vedenja. Velikokrat je cilj prav sprememba vedenja, ki se pojavlja v določenih okoliščinah (v prisotnosti določenega dražljaja). Pod določeno kontrolo antecedentnega dražljaja pa se lahko odvija neželjeno vedenje, na kar moramo biti še posebej pozorni.

7. Generalizacija

Cilj modifikacije vedenja je, da oseba poveča odzivnost na različne dražljaje in zaželeno vedenje posploši na podobne situacije ali obratno. V tem primeru gre za proces generalizacije. Odvija se po dveh poteh:

- Generalizacija dražljajev: Oseba se odziva enako na vse podobne dražljaje, čeprav se je tega odziva (ki je bil podkrepljen), naučila le v eni situaciji (z enim dražljajem). Najstnik se ostro odziva na zahteve staršev. Ker ga starši ne kaznujejo, se enako vede v športnem klubu, med vrstniki, v šoli.

- Generalizacija odzivov: Gre za ojačevanje enega odziva v konkretni situaciji, kar posledično rezultira v več odzivih v isti situaciji.

Jackson & Calhoun (1977, v Kazdin, 1984) navajata primer spreminjanja verbalnega vedenja, ki je imelo za posledico spreminjanje tudi drugih odzivov. Desetletnik se je neprimerno vedel (kričal, se pritoževal, jokal ...). Za vsak besedni izpad je dobil dve minuti »time outa« (izolacije). Deček je uspel izboljšati verbalno vedenje; poleg tega se je spremenilo na boljše vedenje v socialni sredini (priključil se je aktivnostim, vodil pogovor).

Kljub razumevanju principov generalizacije pa strokovnjaki poročajo, da se spreminja vedenje na področjih, ki nimajo neposredne povezave z dražljajem ali odzivom oziroma ko z visoko verjetnostjo pričakuješ, da bo deloval transfer, pa do generalizacije ne pride, in, seveda, tudi ne do spremembe vedenja v širšem smislu.

Modelno učenje (učenje s posnemanjem, z opazovanjem)

Tretja vrsta učenja, ki je za posameznikovo vedenje še posebej pomembna, saj je povezana z določenimi intrapsihičnimi procesi (kognitivnimi procesi, motivacijskimi), je modelno učenje. Težko bi si predstavljali napredek človeštva, če se ne bi učili tudi iz izkušenj drugih. Pri modelnem učenju sta potrebna vsaj dva udeleženca. Tisti, ki vedenje izvaja – model, in tisti, ki ga opazuje – opazovalec. Model je lahko živ (starši, prijatelji) ali pa simboličen (junaki risank, literarni junaki).

Baer in Sherman (1964, v Kaličanin, 1982) sta eksperimentalno dokazovala, da ljudje posnemajo vedenje drugih, če jih za to nagrajujejo. Miller in Dollard (1941, v Kaličanin, 1982) sta ugotovila, da se podgane in otroci naučijo imitiranja določenega modela, četudi niso pogojevani po principu oblikovanja vedenja. Kazdin (1984) opozarja, da posnemanje v smislu imitacije ni isto kot modelno učenje (čeprav Kaličanin uporablja izraz imitacija kot sopomenko modelnega učenja), kjer gre za specifične procese učenja. Kot primer modelnega učenja v strokovni literaturi služijo različne eksperimentalne variante učenja agresivnega vedenja pri otrocih, ki jih je izvajal Bandura (1965). Ugotovil je, da se otroci naučijo vedenja, če je model nagrajen, manjkrat pa izvajajo opazovano vedenje, če je model kaznovan za svoje neprimerno vedenje. Poudarek je na instrumentalnem pogojevanju modela, ki ni neposredno prisoten (otroci so gledali film, kjer se odrasel agresivno vede do lutke, risanko s podobno vsebino ...). Ko model prevzame vlogo posrednika v procesu učenja (vicarious learning), pravimo, da se učimo na tujih izkušnjah. Pa vendar, vsi otroci ne posnemajo vsakega opazovanega vedenja oziroma vseh modelov. Prej posnemajo model, ki je nagrajen za svoje vedenje, ki je ugleden, praviloma istega spola, če več modelov izvaja isto vedenje ... Bandura in drugi so ugotovili, da samo opazovanje vedenja še ne jamči, da bi otroci vedenje tudi sprejeli. Nekateri otroci, ki so opazovali agresivno vedenje, se sami niso tako vedli. Ko so bili nagrajeni za tako vedenje, so ga vsi izvajali.

Poleg razlag klasičnega in instrumentalnega pogojevanja za razumevanje modelnega učenja je potrebno dodati kognitivne procese in elemente socialnega učenja. Posameznikovo vedenje je torej odvisno tudi od kognitivnih procesov: npr. pozornosti, sposobnosti, pričakovanj, stališč ... in socialne sredine z mikro- in makro-okoljem: npr. vzgojni vzorci v družini, v šoli, v referenčnih skupinah v prostem času in širše ter odnos do določenih oblik vedenja v družbi. V procesu socializacije so za posameznika pomembni različni agensi socializacije. V procesu razvoja se spreminjajo norme in prekrški. Cilj vsakega človeka je, da sledi notranjim normam, ki so v skladu z zunanjimi.

OSNOVNA NAČELA VEDENJSKE TERAPIJE

Behavioristi zagovarjajo stališče, da je vedenjska teorija in terapija znanstveno osnovana. Pri vedenjski terapiji se uporabljajo raziskovalna metoda – eksperiment, opazovalna metoda –

ekstraspekcijska, vprašalniki, strukturiran intervju (tudi v diagnostične namene), test in ostale psihodiagnostične tehnike, npr. sociometrična tehnika. Izbor metode je odvisen od definiranja problema.

VT je usmerjena na preučevanje vedenja, ki je dostopno opazovanju in je predmet opazovanja. Misel, ki velja za VT: česar se naučimo, se lahko tudi »odučimo«. Torej se »odučimo« neprimernega, neustreznega vedenja in se naučimo ustreznega vedenja.

Terapevt mora pridobiti čim več ustreznih informacij, saj je od tega odvisen potek terapije.

Terapija je strukturirana. Poteka individualno, v paru ali skupini.

VT izhaja iz pacientovega vedenja sedaj in tukaj, kar pomeni, da je pomembna analiza obstoječe situacije.

VT uporablja natančne cilje, ki jih definira s pacientom (če je potrebno, jih redefinira, ampak morajo biti enoznačno postavljeni). Sledi program, ki je zelo natančno izdelan in vsebuje elemente, ki se dajo meriti. Evalvacija je sestavni in nujni del vedenjske terapije.

Ker je vedenje posameznika odvisno od konkretnih simptomov in oblik neustreznega vedenja, se program izdeluje za vsakega pacienta posebej.

V VT je zaželeno, da se s pacientom odkrito pogovorimo o načelih VT, da se poveča stopnja zaupanja v terapijo in da pacient lahko kontrolira, kaj se dogaja. Pacientu razvijamo realna pričakovanja v zvezi s postopki terapije in cilji.

V vedenjski terapiji je pomemben odnos terapevt – pacient. Terapevt je zelo aktiven v procesu zdravljenja pacienta. Med njima se razvija strokoven, a sproščen odnos, ki temelji na medsebojnem zaupanju (v profesionalnem smislu).

Od pacienta se pričakuje, da je aktiven in da sodeluje. Terapevt lahko pacienta motivira za proces zdravljenja.

Vedenjska terapija je učinkovita in relativno kratka.

Značilnost VT je, da terapevt prevzema elemente raziskovalnega dela, saj vedno preverja stopnjo ustreznosti izbora ciljev, postopka in uspešnosti. Opira se na empirične izkušnje svojih tehnik.

Skozi proces zdravljenja terapevt uči pacienta aktivne uporabe določenih metod, kar omogoča povečevanje pacientove zmožnosti samostojne uporabe metod. Tudi, ko bo uspešno zaključil terapijo. To je končni cilj terapije.

INDIKACIJE ZA VEDENJSKO TERAPIJO IN TEHNIKE

Burns (1970, v Kastratović, 1978, str. 106) pravi, da »vedenjska terapija zajema tiste tehnike in principe, ki izhajajo iz eksperimentalnih metod in temeljijo na teorijah učenja, s katerimi spreminjamo določene vidike vedenja, ki jih pojmuje kot abnormalne« .

Izraz vedenjska terapija sta uvedla Skinner in Lindsley leta 1953 v delu *Studies in Behaviour Therapy* (v Kastratović, 1978), kasneje pa so ga sprejeli Lazarus (1958), Eysenck (1959), po letu 1965 pa se uporabljajo izrazi vedenjska terapija (behavior therapy) in vedenjska modifikacija (behavior modification).

»Vedenjska terapija je poskus, da se posameznikovo vedenje in čustva usmerijo v koristno smer v skladu z zakonitostmi moderne teorije učenja.« (Eysenck, 1964, v Anić, Ilić-Supek, 1984, str.17)

Čeprav je odnos do vedenjske terapije še vedno bolj odvisen od subjektivne ocene terapevta in lastne afinitete, pa lahko postavimo prepoznavne kriterije, po katerih se terapevt odloči za vedenjsko terapijo. Kriterije povzemam po Anić in Ilić-Supek, 1984:

1. Vedenjsko terapijo uporabimo, če je odstopanje v vedenju ali doživljanju izpostavljeno.
2. Za postopek vedenjske terapije se odločimo, če lahko prepoznamo in sledimo razvoju dogodka/ vedenja:
 - ugotovimo, kaj vpliva na odstopajoče vedenje (raziščemo vzrok in okoliščine),

- kaj so posledice vedenja (definiramo posledico samo, tj. odziv in okoliščine, ki sledijo odzivu).

Marks (1976) je ocenil, da se VT lahko uporablja le pri 10 % odraslih psihiatričnih bolnikih. Smiselna se mu zdi za zdravljenje fobij, socialne anksioznosti in obsesivno-kompulzivnih motenj. Uspešna je tudi pri zdravljenju seksualnih težav (Jože Lokar, v Bihejvior psihoterapija, 1978) kot npr. frigidnost, impotentnost, ekshibicionizem. Pri delu z otroki se je izkazalo za uspešno zdravljenje enureze, fobij. Določeni principi vedenjske terapije se uporabljajo pri delu z avtističnimi otroki in delinkventnimi mladostniki.

Yates (1970, v Anić, Ilić-Supek, 1984) je temu dodal še zdravljenje alkoholizma in nekatere oblike asocialnega vedenja ter navaja VT kot uspešno pri zdravljenju in pomoči posameznikom, ki imajo težave s tiki, jecanjem, enkoprezo, kontrolo prehranjevanja.

Anić in Ilić-Supek, 1984 poudarjata, da se danes uporaba VT lahko umesti v tri kategorije:

- vzgojno-izobraževalno delo (uporaba tehnik za modifikacijo vedenja pri hiperaktivnih otrocih, agresivnih, pri otrocih, ki imajo specifične težave v komunikaciji, pomanjkljivo znanje uporabe socialnih veščin),
- področje socializacije (za pomoč pri odpravljanju motečih oblik vedenja pri delinkventnih mladih in odraslih),
- klinično prakso (domeno nad VT si delijo psihiatri in klinični psihologi, zato je izbor možnih pacientov pester).

Kastratović (1978, str.113) navaja, kje se uporablja VT kot osnovna ali dodatna terapija:

- »simptom in karakter vseh oblik nevroz, še posebej: fobij, anksioznih, obsesivno-kompulzivnih, depresivnih, konverzivnih ...
- psihosomatske motnje, npr. tahikardije, tahiaritmije ...
- monosimptomatske nevroze (tiki, grafospazem, nespečnost, impotentnost, frigidnost, enureza...)
- perverzije in inverzije (homoseksualnost, fetišizem, sadizem, mazohizem, transvestitizem)
- odvisnost od alkohola, medikamentov, kajenja
- motnje hranjenja
- sociopatska, disocialna in kriminalna vedenja psihopatov
- problemi prilagajanja otrok in mladine
- umska manjrazvitost in njihove težave v vedenju
- psihoze otrok (avtizem) in odraslih (shizofrenija)
- psihoorgansko pogojena stanja mentalne hendikepiranosti s težavami v vedenju ...«.

V ZDA, Avstraliji in nekaterih evropskih deželah rastejo vedenjsko-kognitivni centri, ki so specializirani za zdravljenje samo določenih težav (npr. PTSD, kronične utrujenosti, depresije, pomoči bolnikom z diagnozo rak ...) ali pa so osredotočeni na delo s ciljno populacijo, npr. za odrasle, za otroke, za pare, za skupine, za posameznike. Elementi VT se uporabljajo tudi izven klinične in pedagoške prakse predvsem v preventivne namene (v športni psihologiji, psihologiji dela). Vsebinsko pomembnost indikacij, ki jih je potrebno poglobljeno preučiti pred odločitvijo za VT lahko umestimo v štiri kategorije (po Anić, Ilić-Supek, 1984):

- ocena z vidika motnje
- ocena z vidika osebe v obravnavi
- ocena z vidika okolice
- ocena z vidika terapevta

Avtorici menita, da je potrebno izpolniti vse štiri pogoje za odločitev za VT. Pomemben pogoj je strokovna usposobljenost terapevta.

Ker bodo tehnike vedenjske terapije predstavljene zelo natančno, naj omenim štiri večje kategorije (po Pastirk, 2003):

1. tehnike izpostavljanja (sistematska desenzitizacija, preplavljanje, averzivne tehnike, implozivna metoda),
2. tehnike podkrepljevanja (tehnike instrumentalnega podkrepljevanja),
3. tehnike socialnega učenja (asertivni trening, učenje po modelu, trening socialnih veščin),
4. tehnike samonadzora (biofeedback, relaksacijske tehnike).

Strokovnjaki soglašajo, da za določene motnje lahko uporabljamo večino vedenjskih tehnik; odločitev za določeno tehniko je kompleksna.

KRITIČNA OCENA VEDENJSKE TERAPIJE

Vedenjska terapija ima vrsto prednosti. Praktiki poudarjajo, da je učinkovitejša in krajša kot vrsta drugih psihoterapij. Vedenjska terapija je dostopna ljudem vseh profilov, še posebej pri delu z otroki, kjer mnoge druge terapije niso učinkovite. Uspeh beleži tudi na področju pomoči pacientom z motnjo v duševnem razvoju. Prednost je sistematičnost postopka v procesu terapije. Določene elemente vedenjske terapije zasledimo tudi v drugih terapijah. V vedenjski terapiji je močno poudarjena vloga terapevta, ki je ves čas procesa terapije zelo aktiven, tudi če so vključeni posredniki ojačevalci, npr. mediatorji.

Pri delu s pacienti se terapevt osredotoči na simptome, ne pa na vzroke le-teh, zato se nekaterim zdi, da se v terapiji zanemari celostna osebnost. Tako formulirana kritika je presplošna, saj z odklanjanjem simptomov posredno dosežemo spremembo osebnosti v celoti, kar je za pacienta sedaj in tukaj zagotovo najbolj učinkovito.

Sprejemljiva je tudi zato, ker je ekonomična, merljiva in s tem si posameznik vsakič lahko meri individualni napredek, kar pa vpliva na kognitivno sfero posameznika in ne več le na vedenjsko.

Vedenjske tehnike so danes precej razširjene tehnike tudi v preventivi izven klinične prakse.

Vedenjski terapiji so očitali, da črpa znanja iz teorije, ki je svoje ugotovitve preizkušala predvsem na živalih; principi reagiranja pri živalih in ljudeh pa so različni. V strokovni in laični javnosti so se obregli ob neetične poskuse, ki so bili resda izvedeni v imenu znanosti, a mnogi med njimi danes ne bi naleteli na odobravanje. Neetičnost ji očitajo še danes, ampak v drugem kontekstu. Za strokovnjake drugih vej terapije je vprašljiva uporaba nekaterih vedenjskih tehnik, kjer gre za modifikacijo vedenja. V posplošeni kritiki se prehitro enači uporaba vedenjskih tehnik z dresuro pri živalih. Skinner je ubranil vrsto kritik. Predvsem so mu očitali, da funkcioniranje ljudi enači z roboti.

Velja poudariti, da pacient prostovoljno pristopi k terapiji, ki uporablja tehnike vedenjske terapije. Značilnost vedenjske terapije je, da terapevt ves čas obravnave/zdravljenja obvešča pacienta, kaj se dogaja, hkrati pa spremlja napredek skozi evalvacijo. Pacient ima možnost prekiniti terapijo in poiskati drugega terapevta.

Vedenjska terapija je v Sloveniji v vzponu. Elemente vedenjske terapije najdemo v več priročnikih. Strokovnjaki jo posredujejo na seminarjih, posamezniki, ki se ukvarjajo z delom z ljudmi, pa jo zaradi navidezne preprostosti in ekonomičnosti s pridom uporabljajo. A tako uporabljene tehnike, ki jim največkrat manjka natančno načrtovanje in evalvacija, ne dosegajo možnega učinka. Žal je kritika prehitro usmerjena na tehniko, ne pa na strokovnost in ustrezno usposobljenost svetovalca.

Odgovor na mnoge kritike vedenjske terapije je povezava s kognitivno. Kognitivna terapija prinaša vedenjski terapiji razumevanje in interpretacijo intrapsihičnih procesov. Tako sta vedenjski in kognitivni pristop zaključena celota, ki je med strokovnjaki vse bolj cenjen.

LITERATURA

- Anić, N. (2003). *Bihevior terapija*. V: Biro in Butollo (ur.): *Klinička psihologija* (str.254–267). München: Katedra za Kliničku psihologiju.
- Anić, N. (ur.) (1984). *Praktikum iz bihevior terapije*. Zagreb: Društvo psihologa SR Hrvatske.
- Anom, A. (2006). *Reinforcing behaviour therapy*. (sneto 23. 3. 2006). Dostopno na spletnem naslovu: <http://rtb.tripod.com/index.html>
- Clark, D. A., Fairburn, C. G. (1997). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford: Department of Psychiatry.
- Colman, A. M. (2003). *A Dictionary of Psychology*. Oxford: University Press.
- Essa, E. (1999). *A Practical Guide to Solving Preschool Behavior Problems*. Albany: Delmar Publishers.
- Hayes, N., Orrell, S. (1998). *Psihologija*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
- Hall, C. S., Lindzey, G., Campbell, J. B. (1998). *Theories of Personality*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Kazdin, A. E. (1984). *Behavior Modification in Applied Settings*. Chicago: The Dorsey Press.
- Kaličanin, P. (1982). *Bihevioralna terapija*. Beograd – Zagreb: Medicinska knjiga.
- Kastratović, Ž. (1978). *Indikacije za bihevioralnu terapiju i njeno mesto i uloga u bolničkim in van bolničkim uslovima lečenja*. V: *Bihevior psihoterapija* (str. 105–122). Niš: Avalske sveske 1–78.
- Marshall, S., Turnbull, J. (1996). *Cognitive Behaviour Therapy*. London: Bailliere Tindall.
- Musek, J. (2003). *Zgodovina psihologije*. Ljubljana: Oddelek za psihologijo FF Univerze v Ljubljani.
- Pastirk, S. (2003). *Osnove uporabe vedenjsko-kognitivne psihoterapije*. Maribor: Skripta.
- Radonjić, S. (1978). *Terapijski principi i metode bihevioralne terapije* V: *Bihevior psihoterapija* (str. 37–105). Niš: Avalske sveske 1–78.
- Skinner, B. F. (1974). *About Behaviorism*. London: Penguin Books.

KOGNITIVNA KONCEPTUALIZACIJA PRIMERA

Brigita Žugman, univ. dipl. psih.
CSD Ljubljana Šiška, Celovška 195, Ljubljana,
brigita.zugman@gov.si

Kognitivna konceptualizacija primera je postopek, ki v vedenjsko kognitivni terapiji predstavlja sredstvo oz. način za opis in razumevanje klienta kot osebe, klientovih problemov in težav ter postopkov in metod za rešitev njegovih problemov v jeziku kognitivnega modela emocionalnih motenj (Beck et. al., 1979, 1985, po Wills in Sanders, 1997). Kognitivna konceptualizacija opisuje in opredeljuje dejavnike, ki vzdržujejo posameznikove probleme in pojasnjuje osnovne mehanizme, ki so pogojevali razvoj neke motnje oz. nastanek problemov pri klientu (Pearsons, 1989, Turkat and Maisto, 1985, po Wills in Sanders, 1997), hkrati pa nakazuje rešitve teh problemov.

Kognitivna konceptualizacija se fokusira na začarani krog vpliva negativnih avtomatskih misli, ki se porajajo v sprožilni situaciji, na čustva. Prav tako pa vključuje vedenjske in fiziološke reakcije ter pojasnjuje, kako so le-te povezane s čustvi in avtomatskimi mislimi, pojasnjuje pa tudi, da avtomatske misli izhajajo iz bazičnih predpostavk.

Preprost kognitivni model razumevanja emocionalnih motenj lahko ponazorimo z naslednjo shemo:



Slika 1: Kognitivni model razumevanja emocionalnih motenj

Osnovni namen kognitivne konceptualizacije primera je v tem, da tako terapevt kot klient razumeta funkcioniranje klienta in njegovih problemov na podlagi kognitivnega modela emocionalnih motenj. Naloga konceptualizacije je med drugim prav v tem, da klienta naučimo strukturirati njegovo lastno doživljanje in funkcioniranje na ta način, v zameno za to učenje pa dobi ustrežnejše razumevanje svojih problemov, uvid v nefunkcionalnost (disfunkcionalnost) svojih bazičnih prepričanj (posledično tudi negativnih avtomatskih misli, napak oz. kognitivnih izkrivljenj v svojem razmišljanju) in učinkovitejše obvladovanje svojih problemov.

Kot vidimo zajema kognitivna konceptualizacija tako aktualne probleme (v jeziku vedenjsko-kognitivne terapije so to reakcije na sprožilne situacije: čustva, vedenja, fiziološke reakcije), ki so klienta pripeljali v terapijo, kot tudi temeljne psihološke mehanizme (v vedenjsko-kognitivni terapiji jih poimenujemo bazična prepričanja, ki jih ima klient o sebi, o drugih in o svetu), ki pa so pravzaprav omogočili in pogojili nastanek klientovih problemov. Bazična prepričanja obvladujejo klientove kognicije v vseh pogledih, vplivajo tako na percepcijo sprožilnih situacij kot tudi na interpretacijo. Prepoznamo jih preko avtomatskih misli, ki se klientu pojavljajo v sprožilnih situacijah.

V ožjem smislu je kognitivna konceptualizacija primera pisni (pogosto tudi shematsko narisani) dokument, v katerem so zajeti podatki o klientu, opredeljeni z enoznačnimi pojmi iz vedenjsko-kognitivne terapije, s katerimi opišemo klientove probleme in nastanek njegovih problemov.

Razširjeni oz. celosten kognitivni model razumevanja emocionalnih motenj torej ponazorimo takole:



Slika 2: Razširjeni kognitivni model razumevanja emocionalnih motenj

Kognitivna konceptualizacija je aktiven in kontinuiran proces postavljanja in razvijanja delovnih hipotez, katerega namen je izdelava natančnega preglednega zemljevida (sheme) klientovih problemov in njihovega izvora. Ta zemljevid je izdelan v sodelovanju s klientom, je ves čas odprt za kontinuirano modifikacijo, hkrati pa ima vlogo vodiča po vsebinah, ki se dogajajo klientu tako zunaj terapije v vsakdanjem življenju kot tudi v terapiji in terapevtskem odnosu s terapevtom.

Vrednost kognitivne konceptualizacije primera v vedenjsko-kognitivni terapiji lahko opredelimo z naslednjimi vidiki:

1. Kognitivna konceptualizacija pomeni most med teorijo in prakso vedenjsko-kognitivne terapije, saj pomaga razumeti in osmisliti pojav klientovih problemov. Klient pogosto pride v terapijo s kupom problemov, ki se mu zdijo neobvladljivi, nerazumljivi, nerešljivi in nepredvidljivi. Z dobro konceptualizacijo mu pomagamo, da svoje probleme bolje razume in obvladuje, s tem pa postanejo predvidljivi in rešljivi. Tako klient lažje razume, terapevt pa ob tem, ko razume funkcioniranje klienta, občuti do njega več empatije in tako ojača terapevtski odnos. Proces razmejevanja med problemi in pojasnjevanja nastanka problemov privede do tega, da klient na videz nepovezane probleme opredeli kot posledico istega izvora ali pa ravno obratno, torej da prepozna doprinos različnih dejavnikov k njegovemu problemu. To mu pomaga uvideti in osmisliti njegove težave, jih normalizirati, hkrati pa spoznati, da so spremembe možne na različnih segmentih nastanka njegovih problemov.
2. Kognitivna konceptualizacija postavlja osnovo za strukturo terapije in vodi izbiro terapevtskih intervencij oz. vodi pot celotnega tretmaja. Klient pogosto izraža na videz nepovezane probleme, navaja podatke, ki jih na prvi pogled ni mogoče povezati z njegovimi problemi. Če bi jih obravnavali posamezno, bi lahko s sicer ustreznimi metodami in tehnikami izzvali v terapiji kontraproduktivne intervencije. Ko jih postavimo v celotno

shemo podatkov, ki jih imamo o klientu, pa se pokaže prava struktura delovanja in nastanka klientovih problemov. Na ta način kognitivna konceptualizacija sama po sebi narekuje izbiro intervencij, strategij in tehnik tretmaja. Prav tako narekuje izbiro pomembnih vprašanj, s katerimi razkrivamo bazična prepričanja, ki so v ozadju problema.

3. Kognitivna konceptualizacija krepi sodelovanje klienta v terapiji, njegovo motivacijo za terapijo in je hkrati sredstvo za obvladovanje problemov (ter kasneje tudi sredstvo za preprečitev ponovnega izbruha problemov). S tem ko se klient nauči pravilno konceptualizirati svoje probleme, postane na neki način sam svoj terapevt. Razumevanje mehanizmov, ki porajajo njegove probleme, mu pri tem pomaga prav toliko kot učenje konkretnih veščin in strategij za reševanje problemov.
4. Kognitivna konceptualizacija je terapevtu pomemben tehnični in samoevalvacijski pripomoček. Konceptualizacija mu pomaga razumeti in predvideti težave v terapiji, prav tako različne trenutne zastoje v terapiji, odpor klienta do opravljanja domačih nalog ipd. Ob dobro postavljeni konceptualizaciji lahko terapevt pravilno ovrednoti te pojave in jih uporabi za dodatno motiviranje klienta. Ob izdelavi konceptualizacije klienta lahko terapevt naleti na lastne vsebine, ki so znak enakih bazičnih prepričanj, kot jih ima klient. To je pomembno prepoznati, saj sicer v terapevtskem procesu lahko pride do blokad in zastojev, ki jih terapevt ne bi prepoznal.

V praksi se kognitivna konceptualizacija izdeluje od prvega stika s klientom, od prve informacije dalje – tako pisne kot ustne (npr. določene podatke dobimo že s tem, ko se klient po telefonu dogovori za termin prvega srečanja). Večino podatkov bomo pridobili s strukturiranim vedenjsko-kognitivnim intervjujem, podatke pa lahko pridobimo tudi od lečečih zdravnikov, bližnjih sorodnikov, učiteljev, vzgojiteljev ter v obliki poročil. Pomembni so tudi podatki, ki jih dobimo z opazovanjem klienta v sami terapevtski situaciji, in vivo opazovanje (v aktualni življenjski situaciji), pomagamo si lahko tudi z igranjem vlog ali vedenjskim preizkusom. Že ob prvih informacijah si postavimo delovne hipoteze o funkcioniranju in nastanku klientovih problemov, ki jih prediskutiramo s klientom in jih potrjujemo ali ovržemo ter preoblikujemo glede na nove podatke, ki jih dobimo od klienta. V formuliranju hipotez seveda izhajamo iz osnovnih predpostavk vedenjske in kognitivne terapije (npr. vedenje je naučeno, nanj lahko vplivamo, emocije so pogojene s posameznikovimi kognicijami v specifični situaciji idr.) in uporabljamo jezik vedenjske in kognitivne terapije (npr. negativne avtomatske misli, bazične predpostavke, vmesna prepričanja, strategije soočanja idr.).

Konceptualizacija se vedno dela s »papir – svinčnik« tehniko, primerna je tudi tabla (»white board«), saj lahko le tako klientu vedno sproti natančno predočimo funkcioniranje njegovega problema v obliki sheme – začaranega krogotoka od dogodka, ki povzroči tok negativnih avtomatskih misli, katera čustva, vedenja in fiziološke reakcije sledijo iz tega, ter nazadnje, kako vse to ojačuje njegove bazične predpostavke, ki v osnovi generirajo njegove negativne avtomatske misli.

Konceptualizacijo primera lahko izdelamo toliko bolje, kolikor bolj konkretno bomo s klientom raziskovali delovanje in pojavljanje njegovih problemov. Zato je zelo pomembno, da se osredotočimo na specifično (sprožilno) situacijo in raziskujemo misli, čustva, vedenjske in fiziološke reakcije, ki so značilne prav za to situacijo, za ta dogodek. S tem bomo dobili relevantnejše podatke o funkcioniranju klienta, o delovanju in izvoru njegovih problemov, izdelali bomo tudi ustrežnejšo konceptualizacijo.

Kognitivna konceptualizacija primera mora podati odgovore na naslednja vprašanja:

- Kako je klient razvil motnjo?

- Kateri so bili pri tem zanj pomembni življenjski dogodki, izkušnje, odnosi, interakcije?
- Katera so njegova najbolj bazična prepričanja o sebi, o drugih, o svetu?
- Katera so njegova vmesna prepričanja (predpostavke, pričakovanja, pravila, stališča) o sebi, o drugih, o svetu?
- Katere strategije je klient uporabljal za soočanje in obvladovanje teh negativnih prepričanj?
- Katere negativne avtomatske misli, podobe in vedenja so vzdrževala motnjo oz. probleme?
- Kako so nastala bazična prepričanja, kakšno vlogo so pri tem imele situacije v življenju klienta, ki so ga naredile dovzetnega, ranljivega za razvoj motnje oz. problemov?
- Kaj se dogaja v klientovem življenju v tem trenutku, kako klient to doživlja, kako se s tem sooča?

Judith S. Beck (1995) meni, da konceptualizacijo lahko izdelamo, ko smo zbrali bistvene informacije o klientu in smo že izdelali osnovno shemo primera. To pomeni, da je znana diagnoza, poznamo klientov(e) problem(e), preverjene so indikacije za vedenjsko-kognitivno terapijo, na osnovi teh treh podatkov pa smo tudi že izdelali začetno shemo terapevtskega načrta – kaj je namen terapije, kaj so cilji terapije, katere tehnike bomo uporabljali. V tej fazi lahko v postopek obravnave vnesemo izdelavo kognitivne konceptualizacije v smislu formuliranja znanih podatkov v jeziku vedenjsko-kognitivne terapije.

Kot bistvene točke kognitivne konceptualizacije primera Beckova opredeli:

1. Klinična diagnoza po veljavni klasifikaciji
V tej točki je potrebno navesti, ali gre za psihopatologijo, ob tem navesti prisotne simptome. Opredeliti je potrebno, ali gre morda za reaktivno stanje, ali se klient zdravi z medikamentozno terapijo, kako jemlje zdravila, morebitno prenehanje jemanja zdravil. V tej točki se je dobro povezati z lečečim zdravnikom, da dobimo dobro (psiho)somatsko sliko o klientu.
2. Aktualni življenjski problemi
Tukaj se opredeli dejansko življenjsko situacijo klienta, katere probleme občuti, kako so nastali in kaj prispeva k njihovem vzdrževanju. Včasih se zgodi, da so aktualni življenjski problemi klienta povzročili »normalne« simptome (npr. preutrujenost, ki sčasoma rezultira v apatiji, izgubi volje do različnih aktivnosti ...), ki so njegova realiteta. V takem primeru ni kaj zdraviti (njegove avtomatske misli namreč niso disfunkcionalne!), ampak lahko s klientom skupaj prediskutiramo njegove objektivne življenjske okoliščine in delamo na npr. strukturiranju časa. V tej točki je potrebno identificirati vrednote in kulturno ter socialno okolje klienta, kar lahko pomembno vzdržuje probleme klienta (ojačuje bazične predpostavke in tako vpliva na disfunkcionalne misli).
3. Disfunkcionalne misli, povezane s problemi, ki jih je klient navedel
Najprej s posebno tehniko identificiramo (specifična življenjska situacija, dogodek → sproži misel) in zabeležimo disfunkcionalne misli (oz. negativne avtomatske misli). Preverimo, ali so res disfunkcionalne oz. kaj je disfunkcionalno in kaj glede na realiteto klienta ne. Opredelimo tudi klientove reakcije na disfunkcionalne misli in jih definiramo: čustvene, fiziološke, vedenjske. Ob pregledu več specifičnih situacij lahko že izdelamo neke vrste profil klientovih tipičnih negativnih avtomatskih misli ter seveda reakcij, ki se posledično pojavijo. Med izdelavo konceptualizacije lahko v tej točki klienta s tem tudi soočimo. Pri klientu lahko takoj preverimo, ali svoje funkcioniranje oz. naravo svojih problemov, opredeljenih po shemi vedenjsko-kognitivnega modela prepozna.
4. Zgodnje izkušnje, ki doprinašajo k sedanjim problemom klienta
Tukaj se osredotočimo na informacije, ali je klient v preteklosti že doživel podobne probleme. Prav tako preverimo in navedemo morebitne (bolj ali manj) travmatske izkušnje in druge dogodke, ki so vplivali na nastanek disfunkcionalnega mišljenja, upoštevamo in

navedemo logiko, ki jo klient pri tem vidi (npr.: »Vsakič, ko se je to zgodilo, mi je mama rekla ..., zato sem tudi jaz prevzel tako stališče.«). Upoštevamo tudi genetske dejavnike (npr. nagnjenost k povišanemu krvnemu pritisku, težave z uravnavanjem sladkorja v krvi ...), psihogenezo njegove matične družine. Vključimo tudi ugotovitve o odnosih s pomembnimi osebami v njegovem osebnostnem razvoju.

5. Bazične predpostavke in vmesna prepričanja, ki ležijo v bistvu problemov
Klientove probleme, ki so posledica disfunkcionalnih misli, generirajo njegove bazične predpostavke o sebi, o drugih ljudeh in o svetu. Klient se jih ne zaveda; pogosto jih sam po sebi ne verbalizira, potrebno jih je prav »izvleči« iz njega. Bazične predpostavke klientu definirajo njegov stil zaznavanja in razmišljanja – obarvajo, osmislijo in organizirajo vsa njegova spoznanja in izkušnje na način, da se bazična prepričanja vedno znova utrjujejo. Preko reakcij, ki se pojavljajo zaradi klientovega načina razmišljanja, pa mu definirajo tudi stil čustvovanja, njegovo vedenje, vplivajo na fizično stanje. Tako rekoč obvladujejo vse segmente njegovega življenja. Bazične predpostavke moramo prepoznati, definirati in zapisati.
6. Oblike klientovega soočanja z disfunkcionalnimi prepričanji
Prepoznamo in zabeležimo, katere kognitivne, vedenjske in čustvene mehanizme je klient razvil kot prilagoditev na tak način življenja, kot ga od njega zahtevajo njegove bazične predpostavke. Definiramo pozitivne in negativne mehanizme. Raziščemo, kaj klient počne, da si pomaga pri reševanju problemov, kako se z njimi sooča (in ali se sooča, ali se temu izogiba, zanika ...). Raziščemo, katere strategije uporablja, ali so učinkovite, mu pomagajo odpraviti moteče simptome ali pa celo obvladovati probleme. Ugotovimo lahko, da ima klient zelo majhen spekter strategij za soočanje, ali pa da vedno uporablja isto strategijo, ki seveda ni učinkovita za vsako specifično situacijo. Na tej točki je zelo dobro vidna klientova nefunkcionalnost oz. nefunkcionalnost njegovih bazičnih predpostavk.
Tukaj opredelimo tudi, kako klient vidi sebe, druge in svet, identificiramo morebitno depresivno kognitivno triado (klient vidi negativno sebe, druge in svet – npr. prihodnost).
7. Aktualni stresorji, ki doprinašajo k problemom oz. generalni stresor, ki vpliva na obstoj psihološkega problema, ali pa le onemogoča, da bi si klient pomagal pri reševanju svojih problemov (jih obvladoval).

Strategije soočanja z disfunkcionalnimi prepričanji oz. reakcije nanje, je Beckova opredelila v naslednjih kategorijah:

A) Prikrite, obrnjene navznoter, organske

- a) Kognitivno reševanje problemov, kamor prišteva kognitivno načrtovanje, kognitivni preizkus, iskanje informacij.
- b) Kognitivna kontrola negativnih emocij, kamor prišteva kognitivni umik ali beg ter reinterpretacijo.

B) Odkrite, odprte navzven, usmerjene v akcijo

- a) V averzivnih situacijah se pojavlja fizični umik ali beg, akcije usmerjene na fizično okolico, akcije, usmerjene na socialno okolico ter izogibanje frustrirajočim situacijam.
- b) Negativne emocije.

Za pomoč pri izdelavi kognitivne konceptualizacije se lahko poslužimo diagrama kognitivne konceptualizacije (Beck J. S., 1995), ki je prikazan na sliki 3. V diagram vnesemo podatke, ki smo jih pridobili z eksploracijo klientovih problemov, hkrati pa vnesemo razdelano shemo iz sprožilnih situacij, v katerih smo identificirali avtomatske misli, njihov pomen za klienta, čustva

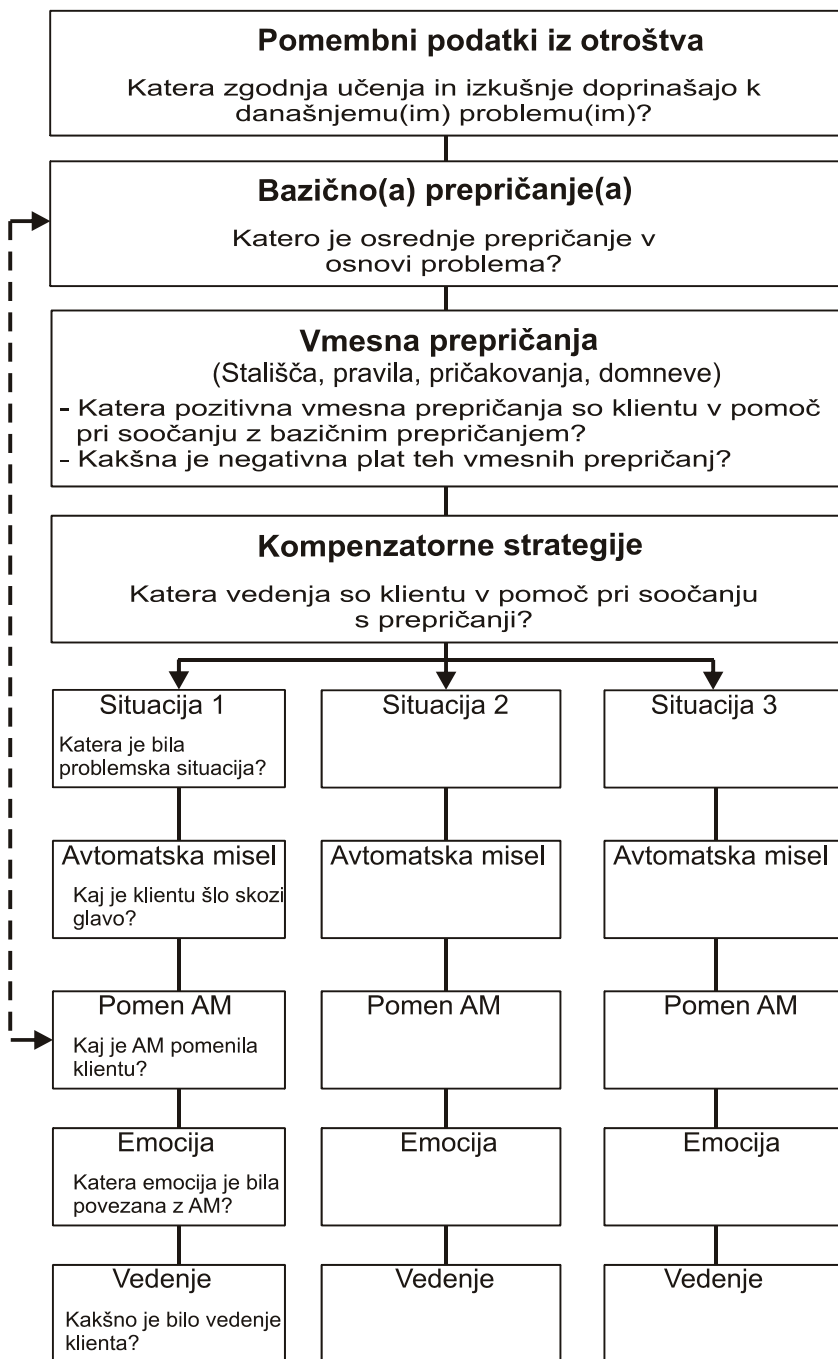
in vedenja, ki so jim sledila. Povezava med vsemi nivoji diagrama se logično odraža v izpostavljenem bazičnem prepričanju na vrhu diagrama.

Kot dodatne vsebine, ki jih je potrebno dobro osvetliti, je Beckova navedla tudi identifikacijo vitalnih vsebin, ki so dobro ohranjene, funkcionalne. Potrebno je preveriti, kako klient vidi rešitev problema, ali sploh vidi možnost rešitve, katere spremembe (zunaj ali znotraj njega) bi se morale zgoditi, da bi se problem zmanjšal oz. odpravil. Ugotoviti moramo, kaj je tisto, kar klientu daje zadovoljstvo, kaj bi mu ga lahko nudilo, ali bi se dalo kaj postoriti.

V razgovoru s klientom je potrebno zelo pazljivo poslušati njegov jezik, njegove sklepe in zaključke, da najdemo logiko, ki jo v razmišljanju uporablja. To nam bo dalo pomembne usmeritve za ugotavljanje, katere bazične predpostavke so v ozadju njegovih problemov, hkrati bomo do klienta čutili več razumevanja, predvsem pa bomo boljše razumeli funkcioniranje njegovih problemov.

Preveriti moramo klientovo motivacijo za delo v terapiji, njegove kapacitete za kognitivne intervencije (dovzetnost). Prav tako moramo preveriti, ali razume kognitivni model, na katerem smo opisali njegove probleme, ali verjame vanj, ga sprejema. Upoštevati moramo njegovo osebno organizacijo in temu prilagoditi cilje terapije. Pri tem je potrebno definirati cilje, ki si jih postavlja klient v terapiji, kakšni so terapevtovi cilji, kateri so delovni cilji terapije, postavljeni po zakonitostih postavljanja ciljev v vedenjsko-kognitivni terapiji (jasni, dosegljivi – realni, merljivi ...).

Ko smo te podatke zbrali, lahko natančneje predvidimo tehnike in metode dela v terapiji, prav tako lahko predvidimo morebitne modifikacije »settinga« ali določenih tehnik, da bi jih lahko uporabili pri konkretnem klientu. Le-te so morda potrebne tudi zato, ker na osnovi zbranih podatkov lahko predvidimo tudi težave v izvajanju tretmaja, ki se jim v določeni meri lahko izognemo prav s prilagoditvijo tehnik in »settinga« (npr. gremo s klientom v dvigalo ali do dvigala, v kolikor njegova kapaciteta za imaginacijo ni dovolj dobra in ne moremo z njim delati na nivoju predstav).



Slika 3: Shema diagrama kognitivne konceptualizacije (Beck J. S., 1995)

LITERATURA

Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basic and Beyond*. New York: The Guilford Press.

Beck, J. S. (2005). *Cognitive Therapy for Challenging Problems*. New York: The Guilford Press.

Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. and Clark, D. M. (1989). *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford: Oxford University Press.

Wills, F. and Sanders, D. (1997). *Cognitive Therapy: Transforming the Image*. London: Sage Publications.

VEDENJSKO-KOGNITIVNI INTERVJU

*Mag. Jasna Božič, univ. dipl. psih., spec. psihološkega svetovanja
Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana*

I. UVOD

Opredelitev intervjuja v klinično-psihološkem ocenjevanju

Intervju je še najbolj podoben pogovoru pri neposrednem srečanju dveh ljudi, a ga od običajnega pogovora razlikuje poseben cilj in namen, ki mu v razgovoru sledimo. Verjetno je to ena izmed najstarejših in najpogosteje uporabljenih tehnik v tistih poklicih, kjer ljudje pri svojem delu srečujejo druge ljudi, da bi v pogovoru z njimi namensko iskali in zbirali določene informacije. Najbolj nam je znana uporaba izraza intervju pri novinarskem delu.

Psihološko proučevanje posameznika si je težko predstavljati brez uporabe določenih oblik intervjuja. Intervju je nedvomno najbolj elastična diagnostična tehnika, a so skromna znanstvena spoznanja o intervjuju v nesorazmerju z razširjenostjo njegove uporabe (Berger, 1978).

Psihološko ocenjevanje dandanes ponuja celo vrsto uporabnih instrumentov, vendar prav intervju omogoča neposredni, osebni kontakt ter opazovanje, ki jih druge metode in tehnike ne dajejo. Ta opažanja in splošni vtis o osebi ob pridobljenih informacijah omogočajo oblikovanje prvih hipotez, ki usmerjajo kasnejši tok psihološkega proučevanja, ocenjevanja in načrtovanja terapije.

V klinično-psihološkem intervjuju se spraševalec in vprašani nahajata v posebnem odnosu, ki zajema tri načine komunikacije: verbalno komunikacijo, opazovanje vedenja in empatično interakcijo (Berger, 1978).

Specifične značilnosti klinično-psihološkega intervjuja so (Krizmanić, 1984):

1. Vedno gre za neposredno srečanje dveh ali več oseb, ki morajo imeti možnost, da druga drugo vidijo, slišijo in razumejo.
2. Intervju se izpelje z določenim namenom, ki je znan spraševalcu in običajno tudi spraševanemu.
3. Razpon tematike oz. vsebine razgovora spraševalec namerno omejuje in nadzira.
4. V tej interakciji sta spraševalec in vprašani v posebnih vlogah.

Začetni namen vsakega intervjuja je vzpostavljanje kontakta s spraševanim in ustvarjanje medsebojnega odnosa, ki ima nek skupen namen in cilj. Oba udeleženca vstopata v intervju z nekimi pričakovanji, kakšne cilje naj bi dosegla v razgovoru. Pomembno je, da se del časa posveti razlagi teh ciljev. Jezik, ki se uporablja v intervjuju, naj bo enako razumljiv obema, kar je osnova dobrega komuniciranja. Komunikacija poteka tudi na neverbalnem nivoju. Zaradi kompleksnosti tega procesa je nujno poskrbeti, da so sporočila ustrezno razumljena. Pri razjasnitvi teh napak so pomembne povratne informacije, ki jih udeleženca prejmeta od sogovornika. Komunikacija omogoča tudi interaktivno učenje. V poteku intervjuja prihaja do določenih sprememb vedenja, ki pa niso nujno trajne. Pri psihodiagnostičnem intervjuju spraševalec ne sme zanemariti verbalne in neverbalne podkrepiteve, ki lahko vplivajo na popačenje pacientovih odgovorov ali na zadrževanje na določenem področju pacientovega doživljanja in vedenja.

Znotraj kliničnega intervjuja razlikujemo celo vrsto pristopov in delitev.

V grobem, glede na cilj razgovora, ločimo diagnostični in terapevtski intervju, v posameznih primerih pa ta delitev ni možna (posebej ne pri kriznem intervjuju ali v procesni diagnostiki).

Intervjuje delijo tudi glede na stopnjo vnaprejšnjega načrtovanja poteka in vsebine razgovora, tako razlikujemo nestrukturirani ali nedirektivni (metoda svetovanja po Rogersu), polstrukturirani ali vodeni in strukturirani intervju (Petrović, I., po M. Biro, W. Butollo, 2002). Strukturiranost intervjuja lahko razumemo kot kontinuum, ki poteka od manjše do visoke strukturiranosti (Hughes, Baker, 1990).

V nestrukturiranem intervjuju je iniciativa v največji meri prepuščena klientu, vendar ima nekaj strukture – deli se v tri faze: začetno, srednjo in zaključno. Začetna je namenjena izmenjavi informacij o razlogu in namenu intervjuja, srednja vključuje raziskovanje in razgradnjo tega namena, zaključna pa povzemanje vsebine pogovora in dogovor o naslednjih korakih (Krizmanić, 1984). Nestrukturirane intervjuje, kjer je izbira v večji meri prepuščena otroku, se pogosteje uporablja za mlajše, predšolske otroke v kontekstu igre (Baker, Hughes, 1990).

V polstrukturiranem intervjuju je določeno vsebinsko področje, o katerem se sprašuje, vendar je dovoljeno preoblikovati vprašanja, ne da bi spremenili njihovo vsebino.

Strukturiran klinični intervju je v procesu spraševanja formaliziran tako glede vsebine, zaporedja in načina posredovanja vprašanj. Spraševalec postavlja specifična vprašanja s standardno vsebino po vnaprej določenem vrstnem redu. Obstajajo kriteriji za ocenjevanje odgovorov in pravila za uporabo dodatnih vprašanj po potrebi. Izrazito strukturirani intervjuji večinoma ne dopuščajo postavljanja odprtih vprašanj ali lastnih vprašanj, ki bi po potrebi pojasnila nejasne odgovore. Pomanjkljivost izrazite strukturiranosti je izpuščanje informacij, ki jih protokol ni predvidel, pa tudi preveč formalen odnos med spraševalcem in spraševanim. Običajno se uporablja v raziskavah.

V zadnjih desetletjih so se razvile in izpopolnile specializirane in zelo strukturirane oblike intervjujev za diagnostiko posameznih motenj. Razvoj strukturiranih diagnostičnih intervjujev predstavlja pomemben prispevek v raziskovanju otroške in mladostniške psihopatologije. Razvijajo sposobnost identifikacije simptomov in sindromov, sistematičen način zbiranja podatkov in njihovo kvantifikacijo ter s tem povečujejo znanstveno veljavnost in ustrezen opis otroških motenj.

Osnovni principi vedenjsko-kognitivnega intervjuja

Omenjene splošne značilnosti klinično-psihološkega intervjuja nedvomno najdemo tudi v vedenjsko-kognitivnem intervjuju, katerega cilj je:

- a) ugotoviti, kaj je problem in
- b) osvetlitev problema z več vidikov, kar predstavlja osnovo za ciljno naravnano terapevtski postopek.

Z vidika vedenjskih teorij je mogoče osebnost opisati le z vedenjskimi vzorci, samo vedenje pa je vedno odraz nekaterih trenutnih dražljajev v okolju izven ali znotraj organizma (sem sodijo kognitivni ali emocionalni dražljaji). Po vedenjskih teorijah je vsako vedenje naučeno in ni odraz stalnih osebnostnih potez, zato vzorci vedenja niso časovno in situacijsko stabilni. Vedenjski princip poudarja specifičnost vedenja v vsaki posamezni situaciji, zato je potrebna ocena vzorcev vedenja v velikem številu različnih situacij. Pri tem poudarjajo vlogo neposrednega opazovanja v naravnem okolju. Sam intervju (in terapija) je usmerjen v sedanost, predvsem v vedenje in odnose posameznika z okoljem ter v opis variabilnosti problematičnega vedenja v različnih situacijah. Za opis problematičnega vedenja se uporablja shema A-B-C (Antecedent – Behavior –

Consequence), s pomočjo katere osvetlimo predhodne dogodke, opišemo pojav problematičnega vedenja in njegovih posledic oz. učinkov.

Tradicionalni vedenjski pristop je bil usmerjen predvsem v opazovanje vedenja in funkcionalnih povezav med vedenjem in zunanjimi dejavniki. Sodobni pristopi vključujejo tudi posameznikove notranje procese. Z vidika kognitivnih spoznanj so vedenje, procesi samozavedanja (kognitivni in emocionalni) ter vpliv okoliščin vedno v interakciji. Z intervjujem ne pridobivamo samo ustreznih informacij o problemu, ampak tudi o vedenju, mišljenju in fiziološkem odzivanju pacienta v različnih situacijah ter o vplivu vseh drugih okoliščin na vzdrževanje problema oz. vedenja, kar omogoča funkcionalno analizo pacientovega vedenja.

Vedenjsko-kognitivni intervju je samo ena izmed tehnik ocenjevanja v vedenjsko-kognitivnem pristopu. V svoji osnovi je naravnan diagnostično, vendar funkcionalna ocena vedenja vključuje elemente samoopazovanja, psihoedukacije in evalvacije posledic, kar ima lahko terapevtski vpliv. Med pogovorom se spodbuja kooperativnost in aktivnost pacienta ter razvoj zaupnega odnosa med terapevtom in pacientom. Ob zaključevanju intervjuja je že mogoča opredelitev problema, preverjanje pacientove želje po spremembi lastnega vedenja in oceno indikacij za vedenjsko-kognitivno terapijo.

Vedenjsko-kognitivni intervju je zelo dobro strukturiran, vrstni red vprašanj in njihova vsebina sta vnaprej predvidena, možno pa je preoblikovanje vprašanj zaradi prilagajanja pacientovim zmožnostim razumevanja. Vrstni red postavljenih vprašanj ni povsem tog; pogosto se posamezni deli prepletajo. V tem smislu je intervju zaključen šele, ko omogoči konceptualizacijo primera.

II. POTEK VEDENJSKO-KOGNITIVNEGA INTERVJUJA (Kirk, 1989)

Pregled osnovne strukture vedenjsko-kognitivnega intervjuja

1. UVOD
 - KRATEK OPIS PROBLEMA
 - RAZVOJ PROBLEMA
2. OPIS PROBLEMATIČNEGA VEDENJA
3. KONTEKST IN MODULIRAJOČE VARIABLE
4. VZDRŽUJOČE VARIABLE
5. IZOGIBANJA
6. SOOČANJA
7. PSIHIATRIČNA IN MEDICINSKA ZGODOVINA
8. PREJŠNJE OBRAVNAVE
9. PREPRIČANJA, MISLI O PROBLEMU
10. VKLJUČEVANJE V TERAPIJO
11. PSIHOSOCIALNA SITUACIJA
12. PRELIMINARNA FORMULACIJA

Stopnje v vedenjsko-kognitivnem intervjuju

1. Uvod

Kratek opis problema

Pacientu omogočimo 5 do 10 minut, da se razgovori in ga poslušamo.

Pozorni smo na neverbalno vedenje, na spremembe v vedenju (znake vznemirjenja).

Občasno povzemamo del vsebine, zastavljamo vprašanja, parafraziramo ali reflektiramo problem. Pozorni smo zlasti na predhodne okoliščine ter na vzdrževalne dejavnike.

Pacienta spodbujamo, da se osredotoči na zadnji dogodek, ko so bile težave očitne.

Skušamo se s skupno odločitvijo s pacientom osredotočiti na en problem

Razvoj problema

Skušamo ugotoviti, kdaj so se težave začele, zakaj se vzdržujejo in poiskati dogodke, ki so posredno ali neposredno s tem povezani.

Sestavimo lahko listo stresnih dogodkov.

Predhodni dogodki, ki so lahko povezani s problemom.

Časovni potek – raziščemo, kako se je problem razvijal, ali je konstanten, dolgotrajen, ali so vmes poslabšanja, kaj je še posebej težko.

Predispozicije – ozadje problema: kateri dejavniki povečujejo problem.

Potem sledi še povzemanje povedanega; s tem preverjamo še svoje razumevanje problema.

2. Opis problematičnega vedenja

Izdelamo na osnovi sheme A-B-C

(poudarek na B):

A - antecedents, kaj vedenju predhodi,

B - behavior – kakšne misli in prepričanja se ob tem pojavljajo,

C - consequence – kakšne so posledice, ali prinašajo določene koristi, prednosti.

Vprašanja

Prosim vas, da kratko opišete svoj problem...

Kaj vas je pripeljalo?

Kdo vas je napotil?

Kakšni so razlogi, da ste se prav zdaj odločili za obisk / terapijo pri meni?

Če se vas pravilno razumel-a..., je to tako...?

Ali imam prav?

Kako je to izgledalo nazadnje, kako se vam je življenje ob tem spremenilo?

Kdaj so se te težave začele?

Koliko časa problem že traja?

Ali se je pred tem v vašem življenju zgodilo kaj pomembnega?

Ali se vam je stanje kdaj še posebej izboljšalo, poslabšalo? Ali so se težave spreminjale? Kako se je problem razvijal? Kako vam je do sedaj uspelo vzdržati v tej situaciji? Zakaj ste prav zdaj poiskali pomoč?

Ali se je to že dogajalo komu v vaši družini?

Vprašanja

KAJ je problem?

KDAJ se pojavlja, koliko časa traja?

KJE se to dogaja?

KAKO POGOSTO se pojavlja?

OB KOM se problem pojavlja, ali v prisotnosti določene osebe?

KAKO močno vznemirja in kako moteče je (ocena na lestvici od 1 do 10), koliko moti vaše vsakodnevno življenje, koliko lahko problem sami kontrolirate, kdaj simptom ni prisoten, kaj takrat občutite?

Odgovore na vprašanja opredelimo na štirih različnih nivojih:

VEDENJSKEM

Kaj naredite takrat, ko se težave pojavijo?

KOGNITIVNEM

*Na kaj takrat pomislite?
Kaj vam je šlo tisti hip skozi glavo / misli?
Kaj ste takrat sami sebi rekli?*

EMOCIONALNEM

*Kako se takrat počutite?
Kaj ste občutili?*

FIZIOLOŠKEM

Ali takrat zaznate v telesu kakšne spremembe? Ali jih lahko opišete?

Če ima pacient težave pri odgovarjanju na vprašanja in opisu problematičnega vedenja, ga preusmerimo na zadnji dogodek oz. situacijo, ko se je pojavil njegov problem, ali poizkusimo še z imaginarno situacijo in ponovimo opisovanje na vseh štirih nivojih.

Primer: Dekle, ki jo je strah pred preverjanjem znanja in izostaja od pouka, ko je napovedano ocenjevanje, se pogosto ustavi pred šolskimi vrati in se vrne domov, ali odide iz šole po nekaj urah pouka. Situacija: pot v šolo, pred šolo. Misli: nikoli ne bom dokončala te šole, nesposobna sem, vsem drugim gre bolje (ob pogledu na druge učence pred šolo). Čustva: močan strah, obup in potrto. Fiziologija: glavobol, slabost v želodcu, sili jo na bruhanje.

3. Kontekst, v katerem se vedenje sproži oz. pojavlja in modulirajoče variable so tiste, ki lahko pomembno vplivajo na pojav problema, lahko ga poslabšajo ali izboljšajo (A iz sheme). Poskušamo določiti in pojasniti povode, sprožilne situacije (triggerje). Poskušamo spreminjati tiste, ki povečujejo problem in krepi tiste, ki zmanjšujejo problem.

Modulirajoče variable:

Vprašanja

SITUACIJSKE

*Ali se problem pojavlja v kakšnih specifičnih situacijah?
Ali obstajajo situacije, v katerih se problem pojavlja pogosteje, in situacije, v katerih se ne pojavlja?*

VEDENJSKE

*Ali problem mogoče izgine po določenih situacijah?
Ali se težave pojavljajo le ob določenem vedenju, ob drugem pa ne?
Ali obstaja kakšno specifično lastno ali tuje vedenje, ob katerem nastopijo težave ali se povečajo?*

KOGNITIVNE

*Ali je kakšna razlika glede na to, kaj takrat pomislite?
Ali ta vsebina misli vpliva na vaše težave?
Ali kakšne vaše misli sprožijo ali povečajo pojav problema oz. ga zmanjšajo?
(Skušamo približati spoznanje, da naše predhodne misli vplivajo na vaše počutje, vedenje.)*

EMOCIONALNE

*Ali je kakšna razlika glede na to, kako se takrat počutite?
(Npr. Ali se simptomatika poslabša, če zjutraj vstane slabe volje, ali jeza zmanjša čustvo strahu?)*

MEDOSEBNE

Ali je kakšna razlika glede na to, kdo je takrat z vami?

Ali na povečanje oz. zmanjšanje problema lahko vplivajo druge osebe in kako?

Kaj drugi mislijo o vaši težavi? Kako druge osebe vidijo in interpretirajo te težave?

FIZIOLOŠKE

Ali je kakšna razlika glede na različne senzacije, dogajanje v telesu?

Ali ste opazili kakšne specifične telesne znake, ki napovedujejo nastop problema oz. zmanjševanje?

(Pomembne so pacientove razlage teh znakov.)

4. Vzdržujoče variable so tiste, ki ohranjajo oz. utjujejo specifično problematično vedenje zaradi ugodnih posledic (C iz sheme) za pacienta – običajno je to neposredno in kratkoročno zadovoljstvo, olajšanje ali ublažitev težav. Pozorni smo na neposredne posledice in učinke problematičnega vedenja in na pacientovo interpretacijo teh učinkov.

Osnovno vprašanje:

Kaj se zgodi takoj potem, ko se pojavi problem?

Ključno :

Kakšen pomen imajo ti dogodki za osebo in kako si jih razlaga?

Kako potem reagira?

Kaj je mislil in kako si je to razlagal? Kako je to občutil?

Kako so se druge osebe odzvale, reagirale?

Kako se je pri tem počutil (je bil sproščen ali je napetost ostala)?

Ob tem si moramo ustvariti realno sliko pogojev, v katerih se pojavlja problem. Npr. ali ima vedenje, ki sledi izbranemu vedenju, neugodne posledice (težnja k ugašanju) ali pozitivne (težnja k ponavljanju). Pri tem preverjamo:

Vzdržujoče variable:

Vprašanja

SITUACIJSKE

Ali se glede na situacijo problem potem poveča?

Ali se v takšni situaciji problem potem, ko je nastopil, še posebej poveča?

VEDENJSKE

Ali se problem še poveča po določeni obliki vedenja?

KOGNITIVNE

Ali kakšne vaše misli potem lahko še povečajo problem?

EMOCIONALNE

Ali kakšna oblika vaše čustvene reakcije potem še poveča problem?

MEDOSEBNE

Ali prisotnost kakšne osebe potem poveča problem?

FIZIOLOŠKE

Ali lahko kakšno dogajanje v vašem telesu potem še poveča problem?

Ali problem sproži še kakšne dodatne fiziološke reakcije ali le-te potem kaj spremenijo problem?

Primer: Agresiven fant, ki pogosto tepe mlajše in starejše vrstnike, je na vprašanje, kako se on pri tem počuti, rekel: »To je tako dober občutek, ko ga vržeš na hrbet in nič ne more! (emocionalno zadovoljstvo) vsi se me bojijo! (medosebno – uveljavljanje pred drugimi.« Na kognitivnem nivoju mu daje zadovoljstvo tudi občutek moči (pozitivna interpretacija vzdržuje agresivno vedenje).

5. Izogibanja so pogosto glavni vzdrževalni dejavnik (C iz sheme) problematičnega vedenja. Njihova funkcija je obramba pred visoko stopnjo anksioznosti. Pri tem onemogočajo soočanje in spoprijemanje s problemom, zato je potrebno prekiniti z vedenjem, ki vzdržuje problem.

Dva načina izogibanja:

1. Pasivno izogibanje je npr. fobično izogibanje, umik iz nevarne situacije, kar prinese olajšanje, vendar poveča problem.

2. Aktivno izogibanje so npr. rituali in kompulzivno vedenje.

Pogovorimo se o vsem, kar vpliva na to izogibanje (tudi o medosebnih odnosih). Z razvojem strategij soočanja se dvigne samozavest in občutek kompetentnosti, kar vpliva tudi na znižanje stopnje anksioznosti.

Primer: Dekle, ki ne gre v šolo, ker se boji neuspešnosti pri preizkusih in ocenjevanju znanja, se izogiba situaciji zaradi naraščanja anksioznosti. Anksioznost in njeni fiziološki spremljevalci se stopnjujejo s približevanjem šoli. Ko so občutki nevzdržni, se umakne in odide domov. Anksioznost popusti, občuti olajšanje, ki je kratkotrajno. Naslednji dan, ko pričakuje preverjanje znanja, se situacija ponovi. Umik iz situacije ima pomen izogibanja, ki dolgoročno problem še poveča, saj se dekle čuti vedno manj sposobno soočiti se s svojim problemom.

6. Soočanja

Poskušamo odkriti, kako si je oseba do sedaj pomagala v teh težavah, kakšne so bile dosedanje rešitve. Osredotočimo se na njene prednosti, spretnosti, vire moči in pomoči v okolju in jo usmerjamo na njena močna področja.

7. Psihiatrična in medicinska zgodovina

Na osnovi teh podatkov lahko sklepamo, kako se bo sedaj spopadel s terapijo. Povprašamo tudi o zdravlilih.

8. Prejšnje obravnave

Zanima nas, ali je oseba že iskala pomoč, kdaj in kje, kakšni so bili rezultati terapije in ali še jemlje zdravila. Iz teh podatkov lahko ocenjujemo odziv na terapijo, nevarnost izogibanja in možnost izida.

9. Prepričanja, misli o problemu

Kako si razlaga težave?

Vprašanja

*Čemu ste se zaradi problema odpovedali?
Kaj ste prenehali delati?
Kam ne hodite več?*

*Ali ste začeli kaj početi, da bi rešili situacijo?
Kaj bi lahko prenehali delati, če bi ta problem izginil?
Kaj bi lahko začeli početi, da bi ta problem izginil?
Ali delate kaj, česar prej niste?
Ste kaj spremenili pri tem vedenju?*

Kako drugačno bi bilo za vas življenje, če ne bi imeli teh težav? Kaj bi lahko delali, česar zdaj ne morete?

Vprašanja

*Kako ste do sedaj shajali?
Kako si na splošno pomagate ob težavah?
Ali ste si poskušali kdaj sami pomagati in kako?
Ali ste kdaj kaj naredili, da bi problem rešili?
Kako si pomagate, ko vam je hudo?
Kako ste si včasih pomagali v podobni stiski?*

Vprašanja

*Kako si sami razlagate svoje težave?
Kako, mislite, je problem nastal?*

Ali misli, da je problem rešljiv, ali pa to ne bo nikoli zmogla?

Ali mislite, da je ta problem mogoče rešiti?

Ali mislite, da je to bolezen?

Ali mislite, da je to spremenljivo?

Kaj misli, da bi lahko pomagalo?

Kaj vi mislite, da bi vam pomagalo?

Kaj bi se moralo zgoditi, da bi vam bilo bolje?

Kaj bi vi morali narediti, da bi vam bilo bolje?

Ali je kdo, ki ga poznate, imel podobne težave in kako se je izšlo? Kaj mislite, da bi neka druga oseba naredila s tem problemom? Kaj bi svetovali nekemu drugemu s tem problemom?

Pričakovanja o spremembah

Kaj se bo spremenilo, ko boste dosegli cilj oz. rešili problem?

Ali je možno, da boste zaradi tega imeli kakšne večje obveznosti, ali da bi kaj izgubili?

Kako bi izgledalo, če bi ...?

Kje mislite, da bi lahko začeli, na kaj bi se najprej osredotočili?

Prepričanja in misli o težavah

Mislite, da se bo situacija izboljšala ali ne?

Kaj bi vam pomagalo? Če misli, da to ni mogoče, vprašamo:

Kaj vas je spodbudilo, da ste vendarle prišli na pogovor?

10. Vključevanje v terapijo

Vprašanja

Poteka na osnovi pacientove želje po spremembi. Njegove stiske je potrebno povezati s stiskami, ki bi jih terapija prinesla. Motivacija za terapijo je odvisna od tega, ali je sprememba zanj ugodna, potrebna je korekcija neustreznih pričakovanj.

Ali si želite rešiti problem?

Ali želite, da bi se kaj spremenilo?

Poudarimo, da gre pri vedenjsko-kognitivni terapiji za aktiven pristop, ki skloni na aktivnosti pacienta (nekateri želijo le, da jih kdo posluša).

Ali si želite aktivno delati na vašem problemu?

Ste pripravljeni sodelovati?

11. Psihosocialna situacija obsega: družino, seksualne odnose, nastanitev, zaposlitev, socialne odnose, interese, ki so lahko pomembni viri pomoči.

12. Preliminarna formulacija

V zaključevanju razgovora povzamemo in kratko opišemo aktualen problem, njegov potek in vzdrževanje ter damo začetno oceno o razumevanju problema. Spodbudimo še pacientovo povratno informacijo, preverimo njegova pričakovanja in poudarimo njegovo aktivno vlogo.

Na tej osnovi naredimo načrt terapije; lahko se pokaže potreba po iskanju in zbiranju dodatnih informacij.

III. UPORABA VEDENJSKO-KOGNITIVNEGA INTERVJUJA PRI DELU Z OTROKI IN MLADOSTNIKI

Razvoj in opredelitev vedenjskega ocenjevanja otrok

Pogostost, namen in oblike intervjujev so se v vedenjski oceni otrok spreminjali. Prvotno vedenjska ocena ni nujno vključevala intervjuja z otrokom, saj so menili, da so otroci nezanesljivi poročevalci o svojem lastnem vedenju in dogodkih, ki nanj vplivajo. Verodostojnost starševskega poročanja so nadomeščali z obsežnim in sistematičnim neposrednim opazovanjem, ki je postal zaščitna znamka vedenjske ocene. Zgodnje oblike vedenjskega intervjuja so bile tako usmerjene v predhodne dogodke in posledice opazovanega vedenja. Namen intervjuja je bil razvoj funkcionalne analize ciljnega oz. problematičnega vedenja. Funkcionalna analiza vedenja je pojasnila funkcionalno povezanost specifičnega otrokovega vedenja s predhodnimi in posledičnimi dogodki.

Zaradi znanstvenih spoznanj in kompleksnosti sodobnih modelov otroških motenj je tudi sodobna vedenjska terapija vključila percepcije staršev, pričakovanja, prepričanja, pristope soočanja in reševanja problemov (problem solving) ter seveda otrokove interakcije in njegovo socialno mrežo. Sodobno vedenjsko ocenjevanje upošteva tudi vpliv najširših kontekstualnih variabel, ki so časovno in prostorsko oddaljene od okolja, v katerem se pojavlja problematično vedenje. Primeri variabel, ki niso nujno del trenutnega konteksta, so: osebnost staršev, družinska klima, zakonska nesloga, odnosi s skupino vrstnikov, socialni suport ipd.

Z vključevanjem kognitivnih in emocionalnih variabel v obravnavo se je pokazala neustreznost termina »ciljno vedenje«. Ta termin je v vedenjski oceni nadomeščen s splošno zbirko strategij reševanja problemov, ki jih spremlja širši obseg sistemskih variabel ter večja variabilnost metod. Intervjuji in lestvice samoocenjevanja so postale bistvene komponente vedenjskega ocenjevanja.

Ollendick in Hersen, 1984, 1993, (Hersen, 2006) definirata vedenjsko ocenjevanje otrok kot proces raziskovanja in testiranja hipotez, v katerih je zaporedje specifičnih postopkov uporabljeno, da bi razumeli konkretnega otroka, skupine ali socialne ekologije ter oblikovali in evalvirali specifične strategije interveniranja.

Mash & Terdal, 1988, (Baker, Hughes, 1990) opredeljujeta vedenjsko ocenjevanje otrok kot strategijo reševanja problemov v iskanju ocene multiplih značilnosti otroka in družine s koristno uporabo raznolikih metod.

Najpomembnejše razlike med vedenjsko-kognitivnim pristopom pri odraslih in pri ocenjevanju otrok

V primerjavi z odraslimi je potrebno pri vedenjskem ocenjevanju otrok nujno upoštevati tri vidike (Hersen, 2006):

1. Praviloma so otroci in mladostniki napoteni zaradi težav, ki jih pri njih prepoznavajo odrasli (običajno so to njihovi starši ali učitelji). Zaradi tega se odrasli in otroci pogosto ne strinjajo o obstoju problema, kot tudi ne o njegovih specifičnih značilnostih, zato je pomemben natančen opis in ocena razlik v percepciji problema pri otroku in odraslih.

2. Zaradi močnega vpliva ožjega socialnega okolja na otroka in otrokove odvisnosti od socialne kontrole zbiramo informacije ne samo neposredno z intervjujem otroka, temveč tudi s pomočjo

intervjuja s starši in učitelji, ki ga dopolnjujemo še z uporabo strukturiranih vprašalnikov ali lestvic za oceno specifičnega problema (Živčič, 1990). Vedenjsko ocenjevanje skuša zaobseči percepcije otrok, staršev, prepričanja, miselne procese in družinske interakcije, še posebej interakcije med starši in otroki ter seveda problematično vedenje v kontekstu njegovega pojavljanja. V tej široko zasnovani shemi so intervjuji s starši, otroki in družino bistvenega pomena za vedenjsko oceno otroških motenj. Dejavniki v otrokovi družini ali celo širši socialni in kulturni kontekst pomembno vplivajo na nastanek in vzdrževanje problematičnega vedenja pri otroku. Natančna ocena kontekstualnih dejavnikov nam pomaga določiti funkcijo konkretnega problematičnega otrokovega vedenja.

3. Pri uporabi tehnike intervjuja je nujno upoštevati razvojne značilnosti otroka v določeni starosti. Pogovor z otrokom se razlikuje od pogovora z odraslim, saj ima otrok povsem drugačne komunikacijske sposobnosti. Doživljajski svet otrok je kvalitativno drugačen zaradi značilnosti otrokovega procesiranja in kognitivne organizacije, ki se odraža v razvoju mišljenja in govora. Vrednost in zanesljivost informacij iz intervjuja z otrokom je odvisna od načina spraševanja oz. spretnosti spraševalca, predvsem njegovega poznavanja razvojnih značilnosti in zmožnosti konkretnega otroka. Posebej pri mlajših otrocih je pomembno, da:

- uporabljamo enostavne verbalne konstrukcije,
- se pri spraševanju usmerimo in variramo samo eno dimenzijo,
- namesto številnih odprtih vprašanj postavljamo vprašanja, v katerem otroku ponudimo alternativne odgovore (Paget, Raybuck, 1985, po Živčič I., 1990).

Prednosti otroškega intervjuja (Baker, Hughes, 1990)

1. Poznavanje otrokove subjektivne izkušnje

V kolikor želimo razumeti otrokovo percepcijo, prepričanja, sposobnost vzročnega povezovanja in njegove emocionalne izkušnje in njihovo vlogo pri otrokovih težavah, je povsem razumljivo, da je o teh notranjih procesih potrebno povprašati otroka. Otrokovo poročanje o lastnem doživljanju je pomembno.

2. Možnosti opazovanja

Intervju nudi možnost neposrednega opazovanja pomembnih vidikov otrokovega vedenjskega, emocionalnega in kognitivnega funkcioniranja. Vedenjski pristop daje prednost opazovanju v naravnem okolju, kar pa ni vedno mogoče.

SEZNAM OPAZOVANIH ZNAČILNOSTI OTROKA V INTERVJUJU (Baker, Hughes, 1990, str. 8)

1. Odzivnost na omejitve okolja/situacije
2. Impulzivnost
3. Odkrenljivost
4. Reagiranje na frustracijo
5. Odzivanje na pohvalo
6. Nivo organizacije pri igri
7. Zmožnosti komunikacije
8. Kapaciteta za odnos / odzivanje na spraševalca
9. Emocionalno reagiranje na različne vsebine
10. Ponavljanje tem v igri in pogovoru
11. Socialno razumevanje
12. Stereotipno nervozno vedenje ali govor (npr. grizenje nohtov)

13. Vrsta, stopnja in ustreznost izraženih afektov
14. Fizični in nevrološki razvoj
15. Razpoloženje
16. Uporaba okolja
17. Motorična koordinacija
18. Obseg pozornosti
19. Nivo aktivnosti
20. Logično mišljenje

3. Fleksibilnost in širina intervjuja

Fleksibilnost intervjuja omogoča spraševalcu pokrivanje širokega področja otrokovega vedenjskega in emocionalnega funkcioniranja ter poglobljanje in pridobivanje podrobnejših informacij na problematičnih področjih. Ti dve dimenziji intervjuja – širina in globina – sta usklajeni z obliko intervjuja, ki omogoča spraševalcu splošna vprašanja o otrokovem funkcioniranju na posameznih področjih, čemur sledijo podrobnejša vprašanja, ko otrokov odgovor na splošno vprašanje nakazuje problem na tem področju. Fleksibilnost intervjuja omogoča spraševalcu tudi odločanje o načinu spraševanja. Če so začetni poskusi spraševanja neuspešni, lahko spraševalec:

- Preoblikuje vprašanje – spremeni vprašanje v bolj konkretno obliko ali ponudi več alternativnih odgovorov, ki jih otrok lahko izbira.
- Preskoči na drugo temo in se povrne na staro v primernejšem trenutku.
- Vključi ustrežnejšo neverbalno obliko: risbo (npr. po opisu še nariše situacijo in opiše, kako se počuti) ali igro (nekateri otroci lažje izražajo svoje misli in čustva v kontekstu igre) za spodbujanje verbalizacije. Uporaba igre ustvari bolj sproščeno vzdušje podobno družinskemu socialnemu kontekstu.
- Uporabi tehnike za zmanjšanje otrokove bojzani in zadržanosti, kar spodbuja tudi fleksibilnost.
- Nakaže alternativne možnosti odgovorov.
- Sugerira, da se tudi drugi otroci v stiski podobno počutijo in vedejo.

4. Spodbujanje terapevtskega odnosa

Če se počuti otrok sprejet in vključen v procesu diagnostike in ocenjevanja, potem bolje sodeluje v obravnavi, ki temu sledi. Uspeh svetovanja je odvisen od otrokove aktivne udeležbe pri izmenjavi izkušenj, misli in občutkov. Prav zato je pomembno upoštevati otrokovo percepcijo potreb po obravnavi ter njegove prioritete po različnih oblikah aktivnosti v obravnavi.

Raziskave prakse vedenjskih terapevtov (Elliot idr., 1996, po Hersen, 2006) kažejo, da je intervju najpogosteje uporabljena metoda, saj vodi na lestvici prvih petih uporabljenih metod: intervju (94 %), sledi neposredno opazovanje (52 %), ocenjevalne lestvice (49 %), samoopazovanje (44 %) ter intervju s pomembnimi drugimi (42 %). Rezultat se ne razlikuje, če upoštevamo uporabo metod pri odraslih ali otrocih, le da raziskovalci pogosteje uporabljajo ocenjevalne lestvice (67 %). Na obeh področjih se enako pogosto uporablja opazovanje.

Načrtovanje in potek vedenjsko-kognitivnega intervjuja pri otrocih in mladostnikih

Oblika intervjuja v vedenjskem ocenjevanju otroka naj se razlikuje glede na: vrsto problema, namen intervjuja (diagnoza, načrt obravnave ali evalvacija obravnave) ter starost otroka. Splošne oblike intervjujev so manj ustrezne in funkcionalne.

1. Razvoj začetne formulacije problema

Ker ima intervju s starši, otrokom in družino različne cilje in prinaša različne tipe informacij, se spraševalec sam odloča, koga bo spraševal in v kakšnem zaporedju bodo potekali intervjuji.

Začetna, kratka formulacija problema vsebuje informacije iz uvodnega razgovora, ki je običajno kratek (15 minut) in lahko poteka po telefonu. Te informacije vključujejo:

- vrsto problema z vidika otrokovih izkušenj,
- načine, kako problem vpliva na njegove bližnje oz. pomembne osebe v otrokovem življenju,
- kako se je nanj odzival v preteklosti,
- osnovne informacije o otroku in njegovi družini (starost, spol, šolanje, imena in bivališče družinskih članov),
- razloge, ki so sedaj sprožili potrebo po pomoči.

Na prvi razgovor pride otrok skupaj s starši. Potem ko se opravi skupen pogovor, se nekaj minut pred koncem pogovorimo samo s starši. To daje staršem možnost, da povedo tisto, kar ni primerno v prisotnosti otroka, oz. daje spraševalcu možnost, da vpraša tisto, kar ni primerno spraševati pred otrokom. Intervjuju z otrokom je namenjeno drugo srečanje. Razlogov, da je otrok vsaj deloma prisoten v prvem intervjuju, je več:

1. Možnost opazovanja interakcij med otrokom in staršem omogoča pridobivanje nekaj bistvenih informacij o odnosu med otrokom in staršem.
2. Otrokovo sodelovanje v obravnavi je veliko boljše, če je vključen od vsega začetka. Spraševalec lahko izrazi problem tako, da zmanjša otrokovo krivdo/odgovornost in minimalizira njegov občutek, da je vedno on vzrok vseh težav. Če se spraševalec prvič sestane sam s starši, lahko otrok misli, da so starši o njem povedali vse najslabše.
3. Skupno spraševanje staršev in otrok spodbuja v družini odprto komunikacijo o problemu. Spraševalec družini sporoča, da v družini lahko govorijo o problemu brez doživljanja hudih posledic. Odprta razprava o problemu minimalizira občutke jeze in krivde ter predstavlja pozitivno izkušnjo o obravnavi.

Berard in Joyce, 1984, (Živčič, 1990) poudarjata dve fazi v diagnostičnem ocenjevanju otroka: prepoznavanje problema in analizo problema.

V fazi prepoznavanja problema je zelo pomembno ugotoviti, ali je obisk psihologa le posledica napačne percepcije in nerealnih pričakovanj staršev, ter pri kom je problem primarno prisoten (pri otroku ali starših), oz. kdo je tisti, ki potrebuje pomoč. Ocenjuje se tudi, v kakšni meri je problem tipičen za starost in kulturno okolje otroka ter ali je kroničen ali zgolj reakcija na stres. Predvidi se, ali je dovolj resen in kakšno vrsto pomoči potrebuje (svetovanje ali terapijo, katera vrsta terapije bi bila najustreznejša).

ZAČETNI INTERVJU ZA STARŠE

Specifična deskripcija	<i>Ali mi lahko poveste, kaj je problem vašega otroka? Kaj točno počne, ko se tako obnaša? Kaj govori, ko se tako obnaša?</i>
Zadnji incident	<i>Mi lahko poveste, kaj se je zgodilo zadnjič, ko se je otrok tako obnašal? Kaj ste naredili?</i>
Mera	<i>Kako pogosto se takšno vedenje pojavlja?</i>
Sprememba smeri	<i>Ali mi lahko poveste, ali se je to vedenje pojavljalo pogosteje, se je zmanjšalo ali se ne spreminja?</i>

Pogoji, v katerih se vedenje ponavlja	<i>V katerih pogojih se vedenje pojavlja – v šoli, doma, na javnih prostorih? Kdo je takrat najpogosteje z otrokom in kako reagira?</i>
Dogodki, ki predhodijo vedenju	<i>Kaj se običajno dogaja pred pojavom vedenja? Ali se vam zdi, da določene okoliščine, dogodki spodbujajo takšno vedenje?</i>
Posledično vedenje	<i>Kaj se običajno zgodi takoj po vedenju?</i>
Poskusi modifikacije	<i>Ste poskušali zaustaviti, prekiniti otroka, ko se tako obnaša? Kako dolgo ste pri tem vztrajali? Kako je to funkcioniralo? Ali ste poskušali še kako drugače ... Kaj drugega?</i>

V drugi fazi se posvetimo podrobnejši analizi problema. V intervjuju s starši pridobimo:

1. informacije o njihovi percepciji in o značilnostih otrokovih težav, predvsem o pogostosti pojavljanja, intenzivnosti in trajanju problema,
2. podatke o možnih dejavnikih, ki vzdržujejo ali spodbujajo problematično vedenje,
3. ustrezne podatke o otrokovem razvoju (medicinska, šolska in socialna anamneza).

Te podatke pridobimo v razgovoru s starši ali v skupnem razgovoru. V začetnem intervjuju je priporočljiva prisotnost obeh staršev, kar nudi možnost ocenjevanja njune usklajenosti v percepciji in načinih reševanja problema ter opazovanja njune interakcije.

Število standardiziranih oblik intervjujev za starše je veliko. Zaradi vključenosti specifičnih variabel v določene probleme so za oceno le-teh oblikovani specializirani intervjuji (npr. intervju za starše hiperkinetičnih otrok, depresivnih otrok ... ipd.)

INTERVJU ZA STARŠE – uporaben za širše področje motenj (Baker, Hughes, 1990, str. 128):

Sestava družine in demografski podatki

Starševska percepcija problema:

- *Značilnosti pojavljanja (frekvenca, sprožitev in intenzivnost)*
- *Vzroki problema*

Pričakovanja staršev do otroka, cilji za otroka

Možni dejavniki (v smislu predhodnih okoliščin ali posledic), ki vzdržujejo ali spodbujajo problem, situacijska in časovna variabilnost problema

Običajni odzivi staršev na problematično vedenje in posledično odzivanje otroka

Zgodovinske/anamnestične informacije, povezane s pojavljanjem problema (sprožitev, spremembe v manifestaciji problema)

Poskusi obravnave v preteklosti

Ustrezna razvojna in medicinska zgodovina

Šolska uspešnost

Otrokovi socialni odnosi

Motivacija in zmožnosti staršev za sodelovanje v programu spreminjanja vedenja

Vpliv psiho-socialnih stresov na družinske člane

Zakonski odnosi in harmonija

Zdravje staršev

Nivo stresa pri starših

Dejavniki, ki jim sedaj pripisujejo spodbujanje

1. *Opišite vedenje, ki vas skrbi.*
2. *Kako pogosto se to vedenje pojavlja?*
3. *Koliko časa traja?*
4. *Kako intenzivno je?*
5. *Kaj se zgodi, ko se to vedenje pojavi?*
6. *Kje in kdaj se najpogosteje pojavlja to vedenje?*
7. *S kom se najpogosteje pojavlja to vedenje?*
8. *Kateri pogoji prispevajo k temu vedenju ?*
9. *Kako veste, kdaj se bo začelo to vedenje?*
10. *Kaj se običajno zgodi po tem vedenju? Opišite, kaj se zgodi glede na odzive odraslih in vrstnikov.*
11. *Kakšna je funkcija oz. namen tega vedenja – zakaj menite, da se otroci tako obnašajo, kaj pridobijo s tem vedenjem in – ali se s tem vedenjem nečemu izogibajo?*
12. *Katera vedenja imajo lahko za otroka podobno funkcijo (ki je ustrezna kontekstu socialnega okolja)?*
13. *Katere so druge informacije, potrebne za oblikovanje učinkovitega ukrepanja – ali pod katerimi pogoji se to vedenje ne bi pojavljalo?*
14. *Kdo vse bi lahko sodeloval pri načrtovanju in izvajanju ukrepov?*

Otroški intervju predstavlja dopolnitev funkcionalne analize vedenja in predvsem uvid v otrokovo doživljanje problema. Razen o vedenju in dogodkih oz. situacijah, ki ga sprožijo, poroča otrok o svojih notranjih procesih: o svojih mislih, prepričanjih in percepciji ter o procesu razmišljanja o rešitvah. Načini ocenjevanja otrokovih kognicij, problem solvinga in emocij so kratko in splošno opisani, saj so precej odvisni od specifičnih značilnosti problema.

2. Otrokove kognicije

Spraševalec skuša v sodelovanju z otrokom ujeti misli, povezane s problemom ali situacijo, ko se je problem pojavil, pri tem seveda spodbuja otrokov samogovor, v katerem išče neustrezne kognicije. Pri otrocih najpogosteje najdemo neustrezne kognitivne atribucije – to so neustrezne vzročne razlage (katerim razlogom otrok pripisuje svoje uspehe ali neuspehe) ali pomanjkljivo razvite kognitivne veščine – kognitivne deficite. Specifična iracionalna prepričanja so pogostejša pri otrocih z internaliziranimi motnjami. Bernard, Joyce, 1984, zanje priporočata vprašanja (Baker, Hughes, 1990):

- *Kaj si razmišljal ..., ko se je zgodilo?*
- *Katere vrste misli si rekel sebi, ko ...?*
- *Povej mi prvo stvar, ki ti pride na misel, ko pomisliš na ...?*
- *Predstavljaš si sebe v razredu, kaj pomisliš ko ...?*

3. Reševanje problemov

Pomanjkanje teh veščin je povezano s problemi prilagajanja in samokontrole v otroštvu in adolescenci. Neustrezne kognitivne atribucije ter specifični deficiti v problem solvingu so posebej značilni za agresivne otroke.

Za oceno teh veščin lahko uporabimo polstrukturirane situacije. Otrokom se predstavi določene problemske socialne situacije v obliki zgodb, potem za vsako dobi serijo vprašanj. Otrokovi odgovori pokažejo njegov proces problem solvinga: točnost interpretacije situacije, oblikovanje

in evalvacija rešitev ter uporaba rešitev (Hughes, Hall, 1987 po Baker, Hughes, 1990). Uporaba aktualnih situacij daje točnejšo oceno otrokovih zmožnosti.

Vprašanja o vsebini:	<i>O čem govori zgodba? Kaj se je zgodilo? Zakaj se je to zgodilo? Ali ima otrok problem, kaj je problem? Kaj ta otrok misli in občuti?</i>
Posplošitve:	<i>Kako bi lahko otrok rešil problem? Kaj bi se lahko potem zgodilo, če otrok to naredi? Kaj bi še lahko otrok naredil? Kaj bi se zgodilo, če bi to naredil? Kaj bi bilo najboljše narediti? Zakaj?</i>
Uporaba:	<i>A to bi ti naredil? Kako dober si v tem? Pokaži mi, kako bi to naredil.</i>

4. Otrokove emocije

Posebej pomembno je, da ocenimo otrokovo stopnjo emocionalne vznemirjenosti. Otrokovi občutki so pogosto polarizirani v smislu dobro – slabo. Njihove emocionalne odzive je težko oceniti, ker skušajo zanikati čustva. Lestvice emocionalnih občutkov otroku pomagajo poročati o teh emocionalnih izkušnjah. Tak je npr. »čustveni termometer«, lestvica z desetimi stopnjami – otroka prosimo, da intenzivnost doživetega čustva oceni v konkretni situaciji. Ta metoda je še posebej pomembna za oceno strahu.

Kendall, Brasswell, 1993, priporočata, da v diagnostičnem intervjuju z otrokom poskušamo z njegovega vidika oceniti, ali so aktualne težave posledica:

- deficita otrokovih kognitivnih veščin – otrok ne razume problema in se zato ne zna ustrezno obnašati;
- neustreznega prepoznavanja, kaj od njega pričakujejo v določeni situaciji (kljub razumevanju problema in osvojenem ustreznem vedenju),
- pomanjkanja motivacije za izvajanje določenega vedenja, ker ni ustrezno nagrajeno ali ker ni posledic, kadar vedenje izostane.

ZAKLJUČEK

Vedenjsko-kognitivni intervju je oblika klinično-psihološkega intervjuja, ki je nedvomno ena najosnovnejših in najpogosteje uporabljenih tehnik v sodobnem vedenjsko-kognitivnem pristopu.

Njegova struktura nas vodi skozi podroben opis problema, njegove vedenjske, miselno-interpretativne, emocionalne in fiziološke vidike posameznikovega doživljanja ter preko osvetlitve vpliva socialnega konteksta vse do konceptualizacije primera, ki nam omogoča razumevanje posameznikovega problema ter seveda načrtovanje pomoči.

V zadnjih desetletjih so se na osnovi znanstvenih spoznanj razvile in izpopolnile specializirane oblike intervjujev, ki olajšajo oceno posameznih vrst motenj. Uporaba vedenjsko-kognitivnega intervjuja pri delu z otroki in mladostniki zahteva tudi upoštevanje vpliva otrokovega ožjega socialnega okolja, njegovih razvojnih značilnosti, predvsem pa otrokovo percepcijo in doživljanje problema.

LITERATURA

- Anić, N. (2002). *Bihevior terapija*. V: Biro in Butollo (ur.): *Klinička psihologija* (str. 254–266), München: Katedra za Kliničku psihologiju.
- Anić, N. (ur.) (1984). *Praktikum iz kognitivne i behavioralne terapije I*. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske. Krizmanić, M. Klinički intervju (str. 7–15).
- Anić, N. (ur.) (1990). *Praktikum iz kognitivne i behavioralne terapije III*. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske. Živčić, I. Kognitivno behavioralna procjena dece (str. 113–134).
- Baker, D. Hughes, J. (1990). *The Clinical Child Interview*. NY: The Guilford Press.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy, Basics and Beyond*. NY, London: The Guilford Press.
- Berger, J. (1983). *Psihodiagnostika*. Beograd: Nolit.
- Hersen, M. (ur.) (2006). *Clinician's Handbook of Child Behavioral Assessment*. San Diego, London: Elsevier Academic Press.
- Kendall, P., Braswell, L. (1993). *Cognitive Behavior Therapy for Impulsive Children*. N, London: The Guilford Press, 2nd Ed.
- Kirk, J. (1989). *Cognitive-behavioural assessment*. U. K.Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk in D. Clark (ur.). (1989). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems* (str. 13–52). Oxford: Oxford Medical Publications.
- Petrović, V. (2002) *Intervju*. V: Biro in Butollo (ur.): *Klinička psihologija* (str. 129–137), München: Katedra za Kliničku psihologiju.
- Živčić-Bećirević, I. (2002) *Kognitivna terapija*. V: Biro in Butollo (ur.): *Klinička psihologija* (str. 267–276), München: Katedra za Kliničku psihologiju.

OCENJEVANJE V VEDENJSKO-KOGNITIVNI TERAPIJI

*Mag. Jana Kodrič, univ. dipl. psih., spec. klin. psih.
Klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika
Vrazov trg 1, 1525 Ljubljana
jana.kodric@kclj.si*

Diagnostično ocenjevanje v klinični praksi je namenjeno predvsem opredelitvi posameznikovih simptomov, ki jih poskušamo na osnovi njihovega medsebojnega pojavljanja in povezovanja razvrstiti v določene kategorije oz. bolezenske entitete, kot so opredeljene v klasifikacijskih priročnikih Mednarodne klasifikacije bolezni, deseta revizija (MKB-10) ter Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj, četrta izdaja (DSM-IV). Poleg tega poskušamo z diagnostičnim ocenjevanjem v vedenjsko-kognitivni terapiji (VKT) opredeliti posameznikove težave z vidika teoretičnih izhodišč VKT, ki je osredotočena na njegove trenutne probleme in predpostavlja, da je posameznikovo vedenje odvisno tako od situacije kot od njegove razlage te situacije (Beck, 1995; Kirk, 1989; Ledley, Marx in Heimberg, 2005). Razumevanje posameznikovih težav v okviru modela VKT predstavlja izhodišča za načrtovanje in izvajanje terapevtskega procesa.

Proces diagnostičnega ocenjevanja običajno poteka ob prvem oz. začetnih srečanjih. Predstavlja začetek terapevtskega procesa. S posameznikom vzpostavimo in vzdržujemo zaupen in varen terapevtski odnos, pri čemer je pomembno, da terapevt z lastnostmi, kot so empatija, toplina, skrb za posameznika v terapiji, in ustreznimi kompetencami ustvarja okolje, v katerem mu bo posameznik lahko zaupal svoje težave in stiske (Beck, 1995; Kirk, 1989; Ledley in dr., 2005). Z diagnostičnim ocenjevanjem poskušamo opredeliti posameznikove težave v okviru vedenjsko-kognitivnega modela, ki predpostavlja medsebojno povezanost med posameznikovimi vedenjem, mislimi, čustvi in fiziološkimi reakcijami ter pojasniti okoliščine in dejavnike, ki so prispevali k nastanku, razvoju in vzdrževanju njegovih težav. Že v času diagnostičnega ocenjevanja posameznika poučujemo o značilnostih VKT pristopa. Ob osnovnih informacijah o poteku terapije ga seznanimo z značilnostmi terapije, ki temelji na njegovi lastni aktivnosti. Ob pomoči terapevta posameznik izvaja terapevtske naloge v vsakodnevem življenju in s povratnimi informacijami o učinkovitosti uporabljenih tehnik sodeluje pri načrtovanju novih strategij reševanja težav. Z načinom ocenjevanja usmerimo pacientovo pozornost tudi na notranje in zunanje dejavnike (npr. vedenja, fiziološka stanja, čustva, misli, situacije, medosebne odnose), ki morda na prvi pogled niso povezani z njegovo težavo, ter jih poskušamo funkcionalno povezati v vedenjsko-kognitivni model razlage težav. V procesu diagnostičnega ocenjevanja torej opredelimo posameznikove težave in njihovo medsebojno (ne)povezanost ter predstavimo realne možnosti in omejitve za spremembe, kar predstavlja osnovo za postavitev terapevtskih ciljev.

Ocenjevanje v VKT ne poteka le v času začetnih terapevtskih srečanj, temveč tudi v nadaljevanju terapevtskega procesa. S stalnim ocenjevanjem preverjamo postavljene hipoteze in jih po potrebi prilagajamo ter spremljamo napredek posameznika pri obvladovanju njegovih težav.

Pri diagnostičnem ocenjevanju pridobivamo podatke o posamezniku:

- neposredno od njega samega z intervjujem, ki je lahko strukturiran, polstrukturiran ali nestrukturiran, s tehnikami samoopazovanja in samoocenjevanja (standardiziranimi in nestandardiziranimi),
- od pomembnih drugih oseb (npr. podatke o otroku lahko posredujejo starši, vzgojitelji, učitelji ...),
- z neposrednim opazovanjem, merjenjem stranskih produktov vedenja ali redkeje s fiziološkimi merami (Biro, 2002; Kirk, 1989).

Pri ocenjevanju posameznikovih težav v VKT za opredelitev jakosti ali pogostosti pojavljanja težav v času terapevtske seanse ali med seansami pogosto uporabljamo količinske mere (Kirk, 1989). Neposredno opazovanje in beleženje težav glede na njihovo jakost ali pogostost je v primerjavi z retrospektivnimi poročili bolj natančno (npr. pri osebi s pogostimi glavoboli, ki toži, da jo ves čas boli glava, lahko z beleženjem pogostosti pojavljanja glavobola ugotovimo, da se intenzivnost bolečine razlikuje, da se glavoboli npr. pojavljajo od dva do trikrat na teden in ne vsak dan ...). Meritve v času terapevtske seanse ali med njimi omogočajo:

- prilagajanje terapije (npr. kadar pridemo pri izpostavljanju do situacije, ki posamezniku povzroča nizko in obvladljivo stopnjo anksioznosti, lahko preidemo na naslednjo situacijo v hierarhiji, ali pa kadar z merjenjem ugotovimo, da določena tehnika ne vodi k zelenemu učinku, lahko poskusimo z uporabo druge tehnike),
- dajejo povratno informacijo o posameznikovem napredku (npr. pri osebi, ki na vprašanje, kaj je počela v času od zadnjega srečanja, odgovori, da ni počela nič, lahko ob pregledu dnevnika, ki ga je pisala, ugotovimo, da je le počela nekatere stvari).

Pogosto ima že samo spremljanje in beleženje vedenj terapevtski učinek, saj nudi posamezniku povratno informacijo o njegovem napredku. Redno spremljanje omogoča osredotočenost posameznika in terapevta na zastavljen terapevtski cilj. S spremljanjem meritev lahko ugotavljamo, ali poteka terapevtski proces v načrtovani smeri in če ne, lahko ob pregledu ocenjevanja in meritev ugotovimo razloge, zakaj ne (npr. kadar oseba namesto zastavljenega izpostavljanja z namenom zmanjševanja anksioznosti v ta namen uporablja vedenja izogibanja in na ta način vzdržuje stanje).

Načini zbiranja informacij in ocenjevanja

1. Vedenjski intervju

Ocenjevanje in terapevtska obravnava se običajno začeta s kliničnim intervjujem, ki predstavlja bolj ali manj strukturiran postopek, s katerim zbiramo za terapevtski proces pomembne informacije o posamezniku. Predvsem v raziskovalne namene, vedno pogosteje pa tudi v klinični praksi, se pri ocenjevanju uporabljajo polstrukturirani ali strukturirani intervjuji, ki z natančno določeno obliko, vsebino in zaporedjem vprašanj predstavljajo algoritem, s katerim nas vodijo do ustrezne diagnostične opredelitve, pogosto po diagnostičnih kriterijih DSM-IV ali MKB-10. Primeri takšnih intervjujev, ki so lahko širši in obsegajo več motenj ali ožji in z njimi ocenjujemo le posamezno motnjo, so npr.: Anxiety Disorders Interview Schedule – ADIS, Diagnostic Interview Schedule – DIS, Primary Care Evaluation of Mental Disorders – PRIME-MD, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – SADS, Structured Clinical Interview for Axis I Disorders – SCID (Summerfeldt in Antony, 2002). Njihova prednost pred nestrukturiranimi intervjuji je, da poskušajo zmanjšati izvore variabilnosti, ki učinkujejo na manjšo zanesljivost in veljavnost diagnoze (Summerfeldt in Antony, 2002).

V VKT z manj strukturiranim intervjujem običajno pridobivamo informacije o (Ledley idr., 2005):

- posameznikovih demografskih podatkih (osebni podatki; podatki o posameznikovi zaposlitvi oz. izobrazbi; zakonskem stanu oz. družinski sestavi ter trenutni življenjski situaciji),
- trenutnih težavah (opis težav; začetek in razvoj nastanka težav, pogostost simptomov oz. epizod težav; opis dogodkov, ki so predhodili začetku težav; misli, ki so povezane s težavami; čustveni, fiziološki in vedenjski odzivi na težave ter morebitni načini izogibanja

težavam; intenzivnost in trajanje težav; predhodni načini reševanja težav; morebitne druge težave),

- družinski anamnezi (osebni podatki o starših, sorojencih, partnerju, otrocih; podatki o njihovem socialnoekonomskem statusu; njihova zdravstvena in psihiatrična anamneza) in
- osebni anamnezi (podatki o poteku posameznikovega razvoja, zdravstvenih težavah, težavah s prilagajanjem, šolski uspešnosti, odnosih z vrstniki in partnerji, hobijih ...).

S spraševanjem o demografskih podatkih na neogrožujoč način vzpostavimo terapevtski odnos s posameznikom. Usmerimo se predvsem na učinkovitost njegovega delovanja v različnih situacijah, posebno če so njegove trenutne težave povezane z njegovo učinkovitostjo na različnih življenjskih področjih (npr. zaradi depresivnosti je nekdo manj učinkovit pri delu, ima težave v odnosih s sodelavci, ne zmore izpolnjevati običajnih družinskih obveznosti ...). Pri analizi težav se po modelu VKT osredotočimo na situacije, ki predstavljajo sprožilec težav ter z njimi povezane misli (avtomatske misli, bazična prepričanja) ter čustvene, fiziološke in vedenjske odzive nanje. Vsako izmed predstavljenih situacij natančno analiziramo.

Intervju predstavlja osnovno sredstvo za zbiranje informacij o pacientu in razumevanje njegovih težav, ki jih v VKT poskušamo povezati v celovit sistem (konceptualizacija). Z usmerjenim spraševanjem poskušamo od posameznika izvedeti, kakšne avtomatske misli (in kakšen je njihov pomen), čustva in vedenje je izkusil v določeni življenjski situaciji, in jih povezati z njegovimi bazičnimi prepričanji, ki so povezana s predpostavkami in pravili ter različnimi kompenzatornimi strategijami in izhajajo iz njegovih zgodnjih izkušenj (Beck, 1995).

Pri VKT otrok, ki običajno prihajajo v terapijo zaradi težav, ki jih zaznavajo in so moteče za druge (starše, učitelje ...), so običajno glavni vir informacij o otroku starši (Kendall in Braswell, 1985). Od otroka poskušamo z intervjujem, prilagojenim njegovi razvojni stopnji, pridobiti podatke o tem, kako sam vidi in razume konkretne situacije, na osnovi česar lahko sklepamo, kaj je prispevalo k nastanku oz. kaj vzdržuje težave (npr. pomanjkanje otrokovih socialnih spretnosti, neskladnost s pričakovanji okolice, pomanjkanje motivacije ...). Pri pridobivanju informacij o otrokovih mislih, čustvih in vedenju, povezanih z določeno situacijo, si med intervjujem z otrokom pomagamo z igro vlog ali različnimi projekcijskimi tehnikami.

Podroben potek vedenjskega intervjuja je podrobneje predstavljen v poglavju Vedenjski intervju tega zbornika (prispevek Jasne Božič).

2. Funkcionalna analiza vedenja

V VKT se osredotočamo na analizo posameznikovih trenutnih težav. Zanima nas, kaj vzdržuje njegove težave, na kakšen način težave učinkujejo na njegovo življenje, ter čemu služijo. Tehniko, ki temelji na ugotavljanju problematičnih vedenj, dejavnikov, ki jim predhodijo, in tistih, ki jim sledijo, imenujemo funkcionalna analiza vedenja – FAV (Kirk, 1989). Z njo ugotavljamo, kakšno funkcijo ima določeno vedenje posameznika v povezavi s situacijo, ki jo lahko predstavljajo kognitivni, vedenjski (fiziološki) ali okoljski dejavniki, ali dogodki, ki se zgodijo prej, sočasno ali sledijo vedenju (Key in Craske, 2002). FAV izvajamo lahko v različnih okoljih (v šoli, doma...), vedenje pa lahko ocenjujemo na različne načine (npr. s samoopazovanjem in beleženjem, intervjujem, opazovanjem ...).

FAV pogosto označujemo z A-B-C, pri čemer predstavljajo

- A (antecedents) sprožilne dogodke, predhodnike,
- B (behaviour) problematično (tarčno) vedenje, ki ga opazujemo, in

- C (consequences) posledice vedenja.

Na ta način poudarimo medsebojno povezanost v zaporedju pojavljanja dogodkov (npr. otrokovo moteče vedenje doma, ki se lahko kaže kot nagajanje sorojencu z jemanjem igrač, agresivnimi reakcijami ... je lahko posledica premajhne pozornosti, ki mu jo namenjata starša, in si jo z opisanim vedenjem uspe pridobiti).

Pri analizi sprožilnih situacij nas poleg same situacije zanima, kateri so tisti dražljaji v njej, ki sprožijo vedenje, in v čem se ta situacija razlikuje od tistih, v katerih se določeno vedenje ne pojavlja. V povezavi s situacijo se pojavljajo različni kognitivni dejavniki pri posamezniku, povezani z načinom razlage situacije ali dražljaja (npr. fiziološke znake si posameznik s paničnimi napadi lahko razlaga kot znake norosti), pričakovanj in označevanja lastnega vedenja (npr. znorel bom). Pri analizi določenega vedenja se osredotočimo na njegovo povezanost s situacijo, trajanje, pogostost in razširjenost. Pri analizi posledic smo pozorni na vsebino vedenj, ki sledijo (npr. kazen, nagrada, pozornost, izogibanje bolečini ...), njihovo časovno pojavljanje (npr. pozitiven neposredni učinek in negativne dolgoročne posledice pri vedenjih, kot so zloraba drog, basanje s hrano ...) in pogostost (Key in Craske, 2002). FAV predpostavlja, da so vedenja naučena, pri čemer predstavljajo sprožilci priložnosti za pojavljanje vedenj, posledice pa ta vedenja vzdržujejo ali celo ojačujejo (Sue, 2005).

Tehnika FAV in njena uporaba sta podrobneje predstavljeni v Zborniku 1 – Prispevki iz vedenjsko-kognitivne terapije (Grubelnik, 2004).

3. Samoopazovanje (self-monitoring)

Samoopazovanje in hkratno beleženje vedenja predstavlja poleg vedenjskega intervjuja najpogostejši način ocenjevanja posameznikovih težav, ki se uporablja na začetku terapevtskega procesa za ocenjevanje stanja, v nadaljevanju za spremljanje posameznikovega napredka ter na koncu za ovrednotenje učinkovitosti terapevtskega procesa (Kirk, 1989). S samoopazovanjem in beleženjem zbiramo podatke o posameznikovih vedenjih, mislih in čustvih, običajno v času med terapevtskimi srečanji.

Ustrezno raven natančnosti samoopazovanja in beleženja vedenja zagotovimo z dobro pripravo posameznika na izvajanje tehnike. Pojasniti mu moramo pomen njegovega beleženja (zapiskov) za oblikovanje terapije in ga naučiti pravilnega izvajanja tehnike. Pri tem se osredotočimo le na tiste podatke, ki so pomembni za terapevtski proces. Njihovo veljavnost (merjenje tistega, kar smo se namenili meriti) in zanesljivost (konsistentnost poročanja o stvareh) lahko povečamo tako, da natančno določimo vedenja (njihovo pogostost, intenzivnost in trajanja), ki jih opazujemo (oseba z nizko samozavestjo beleži konkretna vedenja, npr. klicanje prijateljev po telefonu, pobude za druženje, oglašanje v družbi, postavljanje vprašanj na predavanjih ..., ki so odraz njene samozavesti in z njimi merimo njen napredek).

Pomagamo si z jasnimi in preprostimi shemami za beleženje opazovanih vedenj, pri čemer vključimo v shemo le tiste mere, ki so pomembne za potek terapije. Upoštevamo tudi posameznikove sposobnosti in kadar nismo gotovi, če bo kos zastavljeni nalogi, začnemo s preprostejšo shemo. Da zagotovimo natančnost beleženja, posameznika pred začetkom beleženja naučimo, kaj in kako naj beleži. Poudarimo, naj vedenje beleži neposredno po pojavu ali pred njim (takrat, ko se zgodi) in ne šele po daljšem časovnem odlogu (npr. da se poskuša zvečer spomniti vsega, kar je pojedel), saj se takrat lahko marsikatero za beleženje pomembne informacije ne spominja več. Temu prilagodimo obliko sheme, ki naj bo posamezniku dostopna,

kadar se pojavi vedenje (npr. beležka ali list s tabelo, ki jo lahko nosi s seboj, v torbi ...). Sheme beleženja običajno vsebujejo podatke o datumu in času pojava vedenja, situaciji, v kateri se je pojavilo opazovano vedenje, pogosto pa tudi mislih in čustvenih reakcijah, povezanih s pojavom simptoma (Ledley in dr., 2005). Za beleženje disfunkcionalnih avtomatskih misli se pogosto uporablja shema, kot jo je predstavila J. Beck (1995), ki jo lahko spreminjamo in prilagajamo glede na potrebe posameznikove terapije.

Preglednica 1: Shema za beleženje avtomatskih misli (povzeto po Beck, 1995)

Datum/čas	Situacija	Avtomatske misli	Čustvo	Drugačen odgovor	Izid
	1. Kateri dogodek, tok misli, sanjarjenja ali spominov je vodil do neprijetnega čustva? 2. Katere neprijetne telesne znake ste ob tem občutili?	1. Katere misli in/ali podobe so se ob tem pojavile? 2. Koliko ste vsaki izmed njih v tistem trenutku verjeli?	1. Katera čustva (žalost, napetost, jezo ...) ste v tistem trenutku občutili? 2. Kako močno (0-100 %) je bilo to čustvo?	1. Katero kognitivno napako ste naredili (npr. mišljenje vse ali nič, branje misli, katastrofiziranje)? 2. Uporabite vprašanja pod tabelo in oblikujte drugačen odgovor na avtomatsko misel. 3. Kako močno verjamete vsakemu od odgovorov?	1. Kako močno zdaj verjamete avtomatski misli? 2. Katero čustvo občutite sedaj? Kako močno (0-100 %) je čustvo? 3. Kaj boste (ali ste) storili?

Vprašanja, ki pomagajo oblikovati drugačen odgovor: (1) Katere dokaze imate, da je avtomatska misel resnična/ni resnična? (2) Ali obstaja še kakšna druga razlaga? (3) Kaj je najhujše, kar bi se lahko zgodilo? Ali bi to preživeli? Kaj je najboljše, kar bi se lahko zgodilo? Kateri izid je najbolj realen? (4) Kakšen učinek ima to, da verjamete v avtomatsko misel? Kakšen bi bil učinek, če spremenite mišljenje? (5) Kaj lahko storite v zvezi s tem? (6) Če _____ (ime prijatelja/ice) bi bil v takšni situaciji in bi imel takšno misel, kaj bi mu svetovali?

Posameznik lahko beleži:

- pogostost vedenja (npr. pogostost telesne dejavnosti, število izbruhov jeze, paničnih napadov),

- trajanje vedenja (npr. trajanje učenja, trajanje epizode paničnega napada do stanja znižane anksioznosti, trajanje telesne dejavnosti ...) ali
- intenzivnost posameznikovih subjektivnih ali čustvenih stanj, ki jih običajno ocenjuje z ocenami na grafično ali številčno prikazani merski lestvici (npr. intenzivnost bolečine, »termometer sreče« za oceno počutja ...).

Boljši vpogled in razumevanje posameznikovih težav dobimo, kadar sočasno s problematičnim vedenjem beleži tudi čustva in misli, ki so z vedenjem povezana (npr. občutki krivde, jeze nase in misli o debelosti, neprivlačnosti pri osebi, ki prekomerno je).

Kadar želimo neko vedenje spodbuditi oz. povečati, naj se beleženje izvaja po izvedenem vedenju (npr. pri spodbujanju učenja po zaključeni enoti učenja, pri pacientih z anoreksijo po zaužitem obroku ...), kadar ga želimo zmanjšati, pa pred izvajanjem (npr. v terapiji debelosti beleži posameznik vrsto in količino hrane vsakokrat, preden jo zaužije, pri odvajanju od kajenja zabeleži, preden pokadi cigareto ...). Samoopazovanje in beleženje ne predstavlja le tehnike ocenjevanja, temveč tudi že intervencijo. Tehnika ima namreč reaktiven učinek, saj se že med samim beleženjem spreminja pogostost, količina ali intenzivnost vedenj v željeni (terapevtski) smeri. Beleženje naj bi prekinilo avtomatično zaporedje vedenj in posamezniku omogočilo, da se odloči in izbere, ali bo z vedenjem nadaljeval ali ne (Kirk, 1989; Sue, 2005).

Previdnost je potrebna pri samoopazovanju posameznikov z depresivnostjo, anksioznostjo ali nizko samopodobo, pri katerih beleženje misli lahko poveča njihovo moč, kar zavira terapevtski napredek. Zato pri posameznikih s temi stanji običajno beležimo pogostost in trajanje zelenih vedenj (npr. pristočasne dejavnosti, druženje, telesno dejavnost ...). Težava pri izvajanju tehnike je tudi v tem, da je ljudje niso pripravljene izvajati daljše časovno obdobje (Sue, 2005).

4. Samoocenjevanje, samoporočanje

Kot dopolnilo pri ocenjevanju posameznikovega stanja, izraženosti težav, simptomov, vedenj itd. si pomagamo z uporabo standardiziranih vprašalnikov ali ocenjevalnih lestvic. Na ta način lahko primerjamo izraženost težav pri posamezniku z njegovo referenčno skupino. Z vsebinsko analizo postavk ocenjevalnih lestvic ali vprašalnikov, ki merijo določeno področje, pridobimo natančnejše podatke o posameznikovih težavah. V terapevtske namene redkeje uporabljamo osebne vprašalnike, ki običajno merijo stabilne osebne poteze, pogosteje pa ocenjevalne lestvice, s katerimi ocenjujemo posameznikova trenutna stanja (npr. izraženost depresivnosti, anksioznosti ...). Med najpogosteje uporabljenimi in najbolj znanimi sta Beckovi ocenjevalni lestvici depresivnosti in anksioznosti (Beck Depression Inventory-II, Beck, Steer in Brown, 1996, po Dozois in Dobson, 2002; Beck Anxiety Inventory, Beck in Steer, 1990; po Campbell in Brown, 2002), ki merita izraženost simptomov pri posamezniku v zadnjih dveh tednih. Ocenjevalne lestvice lahko uporabimo večkrat in na ta način ocenjujemo posameznikov napredek v terapevtskem procesu. Prednost standardiziranih vprašalnikov in ocenjevalnih lestvic je v njihovi večji zanesljivosti in veljavnosti v primerjavi s tehnikami intervjuja in opazovanja (Sue, 2005).

Za spremljanje posameznikovega napredka lahko uporabimo tudi nestandardizirane lestvice, pri čemer posameznikovih rezultatov ne moremo primerjati z rezultati njegove referenčne skupine, lahko pa nam služijo kot pripomoček za ugotavljanje njegovega napredka v terapiji. Nekatere nestandardizirane lestvice, uporabne v terapevtskem procesu, so predstavljene v knjigah, pogosto namenjenih tudi uporabnikom terapevtskih storitev (npr. Kako smo lahko srečni in zadovoljni;

Burns, 2002). Glede na posameznikove potrebe ali težave lahko tudi sami oblikujemo nestandardizirano ocenjevalno lestvico, ki nam služi za spremljanje posameznikovega napredka.

5. Informacije od pomembnih drugih

Z zbiranjem informacij od pomembnih drugih poskušamo oblikovati celovito sliko o posamezniku in naravi njegovih težav. Pomembne druge najpogosteje predstavljajo partnerji, starši, otroci, vzgojitelji in učitelji, lahko pa tudi druge osebe, ki posameznika dobro poznajo. Namen intervjuja s pomembnimi drugimi je enak, kot je namen intervjuja s posameznikom, ki ima težave:

- opredelitev težav,
- poučevanje pomembnih drugih o VKT pristopu in zdravljenju ter
- jih po potrebi pritegniti v proces zdravljenja (npr. pri posamezniku z agorafobijo je dobrodošlo, če ga na začetku pri izpostavljanju spremlja oseba, ki ji zaupa).

Od pomembnih drugih zbiramo informacije o pomenu težav za posameznika, ki prihaja v terapijo, njegovih prepričanjih, povezanih s težavami, načinih spoprijemanja z njimi in morebitnih načinov izogibanja (Kirk, 1989). Posebno koristni so intervjuji s pomembnimi drugimi, kadar zaradi posameznikovih težav trpi tudi njegova okolica. Pomembni drugi lahko informacije o posamezniku posredujejo tudi z izpolnjevanjem vprašalnikov in ocenjevalnih lestvic o njegovem vedenju. Tako na začetku kot med potekom terapevtskega procesa so koristne informacije, ki jih drugi posredujejo z opazovanjem in beleženjem vedenja posameznika, ki je v terapiji, posebno v primerih, ko ima posameznikovo vedenje velik vpliv na druge (npr. pri posamezniku z agorafobijo, ki ne more več opravljati družinskih obveznosti, ima njegovo vedenje lahko učinek na medosebne družinske odnose ...).

V primeru, ko so v terapiji odrasli, potrebujemo za zbiranje informacij od drugih ljudi njihovo privolitev. V pogovoru z drugimi moramo spoštovati zasebnost posameznika in se omejiti le na zbiranje tistih podatkov, ki so pomembni za potek terapevtskega procesa (Ledley in dr., 2002). Intervju z njimi lahko opravimo v ali brez prisotnosti posameznika, ki je v terapevtski obravnavi. Upoštevanje želja posameznikov glede pogovorov s pomembnimi drugimi in razkrivanja informacij je pomembno tudi pri terapiji mladostnikov. Z dovoljenjem posameznika lahko pridobimo za terapijo pomembne informacije tudi od drugih strokovnjakov, ki ga poznajo (npr. osebni zdravnik, psihiater, psiholog ...).

Informacije, ki jih posredujejo pomembni drugi (starši, vzgojitelji, učitelji, medicinske sestre...) najpogosteje uporabljamo, kadar poteka terapevtski proces z otrokom. Otroku sam namreč ne more posredovati dovolj potrebnih informacij za razumevanje težav, načrtovanje in izvedbo terapije, zato terapija otroka vedno poteka v sodelovanju s starši. Glavni vir informacij o otrokovem vedenju pridobimo z intervjujem s starši (Kendall in Braswell, 1985), v katerem se osredotočimo na opis težav in primere konkretnih situacij, sprožilce težavnega vedenja in njegove posledice, razvoj težav in pomembnost težav v času, ko iščejo pomoč. Posvetimo se tudi otrokovi razvojni zgodovini (podatki o usvajanju razvojnih mejnikov, otrokovem temperamentu ...) in drugim družinskim dejavnikom, ki lahko prispevajo k razvoju težav. Starši, vzgojitelji in učitelji sodelujejo v terapevtskem procesu tudi z opazovanjem in beleženjem težavnih otrokovih vedenj.

6. Neposredno opazovanje v klinični situaciji

Med intervjujem in v nadaljevanju terapije nismo pozorni le na vsebino tistega, kar nam posameznik pove, temveč tudi na način, kako to stori. Opazujemo posameznikovo spontano vedenje in odzive na naša vprašanja (opazujemo npr. izraze zadrege, zvišane anksioznosti, joka ...). Takšni odzivi predstavljajo dodatne informacije pri razumevanju in konceptualizaciji posameznikovih težav (Ledley, 2005; Sue, 2005). Poleg tega med srečanjem lahko opravljamo meritve nekaterih vedenj, ki jih želimo opazovati (npr. štejemo pogostost tikov v neki časovni enoti, lahko merimo trajanje pozornosti otroka z motnjami pozornosti, merimo pogostost in trajanje očesnega kontakta pri otroku z avtizmom ali osebi s težavami v socialnih odnosih ...).

Kadar se vedenja, ki jih želimo opazovati, med srečanjem ne pojavljajo spontano, jih poskušamo sprožiti z igro vlog ali vedenjskim preizkusom (Kirk, 1989). Z igro vlog lahko opazujemo predvsem tista vedenja, ki se pojavljajo v socialni interakciji (npr. opazovanje števila in trajanja interakcij, uporabe socialnih veščin ...). Z njeno uporabo lahko primerjamo in spremljamo posameznikov napredek v terapevtskem procesu. Z vedenjskimi preizkusi, ki jih lahko izvajamo v prostoru, kjer običajno poteka terapija, ali izven njega (npr. med vožnjo z avtobusom), ocenjujemo posameznikovo stanje težav (npr. ocena avtomatskih misli, telesnih reakcij, čustev in vedenja pri posamezniku s paničnimi napadi med vožnjo z avtobusom, štetje prebranih besed, dolžine pravilno prebranih besed ali napak pri branju otroka z bralnimi težavami).

7. Stranski produkti vedenja

Z ocenjevanjem in merjenjem stranskih produktov vedenja le-tega ne ocenjujemo neposredno (Kirk, 1989), temveč običajno posredno ocenjujemo njegove posledice (npr. pri otroku z enurezo lahko beležimo velikost mokrega madeža, pri otroku z učnimi težavami beležimo šolske ocene, pri osebi, ki hazardira, beležimo porabo denarja, pri osebi s težavami pri hranjenju merimo telesno maso ...).

8. Fiziološke mere

Fiziološke mere v VKT običajno ocenjujemo posredno (Kirk, 1989) (npr. pogostost glavobolov, količino potenja pri posameznikih z anksioznostjo z merjenjem velikosti madeža ...) redkeje pa uporabljamo neposredne meritve, kot so npr. frekvenca srčnega utripa, krvni tlak, mere potenja, dihanja, mišične napetosti ..., za katere potrebujemo ustrezne merske inštrumente. V terapevtske namene se uporablja t. i. »biofeedback«, ki omogoča posamezniku povratno informacijo o njegovem fiziološkem vzburjenju s pomočjo vidno ali slušno predstavljene informacije, preko katere poskuša z različnimi tehnikami sproščanja učinkovati na znižanje fiziološkega vzburjenja (Sue, 2005).

ZAKLJUČEK

Ocenjevanje ima v VKT pomembno mesto v vseh obdobjih terapevtskega procesa. Pri diagnostičnem procesu je pomembno za razumevanje posameznikovih težav in oblikovanje terapevtskega načrta, v nadaljevanju terapevtskega procesa za spremljanje posameznikovega napredka, ob zaključku terapije pa za ugotavljanje učinkovitosti terapije. V prispevku so opisane skupne značilnosti ocenjevanja v VKT in predstavljeni najpogostejši načini ocenjevanja posameznikovih težav (intervju, funkcionalna analiza vedenja, samoopazovanje in beleženje, samoocenjevanje, informacije, ki jih posredujejo pomembni drugi, neposredno opazovanje, ocenjevanje stranskih produktov vedenja in fizioloških mer vedenja).

LITERATURA

- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Biro, M. (2002). *Priroda i zadaci psihodiagnostičke eksploracije*. V M. Biro in W. Butollo (ur.), *Klinička psihologija* (str. 95–108). München: Ludwig –Maximilians Universität.
- Burns, D. D. (2002). *Kako smo lahko srečni in zadovoljni*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Campbell L. A. in Brown T. A. (2002). *Generalized anxiety disorder*. V M. M. Antony in D. H. Barlow (ur.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (str. 147–181). New York: The Guilford Press.
- Dozois, D. J. A. in Dobson, K. S. (2002). *Depression*. V M. M. Antony in D. H. Barlow (ur.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (str. 259–299). New York: The Guilford Press.
- Grubelnik, J. (2004). *Funkcionalna analiza vedenja*. V N. Anić (ur.), *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije*, Zbornik 1 (str. 2–13). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo.
- Kendall, P. C. in Braswell, L. (1985). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. New York: The Guilford Press.
- Key, F. A. in Craske, M. G. (2002). *Assessment issues in brief cognitive behavioral therapy*. V F.W. Bond in W. Dryden (ur.) (2002). *Handbook of brief cognitive behaviour therapy* (str. 21–33). Chichester: John Wiley & Sons.
- Kirk, J. (1989). *Cognitive-behavioural assessment*. V K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk in D.M. Clark (ur.) (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems* (str. 13–51). Oxford: Oxford University Press.
- Ledley, D. R., Marx, B. P. in Heimberg, R. G. (2005). *Making cognitive-behavioral therapy work*. New York: The Guilford Press.
- Sue, S. (2005). *Contemporary Psychological Assessment I: Interviewing and observing behavior*. V T. G. Plante (ur.) (2005). *Contemporary clinical psychology* (str. 17–71). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Summerfeldt, L. J. in Antony, M. M. (2002). *Structured and semistructured diagnostic interviews*. V M. M. Antony in D. H. Barlow (ur.) (2002). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (str. 3–37). New York: The Guilford Press.

CILJI IN NAČRT TERAPIJE

Marjeta Simončič Tonkli
marjeta.tonkli@ip-posojce.si

Kadar govorimo o in izvajamo kognitivno-vedenjsko terapijo se srečujemo z jasno strukturo dela. V tej strukturi ima načrt terapije pomembno vlogo, od začetka do konca terapije pa se srečujemo s cilji v različnih pomenih in na različnih stopnjah terapije (cilji terapevta, pacienta). Žal v literaturi o samem načrtovanju terapije in ciljih ni posebnih poglavij, si pa ob študiju literature lahko sami poiščemo odgovore na vprašanja, ki si jih postavljamo.

Da bi sploh lahko načrtovali in postavljali cilje v terapiji, je potrebno že v osnovi razumeti terapevtski odnos, ki je v KVT zamišljen kot sodelovanje dveh enakopravnih partnerjev. To pomeni, da v odnosu ne obstajata učitelj in učenec, ampak dva »sodelavca«. Terapevt ni direktiven, ne ponuja odgovorov, ampak z uporabo različnih tehnik pomaga pacientu, da pride do njih sam. Naloga (cilj) terapevta je, da čim več svojega znanja posreduje pacientu, da si bo tudi v bodoče znal sam pomagati. Že v tej točki se srečamo s prvim ciljem, to je cilj terapevta. Da bi se pacient resnično počutil kot enakopraven partner, ga je seveda že v samem začetku potrebno podrobno seznaniti z načinom dela, njegovimi in terapevtovimi nalogami, s kognitivnim modelom in ga povsem enakopravno vključiti v načrtovanje poteka terapije. Terapevt pomaga pacientu do boljšega razumevanja tudi z razlago strukture seanse, seveda pa se mora potem te strukture tudi držati.

Zelo jasen načrt terapije je pomemben tako za pacienta, saj mu daje občutek varnosti, vključenosti in ne nazadnje tudi kontrole, kot tudi za terapevta, ki ima lahko tako v vsakem trenutku kontrolo nad potekom terapije.

NAČRTOVANJE TERAPIJE

Da bi bila terapija uspešna, je nujno, da je terapevtu v vsakem trenutku procesa povsem jasno, kaj je glavni problem in kaj želi doseči. Tako s terapijo v celoti, v posameznem srečanju, delu srečanja, prav tako pa tudi s posameznimi aktivnostmi in nalogami, ki jih daje pacientu.

Za učinkovito načrtovanje terapije je potrebno upoštevati pomembne dejavnike učinkovitega načrtovanja terapije, in sicer:

- a) uresničevanje bistvenih ciljev terapije
- b) načrtovanje terapije po posameznih srečanjih
- c) izdelava načrtov zdravljenja
- č) načrtovanje posameznih srečanj
- d) odločanje o tem ali se osredotočiti na problem
- e) prilagajanje načina zdravljenja specifičnim motnjam

Ad a) Glavni namen terapevta je pacientu pomagati pri reševanju njegovih težav, s pomočjo metod in tehnik VKT spreminjati disfunkcionalne misli pacienta, predvsem pa ga opremiti z znanjem in veščinami, da si bo tudi po zaključeni terapiji pomagal sam, če se bodo težave ponovile.

Ad b) Terapevt pripravi splošen načrt terapije ter poseben načrt za vsako posamezno srečanje. Terapija se v bistvu sestoji iz treh delov: začetnega, srednjega in zaključnega.

- V začetnem delu poskuša terapevt uresničiti veliko ciljev: ustvariti dobro terapevtsko razmerje, pomagati pacientu, da svoj specifični problem pretvori v cilje terapije, reševanje problemov, poučevanje pacienta o kognitivnem modelu, poučevanje o sami naravi bolezni, aktiviranje pacienta, da opravlja naloge, sodeluje pri načrtovanju srečanj, urniku ... V tem delu terapije ima vodilno vlogo pri načrtovanju in postavljanju nalog terapevt.
- V srednjem delu terapije terapevt nadaljuje s sledenjem prej omenjenim ciljem, osredotoči pa se predvsem na določitev, oceno in spreminjanje pacientovih prepričanj. Pacientu pomaga spreminjati njegove cilje, če je to potrebno, predvsem pa ga opremlja z veščinami, potrebnimi za doseg zastavljenih ciljev.
- V zaključnem delu terapije pa se terapevt osredotoči na pripravo za zaključek terapevtskega procesa in preprečevanje vrnitve težav. Pacient v tem delu terapije prevzame vodilno vlogo, terapevt pa mu pomaga pri načrtovanju nalog. Ob uspešnem zaključku terapije je pacient usposobljen, da si bo ob morebitnem ponovnem pojavu težave znal pomagati tudi sam.

Ad c) Za načrtovanje terapije in postavitev ciljev je zelo pomembno prvo srečanje s pacientom, ki je po strukturi nekoliko drugačno od ostalih seans. Osnova za postavitev načrta terapije pa je seveda natančna in dobra kognitivna konceptualizacija, ki omogoča planiranje učinkovite terapije. Načrt zdravljenja izdelava terapevt na osnovi svoje ocene pacienta, poznavanja simptomov, poznavanja motnje ter na osnovi poznavanja specifičnih težav pacienta. Na osnovi ocene, predvsem pa na osnovi ciljev, ki si jih je v terapiji postavil pacient, izdelava terapevt splošni načrt poteka terapije. Na vsakem srečanju obdelata nekaj področij, ki so v načrtu opredeljena, seveda pri tem terapevt sledi napredku pacienta in temam, ki so bile obdelane na predhodnem srečanju. Običajno se terapevt drži načrta v največji možni meri. Seveda pa ga tudi spreminja in prilagaja novim spoznanjem o pacientovih težavah glede na aktualne probleme in situacijsko pogojene težave.

Ad č) Načrtovanje posameznih srečanj ni pomembno samo za terapevta začetnika, čeprav se ravno začetniki s tem več ukvarjajo, ampak je za kvalitetno terapijo potrebno. Tako naj bi se terapevt že pred srečanjem pripravil na seanso s kratkim pregledom preteklega in ostalih srečanj in pripravo na srečanje. Za lažjo pripravo je dobro, da si terapevt poskuša odgovoriti na nekaj vprašanj. Ta vprašanja si pred srečanjem pripravi, jih prebere in na podlagi odgovorov nanje naredi splošen načrt terapevtskega srečanja. Osnovno vprašanje, na katerega pa si mora odgovoriti, je:

»Kaj poskušam doseči in kako lahko to naredim čim bolj učinkovito?«

Terapevtska srečanja imajo določeno strukturo, čemur tu ne bi posvečala večje pozornosti. Bralec se lahko o podrobnostih o strukturiranju seans informira v knjigah Judith Beck (1995, 2005). Sledenje strukturi pa je nemalokrat zahteven proces. Prav zato so vprašanja, ki si jih postavlja terapevt med terapevtskimi srečaji, zelo pomembna. Ko se pacient in terapevt na srečanju dogovorita za dnevni red, si terapevt postavi vprašanja s štirih področij:

- določitev težave (kaj je specifična težava, kako se nanaša na njegove glavne cilje, vloga mišljenja in vedenja);
- izdelava strategije (ali lahko težavo v celoti rešita, katere misli in prepričanja spremljajo težavo, katere misli bi bile za pacienta bolj sprejemljive, katere vedenjske spremembe naj pacientu predlaga ...)

- izbira tehnik (kaj točno želim s tem doseči, katere tehnike so bile doslej za tega pacienta uspešne, katere naj izbere, kako bo lahko ocenil učinkovitost tehnike in ali jo bo sploh uporabil ...);
- nadziranje postopka (kako se pacient odziva, ali sledi terapevtu, se razpoloženje menja, kakšne rezultate tehnika nudi, ali nadaljevati z dnevnim redom ali kaj menjati, paziti na časovni okvir srečanja, kakšna nadaljnja navodila naj da pacientu za domačo nalogo ...).

Po srečanju terapevt na kratko preleti in oceni srečanje predvsem z vidika uspešnosti seanse, izbire tehnik in sledenja ciljem, si zabeleži opažanja, ki jih želi na naslednjem srečanju izpostaviti in si poskuša odgovoriti na vprašanje, kaj bi storil drugače, če bi srečanje ponovil.

Ad d) Kritičen trenutek vsake terapije je sprejem odločitve o težavi ali težavah, ki se bodo reševale. Terapevt sicer sodeluje s pacientom pri sprejemanju te odločitve, vendar je on tisti, ki vodi in usmerja terapijo in on ocenjuje, katere težave so tiste, ki jih je potrebno rešiti, da se doseže napredek v terapiji. Terapevt lahko oceni, da je pacient določeno težavo sposoben rešiti sam in ji ne nameni veliko časa, prav tako pa pazi, da se pacient ne zapleta v podrobnejša opisovanja nepomembnih stvari in dogodkov. Ko je težava opredeljena, opravi terapevt pet korakov, ki mu pomagajo pri odločitvi o tem, koliko časa in napora bo vloženega v reševanje težave:

- zbere več podatkov o težavi (vpraša pacienta),
- pregleda svoje možnosti (uporaba tehnik, izbira nalog, učenje veščin ...),
- razmisli o povsem praktičnih zadevah (koliko časa imata, kaj bi pacient lahko storil sam ...),
- uporaba stopnje terapije kot vodilo (na začetku terapije, ko pacient še ni dovolj o premljen z veščinami in tehnikami, izbira lažje težave),
- spreminjanje osrednje teme srečanja (če se med terapijo izkaže, da je za pacienta tema preveč boleča, terapevt temo spremeni, kolikor pacient lahko prenese).

Jasno je, da zahteva vsaka specifična motnja tudi specifično obravnavo. Prav tako pa se pri izbiri metod in tehnik terapevt prilagaja specifičnim lastnostim pacienta. Osnovna struktura sicer ostaja ista, ni pa mogoče povsem identično ponoviti terapije z dvema različnima pacientoma, pa tudi če gre za zelo podobne motnje. Predvsem pa neka učinkovita in uspešna terapija zahteva jasno diagnozo, dobro poznavanje pacientovih individualnih lastnosti in težav, učne sposobnosti pacienta in njegovo motivacijo.

Kljub temu da je načrt terapije izjemno pomemben del terapije, to ni nekaj, kar bi v začetni fazi naredili in od tega načrta ne odstopili. Terapevt nenehno razvija in spreminja načrt zdravljenja, saj z vsakim srečanjem pridobiva več informacij. Vsak pacient se odziva na svoj specifičen način, dejstvo pa je, da niti pacient niti terapevt nista v vsakem trenutku enako razpoložena. Od spretnega terapevta je odvisno, v koliki meri bo trenutno situacijo izkoristil v prid napredka terapije.

POSTAVLJANJE CILJEV V TERAPIJI

Do tu smo obdelali proces načrtovanja terapije in posameznih terapevtskih srečanj. Izhajamo iz osnovnega cilja terapije, to je: pomagati pacientu, da s pomočjo terapevta ob uporabi različnih metod in tehnik reši svojo težavo in se opremi z znanji in veščinami, ki jih bo v bodoče lahko tudi sam uporabil. Kot je bilo uvodoma že omenjeno, se skozi celoten proces terapije srečujemo s postavljanjem različnih ciljev. V bistvu vsa terapija vodi k nekemu cilju. Za učinkovito in uspešno terapijo pa je posebej pomembno, da terapevt pacientu pomaga, da svoj specifični

problem pretvori v cilje terapije. To so cilji, ki jih pacient postavi zase. Naloga terapevta pa je, da pacientu pomaga te cilje opredeliti v terminih VKT.

Primer:

T: Rekli ste, da se počutite osamljeni, neuspešni in potrti in da želite to spremeniti. Kaj je tisto, kar želite spremeniti?

P: Ne vem, kaj bi lahko spremenil, vendar je moj cilj boljše počutje.

T: Povedali ste, da ste se v preteklosti že počutili bolje. Kaj ste počeli, česar sedaj ne počnete?

P: Veliko več sem se družil s prijatelji. Poleg tega sem takrat hodil v šolo.

T: Sedaj je vaše počutje slabo in to želite spremeniti. Če bi bili srečnejši in uspešnejši, kaj bi počeli?

P: Lahko bi ponovno vzpostavil stik s prijatelji. Pravzaprav si to želim.

T: Če vas prav razumem, bi vas druženje s prijatelji spravilo v boljše razpoloženje in to si tudi želite. Torej lahko napiševa to – ponovni kontakt s prijatelji, kot enega od vaših ciljev.

Ko pacient poskuša postavljati cilje, se namreč ti cilji pogosto pojavljajo kot neke splošne, zelo nedefinirane želje. Naloga terapevta je, da pacienta vodi skozi razgovor v jasno definicijo cilja, opredeljenega v terminih VKT. Kadar ima pacient težave s specifikacijo ciljev, je smiselno, da dopolni svoj seznam ciljev za domačo nalogo.

Kadar pacient napiše cilje za domačo nalogo, jih na naslednjem srečanju skupaj s terapevtom natančno pregledata. Pacient ima idejo in željo, da bi s pomočjo terapije nekaj spremenil v svojem življenju. V skladu s temi željami si tudi postavi cilje. Naloga terapevta pa je, da skupaj s pacientom te cilje postavi v pravo obliko in na določeno mesto. Cilji namreč morajo zadostiti nekaterim kriterijem .

1. Cilji morajo biti SPECIFIČNI IN JASNI
Npr.: da mi bo bolje – kaj bi to pomenilo, kaj bi bilo drugače.
Da bo otrok bolj priden – kaj bo počel, ko bo bolj priden.
Shujšati – točno določiti koliko, do kdaj ...
2. Cilji morajo biti MERLJIVI
Npr.: točno določiti, koliko cigaret; koliko kilogramov, v kakšnem času.
Terapevt preverja, pacient je aktivno vključen, sam vodi evidenco.
3. Cilji morajo biti REALNI
Velikokrat pacienti namreč postavijo pred sebe nerealne cilje. Naloga terapevta je, da preveri, kaj bi se zgodilo, če pacient tega cilja ne bi dosegel. Kaj bi se v njegovem življenju spremenilo, če bi cilj dosegel. Včasih namreč ni nerealističen cilj, ki ga pacient postavi, ampak spremembe, ki jih pričakuje v življenju, če bo cilj dosegel.
4. Cilji naj bodo formulirani v POZITIVNI SMERI
Ne težimo k odpravljanju nečesa, ampak k nečemu pozitivnemu, kar bi lahko dosegli.
5. Cilji, ki jih zase postavi pacient, morajo biti CILJI ZASE
Pacienti namreč velikokrat navajajo cilje za nekoga drugega (npr. žena, da bi se mož spremenil ...).
6. Cilji morajo biti vedno V SKLADU S STALIŠČI IN VREDNOTAMI PACIENTA

Posebno kadar terapevt pomaga pacientu opredeliti cilje, ne sme vplivati na pacienta s svojimi stališči in prepričanji.

7. Cilji morajo biti NAČRTOVANI IN V DOLOČENEM ČASU DOSEGLJIVI

Ko terapevt in pacient natančno definirata cilje, ki jih pacient želi doseči, skupaj naredita načrt poteka terapije. Predvideno je, da je terapevt že seznanil pacienta z načinom dela v VKT in da je že seznanjen s pacientovimi težavami. Zelo jasno se dogovorita o povsem tehničnih in organizacijskih stvareh, kot so termini srečanj, kraj srečanj, način obveščanja ... V načrtovanju same terapije pa se dogovorita, s katerim problemom bosta začela, kaj je za pacienta najpomembnejše in na kakšen način bo delo potekalo. Pri izdelavi načrta sledita ciljem, ki jih je pacient postavil zase.

Ko je pacient naredil seznam ciljev in ga skupaj s terapevtom pregledal, običajno od pacienta želimo, da te cilje rangira po pomembnosti, ki jo imajo zanj. Poleg dejstva, da niso vsi cilji enako pomembni, se med sabo razlikujejo tudi po stopnji težavnosti in času, ki je potreben za realizacijo. Smiselno je, da se delo prične z lažje in hitreje dosegljivimi cilji. Pacientu je potrebno razložiti pomen uspeha pri realizaciji ciljev. Lahko se namreč zgodi, da je cilj tako odmaknjen in težko dosegljiv, da pacient obupa. Zato je pomembna postopnost in stopnjevanje v doseganju ciljev.

Primer:

Študent, ki dolgo časa ni opravil nobenega izpita oz. je prekinil študij.

Če si postavi za cilj zaključek študija, je to sicer v osnovi povsem realen cilj, ki pa je zelo odmaknjen. Za realizacijo pa je potrebno veliko časa in truda. Velika verjetnost je, da bo študent po poti obupal. Ta globalni cilj je potrebno razdeliti na manjše korake, hitreje dosegljive cilje:

- *ugotoviti termine izpitov*
- *narediti vrstni red opravljanja izpitov*
- *odločitev za prvi izpit (kateri – izbira)*
- *pridobiti literaturo*
- *študij (točno določiti čas in trajanje dela)*
- *prijava na izpit itd.*

Vse to so dejanja, ki študenta vodijo h končnemu cilju. Če so postavljena kot majhni cilji, dajejo občutek uspešnosti in posledično dvigujejo študentovo samozavest. Majhni koraki dajejo tudi veliko večjo možnost kontrole.

Med terapijo se cilji lahko tudi menjajo. Prav tako se lahko menja vrstni red ciljev. Terapevt in pacient vedno skupaj dorečeta, na čem delata. Če pacient terapevtu pove, da ima težavo, ki ga lahko ovira na poti do postavljenega cilja, je potrebno delati na tej težavi. Naloga terapevta je, da vedno pri pacientu preverja, kaj je zanj bolj pomembno.

Primer:

Študent, ki želi opraviti izpit in si resno prizadeva za to, potoži, da ponoči ne spi.

Dalj časa trajajoča nespečnost prav gotovo vpliva tudi na koncentracijo. Pacient je utrujen – težje študira. To je težava, ki lahko dosego cilja prepreči, zato je potrebno najprej rešiti to.

Med terapijo se v pacientovem življenju pojavijo tudi nepričakovani, življenjsko pomembni dogodki (nesreča, smrt družinskega člana, izguba službe ...). V takih primerih se je potrebno s pacientom jasno pogovoriti in stvari postaviti na svoje mesto.

Primer: Pacientka dela na vzpostavljanju odnosa s svojo mamo. Na srečanju pove, da ima bolnega otroka v bolnici.

Terapevt: » ...Oba veva, kako pomemben je za vas odnos z vašo mamo. Na tem sva že veliko naredila, kar nekaj stvari pa naju še čaka, saj je vaš cilj jasan. Trenutno pa je vaš otrok v bolnici, bojite se zanj in je razumljivo, da je to za vas pomembnejše. Predlagam, da za nekaj časa opustiva delo na odnosu z mamo in poskušava ugotoviti, kako si lahko pomagata in kaj lahko naredite v situaciji, v kateri ste se znašli. Ko boste rešili ta problem, bova nadaljevala z najinim dosedanjim delom. Seveda, če se s tem strinjate ...«

To ne pomeni, da se je pacient odpovedal dosegi cilja ali da je bil neuspešen. Ko bo aktualna težava rešena, se bosta s terapevtom vrnila na točko, kjer sta ostala. Včasih se take prekinitve pokažejo tudi za koristne, saj dajejo možnost, da pacient in terapevt ob ponovni vrnitvi k prekinjenemu delu, naredita povzetek doseženega in na ta način preverjata, kje sta na poti do zastavljenega cilja.

Kadar govorimo o načrtu in ciljnih terapije, se vedno vsiljuje občutek, da je to nekaj enkratnega, velikega, kar storiš enkrat v začetku in se potem tega držiš. Dejstvo pa je, da se prav z načrtovanjem in postavljanjem ciljev srečujemo ves čas terapije. Tako terapevt, kot pacient.

NAČRTOVANJE AKTIVNOSTI

Ko med terapijo identificiramo problem, ki ga pacient želi rešiti, terapevt sam in skupaj s pacientom po že omenjenih kriterijih naredita načrt terapije in postavit cilje, se srečamo z načrtovanjem posameznih aktivnosti in dejanj, ki jih pacient opravlja za dosego svojega cilja. Za večjo učinkovitost in kontrolo je priporočljivo, da si pacient naredi delovne liste, kamor zelo jasno napiše svoj cilj, načrt aktivnosti, čas začetka aktivnosti, možne težave in strategije za premagovanje le-teh in spremljanje napredka. Pomembno je, da je cilj, ki ga pacient želi doseči, zelo jasno definiran in dosegljiv.

Primer:

Ana je skupaj s terapevtko med terapijo ugotovila, da je izvor njenih težav predvsem v neorganiziranosti na delovnem mestu. Bila je prepričana, da mora vse narediti sama, saj je bila vodja pisarne in v bistvu tudi lastnica podjetja. Nikoli ni prosila za pomoč ali delila dela, delala je vsak dan dve do tri ure več, kot bi morala. Bila je izčrpana, nervozna, z občasnimi telesnimi težavami (razbijanje srca, potenje, tresenje), občasno pa je zapadala v depresivna počutja. Pri načrtovanju terapije si je postavila veliko ciljev. Prvi, manjši cilj, ki ga je želela doseči, zdel pa se je tudi realno hitro dosegljiv, je bil, da bo iz službe začela odhajati ob 15. uri. S terapevtko sta naredili načrt aktivnosti, ki bi ji pomagale doseči ta cilj. Na delovni list je napisala več posameznih manjših korakov ter celoten načrt, poskušala pa je predvideti tudi možne težave in že pripraviti možne rešitve.

Akcijski načrt	Čas začetka	Možne težave	Strategija za rešitev težave	Napredek
<i>Sodelavcema bom pojasnila, da se čutim preobremenjena in da želim v pisarni določene spremembe.</i>	<i>Takoj naslednji dan /sreda</i>	<i>Sodelavca ne bosta pripravljena na spremembe, ker jima sedanji način ustreza.</i>	<i>Pojasnila jima bom, da dela v pisarni ne bo več, le razdelili si ga bomo. Prosila ju bom za njune predloge.</i>	<i>Sodelavka je bila takoj pripravljena na spremembe, kolega pa je bil bolj zadržan.</i>
<i>Najprej bom pregledala, kaj moram obvezno narediti sama in kaj mora biti narejeno tisti dan.</i>	<i>Isti dan/sreda</i>	<i>Lahko bo nujnih del preveč za en dan.</i>	<i>Izločila bom zadeve, ki jih lahko naredi sodelavka in jo prosila, da to naredi.</i>	<i>Ugotovila sem, da sta samo dve zadevi vezani na ta dan; lahko bi ju dala tudi kolegoma.</i>
<i>Najprej bom naredila nujna dela, ki so vezana na rok.</i>	<i>Isti dan/sreda</i>	<i>Če bom delala samo nujna dela, ne bom vedela, če so stvari, ki jih opravljata sodelavca, v redu narejene.</i>	<i>Prosila ju bom, da pred koncem službe na kratko skupaj pregledamo narejeno.</i>	<i>Obe zadevi sem naredila takoj zjutraj – sama.</i>
<i>Domov prvi dan vsaj ob 16.uri, naslednji dan ob 15.30 min, nato ob 15. uri.</i>		<i>Kaj, če ne bo vse narejeno?</i>	<i>Naslednji dan bom najprej opravila ostanek ali prosila kolega.</i>	<i>Sreda – domov ob 16. 15 Četrtek – uspela ob 15.30 Petek – 15.15</i>

Na tak način pacientka v prvi vrst natančno določi svoj cilj in mu sledi. Za doseg tega cilja pa že v terapiji naredi natančen načrt aktivnosti. Terapevt lahko pacientki pomaga pri iskanju strategij za premagovanje potencialnih problemov in jo spodbuja k iskanju najboljših poti za doseg cilja. Zelo pomembno je, da si pacient zapisuje tudi svoj napredek, saj mu to vliva pogum. Če uspeha ni, pa lahko skupaj s terapevtom poiščeta vzroke in najdeta ustrežnejši način.

Na tak in podobne načine naredimo načrte tudi za reševanje drugih problemov. Najpomembnejše je, da je cilj tovrstnega dela jasen pacientu, saj od njega zahteva precej doslednosti in rednega zapisovanja. Pacientu mora biti namreč povsem jasno, čemu je neka naloga, ki jo mora opravljati, namenjena. Kaj bo s tem pridobil in kakšen je cilj njegovega dela. Kadar to ni povsem jasno, je velika možnost, da pacient ne opravi naloge, jo naredi površno, predvsem pa izostane rezultat.

Terapevtu začetniku se morda zdi, da je postavljanje in sledenje ciljem ter načrtovanje terapije in posameznih aktivnosti le ena od nalog, ki jo kot terapevt mora opraviti in je potrebna le neizkušnemu terapevtu. Dejstvo pa je, da s pridobivanjem terapevtskih izkušenj cilji in načrt postajajo vse bolj pomembni. Terapevtu in pacientu pomenijo neko orientacijo, saj v vsakem trenutku lahko preverjata uspešnost terapije in iščeta nove poti za doseg cilja.

LITERATURA

Beck J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and Beyond*. New Yor: The Guilford Press.

Beck, J. S. (2005). *Cognitive Therapy for Challenging Problems: What to Do When the Basics Don't Work*. New York: The Guilford Press.

Greenberger D., Padesky, C. A. (1995). *Mind Over Mood – Change How You Feel by Changing the Way You Think*. New York: The Gulford Pres.

Biro M. (1990). *Kognitivna psihoterapija*. V: N. Anić (ur.), *Praktikum iz kognitivne iz behavioralne terapije III* (str. 13–35), Zagreb : Društvo psihologa Hrvatske.

VEDENJSKE TEHNIKE

*Andreja Križnik Novšak, univ. dipl. psih, spec. psih. svet
Dolenji Boštanj 3
8294 Boštanj
andreja.novsak@siol.net
Zaposlitev: Center za socialno delo Sevnica*

Razmišljanje o vedenjskih tehnikah, o načinih spreminjanja vedenja, v prvi vrsti predpostavlja oziroma zahteva, da mislimo in govorimo o vedenju določno in natančno.

Kaj je torej vedenje?

Vedenje, kot ga opredeljujeta Martin in Pear (1999), je v svojem najbolj esencialnem smislu vse, kar oseba naredi ali reče. Nadalje skušata biti avtorja pri opredelitvi pojma, kaj je vedenje, tudi bolj specifična. Vedenje je zanj lahko odkrito oziroma prikrito. Hoja, govorjenje, metanje na koš in podobno so tako imenovane odkrite, vidne oblike vedenja. Naše misli in čustva so na neki način naše privatno, intimno vedenje. Prav tako notranje fiziološke reakcije. Med zunanjim in notranjim vedenjem ni ostre ločnice, med njima obstaja kontinuiteta (senzacije doživimo ali pa si jih zamislimo). Za zunanje in notranje vedenje veljajo zakonitosti učenja in na obe vrsti vedenja vplivajo različne tehnike vedenjske modifikacije.

NEKATERE ZNAČILNOSTI VEDENJSKE MODIFIKACIJE

Vedenjska modifikacija je pristop, ki je osredotočen na vedenje in vključuje manipulacije okolja, ki želi doseči, da se posameznikovo vedenje spremeni. Vedenjsko modifikacijo še najlaže spoznamo po nekaterih njenih pomembnih značilnostih:

- Močan poudarek je na jasni definiciji problema o terminih konkretnega vedenja, ki je merljivo; spremembe v merah vedenja nakazujejo stopnje razrešitve problema.
- Procedure in tehnike vedenjske modifikacije so v bistvu načini oziroma poti spreminjanja posameznikovega okolja, da bi dosegli posameznikovo polnejše in učinkovitejše delovanje v družbi. S terminom okolje mislimo na različne stimulse: na ljudi, objekte in dogodke.
- Metode vedenjske modifikacije so racionalne in jih je možno natančno opisati. Z njimi se odpirajo tudi možnosti za ponavljanje postopkov in doseganje istih rezultatov. Pomeni tudi prednost pri širjenju in učenju tovrstnih znanj.
- Četrta značilnost tega pristopa izhaja iz prejšnje: je v tem, da tehnike uporabljajo tako profesionalci v službah pomoči kot tudi starši, učitelji in trenerji v vsakdanjih situacijah.
- Peta značilnost vedenjske modifikacije je v tem, da njene tehnike v veliki meri izvirajo iz bazičnih in aplikativnih psiholoških raziskav s področja splošne teorije učenja, še posebej pa iz principov operantnega in Pavlovega pogojevanja.
- Vedenjska modifikacija znanstveno dokazuje, da določena intervencija povzroči določeno spremembo vedenja.

GLAVNA PODROČJA UPORABE VEDENJSKIH TEHNIK

Vedenjske tehnike imajo pomembno vlogo pri terapiji vseh vrst anksioznih motenj (paničnih napadih, fobijah, generalizirani anksioznosti itd.). Uporabne so pri obravnavi obsesivno-kompulzivnih motenj, pri reševanju številnih šolskih problemov, pri soočanju s stresom, pri depresiji – zlasti v tistem delu, ko gre za aktivacijo posameznika.

Vedenjske tehnike uporabljamo pri terapiji seksualnih disfunkcij in pri različnih zdravstvenih problemih, zlasti pri obvladovanju bolečine, pri tretmajih debelosti in pri odvijanju od kajenja.

Svoje mesto imajo vedenjske tehnike pri večanju samokontrole posameznika, pri večanju njegove asertivnosti in pri učenju socialnih veščin.

Vedenjske tehnike imajo pomembno mesto pri delu z otroki, pri obravnavi duševno manj razvitih oseb in tudi pri delu s psihiatričnimi bolniki.

TEMELJNI VEDENJSKI PRINCIPI IN TEHNIKE

Med postopki oziroma principi in tehnikami vedenjske modifikacije sta dve veliki skupini: tista, ki temelji na principih operantnega pogojevanja, in tista, ki ima za svojo osnovo princip klasičnega pogojevanja.

Posamezne principe seveda lahko sestavljamo in kombiniramo v bolj sestavljene postopke in tehnike. V številnih primerih, zlasti pri bolj sestavljenih tehnikah, se kombinirajo principi operantnega in klasičnega pogojevanja; tako pri tehnikah dostikrat taka ekskluzivna delitev ni več možna; pri posamezni sestavljeni tehniki gre bolj za poudarke enih oziroma drugih principov.

OPERANTNI PRINCIPI IN TEHNIKE

Oglejmo si najprej princip operantnega pogojevanja. Izraz je že leta 1938 uporabil Skinner, ki je na osnovi opazovanj ugotovil, da je možno spreminjati vedenje tako, da ga spreminjamo, da manipuliramo s posledicami vedenja. Posledice, ki povzročajo, da se vedenje pogosteje javlja, imenujemo ojačevalce vedenja. Tiste pa, ki povzročajo, da se vedenje zmanjšuje v svoji pojavnosti, štejemo za kaznovalne posledice.

Pozitivno ojačevanje – za intenziviranje oziroma pogostejše javljanje vedenja

Znanstvena psihologija je principu pozitivnega ojačevanja posvečala veliko pozornosti vse od leta 1930. Danes je povsem jasno, da je to nasploh izjemno pomemben del procesa učenja. Princip, imenovan pozitivno ojačevanje, govori o tem, da je v primeru, ko v konkretni situaciji nekemu vedenju sledi ojačevalec, večja verjetnost, da bo oseba to vedenje v prihodnosti ponavljala. Nagrada – ojačevalec je opredeljen za določenega posameznika, v določeni situaciji; gre torej za individualiziran, posamezniku prilagojen izbor ojačevalcev.

Vedenje, ki deluje na okolje in generira konsekvence in na katere tudi v obratni smeri vplivajo te konsekvence (nagrade), je t. i. operantno vedenje (ali tudi operantni odgovor).

Pozitivno ojačevanje je mnogokrat uporabljano v vsakdanjih življenjskih situacijah. Njegovo uporabo načrtujemo, kadar želimo določeno vedenje jačati; mnogokrat pa je pozitivno ojačevanje uporabljeno tudi nezavedno. Zanimivo je, da princip deluje tudi v tem primeru.

Preglednica 1: Primer ojačevanja zelenega vedenja

<i>Situacija</i>	<i>Odgovor – operantno vedenje</i>	<i>Takojšnja posledica – nagrada</i>	<i>Dolgoročni efekt</i>
<i>Oče in sin nakupujeta v veleblagovnici. Vroč popoldan je in oba sta že zelo utrujena.</i>	<i>Otrok (nenavadno!) tiho, brez pritoževanja sledi očetu.</i>	<i>Oče se obrne k otroku in ga povabi na sladoled v bližnjo slaščičarno.</i>	<i>Za bodoče je večja verjetnost, da bo otrok očetu mirno sledil ob nakupih.</i>

Princip enako učinkovito deluje tudi, če se ga ne zavedamo. Nevarno pa je, da nenamerno ojačujemo tudi vedenja, ki niso zelena.

Princip ugašanja – za zmanjševanje vedenja

Princip ugašanja govori o tem, da se v primeru, ko predhodno ojačevanemu vedenju v dani situaciji ne sledi ojačevalna konsekvence (nagrada), verjetnost ponavljanja takega vedenja manjša. Ali povedano drugače: če je bilo določeno vedenje ojačevano s principom pozitivnega ojačevanja in potem ojačevalec (oziroma nagrado) ukinemo, se bo tako vedenje javljalo vse redkeje, dokler ne bo popolnoma izginilo. Podobno kot pozitivno ojačevanje je tudi ta princip močno prisoten v vsakdanjem življenju ne glede na to, ali se ga zavedamo ali ne. Skozi izkušnje se nam pač nekako kaže, ali se nam določeno vedenje »izplača ali ne«. Kadar pa načrtno uporabimo princip ugašanja, je dobro upoštevati nekatere dejavnike, ki vplivajo na učinkovitost ugašanja.

- Pozorno je treba kontrolirati morebitne ojačevalce vedenja, ki ga želimo zmanjšati. V tej zvezi je dobro določiti razumen in učinkovit »setting«, v katerem izvajamo ugašanje.
- Učinkovitost ugašanja je večja, če hkrati apliciramo še pozitivno ojačevanje alternativnega vedenja. Na primer: ne le, da oseba ne dobi več pozornosti, ko toži za glavobolom, ampak da je istočasno nagrajevana za delo, ki ga opravi.
- Prav tako je koristno vedeti, da je ugašanje lahko hitrejše in učinkovitejše, če gre za vedenje, ki je bilo predhodno kontinuirano ojačevano (in ne le občasno).
- Pomembno je, da poznamo proces; med procesom ugašanja se namreč lahko zgodi, da se zadeve poslabšajo, preden se obrnejo v zeleno smer. Če prehitro odstopimo od programa, se bo zgodilo, da bomo namesto ugašanja dosegli ojačanje neželenega vedenja.
- Včasih lahko delo na ugašanju določenega vedenja pri posamezniku povzroči vzporedno blago agresijo. Tudi v tem primeru je pomembno, da s programom nadaljujemo, saj bomo sicer dosegli kar dva neželena učinka: ojačali bomo vedenje, ki ga želimo odpraviti, prav tako pa bomo ojačali tudi agresijo.
- Zgodi se, da se vedenje, ki je že ugasnilo, ponovno pojavi. Praviloma je to le v blažji obliki; v takem primeru je pomembno, da nadaljujemo z načrtovanim programom ugašanja.

Oblikovanje /tudi »postopno približevanje«/

Gre za učenje novih vedenj, takšnih, ki pri posamezniku še niso prisotna. Glede na to, da se vedenje ne pojavlja, ga je nemogoče intenzivirati s pozitivnim podkrepljevanjem. Lahko pa ga postopoma razvijemo tako, da podkrepljujemo stopnje na poti do želenega vedenja. Prav zaradi te značilnosti nekateri to tehniko imenujejo tudi »postopno približevanje«.

Na tak način se na primer otrok uči govoriti. Najprej spušča neartikulirane glasove, potem glasove, zloge, približke besed, besede, besedne zveze ... okolje pa ga na vsaki stopnji podkrepljuje za doseženo ... Končni cilj (govor) je seveda zelo močno oddaljen od začetnega bebljanja, vendar je pomembno, da se zavedamo pomena podkrepljevanja na vseh stopnjah.

Nasploh je oblikovanje močno prisotno v vsakdanjem življenju. Pogosto ga uporabljamo povsem naravno, ne da bi se tega posebej zavedali; pomaga nam, da postanemo boljši plesalci, da izboljšamo tehniko pri igranju tenisa ...

Kadar oblikovanje uporabljamo na sistematičen način, je pomembno, da:

- opredelimo končno želeno vedenje,
- opredelimo začetno vedenje (prvo stopnjo),
- opredelimo vmesne stopnje oblikovanja vedenja in
- izberemo primerno nagrado.

Izbira primernih stopenj in primernege tempa napredovanja ni enostavna. Če so med stopnjami preveliki koraki, se lahko zgodi, da z ugašanjem izgubimo prejšnjo stopnjo. Prav tako je pomembno, da ne napredujemo prepočasi, saj predolgo podkrepljevanje lahko privede do tega, da posamezno stopnjo preveč utrdim in potem teže napredujemo do nadaljnjih približkov v smeri zelenega vedenja.

Utrjevanje vedenja skozi občasno podkrepljevanje

Med dvema ekstremoma: kontinuiranim podkrepljevanjem in ugašanjem (umikom nagrade) leži t. i. občasno podkrepljevanje.

Občasno podkrepljevanje ima nekatere značilnosti, kot:

- podkrepljevalec ostaja učinkovit dlje kot pri kontinuiranem podkrepljevanju,
- za vedenje, ki je bilo podkrepljevano občasno, je potrebno več časa, da ugasne,
- vedenje, ki je občasno podkrepljevano, je še bolj trajno, če je vezano na podkrepljevalce v naravnem okolju.

Obstaja več načinov občasnega podkrepljevanja:

- Podkrepljujemo po določeni frekvenci – lahko po fiksno določenem številu javljanja vedenja (npr. po dveh rešenih nalogah) ali po variabilni, nepredvideni frekvenci.
- Podkrepljujemo po določenem času – fiksnem intervalu. Tako se na primer v vsakdanjem življenju večinoma zanašamo na uro, ki nam »pove«, kdaj narediti stvari, da bodo ojačane po fiksni intervalni shemi; tudi v primeru intervalnega ojačevanja je možna varianta variabilnega intervalnega ojačevanja. Tak je primer, ko vsake toliko časa pogledamo e-pošto; V terapevtske namene intervalno občasno ojačevanje redkeje uporabljamo, ker je težavno z vidika planiranja in monitoringa.
- Intervalno ojačevanje določene drže – ojačitev nastopi, če je določeno vedenje izraženo ob določenem času. Poglejmo primer iz otroške igre: otroka se igrata in vsake toliko časa se oglasi gong. Če sta takrat otroka v kooperativni igri, si prislužita nagrado. Ta način ojačevanja se v vedenjski modifikaciji relativno pogosto uporablja.
- Intervalno ojačevanje trajajočega vedenja – gre za ojačevanje, potem ko je posameznik nekaj časa angažiran v določenem vedenju. Tudi v tem primeru lahko gre za fiksno določene časovne razmake ojačevanja ali pa za variabilno shemo ojačevanja. V vsakem primeru je namen, da generiramo kontinuirano vedenje dlje časa; primer za fiksno shemo ojačevanja trajajočega vedenja je plačilo delavca na uro, primer za variabilno shemo pa bi bila aktivnost otroka, da sestavi sestavljanke.

Tehnike stimulusne kontrole

Vsaka situacija, v kateri se vedenje javlja, sestoji iz treh elementov: A) stimulusa – antecedensa, ki predhodi vedenju B, B) vedenja samega in C) posledic. Govorimo o t. i. ABC shemi, ki je v vedenjski terapiji pogosto predmet analiz in tudi izhodišče intervencij. V primeru tehnik stimulusne kontrole skušamo na vedenje vplivati s strani antecedensov.

Poglejmo konkreten primer uporabe stimulusne kontrole, kot sta ga opisala Fairburn in Cooper, ko sta tehniko uporabila pri delu s pacienti z motnjami hranjenja. Poudarila sta sledeča pomembna stimulusna izhodišča:

- Poskrbeti je treba za »čisto izkušnjo hranjenja« – pacienti naj ne bi ob hranjenju počeli ničesar drugega kot jedli. Pozorni naj bi bili na hranjenje (ozaveščanje aktivnosti).
- Poskrbeli naj bi, da poteka hranjenje vedno le v enem prostoru stanovanja, na določenem mestu, kjer naj ne bi potekale druge aktivnosti (npr. delo, branje ...).

- Količino hrane pri obroku naj bi omejevali tako, da si pacient na krožniku vnaprej pripravi, kar bo pojedel (če hoče pojesti več, mora vsakič vstati in si vsakič dodati jed na krožnik).
- Načrtovati puščanje hrane na krožniku.
- Omejevati izpostavljanje »nevarni hrani«.
- Nakupovanje je treba planirati in pred tem oblikovati nakupovalni seznam.
- Če je le možno, naj se pacienti izogibajo situacijam, v katerih morajo druge oskrbovati s hrano.

Stimulusno diskriminatorno učenje – da naredimo pravo stvar ob pravem času

Tudi tukaj gre za vpliv s stimulusno situacijo, v bistvu pa za temeljni princip, da posledice vplivajo na naše vedenje. Skratka, s stimulusi skušamo vplivati na vedenje, za katero posameznik na osnovi izkušenj ve, da bo verjetno podkrepljeno.

Za ilustracijo pogledjmo primer 15-letnika v dveh različnih stimulusnih situacijah:

Kako se fant vede na ulici v družbi vrstnikov in na kosilu pri starih starših? Pogledjmo, kako ti dve različni situaciji vplivata na to, ali in koliko bo fant klel. (Na ulici bo fant s kletvicami požel predvideno občudovanje vrstnikov, za mizo pri starih starših pa za to predvidoma ne bo nagrajen. Obratno. Zato v tem okolju ne bo uporabljal kletvic, če pa že, bo to redko.)

Oblikovanje novih vedenj z verižnim povezovanjem

Posamezno vedenje lahko razdelimo na več manjših, a jasno ločenih korakov in tako naredimo verigo stimulusov in odgovorov – s tem, da so odgovori, z izjemo zadnjega, tudi stimulusi za naslednji odgovor v verigi. V življenju je veliko takšnih vedenjskih verig – npr. priprava sendviča, igranje določene skladbe na glasbenem instrumentu, umivanje zob in še bi lahko naštevali.

V klinični praksi se ta način uporablja zlasti pri učenju oziroma usposabljanju oseb z motnjo v duševnem razvoju. Celotno proceduro oziroma želeno vedenje razdelimo na posamezne jasne korake in nato ojačujemo povezavo med temi sekvencami oziroma koraki. Pogledjmo si primer razdelitve aktivnosti na manjše korake na nalogi oblačenja dolgih hlač.

Oseba:

1. vzame hlače iz predala,
2. drži hlače pred sabo na način, da je sprednja stran obrnjena stran od nje,
3. da eno nogo v hlačnico,
4. da drugo nogo v hlačnico,
5. potegne hlače čisto navzgor,
6. zapne gumb,
7. zapre zadrgo.

S ponavljanjem zaporedja oziroma povezav posameznih korakov oseba postopoma usvoji celotno proceduro oziroma želeno vedenje.

Izločanje neprimerne, neželenega vedenja s kaznovanjem

Kazen je neprijeten dogodek, ki sledi neposredno neželenemu vedenju in zmanjšuje verjetnost javljanja tega vedenja v prihodnosti. Znotraj vedenjske terapije je kaznovanje seveda tehničen termin in ga je potrebno ločiti od splošnega pojma kaznovanja v naši kulturi nasploh, ko kaznovanje vsebuje številne moralne vsebine.

Glede na kategorije kaznovanih dogodkov v vedenjski terapiji poznamo različne tipe kaznovanja, in sicer:

- fizično kaznovanje
- zapovedi, prepovedi
- »timeout«
- plačanje kazni – »response cost«

Fizična kazen vključuje kaznovanje, ki aktivira receptorje bolečine ali druge receptorje, ki vzbujajo občutja neugodja; tovrstnim »kaznovalcem« rečemo tudi averzivni stimulusi. Gre za brezpogojno kaznovanje oz. neugodne dogodke oziroma stimulse. Averzivno kaznovanje je neprijetno za klienta in za terapevta. V literaturi so avtorji močno zadržani pred fizičnim kaznovanjem in mu zelo nasprotujejo.

Zahteve, prepovedi so močni verbalni stimulusi, ki sledijo neprimernemu vedenju. Običajno vključujejo tudi strmeč, strog pogled in včasih tudi tesen prijem. Gre za naučene, pogojno kaznovane stimulse.

»Timeout« (osamitev) je lahko ekskluziven postopek – ko posameznika za kratek čas odstranimo iz situacije, v kateri se javlja ojačevanje. Pogosto se za to uporablja posebna, pusta in varna soba, v katero pošljemo posameznika.

Neekskluziven »timeout« pa pomeni, da v dano situacijo za krajši čas uvedemo stimulus, ki je asociiran z manjšo pozornostjo na posameznika.

»Response cost« pomeni, da po specifičnem, neželenem vedenju posameznik izgubi določeno količino ojačevalcev. V življenju najdemo veliko takih situacij; za ilustracijo lahko navedemo primer, ko posameznik plača denarno kazen zaradi prehitre vožnje. V klinični praksi pa temu največkrat služi izguba žetonov (zamenljivih za dogovorjene ojačevalce).

Na učinkovitost kaznovanja vpliva zlasti naslednje:

- Ustvarjati moramo pogoje za zelena alternativna vedenja. Priporočljivo je, da pred odpravo konkretnega vedenja najdemo alternativno vedenje in ga vzpodbujamo oziroma ojačujemo.
- Minimalizirati moramo vzroke oziroma povode za javljanje neželenega vedenja – odkriti je potrebno stimulusno kontrolo neželenega vedenja in odkriti eventuelne ojačevalce neželenega vedenja.
- Pomembno je, da izberemo in z izbiro zagotovimo učinkovito kazen. Npr. ustna opozorila so lahko za otroka, ki mu odrasli posvečajo malo pozornosti, bolj ojačevalci in ne kazen.
- Če je le možno, kazen izvedemo takoj in vsakič po neželenem vedenju. Eno od pomembnih pravil izvajanja kazni je tudi, naj izvajalec ne kaznuje v razburjenem stanju.
- Tudi vnaprejšnja razlaga jasnih pravil, kdaj bo kdo kaznovan, lahko poveča učinkovitost kaznovanja.

Glede kaznovanja obstajajo številne diskusije in moralno-etične dileme. Seveda je smiselno pred uporabo kazni uporabiti druge metode in kazen uporabiti šele potem, ko resnično ne najdemo druge variante. Pomembno je, da je kaznovanje strokovno vodeno. Kaznovanje namreč povzroča številne neželene stranske učinke. Lahko izzove agresivne odzive, jok, prestrašenost, predvsem pa kaznovanje ne uči novih vedenj; otroci pogosto ponavljajo vedenje odraslih (v tem primeru kaznovano vedenje odraslih prenesejo na druge, npr. na vrstnike).

Žetoniranje

Gre za nagrajevanje želenega vedenja z uporabo posrednih, pogojnih ojačevalcev, žetonov. V programu žetoniranja si posameznik ali skupina lahko prisluži različno število žetonov za opredeljena in želena vedenja. Žetoni so zamenljivi za različne dobrine oziroma t. i. »backup« ojačevalce. Uporaba žetonov ima dve glavni prednosti:

1. Prva je v tem, da so žetoni podeljeni takoj po želenem vedenju in šele kasneje zamenjani za »prave« ojačevalce. Tako predstavljajo most – zapolnjujejo zamudo med ciljnim vedenjem in ojačevalcem.
2. Druga prednost je v tem, da je na ta način lažje pregledno voditi nagrajevanje želenega vedenja.

Žetoniranje je bilo uporabljano v različnih institucijah: na psihiatričnih oddelkih, v ustanovah za delo z osebami z razvojnimi motnjami, v razredih oziroma oddelkih za otroke z ADHD, v običajnih razredih – vse od najnižjih do univerzitetnih, v domovih za mladostnike, v zaporih, v običajnih domovih. Tehnika žetoniranja je bila uporabljena tudi v različnih skupnostnih projektih: za zmanjšanje onesnaževanja okolja, za večanje recikliranja odpadkov, večjo rabo javnega prometa, poglobljanje rasne integracije, boljše samopomočno vedenje ljudi in podobno. Prav tako je žetoniranje uporabno v klinični praksi, ko kreiramo načrt žetoniranja za spremembo posameznikovega vedenja.

Načrtovanje:

- določitev ciljnih vedenj
- ugotavljanje začetnega stanja – »baseline«
- izbira ojačevalcev /«backup« ojačevalcev/
- izbira tipa žetonov
- identifikacija možne pomoči pri izvedbi
- izbira prostora oz. lokacije

Določitev ciljnih vedenj

Vedenja določimo glede na zelene cilje oziroma izražene specifične vedenjske težave pri posamezniku ali skupini.

V prvih razredih osnovne šole bi lahko bilo tako ciljno vedenje npr. »Tiho sedim, ko učitelj daje navodila.« Če načrtujemo ciljno vedenje za skupino, je seveda veliko lažje, če je le-ta čim bolj homogena, še vedno pa se zgodi, da je potrebna in smiselna individualizacija programa za določene posameznike.

Ugotavljanje začetnega stanja

Preden začnemo s proceduro ojačevanja ciljnega vedenja, je potrebno, da ugotovimo, kako je z izražanjem tega vedenja v aktualni, začetni situaciji. Ta podatek nam bo najprej povedal, ali je izvedba tehnike sploh potrebna, in dobili bomo sliko o tem, v koliki meri je aktualna situacija izražanja vedenja oddaljena od želene. Ta začetni podatek nam bo služil tudi za kasnejšo evalvacijo dela.

Izbira ojačevalcev

Ojačevalci, za katere posamezniki zamenjujejo žetone, naj bi bili takšni, ki posameznike motivirajo; takšni, ki so sprejemljivi z moralno-etičnega vidika; naj bi bili enostavni in dostopni. Pomembno je tudi, da natančno predvidimo, kako bo potekala »trgovina« – zamenjava žetonov za ojačevalce (kdaj, kje, koliko).

Izbira tipa žetonov

Kakšni naj bi bili žetoni, je v največji meri odvisno od klientov. Za odrasle lahko uporabimo različne žetone tipa denar, za otroke pa je pomembno, da so jim tudi žetoni sami po sebi dopadljivi. V splošnem pa velja, da naj bodo žetoni privlačni, lahki, prenosljivi, priročni, trpežni in seveda takšni, da jih ni lahko ponarejati.

Identifikacija možne pomoči pri izvedbi

Koga izberemo za pomoč pri izvedbi žetoniranja, je seveda odvisno od konkretnega primera. Pomočniki so velikokrat ljudje, ki se s klienti dnevno srečujejo (učitelji, medicinske sestre), lahko so prostovoljci, strokovnjaki, ki se učijo VKT, včasih pa tudi klienti sami (v mislih imamo skupine mladostnikov, odrasle).

Izbira prostora oz. lokacije

Prostora za izvajanje žetoniranja ne izbiramo posebej. Tehniko uporabimo na lokaciji, kjer spodbujamo zeleno vedenje. Če je to v razredu, bomo nemara takemu razredu namenili nekoliko večji prostor; v tem smislu so možni določeni premisleki v zvezi s prostorom.

Posamezni specifični postopki pri žetoniranju

Zbiranje, beleženje podatkov. Določimo obrazce oziroma skale za zbiranje podatkov. Določimo, kdo in kdaj beleži.

Kdo ojačuje?

Pomembno je, da je točno določeno, kdo nagrajuje, katero vedenje je nagrajevano in v katerem času. Pomembno je, da so žetoni podeljeni vedno na prijazen in spodbuden način takoj po izraženem vedenju.

Kolikšno naj bo število oziroma kolika frekvenca podeljevanja žetonov?

Načrtovanje naj bo takšno, da so žetoni podeljevani, zlasti na začetku, relativno pogosto. V literaturi najdemo podatke, da pri otrocih na začetku tudi 25 do 75 žetonov ni pretirano, sčasoma pa to število manjšamo na 15 do 30 na dan. Drugi premislek je tudi terapevtska vrednost ojačevanega vedenja in verjetnost, da ga bo posameznik izvajal tudi brez žetoniranja. Kot primer za slednje je recimo podeljevanje žetonov študentom glede na čas, ki so ga porabili za pripravo na test.

Določiti je potrebno »čas trgovine«.

Na začetku bi naj bila frekvenca pogosta, vsakodnevna, postopoma pa lahko preidemo na tedensko menjavo. Treba je tudi predvideti, koliko žetonov je vreden posamezni ojačevalec. Na to na eni strani lahko vpliva preprosto vidik ponudbe oziroma zaželenosti, drugi vidik pa je individualen in terapevtski; na primer – posamezniku, ki ima šibke socialne veščine, bomo za udeležbo na zabavi »računali« malo žetonov zaradi pomena in vrednosti, ki jo ima taka udeležba za njegovo za prakticiranje socialnih veščin.

Možne kaznovalne oblike

Plačevanje globe z žetoni za neželena vedenja je nemara etično bolj sprejemljivo kot fizično kaznovanje ali »time out«. Vendarle je v tem primeru smiselno kliente naučiti, kako sprejemati tovrstno kazen na relativno neemotiven in neagresiven način.

Supervizija sodelujočih

Pomembno je, da so izpeljane vse potrebne in dogovorjene aktivnosti. Potrebno je poskrbeti tudi za nadzor in ojačevanje vseh sodelujočih.

Obvladovanje potencialnih problemov

Kot za vse kompleksne procedure je tudi za žetoniranje modro predvideti potencialne probleme. Nekateri problemi, ki pogosto nastopijo, so: zmeda, zlasti na začetku, v prvih dneh, ko gre za programe za skupine; pomanjkanje pomočnikov za izvedbo, igranje in manipuliranje z žetoni s strani klientov, izpadi oziroma težave pri zagotavljanju »backup« ojačevalcev.

Programiranje generalizacije izkušenj v naravno okolje

Žetoniranje je včasih videti, kot bi ga programirali na prilagajanje posameznikovega vedenja različnim institucijam. To je večkrat tudi res, vendarle nas ta zapažanja ne bi smela odvrniti od bolj pomembne funkcije žetoniranja: to je pomoči posameznikom za učinkovitejše prilagajanje naravnemu okolju. Kazdin (1985) je ugotavljal, da je žetoniranje učinkovita metoda za različne populacije in da učinki sežejo daleč čez čas izvedbe programa.

Kakor koli, v naravnem okolju je prisotno socialno ojačevanje, ne žetoni. Tako bi moral biti načrt žetoniranja narejen tako, da socialne ojačitve sčasoma nadomestijo žetone. Od žetonov odvajamo na dva načina: prvi je, da jih počasi opuščamo, drugi pa, da postopoma zmanjšujemo njihovo vrednost. Eden od korakov priprave klientov, da se znajdejo v naravnem okolju, je tudi postopna preusmeritev kontrole h klientom samim, kar pomeni, da počasi sami planirajo lastne ojačevalce.

Samokontrola

Ločimo dve veliki skupini težav samokontrole; na eni strani so problemi preveč izraženega, ekscesnega vedenja (prenajedanje, kajenje, pretirano gledanje TV, pretirano pitje kave ...), na drugi strani pa so premalo izražena vedenja (redna vadba, redno učenje, redno umivanje zob ...)

Če pogledamo ekscesna vedenja po posledicah, opazimo nekatere zanimive posebnosti:

- Vedenjem sledi takojšnje ojačanje, negativne posledice pa so bolj oddaljene. Ko želi otrok gledati televizijo, se na vprašanje staršev zlaže, da je nalogo že opravil, saj bo tako lahko gledal televizijo. Njegova laž bo takoj nagrajena, kazen (npr. slaba ocena ...) pa bo sledila šele mnogo pozneje.
- So vedenja, katerim sledi takojšnja nagrada in oddaljeni kumulativni neugodni učinki. Tako je na primer uporaba ene sladice takojšnja nagrada (dober okus v ustih), negativni učinki (npr. na holesterol) pa sicer obstajajo, vendar so tako majhni, da jih ne opazimo, se pa učinki akumulirajo in težava nastane, če vedenje prepogosto ponavljamo. Podobno je pri kadilcih. Negativni učinki posamezne pokajene cigarete ne morejo odtehtati užitka, ki ga kadilec doživi ob kajenju (»Nikoli ni problem ena cigareta – prav ta, ki jo zdaj kadim.«).
- Pogosta so tudi ekscesna vedenja, ko problematično vedenje predstavlja takojšnjo nagrado, medtem ko bi željeno in bolj prilagojeno vedenje dobilo svoje pozitivne posledice šele kasneje. Takšna je situacija, ko bi naj študent študiral za izpit, ki ga ima naslednji dan, pa se prepusti takojšnjemu užitku in gre s prijateljem v kino.

Za premalo izražena vedenja, torej tista, za katere bi si želeli, da so pri posamezniku pogostejša, je značilno, da ponavadi vodijo v takojšnja, mala neugodja (male kazni). Pa četudi so pozitivni učinki, ko se vedenja enkrat pojavijo, in negativni učinki, če se vedenja ne pojavijo, to pogosto ne učinkuje v smeri ojačanja vedenj. Poglejmo zaradi katerih značilnosti premalo izraženih vedenj je tako:

- Vedenjem sledi takojšnja mala kazen, medtem ko so pozitivni učinki (ojačevalci) kumulativni in oddaljeni. Tak primer je na primer začetek redne telesne vadbe. Takojšnji

učinki so poraba časa, utrujenost, stres; čeprav bi bili kakšni pozitivni učinki takojšnji (npr. telesni pritisk, obtok krvi ...), so premajhni, da bi bili opazni. V resnici opazimo šele akumulirane učinke redne vadbe.

- Zanimiva so tudi premalo izražena vedenja, ko gre za takojšnje male neugodne posledice, v ozadju pa so sicer velike, a malo verjetne negativne posledice. Tako je npr. z nošenjem čelade pri kolesarjenju. Radi se izognemo takojšnjemu, pa čeprav malemu neugodju.

Koraki v programu za izgradnjo oziroma povečanje samokontrole

1. Opreделитеv problema in določitev ciljev. Pomembno je, da so cilji merljivi in konkretni.
2. Samopodkrepljevanje v smislu odločenosti, zaveze za spremembo (sebi, lahko tudi drugim) je poleg poznavanja tehnik bistvenega pomena za doseg učinkovitejše samokontrole. Motivacijo si lahko posameznik krepí na sledeče načine: naredi listo pridobitev oziroma prednosti, ki jih bo prinesla sprememba vedenja, svojo odločenost za spremembo pove tudi drugim, v svojem okolju poskrbi za opomnike za svoj cilj, natančno planira izvajanje ciljnih vedenj, načrtuje tudi načine in poti za soočanje s trenutki, ko bo omahoval oziroma pomislil na odstop od zastavljenega cilja; lahko si pripravi misli za vzpodbudo.
3. »Self monitoring« – beleženje javljanja vedenja in analiza vzrokov za javljanje tega vedenja predstavljata naslednji pomemben korak v izgradnji samokontrole. Včasih že samo beleženje vedenja vodi v zeleno smer; pomembno je, da vedenja, ki jih želimo zmanjšati, posameznik beleži pred realizacijo (cigareta, hrana ...), pri vedenjih, ki jih želimo ojačati, pa po izvedenem vedenju (po treningu, teku, učenju). Beleženje nam v vsakem primeru služi pri načrtovanju nadaljnjih korakov. Omogoča nam ugotavljanje antecedensov in takojšnjih posledic določenega vedenja (A-B-C).
4. Načrtovanje in udejanjanje programa je naslednji korak pri izpeljavi programa samokontrole. Posvetimo se sami situaciji, v kateri se vedenje javlja – pozorni smo na stimulse. Instrukcije npr. so pomemben del procesa; Meichenbaum je ugotavljal, da naj bi praktično vsak program »self modifikacije« vključeval tudi samo-instrukcije. Potem je tu modeliranje, pa okolje samo, ki lahko stimulira ali zavira zeleno vedenje. Tako je znano, da imajo odvisniki mnogo več relapsov, če se družijo z drugimi odvisniki. Zanimiva je še ena situacijska značilnost: čas. Včasih je mogoče doseči dobre dosežke samokontrole, če spremenimo čas aktivnosti. Tako je večina študentov zmožna najbolj učinkovitega študija v jutranjih urah, pa vendar mnogi posvečajo ta čas jutranjim kavam s kolegi in študirajo v večernih urah. Uspešna samokontrola študija bi pomenila časovni premik študija v jutranje ure in socialnih aktivnosti v večerne ure.
Načrtovanje vedenja – v primerih, ko gre za enostavna vedenja (npr. preklinjanje), je fokus bolj na antecedensih in konsekvencah, kadar pa gre za kompleksna vedenja, pa je potrebno posvetiti več časa vedenju samemu. Tako npr. pri učenju golfa naredimo natančno strategijo zaporedja učenja udarcev.
Kontrola konsekvenc vedenja – ena strategija manipuliranja s posledicami je, da odstranimo določene takojšnje ojačevalce, ki podpirajo neželjeno vedenje. Drugi način manipuliranja s posledicami je samo-registracija in samo-grafično prikazovanje realizacije ciljnega vedenja. Ko vidimo napredek, je to lahko vir za vrsto samo-vzpodbujevalnih misli. Prav tako lahko pride vzpodbuda tudi s strani drugih. Tretji način manipuliranja s posledicami pa je, da se nagradimo za napredek ali pa že zato, da vztrajamo na začrtanem programu.

5. Preprečimo relaps oziroma poskrbimo za to, da zelena sprememba traja. Pri tem smo pozorni na možne vzroke relapsov; načrtujemo začetno izogibanje rizičnim situacijam, izdelamo načrt za rizične situacije. Smiselno se je ozreti v občasne relapse, jih sprejeti kot take in vztrajati na doseženih spremembah.

Načrtovanje aktivnosti

To je preprosta tehnika, ki jo na neki način vsebuje že prejšnja (izgradnja samokontrole); gre za časovno načrtovanje aktivnosti, ki močno jača občutek samokontrole. Znano je, da se ljudje, ki so dobro organizirani, manj vznemirjajo (imajo svoje načrte, ki jim sledijo). Načrtovanje aktivnosti pogosto uporabljamo pri terapiji depresivnih, zlasti v začetnem delu, ko gre za to, da pacienta aktiviramo.

Trening socialnih veščin

Socialne veščine so specifična vedenja, ki jih kot posamezniki uporabljamo v interakciji z drugimi in pri tem dosegamo zelene osebne cilje oziroma namene (običajna konverzacija, prijateljevanje, izražanje čustev ...). Izhajajoč iz te opredelitve zlahka razumemo, da je prav vedenjska terapija dala učinkovit odgovor za učenje teh veščin.

Dobre socialne veščine obsegajo oboje: vsebino izrečenega sporočila v interakciji kot tudi način, kako je sporočilo posredovano. Pri učenju socialnih veščin uporabljamo različne vedenjske tehnike, poudarek pa je prav gotovo na modeliranju in igri vlog.

Trening samopotrjevanja (trening asertivnosti)

Za posameznike, ki imajo specifične težave na področju samoizražanja, ki se jim zapleta na področju učinkovitega »poravnavanja« z okoljem, je biheavioralna terapija našla odgovor prav v tej metodi. V veliki meri gre za premagovanje težav, ki jih v psihoterapiji večinoma označujemo kot »temeljna anksioznost«. Pri tem je izvor anksioznosti pri posameznikih lahko zelo različen (Lokar, 1984); to so lahko:

- destruktivno agresivni posamezniki, ki jim manjka čvrstost in odločnost,
- ljudje, ki delujejo kot tirani in niso v stanju obvladovati sebe in okolico,
- posamezniki, ki pretirano reagirajo na dejanske ali navidezne nepravilnosti (močne emocionalne reakcije jeze, strahu, užaljenosti),
- ljudje, ki niso sposobni izraziti pozitivnih čustev in imajo težave v vzpostavljanju kontaktov z drugimi,
- posamezniki, ki jih že mali običajni neuspehi inhibirajo, večajo njihov strah in rušijo samokontrolo,
- posamezniki, ki imajo strah pred predstavniki nasprotnega spola in so zato omejevani v življenju,
- posamezniki, ki niso spontani v medosebnih odnosih,
- ljudje, ki imajo mnogo želja in potreb in jih zaradi lastne pasivnosti ne uresničijo.

Smisel treninga asertivnosti je prvenstveno v tem, da se klienti naučijo izraziti, »se postaviti zase« na ustrezen način, da opustijo bodisi agresivne, bodisi pasivno-defenzivne interakcije z drugimi. Končni cilj je seveda učinkovita sprememba v medosebnih odnosih.

Da bi to dosegli, je potrebno, da pacienta naučimo:

- da izraža svoja čustva iskreno in neposredno,
- da pohvalo in naklonjenost izraža na spontan in privlačen način,
- da izraža kritiko in nestrinjanje na nežaljiv in družbeno sprejemljiv način,

- da angažira svoje sposobnosti za svoboden, ustvarjalen način življenja.

Med treningom je potrebno:

- natančno analizirati pacientove težave,
- pacienta soočiti z njegovimi načini izražanja (verbalno, kretnje, mimika) in ga glede na opaženo naučiti novih, ustrežnejših načinov,
- pacient s pomočjo tehnike igre vlog utrjuje nove načine verbalnega in neverbalnega izražanja,
- pacient se uči, da svoja sporočila oblikuje tako, da vsebujejo tudi informacijo o tem, kaj pričakuje od drugih,
- pacientu je treba omogočiti, da v vsakdanjem življenju dobi potrditev za obnašanje na nov, spremenjen način,
- potrebno je analizirati vse uspehe in neuspehe pri spremenjenem vedenju posameznika.

Metoda se uporablja v individualnem pristopu, še večkrat pa kot skupinski trening. Slednje je namreč učinkovitejše, saj posamezniku omogoča, da v skupini preverja svoja nova vedenja in je tako generalizacija v vsakdanje življenje lažja.

PRINCIP KLASIČNEGA POGOJEVANJA IN IZHAJAJOČE VEDENJSKE TEHNIKE

Klasično pogojevanje

Klasično pogojevanje temelji na principu, da določen stimulus avtomatsko izzove določen odgovor brez predhodnega učenja oziroma pogojevalne izkušnje. V mislih imamo povezave dražljaj – odgovor, ki so prirojene, in jih imenujemo tudi brezpogojni refleksi (hrana – slinjenje, visoka temperatura – potenje ...). Če stimuluse, ki sprožajo brezpogojne reflekse, družimo oziroma prezentiramo istočasno z nevtralnimi dražljaji, sčasoma ti nevtralni dražljaji prevzamejo vlogo sprožilcev refleksnih odgovorov; v tem primeru so to pogojni refleksi.

Dejavniki, ki vplivajo na klasično pogojevanje

- Večkrat ko skupaj z brezpogojnim dražljajem (US) prezentiramo pogojni dražljaj (CS), večja je moč oziroma zmožnost pogojnega dražljaja, da izzove pogojno reakcijo (CR). Če se je otrok večkrat prestrašil lajajočega psa, bo pogled na psa pri njem zbudil močnejši strah, kot če bi se to zgodilo samo enkrat.
- Učinek pogojevanja bo močnejši, če pogojni dražljaj (CS) rahlo predhodi brezpogojnemu dražljaju (US).
- Pogojni dražljaj (CS) pridobi večjo sposobnost izvajanja pogojnega odgovora (CR) v primeru, da je pogojni dražljaj vedno prezentiran skupaj z brezpogojnim, in ne le občasno.
- V primeru, da je več nevtralnih dražljajev družjenih z brezpogojnim dražljajem, bo tisti nevtralni dražljaj, ki je z njim najbolj konsistentno družjen, postal močan pogojni dražljaj (CS). Tak primer je npr. nevihta: otrok bo razvil močnejši strah pred bliskanjem kot pred temnimi oblaki, in sicer prav iz razloga, ker je bliskanje bolj konsistentno druženo z grmenjem, kot to velja za oblake.
- Klasično pogojevanje se bo pojavilo hitreje in bo močnejše, če sta oba dražljaja, tako pogojni kot brezpogojni, intenzivna. Tako bo otrok razvil močnejši strah pred bliskanjem, če sta oba dražljaja, blisk in grmenje, močna, in šibkejšega, če sta oba dražljaja šibka.

Ugašanje pri klasičnem pogojevanju

Tudi za klasično pogojevanje velja, da pozna pogojevanju nasproten proces – ugašanje; gre za postopek, ko prezentiramo pogojni dražljaj (CS), medtem ko zadržimo brezpogojnega. Če se je prej pogojni refleks oblikoval tako, da smo družili pogojni dražljaj z brezpogojnim, gre pri ugašanju za to, da ponovno »razdružimo« povezavo med pogojnim in brezpogojnim dražljajem.

Predstavljajmo si otroka, ki je skušal pobožati velikega psa, ta pa je močno zalajal; po principu klasičnega pogojevanja je ta izkušnja izvabila pogojni odgovor – doživetje strahu pri otroku. Vzemimo, da so kasneje starši peljali otroka na pasjo razstavo, kjer se je sprehajalo mnogo psov, ki so bili vsi trenirani in so se ubogljivo in tiho sprehajali. Ponavljajoči kontakt s temi psi bo otroku pomagal premagati strah (strah bo sčasoma izginil, ugasnil).

Modeliranje

Teoretično je metodo učenja po modelu osnoval že Bandura s svojimi raziskavami o učenju na način opazovanja drugih. Na ta način se posameznik nauči novega vedenja, ki ga do tedaj ni obvladal. Pri tem ni potrebno, da vedenje izvaja (kot je to slučaj pri instrumentalnem pogojevanju). V tem smislu Bandura govori o observacijskem učenju. Prav tako vedenja, ki se ga posameznik uči, ni potrebno podkrepljevati. Pravzaprav je pogosto sam vzornik (model) nagrajen s tem, da ga otrok ali oziroma drugi posnema, tako Bandura govori o vzajemnem podkrepljevanju.

Učenje po modelu se lahko odvija tudi nezavedno: otrok ali odrasel spontano ponavlja vedenje vzornika, modela.

Danes se, zlasti pri delu z otroki, vse bolj poudarja pomen vzornika, modela, ki kaže tudi težave in negotovosti ter seveda potem tudi način, kako se to premaguje. To je za otroke lahko zelo opogumljajoče, obenem pa jih opremlja s strategijami soočanja s težavami.

Garry Martin in Joseph Pear sta tehniko modeliranja uporabila tudi kot način izpostavljanja. Poimenovala sta jo udeleženo modeliranje. V tem primeru je terapevt model za soočanje s situacijo, ki povzroča strah pri klientu. Klient terapevta najprej le opazuje. Nato terapevt opogumi klienta, da tudi sam ponovi terapevtovo vedenje. Pri tem gre lahko za stopenjsko izpostavljanje.

Paul Salkovskis in Joan Kirk sta modeliranje uporabljala pri delu z obsesivno kompulzivnimi pacienti. Pri tem sta ugotavljala, da je voljnost oziroma pripravljenost pacienta za sodelovanje narasla, če je bila izpostavljenost terapevta zastrašujočemu stimulusu večja v primerjavi z načrtovano izpostavljenostjo pacienta. Ugotavljala sta, da je modeliranje v klinični praksi koristno zlasti iz dveh vidikov:

- je najjasnejši način demonstracije tega, katera vedenja so zaželena, in
- modeliranje zlasti na začetku terapije ponavadi pripomore k večji pripravljenosti pacienta za izpostavljanje tako med seansami kot tudi pri domačih nalogah.

Tehnike izpostavljanja

Izpostavljanje je definirano kot soočanje z nečim, česar se je posameznik zaradi strahu, ki ga ob soočanju doživlja, izogibal. Tehnike izpostavljanja so zato nepogrešljive pri tretmajih anksioznih stanj in fobičnih motenj.

Postopno izpostavljanje

Za optimaliziranje učinkov izpostavljanja je večkrat primerno, da je izpostavljanje postopno, stopnjevano, ponavljano. Pri tem je pomembno, da so posamezni koraki jasno opredeljeni. Za začetek mora klient identificirati vse situacije, ki se jih izogiba, in jih razvrstiti po težavnosti v »stopnjevano hierarhijo«. Prva situacija (ki pomeni pravzaprav prvo nalogo izpostavljanja) naj bi bila dovolj lahka, da jo klient zmore, in obenem taka, da že izzove nekaj anksioznosti.

Resnici na ljubo je konstruiranje takšne hierarhije v teoriji mnogo lažje kot v praksi.

Primer hierarhije situacij za strah pred višino bi npr. lahko izgledal takole:

(Strah na posamezni stopnji, ocenjen od 0–100)

1. pogled čez stopniščno ograjo ob vzpenjanju	5
2. pogled skozi zaprto okno v 1. nadstropju	7
3. nagib skozi okno v 1. nadstropju	10
4. pogled skozi okno v 2. nadstropju	10–20
5. pogled skozi okno v pisarni (do 6. nadstr.)	30–40
6. pogled z vrha tekočih stopnic	35
7. uporaba lestev in menjava žarnice na sredini sobe	40
8. sprehod po mostu čez reko, blizu ograje	50
9. vožnja z avtom po visečem mostu	60
10. vzpon na cerkveni zvonik	70
11. sprehod vzdolž pečine	80
12. vožnja po gorski cesti (določeni)	90
13. obisk lokala na Poštnem stolpu	100

Naloge posamezne stopnje naj bi ponavljali redno, vse dokler anksioznost, ki jo izzivajo, ne izgine oziroma se močno ne zniža.

Sistematična desenzitizacija

Gre pravzaprav za sestavljeno tehniko, ki vsebuje oziroma vključuje znanja različnih principov vedenjskega pristopa (tu imamo v mislih: princip učenja s klasičnim pogojevanjem, operantno pogojevanje in nezdržljivost istočasnega doživljanja sproščenosti in prestrašenosti).

Wolpe je sistematično desenzitizacijo opisal kot tehniko postopnega izpostavljanja situacijam, ki v ljudeh budijo strah, pri čemer se po pravilu uvaja dopolnilni stimulus oziroma dopolnilna situacija, ki ni združljiva s strahom.

Za razliko od situacij, ko gre za enostavno izločitev naučenega odgovora, je situacija sistematične desenzitizacije v bistvu situacija odpogojevanja (razpogojevanja – counterconditioning). Wolpe je izhajal iz hipoteze, da je za učinkovito zdravljenje fobij potrebno identificirati odgovore, ki so nasprotni strahu in le-te potem vključiti v situacije, ki običajno vzbujajo strah. V dani situaciji je kot primerno vedenje, ki je antagonistično doživljanju strahu, uporabljal relaksacijo. Klient se v stanju globoke mišične sproščenosti sooča s situacijami, ki mu zbujejo strah, na že opisan način postopnega izpostavljanja. Soočanje je učinkovito tako v imaginaciji, kot in vivo.

V literaturi variacijo tehnike sistematične desenzitizacije, ko posameznik sam zase izdelava načrt in ga po opisanem postopku uresniči, imenujemo sistematično self-desenzitizacijo.

Preplavljanje

Preplavljanje je ena od tehnik izpostavljanja. Za razliko od postopnega izpostavljanja se v tem primeru oseba takoj izpostavi situaciji, ki izziva maksimalen strah. Pomembno je, da v tej situaciji potem vztraja tako dolgo, da se strah zmanjša. Svoje bistvo je tehnika našla v dejstvu, da strah povzroča izogibanje, kar je neuspešen način soočanja. Situacijo, ki vzbuja strah, si klient lahko zamišlja ali pa ji je v resnici izpostavljen. Raziskave kažejo, da je izpostavljanje in vivo uspešnejše kot tisto v imaginaciji (Marks 1972, Marshall in sodelavci 1977, po Lokar, J.).

Nevarnost je v tem, da izpostavljanje prekinemo v času, ko strah še traja (se še ni zmanjšal), saj v tem primeru po principu negativnega ojačevanja strah povečamo, namesto da bi ga zmanjšali. Tehnika preplavljanja je zahtevna za klienta in terapevta. Običajno jo terapevt uporabi potem, ko je pacienta dobro spoznal in si je že pridobil njegovo zaupanje.

Vedenjska izmenjava

Tehnika vedenjske izmenjave je pogosto uporabljana, kadar gre za obravnavo partnerskih problemov. Že samo ime nakazuje bistvo: partnerja si izmenjujeta (si namenjata) vedenja, s katerimi drug drugemu vzbujata občutek zadovoljstva. Tipične aktivnosti, ki se načrtujejo v ta namen, so preproste pozornosti, nezahtevna vedenja, ki jih zlahka lahko vključimo v vsakdanji partnerski repertoar. Vedenjska izmenjava je načrtovana z namenom, da zagotovi hitre pozitivne spremembe v vzorcu medsebojnih interakcij, kar je pomembno zlasti v začetnem delu terapije. Zadovoljstvo in topla čustva, ki jih taka izmenjava budi, opogumljajo in motivirajo partnerja za nadaljnje sodelovanje. Prav tako na ta način premaknemo fokus k iskanju pozitivnega.

Racionalna utemeljitev vedenjske izmenjave (kot jo najdemo v članku Karen B. Schmalin, Alan E. Fruzzetti, Neil S. Jacobson) je:

- vzpostavljamo kontrolo nad srečo partnerske zveze namesto prepuščanja času oziroma partnerju,
- učenje jasne identifikacije (»pin – point«) vedenj, ki naredijo razliko med dobrimi in slabimi dnevi v partnerstvu in tako vodijo k pozitivnim čustvom v zvezi s partnerstvom,
- izkušanje in ozaveščanje dejstva, da dober zakon (dobro partnerstvo) zahteva vsakodnevni trud.

Behavioralni eksperimenti

Behavioralni eksperiment je večkrat izredno učinkovita tehnika za testiranje veljavnosti negativnih avtomatskih misli in prepričanj posameznika. Je pogosto uporabljana tehnika pri anksioznih motnjah, še posebej pa je uporabna za paciente s panično motnjo, kjer je glavna naloga pri terapiji paničnih napadov modifikacija pacientovih katastrofičnih interpretacij telesnih senzacij. Pomembne so diskusije in dokazi o ne-katastrofičnosti teh senzacij, vendar so po izkušnjah ti pacienti pravi »nejeverni Tomaži«. Zelo malo jim pomagajo besedne interpretacije. Pogosto učinkuje le, če klienti izkusijo njihove učinke. Racionalna razlaga za doživljanje senzacij med paničnim napadom je, da gre za simptome hiperventilacije in ne za težave, katerih se pacienti bojijo (srčni napad, izguba kontrole, strah pred norostjo). Tako je najbolj učinkovito, da s pacientom naredimo eksperiment in namerno izzovemo hiperventilacijo. Ko pacient na ta način doživi simptome, ki jih pozna iz svojih paničnih napadov, so lahko njegove katastrofične interpretacije hitro omajane.

Tehnike relaksacije

Tehnike relaksacije so učinkovita pot, da pacientom pokažemo, kako lahko povečajo učinkovitost samokontrole oziroma da povečajo kontrolo nad motečimi fiziološkimi simptomi napetosti. Velja pa tudi podatek, da ima relaksacija lahko tudi širše, kognitivne učinke. V literaturi najdemo podatke, da relaksacija poveča dostopnost pozitivnih informacij v spominu in tako pomaga, da lažje najdemo alternative za negativne misli.

Na najenostavnejši način dosežemo relaksacijo z načrtovanjem prijetnih in sproščujočih aktivnosti in odmorov v rutini dela.

Nekateri pacienti pa potrebujejo bolj formalne načine treningov relaksacijskih tehnik. To je še zlasti pomembno za tiste, ki so po večini napeti in poročajo o tem, da se težko sprostijo. Mnogi pacienti se pozitivno odzivajo na relaksacijo, so pa tudi primeri, ko relaksacija pri posamezniku izzove paradoksalne učinke povečane napetosti; slednje velja zlasti za paciente s strahom pred izgubo kontrole, ki ob občutku prepuščanja postanejo izredno frustrirani.

Progresivna mišična relaksacija

Ena najbolj pogostih tipov relaksacijskega treninga v VKT je progresivna mišična relaksacija /Applied relaxation method by Ost (1987). Temelji na učenju sproščanja posameznih sklopov telesnih mišic preko učenja razlikovanja napetega in sproščenega stanja mišic. Med treningom si prizadevamo za zmanjševanje potrebnega časa za sprostitvev in za uporabo tehnike relaksacije v najrazličnejših situacijah realnega življenja.

Učenje gre po stopnjah:

- Progresivna relaksacija (15–20 minut). Telo je razdeljeno na skupine mišic in po teh sklopih potujemo in izmenjujemo stanji napetosti in sproščenosti: npr. stisnemo pest (5 sek.), sprostimo (10–15 sek.); stisnemo komolce, se sprostimo; stisnemo in dvignemo ramena, se sprostimo ... Tako se naučimo sprostiti celotno telo. Primerno je, da si pacienti izberejo stalen prostor za vadbo in vadijo redno, dvakrat na dan. Ko to stopnjo obvladajo, lahko preidejo na naslednjo.
- Sprostitev (5–7 min.). Cilj te stopnje je zmanjševanje časa, potrebnega za sprostitvev. Seansa se začne z usmeritvijo na dihanje in na sprostitvev ob tem; terapevt potem usmerja paciente, da sprostijo vsako mišično skupino, tako da začnejo pri glavi in se pomikajo po telesu vse do palcev na nogah (Usmeritev je: »Mirmo dihajte, usmerite pozornost na dihanje, na svoje telo, ki se z vsakim dihom bolj in bolj sprošča ... prepustite se ... sprostite čelo, oči, čeljust, jezik, ustnice, celoten obraz, vrat ...« in tako dalje po telesu). Po tednu ali dveh vadbe večina pacientov lahko preide na naslednjo stopnjo.
- Relaksacija »na ključ« (2–3 min.). Na tej stopnji se usmerimo na dihanje – ni več usmeritev na sklope mišic. Pred vdihom terapevt reče »Vdihnite« in pred izdihom da navodilo »Sprostite se«. To ponovi terapevt 5 krat, potem nadaljuje sam pacient.
- Diferencialna relaksacija (60–90 sek.). Naučimo se sproščati posamezne sklope mišic (ki so po nepotrebnem napete), medtem ko drugi sklopi mišic delajo. Npr.: dvignemo eno ramo, ostali del telesa je sproščen, odpremo oči, pogledamo po sobi brez premikanja glave ... med to stopnjo se učimo redno skenirati telo in sproščati mišice, ki jih trenutno ne uporabljamo.
- Hitra relaksacija (20–30 sek.). 1–3 globoki vdih, počasni izdih, samoinstrukcija »Sprosti se« pred vsakim izdihom, »Skeniraj telo in se sprosti, kolikor najbolj dopušča situacija«.
- Trening uporabe. Vse predhodne stopnje pomenijo učenje relaksacije v nevtralnih situacijah. Končno gre še za to, da pacient uporabljeno znanje postopoma prenese v situacije, ki izzivajo njegovo anksioznost.

»Biofeedback«

Metoda uporabljamo pri pacientih z različnimi psihosomatskimi težavami, kot so: povišan krvni pritisk, kardiovaskularne motnje, ulkus, različni bolečinski sindromi in podobno. Bistvo metode je v tem, da s pomočjo aparature dobimo jasno informacijo o delovanju naših organov oziroma fizioloških procesov, na katere želimo vplivati; v obliki števil, krivulj, zvoka. Dobimo torej zavestno informacijo o delovanju avtonomnega živčnega sistema oziroma o njegovem vplivu na delovanje naših organov.

Pacienti se pravzaprav »učijo« fizioloških reakcij, ki sicer nehotno potekajo v organizmu. Skratka, s pomočjo jasne povratne informacije vplivajo na procese v organizmu v želeni smeri (npr. dosežajo znižanje krvnega tlaka).

LITERATURA

- Anić, N. (1984). *Praktikum iz Biheviior terapije*. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske.
- Anić, N. (1990). *Praktikum iz kognitivno-biheviioralne terapije III*, Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske.
- Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J. in Clark, M., D. (1990). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Martin, G., Pear, J. (1999). *Behavoir modification What it is and how to do it*. University of Manitoba, Prentince Hall.

NEKATERE KOGNITIVNE TEHNIKE

*Irena Toš Koren, univ. dipl. psih., spec. psih. svetovanja
CSD Ptuj
irena.tos@gov.si*

Ob številnih kognitivnih tehnikah, med katerimi so nekatere opisane v prispevku Sama Pastirka (Pastirk, 2004) sem se odločila za prikaz nekaterih tehnik o oceni skrbi, tehnike, kjer je terapija usmerjena na shemo ter tehnike »mindfulness«. Angleški izraz »mindfulness« razumem kot miselno osredotočenost ali trenutno, polno pozornost, usmerjenost ... Ker pri nas ta izraz še ni »uradno« preveden, sama pa se nimam za dovolj kompetentno za prevajanje takšnih tujih izrazov, sem se odločila, da bom, zaradi jasnosti razumevanja, ostala zaenkrat kar pri tujem izrazu.

OCENA SKRBI

Kronične skrbi so izčrpavajoče – mnogo ljudi se pritožuje, da jih skrbi že celo življenje. Skrbi in strahovi so značilni za kliente, ki trpijo za generalizirano anksioznostjo, obsesivno kompulzivno motnjo, socialno fobijo, panično motnjo ali depresijo. Pacientu ne moremo enostavno reči, naj nikar ne skrbi, saj bo to imelo le majhen učinek. Enako ne bo učinkovala tehnika, imenovana »ustavljanje misli«, pri kateri terapevt svetuje pacientu, naj si potihoma, vedno, ko se pojavijo skrbi ali vznemirjajoče misli, zakliče »stop«. Nasprotno od pričakovanega: ta intervencija lahko celo okrepi zaskrbljenost z intenzivnostjo pacientovega fokusa.

Kognitivno-vedenjski model skrbi so raziskovali v zadnjih letih (Borkovec & Hu, 1990, Borkovec & Inz, 1990; Dugas, Buhr & Ladouceur, v tisku; Freeston, Rheume, Letarde & Dugas, 1994, Mennin, Turk, Heimberg & Carmin, v tisku; Wells, 2000, 2003; po Leahy, 2003). Skrbi so centralna komponenta vseh anksioznih motenj; s kopičenjem mnogih skrbi njihov problem vztraja veliko let (Kessler, Walters & Wittchen, po Leahy, 2003).

Različni kognitivno-vedenjski modeli poudarjajo dejstvo, da predpostavljajo skrbi negativne izide, ignorirajo osnovne informacije, podcenjujejo zmožnosti soočanja z negativnim, ohranjajo zahtevne standarde perfekcionizma in visoke zahteve ter so netolerantne do nejasnosti in dvoumnosti. Empirične raziskave kažejo, da skrbi pravzaprav inhibirajo (zavirajo) fiziološko nastajanje neprijetnih čustev, kar oboje povzroča inkubacijo (nastajanje) zaskrbljujočih misli in navidezno kratkoročno okrepitev skrbi kot znak čustvenega potlačevanja (Wells & Papageorgiou, 1995; Borkovec, Vasey & Stern, 1987, po Leahy, 2003).

Skrb se na splošno doživlja v abstraktni ali jezikovni obliki. Razen tega nevtralizira čustveni kontekst in zavira prilagoditev; od tedaj čustvena ali vznemirjajoča komponenta »sheme skrbi« ni aktivirana v procesu skrbi (Borkovec & Inz, 1990; Wells & Papageorgiou, 1995, po Leahy, 2003). Zaskrbljeni na splošno verjamejo, da jih skrbi ščitijo, pripravljajo in preprečujejo negativnosti, na drugi strani pa prav tako, da bodo posledice skrbi negativne, kot je bolezen, in da je skrbi potrebno kontrolirati ali odstraniti (Wells, 2000, 2002, po Leahy, 2003).

TEHNIKA: UGOTAVLJANJE PREDNOSTI IN POMANJKLJIVOSTI SKRBI

Mnogi ljudje vidijo skrbi kot obliko reševanja problemov, pripravo ali zaščito pred možnimi nesrečami (glej Papageorgiou & Wells, 2000; Wells, 1997, po Leahy, 2003). Pravzaprav lahko skrbi pomagajo pri motiviranju ljudi, da nekaj napravijo – na primer, skrbi pred izpitom lahko pomagajo motivirati študenta, da študira za izpit. Nasploh pa, mnoge skrbi niso v funkciji

priprave, motivacije ali reševanja problemov. Klientovo teorijo skrbi lahko raziščemo ob ocenjevanju prednosti in pomanjkljivosti skrbi.

Primer:

Terapevt (T): Poglejva prednosti in pomanjkljivosti vaših skrbi zaradi izpita.

Klient (K): O.K. Pomanjkljivost je, da sem ves čas anksiozen, ne morem se sprostiti, počutim se grozno. Prednosti so, da sem motiviran za študij.

T: Če bi morali razdeliti 100 % med prednosti in pomanjkljivosti skrbi, kako bi bilo? 50/50 za pomanjkljivosti in prednosti? 60/40? 40/60?

K: Rekel bi, da je pomanjkljivosti precej več kot prednosti. Lahko bi 75 % dal pomanjkljivostim in 25 % prednostim.

T: Torej mislite, da bi bilo bolje, če bi manj skrbeli? Kaj če bi 50 % manj skrbeli? Kaj bi se lahko zgodilo?

K: Ne vem. Skrbelo bi me, da nisem dovolj zaskrbljen!

T: Kaj bi se zgodilo potem?

K: Morda bi bilo na izpitu dobro.

Možni problemi

- Klienti menijo, da ni prednosti skrbi, da skrb ni stvar izbire ter da ugotavljanje pomanjkljivosti in prednosti skrbi ni pomembno; menijo, da jih lahko znižanje zaskrbljenosti vodi v neodgovornost ali premajhno skrbnost. Teh poskusov se lotimo na sledeč način: »Kljub vaši misli, da ni prednosti skrbi, ljudje redko naredijo kaj, česar ne verjamejo. Ne poskušajte biti razumski (racionalni), ko tehtate to vprašanje.«
- Terapevt lahko predlaga nekatere možne prednosti zaskrbljenosti: »Je možno, da vas skrbi motivirajo, pripravljajo ali zaščitijo pred čim?«
- Koristna je uporaba metakognitivnega vprašalnika (ki sta ga pripravila Cartwright in Wells, 2000) za oceno različnih prepričanj o skrbah (prevod vprašalnika objavljamo v dodatku pričujočega zbornika).
- V odgovor klientu, ali je skrb izbira, rečemo klientu, da se odreče odločitvi o tem vprašanju v zameno za takojšen trenutek in za osredotočanje, namesto da bi bolj razvijal zavedanje o skrbi kot o mentalni aktivnosti. Več zavedanja o nečem – na primer, o prenajedanju – je lahko koristno pri pridobivanju nadaljnje kontrole in končno pri doživljanju smisla izbire.

Preglednica 1: Pomanjkljivosti in prednosti skrbi

Določena skrb	Pomanjkljivost	Ocena (%)	Prednost	Ocena (%)	Pomanjkljivost –prednost

OBRAČANJE SKRBI V PREDPOSTAVKE, PREDVIDEVANJA

Mnoge skrbi so izražene v »Kaj, če ?« obliki, pri čemer je težko preverjati te misli, ali niso v resnici le retorična vprašanja. Posledično spodbujamo kliente, da svoje skrbi izrazijo kot določene predpostavke o dogodkih v realnem svetu.

Možna vprašanja

»Kaj, na primer, predpostavljate, da se bo zgodilo? Kdaj se bo zgodilo? Poskusite natančno opredeliti, kaj bi se lahko zgodilo, da bova vedela, ali so vaša predvidevanja točna ali ne. A lahko predvidite tudi kaj pozitivnega, kar bi se lahko zgodilo ali pa ne?«

Primer:

Prijateljica, študentka, se je pritoževala zaradi skrbi glede izpitov, ki naj bi jih imela v naslednjih dveh tednih. Njene skrbi so bile: »Nisem dovolj pripravljena za izpit. So stvari, ki smo jih vzeli in jih ne znam. Izpita ne bom naredila.«

Terapevt (T): *Imate veliko skrbi glede izpita. Poglejva, če lahko vaše skrbi izrazite kot določene predpostavke. Na primer, rekli ste »Nisem pripravljena za izpit.« Kaj natančno predvidevate, da se bo zgodilo?*

Klientka (K): *Ne bo mi šlo dobro.*

T: *Izpit je čez dva tedna. Kaj predvidevate, kakšen bo vaš rezultat (vaša ocena) na izpitu?*

K: *Ne vem. Samo to predvidevam, da mi ne bo šlo dobro.*

T: *Kateri rezultat, točke, predstavlja »Ne bo mi šlo dobro.«?*

K: *Mislím, da okrog 70 %.*

Možni problemi

- Klienti lahko pomešajo zaskrbljujoče misli s čustvi.
- Drugi, verjetnejši problem je, da klient oblikuje bolj nejasno predpostavko, na primer: »Ne bo mi šlo dobro na izpitu.« Kliente spodbujamo, da se obnašajo kot »dobri novinarji« in da si postavijo vprašanja: »Kaj, kje in kdaj?« (Natančno: »Kaj se bo zgodilo, kje se bo zgodilo in kdaj se bo zgodilo?«)
- Naslednji problem – klienti ne razmišljajo, kako bi prešli določene skrbi – na primer: »Nisem pripravljen.« – ampak se osredotočijo na to, kako bi lahko rešili problem, še preden nastopi – na primer: »Delati moram resnično trdo.« Ta zmešnjava se lahko obravnava na srečanju, ki je posvečeno identifikaciji osnovne »niti« skrbi in predvidevanj.

Preglednica 2: Obračanje skrbi v predvidevanja, predpostavke

Skrb	Določeno predvidevanje (konkretno, kaj se bo zgodilo in kdaj se bo zgodilo.)

TEHNIKA: TESTIRANJE NEGATIVNIH PREDPOSTAVK, PREDVIDEVANJ

Pri opisu te naloge lahko terapevt reče klientu:

»Vrniva se na preiskovanje vaših misli in predpostavk. Reciva, da mislite 'Sem zguba.' Kaj ta misel predvideva v prihodnosti? Če ne predvideva ničesar, se boste morda strinjali, da je skoraj brez pomena. Toda, vi ste vznemirjeni ob tej misli, ker mislite, da pomeni nekaj, kar se bo zgodilo. Na primer: mislite lahko 'Sem zguba.' in zaradi tega:

1. 'Ne bom nikoli srečen.'
2. 'Judy ne bo hotela govoriti z mano na zabavi.'
3. 'Nikoli ne bom imel več zmenka.'
4. 'Odpuščen bom.«

»Seveda, morda imate prav. Toda zdaj imava čiste predpostavke, ki jih lahko preizkušava, testirava in pogledava, ali imate prav glede tega, da ste izguba. Če se vaše predpostavke ne bodo izkazale kot resnične, boste morali preveriti vaše negativne misli.«

Mnogokrat ljudje, ki imajo negativne misli, delajo predpostavke, ki držijo za vsakogar. Proučite sledeče predpostavke:

1. *Nesrečen bom.*
2. *Nekdo me ne bo maral.*
3. *Sam bom v soboto zvečer.*
4. *Imam težave pri delu, v službi.*

Vsak od teh primerov je resničen za skoraj vsakogar na tem svetu. Pomembno je raziskati, ali so predpostavke dober test ideje, ki muči klienta.

Drugi, pomemben vidik delovne, koristne predpostavke je, da nam omogoča primerno časovno obdobje. Na primer: predpostavka »*Odpustili me bodo.*« bi morala biti specifičirana časovno, kdaj se bo to zgodilo. Kljub temu da je verjetno, da bo veliko ljudi morda izgubilo službo v svojem življenju, je težko reči, da je izguba službe čez 10 let za osebo nekaj izrednega.

Končno, tako kot prosimo kliente, da predvidevajo, kaj se bo zgodilo, jih prosimo, da predvidijo tudi, kaj se ne bo zgodilo. Primeri takšnih predvidevanj so naslednji:

1. *Ne bom imel zmenka v naslednjih treh mesecih.*
2. *Še v naslednjem letu ne bom dobil povišice.*
3. *Ne bom zmoget začeti pogovora s tujcem, z neznancem.*
4. *Ne bom zmoget zaključiti projekta.*
5. *Ta mesec ne bom zmoget plačati računov.*

Primer:

Ženska sedi v svojem stanovanju in se počuti osamljeno ter misli: »*Ne morem verjeti, da sem spet sama! Počutim se tako bedno.*« Te skrbi ali ruminacije spoznamo v naslednjem transkriptu:

Terapevt (T): Ko sedite tam in se tako slabo počutite, kaj predvidevate, da se bo zgodilo?

Klientka (K): Mislim, da bom vedno sama.

T: Kako bi lahko preizkusili to predvidevanje?

K: Lahko bi videla, če lahko razvijem kakšno razmerje, odnos.

T: O. K. To je en način. Prav tako lahko sestavite seznam aktivnosti za naslednji teden in vidite, ali res preživite ves svoj čas sami, ali pa ste nekaj časa tudi z drugimi ljudmi?

K: Že zdaj vem, kaj bom ugotovila. Vse dneve preživljam z ljudmi, sodelavci, v službi, in svoje prijatelje vidim najmanj nekajkrat v tednu.

T: Torej je predvidevanje, da boste vedno sami, neresnično za večino dni v tednu.

K: Vendar nimam nikogar prav zdaj, z nikomer se ne dobivam.

T: Predvidevate, da nikogar nikoli ne boste imeli?

K: Mislim tako.

T: O. K. To predvidevanje si zapomniva in ga bova testirala v prihodnje. Zdaj poglejva razloge, zaradi katerih mislite, da nikoli ne boste imeli nikakršnega razmerja, odnosa.

Možni problemi

- Testiranje predpostavk, ločeno od skrbi, je način, kako zmanjšati pomen predpostavk. Če klienti opredelijo skrb v terminih možnosti – na primer: »*Možno je, da bom imel rak.*« – potem ni možnosti za preverjanje, da je to nemogoče.

- Drugi problem: predpostavke zajemajo nejasno ali oddaljeno prihodnost – na primer: »Morda bom nekega dne bankrotiral.« Pri postopku testiranja predpostavk preko vedenjskega je nujno, da jih postavimo v časovni okvir. Nadalje, nekatere predpostavke so lahko delno resnične – na primer, izid predpostavke »Ne bom mogel spati.« je lahko »Spal sem 5 ur.«

Preglednica 3: Testiranje negativnih predpostavk

Predvidevam, da se bo zgodilo ...	Dejanski izid ...

NA SHEMO USMERJENA TERAPIJA

Beckovi zgodnejši opisi iz patologije predpostavljajo, da je bila vsaka diagnostična možnost značilna po shemi, običajnem modelu mišljenja, ki je splošen (Beck, 1976, Beck in sodelavci, 1978, po Leahy, 2003). Depresivne sheme odsevajo skrbi zaradi izgube, neuspeha, zavrnitve in izčrpanosti; anksiozne sheme odsevajo nevarnost in krivico; in sheme jeze odsevajo ponižanje in prevlado. Beck, Freeman in sodelavci (1990, po Leahy, 2003) so razvili model specifičnih shem za različne osebnostne motnje, povezujoč izogibajočo osebnost s shemami neustreznosti in z zavrnitvijo, narcisistične osebnosti s shemami »naslavljanja« in posebnega statusa itd.

Young (1990, po Leahy, 2003) je razvil model sheme, osredotočene na posebne vsebine osebnostne ranljivosti. Oba, Beckov in Youngov model shem, se približujeta Adlerjevemu (1926, po Leahy, 2003) opisu o tem, kako posamezniki verjetno kompenzirajo ob lastnem doživljanju neustreznosti ali se izogibajo situacijam, ki bi lahko aktivirale te sheme (glej: Leahy, 2001, opis, kako sheme interferirajo z napredkom v kognitivni terapiji). V tem poglavju bomo pogledali, kako lahko terapevt pomaga pacientu pri identifikaciji in spreminjanju njegovih individualnih shem.

TEHNIKA: IDENTIFICIRANJE SHEM

Ranljivost, ki je v ozadju depresivnosti, anksioznosti in jeze, je bazično prepričanje, da posameznik odloča o sebi ali o drugih. Beck in sodelavci (1990) in Young ter Flanagan (1998, po Leahy, 2003) so ugotovili številne bazične sheme, ki potrjujejo posameznike in namigujejo na povezavo med temi shemami in osebnostnimi motnjami. Tokrat ne bomo ugotavljali osebnostnih motenj, da bi ocenjevali vsebino shem. Specifično vsebino osebnostnih shem ali bazičnih prepričanj ni nujno zajeti pri seznamu shem, pripravljenih v literaturi o osebnostnih motnjah. Sheme so, po svoji naravi, idiosinkratične in lahko vključujejo vsakršne načine in možnosti, v katerih posameznik vidi sebe ali druge. Tako so sheme bolj direktno povezane s Kellyjevo (1955, po Leahy, 2003) idejo o »osebnostnem konstrukt« – to je idiosinkratičen in osnoven način, kako posameznik vidi sebe ali druge.

Primeri bazičnih prepričanj pri Becku s sodelavci (1990, po Leahy, 2003) vključujejo prepričanja o ranljivosti, socialni neustreznosti, nesposobnosti, revnosti, slabosti, nemoči, nezmožnosti, lahke kontrole s strani drugih, odgovornosti, sposobnosti, poštenosti, nedolžnosti, posebnosti,

edinstvenosti, veličastnosti in mogočnosti. Young (1990, po Leahy, 2003) je kot osebne sheme ugotovil sledeče: teme neodvisnosti, podreditve, ranljivost za poškodbe ali bolezni, strah pred izgubo samokontrole, čustvene deprivacije, zanemarjanja, nezaupanja, manjvrednosti, socialne nezaželenosti, nesposobnosti, krivde, sramu, nepopustljiva merila, upravičenost.

Ta tehnika identifikacije shem vključuje bodisi vertikalno sestopanje ali preprosto opaža skladnosti v načinu, kako posameznik vidi sebe ali druge. Na primer, z vertikalnim sestopanjem začne terapevt z zaporedjem vprašanj, ki lahko vodijo k bazičnim prepričanjem.

Poglejmo naslednji primer:

»Ne bo me marala.«
↓
»Ne prenesem zavrnitve.«
↓
»To pomeni, da sem neljubljen..«

Tako je prepričanje »Neljubljen sem.« Terapevt lahko poskusno identificira bazične sheme ali prepričanja z opazovanjem skladnosti v klientovih poročilih. Na primer, terapevt lahko opazi klientovo kontinuirano opisovanje, da je neumen in nesposoben (shema = nesposobnost) ali neljubljen (shema = neljubljenost). Kljub prepričanju nekaterih terapevtov, da je ugotavljanje shem dolgotrajna in dolgoročna naloga, je možno začeti z ugotavljanjem bazičnih prepričanj že v prvih srečanjih.

Priporočam obliko shem, ki jih je razvil Beck s sodelavci (Butler, Brown, Beck & Grisham, v tisku, po Leahy, 2003), ker razlikujejo med različnimi osebnostnimi motnjami. Young (1990, po Leahy, 2003) je razvil vprašalnik shem, ki bi lahko bil zelo koristen.

Postavljanje vprašanj/intervencija

Vertikalno sestopanje

»Ko to razmišljate (to in to se bo zgodilo), vas to moti, ker lahko pomislite ...?«
↓
»In če bi bilo to res, bi se počutili neprijetno, ker bi mislili (ali ker bi to pomenilo)...?«

Primer:

Klient (K): Če ne bom uspel na izpitu, bo to pomenilo, da sem neuspešen?

↓
Terapevt (T): Kaj bi pomenilo za vas, če ne bi bili uspešni?

↓
K: Da sem zguba.

↓
T: In kaj bi tedaj mislili?

↓
K: Nisem sposoben poskrbeti zase.

↓
T: Kaj bi se tedaj zgodilo?

↓
K: Lahko bi stradal do smrti.

V tem primeru je bazično prepričanje ali shema ranljivost za krivico/izgubo, neuspeh ali »biološka ranljivost«.

Opazovanje običajnih vzorcev, modelov

Terapevt lahko komentira: »V vaših razmišljanjih sem opazil, da ste osredotočeni na ... (običajni vzorec)«. Primeri običajnih vzorcev vključujejo, da oseba o sebi misli, da je grda, neželena, nesposobna, zlobna, nemočna, neljubljena. Klient, ki se stalno obrača na to, kar zaznava kot svoj nesprenemljivi vidik, odkriva svojo osebno shemo biti telesno oškodovan in možno tudi neljubljen. Seveda lahko gre terapevt dalje: »Kaj bi se zgodilo, če ne bi bili ljubljene (ali če bi bili telesno oškodovani, grdi...)?«

V nekem primeru je klientka verjela: »Moj mož me bo zapustil. Ne morem biti srečna, če ne bom poročena.« Njene osebne sheme so vključevale teme telesne oškodovanosti, zapuščenosti, občutja revščine in nezmožnosti samonagrajevanja. V tem primeru je pomagalo ugotavljanje teh shem, prvenstveno o poroki, in klientka je bila zadovoljnejša s seboj. Zmogla je prepoznati, da ne potrebuje moškega, da bi bila srečna.

Primer (vertikalno sestopanje):

Terapevt (T): Rekli ste, da vas skrbi, da vaš obraz ni ravno tak, kot bi si želeli. Zelo ste osredotočeni na pomanjkljivosti, ki naj bi jih imeli. A drži?

Klientka (K): Ja. Mislim, da izgledam starejša, kot sem.

T: Prav. Poglejva, kaj bi tista, ki izgleda starejša, mislila o tem: »Če izgledam starejša, me to moti. Kaj to pomeni?«

K: Pomeni, da nisem privlačna.

T: Prav. Torej ste izenačili »starejša« z »neprivlačna«. In če ne bi bili privlačni, bi vas to motilo, ker bi to pomenilo ...?

K: Moj mož me ne bi več hotel.

T: In če bi se to zgodilo, kaj bi bilo potem?

K: Potem bi bila sama. In potem ... ne vem ... življenje bi bilo nesrečno.

T: Torej mislite, da izgledate starejši, neprivlačni, da boste zavrženi in zapuščeni ter na koncu sami in nesrečni?

K: Točno. Tako se počutim.

T: Menite, bi bili nesrečni, če ne bi imeli moža?

K: Mislim, da ne bi mogla biti srečna.

T: Torej mislite, da življenje ne more biti zadovoljujoče brez moža?

K: Točno.

V tem primeru je klientka odkrila nekaj shem o sebi – teme o neprivlačnosti, zapuščenosti, in nezmožnosti biti srečna brez moža, sama. Prav tako je v prejšnjih razgovorih izključila mnogo pozitivnih značilnosti, ki jih je sama prinesla v zakon, kot so inteligentnost, skupni interesi, skupne obveznosti, empatijo in podporo možu. Moški je, v njeni shemi, osredotočen na videz in ne ceni ničesar drugega.

Primer (opazovanje običajnih (skupnih) vzorcev):

T: Povedali ste mi, da ste se v odnosih z moškimi zmeraj znašli v podrejenem položaju. Vaš bivši mož, kot ste rekli, vas je imel za služkinjo in nikoli ni zadovoljeval vaših spolnih ali čustvenih potreb. Vaš sedanji fant, se zdi, pri vas vidi tudi samo koristi; prav tako ste opisali, kako vas je oče ignoriral, ko ste bili depresivni. Je tu kak vzorec?

K: Hja, moški me obravnavajo kot govno.

T: Prav. To ste torej spoznali pri moških. Pa je v tem kakšen vzorec? Kako vidite sebe v teh odnosih?

K: Mislim, da se vidim kot nekdo, ki nikoli ne zadovolji svojih potreb.

T: Ko razmišljate o vzorcu – nikoli ne zadovoljite svojih potreb – kaj vam to pove o vas, kaj mislite o sebi?

K: Moje potrebe niso pomembne.

T: Prav. Ko se vidite kot nekdo s potrebami, ki niso pomembne, kaj si mislite o sebi?

K: Mislim, da nisem pomembna.

T: Zakaj, mislite, da niste pomembni?

K: Ker sem debela in nikoli nisem bila tako čedna kot moja starejša sestra, ki so ji naklanjali vso pozornost.

T: Torej je vaš pogled nase, da ste debeli, in zato vaše potrebe niso pomembne?

K: Nikoli nisem tako rekla. Vendar mislim, da je tako, kot se vidim. Kdo bi imel rad debelega, grdega otroka?

T: Torej menite, da ste nekdo, ki si ne zasluži ljubezni. Morda se zato vedno znajdete v odnosih z moškimi, ki ne zadovoljujejo vaših potreb?

K: Hja, to je samopožiranje, a ne?

T: Gre za hranjenje vaših negativnih prepričanj o sebi –»Debela in grda sem; sem neljubljena; moje potrebe niso pomembne; moški ne zadovoljujejo mojih potreb; in to dokazuje, da imam prav.«

T: Mislim, da to postaja vaša samoprerokba.

K: Hja. Vedno se dogaja na enak način.

T: Vaš pogled nase kot na debelo, grdo, pomanjkljivo, neljubljeno je to, kar imenujemo vaša osebna shema ali vaša samopodoba. Ta shema se ohranja z vašimi izbirami moških. Vaš osebni pogled ali shema kot pomanjkljive in neljubljene osebe se tako ohranja.

K: Je nikoli zaključen vzorec.

Možni problemi

Nekateri klienti mešajo sheme z resničnostjo, prepričani, da njihovi vedenjski vzorci niso osebni konstrukti, ampak preprosto »dejstva«. Terapevt lahko pomaga pri prepoznavanju, da poskušamo na tej stopnji le ugotavljati vzorce načinov, kako ljudje vidimo stvari – ne spreminjamo ničesar. Lahko je, na primer, tako, da je klientov pogled »*Drugi so zavračajoči.*« podprt s preprostimi »dejstvi« – preprosto s tem, da klient stalno izbira zavračajoče partnerje.

Za ugotavljanje shem se poslužujemo metakognitivnega vprašalnika in vodiča za razumevanje shem.

VODIČ ZA RAZUMEVANJE SHEM

Kaj so sheme?

Po Becku, Tacol (2004) so sheme kognitivne strukture oziroma stabilni kognitivni vzorci, s pomočjo katerih posameznik organizira svoje izkušnje in vedenje. Neprilagojeno doživljanje in vedenje sta posledica delovanja značilnih shem.

Sheme so običajni načini, kako vidimo stvari. Za depresijo so npr. značilne sheme o izgubi, potrnosti in neuspehu; za anksioznost so značilne sheme o grožnji, nevarnosti ali strahu pred neuspehom; in za jezo so značilne sheme o žalitvi, ponižanju ali kršenju pravil. Raziskovanja osebnosti so pokazala, da se ljudje razlikujejo po temi, ki je ozadje njihove depresije, anksioznosti ali jeze.

Vsak od nas vidi svoje izkušnje v pojmih svojih običajnih vzorcev mišljenja. Neka oseba se lahko zelo osredotoči na izvore uspešnosti, druga na posledice zavrnitve, nekdo drug spet na strah pred zapuščenostjo. Recimo, da je shema – povezana z uspehom – cilj o potrebi biti zelo uspešen, tako da se sebe ne vidi kot zgube. To ozadje pri delu lahko vodi do sheme o zgubi, neuspehu (ali biti »povprečen«, kar se enači z zgubo), in to vodi v anksioznost in depresivnost. Ali pa recimo, da je shema povezana s posledicami zapuščenosti. Nekdo je lahko zelo ranljiv na vsak znak zavračanja in zapuščanja. Dokler gre v odnosih dobro, ni zaskrbljen. Vendar zaradi sheme lahko skrbi, da bo zapuščen ali zavrnjen. Če se odnos prekine, to vodi do depresivnosti, ker ne zmore biti sam.

Kako kompenziramo (nadomeščamo) naše sheme?

Če imamo shemo o določeni stvari, bomo morda kompenzirali ranljivost, povezano s tem. Na primer, če imamo shemo, da smo zguba, neuspešnež ali da je biti povprečen slabo, bomo morda pretirano trdo delali – poskušali bomo kompenzirati, nadomestiti svoje videnje, zaznavo, da bi nas morda videli kot manj sposobnega ali ne bi zmogli živeti po svojih popolnih standardih, merilih. Lahko bi kompenzirali s stalnim preverjanjem svojega dela. Posledično bi nas ljudje lahko videli kot pretiranega deloholika. Morda se nam bo težko sprostiti, ker bomo zaskrbljeni, da ne delamo dovolj, da bo nekaj ostalo neurejeno ali da izgubljam svojo motivacijo.

Če je naša shema vezana na zapuščenost, jo bomo morda nadomeščali s tem, da bomo ves svoj čas posvečali partnerju. Morda nas bo strah, da bi se postavili zase, ker se bojimo, da bi nas drugi zato zapustili. Ali pa morda iščemo stalno potrditev, zagotovitev partnerja, da se lahko počutimo varnejše, vendar potrditve ne delujejo na daljši rok, dolgoročno. Še vedno bomo stalno preverjali znake, če nas partner ne zapušča. Drugi način, kako lahko nadomestimo shemo o zapuščenosti, je, da ustvarimo odnose z ljudmi, ki ne upoštevajo naših potreb, vendar se želimo z njimi vezati, ker ne želimo biti sami. Ali pa ostanemo v odnosu še dolgo po tem, kot se nam to zdi smiselno, ker mislimo, da ne moremo biti sami.

Kot vidimo, poskusi nadomeščanja naših bazičnih shem lahko sami po sebi ustvarijo probleme. »Kompenzacija« nas lahko vodi v žrtvovanje naših potreb, obsedenost z delom, v iskanje neuspešnih razmerij ali odnosov, v zahteve po sigurnosti, ali v druga vedenja, ki so problematična. Najpomembnejša stvar teh kompenzacij je, da se nikoli ne obrnejo, usmerijo na bazične sheme. Morda nismo nikoli preverjali svojega prepričanja, da moramo biti nekaj posebnega, večvredni, se izogibali tega, da bi bili povprečni, se izogibali, da bi bili sami itd. Dejansko nikoli nismo spremenili svoje sheme. Še vedno je tu – pripravljena, da se aktivira ob določenih situacijah, dogodkih. To je naša stalna ranljivost.

Kako se izogibamo soočanja s svojo shemo?

Drugi proces, ki ustvarja probleme, je »izogibanje shemam«, kar pomeni, da se poskušamo izogniti vsakršnemu soočanju s kakršno koli stvarjo, povezano z našo shemo. Imamo npr. shemo o tem, da smo neuspešni; naš pogled je, da smo morda res nesposobni. Način, kako se lahko izognemo preizkušanju te sheme, je ta, da nikoli ne sprejmemo nalog z izzivom ali jih prej ne zaključimo.

Kako se bomo izoginili soočanju s shemo o neljubljenosti ali neprivlačnosti? Se bomo izogibali druženju z ljudmi, za katere mislimo, da nas ne sprejemajo? Morda zmenkom? Se bomo izogibali kontaktom s prijatelji, ker bomo predpostavljali, da mislijo, da jim ne moremo ničesar nuditi? Recimo, da nas je strah, da bomo zapuščeni. Te sheme se lahko izogibamo tako, da si ne dovolimo bližine z drugimi, ali v odnosu z osebo prej prekinemo, da ne bi bili morda zavrnjeni.

Drugi način, kako se ljudje izogibajo svojih shem – kakršne koli so že – je čustveni pobeg v zlorabo psihoaktivnih snovi ali ekstremno vedenja, kot je na primer pretirano pitje alkohola, zloraba drog, prostitucija ... Morda bomo začutili, da je ukvarjanje s svojimi mislimi in čustvi tako boleče, da se moramo izogniti temu ali pobegniti v odvisnost. Ta vedenja »skrivajo« naše

bazične, globoke strahove pred samim seboj, nenazadnje to, zakaj pijemo, se drogiramo. Seveda se slaba čustva vedno vračajo, ker v resnici ne raziskujemo in ne izzivamo naših bazičnih shem. In, ironično, ta vedenja, odvisnosti, vstopajo v naše negativne sheme in povzročajo, da se počutimo v odnosu do samega sebe še slabše.

Kako nastajajo sheme?

Negativnih shem smo se naučili od svojih staršev, okolja in partnerjev. Starši so morda prispevali k oblikovanju negativnih shem s tem, da smo se počutili, da nismo dovolj dobri, če nismo bili superiorni glede na druge, ko so nam govorili, da smo debeli ali neprivlačni, in so nas primerjali z drugimi otroki, ki so bili »lepši«, ali so nam govorili, da smo sebični, ker imamo svoje potrebe, ali so nas zlorabljali, grozili s samomorom ali poskušali samomor narediti, ali so nas zanemarjali ... Veliko različnih načinov je, kako starši učijo otroke teh negativnih shem o sebi in drugih.

Na primer, razmislimo o naslednjih izkušnjah, katerih so se spomnili nekateri o tem, kako so jih njihovi starši »naučili« njihovih negativnih shem:

- *»Lahko bi bil boljši – zakaj nisi dobil štirice?«*: shema o potrebi biti perfekten, najboljši ali se izogniti manjvrednosti
- *»Tvoja stegna so predebela in tvoj nos je grd.«*: shema o debelosti in grdoti
- *»Tvoj bratranec gre na fakulteto – zakaj mu ne moreš biti bolj podoben?«*: shema o manjvrednosti in nesposobnosti
- *»Zakaj se vedno pritožuješ? Ne vidiš, da imam probleme s skrbjo za vas, otroke?«*: shema o sebičnosti in izražanju potreb
- *»Morda bi vas morala pustiti, da skrbite sami zase.«*: shema o bremenu in zapuščenju.

Drugi izvori shem, kot smo že omenili, so lahko morda bratje ali sestre, ki so z nami grdo ravnali, nas vodili v oblikovanje shem zlorabe, nesprejetosti, zavračanja ali kontrole. Ali nam je morda naš partner povedal, da nismo dovolj dobri, kar nas je vodilo v oblikovanje shem o neprivlačnosti, nevrednosti in neljubljenosti? Sprejemamo, internaliziramo celo sheme kulture, v kateri živimo, kot so sheme o vitkosti in lepoti, imeti popolno telo, o tem, kakšen bi moral biti pravi moški, o popolni spolnosti, o veliko denarja in o velikanskem uspehu. Te nerealistične predstave jačajo sheme o popolnosti, večvrednosti, neustreznosti in pomanjkljivosti.

Kako bo terapija pomagala?

Kognitivna terapija nam lahko pomaga na več načinov:

- naučimo se, katere so naše sheme,
- naučimo se, kako kompenziramo in se izogibamo svojim shemam,
- naučimo se, kako se naše sheme ohranjajo ali jačajo preko izbir, ki jih naredimo ali izkušenj,
- raziščemo, kako smo se naučili naših shem,
- izzivamo in spreminjamo svoje negativne sheme,
- razvijemo nove, bolj prilagojene in bolj pozitivne sheme.

TEHNIKA: IZZIVANJE SHEME

Negativna shema je kot vsaka druga negativna misel, pri kateri uporabljamo kognitivne tehnike. Ko je shema aktivirana in ugotovljena, lahko terapevt uporabi poln razpon kognitivnih tehnik. Te tehnike vključujejo naslednje:

1. razlikovanje misli od dejstev
2. oceno stopnje čustev in stopnje prepričanja v misel
3. iskanje različnih možnosti (variant) pri določenem prepričanju
4. opredelitev distorzije (izkrivljanja) v mišljenju

5. »sestopanje«
6. preračunavanje možnosti v sekvencah
7. ugibanje negativne misli
8. opredelitev pojmov
9. analizo pomanjkljivosti in prednosti
10. raziskovanje dokazov
11. raziskovanje kakovosti dokazov
12. obrambo
13. igranje vlog – obeh strani misli
14. razlikovanje vedenja od osebe
15. raziskovanje različic vedenja v različnih situacijah
16. uporabo vedenja pri reševanju negativne misli

Primer:

Terapevt (T): Zdi se, da je vaša negativna shema, da ste neumni in nesposobni. A ni to tisto, kar ste prej mislili?

Klient (K): Hja. Vedno me je imel za neumnega.

T: Prav. Poglejva vašo opredelitev, da ste »neumni«. Kdaj se je sprožila taka vaša misel?

K: Vedno, ko sem imel izpit. Skrbelo me je, da bom padel (ga ne bom naredil).

T: A imate zdaj kakšen izpit?

K: Naslednji teden.

T: Kakšne avtomatske misli imate, ko pomislite na izpit?

K: Mislim si: »Padel bom. Ne vem vsega. So stvari, ki jih nisem prebral.«

T: In če ne znate vsega, potem ...

K: Bom padel na izpitu.

T: In kaj bi za vas pomenilo, če bi padli?

K: Da sem neumen. Že spet!

T: Prav. Koliko odstotkov od 0 do 100 je na izpitu za vas dokaz, da ste neumni.?

K: Morda 75 %.

T: In kakšna čustva in občutki vas prevevajo ob misli »Lahko padem na izpitu. Neumen sem.«?

K: Strah. Zaskrbljenost. In, ponižanost.

T: Kako močno vas je strah? Izrazite to v odstotkih od 0 do 100.

K: Kakih 90 %.

T: O. K. Kaj so pomanjkljivosti tega, da mislite, da ste neumni?

K: Vedno me je strah pred izpitom. Ves čas sem zaskrbljen. Ne morem spati.

T: In kaj so prednosti misli, da ste neumni in boste padli na izpitu?

K: Morda postajam trdnejši.

T: So dokazi, da postajate trdnejši?

K: Včasih. Ampak večino časa se obotavljam, odlašam. In nekaj časa sem se celo izogibal vaj, ker sem se bal, da ne bom delal v redu.

T: To je torej dodatna pomanjkljivost misli, da ste neumni. Rekli ste tudi, da ste na vajah mislili, da vsega ne znate. Je »ne znati vsega« dokaz ali razlog, da boste padli na izpitu?

K: Včasih to mislim.

T: Pa kdo, ki obiskuje te vaje, zna vse?

K: Ne. Vem, da nekateri iz razreda niso veliko prebrali, preštudirali.

T: Vaša domneva, misel »Če ne bom znal vsega, bom padel na izpitu.« – je neke vrste perfekcionistično prepričanje, a je tako?

K: Hja. Vendar se tako večinoma počutim.

T: Vidim. Vendar se sprašujem, a je kak dokaz za to, da ne bi mogli narediti izpita, čeprav ne znate vsega.

K: Naredil sem veliko izpitov, čeprav nisem čisto vsega znal.

T: Vrniva se k pomenu besede »neumen«. Kako bi ga opredelili?

K: Ne znati. Ne delati dobro.

T: Kaj je nasprotno od »neumen«?

K: »Odličen, super«. Nekdo, ki vse ve.

T: Torej ste pomislili »Ne znam vsega, torej bom padel na izpitu, ker sem morda neumen.« Zveni, kot da poznate le dve točki na kontinuumu inteligentnosti: »neumen« in »odličen«.

K: Hja. To je »vse-ali-nič« mišljenje, o čemer smo že govorili.

T: Točno. Katere so točke vzdolž kontinuumu med 0 % in 100 %, ki odražajo neko inteligentnost?

K: Mislim, da so točke, ki pomenijo »brihten« ali »pameten«. Ali »povprečen«. Morda »nadpovprečen«.

T: A bi lahko katerega od teh pomenov uporabili za vas?

K: Odvisno od naloge. Morda sem pri kakšni nalogi povprečen. Ampak pri večini sem nadpovprečen. Včasih sem celo zelo pameten.

T: O. K. Kako se to, kar ste pravkar rekli, ujema z idejo, da ste »neumni«, če ne znate vsega?

K: Ne ujema se. Ni mi potrebno znati vsega. Nihče vsega ne zna.

T: Če bi bil vaš prijatelj John pred izpitom in bi rekel: »Nisem vsega prebral, torej bom padel«, kaj bi mu rekli?

K (smeje): To je neumno! Ne. Rekel bi mu, da je pameten, da je ostale izpite naredil. Nihče ne zna vsega. Sicer pa so ocene na kontinuumu.

T: Je kakšen razlog, da imate neke standarde za sebe, druge pa za prijatelja Johna?

K: Mislim, da so mi vedno govorili, da sem neumen, če nisem vsega naredil popolno.

T: In kaj mislite o teh standardih?

K: Ni pošteno.

T: Kaj je narobe? Ste neumni?

K: Ne.

T: Kako to veste?

K: Dobro delam v razredu in moje ocene so precej visoke. Morda nisem genij, vendar nisem neumen.

Terapevt lahko prebere določene negativne sheme (na primer: grd, nesposoben, nemočen) in prosi klienta, da uporabi različne kognitivne tehnike za izzivanje teh shem. Na primer, tipična domača naloga je lahko naslednje:

1. Napišite pet negativnih shem o tem, kako vidite sebe in druge.
2. Ugotovite situacije (ali ljudi), ki sprožajo, aktivirajo negativne sheme.
3. Opredelite, ocenite stopnjo prepričanja v shemo v vsaki situaciji. Ugotovite čustva v vsaki situaciji in jih opredelite na lestvici od 0 do 100 %.
4. Napišite dokaze za in proti vsaki negativni shemi.
5. Napišite argumente, zakaj sheme niso resnične, realne.
6. Opredelite, ocenite negativno prepričanje v vsako shemo in ocenite svoja čustva na skali od 0 % do 100 %.

Možni problemi

Preprosto izzivanje negativne sheme v domači nalogi ni enako kot sprožiti stalne ali celo dramatične spremembe. Nekateri klienti lahko rečejo: »Vedel sem, da je to neracionalno, vendar še vedno čutim, da je resnično.« Terapevt lahko razloži: »Za prepričanja, ki ste jih imeli večino življenja, je potrebno dosti časa, da se spremenijo. Prav tako kot moramo dalj časa ponavljati vaje, da se fizično vtisnejo v model, se dlje spreminjajo tudi vaše sheme. Sprememba se ne izvaja

po načelu 'vse-ali-nič', ampak po stopnjah. Tu so stopnje spremembe. Celo biti bolj pozoren, zavedati se sheme, je že določena sprememba.«

Drugi problem, ki lahko nastane, je, da terapevt morda ni uporabil najbolj ustreznih intervencij za določenega klienta. Nekateri klienti bolje zmorejo določene vaje (na primer: dvojne standarde) kot drugi (na primer, logične vaje). Terapevt in klient lahko uporabita eksperimentalni, poskusni pristop: »Poskusiva različne vaje, da bova videla, katera je najboljša. Potem se boste lahko resnično osredotočili na to metodo.«

Preglednica 4: Izzivanje osebnih shem

Tehnika	Odgovor
Ugotovi osebno shemo	
Opredeli, definiraj osebno shemo	
Oceni prepričanje v shemo (0 – 100 %)	
Čustveni "trigerji" pri shemi	
Katera situacija izziva tvojo shemo?	
Pomanjkljivosti in prednosti sheme	Pomanjkljivosti: Prednosti:
Ugotovi: prej in potem	Prej: Potem:
Uporabi tehniko "dvojnega standarda" – Bi to uporabil pri kom drugem?	
Zakaj je ta shema nerealna?	
Razvrsti se na kontinuumu – ne v terminih "vse-ali-nič" (na primer: oceni sebe in druge na skali od 0 do 100%).	
Igraj proti svoji shemi. (Kaj lahko narediš, da se zoperstaviš svoji shemi?)	
Ponovno oceni stopnjo prepričanja v shemo.	

TEHNIKA: RAZVIJANJE BOLJ POZITIVNE SHEME

Cilj terapije shem je zmanjšanje vpliva negativne sheme na sedanje funkcioniranje. Ta cilj je popoln s konceptualizacijo nove, bolj pozitivne in prilagojene sheme. Ker ima večina posameznikov več kot eno shemo, mora biti ta nova shema večstranska (multifaktorska). Terapevt lahko klientu pomaga pri ugotavljanju nove uravnotežene sheme in pri raziskovanju, kako lahko ta nova shema vpliva na izbire in izkušnje. Pri oblikovanju nove sheme, ki bo bolj fleksibilna, opogumlja klienta k uporabi določenih pojmov – na primer z »Včasih sem res pameten.«, »Pogosto privlačim ljudi.«

Primer:

Terapevt (T): O sebi mislite, da ste nesposobna in neumna oseba, ker je tako sodil o vas vaš oče. Kakšna bi bila nova, bolj pozitivna shema o vas?

Klient (K): Da sem pameten in sposoben fant.

T: O. K. Kateri bi bili dokazi, da ste pametni?

K: Zaključil sem srednjo šolo, fakulteto in dokaj dobro opravljam svoje delo. Imam visok IQ.

T: Ko bi mislili o sebi, da ste pametni – katere misli bi vam švigale po glavi, ko bi srečevali ljudi?

K: Mislil bi, kako ugotavljajo, da sem spreten.

T: In pri delu – bi se kaj spremenilo, če bi se šteli za pozitivnega?

K: Lahko bi si dobil službo z več izzivi, morda bi predlagal napredovanje.

T: V kakšnem finančnem položaju bi se znašli?

K: Hja. Moral bi poplačati dolgove in začeti varčevati – to pa bi bilo vsekakor pametno!

Možni problemi

Nekateri klienti vidijo gornji primer samo kot »pogovor, kjer se dobro počutijo« – da pa to ni resnično in ne pomeni resničnih občutkov. Terapevt mora pojasniti, da »vnašanje« nove sheme zahteva določen čas, da bi se človek navadil nanjo. Pregled prednosti in pomanjkljivosti nove sheme, dokazi, ki jo podpirajo, uporaba tehnike dvojnih standardov in igra vlog, ko je to potrebno, so pomembni pri podpiranju nove sheme. Preprosto ponavljanje »Sem sposoben.«, na primer, ne bo zadostovalo. Bistvena bo stalna uporaba kognitivnih tehnik za izzivanje negativne sheme in starih negativnih misli.

Preglednica 5: Učinki moje pozitivne sheme

Področja, izbire, vedenja	Kaj bo zame drugače v prihodnosti ?
Šola	
Izbira službe	
Učinkovitost, izvajanje službe	
Odlaganje, odlaganje	
Prijateljstvo	
Partnerstvo/intimne zveze	
Zdravje	
Kajenje	
Pitje	
Denar	
Lagodnost, brezdelje	
Kjer živim	
Drugo	

MINDFULNESS

Definicija: »mindfulness« pomeni na poseben način usmerjati pozornost: namenoma, v danem trenutku, brez presojanja (Jon Kabat-Zinn, 1994, po Shawe Taylor, 2001).

Kognitivno-vedenjska terapija poskuša spremeniti negativno mišljenje; «mindfulness« meditacija skuša spremeniti odnos do negativnih misli – misli niso realnost, so samo dogodki v naši duševnosti.

V preteklih letih se je tehnika »mindfulness« ukvarjala z različnimi vrstami motenj, kot so borderline osebne motnje (Linehan, 1993a), zloraba drog (Hayes, Stroschal & Wilson, 1999), travma (Follette, 1994) in depresija (Teasdale idr., 2000) po Rygh in Sanderson, 2004. Roemer in Orsillo, 2002 (po Rygh in Sanderson, 2004) sta predstavila »mindfulness« kot potencialno učinkovito komponento v obravnavi generalizirane anksiozne motnje (naprej GAM). Roemer in Orsillo sta poudarjala, da je GAM značilna za »izogibanje izkušnjam«, kar je oboje strateško in avtomatsko izogibanje notranjim stiskam. Ta konceptualizacija GAM izhaja iz Borkovičevih opazanj in raziskav, da je skrb, zaskrbljenost, oblika izogibanja, motiviranega na osnovi čustvenih predstav.

Roemerjeva in Orsillova obravnava GAM neposredno cilja na izogibanje izkušnjam in restrikciji vedenja v akciji (dejanjih), ki so povezane z GAM. Ta specifični program obravnave sestavljajo štiri komponente:

1. izobraževanje,
2. zgodnjo detekcijo in spremljanje,
3. relaksacijske »mindfulness« tehnike in
4. vedenja, ki integrirajo druge strategije vedenjske obravnave za naraščanje učinkovite akcije, vedenja v težkih pogojih.

Trening pri »mindfulness« tehniki predpostavlja moči osebe in njene zmožnosti za takojšnje bolj polno doživljanje. Kot tak ima potencial za izpopolnitev mnogih standardov tehnik KVT za generalizirane anksiozne motnje (na primer: planiranje časa za skrb, preizkušanje hipotez, izpostavljanje skrbem ...). Dodatno je to potencial za izpopolnitev Wellsovega (1995) programa obravnave generalizirane anksiozne motnje, ki zahteva od klienta da »pusti« skrbem, da gredo mimo, v smislu izzivanja metaskrbi, ter program Ladouceur, Blais, Freeston in Dugas (1998), ki zahteva kognitivno izpostavljanje preko predstav – uporaba prikritega preprečevanja odgovora (po Rygh in Sanderson, 2004). »Mindfulness« je prav tako del novejših razvojnih programov obravnave klientov z generalizirano anksiozno motnjo in osebnostnimi motnjami avtorjev Newman, Castonguay, Borkovec in Molnar (2004, po Rygh in Sanderson, 2004).

»Mindfulness« je oblika meditacije vzhodnjaške duhovne tradicije. Zahteva razvoj treh kvalitete pozornosti nekoga:

1. odsotnost vrednotenja, presojanja,
2. namerna pozornost, budnost in
3. osredotočenje (fokus) na sedanjost.

Osredotočenje pozornosti na sedanji trenutek dovoljuje posamezniku polno spremljanje vseh vidikov različnih izkušenj, kar vključuje vse kognitivne, fiziološke in vedenjske komponente. Kot druga samoopazovanja pomaga napraviti avtomatsko procesiranje bolj zavedno, zavestno. Ko uporabljamo čustvene izkušnje, lahko »mindfulness« uporabimo enostavno za to, da se te izkušnje pojavijo kljub prekinitvi izogibanja notranjim dogajanjem. To je lahko delno koristno, ko so zaznana doživljanja povezana z običajnimi mentalnimi in fiziološkimi procesi, kot so skrbi in vznemirjenje. Bolje, kot da bi klient beležil avtomatske procese v dnevnik, ga urimo za namerno, namensko opazovanje, sprejemanje in verbalni nivo njegove ali njene izkušnje »trenutek – za – trenutkom«. Skozi ta proces lahko klient dobi zavedanje o napačni povezavi med izkušnjo in dogajanjem. Terapevt lahko klientu razloži »mindfulness« na naslednji način:

Večino časa se trenutkov lastnih izkušenj polno ne zavedamo. Skozi življenje gremo večinoma avtomatično. S samo majhnim delom našega zavedanja pa se ne zmoremo zlahka navaditi zaznavanja in reagiranja na izkušnje. Avto lahko vozimo po znani poti brez polnega zavedanja okolja okrog nas. Vendar se lahko naučimo kontrolirati pozornost in si pridobimo zavedanje avtomatskih vzorcev preko veščin »mindfulness«. »Mindfulness« je beleženje naših neselekcijiranih izkušenj realnosti – o tem, kar je tu, prav zdaj in v sedanjem trenutku.

Practiciranje »mindfulness« tehnike nas bo usmerjalo na sprejemanje brez presojanja. Vsi naravno težimo po vrednotenju in presojanju svojih izkušenj. Gre tudi za naš pomen, za našo vrednost. Toda presojanje in vrednotenje se lahko usmeri v to, da vidimo, kaj je res tu. Pri »mindfulness« pa se aktivno odrečemo tej evalvaciji, vrednotenju in presojanju izkušenj. Vse izkušnje morajo biti sprejete in vsa presojanja morajo »oditi, iti mimo, moramo jih pustiti ('let go')«. Sprejemanje ne pomeni, da moramo odobravati nekaj ali nam mora biti to všeč. Pomeni le

sprejemanje in dopuščanje realnosti naših izkušenj. Realnost je polna ovir in neprijetnih situacij. Najprej moramo spoznati, da so tu, četudi poskušamo spreminjati stvari.

»Mindfulness« pomeni namerno pozornost, zavedanje. Odločili se bomo, da bomo usmerili pozornost na določeni del izkušnje in tam našo pozornost zadržali. To je težje, kot se zdi, in zahteva vajo. Misli navadno tavajo, blodijo, ko poskušamo usmeriti pozornost. Velik del prakse »mindfulness« je opazovanje, kdaj misli odtavajo. Takrat jih ponovno previdno vrnemo v sedanji trenutek. Opazujemo, kdaj se razmišljanje »izgubi«, vendar brez vrednotenja, presojanja; nato usmerimo pozornost na »tukaj in zdaj«.

Zavedanja se naravno obračajo stran od sedanjega trenutka. Ko smo v mislih drugje (ko se npr. dolgočasimo), zapustimo sedanje izkušnje. Ko vztrajamo pri izkušnji (kot pri prijetnem), zapustimo sedanje trenutke. Ko se borimo proti izkušnjam ali bežimo pred njimi (ko nam npr. ni prijetno), zapuščamo sedanjost. Biti v sedanjem trenutku pomeni stalno vračanje v sedanjost, v vsak novi trenutek. To ne pomeni, da poskušamo mišljenju preprečiti blodenje, nasprotno, to je proces pridobivanja zavedanja o blodenju misli in nežno vračanje misli v sedanji trenutek. Ostajati v sedanjosti je stalen proces serije začetkov. Nič hudega, če misli morda blodijo, potujejo vsak trenutek, ta proces jih stalno vrača v sedanjost.

Naša direktna izkušnja

Direktna izkušnja je vse, kar lahko občutimo direktno tu in zdaj, preko čutov (vid, otip, vonj, dotik, sluh) ali preko notranjih fizioloških občutkov. Direktno lahko občutimo, zaznavamo misli in čustva. Toda ozadje, vsebina misli in čustev, nujno ne predstavljajo sedanjega sveta okrog nas. Ko mislimo na stol, doživljamo stol kot misel, ne stola, na katerega bi lahko fizično ta trenutek sedli.

Misel na okus čokolade ni enaka sami izkušnji okusa čokolade v resničnosti. Občutek strahu ne pomeni, da mora res zdaj obstajati nekaj, česar se lahko bojimo. Ozadje, vsebina misli in čustev, je pogosto povezano s preteklostjo, z našo interpretacijo tega, kar neposredno doživljamo, ali z našo predstavo o bodočnosti. Te misli in čustva so lahko ali pa niso direktno povezane z dejstvi v realnem svetu.

»Mindfulness« in skrbi

Skrb se pojavi pogosto pri poskusih reševanja problemov preko razmišljanja. Ko to ne deluje, ni uspešno, se misli lahko »vrtijo v krogu«. »Mindfulness« ni reševanje problemov ali »počenjanje« česar koli. Je »stopanje v stran«, izstopanje iz starih vzorcev. Je samo »biti« v trenutku – izkusiti sedanjost zaradi nje same. Z vajo nam »mindfulness« omogoča opazovanje skrbi v nekem trenutku, ne da bi se pustili »vanjo ujeti«. Pomaga nam opazovati dele procesa skrbi, kot se lahko razvije. Lahko opazujemo, kaj sproža skrbi, kakšne so naše misli, ko nas skrbi, kako se na to odziva naše telo in kaj povečuje nujno, da reagiramo ali moramo nekaj storiti. »Mindfulness« nas usmeri, da opazujemo nujno po reagiranju, vendar nam pomaga, da se naučimo, da ne reagiramo na siljenje, na nujno po akciji. Opazujemo lahko zaskrbljujoče misli, vendar se ne ujamemo v tok teh misli ali v poskuse, da te misli prekinemo ali vztrajamo pri njih. Dovolimo skrbem, ko pridejo, da tudi odidejo; opazujemo jih, ne da bi jih presojali.

Practiciranje, uporaba »mindfulness« vaj

Vadimo »mindfulness« vsak dan vsaj 5 do 20 minut. Morda se ne bomo dobro naučili spretnosti »mindfulness« tehnike, če bomo vadili manj kot enkrat dnevno. Na začetku vadimo »mindfulness«, ko je naša stopnja zaskrbljenosti še nizka in smo na mestu, ki ne izziva naše anksioznosti. Ko bomo bolj večji, vadimo »mindfulness« v težjih okoliščinah.

Nekaj »mindfulness« vaj

- Sedimo 5 minut (ali več) z zaprtimi očmi in usmerimo vso pozornost na to, kar slišimo. Ko nam začne pozornost begati, to opazujemo in jo nežno pripeljimo nazaj na to, kar slišimo. Tako nadaljujmo.
- Počasi jejmo jabolko in pri tem bodimo pozorni na to, kako jabolko izgleda, kako ga občutimo v roki in v ustih, kako diši, zveni in kakšen okus ima. Obdržimo svojo pozornost na jabolku od trenutka do naslednjega trenutka, tako kot ga jemo. Ko začne naša pozornost nihati, opazujemo to, kako vleče našo pozornost v stran in jo nato nežno vrnimo nazaj na jabolko.
- Vzemimo katero koli rutinsko nalogo, ki jo lahko opravljamo brez veliko razmišljanja in usmerimo vso svojo pozornost na to, kar počnemo pri tej nalogi, trenutek za trenutekom. Ko začne naša pozornost begati, opazujemo, kam se usmeri, nato pa jo nežno usmerimo ponovno na zastavljeno nalogo, delo.

»Mindfulness« pri dihanju

Usmerjanje pozornosti na naše dihanje je »mindfulness« vaja, ki jo lahko izvajamo kdaj koli, kjer koli. Zavedanje dihanja lahko pomaga zasidrati našo pozornost; na ta način lahko ostanemo mirni. Vadimo okrog 15 minut ali dalje, če želimo.

- Zavzemimo udoben položaj pri sedenju. Sprostimo obleko, če nas kje veže. Nežno zaprimo oči. Roke položimo na trebuh. Dihajmo skozi nos.
- Trebušno vdihnemo. Občutimo, kako se roka dvigne, ko vdihnemo. Občutimo, kako roka pada, ko izdihnemo. Ko dihamo na ta način, umaknemo roko.
- Opazujemo zrak, kako se giblje skozi nos pri vdihu.
- Opazujemo zrak, kako se giblje skozi nos pri izdihu.
- Sledimo zraku, ki gre v naš trebuh. Občutimo, kako se širi.
- Sledimo zraku, ki gre iz našega trebuha.
- Ne poskušajmo spreminjati ali kontrolirati našega dihanja. Sprejmimo dihanje takšno, kot je.
- Če naša pozornost niha, to ni problem. Enostavno opazujemo, kje je bila – na primer, pri »zaskrbljenih mislih«. Nežno usmerimo našo pozornost nazaj na naš trebuh. Osredotočimo se na fizične občutke, ko se naš trebuh dviga in z vsakim izdihom pada.
- Nenehoma se osredotočajmo na dihanje. Ko naša pozornost niha, opazujemo, kam je šla. Nežno sledimo dihanju, da se ponovno povežemo s »tukaj-in-zdaj«.

Opomba: poskusimo vaditi v različnih položajih in na različnih mestih.

»Mindfulness« miselnih dogodkov

Vadimo zavedanje dihanja (kot je opisano pri prejšnji vaji) 5 do 10 minut.

- Ko smo pripravljeni, preusmerimo pozornost z dihanja na dogajanje v naših mislih. Ni potrebno ustvarjati dogodkov v mislih. Pustimo, da se pojavijo sami od sebe.
- Z distance opazujemo naše misli, kot bi sedeli na obali in opazovali, kaj se dogaja. Stvari vstopajo v naš pogled in iz njega odhajajo. Ne posegajmo v dogajanje. Enostavno opazujemo, kaj se dogaja.
- Pozorno čakajmo na misli ali slike, ki prihajajo in odhajajo.
- Enostavno odprimo svojo pozornost, ko se različne misli in slike pojavijo, postajajo jasnejše in se nenehno pogrezajo. Vzemimo si nekaj minut, da se zavemo misli in slik.

Opomba: »mindfulness« miselnih dogodkov vadimo na različnih lokacijah (na avtobusu ali na vlaku, sami doma ali na drugih mestih).

Kako uporabljati »mindfulness«, da skrbem »pustimo oditi«

Ko opazujemo skrbi ali strah:

Opazujmo in sprejmimo. Osredotočimo naše zavedanje na notranje doživljanje. Opazujmo, kaj se dogaja. Opazujmo misli, slike, čustva, impulze in fiziološka občutja. Ne oprimimo se ničesar. Ničesar ne odrinimo stran. Pisno opišimo izkušnje: »zaskrbljene misli« ali »zastrašujoče slike« ali »občutja strahu«.

Preusmerimo pozornost na dihanje. Nežno preusmerimo pozornost na dihanje. Zavedajmo se telesnih občutij pri vsakem vdihu in izdihu. V ozadju vsake misli opazujmo dihanje (vsaki vdih in izdih) ali štejmo (ena-vdih, ena-izdih, dva-vdih, dva-izdih ...).

Odprimo in razširimo pozornost. Zdaj odprimo in razširimo pozornost na celo telo. Opazujmo vsako nelagodje ali napetost in vdihujmo ter izdihujmo na ta mesta. Kakor koli se počutimo, je O. K. Samo opazujmo in dihajmo.

LITERATURA

- Leahy, Robert L. (2003). *Cognitive Therapy Techniques, A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press.
- Rygh, Jayne L., Sanderson, William C. (2004). *Treating Generalized Anxiety Disorder, Evidence-based Strategies, Tools and Techniques*. New York: The Guilford Press.
- Shawe Taylor, Meta (2001). *Kognitivno-vedenjska terapija osebnostnih motenj, gradivo za seminar*. Ljubljana, Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.
- Tacol, D. (2004). *Kognitivno-vedenjska terapija motenj osebnosti*, V: N. Anić (ur.) Prispjevki iz vedenjsko-kognitivne terapije - Zbornik I (str. 175–197). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.

ODKRIVANJE AVTOMATSKIH MISLI

Simona Sanda

Zdravstveni dom Celje, Dispanzer za psihohigieno otrok in mladine

Pojem avtomatskih misli je v kognitivni terapiji izrednega pomena. Pacient se z njimi seznanja že v začetni fazi terapije, od razumevanja tega koncepta pa je odvisna tudi uspešnost v kasnejših fazah terapije. V kognitivni terapiji učimo klienta prepoznavati avtomatske misli, ocenjevati njihov pomen, ugotavljati njihov vpliv na čustvovanje ter iskati ustrežnejše miselne odgovore glede na čustveno doživljanje.

Avtomatske misli so značilne za vse ljudi, ne samo za tiste s psihičnimi motnjami. So miselni tok, ki je tik pod površjem zavestnega mišljenja, je naš notranji govor. V zavest prihajajo samodejno, avtomatsko. Največkrat se jih niti ne zavedamo, bolj se zavedamo čustvenega doživljanja, ki te misli spremlja. Čustveni odziv ob nekem dogodku je bolj kot od avtomatskih misli odvisen od posameznikovih globljih plasti miselnega procesiranja. Govorimo o posameznikovih predpostavkah, pravilih in prepričanjih, ki si jih je oblikoval tekom življenja na osnovi bioloških predispozicij in izkušenj iz okolja. Ko spoznavamo posameznikova bazična prepričanja, postanejo avtomatske misli bolj predvidljive in bolj razumljive.

Avtomatske misli so kratke misli. Pojavljajo se v besedni, slikovni (podobe) ali mešani obliki. Besedne avtomatske misli so lahko v vprašalni, vzklični, telegrafski obliki ali pa kot medmeti in zahtevajo natančnejšo opredelitev svojega pomena. Če se pojavljajo v obliki podob (image), moramo biti nanje pozorni in jih obravnavati enako kot avtomatske misli v besedni obliki. Primer: klient je skupaj z avtomatsko mislijo »Zagotovo bom pisal test negativno.« videl sebe, ko pregleduje vrnjeni test. Na testu vidi veliko prečrtanega in z rdečim napisano »Ni opravil«. Avtomatske misli, ki se pojavljajo v skrajšani obliki, zahtevajo natančnejšo opredelitev pomena. Ob določenem dogodku se ljudem ponavadi pojavlja več avtomatskih misli, ki se navezujejo ena na drugo. Ob prvi avtomatski misli se sproži cel sklop naslednjih avtomatskih misli. Klienta moramo pri odkrivanju misli po navedbi prve misli vprašati še o naslednjih mislih, nato pa ga pripraviti do tega, da ugotovi, katera med njimi je najpomembnejša, ključna misel. Med temi mislimi so včasih priklicana že globlja prepričanja, predpostavke in pravila.

Avtomatske misli vrednotimo glede na veljavnost in resničnost (realnost). Tako so lahko avtomatske misli resnične, neresnične ali pa delno resnične. Vrednotimo jih tudi glede na koristnost. Zanima nas, kako določena avtomatska misel vpliva na naša čustva. S tega vidika ločimo funkcionalne ali disfunkcionalne misli. Disfunkcionalne misli vzbujajo intenzivna negativna čustva in zavirajo konstruktivno vedenje posameznika. Izhajajoč iz navedene opredelitve vidimo, da obstaja več vrst avtomatskih misli. Najpogostejše so tiste, ki so neresnične. Kljub običajno očitnim dokazom o nasprotnem so vedno rezultat posameznikovega izkrivljenja realnosti. Druga vrsta so misli, ki so resnične in veljavne, vendar pa so napačni posameznikovi zaključki. Primer takšne misli: »Nisem naredil izpita (to se je res zgodilo), zato sem popoln nesposobnej (napačen zaključek).« Tretja vrsta so resnične misli, ki negativno vplivajo na čustveno doživljanje in vedenje posameznika, zato so disfunkcionalne. Primer takšne misli med učenjem: »Potrebovala bom ogromno časa za pisanje naloge, danes se bom s tem ukvarjala ves dan.« Možno je, da je misel v tem primeru resnična, vsekakor pa znižuje posameznikovo zbranost pri delu, zato je disfunkcionalna. V terapiji se ukvarjamo pretežno z negativnimi avtomatskimi mislimi, torej takšnimi, ki so neresnične, izkrivljene in nekoristne.

Ljudje doživljamo v vsakodnevem življenju zelo različne dogodke, med njimi tudi za nas negativne (npr. fizični napad, zavrnitev v socialnem odnosu, poklicni neuspeh). Ob teh dogodkih

doživljamo različna negativna čustva, ki pa so v takšni situaciji povsem normalen odziv. Negativna čustva so tako kot pozitivna čustva del našega življenja in jih kot takšne tudi sprejemamo, zato moramo to dejstvo v terapiji upoštevati. Ljudje s pomočjo miselne analize dogodkov rešujemo svoje čustvene probleme ter si tako pomagamo do ugodnejšega čustvenega doživljanja. Osebe s psihičnimi težavami pa napačno interpretirajo bodisi zanje ogrožajoče, nevtralne in ugodne dogodke, ker zaradi svojih čustvenih težav ne zmorejo kritično analizirati problemov in najti ustrežnejših rešitev.

Vsebina avtomatskih misli je vedno v logični povezavi z občutki, ki jih ob tem doživljamo. Navajam dva primera. Učenec v razredu posluša učiteljevo razlago in se mu ob tem pobudi misel: »Popolnoma nič ne razumem, nisem dovolj sposoben.« ter ob tem občuti žalost. Dekle, ki na zmenku pričakuje svojega fanta, se ob avtomatski misli »Kaj če ga ne bo?« počuti anksiozno.

OBRAZLOŽITEV AVTOMATSKIH MISLI

Za učinkovito delo na avtomatskih mislih je osnovno načelo dobro poznavanje kognitivnega modela. Prvi korak v terapiji je, da klientu razložimo, kaj so to avtomatske misli in kako vplivajo na čustveno doživljanje. Klientu posredujemo kognitivni model ob njegovem lastnem primeru. Za boljšo ilustracijo uporabljamo tudi že znane primere iz literature. Za terapevta je pomembno, da med samo obrazložitvijo iz klientovega vedenja išče potrditve o razumevanju posredovanih spoznanj.

Z razlago začnemo najlažje tako, da poizvedujemo o klientovem slabem razpoloženju v zadnjem času s sledečimi vprašanji:

»Ali se spomnite kakšnega dogodka v zadnjem času, ki vas je še posebej vznemiril?, Kakšna čustva ste ob tem doživljali?, Ste bili mogoče žalostni, jezni, vas je bilo mogoče strah?«

Nato postavimo osnovno vprašanje za odkrivanje avtomatskih misli:

»Kaj vam je prišlo takrat na misel?«

ali

»Na kaj ste ob tem pomislili?«

Priporočljivo je, da si klient med razlago oblikuje svoje zapiske, ki mu bodo pomagali pri učenju in obnavljanju pridobljenih znanj s terapevtske seanse. Poudarimo, da imajo misli pomemben vpliv na posameznikova čustva, jih kreirajo ter jim povečujejo ali zmanjšujejo intenzivnost. Glede na dogajanje v trenutni situaciji so naše misli lahko resnične, delno resnične ali pa napačne. Primer zapisa:

MISLI	→	ČUSTVA
<i>Nikoli več ne bom srečna.</i>		<i>Obup</i>

Klientu pojasnimo, da misli in čustva niso eno in isto in da gre za dva različna fenomena. Čustva pomenijo notranje doživljanje. Počutimo se lahko napeto, vznemirjeno, žalostno, jezno, radovedno ali nas je strah. Čustev ne vrednotimo, zato ne moremo trditi, da nekdo ni žalosten ali da ga ni strah. Vrednotimo in presojava samo misli, ki dajejo čustvom določen pomen.

Pri pojasnjevanju si pomagamo tudi z dodatnimi primeri, kot so prikazani v spodnji tabeli. Klientu ponudimo za domačo nalogo, da opazuje svoje misli ob spremembi čustvenega doživljanja ter jih zapisuje.

Preglednica 1: Vpliv misli na čustva – povzeto po R. L. Leahy, 2003, str. 9.

MISLI	ČUSTVA
Mislim	...zato se počutim
Ni vredno živeti.	Obup
Zapustila me je, ker sem nezanimiv.	Razočaranje
Znorela bom.	Prestrašenost, panika
Šef me izkorišča.	Jeza
Nihče se ne briga zame.	Osamljenost
Ne bo mi uspelo končati šole.	Nemoč, bojazen
Že prej sem rešila problem in ga bom tudi sedaj.	Upanje, zaupanje
Ni potrebno, da sem popolna.	Olajšanje
Za ta dosežek se lahko pohvalim.	Ponos, sreča

Po obrazložitvi pojma avtomatskih misli sledi učenje odkrivanja avtomatskih misli (identifikacija), vrednotenje teh misli (evalvacija), nato pa iskanje ustrežnejših misli, ki klientu omogočijo čustveno razbremenitev. Če so klientove misli realne in funkcionalne glede na čustven odziv in dano situacijo, poskušamo reševati klientov problem s pomočjo tehnike reševanja problema (problem solving).

PREPOZNAVANJE AVTOMATSKIH MISLI

Prepoznavanje avtomatskih misli je veščina, ki jo klient postopoma pridobiva. Nekateri klienti usvojijo to veščino hitro, drugi potrebujejo več vaje; pomagamo jim lahko na več načinov.

Najlaže pričnemo s prepoznavanjem tistih avtomatskih misli, ki se pojavljajo med terapevtskim srečanjem. Ko opazimo klientovo čustveno spremembo, postavimo osnovno vprašanje: »Kaj vam je ravnokar prišlo na misel?« ali: »Na kaj ste pomislili v tem hipu?«. Čustveno spremembo opazimo v klientovih verbalnih sporočilih, kar se kaže v spremembi hitrosti in glasnosti govora ter po neverbalnih sporočilih, npr. po spremembi obrazne mimike, spremembi telesne drže in kretnjah rok.

Med terapevtskim srečanjem se klientu porajajo različne avtomatske misli, ki se pogosto nanašajo na sam terapevtski proces. Takšne misli so usmerjene bodisi na klienta samega (primer: »To je zame vse pretežko.«), na terapevta (primer: »Le kaj si misli o meni?«) ali pa na predmet pogovora (primer: »Tega pa sploh ne razumem.«). Te misli je dobro prepoznavati, saj so močno obremenjene s čustveno komponento in slabijo klientovo motivacijo za sodelovanje med terapijo. Z obravnavanjem teh misli izboljšujemo odnos s klientom, si ustvarjamo boljšo sliko pacientovih težav ter pospešujemo potek terapije.

Med terapevtskim srečanjem opisujejo klienti različne čustveno obremenjujoče situacije, ki so jih doživljali. Med pripovedovanjem opazujemo klientovo vedenje, ob opaženih čustvenih spremembah prekinemo pripovedovanje in postavimo osnovno vprašanje. Če klient ne zmore prepoznati svojih misli, ga prosimo, da dogodek še natančneje opiše. Vprašanje ponovimo ob ponovni spremembi razpoloženja.

Ob določenem dogodku se nam pojavlja vedno več avtomatskih misli. Ko klient izlušči prvo misel, mu postavljamo nadaljnja vprašanja, da pridemo do vseh avtomatskih misli. Analiza miselnega sklopa pokaže, da se prve misli nanašajo bolj na sam dogodek, druge misli pa so bolj reakcija na ta dogodek. Prve avtomatske misli sprožajo sekundarno čustveno in fiziološko reakcijo, kar predstavlja za klienta dodaten čustveni stres. Vedeti moramo, da se avtomatske misli lahko porajajo že v pričakovanju nekega dogodka (primer »Kaj če mi ne bo uspelo?«), nato med samim dogodkom (primer »Gotovo si misli, da sem neumna.«) ali pa po dogodku (primer »Nikoli mi nič ne uspe.«).

Za preučevanje avtomatskih misli je zelo pomembno prepoznavanje najbolj vznemirjujočih, ključnih avtomatskih misli. Nekatere od misli so le opisujoče in razlagajoče in ne vplivajo močno na klientovo doživljanje, zato za terapijo niso bistvene. Poudarimo le tiste avtomatske misli, ob katerih opazimo jasne znake čustvene vznemirjenosti.

Za kasnejše analiziranje avtomatskih misli je tudi pomembno, da so misli jasno in dobesedno izražene. Tako moramo nejasne misli ter tiste v vprašalni, vzključni in telegrafski obliki spremeniti v bolj natančno opisano trdilno obliko. Misli, izražene v pogojniku, spremenimo v namero. Klientu pomagamo s sledečimi vprašanji:

»Kaj UH pomeni za vas?«

»Ali UH pomeni, _____?« (poda nasprotno misel od pričakovane).

»Vaša misel je bila »Kaj bo pa potem?«, Kaj mislite, da bi se lahko potem zgodilo?«

Primeri spremenjenih oblik misli:

»Ali mi bo uspelo?« – »Ne bo mi uspelo.«

»Zakaj se mi to dogaja?« – »To se ne bi smelo dogajati meni.«

»Le kaj razmišlja?« – »Misli, da nikoli ne naredim nič prav.«

V kognitivni terapiji želimo klienta usposobiti za samostojno in konstruktivno reševanje problemov in čustvenih stisk, zato je klient v terapevtskem procesu aktiven. V terapiji si pridobi določene tehnike, ki mu bodo pomagale do realnejšega in bolj funkcionalnega načina mišljenja. V tem delu terapevtskega procesa ga natančneje seznanimo s tehnikami prepoznavanja avtomatskih misli, kot je bilo zgoraj navedeno. Priporočljivo je narediti povzetek tehnik ter učenje podkrepiti z ustreznimi domačimi nalogami.

IZZIVI PRI PREPOZNAVANJU AVTOMATSKIH MISLI

V procesu prepoznavanja avtomatskih misli lahko prihaja do vrste težav in le redko steče prepoznavanje misli brez težav. Klienti, ki vstopajo v vedenjsko kognitivno terapijo, se ne zavedajo, da imajo misli pomemben vpliv na čustvene, vedenjske in fiziološke reakcije v določeni situaciji. Pogosto so prepričani, da so njihove misli popolnoma resnične in da so težavne situacije in drugi ljudje razlog njihovih čustvenih težav. Zaradi omenjenega je nujno, da dobro utrdimo poznavanje kognitivnega modela, sicer se jim bo zdel proces prepoznavanja avtomatskih misli nesmiseln.

Nemalokrat se zgodi, da ostanejo klienti potem, ko smo jim postavili osnovno vprašanje, tiho ali pa poročajo, da niso nič mislili oziroma da ne vedo, kaj so mislili. Lahko tudi preusmerijo temo pogovora. Kot terapevti smo dolžni, da poskušamo razumeti razloge, ki so do tega privedli. Možno je, da nastanejo težave zaradi neučinkovitih in neustreznih standardnih tehnik za prepoznavanje avtomatskih misli, kar rešujemo na različne načine. Pogosto moramo nevsiljivo

vztrajati pri postavljanju osnovnega vprašanja, ne da bi klienta dodatno vznemirili, pri čemer si pomagamo tudi z nekoliko spremenjenim osnovnim vprašanjem.

Primer: »Kaj ste pričakovali?, Kaj ste si predstavljali?, Kaj je bilo najslabše v tej situaciji?, Kaj vam je ta dogodek pomenil?, Ali ste mogoče razmišljali o čem, kar bi se lahko zgodilo?, Kaj pove o vas to, kar se je dogajalo?, Kako si vi to razlagate?, Ali ste se spomnili na nekaj, kar se je zgodilo?, Kaj vam pomeni to, da vas sprašujem o _____?«

Do prepoznavanja neke misli si pomagamo tudi tako, da poudarjamo čustveno doživljanje in fiziološke reakcije ter znova postavljamo osnovno vprašanje.

Primer: Terapevt (zazna klientovo vznemirjenje): »Kaj vam je v tem trenutku prišlo na misel?«

Klient: »Ne vem natančno, ne morem opredeliti.«

Terapevt: »Kako pa se sedaj počutite?« (poudarek na čustvih)

Klient: »Nekoliko vznemirjeno in napeto.«

Terapevt: »Ali bi poskusili nadaljevati tale stavek: Vznemirjen-a sem zato, ker _____«

Čeprav je najbolje priti do tistih avtomatskih misli, ki so klientovo dobesedno sporočilo, si pomagamo tudi z ugibanjem. Predpostavljamo več možnosti, med katerimi klient izbira. »Ali ste mogoče razmišljali o _____ ali o _____?, Če bi skušali uganiti, ali sta morda razmišljali o _____?«

Lahko ponudimo ravno nasprotno od pričakovane avtomatske misli ali pa klienta prosimo, naj opisuje dogodek, kot da se mu ravnokar odvija, torej v sedanjiku.

Primer:

Klientka: »V nedeljo smo šli iz naše vasi na srečanje mladine. Bilo je super, vendar skoraj ne bi šla. Kot ponavadi sem zamujala.«

Terapevt: »Na kaj ste pomislili v tistem trenutku?«

Klientka: »Bilo me je zelo strah, bila sem čisto trda.«

Terapevt: »Ali si lahko sedaj predstavljate, da se to, kar pripovedujete, ravnokar dogaja? Hitite proti avtobusu in zelo vas je strah. Opišite mi celotno situacijo čim bolj podrobno.«

Če klient med pripovedovanjem začne govoriti v pretekliku, ga nevsiljivo preusmerimo na sedanjik. S tem mu omogočimo bolj neposredno doživljanje. Ob primerni priložnosti postavimo osnovno vprašanje.

Terapevt lahko ponudi misli, ki bi se njemu samemu pojavile v dani situaciji. Terapevt: »Če bi bila jaz na vašem mestu, bi si mislila _____. Kaj pravite?«. Ali pa »Večkrat sem že od drugih ljudi slišala, da v takšnih situacijah mislijo _____. Ali se vam zdi, da je to možno tudi pri vas?« Če postavimo osnovno vprašanje prehitro, ne da bi predhodno natančno proučili situacijo, ki klienta vznemirja, ne bomo prišli do zelenih avtomatskih misli.

Nekateri klienti imajo težave pri prepoznavanju avtomatskih misli zato, ker izmed več dogodkov ne prepoznajo najbolj vznemirjujočega. V takšnem primeru sprašujemo klienta po počutju ob vsakem dogodku. Nato skupaj ugotavljamo, kateri dogodek bi mu prinesel večje olajšanje, če bi ga uspel hipotetično rešiti. Ko zmore prepoznati najbolj vznemirjujoč dogodek, lažje prepozna pripadajoče avtomatske misli.

Na začetku prepoznavanja avtomatskih misli imajo klienti pogosto težave pri razločevanju misli od čustev. Čustva so v terapevtskem procesu izredno pomembna, saj prihajajo klienti po pomoč zaradi svojih čustvenih stisk. S klientovimi čustvi se ukvarjamo na način, da jih priznavamo ter z

njim sočustvujemo, usmerjamo pa se na misli in dogodke, ki te misli sprožajo. Poleg tega, da s klientom ves čas obnavljamo poznavanje kognitivnega modela in razlikovanje med čustvi, mislimi in dogodki, je na voljo še več različnih tehnik. Lahko se odločimo, da poudarimo razliko (Čustva so notranji izraz našega doživljanja, torej to, kar čutimo. Misli so le naše ideje.) ali pa razliko neopazno popravimo z vprašanjem: »Kakšna čustva so se v vas sprožila ob tej misli?« in »Katero čustvo je spremljalo to misel?« Poskusimo lahko z dopolnjevanjem stavka: »Počutim se žalostno, zato ker mislim _____.« Zavedati se moramo, da presojamo ustreznost misli in ne občutkov. Občutke presojamo le v primeru, ko iz situacije ugotovimo, da klient ni ustrezno poimenoval svojega občutka. Ob avtomatski misli: »Le kaj se bo zgodilo.« klient poroča, da se počuti žalostno. Čustva in vsebina misli morajo biti usklajeni, v nasprotnem primeru natančneje analiziramo dano situacijo. Ker skozi ves terapevtski proces preverjamo razumevanje zveze med mislimi, čustvi in vedenjem klienta, bomo zlahka zmogli prepoznati primere, ko klientova čustva ne bodo usklajena z njegovimi mislimi.

Klienti pogosto obravnavajo svoje misli, kot da bi bila dejstva. Klientu razložimo, da so misli le hipoteze, razlage, ugibanja, perspektive, ki so lahko resnične ali pa napačne. Misel »Imam absolutno prav.« je lahko v nekem kontekstu točna, v drugem pa napačna. Če smo v nekaj prepričani, še ne pomeni, da je resnično tako. Misli in dejstva niso eno in isto, zato jih mora klient ločiti med seboj. Težave pri prepoznavanju avtomatskih misli se nanašajo tudi na razločevanje avtomatskih misli od interpretacije tega, kar klient občuti in misli v določeni situaciji.

Primer:

Terapevt: »Ko ste se pogovarjali s svojo prijateljico po telefonu, kaj vam je takrat prišlo na misel?«

Klient: »Mislim, da sem poskušal prikriti svoje občutke.«

V takšnem primeru poskušamo najprej opredeliti čustva in šele nato preidemo na prepoznavanje misli.

Odločimo se lahko tudi, da s klientom odigramo igro vlog, med izvajanjem pa mu postavimo osnovno vprašanje. Klient igra samega sebe, terapevt pa nasprotno osebo. Prepoznavanje avtomatskih misli si olajšamo tudi z imaginacijo.

V primeru, da klient ne uspe izluščiti svojih avtomatskih misli, preidemo na pogovor o drugi temi, saj bi predolgo vztrajanje vzbujalo dodatna negativna čustva. Ob naslednji čustveni spremembi ponovimo ves postopek.

STOPNJA PREPRIČANJA V AVTOMATSKO MISEL

Stopnja prepričanja v avtomatsko misel pomeni, kako intenzivno verjamemo v resničnost in veljavnost te misli, intenzivnost prepričanja pa je lahko od misli do misli različna. Za posameznika je pomembna stopnja prepričanja v tiste avtomatske misli, ki sprožajo najbolj intenzivna negativna čustva. Stopnjo prepričanja v avtomatsko misel ocenjujemo tako, da si ustvarimo svojo lestvico prepričanja. Lestvica sega od 0 do 10 ali 100, pri čemer pomeni 0 minimalno stopnjo prepričanja, 10 ali 100 pa maksimalno stopnjo prepričanja v avtomatsko misel. Iz stopnje prepričanja je tudi razvidno, koliko dvoma dopuščamo, da avtomatska misel ni veljavna oziroma resnična. Pri klientih, ki imajo močna prepričanja, da so njihove misli nespremenljive in stalne, je priporočljivo ugotavljanje stopnje prepričanja v avtomatsko misel ob različnih aktivnostih. Na ta način lahko ugotovijo, da so ob določenih aktivnostih bolj prepričani v isto avtomatsko misel kot ob drugih, s čimer se postopno distancirajo od določene misli in pridobivajo večjo fleksibilnost v načinu mišljenja. Pri tem mu pomagamo z vprašanjem: »Ali se

vam kdaj dogaja, da ste manj trdno prepričani v svojo misel?» in s klientom izdelamo spodnjo tabelo.

Preglednica 2: Stopnja prepričanja v avtomatsko misel ob različnih aktivnostih, povzeto po R. L. Leahy, 2003, str. 31.

Avtomatska misel:

čas/aktivnost	% prepričanosti	čas/aktivnost	% prepričanosti
8.00		12.00	
9.00		13.00	
10.00		
11.00		

ODKRIVANJE MISELNIH IZKRIVLJENJ

V kognitivni terapiji učimo klienta odkrivati in prepoznavati miselna izkrivljenja v negativnih avtomatskih mislih, ki so zlasti pri posameznikih, ki trpijo zaradi čustvenih motenj, pogosta. Učenje odkrivanja miselnih izkrivljenj uvedemo, ko je klient že usvojil tehniko prepoznavanja avtomatskih misli.

Miselna izkrivljenja ali kognitivne distorzije so sistematičen način posameznikovega miselnega izkrivljenja resničnosti. Poglejmo sledeče primere avtomatskih misli: »Nikoli ne bom srečen/a.«, »Nihče me ne mara.«, »Za vse sem sam/a kriv/a.«, »Šef misli, da sem lenoba.« Navedene misli so lahko ob določeni situaciji za posameznika resnične, delno resnične ali pa napačne. Če so te misli glede na situacijo napačno izpeljani zaključki, govorimo o miselnih izkrivljenjih ali kognitivnih distorzijah. Z miselnimi izkrivljenji vrednotimo določene situacije v skladu s našimi osnovnimi prepričanji in pravili, s čimer ohranjamo notranje čustveno ravnotežje. Gre za naučene miselne poti.

Klientu predstavimo listo miselnih izkrivljenj oz. miselnih napak:

- VSE ALI NIČ MIŠLJENJE – črno-belo, polarizirano oz. dihotomno mišljenje – gre za mišljenje v samo dveh kategorijah ob neupoštevanju nians. Primer: »Vse mi gre narobe.«
- NAPOVEDOVANJE PRIHODNOSTI – predvidevanje, da bodo dogodki v prihodnosti nevarni in vznemirjujoči. Primer: »Ne bo mi uspelo dobiti službe.«
- KATASTROFIZIRANJE – pričakovanje najslabšega možnega izida v prihodnosti. Primer: »Ne bom prenesla, če padem na izpitu.«
- IZKLJUČITEV POZITIVNEGA – neupoštevanje pozitivnih kvalitete in izkušenj. Primer: »Tole, kar mi je uspelo, je bilo preveč enostavno, zato mi nič ne pomeni.«
- EMOCIONALNO PRESOJANJE – presojanje na osnovi čustvenega doživljanja in ne dejanskih dokazov. Primer: »Čutim, da sem popolna zguba.«
- ETIKETIRANJE – sebi in drugim »nalepimo etiketo«, brez upoštevanja drugih dokazov. Primer: »Moja sodelavka je pravi sebičnež.«
- POVELIČEVANJE NEGATIVNEGA IN MINIMALIZIRANJE POZITIVNEGA – nerealno poudarjanje negativnega in podcenjevanje pozitivnega. Primer: »Kar naprej delam same napake, le redko mi uspe.«
- MENTALNI FILTER – selektivna pozornost in abstrakcija, posvečanje celotne pozornosti samo določenim aspektom. Primer: »Veliko ljudi me ne mara.«
- BRANJE MISLI – predvidevanje, da vemo, kaj drugi mislijo. Primer: »Moja sošolka misli, da sem malo čez les.«
- POSPLOŠEVANJE – izvajanje daljnosežnih zaključkov na osnovi enega dejstva. Primer: »Ker sem v družbi bolj tiho, me imajo za posebneža.«

- PERSONALIZACIJA – prenašanje razlogov za negativno vedenje okolice nase, prevzemanje polne odgovornosti nase. Primer: *»Moj zakon ni uspel zaradi mene.«*
- FORMULACIJA »MORAL BI, MORAM« – predstava o tem, kako bi moralo biti in ne kako je. Primer: *»Vedno moram narediti vse najboljše.«*
- ENOSTRANSKO (TUNELSKO) VIDENJE – videnje le ene strani dogodka. Primer: *»Samo mene krivijo za prepire doma.«*

Posamična avtomatska misel lahko vključuje več miselnih izkrivljenj hkrati. Primer: *»Če grem na zabavo danes zvečer, si bo X mislila, da se vsiljujem.«* V tej avtomatski misli gre za napovedovanje prihodnosti in branje misli.

Na terapevtskem srečanju opredeli klient ob svojih primerih avtomatskih misli nekaj miselnih izkrivljenj. Uporabimo tudi primere iz literature ali pa tiste, ki si jih zapisujemo med srečanji. Pomembno je, da opredelimo le tista miselna izkrivljenja, ki so za klienta najbolj značilna. Če ponujamo primere z več različnimi izkrivljenji hkrati, bo klient zaradi težav pri prepoznavanju doživljal neuspeh. Poudariti je potrebno, da so nekatera izkrivljenja lahko delno ali povsem resnična. Npr. branje misli: *»Nima me rada.«* se včasih izkaže kot resnično.

Učenje prepoznavanja miselnih izkrivljenj v terapiji podkrepimo z domačo nalogo. Ob avtomatskih mislih s prejšnjih seans uvedemo dodatno rubriko za določanje miselnih izkrivljenj. Namen domače naloge je, da klient uvidi, kolikokrat določena izkrivljenja ponavlja.

Preglednica 3: Ugotavljanje miselnih izkrivljenj, povzeto po R. L. Leahy, 2003, str. 33.

Avtomatska misel, stopnja prepričanja (0–100%)	Miselno izkrivljenje

SPREMINJANJE AVTOMATSKIH MISLI IN ISKANJE DRUGAČNIH MISLI

Ko je klient pridobil spretnost prepoznavanja avtomatskih misli ter razumel njihov vpliv na nastajanje čustvenih težav, nastanejo možnosti za njihovo kritično vrednotenje in spreminjanje. Klientu se pojavlja vsakodnevno mnogo različnih avtomatskih misli, med katerimi so nekatere bolj disfunkcionalne, druge manj. V terapiji ne moremo analizirati vseh avtomatskih misli. Izberemo samo ključne misli, torej tiste, ki so tipične za klienta in so v zvezi z obravnavanim problemom med seanso. Ključne misli odražajo jasno povezavo z bazičnimi prepričanji, vzbujajo močna negativna čustva in so najbolj izkrivljene ali disfunkcionalne. Pri izbiri misli za analizo se najprej vprašamo, ali bo osredotočenje na določeno misel pripomoglo k boljši konceptualizaciji klientovih problemov, nato pa, ali je obravnavana misel v skladu s terapevtskim ciljem seanse. Za nadaljnjo strategijo dela se odločamo med več možnostmi. Lahko:

- se osredotočimo na avtomatsko misel, nato ugotavljamo, kako močno klient verjame v to misel, kako se počuti ob tem ter kaj bi lahko storil v zvezi s tem;
- raziščemo okoliščine, ki so povezane z avtomatsko mislijo, tako da klient natančneje opredeli, kaj se je takrat dogajalo;
- raziščemo, v kolikšni meri je misel tipična, ugotavljamo, kako pogosto se ta misel pojavlja ter kako je misel za klienta moteča;
- se osredotočimo na iskanje drugih avtomatskih misli v določeni situaciji tako, da uporabimo sledeča vprašanja: *»Ali se vam je pojavila še kakšna druga misel?«, »Ali se vam je pojavila ob tem kakšna slika, podoba?«*

- uporabimo tehniko reševanja problemske situacije, pri čemer uporabimo sledeča vprašanja: »Kaj bi v zvezi s tem lahko naredili?«, »Kako ste se znašli v podobnih primerih?«. »Kaj si želite narediti v zvezi s tem?«
- raziščemo bazično prepričanje, na katerem temelji avtomatska misel ter pri tem uporabimo različne tehnike za ugotavljanje vmesnih in bazičnih prepričanj (tehnika spuščanja).

Odločanje o obravnavi avtomatske misli je odvisno od stopnje prepričanja v avtomatsko misel in od intenzivnosti čustvenega doživljanja. Če je klient vidno vznemirjen ob avtomatski misli in če je močno prepričan vanjo, kar je predhodno ocenil, je potrebna obravnava te misli. V takšnem primeru bomo tudi natančneje osvetlili specifično situacijo, pri kateri se misel pojavlja in ugotavljali, kakšno je bilo klientovo vedenje (»Kaj ste potem naredili?«). Anksiozne paciente bomo vprašali tudi o telesnih znakih. S prikazanim načinom se natančno pojasni celotna slika, nato izberemo ukrep med sledečimi možnostmi:

- konceptualiziramo sami zase ali skupaj s klientom (ugotavljamo, kako je obravnavan primer povezan s celotnim problemom klienta);
- na primeru te avtomatske misli ponovno razložimo kognitivni model;
- pomagamo klientu ocenjevati in odgovoriti na avtomatsko misel s sokratskim načinom spraševanja;
- skupaj s klientom iščemo rešitev problema;
- ugotavljamo bazična prepričanja.

S procesom spreminjanja avtomatskih misli uvajamo v kognitivni terapiji namesto negativnega načina mišljenja primernejši, objektivnejši in bolj funkcionalen način mišljenja. Poudariti je potrebno, da je pri uspešnem procesu spreminjanja avtomatske misli pomembna klientova čustvena razbremenitev ter zmanjšanje stopnje prepričanja v negativno avtomatsko misel. Pri iskanju bolj prilagojenih misli oz. odgovorov na avtomatsko misel uporabljamo različne načine oz. tehnike. Katera od tehnik je učinkovitejša, je odvisno od same avtomatske misli, intenzivnosti čustev in narave problemske situacije. Spodnji vprašalnik avtorice J. S. Beck ponuja več tehnik za analizo, pri čemer ni nujno, da se uporabljajo vse hkrati.

VPRAŠALNIK AVTOMATSKIH MISLI – J. BECK

1. *Kaj je dokaz za to misel?*
2. *Kateri znak podpira to idejo?*
3. *Kateri znak ne govori v prid tej ideji?*
4. *Ali je možna kakšna alternativna razlaga?*
5. *Kaj najslabše bi se mi lahko zgodilo?*
6. *Ali lahko to preživim? Kaj najboljše bi se lahko zgodilo?*
7. *Kakšen je najbolj verjeten izid (realno možen)?*
8. *Kakšen je učinek mojega razmišljanja v avtomatsko misel? Kakšen bi bil lahko učinek, če spremenim svoje razmišljanje?*
9. *Kaj naj bi storil v zvezi s tem (reševanje problema)?*
10. *Kaj bi rekel nekemu drugemu, ki bi bil v podobni situaciji kot jaz?*

Za boljše razumevanje procesa evalvacije avtomatskih misli bom izpostavila nekaj pogosteje uporabljenih tehnik.

TEHNIKA ISKANJA DOKAZOV

Ljudje pogosto verjamemo v veljavnost svojih avtomatskih misli, ne da bi preverili objektivna dejstva, ki podpirajo ali zavračajo to misel. Pogosto se izkaže, da nam dokazi za in proti

avtomatski misli spremenijo pogled na dano situacijo. Najbolje je uporabljati pisni način, kot je prikazano v preglednici spodaj.

Pomembno je, da klient napiše čim več dokazov, ki jih med seboj primerja. Pri tem ugotavlja, koliko mu pomeni posamezen dokaz, kateri dokaz je pomembnejši in kateri mu bolj pomaga pri razumevanju avtomatske misli. Še zlasti je pomembno natančno proučiti dokaze, ki potrjujejo avtomatsko misel in ugotavljati morebitne distorzije.

Preglednica 4: Iskanje dokazov za in proti, povzeto po R. L. Leahy, 2003, str. 60.

Avtomatska misel

DOKAZI ZA	DOKAZI PROTI
ZA %	PROTI %
% PROTI – % ZA = %	
PRILAGOJEN ODGOVOR:	

TEHNIKA DVOJNIH MERIL

Osebe s čustvenimi težavami imajo veliko samokritičnih misli. Do sebe so bolj kritični kot do drugih ljudi in si zase postavljajo višja merila. Analiziranje dvojnih meril nam omogoča postopno distanciranje od svojih misli, hkrati pa si s tem ustvarimo realnejša merila. S pomočjo empatije se poskušamo vživeti v drugo osebo, najbolje v prijatelja po imenu, nato pa z drugega zornega kota vrednotimo lastne misli.

TEHNIKA OPREDELITVE IZRAZOV

Tehniko uporabljamo v primeru etiketiranja, ko je v avtomatski misli izražena neprimerna opredelitev z izrazi zguba, tepec, bedak ipd. Poskušamo natančno opredeliti, kaj nam ti izrazi dejansko pomenijo. Tehnika nam pomaga ugotavljati, da so izrazi pogosto neustrezne abstrakcije. Smiselno se je osredotočiti na ocenjevanje vedenja in ne na označevanje osebnostnih lastnosti.

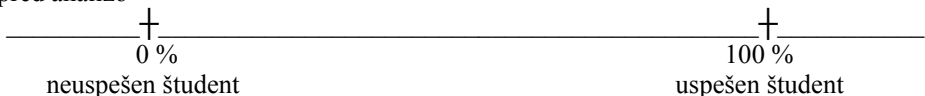
SEMANTIČNA METODA

Tehniko uporabljamo v primeru formulacije MORAL BI ali NE BI SMEL. MORAL BI nadomestimo s frazo NAJ BI, ZAŽELENO BI BILO. Z drugačno opredelitvijo se poskušamo preusmeriti od zahtev k nameram, od občutkov krivde, samokaznovanja, k motiviranemu vedenju in reševanju problemov.

TEHNIKA KOGNITIVNEGA KONTINUUMA

Tehniko uporabljamo v primeru dihonomnega mišljenja oz. mišljenja »vse ali nič«. Pomaga nam pri prepoznavanju sivih odtenkov. Uporabljamo grafično številsko premico. Klient opredeli svoj položaj, izražen v avtomatski misli na premici oz. na kognitivnem kontinuumu pred vrednotenjem avtomatske misli in po vrednotenju avtomatske misli ter opazuje razliko.

Primer: pred analizo



TEHNIKA PREDNOSTI IN POMANJKLJIVOSTI

Tehniko uporabljamo v primeru, ko so klientove misli resnične in v primeru, ko je klient kljub uspešni evalvaciji še vedno močno prepričan v resničnost avtomatske misli. Terapevt pomaga klientu ugotavljati učinek avtomatske misli na počutje in vedenje tako, da ga spodbuja k ugotavljanju koristi (prednosti) in škode (pomanjkljivosti) njegovih misli. V ta namen uporabimo sledečo preglednico:

Preglednica 6: Ugotavljanje prednosti in pomanjkljivosti, povzeto po R. L. Leahy, 2003, str. 4.

Prednosti avtomatske misli	Pomanjkljivosti avtomatske misli
Zaključek:	

Klientu postavljamo sledeča vprašanja:

»Kakšno korist imate od tega, da si stalno dopovedujete _____?«

»Vam vaše razmišljanje prinese zadovoljstvo? Kaj imate od tega?«

»Kakšne so prednosti tega vašega razmišljanja? Kakšne so pomanjkljivosti?«

Za uspešno evalvacijo avtomatskih misli kombiniramo različne tehnike, med drugim tudi tehniko reševanja problemov, vedenjske eksperimente, igro vlog in imaginacijo.

Na seansi obravnavamo vsaj en primer analize avtomatskih misli po omenjenem postopku. Če uporaba določene tehnike oziroma vprašanj ne privede do zmanjšanja čustvene intenzivnosti, uporabimo druge tehnike. Za učenje procesa evalvacije avtomatskih misli je potrebno v terapevtski seansi do konca izpeljati celoten postopek vrednotenja misli, saj v nasprotnem primeru puščamo klienta v njegovih intenzivnih negativnih občutkih.

Po procesu evalvacije avtomatske misli poiščemo s klientom prilagojen odgovor. Prilagojen oz. adaptivni odgovor je misel, ki temelji na realnih in veljavnih dokazih in je za klienta funkcionalen odgovor glede na dano situacijo. Klient ga naj oblikuje s svojimi besedami. Nato oceni še stopnjo prepričanja, ki pove, kako trdno verjame v to misel.

Primer:

Klient, ki je v storilnostni situaciji povišano anksiozen zaradi strahu pred neuspehom, navede avtomatsko misel: »Ne bo mi uspelo, zagotovo ne bom naredil izpita.«

Adaptivni odgovor: »Kar bo, pa bo. Če mi ne bo uspelo, bom oceno popravil. Ker se vedno dobro pripravim, sem sposoben dobiti na izpitu 6 ali pa še več.«

V podkrepitev prilagojenega odgovora lahko izdelamo kartico spoprijemanja (coping card). Na prvo stran napišemo negativno avtomatsko misel, na drugo stran pa prilagojen odgovor.

Ko smo izvedli miselno predelavo in poiskali adaptivni odgovor, ponovno ugotavljamo stopnjo prepričanja v avtomatsko misel. Sprememba v stopnji prepričanja je eden od indikatorjev čustvene razbremenitve in dokaz uspešne miselne predelave.

NEUSPEŠNO VREDNOTENJE AVTOMATSKIH MISLI

Če je klientovo prepričanje v resničnost avtomatske misli še vedno visoko in je ob tem še močno čustveno vznemirjen, je bilo najverjetneje vrednotenje in spreminjanje misli neuspešno. Skupaj s

klientom moramo ugotoviti, kakšni vzroki so privedli do tega. Do neuspešno vrednotenih misli pride v primeru, če ne obravnavamo centralnih in bistvenih avtomatskih misli ali pa če je avtomatska misel sama po sebi bazično prepričanje. Bazično prepričanje je bolj utrjen in globlji način mišljenja, zato kratka kognitivna restrukturacija ponavadi ne privede do želenega učinka. Možno je, da smo misel ocenjevali z neustrezno tehniko ali pa smo bili pri posamezni uporabljeni tehniki premalo natančni.

Nekateri klienti zmorejo sprejemati disfunkcionalnost misli le na racionalnem nivoju, ne pa tudi na emocionalnem, zato na tem nivoju ne pride do sprememb. V takšnih primerih moramo raziskati vmesna in bazična prepričanja ter le-ta postopno spreminjati.

Nekateri klienti zmanjšujejo vrednost prilagojenih odgovorov s formulacijo »*Da, verjamem, ampak _____*«, v čemer se skriva druga disfunkcionalna avtomatska misel, za katero je potreben ponoven proces racionalne evalvacije. Če standardne tehnike vrednotenja misli niso uspešne, jih moramo prilagoditi, kar pa ni odvisno samo od klienta, ampak tudi od naše ustvarjalnosti in iznajdljivosti.

ZAPIS DISFUNKCIONALNIH MISLI

Poleg ustnega obravnavanja misli uporabljamo tudi zapis disfunkcionalnih misli. Prednost pred ustnim načinom dela je v tem, da lahko zapis večkrat pregledamo in utrjujemo proces kognitivne predelave. Zapisovanje disfunkcionalnih misli je skoraj v vseh primerih domača naloga, s čimer lahko preverjamo ustreznost klientovega preučevanja njegovih misli.

Zapis disfunkcionalnih misli je delovni list, ki nam pomaga pri učinkovitejšem vrednotenju avtomatskih misli in iskanju ustreznih adaptivnih odgovorov.

Preden predstavimo klientu postopek zapisovanja, je potrebno, da terapevt dobro obvlada tehniko zapisovanja svojih avtomatskih misli. Da pa bi klient razumel pomen zapisovanja avtomatskih misli, mora dobro razumeti kognitivni model, mora biti sposoben prepoznavati avtomatske misli v specifični situaciji ter jih ločevati od čustev in fizioloških reakcij. Pred zapisom moramo opraviti ustno evalvacijo vsaj ene avtomatske misli, da dosežemo klientovo motivacijo za zapisovanje.

Nekateri klienti potrebujejo za pravilno zapisovanje terapevtove spodbude. Zapisovanje je dokaj zapleteno in zahteva nekaj vaje, zato je dobro, da podpremo vsa klientova prizadevanja. Poudarimo prednosti zapisovanja. Različni avtorji ponujajo različne načine zapisovanja misli; sledeči je povzet iz knjige J. S. Beck (1995).

Zapisovanje uvajamo postopoma na več seansah, ne vseh stolpcev zapisa hkrati. Natančno razložimo, kako je potrebno zapisovati ter sprotno preverjamo klientovo razumevanje. Primer zapisa vsaj ene avtomatske misli opravimo na terapevtski seansi.

V vsebini avtomatskih misli so lahko izraženi različni obrambni mehanizmi, ki se kažejo v težavah pri zapisovanju misli. Pri neustreznem zapisu in takrat, ko klient ni doživel čustvene razbremenitve, ugotavljamo vzroke. Do neustreznega zapisa lahko pride, če klient ni našel misli, ki ga je najbolj vznemirjala, če je avtomatska misel kar bazično prepričanje, če je bil pri evalvaciji površen ali pa če dvomi v svoje odgovore. Če ugotovimo, da je zapis za klienta pretežek, predlagamo, da se nauči uporabljati vprašalnik J. S. Beck le ustno. Klientu predstavimo še alternativne tehnike:

- izpolnjevanje zapisa v mislih
- branje predhodnih zapisov, ki vsebujejo vsebino enake ali podobne misli
- narekovanje zapisa nekemu drugemu, ki izvaja zapisovanje
- branje kartice uspešnega zapisovanja

- poslušanje zapisa terapevtske seanse na avdio kaseti

ZAKLJUČEK

Delo na avtomatskih mislih je eno izmed najpomembnejših področij v vedenjsko-kognitivni terapiji. Klienta učimo, da zna odkrivati avtomatske misli, jih presoјati glede na resničnost in koristnost, izluščiti pomembne misli v dani situaciji, jih ustrezno oceniti in poiskati prilagojen odgovor. Klienta usmerjamo in motiviramo k vsakodnevni vaji, saj je prepoznavanje avtomatskih misli in nadaljnje analiziranje le-teh spretnost, ki se jo postopoma priučimo. Pomembno je, da se prilagojeni odgovori postopoma vgradijo v naš sistem razmišljanja, saj le tako trajneje izboljšujejo naše počutje. Brez dobre spretnosti prepoznavanja in spreminjanja avtomatskih misli ne moremo nadaljevati z obravnavo vmesnih in bazičnih prepričanj.

ZAPIS DISFUNKCIONALNIH MISLI

Navodilo: Ko opaziš spremembo svojega razpoloženja, se vprašaj: «Kaj mi je šinilo v glavo?» Čim je mogoče, napravi zapis.

Datum/čas	Situacija	Avtomatska/e misel/misli	Čustva	Prilagoditvena reakcija	Rezultat
	<p>Kateri dogodek, misli, sanjarjenje ali spomini so privedli do neprijetnega čustva? Katero telesno občutke ste občutili (če ste jih)?</p>	<p>Katera misel/misli/ ali predstave so vam šinile v glavo? Koliko ste verjeli vsaki od teh misli (0–100 %)?</p>	<p>Katera čustva ste občutili? Kako intenzivna so bila ta čustva (0–100 %)?</p>	<p>Katere kognitivne distorzije ste naredili? Oblikujte prilagojene misli s pomočjo vprašanj! Koliko verjamete novi misli (0–100%)?</p>	<p>Koliko verjamete avtomatski misli (0–100 %)? Katera čustva občutite ob tem (0–100%)? Kaj boste naredili?</p>

LITERATURA

- Anić, N. (1990). *Praktikum iz kognitivne in bihevioralne terapije III*. Zagreb: Društvo psihologa Hrvatske.
- Anić, N. (2004). *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije: zbornik 1*. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive Therapy for Challenging Problems: What to Do When the Basics Don't Work*. New York: The Guilford Press.
- Burns, D. D. (1998). *Kako smo lahko srečni in zadovoljni*. Ljubljana: Založba Mladinska Knjiga.
- Clark, D. M. in Fairburn, C. G. (1997). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Leahy, R. L. (1996). *Cognitive Therapy: Basics Principles and Applications*. Maryland: A Jason Aronson Book, Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Leahy, R. L. (2003). *Cognitive Therapy Techniques, a practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Padesky C. A. in Greenberger D. (1995). *Mind over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think*. New York: The Guilford Press.

VLOGA METAKOGNITIVNIH MISLI PRI NASTANKU IN VZDRŽEVANJU PSIHOPATOLOGIJE*

Dr. Ivanka Živčić Bečirević, klin. psih.
Sveučilište u Rijeci, Odjel za psihologiju
Trg I. Klobučarića I, Rijeka
izivcic.becirevic@ri.t-com.hr

Mag. Nada Anić, klin. psih.
Služba za zdravstvenu Zaštitu studenata - Savjetovalište za teškoče u učenju
Trg žrtava fašizma 10, Zagreb
nada.anic@zg.t-com.hr

Osnovni pojmi

Kognitivne teorije čustvenih motenj predpostavljajo, da so psihične težave povezane z motnjami mišljenja. Osnovna predpostavka kognitivne terapije je, da se s spremembo v načinu in vsebini mišljenja lahko spremeni čustveno reagiranje in vedenje posameznika. Več avtorjev je opozorilo na potrebo, da bi te osnovne predpostavke kognitivne terapije dopolnili. Tako, na primer, navajajo, da je negativno razmišljanje lahko tudi posledica in ne le predhodnik depresije. Neprilagojena stališča se pojavljajo samo v času depresivne epizode, potem pa se z izboljšanjem »normalizirajo«. Prav tako se postavlja vprašanje glede razlik v pomenu »vročih« (čustvenih) in »hladnih« (intelektualnih) prepričanj; pod vprašaj se postavlja tudi enodimenzionalno razumevanje pomena kognitivnih misli pri čustvenih motnjah. Teasdale in Barnard (1993) ter Wells in Matthews (1994) predlagajo bolj kompleksen okvir. Glede na ta okvir razumevanje dejavnikov, ki kontrolirajo, spreminjajo, vrednotijo in regulirajo sam proces mišljenja, predstavlja pomemben predpogoj za njegovo spreminjanje. Takšno razumevanje prehaja na področje metakognicije. Na osnovi številnih raziskav so Wells in sodelavci razvili metakognitivno teorijo in na njej osnovali metakognitivno terapijo čustvenih motenj (Wells in Matthews, 1994; Wells, 2000).

Metakognitivne misli predstavljajo zapleten pojem. Sestavljene so iz znanja (prepričanj), procesov in strategij, s katerimi posameznik vrednoti, spremlja in kontrolira lastne misli (v Wells, 2000).

Pri metakognitivnih mislih razlikujemo dva vidika. Prvi vidik predstavlja *metakognitivno znanje*, ki ga ima posameznik o lastnih mislih, o sami nalogi in o strategijah učenja, ki vplivajo nanj. Drugi vidik predstavlja *metakognitivna regulacija*, ki se nanaša na niz izvršilnih funkcij, kot so usmerjanje pozornosti, opazovanje, preverjanje (*checking*), načrtovanje in prepoznavanje napak pri izvajanju.

Proces pretoka informacij z ravni objekta na metaraven imenujemo opazovanje. Ta metaraven obvešča o stanju na ravni objekta, o stanju, ki je objektivno in ki za opazovalca nima posebnega pomena. Proces pretoka informacij z metaravni na raven objekta se imenuje kontrola. Ta raven objekta obvešča, kaj je treba storiti, kadar je posameznik osebno vključen.

Na osnovi raziskovanja procesa zaskrbljenosti pri osebah z generalizirano anksiozno motnjo Wells (1995) razlikuje tri osnovne vrste metakognitivnih misli: metakognitivno znanje, metakognitivne izkušnje in metakognitivne kontrolne strategije.

Metakognitivno znanje obsega prepričanja in teorije, ki jih ima posameznik o lastnih mislih, kot so prepričanja o pomenu določene vrste misli (npr. prepričanja o lastni kapaciteti pomnjenja).

* Prevod: mag. Mateja Hudoklin, univ. dipl. psih., Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana

Eksplisitno metakognitivno znanje je tisto, katerega se oseba zaveda in ga lahko verbalno izrazi (npr. »Skrbi ne morem kontrolirati.«), *implicitno metakognitivno znanje* pa je praviloma nedostopno zavesti in ga ne moremo izraziti verbalno. Lahko ga prepoznamo skozi pravila ali načrte, ki usmerjajo procesiranje informacij (npr. usmerjanje pozornosti, pristranskost pri zaključevanju ipd.). Ne glede na to, da se jih posameznik ne zaveda, imajo lahko pri nastanku in vzdrževanju čustvenih motenj enako pomembno vlogo kot deklarativno znanje.

Metakognitivne izkušnje vključujejo ocene pomena specifičnih misli ali drugih miselnih dogodkov in samih metakognitivnih občutkov. Metakognitivne ocene lahko opredelimo kot zavestne interpretacije kognitivnih izkušenj. Te predstavljajo »on-line« prikaz uporabe metakognitivnega znanja pri oceni metakognitivnih misli.

Tako npr. učenec s testno anksioznostjo tudi nepomembno situacijo preverjanja znanja ocenjuje kot ogrožujočo, ker ga vsako preverjanje znanja spominja na predhodne metakognitivne izkušnje. Te predpostavljajo negativno oceno samega sebe v uspešnosti odgovarjanja (»Ne morem pokazati toliko, kolikor znam.«, »Slabo se izražam.«). Negativni občutki, ki so povezani s takšnimi mislimi, se izražajo s strahom pred neuspehom, s strahom, da se ne bi osmešili ali s strahom pred reakcijami učiteljev in staršev.

Aktualna ocena situacije se ne nanaša na to specifično situacijo, ampak gre za oceno situacije preverjanja znanja na splošno, ki je za tega posameznika vedno neprijetna zaradi metakognitivnega znanja o sebi in metakognitivnih občutkov, ki se s tako situacijo povezujejo.

Znanje o sebi kot o učencu in spomin na neprijeten občutek med odgovarjanjem vpliva na oceno nepomembne situacije preverjanja (npr. pri ponavljanju snovi) kot nevarne. Načrt in strategija vedenja pod vplivom tako ocenjene nevarnosti sta disfunkcionalna in praviloma usmerjena k izogibanju. Zmanjšanje anksioznosti po izogibanju ojačuje bodoče disfunkcionalne ocene, občutke in strategije vedenja v situacijah preverjanja znanja.

Nekatere motnje se povezujejo s katastrofičnimi ocenami vsiljivih negativnih misli (npr. generalizirana anksioznost, PTSS, depresivnost, panični napadi, obsesivne motnje).

Metakognitivne kontrolne strategije obsegajo reakcije posameznikov, kadar skušajo kontrolirati svoje kognitivne aktivnosti. V vsakodnevnem življenju ljudje pri tem uporabljajo različne strategije, kot je uporaba mnemotehnik pri učenju ali ponavljanje gradiva, ki si ga želijo zapomniti. Kontrolne strategije v okviru kliničnih motenj so najpogosteje usmerjene na poskuse kontroliranja lastnega toka misli. Wells in Davies (1994) sta s pomočjo factorske analize rezultatov Vprašalnika o kontroli misli (Thought Control Questionnaire) prepoznala pet kontrolnih strategij: 1. ponovna ocena (osredotočanje na osebne misli in poskus njihove ponovne racionalne interpretacije, npr. »O tem poskušam razmišljati drugače.«, »Sprašujem se, zakaj sploh tako mislim.«), 2. kaznovanje (občutek krivde in samokaznovanje zaradi pojavljanja določenih misli, npr. »Sam nase sem jezen, ker pomislim na to.«, »Rečem si, naj ne bom tako neumna.«), 3. socialna kontrola (preverjanje osebnih misli z drugimi ali prikrivanje osebnih misli pred drugimi ljudmi, npr. »Prijatelje sprašujem, ali imajo enake misli.«, »Nikomur ne govorim o svojih mislih.«), 4. zaskrbljenost (preusmerjanje na druge skrbi, npr. »Usmerim se na druge negativne misli.«) in 5. distrakcija (preusmerjanje na pozitivne misli ali zaposlitev z nekimi aktivnostmi, npr. »Počnem nekaj, kar me veseli.«, »Poskušam razmišljati o nečem lepem.«). Rezultati njenega raziskovanja kažejo na povezanost metakognitivnih strategij, posebno strategij zaskrbljenosti in kaznovanja z razvojem čustvenih motenj in okrevanjem.

Ena od pomembnih predpostavk metakognitivne teorije in terapije je, da so kognitivni vidiki, odgovorni za ranljivost in trajanje čustvenih motenj, mnogo **obsežnejši** od tistih, ki jih je v preteklosti opredelila kognitivna terapija. Pri razumevanju in obravnavanju čustvenih motenj je vloga pozornosti veliko bolj poudarjena.

Druga pomembna predpostavka je, da je sistem, v katerega je vpet **dinamičen** odnos medsebojnega delovanja metakognitivnih misli, organiziran na več ravneh. Wells in Matthews (1994), avtorja S-REF modela, govorita o »arhitekturi«
treh interaktivnih ravneh misli. Poudarjata večdimenzionalnost in dinamičnost.

Model samoregulacijskih izvršilnih funkcij (Self-Regulatory Executive Function (S-REF) Model)

Samo ime modela nakazuje osrednje mesto, ki se po metakognitivni teoriji pojmuje kot pomembno pri razumevanju ranljivosti za pojavljanje in trajanje čustvenih motenj.

Najnižja raven procesiranja je izven zavestne kontrole. Obsega informacije o stanjih organizma, zunanjih pogojih in kognitivne vsebine. Procesiranje na tej ravni ni toliko odvisno od kognitivnih virov, večinoma je avtomatično, lahko pa vpliva na zavestno procesiranje.

Druga, srednja raven, obsega kontrolirano, zavestno procesiranje, ki je vključeno v zavestno oceno dogodkov ali okoliščin, prav tako tudi kontrolo aktivnosti in misli.

Tretjo raven predstavljajo prepričanja o sebi, shranjena v dolgoročnem spominu. Ta prepričanja vsebujejo metakognitivno komponento in vsebujejo osnovo načrtov procesiranja podatkov.

Na srednji ravni, avtorja jo imenujeta »on-line«
raven, je procesiranje odvisno od usmerjenosti pozornosti na končno izvršitev. Praviloma je to zavestno, v nekaterih primerih čustvenim motenjem pa je ta zavest lahko zmanjšana. »On-line«
procesiranje ne more potekati neodvisno, pač pa ga usmerja znanje o sebi, shranjeno v dolgoročnem spominu.

Avtorja pri opisovanju modela uporabljata izraz *konfiguracija*. Ta se nanaša na obliko kognitivnega procesiranja, ki je v določenem času aktivirano. Procesiranje je lahko na ravni objekta ali na metakognitivni ravni. Pri čustvenih motnjah je najbolj značilna konfiguracija povezana s posebno pomembnim procesiranjem. To procesiranje je usmerjeno k nekemu cilju ali k zmanjševanju neskladja med reprezentacijo svojega trenutnega stanja in reprezentacijo nekega »normativnega«, želenega stanja. Pri normalnih stanjih je ta proces kratek in se reši z izbiro ustrezne strategije ali s spremembo prepričanja. Pri osebah s čustvenimi motnjami se ta proces podaljša in perseverira. To lahko pojasnimo z izbiro napačnih strategij, ponavljanjem negativne ocene lastnega stanja na podlagi negativnega znanja o sebi, postavljanjem nerealističnih ciljev pri samoregulaciji ali zunanjimi omejitvami.

V znanje o sebi posameznik vključuje splošne, zase pomembne informacije o socialni in fizični okolici, prav tako pa tudi dve vrsti metakognitivnega znanja: 1. o pomenu lastnih misli, 2. o načrtih, ki usmerjajo in oblikujejo lastne misli.

S-REF procesiranje je lahko aktivirano z zunanjimi grozečimi dražljaji ali z notranjimi procesi, ki spodbujajo negativne misli. Te vključujejo grožnjo za lastno dobrobit. Ali bo »on-line«
procesiranje spremenilo ali še okrepilo obstoječe prepričanje, je v prvi vrsti odvisno od metakognitivnega načrta in ciljev, ki se odražajo v izbiri strategije soočanja. Če načrt vključuje objektno raven procesiranja, na kateri se misli poistovetijo z dejstvi, cilj pa bo beg iz ogrožajoče situacije, se disfunkcionalno znanje (prepričanje) ne bo spremenilo. Po drugi strani pa, če načrt vključuje metakognitivno raven procesiranja, na kateri se misli pojmujejo kot ideje, katerim je treba verjeti (niso realnost), kot cilj se izbere preverjanje in ponovno vrednotenje obstoječega znanja, potem je kognitivna sprememba veliko bolj verjetna. Osebe s psihičnimi motnjami pogosteje funkcionirajo na objektni ravni in svojih misli ne preverjajo. Tako npr. anksiozni pacienti zaznajo nevarnost povsem istovetijo z realno nevarnostjo.

Glavni cilj obravnave je posamezniku olajšati usvajanje metakognitivne ravni in funkcioniranje na njej. Vendar pa je potrebno poudariti, da je kognitivno procesiranje na objektni ravni včasih adaptivno in zaželeno, npr. takrat, ko je nevarnost ali grožnja osebni integriteti realna. Glede na to bi normalno procesiranje vključevalo fleksibilno preklapljanje iz ene v drugo modaliteto procesiranja, skladno z zahtevami situacije.

Za popolno razumevanje modela je pomembno, da upoštevamo tudi vlogo čustev, ki na kognitivno procesiranje močno vplivajo na dva načina. Po eni strani onemogočajo »hladno« kognitivno procesiranje, izkrivljajo pozornost, pomnjenje in oceno neke situacije, poleg tega izkrivljajo določen konkretni načrt aktivnosti za implementacijo. Vpliv čustev je viden v celotnem izkrivljanju posameznih komponent procesiranja, in sicer tako, da se misli usklajujejo s čustvi. Poleg specifičnih čustev pa so lahko značilna tudi druga čustvena stanja, kot je »občutek znanja« ali zaupanje v lastne ocene.

Tako npr. posamezniki s socialno anksioznostjo ob prisotnosti drugih oseb občutijo močno anksioznost s številnimi fiziološkimi znaki (povečan srčni utrip, tresenje rok in glasu, rdečica obraza ipd.). Ocenjujejo in precenjujejo, da jih vsi gledajo in da vsi vidijo, kako so neadekvatni. Njihovo procesiranje informacij in načrt za izbiro strategije vedenja temelji na njihovem poistovetenju čustvenega stanja z realno nevarnostjo. Vsi vidiki procesiranja so usklajeni z njihovim čustvenim stanjem.

Težave z neskladjem med lastnim realnim in zamišljenim »normativnim« socialnim vedenjem lahko ponazori primer pacienta s socialno anksioznostjo, ki je bil vključen v trening socialnih veščin. Po uspešno opravljenem javnem nastopu, kar mu je bil tudi cilj, s seboj ni bil zadovoljen, ker je bilo to »naučeno, natrenirano in ne spontano vedenje«.

Tipičen primer situacije, ko močna čustva blokirajo miselno procesiranje, predstavljajo »blokade« med odgovarjanjem na izpitu, o katerih poročajo študentje in učenci z izpitno (testno) anksioznostjo. Po izpitu se odgovorov, ki jih med izpitom niso znali, zlahka spomnijo.

Vzdrževanje motnje naj bi bilo povezano z naslednjimi značilnostmi kognitivnega reagiranja:

- neprestana nase usmerjena pozornost,
- »on-line« procesiranje negativnih prepričanj o sebi,
- izbor strategij, ki vključujejo zaskrbljenost in ruminacije,
- večja pozornost na grožnje,
- omejeni kognitivni viri,
- uporaba neprilagojenih strategij soočanja, ki onemogočajo usvajanje bolj prilagojenega znanja.

Glede na to bi morali obravnavo usmeriti na razvijanje primernejših reakcij soočanja, prav tako tudi na razvijanje in aktiviranje bolj prilagojenih oblik procesiranja, ki spodbudijo restrukturiranje neadekvatnega znanja in prepričanj.

Osnovne značilnosti metakognitivne terapije

Mnogi postopki, ki jih ponavadi uporabljamo v kognitivni terapiji, se uporabljajo tudi v metakognitivnem pristopu. Predlagane so tudi nekatere nove strategije, prav tako tudi spremembe obstoječih postopkov.

Osnovna predpostavka metakognitivnega (S-REF) pristopa je, da je vzdrževanje čustvenih motenj posledica precej večjega obsega številnih funkcij procesiranja informacij, ne le aktiviranja osebnih »shem«, kot to predpostavlja kognitivna terapija. Druge funkcije procesiranja informacij vključujejo procese pozornosti, samoregulacijske cilje, metakognitivne misli in način procesiranja (»mode«). Poleg tega so vse omenjene komponente v soodvisnem, dinamičnem odnosu.

Glede na ta pristop se prepričanja v okviru psiholoških motenj pojmujejo kot večdimenzionalna. Na eni strani se s prepričanji pojmuje deklarativno znanje o sebi in svetu, na drugi ravni pa so metakognitivne misli, ki procesiranje usmerjajo. Obe vrsti prepričanj imajo pri vzdrževanju motnje pomembno vlogo: tako splošna, nemetakognitivna prepričanja (npr. »Ljudje so nevarni in

imajo slabe namene.«), kot tudi metakognitivna (»Zaskrbljenost mi pomaga pri soočanju.«, »Grde misli lahko sprožijo grde dogodke.«).

Kognitivna terapija, ki temelji na S-REF modelu, spodbudi posameznika, da spremeni prepričanja ali znanje o sebi, shranjena v dolgoročnem spominu. To vključuje aktiviranje metakognitivnega načina procesiranja. Gre za uporabo procesov, ki spodbudijo kognitivne vire za prepričevanje v nasprotno pri obstoječem znanju in konstruiranje novega znanja o sebi. Posameznika spodbudimo, da razvija metakognitivni načrt in večšine, ki jih lahko uporabi pri zamenjavi misli.

Običajne strategije obvladovanja stresa, kot so preverjanje negativnih avtomatskih misli in tehnike sproščanja, so se včasih pokazale koristne tudi v S-REF modelu. Te strategije lahko ublažijo perseverirajočo zaskrbljenost in znižajo vzburjenost. Na ta način se lahko zmanjša procesiranje na nižji ravni, ki ga spodbudijo signali in informacije iz telesa, osvobodijo pa se druge, bolj učinkovite strategije procesiranja v stresni situaciji. Vendar pa, če se sproščanje izvaja v okviru objektnega stanja (»moda«), v katerem ni metakognitivnega zavedanja, lahko posamezniku prepreči razvijanje metakognitivnih veščin. Tako se negativna prepričanja o grozečih nejasnih situacijah ne bodo spremenila, še posebno ne, če se kot ogrožajoči čutijo simptomi telesnega vzburjenja. Sproščanje je lahko koristno samo v primeru, če spodbudi metakognitivni način procesiranja, kot to naredijo tudi nekatere oblike meditacije. Pacienti bi se v stresnih situacijah morali naučiti usmerjati svojo pozornost tako, da si pomagajo pri prepričevanju v nasprotno, povečevanju kontrole pozornosti, prav tako tudi pri zmanjšanju nase usmerjenega procesiranja. Osnovna omejitev in potencialna težava pri uporabi sprostitvenih tehnik in meditacijskih postopkov je v tem, da ojačujejo nase usmerjeno procesiranje. Njihov cilj ni hkratio povečanje kontrole nad temi procesi. Alternativna tehnika, s katero se izognemo tem pomanjkljivostim, je, da pacienta učimo neposredne kontrole pozornosti.

Na splošno lahko rečemo, da nekatere strategije obvladovanja stresa spodbujajo idejo, da je anksioznost nevarna in da jo moramo kontrolirati. Takšne strategije kontrole in soočanja lahko pripeljejo do trenutne ublažitve negativnih čustev, ne zagotavljajo pa pogojev za trajno spremembo prepričanj.

Metakognitivna terapija predpostavlja drugačen odnos pacientov do lastnih misli. To pomeni:

- povečano fleksibilno kontrolo pozornosti,
- sposobnost ustavitve procesa ruminiranja in zaskrbljenosti,
- zmanjšanje nase usmerjene pozornosti,
- krepitev alternativnih načinov soočanja z mislimi.

Wells in Matthews (1994, 1996) predlagata tehniko »*detached mindfulness*«. Ta predstavlja metakognitivni odmik (distanciranje) od misli, hkrati pa se ohranja objektivno zavedanje teh misli. Zdi se, da je takšno procesiranje empirično drugačna oblika soočanja, ki je lahko bolj učinkovita in bolj prilagodljiva od čustvenega soočanja in izogibanja (Roger, Jarvis in Najarian, 1993). Uporaba te tehnike se priporoča pri vsiljivih vznemirjujočih mislih, obsesijah, ruminacijah ali močni zaskrbljenosti. Neuspešno potlačevanje vsiljivih misli je neučinkovito, krepí občutek nekontroljivosti ali pa izzove močan strah pred popolno izgubo kontrole in psihičnim »zlomom«. Omenjena tehnika vključuje procese, kot so razumevanje stvari na neoseben način in razmišljanje o situaciji. Paciente spodbujamo, da te misli opazujejo brez čustvenega vključevanja, »s hladno glavom«. Pustijo jih, da tečejo same zase, ne da bi se z njimi aktivno ukvarjali in se sprijaznijo s tem, da se ni smiselno zaradi njih vznemirjati. Predlagajo, da jih zaznajo kot osebno nepomembne, kot je npr. opazovanje pokrajine med vožnjo z vlakom.

Čprav so Teasdale in njegovi sodelavci (Teasdale, 1999) uporabljali tehnike *mindfulness* meditacije pri preprečevanju povratka depresivnih simptomov, Wells (2000) opozarja, da je ta, pogosto učinkovita tehnika, s katero krepimo usmerjanje pozornosti, za nekatere posameznike

lahko nevarna. Npr. pri osebah, za katere je sicer značilna večja usmerjenost pozornosti (hipervigilnost) na telesne občutke in spremljajoča katastrofična interpretacija teh občutkov. Pri teh lahko meditacija poveča hipervigilnost. Če takšna oseba istočasno ne dobi informacij, ki bi popravile katastrofične ocene, lahko to poslabša stanje.

Postopki tradicionalne kognitivne terapije se značilno usmerjajo na prepričevanje pacienta v nasprotno pri vsebini njegovih prepričanj in ocen. To poteka s pomočjo običajnih vprašanj pri kognitivnem restrukturiranju, kot so: »Kakšne dokaze imate za tak način razmišljanja?«, »Kaj nasprotuje takšnemu načinu razmišljanja?«, »Bi na to lahko gledali tudi na kak drug način?« itd. Takšni postopki ne spreminjajo dinamičnih vidikov procesiranja, kot so selektivna pozornost, pozornost na izvore nevarnosti, uporaba specifičnega kognitivnega stila (npr. zaskrbljenost in ruminacije). Po drugi strani S-REF model predlaga, da se z verbalno reatribucijo spodbuja preiskovanje in spreminjanje dinamičnih procesov s pomočjo postavljanja vprašanj, kot npr.:

»Na kaj ste pozorni?«, »Uporabljate raje telesne in druge notranje informacije namesto objektivnih dokazov?«, »Ocenjujete lastne misli ali samo situacijo?« itd. Tako lahko dobimo t. i. »metakognitivni profil« osebe.

Terapevt bi moral pacienta poučiti o vlogi kognitivnih procesov in vedenja pri vzdrževanju neprilagojenih čustvenih stanj in disfunkcionalnih reakcij. Tako se pacient začne zavedati, kdaj deluje njegov »maladaptivni načrt«.

Ocena metakognitivnih misli

Pri oceni in konceptualizaciji v vedenjsko-kognitivnem pristopu ponavadi uporabljamo t. i. A-B-C analizo. Ocenjujemo: 1. sprožilce (trigerje) anksioznosti oziroma depresivnosti; 2. misli, ki se aktivirajo, ko se pojavi anksioznost ali depresivnost; 3. čustvene in vedenjske reakcije na situacijo.

Metakognitivni pristop vključuje tudi dodatno oceno, katere cilj je spoznavanje prepričanj posameznika o lastnih procesih mišljenja in o naravi kognitivnih operacij. Naslednje metakognitivne misli se pojmujejo kot pomembne pri razumevanju motnje:

1. eksplicitna prepričanja o pomenu misli ali občutkov – deklarativno znanje (npr. pomen, ki ga posameznik pripisuje svojim občutkom žalosti ali razočaranja);
2. eksplicitno (proceduralno) znanje – instrumentalne metakognitivne misli, ki so podlaga kognitivni kontroli (npr. prepričanja o zaskrbljenosti, ruminacijah, strategijah usmerjanja pozornosti);
3. implicitne metakognitivne misli ali načrti za procesiranje, ki jih spoznamo s pomočjo samoizpovedi ali z opazovanjem kognitivnih in vedenjskih procesov v disfunkcionalnih čustvenih stanjih (npr. ko je posameznik tesnoben ali depresiven).

Wells in Matthews (1994) predlagata izdelavo »metakognitivnega profila«. Z njim lahko prepoznamo značilno problematiko procesiranja posameznika v neprijetnih situacijah. Metakognitivni profil izdelamo tako, da posameznik opazuje sam sebe v problematični situaciji. Ocenjuje:

- metaprepričanja/ocene (»Vidite v vaši zaskrbljenosti kakšne prednosti?«);
- strategije soočanja (»Na kakšen način poskušate kontrolirati svoje misli?«);
- kognitivne procese:
 - i. pozornost (»Na kaj ste usmerili pozornost – na svoje misli, občutke ali na samo situacijo?«);
 - ii. spomin (»Na kakšen način vam spomin pomaga, da se soočite s situacijo?«);

- iii. zaključevanje (»Na čem temeljijo vaše ocene situacije – na občutkih, telesnih znakih ali čem drugem?«).

Za lažje raziskovanje vloge metakognitivnih misli pri vzdrževanju psihičnih motenj in spremljanje rezultatov obravnave je bilo oblikovanih nekaj inštrumentov.

Cartwright-Hatton in Wells (1997) sta oblikovala *Vprašalnik metakognitivnih misli* (Metacognitions Questionnaire, MCQ). Z njim ocenjujemo pozitivna in negativna prepričanja o zaskrbljenosti in vsiljivih mislih ter ocenah kognitivne učinkovitosti. Meri 5 različnih dimenzij metakognitivnih misli: 1. pozitivna prepričanja o zaskrbljenosti (»Zaskrbljenost mi pomaga pri soočanju.«); 2. negativna prepričanja o zaskrbljenosti, usmerjena na nekontroljivost in nevarnost (»Ko me začne skrbeti zaradi nečesa, se ne morem ustaviti.«); 3. nizko samozaupanje v lastne kognitivne kapacitete (»Imam slab spomin.«); 4. negativna prepričanja o mislih, ki vključujejo vraževnost, kaznovanje, odgovornost in potrebo po kontroli (»Če ne morem kontrolirati svojih misli, je to znak slabosti.«); 5. kognitivno samozavedanje (»Pozorno spremljam, kako delujejo moji možgani.«).

Wells (1994) je oblikoval *Večdimenzionalni vprašalnik zaskrbljenosti* (Anxious Thoughts Inventory, AnTI), ki ga sestavljajo tri podlestvice: nagnjenost k zaskrbljenosti v socialnih situacijah, zaskrbljenost za zdravje in metazaskrbljenost. Prvi dve podlestvici (socialna in zdravstvena) predstavljata vsebinski meri, medtem ko podlestvica metazaskrbljenosti meri procesne dimenzije zaskrbljenosti (pogost primer: »Skrbi me, ker ne morem kontrolirati svojih misli tako, kot bi želela.«). Zdi se, da je vprašalnik dovolj občutljiv za spremembe po obravnavi pri pacientih z generalizirano anksiozno motnjo.

Wells in Davies (1994) sta oblikovala *Vprašalnik kontroliranja misli* (Thought Control Questionnaire, TCQ). Z njim merimo posameznikovo nagnjenost k uporabi določenih metakognitivnih strategij za kontroliranje vsiljivih in neprijetnih misli. Vprašalnik meri pet domen kontrolnih strategij: distrakcija (»Počnem nekaj, kar mi je všeč.«), socialna kontrola (»Prijetelje sprašujem, če imajo podobne misli.«), zaskrbljenost (»Usmerim se na različne negativne misli.«), kaznovanje (»Kaznujem se, ker pomislim na to.«) in ponovna ocena (»To misel poskušam interpretirati drugače.«). Reynolds in Wells (1999) sta ugotovila, da je lestvica koristna pri oceni okrevanja od depresivnosti in PTSS.

Nolen-Hoeksema in Morrow (1991) sta oblikovala *Vprašalnik za merjenje različnih načinov reagiranja na negativno razpoloženje* (Response Styles Questionnaire, RSQ). Vprašalnik sestavljata lestvica ruminacij (Ruminative Response Scale, RRS) in lestvica distrakcij (Distracting Responses Scale, DRS). Pogostejša depresivnost pri ženskah je Nolen-Hoeksemova poskušala pojasniti z večjo nagnjenostjo žensk k uporabi stila ruminiranja pri reagiranju na negativno razpoloženje, moški pa so v večji meri nagnjeni k uporabi distrakcij. Vendar pa raziskave niso potrdila hipotezo, da pogostejša uporaba distrakcij pri depresivnem razpoloženju pri moških vodi k zmanjšanju intenzivnosti depresivnosti (v Luminet, 2004).

Papageorgiou in Wells sta oblikovala dve lestvici za merjenje pozitivnih in negativnih metaprepričanj o ruminacijah: Positive Beliefs about Rumination Scale (PBRS; Papageorgiou in Wells, 2001a) in Negative Beliefs about Rumination Scale (NBRS; Papageorgiou in Wells, 2001b). Primer pozitivnega prepričanja o ruminiranju je: »Ruminiranje o preteklosti mi pomaga, da preprečim napake in neuspehe v prihodnosti.« Primera negativnega prepričanja: »Samo slabi ljudje ruminirajo.« in »Zaradi ruminiranja lahko zbolim.«

Implikacije za obravnavo

V vedenjsko-kognitivni terapiji se tradicionalno poudarja pomen spreminjanja prepričanj, čeprav je poznavanje samih prepričanj in način njihovega restrukturiranja relativno omejen. S-REF model poudarja pomen večfaktorske konceptualizacije prepričanj. Glede na ta model se znanje o

sebi dinamično povezuje z operacijami procesiranja. To predstavlja implikacije za dejavnike, ki vzdržujejo nefunkcionalna prepričanja, in dejavnike, na katere se moramo pri modifikaciji usmeriti.

Modifikacija prepričanj vključuje aktiviranje metakognitivnega načina procesiranja. Trening pozornosti je ena glavnih strategij spreminjanja znanja o sebi. Strategije uravnavanja pozornosti so lahko koristne pri zmanjševanju nase usmerjene pozornosti, pri prekinjanju zaskrbljenosti ali ruminiranja, pri krepitvi načrtovanja kontrole pozornosti in preusmerjanju pozornosti na nove informacije, ki sprožajo proces prepričevanja v nasprotno.

Glavna priporočila pri spreminjanju prepričanj so:

- 1) vzpostaviti metakognitivni način kognitivnega procesiranja – pacienta spodbujamo, da svoje misli in občutke opazuje z distance (»kot da bi gledali film«);
- 2) spodbuditi aktivno procesiranje za spreminjanje prepričanj:
 - odstraniti zaskrbljenost/ruminiranje ;
 - povečati dostopnost fleksibilnih virov pozornosti – pozornost je lahko omejena na izvore nevarnosti ali na preokupiranost s seboj. Različne oblike treninga pozornosti ruminiranje in zaskrbljenost ali »zaklenjenost vase« zmanjšujejo. Lahko rehabilitirajo vire pozornosti, ki so potrebni za zaznavo diskonfirmatornih podatkov, nujnih za spreminjanje disfunkcionalnih prepričanj;
 - povečati pritok korekcijskih informacij v procesiranju (npr. alternativnih vedenj, kot je na primer izpostavljanje situacijam, ki se jih je prej izogibal);
 - uporaba vedenjskih eksperimentov (katerih cilj je odkrivanje podatkov, ki nasprotujejo disfunkcionalnim prepričanjem, shranjenim v dolgoročnem spominu);
 - uporabljati strategije, ki informacije povezujejo z vedenjem (npr. ustvarjati nove načrte). V nekaterih situacijah (lažjih) lahko pomaga tudi imaginiranje;
- 3) spreminjanje nerealističnih ciljev samoregulacije in preusmerjanje pozornosti od uporabe neprimernih notranjih izvorov informacij pri odločanju (kot so informacije, ki jih dobimo iz telesa);
- 4) spodbujati pacienta, da vadi in uporablja nove kognitivne procese in vedenja soočanja.

Ideja o neposrednem usmerjanju kognitivnih procesov, še posebno pozornosti, prispeva k učinkom vedenjsko-kognitivne terapije. To je glavni prispevek S-REF modela v klinični praksi. Nekatere značilnosti pozornosti, kot so selektivna pristranskost in pretirana usmerjenost nase, spodbujajo takšne strategije soočanja z nevarnostjo, ki povečujejo čustveno občutljivost in vzdržujejo motnjo (npr. zaskrbljenost in zaznavo možnih izvorov nevarnosti).

Glavne strategije modifikiranja pozornosti lahko razvrstimo v dve kategoriji: tehnike treniranja pozornosti (Attention Training Technique, ATT) in situacijsko preusmerjanje pozornosti (Situational Attention Refocusing, SAR) (v Wells, 2004). Ti postopki se razlikujejo od tehnik distrakcije, ki so se že uporabljale v obravnavi anksioznosti ali obvladovanja bolečine.

Glede na to, da je distrakcija motivacijska strategija, jo lahko pojmuje kot obliko soočanja, usmerjenega k čustvom. V določenih okoliščinah je lahko uporaba distrakcije neustrezna, kot npr. v situaciji izpostavljanja zastrašujoči situaciji. Dokazano je, da uporaba distrakcije med izpostavljanjem povečuje verjetnost povečanega strahu po izpostavljanju (Sartory, Rachman in Grey, 1982; v Wells, 2000).

V S-REF modelu so pri psihičnih motnjah v središču pozornosti notranje reakcije in notranji dražljaji. Distrakcija lahko preusmeri pozornost stran od zaznane nevarnosti in vznemirjujočih čustev in tako začasno zmanjša čustveno vznemirjenost. Vendar pa so dolgoročni učinki distrakcije odvisni od tega, ali je distrakcija blokirala ali pa olajšala vkodiranje novih informacij, ki lahko spremenijo maladaptivno znanje (prepričanja in načrtovanje). Če so strategije distrakcije povezane z negativnimi ocenami in prepričaji, ki narekujejo, da so takšne reakcije nevarne,

potem lahko preprečijo dolgoročno zmanjšanje strahu, ker ostanejo predpostavke glede strahu nespremenjene. Z novimi kognitivnimi strategijami za kontrolo pozornosti se želi doseči zmanjšane fiziološke reakcije, hkrati pa tudi dostopnost informacij, ki modificirajo disfunkcionalno znanje.

Cilj strategij za kontrolo pozornosti je:

1. zmanjšati perseverirajočo zaskrbljenost/ruminiranje;
2. povečati fleksibilno kontrolo kognitivnega procesiranja;
3. zmanjšati pozornost za nevarnost in nekoristno usmerjenost nase;
4. povečati usmerjenost pozornosti na informacije, ki prepričujejo o nasprotnem (diskonfirmatorne informacije).

Tehnike treniranja pozornosti (ATT) so bile najprej oblikovane znotraj obravnave panične motnje (Wells, 1990). Danes je njihova učinkovitost potrjena pri obravnavi socialne fobije, hipohondrije in depresivne motnje.

Osnovo klinične učinkovitosti treninga pozornosti predstavlja nekaj mehanizmov:

1. zmanjšanje nase usmerjene pozornosti;
2. prekinitve strategij ruminiranja in procesiranja, ki temelji na zaskrbljenosti;
3. povečana izvršna kontrola pozornosti in procesiranja;
4. krepitev metakognitivnega načina procesiranja.

Predvideva se, da lahko trening pozornosti poveča metakognitivni način procesiranja, ker se vsiljive informacije o telesnem stanju ali spontane misli, ki se pojavljajo med treningom, obravnavajo kot »šum«, kateremu ni potrebno namenjati nikakršne pozornosti. Postopek treninga pozornosti spodbuja »detached mindfulness«, pri katerem posameznik specifične misli in druge notranje dražljaje pojmuje kot posebno nepomembne in nenevarne.

S-REF model se od tradicionalne vedenjsko-kognitivne teorije in terapije, ki psihične motnje pojasnjuje z vsebino specifičnih prepričanj, razlikuje v tem, da kaže, da lahko z enostavnim **treningom pozornosti** zmanjšamo anksioznost in depresivnost. Glede na to, da prepričanja predstavljajo rezultate običajnih načinov procesiranja, je razumljivo, če predvidevamo, da s spreminjanjem kognitivnih procesov in metakognitivne kontrole lahko vplivamo tudi na vsebino samih prepričanj.

Opis postopkov

Trening pozornosti je sestavljen iz treh skupin slušnih vaj pozornosti: selektivne pozornosti, hitrega menjavanja pozornosti in deljene pozornosti. Postopek traja 10 do 15 minut. Uvedemo tri sočasne zvoke v neposredni bližini (npr. v sobi), tri zvoke izven sobe (vendar v bližini) in tri zelo oddaljene zunanje zvoke. Predvidoma oseba trening pozornosti izvaja takrat, ko ni anksiozna ali ruminirajoče usmerjena nase. Pred izvajanjem pacientu povemo namen izvajanja postopka, prilagojeno specifični motnji. Koristno je, če pred izvajanjem pri pacientu odkrijemo možna nerealistična pričakovanja, ki jih lahko ima glede tehnike (npr., da bo vodila do popolne izgube zavedanja misli, ki niso povezane z vajo). Potrebno je poudariti, da cilj vaje ni »izprazniti« zavest, pač pa vaditi usmerjanje pozornosti na določen način.

Pred izvajanjem vaje in po njem se oceni usmerjenost pozornosti na lestvici od -3 (popolna usmerjenost na zunanje stvari) do +3 (popolna usmerjenost nase). Vaje selektivne pozornosti in hitrega menjavanja pozornosti morajo zavzeti največji del seanse (vsaka približno 6 minut), deljena pozornost pa lahko obsega največ 3 minute vaje.

Situacijsko preusmerjanje pozornosti (SAR)

Čeprav trening pozornosti spreminja izvršne kontrolne procese in zmanjšuje samoperseveriranje, prav posebej ne usmerja pozornosti pacienta na informacije, ki bi ga lahko prepričale o nasprotnem o vsebini negativnih ocen. Strategije situacijskega preusmerjanja pozornosti omogočajo v stresnih situacijah zmanjšanje pretirane usmerjenosti nase in istočasno olajšujejo pritek informacij, ki prepričujejo v nasprotno (diskonfirmatornih informacij).

Wells in Papageorgiou (1998) sta preverjala uporabo SAR strategij skupaj z uporabo izpostavljanja pri pacientih s socialno fobijo. Glavni problem procesiranja sebe kot objekta je v tem, da interferira s procesiranjem zunanjih informacij (kot je npr. pozitivna povratna informacija od drugih oseb), kar bi lahko spremenilo negativne ocene sebe. Preusmerjanje pozornosti na zunanje vidike situacije lahko pri osebi s socialno fobijo spremeni negativna prepričanja in zmanjša anksioznost. Poleg tega navzven usmerjena pozornost onemogoča tiste oblike soočanja, ki zahtevajo intenzivno samoopazovanje. To lahko pomaga pri spremembi prepričanj. V tem primeru neuresničenje pričakovane socialne katastrofe ne more pripisati uporabi subtilnih načinov samokontrole ali soočanja. Tako bo posameznik bolj verjetno razmislil o svojih negativnih ocenah in predvidevanjih in jih morda spremenil.

Wells in Papageorgiou sta primerjala učinke ene seanse s kratkim izpostavljanjem z eno seanso z izpostavljanjem ob usmerjanju pozornosti navzven pri osebah s socialno fobijo. Potrdila sta, da je navzven usmerjena pozornost v primerjavi s samim izpostavljanjem pripeljala do pomembnega zmanjšanja anksioznosti, negativnih prepričanj in preusmeritve s perspektive opazovalca. Predvidevata, da navzven usmerjena pozornost na socialne informacije prispeva k prepričevanju v nasprotno (diskonfirmaciji) pri negativnih prepričanjih. Prav tako zmanjšuje zavedanje znakov anksioznosti, lahko pa prekine tudi druge nekoristne nase usmerjene strategije. Glede na to, da pri osebah s socialno fobijo prisotnost drugih ljudi predstavlja nevaren dražljaj, bi usmerjanje pozornosti navzven lahko pojmovali kot večjo usmerjenost k nevarnosti, ne pa distrakcijo od nje. Bogels, Mulkens in DeJong (1997, v Wells, 2000) so strategije usmerjanja pozornosti na samo situacijo uporabili pri osebah s socialno fobijo s strahom pred zardevanjem. Njihov ***Trening koncentriranja na nalogo (TCT)*** je sestavljen iz treh faz: 1. povečevanje uvida v procese pozornosti in učinke povečane usmerjenosti nase; 2. usmerjanje pozornosti na zunanje nenevarne vidike situacije; 3. usmerjanje pozornosti na zunanje nevarne vidike situacije. Te tehnike se pojmujejo kot strategije soočanja. Zatem se pacient usmerja na kognitivne intervencije. Nasprotno pa ATT in SAR niso strategije soočanja, ampak načini splošnega zmanjšanja usmerjenosti nase oziroma načini preusmerjanja pozornosti, s pomočjo katerih naj bi posameznik odkril, da strahovi sploh niso realni.

Strategije soočanja, ki uporabljajo manipuliranje s pozornostjo, ostajajo tesno povezane s procesiranjem notranjih osebno pomembnih informacij. Postopek, ki se uporablja tako, da preprečuje grozečo katastrofo, lahko posamezniku prepreči, da spozna, da se katastrofa pravzaprav sploh ne pojavi.

Pri načrtovanju strategij situacijskega usmerjanja pozornosti moramo biti pozorni na naslednje dejavnike:

- katere nekoristne strategije uporablja pacient v specifični situaciji;
- kakšen je cilj spremembe usmerjenosti pozornosti v isti situaciji (npr. če je cilj povečati dostopnost diskonfirmatornih podatkov, je pozornost treba preusmeriti na takšne podatke; če je cilj izboljšati izvajanje, je potrebno pozornost preusmeriti na pomembne komponente naloge);
- možne neželene (škodljive) posledice uporabe preusmerjanja pozornosti v tej situaciji.

Nekateri pacienti lahko situacijsko preusmerjanje pozornosti uporabljajo kot strategijo za izogibanje simptomom in s tem otežijo kognitivno restrukturiranje. Strategija ima lahko tudi neželene učinke, še posebno v situacijah, ki zahtevajo intenzivno pozornost. Pretirana okupiranost s pozornostjo lahko posamezniku omeji vire za kognitivno restrukturiranje ali vsaj za učinkovito opravljanje nalog.

Zaključek

S-REF model predstavlja novost in se razlikuje od drugih kognitivnih modelov, ki pojasnjujejo nastanek, vzdrževanje in obravnavo psihičnih motenj. Najbližje je t. i. »teoriji sheme«, glede na to, da oba modela poudarjata vlogo posameznikovega znanja (prepričanj) pri nastanku čustvenih motenj. Wells (1995) v svojem modelu generalizirane anksiozne motnje predlaga dve ravni misli, metakognitivno in nemetakognitivno. Metakognitivne misli imajo osrednjo vlogo pri čustveni ranljivosti (vulnerabilnosti) pri nastanku čustvenih motenj in njihovem vzdrževanju. Skupno značilnost čustvenih motenj predstavlja posameznikova usmerjenost nase, zaskrbljenost/ruminiranje in nagnjenost k večji usmerjenosti pozornosti na izvore nevarnosti.

Pri primerjanju misli anksioznih in depresivnih pacientov Papageorgiou in Wells (1999) ugotavljata, da se depresivnost povezuje z manjšim zaupanjem v lastne sposobnosti reševanja problemov in večjo usmerjenost na preteklost. Po drugi strani se anksioznost bolj povezuje s težjim zavračanjem neželenih misli, večjo stopnjo oviranja z mislimi, bolj izrazito metazaskrbljenostjo, večjo usmerjenostjo na same misli in močnejšo prisilo k vedenju pod vplivom teh misli. Avtorja tudi ugotavljata, da so metakognitivne ocene in dimenzije pozornosti povezane z intenzivnostjo čustev.

V zadnjem času se pojavljajo poskusi, da se skuša s S-REF modelom pojasniti tudi psihotični simptomi, kot so slušne halucinacije.

Eden največjih prispevkov metakognitivnega pristopa je, da poskuša pojasniti mehanizme, ki predstavljajo osnovo vzdrževanja in spreminjanja disfunkcionalnih prepričanj. Raziskovanje metakognitivnih procesov v prihodnosti, prav tako pa tudi evalvacije klinične uporabe izvedenih postopkov, bodo pokazale njihovo učinkovitost pri razumevanju in obravnavi različnih psihičnih motenj.

LITERATURA

- Luminet, O. (2004). *Measurement of Depressive Rumination and Associated Constructs* (ur.) C. Papageorgiou & A. Wells: Depressive Rumination, Nature, Theory and Treatment, Chichester: Wiley.
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). *A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake*. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 115–121.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (1999). *Process and meta-cognitive dimensions of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity*. Clinical Psychology and Psychotherapy, 6, 156–162. (Special Issue, Metacognition and Cognitive Behaviour Therapy).
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001a). *Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression*. Cognitive and Behavioral Practice, 7, 407–413.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001b). *Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale*. Behavior Therapy, 32, 13–26.
- Roger, D., Jarvis, G. & Najarian, B. (1993). *Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies*. Personality and Individual Differences, 15, 619–626.
- Teasdale, J. D. (1999). *Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders*. Clinical Psychology and Psychotherapy, 6, 145–156 (Special Issue, Metacognition and Cognitive Behaviour Therapy).
- Wells, A. & Davies, M. (1994). *The Thought Control Questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts*. Behaviour Research and Therapy, 32, 871–878.
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion. A Clinical Perspective*. Hove: Erlbaum.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). *Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model*. Behaviour Research and Therapy, 32, 867–870.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1998). *Social phobia: effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking*. Behavior Therapy, 29, 357–370.
- Wells, A. (1994). *Attention and the control of worry*. V: G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.) Worrying: Perspectives on Theory, Assessment and Treatment. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (1995). *Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalised anxiety disorder*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23, 301–320.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition, Innovative Cognitive Therapy*, New York: John Wiley & Sons.

REŠEVANJE PROBLEMOV

Mag. Irena Šinigoj Batistič, univ. dipl. psih.

Reševanje problemov kot zamišljanje rešitev, predvidevanje njihovih izidov in odločanje, ali bomo neko odločitev izvedli ali ne, je sposobnost, po kateri se človek loči od živali.

Življenje je pravzaprav zaporedje odločitev. Včasih se tehtanju precej nepomembnih odločitev zelo posvetimo – npr., kakšen avto bomo kupili. Na drugi strani pa pomembne odločitve, kot so npr. izbira partnerja, poklica, če in kdaj bomo imeli otroke in podobno, pogosto naredimo slučajno ali impulzivno. Nekatere odločitve se morda zdijo nepomembne, pa to niso, saj njihov seštevek pomeni našo življenjsko usmeritev in nazadnje določa izid našega življenja. Taka je npr. odločitev, kako trenutno najbolje porabiti čas.

Racionalno odločanje je torej orodje, ki nam omogoča učinkovito upravljanje z našim življenjem. Zato je na naslednjih straneh povzet pristop, ki naj najprej pomaga spoznati, da imamo izbiro glede mnogih pomembnih stvari v našem življenju, zatem se izogniti neracionalnim idejam, napačnim predpostavkam, strahovom in drugim emocijam, ki nam preprečujejo dobro odločanje, da bi se nazadnje ne odločali mimogrede in po naključju, temveč racionalno in modro (po Tucker-Ladd).

Zgodovinska izhodišča

Pojmovanje človeka kot reševalca problemov sega v obdobje starih filozofov. Tudi raziskovanje reševanja problemov v eksperimentalni psihologiji ima dolgo zgodovino, a vprašanje, ali je mogoče socialno kompetentnost izboljšati s treningom reševanja problemov, se je pojavilo šele v sedemdesetih letih 20. stoletja

Tehnika reševanja problemov se je do tedaj razvijala na drugih področjih uporabe. Posebej je pomemben prispevek Polye iz zgodnjih štiridesetih let o reševanju matematičnih problemov, pravzaprav začetek teorij o reševanju problemov nasploh. Oblikoval je štiristopenjski model, ki je pomenil osnovo za razvoj vseh naslednjih: razumi problem, razvij načrt, ga izvedi, poglej nazaj (Polya, 1945).

Porast zanimanja za klinični pristop k reševanju problemov izhaja v sedemdesetih letih 20. stoletja predvsem iz razvoja štirih področij: raziskav ustvarjalnosti, večanja pomena socialne kompetence v psihopatologiji in terapiji, hitrega razvoja vedenjsko-kognitivne terapije in Lazarusovega modela stresa. V okviru raziskav ustvarjalnosti, ki so se zelo razmahnile pod vplivom J. P. Guilforda, so že v petdesetih letih oblikovali prve programe treningov in raziskav reševanja problemov v izobraževanju in industriji. A. F. Osborn je v šestdesetih letih oblikoval odmeven program, imenovan Ustvarjalno reševanje problemov, ki ga je pozneje J. Parnes poglobil predvsem v smeri vzpodbujanja splošnih kompetenc, kot je produktivno mišljenje, ustvarjalnost in osebna učinkovitost (po D'Zurilla, 1999).

Z oblikovanjem pozitivne definicije normalnosti v psihopatologiji kot »pozitivnega duševnega zdravja« in »socialne kompetence« se je zanimanje za povezave med temi pojmi povečalo, z novimi znanji o medsebojnih vplivih pa se je povečal tudi pomen vpliva na socialno kompetenco v terapiji.

Vedenjsko-kognitivna terapija je sprva razvila vedenjske programe, temelječe na operantnem pogojevanju, ki pa so bili učinkoviti le v specifičnih situacijah. Da bi omogočili generalizacijo, so poudarek usmerili na kognitivno posredovanje.

Lazarusov model vidi stres kot odnos med osebo in okoljem. Njegovi koncepti se tako prekrivajo s koncepti teorije reševanja problemov, da sta se obe paradigmi združili in ju opisujem na naslednjih straneh.

Teoretični temelji procesa reševanja socialnih problemov

Definicije osnovnih pojmov

Reševanje problemov je preoblikovanje seta okoliščin v drugačen, bolj zaželen set okoliščin.

Reševanje socialnih problemov (za razliko od matematičnih ...) pomeni reševanje problemov v naravnem socialnem okolju:

- neosebni problemi (finančni, lastništvo),
- osebni (intrapersonalni) problemi (kognitivni, čustveni, vedenjski, zdravstveni),
- medosebni problemi (partnerski in družinski konflikti),
- širši skupnostni in socialni problemi (npr. kriminal, javne službe).

Reševanje problemov je hkrati:

- proces učenja, ker se ob reševanju problema poveča učinkovitost na tem področju za naprej,
- splošna strategija soočanja, ker se z uspešnim reševanjem problemov poveča možnost prilagojenega soočanja s problemskimi situacijami za naprej,
- strategija vodenja samega sebe, upravljanja s seboj; ker ima to nase usmerjeno učenje in strategija soočanja pomemben vpliv na vzdrževanje in generalizacijo učinkov obravnave.

Problem je definiran kot katera koli sedanja ali predvidena življenjska situacija ali naloga, ki zahteva odgovor za prilagojeno delovanje, vendar zaradi različnih ovir neposreden učinkovit odgovor ni dosegljiv. Ovire so lahko konfliktnost zahtev, ambivalenca, nepredvidljivost ipd. Problem je lahko časovno omejen, ponavljajoč se ali kroničen. Zahteve problemske situacije lahko izhajajo iz okolja (objektivne zahteve neke naloge) ali iz osebe (osebni cilji, potrebe), pomembno pa je neravnotežje med zahtevami in dosegljivostjo prilagoditvenih odgovorov. Torej gre za odnos med osebo in okoljem, zato so problemi vedno do neke mere individualni.

Rešitev je odgovor ali vzorec odgovora, s katerim se soočimo s problemom tako, da spreminjamo problemsko situacijo in/ali naše odzive nanjo tako, da je več ne zaznavamo kot problem, pri tem pa so pozitivne posledice kar največje, negativne pa kar najmanjše. Ti so seveda odvisni od konkretnega okolja in posameznika, njegovih norm, vrednot in ciljev.

Reševanje problemov je proces, v katerem posameznik ali skupina odkrije (in oblikuje) rešitev problema.

Izvedba rešitve je odvisna ne le od rešitve same, temveč tudi od izvedbenih veščin in morebitnih čustvenih zavor ter motivacijskih primanjkljajev.

Socialna kompetenca je širši koncept in vključuje socialne veščine, vedenjske kompetence in vedenja, ki posamezniku omogočajo učinkovito soočanje z vsakdanjimi zahtevami. Socialne

veščine vključujejo tudi kognitivne veščine, med katerimi je reševanje problemov ena pomembnejših.

Problemsko orientirane kognicije so pravzaprav metakognicije, ki določajo posameznikovo splošno usmerjenost do življenjskih problemov in odražajo človekova verovanja, vrednote in izkušnje na tem področju. Vključujejo percepcijo problema, atribucijo, oceno problema in učinkovitosti lastne kontrole in pripravljenost na vlaganje časa in truda. Posamezne kognitivne komponente ne delujejo ločeno, temveč vplivajo druga na drugo.

Specifične veščine reševanja problemov predstavljajo zaporedje specifičnih ciljno usmerjenih nalog od formulacije problema, prek iskanja in izbire do izvedbe rešitve.

Temeljne kognitivne sposobnosti za reševanje problemov so občutljivost na probleme (zaznavanje le-teh), alternativno mišljenje, ciljno usmerjeno razmišljanje, predvidevanje posledic in zavzemanje perspektive. Sposobnost reševanja problemov se povezuje tudi s sposobnostjo ustvarjalnega mišljenja.

Pomen emocij pri reševanju problemov

Reševanje problemov sproža emocionalno vznburjenje s samo objektivno problemsko situacijo. Ta navadno vsebuje več averzivnih virov vznburjenja: grozi z bolečimi ali škodljivimi dražljaji, vsebuje konflikt (želja ali medosebni), frustracijo, izgubo ali deprivacijo, težko jo kontroliramo in predvidevamo, pogosto je dvoumna in kompleksna. Vir vznburjenja so lahko tudi problemsko orientirane kognicije (zgoraj omenjeni odnos do problema in sebe kot reševalca problema) in specifične naloge v procesu.

Tucker - Ladd (1996–2006) navaja emocije, ki ogrožajo inteligentno reševanje problemov:

1. Če nismo v stiku s svojimi (bolečimi, op.p.) občutki (emocijami, op. p.) in vrednotami (kognicijami), težko jasno razmišljamo, težimo k sprejemanju stvari takih, kot so, se čutimo paralizirani, nemotivirani, nevpleteni in neodločni.
2. Dvom o sebi, tesnoba, depresivnost, potlačena jeza, pesimizem.
3. Grandiozne ideje o sebi lahko vodijo k slabim odločitvam samo zato, da bi se ob njih počutili pomembni in uspešni.
4. Pretirana odvisnost (od ljubezni in odobravanja nekoga, poplačila za samožrtvovanje) ovira odločanje.
5. Pretirane želje: perfekcionizem, želja po enostavnih rešitvah, upanje, da bo morda prišla boljša priložnost ...
6. Če se po slabih odločitvah zaničujemo (negativno samopodkreplujemo, op. p.), se bomo v prihodnje verjetno izogibali odločanju.
7. Če se nekaterih izidov bojimo, o teh alternativah ne bomo resno razmislili, čeprav so morda dobre.
8. Zaradi emocij včasih z odločitvami preveč hitimo ali pa jih odlašamo.

Emocije vplivajo na vse faze procesa reševanja problemov:

- prepoznavanje problema lahko vzpodbujajo, če pa se posameznik bolj usmeri v emocije kot v samo situacijo, ki problem sproža, ga lahko napačno označi kot emocionalni problem in s tem zmanjša možnost za dobro reševanje;
- motivacija za reševanje problema: pozitivne in zmerne negativne emocije usmerjajo v reševanje problema, intenzivne negativne pa v izogibanje (ignoriranje, zanikanje, odlašanje, prelaganje na drugega);

- zastavljanje ciljev: ob močnih negativnih emocijah je bolje kot prvi cilj postaviti kontrolo teh emocij; če situacijo zaznavamo kot slabo spremenljivo, so primerni cilji zmanjšanje, kontrola in prenašanje negativnih emocij, ki iz nje izhajajo;
- izbira rešitve: tu je pričakovana čustvena dobrobit pomembno merilo izbire, dejanske čustvene posledice pa merilo za zaključek procesa ali vračanje v nov cikel.

V splošnem emocije srednje intenzivnosti pospešujejo reševanje problemov. Previsoko vzburjenje predvsem negativno vpliva na pozornost, na prepoznavanje problemov in zastavljanje ciljev. Zato vzdržujemo optimalni nivo vzburjenja za učinkovito reševanje problemov z različnimi tehnikami. Pomembna je predvsem restrukturacija problemsko usmerjenih kognicij, zlasti ponovna ocena ogroženosti, ki zmanjšuje anksioznost, ob tem samoinštrukcije, ki usmerjajo pozornost, in nazadnje relaksacijske in samodesenzitizacijske tehnike, vključno z »relaksacijskimi odmori« med težavnimi in dolgotrajnimi reševanji problemov.

Stil soočanja s problemi

- Neučinkovit stil: prevzemanje krivde za problem (»Nenormalen, neumen sem.«), zaznavanje problema kot grožnje, zaznavanje problema kot težko rešljivega in sebe kot nesposobnega problem rešiti (zato izogibanje in prelaganje), verovanje, da sposobni ljudje problem rešijo kar mimogrede (zato premajhno vlaganje v reševanje).
- Učinkovit stil: sprejemanje problemov kot normalnih življenjskih dogajanj, ki se dogajajo vsem, zaznavanje problema prvenstveno kot izziva, prepričanje, da rešitev obstaja, ter zavedanje, da je potrebno vlagati čas in trud.

Delo lahko poteka na kognicijah: restrukturacija izkrivljenih verovanj in pričakovanj, zastavljanje realnejših ciljev in standardov, pozitivne samoinštrukcije soočanja). Drugi sklop dela pa je usmerjen na emocije – to so predvsem metode relaksacije in samodesenzitizacije.

Odnosni model stresa in reševanja problemov

Model predstavlja kombinacijo Lazarusovega odnosnega modela stresa in modela reševanja socialnih problemov, saj se njuni osnovni koncepti v veliki meri prekrivajo. V njem ima reševanje problemov osrednjo vlogo kot splošna strategija obvladovanja, ki povečuje sposobnost prilagajanja v situaciji in na splošno, posledično pa pozitivno vpliva na psihično in fizično dobrobit osebe.

Lazarusov odnosni model vidi stres kot odnos med osebo in njenim okoljem, za katerega je značilno neravnotežje med prilagoditvenimi zahtevami in dosegljivimi viri obvladovanja. Oseba ocenjuje, da zahteve presegajo njene sposobnosti obvladovanja in jo tako ogrožajo. Problem je tu definiran kot življenjska situacija, ki zahteva odgovor za prilagoditveno delovanje, vendar učinkoviti odgovori osebi niso neposredno dosegljivi. Oseba v stresni situaciji pomembno vpliva na kvaliteto in intenzivnost stresnih odgovorov prek procesa kognitivne ocene in obvladovanja. Kognitivna ocena je proces, v katerem oseba določi osebni pomen specifičnemu stresnemu dogodku. Primarna ocena pomeni vrednotenje pomena dogodka za njeno fizično, socialno ali psihično dobrobit. Sekundarna ocena pa vključuje tudi vire obvladovanja in možnosti v specifični stresni situaciji. Negativne primarne (npr. grožnja, izguba) in sekundarne ocene (negotovost, nizek občutek kontrole) bolj vzpodbujajo negativne odgovore na stres, pozitivne ocene (primarna – izziv, sekundarna – občutek kontrole) pa manjšajo negativne in vzpodbujajo pozitivne odzive (npr. upanje).

V teoriji reševanja problemov so generalizirane kognitivne ocene del problemske orientacije, specifične ocene pa del definicije in formulacije problema.

Po Lazarusovem modelu pomeni obvladovanje različne vedenjske in kognitivne aktivnosti upravljanje z zahtevami stresne situacije. V primerih, ko oseba ocenjuje, da je situacijo možno spremeniti in kontrolirati, je obvladovanje usmerjeno v problem, ko pa je ne ocenjuje tako, se obvladovanje usmeri v čustva, ki se ob njem pojavljajo.

Odnosni model stresa in reševanja problemov poudarja vlogo reševanja problemov, stres pa vidi kot rezultat medsebojnega vplivanja stresnih življenjskih dogodkov, emocionalnih odgovorov na stres in obvladovanja z reševanjem problemov.

Stresni življenjski dogodki so izkušnje z visokimi zahtevami po osebnem, socialnem ali biološkem prilagajanju – tako večji stresni dogodki ob življenjskih spremembah (izgubah, boleznih ...) kot dnevni problemi, ki so lahko posamezni, večkratni ali ponavljajoči se. Večji stresni dogodki lahko vplivajo na dnevne, in čeprav so prvi bolj dramatični, raziskave kažejo, da so ponavljajoči dnevni stresi bolj škodljivi. Na dnevne probleme se tudi pretežno usmerja pričujoči model, saj so večji stresni dogodki navadno kompleksni in jih je potrebno razbijati v obvladljive dele (dnevne in pričakovane probleme) in reševati vsakega posebej.

Emocionalni odgovor na stres so takojšnji emocionalni odzivi osebe na stresni dogodek, modificirani z oceno in procesi obvladovanja. Pogosto so negativni, zlasti če oseba ocenjuje dogodek kot zelo ogrožajoč, dvomi o svojih sposobnostih obvladovanja in reagira neučinkovito ali neprilagojeno. Tak odziv seveda negativno vpliva na prilagoditveno delovanje in psihofizično dobrobit, zato je zmanjšanje negativnih in zvečanje pozitivnih čustvenih odzivov eden glavnih ciljev obvladovanja.

Obvladovanje z reševanjem problemov je splošni proces obvladovanja, v katerem oseba oblikuje, izbira in izvaja specifične odgovore (rešitve) v specifičnih problemskih situacijah. Zato mora stresno situacijo zaznati kot problem, ki naj ga reši, najti rešitev, jo izvesti in ovrednotiti rezultate. Negativni rezultati so lahko posledica primanjkljajev v problemski orientaciji ali veščinah.

Reševanje problemov je tako posrednik med stresnimi dogodki in čustvenimi odzivi nanje in vpliva na psihofizično dobrobit prek:

- pozitivne problemske orientacije – vsebuje kognicije, ki delujejo kot blažilci stresa (občutek lastne učinkovitosti, pričakovanje pozitivnega izida, doživljanje izziva),
- generalizacije strategije na širok razpon problemov,
- osebe, kateri širi možnosti obvladovanja in ji tako večja možnosti za zadovoljstvo z izidi,
- uspešnega obvladovanja, s katerim večja sposobnost in učinkovitost v kontroli situacij ter oceno obojega.

V kliničnih situacijah model omogoča oceno specifičnih primanjkljajev (problemske orientacije, veščin, obvladovanja), da bi jih s treningom lahko izboljšali.

Model reševanja problemov

Problemska orientacija:

Zaznavanje (perceptija) problema je pozornostni set za prepoznavanje problemov in kognitivno emocionalnih shem, ki določajo, kaj oseba o problemih misli in kako se ob njih počuti. Problemi

so v prvem stiku zaradi mešanja relevantnih in irelevantnih informacij ter pomanjkanja nekaterih informacij zmedeni in dvoumni, zato teže prepoznavni.

Atribucija izhaja iz splošnih prepričanj o problemih in pomeni pripravljenost le-te pripisati dejanskim razlogom. Pozitivna pripravljenost pomeni dojemanje problemov kot normalnih življenjskih dogodkov in usmerjanje v njihovo reševanje.

Ocena problema je pravzaprav razširjena Lazarusova primarna ocena. Glavno vprašanje je: »Ali mi ta problem lahko kako škoduje ali koristi?«.

Zaznana stopnja kontrole izhaja iz posplošenega občutka lastne učinkovitosti pri reševanju problemov (»Sposoben sem reševati probleme.«) in iz posplošenega pričakovanja pozitivnega izida reševanja problemov (»Problemi so rešljivi.«). Pripravljenost na vlaganje časa in truda izhaja iz pravilne ocene potrebnega časa in truda ter pripravljenosti na dejansko vlaganje. Po Premackovem načelu, da sta čas in trud, ki ju je posameznik pripravljen vlagati v neko dejavnost, indikacija za podkrepitveno vrednost te dejavnosti, lahko vidimo, da premajhno vlaganje vodi v začaran krog. Da bi to premagali, je Levine predlagal za osebni cilj sprejetje aktivnega reševanja problemov.

Razumevanje problema pomeni razumeti sedanje nesprejemljive okoliščine (»Kaj je?«), spremembe, ki jih želimo (»Kaj bi želeli?«) in ovire na poti do tega. Razpršene, dvoumne informacije moramo spremeniti v smiselne in razumljive, ločiti bistveno od nebistvenega, dejstva od domnev ... Negativne sheme problemske orientacije lahko skozi obdelavo (interpretacijo, presojanje ...) informacije izkrivijo.

Postavljanje cilja reševanja problema določa smer iskanja rešitev in standarde vrednotenja dosežkov. Biti mora specifičen/konkreten ter realen/dosegljiv. Usmerjen je lahko v problem ali v emocije.

Ponovna ocena problema za osebno dobrobit – potem, ko smo problem jasno definirali in postavili cilje. Služi predvsem ponovnemu tehtanju stroškov in koristi reševanja problema proti temu, da bi opustili reševanje.

Oblikovanje alternativnih rešitev – sledimo trem osnovnim principom:

- kvantitete: več kot je rešitev, več bo dobrih in večja je verjetnost, da bo med njimi najboljša za nas;
- odloženega ocenjevanja rešitev: da bi dobili čim več različnih in ustvarjalnih rešitev, ocenjevanje odložimo do faze izbire;
- različnosti: rešitve naj izhajajo iz različnih strategij in pristopov do problema.

Pazimo na glavni oviri – navade (mišljenja, iskanje rešitev »po istem kopitu«) in konvencionalno razmišljanje.

Odločanje obsega tri faze:

1. Predvidevanje posledic posameznih rešitev v smislu rešitve problema in emocionalne dobrobiti reševalca problemov in tistih, s katerimi je v interakciji, po njej. Ocena potrebnega truda in časa in razmerja med vložkom in dobičkom.
2. Ocenjevanje (presoja in primerjava) posledic rešitev: razvrstimo jih lahko po stopnji predvidenega zadovoljstva (od -10 do +10).
3. Priprava načrta za izvedbo rešitve.

Izvedba in preverjanje rešitve: šele v tej fazi se reševanje problemov preseli s simbolne ravni v akcijo v resničnem življenju in se tam preizkusi. Na tej stopnji potekajo procesi po kognitivno-vedenjskem konceptu samokontrole:

- a) Izvedba načrta rešitve.
- b) Samoopazovanje (self-monitoring): spremljanje svojega dela in rezultatov.

- c) Samoocenjevanje: vrednotenje rezultatov kot zadovoljivih ali ne – če niso, nadaljujemo s procesom reševanja problemov.
- d) Samovzpodbujanje: zadovoljstvo z doseženim (*»To sem dobro naredil!«*).
- e) Odpravljanje morebitnih težav in ponovno reševanje (iskanje pomanjkljivosti, ovir, premagovanje ovir, nov cikel reševanja).

Merjenje učinkovitosti reševanja problemov

Razvitih je več instrumentov za merjenje učinkovitosti (po D’Zurilla, 1999). Merijo lahko sam proces – uporabljamo jih za oceno specifičnih moči in primanjkljajev v kognicijah in veščinah reševanja problemov. Druga skupina meri rezultate procesa, torej učinkovitost aplikacije veščin v specifični situaciji.

Oboje lahko merimo na več načinov:

- verbalno – s samoporočanjem (je praktično in omogoča oceno skritih procesov),
- z opazovanjem (objektivnejše, sprotno),
- s samoopazovanjem (self-monitoring) – ki se kaže kot integrativni način, ki zmanjšuje slabosti obeh drugih pristopov.

Trening reševanja problemov

Tehniko reševanja problemov uporabljamo kot tehniko obravnave, vzdrževalno ali preventivno strategijo. V okviru treninga socialnih veščin omogoča bolj generalizirano izboljšanje socialne kompetence udeležencev, saj jim te spretnosti predstavljajo osebno paradigmo preživetja, ki je osnova za poznejši neodvisni osebnostni napredek (po D’Zurilla, 1988).

Glede na to se tudi aplikacija tehnike širi od kliničnih situacij, individualnega svetovanja in terapije, skupinske, partnerske in družinske terapije, pa vse do delavnic, akademskih tečajev in seminarjev z najrazličnejšimi ciljnim populacijami.

Treningi reševanja problemov doslej

(Povzeto po: D’Zurilla, 1988)

- Dosedanji programi se razlikujejo tako po ciljni populaciji kot po ciljnih, okviru, v katerem so potekali (settingu), obsegu drugih veščin soočanja, ki so jih vsebovali, uporabljenih metodah in splošni strukturi programa.
- Ciljna populacija so bili hospitalizirani psihiatrični bolniki, odvisni, kadilci, bolniki z visokim krvnim tlakom, ljudje s problemi s stresom, anksioznostjo in depresivnostjo, kontrolo teže, zakonskimi in družinskimi problemi, šolsko neuspešnostjo, problemi, povezanimi s staranjem, in celo skupine, ki so reševale skupnostne probleme.
- Treningi so bili individualni ali skupinski.
- Cilji so bili usmerjeni v obravnavo (npr. zmanjšanje neprilagojenih odzivov na stres), vzdrževanje (preventiva ponovitve), preventivo (neprilagojenih odzivov za rizične skupine) in v krepitev pozitivnih odzivov (višanje nivoja funkcioniranja).
- Trening drugih veščin soočanja: specifične veščine samokontrole, kognitivne restrukturacije, kontrola anksioznosti ...
- Metode: verbalne inštrukcije, skupinska diskusija, samoinštrukcije, modeliranje reševanja problemov, domače naloge, igranje vlog ...
- Zunanja struktura programa se je razlikovala po številu in trajanju srečanj, času, posvečenemu posameznim veščinam reševanja problemov, drugim veščinam soočanja in drugim metodam.

- V Mahoneyevem programu prevzema terapevt vlogo trenerja/svetovalca, ki naj stranko uči oceniti svoje probleme, načrtovati program samoorganiziranja in poseganja ter ga učinkovito izvesti.
- Parnesov program ustvarjalnega reševanja problemov je namenjen krepitevi pozitivnih kompetenc normalne srednješolske populacije in predstavlja zelo dobro aplikacijo v primarni preventivi in skupnostni psihologiji.

PREDSTAVITEV PROGRAMA

Program je povzet po D’Zurilla, 1999. Definira ga kot strukturiran, časovno omejen program psihoterapije in treninga veščin, izveden v osmih do šestnajstih srečanjih po uro in pol do dve, odvisno od posebnih potreb ciljne skupine. Najbolje, če je to mala skupina s šestimi do osmimi udeleženci, lahko pa delamo tudi z večjo skupino ali pa s posameznikom. Vodi lahko en voditelj ali pa ima pri tem sodelavca. Lahko služi obravnavi, vzdrževanju ali preventivi.

Razdeljen je na osem korakov od začetnega strukturiranja do končnega – generalizacije.

1. Začetno strukturiranje

Cilji:

- razprava o ciljih, racionalni in splošni obliki programa (cilji so višanje osebne socialne kompetence in manjšanje stresa; osnovni koncepti stresa, problema, spoprijemanja ..., pregled procesa reševanja problemov),
- zaznavanje problemov (udeleženci naštejejo najprej nekaj skupnostnih, potem individualnih – resničnih ali izmišljenih problemov),
- trening v uporabi metode reševanja problemov,
- razprava omejenih sposobnosti zavesti (zaradi omejitev v hkratnem delovanju treh procesov, potrebnih za reševanje problemov – sprejemanja in interpretacije informacij iz zunanjega in notranjega okolja, prikaza potrebnih informacij (spominjanje), kombiniranja informacij).

Za doseganje čim boljših rezultatov veljajo tri pravila:

- pozunanjenje (zapisovanje, risanje shem, diagramov, povezav, rešitev, posledic ...);
- vizualizacija v vseh fazah reševanja problemov (vključno z igro vlog) – lažja logično razumevanje informacij in povezav med njimi ter pomnjenje;
- poenostavljanje problemov, da bi postali obvladljivi (usmerjanje samo na relevantne informacije, razbijanje kompleksnih problemov v podprobleme, abstraktnih v konkretne).

2. Problemska orientacija

Cilji:

- zvišati občutljivost za probleme (namesto izogibanja),
- usmeritev na pozitivne misli in aktivnosti ob problemu (namesto v skrbi),
- zvečati trud ob ovirah,
- zmanjšati emocionalno prizadetost in okrepiti pozitivne misli.

Kako prepoznavati probleme?

- vaša čustva naj pomenijo signal za problem (namesto da bi negativne občutke same pojmovali kot problem, jih uporabite kot opozorilo za prepoznavanje problemov),
- morebitno neučinkovito vedenje osebe naj pomeni signal za problem,
- ček-lista problemov.

3. Uporaba in kontrola emocij pri reševanju problemov

Pozitivna problemska orientacija:

1. Zaznavanje problema kot normalnega življenjskega dogodka. Prepoznavamo, ali ga povzročajo situacijske okoliščine, relativno spremenljivi osebni dejavniki ali stabilni osebnostni primanjkljaji. Iz problemov se poskušamo učiti namesto kriviti se zanje (»Nekaj je narobe z mano.«).
2. Problem je treba videti kot izziv (priložnost za osebno rast), morebitni neuspeh pa kot priložnost za učenje, ne kot katastrofo; problema ne smemo videti kot grožnjo, ki se ji je treba izogniti; ne smemo ga napasti takoj in brez načrta.
3. Oseba verjame, da obstaja za problem rešitev. Ona jo lahko izvede, namesto da bi mislila, da je problem nerešljiv, sama pa nesposobna reševanja in se mu zato poskuša izogniti ali potisniti reševanje komu drugemu.
4. Razumevanje, da terja reševanje problemov čas in napor, namesto mišljenja, da bi moral biti kompetenten posameznik sposoben reševati probleme hitro in brez napora.

Načini spreminjanja: igra vlog z obrnjenim zagovorništvo (vodja zagovarja eno ali vsa izkrivljena stališča do reševanja vsakdanjih problemov, stranka pa argumentira njihovo nepravilnost).

Emocije v procesu reševanja problemov uporabljamo za zaznavanje problemov, motivacijo za reševanje (izziv), kot cilj reševanja problemov (zmanjšanje negativnih čustev in večanje pozitivnih) ter kot pomembno posledico, ki pomaga pri izbiri.

Kako kontrolirati razdiralne emocije?

- Kognitivne tehnike: restrukturacija, spreminjanje neracionalnih verovanj, strahov in ciljev; pozitivna imaginacija, meditacija in samoinstrukcije (pozitivni notranji govor, pozitivne trditve obvladovanja, usmerjanje pozornosti na za nalogo pomembne teme).
- Vedenjske tehnike: relaksacija, desenzitizacija, progresivna mišična relaksacija, avtogeni trening.
- Lahko tudi samo trening prepoznavanja razdiralnih emocij, razpoložljivih virov za spoprijemanje in uporabe le-teh. Tehnika »Ustavi se in pomisli.«

4. Definicija in formulacija problema

Cilji:

- dobiti čim več konkretnih informacij o problemu,
- razjasniti naravo problema,
- postaviti realistične cilje,
- ponovna ocena pomembnosti problema za osebno in medosebno blagostanje.

a) *Zbiranje informacij*: kdo je vpleten; kaj, kje, zakaj se dogaja (kar te moti); kakšen je tvoj (miselni, čustveni in akcijski) odziv na situacijo. Po pravilu poenostavljanja specifični in konkretni odgovori (kaj je kdo rekel in naredil), po pravilu eksternalizacije pisanje.

Identifikacija in popravljanje najpogostejših miselnih izkrivljenj:

1. Prenagljeni zaključki: na osnovi premalo dejstev (npr. dekle zavrne povabilo na zmenek, fant iz tega sklepa, da ga ne mara).

2. Selektivna abstrakcija: zaključevanje iz nekaterih vidikov situacije ne upoštevajoč nasprotna dejstva (npr. igralec meni, da je njegova ekipa izgubila tekmo zaradi njegove napake, pri tem pa ne upošteva, da so napake delali tudi drugi igralci).
3. Pretirano posploševanje: na podlagi enega samega dejstva (npr. ko se nekaj nekemu ponesreči, zaključimo, da je nesposoben).
4. Povečevanje in pomanjševanje intenzivnosti ali pomena dogodka (npr. ljudje, ki se bojijo letenja z letalom, precenjujejo verjetnost nesreče).
5. Personalizacija: povezovanje nekega dejstva z osebo, s katero sploh ni povezano (npr. zaključek, da je smeh dveh mimoidočih na naš račun).
6. Črno-belo mišljenje: nekaj ali nekdo je dobro ali slabo, vmes ni ničesar.

Vaje:

- imenovati probleme z bolj specifičnimi, konkretnimi, vedenjskimi termini,
- ločiti pomembne informacije od nepomembnih,
- ločiti predpostavke, verovanja, domneve ... od dejstev.
- iz katerih verovanj lahko sklepamo o miselnih izkrivljenjih ali negativni naravnosti do problemov ...

b) Razumevanje problema

Vaja: obdelati problem po vprašanjih

- »Kaj je?« - sedanje razmere, kar je nesprejemljivo, za koga,
- »Kaj bi želeli?« - želene razmere, kdo jih želi,
- »Kaj nas pri doseganju tega ovira?«,
- »Kaj so problemi ključnih udeležencev?«.

c) *Zastavljanje ciljev*: naj bodo konkretni in specifični ter realni in izvedljivi. Konkretni pomagajo prepoznati najboljše rešitve, realni naredijo problem rešljiv.

Splošni cilj reševanja problemov je zmanjšati razpon med dejanskim in zelenim stanjem (»kar je« in »kar bi želeli«). Specifični so lahko: najti nekaj od zelenega v sedanjem stanju, premagovanje ovir, spreminjanje pričakovanj, kombinacija tega. Lahko jih postavimo v obliki vprašanj »kako« (naj to dosežem) ali »kaj« (naj storim).

Problem, ki ga imamo pred sabo, ni vedno bazičen ali najpomembnejši. Lahko je le del pomembnejšega in širšega problema, ki ga nismo sposobni videti (omejuje možnosti za rešitev) ali je to le eden v vzročno-posledični verigi (razbijemo na obvladljive podprobleme in rešujemo vsakega posebej, v verigi po možnosti prvi člen).

Vaja: *Poslovnež, ki ga skrbi njegova slaba fizična kondicija, se sprašuje, kako naj najde čas za vsakodnevni tek; širše: kako naj izboljša svojo fizično kondicijo.*

Primeri:

1. *vrstniško nasilje – razdeliti v: kako zmanjšati število vlomov v omarice, kako zmanjšati izsiljevanje za denar, kako zmanjšati norčevanje iz šibkejših ...*

2. *hora legalis: morda je del širšega problema (npr. hči se izogiba vsem družinskim pravilom in odgovornostim) ali pa vzročno-posledične verige (npr. izogiba se preživljanju časa z družino).*

č) Ponovna ocena problema

Ko problem jasno definiramo, se nam morda ne bo zdel več tako grozeč kot na začetku, zato ga je na tej točki potrebno ponovno oceniti. (»Kaj lahko pridobim? Kaj lahko izgubim?«).

Če poudarjamo predvsem ceno za rešitev ali ne-rešitev problema, ga zaznavamo kot grožnja – da bi jo realistično ocenili, se vprašajmo, kakšna je grožnja, kaj se lahko najhujšega zgodi, kakšne so možnosti za to in kako bi to lahko obvladovali.

Če se posvetimo prednostim, ki bi nam jih prinesel rešen problem, nas to usmerja v zaznavanje problema kot izziva, nam zmanjša tesnoba, vpliva upanje in motivacijo za reševanje problema.

Vaja na izbranem problemu:

1. kako ga lahko ponovno ocenimo,
2. kako ga lahko vidimo kot izziv,
3. poiščite izzive v problemih vrstniškega nasilja, problemu zmenkov in problemu hore legalis.

5. Iskanje možnih rešitev

Cilji: doseči izbor čim več dosegljivih rešitev, kar zveča možnost, da bo med njimi za nas najboljša.

Iščemo relevantne, k našemu cilju usmerjene rešitve. Relevantne rešitve se za isti problem razlikujejo glede na zastavljene cilje. Za neki cilj je morda možnih več dobrih rešitev kot za drugi. Poleg tega kompleksnejši problemi vsebujejo več ovir, zato zahtevajo več ciljev in več rešitev. Rešitve lahko iščemo na različnih ravneh specifičnosti. Najsplošnejši nivo je strategija rešitve: vsebuje cilj brez veliko razlage in vrsto različno učinkovitih načinov soočanja. Najbolj specifičen nivo je taktika ali konkreten potek akcije. Bolj specifične rešitve so nasploh boljše, vendar je prepodrobno načrtovanje večjega števila rešitev izguba časa.

Trije principi iskanja rešitev: kvantiteta, odsotnost sodbe, različnost (dobljene rešitve razvrstimo v skupine po sorodnosti).

Primer:

Kako zmanjšati nelagodje ob ponavljajočih stresnih situacijah; nanizamo rešitve in jih razvrstimo v skupine (npr. sproščanje, izogibanje stresnim situacijam, spreminjanje mišljenja ...).

Vaja: *Osnovnošolski učitelj ima zelo nemiren razred. Kako naj umiri učence in jih usmeri v delo?*

Pomoč pri dvigu kvalitete in kvantitete rešitvenih idej:

1. kombiniranje različnih rešitev,
2. modifikacije in elaboracija, izboljšave,
3. prisiljene povezave med različnimi, a malo podobnimi problemi,
4. zgledevanje po modelu – po nekom, ki je učinkovit,
5. vizualizacija (problema in sebe pri uspešnem reševanju).

Za teže in specialne probleme je včasih treba iskati dodatne informacije, pomoč in svetovanje.

6. Odločanje – izbira rešitve

Cilj: ovrednotiti in primerjati alternativne rešitve in izbrati »najboljšo« – tisto, za katero pričakujemo, da bo najučinkovitejša pri doseganju zastavljenih ciljev z največjo koristjo in najnižjim vlaganjem.

Najprej na hitro pregledamo rešitve in izločimo evidentno neustrezne, ker so preveč tvegane ali slabo izvedljive.

Predvidevanje izidov rešitev – pozitivnih in negativnih, kratko- in dolgoročnih, osebnih in medosebnih. Lahko si pomagamo z igro vlog ali imaginacijo.

Uporabimo lahko ček-listo in številčno lestvico (-5 do +5) za oceno osebnih posledic:

- učinkovitost rešitve – doseganje cilja (»Koliko je verjetno, da bom s to rešitvijo dosegel zastavljeni cilj?«),

- čustvena dobrobit (»Kako dobro/slabo se bom počutil, če izvedem to rešitev?«),
- potrebni čas in trud,
- fizična dobrobit,
- psihološka dobrobit (npr. samospoštovanje, občutek, da nekaj zmorem),
- ekonomska dobrobit (zaslužek, varnost zaposlitve, prihranek ...),
- samopodkrepitev (dosežki, znanje ...),
- vplivi na ostale osebne cilje, vrednote in dosežke.

Medosebne posledice so predvsem vplivi na osebno ali medosebno dobrobit pomembnih drugih, pravice drugih, pomembne medosebne odnose in na to, kako se vrednotimo sami ali kako nas vrednotijo drugi (status v družbi).

Izdelava izvedbenega načrta

Najprej se vprašamo:

Ali je problem (zadovoljivo) rešljiv?

Ali potrebujemo dodatne informacije za njegovo rešitev?

Katero rešitev ali njihovo kombinacijo bomo uporabili?

Načrt je lahko enostaven (če zadošča) ali kompleksen – kombinacija rešitev (ki jih uporabimo hkrati) ali kontingenčen – zaporedje možnih rešitev (plan A, če ne uspe, plan B, če ne uspe, plan C; ali plan A glede na izid nadaljujemo s planom B ali C).

Vaja: *Kako naj pripravim najstniško hčerko, da se bo bolje držala »hore legalis«? Poiščite enostavno rešitev, kombinacijo rešitev in kontingenčni načrt.*

7. Izvedba in preverjanje rešitve

Cilj: izvesti rešitev in preveriti njeno učinkovitost in koristnost v dani problemski situaciji.

- Izvedba rešitve: če naletimo na ovire, povečamo vlaganje v njihovo premagovanje, če ne gre, se vrnemo eno stopnjo nazaj in izberemo drugo rešitev.
- Self-monitoring: opazujemo, kako izvajamo rešitev in kakšni so njeni rezultati.
 - pogostost odgovorov (npr. kolikokrat je učenec vstal iz klopi, klepetal ...),
 - trajanje odgovorov (npr. koliko časa smo trenirali vsak dan ...),
 - zamik (npr. v kolikem času po tem, ko smo dali navodilo, učenec naredi nalogo...),
 - intenzivnost odgovorov (npr. zadovoljstvo, tesnoba ... lahko ocene 1–5),
 - rezultati odgovorov (npr. število dogovorjenih zmenkov, število naučenih poglavij ...).
- Samovrednotenje: presoja izvedbe rešitve po istih kriterijih kot pri odločanju.

Izredno pomembno je priznati si, kaj smo dobro naredili: *»To sem dobro naredil!«, »Ta problem sem res dobro rešil!«* (samopodkrepitev). Za dober rezultat se lahko še s čim nagradimo (npr. za dobro oceno si privoščimo prijetno dejavnost).

Če z rešitvijo nismo zadovoljni, se vrnemo še en krog in pogledamo, na kateri stopnji bi morali narediti drugače (drugačna formulacija problema, iskanje novih informacij, upoštevanje novih ovir, sprememba ciljev ...).

8. Vzdrževanje in generalizacija

Cilj: utrditi učinke naučenega in olajšati prenašanje učinkov še na reševanje drugih problemov. Pri tem nam pomaga pozitivno podkrepljevanje in ustrezna povratna informacija o napredku in zavedanje ter krepitev pozitivne problemske orientacije (zavedanje napredka pri učenju učinkovitih strategij reševanja vsakdanjih problemov). Pomembna je tudi pozornost na to, da tehniko lahko uporabimo pri številnih vsakdanjih problemih, pa tudi predvidevanje ovir pri

reševanju problemov in izvedbi posameznih rešitev ter priprava strategij za spoprijemanje z njimi. Na teh ciljnih delamo zadnjih nekaj srečanj v programu.

DODATNE TEHNIKE IN NAMIGI – USTVARJALNOST PRI ISKANJU REŠITEV

Ustvarjalni pristopi k problemom

Wankat in Oreovicz (prav tam) predlagata naslednje celostne tehnike ustvarjalnega pristopa k problemom:

- poenostavi problem in rešuj ga na omejenih primerih,
- preveri, ali je problem premalo ali preveč podrobno opisan,
- poveži problem s podobnim, ki ga znaš rešiti,
- generaliziraj problem, morda bo lažje rešljiv,
- poskusi problem izraziti v številkah ali razmerjih,
- spremeni predstavitev problema,
- sprašuj se o problemu,
- skoncentriraj se na dele problema, ki jih lahko rešiš,
- kombiniraj konvergentni in divergentni pogled na problem,
- za težke probleme kombiniraj smer naprej in nazaj v reševanju,
- uporabljalj odmore (za svež pogled na problem),
- preveri pravilnost in upoštevanje skritih predpostavk,
- sproti se nadziraj (Kaj delaš, je v pravi smeri ...?),
- vračaj se k temeljem problema,
- včasih ugibaj rešitev in potem preveri,
- poišči pomoč.

Jumars (Jumars, 2006) dodaja še:

- preokvirni problem, pogledj ga iz druge perspektive (udeležencev, vrednot, občutkov ...),
- nariši diagram, napiši enačbo,
- poenostavi problem z uporabo orodij za analizo z drugih področij,
- zamisli si podoben problem z manj spremenljivkami in razmisli, kako vpliva njihovo spreminjanje,
- prouči podobne primere, tudi z drugih področij,
- poenostavi problem (do absurdnosti),
- razmišljaj obratno (Kako bi bilo, če ta predpostavka ne bi bila točna?) ...

In še nekaj tehnik ustvarjalnosti (po Wankat in Oreovicz, prav tam):

- obrni problem,
- uporabi slučajne vzpodbude (npr. besedo iz slovarja),
- spomni se kaj smešnega v zvezi s problemom, humor vzpodbuja ustvarjalnost,
- misli na analogne rešitve na podobne probleme v naravi,
- sestavi si listo vzpodbud – besed, lastnosti, ključnih konceptov ...,
- uporabljalj ček-listo ali ključne besede za vzpostavljanje različnih pogledov na problem – primer za ustvarjalnost: kombiniraj, obračaj, razširi, prekroji, zamenjaj, spremeni gledišče, sekvenco ali uporabo, predvsem pa – sprejemaj nove ideje.

Strategije mojstrov

Wankat in Oreovicz (Wankat, Oreovicz, 1993) poročata o raziskavah o tem, kako rešujejo probleme izkušeni strokovnjaki (10 let izkušenj) v primerjavi z novinci. Pokazale so, da so v

splošnem izkušeni bolj aktivni in vztrajni, saj so bolj samozavestni. Zaradi izkušenj dobro prepoznajo relevantne informacije, so pozorni na bolj temeljne informacije (novinci bolj na površinske detajle), podatke si zapomnijo v večjih sklopih ali vzorcih, imajo več tehnik za opis problema. Na splošno so hitrejši, ker imajo utečene strategije dela, vendar si vzamejo več časa za definicijo in redefinicijo problema. Ob reševanju veliko analizirajo dele, raziskujejo, skicirajo, obdelujejo sistematično po korakih, predvsem pa stalno iščejo vzorce povezav med deli problema.

Proces odločanja

Tucker-Ladd se v okviru procesa reševanja problemov posebej ukvarja s fazo odločanja. Poudarja pomen emocionalnih ovir dobrega odločanja – to so predvsem:

- nepotrpežljivost pri obdelavi podatkov,
- posledice občutkov neadekvatnosti, odvisnosti ali strahu ter
- potreba biti občudovan ali ljubljen, ko ta vodi odločanje.

V procesu reševanja problemov poudarja pomen emocij in dodaja nekaj koristnih praktičnih smernic. Korake nekoliko reinterpreterira, pripominja pa, da bomo lahko za nekatere preproste probleme nekatere izmed njih izpustili:

1. **korak:** Odločite se, ali imate problem. Vprašajte se, ali ga minimalizirate ali povečujete. Z vsako skrbjo, ki se ne bo nikoli uresničila, se nima smisla ukvarjati. Vprašajte se, ali je problem (za vas) rešljiv (tudi, ali ga utegnete reševati). Poskusite problem razumeti, tako da analizirate vedenje, emocije, kognicije, veščine in podzavestne dejavnike. Poglejte ga kot izziv.
2. **korak:** Odločite se, kaj bi radi za naprej glede problema – postavite si cilje. Biti morajo v skladu z vašo hierarhijo potreb in vrednot, zato ozaveščanje le-te olajša tudi postavljanje ciljev (postavimo jo lahko eksplicitno ali z načinom izrabe časa).
3. **korak:** Poiščite čim več rešitev. Pomagajo lahko tudi ideje izkušenih strokovnjakov ali skupine.
4. **korak:** Pozornost na emocije, ki ogrožajo inteligentno reševanje problemov (navedene že v poglavju o emocijah).
5. **korak:** Pretehtajte možne rešitve glede na:
 - dejstva – tehnična dejstva in osebne izkušnje iz različnih virov (strokovnjakov, ljudi, ki so imeli podoben problem), naše vire, slabosti in omejitve, pa tudi skladnost neke rešitve z našimi vrednotami;
 - to, kako se boste počutili, če boste rešitev uresničili: »prav« ali »napak«, vznemirjeno ali prestrašeno, zadovoljno, z dolgočasno, razdraženo, osramočeno, udobno ... (Kaj najboljšega/najslabšega bi se lahko zgodilo, če uresničite to rešitev?).
6. **korak:** Izberite najboljše rešitve med alternativami, uporabite analizo stroškov in dobička, označite argumente za in proti neki rešitvi, jih ponderirajte, upoštevajoč učinkovitost rešitve, porabljeni čas in trud, vašo čustveno dobrobit ob reševanju problema in po njem, pa tudi vpliv na medosebne odnose. Manj pomembne probleme je smotrno reševati tako, da sprejmemo prvo sprejemljivo rešitev.
7. **korak:** Postavite si časovno omejitev za odločanje. Neustrezne rešitve opuščajte in reprogramirajte svoje razmišljanje, da se boste posvetili sprejeti odločitvi.
8. **korak:** Izvedite odločitev, saj ta šele z izvedbo zaživi. Star vojaški rek pravi: »Boljša je slaba odločitev, ki je dobro izvedena, kot dobra odločitev, ki je slabo izvedena.«

Avtor opozarja še, da kvalitetno odločanje o kompleksnih problemih lahko terja zelo veliko časa. Tako so npr. izračunali, da terja poklicna odločitev skupaj z zbiranjem informacij, pogovori s

strokovnjaki na posameznih poklicnih področjih, testiranji in razgovori s svetovalcem od 100 do 1000 ur (?!). Če pa jo primerjamo z njenim pomenom, se bomo verjetno strinjali, da jih je vredna.

Še nekaj orodij ...

Naj po divergentnem modelu razumevanja problemov omenim še priporočilo nekaterih avtorjev o tem, katera so najboljša orodja za reševanje problemov (po http://www.1000ventures.com/business_guide):

- spoštovanje potreb drugih,
- odprtost do novih podatkov in idej,
- aktivno poslušanje,
- učinkovito spraševanje,
- jasna in poštena komunikacija,
- zaupanje,
- vztrajnost,
- odločenost v želji uspeti.

KAJ KAŽEJO RAZISKAVE

O povezavah med reševanjem problemov in prilagojenimi načini reagiranja

Različni avtorji (po D'Zurilla, 1988) poročajo o pomembnih razlikah v celi vrsti pokazateljev socialne kompetence, pozitivne prilagojenosti, slabe prilagojenosti in psihopatologije med preizkušanci, ki so se na vprašalniku reševanja problemov (Problem Solving Inventory, ki prek samoporočanja meri sposobnost in stil reševanja problemov) ocenjevali nizko oz. visoko. V splošnem se dobro reševanje problemov povezuje tudi z boljšo socialno kompetenco, boljšo prilagojenostjo in nižjo psihopatologijo.

Raziskave so pokazale, da so bili tisti, ki so se ocenjevali visoko, bolj motivirani za reševanje problemov, imeli so višja pričakovanja uspeha, manj impulzivno reagirali in se manj izogibali, bili so bolj sistematični in vztrajni ter jasneje razumeli probleme. Ugotavljali so tudi, da imajo višjo potrebo po razumevanju sveta, manj disfunkcionalnih misli in iracionalnih verovanj ter boljšo samopodobo. So manj anksiozni in bolj asertivni, pri odločanju uporabljajo več racionalnih in manj intuitivnih ter odvisnih strategij.

Tisti, ki so se ocenili kot manj uspešne reševalce problemov, so poročali, da imajo več aktualnih življenjskih problemov, več zdravstvenih in fizičnih simptomov, več depresivnosti in anksioznosti ter več psihične neprilagojenosti, kakor jo meri MMPI.

Seveda ostaja vprašanje narave povezav med vsemi naštetimi fenomeni. Ta je možna v več smereh in gotovo tudi v povratnih zankah, zagotovo pa izboljšanje reševanja problemov pozitivno vpliva na celotno sliko. Miller in sodelavci (Miller, McBirde Murry, Brody, 2005) so ugotavljali, kako učinkovitost pri reševanju problemov vpliva na naslednje generacije. Ugotovili so, da se učinkovitost očetov (ne pa mater) pri reševanju problemov s predadolescentnimi otroki (učenje in vzpodbujanje reševanja problemov, dobre veščine poslušanja, upoštevanje otrokovih čustev, sposobnost reševanja nesporazumov) negativno povezuje s socialnim umikom njihovih otrok, zlasti sinov. Kaže torej, da odzivnost očetov na sinove in pomoč pri iskanju pozitivnih rešitev na njihove probleme vzpodbujata socialno iniciativnost sinov, tudi z vrstniki.

O vplivih treninga reševanja problemov

D'Zurilla (1999) navaja sistematičen pregled raziskav uspešnosti programov reševanja problemov, tako za spreminjanje kot za vzdrževanje doseženih sprememb.

Na področju težav z duševnim zdravjem:

- pri psihiatričnih in shizofrenih pacientih so nekateri rezultati kazali izboljšanje kontrole impulzov, samopodobe, občutka kompetentnosti in znižanje depresivnosti in zmanjšanje vedenjskih manifestacij, kot so konflikti v družini, drugi pa niso pokazali pomembnih razlik;
- pri depresivnih pacientih so nekateri rezultati pokazali izboljšanje ocene lastnih sposobnosti reševanja problemov, ponotranjenje lokusa kontrole ter znižanje depresivnosti, kar se je poznalo tudi še po šestih mesecih;
- problemi suicidalnosti: suicidalne ideacije in vedenje so se zmanjšale, stališča do problemov so postala bolj pozitivna, samopodoba se je zvišala;
- agorafobija: fobični in anksiozni simptomi so se zmanjšali;
- pri obravnavi socialne fobije se je zmanjšalo izogibanje, strah in negativno samovrednotenje;
- emocionalne motnje, obravnavane v osnovnem zdravstvenem varstvu (emocionalnimi motnjami s slabšo prognozo in velika depresija): reševanje problemov je podobno izboljšalo stanje kot antidepresivi, kar se je kazalo v zmanjšanju števila neučinkovitih dni in odsotnosti z dela (Gath, Mynors-Wallis, 1997);
- vedenjske in emocionalne motnje pri otrocih: poročajo o trajnem izboljšanju prosocialne kompetence, in zmanjšanju agresivnosti in antisocialnega vedenja, zlasti uspešno v kombinaciji z učenjem obvladovanja jeze;
- zmanjšanje vedenjskih in emocionalnih težav pri duševno zaostalih osebah, zlasti izkazovanja agresivnosti, vendar s slabšimi sposobnostmi generalizacije.

Na področju odvisnosti od substanc:

- v programu obravnave alkoholizma se je reševanje problemov zelo obneslo,
- v programih z odvisniki od prepovedanih drog niso beležili občutnih ali trajnih rezultatov po uporabi tehnike reševanja problemov,
- zelo uspešno v vzdrževalnem programu odvajanja od kajenja (»vrstniška podpora«).

Na področju družinskega svetovanja:

- v okviru partnerskega svetovanja se je tehnika izkazala zelo uspešna,
- konflikti z adolescenti: boljšo generalizacijo so omogočili programi reševanja problemov, ki so vključevali oba starša,
- uspešna pomoč staršem otrok z vedenjskimi in psihološkimi problemi ter skrbnikom težkih bolnikov.

Zdravstveni problemi:

- vključena v program kontrole teže se je tehnika pokazala izredno uspešna: izguba teže je bila večja in stabilnejša, nadaljevala pa se je tudi še po programu; vključena tudi v »vrstniško podporo«,
- obvladovanje reševanja problemov je pomagalo zniževati previsok krvni pritisk, saj so imele osebe manj sovražnih interakcij,
- pomembna tehnika po poškodbah glave, dobra generalizacija,
- pomaga zmanjševati stres, ki ga prinaša rak, pa tudi depresivno in anksiozno simptomatiko, ki ga spremlja.

Preventivni programi:

- upravljanje s stresom: uspešno s skupnostnimi programi za starejše, socialno ogrožene (izboljšuje asertivnost, samozaupanje, ego-moč, izvedbo reševanja problemov ...); pomaga tudi vključeno v programe za kontrolo jeze,

- krepitev pozitivnih kompetenc obvladovanja: pomemben je Parnesov program ustvarjalnega reševanja problemov, ki se je zelo izkazal s študenti; tudi druge raziskave so pokazale porast samozaupanja glede reševanja problemov, aktivnejši pristop (manj izogibanja), manj poročanja o odprtih problemih in boljše študijske dosežke.

NEKAJ APLIKACIJ TEHNIKE REŠEVANJA PROBLEMOV

Uporaba tehnike reševanja problemov je danes razširjena na najrazličnejših področjih. Tehnike srečujemo v poglobljenih priročnikih in specializiranih revijah, na internetnih straneh za samopomoč, zagotovo pa vključene v najrazličnejše programe. Tu zgolj za vtis omenjam nekaj različnih primerov uporabe, ki so se mi zdeli zanimivi.

Program reševanja problemov za vodstvene delavce

Tehnika reševanja problemov se zelo veliko aplicira na upravljanje in vodenje podjetij. Povzemam nekaj poudarkov po programu, ki je dostopen na internetni strani Mind Tools (www.mindtools.com) in je pod naslovom »Orodja uma za vodenje – odkrijte vodjo v sebi« namenjen izboljševanju veščin vodenja in upravljanja. Ponuja razdelan eklektičen program, ki vodi skozi običajne korake reševanja problemov, ob tem pa na vsaki stopnji ponuja tudi različna orodja in tehnike, s katerimi korak laže in kvalitetneje izvedemo. Seveda se skuša pri tem tudi prilagajati ekonomski logiki poslovanja.

Najprej poudarja pomen razumevanja delovanje problemov: potegniti iz razpoložljivih dejstev kar največ informacij. Pri tem predlaga uporabo tehnike puščice navzdol (»Kaj iz tega sledi?«, enako naprej za vsako posledico). Detajlno razumevanje kompleksnih problemov terja njihovo razbijanje na obvladljive sestavne dele – razčlenimo dejavnike problema, informacije v zvezi z njim, vprašanja, ki iz tega izhajajo ... To nam pomaga, da povežemo s problemom informacije, ki jih sprva z njim nismo povezovali, da ugotovimo, kje nam informacije še manjkajo, in da načrtujemo reševanje vsakega dela posebej. Narišemo lahko tudi miselni vzorec (»drevo« razbijanja problema).

Identifikacijo možnih vzrokov problema nam lahko olajša diagram vzrokov in posledic (»ribja kost«), ki nas strukturirano vodi skozi vse možne vzroke. Stopnje:

1. identifikacija problema,
2. identifikacija čim večjega števila dejavnikov, ki vplivajo na problem,
3. identifikacija možnih razlogov (za vsakega od navedenih dejavnikov, kompleksnejše razloge razbijemo ne dele),
4. analiza diagrama: na tej stopnji bi moral vsebovati vse možne razloge za problem, zdaj je čas, da ocenimo, kateri so najpomembnejši.

Za razumevanje medsebojnega vplivanja dejavnikov lahko uporabimo sistemski diagram, ki nam pomaga ugotoviti povezave med dejavniki, povratne zanke, vplive zunanjih dejavnikov na sistem, vplive »razpok« v sistemu, vplive zakasnitev ... Predlagajo uporabo SWOT analize kot tehnike, ki pomaga razumeti močna in šibka področja (ki so notranji del strukture), priložnosti in grožnje (ki izhajajo iz zunanjih dejavnikov), z namenom osredotočiti se na moči, kar se da zmanjšati grožnje in čim bolje izkoristiti priložnosti. In nenazadnje – za problem stroškov in dobička, ki je na poslovnem področju najizrazitejši, predlagajo tehnike za predvidevanje poteka stroškov in analizo tveganja.

Specifični poudarki tega programa nam lahko učinkovito pomagajo pri reševanju posebnih problemov tudi izven posla.

Tečaj reševanja problemov za policiste (London Metropolitan Police Service)

Zapiske treninga reševanja problemov, namenjenega policistom, povzemam po spletni strani Metropolitan Police (Colgan, 2004).

Reševanje problemov prilagaja settingu odnosov med policijo in skupnostjo, kar terja že v prvih korakih nekoliko drugačen pristop. Proces reševanja problemov so razdelili v naslednje korake:

ZAHTEVA ⇨ PROBLEM ⇨ CILJ ⇨ RAZISKAVA ⇨ ANALIZA ⇨ ALTERNATIVE ⇨ ODGOVOR(I) ⇨ OVREDNOTENJE ⇨ OCENA

1. Proces reševanja se torej začne z zunanjo zahtevo, ki oblikuje problem.
2. Sledi ji definicija problema na operativen način in v realnih okvirih.
3. V skladu s problematiko in načinom dela so po učinkovitosti razvrščeni tudi cilji – Eckova lestvica učinka:
 - odstranitev problema,
 - zmanjšanje problema (za nekaj odstotkov),
 - zmanjšanje resnosti problema,
 - učinkovitejše ravnanje s problemom,
 - prepričati druge organizacije, da prevzamejo vodstvo reševanja problema.

Značilnosti dobrega cilja so opisani s priljubljenim akronimom SMART (=bister):

- specifičen – naj bo točno tisto, kar želimo doseči,
 - merljiv – najti učinkovite načine za merjenje, koliko smo ga dosegli,
 - realen (achievable) – dosegljiv,
 - relevanten – usmeriti se moramo res v problem, ne le v simptome,
 - čas – postavimo realne roke za izvedbo in kontrolo.
4. V primeru policijskega dela je raziskava gotovo močni del, zato se tu lahko učimo tudi za reševanje kompleksnejših življenjskih problemov. Predstavljajo dva možna pristopa in poudarjajo prednosti kombiniranja obeh:
 - konvergenten (mikroskopski): pogledati vse globlje v problem in njegove vzroke,
 - divergenten (teleskopski): pogledati problem v širšem kontekstu (kdo ima podobne probleme, kako se z njimi sooča ...).
 5. Analiza problema poteka v trikotniku: koga se problem tiče (v tem primeru žrtve) – kdo/kaj ga povzroča (v tem primeru storilec) – kje se dogaja.
 6. Alternative: iskati ustvarjalno in potem izbirati.
 7. Odgovori: zastavite jih in nekaj časa opazujte napredek.
 8. Na podlagi prejšnjega koraka ovrednotenje in ocena posega. V njihovem primeru ta del opravijo strokovnjaki – analitiki.

Model za hitro reševanje problemov

V življenju se nam včasih zgodijo situacije, ki nam ne puščajo veliko časa za razmislek, terjajo pa ustrezno in učinkovito reagiranje. Reševanju problemov pod časovnim pritiskom je namenjen zanimiv program, ki ga omenja D'Zurilla v svoji knjigi (D'Zurilla, 1999). Primer takega problema je npr., če nas sumljiv mladenič na postaji podzemne vpraša za 50 dolarjev.

Model je namenjen reševanju problemov v največ petih, nekaterih pa samo v eni minuti. Predlaga naslednje korake:

1. korak:

- a) »Globoko vdihni in pomiri se.«

b) »Nobena neposredna katastrofa ti ne grozi.«

c) »Misli na problem kot na izziv.«

č) »Zmorem.«, »Jaz to zmorem.«

d) »Ustavi se in pomisli.«

2. korak: Vprašaj se:

a) »Kaj je problem?« (Pazi na razliko med »kaj je« in »kaj bi želel«.)

b) »Kaj bi želel doseči?« (Postavi si cilj.)

c) »Zakaj želim doseči ta cilj?« (Razširi in poglobi cilj, če je potrebno.)

3. korak:

a) Zamisli si rešitve.

b) Zamisli si nekaj alternativnih rešitev. (Vsaj dve ali tri.)

4. korak:

a) Določi najpomembnejše kriterije za vrednotenje rešitev. (Vsaj dva ali tri npr. »Bom tako dosegel svoj cilj?«, »Kakšen učinek bo imelo to na druge?«, »Koliko časa in truda me bo to stalo?«)

b) Odloči se hitro za možnost, ki se ti zdi najboljša.

c) Zamisli si eno ali dve poti, da bi izboljšal rešitev.

5. korak:

a) Uresniči rešitev.

b) Ali si zadovoljen z rezultatom?

c) Če nisi zadovoljen, poskusi z drugačno rešitvijo, če to še utegneš.

Avtor pripominja, da lahko v primeru, ko posameznik težko izpelje postopek v največ treh minutah, izpustimo točki 2c in 4c.

ZAKLJUČEK

Tehnika reševanja problemov je dovolj enostavna in dostopna, dobro izvedena pa daje zelo dobre rezultate. Ti zaradi generalizacije in vpliva na kognicije delujejo veliko širše. Kot je opozarjal že D'Zurilla, trening reševanja problemov na eni strani pomeni priložnost za rizične populacije v skupnosti – starejše, adolescente s primanjkljaji in težavami, socialno ogrožene, obremenjene z boleznimi ... Po drugi strani pa je posebej obetavno področje razvoja primarnih in sekundarnih preventivnih programov, ki reševanje problemov vključujejo v krepitev pozitivnih kompetenc. Pomembna vzpodbuda za tako delo so zlasti dobri rezultati dela z mladimi, posebej otroki, ki nove strategije hitreje prevzamejo in vgradijo v vedenjski repertoar, z njimi pa rešijo marsikateri problem na poti svojega razvoja.

LITERATURA

- Colgan S. (2004). *Problem Solving Course Student Notes*. Metropolitan Police Service. Pridobljeno s svetovnega spleta dne 15. 4. 2006, iz www.met.police.uk/problemsolving/
- D'Zurilla T. J. (1988). K. S. Dobson (Ur.) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (str. 85–137). New York: The Guilford Press.
- D'Zurilla T. J., Nezu A. M. (1999). *Problem-Solving Therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Gath D., Mynors-Wallis L. (1997). *Problem-solving treatment in primary care*. D. M. Clark, C. G. Fairburn (ur.) (elektronska verzija). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy* (str. 415–431).
- http://www.1000ventures.com/business_guide/crosscuttings/problem_solving.html (2006)
Pridobljeno s svetovnega spleta dne 15. 4. 2006.
- Jumars P. A. (9. 1. 2006). *Creating Hypotheses*. Darling Marine Center, University of Maine. Pridobljeno s svetovnega spleta dne 15. 4. 2006, iz <http://www.marine.maine.edu/jumars/>
- Miller S. R., McBirde Murry V., Brody G. H. (2005). *Parents problem solving with preadolescents and its association with social withdrawal at school: considering parents stress and child gender* (elektronska verzija). *Fathering*, Spring 2005.
- Polya, G. (1945). *How to solve it* (elektronska verzija). Princeton University Press, Princeton.
- Tucker-Ladd C. E. (1996–2000). *Psychological Self-Help*. C. Tucker-Ladd and Mental Health Net. Pridobljeno s svetovnega spleta dne 15. 4. 2006, iz <http://mhnet.org/psyhelp/chap13/chap13o.htm>
- Wankat P. C., Oreovicz F. S. (1993). *Teaching Engineering*. Purdue University, McGraw-Hill. Pridobljeno s svetovnega spleta dne 15. 4. 2006, iz https://engineering.purdue.edu/ChE/News_and_Events/Publications/teaching_engineering/index.html

EVALVACIJA PSIHOTERAPIJE

Dr. Tina Zadravec, univ. dipl. psih.

Psihiatrična klinika Ljubljana, Klinični oddelek za mentalno zdravje

Zaloška 29, 1000 Ljubljana

tina.zadravec@guest.arnes.si

Raziskovanje učinkovitosti psihoterapije sega v petdeseta leta prejšnjega stoletja. Razmišljanja je leta 1952 razburkal članek Hansa Eysencka, kjer je avtor ugotavljal, da psihoterapija ni potrebna, saj je kar pri 72 % pacientih zasledil spontane remisije. Te izsledke je kasneje revizija raziskave zavrnila kot neustrezne. Šele v šestdesetih letih prejšnjega stoletja se je z Michaelom Gelderjem in njegovimi sodelavci (Gelder, Marks in Wolff, 1967) pričelo prvo pravo kontrolirano in sistematično raziskovanje psiholoških intervencij. Na začetku je bilo raziskovanje usmerjeno predvsem na vprašanje učinkovitosti same psihoterapije, v osemdesetih letih pa se je interes preusmeril na vidike terapevtskega procesa, ki prinašajo spremembe. Sodobna raziskovanja psihoterapije se ukvarjajo z vprašanji učinkovitosti specifičnih psihoterapij in psihoterapevtskih postopkov, ocenjevanjem specifičnih komponent terapije, ki so povezane s spremembo, lastnostmi in pričakovanji klienta ter vplivom osebnostnih lastnosti in profesionalnih izkušenj psihoterapevta (Živčić-Bečirević, 2003).

Problemi raziskovanja učinkovitosti psihoterapije

Prvi problem, na katerega naletimo pri raziskovanju učinkovitosti psihoterapije, so etične omejitve. Zaradi slednjih je večina raziskovanj na tem področju korelativnih in ne eksperimentalnih. Težko si predstavljamo, da bi spreminjali eksperimentalne pogoje pri različnih skupinah rizičnih udeležencev ali celo ustvarjali psihopatološke pojave, ki bi jih radi proučevali. Eksperimentalni načrti so redki, navadno izvedeni na normalni populaciji. Lep primer takšnega eksperimenta je npr. preverjanje učinkov hiperventilacije, ki sama po sebi ni škodljiva. Etične omejitve pa onemogočajo tudi oblikovanje kontrolne skupine, ki bi ostala brez ustrezne obravnave.

Drugi problem je problem vzorčenja. Sestava reprezentativnega vzorca je skoraj nemogoča, saj ima veliko psihiatričnih klientov težave s koncentracijo, (ne)pismenostjo in podobno. Tako večina raziskav poteka na selekcioniranih vzorcih, kar omejuje posplošitev ugotovitev. Ljudje s psihopatologijo kažejo tudi veliko večjo raznolikost (intra- in intervariabilnost) kot normalna populacija. Upoštevati moramo tudi široke meje diagnostičnih kategorij, pod katerimi se skrivajo zelo različni posamezniki. Poleg tega je pojavnost določenih psihopatoloških obolenj, ki jih želimo raziskovati, majhna, zlasti če je majhna že osnovna populacija (npr. prebivalstvo Slovenije). Tu je včasih edini izhod vključevanje v multicentrične mednarodne raziskave, katerih izsledki nam omogočajo posploševanje. Pri oblikovanju raziskave moramo vnaprej določiti velikost vzorca, ki nam bo sploh omogočila izpeljavo zaključkov. Kljub temu da je npr. samomor priznan kot velik javnozdravstveni problem, je statistično še vedno redek dogodek. Zato morajo biti vzorci ljudi, ki so vključeni v psihoterapevtski proces, da bi sploh lahko zaznali njegovo učinkovitost, toliko večji. S tem je tudi raziskovanje učinkovitosti psihoterapije na tem področju omejeno in še dandanes skoraj da ni preverjenih postopkov (Hawton, Arensman, Towsend in dr., 1998). Poleg tega se dogaja, da so pri oblikovanju vzorcev za proučevanje učinkovitosti psihoterapije najtežji primeri izključeni iz raziskave. Še posebej, če so npr. samomorilno ogroženi (Linehan, 1997). Problem predstavlja tudi komorbidnost oziroma soobstoj več psihiatričnih diagnoz pri istem subjektu v istem časovnem obdobju.

Tretji velik problem pri procesu evalvacije psihoterapije je potreba po dovolj občutljivih merskih inštrumentih, ki zmorejo zaznati razlike v spremenljivkah, ki jih merimo. Zaradi pomanjkanja standardiziranih merskih inštrumentov se marsikdaj zatečemo v uporabo ad hoc sestavljenih inštrumentov, ki nimajo dokazano ustreznih merskih lastnosti (veljavnost, zanesljivost, občutljivost). V Sloveniji, kjer je število prebivalstva majhno, je standardizacija merskih inštrumentov draga. Zato se dogaja, da za namene raziskave ali kliničnega dela le prevedemo standardizirane merske inštrumente iz tujine, pri tem pa pozabimo, da s tem še ne uporabljamo standardiziranega merskega inštrumenta. Sporna je tudi uporaba merskih inštrumentov, ki so umerjeni za uporabo na klinični populaciji, na normalni populaciji ali obratno. V takšni situaciji se lahko hitro znajdemo, kadar je naša kontrolna skupina sestavljena iz normalne populacije.

Poleg tega pri raziskovanju učinkovitosti psihoterapije težko nadzorujemo in merimo vpliv lastnosti psihoterapevta. Terapevti tudi znotraj iste psihoterapevske šole uporabljajo različne tehnike in metode v različnih okoliščinah ter drugače pristopijo h klientu. Kot pomembna lastnost se je v dosedanjih raziskavah izkazala izkušnost psihoterapevta. Bolj izkušeni psihoterapevti imajo manj osipa, njihovi klienti so bolj zadovoljni in učinki psihoterapevtskih postopkov so večji (Huppert, Bufka, Barlow in dr., 2001).

Pri evalvaciji psihoterapije je pomembno tudi, kaj si izberemo kot izhodno mero učinkovitosti (angl. outcome). Največkrat je to le izboljšanje simptomov oziroma osnovne duševne motnje. Pri tem pozabljamo na včasih bolj smiselne mere, kot npr. funkcioniranje v delovni situaciji, medosebnih odnosih, iskanje pomoči in sodelovanje v zdravljenju, kvaliteta življenja in podobno (Norquist, Lebowitz, Hyman, 1999). Pri raziskavah učinkovitosti psihoterapije pri psihotičnih pacientih včasih ni bistvenih razlik pri pozitivni simptomatiki (blodnje in halucinacije), klienti pa kljub temu pomembno bolje funkcionirajo v življenju.

Postopek proučevanja učinkovitosti novega psihoterapevtskega postopka

Agras in Berkowitz (1980) sta oblikovala model raziskovanja učinkovitosti novih psiholoških postopkov. Ko sestavljamo nov postopek, je v prvi fazi potrebno oceniti trenutno stanje raznolikih intervencij o določenem problemu ali motnji ter proučiti, kakšne so možnosti razvoja morebitnih novih postopkov. Priporočljivo je pregledati bazične raziskave, nove teoretične izsledke ali inovacije kreativnih klinikov. Ko izberemo nov, potencialno uporaben postopek, najprej izvedemo kratkoročne klinične preizkuse, pri čemer kot kontrolo uporabimo skupino brez terapije, saj tako lahko preverimo učinkovitost novega postopka samega po sebi. Če ugotovimo, da je postopek učinkovit, nadaljujemo s primerjanjem našega postopka z drugimi alternativnimi postopki, ki so navadno placebo ali pa verodostojni obstoječi postopki. Če je učinkovitost postopka še vedno dobra, sledi faza ugotavljanja dolgoročnih učinkov ter najboljši način aplikacije postopka. Zadnji korak je ocenjevanje dostopnosti in posplošljivosti eksperimentalnih ugotovitev v klinično prakso.

Strategije evalvacije psihoterapije

Psihoterapevtske postopke lahko evalviramo preko strategije ponovljenih meritev ali pa z uporabo primerjave med eksperimentalno in kontrolno skupino (Živčič-Bečirevič, 2003). Pri strategiji ponovljenih meritev ali tako imenovanega načrta »znotraj subjektov« (angl. within subjects) se primerja rezultate istih subjektov v različnem časovnem obdobju. Pogosto se uporablja ABAB načrt, ko izmenično apliciramo in odtegnemo terapevtske intervencije. Pri multiplem načrtu se psihoterapevtski postopek nikoli ne prekine, temveč se izmenično aplicira posamezne odvisne spremenljivke, medtem ko ostale odvisne spremenljivke ostanejo konstantne.

Takšen načrt je tudi etično bolj sprejemljiv. Posebna oblika načrta ponovljenih mer je raziskovanje posameznega primera (angl. case study). Tu je neodvisna spremenljivka terapevtski postopek, odvisna neki simptom ali motnja, posameznik pa je sam sebi kontrola. Eksperimentalni podatki so tiste meritve, ki so zbrane v času izpostavljenosti postopku, kontrolni pa tisti, ki so zbrani, ko postopek odtegnemo. Rezultate najpogosteje prikažemo grafično, pri čemer na x os nanese časovne enote, na y os pa mere izraženosti simptoma ali motnje. Paziti moramo na hitro začetno izboljšanje, saj posameznik navadno pride po pomoč, ko je v najslabši »koži«. Zaradi tega moramo psihoterapevtski postopek spremljati dlje časa. Dobiti želimo čim večjo spremembo v čim krajšem času. Pogosto je potrebno spremembe spremljati v daljšem časovnem obdobju (angl. follow-up).

Druga strategija je uporaba eksperimentalne in kontrolne skupine ali načrt »med subjekti« (angl. between subjects), ki zahteva merjenje pred in med postopkom ter po njem. Ta načrt nam omogoča, da istočasno spreminjamo več spremenljivk (Živčič-Bečirevič, 2003).

Znanstvena učinkovitost ali klinična uporabnost

Pri raziskovanju učinkovitosti psihoterapije je potrebno najti načrt, ki bo zagotovil čim večjo notranjo in zunanjo veljavnost. Notranja veljavnost označuje mero, do katere so dobljeni učinki posledica specifičnih dejavnikov, ki smo jih proučevali, in ne nekega stranskega dejavnika. To nam pokaže strogo znanstveno ocenjevanje postopka. Zunanja veljavnost pa meri stopnjo, do katere eksperimentalni načrt omogoča posploševanje izsledkov tudi na druge probleme in situacije izven eksperimentalne situacije, torej njegovo klinično uporabnost. Namesto izraza notranja veljavnost lahko zasledimo tudi izraz učinkovitost (angl. efficacy), namesto zunanje veljavnosti pa izraz uspešnost (angl. effectiveness) postopka (Klein in Smith, 1999).

Ameriška psihološka zveza je leta 1995 (po Barlow in Hofman, 1997) podala smernice za ocenjevanje psiholoških intervencij, ki temeljijo na zgoraj navedeni razliki. Notranja veljavnost postopka je dobra, kadar je učinkovitost terapije absolutno in relativno, glede na alternativne postopke, boljša ter so raziskave, na katerih so osnovane te ugotovitve, kvalitetne. Zunanja veljavnost ali klinična uporabnost pa temelji na:

- dostopnosti postopka (sprejemljivost in odločanje za postopek s strani klientov; ocenjena stopnja sodelovanja klientov v zdravljenju; možnosti razširitve postopka v strokovni javnosti);
- posplošljivost postopka (glede na lastnosti klienta, terapevta, prenosljivost postopka v druge časovne okvire ter stopnja vpliva kontekstualnih dejavnikov na terapevtski setting); in
- prednostih in pomanjkljivosti postopka (cena izvajanja postopka oziroma posledice neizvajanja postopka za posameznika in družbo).

Problemi raziskav, ki so narejene po strogih pravilih in naj bi omogočale posploševanje rezultatov, so številni. Ravno sama stroga znanstvenost je lahko največja ovira pri posplošljivosti postopka. Zlati standard raziskovanja učinkovitosti medikamentozne in psihoterapije so randomizirane, dvojno slepe raziskave, kjer kontrolna skupina prejme placebo ali pa ni zdravljena. Postopke izvajajo dobro izurjeni klinični raziskovalci v akademskem settingu. Da bi zagotovili kar največje možnosti za ugotovitev pomembnih izsledkov, so klienti skrbno izbrani in zelo ozko opredeljeni. Npr. pri raziskovanju zdravljenja depresije je starost klientov omejena na določeno starostno skupino. Izključeni so posamezniki z drugimi telesnimi boleznimi ali kakršnim koli tveganim pitjem alkohola. Kot mero učinkovitosti se uporabi zmanjšanje simptomov, ki jih merijo z dobro validiranimi lestvicami (Norquist, Lebowitz, Hyman, 1999). Na izsledke pa lahko pri tovrstnem raziskovanju vpliva drugačna motivacija klientov, saj za

sodelovanje v raziskavi dobijo brezplačno zdravljenje. Če se močno zavedajo svoje vloge v raziskavi, lahko pokažejo večjo stopnjo izboljšanja. Takšni postopki tako pogosto ne dosežejo želene uporabnosti v klinični praksi, kjer je večja raznolikost klientov in terapevtov.

Tako nekateri avtorji bolj priporočajo raziskovanje učinkovitosti psihoterapije pri obravnava, ki jih kliniki nudijo resničnim klientom v realnem življenju. Najnovejši trendi v raziskovanju psihoterapije predlagajo analogne študije, kjer se klinične spremenljivke približujejo eksperimentalnim. V teh študijah je omogočena kontrola zunanjih dejavnikov; zagotovljeno je večje število udeležencev. Dovoljena je ponovitev rezultatov, kot tudi selekcija udeležencev in terapevtov glede na več dimenzij. Zagotovljeno je tudi stalno število in trajanje terapevtskih seans. Problem tovrstnega raziskovanja je delitev klientov v eksperimentalne in kontrolne skupine. Poleg tega so navadno psihoterapevtski postopki še vedno skrajšani in poenostavljeni glede na postopke v realnem življenju. Kliniki v vsakodnevni praksi prilagajajo izbor, potek in ritem uporabe postopkov vsakemu klientu posebej (Živčič-Bečirevič, 2003). Kljub določenim prednostim analognih študij pa ni zagotovila, da bo postopek razvit v nekem okolju možno brez težav prenesti v drugo.

Kljub temu ostaja dejstvo, da če postopek ne pokaže učinkovitosti v skrbno izpeljanih in standardiziranih korakih (randomizirane študije), bo verjetno težko pokazal bistveno boljšo uporabnost v kliničnem settingu (Miklowitz in Clarkin, 1999). Klein in Smith (1999) predlagata nov model evalvacije psihoterapevtskih postopkov, ki združuje oba zgoraj navedena pristopa. Raziskovanje učinkovitosti in uporabnosti psihoterapevtskih postopkov naj bi se izvajalo na intervencijskih klinikah, ki bi bile ustanovljene z namenom evalviranja postopkov zdravljenja klientov z bolj kompleksnimi težavami, pri čemer bi obravnava potekala strukturirano in z dobro izobrazženimi strokovnjaki, ki bi znali znanstveno dokumentirati celoten postopek. Tako bi lahko razvili učinkovite in uporabne postopke za kliente z visoko komorbidnostjo zdravstvenih težav, psihiatričnih motenj in odvisnosti od psihoaktivnih snovi ter proučevali probleme sodelovanja klientov v zdravljenju. Poglobili bi se tudi v razvoj postopkov za paciente, ki se na zdravljenje ne odzovejo (angl. refractory patients) in najpogosteje le krožijo in bremenijo zdravstveni sistem, kar je značilno za psihotične bolnike.

Učinkovitost kognitivno-vedenjske psihoterapije

Dandanes se učinkovitost določenega psihoterapevtskega postopka največkrat ugotavlja na podlagi metaanalize, ki nam omogoča kombiniranje rezultatov večjega števila raziskav. Izhode različnih raziskav standardiziramo, kar omogoča njihovo primerjavo. Učinkovitost terapije ugotovimo na podlagi velikosti učinka (angl. size effect), ki pove, za koliko standardnih deviacij je povprečen klient nad ali pod povprečjem kontrolne skupine v vsaki raziskavi. V splošnem raziskave dokazujejo, da so psihoterapevtski postopki za večino ljudi učinkoviti, pri čemer ni dokazov, da bi bila določena psihoterapevtska smer bolj uspešna od druge. Edine ugotovljene razlike kažejo, da je kognitivno-vedenjska terapija malo do zmerno boljša od ostalih smeri (Nietzel, Bernstein in Milich, 2002). Kognitivno-vedenjska terapija je učinkovita in primerna za uporabo pri vrsti duševnih motenj, kot so panična motnja, generalizirana anksiozna motnja, fobije, obsesivno-kompulzivna motnja, postravmatska stresna motnja, depresija, bulimija, spolne motnje, enureza in enkompreza, glavoboli, kronična bolečina, psihotične motnje in podobno (za pregled glej Barlow in Hofman, 1997).

Evalvacija učinkovitosti kognitivno-vedenjske psihoterapije pri delu s posameznikom

Da bi lahko evalvirali učinkovitost psihoterapevtskega procesa pri posameznem klientu, moramo na začetku obravnave narediti celostno oceno klientovih težav ter na podlagi tega v skladu z doktrino kognitivno-vedenjske psihoterapije postaviti jasne in dosegljive cilje. Cilji morajo biti oblikovani v vedenjskih terminih. Vsak od ciljev mora biti merljiv. Določiti moramo osnovno in želeno končno stopnjo cilja, npr. stopnjo tesnobe v dvigalu pri agorafobičnem pacientu pred obravnavo in želeno (realno) stopnjo tesnobe ob koncu obravnave. Naredimo okviren načrt obravnave, pri čemer se opiramo na dokazih temelječe postopke, ki jih prilagodimo specifičnemu klientu in njegovim težavam. Ob takšnem načrtu je možno sproti spremljati klientov napredek. Terapevt mora klientu predlagati, da med cilje obravnave vključita tudi delo na določenih področjih ali spretnostih, ki bodo klientu omogočila večjo stabilnost in trajnost spremembe.

Pri izbiri mer napredka je priporočljivo kombinirati subjektivne in objektivne mere. Npr. pri ocenjevanju depresivnosti je subjektivna mera Beckova lestvica depresivnosti, ki jo izpolni klient, objektivna pa Hamiltonova lestvica depresivnosti, ki jo ovrednoti terapevt. Dobro je vključiti več različnih mer, kot so merske lestvice, intervjuji, mere samoocenjevanja in opazovanja, lahko pa tudi specifične laboratorijske mere. Pri oblikovanju mer napredka se lahko izkaže velika kreativnost terapevta in klienta. Spremljanje napredka mora biti kontinuirano, saj lahko na podlagi tega po potrebi sproti prilagajamo postopek. Stabilnost sprememb moramo spremljati v daljšem časovnem obdobju, lahko tudi do enega leta (angl. follow-up), tako da načrtujemo občasne osvežitvene (angl. booster) seanse.

Na koncu psihoterapevtskega procesa s klientom skupaj pregledamo potek obravnave in dosežene cilje. Poleg tega klienta vedno vprašamo po njegovem mnenju o uspešnosti obravnave. Pomembna je tudi terapevtova subjektivna ocena napredka ali pa ocena neodvisnega psihoterapevta. Ocena lahko vključuje tudi mnenje drugih pomembnih oseb, npr. partnerja, starša, učitelja in podobno. Eden od indikatorjev uspešnosti psihoterapije je zmožnost klienta, da posploši usvojene spretnosti in znanj tudi na druga področja svojega življenja ter da si bo v prihodnje z usvojenimi tehnikami lahko pomagal sam. Pri kognitivno-vedenjski terapiji je nujno, da so dosežene spremembe vidne na vedenjskem nivoju in vsakdanjem funkcioniranju klienta in ne le kognitivnem.

ZAKLJUČEK

Uporaba evalviranih psihoterapevtskih postopkov in evalviranje uspešnosti psihoterapevtskega postopka pri posameznem klientu je v sodobnem in na dokazih temelječem znanstvenem obdobju osnovna zahteva, s katero presegamo zdravorazumskost preteklosti. Kljub temu da je področje evalvacije psihoterapije relativno mlado in se zdi, kot da imamo z vsako novo raziskavo več neodgovorjenih vprašanj kot dobljenih odgovorov, nam je lahko že samo zavedanje zapletenosti in kompleksnosti uporabe psihoterapije kot načina pomoči ljudem v stiski pri našem kliničnem delu v oporo.

LITERATURA

- Agras, W S. in Berkowitz, R. (1980). *Clinical research and behavior therapy: Halfway there?* Behavior Therapy, 11, 472–487.
- Barlow, H. B. in Hofman, S. G. (1997). *Efficacy and dissemination of psychological treatments*. V: D. M. Clark in C. G. Fairburn (ur.), Science and practice of cognitive behaviour therapy. Oxford: Oxford University Press.
- Eysenck, H. (1952). *The effects of psychotherapy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 16, 319–324.
- Gelder, M. G., Marks, I. M. in Wolff, H. H. (1967). *Desensitisation and psychotherapy in the treatment of phobic states: A controlled inquiry*. British Journal of Psychiatry, 113, 53–73.
- Hawton, K., Arensman, E., Towsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., van Heeringen, K., House, A., Owens, D., Sakinofsky, I. in Träskman-Bendz, L. *Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition*. British Medical Journal, 317, 441–447.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. in Woods, S. W. (2001). *Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 747–755.
- Klein, D. F. in Smith, L. B. (1999). *Organizational requirements for effective clinical effectiveness studies*. Prevention & Treatment, 2, article 0002a. [www.http://www.journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020002a.html](http://www.journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020002a.html)
- Linehan, M. M. (1997). *Behavioral treatments of suicidal behaviors*. V: D. M. Soff in J. J. Mann (ur.), Annals of the New York Academy of sciences: The neurobiology of suicidal behavior. New York: New York Academy of sciences.
- Nietzel, M. T., Bernstein, D. A. in Milich, R. (2002). *Uvod u kliničku psihologiju*, Zagreb: Slap.
- Norquist G., Lebowitz, B. in Hyman, S. (1999). *Expanding the frontier of treatment research*. Prevention & Treatment, 2, article 0001a. <http://www.journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020001a.html>
- Miklowitz, D. J. in Clarkin, J. F. (1999). *Balancing internal and external validity*. Prevention & Treatment, 2, article 0004c. <http://www.journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020004c.html>
- Živčić-Bećirević, I. (2003). *Istraživanja efikasnosti psihoterapije*. V: M. Biro in W. Butollo (ur.), Klinička psihologija. München: Katedra za Kliničku psihologiju Ludwig Maximilians Universität.

VEDENJSKO- KOGNITIVNA TERAPIJA EKSTERNALIZIRANIH MOTENJ V OTROŠTVU IN ADOLESCENCI

Peter Janjušević, univ. dipl. psih.

Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana

Gotska 18, Ljubljana

peter.janjusevic@siol.net

UVOD

Kazdin (2000) poroča, da je v literaturi opisano več kot 500 različnih vrst psihosocialnih tretmajev za otroke in mladostnike, od katerih so mnogi namenjeni obravnavi eksternaliziranih motenj oz. motenj vedenja. Le malo od teh pa je bilo podvrženo zahtevnejši evalvaciji, ki bi ugotavljala dejansko kratkoročno in dolgoročno učinkovitost teh pristopov. Metaanalize različnih študij so pokazale, da je večina tretmajev eksternaliziranih motenj pri otrocih in adolescentih v glavnem neučinkovitih (Kazdin, 1995, v: Frick in Kimonis, 2005). Poleg tega so ugotovili, da imajo tiste oblike obravnave, pri katerih prihaja do pogostega medsebojnega druženja mladostnikov z antisocialnim vedenjem celo nasprotno učinke od zelenih; posledica je lahko zvečana pogostost in intenziteta antisocialnega vedenja.

Namen prispevka je oris osnovnih značilnosti eksternaliziranih motenj pri otrocih in adolescentih in pregled terapevtskih pristopov, ki izhajajo iz kognitivne in vedenjske terapije. Med eksternalizirane motnje sodi tudi hiperkinetična motnja. Kognitivno-vedenjske strategije za obravnavo hiperkinetične motnje so opisane že v prispevku Leonide Rotvejn - Pajič (2004) v: Prispevki iz vedenjsko-kognitivno terapije, Zbornik I.

Opredelitev eksternaliziranih motenj v otroštvu in adolescenci

Psihosocialne motnje v otroštvu in adolescenci lahko v grobem delimo na internalizirane in eksternalizirane (Wilmshurst, 2005). V sklopu internaliziranih motenj, za katere je značilen t. i. deficit v vedenju, najdemo anksioznost, depresivnost, socialni umik, somatizacije, sramežljivost ipd. Eksternalizirane motnje pa karakterizira eksces v vedenju, to so tisti odkloni v vedenju otrok in mladostnikov, ki so usmerjeni navzven, v okolico in druge ljudi. Sem sodi nepozornost, impulzivnost, pretirana aktivnost, opozicionalnost in neubogljivost, provokativnost, agresivnost in antisocialna vedenja.

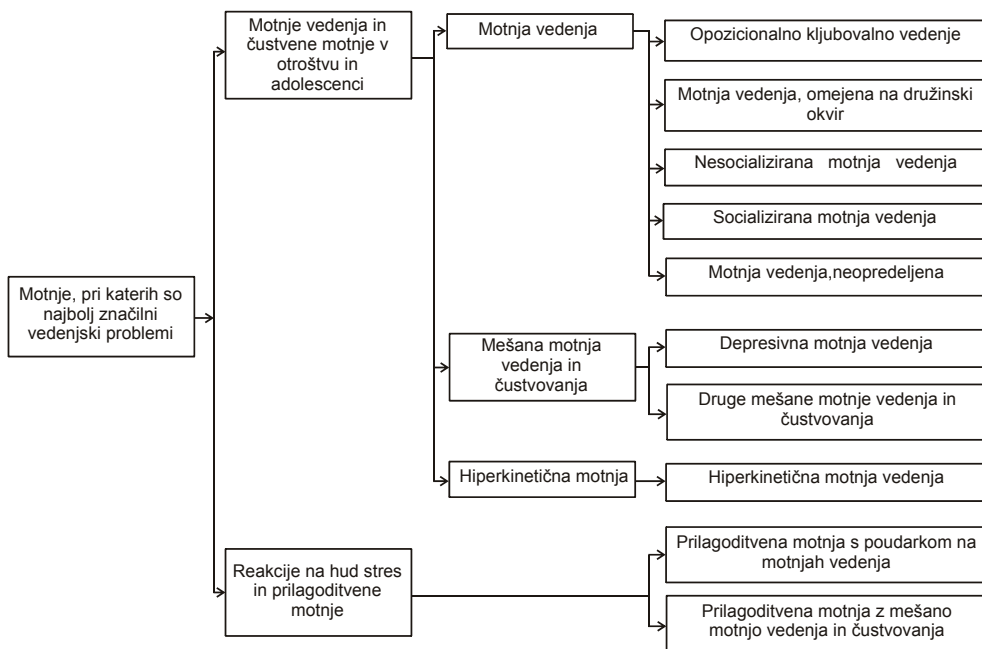
Eksternalizirane motnje pri otrocih in adolescentih običajno delimo na:

- a) probleme s pozornostjo, impulzivnostjo in hiperaktivnostjo oz. motnje pozornosti in koncentracije s hiperaktivnostno ali hiperkinetični sindrom;
- b) probleme z vedenjem in agresivnostjo: opozicionalno-kljubovalna motnja in motnja vedenja.

V raziskavah ugotavljajo, da je sicer pomembno ločevati med tema dvema različnima vrstama eksternaliziranih motenj, v klinični praksi pa se simptomatski sliki obeh pogosto prekrivata; 40–60 % otrok s hiperkinetično motnjo ima tudi motnjo vedenja (Hinshaw, 1987; po Frick in Kimonis, 2005); 65 do 90 % otrok z eno ali drugo obliko motnje vedenja pa hiperkinetično motnjo. Kadar sta prisotni obe vrsti motenj, je bolj verjeten kroničen potek obeh, kar predstavlja še poseben izziv za terapevtsko obravnavo.

Motnje vedenja so eden najpogostejših razlogov za mentalnohigiensko obravnavo otrok in mladostnikov. Epidemiološke študije v ZDA, Kanadi, Novi Zelandiji in drugih razvitih državah kažejo, da so pri 9–22 % otrok in 18–22 % adolescentov prisotne pomembne težave v prilagajanju (Frick, Kimonis, V: Madux in Winstead, 2005). Na splošno pa velja, da je prevalenca motenj v vedenju v otroštvu in adolescenci od 4 do 14 %, kar zavisi od kriterija in karakteristik populacije, ki je bila vključena v študijo. Motnje vedenja se pogosto povezujejo z delinkventnostjo in so najpogostejši razlog za vključitev otrok in mladostnikov v institucionalno oskrbo.

Problemi z vedenjem se v različnih oblikah lahko kažejo pri celi vrsti psihosocialnih motenj, najpogosteje pa jih najdemo v široki kategoriji motenj vedenja. Sliki 1 in 2 prikazujeta DSM IV in ICD 10 klasifikaciji motenj, pri katerih so v ospredju problemi z vedenjem. Obe klasifikaciji razlikujeta med prehodnimi, prilagoditvenimi motnjami, ki vključujejo omejene vedenjske probleme na eni strani, in pervazivnejšimi, dlje trajajočimi motnjami vedenja na drugi strani (Carr, 1999). V klinični praksi je razlikovanje med obema zaradi kompleksnosti in prepletenosti simptomatske slike pogosto težko, saj gre za neke vrste kontinuum eksternaliziranih motenj. V obeh klasifikacijah razlikujemo tudi med opozicionalnim vedenjem in motnjami vedenja, kjer prva predstavlja manj pervazivno obliko, ki pa je pogosto lahko razvojni predhodnik motnje vedenja.

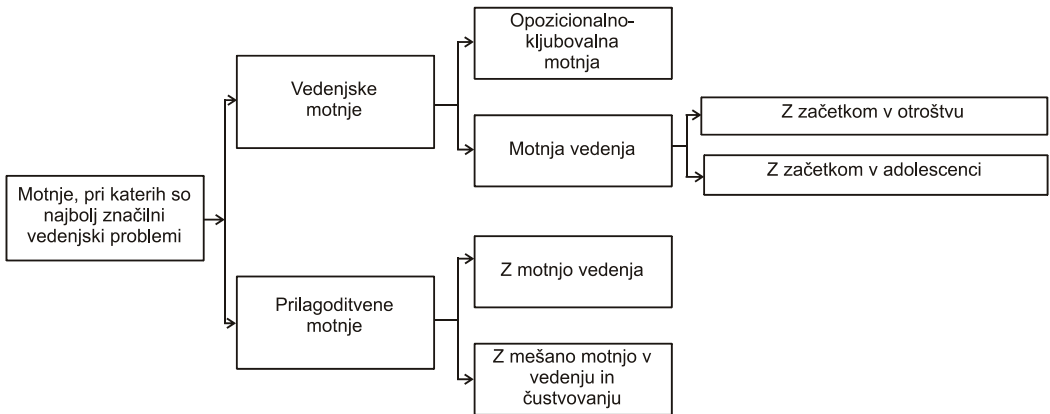


Slika 1: MKB 10 (ICD 10) klasifikacija motenj vedenja (iz: Carr, 1999)

ICD 10 klasifikacija razlikuje med nesocializirano in socializirano motnjo vedenja, kjer je ključnega pomena vpliv vrstniške skupine. DSM IV pa upošteva še razvojno obdobje, v katerem se je motnja prvič pojavila: v otroštvu ali v adolescenci. Zanimivo je, da ne ena ne druga klasifikacija ne razlikujeta posebej med tistimi oblikami, za katere je značilna odkrita (neposredna) agresivnost, od tistih, pri katerih so v ospredju bolj prikriti oblike agresivnosti.

Moteno vedenje lahko opredelimo kot odkrito – prikrito in destruktivno – nedestruktivno. Frick (1998) razlikuje:

- opozicionalno-kljubovalno vedenje (npr. trmoglavost, jezavost ...)
- agresivnost (npr. nasilnost, pretepi ...)
- uničevanje lastnine (vandalizem, zažiganje, krutost do živali,...)
- kršenje pravil (npr. zloraba drog, goljufije ...)



Slika 2: DSM IV klasifikacija motenj vedenja (iz: Carr, 1999)

Resnejšim oblikam motenj vedenja običajno predhodi opozicionalno-kljubovalno vedenje v zgodnejšem razvojnem obdobju (med 3 in 8 letom). Raziskave so pokazale, da ima v predadolescentnem obdobju resnejše motnje vedenja zelo malo otrok, ki niso že v predhodnem razvoju kazali opozicionalnega vedenja. Večina otrok z opozicionalno-kljubovalno motnjo pa kasneje ne razvije resnejše, bolj pervazivne motnje vedenja (Lahey in Loeber; V: Frick in Kimonis, 2005). Druga pomembna značilnost motenj vedenja pa je, da se pri večini otrok, ki razvijejo kompleksnejše oblike motenj, navadno ne spreminja način vedenja, ampak se ob že obstoječem vzorcu pojavijo še bolj resne oblike motenega vedenja. To kaže na razvojno stabilnost teh motenj.

Motnje vedenja pa so pri otrocih in mladostnikih zelo variabilne. Po Kazdinu (1999) lahko variirajo glede na:

- intenzivnost: od blage in občasne do hude in pogoste;
- kroniciteto: od aktualne do dolgotrajne;
- pervazivnost: od motnje, prisotne le v domačem okolju, do tiste, ki se kaže tudi v šoli, v širšem okolju;
- starost ob pojavu: od otroštva do adolescence (zgodnejši pojav večjega števila in intenzivnejših oblik motenega vedenja navadno vodi tudi v slabšo prognozo);
- vpliv vrstnikov na vedenjske probleme: od v vrstniško skupino vmeščenih »socializiranih« vedenjskih problemov do samostojnih problematičnih vedenj;
- stopnjo prikritosti: od odkrite agresivnosti do prikritih kraj in laži;
- prisotnost/odsotnost težav s pozornostjo;
- prisotnost/odsotnost težav s hiperaktivnostjo;
- prisotnost/odsotnost depresije ali drugih negativnih razpoloženjskih stanj;
- prisotnost/odsotnost specifičnih učnih težav;
- stopnjo dezorganiziranosti družine.

Diagnostika eksternaliziranih motenj v otroštvu in adolescenci

Glavno diagnostično orodje je poglobljen intervju z otrokom, njegovimi starši in po potrebi tudi z drugimi pomembnimi osebami v otrokovem okolju (npr. učitelji). Pri tem je potrebno poleg vedenjske manifestacije motnje raziskati še celotno paleto dejavnikov, ki posredno ali neposredno vplivajo na otroka in njegovo funkcioniranje. Ugotoviti je treba možne predispozicijske, sprožilne, varovalne in ogrožujoče dejavnike, ki izhajajo iz otroka samega ali pa iz njegovega okolja, njihove medsebojne interakcije in procesov.

Rapport (v Hersen, 2006) poudarja, da je pri diagnosticiranju motenj vedenja nujno potrebno zbrati podatke iz različnih virov, ker je lahko otrokovo vedenje v različnih okoljih in situacijah (ter v prisotnosti različnih oseb) zelo različno.

V klinični praksi se uporablja več različnih shem za intervju, med katerimi so vse bolj pogosti polstrukturirani intervjuji (K-SADS, DISC-IV, CAS ...). Pri kognitivni konceptualizaciji kot kontinuiranem procesu v vedenjski in kognitivni terapiji pa se uporablja vedenjsko-kognitivni intervju, ki je opisan v prispevku v tem zborniku (J. Božič).

Pomembne diagnostične informacije dajejo tudi različne ocenjevalne lestvice, npr:

- Achenbachove lestvice: XSR, CBCL, TRF,... (Achenbach, 2001)
- Adolescent Anger Rating Scale – AARS (McKinnie, 2001)

Kot presejalni inštrument pa je uporaben vprašalnik prednosti in težav (SDQ - R. Goodman, 1997, 98, 99), ki je dostopen na www.sdqinfo.com.

Za načrtovanje obravnave je potrebna še poglobljena analiza vedenja, ki vključuje sintezo vseh zbranih informacij. Funkcionalna analiza vedenja je podrobno opisana v prispevku J. Grubelnik (v: Anić, 2003).

Motnje vedenja po kognitivnih teorijah in teorijah socialnega učenja

Osnovo motenj vedenja po kognitivnih teorijah predstavljajo problemi pri procesiranju socialnih informacij (Dodge, 1994) in v deficitih na področju socialnih veščin (Spivack, 1982).

Teorija procesiranja socialnih informacij:

Raziskave na področju procesiranja socialnih informacij so pokazale, da je za kognitivno procesiranje otrok in mladostnikov z motnjami vedenja značilen sovražni atribucijski stil, ki se pojavlja predvsem v negotovih socialnih situacijah. Otroci drugim pripisujejo sovražne namene, predvsem v situacijah, kjer so dejanski nameni drugih manj jasni. Na osnovi tako selekcioniranih informacij se odločajo za agresiven, neposreden, neverbalen odziv, katerega namen je povračilo. Njihovi vrstniki in odrasli takšna vedenja vidijo v drugačni luči; iz njihove perspektive je agresivnost neupravičena, kar vodi v poslabšanje socialnih odnosov. Takšna reakcija okolja (vrstnikov, odraslih, avtoritet) potrdi otrokovo predhodno atribucijo, da so drugi naperjeni proti njemu. Sedaj ima otrok stvaren razlog za izvajanje povračilne agresivnosti.

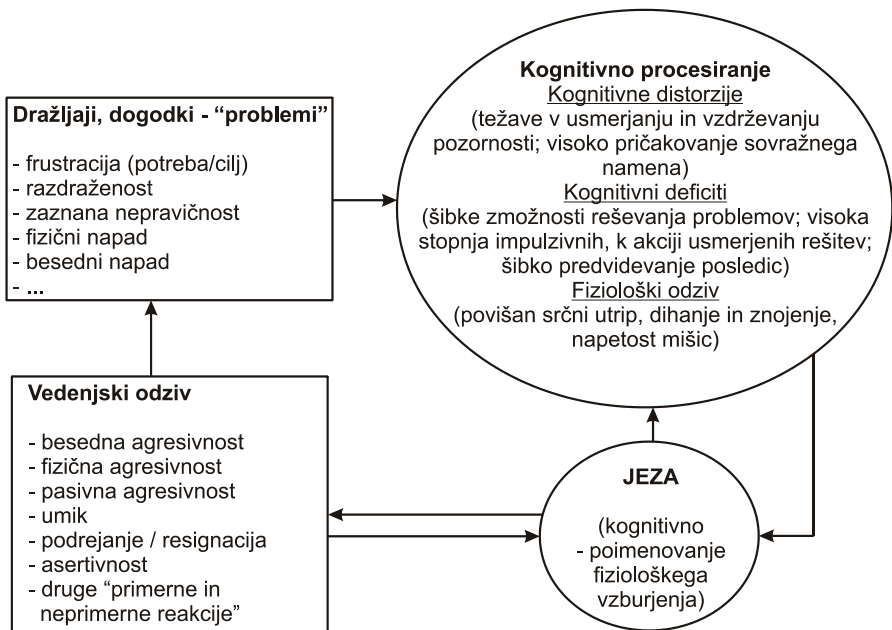
Teorija deficitov socialnih veščin

Ta teorija motnje v vedenju razlaga kot posledico pomanjkanja oz. deficita veščin, predvsem tistih, ki so povezane z reševanjem problemov v socialnih situacijah, asertivnostjo in samokontrolo (afektivno, kognitivno in vedenjsko). Iz te smeri izhajajo številni skupinski programi za učenje socialnih veščin. Pokazalo se je, da so mnogi izmed njih relativno učinkoviti, predvsem kadar so kot komponenta vključeni v multisistemske intervencije. Carr (1999)

priporoča, da se intervencije pri otrocih z motnjami v vedenju usmerijo predvsem na naslednja področja:

- delo na spreminjanju sovražnega atribucijskega stila;
- delo na točnejšem presojanju problematičnih socialnih situacij;
- delo na generiranju vrste možnih rešitev za takšne problematične situacije;
- delo na predvidevanju kratko- in dolgoročnih posledic izbranih rešitev;
- delo na izvedbi najbolj primerne rešitve;
- učenje iz povratnih informacij.

Socialno-kognitivni model jeze in agresivnosti (Kendall, 1990; 2006) združuje teoriji procesiranja socialnih informacij in teorijo deficitov v socialnih veščinah.



Slika 3. Socialno-kognitivni model jeze in agresivnosti (prirejeno po: Kendall, 2006)

Problemi oz. dogodki v okolju sami po sebi neposredno ne določajo otrokovega počutja in vedenja v danih okoliščinah. Kendall predpostavlja, da imajo agresivni otroci in mladostniki primanjkljaj potrebnih psiholoških resursov (veščin) za soočanje in za obvladovanje problemov. Zato so terapevtske intervencije usmerjene prav na ta področja. Specifične tehnike so vedenjske, npr. trening asertivnosti, trening relaksacije in kognitivne npr. samoinstrukcije, reševanje problemov, humor. Cilj vedenjskih tehnik je naučiti otroka primernejših oz. adaptivnih oblik odzivanja na probleme ali stres. Kognitivne tehnike pa so usmerjene v spreminjanje otrokovih kognicij, povezanih s situacijo, ki vzbudi jezo, ter za spreminjanje narave procesiranja teh situacij. Ta model služi terapevtu kot okvir za kognitivno-vedenjsko konceptualizacijo otrokovega funkcioniranja oz. motnje, otroku pa pomaga razumeti težave, ki so ga pripeljale v terapijo. Kognitivni deficiti ponazarjajo proces, kognitivne distorzije pa vsebino.

Primer:

<i>Socialno kognitivni model jeze in agresivnosti</i>	Primer
<p>Otrok se sreča z <u>dogodkom oz. situacijo</u>, ki lahko potencialno vzbudi jezo.</p> <p>Njegova <u>fiziološka in emocionalna reakcija</u> je posledica njegove <u>percepcije in interpretacije</u> dogodka, ne pa izključno dogodka samega. Te percepcije in interpretacije so lahko točne ali napačne ter izhajajo iz predhodnih izkušenj, ki filtrirajo dogodek, in od otrokove selektivne pozornosti na specifične vidike oz. namige v samem odogodku.</p> <p>Če je otrok interpretiral dogodek kot ogrožajoč, provokativen ali frustrirajoč, zazna <u>fiziološko vzbujenje</u> ter prične na kognitivnem planu <u>iskati vedenjski odgovor</u>, ki je primeren njegovi interpretaciji situacije. Notranje vzbujenje je v recipročni interakciji s procesi interpretacije, saj otrok mora interpretirati in poimenovati tudi emocionalno konotacijo vzbujenja.</p> <p>Ti trije seti aktivnosti :</p> <ul style="list-style-type: none">– percepcija, interpretacija in pričakovanje– vzbujenje in– reševanje medosebnih (socialnih) problemov <p>vplivajo na otrokov odziv, ki vzbudi posledice iz okolice (s strani vrstnikov in odraslih). Ti odzivi drugih lahko postanejo nov dogodek ali dražljaj, ki se povrnejo v model in na ta način nastanejo ponavljajoče se »vedenjske enote«.</p>	<p><i>Otrok gre po šolskem hodniku, ko se vanj s strani zaleti vrstnik in ga z nahrbtnikom udari v trebuh.</i></p> <p><i>»Nalašč me je!; imel je dovolj prostora na levi, ampak se je hotel vame zaleteti. Gotovo me sovraži ...«</i></p> <p><i>Fiziološko vzbujenje (srčni ritem se pospeši, v obrazu začuti vročino, stisne pest ...).</i></p> <p><i>»Zagotovo misli, da sem reva. Nihče nima pravice misliti, da sem reva.«</i></p> <p><i>»Nima te pravice. Če ga ne usekam nazaj, bodo lahko mislili, da se ga bojim. Vsi gledajo, kaj bom naredil. Moram izpasti močnejši.«</i></p> <p><i>»Nazaj ga bom. Če je on mene, je prav, da ga usekam nazaj. Tako mu bom pokazal, naj se ne zafrkava z mano. Meni nihče nič ne more.«</i></p> <p><i>Učitelj ga pošlje k ravnatelju, dobi kazen, ki jo interpretira kot krivično. »Vsi so proti meni, tudi učitelji. Vedno sem jaz za vse kriv. Bom že pokazal tistemu bedaku. On je kriv za vse to ...«</i></p>

Teorije socialnega učenja razlagajo razvoj in vzdrževanje motenj vedenja z učenjem po modelu in s prisilnimi oz. kaznovalnimi (coercive) procesi v družini.

Učenje po modelu:

Teorija A. Bandure iz 60-ih let preteklega stoletja razlaga razvoj in vzdrževanje motenj vedenja s procesom imitacije ali modeliranja. Kot model lahko služijo starši, če je njihovo vedenje agresivno, eksplozivno; največkrat so takšni očetje. Matere imajo pomembno vlogo v razvoju agresivnosti, zlasti če je njihov odnos do otroka zavračajoč. Razlaga je doživela mnogo raziskovalnih potrditev, kar še posebej velja za model prenosa agresivnosti znotraj družine (Kazdin, 1995, po Carr 1999). Pomoč otroku oz. obravnava temelji predvsem na pomoči staršem pri modeliranju ustrežnejšega vedenja.

Prisilni družinski odnosi

Pattersonova skupina (Patterson et al., 1992) razlaga vedenjske motnje, predvsem antisocialno vedenje s prisilnimi odnosi, ki se jih otrok nauči znotraj svoje družine in jih potem prenaša na svoje odnose s širšo okolico. Teorija poudarja tudi pomembnost nesoglasij med staršema, socialne in ekonomske stresorje, psihopatologijo pri starših in socialno izolacijo kot pomembne dejavnike, ki doprinašajo k uporabi prisilnih vzgojnih vzorcev. Prisilni vzgojni stil ima tri osnovne značilnosti:

- starši imajo malo pozitivnih interakcij s svojimi otroki;
- starši svoje otroke kaznujejo pogosto, nekonsistentno in neučinkovito;
- starši otrok z vedenjskimi problemi negativno ojačujejo antisocialno vedenje tako, da otroka sicer za kratek čas konfrontirajo ali kaznujejo, ko pa ta vzroji nazaj, pa se umaknejo. Na ta način se otrok nauči, da antisocialno vedenje vodi k umiku staršev.

Primer: Mati (M) 11-letnemu Simonu (S) pove, da je čas za domačo nalogo ...

M: (iz kuhinje) Simon, spravi se stran od TV-ja in naredi nalogo.

S: (ignorira, nadaljuje z gledanjem TV.)

M: Simon! Daj, ugasni že TV, naloga se ne bo sama od sebe naredila ... Ugasni!

S: A ravno zdaj, dobro veš, da tole najraje gledam.

M: Ne bom ti več govorila, takoj nalogo delat.

S: To delaš nalašč, to vedno delaš, ko jaz kaj gledam, sploh nimam nobenega časa ...

M: (ga prekine.) Najprej naloga, potem pa TV, če ne boš ...

S: Naloga je moja stvar! (Se razburi, povzdigne glas.)

M: Mulc, takoj nalogo delat!! (Stopi pred TV, jo ugasne in Simona povleče iz kavča.)

Izgini v sobo, še eno reci, pa jih boš dobil okoli ušes! (kriči.)

S: (kriči nazaj, je rdeč v obraz in razburjen.) Kaj mi boš ti govorila, nimaš mi ti kaj govoriti!! Slišiš? (Vzame pilota za TV in ga zabriše v tla.) Mir mi daj!!!

M: (Se umakne nekaj korakov nazaj, govori tiše.) Ah, konec koncev pa je šola tvoja skrb. Meni je vseeno, če ponavljaš razred. Briga me ...

V tem kratkem transkriptu vidimo, kako lahko otrok na sicer jasno zahtevo matere, ki ob otrokovi opozicionalnosti postaja vse bolj groba, s svojim agresivnim povračilnim vedenjem doseže, da se mati umakne in otroku ni potrebno izpolniti zahteve. Na ta način se otrokova strategija, s katero doseže svoje, vsakič ojačuje.

Tako vzgajani otroci do osnovnošolskega obdobja razvijejo agresivni medosebni stil, ki posledično vodi v zavrnitev s strani vrstnikov in konfliktno odnose z avtoritetami (na primer učitelji). Zelo verjetno je, da se bodo ti otroci, ki jih v adolescenci začne vrstniška skupina zavračati, vključili v deviantno vrstniško skupino, ki pa njihovo antisocialno vedenje sprejema in dodatno spodbuja. Patterson je s sodelavci ugotovil, da lahko do takega potega pride predvsem pri tistih mladostnikih, ki imajo v anamnezi opozicionalno-kljubovalno vedenje. Terapevtske intervencije, ki so multisistemske, so usmerjene predvsem v:

- pomoč staršem pri opuščanju prisilnih vzorcev interakcij z otrokom;
- pomoč staršem pri učenju učinkovitejših veščin za discipliniranje otroka;
- pomoč staršem in otroku pri vzpostavljanju bolj pozitivnih vzorcev medsebojnih interakcij;
- pomoč staršem pri obvladovanju morebitne lastne psihopatologije, pri razreševanju zakonskih nesoglasij in pri soočanju z življenjskimi stresi, ki ovirajo učinkovito starševstvo.

OBRAVNAVANJE MOTENJ V VEDENJU

Motnje vedenja so psihiatrična kategorija, pri kateri so dejavniki otroka oz. mladostnika, staršev, družine in konteksta, v katerem se motnja kaže, v zapletenem, dinamičnem odnosu. Kazdin (2001) zato navaja, da mora učinkovit terapevtski pristop zajeti čim več področij. Čeprav so motnje vedenja predvsem disfunkcija pri otroku ali mladostniku (Hill in Maughan, 2001) pa ne smemo zanemariti recipročnih in kompleksnih odnosov v celotnem sistemu otrok – starši – družina – širše socialno okolje.

Izredno pomemben element vsake terapevtske intervencije je psihoedukacija staršev (in otroka) o naravi motnje. Namen psihoedukacije je pomoč staršem, da razumejo motnjo pri lastnem otroku, zlasti to, da otrokovo destruktivno, agresivno ali opozicionalno vedenje ni posledica njegovih intrinzičnih negativnih karakteristik. Starši otrok z motnjami vedenja pogosto mislijo, da je otrokovo vedenje dokaz, da je notranje slab. Zato jim pomagamo k ustrežnejšemu razumevanju, da gre v osnovi za dobrega otroka s slabimi navadami, ki jih sprožajo določeni dražljaji in vzdržujejo določene posledice. To je tudi eno od izhodišč kognitivno-vedenjskega razumevanja motenj vedenja. Starše se sooči tudi s pogostim zmotnim prepričanjem, da so otroka pripeljali k strokovnjaku, da ga bo on »uredil«. Psihoedukacija kot ena od intervencij ima najbolj ugodne učinke takrat, ko je prepletena z vsemi drugimi elementi terapevtskega programa. Pri motnjah vedenja je vključevanje staršev, pa tudi širšega otrokovega okolja v obravnavo ključno.

Kazdin (2001) med pristope, ki imajo empirično potrjeno določeno mero učinkovitosti pri obravnavi eksternaliziranih motenj, uvršča predvsem štiri, ki so v zahodnem svetu tudi najbolj razširjeni:

- Parent Management Training
- Cognitive problem – solving skills therapy
- Funkcionalna družinska terapija
- Multisistemska terapija

Parent management training (PMT)

(Op. izraza ne prevajam, zato v tekstu uporabljam izvorni – angleški izraz oz. kratico PMT)

Od vseh štirih pristopov največ obetov raziskave pripisujejo Parent management trainingu. Serketich in Dumas (1996, po Kazdin, 2002) v metaanalizi preko stotih študij učinkovitosti PMT ugotavljata, da program mnogo obeta. PMT vključuje vrsto postopkov, s katerimi se starši učijo, kako lahko spreminjajo vedenje svojega otroka v domačem okolju. Osnovno izhodišče PMT je, da vedenjski problemi v domačem okolju nenamerno nastajajo in se vzdržujejo zaradi neprimernih interakcij med starši in otrokom. Agresivno in antisocialno vedenje spodbujajo predvsem: neposredno ojačevanje deviantnega vedenja, pogosta, neučinkovita uporaba ukazov ter grobega kaznovanja in pomanjkanje pozitivne pozornosti ter pohval za primerno vedenje. Za negativne interakcije pa niso odgovorni le starši. Pogosto jih sprožajo tudi otroci ali mladostniki sami. Na primer, če so starši v svojem vzgojnem delovanju nekonsistentni in nepredvidljivi, se otrok začne neprimerno vesti (npr. da kaj vrže ob tla). Starši s svojo pozornostjo, ki jo temu vedenju namenijo, nehotе ravno to ojačajo. Nekonsistentno in nepredvidljivo vedenje staršev je samo po sebi za otroka averzivna situacija in prekinitve te situacije ojača otrokovo neprimerno vedenje.

Obstaja več različic PMT, skupne pa so jim predvsem naslednje značilnosti:

- tretma teče s starši/-em, ki sami doma izvajajo vrsto postopkov;

- starši se sestajajo s terapevtom, ki jih uči uporabe specifičnih postopkov za spreminjanje interakcij z njihovim otrokom, promocijo prosocialnega in zmanjševanje deviantnega vedenja;
- starši se učijo ugotavljati, definirati in opazovati problematična vedenja na nove načine;
- pomembna je natančna opredelitev problema;
- seanse so organizirane tako, da imajo starši možnost konkretnih izkušenj in opazovanja izvedbe naučenih tehnik, da vadijo in preizkušajo tehnike (npr. preko iger vlog). Vključujejo tudi sprotno evalvacijo programa, ki ga sicer izvajajo doma.

Večina programov PMT v sedemdesetih letih preteklega stoletja je bila oblikovana za individualno obravnavo ene družine, v katero so vključevali starše skupaj z otrokom. Zahteve po učinkovitih in cenejših programih pa so v devetdesetih letih spodbudile porast skupinskih obravnav, kjer se dela s skupino staršev. V teh skupinskih oblikah poteka delo bolj v smislu tutorstva. Na vsakem srečanju se starši naučijo novih spretnosti in evalvirajo njihov napredek ter izkušnje iz uporabe naučenih vedenjskih vzgojnih spretnosti med posameznimi seansami. Program navadno teče tedensko, med posameznimi seansami pa imajo starši zadolžitve, kot so opazovanje, beleženje, preizkušanje različnih tehnik. Pri PMT se običajno ne zahteva prisotnosti obeh staršev. Nekatere raziskave (Horton, 1984; v Hill in Maughan, 2000) celo kažejo, da toga zahteva, da se programa udeležujeta oba starša, ne vodi k ojačanju terapevtskih učinkov.

Trajanje programa je prilagojeno predvsem intenziteti motnje pri otroku. Pri blagih oblikah opozicionalnega vedenja traja program navadno od šest do osem tednov, za klinično vodene otroke s težjimi motnjami pa je trajanje občutno daljše, od 12 do 25 tednov. Starši na seanse prihajajo sami, določene variante programa pa zahtevajo tudi občasno vključitev otroka, kar terapevtu daje priložnost za opazovanje interakcij med njimi.

Starši se v programu preko seans učijo naslednjih komponent oz. veščin:

- definiranje, opazovanje in beleženje vedenja, operacionalizacija problematičnega vedenja; uporaba različnih ček-list in sistemov beleženja; prepoznavanje, kako posledice ojačujejo vedenje;
- dajanje jasnih in učinkovitejših navodil;
- pozitivno ojačevanje: nagrajevanje s točkami in pohvalami; definiranje otrokovih nalog doma, opredelitev učinkovitih pohval, izdelava sistema nagrajevanja s točkami;
- uporaba time-outa (time-out kot strategija za zmanjševanje neprimernega vedenja; narava kazni; variacije time-outa v različnih situacijah);
- pozornost in načrtno ignoriranje (pozornost kot strategija ojačevanja pozitivnega vedenja in ignoriranje kot strategija zmanjševanja nezaželenega vedenja);
- tehnike reševanja problemov;
- sklepanje kompromisov: kompromisi kot strategije reševanja konkretnih interpersonalnih težav v družini glede pravic/dolžnosti otroka;
- uporaba graje (učinkovita uporaba graje za specifična vedenja).

Učinkovitost PMT je odvisna od mnogih dejavnikov. Prvi in morda najpomembnejši je usposobljenost terapevta (in koterapevta). Izredno pomembni pa so tudi dejavniki, kot so življenjski stresi in nizka raven socialne opore, ki so karakteristični predvsem za tiste starše, ki se na intervencije niso ugodno odzvali. Mnogi programi, ki se izvajajo dandanes, so multimodalni in vključujejo tudi delo z družinami na področju razreševanja drugih stisk v družini, med staršema ali v širšem okolju, ki lahko negativno vplivajo na medsebojne odnose in na motnjo pri otroku. Obetajoči pa so tudi programi, ki poleg klasičnih elementov PMT vzporedno vključujejo tudi na otroka usmerjeno delo v smislu reševanja medosebnih problemov.

Parent management training se največkrat izvaja s starši otrok, starih do 10 let. Kazdin (2005) navaja raziskovalne ugotovitve, da se vzporedno z izboljšanjem otrokovega vedenja spremenijo tudi: odnosi v družini, kvaliteta življenja cele družine in pogledi staršev na otroka. Pri mladostnikih pa raziskave niso pokazale tako očitnih pomembnejših pozitivnih učinkov.

Cognitive problem – solving skills therapy (PSST)

PSST je usmerjena predvsem v razvijanje strategij reševanja medosebnih (socialnih) problemov. Reševanje socialnih problemov je kognitivni – afektivni – vedenjski proces, skozi katerega posameznik odkriva nove, učinkovitejše načine obvladovanja problemov v vsakdanjem življenju (D'Zurilla– v: Rose, 1989). PSST vključuje učenje novih strategij za:

- načine, kako otrok pristopa k situacijam. Gre za miselne procese, s katerimi otrok vodi svoje odzive na medosebne interakcije. V PSST otroka učimo stopenjskega, »korak za korakom« pristopa k reševanju interpersonalnih problemov z uporabo samoinštrukcij, da bi usmerjal pozornost na določene vidike problema ali postopke, ki vodijo k uspešni rešitvi problema.
- izbor vedenj oz. rešitev za medosebne probleme. Preko modeliranja in neposrednega ojačevanja se spodbujajo prosocialna vedenja kot nujen del procesa reševanja problemov.
- uporabo strukturiranih dejavnosti, kot so igre, zgodbe, domače naloge ipd. Med obravnavo se naučene strategije uporabljajo v vse bolj kompleksnih realnih življenjskih situacijah.

Pri PSST terapevt modelira kognitivne procese z uporabo glasnih samoinštrukcij in sekvenc samoinštrukcij pri reševanju problemov, daje pa tudi namige za uporabo spretnosti in povratne informacije, s katerimi ojačuje pravilno uporabo naučenih strategij.

Poleg učenja tehnik za reševanja problemov se v PSST obravnavajo deficiti v socialnih veščinah in v procesiranju socialnih informacij – kognitivne distorzije, ki so značilne za funkcioniranje otrok in mladostnikov z eksteraliziranimi motnjami.

D'Zurilla (1986) je tehniko reševanja problemov razvil v samostojen terapevtski pristop, t. i. terapijo reševanja problemov, ki se največkrat uporablja v skupinah kot bistvena komponenta vedenjsko-kognitivnih programov. Razlogi za to so predvsem v dejstvu, da skupina posameznikom omogoča reflektiranje različnih možnih rešitev, obenem pa nudi možnost takojšnje, neposredne povratne informacije in evalvacije izbranih rešitev.

Tehnika oz. terapija reševanja medosebnih problemov otroka uči uporabe različnih strategij obvladovanja problemov v različnih situacijah. V obravnavi se učijo predvsem naslednjih spretnosti (Rose, 1998):

- alternativnega razmišljanja oz. zmožnosti generiranja različnih alternativnih rešitev za medosebne probleme ali situacije,
- posledičnega razmišljanja oz. zmožnosti predvidevanja kratkoročnih in dolgoročnih posledic posamezne alternative in uporaba le-te v procesu odločanja,
- metodičnega (sredstvo – cilj) razmišljanja oz. zmožnosti načrtovanja vrste specifičnih poti ali dejanj, ki so potrebna za izvedbo rešitve posameznega medosebnega problema.

D'Zurilla (1986) navaja pet osnovnih korakov v tehniki reševanja problemov:

- problemska orientacija: Kaj je problem?;

- problemska definicija in formulacija: Kaj ob problemu razmišljam, kako se počutim, kako se vedem? Kdo ali kaj je povzročil problem? Kaj mi problem pomeni? ...
- generiranje alternativ: Na kakšne načine lahko rešim problem?
- izbira najustreznejše rešitve: Katera je optimalna rešitev?
- izvedba rešitve in evalvacija: Kako se je izbrana rešitev obnesla?

Posamezne korake v sami terapiji lahko prilagajamo potrebam posameznega otroka ali mladostnika. Terapevt je v fazi generiranja rešitev nedirektiven, s svojimi intervencijami pri otroku le spodbuja iskanje čim večjega števila rešitev, ki se v tej fazi še ne vrednotijo. Če otrok ne najde večjega števila možnih rešitev, ga spodbudimo tako, da mu ponudimo smer razmišljanja, npr.: »*Drugi otroci mi pogosto povedo, da se pri reševanju problemov obrnejo tudi na koga drugega ..., kaj pa ti?*«. Seveda pa je število rešitev odvisno tudi od narave problemov, saj je za nekatere otrokove probleme težko najti mnogo rešitev.

Primer: 12-letni Miha (M) se pogosto stepe z enim od sošolcev. V seansi s terapevtom (T) iščeta alternativne možnosti za njegov odgovor na sošolčevo izzivanje. Problem je definiram kot »Sošolec me vsak dan med malico izziva z žaljivkami, kar me zelo jezi, zato se branim in se stepeva.«

T: Miha, povej mi, na kakšen način se boš lahko naslednjič odzval, ko te bo Blaž spet izzival?

M: Lahko bi mi rekel, da je budala.

T: Imaš še kakšno idejo?

M: Ja, lahko bi brcnil v njegov stol in bi mu sendvič padel iz rok. Ali pa bi mu vrgel zmečkano brisačko na njegov pladenj. Pa bi mu pokazal, naj se ne dela norca iz mene.

T: Sedaj imava zapisane tri možne rešitve. Ti na misel pride še kakšna?

M: Ne, ena od teh bo prava.

T: Poskusiva najti še kakšno, morda bi ti lahko kdo takrat pomagal?

M: Ja, lahko bi povedal učiteljici, ampak potem bi me vsi imeli za špec-kahlo. No, lahko bi pa mu samo zagrozil, da ga bom zatožil.

T: Še kaj?

M: Ja ... ne. No, lahko pa bi mu samo rekel, naj neha. Ker mi gre to na živce. Pa saj mi ga sploh ni treba gledat, lahko gledam na drugo stran. Ja, lahko bi se takrat začel pogovarjati s sošolcem, ki sedi zraven mene. Potem bi sigurno nehal izzivati in bi šel drugam ...

V primeru je na kratko opisan nedirektiven način »izvabljanja rešitev« iz otroka. Ko je terapevt videl, da se je proces generiranja ustavil, je dečka usmeril na eno od področij, kjer lahko še išče rešitve. Ob generiranju rešitev ni sproti vrednotil posameznih predlogov, čeprav je Miha v prvem delu predlagal večinoma agresivne možnosti.

Program obvladovanja jeze

Tradicionalnim, ozko vedenjsko usmerjenim programom, ki izhajajo iz teorij socialnega učenja, očitajo, da ne omogočajo generalizacijo naučenih spretnosti, ker se ti programi osredotočajo le na manipulacije posledic neprimerne, agresivnega vedenja. Feindlerjeva in Ecton sta 1986 oblikovala program, ki vključuje učenje spreminjanja lastnega emocionalnega vzburjenja in vedenja v averzivnih ali stresnih situacijah. Program izhaja iz osnovnih postavk modela, ki sta ga razvila Novaco in Meichenbaum za obrambo pred stresom (Kendall, 2006), ki vključuje vrsto kognitivno-vedenjskih tehnik za zmanjševanje vzburjenja in kognitivno samokontrolo in predelavo. Sestoji se iz treh faz, ki se medsebojno stalno prepletajo:

1. Edukacija: faza kognitivne priprave, katere cilj je, mladostnika naučiti razumevanja lastnih vzorcev jeznega reagiranja. Poudarek je na edukaciji o interakciji med kognitivnimi, fiziološkimi in vedenjskimi vidiki reagiranja; adaptivnih in neadaptivnih funkcijah lastne jeze; situacijskih sprožilcih jeze in spretnosti za povečanje samokontrole nad lastno jezo.
2. Faza pridobivanja spretnosti, ki se sestoji iz kognitivne in vedenjske komponente treninga spretnosti. Mladostniki se učijo specifičnih kognitivno-vedenjskih spretnosti soočanja in obvladovanja, ki jih potem prakticirajo v vedno bolj stresnih, frustrirajočih situacijah.
3. Uporaba naučenih spretnosti: postopno izpostavljanje stresnim situacijam, ki lahko sprovcirajo jezen odziv in konkretno učenje uporabe naučenih spretnosti v igrah vlog in realnih vsakdanjih situacijah.

Program otroke oz. mladostnike uči predvsem naslednjih strategij:

- samoopazovanja (self-monitoring),
- samoocenjevanja (self-evaluation) in
- samonagrajevanja oz. samoojačevanja (self-reinforcing).

V programu Feindlerjeve in Ectona so vključene tudi komponente učenja socialnih veščin in asertivnosti preko modeliranja in igranja vlog. Posamezne komponente so zastavljene izrazito ciljano, v tiste deficite, ki so najbolj značilni za pomanjkljivo samoobvladovanje delinkventnih otrok in mladostnikov, in sicer:

- deficiti vedenjskih spretnosti (zmanjšana zmožnost samoopazovanja, ustreznega samonagrajevanja/samoojačevanja ter samoevalvacije);
- kognitivni deficiti (slabša diskriminacija, atribucije in spretnosti reševanja problemov, ki vplivajo na slabše pridobivanje, izvedbo in razumevanje spretnosti samoobvladovanja);
- »performance« ali izvedbeni deficiti (nezmožnost uporabe ustreznih spretnosti samoobvladovanja zaradi interference, ki jo povzroča visoko emocionalno vzburjenje – jeza, anksioznost ali depresivnost).

Terapija vključuje vrsto intervencij, ki morajo biti prilagojene posameznemu otroku in njegovemu stilu soočanja z zunanjimi – okoljskimi in/ali notranjimi dražljaji in specifičnimi agresivnimi odzivi nanje. Zelo pomembne so obnovitvene ali t. i. booster seanse, ki ojačajo in utrdijo učinke terapije. Generalizacija sprememb po izvedenem programu je brez obnovitvenih seans relativno omejena in kratkotrajna.

Skupinski program za obvladovanje jeze (Findler in Ecton, 1986) vključuje učenje veščin na več področjih otrokovega funkcioniranja. V osnovi gre za učenje prepoznavanja in ocenjevanja provocirajoče situacije in izvedbe najbolj učinkovitejšega odgovora iz repertoarja naučenih odzivov za obvladovanje jeze. Vsebuje komponente učenja veščin, ki so pri otrocih in mladostnikih z motnjami vedenja deficitarne; to so predvsem samoinštrukcije, samoopazovanje, samoevalvacija, obvladovanje vzburjenja in spretnosti obvladovanja.

Samoinštrukcije

Začetnika terapevtske tehnike samoinštrukcij sta Meichenbaum in Goodman (1971, po: Feindler in Ecton, 1986). Osnovni namen treninga samoinštrukcij je uporaba notranje generiranih ukazov ali napotkov, ustrezen odziv nanje ter ojačevanje mediacijske vloge lastnega notranjega govora. Samoinštrukcije so usmerjene v spreminjanje interpretacij predhodnikov (antecedentov), ki lahko sprožijo jezen odziv. Poleg nadzorovanja vzburjenja in kognitivne predelave pa samoinštrukcije usmerjajo tudi reševanje problemov in omogočajo odložitev impulza oz. reakcije. To je pomembno ob dejstvu, da so agresivni otroci in mladostniki pogosto tudi impulzivni. Pri uporabi samoinštrukcijskega treninga je potrebno upoštevati omejitve in posebnosti, kot so starost,

kognitivno funkcioniranje in motivacijske dejavnike, ter v skladu z njimi prilagajati tako vsebino, kot tudi način učenja. Na tem mestu je pomembno omeniti funkcionalno analizo vedenja, ki je pomemben korak v načrtovanju intervencij, saj bo učenje uporabe samoinštrukcij neuspešno, ko ima mladostnik od svojega vedenja koristi, ki so večje od tistih, ki bi jih bil deležen z ustrežnejšim vedenjem. Za generalizacijo in vzdrževanje samokontrolnih vedenj je bolj učinkovito učenje splošnih samoinštrukcij, orientiranih na reševanje problemov, kot pa učenje zelo specifičnih, na nalogo orientiranih samoinštrukcij (Kendall in Brasswell, 1993), čeprav je učenje specifičnih, enostavnejših samoinštrukcij v procesu učenja tehnike navadno prvi korak.

Samoopazovanje

Samoopazovanje oz. self-monitoring otroku pomaga prepoznavati komponente v sekvenci jeznega reagiranja. To pomeni analizo posameznikovih jeznih reakcij (tako kognitivne, fiziološke, kot vedenjske komponente) ter notranjih in zunanjih predhodnikov jeze. Učimo ga razlikovati med prikritimi in odkritimi antecedenti, odzivi na njih in posledicami. Veščina obenem spodbuja tudi identifikacijo problemov.

Samoevalvacija

S samoevalvacijo povečujemo verjetnost ojačevanja nanovo pridobljenih samokontrolnih strategij. Novaco (1979) govori o naknadni refleksiji, ki se izvaja ne glede na to, ali je bil konflikt razrešen. Učinkovitost samoevalvacijskih spretnosti pa je odvisna od natančnosti samoopazovanja in samoojačevanja. Zato je pomembno zelo jasno definirati vedenja, ki jih bo otrok ocenjeval in jasno opredeliti kriterije za uspeh. Program za obvladovanje jeze je najbolj učinkovit, ko imamo jasno postavljene cilje in strategije ojačevanja. Predvsem je pomembno, da se evalvirajo tako neuspešni kot uspešni poskusi samoobvladovanja ali razrešitve konflikta. Samoevalvacija je obenem tudi zadnja faza v sekvenci tehnike reševanja problemov.

V nadaljevanju sta prikazana dva primera sheme za samoopazovanje. Prva je enostavnejša in je uporabna predvsem med prvimi seansami za identifikacijo situacij, ki pri otroku vzbudijo jezni odziv.

“Izzivalni” dnevnik

Ime: Teden:

S križcem na črti označi, kako si se počutil, če se ti je kaj od opisanega zgodilo ta teden.

	Ni me motilo	Zelo me je motilo
Nekdo me je opravljal	←————→	←————→
Nekdo me je odrival ali udaril	←————→	←————→
Nekdo je kričal name	←————→	←————→
Nekdo mi je grozil	←————→	←————→
Nekdo me je okrvil za nekaj	←————→	←————→
Nekdo me je zafrkaval	←————→	←————→
Nekdo me je zasmehoval	←————→	←————→
Nekdo me je ignoriral	←————→	←————→

Ta teden pa sem se počutil najbolje, ko:

Slika 4: »Izzivalni dnevnik« – primer sheme za samoopazovanje

Druga shema na naslednji strani pa vsebuje tudi komponento samoevalvacije. Otroci in mladostniki to shemo uporabljajo kot dnevnik svoje jeze, njihove zapise pa lahko v skupini uporabimo kot vir za igre vlog. Služi za spremljanje napredka posameznega otroka oz. mladostnika.

Obvladovanje vzburjenja

Poleg že opisanih spretnosti je pomembno tudi učenje regulacije fiziološkega odziva v provokativnih situacijah. Uporabljajo se relaksacijski treningi, abdominalno dihanje, različne imaginacije. Cilj teh tehnik je razvoj občutka kontrole nad fiziološkim vzburjenjem, ne pa toliko to, da bi bil posameznik ob averzivnem dogodku sproščen. Najbolj razširjena je Jacobsonova tehnika progresivne mišične relaksacije (glej: Adamčič Pavlovič, 2004), obstajajo pa tudi adaptacije, ki so prilagojene otrokom.

Učenje adaptivnih veščin

Gre za učenje veščin obvladovanja, ki posamezniku omogočajo bolj primerno izražanje jeze, učinkovitejše reševanje problemov, s tem pa tudi boljšo medosebno komunikacijo. Usvajanje teh veščin poteka z uporabo modeliranja in vedenjskih eksperimentov. Sem sodijo različni treningi asertivnosti in učenje reševanja problemov v socialnih situacijah.

Datum: Ura:

Kje si bil?

Kaj se je zgodilo?

Kdo je bil prisoten (vpleten)?

Kaj si razmišljal?

Kako jezen si bil?

	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
	Strašno jezen		Zares jezen		Srednje jezen		Malo jezen		Sploh ne jezen		

Kaj si naredil?

Kako si se obvladal?

	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	
	Slabo				Srednje				Super			

PRIKAŽI TO SITUACIJO TAKO, DA JO VPIŠEŠ V A - B - C SHEMO

<p>Kaj se je zgodilo pred tem?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> A </div>	<p>Opiši svoje vedenje.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> B </div>	<p>Kakšne so bile posledice, kaj se je zgodilo po tem?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> C </div>
---	--	---

Slika 5: Primer dnevnika za samoopazovanje

Program obsega dvanajst srečanj (za podrobnejši opis glej: Feindler in Ecton, 1986, str. 70–105):

1. Uvodno srečanje: smisel programa, pravila, kratke relaksacijske tehnike, odštevanje in imaginacija
2. Samoocenjevanje jeze in A-B-C shema
3. Sprožilci jeze, progresivna mišična relaksacija
4. Pravice, asertivne tehnike
5. Ponavljanje konceptov
6. Opomniki, samoinštrukcijski trening
7. Nadaljevanje samoinštrukcijskega treninga
8. Tehnika mišljenja vnaprej
9. Nadaljevanje tehnike mišljenja vnaprej
10. Samoevalvacija
11. Tehnike reševanja problemov
12. Povzetek programa, zaključek

Učitelji, ki so v študijah ocenjevali skupine otrok, vključenih v program, so opazali, da se je zmanjšalo agresivno odzivanje v provokativnih situacijah, izboljšale so se spretnosti reševanja problemov, povečala se je kognitivna refleksija, impulzivnost pa zmanjšala.

TAKOLE PA SE STVARI LAHKO ZAPLETEJO:
 Zamisli si, da ne znaš narediti matematične domače naloge in jezno vržeš zvezek v tla. To vidi tvoja mama in seveda jo tvoje vedenje razjezi, zato te kaznuje. Recimo, da ti prepove igrati se na računalnik. Ta kazen pa tebe še bolj zjezi, zato na tla vržeš še puščico ...
 S pomočjo spodnje slike poskusi najti kakšno podobno situacijo, ki se je zgodila tudi tebi, in jo vpišeš na list s praznimi oblački.

Jaz: **A** → **B** → **C** → **A** →

Nekdo drug, npr. mami: **A** → **B** → **C** →

Thought bubbles for 'I':
 A: Naloga je pretežka, ne znam je narediti.
 B: Jezen sem. Vržem zvezek v tla in rečem "Jaz tega ne bom!".
 C: Ne smem ven. Vse bolj sem jezen ...
 A: To se mi zdi krivično in grdo. Mislim, da mami to počne nalašč.

Thought bubbles for 'Someone else, e.g., mom':
 A: Mami vidi, kako mečeš stvari po tleh. To se ji ne zdi v redu.
 B: Jezna je. Zaradi tvojega vedenja ti prepove igrati na računalnik.
 C: ...

Slika 6: Primer delovnega lista, ki je otrokom v pomoč pri učenju o sekvencah jeznega reagiranja (ABC). Otroci za domačo nalogo dobijo enake delovne liste s praznimi oblački, v katere potem skupaj s starši vpišejo lastne izkušnje.

Stop, pomisli, kaj se bo zgodilo, če ...

The diagram illustrates the 'Stop, think, what will happen if...' technique. It shows a sequence of events A, B, and C. A STOP sign is placed over the arrow connecting A to B. A downward arrow from A points to a thought bubble, and an upward arrow from the thought bubble points to B, indicating a pause and reflection at the transition point.

Slika 7: Primer delovnega lista za učenje tehnike »mišljenja naprej«

Indikacije za vključitev v skupinski program za obvladovanje jeze

Program je primeren predvsem za mladostnike, ki imajo probleme na področju samokontrole in težave z obvladovanjem jeze ter z agresivnostjo. Ni pa priporočljiv pri mladostnikih:

- s hujšimi depresivnimi stanji in/ali suicidalnostjo zaradi znižane motivacije ter hudih kognitivnih distorzij, ki spremljajo depresivna stanja;
- ki uživajo droge, saj v stanju, ko so pod vplivom psihoaktivnih substanc, ne morejo spremljati programa. Oviro predstavlja njihova znižana motivacija ter težave s slušnim spominom in spominom za zaporedja;
- z motnjami mišljenja in blodnjami.

Program se najbolje obnese pri mladostnikih brez zgoraj navedenih kontraindikacij, s povprečnim intelektualnim nivojem, katerih glavni problem je proaktivno in/ali reaktivno agresivno vedenje, ki pa ne vključuje hudih, načrtnih antisocialnih dejanj.

Kognitivno-vedenjski pristopi se predvsem v ZDA in Angliji uveljavljajo tudi pri delu z delinkventnimi mladostniki, ki se zaradi kriminalnih dejanj znajdejo v pravnem sistemu. Številne evalvacijske študije še potekajo, nekateri rezultati pa so precej obetajoči. Kot primer navajam le proces evalvacije teh pristopov v okviru britanskega sodnega sistema za mladoletnike, v katerega je bilo vključenih 23 kognitivno-vedenjskih projektov. V 17 mesecih, kolikor so trajali programi, jih je zaključilo 540 od 913 obsojenih mladostnikov. Rezultati so pokazali zmanjšanje stopnje povratništva in izboljšanje splošnega vedenja ter psihosocialnega funkcioniranja. Več o tem in podobnih projektih na: www.youth-justice-board.gov.uk.

ZAKLJUČEK

Delo z otroki in mladostniki z eksteraliziranimi motnjami, posebno z motnjami vedenja, predstavlja za terapevta precejšen izziv. Ti otroci in mladostniki imajo celo vrsto disfunkcionalnih prepričanj in interakcij z drugimi, ki jih prenašajo tudi v terapevtski proces. Pogosto so prepričani, da jih nihče ne razume in da imajo drugi do njih sovražne namene ter jih poskušajo provocirati. Pogosto tudi nekatere osnovne tehnike, kot je sokratsko spraševanje, lahko razumejo kot dokaz, da jim terapevt ne verjame (Kendall, 2005). Navadno v terapijo niso vključeni na svojo željo, največkrat jih v to prisilijo starši ali druge avtoritete.

Aaron Beck kognitivno-vedenjske intervencije pri obravnavi motenj vedenja umešča v kolaborativni empiricizem (Beck, et al., po Kendall, 2006). Pri otrocih in mladostnikih z motnjami v vedenju je zelo pomembna vzpostavitev pozitivnega terapevtskega odnosa. Terapevt mora z otrokom (pa tudi s starši) vzpostaviti kolaborativni »timski« odnos in ga pridobiti za boj proti skupnemu nasprotniku – jezi in agresivnosti.

Nobena terapija sama, naj bo medikamentozna, kognitivno-vedenjski pristopi ali druge terapije pri eksteraliziranih motnjah v otroštvu, navadno ni dovolj učinkovita, če je aplicirana izolirano. To je deloma tudi posledica kompleksnosti motnje, ki se običajno kaže na vseh področjih otrokovega funkcioniranja. Potrebne so intervencije v otrokovem okolju, družini, v šoli in pridobivanje širokega vedenja o otrokovi vrstniški skupini ...

V prispevku so na kratko orisani nekateri pristopi, ki bazirajo na predpostavkah vedenjske in kognitivne terapije in ki so se v preteklih dvajsetih letih v študijah in metaanalizah izkazali kot eni najbolj učinkovitih. Izključna in rigidna uporaba tehnik, brez upoštevanja karakteristik otroka, njegovega okolja in drugih (varovalnih in ogrožujočih) dejavnikov ter prilagajanja terapije vsem tem, pa bo najverjetneje imela šibke in kratkoročne učinke.

Pri terapevtskih intervencijah, ki imajo podlago v vedenjsko-kognitivni terapiji, pa se moramo zavedati tudi nekaterih pomembnih omejitev, ki naj bodo smernice v planiranju obravnave za posameznega otroka oz. mladostnika in izziv k iskanju še učinkovitejših programov. Naj omenimo najpomembnejše omejitve:

- S terapijo moteno vedenje pogosto ni reducirano na »normalno« raven; študije kažejo, da se nekateri otroci na intervencije niti ne odzivajo.
- Terapija je najbolj učinkovita za mlajše otroke in z manj resnimi oblikami motenega vedenja.
- Raziskave kažejo, da kljub različnim modifikacijam še vedno pogosto obstaja relativno šibka generalizacija efektov terapije preko različnih setingov.

Prav iz tega razloga je za obravnavo eksternaliziranih motenj v otroštvu in adolescenci najbolj primeren multisistemski pristop, v katerega so vkomponirane opisane tehnike, intervencije pa so usmerjene v (čim) več področij otrokovega funkcioniranja (dom, šola, vrstniške skupine, prostočasne dejavnosti itd.) in so v svoji naravi multidisciplinarne.

LITERATURA

- Adamčič Pavlovič, D. (2004). *Sproščanje*. V: Anič, N. (ur.) Prispевki iz vedenjsko-kognitivne terapije – zbornik 1. Ljubljana, Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.
- Bloomquist, L. M., Cshnell, S. V. (2002). *Helping Children with Aggression and Conduct Problems – Best Practices for Intervention*. New York, The Guilford Press.
- Boxer, P., Butkus, M. (2005). *Individual Social – Cognitive Intervention for Aggressive Behavior in Early Adolescence, An Application of the Cognitive – Ecological Framework*. V: Clinical Case Studies, Vol. 4. No. 3, str. 277–294.
- Burke, J. D., Loeber, R., Birmaher, B. (2002). *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part II*. V: Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Vol. 41, No. 11, str. 1275–1293.
- Bužan, V. (2004). *Agresivnost*. V: Anič, N. (ur.) Prispевki iz vedenjsko-kognitivne terapije – zbornik 1. Ljubljana, Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.
- Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology, A Contextual Approach*. London, Routhledge.
- Carr, A. (ur.) (2002). *Prevention: What Works with Children and Adolescents? A Critical Review of Psychological Prevention Programmes for Children, Adolescents and their Families*. New York, Taylor and Francis.
- Cuerin, S., Hennessy, E. (2002). *Aggression and Bullying*. Oxford, Blackwell.
- Feindler, E. K. in Ecton, R. B. (1986). *Adolescent Anger Control – Cognitive Behavioral Techniques*. New York. Pergamon Press.
- Frick, P. J. (1998). *Conduct Disorders and Severe Antisocial Behavior*. New York, Plenum Press.
- Frick, P. J., Kimonis, E. R. (2005). *Externalizing Disorders of Childhood and Adolescence*. V: Madux, J. E., Winstead, B. A. (2005). *Psychopathology, Foundations for Contemporary Understanding*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Friedberg, R. D. in McClure, J. M. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents – The Nuts and Bolts*. New York, London. The Guilford Press.
- Goldstein A. P., Harootunian, B., Conoley, J. C. (1994). *Student Aggression – Prevention, Management and Replacement Training*. New York, The Guilford Press.
- Greene, R. W., Ablon, J. S. (2006). *Treating Explosive Kids – The Collaborative Problem – Solving Approach*. New York, The Guilford Press.
- Herbert, M. (2002). *Social and Antisocial Development*. Oxford, Blackwell.
- Hersen, M. (ur.) (2006). *Clinician's Handbook of Child Behavioral Assessment*. London, San Diego, Elsevier.
- Johnson, J. (ur.) (2001). *Evidence Based Practices for Conduct Disorder in Children and Adolescents*. Toronto, Children's Mental Health Ontario.
- Kazdin, A. E. (1997). *Practitioner Review: Psychosocial Treatments for Conduct Disorder in Children*. V: Journal of child Psychology and Psychiatry. Vol. 38, No. 2, str. 161–178.
- Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for Children and Adolescents – Directions for Research and Practice*. New York, Oxford. Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (2001). *Treatment of Conduct Disorders*. V (ur.): Hill, J. in Maughan, B. 2001) *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Kazdin, A. E. (2005). *Parent Management Training – Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. Oxford, Oxford University Press.
- Kendall, P. C. (ur.) (1990). *Child and Adolescent Therapy – Cognitive Behavioral Procedures*. New York. London. The Guilford Press.
- Kendall, P. C. (ur.) (2006). *Child and Adolescent Therapy – Cognitive Behavioral Procedures (3. izdaja)*. New York. London. The Guilford Press.

- Kendall, P. C., Braswell, L. (1993). *Cognitive – Behavioral Therapy for Impulsive Children – second edition*. New York, London. The Guilford Press.
- Larson, J. (2005). *Think First – Addressing Aggressive Behavior in Secondary Schools*. New York, The Guilford Press.
- Larson, J., Lochman, J. E. (2002). *Helping Schoolchildren Cope with Anger: A Cognitive – Behavioral Intervention*. New York, The Guilford Press.
- McKinney, D. B. (2001). *Adolescent Anger Rating Scale*. London, Harcourt Assessment.
- Pakaslahti, L. (2000). *Children's and Adolescent's Aggressive Behavior in Context: The Development and Application of Aggressive Problem – Solving Strategies*. V: Aggression and Violent Behavior, Vol. 5. No. 5, str. 467–490.
- Rose, D. S. (1998). *Group Therapy with Troubled Youth, A Cognitive – Behavioral Interactive Approach*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Rotvejn-Pajič, L. (2004). *Vedenjsko-kognitivni principi v terapiji otrok s hiperkinetično motnjo*. V: Anič, N. (ur.) Prispевki iz vedenjsko-kognitivne terapije – zbornik 1. Ljubljana, Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.
- Rutter, M., Giller, H. in Hagell, A. (1998). *Antisocial Behavior by Young People*. Cambridge. University Press.
- Slodnjak, V. (2001). *Priročnik za specializante klinične psihologije*. Ljubljana, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
- Stenfert, B. K., Dagnan, D., Loumidis, K. (1997). *Cognitive – Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities*. New York, Routhledge.
- Strayhorn, J. M. (2000). *Self-Control: Theory and Research*. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 41:1, Januar 2002.
- Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H., Gorman, B. S. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta – analysis*. V: Aggression and Violent Behavior, Vol. 9, str. 247–269.
- Wilmshurst, L. (2005). *Essentials of Child Psychopathology*. New Jersey, John Wiley & Sons.

VEDENJSKO-KOGNITIVNI MODELI RAZUMEVANJA IN OBRAVNAVE GENERALIZIRANE ANKSIOZNE MOTNJE*

Mag. Nada Anić, klin. psih.

Služba za zdravstvenu zaštitu studenata - Savjetovalište za teškoće u učenju

Trg žrtava fašizma 10, Zagreb

nada.anic@zg.t-com.hr

Nova spoznanja o vplivu na nastanek GAM in implikacijah za obravnavo

Že od samega začetka opredelitve in klasifikacije generalizirane anksioznosti (GAM) kot zasebne entitete v okviru anksioznih motenj iz 1987. leta (DSM-III-R) se raziskuje vloga misli pri nastanku in vzdrževanju te motnje. Razumevanje kognitivnih procesov, pomembnih za nastanek in dolgotrajnost GAM, je ključni del, na katerem temelji kognitivni pristop v obravnavi oseb s to motnjo.

Raziskovalci in terapevti se za GAM posebno zanimajo zaradi več razlogov:

1. Za razliko od ostalih anksioznih motenj se s kognitivno terapijo GAM dosega le zmerne uspehe. Kot primer lahko služi podatek, da je v primerjavi s paničnimi motnjami in fobijami uspešen rezultat terapije pri klientih z GAM za polovico manjši.
2. Glede na podatke (Riskind, 2005) v svetu 5 % populacije v določenem življenjskem obdobju trpi zaradi generalizirane anksioznosti. Motnja je trajna in pomembno vpliva na zdravje in splošno stanje posameznika, ki trpi za to motnjo. Zanj je značilna izčrpavajoča pretirana zaskrbljenost in nezmožnost, da bi jo kontroliral, kar vodi do demoralizacije, depresivnosti in drugih oblik anksioznosti.

O tipičnem življenjskem obdobju pojavljanja GAM, posebnih rizičnih dejavnikih in skupinah, je napisano v Zborniku 1 (Pustinek, 2004).

Vse sodobne generacije teorij GAM imajo v izhodišču Beckovo kognitivno formulacijo. V kliničnih intervjujih, ki jih je Beck s sodelavci izvedel skupaj s klienti, ki so bili napoteni zaradi anksiozne nevroze, je bilo očitno, da so stopnjevanje simptomov vedno spremljale ideje o grozeči nevarnosti v obliki avtomatskih misli in/ali slik, imaginacij.

Beckov prispevek k razumevanju kognitivne osnove anksioznosti je v razlagi, da se kognitivna ranljivost (vulnerabilnost) za nastanek anksioznih motenj razvija preko izkrivljenih shem o nevarnosti. Te vodijo in usmerjajo procesiranje podatkov (pozornost, interpretacijo in pomnjenje nevarnih ali grozečih dražljajev). Ko so te sheme enkrat aktivirane, naj bo to z realnim ali z zaznanim neprijetnim življenjskim dogodkom, sistematično izkrivljajo informacije. Posamezniki precenjujejo intenzivnost in resnost nevarnosti, podcenjujejo svoje moči za soočanje in nepotrebno uporabljajo kompenzacijske in samozaščitne strategije, kot so kognitivna, afektivna ali fizična izogibanja (Beck in Clark, 1997).

Nekatere ugotovitve, ki izhajajo iz preteklih raziskav

Raziskave kažejo, da obstaja sistematično izkrivljanje v načinu, na katerega osebe z GAM interpretirajo nejasne ali dvoumne dogodke. Informacije o nevarnosti procesirajo v skladu z njihovimi avtomatskimi mislimi, ki so usmerjene na nevarnost in grožnjo (Beck in Clark, 1997).

* Prevod: mag. Mateja Hudoklin, univ. dipl. psih., Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana

Študije o procesiranju podatkov o nevarnosti kažejo na izkrivljanja, ki se kažejo posebno v zgodnji fazi selektivne pozornosti na gradivo o nevarnosti, torej šele takrat, ko se z gradivom srečamo tudi pri implicitnih nalogah spomina. Vendar pa takšnih očitnih izkrivljenj ne najdemo v eksplicitnih nalogah spomina. Neprisotnost izkrivljenj glede nevarnosti v eksplicitnih nalogah spomina bi lahko pojasnili z dejstvom, da samozaščitna ali defenzivna kognitivna izogibanja “nadvladajo” pristranskost spomina.

Prav možnost, da **imajo v GAM kognitivni procesi vlogo samozaščite ali kompenzacijskih mehanizmov**, se v sodobnih modelih druge generacije pojavlja kot glavna tema (Riskind, 2005). V preteklih desetih letih je bilo narejenih nekaj skupin raziskav, ki so dale pomembna spoznanja o funkciji in vlogi zaskrbljenosti pri osebah z generalizirano anksioznostjo. Te raziskave so dale osnovo za oblikovanje nekaj novih modelov za razumevanje narave generalizirane anksioznosti, modelov druge generacije.

Model Borkovca pojmuje patološko zaskrbljenost, povezano z GAM, kot maladaptivno taktiko verbalnega abstrahiranja in čustvenega izogibanja notranje ustvarjenih neprijetnih imaginacij in intenzivnih občutkov strahu.

Raziskave več avtorjev (Freston in sod., 1996; Mennin in dr., 2002), kot navaja Riskind (Riskind, 2005), kažejo, da zaskrbljenost v večjem obsegu prispeva k **nepravilni regulaciji čustev**, ne le k izogibanju intenzivnemu strahu. Pretirana zaskrbljenost je glede na raziskave način za izogibanje neprijetnih čustev na splošno.

Nekateri avtorji govorijo o **izkustvenem izogibanju** (Roemer in sod., 2004, v Riskind, 2005). Anksiozni posamezniki so nagnjeni k patološki zaskrbljenosti, namesto da bi se izpostavili neposredni izkušnji. Z drugimi besedami: namesto da bi aktivno začeli reševati kak svoj problem ali nalogo, jih intenzivno skrbi, kako ga bodo rešili, kaj bi se lahko slabega, neprijetnega ali nepredvidenega zgodilo in tako naprej. Torej, namesto na akcijski (vedenjska dimenzija), se izrabljajo na kognitivni dimenziji.

Wellsov model (Wells, 2004) pojmuje metakognicije (mišljenje o mišljenju) kot osrednji in ključni pojem za razumevanje in obravnavo GAM.

Disfunkcionalni kognitivni stil “grozečih slutenj” (angl. dysfunctional “looming” cognitive style - DLCS), kot navajata avtorja, služi kot *shema* nevarnosti, ki se sicer običajno aktivira pri odkrivanju, soočanju z nevarnostjo. Pravita, da je lahko ta shema in njena fenomenološka vsebina predhodnica patološke zaskrbljenosti in napačnih strategij čustvene regulacije. Avtorja menita, da se kognitivni stil slutenja nevarnosti pojavlja veliko prej kot sama manifestacija zaskrbljenosti in ostalih simptomov GAM (Riskind in Williams, 2005).

Na podlagi različnih smeri raziskovanja in njihovih rezultatov je očitno, da so mehanizmi in procesi, ki prispevajo k nastanku in dolgotrajnosti generalizirane anksioznosti, večplastni.

Naloga modelov GAM tretje generacije bi lahko bila raziskati vzajemno delovanje med obstoječimi izvori vplivov in ustvariti celostno in razumljivo sliko teh dejavnikov in njihovega medsebojnega delovanja.

Novi modeli in razumevanje ter obravnavo GAM

Sedanja psihosocialna obravnavo gre v dve smeri (Borkovec, 2006):

1. zmanjšanje pretirane zaskrbljenosti, ki se na da kontrolirati;
2. ublažitev trajne pretirane vznemirjenosti.

Na osnovi sistematičnih večletnih raziskav in njihovih rezultatov so nastale tri teorije, ki skušajo pojasniti naravo generalizirane anksioznosti, njihovo žarišče pa je *vloga in funkcija zaskrbljenosti*. Vse tri teorije pojasnjujejo, kako deluje “ročica” ali mehanizem, ki sili k zaskrbljenosti, kako se v kompleksnem klobčiču čustev, telesne aktivacije in vedenja, zaskrbljenost vedno bolj razvija v spiralo, ki posameznike pripelje do disfunkcionalnosti in trpljenja. Prav tako pojasnjujejo zanimiv fenomen, da imajo posamezniki tako pozitivna kot negativna prepričanja o zaskrbljenosti, ki, vsako na svoj način, usmerjajo osebe z GAM k izbiri strategije za samozaščito.

1. Metakognitivna teorija (Wells, 1995, 1999)

Metakognitivna teorija generalizirane anksioznosti pojasnjuje razvoj in vzdrževanje pretirane zaskrbljenosti, ki je ne moremo kontrolirati z metakognitivno regulacijo. “Metakognicije” predstavljajo znanje, prepričanja o mislih in oceno le-teh, prav tako pa tudi regulacijo in zavedanje trenutnih misli.

Generalizirano anksioznost pojasnjuje kot “**rezultat interakcije zaskrbljenosti kot strategije spoprijemanja, negativne ocene zaskrbljenosti in poskusa kontroliranja zaskrbljenosti**”.

Žarišče obravnave je sprememba metakognitivnih misli (mišljenja o mišljenju).

Prikaz metakognitivne teorije generalizirane anksioznosti, pojmov, na katerih temelji, kot tudi prikaz metakognitivne terapije GAM je opisan v Zborniku 1 (Pustinek, 2004).

Terapevtski protokol:

V metakognitivni terapiji GAM predstavlja cilj konceptualizacija in zamenjava negativne metakognitivne ocene in prepričanj o zaskrbljenosti in razviti bolj fleksibilno uporabo alternativnih strategij za soočanje s sprožilci, ki izzovejo zaskrbljenost.

Naslednji korak je zamenjava pozitivnih prepričanj o potrebnosti in koristnosti zaskrbljenosti in prikaz alternativnih načinov procesiranja.

Obravnava se začne z oceno posameznika in konceptualizacijo primera.

Sledi spoznavanje klienta z modelom metakognitivne razlage GAM in z vsebino obravnave v prvih dveh ali treh seansah, kot je to običajno v kognitivnem pristopu.

Vrstni red intervencij je zelo pomemben.

Modifikacija metakognitivnih prepričanj se začne s prepričanji o nekontroljivosti zaskrbljenosti.

Šele ko se doseže napredek v spremembi prepričanj o nekontroljivosti zaskrbljenosti, gremo na zamenjavo metakognitivnih prepričanj o nevarnosti. Glede na to, da je stalna pozornost in usmerjenost na iskanje možnih nevarnosti značilnost posameznika z generalizirano anksioznostjo, je razumljivo, da se velik del obravnave posveča tej temi.

Šele ko je dosežena sprememba v metakognitivnih prepričanjih o nevarnosti, gremo na spreminjanje metakognitivnih misli o pozitivni vlogi in koristnosti zaskrbljenosti.

Tako, kot je to pravilo v kognitivnih terapijah, je zaključni del obravnave posvečen preprečevanju povratka simptomov, konsolidaciji usvojenega znanja in postopkov, ki so bili uporabljeni, ter utrjevanje alternativnih postopkov za reagiranje na sprožilce, ki so izzvali zaskrbljenost.

Na prikazani shemi je primer tipičnega poteka metakognitivne terapije.

Preglednica 1: Shematski prikaz tipičnega poteka metakognitivne terapije GAM

	<i>Zaporedna številka seanse</i>											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Formulacija	*											
Socializacija z modelom	*	*										
Nekontroljivost zaskrbljenosti	*	*	*	*								
Prepričanja o nevarnosti				*	*	*	*	*				
Pozitivna prepričanja o zaskrb.								*	*	*	*	
Preprečevanje relapsa											*	*

Ta razpored daje navodila o obveznem zaporedju postopkov, vendar, razumljivo, dopušča možnost in obvezuje terapevta, da se v vsakem posameznem primeru prilagaja glede na realne potrebe in posebnosti klienta.

V vsaki od navedenih faz obravnave se uporabljajo različne tehnike, ki so običajne za kognitivno terapijo, kot so sokratovska vprašanja in preverjanje neosnovanosti prepričanj s pomočjo vedenjskih eksperimentov.

Bistvo intervencije v metakognitivni terapiji GAM je, da se pri obravnavi ne ukvarjamo z vsebino zaskrbljenosti, ampak z metakognitivnimi prepričanji o zaskrbljenosti.

Specifične prilagoditve v smislu prioriternih ciljev, ki si jih postavljamo, so potrebne pri osebah s komorbiditetnimi motnjami (Wells, 2006).

O učinkovitosti metakognitivne terapije GAM

Kot navaja Wells (2006), rezultati kontroliranih študij kažejo, da je metakognitivna terapija učinkovita pri zamenjavi metakognitivnih prepričanj in intenzivnosti anksioznosti in da so opažene spremembe trajne v enoletnem obdobju spremljanja.

Avtor poudarja, da metakognitivna terapija ni usmerjena ekskluzivno le na obravnavo oseb z GAM. Namenjena je na splošno osebam s čustvenimi motnjami, pri katerih metakognitivne misli igrajo pomembno vlogo, tako pri nastanku kot pri trajanju motnje. Več avtorjev navaja možnost uporabe te terapije tako pri celem spektru anksioznih motenj, kot tudi pri osebah z depresivnostjo (Wells, 2000; Graham in dr., 2006; Papageorgeu in Wells, 2004).

Teorija izogibanja (Borkovec, 2004)

Pri pojasnjevanju generalizirane anksioznosti Borkovec predlaga teorijo izogibanja anksioznosti. Borkovec in Inz sta potrdila, da je narava zaskrbljenosti primarno miselna in ne imaginarna aktivnost. Ta ugotovitev jih je vodila k predvidevanju, da lahko prevladovanje misli o zaskrbljenosti služi kot motivirana oblika izogibanja afektivnih predstav (angl. images). Ta ideja je zasnova na Langovem pojmovanju, da se telesna aktivacija čustev pojavlja kot oblika imaginacije. Borkovec pravi, da je zaskrbljenost visoko motiviran proces, v katerem se telesni aktivnosti, povzročeni z afektivno imaginacijo, izogiba ali se jo blaži s pretirano pojmovno (miselno) aktivnostjo. Predpostavlja, da je kronična in težko kontroljiva zaskrbljenost, ki jo najdemo pri generalizirani anksiozni motnji, motivirana ne le s potrebo po rešitvi problema

(zaznane groznje), pač pa tudi z možnostjo, da se hitro potlači neprijetna telesna aktivacija. Ta reakcija kognitivnega izogibanja je vsakič negativno podkrepljena in okrepljena z izostankom ali zaključkom neprijetnega zunanjega ali notranjega dogodka. Z drugimi besedami, neprijeten/ogrožujoč dogodek, ki je povzročil anksioznost, se nikoli ne bi zgodil, a klient pripisuje svoji zaskrbljenosti to, da lahko prepreči, umakne ali ga zaščiti pred nevarnostjo. Po načelu negativnega podkrepljevanja se zaskrbljenost še naprej ohranja kot koristna strategija spoprijemanja. Na osnovi svojega raziskovanja Borkovec predpostavlja, da površinska vsebina zaskrbljenosti lahko služi kot dodatno sredstvo za izogibanje čustveno neprijetnim vsebinam, ki so lahko z različnih področij (npr. povezano s preteklimi travmami, negativnimi delovnimi izkušnjami ali sedanjimi interpersonalnimi problemi).

Borkovec predlaga obravnavo generalizirane anksioznosti po naslednjih elementih:

1. *Preprečevanje reagiranja.* Kliente učimo določiti “čas za zaskrbljenost” in/ali “obdobja brez zaskrbljenosti”. Obdobja zaskrbljenosti predstavljajo vnaprej določen čas in kraj, kjer je zaskrbljenost dovoljena tekom vsakega dne. Obdobja brez zaskrbljenosti predstavljajo čas, v katerem se zaskrbljenost, če se pojavi, predstavlja, vse dokler se oseba ne izmuzne iz tega obdobja. Sčasoma se “obdobja brez zaskrbljenosti” razširijo na več različnih krajev, na daljša obdobja in različne aktivnosti.
2. *Opazovanje izidov zaskrbljenosti.* Kliente učimo, da vsak dan opazujejo in beležijo zaskrbljenost, povezano z zastrašujočimi izidi. Ta tehnika povečuje zavedanje klientov, da bodo njihove zaznave možnih groženj v prihodnosti precenjene, sposobnosti soočanja pa podcenjene.
3. *Usmerjanje pozornosti na sedanji trenutek.* Kliente učimo različnih metod sproščanja (progresivna mišična relaksacija, meditacija, trebušno dihanje, pozitivna imaginacija), prav tako tudi tehnike kognitivne restrukturacije. Postopek klientom pomaga pri tem, da odvrnejo pozornost od hipotetičnih ogrožujočih dogodkov v prihodnosti in da se usmerijo na sedanost ter s tem prekinajo stalno zaskrbljenost.
4. *Imaginacija uspešnega soočanja.* Postopek se začne z vadbo posebne oblike sproščanja za samokontrolo (S-CD), ki ga je razvil Goldfried leta 1971. Borkovec je to obliko sproščanja vključil v svoj terapevtski protokol za obravnavo GAM. Med samim potekom vadbe globoke mišične relaksacije klientu predstavimo eno od njegovih skrbi. Klient kaže naraščanje anksioznosti, nadaljuje vajo sproščanja in signalizira znižanje anksioznosti (Rygh in Sanderson, 2004). Avtorja podrobno razložita postopek po posameznih korakih in opozorita na možne napake.
5. *Obdelava ključnih strahov, katerim se izogiba s pomočjo zaskrbljenosti.* Borkovec pravi, da zgodnji travmatični dogodki, težave v razvoju navezanosti (attachment) in/ali trenutne medosebne težave se lahko povezujejo s čustvenim nelagodjem, ki ga povzročajo klientove nezadovoljene potrebe.

O učinkovitosti Borkovčevega pristopa v obravnavi GAM

Obravnava je usmerjena na pomirjanje telesne in čustvene vznemirjenosti in na zmanjševanje pretirane zaskrbljenosti.

V kontroliranih študijah se je pokazalo, da kombinacija vedenjskih in kognitivnih postopkov vodi k boljšim in bolj stabilnim rezultatom kot uporaba zgolj vedenjskih postopkov ali samo kognitivne terapije.

Štiridelni model za razlago in obravnavo GAM (Ladouceur in sod., 2000)

Ladouceur in njegovi sodelavci predstavljajo model nastanka in vzdrževanja generalizirane anksioznosti, ki vključuje štiri glavne spremenljivke:

1. netoleranca negotovosti
2. prepričanja o zaskrbljenosti
3. slabo orientacijo pri problemih
4. kognitivno izogibanje

Prva in najbolj značilna spremenljivka v njihovem modelu je netoleranca negotovosti. Ta je posledica znižanega praga tolerance za nejasnost in močnih reakcij nanjo ter sprejemanja grozečih izidov kot posledice negotovosti. Netoleranca za negotovost vodi do disfunkcionalnega vedenja (kot je iskanje pretirane količine dokazov, da bi se s tem povečala varnost). Takšno disfunkcionalno vedenje moti učinkovito reševanje problemov.

Drugo značilnost tega modela predstavljajo prepričanja o zaskrbljenosti. Osebe z generalizirano anksioznostjo so nagnjene k precenjevanju prednosti zaskrbljenosti in k podcenjevanju pomanjkljivosti zaskrbljenosti. Prepričani so, da ima zaskrbljenost koristen in varovalen namen (npr., da preprečuje dogajanje slabih stvari). Izostanek neželenih dogodkov po (nepotrebn) zaskrbljenosti služi kot negativna podkrepitev tega prepričanja.

Tretja spremenljivka v tem modelu je, da se klient nasploh slabo znajde ob problemih. Povečini ni prepričan v rešljivost problemov in o lastni moči za reševanje. Usmerjenost (orientacija) glede na probleme je metakognitivna aktivnost višje ravni. To pa ni le specifičen niz veščin, potrebnih za reševanje problemov.

Četrta značilnost je kognitivno izogibanje zastrašujočih miselnih slik in imaginacij. Borkovčeva teorija izogibanja je osnovana prav na predpostavki, da predstavlja zaskrbljenost način izogibanja strahovom in nelagodju, ki se povezuje z zastrašujočimi slikami.

Dugas, Gagon, Landouceur in Freston pravijo, da se mora klinična obravnava generalizirane anksioznosti primarno usmeriti na povečevanje tolerance za negotovost, za negotove izide. Izvede se tudi ponovna evalvacija prepričanij o zaskrbljenosti s pomočjo kognitivne restrukturacije. V obravnavi se od klientov zahteva, da razlikujejo in beležijo skrbi, povezane z določenimi aktualnimi dogodki in da, po drugi strani, beležijo svoje skrbi, usmerjene na določene pričakovane, malo verjetne dogodke v prihodnosti.

Vedenjsko-kognitivni protokol za obravnavo GAM

Ta terapevtski paket je prilagojen za individualno in skupinsko obravnavo in se izvaja v 12 do 14 seansah (Dugas in dr., 2003; Ladouceur in dr., 2000).

Ključne komponente obravnave so:

1. psihoedukacija o VKT in GAM;
2. trening zavedanja zaskrbljenosti;
3. obvladovanje netolerance za zaskrbljenost in sprejemanje negotovosti;
4. ponovna evalvacija prepričanja, da je zaskrbljenost koristna;
5. izboljševanje orientacije pri reševanju problemov in usvajanje veščin reševanja problemov;
6. obdelava bazičnih strahov;
7. preprečevanje vrnitve simptomov.

Čeprav je obravnava usmerjena na vse štiri spremenljivke, ki so prepoznane kot pomembne za razumevanje GAM, je stalna tema, ki poteka skozi vse seanse, povečevanje tolerance za negotovost. Pojem netolerance za negotovost je pri nastanku in ohranjanju generalizirane anksioznosti ključni pojem.

Avtorji tega modela menijo, da so zgodnejše obravnave generalizirane anksioznosti dajale skromnejše rezultate, ker so bile usmerjene na telesno pomirjanje in *splošne* kognitivne postopke. Torej niso bile natančno usmerjene na značilne posebnosti generalizirane anksioznosti.

Psihoedukativna faza se v obravnavi izvaja ob postopnem spoznavanju modela GAM. Zaradi zapletenosti se model pojasnjuje postopno usklajeno s področjem, na katerem se konkretno dela. Ob pomoči primernih shem klienti usvajajo potrebno znanje in povezujejo primere iz osebnih izkušenj z osnovnimi pojmi tega modela. Na ta način pridobivajo potrebno znanje o mehanizmih, ki so pomembni za njihove težave, in o tem, da je glavna tarča terapije pretirana anksioznost. Zaskrbljenost klientom pojasnjujemo kot miselni proces o negotovih negativnih dogodkih v prihodnosti, ki ga spremlja anksioznost. Če se takšne izkušnje zaskrbljenosti pojavljajo mesece ali leta, pride pri posamezniku do izčrpanosti in demoraliziranosti (Butler, Fenell, Robson in Gelder, 1991).

Glavni cilj obravnave je prepoznati in prekiniti cikel zaskrbljenosti in s tem zmanjšati zaskrbljenost in anksioznost, prav tako tudi izčrpanost in demoraliziranost.

Klienti se spoznajo z načinom dela v VKT: z omejenim trajanjem obravnave, s sodelovalnim delom klienta in terapevta, z domačimi nalogami, z izdelavo dnevnega reda v seansi, z načinom in ciljem postopkov ter z delom za preprečevanje vrnitve simptomov.

Trening zavedanja zaskrbljenosti

V prvem koraku kliente naučimo prepoznati zaskrbljenost, takoj ko se pojavi, v samem začetku cikla zaskrbljenosti.

Vsakodnevno morajo opazovati in beležiti svoje skrbi in jih skupaj razvrščati v dve skupini:

- a) skrbi glede vsakodnevnih realnih dogodkov in
- b) skrbi glede hipotetičnih neugodnih dogodkih v prihodnosti. Prav tako morajo klienti prepoznati ponavljajočo se zaskrbljenost ter prepoznati sprožilce, ki proces zaskrbljenosti sprožijo.

Obvladovanje netolerance za negotovosti

Glede na to, da se negotovosti in negotovim izidom v življenju ne moremo izogniti, nam preostane strategija povečevanja tolerance za negotovost. V drugi ali tretji seansi terapevt v že predstavljen model GAM vpelje pojem netolerance za negotovost. Pojasni, da so osebe s takšno netoleranco nagnjene k postavljanju vprašanj "Kaj če?", kar sproži cikel zaskrbljenosti. Preobčutljivost za negotovost se klientu razloži s pomočjo primera oseb z alergijami, ki že na najmanjšo prisotnost alergena reagirajo s simptomi. Podobno osebe z generalizirano anksioznostjo reagirajo z zaskrbljenostjo in anksioznostjo na brezpomensko negotovost. Negotovost neuspešno poskušajo zmanjšati, umakniti ali se ji izogniti, kar je neuspešno in moreče. Zato med seansami kliente usmerjamo na naloge in eksperimente, da bi najprej prepoznali svoje značilno vedenje, s katerim se poskušajo izogniti, se umakniti ali vsaj zmanjšati negotovost. To vedenje ima širok razpon – od prelaganja, večkratnega preverjanja, iskanja dodatnih informacij in podobno.

V drugem koraku izberemo zelo enostavne naloge, pri katerih v seansi, kasneje pa samostojno med seansama, klienti vadijo sprejemanje negotovosti.

Ponovna evalvacija koristnosti zaskrbljenosti

Raziskave kažejo, da imajo posamezniki z generalizirano anksioznostjo pozitivna prepričanja o koristnosti zaskrbljenosti (Robichaud in Dugas, 2006). Avtorja pravita, da lahko prepričanja o koristnosti zaskrbljenosti razvrstimo v 5 skupin. Zaskrbljenost:

- je pozitivna značilnost osebnosti,
- pomaga pri reševanju problemov,
- ima motivacijsko funkcijo,
- ščiti pred negativnimi čustvi,
- lahko sama po sebi prepreči slabe dogodke.

Dokler klienti verjamejo v koristnost zaskrbljenosti, tako dolgo bodo ambivalentni do zmanjšanja zaskrbljenosti. Za terapevtsko delo si izberejo osebno pomembna prepričanja in s pomočjo primerov iz svojega življenja skupaj iščejo dokaze o koristnosti zaskrbljenosti oziroma dokaze, ki temu nasprotujejo. Pri tem uporabljamo različne tehnike restrukturiranja; neposredni cilj pa predstavlja zmanjševanje ambivalentnosti glede na zavračanje zaskrbljenosti.

Izboljševanje spoprijemanja s problemi in usvajanje veččin reševanja problemov

Da se klienti slabo znajdejo ob problemih, pomeni, da klienti z GAM običajne življenjske probleme vidijo kot grožnjo, predvidevajo negativen izid, dvomijo v svoje možnosti, da bi jih uspešno rešili in imajo na splošno negativno stališče do možnosti reševanja problemov.

V osnovi je ponovno vidna njihova netoleranca za negotovost ali negotovost. Posledica negativne usmerjenosti ob problemih predstavlja občutek frustriranosti in anksioznosti ob pojavljanju problemov, prelaganje problemov in izogibanje reševanju. Namesto tega se začne cikel zaskrbljenosti s “Kaj če?” sprožilci.

Torej, namesto da bi reševali problem, postanejo zaskrbljeni, kaj vse bi lahko šlo narobe, kako niso sposobni tega rešiti in podobno. Povod tj. problem je lahko povsem nepomemben: kot na primer razgovor s šefom.

V tej fazi obravnave je prvi korak usmerjen na spremembo stališč do problemov. Zaradi svojega čustvenega stanja, povezanega s problemi, klienti napačno ocenjujejo njihovo velikost in pomen. Bolj ko so frustrirani in anksiozni, bolj ocenjujejo problem kot pomemben in grozeč. Zato moramo klientom najprej pomagati, da se naučijo razlikovati sam problem od lastne čustvene reakcije nanj.

Z razlago, da je izogibanje problemom del človeške narave, se začne naslednji korak pri delu na negativni usmerjenosti ob problemih.

Klientom pomagamo, da probleme poimenujejo in zaznavajo kot “možnosti” in ne le kot “nevarnosti”.

V drugem delu te faze terapevtskega programa se v 5 korakih izvede trening reševanja problemov, tako kot je to v kognitivni terapiji običajno (D’Zurill in Nezu). V peti stopnji procesa reševanja problema je najboljša rešitev tista, *ki ima največ prednosti in najmanj pomanjkljivosti, ni pa popolna rešitev*. Takšna izbira rešitve, njena implementacija in kasnejša evalvacija uspešnosti predstavlja situacijo, ki vsebuje veliko negotovosti. Za osebe, ki nimajo tolerance za negotovost, je lahko koristno utrjevanje postopka reševanja problemov. Reševanje problemov lahko postane alternativna strategija soočanja namesto prejšnje zaskrbljenosti, povezane s problemom.

V tem postopku klientom pomagamo, da se naučijo reševati probleme, ki so pod njihovo kontrolo. Za probleme, ki so težko rešljivi ali niso pod njihovo kontrolo, kliente učimo, da svojo čustveno reakcijo na takšne probleme opredelijo kot problem in da se naučijo tolerirati težave, ki iz takšne situacije izhajajo. V samem procesu reševanja problemov je veliko negotovosti, zato z utrjevanjem tega postopka ponovno delamo na netoleranci za negotovost, ki jo imajo osebe z generalizirano anksioznostjo.

Predelava ključnih strahov

V tej končni fazi terapevtskega postopka v model GAM integriramo kognitivno izogibanje in ta je primeren za delo na *zaskrbljenosti glede hipotetičnih situacij in dogodkov*.

V prvem delu klientom na razumljiv način in ob uporabi shem razložimo mehanizem vzdrževanja in podkrepljevanja zaskrbljenosti v dolgoročnem pogledu s pomočjo izogibanja in nevtraliziranja grozečih miselnih imaginacij.

V drugem delu te delovne faze preidemo na izpostavljanje v imaginaciji brez možnosti izogibanja ali nevtraliziranja anksioznosti.

Klient podrobno opiše zastrašujočo hipotetično imaginacijo v prvi osebi ednine in v sedanjiku. Ta opis posnamemo na avdio kaseto ali na zgoščenko.

Klient se zastrašujoči imaginaciji izpostavi najprej v seansi in ob podpori terapevta. Proces izpostavljanja se nadaljuje doma v naslednjih nekaj tednih, med katerimi klient čustveno predeluje hipotetično nevarnost, za razliko od preteklega običajnega izogibanja čustvenim reakcijam na imaginacijo. Pred in po izpostavljanju, ki traja vsak dan od 30 do 60 minut, klient opazuje in beleži intenzivnost vznemirjenosti v subjektivnih enotah vznemirjenja SUD (subjective unit of disturbance).

Trajanje izpostavljanja se individualno prilagaja, dokler se ne predelajo čustva, povezana z možnim dogodkom in ne zmanjša zaskrbljenost, ki se z njim povezuje.

S klientom se ponovno predeluje povezanost netolerance za negotovost tudi kot temeljni pojem, ki se povezuje z njegovim izogibanjem ključnim strahovom pred hipotetičnimi grožnjami v nedoločljivi prihodnosti.

Avtorja poudarjata, da se vsaka faza tega terapevtskega paketa smiselno povezuje s ključnim pojmom netolerance za negotovost kot najpomembnejšim generatorjem GAM.

Zaključna faza obravnave je usmerjena na preprečevanje povratka simptomov. Še enkrat se preučijo vse intervencije, izvedene v predhodnih fazah, klienta pa spodbujamo, da jih uporablja in se sam krepi za uspešno uporabo.

Evalvacija tega terapevtskega postopka je izvedena v nekaj študijah (Robichaud in Dugas, 2006). Izkazalo se je, da daje postopek zadovoljujoče rezultate:

- velik delež posameznikov po obravnavi ne izpolnjuje več kriterijev za diagnozo GAM;
- izboljšanje ostaja stabilno v enoletnem obdobju spremljanja.

V skupinski obravnavi je osip klientov pomembno večji (10,2 % v primerjavi z 0 % v individualni obravnavi).

Zaenkrat ni dovolj podatkov o prednostih tega postopka v primerjavi z metakognitivno terapijo GAM po Wellsu niti v primerjavi z drugimi terapevtskimi paketi novejšega datuma. Na študije, ki bi dale odgovore na ta vprašanja, še čakamo.

Kombiniranje kognitivnih in vedenjskih tehnik pri obravnavi GAM

Ne glede na obstoječe razlike med sodobnimi terapevtskimi postopki ti obvezno vsebujejo dve komponenti:

- tehnike za umirjanje telesne vzburjenosti,
- usmerjenost k zmanjševanju zaskrbljenosti.

Obvladovanje telesne vzburjenosti dosežemo s pomočjo urjenja klienta v različnih oblikah sproščanja, z miselnim pomirjanjem, osredotočenostjo (angl. mindfulness) na pomirjujoče imaginacije. Ta komponenta je pomembna takrat, ko upoštevamo, da osebe z generalizirano anksioznostjo trpijo zaradi razdražljivosti, nemirnosti, utrujenosti, mišične napetosti in nespečnosti.

Usmerjenost na zmanjševanje zaskrbljenosti vključuje uporabo kognitivnih postopkov: kognitivno restrukturacijo, delo na metakognitivnih mislih. Ključno področje za delo na zmanjševanju zaskrbljenosti predstavljajo prepričanja in metaprepričanja o koristnosti zaskrbljenosti in, na drugi strani, nemogočo kontrolo le-te. Iracionalnost prepričanja, tako glede pozitivne vloge zaskrbljenosti kot tudi glede njene škodljivosti, se postopoma "otresamo" z uporabo sokratskih vprašanj, iskanjem dokazov za in proti prepričanju in, skoraj vedno, z uporabo eksperimentov. Eksperimenti so enostavni in za preverjanje določenega klientovega disfunkcionalnega prepričanja namerno izbrani. Npr.: za klienta, ki je prepričan, da ga bo zaskrbljenost pripeljala v norost, lahko pripravimo eksperiment, v katerem bo v seansi vztrajno zaskrbljen, po tem pa se prepriča, da zaradi tega ni izgubil razuma.

Eksperimenti predstavljajo močno orožje v boju proti iracionalnim in rigidnim prepričanjem, ki klientu škodijo. Za določen konkretni primer terapevt klientu predlaga, da z eksperimentom preveri točnost in upravičenost svojega prepričanja, da poišče konkreten dokaz za to, v kar je prepričan. Pokazalo se je, da kognitivne intervencije pomembno hitreje napredujejo, če so podprte z vedenjskimi postopki – eksperimenti.

V knjigi Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy iz leta 2004 je skupina avtorjev objavila navodila in primere eksperimentov, ki jih lahko uporabimo pri kliničnem delu in pri različnih motnjah.

Za obravnavo oseb z GAM sta Butler in Rouf (2004) priredila celo serijo eksperimentov z natančnimi navodili za vsak koncept, ki je lahko cilj obravnave (kot so pozitivna metaprepričanja o koristnosti zaskrbljenosti, netoleranci za negotovost ipd.).

Kot primer so predstavljeni nekateri od teh eksperimentov (Butler in Rouf, 2004).

Preglednica 2: Primeri eksperimentov za spreminjanje metakognitivnih prepričanj

Misel za preverjanje	Predlagani eksperiment	Možna korist
Ne morem nehati skrbeti.	Čas za zaskrbljenost, čas brez zaskrbljenosti; početi nekaj drugega ...	Možna je izbira, da NISI zaskrbljen.
Skrbi me morijo, nikoli ne bom zaspal.	Ob postelji naj bo pripravljen papir in svinčnik. Skrbi naj klient zapiše, da jih bo lahko reševal naslednje jutro.	Prestavljanje iz glave na papir lahko nekaterim pomaga, da odložijo skrbi in zaspijo.

Preglednica 3: Primeri eksperimentov za povečevanje tolerance za negotovosti

Za preverjanje	Predlagani eksperiment	Potencialna korist
Grozno je ne vedeti, kaj se bo zgodilo.	Klient naj se sprost ali se osredotoči na sedanost, da zmanjša čustveno vznemirjenost.	Negotovost je sprejeti kot neizbežno, klient naj se usmeri se na sedanost brez predvidevanja, kaj bo v prihodnosti.
Edini način soočanja.	Trenira naj izključevanje zaskrbljenosti.	Poskus kontroliranja prihodnosti.
Je stalna kontrola.	Klient naj naredi, kar lahko.	Tako kot poskušati kontrolirati čas in ovire v vedenjsko-kognitivni obravnavi GAM

Generalizirana anksioznost je dolgotrajna motnja z zelo resnimi implikacijami. Razvija se od otroštva ali adolescence in neredko traja več desetletij. Več avtorjev navaja podatek, da GAM pred prijavo za obravnavo v povprečju traja tudi do 25 let (Leahy, 2005). Prevalenca doživljenjskega trajanja znaša med 5,8 in 9 %, večje tveganje se pojavlja pri ženskah (Leahy, 2005).

Zaradi dolgotrajnosti in značilnosti, da se ta motnja sama po sebi obnavlja, ter zaradi odpornosti na različne terapije, jo nekateri avtorji vidijo kot doživljenjsko bolezen, tako kot diabetes ali hipertenzija (Leahy, 2005).

To je več kot zadosten razlog, da se številni raziskovalci in kliniki trudijo najti načine in metode pomoči.

V vedenjsko-kognitivni terapiji imajo pomembno vlogo domače naloge. Gre za dogovorjene naloge, ki jih načrtujejo terapevt in klient, izvaja pa jih klient med dvema seansama v svoji realni življenjski sredini. Znano je, da v terapiji hitreje napredujejo klienti, ki se teh dogovorov držijo, delajo naloge in ob tem pridobivajo potrebne izkušnje. Nekateri klienti se teh dogovorov ne držijo kljub razlagam in dokazom o koristnosti nekaterih nalog.

O tem, kaj so razlogi, da nekateri klienti domačih nalog ne opravljajo, se ukvarja več avtorjev. Zdi se, da so glavna ovira pri opravljanju dogovorjenih nalog ravno metakognitivna prepričanja klienta.

Posamezniki z generalizirano anksioznostjo so zaskrbljeni glede veliko stvari in razumljivo je, da lahko cilji, ki se jih v VKT zastavlja (npr. opustitev zaskrbljenosti kot strategije soočanja ali neposredno izpostavljanje neprijetnim čustvenim stanjem), prav tako sprožijo dodatno anksioznost. Klienti lahko o anksioznosti, povezani s tako zastavljenimi cilji, menijo, da so škodljivi za njih, da so nekaj, kar jim stanje še poslabša.

Izogibanje dogovorjenim nalogam med terapevtskima seansama ima lahko za kliente nekaj neželenih posledic. Med njimi sta dve posebno značilni:

- ne pridobijo kontrole nad svojo prekomerno zaskrbljenostjo,
- izpuščajo preverjanje in popraviljanje svoje pretirane zaskrbljenosti kot napačne strategije soočanja.

Leahy in Holland (2000) sta identificirala dodatne razloge za neupoštevanje dogovorov o nalogah:

- pretirana usmerjenost na negativna čustva,
- težave pri identificiranju avtomatskih misli,
- iskanje hitrih rezultatov,
- prepričanja, da lahko anksioznost povsem izničimo,
- iskanje varnosti (gotovosti) in
- prepričanja, da je zaskrbljenost realistična.

Ena od značilnosti oseb s čustvenimi problemi je pretirana usmerjenost nase, na opazovanje lastnih čustvenih stanj in preokupacij. Pri posamezniku z GAM so to negativna čustva in telesne senzacije (napetost, vznemirjenost, anksioznost), prav tako tudi preobčutljivost na ta negativna čustvena in fiziološka stanja. S tem povezane negativne misli vodijo k precenjevanju nevarnosti in katastrofiranja. Običajni način izogibanja ali ublažitve takšnih neprijetnih stanj predstavlja pretirana zaskrbljenost. Klienta skrbi neka stvarna ali hipotetična nevarnost, namesto da bi s konkretnimi postopki in vedenjem preveril in rešil problemsko situacijo. Manjka vedenjski vidik; namesto tega klienti pretirano skrbijo za možne ovire (o možnostih "Kaj če?") in predvidene neželene izide. Takšen ustaljeni vzorec vedenja je viden tudi pri dogovarjanju in opravljanju nalog, ki bi jih klienti morali opraviti med dvema seansama. Namesto usmerjanja na postopke in vedenje, ki bi jih pripeljali do sprememb, se klienti usmerjajo k dejstvu, kako slabo se počutijo, ruminirajo o svojih čustvenih stanjih in problemih. Predmet njihove preokupiranosti ni problem, ki ga je treba rešiti, pač pa njihova negativna čustva, ki so povezana s to situacijo.

Težave pri identifikaciji negativnih avtomatskih misli niso značilne le za osebe z GAM. Klienti opazijo močna spremljajoča čustvena stanja, pripadajoča avtomatska misel pa se jim izmuzne naj bo zaradi hitrosti in kratkosti, s katero se "zasveti", ali zaradi močnega neprijetnega čustvenega stanja, ki jih zajame.

Neopravljanje domačih nalog je lahko povezano tudi s klientovo potrebo po hitrem doseganju ciljev. Običajna metoda "korak za korakom" se jim zdi neučinkovita ali pa enostavno ne zadovoljuje njihove potrebe po takojšnji ali popolni rešitvi.

Posebno težavo pri delu z anksioznimi klienti, tako kot s tistimi, ki imajo GAM, predstavlja prepričanje, da lahko anksioznost popolnoma izgine. Nekateri želijo to postaviti kot cilj obravnave ("Da ne bom anksiozen.")

Terapevti lahko kot cilj sprejmejo učenje strategij, ki klientu pomagajo, da svojo anksioznost obvladuje, zato v takšnih primerih pride do tipičnih težav pri usklajevanju (nerealističnih) ciljev klienta in (možnih) ciljev terapevta. Ta neusklajenost pri ciljih nujno ogroža osnovni predpogoj za opravljanje domačih nalog – to je, da je cilj, proti kateremu je klient usmerjen, za klienta pomemben in ga motivira.

Klienti z GAM težko tolerirajo negotovost in nekatere ravno to ovira pri opravljanju dogovorjenih domačih nalog. Pri vsaki nalogi je realistično pričakovati različne rezultate, ki pa naj bi govorili o uspešnosti in klientovem subjektivnem zadovoljstvu z dosežkom. Nobenega zagotovila ni, da bo dogovorjeni postopek dal **takojšnje in popolne** rezultate, kakršne pričakuje klient. Nekateri klienti so nagnjeni k iskanju in sprejemanju samo hitrih in učinkovitih metod. Za druge ni sprejemljiv proces, v katerem skupno iščemo in odkrivamo in v katerem ima tudi analiza neuspehov pomembno vlogo pri doseganju končnega cilja.

Pri neopravljanju dogovorjenih nalog, ki zahtevajo opuščanje zaskrbljenosti kot strategije reševanja problemov, imajo pomembno vlogo klientova pozitivna prepričanja o realnosti zaskrbljenosti. Znano je, da so klienti z GAM zaskrbljeni glede vsega – skrbijo jih resnični dogodki in problemi v njihovem življenju, prav tako pa tudi številni možni ali hipotetični problemi, za katere je malo verjetno, da bo do njih sploh kdaj prišlo.

Spekter zaskrbljenosti je zelo širok in porabi veliko njihovega časa in energije. Vključuje od trenutne upravičene zaskrbljenosti "Mi bo uspelo narediti ta težki izpit?" do "Kaj, če dobim

raka?" v neopredeljeni prihodnosti ali zelo splošno "Kaj, če sem spregledal nekaj, kar je zame zelo pomembno?"

Ker so klienti z GAM prepričani, da jih stalna zaskrbljenost ščiti pred možnimi nevarnostmi in da je to način, na katerega bodo rešili svoje probleme, torej menijo, da je zanje **zaskrbljenost koristna strategija**, je razumljivo, da je zahteva, da opustijo to strategijo, zanje nesprejemljiva. Zato je potrebno najprej delati na prepričanju o zaskrbljenosti (metakognicija), za nalogo pa ne zahtevati npr. časovno omejevanje zaskrbljenosti ali njeno popolno opuščanje.

Opravljanje dogovorjenih domačih nalog je v vedenjsko-kognitivni terapiji ključnega pomena za uspešnost terapije in trajnost doseženih rezultatov.

Vsako neopravljanje nalog je potrebno s klientom natančno preučiti in poiskati razlog za izogibanje nalogam. Za vsak obstoječi razlog obstaja način, kako ga prevladati. Težave pri opravljanju nalog so koristen dodatni vir podatkov za konceptualizacijo klientovih problemov in pravilnejši izbor terapevtskih postopkov.

ZAKLJUČEK

Iz navedene literature in podatkov je razvidno, da je sodobno razumevanje in obravnava oseb z generalizirano anksioznostjo v veliki meri obogateno in razširjeno glede na začetni Beckov model (Beck, Emery in Greenberg, 1985; Beck in Clark, 1997).

Zdaj govorimo o modelu GAM druge generacije.

Raziskovanje in širjenje modela je šlo v nekaj smeri. Eno predstavlja preučevanje **funkcije zaskrbljenosti** v tej motnji (Borkovec in dr., 1998; Wells, 2003).

Naslednjo smer v raziskovanju narave GAM je usmerjena k **izkustvenemu izogibanju** (Roemer in Orsillo, 2002).

Pomen **izkustvenega izogibanja in čustvene disregulacije** raziskuje več avtorjev (Menin in dr., 2002; Turk, Heimberg, Luterek, Mennin in Fresco, 2004), prav tako tudi možno povezanost z **netoleranco za negotovost** (Dugas in dr., 2004). Prišli so do spoznanja, da posamezniki z GAM **negotovost, negativna čustva in samo zaskrbljenost** lahko zaznavajo kot grožnjo.

Še ena smer v raziskovanju je avtorje pripeljala do oblikovanja modela o ranljivosti posameznika za slutnje o možni nevarnosti (Riskind, 1997; Riskind in Williams, 2005). Gre za model ranljivosti za grozeče slutnje (angl. model of looming vulnerability – MLV), ki poskuša **natančneje določiti sheme in misli o nevarnosti**, ki so pomembne za nastanek anksioznosti in kompenzacijskih nevtralizirajočih odgovorov.

Modeli druge generacije so pomembno prispevali k izboljšanju terapevtskih programov, še vedno pa ostaja nekaj vprašanj, ki čakajo na odgovore.

Eno takih vprašanj je: kaj je razlog, da dajejo vedenjsko-kognitivne tehnike zelo dobre rezultate pri ostalih anksioznih motnjah, pri obravnavi generalizirane anksioznosti pa zgolj delne?

Teoretična vprašanja za naslednjo generacijo vedenjsko-kognitivnih raziskav

Riskind (2005) navaja pet skupin vprašanj, na katera je potrebno najti odgovore z namenom, da bi natančneje določili ključne točke in elemente, ki so pomembni pri nastanku in trajanju GAM, ter določili odločilne interakcije med temi elementi.

1. Še naprej je potrebno raziskati kognitivne vsebine, specifične prav za GAM. Riskind pravi, da sta Beck in Perkins leta 2001 v metaanalizi potrdila, da so negativne avtomatske misli, povezane z nevarnostjo in zaskrbljenostjo, prisotne tudi pri osebah z depresivnostjo.

2. Potrebno je nadaljnje raziskovanje narave, funkcije in vloge nevtralizirajočih in kompenzacijskih odgovorov. Sedanji rezultati nakazujejo, da imajo pri GAM to vlogo kognitivna, afektivna in vedenjska izogibanja.

3. Naslednjo nalogo predstavlja integrativno razumevanje odnosov med vsebino ocene, kompenzacijskega izogibanja ali nevtralizirajočih odgovorov in čustvene ter interpersonalne disregulacije.

Predpostavljamo lahko, da napačna ocena nevarnosti in napačna izbira strategije pripelje do čustvene disregulacije. Možna je tudi dvosmerna vzročna spirala – morda čustvena disregulacija pri posameznikih ustvarja občutek, da nimajo kontrole, posledica tega pa je občutek ogroženosti. Pomembno je tudi vprašanje, na kakšen način medosebni dejavniki delujejo na procese ocene nevarnosti, na zaskrbljenost in čustveno disfunkcijo.

Težave v medosebnih odnosih in čustvenem življenju so lahko recipročno povezane z maladaptivnimi shemami nevarnosti in napačnimi ocenami nevarnosti.

4. Posamezniki z GAM kažejo pristranskost in izkrivljeno pomnjenje pri implicitnih nalogah spomina, ne pa pri eksplicitnih nalogah. To nakazuje kompenzacijsko kognitivno izogibanje. Zanimivo vprašanje, ki zahteva dodatno preučevanje, je, kako se izkustveno izogibanje čustev odraža na implicitnih nalogah v primerjavi z eksplicitnimi.

5. Integrativni model razumevanja GAM vključuje tudi evolucijsko ali biopsihološko perspektivo. Biopsihološke teorije pravijo, da so problemi, kakršne imajo osebe z GAM, lahko povezani z rigidno in neprimerno uporabo prirojenih in evolucijskih obrambnih sistemov. Takšno "prekinjanje" (angl. cut off; kot npr. umikanje pogleda pred nevarnostjo) služi kot strategija, kadar ni možnosti bega od nevarnosti.

Čustvena disregulacija, izogibanje izkušnjam in zaskrbljenost lahko predstavljajo kompenzacijske obrambne odgovore (miselno prekinjanje) na napačno ocenjeno nevarnost (Riskind, 2005).

Tretjo generacijo modelov GAM predstavljajo usmerjena preučevanja s posebnim poudarkom na odkrivanju medsebojnega delovanja kognitivnih, čustvenih, medosebnih in biopsiholoških sistemov. Na podlagi dosedanjih raziskovanj je razvidno, da so potrebni še številni odgovori glede interakcij med njimi.

Pričakovani odgovori bi lahko dali usmeritve za uspešnejše terapevtske rezultate pri obravnavi oseb z generalizirano anksioznostjo.

LITERATURA

- Antony, M. M. & Barlow, D. H. (2004). *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. New York: Guilford Press .
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders*. New York: Guilford Press.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. (2005). *Childhood Anxiety Disorders*. New York: Routledge, 101 – 127 .
- Borkovec, T. D. (2006). *Applied Relaxation and Cognitive Therapy for Pathological Worry and Generalized Anxiety Disorder V*: C. L.Davey, A.Wells, (ur.), *Worry and its Psychological Disorders* (str.273–289). Chichester: Wiley.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P.&Gelder, M. (1991). *Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167–175.
- Butler, G., Rouf, K. (2004). *Generalized anxiety disorder V*: J. Bennett-Levy,G.Butler, M.Fenell, A. Hackman, M. Mueller, in D. Westbrook (ur.), *Oxford Gide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy* (str.121–141), Oxford University Press.
- Campbell, L. A., Brown, T. A. (2002). *Generalized Anxiety Disorder V*: M. M. Antony, D. H. Barlow (ur.), *Handbook of assessment and treatment planing for psychological disorders* (str. 147–181). New York: Guilford Press.
- Davey, G., C., L. and Wells, A. (2006). *Worry and its Psychological Disorders*. Chichester: Wiley.
- Carr, A. (2004). *Child and Adolescent Clinical Psychology*. New York: Brunner-Routledge.
- Ehrenreich, J. T., Gross, A. M. (2001). *Treatment of Childhood Generalized Anxiety Disorder/Overanxious Disorder V*: H. Orvaschel, J. Faust, M. Hersen (ur.). *Handbook of Conceptualization and Treatment of Child psychopathology* (str. 211–239). New York: Pergamon.
- Freeston, M. H., Dugas, M. J.&Ladouceur, R. (2006). *Toughts, images, worry and anxiety. Cognitive Therapy and Research*, 20, 265–273.
- Kendall, Ph. C., Aschenbrand, S. G., Hudson, J. L. (2003). *Child-Focused Treatment of Anxiety. V*: A. E. Kazdin, J.R.Weisz (ur.). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*(str. 81–101).New York: Guilford Press.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Leger, E., Gagnon, F. & Thibodeau, N. (2000). *Efficacy of a new cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957–964.
- Leahy, R., L.,& Holland, S. J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorder*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2005). *Panic, Agoraphobia, and Generalized Anxiety. V*: N. Kazantzis, F. P. Deane, K. R. Ronan, i L. L'Abate (ur.). *Using Homework Assignments in Cognitive Behavior Therapy* (193–219). New York: Routledge.
- Mennin D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L.& Fresco, D. M. (2002). *Applying an emotion regulation framework to integrative aproaches to generalized anxiety disorder*. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9, 85–90.
- Papageorgiou, C., Wells, A. (2004). *Depressive Rumination*. Chichester: Wiley.
- Pustinek, M. (2004). *Kognitivni model razumevanja in tretmaja generalizirane anksioznosti. V*: N. Anić (ur.) *Prispevki iz vedenjsko-kognitivne terapije - Zbornik 1* (str. 32–57). Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.
- Riskind, J. H. (1997). *Looming vulnerability to threat: A cognitive paradigm for anxiety*. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 386–404.
- Riskind, J. H. (2005). *Cognitive Mechanisms in Generalized Anxiety Disorder A Second Generation of Theoretical Perspectives*. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 1–5.

- Riskind, J. H. (2005). *The Looming Cognitive Style and Generalized Anxiety Disorder: Distinctive Danger Schemas and Cognitive Phenomenology*. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 7–29.
- Roemer, I., Salters, K., Raffa, S., D.&Orisillo, S., M. (2004). *Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model*. *Cognitive Therapy and Research*, 29 (1), 71–88.
- Robichaud, M., Dugas, M. (2006). *A Cognitive-Behavioral Treatment Targeting Intolerance of Uncertainty*. V: C. L. Davey, A. Wells (ur.), *Worry and its Psychological Disorders* (str. 289–305). London: Wiley.
- Rygh, J. L., Sanderson, W. C. (2004). *Treating Generalized Anxiety Disorder*. New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P. M. (1996). *Avoidance Behaviour is Motivated by Threat Beliefs: A Possible Resolution of the Cognitive - Behaviour Debate*. U: P. M. Salkovskis, (ur.), *Trends in Cognitive and Behavioural Therapies* (str. 25–43). Chichester: Wiley.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S.,& Fresco, D. M. (2004). *Delineating emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder*. *Cognitive Therapy and Research*, 29 (1), 89–106.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2001). *Treating Pathological Worry and Generalized Anxiety Disorder*. U: A. Wells (ur.), *Emotional Disorders and Metacognition* (str. 155–179). Chichester: Wiley
- Wells, A. (2003). *Anxiety Disorders, Metacognitions, and Change*. V: R. L. Leahy (ur.), *Roadblocks in Cognitive and Behavioral Therapy* (str. 69–91). New York: Guilford Press.
- Wells, A. (2006). *Metacognitive Therapy for Worry and Generalized Anxiety Disorder*. V: C. L. Davey, Wells, A. (ur.), *Worry and its Psychological Disorders* (259– 273). Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2005). *Worry, Intrusive Thoughts, and Generalized Anxiety Disorder: The Metacognitive Theory and Treatment*. U: D. A. Clark (ur.), *Intrusive Thoughts in Clinical Disorders* (str. 119–145) New York: Guilford Press.

SVETOVANJE V VEDENJSKO-KOGNITIVNI TERAPIJI

*Milena Pegan Fabjan, univ. dipl. psih.
Zdravstveni dom Sežana, Partizanska 24, Sežana
milena@fabjan@siol.net*

KAJ JE SVETOVANJE

Pofesionalno svetovanje je organizirana oblika pomoči posamezniku – klientu, ki ne najde izhoda iz življenjske stiske in zato išče pomoč. Na drugi strani je svetovalec, ki je profesionalno usposobljena oseba, kompetentna in trenirana, da nudi pomoč v dogovorjenih seansah svetovalnega procesa. Klient v tem procesu spreminja, rezešuje problem, osebno raste in se razvija. Svetovanje je usmerjeno na zdrave ljudi, ki imajo v življenju problem, v osnovi razvojne narave.

Kot je razvidno, svetovanja ni enostavno definirati. Poznamo več vrst svetovanja in ga definiramo skozi različne dejavnosti. Vsekakor pa ga moramo ločiti od nasvetov. V tem sestavku bomo govorili o psihološkem svetovanju v vedenjsko-kognitivni terapiji.

TEORETSKE OSNOVE

Svetovanje je proces pomoči posamezniku. Ima pravila in postopke. Uporabljajo se na načine dela posamezne teoretske šole.

Po Ivey, Ivey & Simek – Morgan 1993 uvrščamo teoretske pristope svetovanja v več skupin:

1. psihodinamski pristop (Freud in nasledniki),
2. kognitivno-behavioralni pristopi (Skinner, Albert Ellis, William Glasser, Aaron Beck, Joseph Wolpe, E. G. Williamson, D. Biggs, idr.),
3. eksistencialno-humanistični pristop (Carel Rogers, Friderick Pearls, Viktor Frankl, Rollo May),
4. multikulturalni svetovalni teoretični pristop.

Teorije nudijo svetovanju številne funkcije: razlagajo, kako se človek uči, spreminja in razvija. Pokažejo tudi modele človekovega funkcioniranja in disfunkcije, ki se lahko pojavijo. Povedo tudi, kateri so specifični cilji svetovanja. Po obširni primerjalni študiji Smitha in Glassa (1977) so med posameznimi teoretskimi pristopi zanemarljivo majhne razlike v efektu svetovanja. Nobena teorija pa popolnoma ne razrešuje problema, zato mora svetovalec pogosto praktično integrirati različne pristope.

SVETOVALEC

Velik vpliv na efekt svetovanja ima svetovalec s svojo osebnostjo, življenjskimi izkušnjami, socialnimi veščinami in seveda z znanjem. Sama izobrazba ni dovolj. Ob delu se mora kultivirati in izgrajevati kot profesionallec. Pomembno je, da svetovalec razume samega sebe, svoje potrebe, čustva in tudi svoja stališča in vrednote. Prav tako je pomembna družbena razgledanost, odprta miselnost za novosti, odprtost za družbena dogajanja in spremembe.

Svetovanje je vzajemen odnos svetovalca in klienta, zato je sposobnost empatije in senzibilnost svetovalca za klientov problem izrednega pomena. Svetovalec v odnos vlaga tudi samega sebe, ne le kot strokovnjaka, ampak tudi kot človeka. Svetovalec je tisti, ki vzdržuje in olajšuje ter nadgrajuje svetovalni odnos. Pri tem mora ohranjati vso mero objektivnosti in strokovne kompetentnosti. Pogoj za to pa je, da se s klientom sporazumeva spontano in s čustveno toplino. Pri tem je pomembna svetovalčeva tako verbalna kot neverbalna komunikacija. Na ta način

pokažemo klientu, da ga spoštujemo in mu pomagamo, da sprejme samega sebe kot človeka, ki raste in se razvija. Svetovalec nikakor ne sme ogrožati klienta, zato ga ne kritizira in ne presoja ter ne vrednoti pravilnosti ali nepravilnosti njegovega ravnanja.

Pomembna svetovalčeva lastnost je strpnost do klientove slabosti in šibkosti. Strpnost omogoča nastanek sproščenega vzdušja. Le v takem odnosu se začanja novo učenje za ustrežnejše reagiranje.

Svetovalčeva iskrenost vsebuje dinamično skrb in aktivno zanimanje za klienta ter njegove frustracije. Svetovalec je lahko iskren do klienta, če je najprej iskren do samega sebe.

Vzgojen svetovalec se zaveda odgovornosti do klienta, sebe ter družbe in je v tem odnosu realen.

PRAVILA SVETOVANJA

1. Osnovno pravilo svetovanja je, da je svetovalec profesionalno usposobljen.
2. Gre za profesionalni odnos dveh ali več oseb, odvisno od tega, ali svetuje posamezniku, družini, paru itd.
3. Odnos je jasno definiran. To pomeni, da je mesto svetovanja formalizirano v okviru profesionalne inštitucije. Definiran je čas trajanja seanse in okvirno število seans; lahko je samo ena. Posebne oblike svetovanja potekajo preko telefona.
4. Svetovalec vodi klienta, da svoje probleme jasno vidi. Ko smo v stiski, se nam zaradi pomembnosti našega problema pojavijo močna čustva. Posledica tega je zoženo gledanje na problem. Misli so toge in neokretne; slaba je pozornost in koncentracija. Govorimo o t. i. tunelskem gledanju. V takem stanju ne vidimo rešitev, ki jih vidijo drugi, ker niso obremenjeni. Pri tem je dobro, da procesiramo naglas, kako razmišljamo o svojem problemu.
5. Še posebej je svetovalec usmerjen na odnos s klientom, ki mora biti sprejemajoč in razumevajoč. Svetovalec vodi klienta, da sam prihaja do rešitev problema, ki jih prej ni videl.

FAZE SVETOVANJA

Svetovanje opisujemo kot proces, ki poteka po določenih stopnjah in jih s klientom dogovorimo. Te faze so:

1. vzpostavitev odnosa
2. definicija problema
3. postavitve ciljev
4. izbira strategij in uporaba intervencij
5. konec in spremljanje

Vzpostavitev odnosa

Vzpostavitev odnosa zajema več stvari. Gre za svetovalni odnos z eno, dvema ali več osebami, odvisno, za kakšno naravo problema gre. Svetovalec ima lahko pred seboj posameznika, par, družino itd. Medsebojne relacije se oblikujejo na osnovi spoštovanja, zaupanja itd., kar predstavlja vzpostavljanje psihološke klime za svetovanje. Če je ta pozitivno naravnana, je to pogoj za dober psihološki napredek v seansah.

Vzpostavitev psihološke klime je odvisna od svetovalčeve profesionalne usposobljenosti, klientovih izkušenj in njegove stopnje anksioznosti v tej situaciji. Ne glede na to se mora svetovalec zavedati, da imamo vsakokrat pred seboj novega klienta, s katerim mora vzpostaviti nov specifičen odnos. Svetovalec mora vedeti, da klient, ki se ove, da rabi pomoč in jo tudi poišče, nosi v sebi konflikt med prvim: »Vem, da potrebujem pomoč in počutil se bom bolje, ko

jo bom dobil.« in drugim: »Želim si, da ne bi bil tukaj.« Svetovalec to prepozna zlasti v prvi seansi.

Drugo pomembno področje so klientove pretekle izkušnje v izmenjavi informacij z avtoritetami, starejšimi ljudmi in z nasprotnim spolom. To je povezano s klientovim etnično-kulturnim ozadjem. Kulturno občutljivi klient bo zaznaval svetovalčevo verbalno in neverbalno komunikacijo. Vse to vpliva na kasnejši odnos. Prav tako je od teh občutij odvisen klientov razvoj transfera in kontratransfera. Transfer pomeni na primer, da svetovalec spominja klienta na njegovo mamo. V tem primeru je lahko transfer pozitiven ali negativen.

Ne glede na vse se lahko prvi vtis kasneje spremeni. Pomembno je, da svetovalec prepozna psihološko dinamiko interpersonalnega prevzema in zakrita klientova čustva. Izkušen svetovalec ima izdelan kongruentni sistem, kar pomeni, da povezuje znanje z osebnimi izkušnjami.

Svetovalni proces se začne z adekvatnim socialnim kontaktom. Svetovalec predstavi sebe, zapomni si klientovo ime, ga povabi, da sede in ves čas opazuje njegovo neverbalno komunikacijo, da zazna njegovo čustveno stanje. Če je prisoten strah, spregovori nekaj vsakdanjih stavkov, da klienta razbremeni. Povabi ga, da mu pove razlog za prihod. Klientu da na razpolago dovolj časa, da se izpove. Svetovalčevo vedenje mora izražati pozornost in aktivno poslušanje, pokazati mora aktivno zanimanje za njegov problem. Klienta v začetku pogosto zanima značaj in intenzivnost problema v primerjavi z drugimi. Potrebuje strokovni model razlage. Druge zanima vzrok njihovih problemov. Nekateri so lahko internalne ali pa eksternalne narave. Vse to klientu ne pomaga razrešiti problema, ampak ga pripelje do širših uvidov in kasneje ciljev svetovanja. V svetovanju delamo največ s problemi eksternalne narave, npr.: izbor šolanja, prekinitve zakonske zveze, prilagajanje novi bolezni, soočanje z akutno krizo, ko spoznamo, da je otrok odvisen itd.

Ko končamo prvo seanso, se ponavadi klient razbremeni in vidimo, kako se razgleda po prostoru, pohištvu itd. Vtis, ki si ga ustvari ob prvem srečanju, je ponavadi netočen. Ta vtis se prenese na drugo seanso in to pomeni material za delo. Včasih je potrebno več seans, da klient sprejme svetovalca v svoj svet ter sprejme sistem dela v svetovalnem procesu.

Definiranje problema

To je proces zbiranja informacij o klientovem problemu in iskanje možnega izhoda iz problema skozi proces svetovanja. Odvisno je od naslednjega:

1. od teoretične in filozofske usmerjenosti svetovalca,
2. od načina klientovega posredovanja svojega problema,
3. od klientovega kulturnega nivoja in svetovnega nazora.

Konkretno definiramo problem skozi klientove:

1. potrebe,
2. stresorje,
3. življenjske razmere v preteklosti in sedaj,
4. napačne načine razmišljanja in interpretiranja,
5. obvladovanje čustev in
6. njegove disfunkcionalne socialne vzorce vedenja.

Večina strokovnjakov, ki se ukvarjajo s profesionalnim svetovanjem in tudi z raziskavami, preferira eklektičen integrativni pristop v konceptualiziranju človeških problemov. V praksi to pomeni, da obdelamo problem z več teoretičnih zornih kotov, kar je pomembno tudi za klientov

socialni kontekst. V vedenjsko-kognitivni terapiji definiramo problem skozi mišljenje, čustva ter klientovo vedenje in njegove odnose z okoljem.

V tej fazi svetovalnega procesa odpre svetovalec vse svoje komunikacijske kanale, da bi pridobil informacije, ki naj bi jih klient posredoval. Svetovalec ne sme pripisovati določenega pomena vzorcem ali informacijam, ampak jih mora z vprašanji ugotoviti. Tako svetovalec počasi spoznava in razume klientove percepcije in verovanja ter klientov širši socialni okvir.

Klienta je potrebno opazovati. Svetovalec naj:

1. dobi informacije o klientovi anksioznosti ali neugodju;
2. dobi vtis o klientovem kulturnem kontekstu;
3. preko neverbalne komunikacije spozna čustvene ali fizične klientove disfunkcije;
4. odkrije način, s katerim klient namiguje na svoj problem;
5. opazuje verbalne in neverbalne vzorce klientovega vedenja.

Med postopkom svetovalec spoznava, kateri najpomembnejši vzorec vedenja ali disfunkcionalnega prepričanja je najbolj interferiral v problem. V tej fazi svetovalnega procesa je zelo pomembno postavljanje vprašanj. Izkušen svetovalec zna natančno spraševati. Poznamo več tipov vprašanj. Odrpta vprašanja sprožajo mentalno procesiranje, zaprta vprašanja pa nudijo posebno natančne informacije. V začetku sprašujemo širše in splošneje, potem pa krog ožimo.

Primer:

Odrpta vprašanja:

»Kaj je z vsem tem, česar niste vedeli?«

»Kaj bi pridobili, če jo vprašate?«

»Kaj nameravate narediti, da boste dobili službo?«

»Lahko še enkrat pojasnite vaša občutja; ne vem, če sem razumel njihov pravi pomen?«

Zaprta vprašanja:

»Koliko ste bili stari, ko vam je oče umrl?«

»Kaj mislite s tem, ko rečete, da so bili starši zelo indiferentni?«

»Lahko na drugačen način opišete svoja občutja?«

Informacije mora svetovalec zabeležiti: zapisati ali avdio oz. video posneti. Beleženje informacij je discipliniran proces. Pri tem dobimo veliko neuporabnega materiala, zato je potrebno informacije sintetizirati skozi teoretičen pristop, da so uporabne. Proces definiranja problema vsebuje asociacijo dejstev in dogodkov, konstrukcijo verjetne razlage za dogodek ter postavitev strokovne ali intuitivne domneve ali predpostavke. To je osnova za naslednjo fazo postavljanja ciljev svetovanja. Na koncu moramo klienta vedno vprašati, kaj on misli, da je problem. To je direktno vprašanje in je najpomembnejša informacija, ki zaključuje celoten proces.

Postavljanje ciljev

Postavljanje ciljev pomeni postavljanje pogojev za aktivnosti za izhod iz problema. Klienti, ki so v stresu ali so dezorganizirani, težko postavijo cilje.

Za kaj so cilji pomembni? Cilje postavimo zato, da vemo, kako dolgo moramo voditi svetovalni proces in kdaj ga bomo končali. Prav tako nam določa načine dela v svetovalnem procesu.

Primer:

Cilji krizne intervencije so:

1. *hitro osvobajanje od simptomov*
2. *harmonizacija in vzpostavljanje prejšnje emocionalne stabilnosti*
3. *uvid v razumevanje krize in kriznih faktorjev*
4. *povečanje sposobnosti za soočanje s krizo v bodočnosti*

V tem procesu sodelujeta intenzivno oba, svetovalec in klient. Svetovalec je treniran, objektivni, pozna normalno in abnormalno vedenje in ima izkušnje s svetovanjem. Klient je močno okupiran s svojim problemom in je intenzivno vključen v razmišljanje ter aktivne odločitve, kaj se bo zgodilo.

Postopek v določanju ciljev gre skozi tri faze:

1. Postavljanje svetovalčevih zaključkov
Svetovalec mora spretno poslušati in brati klientove nejasne opise in želje. Veliko klientov govori o ciljnih pomoči preveč splošno. Večina jih govori, da taki ne morejo biti več, ne znajo pa povedati, kakšni naj bi bili.
2. Trenutni, vmesni in končni cilji
Večina nas govori ultimativno, npr.: »Ko bom naredil ...«, »Ko dobim avto ...« itd.
Če hočemo doseči končne cilje, moramo natančno umestiti vmesne, npr.: »Naslednji mesec planiram ...« in tudi trenutne, npr.: »Jutri bom šel ...«
Trenutni in vmesni cilji lahko realno spremenijo končne cilje in jih zato redefiniramo.
3. Učenje realističnega razmišljanja
Z drugimi besedami to pomeni, kako naj klient doseže realne cilje. Pogosto so klientova pričakovanja popolnoma nekaj drugega od tistega, kar se dejansko zgodi. Včasih so cilji napačno razumljeni in se počasi razblinijo. Na koncu moramo vedeti, da cilji niso nikoli do konca definirani.

Izbira strategij in uporaba intervencij

Poznamo različne oblike svetovanja. Behavioralni svetovalci iščejo aktivnosti, ki pomagajo klientu spremeniti možnosti v svetovalnem procesu in v realnem življenju pri reševanju njegovega problema. Kognitivni svetovalci intervenirajo s pojasnjevanjem dejstev, kar povzroči in zamaja statična stališča klienta. Z intervencijo se zgodi sprememba. Če klient identificira nezaželen cilj, je vprašanje svetovalca, kako bomo ta cilj dosegli.

Ko imamo definiran problem, klienta takoj vprašamo, katere poti in načine reševanja je že preizkusil. Večina klientov naniza veliko malenkosti, ki pa niso pripeljale do zelene spremembe. Nekateri klienti tudi uporabijo tehniko; če bi jo le malo modificirali, bi bila uspešna.

Naslednja stopnja je, da podvržemo problem intervenciji in upoštevamo vse zahtevane specifičnosti in pogoje. Če problem izhaja iz klientovega pogleda na življenje, je verjetno uporabna kognitivna intervencija. Če pa problem izhaja iz klientovega socialnega okolja (družine, dela, prijateljev), sodi sem intervencija, ki poseže v interpersonalno okolje. Če svetovalec raziskuje klientovo mišljenje, so pomembna klientova disfunkcionalna stališča in verovanja, kako uporabljata notranji govor, uči ga prepoznavati vznemirjajoče misli. Uči ga usvajati možne drugačne percepcije dogodkov in kriznih situacij. Pri čustvih je pomembno prepoznavanje čustev, učenje obvladovanja čustev, treniranje in uporaba relaksacijskih tehnik, kako naj se klient znajde v kriznih situacijah, kako naj obvladuje zelo močne emocije itd.

Klienta vzpodbujamo v aktivnosti in mu dajemo naloge, npr.: iskanje olajševalnih okoliščin, iskanje mogočih aktivnosti za razreševanje konkretne situacije, priprava na možne težave v prihodnosti in kaj bi takrat naredili.

Najbolj uspešna intervencija bo klientu pomagala doseči najbolj zaželeno vedenje. Če intervencija ne deluje, jo moramo zamenjati. Včasih še tako dobra ne deluje. Izkušnje svetovalca vplivajo na uporabo intervencij, in sicer:

1. kompetentnost svetovalca
2. prepoznavanje specifičnih intervencij
3. znanje o tipičnih odzivih klientov pri uporabi specifične intervencije
4. opazovanje klientovega odziva in efekta ob uporabi določene intervencije

Za dobro in pravilno rabo intervencije se lahko poslužimo tudi supervizijskega postopka.

Pri izbiri strategij mora biti svetovalac pozoren na klientova pričakovanja in preference ter se mora v okviru tega odločiti za ustrežno strategijo. Poznati mora njegove frustracije in izkušnje. Pomembno je, koliko je klient discipliniran, da se lahko uporabi določena intervencija, ali ima podporo drugih: prijateljev, bližnjih, ali je pripravljen in sposoben ter zmožen delati nekaj zunaj seans.

Poznamo več vrst svetovalnih intervencij. Intervencijo izberemo glede na to, na katerem področju se je pojavil klientov problem, npr.: čustveno eksponiran problem, kognitivno eksponiran, behavioralno eksponiran problem ali problem, ki ima značaj interakcij sistemov v naravi. Svetovalne intervencije razdelimo na več skupin:

1. intervencije afekta
Usmerjene so v občutja in emocije. Usmerjene so tudi v telo, npr.: pri psihosomatskih motnjah.
2. kognitivne intervencije
Usmerjene so na mišljenje in verovanja o sebi in o drugih. Pomagajo spreminjati načine razmišljanja o teh problemih.
3. vedenjske intervencije
Pomagajo klientu spreminjati vedenje ali odpravljati vzroke takega vedenja ter učijo obvladovanje vedenja v pozitivno smer.
4. interakcijske (sistemske) intervencije
Zajemajo relacijske odnose z drugimi osebami, obremenitvami ali za nas neobvladljivimi situacijami. Dela se na konkretnem odnosu, npr.: družini, službi ...

Kognitivne intervencije so naslednje:

A-B-C-D-E analiza, domače naloge, informativna intervencija, kognitivna restrukturacija, beleženje, omejevanje pogojev, biblioterapija, tipi medijev, vmesna pot, brainstorming, indentificiranje alternative, reframing, ego-igre, skriptna analiza, definicija problema, paradoksalna intervencija itd.

Vedenjske intervencije so naslednje:

Vodena imaginacija, monitoring vedenja, igranje po pravilih, live modeling, relaksacijski trening, vedenjski eksperiment, asertivni trening, učenje socialnih veščin, sistematična desenzibilizacija, plan aktivnosti itd.

Zaključek in spremljanje

Zaključek procesa svetovanja pomeni distanco do problema ali pa rešitev problema. Dober svetovalni proces je gotovo zelo dobra izkušnja za klienta in svetovalac klientu dosti pomeni.

Zaključevanje procesa mora biti izpeljano s previdnostjo in senzitivnostjo. Klienta vodimo postopoma do rešitve problema. Če klient problem zanika, mu to dopustimo, saj to spada v proces okrevanja in se zanikanje postopoma izničuje. Ko klient dobi nov uvid v dogajanje ali napačno razmišljanje, se vrne in se na novo korigira. Če bi svetovalec v tem primeru vztrajal na zanikanju, se kriza lahko ponovno odpre. Osnovno pravilo je, da se mora svetovalec skozi celoten proces ukvarjati s tem, da bo klient dosegel zaključne procese. Pri tem mora svetovalec slediti tudi klientovim željam. Svetovalec reče klientu: *»Hitro napredujete in boste kmalu zaključila najino delo.«*

Poseben problem je takrat, ko je svetovanje le delno uspešno. To je lahko, če se klient ali svetovalec kam preselita. Klient lahko izrazi željo, naj se svetovanje prekine ali nadaljuje po telefonu. Svetovalec pa lahko tudi presodi, da bi bilo pametno, da bi klient dobil drugega svetovalca. V vsakem primeru gre za klientovo slabo izkušnjo.

Svetovalni proces naj bi trajal štiri do šest seans. Svetovalec se mora zavedati, da tudi če klient ni popolnoma uspel, je kljub temu notranje napredoval. Klient rabi sigurnost za zaključek svetovanja. To dosežemo z redčenjem seans na šest tednov, tri mesece ... Klient lahko vedno pokliče po telefonu.

PREDSTAVITEV PRIMERA SVETOVANJA

1 Opis

Študentka Tanja, stara 20 let, prvi letnik ekonomije, ima starejšega brata, ima starejše starše. V gimnaziji odlična, sedaj pa ni opravila pogojev za nadaljevanje študija.

2 Ocena problema

Pretiran strah pred izpitom.

3 Kateri so sedanji problemi, kako so nastali in kaj jih vzdržuje

- *tretjič padla na izpitu iz poslovne ekonomije, ki je bil pogoj za prvi letnik,*
- *nesposobnost obvladovanja strahu pred in med izpitom,*
- *slaba samopodoba,*
- *preveč faktografsko učenje.*

Cilji:

- *da se pogojno vpiše,*
- *da opravi pogoj v četrtem roku,*
- *da odpravi prevelik strah pred in med izpitom.*

Kako so problemi nastali:

- *Na pisnem izpitu se zahteva poleg pisanja snovi tudi izražanje lastnega mnenja. To je ovira, ker ima premalo znanja in ne pozna praktične uporabe.*
- *Ko je drugič padla na izpitu, se ji je ekstremno povečala anksioznost med izpitom, ko je naletela na prvo vprašanje, na katerega ni znala odgovoriti. Napetost in strah sta jo preplavila in ni več zmogla razmišljati in se ni ničesar spomnila.*
- *Scena se ji je ponovila na tretjem izpitnem roku.*

Kaj vzdržuje problem:

- *previsoka stopnja strahu pred in med izpitom ob prvem vprašanju, ki ga ne zna*
- *misel: nisem sposobna za ekonomijo*

- *misel: ne znam se učiti*
- *nesamozavest*

4 Katere so disfunkcionalne misli, povezane s problemom

Disfunkcionalne misli:

- *sem nesposobna za študij ekonomije*
- *ne znam se učiti*
- *nekaj je narobe z mano*

Čustva:

- *strah*
- *razočaranje*

Fiziološke reakcije:

- *napeta, nemirna, potne roke, roke se tresejo*

Vedenje:

- *joka, pasivna*

5 Katera zgodnja učenja in izkušnje doprinašajo k sedanjemu problemu

- *starši tega problema ne razumejo*
- *nasprotje med tem, da je v gimnaziji obvladala vse predmete in znanja ter je bila odlična, sedaj pa tega ne zmore več*

6 Katera prepričanja so v osnovi problema

- *sem nesposobna*
- *z mano je nekaj narobe*
- *ne znam se dovolj dobro naučiti*

7 Kako se klient sooča z disfunkcionalnimi prepričanji in katere mehanizme je razvil

- *čim se pojavi ovira, takoj obupa*
- *premalo je vztrajna*
- *aktivira se na drugih področjih, npr.: gre s kolegicami ven*

Svetovanje je potekalo v štirih seansah. Izmed vedenjskih tehnik se je uporabila relaksacija ter vodena imaginacija in vedenjski eksperiment. Od kognitivnih intervencij pa analiza avtomatskih misli.

ZAKLJUČEK

Psihološko svetovanje v vedenjsko-kognitivni terapiji je zelo strukturiran in visoko strokovno determiniran proces. Zato zahteva ne samo usposobljenega, temveč tudi izkušenega, treniranega in vzgojenega svetovalca. Le-ta vlaga v svetovalni proces vsa svoja znanja ter tudi sebe kot človeka, saj nosi odgovornost za razrešitev klientove stiske. V procesu svetovanja v vedenjsko-kognitivni terapiji definiramo in razgrajujemo problem klienta skozi njegovo mišljenje, čustva, telesno počutje ter klientovo vedenje v socialnem kontekstu. Svetovanje obsega pet faz, ki so strokovno strukturirane. Pri tem uporabljamo metode in tehnike, ki se tudi sicer uporabljajo v vedenjsko-kognitivni psihoterapiji. Tako se svetovanje in psihoterapija v bistvu prepletata. Svetovanje je praviloma usmerjeno v zdrave ljudi, ki imajo probleme razvojne ali pa eksterne narave. Proces svetovanja je krajši kot psihoterapija in zajema maksimalno šest seans, v katerih mora klient vzpostaviti distanco do problema ali pa ga rešiti.

LITERATURA

- Harold L. Hackney, I. Sherilin Cormier (1995). *The Professional Counselor: a process guide to helping - 3rd ed.* Massachusetts, ZDA.
- Wolfe R. in Dryden W. (2003). *Handbook of Counselling Psychology*. London: Sage
- Tekavčič Grad O. (ur.) (1994). *Pomoč človeku v stiski*. Ljubljana: Litterapicta.
- Tekavčič Grad O. (u0r.) (2004). *Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah – Priročnik za svetovanje*. Ljubljana: ZRC SAZU.

METAKOGNITIVNI VPRAŠALNIK

(Sam Cartwright in Adrian Wells, 2000; prevod: Irena Toš Koren)

Ta vprašalnik se ukvarja s prepričanji ljudi o njihovih mislih. Spodaj so mnoga prepričanja, ki so jih ljudje izrazili. Prosim, preberite vsako postavko in obkrožite ustrezno številko, kako se v splošnem strinjate s to postavko. Prosim, da odgovorite na vse postavke. Ni pravih ali napačnih odgovorov.

Spol: _____

Starost: _____

		Se ne strinjam	Se komaj strinjam	Se delno strinjam	Se zelo strinjam
1	Zaskrbljenost mi pomaga, da se izognem problemom v prihodnosti.	1	2	3	4
2	Moja zaskrbljenost je nevarna zame.	1	2	3	4
3	Imam težave pri spoznavanju, ali sem dejansko nekaj naredil ali si to le domišljam.	1	2	3	4
4	Veliko razmišljam o svojih mislih.	1	2	3	4
5	Še zbolim lahko zaradi skrbi.	1	2	3	4
6	Pozoren sem na način, kako mislim, medtem ko se ukvarjam s problemom.	1	2	3	4
7	Če ne bom kontroliral zaskrbljenih misli, in bom dovolil, da se to zgodi, bo to moja napaka.	1	2	3	4
8	Če ne bom kontroliral svojih zaskrbljujočih misli, bodo one kontrolirale mene.	1	2	3	4
9	Moram skrbeti, če hočem ostati urejen, organiziran.	1	2	3	4
10	Zelo malo zaupam v svoj spomin za besede in imena.	1	2	3	4
11	Moje zaskrbljujoče misli vztrajajo ne glede na to, da jih poskušam ustaviti.	1	2	3	4
12	Zaskrbljenost mi pomaga pri razvrščanju stvari v mojih mislih.	1	2	3	4
13	Ne zmorem ignorirati svojih zaskrbljujočih misli.	1	2	3	4
14	Nadzorujem svoje misli.	1	2	3	4
15	Ves čas moram kontrolirati svoje misli.	1	2	3	4
16	Moj spomin me lahko občasno prevara.	1	2	3	4
17	Lahko bi bil kaznovan, če ne bi imel določenih misli.	1	2	3	4
18	Moje skrbi me lahko razjezijo.	1	2	3	4
19	Če ne bom ustavil zaskrbljujočih misli, lahko postanejo resnične.	1	2	3	4
20	Redko preverjam svoje misli.	1	2	3	4
21	Skrbi izpostavijo moje telo stresu.	1	2	3	4

22	Skrbi mi pomagajo, da se izognem katastrofalnim situacijam.	1	2	3	4
23	Stalno sem pozoren na svoje misli.	1	2	3	4
24	Imam šibek spomin.	1	2	3	4
25	Zelo sem pozoren na način, kako deluje moje mišljenje.	1	2	3	4
26	Ljudje, ki jih ne skrbi, ne dvomijo.	1	2	3	4
27	Zaskrbljenost mi pomaga pri obvladovanju.	1	2	3	4
28	Predstavljam si, da ne naredim česa in potem dvomim o tem.	1	2	3	4
29	Znak šibkosti je, če ne morem kontrolirati svojih misli..	1	2	3	4
30	Če ne bi skrbel, bi naredil več napak.	1	2	3	4
31	Svoje misli težko kontroliram.	1	2	3	4
32	Zaskrbljenost je znak, da je oseba v redu.	1	2	3	4
33	Skrbi mi pridejo na misel proti moji volji.	1	2	3	4
34	Če ne bi mogel kontrolirati svojih misli, bi se mi zmešalo.	1	2	3	4
35	Če ne bom zaskrbljen, se bom izgubil.	1	2	3	4
36	Ko me začne skrbeti, ne morem nehati.	1	2	3	4
37	Nekatere misli bodo morale biti vedno kontrolirane.	1	2	3	4
38	Če hočem kaj narediti, moram biti zaskrbljen.	1	2	3	4
39	Kaznovan bom, če ne bom kontroliral določenih misli.	1	2	3	4
40	Moje misli sovpadajo z mojo koncentracijo.	1	2	3	4
41	Prav je, da pustim svojim mislim, da se klatijo.	1	2	3	4
42	Skrbi me za moje misli.	1	2	3	4
43	Zlahka me kaj zmoti.	1	2	3	4
44	Moje skrbi niso produktivne.	1	2	3	4
45	Skrbi mi preprečujejo, da bi videl situacijo bolj jasno.	1	2	3	4
46	Zaskrbljenost mi pomaga pri reševanju problemov.	1	2	3	4
47	Malo zaupam v svojo prostorsko orientacijo in spomin.	1	2	3	4
48	Mojih zaskrbljujočih misli ni mogoče kontrolirati.	1	2	3	4
49	Slabo je, če imaš določene misli.	1	2	3	4
50	Če ne bom kontroliral svojih misli, se to lahko konča v samoponižanju.	1	2	3	4
51	Ne zaupam svojemu spominu.	1	2	3	4
52	Ko me skrbi, mislim jasneje.	1	2	3	4
53	Moje zaskrbljujoče misli se pojavljajo avtomatsko.	1	2	3	4
54	Bil bi sebičen, če me ne bi nikoli skrbelo.	1	2	3	4

55	Če bi lahko kontroliral svoje misli, ne bi mogel funkcionirati.	1	2	3	4
56	Skrbeti moram, če hočem kaj dobro narediti.	1	2	3	4
57	Malo zaupam svojemu spominu za vedenje.	1	2	3	4
58	Imam težave, če se hočem dalj časa osredotočiti na neko stvar.	1	2	3	4
59	Če se zgodi kaj slabega, zaradi česar nisem bil zaskrbljen, se počutim odgovornega.	1	2	3	4
60	Ni normalno, če nisem zaskrbljen.	1	2	3	4
61	Neprestano preverjam svoje misli.	1	2	3	4
62	Če bi nehal skrbeti, bi postal klepetav, domišljjav in napadalen.	1	2	3	4
63	Zaskrbljenost mi pomaga, da bolj učinkovito načrtujem prihodnost.	1	2	3	4
64	Bil bi močnejša osebnost, če bi me manj skrbelo.	1	2	3	4
65	Če me ne bi skrbelo, bi bil neumen in samozadosten.	1	2	3	4

Prosim, prepičajte se, ali ste odgovorili na vse postavke. Hvala!

Tabela rezultatov – Metakognitivni vprašalnik

Faktor	I.	II.	III.	IV.	V.
	1	2	3	7	4
	9	5	10	15	6
	12	8	16	17	14
	22	11	24	19	20*
	26	13	28	29	23
	27	18	43	34	25
	30	21	47	37	61
	32	31	51	39	
	35	33	57	41*	
	38	36	58	49	
Štev. postavke	44*	40		50	
	46	42		55	
	52	45		59	
	54	48			
	56	53			
	60	64			
	62				
	63				
	65				

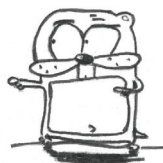
*obrnjeno vrednotene postavke

- I. = reševanje problemov in »pozitivno zaskrbljena« prepičanja
- II. = prepičanja o kontroli
- III. = metakognitivna učinkovitost, moč
- IV. = splošno negativna prepičanja (vključujoč odgovornost in praznoverje)
- V. = kognitivno samozavedanje

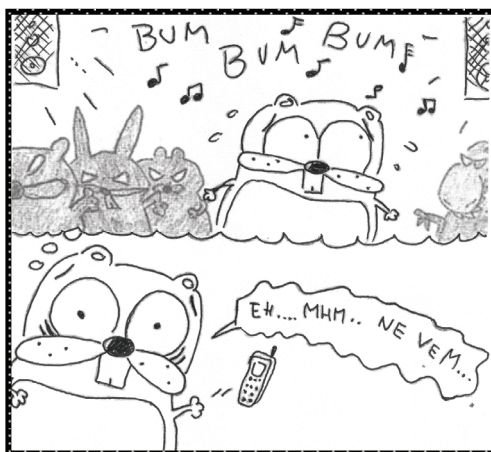


A JI BOF

ODGOVARJA



Jure Breznik, 2006







KONEC

Julie Černik