



KVALITETA (SO)BIVANJA

**Zbornik povzetkov in
člankov**

**VI. kongres zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije z
mednarodno udeležbo**

27.-28. marec 2015, Teološka fakulteta, Ljubljana

Urednik Damijan Ganc



VI. kongres zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije

»KVALITETA (SO)BIVANJA«

27. - 28. marec 2015, Teološka fakulteta, Ljubljana

Znanstveni odbor:

doc. dr. Robert Cvetek

asist. dr. Katja Dular

dr. Todd Edwards

Damijan Ganc (predsednik)

prof. dr. Christian Gostečnik

dr. Sabina Jurič

dr. Jo Ellen Patterson

doc. dr. Tanja Repič Slavič

doc. dr. Barbara Simonič

Organizacijski odbor:

Teja Bandel

Maja Beršnjak

Alenka Brajnik

dr. Robert Cvetek

Romana Čolić (predsednica)

dr. Katja Dular

Polona Greif

Lucija Hrovat

dr. Sabina Jurič Šenk

Zarja Klun

Nina Koštomaj

Vid Lutman

Damjan Prah

Sabina Prah

mag. Irmina Rakun Alif

Romana Seljak

Saša Serafini

Tjaša Stepišnik Perdih

Kristina Šumak

Staš Žnidar

Katja Žugman



Family Therapy in Primary Care

Jo Ellen Patterson, PhD

Todd D. Edwards, PhD

University of San Diego, USA

(plenarno predavanje)

Primary care has been considered the “front end” or “de facto” mental health system in many countries due in part because most patients with mental health problems receive their mental health care in primary care clinics. In the United States, primary care manages either directly or indirectly 80% of patients with mental disorders. Only a small percentage of the population of patients with mental disorders or emotional distress will ever see a mental health specialist. With primary care physicians pressured to see patients as quickly as possible, they cannot always address or treat patients’ mental health concerns.

Family therapists have played an integral role in applying a systemic approach to healthcare that integrates mind and body; individual and family; and communities and clinicians. The presenters will address 3 primary questions: (1) Why integrate mental health services into primary care? (2) How is traditional mental healthcare different from integrated mental healthcare? and (3) What special knowledge and skills does a family therapist bring to primary care?

Key words: Medical Family Therapy, Collaborative Care, Integrated Care



Coexistence of family doctors and their patients

dr. Igor Švab

Medicinska fakulteta Ljubljana

(plenarno predavanje)

Family medicine as a discipline has its scientific and theoretical background that has been developed over the years and published in various statements throughout the world. The main characteristics include first contact with patients, long term commitment and a need for individualised and holistic approach to solving patients' problems.

This theoretical background reflects itself in everyday practice, where family doctors are faced with a multitude of different problems. The diversity of these problems is huge and ranges from relatively simple clinical problems to complex situations where somatic, psychological and social dimensions of the problem all play a role. In these cases, the doctor's expertise is challenged, because they require competences of clinical problem solving, interpersonal relationship and the knowledge about social environment, including the family.

If a family doctor wants to be successful as a professional, he must therefore combine knowledge of the disease with knowledge of the patient and the society. By approaching patients in a long term relationship, which is based on knowledge and trust, a specific coexistence of both parties is developed, which is unique in medicine. This coexistence is at core of every health care system in the world, although the practical organisation of systems differs considerably.

In finding solutions to patients' problems, the family doctor is helped by a range of different services, medical and non-medical. Family therapists are often part of this support, but their role is different in different healthcare systems.

In order to illustrate this need for broad range of competences in the presentation some complex and sometimes controversial examples of such situations will be presented. The approaches in solving these problems will be discussed with the audience with special consideration of the role of family therapists and their role.

Key words: family medicine, comprehensive care, multimorbidity, patient care



Med pedopsihiatrijo in družinsko terapijo

*Nataša Potočnik Dajčman, dr. med., spec. otr. in mlad. psih. in psihoterapevтка
Združenje za otroško in mladostniško pedopsihiatrijo*

(plenarno predavanje)

Družina je za otroka primarno socialno okolje, v katerem naj bi bili zagotovljeni vsi pogoji za primeren biološki, čustveni in spoznavni razvoj tega otroka. Družina, ki to lahko omogoči, mora imeti vzpostavljeno določeno ravnovesje v odnosih med posameznimi družinskimi člani. Otrok ali mladostnik pri katerem pride do razvoja katerekoli psihične motnje, s svojim stanjem v družinsko okolje prinese neravnovesje, hkrati pa je določena psihična motnja lahko sama po sebi odraz že prej prisotnega neravnovesja v družini. Neravnovesje v družinskem sistemu je lahko začasno ali trajno, pri slednjem govorimo o disfunkcionalni družini. Disfunkcionalna družina zaradi svojega patološkega načina delovanja sama po sebi predstavlja dejavnik tveganja za razvoj psihopatologije pri otroku in mladostniku. Razvoj psihopatologije je dodatno pogojen ali zaščiten z otrokovimi zaščitnimi dejavniki in dejavniki tveganja, a tudi z dejavniki okolja. Psihopatološke motnje, ki jih srečujemo pri otroku in mladostniku kot posledico neravnovesja v družini, so vezane na starost otroka. Njihova obravnava in možnost pozitivnega izida je vezana na sposobnost celotnega družinskega sistema za vzpostavitev novega ravnovesja. Pri iskanju pomoči je otrok v celoti odvisen od svojega ožjega okolja in njegove senzibilnosti za prepoznavo težav. Prav tako pa so otrokove težave ali že razvite motnje lahko »vstopnica« iskanja pomoči celotni družini. Pedopsihiatrične obravnave otroka in večkrat tudi mladostnika si brez sočasnega sodelovanja staršev v stroki sploh ne predstavljamo. Sam potek obravnave od diagnostičnega postopka do dogovarjanja v zvezi s terapevtskim načrtom in terapevtskimi cilji je vezan na celo družino. Kadar je vzročna povezava med otrokovo duševno motnjo in disfunkcionalnostjo v družini jasno opredeljena, je potrebno v prvem planu obravnavati družino v celoti, tako kot je to možno samo s pomočjo družinske terapije. V družinsko terapijo lahko vključimo vse družinske člane ali pa se svetuje terapija staršema. V primeru sodelovanja pri zdravljenju bi bilo zaželeno, da imata oba terapevta – pedopsihiater in družinski terapevt možnost skupne intervizije, kar pa se žal v našem prostoru običajno ne izvaja. Primere dobre prakse sodelovanja je potrebno izpostaviti v širšem strokovnem prostoru in v bodoče zakonsko urediti sistemske rešitve tega področja.

Ključne besede: Disfunkcionalne družine, dejavniki tveganja in varovalni dejavniki, otroci in mladostniki, duševne motnje, interdisciplinarni pristop k zdravljenju, družinska terapija, terapija para;



Evidence-based Skills for Family Therapists

Jo Ellen Patterson, PhD

Todd D. Edwards, PhD

University of San Diego, USA

(delavonica)

Evidence-based practice (EBP) is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values. Attempts to bridge research and the practice of marital, couple, and family therapy have historically generated controversy and passionate debate. Family therapists have questioned the usefulness of research that focuses on individual therapy for treating mental health disorders, which ignores the complexity of interacting relational systems (e.g., couple/marital, parent-child, intergenerational, and larger system relationships) and families coping with multiple problems. The populations studied in research do not accurately reflect the complexity of multi-problem families seen by family therapists and run counter to the systems-based clinical training that characterizes family therapy training. As a result, family therapists have sometimes asked, "What does research have to do with my clinical work with couples and families?"

Clinicians working with couples and families can become evidence-based in the following ways: a) employing a process to gather the necessary information to answer clinical questions; and b) learning and using established evidence-based treatment models in their work. The presenters will teach five important skills (The 5 As) for incorporating evidence-based practice into clinical work, in addition to teaching some of the challenges encountered when doing evidence-based practice.

Key words: *Research, Evidence-based Practice, Empirically-informed Therapy*



Urnvananje samozavedajočih se čustev v terapevtski obravnavi oseb po ločitvi

dr. Mateja Cvetek, Teološka fakulteta
(znanstveni prispevek)

Samozavedajoča se čustva (v nadaljevanju: SČ), kot so: sram, krivda, ponos, doživljanje krivice, čustvena pripravljenost za odpuščanje, hvaležnost in podobno, so v zadnjih letih med raziskovalci deležna vedno večje pozornosti. Način njihovega urnvananja je drugačen od urnvananja temeljnih čustev, saj so SČ kompleksnejša od temeljnih čustev in posledično zahtevajo kompleksnejši način urnvananja. Ker je znanje o specifičnih vidikih urnvananja SČ pomanjkljivo, je avtorico v raziskavi študije primera zanimalo, na kakšen način je mogoče urnvanovati SČ v okviru terapevtske obravnave oseb po ločitvi. Osrednji cilj raziskave je bil identificirati ključne povezave med stanji doživljanja štirih SČ (sramu, krivde, doživljanja krivice in pripravljenosti za odpuščanje), posameznikovimi izkušnjami, terapevtovimi strategijami ter klientovimi odzivi v terapevtski situaciji.

Izvedena je bila študija primera, v kateri so sodelovale tri osebe (dve ženski in en moški), vsi stari med 40 in 50 let, z izkušnjo ločitve od svojega partnerja, od ločitve je preteklo več kot 10 let. V analizo študije primera je bilo vključenih 18 terapevtskih poročil o poteku terapije. Terapeut je pri zapisu poročila terapije sledil vnaprej določenim strukturiranim navodilom, ki so od terapevta zahtevala usmerjeno refleksijo pojavljanja zgoraj omenjenih štirih SČ v terapevtskem procesu.

V analizi poročil so bile identificirane ključne povezave med reguliranimi in nereguliranimi stanji doživljanja omenjenih SČ, različnimi vidiki posameznikovih izkušenj (upoštevanih je bilo osem vidikov: senzorne podobe, telesne senzacije, afekti, potrebe, vedenjski odzivi, kognitivna prepričanja, dojetanje pomena izkušnje ter koherentnost pripovedi o izkušnji), terapevtovimi strategijami urnvananja teh čustvenih stanj pri klientu ter klientovimi akcijami v procesu terapevtske obravnave teh čustvenih stanj.

Rezultati raziskave izpostavljajo nekatere specifične vidike urnvananja SČ, ki so bila vključena v analizo. Pri tem se nekateri vidiki značilno pojavljajo pri vseh SČ nekateri se pojavljajo le pri specifičnem SČ. Poznavanje teh vidikov lahko terapevtom omogoča bolj osredotočeno vključevanje teh vidikov v terapevtsko obravnavo. Posledično lahko pričakujemo tudi bolj učinkovito obravnavo in urnvananje SČ v terapevtskem procesu.

Ključne besede: samozavedajoča se čustva, ločitev, terapevtska obravnava, kvaliteta bivanja



Senzomotorična psihoterapija

Tjaša Stepišnik Perdih
Psihosoma, Ljubljana

(strokovni prispevek)

V obdobju Descartesovega imperativa »Mislím, torej sem« je človekovo telesno doživljanje bolj drugotnega pomena. V nasprotju s splošno družbeno doktrino pa mnogi terapevtski pristopi telesu že dajejo pomembno mesto, saj se zavedajo, da so psihološki in telesni procesi tesno povezani in medsebojno soodvisni. Kljub temu pa večina pristopov ostane le na točki naslavljanja telesa, med tem ko je pri senzomotorični psihoterapiji telo vstopna točka.

Senzomotorična psihoterapija je celosten terapevtski pristop, ki temelji na najnovejših spoznanjih nevroznanosti, telesnih tehnik, psihodinamskem pristopu in teoriji navezanosti. Razvila ga je dr. Pat Ogden v začetku 80. let, danes pa je eden najpomembnejših pristopov pri zdravljenju travm (travma namreč vedno korenito zaznamuje telo in vpliva na delovanje živčnega sistema).

Nekateri njeni temeljni koncepti so tolerančno okno (s hiper in hipovzburjenjem), regulacija vzbujenja (pri tem se terapevta pojmuje kot medosebnega psihobiološkega regulatorja), viri moči, meje, obrambni odzivi. Za lažjo predstavo lahko rečemo, da sledi številki 5: posamezno srečanje zasleduje 5 faz (vsebina, dostop, procesiranje, transformacija, integracija), pri čemer terapevt uporablja 5 metod (sledenje, kontaktiranje, okvirjanje, eksperiment, čuječa pozornost – mindfulness), kliente pa spodbuja, da se zavejo in raziščejo povezavo med 5 temeljnimi organizatorji vsake izkušnje (namesto osnovnih treh ravni doživljanja – čustvene, kognitivne in telesne, je telesna podrobneje razdeljena na gibanje-premikanje, notranje telesne občutke in čutno zaznavanje). Osnovni cilj terapije je integracija delčkov posameznikovega doživljanja v koherentno sliko, vodilo pri tem pa je razvijanje klientovega zvedavega in ljubečega odnosa do sebe in svojega telesa.

Ker senzomotorična psihoterapija v Sloveniji še ni poznana, je namen prispevka predstaviti nekatere njene osnovne pojme, načela in metode dela. Njene tehnike je mogoče enostavno integrirati v obstoječe terapevtske pristope pa tudi v vsakdanje življenje. Tako je poleg splošne predstavitve senzomotorične psihoterapije namen prispevka tudi konkreten prikaz uporabe senzomotoričnih tehnik na primeru postavljanja mej v šolskem okolju.

Ključne besede: senzomotorična psihoterapija, telo, telesne tehnike, travma, meje



Spreminjanje kakovosti odnosov med udeleženci vzgojno-izobraževalnega procesa: razvoj, uvajanje in evalvacija participativnega modela

*Janka Bergel Pogačnik, Osnovna šola Toneta Čufarja Jesenice
(znanstveni prispevek)*

V prispevku bo predstavljen proces razvoja modela ugotavljanja, spremljanja in spreminjanja kakovosti interakcij, ki temelji na aktivni participaciji udeležencev v tem procesu. Raziskava ima osnovna teoretična izhodišča v raziskavah kakovosti in interakcij slovenskih in tujih avtorjev. Interakcija je pomemben element spreminjanja kakovosti predvsem ob predpostavki, da jo osredotočimo na določene relacije med udeleženci vzgojno-izobraževalnega procesa.

V šolskem letu 2013/2014 so na OŠ Toneta Čufarja Jesenice izvedli akcijsko raziskavo, v kateri je prostovoljno sodelovalo 20 učiteljic, 200 učencev in 200 njihovih staršev. Cilj raziskovalnega dela je bil razviti, uvajati in evalvirati model spreminjanja interakcij med udeleženci vzgojno-izobraževalnega procesa in ugotoviti, kako vnesene spremembe vplivajo na kakovost interakcij v vzgojno-izobraževalnem procesu na nivoju: ocene odnosov pri udeležencih, samoevalvacije učiteljev, identifikacije potreb po usposabljanju in spreminjanju pri učiteljih in na nivoju šole, odnosa do sodelovanja s starši in vključevanja vseh udeležencev v procesne odločitve. Vpeljavo sprememb so merili s samoevalvacijo in z različnimi instrumenti na začetku pred vpeljavo sprememb in po njej. Kakovost interakcij so ugotavljali z vidika doživljanja odnosa udeležencev vzgojno-izobraževalnega procesa in pri tem spremljali, kako se v procesu spreminjajo njihova mnenja, stališča, aktivnosti ipd. V procesu vpeljave sprememb za izboljšanje kakovosti interakcij v obliki načrta dejavnosti za spreminjanje pedagoške interakcije so omogočili aktivno participacijo različnih udeležencev v procesu in ob tem razvili ustrezno metodologijo za spremljanje učinkov vpeljanih sprememb.

Na osnovi rezultatov kvalitativnega in kvantitativnega raziskovanja kakovosti interakcij so razvili enega od možnih modelov. Poleg statistično pomembnih značilnosti ugotovljenih na podlagi prvega in tretjega dela raziskovanja so v evalvaciji modela dobili tudi pomembne rezultate, kot so ključni elementi v procesu spremljanja vpeljanih sprememb za spreminjanje interakcij med udeleženci vzgojno-izobraževalnega procesa, ki so sodelovali v projektu, izboljšanje ocene odnosov med obema merjenjema, med udeleženci vzgojno-izobraževalnega procesa, ki so bili vključeni v raziskovanje.

Ugotovili so, da se je na podlagi samoevalvacije sodelujočih učiteljev pojavila potreba po nadaljnem načrtovanju uvajanja sprememb za izboljševanje kakovosti tudi na katerem drugem področju vzgojno izobraževalnega procesa. Vpeljava takšnega modela predstavlja aplikacijo nekaterih terapevtskih spoznanj v izbrani učenci se skupnosti (na nivoju šole ob participaciji učiteljev, staršev in učencev), ki učinkovito izboljšuje medosebne odnose in interakcije.

Ključne besede: model, spreminjanje interakcij, participacija, udeleženci vzgojno izobraževalnega procesa



Soodvisni partnerji v luči relacijske družinske terapije

mag. Nataša Ropret
Inštitut Addictiva, Ljubljana
(strokovni prispevek)

Pri terapevtski obravnavi odvisnosti, kemični ali nekemični, se pogosto srečujemo tudi s partnerji odvisnikov. Le-ti nezavedno zavzamejo pozicijo soodvisnega partnerja, ki skupaj z odvisnikom kreirajo ozračje odvisniškega sistema. Koncept soodvisnosti označuje tip partnerskega odnosa, kjer soodvisni partner večino svoje pozornosti usmerja v odvisnika, njegovo vedenje, vrhunce in padce ter njegovo potrebe. Vendar soodvisni partner nikoli ni in ne more biti odgovoren za vedenje odvisnika. Odkritje prevare in izdaje odvisnika je lahko za soodvisne partnerje povsem uničujoče, njihov odziv je mešanica bolečine, jeze, strahu, žalosti, razočaranja, zmede in zadrege. Raziskave so pokazale, da oboji – odvisniki in njihovi partnerji – doživljajo odzive, ki so značilni za posttravmatsko doživljanje dogodkov.

Soodvisni partnerji s preokupiranostjo, prikrivanjem ali opravičevanjem podpirajo neodgovorno vedenje odvisnika. Značilna simptomatika soodvisnikov odraža kronično pomanjkanje občutka o sebi in lastni vrednosti, izogibanje konfliktov, zlitje z drugimi in definiranje lastne osebnosti glede na njihovo mnenje. V svojih uslugah so pogosto pretirano ustrezljivi, s čimer regulirajo nivo anksioznosti in nizko samozavest. Zaradi vpetosti v divjanje odvisniškega sistema, pogosto dvomijo o lastni realnosti in klonijo pod obtoževanji ali obljubami odvisnikov. Tovrstne vedenjske dinamike se večinoma odvijajo v nezavednem svetu soodvisnika in so pogosto posledica mehanizmov reguliranja bolečih in stresnih situacij v primarni družini. Velik delež soodvisnih partnerjev izhaja iz disfunkcionalnih družin, kjer so bile prisotne različne zasvojenosti, skrivnosti, pomanjkanje, perfekcionizem in druge zlorabe. Da bi preživeli, so se naučili načinov, kako se odzvati v stresnih situacijah, ki so presegle njihovo otroško zavest in telo. Zametki soodvisniškega vedenja so bili formirani že v rani mladosti, dolgo preden so spoznali odvisnega partnerja. Odvisnost je bolezen družinskega sistema in zmotno je prepričanje soodvisnih, da je zgolj odvisnik tisti, ki potrebuje pomoč. Soodvisni partner se bo moral soočiti z lastno zgodovino, ranjenostjo in disfunkcionalnimi obrambami, ki so nekoč omogočili preživetje. Drugače tvegajo, da se bodo ponovno znašli v odnosu z emocionalno nedostopnim odvisnikom in kronično neizpolnjujočim partnerskim odnosom.

Namen prispevka je informirati strokovno javnost o soodvisniški dinamiki v sistemih, zaznamovanih z različnimi odvisnostmi (od alkohola, seksualnosti, hazarda, ...), psihičnega in fizičnega nasilja, različnimi oblikami zlorab. Paradigma relacijske družinske terapije vključuje koncepte, ki so lahko v pomoč pri interdisciplinarni (zdravstveni, socialni) obravnavi soodvisnih partnerjev in svojcev odvisnikov.

Ključne besede: oodvisnost, kompulzivnost, travma, izdajstvo, paradigma relacijske družinske terapije



Nezadovoljstvo na delovnem mestu

dr. Drago Jerebic
Družinski inštitut Bližina
(delavnica)

*V prispevku bo predstavljeno eno izmed zelo pomembnih področij, ki onemogoča kvalitetno sobivanje v družini – to so težave na delovnem mestu, ki jih lahko posameznik prenaša v lastno družino. Ta proces je lahko tudi obraten, ko zadovoljstvo na delovnem mestu onemogočajo nezavedni vzorci regulacije afektov, vedenja in razmišljanja, ki jih posameznik pri-
naša iz lastne družine v službo.*

Kako ti zapleti nastanejo in kako jih reševati, bo predstavljeno skozi prizmo petih elementov relacijske družinske terapije: mehanizma projekcijsko introjekcijske identifikacije, kompulzivnega ponavljanja, temeljnega afekta, regulacije afekta ter afektivnega psihičnega konstrukta. Pri slednjih dveh bo posebej izpostavljen pomen selfobjekta oz. transformacijskega objekta, ko preko varnega načina navezanosti posameznik lahko spremeni način odzivanja tako na delovnem mestu kot doma v družini.

Poleg teoretične predstavitve vseh petih elementov, bodo skozi več študij primerov (sin zavrača očeta, lastnika podjetja; oseba, ki je fizično in psihično izčrpana zaradi naporov v službi; oseba, ki ima težava z negotovostjo in neodločnostjo v službi) predstavljeni tudi njihovi praktični vidiki, predvsem pa njihova medsebojno prepletenost in povezanost kjer bo razvidno, kaj se vsakokrat zgodi z ostalimi štirimi elementi, ko spremenimo en element.

Prispevek bo skušal potrditi in dokazati, da relacijsko družinska terapija lahko ponudi uspešne rešitve za določene težave osebe, ki jih imajo na delovnem mestu, predvsem za tiste težave, ki izvirajo iz posameznikove intrapsihične ravni in se prenašajo na medosebno in sistemsko raven, ne more pa relacijsko družinski model reševati težav na delovnem mestu, ki ne izvirajo iz intrapsihične in medosebne ravni. V prispevku bo poseben poudarek tudi na razmejitve teh dveh področij: v katerih primerih relacijsko družinska terapija lahko ponudi rešitev ter pomoč in kje ne.

Ključne besede: *relacijska družinska terapija, nezadovoljstvo, služba, regulacija afektov*



Povezanost telesne podobe odraslih z doživetjem zlorabe v izvirni družini

Lidija Božac
Teološka fakulteta, Ljubljana
(znanstveni prispevek)

Človekovo dojetje lastne telesne podobe lahko sooblikuje številna področja njegovega življenja. Raziskava je želela odkriti morebitne povezave med posameznikovo telesno podobo v odraslosti in doživetjem starševske antipatije oz. zanemarjanja v izvirni družini. Zanimalo nas je tudi, ali se tisti, ki so bili v otroštvu fizično ali spolno zlorabljeni v izvirni družini, kot odrasli v telesni podobi razlikujejo od tistih, ki tovrstnih zlorablajočih izkušenj niso imeli.

Vzorec je vključeval udeležence obeh spolov (N=350) v starosti od 18 do 80 let, ki so izpolnjevali dva vprašalnika (CECA.Q, MBSRQ-AS) in opredelili svoje demografske podatke (spol, starost, zakonski stan, stopnja izobrazbe). CECA.Q je meril izkušnjo skrbi in zlorabe v otroštvu ali mladosti v izvirni družini (izguba staršev, zanemarjanje, antipatija, podporni oseba v otroštvu in mladosti, fizična zloraba, spolna zloraba), MBSRQ-AS pa je meril odnos človeka do lastnega telesa (vrednotenje videza, aktivnosti glede videza, preobremenjenost s telesno težo, samorazvrščanje telesne teže, zadovoljstvo s posameznimi deli telesa). Vprašalniki so bili pripravljene kot spletna anketa z naslovom Odnos do telesa, povezave do ankete so bile objavljene na različnih slovenskih spletnih forumih.

V raziskavi sta se tako antipatija, kot zanemarjanje, ki so ju ljudje doživeli v izvirni družini statistično pomembno povezovali s posameznimi segmenti odnosa do lastnega telesa v odraslosti. Med tistimi, ki so doživeli fizično oziroma spolno zlorabo v otroštvu, ter tistimi, ki niso doživeli takšnih izkušenj, pa se je pokazalo, da obstajajo statistično pomembne razlike v posameznih segmentih odnosa do telesa.

Rezultati so pokazali majhen do zmeren trend, da so imeli ljudje z izkušnjo antipatije ali zanemarjanja v izvirni družini v odraslosti več težav na posameznih področjih odnosa do telesa. Fizično in spolno zlorabljeni v otroštvu so v odraslosti oblikovali drugačen odnos do lastnega telesa, kot so ga tisti, ki niso imeli takšnih izkušenj. Udeleženci so pokazali različno pripravljenost spominjati se otroške travme. Posamezni raziskovalni pojmi v uporabljenih vprašalnikih so lahko v primerjavi z drugimi vprašalniki deloma drugače definirani (npr. kaj vse je zajeto v pojmu telesna podoba). Zavedali smo se tudi nekontroliranih dejavnikov, ki so lahko sooblikovali posameznikovo telesno podobo.

Ključne besede: starševska antipatija, starševsko zanemarjanje, telesna zloraba, spolna zloraba, telesna podoba;



Kulturne spremembe v podjetju Plastika Skaza, dobitniku Zlate gazele 2014

*dr. Peter Metlikovič, Fakulteta za strojništvo, Ljubljana
Laura Rednak, Plastika Skaza, Velenje*

(strokovni prispevek)

Proces družinske terapije poteka na treh nivojih: sistemskem, medosebnem in intrapsihičnem, s ciljem doseči boljše funkcionalnost družine in olajšati bolečino. Delo v podjetju se razlikuje od klasične družinske terapije. Upoštevati je potrebno, da gre za drugo socialno celico, čeprav ljudje prihajamo v podjetje z istimi socialnimi možgani in zato se odpira veliko podobnosti. Ravno tako ima podjetje svojo varnost v kompulzivnem ponavljanju vzorcev, temelječih v afektivnih konstruktih. Pri uvajanju sprememb je ravno tako bistvena (dobra) delovna navezava. Ta omogoča pogovor o problematiki, ki jo v nadaljevanju naslavljamo in izboljšujemo.

Aplikacija terapevtskih spoznanj je prikazana na primeru uvajanja kulturnih in organizacijskih sprememb v podjetju Plastika Skaza iz Velenja. Glavni povod za projekt je bila zelo hitra rast podjetja in s tem povezane standardne težave: novi ljudje, veliko oddelkov, dolge in nejasne poti odločanja, rastoči stroški, vedno več gašenja požarov. Projekt je bil sofinanciran preko razpisa Raziskovalni vavčer, avtor ga je vodil kot član laboratorija LASIM na FS, UL.

Na sistemskem nivoju so pomembne razmejitve. Ljudje potrebujemo pripadanje socialni skupini velikosti družine. V ta namen so podjetje razdelili na Mini družbe (MD). Te MD imajo jasno poslanstvo znotraj podjetja. Konkretno, proizvodnjo so razdelili na 4 MD z do 30 zaposlenimi. Operativno prodajo, plan, logistiko, nabavo in skladišče so zaokrožili v MD Servis kupca. MD Razvoj poslovanja in MD Strateška prodaja skrbita za bodoče posle. Kadri, finance in vodstvo imajo tudi svoje MD, ravno tako ekipa za lastno blagovno znamko. V poslovnem načrtu ima vsaka MD planiran izkaz uspeha za vsak mesec. Izvedli so potrebne delavnice in usposabljanja. Vsaka MD čim bolj avtonomno skrbi za doseganje dogovorjenih ciljev, kjer pride do izraza medosebni nivo odnosov, tako znotraj MD kot tudi pri sodelovanju med MD. Ti odnosi so po potrebi ustrezno strukturirani v poslovnih procesih in načinu vodenja.

Opisane izboljšave imajo značaj prebojnih organizacijskih inovacij. Kazalniki poslovanja so se izboljšali, v podjetju so prepričani, da brez opisanih ukrepov ne bi mogli tako uspešno poslovati in biti pripravljene za nadaljnjo rast. Podjetje je v konkurenci 500 najhitreje rastočih slovenskih podjetij prejelo laskavi naziv Zlata Gazela 2014.

Ključne besede: *Kultura na delovnem mestu, podjetje, organizacija, motivacija*



Oblike podpore romski skupnosti pri procesih vključevanja v družbeno-ekonomsko strukturo

Melita Kramar, Zakonski in družinski inštitut

(strokovni prispevek)

Romska manjšina v jugovzhodni Sloveniji živi večinoma ločeno od ostale družbe, podobno kot v getu. Sooča se z ekstremno nizkimi stopnjami dokončanja osnovne šole in zaposlovanja (okoli 5%). Diskriminacija, predsodki in stereotipi so resne prepreke za pripadnice in pripadnike romske skupnosti - zapirajo jim pot do sreče, znanja, dela in uspeha. Strategije in programi državnih in lokalnih oblasti za večje vključevanje Romov se lepo berejo, manj pa je akcijske naravnosti, zato so se partnerji projekta Eko-etno romska moda odločili, da s presečnim projektom nekoliko zapolnijo vrzel. Projekt je podprt s sredstvi finančnega mehanizma EGP 2009-2014.

V prispevku so predstavljene oblike podpore romski skupnosti, izoblikovane z namenom večjega vključevanja Romov v družbeno-ekonomsko strukturo, v okviru projekta Eko-etno romska moda. Namen projekta je namreč opolnomočenje in aktiviranje pripadnikov in pripadnic romske manjšine za lažji vstop na trg dela. Eden od ciljev je razviti mrežo nevladnih organizacij in drugih institucij (tako romskih kot drugih) za izboljšanje pogojev zaposlovanja Romov, odpreti javno diskusijo o tej pereči temi in oblikovati predloge za izboljšanje stanja. Osrednji otipljiv cilj je vzpostaviti inkluzivni atelje/ studio eko-etno romske mode, kot referenčni prostor z možnostjo zaposlovanja Romov in drugih ranljivih skupin, ki je hkrati prostor medkulturne izmenjave in razvoja ter napreduje v socialno podjetje. Prav tako je cilj zmanjšati prepad med Romi in ne-Romi s približanjem romske kulture pripadnikom drugih skupnosti, na območju jugovzhodne Slovenije. Tekom projekta se razvija učinkovitejši pristop za opolnomočene predvsem romskih žensk, pa tudi romskih moških, mladine in otrok – na osnovi njihovih potreb, za lažji vstop v javno sfero dela in zaposlovanja.

V prispevku bo predstavljen način dela in metode s študijo primera, opisom posameznih aktivnosti, predstavljeni bodo izzivi projekta, dosedanje ugotovitve in rezultati. Iz dosedanjih spoznanj izhajata vizija in perspektiva, v katero smer naj gre razvoj podpore in terapevtske prakse na tem področju, s poudarkom na iskanju mesta, ki ga lahko ima terapija pri opolnomočenju romske skupnosti, romskih žensk, mater, romskih parov in družin.

Ključne besede: Romi, vključevanje, opolnomočenje, zaposlovanje, ranljive skupine



Relational family therapy with expats: A qualitative study on clients' experiences

Mojca Filipič Sterle in dr. Lesley Verhofstadt

Department of Clinical and Experimental Psychology, Ghent University, Belgium

(znanstveni prispevek)

Expatriate assignment is considered to be a big life event involving a variety of stressors and challenges: the expatriate's assignment to a new job, the move abroad, the partner giving up a job, children attending a new school, occupying a new residence, changing family routines, a change in financial status, cultural differences, etc. These stressors – when remaining unresolved – can become chronic tensions for expats, thereby affecting their individual and family functioning.

The aim of the current study was to analyze (a) this (mal)adaptation process in a sample of clinically distressed expats/expatriate individuals/families who were referred for psychotherapy, and (b) what was helpful for them in therapy.

All study participants (n= 5 individuals) received psychotherapy treatment with a therapist using relational family approach. The languages used in therapy sessions were Slovenian and English. All the participants were expats and had been living in Belgium for at least 3 months before starting therapy treatment. They were referred to therapy by their doctors or on their own initiative. After the completion of 12 sessions of psychotherapy, the study participants were interviewed about their experiences as an expat and the helpfulness of relational family therapy for them. Afterwards, the interviews were analyzed by means of Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Major conclusions and implications for relational family therapy with expats will be discussed.

Ključne besede: *expats, adaptation, relational family therapy, interpretative phenomenological analysis*



Terapevtska podpora pacientom po nesreči

*dr. Katja Dular, univ. dipl. psih.
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča, Ljubljana*

(strokovni prispevek)

Doživeta nezgoda pri mnogih poškodovanih udeležencih v trenutku spremeni kvaliteto življenja in se pogosto odraža še s številnimi drugimi psihičnimi posledicami. Osebe po politravmah prinašajo v rehabilitacijsko prakso raznolike zahteve za vse strokovnjake. Celoten proces rehabilitacije omogočajo in izboljšajo zgodnja identifikacija težav (presejalna diagnostika), potrebne intervencije in prepoznavna psiholoških dejavnikov. Dejavniki tveganja, ki napovedujejo težave po poškodbah, potrjujejo nujno upoštevanje širše slike pri vseh udeležencih v nezgodah (osebna zgodovina, socialna mreža, slogi spoprijemanja, čustvovanja in ostalih osebnostnih značilnosti). Uspešnost bolnikove rehabilitacije je odvisna od vrste osebnih dejavnikov – stanja dosežene stopnje okrevanja, kakovosti razumevanja in podpore družine ter širših pogojev v okolju. V teh zgodnjih fazah okrevanja je vloga psihologa podpora, tako poškodovanim kot tudi njihovim partnerjem in celotni družini. Čustvena stiska in proces predelave je individualen in zato pri mnogih posameznikih obrambno vedenje vztraja tudi ves čas rehabilitacije, kar od psihologa zahteva veliko terapevtskega znanja.

V prispevku je predstavljena skupinska obravnava (partnerska, družinska terapija, psihosocialna skupina), kjer je program namenjen tudi krepitvi ostalih virov moči in vzajemnemu razumevanju sprememb, ki jih prinese nezgoda. Velik izziv po zaključku rehabilitacijskih programov pomeni prilagoditev na socialno okolje, ki prej zaščitenega pacienta, izpostavi mnogim stiskam (samostojnost, družinski odnosi, finančna stiska, bivanjski problem,...). Preko predstavitve primera bolnika prikažemo, kako v fazi rehabilitacije poteka obravnava pacienta in njegove družine ter interdisciplinarno sodelovanje z različnimi službami znotraj in zunaj Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta RS Soča.

Ključne besede: politravma, spremembe pacienta, rehabilitacijska psihologija, družinska terapija, interdisciplinarna obravnava



Terapevtska skupina za samske punce - dinamika in potek

Karolina Rebernik

Srčna moč, Zakonska in družinska moč in svetovanje

(strokovni prispevek)

Biti samska punca pri poznih dvajsetih in tridesetih lahko v dekletih prebuja vrsto težkih občutij. Od sramu in nemoči, da ne zmorejo »najti pravega fanta«, zavrnitve s strani družbe, strahu pred intimo in slabe samopodobe. Najbolj izrazito pa se pojavlja strah, da bodo ostale same, razočaranje nad preteklimi zvezami, globoka žalost in osamljenost. Zunanji pritiski družbe in lastne družine le še povečajo strah ter neurtudno zbujejo hrepenenje po nekomu, ki bi jih odrešil in zadovoljil potrebo po biti ljubljen. Varno okolje v skupini pod strokovnim vodstvom omogoča puncam, da se usmerijo nase in začnejo prepoznavati lastno vrednost, kako doživljajo sebe v odnosih in kaj jim sporoča telo. Preko razreševanja temeljnih afektov, naslavljanja telesnih odzivov, predelovanja čustvenih vzorcev, ovrednotenja družinskih odnosov ter postavljanja razmejitev so se v skupini gradile nove izkušnje in potrditve. Z zaupanjem in sočutjem, ki se je ustvarilo tako med udeleženkami, kot v terapevtskem odnosu, se je skupina izkazala za vir podpore in moči pri izražanju najglobljih čutenj ter okrepitev za nov partnerski odnos.

V prispevku bo obravnavana dinamika in potek terapevtske skupine za samske punce, ki si želijo ustvariti kvaliteten in osrečujoč partnerski odnos. Predstavljen bo način dela skupine s petimi puncami, ki temelji na relacijski zakonski in družinski terapiji v povezavi z elementi igralne terapije in sprostitvenih tehnik. Predstavitev bo vključevala glavne ugotovitve skupine in ovrednotenje terapevtskega procesa s poudarkom na rezultatih, tako s strani udeleženk kot terapevte.

Ključne besede: *terapevtska skupina, samske punce, osamljenost, nov partnerski odnos*



Družinska terapija in pomoč pri težavah v partnerstvu zaradi zasvojenosti

Nataša Sorko
Žarek upanja, Ljubljana

(strokovni prispevek)

Ko se posameznik, partnerja ali družina srečujejo z zasvojenostjo z alkoholom, je potrebno veliko pozornosti posvetiti delu s celotno družino. Zasvojenost je tudi ponavljajoči se vedenjski vzorec, ki vpliva na vsakodnevno funkcioniranje vseh družinskih članov, partnerja in otrok. Zasvojenost se razvija daljše časovno obdobje, ko počasi, a vztrajno negativno vpliva na družinske odnose. Člani družine izgubijo medosebni stik, se odtujijo. V družini z zasvojenostjo imajo člani veliko težav z ustrežno komunikacijo in ponovnim vzpostavljanjem bližine med člani.

V prispevku bo predstavljen primer ene družine s tremi otroki, starimi od 6 do 23 let. Delo z družino bo predstavljeno z različnih vidikov sistemske družinske terapije. Predstavljena bo tudi uporaba tehnike genograma z družino. Prikazana družina je v program društva vključena že 8 let in v tem obdobju prehajala skozi različne faze kot družina in sistem.

V zaključku bodo predstavljene razlike glede na stanje ob vstopu v program in glede na trenutne razmere, v katerih živi družina danes. Zaključek bo tudi predstavljal jasen odgovor na vprašanje, kako lahko pomaga družinska terapija.

Ključne besede: zasvojenost, alkohol, odnosi, komunikacija, čustvovanje



Pozicioniranje vloge terapevta relacijske zakonske in družinske terapije z vidika sodelovalnega reproduktivnega zdravstvenega modela

Alja Stvarnik in Katarina Rugani

Društvo LIST - Center za individualno, zakonsko in družinsko terapijo

(strokovni prispevek)

Svetovanje na področju neplodnosti vključuje vsa področja reproduktivne zdravstvene psihologije in reproduktivne medicine. Potreba po psihološkem svetovanju parom, ki se soočajo z neplodnostjo in so bili sprva obravnavani zgolj v okviru reproduktivne medicine, se je razvila s prepoznavanjem vseh psiholoških procesov, ki se tekom zdravljenja odvijajo v omenjenih posameznikih. Vsi svetovalci naj bi tako bili strokovnjaki s področja mentalnega zdravja, storitve pa naravnane na način integracije ustreznih znanj in pristopov z namenom individualizirane obravnave posameznih pacientov/parov.

S prispevkom želiva ozavestiti pomen povezovanja različnih strokovnjakov, ki obravnavajo neplodnost in pokazati, kam z vidika sodelovalnega reproduktivnega modela umešča delo relacijskega zakonskega in družinskega terapevta. V tem prispevku konkretno bosta udeležencem predstavljena dva sodelovalna reproduktivna modela, ki bosta vrednotena in nadgrajena s spoznanji iz praktičnega dela, ki vključuje tako svetovanje kot delo na osnovi relacijske družinske terapije ter glede na trenutno stanje v Sloveniji. Predstavljene bodo ključne točke integrirane obravnave inovativnih sodelovalnih modelov, obenem pa možnosti in izzive aplikacije le-teh na praktičnem primeru.

Ključne besede: *neplodnost, sodelovalni reproduktivni model, relacijska zakonska in družinska terapija*



Spremembe ob rojstvu otroka in razpad partnerskega odnosa

dr. Nataša Rijavec Klobučar
Teološka fakulteta, Ljubljana

(znanstveni prispevek)

Prehod v starševstvo, t.i. obdobje, ko se partnerski odnos razširja v triado, predstavlja za partnerje izziv ob soočanju s spremembami ob rojstvu prvega otroka. Spremembe partnerji zaznavajo kot negativne ali pozitivne in zajamejo različna področja partnerskega odnosa. Številne raziskave izpostavljajo spremembe v kakovosti partnerskega odnosa, zadovoljstvu v partnerstvu, razdelitvi dela, v odnosih s širšo in ožjo socialno mrežo, lahko se spremeni področje konfliktov, spolnost, prosti čas, navade in vrednote. Novo življenjsko izkušnjo spremlja intenzivno čustveno doživljanje, partnerja stopata v posebno ranljivost v odnosu, ki bodisi odnos nadgradi bodisi vodi celo v razpad partnerske zveze.

Prispevek temelji na teoretičnih in empiričnih ugotovitvah tujih in domačih raziskav s področja tranzicije v starševstvo. Prikazani so rezultati kvalitativne raziskave, v katero je bilo vključenih šest oseb, s katerimi so bili opravljeni intervjui. Izpeljala je bila analiza odgovorov s pomočjo utemeljene teorije (grounded theory). Raziskava se je osredotočila na doživljanje sprememb v partnerskem odnosu v obdobju tranzicije pri starših, ki so po rojstvu otroka izkusili ločitev oziroma razpad partnerske zveze. V središče raziskovanja so bile zajete spremembe, s katerimi so se posamezniki soočili v obdobju prehoda v starševstvo, njihovo doživljanje in soočanje s čustvi ob teh spremembah ter zaznavanje vzrokov za ločitev z vidika njihovega lastnega zornega kota. Rezultati so v skladu z že znanimi izsledki raziskav o spremembah po rojstvu otroka ter o doživljanju posledic ločitve. Ugotovitve so pokazale na dejavnike tveganja za razpad odnosa kot so negotov partnerski odnos pred rojstvom otroka, neustrezne meje v odnosu do izvorne družine, pomanjkanje praktične in čustvene podpore, nerealna pričakovanja, kar kaže na pomembne vsebine tudi za terapevtsko delo. Raziskava je potrdila, da težave v partnerskem odnosu obstajajo že pred rojstvom otroka in se z rojstvom otroka lahko stopnjujejo do točke, ko je ločitev neizogibna. Za udeležence v raziskavi je prehod v starševstvo pomenil spodbudo, da so odločitev sprejeli lažje kot ob zavedanju nezadovoljstva in težav v odnosu že pred načrtovanjem družine. Kljub dejstvu, da zaključki raziskave veljajo le za omenjeno raziskavo, potrjujejo in dopolnjujejo obstoječe raziskave in odpirajo nove možnosti za proučevanje tega pojava.

Prispevek je nastal v okviru raziskovalnega projekta J5-6825, ki ga financira ARRS.

Ključne besede: nezvestoba, strah pred intimnostjo, samospoštovanje, spol, stan



Terapevtska obravnava otrok

Sara Jerebic in dr. Drago Jerebic

Družinski inštitut Bližina

(delavnica, strokovni prispevek)

Otroci se zaradi različnih dogodkov pogosto znajdejo v stiski, katere ne zmorejo ali ne znajo ubesediti, npr. razveze staršev, prihoda novega družinskega člana, nasilja, izločenosti iz družbe, itd. Pričnejo so počutiti slabo, to pa se lahko kaže v različnih čustvenih, vedenjskih in nepojasnjenih zdravstvenih težavah. Ker sami niso zmožni regulirati in sprocesirati vznemirjenja v avtonomnem živčnem sistemu, potrebujejo pomoč odraslih. Da bi bilo tovrstnih otroških stisk čim manj in da bi čim več otrok imelo dostop do ustrezne terapevtske obravnave, so na Družinskem inštitutu Bližina organizirane izkustvene delavnice. Le-te so razdeljene na dve stopnji. Prva predstavlja osnovno izobraževalno raven, kjer udeleženci spoznajo ekspresivno komunikacijo in sami preizkusijo različne tehnike in materiale (projekcijske slike, karte, risanje, glino, lutke, peskovnik). Nadaljevalna raven predstavlja poglobljanje znanja in pridobivanje osebne izkušnje s področja terapevtskega dela s peskovnikom, usmerjenih družinskih genogramov, glin in risanja. Intenzivne delavnice obsegajo 40 ur in so namenjene psihoterapevtom in drugim strokovnim delavcem, ki se ukvarjajo z otroki. Delavnice so se izkazale za koristne, po njih pa povprašuje tudi vse več staršev.

Poleg seznanitve s potekom in vsebino delavnic, bodo udeleženci sami preizkusili različne materiale in tehnike, kjer bodo lahko preko govorice telesa razvijali samozavedanje. Osebna izkušnja in pridobljeno praktično znanje jim bo lahko v pomoč pri njihovem poklicnem delu.

Ključne besede: risanje, glina, peskovnik, lutke, osebna izkušnja



Sexual Addiction – How to Disclose the Truth to Partner and Kids

Peter Topić

Inštitut za zasvojenosti in travme
(delavnica/workshop)

Disclosing details about acting out behavior in the recovery process from sexual addiction can be a traumatic experience for the partner and the children. The shock of discovery can trigger a cascade of intense physical and emotional reactions as well. It is understandable that partners in distress often try to find the solution by themselves but oftentimes this only worsens the situation. Intense emotions overpower the rational thinking and people do not react rationally anymore. They desperately try to find the solution to their problems so they can numb the pain of discovery as fast as possible. Partners often want to know all the details of sexual acting out and betrayal which only worsens the already painful situation and causes unnecessary re-traumatization. Addicts often give in under the partner's pressure and tell some gory details of betrayal and sexual acting out. This can become a damaging material and take a form of imprinted memories which make recovery of the damaged marriage or relationship almost impossible. When facing sex addiction, determining how much information to reveal to children represents the biggest dilemma even for experts. Parents must consider many variables, including the age and developmental maturity of the child, content of information to be shared, the child's current level of stability, and the dynamics in the family. It is essential when planning a disclosure process that the best interest of the child always remains the focus and that professionals avoid any unnecessary damage.

The objective of this workshop lies in learning techniques and recognizing traps which are a common practice for all who are involved in a recovery process from sexual addiction trying to mend the damage that has already been done. Accordant preparation of everyone included in a disclosure process is by far the most difficult task therapists are faced with in the process of helping sex addicts, their partners and their children. There is a major difference in a disclosure process between sex addicts and people who are struggling with other types of addictions. Herein lays the reason for unnecessary damage and re-traumatization of everyone involved in this process. It is of utmost importance that this part of the therapeutic process is guided as professionally as possible to avoid any additional damage to our clients.

Key words: addiction, sex, sexuality, betrayal;



Klinična obravnava otrok z vedenjskimi težavami na področju spolnosti

Sara Jerebic

Družinski inštitut Bližina

(strokovni prispevek)

Vedenjske težave na področju spolnosti so pri otrocih vse pogostejše, kar je opazno tudi v klinični praksi. Starši, vzgojitelji in učitelji se pogosto sprašujejo, kje je meja med normalno otroško igro oz. raziskovanjem in neprimernim, potencialno škodljivim vedenjem. Pogosto ostajajo brez ustreznega odgovora, zakaj je do takšnega vedenja prišlo, kako se primerno odzvati in kdaj poiskati strokovno pomoč. Neredko pa so otroci s tovrstnimi težavami videni kot bodoči zlorabljevalci. Tako je lahko zaradi napačnega razumevanja mnogo otrok stigmatiziranih in izoliranih, tako v šolskem kot tudi družinskem okolju. Neustrezni odzivi odraslih otroke puščajo same z notranjimi konflikti in lahko odložijo prepotrebno strokovno pomoč.

V prispevku bo predstavljena klinična ocena in terapevtska obravnava dečka s poudarkom na različnih načinih vzpostavljanja varnega terapevtskega odnosa. Prikazan bo pomen terapevtskih intervencij, usmerjenih na družinske odnose.

Ugotovitve kažejo, da z vključenostjo v ustrezno strokovno obravnavo vedenjske težave dokaj hitro in uspešno izzvenijo, okrepljen stik med otrokom in starši pa omogoča kvalitetnejše (so)bivanje. Prispevek predstavlja doprinos k razumevanju in poznavanju razvojnih vidikov otroške spolnosti v luči medosebnih odnosov. V njem bodo predstavljena izhodišča za razvoj pomoči družinam, katerih otroci imajo vedenjske težave na področju spolnosti.

Key Words: vedenjske težave, spolnost, družinski odnosi, ocenjevanje, intervencije



Doživljanje spolno zlorabljenih žensk, povezano s skrbjo in vzgojo otrok

Tjaša Šuštar

(znanstveni prispevek)

Avtorica je v svoji kvalitativni raziskavi, izvedeni z metodo osnovane teorije, s katero je raziskovala doživljanje materinstva pri spolno zlorabljenih ženskah, oblikovala šest glavnih kategorij. To so: doživljanje med nosečnostjo in porodom, izkušnja in doživljanje ob izgubi otroka, doživljanje povezano s skrbjo in vzgojo otroka, izkušnja in doživljanje transgeneracijskega prenosa čutenj in spolne zlorabe na otroka, doživljanje sebe in svojega materinstva danes ter kontekst doživljanja materinstva. V pričujočem prispevku bo predstavljena kategorija, ki zajema materino doživljanje povezano s skrbjo in vzgojo otroka.

Ker se večina dosedanjih raziskav, ki obravnavajo tematiko materinstva pri spolno zlorabljenih ženskah osredotoča predosem na najzgodnejše obdobje prvih stikov z otrokov (dojenje in intimno nego) ter fizično zlorabo, avtorica v prispevku izpostavlja do sedaj precej neraziskano področje materinega doživljanja in odziva ob telesnem izražanju nežnosti in ljubezni do otroka, doživljanje in odziv ob telesnem stiku drugih ljudi z otrokom, doživljanje in odziv ob otrokovem raziskovanju telesa ter doživljanje ob vzgoji o telesnih razmejitvah in spolnosti. Materino doživljanje omenjenih področij skrbi in vzgoje otroka se je pokazalo zaznamovano z afekti strahu, sramu, gnusa in jeze. Hkrati pa so intervjui razkrili tudi enega izmed možnih dejavnikov transgeneracijskega prenosa travme spolne zlorabe.

V sami kategoriji doživljanja povezanega s skrbjo in vzgojo otroka je bilo v raziskavi sicer zajeto tudi materino doživljanje dojenja in intimnega stika z otrokom, doživljanje ob regulaciji otrokovih čustev, ob postavljanju meja, otrokovi spontani igri ter ob otrokovem odraščanju in odhodu v svet.

Pri rezultatih je potrebno upoštevati omejitve raziskave, med katerimi velja izpostaviti nezmožnost posplošitve na celotno populacijo zaradi same narave metode in priložnostnega vzorčenja.

Ključne besede: spolna zloraba, telesni stik z otrokom, otrokovo raziskovanje telesa, vzgoja o telesnih razmejitvah, vzgoja o spolnosti



Duhovnost kot varno izhodišče pri soočanju z ločitvijo

doc. dr. Barbara Simonič
Teološka fakulteta, Ljubljana
(znanstveni prispevek)

Duhovnost oz. religija je lahko pomemben vir pomoči posamezniku, kadar se znajde v stiskah. Soočanje s stisko ob prisotnosti duhovnih/religiozних elementov zagotavlja posamezniku dvojje: lažje najde pomen stresne situacije, obenem pa se poveča občutek kontrole nad določenimi vidiki stresne situacije. Z vidika teorije navezanosti pa pristen odnos z Bogom oz. kakšnim drugim presežnim bitjem predstavlja varno osnovo in varno pribežališče, od koder lahko oseba črpa moč za soočanje z izzivi. Tudi ločitev (ali razpad dolgotrajnejše partnerske zveze) se uvršča med bolj stresne in psihično naporene življenjske preizkušnje. Ne glede na okoliščine, je vsaka razveza težka preizkušnja, ki poseže v posameznikova življenja. Poleg soočanja z izzivi na zunanji formalni ravni sproža tudi številne notranje procese, kjer oseba ob spremembah doživlja različne notranjepsihične turbulence. Občutek varnosti v tem primeru zagotavlja močno oporo pri soočanju s temi izzivi.

V prispevku bodo predstavljena teoretična izhodišča teorije religioznega soočanja s stiskami in navezanost na Boga, kar bo aplicirano na področje soočanja z razvezo. Poudarek bo na tem, ali in kako osebe, ki so doživele razvezo, doživljajo odnos z Bogom kot odnos navezanosti, iz katerega lahko črpajo moč in oporo za soočanje z izzivi razveze. S kvalitativnim raziskovalnim pristopom - fenomenološko metodo je bilo raziskano, kateri in kakšni so vidiki odnosa z Bogom (znotraj katoliške tradicije), ki jih ločene osebe doživljajo kot vir pozitivne podpore pri soočanju z razvezo. V raziskavo je bilo vključenih 5 oseb, ki so za sabo imele izkušnjo soočanja z ločitvijo, gojile pa so tudi globok oseben odnos z Bogom (vsi so bili katoličani). Z njimi so bili opravljeni polstrukturirani intervjuji.

Rezultati kažejo, da so udeleženci raziskave doživljali odnos z Bogom kot temeljni vir varnosti in gotovosti, ki jim je na različne načine pomagal pri soočanju z izzivi v procesu ločitve. Ker je bil poudarek predvsem na pozitivnih vidikih odnosa z Bogom, bi v prihodnosti bilo potrebno raziskati tudi morebitne povezave nevarne navezanosti na Boga in soočanje z ločitvijo. Teoretična izhodišča, kakor tudi rezultati raziskave, ki jih zaradi metodoloških omejitev in nizkega števila udeležencev sicer ne moremo posplošiti, pa vsaj nakazujejo tudi na pomembnost upoštevanja tega področja v terapevtskem delu z vernimi osebami.

Ključne besede: razveza, religiozno soočanje, navezanost na Boga, varna osnova, varno pribežališče



Povezanost kakovosti partnerskega odnosa z emocionalnim starševstvom ter problemi in močmi otrok

Darja Jurinčič Jogan
ISTRA Škofije

(znanstveni prispevek)

Večina staršev želi omogočiti otrokom čim boljše pogoje za njihov razvoj in temu namenijo veliko svojega časa, energije in tudi finančnih sredstev, vendar imajo velikokrat zgrešeno predstavo o tem, kaj je za zdrav razvoj otroka v resnici potrebno. V svoji vnemi za dobrobit otroka včasih zanemarijo svoj partnerski odnos, ki pa je prav tako bistvenega pomena za razvoj otroka. Starši še niso dovolj ozaveščeni o pomembnosti sočutnega odzivanja na otrokove čustvene potrebe ter o vlogi kakovosti odnosa med staršema za razvoj otrok.

Avtorica je v raziskavi preverjala povezanost med kakovostjo partnerskega odnosa in emocionalnim starševstvom ter problemi in močmi otrok. V raziskavi je sodelovalo 120 staršev, ki so ocenjevali kakovost svojega partnerskega odnosa, stopnjo emocionalnega starševstva v odnosu do svojega otroka iz starostnega obdobja od 5 do 18 let ter težave in moči otroka. Uporabljeni so bili vprašalnik medsebojne prilagojenosti (DAS), vprašalnik zakonske odtujenosti (MDS), vprašalnik emocionalnega starševstva ter lestvica otrokovih problemov in moči iz začetnega vprašalnika sprememb v sistemske terapiji (STIC).

Rezultati raziskave so pokazali statistično pomembno povezanost višje kakovosti partnerskega odnosa staršev z višjo stopnjo emocionalnega starševstva ter z nižjo stopnjo izraženosti problemov (zlasti depresivnosti, anksioznosti, ključovalnosti in delinkoentnosti) in višjo stopnjo izraženosti moči pri otrocih (predvsem prosocialnosti in povezanosti med otrokom in staršem).

Kljub nekaterim omejitvam raziskave, so njene ugotovitve uporabne pri oblikovanju in širjenju preventivnih programov za razvoj kakovostnih partnerskih odnosov in funkcionalnega starševstva. Rezultati bi lahko spodbudili strokovnjake, ki obravnavajo ali zdravijo otroke z različnimi težavami ali simptomi, a njihova obravnava ne privede do pričakovanega izboljšanja, da bi staršem svetovali vključitev v zakonsko oziroma družinsko terapevtsko obravnavo.

Ključne besede: *Kakovost partnerskega odnosa, emocionalno starševstvo, težave in moči otrok, zakonska in družinska terapija*



Opazovanje vedenja novorojenčka po metodi Newborn Behavioural Observation (NBO) z elementi RDT

asist. mag. Metka Skubic

asist. dr. Anita Jug Došler

Zdravstvena fakulteta UL, Oddelek za babištvo

(znanstveni prispevek)

Izhodišče za preučevanje družine v prispevku predstavlja metoda opazovanja novorojenčkovega vedenja, *The Newborn Behavioral Observations System* (v nadaljevanju NBO). Gre za instrument opazovanja novorojenčka, ki so ga v ZDA zasnovali predvsem za potrebe klinične uporabe. Njegova pravilna uporaba ima pozitivne učinke na mnogo področjih družinskega funkcioniranja. Rojstvo prvega otroka pomeni vzpostavitev družinskega sistema, v katerem se na sistemski, interpersonalni in intrapsihični ravni odražajo koncepti in mehanizmi, na katerih gradi relacijska družinska terapija (RDT), ki zmore poiskati pot razrešitve bolečih psihičnih vsebin in privedi do razbremenitve sistema. Z uporabo elementov (RDT) je obet kakovostnejšega izida lahko še večji.

Raziskava je metodološko zasnovana kot študija primera, delno pa je potekala po načelih kvantitativnega raziskovanja. Uporabili smo več načinov zbiranja empiričnega gradiva, metod raziskovanja in analize, ker smo sledili načelu t.i. triangulacije, ki v metodologiji in empiričnem raziskovanju pomeni uporabo različnih metod za proučevanje določenega raziskovalnega problema.

Rezultati raziskave kažejo, da je opazovanje in obravnava novorojenčkovega vedenja z uporabo metode NBO učinkovitejša, če ob izvedbi uporabimo terapevtski pristop z vsebinskimi elementi RDT. Glede na rezultate raziskave lahko sklepamo, da je integracija elementov RDT v metodo NBO staršem doprinesla nekaj več na področju prepoznavanja otrokove edinstvenosti, povezovanju in interakciji z otrokom, ustreznemu odzivanju na njegovo stisko, razumevanju, odpiranju in iskanju vzrokov za različne nefunkcionalnosti in blokade v odnosih, lastni stiski in k moči za oblikovanje samozavestne starševske vloge.

Metoda NBO je edinstveno orodje pri delu z novorojenčkom in novonastalo družino. Opisujemo jo kot metodo opazovanja, ki je prilagojena individualnim potrebam novorojenčka in je nanj tudi osredotočena (ang. *infant-focused*). Hkrati je v družino usmerjena metoda učenja in komuniciranja (ang. *family-centered*).

Otrok je ob rojstvu opremljen z vsem, kar potrebuje, da svetu (staršem) sporoči kako naj skrbijo zanj. Je oseba z lastnim značajem, ki pa svoje počutje in želje lahko izraža le na neverbalen način. Kljub temu je kompetentna oseba, ki želi komunicirati s starši, od njih pa je odvisno, kako bodo njegova sporočila razbrali, razumeli in se nanje najprimerneje odzvali. Rezultati raziskave pomembno kažejo na potrebo, da se obravnava novorojenčka ne zgodi brez obravnave celotne družine. Otrok je namreč njen del, družina in otrok pa drug na drugega vzajemno razvojno, osebno in vedenjsko vplivata. Pri raziskovanju so bile identificirane tudi nekatere pomanjkljivosti, ki omogočajo oblikovanje izhodišč za nadaljnje raziskovanje.

Ključne besede: otrok, opazovanje, starševstvo, poporodno obdobje, družinska terapija



24-urna interventna psihološka pomoč za policiste

Snežna Krek in Mirjana Savić

Policija

(strokovni prispevek)

Pri svojem vsakdanjem delu so policisti izpostavljeni neprestanim in različnim stresnim situacijam, ki ogrožajo njihovo telesno in duševno zdravje. V prispevku bo predstavljen projekt 24-urne interventne psihološke pomoči in podpore za policiste, ki ga na policiji izvajajo že od leta 2009.

Stalno dosegljiva telefonska številka, na katero se lahko obrnejo policisti v stiski, njihovi sodelavci ali nadrejeni omogoča takojšnjo pomoč in podporo psihologa ali policijskega zaupnika. Policijski zaupniki so policisti, ki so doživeli travmatične izkušnje, jih uspešno razrešili, opravili strokovno usposabljanje ter sedaj z empatičnim odnosom sodelavcem, ki doživljajo močan poklicni stres, ponudijo pomoč. Policist se tako lažje sooči z dogodkom, premaga stres in lažje vzpostavi kontrolo nad kritično situacijo. Pomoč je ponujena v obliki telefonskega pogovora, na kraju dogodka, pri psihologu, individualno ali skupinsko. V teh letih je od 99 policistov, ki so bili deležni pomoči in podpore v prvem letu, število naraslo na preko 350 policistov na leto. Družinske težave, slabi medosebni odnosi, mobing, travmatične izkušnje na delovnem mestu so le nekateri od številnih vzrokov, zaradi katerih se policisti obrnejo po pomoč. Znano je, da sekundarna travma na delovnem mestu lahko negativno vpliva tudi na zasebno življenje posameznika. Velja tudi obratno - kadar so odnosi doma urejeni, ko smo v privatnem življenju zadovoljni, tudi v službi lahko dobro opravljamo svoje naloge. Prav zato je večkrat pomoč ponujena tudi najbližjim družinskim članom policistov. Svetovalci s pogovori, izmenjavo življenjskih izkušenj in informacij ali terapijami pomagajo policistom in njihovim svojcem pri samoodločanju in doseganju ciljev, ki se v nekem trenutku zdijo nepredstavljeni in nedosegljivi.

Lansko leto je policijo še posebej zaznamovalo, saj je kar nekaj policistov izgubilo življenje med opravljanjem svojega dela. Takrat je bila psihološka pomoč družinskim članom še posebej pomembna. Na primerih bo prikazano, kako so v interventni psihološki pomoči oblikovali podporo v najtežjih primerih, kaj je bilo pri tem narejenega dobro in katere napake so spremljale njihovo delo. Moto 24-urne interventne psihološke pomoči, s katerim želijo premagati stereotipe o super herojskih policistih, je MOČ je poiskati poMOČ.

Ključne besede: psihološka pomoč, zaupniki, policisti, družinske težave, pomoč svojcem;



Ali matere vzgajajo drugače kot očetje?

dr. Sabina Jurič Šenk
OŠ Ledina

(znanstveni prispevek)

Če vzgojo definiramo kot skupek interakcij in reakcij staršev do otroka, ki določa čustveno klimo, v kateri se izraža vedenje staršev, potem lahko vzgojne kategorije predstavljajo le posamezne enote interakcij med starši in otroci. Le-te lahko zajemajo starševsko stališče in držo do otroka (npr. sprejemanje otrok), način pristopa do otroka (npr. spodbujanje otroka), povezanost starševske osebnosti in vedenja do njega (npr. odprtost starša za otrokove ideje) ...

V raziskavi je avtorica s pomočjo utemeljene teorije (ang. Grounded Theory) z odprtim in osnim kodiranjem pri 94 različno starih udeležencih iskala kategorije vzgoje, ki so jih le-ti opredelili kot pomembne. Glede na njihovo mnenje so jih tudi vrednostno označili kot pozitivne oz. negatione. V nadaljevanju je bil sestavljen Vprašalnik starševskih kategorij s katerim je bila pri 460 družinah (otroci, starši in stari starši) izmerjena izraženost posameznih, iz intervjuev pridobljenih, vzgojnih kategorij.

Dobljene pozitivne vzgojne kategorije so bile združene v krovno pozitivno vzgojno nadkategorijo sprejemanje in spremljanje otroka s strani ljubečih staršev, dobljene negativne vzgojne kategorije pa v zavračanje in zanemarjanje otroka s strani neljubečih staršev. Posamezne dobljene kategorije in nadkategorije je avtorica povezala z že uveljavljenimi vzgojnimi stili (avtoritativni, permisivni in avtoritarni). Rezultati nazorno prikažejo še razlike med vzgojo mater in očetov pri vseh udeležencih. Za razliko od mater so bili očetje tisti, pri katerih so bile bolj poudarjene t. i. negatione vzgojne kategorije, in sicer pogrešanje starša s strani otroka, neupoštevanje otroka in grobi posegi v otroka s strani starša. Velika večina ostalih vzgojnih kategorij je bila močneje izražena pri materah vseh udeležencev. Prispevek jasneje osvetli tudi povečano oz. zmanjšano izraženost omenjenih vzgojnih kategorij pri vseh sodelujočih. Dobljene vzgojne kategorije in nadkategorije, ki nakazujejo na medsebojne čustvene potrebe mladih v odnosu do odraslega, predstavljajo pripomoček strokovnjakom za delo z mladostniki in z njihovimi družinami v stiski.

Ključne besede: vzgoja mater, vzgoja očetov, partnerski odnos, pozitivne kategorije vzgoje, negativne kategorije vzgoje, retrogradno poročanje



Pretirana zaščita otrok kot odraz ranljivosti staršev

dr. Sabina Jurič Šenk
Oš Ledina

(strokovni prispevek)

Kadar se starši trudijo, da bi otroku zagotovili dovolj varnosti ter ga zavarovali pred neprijetnimi izkušnjami, da mu pri tem onemogočajo razvijanje samostojnosti, prevzemanja posledic njegovega vedenja ter želje po raziskovanju, govorimo o pretirano zaščitniških starših. Le-ti otroku ne postavljajo jasnih in doslednih meja v skladu z njegovo starostjo, zaradi pomanjkanja vodenja in usmerjanja pa otrok ostane tudi brez ustreznih spodbud za razvoj svoje osebnosti in socialne kompetentnosti.

Starši, ki otroka preveč ščitijo, pogosto prevzemajo odgovornost za njegovo vedenje, za njegov uspeh v šoli ter celo za njegovo doživljanje. Prevelika odvisnost otrok od staršev se tako pri njih pogosto kaže kot pomanjkanje samostojnosti, agresivno vedenje ob omejitvah, nezaupanje avtoriteti, pomanjkljiva empatije ter s tem večje tveganje za zavrnjenost s strani vrstnikov. Starši, ki bi želeli otroku pomagati tudi takrat, ko pomoči ne potrebuje in bi že zmogel sam, lahko zaradi močne čustvene povezanosti z njim izgubijo vlogo odraslega v odnosu. Takšni starši so lahko zato do vzgojno-izobraževalnih institucij zahtevni in pretirano kritični oz. od institucije pričakujejo, da bo v vzgoji otroka odigrala preveliko vlogo.

Zaposleni v vrtcu in šoli lahko otrokom in njihovim staršem stojijo ob strani, jim svetujejo in jih usmerjajo, medtem ko globlje v družinsko dinamiko, tudi zaradi svoje vloge, ne morejo posegati. Za spremembo družinske dinamike, za ovrednotenje stiske v družini in za spremembo v smeri večje samostojnosti in zdrave povezanosti družinskih članov družina potrebuje zakonskega in družinskega terapevta. Terapevt ne posega v družino le takrat, ko gre za klic na pomoč, temveč lahko izboljša blagostanje družinskih članov tudi s preventivnimi vsebinami.

V prispevku bodo predstavljeni primeri različno starih otrok (vrtčevskih, otrok prve, druge in tretje triade osnovne šole), ki imajo preveč zaščitniške starše. Avtorici bosta na več konkretnih primerih opredelili vlogo strokovnih sodelavcev znotraj vrtca in osnovne šole, načine pomoči ter različne intervencije, ki jih le-ti lahko nudijo družinam, kjer so starši do otrok preveč zaščitniški. V prispevku bo predstojena ključna vloga zakonskega in družinskega terapevta pri pomoči omenjenim družinam.

Ključne besede: vzgoja, pretirana zaščita, ranljivost otrok, ranljivost staršev, zakonski in družinski terapevt



Žensko sobivanje v terapevtski skupini kot ozdravljajoč proces skupne rasti

dr. Anica Koprivc Prepeluh,
Društvo »Čutim življenje«
(znanstveni prispevek)

V prispevku so predstavljene nekatere ugotovitve pilotne raziskave, ki se je osredotočala na raziskovanje odnosa med materjo in hčerko ter nato na proces zdravljenja odnosnih ran v terapevtski skupini za ženske. Prispevek obravnava tematiko ženskega sobivanja v terapevtski skupini kot ozdravljajočega procesa skupne rasti vseh udeležениh. Ta rast omogoča preseganje starih bolečih vzorcev nevarnega sobivanja mati-hči in s tem prispeva k bolj kvalitetnemu sobivanju udeleženk tukaj-in-zdaj. V raziskavi je avtorica raziskovala učinke obiskovanja terapevtske skupine, terapevtsko vlogo ženskega okolja ter pomen koterapije.

Uporabljena metoda je bila analiza vsebine oz. dvostopenjska tematska analiza. Prvič je bila izvedena po vsakem izvedenem srečanju skupine, ločeno sta jo izvajali dve raziskovalki. Nato je bila ob in po zaključku celotnega ciklusa srečanj opravljena še drugotna analizo vsebine pisnih vaj. Pri končni analizi oz. interpretaciji podatkov so bili v pomoč tudi drugi pisni viri. V določenih primerih smo si pomagali tudi z metodo analitične indukcije ali sklepanjem iz posameznih primerov na splošno.

Na podlagi zbranih podatkov lahko utemeljeno sklepamo, da je zastavljeni model skupine v pilotni izvedbi po poročilih udeleženk izkazal določene pozitivne učinke v življenju udeleženk, ki so želele (vsaj začeti) reševati težave v svojih medosebnih odnosih in/ali odnosu do sebe. Pozitivne spremembe so se zgodile predvsem na področju samopodobe oz. temeljnega odnosa do sebe ter zadovoljstva z življenjem. Prav tako pa tudi na področju urejanja prej problematičnih medosebnih odnosov, v prvi vrsti vzpostavljanja razmejitev. Na podlagi analize poročil udeleženk o spremembah v odnosu do sebe in medosebnih odnosih lahko sklepamo tudi, da je prišlo do uvedbe novih elementov varne navezanosti, in s tem zmanjšanja količine elementov ne-varne navezanosti. Prav tako lahko zaključimo, da so udeleženke pridobile predvsem možnost korektivne terapevtske izkušnje, tako ob soudeleženkah kot terapevtkah. Potrdimo lahko, da se je za uspešen in varen proces terapije pokazal pomemben tudi varen odnos med koterapevtkama. Rezultatov zaradi metodoloških pomanjkljivosti ne moremo popoševati in jih je potrebno preveriti z bolj eksaktnimi metodami in na večjem vzorcu. Nakazujejo pa smotrnost oblikovanja terapevtskih skupin za ženske, ki imajo težave v medosebnih odnosih in/ali odnosu do sebe, posebej v primerih, ko ni možnosti vključitve v partnersko ali družinsko terapijo.

Ključne besede: terapevtske skupine, ženske skupine, medosebni odnosi, ženska samopodoba, relacijski družinski model



Družinski terapevt v dnevnem centru za ljudi s težavami v duševnem zdravju

dr. Anica Koprivc Prepeluh

Ozara Slovenija - enota Brežice in Društvo »Čutim življenje«

(strokovni prispevek)

V dnevne centre (v nadaljevanj DC) se običajno vključujejo uporabniki, ki se psihiatrično zdravijo. Najpogosteje gre za tesnobne motnje, motnje razpoloženske ter shizofrenijo in druge psihotične motnje. Večina uporabnikov je zaradi tega invalidsko upokojenih oz. opredeljenih kot delovno nezmožnih. Težave se odražajo tudi na družinskem in partnerskem področju, ki je okrnjeno oz. velikokrat sploh ni razvito. Zaradi tega so ti ljudje običajno socialno izolirani in odri-njeni, neredko pa tudi v finančni stiski.

Dnevni center tako zanje pogosto predstavlja edini »dom«, kjer so sprejeti, imajo možnost med-sebojnega druženja, vključevanja v različne aktivnosti ter strokovno podporo. Tako dnevni cen-ter pomembno prispeva h kakovosti življenja uporabnikov. Eden od pomembnih ciljev programa je tudi razvijanje veščin, pomembnih za sobivanje in kakovostno življenje nasploh. Vključitev v program DC je za uporabnike brezplačna, saj ga sofinancirajo FIHO, MDDSZEM in lokalne občine ter številni drugi (manjši) podporniki.

Namen prispevka je predstaviti delo zakonskega in družinskega terapevta v dnevnem centru za ljudi s težavami v duševnem zdravju. Udeleženci se bodo tako seznanili s storitvami, ki jih nu-di dnevni center, profilom uporabnikov DC ter nekaterimi možnostmi aplikacije v procesu izo-braževanja za terapevta pridobljenih znanj in veščin pri delu strokovnega delavca v dnevnem centru.

Ključne besede: dnevni center, duševno zdravje, terapevtska znanja in veščine, Ozara Slovenija



Vloga družine pri obravnavi debelosti otrok in mladostnikov

Miha Rutar

Pediatrična klinika, Ljubljana

Družinski inštitut Zaupanje

(strokovni prispevek)

Prevalenca čezmerne prehranjenosti in debelosti se je pri otrocih in mladostnikih v zadnjih desetletjih pomembno povečevala in postaja resen družben problem. Prekomerna telesna teža pri otrocih vztraja v odraslost in je tesno povezana z resnimi zdravstvenimi zapleti (npr. kardiovaskularne težave, endokrinološki zapleti, rak).

Debeli otroci in mladostniki v primerjavi z vrstniki poročajo tudi o več depresivnih simptomih, slabši kakovosti življenja in slabši samopodobi ter doživljajo več sramu.

Pri obravnavi otrokove debelosti je potrebno vključiti tudi starše, saj ti ne urejajo le otrokovih prehranskih in življenjskih navad, ampak širše gledano regulirajo otrokov bio-psiho-socialni svet ter posledično omogočajo samoregulacijo.

Pogosto je debelost del širše psihosocialne problematike družine, kar vpliva tudi na nemotiviranost vključenih v obravnavo. Obravnava debelosti pri otroku mora biti zato multidisciplinarna in zajema različne profile (npr. zdravnik, dietetik, psiholog, družinski terapevt).

V predstavitvi bodo prikazane tudi klinične izkušnje timske obravnave prekomerno debelih na Kliničnem oddelku za endokrinologijo, diabetes in bolezni presnove na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Poudarek bo na psihološki obravnavi družine, ki vključuje različne intervencije: motivacijski intervoju, kognitivno-vedenjske in družinske intervencije, ki naslavljajo predosem razmejitev med podsistemi, vloge in komunikacijske vzorce.

Ključne besede : otroci, mladostniki, debelost, družinska terapija



Terapije s presežnimi delavci v NLB d.d.

Jasna Dolamič Gričar
Psihoterapija JADRO

(strokovni prispevek)

NLB d.d. je v procesu prestrukturiranja, z namenom zmanjševanja stroškov, prekinila delovno razmerje iz poslovnih razlogov precejšnjemu številu zaposlenih. Banka je vsakega presežnega delavca povabila v socialni program, s katerim je skušala ublažiti posledice prekinitve delovnega razmerja, in ga podprla v vseh aktivnostih pri uspešnem iskanju nove zaposlitve. V okviru socialnega programa je bilo delavcem omogočeno tudi individualno svetovanje.

Pri delu s presežnimi delavci so bili uporabljeni temeljni principi relacijske družinske terapije: prepoznavna in ozaveščanje čutenj (jeza, obup, nemoč, padec samozavesti...); regulacija afekta; zavedanje telesnih senzacij; naslavljanje paralel družina – NLB; raziskovanje globine odnosov s sodelavci in dojetanje službenega okolja kot družinskega; razumevanje razmerja 'vodja, direktor' – 'avtoriteta' – 'vloga očeta'; osnovni nivoji doživljanja: sistemsko (NLB; večina je tam zaposlena ves čas svoje delovne dobe in tam so preživeli več časa kot z družino), interpersonalno (odnosi s sodelavci), intrapsihično (afektivni psihični konstrukt pri odnosih s sodelavci); delo s temeljnimi dinamikami relacijske družinske terapije: projekcijsko-introjekcijska identifikacija, kompulzivno ponavljanje, temeljni afekt, afektivni psihični konstrukt in regulacija afekta v delovni organizaciji; razvijanje dvojnega zavedanja; odkrivanje primarnih obrambnih mehanizmov (paralela med zanikanjem in disociacijo); cikel večkratnih srečanj.

V prispevku bo predstavljen primer tovrstne obravnave in nakazane možnosti za prenos takšne prakse tudi v druga podjetja, ki se srečujejo s problematiko presežnih delavcev in jim pri tem želijo pomagati.

Ključne besede: presežni delavci, socialni program, temeljni afekti, principi relacijske družinske terapije



Ključni dejavniki pri terapevtskem delu z odvisnimi

Mateja Okanovič

Tatjana Oprešnik Rodman

Psihiatrična Klinika Ljubljana

Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Ljubljana

(delavnica)

Abstinenca ni cilj, je pot spremembe življenjskih navad in vzorcev funkcioniranja.

V delavnici se bodo udeleženci na interaktivni način seznanili z bistvenimi elementi pri terapevtskem delu z ljudmi, ki so odvisni od psihoaktivnih substanc (PAS). Spoznali bodo pomen priprave posameznika za vstop v program zdravljenja odvisnosti, se seznanili z bistvenimi poudarki ambulantnega zdravljenja na Centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CZOPD) v Psihiatrični kliniki Ljubljana ter se spoznali s pomembnimi poudarki preventive recidiva po zaključenem bolnišničnem zdravljenju. Predstavljen bo pogled na odvisnost kot kronično bolezen ter poudarjena pomembnost dolgotrajnega zdravljenja. Udeleženci bodo spoznali najpomembnejše rizične dejavnike, ki vodijo v recidiv oz. ponovitev bolezni. Umestili bomo problem odvisnosti in zdravljenja le-te v družinski sistem, ter se ukvarjali z vlogo družine oz. ožje socialne mreže pri vzdrževanju abstinence in vrstah ustrezne pomoči odvisnim.

V delavnici bodo teme predstavljene v obliki podajanja izhodiščnih teoretičnih poudarkov, igre vlog v malih skupinah ter skupinske diskusije in refleksije.

Ključne besede: *bolezen odvisnosti, priprava na zdravljenje, abstinenca, preventiva recidiva*



Pogled na kakovost bivanja skozi šport

*Andrej Omulec, mag. ZDŠ
Karitas Murska Sobota
(znanstveni prispevek)*

Ukvarjanje s športom lahko pomembno prispeva k večji kakovosti bivanja. Udejstvovanje v športu pozitivno deluje na zadovoljstvo v življenju in prispeva k zmanjševanju stresa pri človeku. V prispevku bomo predstavili nekatere relacijske vidike osebnega življenja in doživljanja vrhunskih športnikov. Predstavitev bo temeljila na izsledkih pilotne raziskave, v kateri smo obravnavali zadovoljstvo v življenju športnikov, njihovo spolno življenje ter tipologijo družin, iz katerih izhajajo. V pilotni raziskavi, v kateri je sodelovalo 30 vrhunskih športnic in športnikov, smo uporabili tri vprašalnike, s katerimi smo ugotavljali razmere v družinah vrhunskih športnikov, njihovo zadovoljstvo z življenjem ter njihov odnos do spolnosti.

Rezultati so pokazali trend, da športniki v poprečju doživljajo nekoliko večji stres, a so v povprečju kljub temu izražali večje zadovoljstvo v življenju kot športnice. Ženske pa doživljajo v športu več podpore s strani družine kot moški. Tisti posamezniki, ki so deležni več podpore s strani družine, v povprečju doživljajo nekoliko manj stresa v športnem udejstovanju. Največje odstopanje med športniki in športnicami se je pokazalo v številu preteklih partnerjev, pri čemer so imeli moški več preteklih zvez.

Pilotna raziskava je ponudila nekaj izhodišč za nadaljnje raziskovanje osebnega življenja športnikov, saj je nakazala nekateri trende glede športnikovega odnosa do spolnosti, doživljanja njegovega zadovoljstva z življenjem v povezavi s podporo njegove družine družino. Ključna pomanjkljivost raziskave je v nizkem številu udeležencev, kljub temu pa nakazane povezave predstavljajo obetavna izhodišča za nadaljnje raziskovanje.

Ključne besede: šport, spolnost, medosebni odnosi, zadovoljstvo z življenjem, družina;



Družinska mediacija - starševski dogovor ali kako lahko terapevt pomaga parom ob razhodu

*dr. Tanja Pia Metelko
Inštitut za mediacijo Concordia
(strokovni prispevek)*

V določenem procentu primerov se terapevt pri delu s posamezniki, pari in družinami sreča z odločitvijo klienta za razvezo zakonske zveze ali zaključek izvenzakonske skupnosti. Velikokrat del skupnosti predstavljajo mladoletni otroci, za katere se morata starša ob razhodu dogovoriti o treh temeljnih vprašanjih: komu bodo otroci zaupani v varstvo in vzgojo, kako bodo potekali stiki z drugim staršem in kakšna bo preživnina. O tem lahko odloča sodišče oz. predlaga rešitev center za socialno delo. Daleč najboljši način pa je, da se starša pogovorita in dosežeta strinjanje o tem, kaj je v dani situaciji najboljša možna rešitev, v prvi vrsti za skupne otroke, pa tudi za njiju. Tovrsten sporazum imenujemo starševski dogovor, ki ga staršem v sklopu družinske mediacije pomaga oblikovati družinski mediator. Omenjenim tematikam je vsekakor smiselno dodati tudi ugotovitev in razdelitev skupnega premoženja.

Družinska mediacija je oblika pomoči družini in način mirnega, konstruktivnega reševanja konfliktov in sporov, v katerem se urejajo razmerja med družinskimi člani. Gre za prostovoljen in izvensodni proces. Udeležencem pri vnovičnem vzpostavljanju medsebojnih odnosov pomaga nepristranski mediator, da si stranke lažje izmenjajo stališča, odkrijejo in strukturirajo sporne točke ter v skupnem razgovoru izdelajo opcije in alternative za doseg sporazumne in samoodgovorne rešitve, ki bo v zadovoljstvo vseh. Udeleženci pri tem aktivno sodelujejo pri transformaciji vsebine spora in konfliktne interakcije. Cilji so osebnotna transformacija, medsebojno priznavanje, krepitev moči, izboljšanje razumevanja in komunikacije ter uspešna rešitev konflikta oziroma spora. Mediacija predstavlja novo kulturo medčloveških odnosov.

Namen prispevka je seznaniti družinske terapevte z inštitutom družinske mediacije, s pomenom sklepanja starševskega dogovora, ki zajema skrb za skupne otroke ter način izvajanja starševske vloge po razhodu ter prednostmi tovrstnega načrtovanja razdelitve skrbi za otroke v primerjavi z razsodbo sodišča. Udeleženci bodo spoznali namen, cilje, prednosti, postopek in tehnike družinske mediacije. Avtorica prispevka, ki ima 15 let izkušenj dela na tem področju, bo podala nekaj koristnih primerov iz prakse ter študijo primera razhoda zakoncev s štirimi otroki.

Ključne besede: družinska mediacija, konflikt, družina, razhod, starševski dogovor



Raziskovanje ranljivosti - pot do sebe in drugega preko spoznavanja sebe in sprejemanja ranljivosti

dr. Tina Rahne Mandelj

Punčica - terapevtski in izobraževalni inštitut

(strokovni prispevek)

Rojstvo otroka in skrb zanj v prvih mesecih in letih življenja je za sobivanje mladega para in širše družine lahko ena izmed najbolj občutljivih prelomnic. Navadno se s tem poveča nivo ranljivosti v sistemu in v posameznikih. Spremembe, ki jih od družinskega sistema zahteva otrok, namreč vnesejo veliko negotovosti in pokažejo se vzorci ravnanja z ranljivostjo in ranljivimi otroškimi potrebami v odnosih v sedanjosti kot tudi v preteklosti. Ob telesnem stiku z otrokom se poveča tudi nivo doživljanja samega sebe, saj se prebudijo posameznikovi najzgodnejši (telesni) spomini na odnos(e) in bivanje v njih.

V pričujoči delavnici bo predstavljen doktorat na temo čustvenih procesov v mladem starševstvu, načini odhodov od doma kot tudi pot raziskovanja (do) lastne ranljivosti. Naloga je vključevala 2-letno kvalitativno fenomenološko raziskavo o prehodu v starševstvo in sistemskih posledicah za posameznika in odnose. Osebne pripovedi 30 mladih staršev (staršev s še predšolskimi otroki), s katerimi je bil opravljen poglobljen fenomenološki intervju, so bile podrobno analizirane z interpretativno fenomenološko analizo, narativno analizo in osnovano teorijo. Hkrati pa je bila v procese ranjenosti in ranljivosti kot raziskovalka vključena tudi avtorica sama, saj ta način raziskovanja to zahteva. Tako bomo na delavnici predstavili še lastno samorefleksijo raziskovanja, saj prinaša vpogled v dogajanje ob soočanju z ranljivostjo in razumevanje ranjenosti in ranljivosti ne le ob raziskovanju, ampak tudi znotraj medosebnega terapevtskega prostora.

Ključne besede: *ranjenost in ranljivost, samorefleksija, mlado starševstvo, interpretativna fenomenološka analiza, (med)osebni stik, medosebna regulacija čutenj*



Pomen timske obravnave odvisnosti od alkohola z vidika psihiatra in delovnega terapevta

Eva Švagelj dr.med.spec.psih in Renata Žohar.univ.dipl.del.ter.

Psihiatrična bolnišnica Ormož

(strokovni prispevek)

Koncepti pogleda na odvisnost so se skozi desetletja spreminjali. Jellinek je opisoval odvisnost kot bolezen, uveljavil se je tudi Edwardsov biopsihosocialni model. V zadnjem desetletju pa govorimo o bolezenskem nevrobiološkem konceptu odvisnosti, odvisnosti kot bolezni možganov. Etiologija in posledice škodljive rabe ter odvisnosti so večplastne in zajemajo domala vse vidike življenja, od zdravstvenih (nevrološke, čustvene, psihiatrične bolezni ...), socialnih, družinskih, delovno-pravnih in širše družbenih. Znotraj tega so odvisni bolniki izrazito heterogena skupina. Sodobno zdravljenje odvisnosti je usmerjeno v iskanje najbolj primerne kombinacije farmakoloških, psiholoških in socialnih ukrepov, ki so potrebni v različnih fazah zdravljenja. Velikega pomena je izrazito široka paleta možnosti izbora zdravljenja in vključevanja različnih poklicnih profilov. Vsak poklicni profil lahko prikaže svoje izkušnje zdravljenja odvisnosti. Pogosto so v ta namen uporabljeni standardizirani testi ali pa opazovanje skozi aktivnost. Tako je mogoča celostna obravnava odvisnika in uspešnejša rehabilitacija. Vsi člani tima morajo biti med seboj povezani in morajo stremeti k skupnemu cilju.

V prispevku bodo predstavljeni primeri nekaterih terapevtskih intervencij pri obravnavi bolnikov. Z vidika zdravnika psihiatra in delovnega terapevta bo prikazano sodelovanje pri bolnikih z nizko samopodobo ter prepoznavanje pozitivnih lastnosti. Vse to s poudarkom na sodelovanju, povezanosti in izmenjavi informacij, z namenom doseganja skupnega cilja.

Ključne besede: *odvisnost od alkohola, posledice odvisnosti, timska obravnava;*



Doživljanje nosečnosti in poroda pri ženskah z izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu ali mladostništvu

Tjaša Šuštar

(znanstveni prispevek)

Avtorica je v svoji raziskavi želela odgovoriti na raziskovalno vprašanje kako ženske z izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu ali mladostništvu doživljajo svoje materinstvo. Omenjeno področje je namreč kljub vedno pogostejšim raziskavam v zvezi z dolgoročnimi posledicami spolne zlorabe še vedno pomanjkljivo raziskano. Pomanjkljivo znanje strokovne in širše javnosti pa dodatno prispeva k materinim stiskam, ki jih tudi same velikokrat ne razumejo, predvsem pa ne zmorejo regulirati. Z izbiro osnovane teorije kot raziskovalne metode si je avtorica zadala pridobiti konkretne podatke o tem doživljanju, ki bi na podlagi transferabilnosti lahko pripomogli zdravstvenim delavcem, terapevtom ter ostalim profilom s področja mentalnega zdravja pri njihovi klinični praksi z omenjeno populacijo.

Avtorica je na podlagi empiričnih podatkov pridobljenih z intervjuji spolno zlorabljenih mater identificirala strukturo njihovega doživljanja materinstva skozi različna obdobja, in predvsem ob različnih situacijah s katerimi so se srečevale v materinski vlogi. Z odprtim in osnim kodiranjem je prepoznala šest glavnih kategorij: doživljanje med nosečnostjo in porodom, izkušnja in doživljanje ob izgubi otroka, doživljanje povezano s skrbjo in vzgojo otroka, izkušnja in doživljanje transgeneracijskega prenosa čutenj in spolne zlorabe na otroka, doživljanje sebe in svojega materinstva danes ter kontekst doživljanja materinstva.

V prispevku je predstavljeno doživljanje mater, ki je zajeto v kategoriji doživljanje med nosečnostjo in porodom. Omenjena kategorija obsega med drugim doživljanje žensk ob spoznanju nosečnosti, doživljanje telesnih sprememb in otroka (ter njegovega spola) med nosečnostjo, doživljanje ob ginekoloških pregledih in posegih ter doživljanje poroda. Raziskava je pokazala, da spolno zlorabljene matere niso homogena populacija, ki bi na enak način doživljala svoje materinstvo. Tako lahko področje, ki nekaterim materam pomeni največji izziv in stisko, drugim ne predstavlja težav ali je celo povezano s pozitivnimi občutki. Kljub temu se je pokazal pomemben skupni imenovalec afektivnega doživljanja, ki zajema reaktivacijo nereguliranih občutij strahu, sramu in gnusa ter občutke zlorabljenosti, ki izhajajo iz izkušnje travme in se materam prebujajo ob različnih sprožilcih. V prispevku so izpostavljena najpogostejša področja, ki jih matere doživljajo kot problematična kakor tudi tista, ki jih doživljajo kot podporna.

Pri rezultatih je potrebno upoštevati tudi omejitve raziskave (nezmožnost posplošitve na celotno populacijo zaradi same narave metode in priložnostnega vzorčenja).

Ključne besede: spolna zloraba, telesni stik z otrokom, otrokovo raziskovanje telesa, vzgoja o telesnih razmejitvah, vzgoja o spolnosti



Družinska terapija kot ena od metod celostne obravnave bolnikov s cistično fibrozo in njihovih družin

Darja Potočnik Kodrun
Asertiven.si, Ljubljana
(znanstveni prispevek)

Cistična fibroza (CF) je najbolj pogosta redka genetska bolezen belcev. Prizadane eksokrine žleze, ki izločajo sluz zlasti v dihalnih poteh, pljučih, trebušni slinavki in črevesju. Kljub velikemu napredku v zdravljenju, ki je rezultat celostne in celovite obravnave multidisciplinarnih timov v CF centrih, ostaja upravljanje s to boleznijo eno najbolj zahtevnih in boleznijo še ne znamo pozdraviti.

Obdobje pojavljanja prvih težav in seznanjanje z diagnozo je za vso družino izjemno stresno. Celotna družina se mora organizirati na način, ki bo poleg obveznosti omogočal tudi zadovoljstvo staršem in ostalim družinskim članom. Če bo življenje vsebovalo samo obveznosti, se lahko zelo kmalu zgodi, da se bo kdo iz družine umaknil. Zato je toliko pomembnejše, da se starše razbremenijo in se jim omogoči, da lahko ostanejo v stiku s sabo in otrokom. Sčasoma družine ob soočanju z novimi izzivi oblikujejo strategije, s katerimi si olajšajo življenje. Ko se začne stanje pri otroku slabšati in so hospitalizacije vse pogostejše, se duševna stiska lahko poglobi. Zadnje, zelo težavno obdobje pa je prav gotovo presaditev pljuč, ko se bolnik in družina sooči z minljivostjo in smrtjo. Pri spoprijemanju z novimi situacijami in neprijetnimi čustvi je za družino pomembno, da se o svojem doživljanju pogovori z zaupno osebo ali strokovnjakom. Psihoterapevt lahko poleg medicinskega osebja zelo pomaga družini, da se lažje prične soočati z boleznijo, predvsem jim pomaga najti nove načine medsebojne povezanosti, komunikacije in sodelovanja. Cilj terapije je tako npr. razbremenitev, porazdelitev odgovornosti in definiranje vloge, prepoznavanje in izražanje čustev.

V raziskavi so sodelovale tri družine z bolnikom s CF, ki so obiskovale cikel 12 srečanj in bile deležne procesa relacijske družinske terapije. Udeleženci so dobili pred in po končanem terapevtskem ciklu vprašalnike, ki so spremljali spremembe v terapevtskem procesu na področju funkcioniranja v družini (FAM – Vprašalnik o družinskem delovanju), spremembah duševnega zdravja (SCL- 90-R – Ocenjevalna lestvica simptomov) in doživljanju kvalitete življenja (WHOQOL–BREF - Vprašalnik kvalitete življenja). Glede na samoocenjevalne vprašalnike je v procesu RDT prišlo do nekaterih sprememb pri bolnikih in njihovih svojcih v doživljanju bolezni, izboljšanju počutja in družinskega funkcioniranja.

Naj zaključimo, da je psihoterapevtska obravnava proces, ki zahteva svoj čas, tako kot se tudi težave razvijajo dalj časa. Ni pomemben le končni izid, temveč tudi sproti napredki, ki motivirajo za nadaljevanje. Opozorili bi tudi, da posamezniki in družine lahko zelo različno doživljajo kronično bolezen in da ni nujno, da gre vsaka družina skozi isti proces. Doživljanje bolezni je zelo subjektivno in s tem doživljanje redke dedne bolezni še toliko bolj.

Ključne besede: kronična bolezen, relacijska družinska terapija, CF center, velikost učinka



Prepoznavanje čustev, njihovo razmejevanje in posameznikovo blagostanje

Štefanija Jaksetič Dujc
Dijaški dom Vič, Ljubljana
Teološka fakulteta, Ljubljana
(strokovni prispevek)

Pri terapevtskem delu s pari, družinami in posamezniki pogosto prihaja do izraza pomen ravnovesja med ohranjanjem samostojnosti in povezanosti med partnerjema ali družinskimi člani. V prispevku bomo predstavili in ovrednotili pomen prepoznavanja in razmejevanja čustev za kakovost posameznikovega življenja, čustvene povezave s pomembnimi bližnjimi in z matično družino.

Opredelili bomo teoretična izhodišča Bownove teorije diferenciacije selfa in predstavili izsledke pilotne raziskave, v katero je bilo vključenih 291 odraslih posameznikov. Z uporabo vprašalnikov za raziskavo diferenciacije selfa (Skowron in Friedlander), doživljanja anksioznosti (Spielberger) ter lestvico razcepa (Gerson) smo preverili uporabnost vprašalnika diferenciacije selfa v slovenskem prostoru. Predstavili bomo izsledke raziskave (povezave med diferenciacijo, anksioznostjo ter razcepom) in opredelili uporabnost vprašalnika za klinično prakso. Gre za orodje, ki bi lahko postalo uporabno tudi v relacijski partnerski in družinski terapiji, posebej pri diagnosticiranju problematike v družini, ocenjevanju sistemske družinske dinamike in prepoznavanju rizičnih dejavnikov v zvezi z družinsko dinamiko. Predstavili bomo tudi izhodišča za uporabo vprašalnika in smernice za nadaljnje raziskovanje področja diferenciacije selfa.

Ključne besede: *diferenciacija selfa, družinska dinamika, razmejitve, pilotna raziskava, klinične implikacije*



Soočenje s hudo boleznijo in koncem življenja

Mojca Pavšič in Janez Logar

Slovensko društvo Hospic, Ljubljana

Teološka fakulteta, Ljubljana

(strokovni prispevek)

Avtorja prispevka na podlagi lastne prakse in delovnih izkušenj predstavita načine sprejemanja težke bolezni in umiranja tako pri odraslih bolnikih, otrocih in njihovih starših. Delo s težkimi bolniki (predvsem z otroki z rakom) od terapevta (aktivnega poslušalca) zahteva tudi močan stik samega s seboj, lastnim čustvenim procesiranjem in poslušanjem lastnega telesa.

Ob soočenju s boleznijo, ki jo medicina ne zna več pozdraviti, za bolnika in njegove svojce preostane le še sprejemanje konca življenja. Pri delu z odraslimi bolniki avtor opazuje velike količine strahu in žalosti ob zaključku življenja. Ti čustvi pogosto ostaneta neizgovorjeni, kar še pogloblja stisko. Zelo podobno velja tudi za svojce, pri katerih avtor večkrat opazuje jezo na zdravstveno osebje, ker njihovega bližnjega niso uspeli pozdraviti.

Pri hudo bolnih (majhnih) otrocih je težje prepoznati strah, žalost in šok. Vse to pa je moč opaziti pri njihovih starših, saj je najbolj nenaravno, da mora starš gledati v oči smrti svojega otroka. Zato je mnogim staršem zelo dragoceno, da jim nekdo s sočutno držo prisluhne in poskuša razumeti. Hospic oskrba si prizadeva za celostno sprejemanje človeka v času soočanja z minljivostjo. Omogoča, da je umirajoči slišan, razumljen, spoštovan in upoštevan.

Avtorja v prispevku predstavita strokovne pristope in izkušnje ob spremljanju umirajočih bolnikov in njihovih svojcev v domačem okolju. Ovrednotita pomen upoštevanja vseh razsežnosti človeka v obdobju zaključevanja življenja. Poudarita pomen ustrezne podpore tima in njihovega sodelovanja, tako za bolnika kot za njegovo družino. Predstavita, s kakšnimi stiskami se soočajo vsi družinski člani, kje so skriti viri moči vsakega izmed njih in kako lahko strokovno spremljanje prispeva h krepitvi njihovih lastnih virov ter ohranjanju oziroma vzpostavljanju povezanosti v družinski skupnosti. Avtorja ovrednotita, kako lahko strokovno spremljanje pripomore k zagotavljanju čim višje kakovosti človekovega življenja do smrti, ohranjanju človekovega dostojanstva in avtonomije. V veliko pomoč je lahko tudi pri pomiritvi in prečiščenju medosebnih odnosov v družini, tudi če do tega pride šele tik pred smrtjo.

Ključne besede: *huda bolezen, umiranje, čustva, celostna hospic oskrba, oskrba v domačem okolju;*



Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije

Znastveni in strokovni članki



Vloga klientovega in terapevtovega stika s seboj v terapevtskem procesu

Sabina Prah

Psihoterapevtsko društvo Izbira

(pregledni znanstveni članek)

Povzetek

Stik s seboj, s svojim notranjim doživljanjem na nivoju kognicij, čustev in telesnih senzacij, je izjemnega pomena, saj predstavlja osnovo samozavedanja in samoraziskovanja, hkrati pa predstavlja temelj samoregulacije oz. samouravnavanja tako na intrapsihičnem nivoju kot na nivoju vedenja v medosebnih odnosih.

Ozaveščanje notranjih stanj in doživljanj je prvi korak k zavestni odločitvi za funkcionalne odzive, kar je zelo pomembno zlasti v psihoterapiji, kjer je naloga terapevta ponuditi klientu novo, reparativno izkušnjo odzivanja v primerjavi s preteklo izkušnjo s strani figur navezanosti. Terapevt se lahko ustrezno odziva na klienta le, če se konstantno vrača k ozaveščanju svojih lastnih misli, čustev in čutenj ter preverja, od kod izvirajo. Kadar prepozna, da gre za transferne vsebine, ki jih je preko projekcijsko-introjekcijske identifikacije prevzel od klienta, ima možnost, da jih predela in jih v za klienta bolj sprejemljivi obliki vrne nazaj. Pri tem so terapevtu lahko v pomoč tudi tehnike čuječnosti, ki predstavlja prebujeni um, ki je z zanimanjem in sprejemanjem osredotočen na dogajanje tukaj in sedaj.

V članku je predstavljena čuječnost, njeni učinki ter načini apliciranja v psihoterapevtski proces na nivoju klienta in psihoterapevta.

Ključne besede: čuječnost, stik s seboj, psihoterapija

Pomen terapevtskega odnosa

Raziskave o učinkovitosti psihoterapije konsistentno ugotavljajo, da različni psihoterapevtski pristopi vodijo do podobnih pozitivnih izidov, kar nakazuje obstoj temeljnih dejavnikov terapevtskega uspeha, ki naj bi bil zlasti odnos med klientom in psihoterapevtom (Praper, 2004). Gre za t. i. terapevtsko delovno alianso ali zvezo, ki jo Greenson (1991) definira kot pozitivno sodelovanje med klientom in psihoterapevtom, kar je poglobitni dejavnik terapevtskega uspeha. Bordin (1979) jo nadalje razčleni na klientovo in terapevtovo strinjanje o ciljih in nalogah v psihoterapiji ter vzajemno navezanost. Praper (2004) ugotavlja, da je delavna aliansa tista, ki omogoča samoopazovanje in s tem tudi samospreminjanje, vendar za to ni dovolj le terapevtov empatični odnos, ampak tudi trening psihoterapevtskih spretnosti. Ena izmed njih je uglašeni stik s seboj in z drugimi, kar razvija tudi čuječnost (Siegel, 2010). Černetič (2011) ugotavlja, da je čuječnost celo skupni faktor, ki se odraža v različnih psihoterapevtskih pristopih, kar nakazuje, da ne gre za novost, ampak za nekaj, kar je na področju psihoterapije prisotno od nekdaj. V psihodinamskih smereh naj bi se odražala npr. v ozaveščanju in opazujočemu egu, v kognitivno-vedenjski terapiji v samoopazovanju in beleženju avtomatskih misli ter izpostavljanju, v integrativni relacijski terapiji pa v uglašeni na klienta in integraciji (Černetič, 2011).

Kaj je čuječnost

Čeprav se čuječnost v slovenskem prostoru pojavlja šele zadnjih deset let (Černetič, 2005), je pravzaprav starodavni način življenja, ki ima korenine v budizmu. V psihologiji je postala vse bolj popularna odkar je John Kabat-Zinn leta 1979 v Massachusettsu ustano-

vil 8-tedenski na čuječnosti temelječi program zniževanja stresa. Postala je set tehnik, ki so znanstveno učinkovite pri zdravljenju depresije, anksioznosti, kronične bolečine, diabetesa, srčnih težav, oslabiljenega imunskega sistema, tinitusa ipd. Na čuječnosti temelječi programi znanstveno dokazano vodijo k boljši koncentraciji, manjši obremenjenosti, večji odpornosti na spremembe, manj avtomatiziranim odzivom, znižani anksioznosti in depresiji, znižani napetosti in jezi, zmanjšanju motenj spanja, večjemu zadovoljstvu in večji pomirjenosti (Alidina in Marshall, 2013).

Kabat-Zinn (2011) je oblikoval najbolj razširjeno definicijo čuječnosti, in sicer jo je opredelil kot zavestno ali namerno osredotočenost na izkušnjo iz trenutka v trenutek brez presojanja oz. predhodnih idej ali pričakovanj. Gre za pozornost na vse, kar se dogaja znotraj in zunaj nas: misli, čustva in druge telesne senzacije, npr. telesne občutke, videz, zvoke, vonje. Osnovni elementi te opredelitve čuječnosti so sledeči:

- ⇒ zavedanje: predstavlja odprtost do izkušnje, budnost in usklajenost v sedanjem trenutku,
- ⇒ namernost: pomeni, da gre za odločitev, kaj oseba opazi,
- ⇒ osredotočenost: pomeni posvečanje pozornosti na način, da se oseba osredotoči, opazi in je radovedna do lastne izkušnje, namesto da o tem razmišlja ali analizira,
- ⇒ sedanji trenutek: nanašajoč na izkušnjo, ki je prisotna v tem trenutku,
- ⇒ brez vrednotenja: gre za spoznanje oz. dovoliti stvarjem, da so takšne, kot so, brez težnje po spreminjanju, izboljšanju ali popravljanju.

Siegel (2010) gleda na čuječnost kot na prebujeni um, ki je z zanimanjem osredotočen na tisto, kar je prisotno v sedanjem trenutku. Na

področju empiričnega preučevanja čuječnosti je vodilna tudi S. Shapiro (2009), ki definira čuječnost kot pozornost, ki vznikne iz namerne odprtosti in preudarnosti do česar koli, kar je prisotno v sedanjem trenutku. S. Shapiro je s sodelavci (2006) razvila teoretični model čuječnosti, v katerem je čuječnost rezultat treh komponent: namena, pozornosti in naravnosti. Predpostavljajo, da čuječnost razvijamo preko namerne pozornosti do izkušnje na način, ki je odprt in preudaren. Prva komponenta, namen, označuje razlog, da sploh prakticiramo čuječnost. Navadno gre za neko osebno vizijo ali željo, kot je npr. postati bolj sočuten v medosebnih odnosih ali manj se izgubljati v zaskrbljenosti glede prihodnosti. Komponenta namernosti se razprostira na kontinuumu od samoraziskovanja in samoregulacije do samoosvoboditve, kar so vse lahko cilji prakticiranja čuječnosti. Druga komponenta, pozornost, pomeni posvečanje pozornosti temu, kar je prisotno iz trenutka v trenutek v notranjosti ali okolju. Pomeni opazovanje izkušnje, ki se kaže tukaj in sedaj, in se odraža v sposobnosti posvečanja pozornosti nekemu dražljaju dalj časa, preusmerjanju pozornosti med objekti ali notranjimi stanji ter v opazovanju misli, čustev in telesnih senzacij. Zadnja komponenta, naravnost, pa pomeni način oz. odnos pristopanja do čuječnosti. Ta je lahko hladen, kritičen, ali pa čustven, sočuten, prijazen, radoveden. Čuječnost se nagiba k slednjemu ter dodaja pozornostno opazovanje notranjih in zunanjih izkušenj brez interpretiranja in ocenjevanja ter s sprejemanjem, prijaznostjo in odprtostjo (Shapiro idr., 2006). Namerno razvijanje neobsojajoče pozornosti vodi k povezanosti, ta pa k samoregulaciji in končno k večjemu redu in boljšemu zdravju. Posledica je manjša kontroliranost s strani lastnih misli in čustev, kar vodi v manj avtomatizirano sledenje reakcijskim vzorcem, ki so nastali iz navade. Tako se povečujejo t. i. stopnje svobode, saj oseba sama izbira način samoregulacije s ciljem večje-

ga blagostanja (Shapiro, idr., 2006). Njeni odzivi postanejo posledično bolj adaptivni in fleksibilni v nasprotju s predhodnimi, bolj rigidnimi vzorci.

Čuječnost kot praksa predstavlja proces, čuječnost kot sprejemajoče zavedanje pa rezultat le-tega (Shapiro, 2009). Če pomeni prakticiranje čuječnosti sistematično prakticiranje namerne odprtosti, naklonjenosti in preudarnosti, pomeni čuječe zavedanje prisotnost zavedanja in globljega razumevanja, ki se kaže v svobodi uma. Tako kot vsaka spretnost, se tudi kapaciteta za čuječnost lahko razvija s pomočjo treninga prisotnosti v sedanjem trenutku in neobsojajoče pozornosti na notranje in zunanje izkušnje. Gre za način globljena vpogleda vase z namenom samoraziskovanja in samorazumevanja (O'Kelly in Collard, 2012).

Učinki čuječnosti

Raziskave čuječnosti preučujejo mere, s katerimi se povezuje čuječnost kot osebna lastnost, ter kakšne vplive ima samo prakticiranje čuječnosti na posameznika. Raziskave kažejo, da se čuječnost povezuje z raznimi merami blagostanja: nižjim nivojem nevroticizma, anksioznosti, depresije in drugih negativnih čustev, kot je jeza in sovražnost, ter z višjimi nivoji pozitivnega čustvovanja, vitalnosti, zadovoljstva z življenjem, samozavesti, optimizma in samoaktualizacije (O'Kelly in Collard, 2012). Čuječnost kot stanje se povezuje tudi z višjem nivojem avtonomnosti, kompetentnosti in povezanosti ter napoveduje samoregulacijsko vedenje in pozitivna čustvena stanja (Brown in Ryan, 2003). Predstavlja kapaciteto samozavedanja, kar pomeni, da so čuječi posamezniki bolj pozorni ter se bolj zavedajo notranjih (psiholoških in fizioloških) stanj in doživljanj. Na tej spretnosti samovpogleda pa temelji tudi samoregulacija.

Creswell s sodelavci (2007) poroča, da se povezuje z večjo aktivnostjo prefrontalnega korteksa in znižano aktivnostjo amigdale, kar pomeni boljšo regulacijo čustev (Ochsner, Bunge, Gross in Gabrieli, 2002). Tudi Leahy, Tirsch in L. Napolitano (2011) med mehanizme čustvene regulacije poleg strategij uravnavanja stresa, na sprejemanju temeljčih intervencij, kognitivnega restrukturiranja, reševanja problemov in drugih, umeščajo tudi čuječnost. Brown in Ryan (2003) ugotavljata, da raziskave kažejo, da so posamezniki z višje izraženo čuječnostjo bolj v stiku z lastnim implicitnim in eksplicitnim čustvenim doživljanjem. Čuječnost torej pozitivno vpliva na pozitivne aspekte mentalnega zdravja, saj povečuje pozitivni afekt, krepi empatijo in sočutje do samega sebe (Chiesa in Serretti, 2009).

Splošni učinek prakticiranja čuječnosti preko meditativnih in drugih čuječih tehnik je podoben - znižano negativno in zvišano pozitivno funkcioniranje. Metaanalize kažejo, da čuječnost znižuje stres, zlasti tisti, ki se odraža v depresiji in anksioznosti (Baer, 2003), učinke ima tudi pri posameznikih s kroničnimi zdravstvenimi težavami. Raziskave kažejo, da prakticiranje čuječnosti znižuje raven anksioznosti in negativnega afekta (Shapiro, 2009). Vse intervencije zmanjšujejo kognitivne distorzije, ki vplivajo na anksioznost in negativni afekt ter upanje. V svoji študiji je S. Shapiro (2009) preverjala izraženost čuječnosti, sprejemanja, samoregulacije, jasnost vrednot, kognitivno in vedenjsko fleksibilnost ter izpostavljanje pri 309 posameznikih pred in po udeležbi v programu čuječnosti. Rezultati so pokazali, da so bile po programu vse preučevane mere višje izražene. S. Shapiro, Astin, Bishop in Cordova (2005) so v raziskavi preverjali učinek 8-tedenskega programa uravnavanja stresa tudi na mentalno zdravje strokovnjakov. Rezultati so pokazali, da je program lahko učinkovit pri zmanjševanju stresa, zviševanju kvalitete življenja in sočutja do samega sebe. S. May in A. O'Donovan (2007)

sta na vzorcu 58 psihoterapevtov ugotovili, da se višji nivo čuječe pozornosti in nepresojajočega zavedanja povezuje s kognitivnim in čustvenim blagostanjem, pogostejšim doživljanjem pozitivnih čustev in redkejšim doživljanje negativnih, zadovoljstvom z delom in nižjim doživljanjem izgorelosti. Številne raziskave pa ne dajejo enoznačnih rezultatov, ki bi kazali, kako dolge morajo biti na čuječnosti temelječe intervencije, kar ponuja interpretacijo, da so že krajši programi čuječnosti primerljivo učinkoviti kot daljši (Shapiro, 2009). Po drugi strani se pri prakticiranju čuječnosti lahko pojavijo tudi negativni stranski učinki, podobni tistim pri prakticiranju meditacije (Perez-De-Albeniz in Holmes, 2000): neprijetni telesni občutki, povišana tesnoba, okrnjeno testiranje realnosti, dezorientacija in drugi psihotični pojavi, disociacija, pretirano ocenjevanje ali pretirana čustvenost zaradi razrahljanih sil potlačevanja neprijetnega v nezavedno.

Vloga čuječnosti pri klientovem napredovanju v terapiji

Čuječnost lahko terapevt vključi v psihoterapevtski proces preko formalnih in neformalnih tehnik, ki jih predstavi klientu. Formalno prakticiranje čuječnosti predstavljajo čuječe meditacije, kot je npr. sedeča meditacija, prelet telesa v mislih, čuječe raztezanje in hoja ter meditacija dihalnega prostora. Neformalne prakse pa predstavljajo čuječe izvajanje dejavnosti v vsakdanjem življenju, npr. rutinskih dejavnosti, prehranjevanja in gibanja, s pozornostjo, odprtostjo, sprejemanjem in brez obsojanja.

O'Kelly in Collard (2012) povzemata, da so se v okviru formalnega prakticiranja razvili številni programi, kot je že omenjeni 8-tedenski program uravnavanja stresa (Kabat-Zinn, 2011). Program uči udeležence s kroničnimi bolečinami ali drugimi s stresom povezanimi

motnjami, da so bolj pozorni misli, čustva in telesne senzacije ter se nanje odzivajo drugače kot običajno. Brez obsojanja in vrednotenja lažje opazijo lastne vedenjske vzorce v stresnih situacijah ter razvijajo bolj funkcionalne odzive. Razširjen je tudi 3-mesečni transcendentni meditacijski program Tannerja in sodelavcev (2009), čuječnost pa se vključuje tudi v številne druge psihoterapevtske obravnave, kot je terapija sprejemanja in zavezanosti (Hayes, Strosahl in Wilson, 1999), metakognitivna terapija (Wells, 2009) in na čuječnosti temelječa kognitivna terapija (Segal, Williams in Teasdale, 2002). Slednja je namenjena preprečevanju ponovitve depresivne epizode in temelji na 8-tedenskem programu uravnavanja stresa. Vključuje osnovne elemente kognitivno-vedenjske terapije, ki predpostavlja, da je posameznikova interpretacija situacije, v kateri se nahaja, ključna za njegovo čustveno doživljanje ter telesne in vedenjske reakcije (Anić, 2009). Udeležence uči predvsem, da se decentrirajo od svojega doživljanja, kar pomeni, da svoje misli, čustva in telesne senzacije le radovedno in neobsojajoče opazujejo, namesto da bi se z njimi identificirali. S pomočjo kognitivnega restrukturiranja oz. preokvirjanja zavzamejo večjo distanco do njih in se ob njih posledično desenzitiziramo.

Podobno lahko klient zavzame distanco tudi do ruminacijskih misli, ki jih opazuje preprosto kot misli, ali pa celo kot oblake, ki prihajajo in odhajajo (Shapiro, idr., 2006). Namesto avtomatske misli »Sem, kar mislim,« oblikuje novo misel »Misli so le misli, ne dejstva, in me ne določajo,« ali »Sem žalosten« preoblikuje v »Doživljam žalost.« Na ta način postane bolj sprejemajoč in manj identificiran z izkušnjo, ki jo vidi bolj jasno in objektivno (Shapiro idr., 2006). Te strategije so uporabne tudi pri kroničnih bolečinah in drugih neprijetnih senzacijah, ko jih klient poskuša sprejeti in opazovati brez težnje po reaktivnem odzivanju nanje v obliki potlače-

vanja ali izogibanja. Dovolj si, da začuti in razišče karkoli doživlja, ne da bi bilo takoj potrebno karkoli narediti. Doživljanja postanejo nato običajno bolj razumljiva in lažje prebavljiva (Kabat-Zinn, 2011). Tako krepi tudi potrpežljivost, sočutje, nedelovanje in znižuje strmenje k prijetnim izkušnjam ali potiskanju neprijetnih izkušenj stran (Shapiro idr., 2006).

Žvelc (2012) je znotraj integrativne psihoterapije opredelil postopek čuječega procesiranja, ko je klient hkrati v stiku s svojim notranjem doživljanjem (mislimi, čustvi in telesnimi senzacijami) in zunanjim odnosom (ubeseditiv notranjega doživljanja psihoterapevtu). Meni, da je čuječe procesiranje pomembno zlati pri travmatiziranih klientih, kjer gre za simultano podoživljanje in opazovanje travmatičnih spominov, torej dvojno zavedanje kot pri postopku desenzitizacije in ponovne predelave z očesnim gibanjem, kjer pride zaradi sočasne stimulacije leve in desne možganske hemisfere do integracije in predelave travmatičnih dogodkov (Žvelc, 2012).

R. Baer (2003) povzema, da delujejo čuječe intervencije preko različnih mehanizmov, kot je izpostavljanje, kognitivno restrukturiranje na metakognitivnem nivoju, samouravnavanje pri soočanju s stresom, sproščanje in sprejemanje. Izpostavljanje se najpogosteje uporablja v programih kronične bolečine, kjer se udeležence spodbuja, da se namesto umika neobsojajoče usmerijo k telesnim senzacijam, čustvom in mislim, kar naj bi vodilo v zniževanje distresa, povezanega z bolečino (Baer, 2003). Dolgotrajnejše izpostavljanje brez katastrofičnih posledic naj bi namreč vodilo v desenzitizacijo in zmanjševanje čustvenega odziva nanjo. Podobno kot za bolečino velja za anksiozne simptome. Ob tem se utrjuje spoznanje, da gre le za doživljanje, ki se v času spreminja in ne za dejstvo, ki bi mu bilo potrebno ubežati. Kognitivno restrukturiranje omogoča tudi meta-kognitivni uvid, da se lahko misli preusmeri iz vznemirjujočih misli

na druge, nevtralne dražljaje, kot je dihanje, gibanje ali zvoke, kar zmanjšuje ruminacijo. Prakticiranje čuječnosti krepi tudi samoopazovanje, ki je temelj samournavanja in uporabe različnih strategij spoprijemanja. Samoopazovanje je ključno za prepoznavanje začetnih znakov poslabšanja, npr. depresivnosti ali obremenjenosti zaradi stresa, kar zvišuje možnosti za učinkovitejše strategije spoprijemanja ter zmanjšuje verjetnost za nadaljevanje z impulzivnimi in manj funkcionalnimi vzorci vedenja. Čuječnost pomaga pri uravnavanju s stresom tudi zaradi porajajoče sproščenosti, ki pa ni namen čuječnosti, pač pa pogost stranski produkt. Velik poudarek pa je na sprejemanju, ki pomeni doživljanje izkušnje v vsej njeni polnosti in celovitosti brez poskusov branjenja. Za ljudi je značilna težnja k spreminjanju, npr. napetosti v sproščenost, vendar do spremembe ne more priti, če se najprej ne sprejme tisto, kar je in kot je. Zlasti za panične napade so značilni nefunkcionalni poskusi spoprijemanja, kot je uporaba pomirjeval, izogibanje, hipersenzitivnost na telesne senzacije ipd., kar motnjo le vzdržuje. Ko pa klient sprejme panične napade kot pojav, ki se občasno lahko pojavi, ki je časovno omejen in nenevaren, in se telesnim senzacijam anksioznosti ne izogiba več, se paradoksalno doživljanje tesnobe pogosto celo zmanjša (Černetič, 2011).

Vloga čuječnosti na nivoju psihoterapevta

Tako kot je čuječnost učinkovita tehnika za klienta, je lahko tudi izjemen pripomoček za psihoterapevta. Siegel (2010) zagovarja tezo, da je vsakodnevno prakticiranje čuječnosti lahko način, s pomočjo katerega psihoterapevt neguje samega sebe, skrbi za svoje telesno in duševno zdravje in blagostanje ter preprečuje izgorelost. Čuječnost pojmuje kot obliko mentalnega treninga, ki ohranja možga-

ne fleksibilne in um odporen, razvija pa tudi sposobnost monitorin-
ga in modificiranja toka energije in informacij znotraj našega telesa
in v odnosu z drugimi. Transformacijo omogoča preko številnih
oblik integracij, med drugimi tudi bilateralne in vertikalne možgan-
ske integracije, kar dela sistem bolj prožen, prilagodljiv in hkrati
stabilen. Bilateralna oz. horizontalna integracija je integracija desne
in leve možganske hemisfere. Prvih 18 mesecev otrokovega življe-
nja se razvija predvsem desna možganska hemisfera, ki je temelj
neverbalne komunikacije, interoceptije in tudi navezanosti. Nato se
razmahne razvoj leve možganske hemisfere, kjer je sedež eksplicit-
nih verbalnih spominov. Tehnike čuječnosti vključujejo usmerjanje
pozornosti tako v desno kot v levo hemisferne procese. Pri tehniki
dihalnega prostora se oseba npr. usmeri na radovedno in sprejema-
joče opazovanje telesnih senzacij in čustev, kot tudi misli, s čimer
aktivira obe možganski hemisferi. Pri vertikalni integraciji pa gre za
integracijo možganskega debla, limbičnega sistema in neokorteksa,
kar ustvarja povezave med amigdalo in prefrontalnim korteksom
(Siegel, 2010). Ta integracija je ključna za razvoj kapacitete vpogle-
da vase, regulacije telesnih senzacij, čustev, pa tudi empatije in
uglašene komunikacije z drugimi. Krepi se tudi s pomočjo čuječe
tehnike dihalnega prostora, ko oseba ozavešča svoje misli ter poi-
menuje čustva in telesne senzacije.

Tudi za terapevtsko delo so omenjene spretnosti izjemnega pome-
na. Kadar je psihoterapevt v stiku s seboj, s svojimi mislimi ter
spremljajočimi čustvi in telesnimi senzacijami, ima večje možnosti,
da ta svoja doživljanja ozavesti in zavzame do njih ustrezen odnos.
Tako je verjetnost, da ga terapevtska situacija ne preplavi, veliko
večja. Ko v sebi zazna porajajočo vznemirjenost ali druge senzacije,
je to znak, da distress umiri in se vrne nazaj v stanje sprejemajoče
prisotnosti. Odprta in radovedna naravnost nudi priložnost, da

brez vnaprejšnjih sodb sprejema vse, kar je prisotno v danem trenutku tako v lastnem telesu kot v odnosu s klientom. Terapevtovi odzivi tako na verbalnem kot na neverbalnem nivoju postanejo bolj zavestni in manj rigidno vključeni v pretekle vzorce. Posledično postane tudi klient bolj odprt za njegove intervencije (Siegel, 2010).

Vsak trenutek v terapevtskem procesu je lahko priložnost, da se psihoterapevt vrača k sebi in ozavešča dogajanje v sebi, da ga zmore regulirati in v ustrezni obliki vrniti v terapevtski prostor. Eden izmed načinov, da to stori, je tehnika dihalnega prostora (Segal idr., 2002). Ta tehnika vključuje ozaveščanje treh osnovnih elementov kognitivno-vedenjske terapije (Anić, 2009), t. j. misli, čustev in telesnih senzacij, poleg tega pa tudi dihanja in telesa kot celote. Izvedba te tehnike običajno traja tri minute, vendar ko jo psihoterapevt usvoji v relativno umirjenih situacijah, jo lahko v nekaj sekundah izvede tudi v bolj stresnih (Leahy, Tirsch in Napolitano, 2011). Tehnika poteka tako, da pozornost najprej usmeri vase, in sicer v svoje misli. Ozavesti, o čem v tem trenutku razmišlja. Radovedno opazuje svoje misli brez težnje, da bi jih ocenjeval ali kakorkoli spreminjal. Nato poskusi poimenovati čustva, ki jih ob tem doživlja. Usmeri se še v svoje telesne senzacije in ozavesti kakršnekoli občutke, ki so prisotni v tem trenutku. Sledi preusmeritev pozornosti na dihanje, ki je vedno sidro sedanjega trenutka. Čeprav se misli pogosto vračajo k preteklim dogodkom ali načrtujejo prihodnost, je dihanje tisto, ki se vedno odvija v tem trenutku, tukaj in sedaj. Dih lahko opazuje v nosnicah, grlu, prsnemu košu ali trebuhu, lahko mu celo sledi od vdiha do izdiha, ne da bi ga pri tem poskušal kakorkoli spreminjati. Čisto na koncu zavest razširi na zavedanje celotnega telesa. Z naklonjeno prijaznostjo v mislih zaobjame svoje celo telo in krepi prijazen odnos do samega sebe. S pomočjo te tehnike lahko v zelo kratkem času pride v stik s seboj, s svojim doživ-

ljanjem, kar omogoča boljše razumevanje, zakaj se npr. počuti ali vede tako, kot se. Samoraziskovanje in ozaveščanje je prvi korak, od tu naprej pa ima možnost samoregulacije in kaj bo v tem trenutku storil. Lahko se preda svojim avtomatizmom, ki so rezultat predhodnih navad, ali pa se zavestno odloči, da se bo odzval drugače, morda na način, ki je bolj funkcionalen zanj in za klienta.

Siegel (2010) piše tudi o pomembnosti terapevtove uglašenosti s klientom. Uglašenost predstavlja način usmerjanja pozornosti na druge in vnašanje njihovega bistva v lastni notranji svet. Uglašenost omogoča prisotnost v odnosu, ki se dogaja tukaj in sedaj, ovira pa jo neozaveščeno lastno doživljanje, vnaprejšnja prepričanja, sodbe in ocenjevanje. Siegel (2010) opisuje, da je prva faza uglašenosti usmeritev pozornosti na drugega (stimulacija), sledi ji notranje zaznavanje (interoceptija) ter prenos dražljajev v posteriorno inzulo, ki registrira telesna stanja. Ta se nato odzrcalijo v korteksu, kjer se oblikuje občutek zaznave telesnega stanja. Dražljaj nekoga drugega torej pri osebi tudi s pomočjo zrcalnih nevronov povzroči spremembo v subkortikalnem področju, inzuli in prefrontalnem korteksu. To pomeni, da osebo oblikujejo tudi drugi, in da je tudi v terapevtskem odnosu spreminjanje in rast vzajemna. Možganske strukture pa lahko z različnimi tehnikami krepí psihoterapevt tudi sam. Nekajminutna osredotočenost na telesne senzacije pri preletu telesa v mislih ali osredotočanje na zaznavanje preko čutil stimulira inzulo, ki ima pomembno vlogo pri uglašenosti z drugimi in empatičnosti.

Samozavedanje in stik s seboj, posledično pa tudi s klientom, krepí psihoterapevt tudi s preprostim uvidom v lastno trenutno doživljanje, ko se vpraša: »Kaj doživljam v tem trenutku in kaj mi to pomeni?« Ko se zaveda svojega doživljanja v tem trenutku in ga sprejme, ne da bi se mu izogibal ali pred njim bežal, je v čuječem stiku s se-

boj (Černetič, 2011). V medosebnih odnosih, zlasti pa v vlogi psihoterapevta, sledi dodatno ključno vprašanje: »Kaj moja notranja stanja govorijo o drugemu?« Neozaveščeno lastno doživljanje z večjo verjetnostjo vodi v avtomatsko odigravanje, ki je le redko ustrezno v trenutnem odnosu. Stik s seboj pa nudi nov vpogled in boljše razumevanje samega sebe ter možnost za zavestno novo, reparativno izkušnjo za klienta. Klient namreč v psihoterapevta nezavedno vnaša svoja lastna doživljanja na nivoju čustev in telesnih senzacij in ga prisili, da jih ponotranji, predela in v sprejemljivi obliki vrača nazaj, kot je to v otroštvu naredila mama oz. figura navezanosti. Gre za najbolj osnovni način komunikacije, mehanizem projekcijsko-introjekcijske identifikacije, ki je temelj regulacije čustev in senzacij (Gostečnik, 2011). Terapevtovo lastno doživljanje čustev in telesnih senzacij je osnovno orodje za prepoznavanje klientovih projiciranih vsebin, ki jih je potrebno nasloviti, predelati v sebi in v sprejemljivi obliki vrniti klientu, kar je temelj psihoterapije (Gostečnik, 2011).

Tako kot ugotavlja Černetič (2011) ima psihoterapevt od čuječnosti lahko koristi na številne načine: boljše samospoznavanje, soočanje z lastnimi šibkostmi, strokovna in osebna rast, vzpostavljanje in ohranjanje terapevtskega odnosa, lažje zaznavanje terapevtsko pomembnih vsebin, učinkovitejše upravljanje s kontratransferjem, zmanjševanje poklicnega stresa in preprečevanje izgorelosti. Koristi za psihoterapevta se torej prenašajo tudi na klienta v obliki izboljšanja psihoterapevtskega procesa in izida. Grepmaier je s sodelavci (2007) empirično preučeval učinek prakticiranja čuječnosti na terapevtski izid. Ugotovili so, da si imeli klienti psihoterapevtov, ki so prakticirali čuječnost, v primerjavi s klienti psihoterapevtov, ki se s čuječnostjo niso ukvarjali, boljše terapevtske izide, vključno z znižano anksioznostjo, obsesivnostjo, somatizacijo, sovražnostjo, negotovostjo v socialnih stikih, paranoidega mišljenja in psihotizma.

Razvijanje čuječnosti ima tako številne pozitivne posledice. Predvsem krepi stik s seboj, izboljšuje samozavedanje, razumevanje samega sebe, posledično pa daje možnost za samoregulacijo in bolj funkcionalne odzive. Zato je to lahko učinkovita tehnika za klienta, nanj pa ima posredno učinek tudi preko prakticiranja pri psihoterapevtu. Tako klient kot psihoterapevt lahko prakticirata številne neformalne in formalne tehnike čuječnosti. V Sloveniji se trenutno formalni programi čuječnosti izvajajo na Inštitutu Andreja Marušiča na Univerzi na Primorskem in na Inštitutu za integrativno psihoterapijo in svetovanje v Ljubljani, kjer potekajo tudi tečaji za učitelje čuječnosti. Vsekakor predstavlja čuječnost izjemno pomembno in perspektivno področje, ki ima velike potenciale za rast in razvoj posameznika in njegove kvalitete življenja.

LITERATURA

Alidina, S., in Marshall R. (2013). *Mindfulness workbook for dummies*. Chichester: A John Wiley and Sons, Ltd.

Anić, N. (2009). *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije: Zbornik 1*. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.

Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology*, 10(2), 125–143.

Bordin, E. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance*. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252–260.

Brown, K., in Ryan, R. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.

Chiesa, A., in Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15 (5), 593–600.

Creswell, J., Way, B., Eisenberger, N., in Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), 560–565.

Černetič, M. (2005). Biti tukaj in zdaj: Čuječnost, njena uporabnost in mehanizmi delovanja. *Psihološka obzorja*, 14(2), 73–92.

Černetič, M. (2011). Kjer je bil id, tam na bo ... čuječnost: Nepresojajoče zavedanje in psihoterapija. *Kairos*, 5(3), 37–48.

Gostečnik, C. (2011). *Inovativna relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek.

Greenson, R. (1991). *The techniques and practice of psychoanalysis*. London: The Hogarth Press.

Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., in Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 332–338.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., in Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Kabat-Zinn, J. (2011). *Kamorkoli greš, si že tam: Z meditacijo iz spanca avtomatizma v vsakdanjem življenju*. Ljubljana: Iskanja.

Leahy, R., Tirch, D., in Napolitano, L. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. London: The Guilford Press.

May, S., in O'Donovan, A. (2007). The advantages of the mindful therapist. *Psychotherapy in Australia*, 13(4), 46–53.

Ochsner, K., Bunge, S., Gross, J., in Gabrieli, J. (2002). Rethinking feelings: An fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14 (8), 1215–1229.

O'Kelly, M., in Collard, J. (2012). Using mindfulness with couples: Theory and practice. V A. Vernon (ur.), *Cognitive and rational-emotive behavioral therapy with couples: Theory and practice*. Springer.

Perez-De-Albeniz, A., in Holmes, J. (2000). Meditaion: Concepts, effects and uses in therapy. *International Journal of Psychotherapy*, 5(1), 49–59.

Praper, P. (2004). Terapevtska delovna aliansa: Od analitičnega do panteoretičnega koncepta. *Psihološka obzorja*, 13(1), 65–83.

Segal, Z., Williams, J., in Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Shapiro, S. (2009). The integration of mindfulness and psychology. *Journal of clinical psychology*, 65(6), 555–560.

Shapiro, S., Astin, I., Bishop, S., in Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International journal of stress management*, 12(2), 164–176.

Shapiro, S., Carlson, L., Astin, I., in Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62, 373–386.

Siegel, D. (2010). *The mindful therapist: A clinicians guide to mind-sight and neural integration*. London: Mind Your Brain, Inc.

Tanner, M., Travies, F., Gaylord-King, C, Haada, D., Grosswald, S., in Schneider, R. (2009). The effects of the transcendental meditation program on mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 574–589.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for depression and anxiety*. New York: Guilford Press.

Žvelc, G. (2012). Mindful processing in psychotherapy: Facilitating natural healing process within attuned therapeutic relationship. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 3(1), 42–58.



Ključni dejavniki pri terapevtskem delu z odvisnostjo

*Tatjana Oprešnik Rodman in Mateja Okanović
Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog
Psihiatrična klinika Ljubljana*

(strokovni članek)

Povzetek

Abstinenca ni cilj, je pot spremembe živiljenjskih navad in vzorcev funkcioniranja. Avtorici v članku predstavita bistvene elemente pri terapevtskem delu z ljudmi, ki so odvisni od psihoaktivnih substanc (PAS). Predstavljen je pomen priprave posameznika za vstop v program zdravljenja odvisnosti, bistveni poudarki ambulantnega zdravljenja na Centru za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (CZOPD) v Psihiatrični kliniki Ljubljana ter pomembni poudarki preventive recidiva po zaključenem bolnišničnem zdravljenju. Obravnavana je kroničnost bolezni odvisnosti ter poudarjena pomembnost dolgotrajnega zdravljenja. Prestavljene so najpomembnejši rizični dejavniki, ki vodijo v recidiv oz. ponovitev bolezni. Avtorici umestita problem odvisnosti in zdravljenja le-te v družinski sistem, ter poudarita pomen vloge družine oz. ožje socialne mreže pri vzdrževanju abstinence in nudenju ustrezne pomoči odvisnim.

Ključne besede: *bolezen odvisnosti, priprava na zdravljenje, abstinenca, preventiva recidiva*

Obstaja mnogo stvari, od katerih človek lahko postane odvisen. V prispevku se bomo osredotočili na odvisnost od psihoaktivnih substanc (PAS). Psihoaktivne substance, ki jih pogovorno imenujemo tudi droge ali mamila, so snovi, ki primarno vplivajo na delovanje osrednjega živčnega sistema in tako vplivajo na delovanje možganov, spremenijo zaznavanje, počutje, zavest in vedenje. PAS se uporabljajo tudi v terapevtske namene pri zdravljenju. PAS se pogosto zlorablja (uživa izven terapevtskih okvirov), saj povzročajo spremembe, ki so prijetne (evforija, sproščenost) ali pa omogočajo večjo zbranost in učinkovitost. Zloraba pomeni, da se PAS uporabljajo v prekomernih količinah in za drugačne namene od prvotnega, če so bile predpisane v terapevtske namene, pri tem posamezniki zanemarjajo tveganje in negativne posledice. Kot posledica zlorabe se lahko razvije odvisnost od PAS. Diagnostični in statistični priročnik, ki ga je izdalo Ameriško psihiatrično združenje (American Psychiatric Association, 2013), v peti izdaji odvisnost definira kot škodljiv vzorec uživanja substanc, ki vodi k pojavu klinično pomembne oškodovanosti ali stiske, ki se kaže v vsaj dveh izmed naštetih kriterijev in se pojavlja v 12-mesečnem obdobju. Kriteriji so:

1. Substanco se uživa v večjih količinah in v daljšem časovnem obdobju, kot je bilo sprva načrtovano.
2. Prisotna je vztrajna želja ali neuspešni poskusi zmanjšanja ali kontrole jemanja substance.
3. Veliko časa se porabi za aktivnosti, potrebne, da se pridobi substanco, uživa substanco ali se opomore od njenih učinkov.
4. Craving ali močna želja ali potreba po uporabi substance.
5. Ponavljajoča uporaba substance, posledica katere je neuspeh pri pomembnih obveznostih na delu, v šoli ali doma.

6. Nadaljevanje uporabe substance kljub vztrajnim ali ponavljajočim socialnim ali medosebnim težavam, ki jih povzročajo ali poslabšajo učinki substance.
7. Zaradi uporabe substance se zmanjša ali opusti pomembne socialne, poklicne ali prostočasne aktivnosti.
8. Ponavljajoča uporaba v fizično nevarnih situacijah.
9. Uporaba substance se nadaljuje kljub zavedanju, da ima posameznik konstanten fizičen ali psihološki problem, ki ga najverjetneje povzroča ali zastruje uporaba substance.
10. Pojav tolerance, ki se kaže ali kot potreba po izrazito povečani količini substance, da dosežemo željen učinek ali izrazito zmanjšan učinek z nadaljevanjem uporabe enake količine substance.
11. Odtegnitveni sindrom, ki se kaže ali kot značilen sindrom ob odtegnitvi substance ali kot vnos iste ali podobne substance z namenom lajšanja ali izognitve odtegnitvenim simptomom.

Dejstvo je, da je odvisnost motnja, ki zajame telesno, duševno in socialno blagostanje zasvojenca in njegove okolice. To ni samo razvada in stil življenja, temveč tudi bolezen, za katero je dokazano, da spremeni strukturo in delovanje možganov zasvojenca (Kastelic in Mikulan, 2000).

Cami in Farre odvisnost od drog definirata kot kronično motnjo s pričakovanimi recidivi, kjer kompulzivno vedenje iskanja in uživanja drog vztraja kljub resnim negativnim posledicam (Cami in Farre, 2003).

Po poročanju Samshe (2014) je v Združenih državah Amerike leta 2012 22,2 milijona Američanov starih 12 let in več (8.5%) dobilo diagnozo odvisnosti - od teh jih je 2,8 milijona imelo težave z alkoholom in drogami, 4,5 milijona z drogami in ne alkoholom, 14,9 milijona pa z alkoholom in ne z drogami.

V Nacionalnem poročilu o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji za leto 2014 je navedeno, da je po podatkih Ankete o uporabi tobaka, alkohola in drugih drog, ki je bila v letih 2011 in 2012 izvedena med prebivalci, starimi 15–64 let, 16,1 % prebivalcev Slovenije iz te starostne skupine vsaj enkrat v življenju že uporabilo katero izmed prepovedanih drog, in sicer skoraj petina moških in 12,2 % žensk. Med njimi jih je največ uporabilo konopljo. Po podatkih raziskave ESPAD 2011 je 23 % 15 in 16 let starih dijakov v življenju že uporabilo konopljo, po podatkih raziskave HBSC 2010 pa je 23,2 % petnajstletnikov vsaj enkrat v življenju poskusilo marihuano.

V sporočilu za javnost, ki ga je maja 2014 objavil Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami je navedeno, da v Evropi uporaba heroína upada, uporaba kokaina je ustaljena ali upada, narašča pa uporaba amfetamina in novih drog, ter konoplje (EMCDDA, 2014). Zaradi povečevanja uporabe se posledično povečuje tudi povpraševanje po programih, ki pomagajo odvisnikom pri boju z odvisnostjo. Namen zdravljenja je pomagati zasvojenemu posamezniku, da prekine iskanje in uživanje droge in ponovno prevzame kontrolo nad svojim življenjem. Obstajajo različni programi, ki se med seboj razlikujejo tako v pristopu kot v času trajanja. Pomembno se je zavedati, da ne obstaja ena vrsta zdravljenja, ki je primerna za vse. Katera vrsta zdravljenja je za nekoga primerna, je odvisno od značilnosti pacienta in vrste droge, ki jo uporablja. Zdravljenje, ki posamezniku ni prilagojeno, bo tudi manj uspešno.

Ker je odvisnost kronična bolezen, kratke obravnave ali posamezna srečanja običajno niso učinkoviti.

Pri terapevtskem delu z odvisnostjo moramo biti pozorni na več dejavnikov:

1. Odvisnost je kompleksna, kronična bolezen, recidivi so pričakovani; ker je bolezen dolgotrajna, je potrebno spremljanje.
2. Ker odvisnost praviloma traja več let pred prvim iskanjem pomoči, je posameznikovo funkcioniranje (in funkcioniranje njegovih bližnjih) prilagojeno boleznim.
3. Za uspešno vzpostavitev in vzdrževanje abstinence je v prvi fazi potrebna kontrola.
4. Za uspešno vzdrževanje abstinence so nujne spremembe na vseh področjih posameznikovega funkcioniranja: miselnem, čustvenem in vedenjskem.

1. Odvisnost je kompleksna, kronična bolezen, recidivi so pričakovani; ker je bolezen dolgotrajna, je potrebno spremljanje.

Droge spremenijo strukturo možganov in njihovo funkcioniranje, spremembe pa lahko vztrajajo še dolgo po tem, ko posameznik preneha z uživanjem droge. S tem bi lahko delno razložili, zakaj obstaja nevarnost recidiva tudi po dolгих obdobjih abstinence in kljub uničujočim posledicam. Zdravljenje odvisnosti je dolgotrajen proces, pogosto je potrebno večkrat ponoviti iste faze zdravljenja. Pristop k zdravljenju odvisnosti je podoben kot pri zdravljenju drugih kroničnih bolezni, potrebna je kontinuirana evalvacija in po potrebi

spremembe pri zdravljenju. Kot pri ostalih kroničnih boleznih se tudi pri odvisnosti pojavijo recidivi, ki pa jih ne smemo razumeti kot znak neuspešnega zdravljenja, temveč nas opozarjajo na to, da moramo določeno fazo zdravljenja ponoviti ali zdravljenje prilagoditi (CZOPD, bl).

Pogostost pojavljanja recidivov pri odvisnosti od PAS naj bi bila primerljiva s pojavljanjem recidivov pri ostalih kroničnih boleznih, ki vsebujejo fiziološko in vedenjsko komponento (astma, diabetes, hipertenzija) in naj bi se gibala od 40 do 60% (NIDA, 2012).

Recidivi so pogosto posledica predčasnega zaključka zdravljenja, zato je pomembno, da poskušamo posameznika motivirati za vztrajanje v procesu zdravljenja.

Odvisnost od PAS običajno traja leta, preden posamezniki prvič poiščejo pomoč, zato so posledice odvisnosti prisotne na različnih življenjskih področjih. Pri zdravljenju odvisnosti je pomembno, da posamezniku poleg pomoči pri prenehanju jemanja PAS, pomagamo tudi pri težavah na drugih življenjskih področjih – zdravstvenem, socialnem, zaposlitvenem... Pogosto potrebujejo pomoč pri urejanju socialnih zadev, pri vključevanju v različne inštitucije. Potrebno je veliko vzpodbude in spremljanja. Tekom zdravljenja je potrebno način dela prilagajati posamezniku in njegovim potrebam, ki se spreminjajo. Psihoterapija je možna šele po vzpostavitvi stabilne abstinence. Pogosto se pokaže tudi potreba po družinski terapiji, svetovanju pri vzgojnih problemih, šolanju, itd. Pri odvisnosti od PAS so poleg somatskih bolezni (hepatitis, HIV) zelo pogoste tudi komorbidne motnje (depresija, psihoza, anksiozne motnje), ki jih je tekom zdravljenja potrebno ustrezno obravnavati, sicer lahko zelo negativno vplivajo na uspešnost zdravljenja (CZOPD, b.l.).

2. Ker odvisnost praviloma traja več let pred prvim iskanjem pomoči, je posameznikovo funkcioniranje (in funkcioniranje njegovih bližnjih) prilagojeno bolezni.

Po podatkih Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, je v raziskavi iz leta 2011 kar 3% vprašanih mladostnikov starih 15–16 let že poskusilo kokain, 2% amfetamine, 2% ekstazi in kar 23% marihuano (EMCDDA, 2011). Ker se eksperimentiranje in uporaba drog večinoma začne že v obdobju mladostništva, posamezniki ne razvijejo ustreznih mehanizmov spoprijemanja s stresom, negativnimi čustvenimi stanji itd.

Starši si pogosto zatiskajo oči pred znaki, ki kažejo na uživanje drog pri njihovem otroku. Noben starš si ne želi verjeti, da njegov otrok uživa drogo še manj, da je od nje odvisen. Pogosto tudi takrat, ko jim o tem povedo drugi (sosedji, prijatelji, sošolci), nočejo verjeti. Pacienti sami povedo, da so starši sicer preverjali ali uživajo droge ali jih soočili, da jih je nekdo na to opozoril, vendar so brez večjih težav starše pomirili, da teh težav nimajo. Ko starši sprejmejo, da imajo njihovi otroci težave, pa so običajno šokirani, izgubljeni, prestrašeni. Znajdejo se pred izzivom, kaj s to informacijo narediti. Nekateri se tolažijo, da stvar ni resna, in da bodo otroci to prerasli, drugi gredo v takojšnjo akcijo, iščejo pomoč in nasvete. Poskušajo »zapreti« in detoksicirati svojega otroka, prijavijo ga na zdravljenje prosijo, da preneha jemati droge... V tej fazi je motivacija za spremembo (zdravljenje) pri starših, odvisniki pogosto sodelujejo le zato, da imajo mir ali zaradi obljubljenе nagrade ali koristi. Tudi če se vključijo v zdravljenje, to pogosto ni uspešno, ker je motivacija za spremembo predvsem zunanja. Tudi svojci, ki se ponavadi zelo angažirajo, si želijo spremembe pri odvisniku, ne želijo pa spremenjati družinskega sistema (CZOPD, b.l.).

V tej fazi nekateri odvisniki pristanejo na zahteve staršev (se vpišejo na zdravljenje, sodelujejo na srečanjih), vendar pogosto ne izpeljejo nobene spremembe, svojo odvisnost prikrivajo pred starši in nadaljujejo z jemanjem. Nekateri pa svojo odvisnost zanikajo, ne pristanejo na zahteve staršev, lahko se tudi začasno preselijo k prijateljem, partnerjem... Pogosto so starši ob njihovem odhodu in odsotnosti tako zaskrbljeni, da so jih ob vrnitvi pripravljene vzeti nazaj tudi z drogo, in iz strahu, da ne bi ponovno odšli, pristanejo na odvisnikove pogoje. Zaradi strahu, da se ne bi njihovi otroci ukvarjali s kriminalom, umrli ali da ne bi bila družina še bolj stigmatizirana, so pripravljene odvisniku omogočiti življenje z drogo doma. Zaradi lažnega občutka kontrole in iluzije, da jim tako pomagajo, leta in leta pristajajo na odvisnikov stil življenja (CZOPD, b.l.).

Sčasoma se celoten družinski sistem prilagodi na življenje z drogo, odvisnost postane osnovno gibalno. Odvisnik je grešni kozel, ki je odgovoren za prepire, bolezni, slabe dosežke ostalih družinskih članov. Starši venomer preverjajo, v kakšnem stanju je njihov otrok (trezen ali pod vplivom PAS), družinsko vzdušje je pogojeno s stanjem odvisnika. Pogosto se starši ne strinjajo glede tega, kaj bi bilo v dani situaciji potrebno narediti. Drug drugega krivijo za otrokovo odvisnost. Partnerske težave, ki so obstajale že prej, se poglobijo, mnogokrat partnerske zveze propadejo in se eden od staršev umakne, drugi pa prevzame skrb za otroka in njegovo zdravljenje. S tem, ko starša ne zmoreta sodelovati škodita tudi otroku, saj le-ta obstoječi konflikt izkorišča za nadaljevanje svojega vedenja.

Nekateri starši se zaradi otrokove odvisnosti še bolj povežejo. Ker imajo v družini tako velik problem, kot je odvisnost, se z drugimi stvarmi ni treba več ukvarjati. Zakonski konflikt, odvisnost enega od staršev, nezvestoba, ... nič ni več pomembno.

Starši se soočajo z občutki sramu, neuspeha, krivde, nemoči. Odvisnost od drog je med vsemi odvisnostmi najbolj stigmatizirana in starši o njej težko spregovorijo tudi s svojimi bližnjimi. S svojimi občutki pogosto ostajajo sami.

Kadar starši iščejo pomoč za svojega zasvojenega otroka, pričakujejo pomoč, zdravljenje, ki bo »popravilo« njihovega otroka, da bo spet »normalen«, pri tem pa sami niso pripravljeni ničesar spremeniti. Ne tako zelo redko se v praksi dogaja, da je odvisnost pri starših (najpogosteje je to odvisnost od alkohola) normalizirana, obravnavana kot neproblematična, pogosto jo tudi prikrivajo in o njej niso pripravljeni spregovoriti. Ker je odvisnik v svoji družini že v vlogi grešnega kozla, obstaja velika nevarnost, da se bo tudi družinska obravnava vedno znova vračala na njegove težave, ki služijo kot preokrenitev od težav, ki so v ozadju.

Pri zdravljenju odvisnosti je pomembno dolgotrajno spremljanje, tudi po uspešno vzpostavljeni abstinenci. Samo družinska terapija ni dovolj, saj mora odvisnik osvojiti nova vedenja, naučiti se mora tehnik za uspešno obvladovanje stresnih situacij, čustvenih stanj, preventive recidiva. Za to je zelo primerna vedenjska terapija, ki jim pomaga osvojiti nov, bolj zdrav način življenja.

Tako kot se mora odvisnik detoksicirati od droge, se morajo tudi njegovi bližnji. Oni sicer niso razvili fizične odvisnosti, se je pa njihovo življenje popolnoma podredilo življenju z drogo in morajo prav tako kot odvisnik na novo postaviti svoje prioritete in spremeniti življenjski slog. Čeprav svojci pogosto navajajo, da komaj čakajo na dan, ko se ne bo vse vrtelo okrog droge, se v praksi pogosto izkaže, da brez droge ne znajo več živeti (tudi oni so opustili svoje interesne dejavnosti, zmanjšali socialni krog,...).

Včasih so razlog za vstop v zdravljenje rojstvo ali pričakovanje otroka, bolezen svojca, pritisk socialnih služb, strah pred odvzemanom otroka. Če je to edini motiv za zdravljenje in se med samim zdravljenjem ne razvijejo drugi, notranji motivi, je verjetnost uspešne abstinence majhna.

Pri vzpostavljanju in vzdrževanju abstinence odvisnik potrebuje tako kontrolo kot usmerjanje in pomoč pri izpeljavi sprememb in starši se zelo radi vključijo kot (preveč) aktivni pomočniki in pri tem ohranjajo vedenjske vzorce, ki so jih razvili v času odvisnosti (pretirana kontrola, prevzemanje odgovornosti). Zato je zelo pomembno, da ločimo obravnavo odvisnosti od družinske obravnave. Odvisnik potrebuje varen prostor, kjer lahko govori o svojih strahovih, težavah z osvajanjem novih veščin brez strahu, da bo ponovno označen, kot tisti, ki ne zmore, je potreben pomoči itd. Šele s tem, ko odstranimo odvisnost iz centra družinske dinamike, dobimo možnost, da začnemo razkrivati in obravnavati druga nefunkcionalna vedenja.

3. Za uspešno vzpostavitev in vzdrževanje abstinence v prvi fazi je potrebna kontrola.

Pogosto posamezniki, ki so odvisni, želijo prenehati le z eno drogo, ki jim po njihovem prinaša največ težav. Droge delijo na »prave« in tiste, od katerih »nisi zares odvisen« (marihuana, alkohol). Ko vzpostavijo abstinenco od »pravih« drog, si pomagajo z drugimi psihoaktivnimi substancami. To pa pomeni, da pravzaprav ne spremenijo svojega življenjskega sloga, še vedno se zatekajo k substancam, da si lajšajo neprijetne občutke. Pogosto to prikrivajo pred terapevtom, ker se zavedajo, da terapevt ne deli njihovega mnenja. Le absolutna abstinenca omogoča resno delo na sebi in spremembe, ki so potrebne za trezno življenje. Zaradi tega so redni urinski testi kot

kontrola jemanja PAS nujno potrebni. Pogosto odvisniki sami povedo, da so jim urinski testi dodatna varovalka, kadar imajo željo po drogi.

4. Za uspešno vzdrževanje abstinence so nujne spremembe na vseh področjih posameznikovega funkcioniranja: miselnem, čustvenem in vedenjskem.

Osebam, ki so odvisne od PAS, je najtežje sprejeti dejstvo, da droge nikoli več ne bodo smeli jemati. Ob tem pogosto navajajo občutke prikrajšanosti, jezni so na terapevte, ker jim jemljejo najboljšo stvar na svetu. Mnogi si želijo ohraniti enak življenjski slog, kot so ga živeli v času odvisnosti. Tekom zdravljenja je pomembno preveriti miselni sistem, sistem vrednot in prepričanj, ki so pogosto lahko razlog za recidiv. Preveriti je potrebno družinska sporočila, vrednote družine.

Hkrati je potrebno zelo intenzivno delati na vedenjskem področju. Zaradi pretežno pasivnega življenjskega stila nimajo razvitih interesov, ne znajo si zapolniti prostega časa, dolgčas pa je eden izmed največjih rizičnih dejavnikov. Nekateri se preveč aktivirajo in potem pregorijo, kar so počeli že v preteklosti. Naučiti se morajo dati dnevu strukturo, načrtovati dan uravnoteženo, si dovoliti tudi ustrezen užitek in počitek. Če so prepuščeni sami sebi pogosto ne zmorejo izpeljati potrebnih sprememb. Potrebne so vedenjske tehnike, redno spremljanje in evalvacija. Plani morajo biti osrednji del njihovih nalog, na podlagi katerih se odpirajo tudi druge vsebine, saj je iz njih jasno razvidno, kaj se s posameznikom dogaja – napreduje, stagnira, nazaduje. Preko planov se v terapiji tudi lažje dotak-

nemo neustreznih vedenjskih vzorcev in prepričanj, ki jih vzdržujejo.

Ker je odvisnost kronična bolezen in so recidivi pričakovani je pomembno, da je odvisnik o tem čim bolj poučen, seznanjen. Recidiv se namreč pogosto dojema kot dokaz neučinkovitega zdravljenja.

Recidiv lahko definiramo kot:

- ⇒ ponovno uživanje PAS po obdobju abstinence
- ⇒ vrnitev na prejšnji nivo jemanja
- ⇒ ponoven pojav odvisnosti
- ⇒ nadaljevanje procesa v katerem je nadaljevanje uživanja drog zadnji dogodek v dolgem zaporedju neustreznih odzivov na notranje in zunanje dražljaje.

Spodrsrljaj pa je enkratno jemanje droge po vzpostavljeni abstinenci, ki lahko vodi v recidiv, ni pa nujno (NIDA, 1994).

Pomemben del zdravljenja odvisnosti je tudi preventiva recidiva. Model preventive recidiva, ki ga je s sodelavci razvil Alan Marlatt (Marlatt, George, 1984), je danes osnova mnogih programov zdravljenja odvisnosti. Marlatt preventivo recidiva definira kot program samokontrole, ki naj bi posameznika, ki poskuša spremeniti svoje vedenje naučil, kako predvideti in se spopasti z recidivom. Preventiva recidiva je psihoedukativni program, ki kombinira vedenjske tehnike učenja spretnosti s kognitivnimi intervencami in tehnikami (Marlatt, George, 1984). **Preventiva recidiva** ima dva cilja: 1. preventiva začetnega spodrsrljaja in vzdrževanje abstinence in 2. obvla-

dovanje spodrsaljaja, če do njega pride, da se ne razvije v recidiv. (Marlatt, Witkiewitz, 2008). S tehnikami preventive recidiva poskušamo identificirati visoko rizične situacije v katerih je posameznik ranljiv za recidiv in uporabiti tako kognitivne kot vedenjske strategije za bodoče spoprijemanje s podobnimi situacijami, da preprečimo recidiv.

Recidiv je proces, ki se najprej začne v mislih, nadaljuje z vedenjem in šele nato sledi dejansko uživanje droge. Ta proces lahko traja mesece. V začetnih fazah ga je najlažje ustaviti, vendar ga je takrat tudi najtežje prepoznati. Tukaj so zelo pomembne povratne informacije skupine ali terapevta, ki opazi spremembe v načinu razmišljanja ali vedenja posameznika.

Trening preventive recidiva je usmerjen v samokontrolo, v učenje novih veščin obvladovanja, v spreminjanje stališč in prepričanj vezanih na drogo ter doseganje sprememb v življenjskem slogu. Vzpodbuja samoaktivnost in samopomoč. Posamezniku pomaga prepoznati njegove lastne rizične situacije in poiskati najbolj ustrezen odziv nanje. Pomemben del učenja samokontrole je sprejeti dejstvo, da bo v prihodnje kljub kvalitetni abstinenci, še vedno prisotna želja po drogi. **Želja po drogi** traja kratek čas, morda le hip. Lahko se pojavi v obliki telesne senzacije, spomina ali misli. Najpogosteje pa se želja po drogi pojavi v rizičnih, za recidiv potencialno nevarnih situacijah. Želja po drogi je lahko različne intenzitete in različne pogostosti, vendar pa pričakujemo, da bo s časom abstinenca le-ta manj intenzivna in manj pogosta.

Rizične situacije so lahko notranje ali zunanje, splošne ali individualne. Najbolj rizično je prav gotovo druženje z odvisniki, stara mesta preživljanja časa ter kakršna koli prisotnost droge ali alkohola.

la. Pogosto so lahko rizična različna razpoloženja ali čustvena stanja, saj se odvisniki z neprijetnimi čustvi v preteklosti niso želeli ali znali soočati in so se pred njimi umikali v omamo. Prav tako pa so lahko rizični prijetni občutki in veselje, saj so jih odvisniki v preteklosti potencirali z drogo. Nekaterim rizičnim situacijam se je tako zelo smiselno izogibati, z drugimi pa se je potrebno naučiti soočati na zdrav način.

Pomemben dejavnik, ki vpliva na možnost pojava recidiva, so tudi travmatske izkušnje iz preteklosti. Študije kažejo, da je med odvisnimi od prepovedanih drog več spolno zlorabljenih kot v splošni populaciji. Kendler in sodelavci (2000) navajajo, da so ženske, ki so v otroštvu doživele spolno zlorabo, v odraslosti približno 3-krat bolj verjetno poročale o odvisnosti od PAS.

V študiji moških (Lisak 1994), ki so bili žrtve spolne zlorabe, jih je več kot 80% poročalo o zlorabi PAS, 50% je imelo samomorilne misli in 23% jih je poskusilo narediti samomor.

V drugi študiji (Mueser et. al. 2002), ki je obravnavala 100 odraslih pacientov, ki so zlorabljali več različnih PAS je bilo 70% žensk in 56% moških spolno zlorabljenih pred 16 letom starosti.

V primeru travmiranosti je droga pogosto pomoč, ki žrtvam pomaga živeti s travmo. Po naših izkušnjah se ne da obravnavati travme dokler posameznik aktivno uživa drogo, saj mu le ta preprečuje doživeti pristne občutke in se soočiti z bolečino. Prav tako pa je bolečina zaradi travme pogosto tako huda, da ne zmorejo vzpostaviti daljše in kvalitetne abstinence, ki bi omogočila predelavo travme.

Posamezniki, ki so bili žrtve spolne zlorabe, o tem pogosto ne spregovorijo samoiniciativno. V raziskavi, ki so jo izvedli Rohsenow,

Corbett in Devine (1988), je le 4% moških in 20% žensk navajalo spolno zlorabo v otroštvu. Po rutinskem povpraševanju pa se je število tistih, ki so navajali spolno zlorabo zelo povečalo – do 42 % najstnikov, 71-90% najstnic, 16% odraslih moških in 75% odraslih žensk je navajalo spolno zlorabo. Nerazrešene težave zaradi spolne zlorabe v otroštvu so lahko skriti faktor, ki pripomore k razvoju odvisnosti in če ga ne obravnavamo, lahko vodi do hitrega recidiva (Rohsenow, Corbett in Devine, 1988).

Brez intervenc, ki so osnovane na védenju o tem, da je bil posameznik spolno zlorabljen, lahko obstaja samoohranjujoči krog, ki vključuje posttravmatsko stresno motnjo (PTSD) in zlorabo drog. Pri teh posameznikih travma vodi k razvoju simptomov PTSD, ki posledično sprožijo uživanje alkohola in drog, to pa vodi do večje verjetnosti ponovnih travmatskih dogodkov in retravmatizacije. Celotno dogajanje vodi k razvoju izrazito bolj kroničnih simptomov PTSD, ki ponovno sprožijo povečano uporabo droge in tako naprej (The Damaging Consequences of Violence and Trauma, 2004).

Zaradi zgoraj omenjenega dogajanja je nujno potrebno, da med zdravljenjem povprašamo o morebitni spolni zlorabi in če je posameznik le-to doživel, obravnavo temu tudi prilagodimo. Védenje o travmatski izkušnji nam pomaga razumeti različne vedenjske vzorce, ki so jih travmirani posamezniki razvili kot odgovor na travmo. Pomaga nam tudi identificirati rizične dejavnike, s čimer lahko posamezniku pomagamo, da vzpostavi trdnejšo abstinenco, ki mu bo v prihodnosti omogočila predelavo travme.

5. Kaj pa pomoč družine?

Pomoč družine je pomembna pri podpori v procesu spreminjanja odvisnika in nikakor ne morejo družinski člani abstimirati namesto

odvisnega posameznika. Pogosto starši ne zmorejo ali pa ne želijo izpeljati sprememb. V primeru, da so svojci za terapijo nedostopni, moramo posameznika vzpodbujati, da vseeno nadaljuje svojo pot in da se bodisi odmakne od družine in disfunkcionalnih vzorcev vedenja, saj mu to lahko mogoči bolj zdravo življenje in kvalitetnejšo abstinenco.

Pomoč družine je pri zdravljenju odvisnosti zelo pomembna, hkrati pa je lahko družina glavna ovira na poti k spremembi. Ker se je družinski sistem na odvisnost popolnoma prilagodil so težnje, da bi odvisnik po zdravljenju ponovno prevzel svojo vlogo v družini močne.

Kot imajo svojci mnogokrat težave s tem, da sprejmejo odvisnost kot bolezen (in ne le kot pomanjkanje volje), tako so tudi odpori do spreminjanja ostalih družinskih članov vsaj na začetku zdravljenja zelo močni. Meje med podsistemi so porušene, vloge staršev in otrok pa pogosto zamenjane. Veliko pozornosti je potrebno posvetiti razmejevanju odgovornosti in postavljanju meja. Odvisniki so zaradi neodgovornega življenja v vlogi nemočnega otroka. Poleg tega imajo starši zaradi strahu, da se ne bi odvisnost ponovila pogosto potrebo po (pretirani) kontroli. Zaradi tega le težka prepustčajo odgovornost svojim otrokom in jim s tem onemogočajo, da bi le-ti odrasli in začeli skrbeti zase. Pretirana skrb s strani staršev in strah pred posledicami, ki bi morebiti doletele njihovega otroka, vodijo v ponovitev starih vedenjskih vzorcev, ko so npr. odgovornost otrok prevzemali nase in jim s tem omogočali pasivno in lagodno življenje. Za odvisnika je lahko občutenje posledic lastnih dejanj dodatna motivacija za zdravljenje in abstinenco.

Svojci so odvisniku lahko v oporo, ne morejo pa biti odgovorni za abstinenco posameznika. Tudi v še tako neustreznih družinskih odnosih je odgovornost za abstinenco oz. morebitni recidiv odgo-

vornost odvisnika in ne svojcev. Prav tako so tudi svojci odgovorni za svoje občutke, odločitve in vedenje.

Tekom zdravljenja je pomembno, da tako svojci kot odvisnik spregovorijo o svojih pričakovanjih, še posebej, če se odvisnik po zdravljenju vrača nazaj k družini. Starši pogosto pričakujejo, da bo že sama abstinenca prinesla zrelost in odgovornost ter zdrave navade. Sprejemanje odgovornosti, zdrave navade in zdrav način življenja pa so stvari, ki se jih mora posameznik, ki si je leta pomagal živeti z drogo, šele naučiti. Skozi proces učenja in osvajanja novih veščin tudi osebnostno zori. Staršem je v procesu terapije potrebno pomagati razumeti dolgotrajnost tega procesa.

Zaključek

Odvisnost od prepovedanih drog je bolezen, ki prizadene ne le posameznika, ampak njegovo celotno okolico. Posledice dolgoletnega uživanja drog so med drugim tudi spremembe v funkcioniranju možganov, kar moramo pri načrtovanju zdravljenja upoštevati. Do daljše in bolj uspešne abstinence vodijo naslednji koraki: dolgotrajno spremljanje osnovano na kognitivno vedenjskih tehnikah, pomoč pri vzpostavljanju novega življenjskega stila, učenje novih veščin, krepitev močnih točk posameznika in pomoč pri odpravljanju disfunkcionalnih vzorcev vedenja, vzpostavljanje novih, konstruktivnih odnosov z drugimi in obravnava vseh dodatnih težav, ki so za posameznika lahko rizične. Prilagajanje zdravljenja potrebam posameznika pomaga, da le-ta dlje časa vztraja pri zdravljenju. V procesu zdravljenja je pomoč družine dobrodošla, vendar ni nujno potrebna za uspešno vzpostavitev in ohranjanje abstinence. Ko posameznik uspe spremeniti neustrezna prepričanja in vedenjske vzorce, prevrednoti izkušnje iz preteklosti in se zavestno odloči za nov življenjski slog, je tudi verjetnost ponavljajočih recidivov manj-

ša. Naš skupni cilj je, da ne neha jemati droge več zato, ker je ne bi smel, ampak, ker je noče.

Viri

Camí, J. in Farré, M. (2003). Drug Addiction. *The New England Journal of Medicine*, 349, 975-86.

Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition). (2013). Arlington VA: American Psychiatric Association.

Drev, A. (ur.). (2014). *Nacionalno poročilo 2014 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Interno gradivo CZOPD (neobjavljeno). Ljubljana: Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog, Psihiatrična klinika Ljubljana.

Kastelic, A. in Mikulan, M. (2004). *Mladostnik in droga*. Ljubljana: Prohealth.

Kendler, K.S., Bulik, C.M., Silberg, J., Hettema, J.M., Myers, J. In Prescott, C.A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 953-959.

Lisak, D. (1994). The psychological impact of sexual abuse: Content analysis of interviews with male survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 7(4), 525-548.

Marlatt, G.A. in George, W.H. (1984). Relapse Prevention: Introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79, 261-273.

Marlatt, G.A. in Witkiewitz, K., (2008). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. V G.A. Marlatt in D.M. Donovan (ur), *Relapse Prevention* (str. 1-44). New York: The Guilford Press.

Mental and Substance Use Disorders (10.09.2014), SAMSHA. Pridobljeno 8.2.2015 s: <http://www.samhsa.gov/disorders>.

Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Goodman, L.A. in Trumbetta, S.L. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: An interactive model. *Schizophrenia Research*, 53 (1-2), 123-143.

Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (3rd Edition). December 2012, National Institute on Drug Abuse. Pridobljeno 8.2.2015 s: <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/frequently-asked-questions/>.

Relapse Prevention (1994). Rockville: National Institute on Drug Abuse.

Rohsenow, D.J., Corbett, R. in Devine, D. (1988) Molested as children: A hidden contribution to substance abuse? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5 (1), 13-18.

Slovenia data sheet, European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Pridobljeno 12.02.2015 s: <http://www.emcdda.europa.eu/countries/data-sheets/slovenia>

Sporočilo za javnost Agencije EU za droge v Lizboni (2014).Lizbona, EMCDDA. Pridobljeno 13.2.2015 s: [www.emcdda.europa.eu/edr2014_Highlights_SL_EDR_2014_Final%20\(1\).pdf](http://www.emcdda.europa.eu/edr2014_Highlights_SL_EDR_2014_Final%20(1).pdf)

The Damaging Consequences of Violence and Trauma. (2004). National Association of State Mental Health Program Directors.



KAZALO

DELAVNICE, STROKOVNI IN ZNANSTVENI PRISPEVKI NA KONGRESU

Family Therapy in Primary Care (plenarno predavanje).....	3
<i>(Jo Ellen Patterson in Todd D. Edwards)</i>	
Coexistence of family doctors and their patients (plenarno predavanje)	4
<i>(Igor Švab)</i>	
Med pedopsihiatrijo in družinsko terapijo (plenarno predavanje)	5
<i>(Nataša Potočnik Dajčman)</i>	
Evidence-based Skills for Family Therapists (delavnica)	6
<i>(Jo Ellen Patterson in Todd D. Edwards)</i>	
Urnvananje samozavedajočih se čustev v terapevtski obravnavi oseb po ločitvi	7
<i>(Mateja Cvetek)</i>	
Senzomotorična psihoterapija	8
<i>(Tjaša Stepišnik Perdih)</i>	
Spreminjanje kakovosti odnosov med udeleženci vzgojno-izobraževalnega procesa: razvoj, uvajanje in evalvacija participativnega modela	9
<i>(Janka Bergel Pogačnik)</i>	
Soodvisni partnerji v luči relacijske družinske terapije	10
<i>(Nataša Ropret)</i>	
Nezadovoljstvo na delovnem mestu	11
<i>(Drago Jerebic)</i>	
Povezanost telesne podobe odraslih z doživetjem zlorabe v izvorni družini	12
<i>(Lidija Božac)</i>	
Kulturne spremembe v podjetju Plastika Skaza, dobitniku Zlate gazele 2014	13



Oblike podpore romski skupnosti pri procesih vključevanja v družbeno-ekonomsko strukturo	14
<i>(Melita Kramar)</i>	
Relational family therapy with expats: A qualitative study on clients' experiences	15
<i>(Mojca Filipič Sterle in Lesley Verhofstadt)</i>	
Terapevtska podpora pacientom po nesreči	16
<i>(Katja Dular)</i>	
Terapevtska skupina za samske punce - dinamika in potek	17
<i>(Karolina Rebernik)</i>	
Družinska terapija in pomoč pri težavah v partnerstvu zaradi zasvojenosti	18
<i>(Nataša Sorko)</i>	
Pozicioniranje vloge terapevta relacijske zakonske in družinske terapije z vidika sodelovalnega reproduktivnega zdravstvenega modela	19
<i>(Alja Stovarnik in Katarina Rugani)</i>	
Spremembe ob rojstvu otroka in razpad partnerskega odnosa	20
<i>(Nataša Rijavec Klobučar)</i>	
Terapevtska obravnava otrok	21
<i>(Sara Jerebic in Drago Jerebic)</i>	
Sexual Addiction – How to Disclose the Truth to Partner and Kids	22
<i>(Peter Topić)</i>	
Klinična obravnava otrok z vedenjskimi težavami na področju spolnosti	23
<i>(Sara Jerebic)</i>	
Doživljanje spolno zlorabljenih žensk, povezano s skrbjo in vzgojo otrok	24
<i>(Tjaša Šuštar)</i>	
Duhovnost kot varno izhodišče pri soočanju z ločitvijo	25
<i>(Barbara Simonič)</i>	



Povezanost kakovosti partnerskega odnosa z emocionalnim starševstvom ter problemi in močni otrok	26
<i>(Darja Jurinčič Jogan)</i>	
Opazovanje vedenja novorojenčka po metodi Newborn Behavioural Observation (NBO) z elementi RDT	27
<i>(Metka Skubic in Anita Jug Došler)</i>	
24-urna interventna psihološka pomoč za policiste	28
<i>(Snežna Krek in Mirjana Savič)</i>	
Ali matere vzgajajo drugače kot očetje?	29
<i>(Sabina Jurič Šenk)</i>	
Pretirana zaščita otrok kot odraz ranljivosti staršev.....	30
<i>(Sabina Jurič Šenk)</i>	
Žensko sobivanje v terapevtski skupini kot ozdravljajoč proces skupne rasti	31
<i>(Anica Koprivc Prepeluh)</i>	
Družinski terapevt v dnevnem centru za ljudi s težavami v duševnem zdravju	32
<i>(Anica Koprivc Prepeluh)</i>	
Vloga družine pri obravnavi debelosti otrok in mladostnikov	33
<i>(Miha Rutar)</i>	
Terapije s presežnimi delavci v NLB d.d.	34
<i>(Jasna Dolamič Gričar)</i>	
Ključni dejavniki pri terapevtskem delu z odvisnimi	35
<i>(Mateja Okanović in Tatjana Oprešnik Rodman)</i>	
Pogled na kakovost bivanja skozi šport	36
<i>(Andrej Omulec)</i>	
Družinska mediacija - starševski dogovor ali kako lahko terapevt pomaga parom ob razhodu	37
<i>(Tanja Pia Metelko)</i>	



Raziskovanje ranljivosti - pot do sebe in drugega preko spoznavanja sebe in sprejemanja ranljivosti 38

(Tina Rahne Mandelj)

Pomen timske obravnave odvisnosti od alkohola z vidika psihiatra in delovnega terapevta39

(Eva Švagelj in Renata Žohar)

Doživljanje nosečnosti in poroda pri ženskah z izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu ali mladostništvu.....40

(Tjaša Šuštar)

Družinska terapija kot ena od metod celostne obravnave bolnikov s cistično fibrozo in njihovih družin.....41

(Darja Potočnik Kodrun)

Prepoznavanje čustev, njihovo razmejevanje in posameznikovo blagostanje.....42

(Štefanija Jaksetič Dujc)

Soočenje s hudo boleznijo in koncem življenja.....43

(Mojca Pavšič in Janez Logar)

STROKOVNI IN ZNANSTVENI ČLANKI

Vloga klientovega in terapevtovega stika s seboj v terapevtskem procesu45

(Sabina Prah)

Ključni dejavniki pri terapevtskem delu z odvisnostjo.....62

(Tatjana Oprešnik Rodman in Mateja Okanovič)