

UNIVERZA V LJUBLJANI
FILOZOFSKA FAKULTETA
ODDELEK ZA PSIHOLOGIJO

SABINA PETRONIO

**NAČINI SPOPRIJEMANJA Z DELOVNIMI OBREMENTVAMI PRI
PSIHOTERAPEVTIH**

DIPLOMSKO DELO

Mentorica: doc. dr. Eva Boštjančič
Somentor: doc. dr. Robert Masten

Ljubljana, 2014

ZAHVALA

Najprej bi se rada zahvalila vsem šestnajstim psihoterapevtom, ki so se odločili za sodelovanje v moji raziskavi. Pogovori z njimi so bili zame zelo dragocena izkušnja, ki jo bom še dolgo ohranila v zelo lepem spominu.

Prav tako bi se rada zahvalila Združenju psihoterapevtov Slovenije, ki mi je pomagalo pri kontaktiranju potencialnih udeležencev za raziskavo.

Zelo hvaležna sem tudi mentorici doc. dr. Evi Boštjančič in somentorju doc. dr. Robertu Mastenu, za vse predloge in pomoč.

Zahvaljujem se tudi svoji družini, mami Valeriji, sestri Diani in očetu Ferrucciotu za vso podporo.

Posebna hvala tudi Janu, za vse kar je, in vse kar sem jaz, ko sem z njim, in Katji, ki bo vedno moja prijateljica, ker preveč ve.

Nonotu Zorziju v spomin.

Sabina

POVZETEK

Poklicni stres predstavlja posebno obliko stresa, ki zaznamuje določene poklice bolj kot druge. Psihoterapevti se zaradi narave svoje poklica srečujejo s številnimi bolj ali manj stresnimi obremenitvami, ki lahko na njih puščajo negativne posledice. Preprečevanje oziroma omilitev teh učinkov pa je bistvenega pomena ne samo za terapevte same, ampak tudi za njihove paciente, saj je učinkovitost njihove obravnave v veliki meri odvisna tudi od psihofizičnega blagostanja psihoterapevta. Cilj te raziskave je bil predvsem odkriti, kako se s potencialnimi delovnimi obremenitvami spoprijemajo slovenski psihoterapevti. Šestnajst psihoterapevtov je izpolnilo Lestvico psihoterapevtovih stresorjev in Vprašalnik spoprijemanja COPE ter z avtorico opravilo intervju o obremenitvah, s katerimi se srečujejo v psihoterapevtski praksi, in o načinih spoprijemanja z njimi. Udeleženci raziskave se s poklicnimi stresi spoprijemajo s pomočjo supervizije, medosebne podpore, psihoterapevtske usposobljenosti, aktivnosti izven poklica in sprejetja. Poslužujejo se tako samooskrbe, kot spoprijemanja v ožjem pomenu besede, tako mehanizmov, ki se odvijajo znotraj terapevtskega procesa, kot tistih, ki se odvijajo izven njega, in uporabljajo predvsem na problem usmerjene strategije, poslužujejo pa se tudi strategij, ki so usmerjene na emocije. Gledano na splošno bi lahko rekli, da se z delovnimi obremenitvami psihoterapevti spoprijemajo funkcionalno.

Ključne besede: psihoterapevti, delovni pogoji, stres na delovnem mestu, spoprijemanje, preventiva.

ABSTRACT

Occupational stress is a specific type of stress that affects some professions more than others. Psychotherapists – due to the nature of their job – are frequently exposed to stressful situations that can affect them negatively. The prevention or mitigation of these effects is crucial not only for the therapists, but also for their patients, because the effectiveness of their treatment largely depends also on the psycho-physical well-being of the psychotherapist. The aim of this study was primarily to discover how Slovenian psychotherapists cope with potential work-related stressors. Sixteen psychotherapists filled out the Therapists Stress Scale, the Cope Inventory and conducted an interview with the author about the occupational hazards they encounter in their practice and the ways they use to manage them. The participants use supervision, interpersonal support, psychotherapeutic knowledge, non-work-related activities and acceptance as methods of handling work-related stressors. They employ self-care and coping strategies, mechanisms internal to the therapy process and mechanisms that are external, and especially problem focused strategies, even though they also use strategies focused on emotions. We could say that in general the psychotherapists cope with the job-related difficulties in a functional way.

Keywords: psychotherapists, working conditions, occupational stress, coping, prevention.

KAZALO VSEBINE

ZAHVALA	3
POVZETEK	4
ABSTRACT	5
KAZALO VSEBINE	6
KAZALO PREGLEDNIC	8
1.0 UVOD	9
1.1 Opredelitev stresa	9
1.1.1 Vzroki stresa	10
1.1.2 Posledice stresa	11
1.2 Poklicni stres	13
1.3 Opredelitev spoprijemanja s stresom	15
1.3.1 Vrste spoprijemanja s stresom	17
1.3.2 Načini spoprijemanja s stresom	19
1.4 Psihoterapevtski poklic in obremenitve v psihoterapevtskem poklicu	22
1.4.1 Obremenitve povezane s pacienti	25
1.4.2 Druge obremenitve psihoterapevtov	27
1.4.3 Posledice poklicnega stresa pri psihoterapevtih	30
1.5 Načini spoprijemanja pri psihoterapevtih	32
1.6 Problem diplomske naloge	43
2.0 METODA	45
2.1 Udeleženci	45
2.2 Pripomočki in gradiva	47
2.3 Postopek	50
2.3.1 Obdelava podatkov	51
3.0 REZULTATI	56
3.1 Delovne obremenitve psihoterapevtov	56
3.1.1 Povzetek kvalitativnih rezultatov: vtisi psihoterapevtov o delovnih obremenitvah	56
3.1.1.1 Obremenitve povezane s pacienti	57
3.1.1.2 Obremenitve povezane s psihoterapevtskim procesom	58
3.1.1.3 Obremenitve povezane s psihoterapevti	59
3.1.1.4 Obremenitve povezane zunanji dejavniki	60
3.1.2 Povzetek kvalitativnih rezultatov: teme doživetih najbolj obremenjujočih situacij	60
3.1.2.1 Obremenitve povezane s pacienti	61
3.1.2.2 Obremenitve povezane s psihoterapevti	63
3.1.2.3 Obremenitve povezane s psihoterapevtskim procesom	64
3.1.3 Druge obremenitve	64
3.1.4 Kvantitativni rezultati delovnih obremenitev	68
3.2 Kvalitativni podatki o spoprijemanju z delovnimi obremenitvami pri psihoterapevtih	70
3.2.1 Supervizija	70
3.2.1.1 Supervizija in obremenitve povezane s pacienti	73
3.2.1.2 Supervizija in obremenitve povezane s psihoterapevti	74
3.2.1.3 Supervizija in obremenitve povezane s potekom psihoterapevtskega procesa	75

3.2.2 Medosebna podpora	76
3.2.2.1 Podpora oseb, ki so profesionalno povezane s psihoterapevti.....	76
3.2.2.2 Podpora oseb izven poklicnega kroga	81
3.2.3 Psihoterapevtska usposobljenost.....	83
3.2.3.1 Teoretična znanja.....	83
3.2.3.2 Psihoterapevtske izkušnje.....	88
3.2.4 Aktivnosti izven poklica	90
3.2.5 Sprejetje.....	93
3.2.5.1 Sprejetje lastnih značilnosti	93
3.2.5.2 Sprejetje pacientovih lastnosti	94
3.2.5.3 Sprejetje značilnosti psihoterapevtskega procesa	95
3.2.6 Spoprijemanje s stresom: kvantitativni rezultati	97
4.0 RAZPRAVA.....	98
4.1 O delovnih obremenitvah psihoterapevtov	98
4.2 Spoprijemanje psihoterapevtov z delovnimi obremenitvami	103
4.2.1 Supervizija.....	103
4.2.2 Medosebna podpora	105
4.2.3 Psihoterapevtska usposobljenost.....	108
4.2.4 Aktivnosti izven poklica	110
4.2.5 Sprejetje.....	111
4.2.6 Dodatni zaključki o spoprijemanju: kvalitativni podatki	113
4.2.7 Spoprijemanje: kvantitativni podatki	114
4.2.8 Splošni zaključki o spoprijemanju	116
4.3 Vrednost diplomskega dela za teorijo in prakso	117
4.4 Pomanjkljivosti študije.....	117
4.5 Perspektive in smernice za nadaljnje delo	118
5.0 SKLEPI.....	119
VIRI.....	120
PRILOGE	127
Priloga 1: Vprašalnik o demografskih podatkih	127
Priloga 2: Lestvica psihoterapevtovih stresorjev	129
Priloga 3: Polstrukturirani intervju	131

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1. Prevladujoča vrsta težav pacientov s katerimi se ukvarjajo psihoterapevti ..	46
Preglednica 2. Kategorije in podkategorije dejavnikov, ki se zdijo psihoterapevtom najbolj obremenjujoči.	56
Preglednica 3. Kategorije in podkategorije najbolj obremenjujočih situacij, v kateri so se znašli psihoterapevti.....	61
Preglednica 4. Rezultati na Lestvici psihoterapevtovih stresorjev	68
Preglednica 5. Rezultati Vprašalnika spoprijemanja COPE	97

1.0 UVOD

1.1 Opredelitev stresa

Stres je simbolj našega prostora in časa, je del življenja in lahko prizadene vsakogar. Z njim se srečujemo tako v zasebnem kot v poklicnem življenju, saj nastaja kot neizogibna posledica naših odnosov z nenehno spreminjajočim se okoljem, ki se mu moramo prilagajati (Looker in Gregson, 1993). Stres je pogosto pojmovan kot najpogostejša bolezen moderne dobe. V medicini lahko zasledimo podatek, da je večina bolezni (več kot 80 %) psihosomatskega izvora in so najpogostejše posledica stresa (Meško, 2011). Lahko bi torej rekli, da stres predstavlja eno največjih zdravju škodljivih nevarnosti 21. stoletja.

V strokovni literaturi lahko zasledimo veliko različnih definicij stresa. Sam izraz *stres* je v medicino uvedel Hans Selye in ga definiral kot program telesnega prilagajanja novim okoliščinam; stres naj bi bil odgovor na dražljaje, ki motijo osebno ravnotežje (Luban Plozza in Pozzi, 1994). Hill (2001) opisuje stres kot vzorec negativnih fizioloških stanj in psiholoških odzivov, ki se pojavljajo v situacijah, v katerih zaznamo ogrožanje svoje dobrobiti in čutimo, da se z njimi ne moremo spoprijeti. Looker in Gregson (1993) ga definirata kot neskladje med dojemanjem zahtev in sposobnosti za obvladovanje le-teh. Razmerje med dojemanjem zahtev in oceno sposobnosti za kljubovanje pritiskom odločilno vpliva na dojetje stresa. Več zahtev posameznik doživlja in manj sposobnosti si pripisuje za spoprijemanje z njimi, več stresa doživlja v posamezni situaciji. Tyrer (1987) opredeljuje stres kot duševni in telesni odziv na spremembo. Lahko bi rekli, da je stres odgovor posameznika na t.i. *stresor*; stresor pa je vsako dogajanje v okolju, ki lahko sproži stresno reakcijo. Od posameznikovega dojetja in načina spoprijemanja s pritiski okolja je odvisno, ali bo dogodek prerasel v stresor. Burnost stresne reakcije je torej odvisna od pomena, ki ga posameznik pripiše stresorju (Looker in Gregson, 1993).

Dejstvo je, da niso vsi stresorji obremenjujoči ali škodljivi, zato lahko ločimo pozitiven stres (ali eustres) od negativnega (ali distresa) (Meško, 2011). Slednji se pojavi, ko smo premalo ali preveč obremenjeni s stresom, prvi pa ko doživljamo primerno količino stresa, da se čutimo motivirani, izzvani in smo maksimalno produktivni (Braham, 1994). Lahko bi rekli, da ločimo konstruktivni stres od destruktivnega. Prvi deluje pozitivno (eustres), pri človeku sproži povečanje delovne vneme, spodbuja ustvarjalnost in delavnost. Drugi pa negativno (distres)

vpliva na počutje, vedenje in delovanje, lahko preobremeni in poruši človekov fiziološki in mentalni sistem (Treven, 2005).

Newhouse (2000) ponuja drugačno delitev stresa in govori o eksogenem, endogenem, fiziološkem in psihičnem stresu. Eksogeni je tisti stres, ki deluje od zunaj; zunanje dejavnike je potrebno sprejeti in v kar največji meri omejiti nevšečnosti, ki jih povzročajo. Endogeni stres deluje od znotraj in ga lažje preprečimo, saj gre za stresne situacije, ki si jih posameznik ustvari sam in se jim lahko izogne. Fiziološki stres je posledica vsega kar vpliva na naše telo, na primer hrup, pomanjkanje kisika ipd. Psihični stres pa lahko povzročijo različni dogodki kot je na primer prekinitev čustvene zveze, menjava službe ipd.

Kezele (1995) pa opozarja na kumulativni stres, ki je posledica konstantnih stresnih obremenitev, ki ne popuščajo oziroma se še povečujejo. Telo posameznika, ki je podvržen taki vrsti stresa, slabi in ni več kos nadaljnim obremenitvam, posameznik pa postane neobčutljiv in težje zazna učinke nadaljnjega stresa. Posledično je lahko ujet v začaran krog, kar vodi v telesno in fizično propadanje.

1.1.1 Vzroki stresa

Skoraj vse lahko povzroča stres. Če bi vprašali različne ljudi, kateri so stresni dejavniki, bi vsak izmed njih navedel drugačen seznam, saj vsakdo dojema stres drugače. Stres je namreč povsem individualna izkušnja, kar je za nekoga prijetno in pozitivno, je za drugega lahko negativno. Ali se bo dejavnik iz okolja spremenil v stresor, je torej odvisno od posameznika samega in njegovega dožemanja dogajanja. Stres se bo pojavil, ko bo zaznal, da je situacija zanj nevarna in da ne more obvladati z njo povezanih nevarnosti oziroma zahtev (Treven, 2005).

Povzročitelji stresa lahko izvirajo iz dela, družinskega okolja ali pa iz osebnostnih značilnosti posameznika (Meško, 2011), pomembni pa so predvsem tisti stresorji, ki povzročajo duševne ali vedenjske učinke, in takih je veliko. Braham (1994) na primer uvršča vzroke stresa v štiri velike skupine:

- spremembe (zaželjene, na primer poroka, selitev, in nepričakovane, na primer nesreča, smrt, bolezen, odpoved v službi),
- potuhnjen stres (vsi manjši stresorji, ki se naberejo čez čas, na primer zamujanje v službo, zažgano kosilo, kazen za nepravilno parkiranje),

- osebne poteze (na primer nagnjenost k zaskrbljenosti, pesimizem, perfekcionizem, nerealna pričakovanja, zunanji lokus kontrole) in
- okoljski stresorji (hrup, cigaretni dim).

Holmes in Rahe (1967) sta proučevala odnos med pomembnimi življenjskimi dogodki oziroma spremembami in s stresom povezanimi zdravstvenimi težavami. Sestavila sta lestvico z bolj ali manj stresnimi dogodki; če posameznik doživi večje število pomembnih dogodkov v omejenem časovnem obdobju, je bolj dovzeten za bolezni, ki so posledica stresa. Nekateri izmed dogodkov, ki lahko pomembno vplivajo na človekovo zdravje, so: smrt zakonca ali življenjskega partnerja, ločitev ali razveza, hujša bolezen ali poškodba, izguba službe, težave s sodstvom / zapor, smrt bližnje osebe, zakonska sprava, upokojitev, bolezen ali poškodba v družini, poroka ali začetek skupnega življenja, selitev ali prenova stanovanja, rojstvo ali posvojitev novega družinskega člana, nosečnost, visoka hipoteka, posojilo ali dolg, zamenjava službe ali nova služba, nesreča ali čustven pretres, spremembe v službi / povečane zahteve, skrb za bolnega ali ostarelega sorodnika ali prijatelja, težave s sorodniki, z družino, s prijatelji ali sosedmi, denarne skrbi. Večji stresni življenjski dogodki so k sreči precej redki, mnogo ljudi jih ne doživi po nekaj let zapored. To pa ne pomeni, da ti ljudje ne doživljajo nikakršne oblike stresa. Lahko se namreč dan za dnem srečujejo s številnimi manjšimi napori, ki so lahko sicer manjše intenzivnosti, vendar so pogosti. Ti vsakdanji napori se pojavljajo na različnih področjih življenja in predstavljajo na primer delo v gospodinjstvu, časovne pritiske, finančne skrbi in starševske dolžnosti. Vsi ti dejavniki, ki so značilni za človekovo življenje, predstavljajo pomemben izvor stresa; več jih je, več stresa povzročajo, zato jih ne smemo podcenjevati ali zanemariti (Treven, 2005). Obremenjujoč stres je namreč lahko posledica delovanja enkratnih hudih stresnih dogodkov, ali pa delovanja ponavljajočih se vsakdanjih drobnih stresov (Musek, 1993).

1.1.2 Posledice stresa

Ko je telo soočeno z določeno zahtevo ali zazna grožnjo, se na fizičnem nivoju odzove z borba-ali-beg odzivom. Telo zazna grožnjo, zato sproži alarm, ki povzroči različne mehanizme (na primer pospešeno bitje srca, povečanje adrenalina, sladkorja in maščob v krvnem obtoku, spremenjeno dihanje), ki zelo dobro služijo v življenjsko ogrožajoči situaciji (Braham, 1994). Ko je nevarnost premagana, izgine tudi "bežalni ali borilni" refleks in telo se povrne v prejšnje stanje, kar se imenuje homeostaza. Daljša obdobja stresa, v katerih se telo

ne povrne v homeostatično stanje, lahko vodijo v kronično izčrpanost in bolezen (Powell, 1999). Pri manj ogrožajočih, vsakdanjih stresorjih lahko torej borba-ali-beg odziv iztroši telo po nepotrebnem (Braham, 1994). Pri dolgotrajni izpostavljenosti stresu pride torej pri posamezniku do čezmernega odziva, ki se lahko izraža na fizični, vedenjski in psihični ravni. Takšni odgovori pa lahko vodijo do škodljivih posledic in različnih bolezni (Treven, 2005).

Kot posledico stresa lahko različni ljudje doživljajo različne kombinacije simptomov (Braham, 1994; Powell, 1999; Meško, 2011).

- Med fizičnimi simptomi se lahko pojavijo: povečan srčni utrip, visok krvni pritisk, težave z dihanjem, težave s požiranjem, občutek slabosti, hiperventilacija, napete in skrčene mišice, zmanjšana odpornost, navali vročine in mraza, zardevanje, suha koža, odrevenelost, zbadanje, povišan krvni sladkor, razširjene zenice, suha usta, pogosto uriniranje, glavoboli, motnje spanja, bolečine v hrbtu, stiskanje čeljusti ali škripanje z zobmi, zaprtje, driska ali kolitis, kožni izpuščaji, bolečine v mišicah, čiri, prekomerno potenje, spremembe v apetitu, utrujenost ali pomanjkanje energije, povečanje števila poškodb.
- Med čustvene simptome uvrščamo: anksioznost, zaskrbljenost, depresijo ali pogost jok, žalost, potrto, apatijo, občutke krivde in sramu, osamljenost, ljubosumnost, nihanja v razpoloženju, razdražljivost, znižano samospoštovanje, povečana občutljivost, izbruhi jeze, agresivnost ali sovražnost, občutek čustvene izčrpanosti ali izgorelosti.
- Simptomi, ki prizadenejo kognitivno funkcioniranje so sledeči: težave s pozornostjo, nezmožnost koncentracije, težave z odločanjem, pozabljenost, zmedenost, slab spomin in priklic, pretirano sanjarjenje, obremenjenost z eno mislijo ali idejo, negativne samokritične misli, sprevržene misli, toga stališča, izguba smisla za humor, zmanjšana produktivnost, nižja kakovost dela, povečano število napak, slaba presoja.
- Stres lahko nenazadnje prizadene tudi medosebne odnose, tako na delovnem mestu kot doma. V odnosih se lahko pojavijo: neprimerno nezaupanje do drugih, obtoževanje drugih, izostajanje na srečanjih, verbalni napadi, pretirana obrambna naravnost, želja po samoti, skrivanje, izolacija, težave v komunikaciji, zmanjšan stik s prijatelji, nestrpnost, motnje v spolnosti.

Dolgoročni stres predstavlja enega izmed najbolj razširjenih vzrokov številnih bolezenskih stanj (Glej fizične simptome); poleg tega pa med posledice vpliva stresa spadajo tudi duševne motnje, kot so na primer panični napadi in obsesivna vedenja. Ljudje, ki so dlje časa pod stresom, so bolj nagnjeni k iracionalnemu strahu, nihanju razpoloženja, fobijam, depresiji, jezi in razdražljivosti (Hindle, 1998; Powell, 1999).

Veliko oseb, ki trpi zaradi stresa, išče kratkoročno olajšanje v prekomernem hranjenju, kajenju, pitju ali zapravljanju. Zloraba poživil, kot so sladkor, alkohol, nikotin in kofein, lahko pomaga pri premagovanju utrujenosti, anksioznosti in napetosti, vendar deluje le za kratek čas; prekomerna raba teh snovi pa samo poslabša simptome stresa. Omenjene vedenjske spremembe, ki jih povzroča stres, so seveda tudi povezane z očitnim poslabšanjem splošnega zdravja in vplivajo na medsebojne odnose doma in v službi (Hindle, 1998). Posamezniki, ki trpijo zaradi stresa, lahko hitro izgubijo sposobnost učinkovitega odločanja, kar posledično vpliva na zdravje, družino in poklic, saj doživljanje stresa na enem področju neizogibno prizadene tudi vsa druga področja posameznikovega delovanja. Nepremišljene odločitve na delu in doma pa lahko hitro privedejo do nesreč ali sporov, finančnih izgub ali celo izgube službe (Hindle, 1998).

1.2 Poklicni stres

Stresna služba je v razvitem svetu zdaleč najpomembnejši povzročitelj stresa. Rezultati raziskave o finančnih inštitucijah so razkrili, da je kar 64 odstotkov delodajalcev prepričanih, da je prav pretiran stres tisti dejavnik, ki najbolj ogroža zdravje zaposlenih. Kadar človek doživlja poklicni stres, se namreč pogosto zateka k nekoristnim kratkoročnim strategijam, tako se na primer odpoveduje kosilu in malici, nosi službeno delo domov, dela pozno v noč in odlaša z nujnimi nalogami. Tak odgovor na stres pa dolgoročno povzroča še hujše težave (Powell, 1999).

Do stresa ne delovnem mestu pride, kadar zahteve delovnega okolja presegajo sposobnosti zaposlenih, da jih izpolnijo ali obvladajo (Meško, 2011); dejstvo pa je, da so nekateri poklici bolj stresni od drugih (Hindle, 1998) in v nekaterih organizacijah so posamezniki izpostavljeni večjim stresnim obremenitvam, v drugih pa manjšim. Različne vrste zaposlitev se torej glede stresa, ki ga lahko povzročajo pri zaposlenih, zelo razlikujejo. Nekatere

zaposlitve, kot na primer gasilec in kirurg, so lahko zelo stresne za zaposlene, druge, kot na primer računovodja in zavarovani statistik, pa veliko manj (Treven, 2005).

Sutherland in Cooper (2000) ločita dve splošni vrsti preobremenjenosti oziroma neobremenjenosti z delom:

- kvalitativno: delo je prezahtevno, zaposleni ne obvlada delovnih nalog (preobremenitev) oziroma delo je premalo zahtevno, sposobnosti zaposlenega pa presegajo zahtevnost nalog (neobremenitev) in
- kvantitativno: delavec ima preveč dela (preobremenitev) in delavec ima premalo dela (neobremenitev).

Nekateri avtorji pa so skušali identificirati konkretne spremenljivke, ki vplivajo na doživljanje poklicnega stresa. Tako recimo Selič (1999) navaja sedem dejavnikov, ki vplivajo na stres pri delu:

- delovni položaj (povezan s prenasitostjo in preobremenjenostjo tistih na vodilnih mestih),
- pomanjkanje kontrole (dela, ki ne puščajo avtonomije, svobodnega odločanja, soodločanja),
- ponavljajoča se opravila,
- odgovornost za druge (prinaša mnoge napetosti, skrbi in včasih težavne medosebne odnose),
- konfliktnost vlog (ko se oseba znajde med različnimi pritiski nadrejenih in podrejenih),
- nevarnost poklica (na primer pri gasilcih),
- stresorji okolja (vročina, hrup, prah...).

Stresorji, ki jih navaja Braham (1994) – spremembe, potuhnjen stres, osebne poteze in okoljski stresorji – se lahko tudi pojavijo na delovnem mestu. Najbolj pogosto omenjeni viri stresa pri delu so: časovni pritiski (več prioritet, časovni roki), neprimerna podpora, medosebni konflikti z nadrejenimi ali podrejenimi, strah pred neuspehom, nejasna pričakovanja in spremembe.

Treven (2005) pa med dejavniki, ki vplivajo na stres pri posameznih zaposlitvah, navaja šest pomembnejših, ki kolikor bolj so izraženi, toliko bolj povečujejo stresnost zaposlitve. Ti dejavniki so:

- zahteva po odločanju (na primer pri managerjih),
- stalno nadzorovanje naprav ali materiala (na primer pri kontrolorjih zračnega prometa),
- ponavljajoča se izmenjava informacij z drugimi (na primer pri poslovnih na borzi),

- neprijetne delovne razmere (na primer pri rudarjih),
- opravljanje nestrukturiranih nalog (na primer pri skladateljih) in
- delo z ljudmi (na primer pri natakarjih).

V okviru slednjega se je razvil koncept stresa v poklicih pomoči, kot so na primer zdravnik, psihoterapevt, socialni delavec ipd. Koncept se običajno nanaša na stanje povečane napetosti, ki se je ne more tako hitro sprostiti, se doživlja kot neprijetno in lahko vodi do občutkov izčrpanosti ali pomanjkanja energije (Hellman in Morrison, 1987).

Stres na delovnem mestu je v razvitem svetu še kako prisoten in ga moramo jemati zelo resno, saj so posledice neprimerne spoprijemanja z njim lahko zelo škodljive, če ne celo katastrofalne. Poklicni stres lahko namreč povzroči občutek preobremenjenosti, nizko produktivnost, izgubo perspektive, pomanjkanje interesa za dejavnosti, ki so nas nekoč veselile, pomanjkanje novih idej, neodločnost, nedokončanje nalog, težave z zbranostjo, pozabljivost, odpor do dela, fizično izčrpanost, izgorevanje, občutja nemoči in brezupa, čustveno otopelost, razvoj negativnega koncepta sebe, medosebne težave, povečan absenteizem, zmanjšano učinkovitost in slabšo sposobnost opravljanja delovnih nalog (Meško, 2011; Cushway, Tyler in Nolan, 1996; Farber, 1990). Vse to pa ne vpliva samo na posameznikovo poklicno življenje, ampak tudi na njegovo življenje izven poklica ter na širšo družbo nasploh.

1.3 Opredelitev spoprijemanja s stresom

Različni avtorji (Meško, 2011) različno definirajo proces spoprijemanja s stresom. Eni ga definirajo kot kognitivni in vedenjski odgovor na specifične stresne dogodke, drugi govorijo o procesu izvajanja potencialnega odgovora na grožnjo, tretji ga opredeljujejo kot odgovor na okoljske in psihološke zahteve v določeni stresni situaciji, četrti ga opisujejo kot očitno in prikrito vedenje, ki je usmerjeno k zmanjševanju ali odstranjevanju psihološkega stresa ali vzrokov stresa, peti ga definirajo kot vedenje, ki olajša emocionalno napetost in/ali rešuje naprijetne probleme, šesti pa govorijo o vsakem odgovoru posameznika, ki naleti na potencialno ogrožujoč izid. Lahko bi rekli, da so razlike med različnimi definicijami minimalne in povzeli, da spoprijemanje s stresom predstavlja serijo izmenjav med osebo in okoljem. Celoten proces ni samo enkratna reakcija posameznika, ampak več odzivov, s katerimi posameznik in okolje vplivata drug na drugega.

Pojem spoprijemanja s stresom se je najprej pojavil v dveh usmeritvah: egopsihološki in fenomenološki-kognitivni. Zagovorniki obeh usmeritev se strinjajo, da procesi spoprijemanja tvorijo nadredno kategorijo, ki vključuje obrambne mehanizme, pojmovane kot vedenjske sloge in tudi realistične načine premagovanja kritične situacije. Osnovna razlika med usmeritvama pa je, da fenomenološka usmeritev načinov spoprijemanja ne obravnava kot osebnostne poteze, temveč kot specifične odgovore na specifične situacije (Ihan in Simonič Vidrih, 2005). Egopsihološka usmeritev torej zagovarja, da so učinki stresa močno povezani s posameznikovo osebnostjo. Enak nivo stresa namreč prizadene različne ljudi na različne načine in vsak posameznik se poslužuje različnih načinov spoprijemanja (Hindle, 1998).

S stresnimi situacijami se torej ne soočamo vsi na enak način in nekateri ljudje so pri tem uspešnejši od drugih. Različne značilnosti posameznika vplivajo na njegovo večjo ali manjšo uspešnost pri obvladovanju stresnih dogodkov. Ena izmed teh značilnosti je na primer pozitivna ali negativna zaznava samega sebe. Ljudje, ki imajo o sebi dobro mnenje, imajo visoko samospoštovanje, zaupajo vase, vedo kakšne so njihove sposobnosti ter si v skladu s tem postavljajo cilje. Pri njih je odziv na stres manj intenziven kot pri tistih z manjšim samospoštovanjem (Davis, McKay in Robbins Eshelman, 2000). Druga izmed posameznikovih značilnosti, ki vpliva na spoprijemanje s stresom, je t.i. *mesto nadzora*, ki je lahko notranje ali zunanje. Tisti, ki imajo notranje mesto nadzora, so ob zaznavanju stresorjev prepričani, da lahko sami veliko vplivajo na pojav stresa in njegove posledice, zato si prizadevajo vzeti nadzor nad dogodki. Tisti, ki pa imajo zunanje mesto nadzora, se v stresni situaciji tej prepustijo in jo pasivno sprejemajo, ne storijo nič in se stresu podredijo. Posledično se taki ljudje v stresnih situacijah počutijo nemočne in stres doživljajo pogosteje od ljudi z notranjim mestom nadzora (Treven, 2005). Obstajajo tudi ljudje, ki živijo v stresu, a le redko zbolijo. Tem ljudem so skupne tri bistvene lastnosti:

- nadzor: občutek, da ima življenje smisel in namen,
- predanost: družini, delu, konjičkom, družabnemu življenju in
- prilagodljivost: pozitiven odnos do sprememb kot normalnih dogodkov v življenju (Powell, 1999).

To so samo nekatere izmed značilnosti ljudi, ki vplivajo na to, kako bodo doživljali določeno potencialno stresno situacijo, in za kakšno vrsto spoprijemanja se bodo odločili za spoprijemanje z le-to.

1.3.1 Vrste spoprijemanja s stresom

Različni avtorji ponujajo različne delitve načinov spoprijemanja na praviloma dve široki kategoriji.

Ena izmed delitev govori o t.i. *samooskrbi* in spoprijemanjem v ožjem pomenu besede. Samooskrba opisuje stopnjo posameznikovega vzdrževanja svojega zdravja s primerno prehrano, vadbo, osebno higieno ali s številnimi drugimi aktivnostmi za spodbujanje zdravja. Vključuje lahko udejstvovanje v različnih aktivnostih, od branja, konjičkov, dopustov, razvedril, do sodelovanja v osebni terapiji ali meditaciji (Mahoney, 1997). Na samooskrbo lahko gledamo kot na preventiven ukrep proti škodljivim učinkom stresa, na spoprijemanje pa kot na posameznikov odgovor na stres ali na težave, ko se le-te pojavijo. Četudi lahko definiramo samooskrbo kot preventivno mero proti stresu in spoprijemanje kot odziv na stres, meja med njima ni vedno tako jasna. Pomembno je, da se zavedamo, da lahko samooskrba in spoprijemanje delujeta oba preventivno in odzivno na stres, odvisno od okoliščin. Na primer, meditacijo definirajo kot enega izmed načinov samooskrbe; vendar tako kot se posameznik lahko poslužuje meditacije preden občuti stres, se lahko z njeno pomočjo spoprijema enkrat, ko so učinki stresa že prisotni.

Druga izmed delitev strategij spoprijemanja s stresom loči učinkovite strategije od neučinkovitih. Ljudje, ki se učinkovito spoprijemajo s stresom, se najverjetneje pozitivno soočajo s problemom, govorijo o njem in aktivno iščejo pomoč. Tisti, ki so neučinkoviti pri spoprijemanju s stresom, pa si praviloma stopnjujejo intenzivnost le-tega z ignoriranjem problema. Učinkovite strategije običajno vodijo do rešitve problema, neučinkovite pa lahko poslabšajo težave (Hindle, 1998). Avtorji (npr: Carver, Scheier in Weintraub, 1989) prve strategije imenujejo funkcionalne, druge, ki lahko preprečujejo ali ovirajo aktivno spoprijemanje, pa disfunkcionalne.

Med slednje so Carver, Scheier in Weintraub (1989) uvrstili:

- vedenjsko neaktivnost (zmanjšanje navora za aktivno spoprijemanje s stresorjem, opustitev prvotnih ciljev),
- miselno neaktivnost (uporaba najrazličnejšij aktivnosti, da ne bi razmišljali o problemu),
- usmerjenost na sprostitvev emocij (težnja k sprostitvi; postane disfunkcionalna, če predolga usmerjenost preprečuje prilagoditev) in
- uporabo alkohola ali drog kot način neaktivnosti.

Braham (1994) ponuja podobno delitev kot zgoraj omenjeni avtorji in govori o negativnih strategijah spoprijemanja ter pozitivnih vedenjskih vzorcih, ki oblikujejo posameznikov življenjski stil. Prve delujejo za kratek čas, ponudijo nam kratkoročno olajšanje, a če se jih dlje časa poslužujemo, se čez čas znajdemo z novo težavo. Tako so recimo predpisana pomirjevala lahko kratkoročno koristna pri spoprijemanju s simptomi anksioznosti, vendar lahko vodijo v odvisnost in imajo različne stranske učinke, kot so izguba koncentracije, slaba koordinacija in omotica; poleg tega ne predstavljajo rešitve za posledice stresa, saj ne odpravijo njegovih temeljnih vzrokov (Hindle, 1998). Pri pozitivnih vedenjskih vzorcih pa je zadeva drugačna, dlje kot jih uporabljamo, bolje se počutimo in postanemo bolj odporni na stresorje. Ne gre za hitre prijeme, ki jih lahko uporabimo, ko začutimo, da smo pod stresom, ampak gre za rezultate naših odločitev glede tega, kako bomo živeli življenje, kakšne navade bomo vzdrževali in kolikšno vrednost pripisujemo svojemu zdravju. Seveda, več pozitivnih vedenj vključimo v naš način življenja, večja je naša odpornost na stres. Med pozitivne vedenjske vzorce uvrščamo na primer: zdravo prehranjevanje, fizično aktivnost, različne tehnike sproščanja, iskanje socialne podpore in spanje. Primeri negativnih strategij spoprijemanja pa vključujejo: prenačevanje, zlorabo drog ali zdravil, zaskrbljenost, obsojanje, kajenje, zapravljanje, pasivnost, maščevanje, agresivnost ipd. (Braham, 1994).

Še zadnja izmed pomembnih delitev strategij spoprijemanja na dve veliki skupini loči spoprijemanje usmerjeno na problem od spoprijemanja usmerjenega na emocije. Namen prvega je reševanje problema ali delovanje v smeri spremembe vira stresa. Vključuje vse poskuse posameznika, da bi storil nekaj konstruktivnega v zvezi s stresnimi razmerami, ki škodujejo, ogrožajo ali izzivajo posameznika. Namen drugega, spoprijemanja usmerjenega na emocije, pa je zmanjšanje ali obvladovanje čustvenega stresa, ki je povezan s situacijo, in vključuje stremljenje k uravnavanju čustvenih posledic stresnega dogodka. Večina stresorjev sproži uporabo obeh načinov spoprijemanja, vendar spoprijemanje usmerjeno na problem prevladuje, ko ljudje čutijo, da je možno storiti nekaj konstruktivnega, spoprijemanje usmerjeno na emocije pa prevladuje, ko ljudje čutijo, da je stresor nekaj, kar je potrebno pač prestat (Meško, 2011; Folkman in Lazarus, 1980). Problemsko usmerjeno spoprijemanje je pogosto, kadar posameznikova ocena vključuje možnost spreminjanja situacije, je zelo podobno strategijam reševanja problemov in je praviloma uspešno. Posameznik, ki je v težavah, skuša s spoprijemanjem, usmerjenem na problem, situacijo spremeniti tako, da: opredeli problem, išče alternativne rešitve, tehta rešitve glede na negativne in pozitivne

posledice, išče informacije o tem, kako naj ukrepa, se vzdrži na impulzivnih in nezrelih reakcij ter se sooča z osebami ali osebo, ki so povzročile težave. Spoprijemanje, usmerjeno v uravnavanje emocij, je navadno tipično "obrambno" in praviloma ne prinese dobrih rešitev kritične situacije. V določenih primerih pa je lahko zelo učinkovito, saj človeku omogoči zmanjšanje anksioznosti, tako da lahko le-ta mirneje razmisli o možnih rešitvah. Pogosto je takrat, kadar posameznik oceni, da ni mogoče ničesar spremeniti. Pri izbiri vrste strategije torej igra pomembno vlogo narava dogodka. V situacijah, ko je možna konstruktivna rešitev, se ljudje najpogosteje odločajo za spoprijemanje usmerjeno na problem; ko pa je stresna situacija preprosto treba sprejeti, se ljudje bolj osredotočajo na čustva. Tako se na primer pri težavah znotraj poklica večina ljudi odloči za neposredno akcijo, pri nerešljivih zdravstvenih težavah pa se bolj odločajo za spoprijemanje, osredotočeno na čustva (Meško, 2011).

1.3.2 Načini spoprijemanja s stresom

Seveda ni vseмогоčne formule, ki bi omogočila življenja brez stresa, vendar obstajajo različne tehnike za zmanjšanje posledic le-tega (Hindle, 1998). Načrtovanje, pozitivno preokvirjanje, iskanje socialne podpore zaradi instrumentalnih razlogov, iskanje socialne podpore zaradi čustvenih razlogov, aktivno spoprijemanje, zanikanje, humor ipd. so samo nekatere izmed strategij, ki posamezniku lahko pomagajo pri soočanju s stresnimi okoliščinami (Carver, 1997; Folkman in Lazarus, 1985).

Braham (1994) opisuje model spoprijemanja s stresom, ki je sestavljen iz štirih pomembnih korakov. Prvi vključuje spremembo situacije, ko je to možno, sprememba pa lahko odpravi stres. Pri tem prvem koraku se lahko vprašamo, ali lahko kdo kakorkoli pomaga pri nastali situaciji, ali lahko kako prilagodimo naše obveznosti, da bodo manj obremenjujoče, ali si lahko pomagamo s kakšnim pripomočkom ali novim znanjem, ali se lahko morda v celoti izognemo stresorju. Pomagamo si tudi z učinkovitim upravljanjem s časom, s tem, da se naučimo reči ne, s krajšimi ali daljšimi odmori ter s predvidevanjem stresorjev in pripravo na njih. Drugi korak vključuje sprejetje stvari, ki se jih ne da spremeniti. Ta korak sloni na predpostavki, da ko ne moremo nadzorovati situacije, lahko nadzorujemo naš odziv (na primer lahko spremenimo naše vzorce mišljenja, nadzorujemo občutke jeze, samopomilovanja ipd). Tretji korak vključuje opuščanje vzorcev, ki povzročajo napetosti in stres (nerealna pričakovanja, negativni sistem prepričanj, nizko samospoštovanje), kar posledično pozitivno vpliva na čustveno, duševno, duhovno ter fizično plat človeka. Zadnji, četrti korak pa

vključuje upravljanje s posameznikovim načinom življenja, in sicer preko številnih načinov, ki pripomorejo k večji odpornosti na stres (na primer: fizična aktivnost, primerna prehrana, sproščanje in čustvena podpora) (Braham, 1994).

Eno izmed najbolj učinkovitih orodij za spoprijemanje s stresom je zagotovo fizična aktivnost. Slednja je dobra zaščita pred stresom in s stresom povezanimi boleznimi (Treven, 2005). Raziskave kažejo, da vadba prispeva k zmanjšanju anksioznosti in izboljšanju spanca (Hindle, 1998), izboljša razpoloženje, upočasnjuje proces staranja in pripomore k boljšemu zdravju na splošno (Braham, 1994). Pri tem je zelo pomembno, da je telesna aktivnost redna, saj le tako se lahko okrepijo mišice, srce, se poveča pljučna kapaciteta, izboljša splošno počutje in se poveča učinkovitost pri delu (Treven, 2005). Možnosti za športno udejstvovanje je ogromno: plavanje, tek, kolesarjenje, hoja, aerobika itn. (Braham, 1994). Nekateri športi, kot so na primer tenis in golf, združujejo fizično aktivnost in socialno aktivnost, ki prav tako deluje protistresno (Hindle, 1998).

Socialna aktivnost je bistvenega pomena, saj smo ljudje socialna bitja in v življenju stopamo v različne socialne odnose. Prav znotraj teh odnosov pa lahko posameznik v stiski doživi podporo, ki jo potrebuje pri spoprijemanju z različnimi obremenitvami, kar posledično lahko spremeni učinke stresa. Obstaja več vrst podpore, na primer materialna, informacijska (se nanaša na znanja, ki so v določeni situaciji koristna), otipljiva (se nanaša na konkretne aktivnosti drugih, ki pomagajo posamezniku) in čustvena. Slednja je pri obvladovanju stresa najpomembnejša. Védenje, da je nekomu mar za nas in da nam je pripravljen prisluhniti, lahko predstavlja pomembno zaščito proti kopičenju stresa. Več čustvene podpore imamo v svojem življenju, več stresa lahko obvladamo. Čustveno podporo lahko poiščemo na delovnem mestu, pri sodelavcu, mentorju, mogoče šefu (Braham, 1994). Cohen in Wills (1985) na primer menita, da socialna podpora na delovnem mestu zmanjšuje negativne posledice delovnih stresorjev in celo pomaga posamezniku odstraniti nekatere obremenitve. Podporo pa nam seveda lahko nudijo prijatelji, družinski člani in sosed; lahko pa jo tudi poiščemo pri strokovnjakih, kot so na primer socialni delavci, psihologi, svetovalci ipd. (Braham, 1994).

Še enega izmed pomembnih pripomočkov za spoprijemanje s stresom predstavlja velika skupina sprostitev tehnik. S pomočjo sproščanja si posameznik namreč odpočije in ponovno napolni zalogo energije za soočanje s stresom. Poznamo zelo veliko različnih tehnik

sproščanja: dihalne tehnike za urjenje pravilnega in sproščujočega globokega dihanja, Jacobsonovo metodo progresivne relaksacije (s katero se posameznik nauči sistematično in postopno sprostiti celotno telo), tehniko sistematične desenzitizacije (s katero odstranjujemo fobije, tesnobo in druga neprijetna čustvena stanja), avtogeni trening, meditacijo (ki zajema razmišljanje, poglobljanje v problem, hkrati pa predstavlja tehniko obvladovanja in kontroliranja človekovega uma in misli), tehniko vizualizacije ter hipnozo in avtohipnozo. Zdravniki na primer priporočajo meditacijo za lajšanje mnogih bolezni, povezanih s stresom, kot so na primer bolezni srca, težave z dihanjem in želodcem. Meditacija namreč pomaga človeku na več načinov: omogoči popolno sprostitev, ne zavedamo se telesnega neudobja ali bolečine, si obnovimo moč in vitalnost, poveča ustvarjalnost, sposobnost koncentracije in učinkovitost. Poleg tega pa nam pomaga drugače gledati na vsakdanje težave, probleme lahko vidimo iz drugega zornega kota. Joga je še ena metoda, ki nam lahko pomaga pri obvladovanju stresa, tako na telesni kot na duševni ravni. Združuje gibanje, ki je človeku potrebno za fizično zdravje, z dihalnimi in meditacijskimi tehnikami, ki pomirjajo duha (Treven, 2005).

Poleg fizičnih dejavnosti in sprostitvenih tehnik obstajajo tudi različne kognitivne metode, ki posamezniku pomagajo odpraviti skrbi in posledično lahko zmanjšajo možnost za pojav stresa. Veliko ljudi se namreč preveč obremenjuje z zadevami, ki so nepomembne, ali s takimi, na katere ne morejo vplivati, kar povzroča stres. Z različnimi kognitivnimi metodami pa si posameznik zavestno prizadeva odpraviti negativne miselne vzorce in jih nadomestiti s pozitivnimi. Take metode za premagovanje stresa temeljijo na principu, da ne moremo vedno spremeniti sveta okoli nas, lahko pa spremenimo naš odziv nanj (Treven, 2005).

Načinov spoprijemanja s stresom je ogromno, kombinacij posameznih načinov pa je toliko kot je ljudi, ki se jih poslužujejo. Kot že omenjeno drugje, je od posameznika odvisno, kako bo doživel potencialno stresno situacijo in kaj bo naredil v zvezi z njo.

1.4 Psihoterapevtski poklic in obremenitve v psihoterapevtskem poklicu

Psihoterapevtski proces poteka v dveh smereh. Prva seveda vključuje proces vplivanja na pacienta, je pa tudi res, da obstaja smer vplivanja na osebno življenje psihoterapevta. Ta vpliv je lahko pozitiven ali negativen, kar uvršča poklice nudenja pomoči med najbolj duhovno izpolnjujoče, kot tudi med najbolj čustveno izčrpavajoče človeške izkušnje. Nekateri se razvijejo zaradi svojega dela, se učijo od tistih, ki se obrnejo k njim po pomoč, ter uporabijo kar znajo in razumejo v svojem življenju. Drugi pa obubožajo in postanejo malodušni, čez čas celo cinični ali brezbržni (Kottler, 2010). Eno izmed raziskav, ki potrjuje avtorjevo mnenje, sta opravila Radeke in Mahoney (2000), ko sta primerjala nekatere lastnosti med psihologi-psihoterapevti in psihologi-raziskovalci. Kar se tiče osebnih skrbi, so terapevti pogosteje poročali o prisotnosti čustvene izčrpanosti, anksioznosti in depresivnosti. Po drugi strani pa so v primerjavi z raziskovalci terapevti čutili, da je njihovo delo močno vplivalo na njihova osebna življenja, predvsem na pozitiven način. Pri terapevtih je seznam teh pozitivnih koristi med drugim vključeval: občutek, da jih je njihovo delo spremenilo v boljše osebe, povečanje njihovega samozavedanja in pospešitev njihovega psihološkega razvoja. Na podlagi teh rezultatov sta avtorja zaključila, da terapevti v večji meri v primerjavi z raziskovalci doživljajo, da jih njihovo delo čustveno izčrpava, a jim tudi povečuje zmožnost uživanja življenja.

Lahko bi rekli, da je izvajanje psihoterapije tvegano delo. Psihoterapevti namreč veliko časa preživijo v družbi ljudi, ki govorijo o najbolj motenih, grozljivih, tragičnih zgodbah, ki si jih lahko zamislimo. Z nabiranjem izkušenj se terapevti sicer naučijo postavljanja in vzdrževanja mej ter učinkovitejšega upravljanja z lastnimi čustvi; ne glede na to, pa se pojavijo trenutki, ko se jih delo s pacienti globoko dotakne – včasih mogoče na način, ki se ga ne zavedajo ali ga ne razumejo v celoti. Izkusijo lahko občutke intimnosti, neugodja in kontratransfernih reakcij, ki lahko trajno spremenijo njihove zaznave in notranjo strukturo. Več kot pacienti govorijo o temah, ki se dotikajo terapevtovih nerazrešenih vsebin, bolj se terapevt počuti nesamozavestnega in nesposobnega (Kottler, 2010).

Večina psihoterapevtov se zaveda, da ogrožajo svoje čustveno blagostanje s tem, ko se intimno srečujejo z bolečino drugih, ki so izgubili upanje in hudo trpijo. Tudi z najboljšimi obrambami in klinično distanco, se terapevtov včasih ta bolečina dotakne (Kottler, 2010). Ghent (1999) gre celo tako daleč, da trdi, da so terapevti mazohisti in željni kaznovanja, saj ne

vidi druge razlage za njihovo pripravljenost preživeti toliko časa v raziskovanju najbolj temnih značilnosti človeških izkušenj. Povsem upravičeno je torej vprašanje: ali so lahko psihoterapevti imuni na vpliv dolgoročnega izpostavljanja človeškemu obupu, konfliktu in trpljenju?

Naraščajoče število študij je poročalo o visokih stopnjah stresa, izgorevanja in drugih duševnih težav med psihoterapevti (na primer Cushway in Tyler, 1994; Prosser, Johnson, Kuipers in Szumukler, 1994; Ross, Altmaier in Russell, 1989). Te študije so identificirale štiri glavne vire poklicnega stresa za psihoterapevte:

- pacientova vedenja (na primer samomorilna ideacija, agresivnost, in globoka depresija),
- delovno okolje (na primer konflikti s sodelavci, pomanjkanje podpore s strani administratorjev, pomanjkanje nadzora nad odločitvami glede zdravljenja, nestabilnost delovnega mesta, prevelika količina dela),
- izolacija in osamljenost ter
- grožnje glede malomarnega opravljanja poklica ali pritožbe povezane s pomanjkljivo etiko.

Seznam delovnih obremenitev psihoterapevtov bi lahko razvrstili tudi v pet glavnih kategorij (Deutsch, 1985; Farber in Heifetz, 1981; Nash, Norcross in Prochaska, 1984):

- s poslovanjem povezane težave (na primer ekonomska negotovost),
- s klienti povezane težave (na primer samomorilne grožnje),
- osebni izzivi psihoterapevtov (na primer nenehno dajanje),
- s settingom povezani stresorji (na primer preveč dela) in
- z vrednotenjem povezane težave (na primer težave pri vrednotenju klientovega napredka).

Hellman, Morrison in Abramowitz (1987) so v svoji raziskavi s faktorsko analizo ugotovili, da se različni, s psihoterapevtskim delom na splošno povezani stresorji, združujejo v pet faktorjev: terapevtski odnos, težave s časovnim načrtovanjem obveznosti, poklicni dvomi, prevelika vpletenost pri delu in osebna izčrpanost. Različna pacientova vedenja, ki predstavljajo vir stresa za psihoterapevte, naj bi se tudi združevala v pet faktorjev, in sicer: negativno čustvovanje, odpori, psihopatološki simptomi, samomorilne grožnje in pasivno-agresivna vedenja.

Kottler (2010) tudi navaja seznam virov stresa za psihoterapevte. Obremenitve razvršča v štiri različne skupine, in sicer:

- stresorji, ki jih povzroča pacient (na primer: izbruhi jeze, obtožbe nekompetentnosti, globoka depresija, samomorilne grožnje ali poskusi, predčasna prekinitev terapije),
- stresorji, ki jih povzroča terapevt sam (na primer: nagnjenje k perfekcionizmu, ruminiranje o primerih, potreba po odobravanju, dvomi vase, fizična izčrpanost, nezdrav način življenja, čustvena izčrpanost, pretirana odgovornost za pacientovo blagostanje)
- stresorji, ki so vezani na delovno okolje (na primer: časovni pritiski, politike organizacij, omejitve svobode, kolegi, ki ne nudijo podpore, nekompetentna supervizija, prekomerno pisarniško delo) in
- stresorji, ki so vezani na razne dogodke (na primer: pravni postopki, denarni pritiski, večje življenjske spremembe (ločitev, selitev itn.), sprememba pri delovnih odgovornostih, finančni rezi, bolezen, medosebni in družinski konflikti).

Vsi zgoraj omenjeni viri stresa pa lahko pri psihoterapevtu povzročijo stisko, ki vključuje psihološke simptome (dolgočasje, osamljenost, frustracijo, razdraženost, depresivnost), vedenjske simptome (zloraba psihoaktivnih snovi, znižana produktivnost, brezobzirnost) in fizične simptome (motnje spanja, pomanjkanje ali povečanje apetita, glavoboli, dihalne težave, mišična napetost).

Tudi C. J. Deutsch (1984) je v vzorcu 264 psihoterapevtov preučevala dejavnike, ki predstavljajo največji vir stresa znotraj njihovega poklica. Terapevti so označili klientove samomorilne izjave kot najbolj stresno, s poklicem povezano izkušnjo. Nezmožnost pomagati klientu v akutni stiski so udeleženci tudi ocenili kot visoko stresno okoliščino. Drugi dejavniki za katere je več kot polovica vzorca navedla, da predstavljajo zmeren do visok vir stresa so bili: klientovo izražanje jeze do terapevta, globoko depresiven klient, apatija ali pomanjkanje motivacije s strani klienta in pomanjkanje opaznega napredka pri klientu.

Seveda pa se psihoterapevti med seboj zelo razlikujejo v doživljanju poklicnega stresa. Veliko je dejavnikov, ki vplivajo na to, ali bo določeno okoliščino terapevt doživel kot stresor ali ne. Tako so na primer Hellman, Morrison in Abramowitz (1987) ugotovili, da so starejši, bolj izkušeni terapevti poročali o nižjem doživljanju stresa povezanim s terapevtskim odnosom, časovnim načrtovanjem obveznosti, poklicnimi dvomi, preveliko vpletenostjo in osebno izčrpanostjo. V nasprotju z delom povezanimi stresorji, terapevtova izkušnost pa ni

napovedovala stresa, ki izvira iz pacientovih vedenj. Razlike med bolj in manj izkušenimi psihoterapevti so skušali razumeti tudi Parloff, Waskow in Wolfe (1978), ki so predlagali, da s časom postanejo terapevti bolj sproščeni, samozavestni in bolj fleksibilni v njihovem pristopu k pacientom.

1.4.1 Obremenitve povezane s pacienti

Veliko študij (po Medeiros in Prochaska, 1988) nakazuje, da je kontakt s pacientom eden izmed večjih virov stresa za strokovnjake, ki delajo na področju duševnega zdravja. Poklic psihoterapevta vključuje delo s takimi posamezniki, ki zaradi številnih razlogov preizkušajo terapevtovo potrpežljivost, fleksibilnost in iznajdljivost na vse možne načine. V nekaterih primerih sprožijo pri terapevtu celo paletu močnih osebnih odzivov, ki so lahko povezani s pacientovimi težavami ali ne. Terapevti se tako lahko borijo z določenimi občutki, nezavednimi odzivi, nerešenimi konflikti, zmotnimi zaznavami in subjektivnimi izkušnjami povezanimi z nekaterimi pacienti. Taka izkušnja pa lahko vodi do osebne krize, ki je psihoterapevt ni predvidel (Kottler, 2010).

Seveda ne obstaja določen tip pacienta, ki bi predstavljal enak vir stresa za vse psihoterapevte. Potencialnih zahtevnih pacientov je namreč zelo veliko, saj vsak pacient v sebi združuje edinstveno kombinacijo različnih značilnosti; težavni pacienti so lahko nehvaležni, neodzivni, kljubovalni, izzivalni, uporniški, nesodelovalni, trmast, sovražni ipd. (Kottler, 2010). Poleg tega pa so si tudi psihoterapevti med seboj zelo različni in pacient, ki je za enega terapevta zelo naporen, lahko za drugega sploh ne bi bil. Nekateri se na primer povsem izogibajo delu z disociativnimi in mejnimi motnjami, med tem ko se drugi zelo radi ukvarjajo s tako problematiko. Ne glede na razlike, pa bi vseeno lahko rekli, da med izkušenimi terapevti obstaja določena mera soglasja glede tega, kdo so težavni pacienti.

Tako sta na primer Medeiros in Prochaska (1988) v svoji študiji med drugim spraševala terapevte, kako bi opredelili pacienta, ki jim predstavlja vir stresa. Približno 36 % od 222 sodelujočih je opisalo takega pacienta kot mejnega, 12,2 % kot depresivnega, 9,9 % kot samomorilno ogroženega in 8,6 % kot psihotičnega. Preostalih 33,3 % opisov je vključevalo pacienta, ki je pasiven, pacienta odvisnega od psihoaktivnih snovi, disocialnega, ki je v acting outu, pacienta z organsko motnjo, fizično nasilnega pacienta idr.

Fengler (2007) med pacienti, ki predstavljajo potencialni vir stresa za psihoterapevte, omenja: požrešne kliente, ki tako zelo obremenjujejo svojega pomočnika, da se ta ob koncu delovnega dne počuti domala izpraznjenega, pasivno-agresivne kliente, ki pomočniku naložijo delo in si srečanja prikrojijo tako, da je njim čim bolj udobno, manipulativne kliente, ki jim uspe privedi pomočnike do odločitev in dejanj, ki jih ti ob kasnejšem treznem razmisleku ne bi sprejeli, spletkarske kliente, nedosegljive in neuvidevne, s katerimi pomočniki ne morejo razviti odnosa ali se ta vedno znova pretrga, kliente, ki nenadoma prekinejo obravnavo, ne da bi se odjavili, neprivlačne kliente ter neuspešne kliente.

Veliko avtorjev je predlagalo, da je terapevtsko delo z resneje motenimi (psihotičnimi ali mejnimi) pacienti bolj frustrirajoče in stresno (na primer Farber, 1983; Farber in Heifitz, 1981). Tako sta na primer Pines in Maslach (1978) ugotovila, da so bili zaposleni v institucijah z večjim deležem shizofrenih pacientov manj zadovoljni z delom in so imeli slabše delovne odnose. Obravnava pacientov s potezami borderline osebnostne motnje pa je tudi lahko posebno stresna za terapevte, saj taki pacienti pogosto kažejo intenzivna in labilna negativna čustva, pomembne medosebne težave, impulzivnost in nenadzorovanost vedenja, samopoškodovanje ter pogoste samomorilne grožnje (Lieb, Zanerini, Schmahl, Linehan, in Bohus, 2004). Posamezniki z mejno in disocialno osebnostjo preizkušajo terapevtovo potrpežljivost in obrambe kot redko kdo drug. Prognoze so običajno slabše kot pri drugih ljudeh, napredek - če sploh pride do njega - je počasen, terapevt pa je deležen manipulacije, dramatičnega in bolečega transfera in projektivne identifikacije (Kottler, 2010).

Tudi pacienti, ki imajo težave z drogo in alkoholom, in niso pripravljeni priznati svoje odvisnosti, so lahko neverjetno frustrirajoči za terapevta. Verjetnost uspeha je v takih primerih znatno zmanjšana, psihoterapevt pa se mora pogosto boriti s svojimi občutki nemoči (Kottler, 2010).

Neredko se mora psihoterapevt soočiti z velikim bremenom odgovornosti, ko skuša pomagati samomorilno ogroženemu pacientu. Pojavijo se moralne obveze, ki potiskajo terapevta preko njegovih običajnih omejitev, da naredi vse kar zmore, da je v pripravljenosti, učinkovit ter na razpolago noč in dan za morebitne krizne situacije. Napaka ali napačna presoja ima namreč v takem primeru lahko tragične posledice, zato mora vsako grožnjo jemati zelo resno. Ob vsem tem pa mora biti psihoterapevt sposoben pustiti težave potencialno samomorilnega pacienta v službi in jih ne nositi s seboj domov (Kottler, 2010). Posebno težka situacija pa nastane, ko

pacient napravi samomor. Družina pokojnega, njegovi prijatelji in tisti, ki so skušali pomagati, doživljajo občutke krivde, odgovornosti in obžalovanja. Vsak terapevt, ki je izgubil pacienta zaradi napravljenega samomora, se mora soočiti s posebno žalostjo, ranljivostjo in strahom, da se to lahko kdaj ponovi (Kottler, 2010).

Različne študije so pokazale, da med pacientova vedenja, ki predstavljajo največji vir stresa, terapevti uvrščajo: samomorilne grožnje, izražanje jeze, izraze sovražnosti, hudo depresijo, apatijo in predčasno prekinitev terapije. Med pacientovimi lastnostmi, ki jih terapevti doživljajo kot najbolj težavne in stresne pri delu z njimi, najdemo: obolelost za fiziološkimi motnjami, doživljanje ekstremnih psihotičnih simptomov, pacientove skrite namene, prekoračenje mej, pozunanjenje krivde, nesprejemanje odgovornosti, prepirljivost, strah pred bližino, preplavljenost s čustvi, nekompatibilnost s terapevtom, omenjanje vsebin, ki so podobne tistim, ki jih terapevt sam ni razrešil, nepotrpežljivost, nezmožnost priti v stik z notranjimi stanji ali jih izraziti, samomorilna ogroženost, pomanjkljiva kontrola impulzov, življenjske okoliščine (brezdomstvo, revščina), zaradi katerih se zdi terapija nekoristna v primerjavi s tistim kar pacient resnično potrebuje, omejeno razumevanje terapevtovega maternega jezika (Kottler, 2010).

Od prvega trenutka, ko pride oseba na terapijo, se vzpostavi nov odnos, ki bo imel trenutke posebne bližine in druge velike težavnosti. Pacient bo enkrat lahko oboževal terapevta, drugič pa ga bo preziral, nadlegoval, ignoriral ali se poigraval z njim. Na vse to mora biti terapevt pripravljen, ne glede na to, kaj se dogaja v njegovem zasebnem življenju – bolezen, rojstva, smrti, radosti, razočaranja – in vedno biti prisoten za pacienta (Kottler, 2010).

1.4.2 Druge obremenitve psihoterapevtov

Ne samo vrsta klientov, ampak tudi količina srečanj, ki jih psihoterapevt opravi v določenem časovnem okvirju lahko zelo vpliva na njegovo doživljanje. Preveliko število klientov na dan ali na teden lahko torej tudi štejemo za prvovrsten dejavnik obremenitve. Fengler (2007) navaja, da gre pri tem za težavo, ki izhaja iz institucije, saj ta določa, koliko klientov je treba oskrbeti v kolikšnem obdobju in s kakšno učinkovitostjo. Časovni pritiski so pogosto omenjeni kot najbolj pogost vzrok napetosti na delovnem mestu. Časa na razpolago za vse ljudi, ki bi jih morali terapevti obravnavati, za vračanje telefonskih klicev, za udeležbo na raznih srečanjih in sestankih, za izpolnjevanje obrazcev in poročil, spremljanje literature in za

življenje izven poklicne sfere je premalo. V javnem sektorju so pogosto dolge čakalne vrste in terapije so velikokrat pod pritiskom, da morajo sprejeti "samo" še enega pacienta. Zahteve zavarovalnic in sistema javnega zdravstva silijo terapevte k sklepanju kompromisov pri načrtovanju obravnav zaradi ekonomskih realnosti. Za tiste, ki delajo v zasebni praksi, pa obstajajo drugačni časovni pritiski in strahovi, ki so večinoma povezani z vzdrževanjem finančne stabilnosti kljub tekmovalnosti in ekonomskim razmeram (Kottler, 2010).

Nekateri avtorji so domnevali, da imajo psihoterapevti, ki delajo v zasebni praksi, manj birokratskih omejitev in niso podvrženi togi organizacijski strukturi, ravno tako pa naj bi imeli manj stikov z resneje motenimi pacienti, katerih zdravljenje običajno poteka znotraj institucij (na primer Farber, 1983; Farber in Heifitz, 1981). V kolikor bi bilo to res, bi terapije v zasebni praksi doživljali manj stresa povezanega z delom. Newton (1973) pa je izpostavil, da se psihoterapija tudi v zasebni praksi redko lahko vodi povsem izven nekega konteksta širšega družbenega sistema in da se tudi zasebni terapevti občasno srečujejo z birokracijo (na primer pri sodelovanju z zavarovalnicami). Poleg tega se v zasebni praksi lahko pojavijo tudi drugi, edinstveni stresorji, kot na primer morebiten spremenljiv dohodek in občutek ločenosti od kolegov.

Poleg obremenitev, ki so bolj povezane z nekimi zunanjimi okoliščinami in niso toliko pod psihoterapevtovim nadzorom, obstajajo tudi obremenitve, ki so neposredno povezane s samim terapevtom. Lahko se na primer zgodi, da terapevt izven delovnega časa premlewa svoje klinične primere. Razmišlja o tem, v katero smer bo šel pacient, o stvareh, ki jih je napravil in si želi, da jih ne bi in o načrtih za naslednji teden. Včasih se sprašuje kako pacienti shajajo, zakaj se nekateri niso nikoli vrnili v terapijo, in kaj je storil napačnega, da jih je odgnal. Lahko bi rekli, da imajo pacienti velik vpliv na terapevtovo življenje, saj se z njimi videva pogosteje kot z večino svojih prijateljev. Ne glede na to, kako se terapevt trudi vzdrževati profesionalno distanco, kako se disciplinira pri tem, da skuša odmisлити paciente v trenutku, ko zapustijo ordinacijo, jih velikokrat vseeno nosi s seboj. Skoraj nemogoče si je namreč predstavljati, da pacienti ne bi igrali pomembne vloge v terapevtovem življenju in da jih ne bi imel v mislih, ko pa skupaj preživijo teden za tednom ob razpravljanju pacientovih najbolj intimnih podrobnosti (Kottler, 2010).

Obstajajo tudi delovne obremenitve, ki so predvsem povezane s samim potekom psihoterapije. Če dobro pomislimo, terapevtovo preživljanje desetih, dvajsetih, ali celo stotih ur s pacientom z namenom spremeniti njegovo vedenje, ko je le-ta od rojstva preživel blizu milijonu ur, se lahko hitro izkaže za jalov poskus. Včasih se psihoterapevti soočajo s tem, da ne vedo dovolj, da niso zmožni pomagati večjemu številu ljudi in bolj pogosto. Občutek nevednosti in nesposobnosti pri psihoterapevtih ni tako redek. Priznavajo, da se sprašujejo o lastni učinkovitosti približno 25 % časa, in pogosto to traja večino njihove kariere (Theriault in Gazzola, 2006). Celo ko jim uspe prispevati k pomembni spremembi v življenju nekoga, se borijo, da bi pomagali, da bi sprememba trajala (Kottler, 2010). Ne glede na to, kaj psihoterapevti naredijo, kako močno se trudijo, kako spretni so, koliko izkušenj imajo, na koliko delavnicah so prisostvovali ali koliko knjig so prebrali, pa je neizogibno, da se nekaterim pacientom stanje ne bo izboljšalo, drugim se bo stanje morda celo poslabšalo (Kottler, 2010).

Kottler (2010) trdi, da terapevtom ni vseeno kako se psihoterapija izteče. Avtor meni, da ko so pacienti zahtevni in kritični, nezadovoljni zaradi pomanjkanja lastnega napredka, ali krivijo terapevta, češ da se ne potruji dovolj, se terapevt slabo počuti. Ko se pacientom stanje ne izboljša, ali se jim celo poslabša, se – ne glede na to, koliko se trudijo prepričati o lastnih omejitvah – psihoterapevti čutijo odgovorne za življenja klientov. Avtor je tudi mnenja, da nedvomno terapevta boli, če pacient nenadoma prekine tretma.

Neuspehi v terapiji so povezani s številnimi dejavniki. Nedvomno so nekateri povezani s pacientovimi lastnostmi in naravnostjo, na primer njegova motivacija, nerealna pričakovanja, skriti nameni in kontraproduktivna prepričanja. Drugi dejavniki so del pacientove realnosti in situacije, kot na primer pomanjkanje podporne mreže, zloraba psihoaktivnih snovi, revščina ipd. Nadalje so prisotni še faktorji, ki so povezani s terapevtskim procesom in samim odnosom med terapevtom in pacientom. Včasih pride do neke osnovne nekompatibilnosti med njima zaradi razlik v osebnosti, vrednotah itn. ali do slabe terapevtske delovne alianse. Kljub temu, da igra pacient zelo pomembno vlogo pri morebitnem izidu terapije (skupaj z drugimi dejavniki, ki vplivajo na proces), ima tudi terapevt veliko odgovornost za to kar se dogaja. Večino časa lahko terapevt opravlja zelo dobro delo, vendar se je skoraj nemogoče izogibati napakam, napačnim presojam, razočaranjem in neuspehom. Vsak izmed terapevtov se kdaj zmoti, napačno preračuna kaj

lahko pacient prenese, preveč pritiska nanj ali premalo, in naredi kakšno napako, ki jo lahko samo obžaluje. Dejstvo, da mu je spodletelo pri kakšnem pacientu, lahko predstavlja psihoterapevtu pomembno obremenitev (Kottler, 2010).

Obstajajo pa tudi situacije, ko psihoterapevti dejansko ne morejo pomagati pacientu v stiski, na primer ko se mu stanje hitro slabša zaradi neozdravljive bolezni. Taki primeri, ko terapevt - objektivno gledano - ne more več nič storiti, da bi pomagal pacientu, se ga lahko zelo dotaknejo, ga preganjajo in prevladujejo v pogovorih s profesionalnimi kolegi. V nekaterih primerih lahko taki pacienti predstavljajo terapevtom najbolj vplivne posameznike, morda celo preoblikujejo njihove teorije in način dela (Kottler, 2010).

1.4.3 Posledice poklicnega stresa pri psihoterapevtih

Posledice dolgoročnega doživljanja poklicnega stresa in neprimernega spoprijemanja z njim so za psihoterapevta lahko zelo resne. Tako na primer zaradi izgorevanja lahko terapevt občuti pomanjkanje motivacije, energije, nadzora in ciljev. Ta stanja, če se jih primerno ne zdravi, lahko postanejo kronična in neozdravljiva ter lahko vodijo do še bolj resnih osebnih posledic kot so depresija, odvisnost od drog, samomor, ločitev in konec delovne učinkovitosti (Kottler, 2010).

Izgorevanje je stanje fizične, čustvene in mentalne izčrpanosti, ki ga povzroča dolgoročna izpostavljenost čustveno zahtevnim situacijam. Simptome izgorevanja kategoriziramo v fizične simptome (fizična izčrpanost, težave s spanjem in somatične težave), čustvene simptome (razdražljivost, anksioznost, depresivnost, krivda, občutek nemoči), vedenjske simptome (agresivnost, otopelost, pesimizem, obrambnost, cinizem, izogibanje klientom, zloraba psihoaktivnih snovi), simptome povezane z delom (odpoved v službi, pomanjkljivo opravljanje delovnih nalog, absenteizem, zamujanje, nenehno iskanje izogibanja delu, rizična vedenja) in medosebne simptome (površna komunikacija, nezmožnost koncentriranja, družbeni umik, pomanjkanje smisla za humor, dehumanizacija in slabe interakcije s pacienti) (Pines in Aronson, 1988). Pri psihoterapevtih sindrom izgorevanja zaznamujejo predvsem naslednje značilnosti: (1) čustvena praznina ali izčrpanost, (2) negativna naravnost do pacientov (depersonalizacija, cinizem) in (3) zaznava zmanjšane doseganja osebnih in poklicnih uspehov (frustracija, pesimizem, brezkoristnost) (Kottler, 2010). Med vzroke, ki lahko vodijo do tega sindroma spadajo delovno okolje, preobremenjenost s pacienti,

kompenzacija, samopodoba in pomanjkanje podpore s strani kolegov in družine (Rupert in Morgan, 2005).

Samo po sebi, podaljšano izpostavljanje obremenitvam psihoterapevtske prakse najverjetneje ne vodi do izgorevanja. Najmanj izkušeni terapevti so namreč tisti, ki doživljajo največ stresa zaradi dejavnikov, ki so vrojeni v psihoterapevtskem delu (Hellman, Morrison, in Abramowitz, 1987). Ne glede na to pa lahko čez čas razni situacijski in osebnostni dejavniki negativno vplivajo na psihoterapevta (Hellman in Morrison, 1987).

McCann and Pearlman (1990) sta prva pisala o posredni travmatiziranosti (angl. *vicarious traumatization*), ki sta jo definirala kot kumulativne učinke, ki spremenijo psihoterapevta zaradi empatične angažiranosti s travmatiziranimi klienti. Zaradi narave svojega dela morajo namreč kliniki na področju travm poslušati o natančnih opisih grozljivih dogodkov in biti priča psihološkim (in včasih fizičnim) posledicam dejanj velike krutosti in/ali nasilnosti. Kumulativne izkušnje empatičnega angažiranja s travmatiziranimi posamezniki imajo lahko škodljive učinke za klinike, ki lahko doživljajo fizične, čustvene in kognitivne simptome podobne tistim od njihovih klientov (na primer Sexton, 1999). Vse te spremembe pa lahko vplivajo na terapevtovo doživljanje, odnose in življenje na sploh.

Podoben pojav je opisal tudi Figley (1993), ki govori o sekundarnem travmatičnem stresu. Avtor ga opredeljuje kot skupek vedenj in čustev, ki se pojavijo kot posledica vedenja o travmatizirajočem dogodku, ki ga je doživel pomemben drugi – stres nastane zaradi nudenja pomoči ali želje pomagati travmatiziranemu oziroma osebi, ki trpi. To ne vključuje samo družine in bližnjih prijateljev osebe v stiski, ampak tudi strokovnjake, ki so vključeni pri nujenju pomoči.

Oblika sekundarnega stresnega odziva, ki se pogosto pojavi pri strokovnjakih, ki delajo s travmatiziranimi osebami, je utrujenost, ki izvira iz sočutja (angl. *compassion fatigue*). Slednja predstavlja stanje napetosti in zaskrbljenosti glede travmatiziranih pacientov zaradi podoživljanja travmatičnih dogodkov, izogibanja opomnikom travme in vztrajnega vzbujenja (na primer anksioznosti), ki so povezani s pacientom. Utrujenost zaradi sočutja, zmanjša sposobnost ali interes prenašanja trpljenja drugih (Figley, 2002).

1.5 Načini spoprijemanja pri psihoterapevtih

Dejstvo je, da določena mera stresa olajša in spodbuja delovanje. C. J. Deutsch (1984) na primer se sprašuje, ali je želja po zmanjšanju terapevtovega nivoja stresa vedno na mestu. Obstaja namreč optimalen nivo stresa, ki ga terapevti zaznavajo kot razburljivega, ki jim predstavlja izziv in ki jih usmerja k napredku. Terapevtovo doživljanje določene mera stresa zato ne implicira nujno njegove oškodovanosti. Povsem možno je namreč, da posameznik doživi določeno mero kriznih ali travmatičnih dogodkov v življenju in kljub temu opravlja svoje delo, če že ne brezhibno, vsaj primerno oziroma na dovolj dober način (Kottler, 2010).

Po drugi strani pa tudi drži, da psihoterapevtovo doživljanje stresa lahko moti terapevtski proces ali terapevtovo blagostanje. Preživljanje velikega števila ur s posamezniki, ki so v hudi stiski, lahko namreč po mnogih letih prakse prizadene terapevta na različne načine. Psihoterapevt se lahko doživlja kot šibkega in apatičnega, primanjkuje mu samozvesti in energije, kar posledično ovira njegovo pozornost in učinkovitost pri nudenju pomoči pacientom. Priporočljivo je torej, da terapevt razvije načine, ki mu omogočajo ostati svež in motiviran (Guy, 2000). Samooskrba in spoprijemanje predstavljata pomembna načina naslavljanja, zdravljenja in preprečevanja terapevtovega izgorevanja. Samooskrba lahko tudi nadomesti negativne strategije spoprijemanja, kot so zloraba psihoaktivnih snovi, psihosomatske bolezni, beg, izogibanje in druge neprilagojene obrambne mehanizme, ki se pogosto uporabljajo v boju z izgorevanjem (Muldary, 1983).

Duševno zdravje psihoterapevtov je torej ključnega pomena pri njihovem delu. Če terapevt doživlja nesorazmerne čustvene odzive in/ali so njegove zaznave nejasne zaradi morebitnih konfliktov ali stresa, se od njega pričakuje zavedanje tega stanja in spoprijemanje z njim izven pacientovih seans (na primer Baum, 1977; Ralph, 1980). Več avtorjev (na primer Bergin, 1966; Bergin in Jasper, 1969; Knutsen, 1977; Parloff, Waskow in Wolfe, 1978) se je strinjalo, da ima lahko terapevtovo pomanjkljivo čustveno in duševno zdravje – ne glede na resnost težave – negativen vpliv na pacienta ter zmanjša učinkovitost terapije. Zaradi tega je zelo pomembno, da psihoterapevt skrbi zase na primeren način, ne samo zaradi njega samega, ampak tudi zaradi ljudi, ki ga obkrožajo in s katerimi dela.

Pomembno je, tako za paciente kot za terapevta, da slednji razvije zadovoljivo mero prožnosti, ki mu omogoči učinkovito soočanje z neizogibnimi spremembami pri delu. Za Skovholta (2001) to pomeni uravnovešati skrb zase s skrbjo, ki jo terapevti namenjajo

drugim. Avtor predlaga, da bi morali psihoterapevti kar se da hitro razviti akcijski načrt kako potencirati veselje pri delu in minimizirati dejavnike, ki jih izčrpavajo. Če si terapevti dovolijo, da jih razni papirji zakopljejo ali da jim birokratske nevšečnosti, nesodelujoči pacienti in nepodpirajoči kolegi vzamejo pogum, se jim lahko zazdi, da ni več vredno opravljati terapevtskega dela. Terapevtova zaloga energije se počasi prazni iz seanse v seanso, dokler njena ponovna napolnitev postane nujnost, ne samo izbira. Ni pomembno kje in kako najde terapevt svoj mir; lahko je to v cerkvi, v templju, v gledališču, na vrtu, v telovadnici ali na cesti. Pomembno je, da terapevt postori nekaj zase, da lahko jemlje stvari manj osebno, da prilagodi svoja pričakovanja realnosti, da se oddalji, ko to potrebuje in se pogovori s seboj, tako kot bi se s svojimi pacienti. Večina psihoterapevtov, s tem ko poskrbi za svoje blagostanje, dokazuje, da jemlje svojo rast tako resno kot tisto svojih pacientov (Kottler, 2010).

Seveda ni enega samega mehanizma spoprijemanja, ki bi bil sam po sebi tako izjemno učinkovit, da bi uporaba samo tega zagotovila varnost pred stresom. Zagotovo obstajajo občutne razlike med strategijami spoprijemanja, vendar istočasno je učinek ene same strategije bolj skromen. Norcross in Prochaska (1986b, str. 353) tako zaključujeta, da *"posedovanje posebnega orožja v lastnem arzenalu je manj pomembno od posedovanja raznolikih orožij"*. Dodajata pa, da več ni nujno bolje; pozitivni izidi spoprijemanja s stresom naj bi bili namreč odvisni od selektivne ali raznolike uporabe številnih procesov spoprijemanja (Norcross in Prochaska, 1986b).

Mehanizme spoprijemanja, ki jih terapevti uporabljajo pri spoprijemanju s poklicnimi frustracijami, lahko delimo na dve veliki skupini, in sicer na tiste, ki se odvijajo znotraj terapevtskega procesa in tiste, ki se odvijajo izven njega (Marston, 1984). Za zunanje strategije je značilno preusmerjanje fokusa stran od terapije, na primer s konkretnimi aktivnostmi: terapevti se lahko odločijo za pisanje knjig, poučevanje, superviziranje ali raziskovanje. Terapevti, ki se poslužujejo notranjih strategij spoprijemanja pa se lahko prekvalificirajo, se seznanijo z raznolikimi teoretičnimi in praktičnimi psihoterapevtskimi koncepti, dodajajo nove tehnike k svojemu delu ipd.

Guy (2000) izpostavlja pomembnost socialne mreže kot enega izmed dejavnikov, ki lahko pomagajo terapevtu pri ohranjanju prilagodljivosti, motiviranosti in upanja. Avtor tako poudarja pomembnost odnosov z bližnjimi – s partnerjem/partnerko, z otroki, s starši, z

dobrimi prijatelji, z osebnim psihoterapevtom, z izbranim supervizorjem ali šefom in s peščico kolegov. Maslach (1982) na primer predlaga udeležbo na skupinskih srečanjih psihoterapevtov kot enega izmed načinov negovanja blagostanja posameznika. Zlasti če se člani skupine držijo določenih pravil, kot na primer omejevanje pritožb in krizitiranja, lahko neformalne skupine nudijo poseben vir energije. Take podporne skupine lahko v različnih oblikah spontano nastanejo znotraj organizacij, kjer se ljudje lahko srečujejo med odmori ali seansami. V takem okolju lahko psihoterapevti dobijo čustveno podporo, ki jo potrebujejo ali pa razmišljajo o težavnih kliničnih primerih. Gre za varno okolje, v katerem lahko terapevt sprosti negativno energijo, ki se mu je nakopičila med seansami. Norcross in Guy (2007) pa navajata, da med vsemi strategijami, ki jih psihoterapevti uporabljajo pri upravljanju s stresom in delovnimi obremenitvami, je najpogostejši način spoprijemanja zanašanje na prijatelje in družino za podporo. Tudi ob morebitni redni lastni terapiji in superviziji, naj bi psihoterapevt še vedno potreboval vsakodnevno podporo in pogosto je ta v ravno obliki pogovora s partnerjem, dobrim prijateljem ali s kolegom ob koncu dneva (Kottler, 2010). Ob podpori, ki jo psihoterapevti dobijo pri bližnjih sorodnikih, prijateljih in poklicnih kolegh, pa je prav tako pomembna podpora mentorskega sistema psihoterapevta. Slednji namreč predstavlja jedro pri večini izobraževanj za psihoterapevte: učitelji, svetovalci, supervizorji, različni avtorji in kolegi oblikujejo terapevta samega in njegov način dela. Veliko terapevtov se namreč prvih deset let poklicnega življenja zgleduje po izkušenih strokovnjakih (Kottler, 2010).

Če psihoterapevtov distress doseže tako stopnjo, da simptomi prizadevajo njegovo vsakodnevno delovanje in ogrožajo delovno učinkovitost, mora terapevt nujno ukrepati; velikokrat je to v obliki supervizije ali lastne terapije (Kottler, 2010). Supervizija je skupna oznaka za večje število psihosocialnih intervencij, ki obsegajo svetovanje na delovnem polju, spremljanje pri opravljanju poklica, uvajanje v prakso idr. Odvija se med supervizorjem in supervizantom ali skupino supervizantov (Fengler, 2007). Supervizor lahko tako psihoterapevtu ponudi zelo dragoceno pomoč pri spoprijemanju z manj ali bolj zahtevnimi poklicnimi situacijami in delovnimi obremenitvami.

Tudi ob močnih čustvenih odzivih pri pacientih – jeza, žalost, panika ipd. – se od terapevta pričakuje, da bo ohranil nevtralnost, frustracijsko toleranco, empatijo, budnost, zanimanje in kontrolo impulzov, vse to, ne da bi se počutil obubožanega, ogroženega in izoliranega

(Kottler, 2010). Freud (po Kottler, 2010) je prvi predlagal, naj bi psihoterapevti šli v dodatno terapijo vsakih pet let prav zaradi regresivnih učinkov, ki jih povzroča nenehen stik s čustveno nabitimi vsebinami pacientov. Osebna analiza naj bi na začetku bila del osnovnega usposabljanja iz psihoanalize, kasneje pa naj bi predstavljala postopek, ki naj bi pomagal psihoterapevtu in ga zaščitil pred konstantno izpostavljenostjo pacientovim nezavednim domenam (Freud, 1937).

Norcross, Strausser-Kirtland in Missar (1988) so navedli, da je ublažitev čustvenih stresov in bremen, ki so sestavni del psihoterapevtskega poklica, samo eden izmed načinov, kako lahko osebna psihoterapija psihoterapevta pozitivno prispeva k njegovemu kliničnemu delu. Kot ostale pozitivne učinke lastne terapije na psihoterapevtsko delo so avtorji našteali: psihoterapevtovo bolj polno razumevanje osebne dinamike, konfliktnih vsebin ipd., globoko izkušnjo socializacije, postavitev psihoterapevta v vlogo pacienta, ki ga naredi bolj občutljivega za medosebne odzive in potrebe svojih pacientov, nudenje možnosti intenzivnega opazovanja kliničnih metod iz prve roke idr.

Pri pregledu petih različnih študij o razlogih psihoterapevtov za iskanje osebne terapije sta Norcross in Connor (2005) ugotovila, da je večina (50 % do 67 %) dejala, da so se vključili v terapijo prvenstveno zaradi osebnih razlogov. Ko so morali terapevti nakazati vse razloge za vključitev v osebno terapijo, so največkrat izbrali osebno rast (60 %), osebne težave (56 %) in usposabljanje (46 %) (Orlinsky, Norcross, Rønnestad in Wiseman, 2005). Ne glede na odgovornosti psihoterapevtskega poklica, pa se je le malo terapevtov odločilo za osebno terapijo zaradi problematičnega klienta. Četudi lahko različni dejavniki, ki so povezani s pacienti, predstavljajo vsaj zmeren vir stresa za terapevte, so izven terapevtske življenjske težave pogostejše povod za vključitev v osebno terapijo (Norcross, 2005).

Nekatere raziskave so celo pokazale (po Norcross, Bike, Evans in Schatz, 2008), da se približno 20–25 % terapevtov ne udeleži osebne terapije. Zgoraj omenjeni avtorji so zato preverili kateri so prevladujoči razlogi, da se terapevti ne odločijo za tako izkušnjo. Terapevti so najpogostejše označili naslednje razloge: (1) obvladanje stresa na drugačne načine, (2) dobivanje zadostne podpore s strani prijateljev, družine ali sodelavcev, (3) učinkovito spoprijemanje z izzivi, (4) razrešitev težav preden bi bil potreben vstop v terapijo in (5) ni bilo potrebe po osebni terapiji.

Običajno psihoterapevti pri svojem delu veliko sedijo, uporabljajo predvsem svoj intelekt in glas. Njihov um ostaja aktiven, njihovo telo pa pasivno, zato veliko terapevtov najde olajšanje

v fizični aktivnosti (Kottler, 2010). Tako na primer Coltart (1993) pravi, da določena količina fizične aktivnosti lahko pomaga terapevtu preživeti pri svojem poklicu. Vadba lahko namreč pomaga pri sproščanju potlačene agresije, ki se kopiči pri vsakodnevnem delu s pacienti. Kottlerja (2010) dejstvo, da se veliko terapevtov ukvarja z vadbo, ne preseneča, saj verjame, da se zelo dobro zavedajo, da celotno blagostanje zahteva interakcijo med umom in telesom. Psihoterapevti lahko od blizu opazujejo kako moten um lahko uniči zdravo telo in kako pomanjkanje zdravja lahko odvzame nekomu voljo; zato morda prisegajo na negovanje človeka kot celote. Vzroki za ukvarjanje z gibanjem so lahko različni: nadzor teže, izboljšanje kvalitete spanca, povečanje samospoštovanja, zmanjšanje stresa, povečanje samodiscipline in podaljšanje življenja, vendar avtor je prepričan, da imajo psihoterapevti tudi druge razloge za vadbo. Fizična aktivnost jim omogoča predvsem to, da se ukvarjajo z nečim neverbalnim, da si privoščijo nekaj tihih trenutkov v katerih lahko procesirajo dan, se umirijo, da začnejo ali zaključijo dan soočanja s tegobami drugih ljudi.

Mogoče celo bolj kot telo, potrebuje duh psihoterapevta, ki opravlja tako zahtevno delo, stimulacijo, spremembo, osvežitev. Pomembno je, da se psihoterapevt tega zaveda že od samega začetka in da se tega aktivno loti. Načinov kako lahko na prijeten način neguje svojega duha je ogromno, pomembno je le, da niso povezani s terapevtskim delom (Kottler, 2010).

Tako je na primer v raziskavi, ki jo je osnoval Mahoney (1997), v kateri je spraševal psihoterapevte kako skrbijo za lastno zdravje, večina navedla, da najpogosteje: gojijo kakšen konjiček ali berejo za užitek, si privoščijo izlete ali dopuste, si ogledajo kakšen film, umetniški dogodek ali obiščejo muzej ter se ukvarjajo s fizično aktivnostjo. Dobrih 60 % udeležencev je navedlo, da jim povratne informacije in podpora pri strokovnih dejavnosti s strani kolegov zelo pomagajo; približno polovica psihoterapevtov pa je navedla igranje razvedrilnih iger in meditacijo ali molitev kot načine ohranjanja svojega dobrega počutja. Zgoraj omenjeni načini se na prvi pogled ne razlikujejo od tistih, ki jih uporabljajo tudi drugi ljudje, ki ne izvajajo psihoterapevtskega poklica. To niti ni tako presenetljivo, saj se tudi drugi avtorji (na primer Kottler, 2010) strinjajo, da včasih si lahko terapevti pomagajo tako, da ravnajo s seboj podobno kot bi s pacienti, in sicer z uporabo svojih sposobnosti negovanja, vpogleda in motiviranja. To lahko sega od preprostega opažanja terapevtove lastne obrambne naravnosti, do oblikovanja izdelanega načrta reševanja problema, ki vključuje kratko- in dolgoročne cilje, nagrade in strategije delovanja.

Psihoterapevtka Wolfe (2000) meni, da je najboljši način preprečevanja izgorevanja izogibanje čustveni izčrpanosti. Sama verjame, da je to mogoče doseči s pomočjo racionalne filozofije, ki pomaga pri zmanjševanju anksioznosti, sovražnosti in depresije. Avtorica je v svojo filozofijo spoprijemanja vključila več dejavnikov; po eni strani skuša minimizirati obremenjenost z življenjskimi preizkušnjami, po drugi pa maksimirati možnosti uživanja srečnega in polnega življenja. Zanj to pomeni dobro ravnovesje med smiselnim delom, prijetnimi prostočasnimi aktivnostmi, intelektualno stimulacijo, ohranjanjem intimnih odnosov in nenehno osebnostno rastjo. Terapevtka navaja, da je morda njena najboljša zaščita proti stresu vedenje, da se je vsaka situacija, ki jo je katastrofizirala v preteklosti, kasneje izkazala za dosti manj ogrožajočo. Poleg tega si terapevtka pri spoprijemanju pomaga s tehniko preokvirjanja (angl. *reframing*), ko skuša ovire, ki se ji pojavijo na poti, spremeniti v priložnosti. Včasih si proti stresu pomaga z določenimi izjavami, kot na primer: *"To mi resnično ni všeč, ampak se lahko spoprím s tem"* (str. 581). V svojem prostem času se avtorica ukvarja z velikim številom aktivnosti, ki jo sprostijo ali napolnijo z energijo. Veliko teh aktivnosti je povezanih z estetiko, na primer: obisk muzeja, poslušanje klasične glasbe, branje, gledanje kulturnih televizijskih oddaj in dokumentarjev. Poleg tega preživi veliko časa s prijatelji in se rada poglobljeno pogovarja po telefonu z družino in bližnjimi. Nadalje, veliko terapevtkinih priljubljenih aktivnosti je povezanih z ročnimi spretnostmi (na primer šivanje in risanje majic). Ob vsem tem redno poskrbi za čilost telesa z vsaj osmimi urami spanja, primerno prehrano ter zadrževanjem v naravi. Nenazadnje psihoterapevtka verjame, da sta smeh in igra dva izmed najboljših nasprotnikov stresa in jemanja življenja preveč resno, ki najverjetneje predstavlja jedro velikega števila čustvenih motenj. Avtorica verjame, da je zaradi vseh teh dejavnosti, ki sestavljajo njeno filozofijo spoprijemanja, boljša terapevtka in dobra vzornica za njene paciente, ki si želijo dobro uravnovešena življenja.

Ne samo psihoterapevtovo življenje izven poklica, ampak tudi njegovo vedenje, mišljenje in občutenje znotraj psihoterapevtskih seans, je zelo povezano z doživljanjem poklicnega stresa. Kottler (2010) na primer predlaga nekaj vodil, katerim naj bi terapevti sledili pri soočanju s težavnim pacientom, in ki naj bi jim pomagala pri soočanju z izzivi, ki jih tak pacient prinaša. Avtor na primer predlaga, da je smiselno določiti, ali je problem pacientov ali je terapevtov; velikokrat namreč lahko terapevtova nepotrpežljivost ali potreba po nadzoru pripelje do nepotrebnih nevšečnosti ali konfliktov. Potrebno je tudi spoštovati namen in funkcijo pacientovih obramb in odporov, saj so mu dobro služili kar nekaj časa. Včasih, posebej ko se

zdi situacija brezizhodna, je priporočljivo prestrukturirati problem na tak način, ki bo omogočal nov niz ukrepov. Pomembno je sprejeti lastne omejitve in deliti odgovornost za terapevtski uspeh s pacientom. Dobro je priznati, da deluje pacient pod nizom pravil, ki se razlikuje od tistega, ki bi si ga sami želeli za njega; terapevt naj kljub temu ohrani sočutje in skrb do pacienta. Priporočljiva je čim večja fleksibilnost pri delu, saj mora pri težavnih pacientih včasih terapevt uporabiti nove prijeme v terapiji; takim pacientom je dobro dovoliti, da pomagajo spodbuditi terapevtove ustvarjalne kapacitete. Terapevti se morajo izobraziti o pacientih, ki prihajajo iz okolja, s katerim nimajo veliko izkušenj; prepogosto namreč pride do pristranskosti, predsodkov in slepih peg zaradi nepoznavanja kulturnega konteksta določenega vedenja. Ko vsi ostali poskusi spodletijo, je potrebno dovoliti pacientu, da ohrani svoje nefunkcionalno vedenje; ko bo namreč pripravljen na spremembo, jo bo tudi začel udejanjati. Terapevtova naloga pa je ta, da mu pri tem pomaga.

Lahko se tudi zgodi – in s težavnimi pacienti je verjetnost še toliko večja –, da pride v psihoterapevtski praksi do poklicnih neuspehov; psihoterapevti pa se med seboj zelo razlikujejo v spoprijemanju z njimi. Nekateri psihoterapevtski neuspehi povsem ohromijo, drugi pa jih preprosto razumejo kot uporabno informacijo, da to kar delajo, ne deluje. Kottler (2010) meni, da je nujno ne samo da psihoterapevt zazna lastne neuspehe, ampak da si jih tudi odpusti. Avtor je prišel do tega sklepa na podlagi intervjujev, ki jih je opravil z nadarjenimi in uspešnimi terapevti. Slednji so se namreč razlikovali od ostalih terapevtov v prožnosti in sprejemanju samih sebe kot zmotljivih ljudi, ki včasih pač preprosto spregledajo nekaj pomembnega. Porazi so definitivno ključni za terapevtov nenehen razvoj, v kolikor jih je seveda pripravljen priznati. V večini primerov negativni izidi pomagajo terapevtom razviti večjo fleksibilnost, ustvarjalnost, ponižnost, potrpežljivost in odprtost. Ko se stvari slabo iztečejo, so namreč primorani razmišljati o svojem načinu dela in o stvareh, ki jih lahko spremenijo (Kottler, 2010). Ključnega pomena za učinkovito procesiranje delovnih neuspehov je tudi iskren pogovor o le-teh s kolegi, ki jim terapevt zaupa. Ne samo, da se terapevt z nekom pogovori o svojem vedenju in o načinih kako ga lahko izboljša, ampak ima tako priložnost, da s pomočjo drugih sprejme svoje omejitve in si odpusti, da ni popoln. Ne glede na to, kako se namreč trudi, koliko se uči, nauči in vadi, bo pri vodenju psihoterapij doživljal uspehe in neuspehe. Dejstvo pa je, da občutek delovne uspešnosti predstavlja enega izmed dejavnikov, ki zmanjša ali omili poklicni stres; zaznamuje pa ga obseg psihoterapevtovega zadovoljstva s svojimi napor, da bi pomagal pacientu. Psihoterapevt z občutkom uspešnosti

glede nudenja pomoči klientu zahteva zavesten, racionalen napor pri prepoznavanju meje kje se psihoterapevtove odgovornosti končajo in se pričnejo pacientove (Kottler, 2010).

Včasih se mora psihoterapevt zavestno odločiti, da vsaj za določen čas zmanjša količino delovnih obveznosti in/ali se nekoliko oddalji od vseh s poklicem povezanih zadev. Nekateri psihoterapevti so na primer veliki zagovorniki delovnih odmorov, saj ščitijo pred stresorji in jim omogočijo, da se sprostijo, čustveno razbremenijo in ponovno napolnijo z energijo (Kottler, 2010). Načinov kako postaviti omejitve in tako vsaj omiliti, če že ne preprečiti, negativne posledice poklicnega stresa, je veliko. Kottler (2010) psihoterapevtom na primer predlaga: zavračanje dodatnega dela in novih pacientov, naučiti se reči ne dodatnim prošnjam, ki niso tako nujne, zmanjšanje števila ur neposrednega kontakta s pacienti in jemanje večjega števila odmorov med seansami, omejitev lastne dosegljivosti pacientom in kolegom izven delovnih ur, izključitev telefona, ko ni nujno, da je priklopljen in izogibanje pregledovanju elektronske pošte, razen ob predvidenih urah. Figley (1995) je na primer ugotovil, da za psihoterapevte, ki delajo na področju travm in so izpostavljeni intenzivnim čustvom ter istočasno doživljajo zelo malo izčrpanosti zaradi sočutja in lahko vzdržujejo precejšnjo mero empatije praviloma velja, da se znajo izogniti identifikaciji s svojimi pacienti kar posledično vpliva na to, da občutijo zadovoljstvo pri nudenju pomoči posameznikom pri predelovanju njihovih travm. Določena mera oddaljenosti oziroma zmanjšane poklicne vpletenosti tako predstavlja še enega izmed dejavnikov, ki zmanjšajo ali preprečijo stres zaradi sočutja. Gre za obseg terapevtove zmožnosti distanciranja sebe od trajajoče stiske pacienta med seansami. Taka sposobnost distanciranja od pacienta pa zahteva zavesten, racionalen napor pri prepoznavanju, da mora psihoterapevt pustiti za seboj misli, čustva in občutja povezane s seansami pacientov zato, da živi svoje življenje.

Murtagh in Wollersheim (1997) sta skušala v svoji raziskavi ugotoviti, kako lahko terapevtski odnos s pacientom vpliva na razpoloženje terapevta. Številne študije so namreč pokazale, da so bližnje osebe depresivnih posameznikov pomembno prizadete na negativen način zaradi tega odnosa (na primer Coyne Coyne, Kessler, Tal, Turnbull, Wortman in Greden, 1987; Downey in Coyne, 1990; Joiner, Alfano in Metalsky, 1992). Ob predpostavki, da je terapevtski odnos jasne intimne narave, sta se avtorja vprašala, ali postanejo psihologi depresivni zaradi dela z depresivnimi klienti. Ocene psihologovih razpoloženj pred in po seansah z depresivnimi klienti zbrane tekom treh tednov so nakazale odsotnost takega učinka.

Avtorja sta tudi preverjala pogostost uporabe šestih različnih strategij spoprijemanja pri udeležencih; slednji so najpogosteje uporabljali načrtno reševanje problema in samonadzor, s tem da so prvo uporabljali še nekoliko pogosteje od druge. Načrtno reševanje problema sodi med na problem usmerjene strategije spoprijemanja; slednje pa naj bi bile negativno povezane z depresivnostjo, med tem ko naj bi na čustva usmerjene strategije bile pozitivno povezane z njo (na primer Kolenc, Hartley, in Murdock, 1990; Vitaliano, Maiuro, Russo, in Becker, 1987). Ena izmed možnih razlag, ki sta jo avtorja ponudila za tak rezultat je ta, da je uporaba specifičnih (na problem usmerjenih) strategij spoprijemanja pri obvladovanju stresa zaradi dela z depresivnimi klienti, zaščitila psihologe pred tem, da bi postali depresivni. Murtagh in Wollersheim (1997) tako zaključujeta, da je klinična praksa pogosto zelo stresna, zato je priporočljivo, da se psihoterapevti poslužujejo na problem usmerjenih strategij spoprijemanja, zato da bi zmanjšali učinke stresa.

Nekateri psihoterapevti so našli način kako se uspešneje spoprijeti s pritiski, zahtevami in konflikti, ki se pojavljajo pri opravljanju njihovega poklica in posledično omiliti vpliv stresa na njihovo zadovoljstvo s kariero. Za take posameznike bi lahko rekli, da so uspeli v svojem poklicu, doživljajo občutja veselja, ljubezni in strasti pri svojem delu, kar pozitivno vpliva tudi na druga pomembna življenjska področja (Dlugos in Friedlander, 2001). Avtorja sta si v svoji raziskavi zastavila vprašanje, katere so tiste značilnosti, ki zaznamujejo take terapevte. Odkrila sta, da so za slednje značilni predvsem štirje načini delovanja:

- ohranjanje ravnovesja: potreba po vzdrževanju fizičnih in psiholoških mej med poklicnim in zasebnim življenjem (na primer z rednimi dopusti), ohranjanje strasti do vsaj ene, s poklicem nepovezane aktivnosti (na primer: tek na maratonih, gledališče, fotografija, slikanje, planinarjenje, meditacija) in iskanje raznolikosti znotraj delovnih aktivnosti (na primer sprejemanje pacientov z različno problematiko, kombiniranje poučevanja, učenja, superviziranja, svetovanja),
- prilagodljivost in odprtost (predvsem naravnost spremeniti ovire v izzive in lakota po povratnih informacijah (predvsem s strani drugih terapevtov) in superviziji),
- transcendenca in ponižnost (priznavanje duhovne dimenzije psihoterapevtskega poklica in umestitev pomembnosti terapije znotraj družbenega in skupnostnega konteksta (doživljanje povezanosti s človeštvom onstran terapevtskih odnosov) ter

- namerno učenje (opredeljeno kot odprtost za izkušnje in pripravljenost sprejeti energijo ter modrost iz čim več možnih virov, pa vključuje: komplementarnost osebnega in strokovnega razvoja ter nenehno navdušenost nad človeškim razvojem in spremembo).

Harrison in Westwood (2009) sta s svojo kvalitativno raziskavo želela identificirati dejavnike, ki ščitijo terapevte pred posredno travmatiziranostjo. Šest terapevtov, ki delajo na področju travm, sta vprašala kako ohranjajo osebno in poklicno blagostanje glede na izzive dela z resno travmatiziranimi posamezniki. Na podlagi analize intervjujev sta avtorja identificirala devet glavnih tem, in sicer:

- premagovanje izoliranosti v poklicnem, osebnem in duhovnem področju (s pomočjo supervizije, usposabljanja in poklicnega razvoja, raznolikosti poklicnih vlog, ožje socialne mreže, povezanost z duhovno sfero),
- razvijanje čuječega zavedanja (osredotočanje na trenutek, globoko zavedanje in sprejemanje "tistega kar je"),
- zavestno razširjanje perspektive (na primer preko namernega priklica drugačnih pogledov na življenje, pogleda s številnih perspektiv),
- aktivni optimizem (pozitivna orientiranost, ohranjanje vere in upanja, aktivno reševanje problemov),
- celostna samooskrba (vzdrževanje osebnega in poklicnega blagostanja na fizičnem, čustvenem, umskem, duhovnem in estetskem področju),
- vzdrževanje jasnih mej in spoštovanje omejitev,
- empatija (sposobnost vzpostavitve globoke, intimne terapevtske alianse),
- zadovoljstvo s poklicem (zadovoljstvo z učinkovitostjo pri delu, zadovoljstvo zaradi zavedanja, da pomembno prispevajo družbi s svojim trudom, zadovoljstvo s poklicno vlogo, ki jim je obogatila življenje) in
- ustvarjanje smisla (prepoznavanje pomembnosti sposobnosti ustvarjanja ali zaznavanja smisla).

McCann in Pearlman (1990) sta tudi predlagala nekaj strategij spoprijemanja s posredno travmatiziranostjo. Za psihoterapevte naj bi bilo zelo pomembno, da ozavešajo, izrazijo in predelajo boleče izkušnje v podpirajočem okolju. Avtorja sta namreč mnenja, da tedenske konference o študijskih primerih in razne skupine za klinike, ki delajo s travmatiziranimi pacienti, lahko delujejo kot protiutež poklicni izoliranosti in nudijo čustveno podporo preko

pomoči pri normaliziranju terapevtovih odzivov na klientovo travmo. Poleg tega pa naj bi klinikom, ki veliko delajo s travmatiziranimi pacienti, pomagale še naslednje oblike spoprijemanja z obremenitvami: redna udeležba na superviziji, kombiniranje dela z žrtvami in dela z drugimi, manj ogroženimi posamezniki, uravnovešanje kliničnega dela z drugimi poklicnimi odgovornostmi (na primer s poučevanjem in raziskovanjem) ter vzdrževanje ravnovesja med osebnim in poklicnim življenjem. Nenazadnje pa sta raziskovalca predlagala še nekaj tehnik, ki naj bi terapevtom pomagale pri uravnavanju poklicnega stresa: gojenje realističnih pričakovanj do sebe pri delu in realističnega pogleda na svet (ta vključuje tudi temnejše plati človeštva), prepoznavanje in priznavanje načinov na katere je delo s travmami obogatilo življenja (drugih in njihovo), ohranjanje upanja in optimizma ter vere v sposobnost ljudi, da lahko prenašajo in spremenijo bolečino.

Norcross in Prochaska (1986a) sta v svoji raziskavi ugotovila, da ni prišlo do razlik v spoprijemanju s stresom med psihoterapevti iz različnih teoretskih usmeritev, kar namiguje, da obstaja med kliniki precejšnja stopnja podobnosti v njihovem lastnem spoprijemanju. Avtorja ponujata dve razlagi za ta rezultat; možno je, da terapevti ne koristijo tistega kar ponujajo svojim pacientom – teoretične usmeritve naj bi prišle v poštev pri spremembi pacientov in ne pri spremembi sebe; po drugi strani pa obstaja možnost, da postanejo psihoterapevti bolj izkušeni, pragmatični in eklektični pri uporabi tistega kar zares deluje pri lastnem spoprijemanju.

Psihoterapevti si lahko pri spoprijemanju z delovnimi obremenitvami pomagajo z različnimi viri. Kottler (2010) na primer navaja, da terapevti skrbijo zase na veliko različnih načinov: enemu pomaga to, da se redno srečuje s kolegom in si z njim izmenjuje mnenja in izkušnje; drugemu pomaga iskren pogovor z ženo o lastnih strahovih; nekdo drug lahko pogosto potuje in si na ta način povrne energijo, ko pusti vse za seboj in s fizično razdaljo vzpostavi psihološko distanco ter tako izstopi iz vloge terapevta; četrti lahko za sprostitev igra kitaro in s pomočjo glasbe odmisli vse odvečne skrbi; petemu lahko proti stresu zelo pomaga tek ali vrtnarjenje, igranje golfa, reševanje križank, druženje s prijatelji, lenarjenje, surfanje, naročanje omejenega števila pacientov na dan, jemanje odmorov sredi dneva, branje, sprehajanje, pogovor s prijatelji, ogled dobrega filma ipd. Avtor je mnenja, da vse to – konzultacije, podpora kolegov, fizična aktivnost, različni konjički idr. – niso samo zaželeni ampak celo nujni načini za to, da terapevti ohranijo bistrost.

Psihoterapevti so strokovnjaki razumevanja kako in zakaj se težave razvijejo in kaj se lahko stori, da se jih razreši, ali vsaj živi z njimi. Lahko bi rekli, da so na nek način idealno opremljeni za skrb zase, glede na to, da je njihovo usposabljanje oblikovano tako, da jih izuri v spodbujanju rasti pri drugih (Kottler, 2010).

1.6 Problem diplomske naloge

Stres na delovnem mestu predstavlja enega izmed najbolj pogostih fenomenov zaposlitvenega področja v razvitem svetu in ga moramo jemati resno, saj lahko vodi do zelo škodljivih posledic za posameznika, institucije in družbo nasploh. Dejstvo pa je, da so nekateri poklici bolj stresni od drugih. Med prve lahko zagotovo uvrstimo poklic psihoterapevta, predvsem zaradi pogostega kontakta z ljudmi, ki doživljajo hude stiske, in izpostavljenosti bolečim vsebinam ranljivih posameznikov.

Namen moje raziskave je bil proučiti, kako se s poklicnim stresom spoprijemajo slovenski psihoterapevti. Cilj raziskave je bil predvsem eksploratorne narave, zato v skladu s tem nisem postavljala nikakršnih formalnih hipotez. Namesto tega sem si zastavila nekaj vprašanj, na katera sem skušala odgovoriti na podlagi pridobljenih podatkov, ki so bili predvsem kvalitativne narave. Glavno vprašanje, ki sem si ga zastavila, je bilo: *Kako se s potencialnimi delovnimi obremenitvami spoprijemajo slovenski psihoterapevti?* Znotraj tega pa me je na primer zanimalo: Ali obstaja določen vzorec spoprijemanja s stresorji pri delu, ki je značilen za vse psihoterapevte? Ali prihaja do kakšnih razlik v spoprijemanju med psihoterapevti? Ali obstajajo določene vrste spoprijemanja, ki jih psihoterapevti koristijo bolj kot druge? Ali je morda uporaba določenega načina spoprijemanja odvisna od vrste delovne obremenitve? ipd.

Ukvarjanje s to temo se mi zdi pomembno zaradi več razlogov. Prvič, do sedaj še ni bilo podobne raziskave v slovenskem prostoru, in drugič, taka študija lahko doprinese nekaj koristnih ugotovitev za različne socialne skupine. V prvi vrsti bi izsledki znali biti zanimivi za psihoterapevte same, da se seznanjijo z različnimi učinkovitimi načini spoprijemanja z delovnimi obremenitvami njihovih stanovskih kolegov. Terapevti bi morda tako dobili kakšno uporabno zamisel katere načine bi lahko tudi sami uporabili v praksi, da bi čim bolj zmanjšali doživljanje stresa ali omilili negativne posledice le-tega. Nadalje bi ugotovitve raziskave lahko koristile tudi različnim predstavnikom psihoterapevtove socialne mreže. Supervizorji, mentorji, sodelavci, poklicni kolegi, prijatelji, družinski člani ipd. bi tako tudi pridobili

kakšno koristno informacijo glede tega, kako lahko psihoterapevtu – pa naj bo to supervizant, sodelavec, prijatelj ali partner – nudijo ustrezno instrumentalno in/ali čustveno podporo oziroma kako mu lahko pomagajo. Nadalje bi tovrstne informacije lahko bile pomembne tudi za usposabljanje bodočih psihoterapevtov in za nudenje pomoči tistim, ki so šele začeli s svojo prakso, in potrebujejo nekoliko več podpore pri spoprijemanju s številnimi poklicnimi izzivi v primerjavi z bolj izkušenimi psihoterapevti. Nenazadnje pa so izsledki te raziskave pomembni tudi za paciente psihoterapevtov. Dejstvo je namreč, da so lahko ob preobremenjenosti terapevta pacienti deležni slabše oskrbe. Podatki o načinih spoprijemanja z delovnimi obremenitvami psihoterapevtov bi – seveda ob predpostavki, da se terapevti takih načinov poslužujejo in da so za njih učinkoviti – tako lahko na nek način posredno vplivali tudi na kvaliteto obravnave pacientov.

2.0 METODA

2.1 Udeleženci

Pogoj za sodelovanje v raziskavi je bil uspešen zaključek tri ali več-letnega podiplomskega študija iz psihoterapije ter vsaj tri leta delovnih izkušenj v psihoterapevtski praksi. V raziskavi je sodelovalo 16 psihoterapevtov, 11 žensk (68,75 %) in 5 moških (31,25 %). Povprečna starost udeležencev je bila 54,31 let ($SD = 12,84$). Približno 56 % ($n = 9$) udeležencev je zaključilo dodiplomski univerzitetni študij psihologije, 31 % ($n = 5$) študij medicine in 12 % ($n = 2$) študij iz drugih smeri; eden izmed udeležencev je poleg študija medicine zaključil tudi študij prava. Vsi udeleženci so zaključili podiplomski študij psihoterapije, eden (6,25 %) je poleg tega pridobil tudi doktorat znanosti iz psihologije, sedem (43,75 %) jih je zaključilo še specializacijo iz klinične psihologije – izmed teh je eden pridobil še magisterij znanosti in drugi doktorat znanosti iz psihologije, trije udeleženci (18,75 %) so zaključili še specializacijo iz psihiatrije, eden izmed teh je pridobil še doktorat znanosti iz medicine, eden izmed udeležencev pa je poleg doktorata iz medicine zaključil še specializacijo iz nevropsihiatrije. V povprečju so se udeleženci podiplomsko izobraževali 7,17 let ($SD = 3,04$) in so imeli 20,44 let ($SD = 17,8$) izkušenj v psihoterapevtski praksi. Enajst psihoterapevtov (68,75 %) je opisalo svojo usmeritev kot psihodinamsko, šest (37,5 %) izmed teh je dodalo, da so razvojni analitiki, dva (12,5 %) pa sta poleg psihodinamske usmeritve dodala še kognitivno-vedenjsko; dva psihoterapevta (12,5 %) sta zase rekla, da sta psihoanalitka, dva (12,5 %) sta se izobraževala iz integrativne psihoterapije – eden izmed njiju še iz humanistične, eden (6,25 %) pa je opisal svojo usmeritev kot kognitivno-vedenjsko. Sedem (43,75 %) psihoterapevtov izvaja zasebno psihoterapevtsko dejavnost in opravi v povprečju 17,29 ($SD = 8,77$) psihoterapevtskih ur na teden, štirje (25 %) psihoterapevti izvajajo psihoterapijo znotraj državne inštitucije v kateri so zaposleni in opravijo v povprečju 15 ($SD = 5$) psihoterapevtskih ur na teden, pet psihoterapevtov (31,25 %) pa izvaja psihoterapijo tako znotraj inštitucije kot v privatni praksi, in sicer v sklopu prve v povprečju 9 ($SD = 12,12$) ur na teden ter 5 ($SD = 1,63$) ur na teden znotraj druge. Psihoterapevti, ki so delno ali za polni delovni čas zaposleni v državni inštituciji delajo vsi na področju zdravstva, in sicer trije (18,75 %) v zdravstvenem domu, dva (12,5 %) v bolnišnici, dva (12,5 %) v psihiatrični bolnišnici, eden (6,25 %) na svetovalnem centru ter eden (6,25 %) na inštitutu za rehabilitacijo. Individualna oblika psihoterapije prevladuje nad drugimi oblikami, saj jo izvajajo vsi udeleženci, in sicer v

povprečju 12,4 (SD = 7,69) ur na teden; sledi skupinska oblika psihoterapije, ki jo izvaja polovica psihoterapevtov (n = 8) v povprečju 2,38 (SD = 0,74) ur na teden, partnersko psihoterapijo vodi četrtina (n = 4) psihoterapevtov v povprečju dve uri na teden (SD = 0), družinsko psihoterapijo pa vodi le eden izmed udeležencev in sicer v povprečju osem ur na teden. Psihoterapevti (n = 14) delajo večinoma z odraslimi pacienti, v povprečju 12,62 (SD = 7,21) ur na teden, sedem (43,75 %) jih dela z mladostniki v povprečju 5,4 (SD = 4,83) ur na teden, štirje (25 %) delajo z otroki v povprečju 5 (SD = 5,66) ur na teden in trije (18,75 %) delajo s starostniki v povprečju 1,67 (SD = 1,15) ur na teden.

V spodnji preglednici so še navedene vrste težav pacientov s katerimi se večinoma ukvarjajo psihoterapevti.

Preglednica 1. Prevladujoča vrsta težav pacientov s katerimi se ukvarjajo psihoterapevti.

Vrsta težave	N
Nevrotske, stresne in somatoformne motnje	16
Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi	12
Razpoloženske (afektivne) motnje	10
Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki	6
Vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci	6
Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi	3
Duševna manjrazvitost (mentalna retardacija)	3
Motnje duševnega (psihološkega) razvoja	2
Organske, vključno simptomatske, duševne motnje	1
Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje	1

Opombe: N – pomeni število psihoterapevtov, ki se ukvarjajo z določeno problematiko pacientov.

Dva izmed psihoterapevtov sta že upokojena, a sem se vseeno odločila za njuno vključitev v raziskavo, predvsem zaradi dveh razlogov. Prvič, oba sta še vedno aktivna na področju psihoterapije, eden kot terapevt, drugi kot supervizor. Drugič, kot upokojena psihoterapevta imata toliko več izkušenj v psihoterapevtski praksi in s spoprijemanjem z delovnimi obremenitvami, da se mi je njuno sodelovanje zdelo zelo dragoceno za izid raziskave.

2.2 Pripomočki in gradiva

V svoji raziskavi sem za zbiranje rezultatov uporabila različne pripomočke in gradiva.

Demografski vprašalnik (Glej prilogo 1) je vseboval vprašanja o: spolu, starosti, dodiplomski in podiplomski izobrazbi ter številu let podiplomskega izobraževanja, številu let delovnih izkušenj v psihoterapevtski praksi, psihoterapevtski usmeritvi, načinu dela (v instituciji, privatni praksi ali oboje) in povprečnem številu psihoterapevtskih ur v posameznem okolju na teden, o vrsti terapije (individualna, partnerska, družinska in skupinska) in povprečnem številu psihoterapevtskih ur znotraj posamezne vrste na teden, vrsti pacientov (otroci, mladostniki, odrasli, starostniki) in povprečnem številu psihoterapevtskih ur s posamezno starostno skupino na teden, prevladujoči vrsti težav pacientov (seznam psihičnih motenj po MKB-10) in vrsti težav pacientov, ki jih psihoterapevti običajno ne obravnavajo.

Lestvica psihoterapevtovih stresorjev (Therapist Stress Scale, Deutsch, C. J., 1984): Lestvica je pravzaprav seznam delovnih obremenitev s katerimi se psihoterapevti lahko srečajo v praksi (Glej Prilogo 2). Seznam sem sama prevedla in priredila za potrebe diplomske naloge; avtoričinim sedemindvajsetim potencialnim stresnim dejavnikom sem dodala še štiri na podlagi prebranega v literaturi o tej tematiki, in sicer: *Klient laže*, *Klientova ekstremna odvisnost v odnosu do vas*, *Telefonski klici klienta na vaš dom izven delovnega časa* in *Dolgčas med seansami*. Udeleženci so za vsakega izmed 31 dejavnikov najprej ocenili, koliko se jim zdi obremenjujoč (četudi se z njim še niso srečali v praksi) s pomočjo 5-stopenjske lestvice (1 - obremenitev se mi ne zdi stresna, 2 - obremenitev se mi zdi malo stresna, 3 - obremenitev se mi zdi srednje stresna, 4 - obremenitev se mi zdi precej stresna in 5 - obremenitev se mi zdi zelo stresna). Nato so še za vsako obremenitev ocenili, kako pogosto se ta pojavlja v njihovi psihoterapevtski praksi, prav tako s pomočjo 5-stopenjske lestvice (1 - s to obremenitvijo se pri svojem delu še nisem srečal, 2 - s to obremenitvijo se pri svojem delu srečujem redko, 3 - s to obremenitvijo se pri svojem delu srečujem srednje pogosto, 4 - s to obremenitvijo se pri svojem delu srečujem precej pogosto in 5 - s to obremenitvijo se pri svojem delu srečujem zelo pogosto).

Vprašalnik spoprijemanja COPE (Cope Inventory, Carver, C. S., Scheier, M. F. in Weintraub, J. K., 1989) se uporablja za merjenje različnih načinov spoprijemanja s težavami oziroma stresnimi dogodki. Udeleženci za vsako od šestdesetih trditev ocenijo s pomočjo 4-stopenjske lestvice (1 – tega običajno ne delam, 2 – to delam v manjši meri (redko), 3 – to

delam srednje pogosto in 4 – to delam pogosto), kako pogosto ravna jo na tak način. Vprašalnik vsebuje 15 lestvic, pet jih meri načine spoprijemanja, ki so usmerjeni na reševanje problema (Aktivno spoprijemanje, Načrtovanje, Prekinitev ostalih dejavnosti, Zadrževanje spontanega odziva in Iskanje instrumentalne socialne podpore) in pet jih meri vidike spoprijemanja, ki so usmerjeni na emocije (Iskanje emocionalne socialne podpore, Usmerjenost na sprostitvev emocij, Vedenjska neaktivnost, Miselna neaktivnost, Pozitivna reinterpretacija in rast). Ostale lestvice so še: Zanikanje, Sprejetje, Usmerjenost v vero, Uporaba drog in Humor.

Polstrukturirani intervju je predstavljal glavno gradivo za zbiranje podatkov v raziskavi, zato bom v nadaljevanju na kratko predstavila nekaj izmed glavnih značilnosti te metode. Intervjuji predstavljajo eno izmed prevladujočih metod v kvalitativnem raziskovanju. Središče raziskave, ki sloni na intervjujih, je predvsem individualna izkušnja udeleženca, ki se jo dojema kot relevantno za razumevanje izkušnje posameznikov v podobni situaciji. Tako je vzorčenje oseb osredotočeno predvsem na iskanje ustreznih ljudi – takih, ki so doživeli izkušnjo, ki je za študijo bistvenega pomena. Teoretično ozadje takih študij sloni na tradiciji t.i. *simboličnega interakcionizma* – da ljudje razmišljajo o svojem življenju in da se lahko dostopa do take oblike ustvarjanja smisla kot načina razumevanja pojavov, o katerih ljudje razmišljajo (Flick, 2007).

V študijah intervjujev se proces primerjave lahko odvija na različnih ravneh. Lahko primerjamo posamezne intervjuvance med seboj, lahko primerjamo različne skupine ljudi, lahko pa tudi – in pogosto je tako – primerjamo odgovore različnih intervjuvancev na specifično vprašanje. Na podlagi intervjujev lahko tudi izvajamo določene oblike posploševanja. Prva je interno posploševanje – da lahko do določene mere sklepamo, da izjave posameznika v intervjujski situaciji lahko posplošimo na to, kar sam misli in pravi tudi v drugih situacijah. Glede na način vzorčenja populacije, lahko tudi skušamo posplošiti naše izsledke na ljudi, ki so v situaciji, ki je podobna tisti od intervjuvancev. Zavaljo veljavnosti rezultatov se lahko tudi odločimo za določeno obliko triangulacije, kljub temu, da se intervjuji večinoma uporabljajo kot edina, samostojna metoda zbiranja podatkov v raziskavi. Intervjuvanje je tako metoda kvalitativnega raziskovanja, ki se najpogosteje kombinira s kvantitativnimi metodami, kot so na primer vprašalniki (Flick, 2007).

V idealnih pogojih raziskava z metodo intervjuja zajema sedem korakov (Kvale, 2007)

- Tematiziranje: zajema oblikovanje namena in raziskovalnih vprašanj študije, teoretično predznanje o raziskovani temi, seznanitev z različnimi tehnikami intervjuvanja in analiziranja podatkov ter odločitev katero uporabiti za pridobitev iskanega znanja
- Načrtovanje: zajema oblikovanje konkretnega načrta, postopkov in tehnik študije (na primer določanje števila udeležencev)
- Intervjuvanje: izvajanje intervjujev s pomočjo predlaganih vprašanj
- Transkribiranje: priprava materiala za analizo, običajno sestoji iz transkripcij iz glasovnega pogovora v napisan tekst
- Analiza: izbira in izvedba načina analize podatkov
- Preverjanje: določanje veljavnosti, zanesljivosti in posplošljivosti ugotovitev intervjujev
- Poročanje: posredovanje ugotovitev študije in uporabljenih metod v berljivi obliki, ki izpolnjuje znanstvene kriterije in upošteva etične vidike raziskovanja.

Ena izmed najbolj pogosto uporabljenih oblik intervjuja je t.i. *polstrukturirani intervju*, ki sem ga tudi sama uporabila v tej raziskavi. Njegov cilj je zajeti opise intervjuvančevega pogleda na svet. Kot že samo ime pove pa vsebuje tako zaporedje določenih tem, ki jih je potrebno pokriti, s predlogi vprašanj, kot tudi določeno mero odprtosti za spremembe (tako zaporedja kot vprašanj), zato da se sledi specifičnim odgovorom in zgodbam udeležencev, ki jih raziskovalec morda ni predvidel. Za slednjega je zato pomembno, da tudi aktivno posluša kaj mu posameznik pripoveduje in ne samo, da obvlada specifične tehnike spraševanja. Intervjuvar tako pokaže pripravljenost razumeti kaj je za intervjuvanca pomembno in ne sledi striktno vnaprej pripravljeni poti (Kvale, 2007). Široka uporaba polstrukturiranih intervjujev je povezana tudi s prepričanjem, da lahko intervjuvanci svoje poglede verjetno bolje izrazijo v relativno odprto načrtovanih intervjujskih situacijah kot v standardiziranih intervjujih ali vprašalnikih (Flick, 2002).

V intervjuju, ki sem ga sestavila za namene te raziskave, sem psihoterapevte spraševala o potencialnih delovnih obremenitvah, ki se lahko pojavijo v njihovi praksi. Povprašala sem jih o obremenitvah iz različnih skupin: tiste, ki so povezane predvsem s poslovnim vidikom poklica, tiste, ki so neposredno povezane s pacienti, tiste, ki so vezane predvsem na

psihoterapevte, tiste, ki so povezane s sestavom psihoterapevtskega dela in tiste, ki so vezane na potek psihoterapij. Zanimali pa so me predvsem načini spoprijemanja s temi obremenitvami, zato sem veliko pozornosti posvetila takim vprašanjem. Nenazadnje pa sem vključila še nekaj vprašanj, ki so se mi za proučevano temo zdela relevantna.

Intervjuje sem začela z bolj splošnimi vprašanji, kot na primer: *Se vam kdaj zazdi, da je psihoterapevtsko delo obremenjujoče? Kaj se vam pri vašem delu zdi najbolj stresno?* Nadaljevala pa sem z vprašanji, ki se nanašajo na različne skupine obremenitev, na primer: *Se vam je morda že kdaj zgodilo, da je imel pacient negativen vpliv na vaše psihofizično blagostanje?* (Obremenitve povezane s pacienti); *Imate mogoče kdaj občutek, da ste preveč vpleteni v svoj poklic?* (Obremenitve povezane s psihoterapevti). Sledila so vprašanja o spoprijemanju z različnimi obremenitvami, na primer: *Kaj vam najbolj pomaga, ko se srečate z določeno poklicno frustracijo?* Intervjuje pa sem zaključila z nekaterimi bolj splošnimi vprašanji, kot na primer: *Ali lahko prosim opišete za vas najbolj obremenjujočo situacijo, s katero ste se srečali v psihoterapevtski praksi?*

Intervjuji so se seveda precej spreminjali od udeleženca do udeleženca, saj sem jim želela zagotoviti čim bolj odprt prostor za izražanje misli. Poleg tega je seveda vsak pripovedoval o drugačnih izkušnjah in izpostavljaj različne stvari, zato so se tudi moja vprašanja vrstila v drugačnem redu, preoblikovala, dopolnjevala z različnimi podvprašanji ipd. Ne glede na to pa sem skušala v intervjujih ohraniti neko grobo obliko intervjuja, ki je služil za vodilo pri pogovorih z vsemi udeleženci (Glej Prilogo 3).

2.3 Postopek

Postopek zbiranja podatkov je potekal v več korakih:

1. Najprej sem si sestavila bazo slovenskih psihoterapevtov, ki so izpolnjevali pogoje za sodelovanje (glej poglavje Udeleženci); pri tem sem si pomagala z informacijami, ki sem jih dobila na medmrežju. Pomagalo mi je tudi Združenje psihoterapevtov Slovenije, ki je bilo pripravljeno kontaktirati določene potencialne udeležence v mojem imenu.
2. Sledilo je pošiljanje sodelovalnega pisma v fizični ali elektronski obliki, v katerem sem psihoterapevte prosila za sodelovanje v raziskavi. Prošnjo sem sama poslala 29 psihoterapevtom, Združenje psihoterapevtov Slovenije pa je poslalo elektronsko pošto

v mojem imenu 32 psihoterapevtom. Mojo prošnjo za sodelovanje je torej dobilo 61 oseb.

3. Osem psihoterapevtov se je samostojno javilo za sodelovanje. Tiste, ki se niso javili, pa sem kontaktirala (po telefonu ali preko elektronske pošte) približno en teden za tem, ko sem jim odposlala prošnjo za sodelovanje (v fizični ali elektronski obliki), in jih povprašala o odločitvi glede vključitve v raziskavo. S tistimi, ki so se odločili za sodelovanje, sem se dogovorila za točen kraj, datum in uro intervjuja.
4. Takoj po privolitvi k sodelovanju v študiji, sem posameznemu psihoterapevtu poslala komplet vprašalnikov (Demografskega, Lestvico psihoterapevtovih stresorjev in Vprašalnik spoprijemanja) in izjavo o sodelovanju.
5. Zbiranje podatkov sem zaključila z opravljanjem intervjujev in snemanjem le-teh z diktafonom.

2.3.1 Obdelava podatkov

V ospredju obdelave pridobljenih podatkov je bila predvsem kvalitativna analiza transkripcij intervjujev, zato bom v nadaljevanju na kratko opisala nekaj značilnosti kvalitativne metode raziskovanja in analize, s poudarkom na postopkih analize vsebine in kodiranja ter kategoriziranja, ki sem jih uporabila v raziskavi.

Kvalitativno raziskovanje je pojem, ki pokriva številne različne metode, za katere večinoma velja predpostavka, da "objektivna" realnost oziroma neke vrste univerzalan resnica ne obstaja. Naslanjajo pa se na prepričanje, da sta tako znanje kot proces, ki vodi do njegove tvorbe, kontekstno specifična (Lyons, 2007). Lahko bi rekli, da kvalitativno psihološko raziskovanje v osnovi zajema zbiranje in analizo neštevilčnih podatkov skozi neke vrste psihološko lečo, zato da pridobimo bogate opise in morebitne razlage o človeškem pripisovanju smisla – o tem, kako si ljudje osmislijo svet in kako doživljajo določene dogodke (Coyle, 2007). V kvalitativnem raziskovanju se običajno osredotočimo na samo en primer ali na majhno število primerov, ki jih med seboj primerjamo. Taka usmeritev je značilna za idiografski pristop pri katerem skušamo razumeti delovanje, probleme in pojave konkretnega sistema iz njega samega in njegovih interakcij z okoljem ali kontekstom (Mesec, 1998). Tak pristop pa vodi do edinstvenih, subjektivnih, neposplošljivih, bogatih in utemeljenih zaključkov, za razliko od nomotetskega pristopa, ki skuša identificirati utemeljena, objektivna, posplošljiva in nefleksibilna spoznanja (Neuendorf, 2002).

Flick (2002) definira analizo vsebine kot klasičen postopek za analiziranje tekstnega materiala. Velikokrat se uporablja za analizo subjektivnih vidikov, zbranih s polstrukturiranimi intervjuji. V osnovi empiričnemu materialu apliciramo kategorije, ki jih lahko izpeljemo iz teoretičnih modelov ali jih lahko razvijemo iz materiala samega. Kategorije pogosto večkrat ocenimo in preoblikujemo; cilj analize pa je redukcija materiala.

Kodiranje in kategoriziranje sta načina analiziranja, ki se ju lahko uporabi pri različnih vrstah podatkov, in nista vezana samo na specifično metodo zbiranja podatkov. Gre za najbolj pogost način analiziranja podatkov, ki izvirajo iz intervjujev, fokusnih skupin ali opazovanj. Taka analiza sestoji iz iskanja relevantnih delov podatkov in njihove analize s pomočjo primerjave z drugimi podatki ter imenovanja in klasificiranja takih delov. Tekom tega procesa se razvije določena struktura podatkov, ki vodi do boljšega razumevanja proučevanega področja, teme in podatkov samih. Kategorije za kodiranje lahko razvijemo iz podatkov samih, ali na podlagi obstoječih teorij. Kodiranje in kategoriziranje lahko tudi kombiniramo s kvantitativno analizo standardiziranih podatkov. Ključno za kakovost analize podatkov je, da raziskovalci premišljeno ravnaajo s podatki in kritično ocenijo svojo vlogo raziskovalca kot tudi podatke same, ugotovitve in zaključke izpeljane iz le-teh. Zanesljivost take analize pa se lahko poveča s preverjanjem ustreznosti transkripcij ali s kodiranjem s strani večjega števila raziskovalcev (Flick, 2007).

Koda v kvalitativnem raziskovanju je najpogostejše beseda ali besedna zveza, ki simbolično predstavlja del jezikovnih ali slikovnih podatkov, povzema njegove ključne značilnosti in izpostavi njegovo bistvo. Podatki lahko zajemajo transkripcije intervjujev, zapiske opazovanja v naravnem okolju, dnevnike, dokumente, fotografije, posnetke itn. Obseg kodiranih podatkov se lahko zelo razlikuje, in sicer lahko seže od posamezne besede do povedi ali celo do cele strani teksta (Saldaña, 2009).

Kodiranje je oblika hevrstike (iz grščine, "odkriti") – eksploratorna tehnika reševanja problema brez specifičnih formul, ki jim je potrebno slediti. Gre za ciklični proces, kjer primerjamo podatke s podatki, podatke s kodo, kodo z drugo kodo, kodo s kategorijo, kategorijo s kategorijo in kategorijo ponovno s podatki. Res je tudi, da so redko podatki v prvem ciklu kodiranja popolno obdelani. Vsi naslednji cikli rekodiranja podrobneje filtrirajo, izpostavijo in poudarijo ključne vidike kvalitativnih podatkov ter vodijo do oblikovanja kategorij, tem, konceptov ali teorije. Kvalitativne kode zajamejo bistvo in tvorijo temeljne

elemente raziskave; ko jih združimo glede na podobnost v določene vzorce pa omogočijo razvoj kategorij in posledično analize njihovih povezav. Kodiranje pomeni razvrstiti stvari na sistematičen način, kategoriziranje pa pomeni vključiti nekaj v določen sistem ali klasifikacijo. Kodiranje nam torej pomaga organizirati in združiti podobno kodirane podatke v kategorije ali "družine", ker imajo le-ti nekaj skupnih značilnosti – gre za začetek vzorca. S postopki kodiranja in rekodiranja se naše kode in kategorije izpopolnijo; nekatere izmed začetnih kod lahko podredimo drugim kodam, jih preimenujemo ali celo izključimo iz analize. Tako lahko pride do prerazporeditve in sprememb v klasifikaciji kodiranih podatkov v drugačne ali celo nove kategorije (Saldaña, 2009).

Metod kodiranja je veliko, lahko pa jih v grobem delimo na tiste prvega cikla kodiranja in tiste drugega cikla kodiranja. Prve uporabljamo v začetnih fazah kodiranja podatkov, druge pa v kasnejših fazah analize in so nekoliko bolj zahtevne, saj zahtevajo od raziskovalca nekaj analitičnih veščin kot so na primer klasificiranje, integriranje, sintetiziranje, abstrahiranje, konceptualiziranje in oblikovanje teorije. Ne obstaja določen recept katere metode kodiranja uporabiti v določeni študiji, saj je vsaka kvalitativna raziskava edinstvena, tako kot je edinstven njen analitičen pristop (Saldaña, 2009). Ne glede na to pa Saldaña (2009) priporoča kombinacijo nekaterih izmed osnovnih metod kodiranja kot splošen pristop k podatkom in njihovi analizi, ki je še posebno primerna za začetnike v kvalitativnem raziskovanju, ki nimajo toliko izkušenj s takim načinom analize. Upoštevala sem smernice avtorja in – kot začetnica na tem področju analize – v raziskavi uporabila nekaj izmed teh metod kodiranja, ki jih avtor priporoča; njihov opis pa sledi v nadaljevanju, znotraj natančnega opisa analize, ki je potekala v več fazah.

Pred samim postopkom analize sem seveda morala pripraviti podatke za obdelavo. Ta proces se je odvijal v dveh korakih. Najprej sem opravila prvo transkripcijo intervjujev, pri čemer sem skoraj dobesedno prepisovala zvočne posnetke pogovorov v pisno obliko. Izpustila sem samo določene zvoke, besede ali besedne zveze (kot na primer razna mašila ali ponavljajoče se besede), ki se mi niso zdeli relevantni za razumevanje vsebine sporočila. Sledilo je ponovno poslušanje intervjujev in preverjanje točnosti transkripcij zaradi večje zanesljivosti rezultatov. V tem koraku sem tudi popravila morebitne napake, ki so nastale pri prvem transkribiranju, dokler nisem bila zadovoljna z natančnostjo prepisa zvočno posnetega

materiala v tekstovno obliko. Končni prepis v obliki teksta je predstavljal grobe kvalitativne podatke, ki sem jih obdelala skozi naslednje korake:

1. Začela sem s prvim nekoliko bolj površinskim branjem tekstov intervjujev, zato da sem se podrobneje seznaniła z njihovo vsebino, na katero nisem bila toliko pozorna med opravljanjem transkripcij, saj sem bila bolj osredotočena na sam proces transkribiranja.
2. Nadaljevala sem s ponovnim (tokrat nekoliko bolj poglobljenim) branjem besedila, tekom katerega sem tudi izločila določene dele, ki so se ponavljali, ali so bili nepomembni za temo diplomske naloge.
3. Sledilo je kodiranje teksta s tremi različnimi metodami, ki jih Saldaña (2009) opisuje takole:

- Strukturno kodiranje (angl. *structural coding*): običajno s frazo, ki dobro predstavlja preučevano področje, povzamemo določen del podatkov, ki se nananšajo na specifično raziskovalno vprašanje uporabljeno v intervjuju. Podobno kodirane izseke nato zberemo in nadaljujemo s podrobnejšim kodiranjem in analizo.

Primer strukturnega kodiranja: celoten odstavek, ki sledi, sem označila s kodo "najbolj obremenjujoči dejavniki v psihoterapevski praksi": *"Verjetno če je klient resno suicidalen, da razmišlja, da ima plan, da bi naredil samomor. To je ena od tem, ki je zelo težka. Naslednja tema, ki mi pride na misel, so problemi v aliansi, na primer, če je kakšen zelo agresiven klient, to je sigurno en tak dogodek... da ni zadovoljen, kritizira... tako. Se pravi suicidalnost pa agresivnost."*

- Opisno kodiranje (angl. *descriptive coding*): temeljno temo določenega izseka kvalitativnih podatkov povzamemo z besedo ali z besedno zvezo, največkrat v obliki samostalnika.

Primer opisnega kodiranja: pri zgornjem odstavku sem kot opisni kodi določila "samomorilna ogroženost" in "agresivnost".

- In vivo kodiranje (angl. *in vivo coding*): in vivo kode so besede ali kratke fraze iz dejanskega jezika, ki so ga udeleženci sami uporabili med zbiranjem kvalitativnih podatkov, in povzemajo bistvo določene misli, izreka.

Primer in vivo kode je recimo "problemi v aliansi", prav tako iz zgornjega odstavka, ki dobro ponazarja misel udeleženca, zato sem besedno zvezo ohranila kar v izvirniku.

Postopek kodiranja je bil dolgotrajen in ciklični proces, tekom katerega sem ob večkratnem branju besedila kode nenehno preoblikovala, dopolnjevala, izpuščala in dodajala nove. Istočasno sem določene ideje, razmišljanja in povezave med pojmi (velikokrat v obliki miselnih vzorcev) beležila posebej, v za to namenjen dnevnik.

4. Po kodiranju z metodami prvega cikla sem uporabila metodo drugega cikla kodiranja, in sicer t.i. *vzorčno kodiranje* (angl. *pattern coding*). Saldaña (2009) pravi, da so vzorčne kode pojasnjevalne narave, njihov namen pa je identifikacija nastajajoče teme ali razlage. Združujejo veliko materiala v bolj smiselne in skržene enote analize; gre za način združevanja povzetkov v manjše število setov, tem ali konstruktov.

Primer vzorčnega kodiranja: kodam "planinarjenje", "intenzivna hoja", "sprehodi", "jahanje", "potapljanje", "plavanje", "smučanje", "telovadba", "joga", "tek", "tenis", "kolesarjenje", "ples", "borilne veščine", "rolanje" sem pripisala vzorčno kodo "fizična aktivnost".

Tudi oblikovanje kategorij z vzorčnim kodiranjem je bil dolgotrajen in ciklični proces, v katerem sem napravila kar nekaj sprememb (kategorije preoblikovala, izpustila in zamenjala z novimi).

5. V predzadnjem koraku sem končne kategorije, ki sem jih oblikovala na podlagi primerjav vseh šestnajstih intervjujev, združila v glavne teme, ki povzemajo načine spoprijemanja z delovnimi obremenitvami psihoterapevtov, ki so se udeležili raziskave.

Primer: kategorije "sprejetje lastnih značilnosti", "sprejetje pacientovih lastnosti" in "sprejetje značilnosti psihoterapevtskega procesa" sem združila v temo "Sprejetje".

6. Na koncu sem ponovno pregledala postopek oblikovanja kategorij in končnih tem ter napravila še nekaj manjših popravkov, ki so se mi zdeli ustrezni.

Z zadnji korakom sem tako zaključila analizo kvalitativnih podatkov. Sledila je še analiza kvantitativnih podatkov zbranih z vprašalniki; nekaj osnovnih statističnih postopkov sem napravila s 17. verzijo statističnega paketa za družbene vede (SPSS).

3.0 REZULTATI

3.1 Delovne obremenitve psihoterapevtov

V nadaljevanju bom povzela glavne kvalitativne in kvantitativne rezultate o poklicnih stresorjih psihoterapevtov.

3.1.1 Povzetek kvalitativnih rezultatov: vtisi psihoterapevtov o delovnih obremenitvah

Psihoterapevte sem v svoji raziskavi povprašala o tem, katere delovne obremenitve, ki se lahko pojavijo v psihoterapevtski praksi, se jim zdijo najbolj obremenjujoče (Glej Preglednico 2). Njihove odgovore sem razvrstila v štiri kategorije. Devet psihoterapevtov je opisalo po en dejavnik, ki sem ga uvrstila v eno izmed podkategorij določene kategorije. Štirje psihoterapevti so navedli vsak po dva dejavnika, ki sem ju uvrstila v dve različni podkategoriji znotraj kategorije Obremenitve povezane s pacienti. Dva psihoterapevta sta tudi navedla vsak po dva dejavnika obremenitve, a sem ju uvrstila v podkategoriji dveh različnih kategorij. Le ena psihoterapevtka je navedla tri različne obremenitve, ki sem jih razvrstila v tri različne podkategorije kategorije Obremenitve povezane s pacienti.

Preglednica 2. Kategorije in podkategorije dejavnikov, ki se zdijo psihoterapevtom najbolj obremenjujoči.

Stresor	N
<i>Obremenitve povezane s pacienti</i>	10
Življenjska ogroženost ali samomor pacienta	6
Določena motnja pri pacientih oz. populacija pacientov	5
Nemotiviranost pacienta	2
Agresivnost pacienta	2
Pacient s hudimi odpori	1
<i>Obremenitve povezane s psihoterapevtskim procesom</i>	4
Diagnostična nejasnost	2
Nerazumljive situacije	1
Prve faze terapevtskega procesa	1
<i>Obremenitve povezane s psihoterapevti</i>	2
Terapevtove lastne ovire / šibke točke	2
<i>Obremenitve povezane z zunanjimi dejavniki</i>	2
Prevelika količina dela	1
Situacije objektivne nemoči	1

Opombe: v poševnem tisku so napisane štiri glavne kategorije obremenitev; N pomeni število različnih psihoterapevtov, ki so izpostavili določeno kategorijo oziroma podkategorijo.

3.1.1.1 Obremenitve povezane s pacienti

V kategorijo Obremenitev povezanih s pacienti sem uvrstila tiste potencialne stresorje, ki so neposredno povezani s pacienti in manj z drugimi dejavniki. Največ psihoterapevtov je izpostavilo življenjsko ogroženost ali samomor pacienta kot najbolj obremenjujoč dejavnik, ki se lahko pojavi pri opravljanju psihoterapevtskega poklica. Eden izmed psihoterapevtov, ki je delal z zelo depresivno pacientko z mejno organizacijo osebnosti, ki je imela za seboj že štiri poskuse samomora, je na primer povedal: *"Mislim, da če imaš zelo težkega klienta, s takimi težavami, je skoraj neizogibno imeti neke težke občutke ali nekaj nositi v svojem kontratransferu, ali skrb ali... ker določeni klienti nekako to vzbujajo v nas."* Svoje izkušnje z eno izmed pacientk, ki je napravila samomor, pa se ena izmed psihoterapevtk spominja takole: *"To je eno najtežjih bremen, seveda. Brema je, ko imaš pred seboj samomorilnega človeka in ne veš, a bo drugič prišel ali ne. Brema je, ko naredi tvoj pacient samomor, absolutno. Še v tisti fazi, ko nisem vedela kaj delat s pacienti, je ena bulimična pacientka samomor naredila. Kako neverjetno... študentka medicine, bistra, prekrasna punca, s hudimi obremenitvami v družini... in jaz seveda sem neumnosti delala, nič nisem znala, čutila pa je, da sem ji naklonjena in je naročila kolegom, da so mi prišli povedat, da je naredila samomor. A veste, to je porazno, namreč nujno te spravi v razmišljanje kaj počneš, a si sploh ta pravi poklic izbral, a je to sploh delo za tebe... takrat človek premišlja, a ne počne neki kar bi bilo boljše, da ne bi. Take imaš misli, da te je groza kakšne posledice ima lahko tvoje delo."*

Znotraj iste kategorije je približno tretjina udeležencev izpostavila določeno populacijo pacientov kot enega izmed najbolj obremenjujočih dejavnikov v psihoterapevtski praksi. Za eno izmed psihoterapevtk je recimo zelo obremenjujoče, ko se sreča s kakšnim dekletom z resno motnjo hranjenja in ki odklanja psihiatrično pomoč. Druga udeleženka je izpostavila vrsto pacientov z izrazito narcisistično osebnostno strukturo, kjer se lahko dlje časa *"ne premaknejo stvari"* in je včasih težko vztrajati in vzdržati v terapevtski aliansi. Eden izmed terapevtov je izpostavil disocialne osebnosti kot vrsto izrazito obremenjujočih pacientov, sploh ko jih zaznamuje veliko manipulativnosti in nasilniškega ter samopoškodovalnega vedenja. Dva udeleženca sta izpostavila paciente s sindromi odvisnosti od prepovedanih drog, s katerimi je nekoliko težje delati, sploh kadar pogosto recidivirajo. Dve psihoterapevtki pa sta navedli paciente z mejno osebnostno strukturo – ko gre za veliko nihanj v razpoloženju, dramatičnosti in nepredvidljivosti – kot bolj obremenjujoče od ostalih pacientov. Ena udeleženka o svojih izkušnjah s takimi pacienti pravi: *"Jaz imam največ težav – imam zmeraj*

potem tudi supervizije – kadar so pacienti, ki so izrazito mejno osebnostruktuirani in moraš biti še toliko bolj kontejner. Je zelo naporno to prenesti in ne odreagirati, sploh kadar so take zelo agresivne vsebine pa očitki: 'Vi ste kriva, zaradi vas je tako, saj bi mi lahko povedala...', kadar hočejo krivdo name sprojicirati.'

Poleg življenjske ogroženosti in samomora pacienta ter določene motnje pri pacientih so psihoterapevti v svojih intervjujih izpostavili še agresivnost pacienta (fizično in verbalno), njegovo nemotiviranost za obravnavo, ko se psihoterapija nikamor ne premakne, ker pacient v resnici ni pripravljen *"kaj dosti spremeniti pa na sebi narediti"* ter pacientove izrazite odpore, *"ko ne prideš skozi, kar pomeni, da se terapija ne premakne"*.

3.1.1.2 Obremenitve povezane s psihoterapevtskim procesom

Štirje psihoterapevti so izpostavili dejavnike, ki so bolj povezani s celotnim psihoterapevtskim procesom (oziroma potekom samih terapij) kot s pacienti ali terapevtom samim, kot najbolj stresne v njihovi psihoterapevtski praksi. Znotraj teh sta dve psihoterapevtki omenili neko vrsto diagnostične nejasnosti oziroma nedoločenosti, ki nakazuje na to, da so psihoterapevtski procesi, tako v diagnostični fazi kot v kasnejših fazah terapije, vse prej kot enostavni. Ena izmed intervjuvank je tako dejala, da je ta nejasnost lahko stresna sploh v začetnih seansah ali na primer pri mladostnikih, kjer se lahko pojavijo zelo različne vrste motenj (včasih istočasno). Druga psihoterapevtka je o tej vrsti obremenitve povedala naslednje: *"Sicer je z leti vedno manj, ampak na začetku je bilo zame zelo obremenjujoče to, da stvari niso tako eksaktne, kakor bi si želeli, ne stojijo tako eksaktno, kakor v predstavljenih primerih, ki so vedno tisti najbolj tipični. Tako, da v bistvu je to teren po katerem ne moreš delovati z nekimi razumskimi, knjižnimi koncepti, ampak se moraš zelo zanašati na občutek. Recimo ta del je bil zame najtežji, kako najti svoj občutek, da sem res lahko prepričana, da ne prestopam neke meje, ali pa neke pravice, ki jo imam v odnosu do drugega človeka, ter da mu puščam svobodo, da delujem dobro po svoji etiki. Tako da ta del, skozi katerega sam tipaš, je bil meni najtežji in mi je še zdaj recimo, prav ta vprašanja: "kaj", "kako"... ni enega samega modela, vsaj pač zame ne, če hočeš delati dobro."*

Eden izmed psihoterapevtov je izpostavil pojavnost nerazumljivih situacij v psihoterapevtskem procesu kot obremenjujočo. Sam svoje doživljanje opisuje takole: *"V stisko me spravi, kadar so take situacije, da nekaterih stvari ne razumem, ali pa so take stvari,*

ki praktično čisto iz enega drugega konteksta ven pridejo, ko pravzaprav ne vem za kaj gre, ne znam odreagirati. Stvari, ki razumem in se mi zdi, da je možno, da do njih pride, tudi če do njih pride in so zelo neugodne, me pa v tako hudo stisko ne spravijo, ker jih na nek način razumem kot en del procesa in jih pač kot take tudi sprejemam."

Še ena izmed udeleženk pa je izpostavila prve faze psihoterapevtskega procesa na splošno kot najbolj stresne. O tem je dejala: *"Najbolj obremenjujoče so te prve faze terapevtskega procesa... Slabše strukturirani oziroma bolj travmatizirani pacienti, z zelo zgodnjimi travmami, potrebujejo zelo zelo zelo veliko časa, da navežejo nek zaupen odnos, in v tem času je seveda ogromno enega nezaupanja, projekcij, tudi agresije in je potem težko ohranjati empatičen odnos do nekoga, ki te recimo nenehno napada. To je ena faza, ki je nujno potrebna, zato da se potem ustvari en bolj konstruktiven terapevtski odnos, ki odpira možnost za terapevtsko napredovanje, ampak ta faza v terapiji šibko strukturiranih, bolj travmatiziranih, se pravi zgodaj travmatiziranih, traja bistveno dlje. Pri bolj strukturiranih te faze sploh ni, ali pa se zelo hitro gre skozi to fazo nezaupanja in zadržanosti. Tako, da dejansko je najbolj frustrativna tista faza, ko odnos še ne steče zadovoljivo zaradi pač njihovega nezaupanja, zaradi slabih objektnih izkušenj, ki so jih imeli v življenju."*

3.1.1.3 Obremenitve povezane s psihoterapevti

Dva izmed psihoterapevtov sta izpostavila dejavnike, ki sem jih uvrstila v kategorijo Obremenitve povezane s psihoterapevti. Slednja zajema stresorje, ki so v prvi vrsti povezane predvsem s psihoterapevti samimi (z njihovimi izkušnjami, osebnostjo, vedenjem ipd.). Ena izmed udeleženk je dejala: *"Verjetno me najbolj obremenjujejo neke lastne, notranje ovire, preko katerih se moraš prigrizt, zato da lahko bolje prideš nasproti pacientu. Mislim, da je to tisto, kar je najtežje."*

Drug psihoterapevt je glede tega povedal: *"Najbolj obremenjujoče je, ko te pacienti dobijo na šibki točki in se naredi marsikatera napaka – ki je lahko sicer drobna, ampak potem jo pacient poveča skozi transfer – in je potrebno to sprejet ter včasih kar precej na sebi delat. Te napake, recimo napačen ton, nerodna pripomba na neko občutljivo zadevo, ki jo pacient razlaga, ki nam uide pač zaradi lastnih kompleksov.... – vsi imamo še naprej svoje komplekse, tudi če smo v lastni terapiji, in vsak, kdor dela, prvi greši – mislim, da te zadeve, so učne, prilika za delo na sebi in hkrati so pa seveda tudi tisto najtežje."*

3.1.1.4 Obremenitve povezane z zunanjimi dejavniki

Dva izmed psihoterapevtov sta kot najbolj obremenjujoča dejavnika pri njunem delu navedla stresorja, ki sta bolj povezana z nekimi zunanjimi okoliščinami (na primer z dostopnostjo psihoterapevtske dejavnosti za ljudi in z nenadzorljivimi spremembami v življenju pacientov, ki neposredno vplivajo na potek njihove terapije), kot s tistimi, ki sestavljajo glavne elemente psihoterapije. Ena terapevtka je tako dejala, da ji največjo obremenitev predstavlja prevelika količina dela, drugi pa da doživlja največ stresa v situacijah, ko ne more veliko narediti, da bi jih preprečil ali vsaj omilil njihove negativne posledice. Sam o takih obremenitvah pravi takole: *"So situacije, ko si nemočen in vsaj zame je to največja stiska, nemoč. Pravzaprav večinoma objektivno, ne samo zaradi tega, ker ne zmoreš, nimaš znanja – to mogoče kdaj – ampak temeljni problem je, ker pride do situacij, ko si dejansko nemočen, ko ne moreš nič in... to me najbolj v stisko spravlja. Jaz sem recimo imel dolgo časa eno pacientko, ki je zdaj že dolgo časa ni in vprašanje, če se bo sploh vrnila, ker se ji je zdravstveno stanje zelo poslabšalo. Tu se mi ta njen film nenehno vrti in imam kar težave, kaj ji pravzaprav rečt, ker se ji objektivno zdravstveno stanje slabša in vprašanje je, kako se bo zmazala. Že proti koncu, ko je komaj še prihajala do mene, ampak ko je zmogla je le prišla – ni zmogla vedno in jaz sem to razumel – sem imel stiske, ker vem, da se bori z zelo težko boleznijo. Takšne situacije so mi... tu se mi pa vrti film."*

3.1.2 Povzetek kvalitativnih rezultatov: teme doživetih najbolj obremenjujočih situacij

V intervjujih sem udeležence tudi prosila, naj opišejo najbolj obremenjujočo situacijo v kateri so se znašli pri opravljanju psihoterapevtske dejavnosti (Glej Preglednico 3). Teme njihovih opisov sem razvrstila v tri kategorije; vsaka izmed njih pa zajema različno število podkategorij. Dvanajst psihoterapevtov je izpostavilo po eno situacijo, katere temo sem uvrstila v eno izmed podkategorij določene kategorije. Trije psihoterapevti so opisali vsak po dve situaciji, katere temi sem uvrstila v dve različni podkategoriji znotraj kategorije Obremenitve povezane s pacienti. Samo ena psihoterapevtka je navedla tri različne situacije; njihove teme pa sem razvrstila v dve različni podkategoriji kategorije Obremenitve povezane s pacienti.

Preglednica 3. Kategorije in podkategorije najbolj obremenjujočih situacij, v kateri so se znašli psihoterapevti.

Tema situacije	N
<i>Obremenitve povezane s pacienti</i>	13
Življenjska ogroženost ali samomor pacienta	8
Agresivnost pacienta	5
Določena motnja pri pacientih oz. populacija pacientov	4
<i>Obremenitve povezane s psihoterapevti</i>	3
Lastne napake	2
Terapevtove šibke točke	1
<i>Obremenitve povezane s psihoterapevtskim procesom</i>	1
Terapije brez napredka / nerešljivost	1

Opombe: v poševnem tisku so napisane tri glavne kategorije obremenitev; N pomeni število različnih psihoterapevtov, ki so izpostavili določeno kategorijo oziroma podkategorijo.

3.1.2.1 Obremenitve povezane s pacienti

V kategorijo Obremenitve povezane s pacienti sem uvrstila tiste situacije, ki so jih zaznamovale predvsem določene značilnosti ali posebnosti pacientov, s katerimi so psihoterapevti bili v kontaktu. Največ psihoterapevtov je izpostavilo situacijo, v kateri so se srečali z življenjsko ogroženostjo ali samomoram posameznika kot najbolj obremenjujočo. Tako je na primer psihoterapevtka opisala dogodek, ko ji je ena izmed mladostnic napisala pismo, da bo naredila samomor tako, da se bo najedla tablet. Dekle so na srečo našli pravočasno in jo hospitalizirali, s terapevtko pa sta bili nenehno v stiku. Kasneje so se stvari lepo iztekle, mladostnica je dandanes že odrasla gospa, a intervjuvanka se tistih okoliščin spominja kot izredno obremenjujočih. Drug psihoterapevt se samomora ene izmed njegovih pacientk spominja takole: *"Šlo je za eno pacientko, ki je bila odvisna od droge, bila je na heroinu. Pacientka je bila vključena v skupinsko obravnavo in je bila kar obremenjujoča situacija tudi za celotno skupino, še posebej ker je šlo za osebo, ki je bila na zunaj vedno zelo optimistična, neke vrste gonilo skupine. To je bila kar precej zahtevna situacija."* Še ena izmed terapevtk pa je o samomornosti povedala naslednje: *"Če gre za ogroženost življenjsko, to je zame zares najbolj stresno. Nekako čutiš eno nemoč, zlasti takrat, ko je pacient že vse preizkusil, od skupin, bolnice, do ambulantnega psihiatričnega zdravljenja, celo tujine... takrat se mi zdi, da res nekako ostaneš tako... tako sam."*

Pet psihoterapevtov je opisalo situacijo, ki jo je zaznamovala določena oblika agresivnosti s strani pacienta, od verbalnih napadov v obliki groženj ali razvrednotenja terapevta, do fizičnih dejanj. Ena izmed udeleženk je o verbalnih oblikah nasilja imela povedati naslednje: *"Ta*

razvrednotenja terapije ali terapevta, to je strašno težko... ko gre za zelo veliko destrukcije, ki leti tudi na nas, to mi ni ravno najbolj fajn, ampak poskušam zdržati. Kdaj pa kdaj tudi malo bolj ostre meje postavim, tudi povzdignem glas: 'Tako pa ne bomo zdaj, glejte kaj delate z odnosi, ne dovolim tega', nekako spontano, iskreno, kolikor se da. Ja, to so take... bodice strupene." Dva psihoterapevta sta celo doživela neposreden fizičen napad enega izmed pacientov v obravnavi. Eden je dejal, da je bil takrat "premalo izkušen, da bi prej opazil znake psihotičnosti", druga pa tisto situacijo opisuje takole: "Ena pacientka, ki je bila izrazito mejno strukturirana, je imela v bistvu totalen acting out in me je napadla. Napadla je v bistvu mojo tišino, ker se nisem odzvala na njene agresivne, izrazito seksualne vsebine vezane name, in ker se nisem odzvala – kasneje je bila tudi kritična do tega – me je telesno napadla. Zelo zelo sem se ustrašila in povsem nemočna sem bila, ker sploh nisem pomislila, da bo skočila pa bi lahko pomislila in nisem. To je bil hrup, so noter prileteli, jo prijeli in jo odpeljali. Potem smo se usedli in smo se pomenili, da sem najprej povedala kaj je sploh bilo. Kasneje sem se zelo ukvarjala s tem, kaj bo zdaj, a bo sploh prišla naslednjič in kako bom jaz zmogla... saj ti teoretično veš, kako se moraš vesti, ampak, a bom to zmogla?... ker me je bilo v bistvu strah. Ampak ona je potem takoj prišla z opravičilom, in že to da je prišla, mi je na nek način odleglo. Po tem se je zelo obrnila terapija, ampak to je bilo najbolj grozno."

Štirje psihoterapevti so opisali situacijo, ki jo je zaznamovala predvsem določena motnja oziroma problematika pacienta, kot najbolj obremenjujočo situacijo v kateri so se znašli pri opravljanju poklica. Ena izmed psihoterapevtk se tako spominja, kako je po dolgem času, ko je bil pacient pri njej v terapiji, izvedela, da je dolga leta zlorabljal svoje otroke: "S tem pedofilom je bilo grozno, sploh nisem vedela, kaj naj naredim. Sem okrog klicarla, če ga moram prijaviti, ali kaj naj s tem naredim." Terapije z njim ni mogla nadaljevati, zato jo je prekinila in ga preusmerila drugam. Druga udeleženka pa je o eni izmed večjih obremenitev, s katerimi se je srečala v svoji praksi povedala naslednje: "Zelo velik izziv so posttravmatske stresne motnje in, ko smo mi začeli delati z vojnimi begunci iz Bosne, sem zelo veliko delala z žrtvami vojnega nasilja, ki so doživeli najhujše oblike travm, in tisto obdobje je bilo zame mogoče eno najbolj stresnih obdobj. Spominjam se deklince, ki je pribežala iz Bosne, kjer je izgubila mamo in očeta; videla je, kako je mamo razneslo, njihovo vas so požgali in oče je umrl v ognju. Ona je zbežala, bežala čez Bosno in je prišla praktično skoraj psihotična, povsem dezorientirana v Slovenijo. Tukaj sem jo jaz obravnavala, zelo intenzivno, in ona se je

zelo navezala name, tako da sem se počutila še bolj odgovorno zanj. Potem je odšla na Nizozemsko, se ukvarjala s prostitucijo – midve sva bili še dolga leta v kontaktu –, kasneje se je pa poročila, tako da sem tudi slikico hčerke videla in vse je kazalo kot da bo... da lepo teče. Potem pa mi je nekaj let nazaj pisal njen mož, da je odšla v Bosno iskat sorodnike, jih obiskat in da se noče vrniti. Pričakoval je najbrž od mene eno pomoč pa se nekje nisem počutila, nisem vedela kaj, kako, koliko se vpletati. Dolga leta so že minila odkar sem bila z njo v stiku, tako da pravzaprav je bila zgodba nekako s tem zaključena. Mi je pa ostal en tak, grenak priokus."

3.1.2.2 Obremenitve povezane s psihoterapevti

V kategorijo Obremenitve povezane s psihoterapevti sem uvrstila tiste opise situacij, ki so jih zaznamovale predvsem določene značilnosti psihoterapevtov samih (njihovo vedenje, izkušnje ali osebnost). Dva psihoterapevta sta opisala situacije, v kateri sta napravila nenamerno napako, ki so jima predstavljale določeno stopnjo obremenjenosti. Psihoterapevtka je o takem pripetljaju na primer povedala sledeče: *"Naredila sem eno tako tehnično napako, ker sem pač pomotoma pacientu poslala sporočilo s povabilom na kavo, ki je bilo namenjeno nekomu drugemu. Bila sem zelo nesigurna, kaj se lahko zgodi. Ne bi bilo nič hudega, če se ta človek ne bi odzval, se je pa odzval in sem se spraševala: 'kaj zdaj?' Seveda sem ga morala takoj zavrniti in sem ga. On se je seveda počutil zavrnjenega in, ko sva se naslednjič dobila, se je še vedno počutil od mene zavrnjenega... in potem to škodo popraviti, mogoče pol leta rabiš, da jo popraviš, pa veš, da si jo sam naredil."*

Druga intervjuvanka pa je kot izredno obremenjujočo izpostavila situacijo, ko je njen pacient na terapevtski uri izpostavil nekaj, kar jo je spomnilo na neko lastno bolečo izkušnjo iz preteklosti: *"Šlo je za nekaj kar je na neko obremenitev iz mojega otroštva zelo pritisnilo. Z mojo terapevtko sva se o tem pogovarjali, da mi je pomagala razjasniti, ter supervizorju sem o tem govorila, z vsakim na drugačen način. Danes me taka stvar ne bi več toliko prizadela, takrat pa mi je bilo eno obdobje zelo težko."*

3.1.2.3 Obremenitve povezane s psihoterapevtskim procesom

Ena izmed udeležencev pa je kot najbolj obremenjujočo opisala situacijo, ki jo je zaznamoval negativen izid terapije, o tem je dejala: *"Meni so še vedno najbolj obremenjujoče situacije kjer ni napredka, takega kot bi moral biti, ali pa kjer so stvari, ki niso ne vem koliko rešljive. Se mi zdi, da me te stvari najbolj obremenijo, čeprav je zdaj bistveno bolje kot je bilo, ampak me še vedno. Spominjam se recimo osebe, pri kateri sem se neskončno trudila in sem tudi šla večkrat čez vse te moje filtre kritične, da v resnici sem naredila vse, kar je bilo možno narediti, ampak ni bilo premika iz tega negativizma. To kar je meni najtežje, da nekdo cel svet sovraži in vse krivi zaradi svojih težav. V to luknjo lahko vedno padeš, ti lahko vedno začneš obtoževati starše pa partnerja pa... ampak iz tega ne moreš nikamor prilesti. Eno obdobje v redu, če je nekdo eno leto, dve leti v tem, ampak če ni premika iz tega, to mene zelo oteži, ker se mi zdi, da so te stvari globlje, ne samo psihološke, da je to v bistvu nek globlji zastoj pri človeku. Če se ta naravnava ne spremeni, se mi zdi, da tlele najmanj lahko pomagam in me tudi osebno bremeni, mogoče tudi zato, ker vem da ne morem pomagati, vem da take ljudi nekako nosim. Mi je žal zanj, mi je hudo zanj, se pa potem vedno sprašujem, a bi bilo mogoče dobro, če bi pa prej rekla: 'Glej, vidiš, nikamor ne prilezemo, dejmo nehat', ampak ko pa sem to naredila in druga stran ni tako čutila, pa se tudi nisem počutila v redu. To je neka situacija, ki se ji ne znam izogniti, jo pač moram nekako preživeti, to mi je najbolj obremenilno, da imam občutek, da nekomu na neki zame zelo bistveni točki ne morem v končni fazi niti priti blizu, ker če bi lahko, potem neka sprememba bi pa mogoče vseeno bila."*

3.1.3 Druge obremenitve

Poleg zgoraj omenjenih obremenitev so psihoterapevti izpostavili še nekaj drugih, manj obremenjujočih dejavnikov, ki so bolj posredno povezani z opravljanjem njihove dejavnosti, a jim vendarle predstavljajo določen vir stresa. V nadaljevanju bom te dejavnike na kratko povzela.

Šest zasebnih psihoterapevtov je dejalo, da je finančni vidik opravljanja psihoterapevtske dejavnosti lahko problematičen. O tem je ena izmed intervjuvank dejala: *"Moje storitve so v celoti samoplačniške in seveda, dokler ni bilo te krize, ni bilo težav. Zdaj ko je ta kriza pa marsikateri od pacientov ali družinskih članov ostane brez službe, zasebniki imajo bistveno manjši promet, ali pa preprosto samo strah pred to krizo... zaradi tega se tudi zmanjša število pacientov, in takrat je seveda tudi skrb za preživetje. Tako, da to je ena takšna dodatna*

organizacijska obremenitev, je občasno prisotna ena takšna zaskrbljenost, ampak mislim, da je pri vseh privatnikih." Druga izmed udeležencev vidi problematičnost finančnega vidika ne samo v tem, da mogoče psihoterapevt ne uspe pokriti svojih stroškov s prihodki od dejavnosti, ampak tudi v vplivu finančnega okvira na samo vodenje terapij s pacienti. Glede tega je povedala sledeče: "Dostikrat čutim potrebo, če stvari ne bi bile plačljive, da bi bila srečanja pogostejša. To je problem, ker pač moraš plavati znotraj tega kar je finančno možno, čeprav imam tudi nižje cene za tiste, ki ne zmorejo. Na primer pri ljudeh, ki jih imam v skupini, se včasih lovim, ker čutim, da je to minimum – dvakrat na mesec po tri ure – in da bi bilo potrebno še kdaj individualno zraven delati, da bi se pogosteje videli. To mogoče me še najbolj... da nismo toliko svobodni pri določanju števila srečanj in da ne vem kako bi določali, če ne bi bilo tega finančnega okvira. Mislim, da je bilo prej, ko sem delala v okviru enega zavoda in so bile storitve znižane, ker so bile sofinancirane, boljše, ker se mi je zdelo, da smo lahko določili ure tako, da je bilo v redu. Zdaj pa delamo na minimalno možno in tudi jaz sem zelo orientirana na to – evo, to me bremeni –, da porabimo čim manj ur in da poskušamo v teh čim več narediti. To pa je potem past, ki te potegne v storilnost, in lahko ustvariš določeno atmosfero s človekom, kar v resnici pomeni, da ga preganjaš. Trenutno ne vidim neke možnosti, ampak bi si želela, da bi se ta čas bolj svobodno razporejal, res po potrebi."

Dva psihoterapevta sta izpostavila kot obremenjujočo pomanjkanje podpore psihoterapevtski dejavnosti. Ena udeleženka je dejala, da se ji zdi, *"da smo zelo prepuščeni sami sebi, svoji iniciativi, nekim stanovskim inštitucijam, da družbene inštitucije v širšem smislu tega ne podpirajo, kot da bijemo bitko z mlini na veter, da bi to postavili, ker čutimo, da v družbi to zelo rabijo, psihoterapijo zelo rabijo, dnevno imamo klice, dnevno zavračamo ljudi za psihoterapijo, dnevno. V višjih inštitucijah, v državnih inštitucijah pa sploh ne podpirajo tega, moramo vse sami postavljati, za kar bi v bistvu lahko družba malo poskrbela."* Podobnega mnenja je tudi drug intervjuvanec, ki je dejal: *"Nasploh s psihoterapijo smo vedno imeli stalne borbe: opravičevati to, dokazovati, da je to potrebno, da je to koristno. V zdravstvu smo imeli kar veliko težav s tem prejšnja leta, v psihiatriji so vladali veliki dvomi s strani teh klasičnih psihiatrov. Problem je tudi to, da je ena psihoterapevtska ura zelo nizko vrednotena, tako da je pravzaprav težko shajati samo s psihoterapijo, če gledamo tiste točke, ki jih je potrebno doseči. Posledično je problem, da si kaj dosti psihoterapij ne moremo privoščiti, torej so potrebe veliko večje kot pa so možnosti."*

Dve psihoterapevki sta izpostavili opravljanje administrativnega dela oziroma beleženje dokumentacije kot možen vir zmerne obremenjenosti. Ena izmed teh je dejala: *"Mogoče ena stvar, ki je bila zame obremenilna, ki me je utrujala, je bilo administrativno delo, namesto, da bi se posvečala strokovnemu, to pa mi je mogoče res šlo najbolj na živce. Zdaj, ko imam sestro tukaj, je veliko tega odpadlo, tudi mi je lažje, manj stresno, kot je bilo prej, tako, da je to velika prednost. Plus meni še vedno zmanjkuje časa pa je stresno zame, ker mi ni lepo pisati izvidov pa jih moram, to ostaja, to ja. Jaz mnogo rajši delam, bi z veseljem rada videla, če bi kdo drug pisal; to je najbolj stresno, ker vem, da moram, je pa to tisto nedokončano delo, to je vedno."* Druga udeleženka pa je o tem dejala: *"Jaz sem imela velike probleme z dokumentiranjem gradiva. Lahko sem sorazmerno veliko različnih dejavnosti opravila v delovnem času, ampak nisem uspela – predvideno je bilo petdeset minut dela s pacientom pa deset minut dokumentacije –, meni ni nikoli v življenju uspelo v desetih minutah narediti fokus tega kar smo počeli, nisem mogla. In morem po pravici povedati, da sem odšla v pokoj ne da bi dokumentacijo dokončno spravila v red, nisem."*

Ena izmed psihoterapevtek je izpostavila dejstvo, da mora včasih psihoterapevt podrediti oziroma prilagoditi življenje svoji dejavnosti, kot nekoliko obremenjujoče. Pojasnila je: *"Problem je na primer to, da si med letom ne morem privoščiti dopusta; pri analitični terapiji moraš namreč biti kontinuirano tukaj. Recimo je bil problem, ko sem bila en teden v tujini in je nekdo to separacijo zelo hudo doživel in bi zelo rad imel eno terapijo vmes, jaz pa nisem mogla. Pravzaprav si mora terapevt življenje prilagoditi, zato da to počne. Med prazniki na primer, med božičem in novim letom, sem vedno tukaj, sicer nimam tri dni terapije, ampak vse paciente dam na en dan, ali pa na dva dni. Jaz točno vem, da ne morem iti na potovanje za dva meseca. Pri meni so terapije dolge dve, tri do štiri leta, to pomeni, da moram biti za vsakega kontinuirano toliko let tukaj; ampak seveda, ker imam ljudi v različnih fazah terapije, moram biti vedno na razpolago, sicer ob terminih, ampak vedno, in to je obremenitev. Jaz ne morem na smučanje za en teden, kaj naj rečem pacientu, ki je v stiski? 'Glejte jaz grem pa smučat za en teden', to ne gre. Če ima on v torek uro ob sedmih, jo ima ves čas, štiri leta na voljo, točno tisto uro."*

Štiri psihoterapevke so navedle, da lahko določene specifične značilnosti psihoterapevtskega procesa predstavljajo terapevtu določen vir obremenitve. Ena izmed njih je na primer izpostavila nenehno nadzorovanje lastnih odzivov na pacienta, kot stresno. Dejala je:

"Obremenitev je morda tudi to – ker imam razvojno analitične terapije, kjer si nenehno v očesnem kontaktu s pacientom –, da si nenehno na očeh pacienta. To pomeni, da zazna vsak neverbalen odziv in ljudje s šibko osebnostno strukturo so silno, silno, silno občutljivi za ta neverbalna sporočila in dejansko moram nenehno kontrolirati svoje odzive. Recimo če sem utrujena, če mi je dolgčas, če sem jezna... moram zelo paziti, da to ne obremeni pacienta oziroma, če pacient to zazna, se pač moramo o tem pogovoriti. To je ena moja obremenitev, ampak to je setting, ki je vezan na tip pacienta; v klasični analizi so seveda pacienti bolj aktivni, bolj strukturirani, ne potrebujejo nenehnega očesnega kontakta in je to razbremenitev tudi za terapevta. Pri slabše strukturiranih, bolj ranjenih pacientih, pa so neverbalni odzivi zelo pomembni in seveda, včasih naših odzivov ne bi radi delili s pacientom, ampak takrat se pač soočamo s tem, da je potrebno tudi s tem delati oziroma tudi na to biti pozoren."

Dve intervjuvanki sta omenili točen zaključek terapijske ure oziroma zavlačevanje pacientov ob koncu seanse kot možen vir obremenitve. Ena psihoterapevtka je dejala: *"Jaz imam še zmeraj problem končati točno na uro. Tukaj sem še vedno na tisti točki, ker je tudi meni kot klientki bilo zelo ljubo, če me niso ustavili: 'No, zdaj pa je čas potekel'. Včasih se preveč zapletem in grem preveč čez in točno vem, da ni prav, ker po drugi strani je pomembno, da znaš postaviti meje, ker to drugega pravzaprav učiš."* Druga pa je o zavlačevanju pacientov povedala naslednje: *"Če hoče kdo zavlačevati, to mi je malo obremenjujoče, ker vem da že pride naslednji, ampak težko mejo postavim. So ljudje, ki bi kar podaljšali, ti jemljejo čas, čeprav vejo, da je tvoj čas za njih samo od-do. Koga težko tako rigorozno prekineš, a včasih moraš, ker veš, da je to v njegovo korist, ampak te potegne: 'Joj, saj res, mogoče pa bi še to...' in začne jokati, ti pa veš, da zdaj pride naslednji."*

Ena izmed udeleženk pa je omenila, da je včasih lahko stresno, če se pacienta, ki se poznata, srečata v njeni ordinaciji, kljub temu, da se zelo trudi, da se to ne bi zgodilo. O tem pravi: *"Trudim se, da se pacienti ne bi srečevali, imam tudi tako zorganizirano, da imam seanse po 45-50 minut, vmes en odide in pride drugi, ker vsak želi, da se ne bi s poznanim srečal; če pa se že srečajo, potem me včasih kar malo stisne. To mi je bilo obremenjujoče, ko sem zadnjič ravno imela tak problem; zdravnikov iz naše bolnice imam cel kup, med sabo se poznajo in ne vejo, da prihajajo k meni pa potem kritizirajo drug drugega – to je njihova resnica, vsak ima svojo, jaz nimam težav tega ločiti – pa sta se dve tu srečali in sta bili kar malo šokirani, čeprav se trudim, da se ne bi. Recimo to je lahko stresno, da moraš po teh pravilih, da se ne*

srečujejo, da paziš, da se zunaj ti ne srečuješ z njimi... So take stvari včasih, ko te kar malo stisne: 'Joj, zdaj se bosta pa onadva tam v bolnici srečala, jaz sem pa kriva, ker sem jih tako naročila'... jemlješ odgovornost nase, čeprav včasih se ne da drugače, kot da se tudi srečajo.'

3.1.4 Kvantitativni rezultati delovnih obremenitev

Psihoterapevti so v raziskavi ocenjevali, koliko se jim zdi določen potencialen stresor obremenjujoč in kako pogosto se le-ta pojavlja v njihovi psihoterapevtski praksi. Rezultati so predstavljeni v spodnji preglednici.

Preglednica 4. Rezultati na Lestvici psihoterapevtovih stresorjev.

Stresor	Stres		Frekvenca	
	M	SD	M	SD
Klientove samomorilne izjave	4,00	0,89	2,94	0,93
Nezmožnost pomagati klientu v hudi stiski, da bi se bolje počutil	3,94	0,77	2,69	0,87
Nenaklonjenost klientu	3,31	0,95	2,00	0,89
Hudo depresiven klient	3,31	0,79	2,75	0,78
Občutek odgovornosti za življenja klientov*	3,25	1,06	3,00	1,10
Klientovo pripovedovanje o izkušnji posilstva, incesta, pretepa ali drugih zlorab*	3,06	1,06	3,38	1,15
Klientova ekstremna odvisnost v odnosu do vas	2,94	0,85	2,75	0,86
Klientovo izražanje jeze proti vam	2,94	0,77	2,81	0,98
Srečanje večjega števila klientov v tednu dni, kakor običajno	2,94	1,06	2,81	1,11
Pomanjkanje zaznanega napredka s klientom	2,88	0,81	2,56	0,73
Dajanje morebitno bolečih interpretacij ali povratnih informacij klientu	2,81	0,83	3,00	0,89
Poklicni konflikti s sodelavci	2,75	1,00	1,75	0,58
Apatija ali pomanjkanje motivacije s strani klienta	2,75	0,86	2,75	0,68
Klientova prezgodnja prekinitev terapije	2,69	0,79	2,31	0,48
Vaši dvomi glede učinkovitosti terapije	2,56	0,89	2,38	0,62
Telefonski klici klienta na vaš dom, izven delovnega časa	2,44	1,15	2,31	0,70

Nezmožnost odmisлити skrbi povezane s klienti izven delovnega časa	2,44	0,96	3,00	1,16
Ločenost od drugih strokovnjakov	2,38	1,09	2,63	1,36
Klientovo izražanje agresije in sovražnosti do druge osebe	2,38	1,02	3,44	1,03
Klient laže	2,31	0,87	2,12	0,96
Klientovo omenjanje tematik, ki so občutljive narave v vašem osebnem življenju	2,19	0,83	2,19	0,98
Klientovo zamujanje na seanso	1,88	0,62	2,25	0,58
Klientov jok	1,75	0,86	3,56	1,41
Spolna privlačnost do klienta	1,69	0,79	1,69	0,60
Nadziranje izražanja lastnih čustev med seansami	1,69	0,48	3,06	1,24
Nujnost biti neprestano pozoren med seansami	1,69	0,79	4,06	1,44
Dolgčas med seansami	1,62	0,72	1,81	0,66
Uravnoteženje empatije in primerne strokovne distance do klienta	1,56	0,73	3,69	1,45
Klientova anksioznost	1,56	0,63	4,13	0,96
Odsotnost izražanja hvaležnosti s strani klienta	1,44	0,63	2,38	0,96
V skupnosti obstoječi stereotipi o psihoterapevtih	1,31	0,60	2,50	1,21

Opombe: stresorji so razvrščeni po povprečni stopnji stresnosti (od najbolj do najmanj obremenjujočega); v poudarjenem tisku so navedeni stresorji, ki imajo povprečno frekvenco $\geq 3,00$ (psihoterapevti se z njimi srečujejo vsaj srednje pogosto); stresorja z zvezdico psihoterapevti v povprečju dojemajo kot vsaj srednje stresna in se z njima srečujejo vsaj srednje pogosto).

Klientove samomorilne izjave in Nezmožnost pomagati klientu v hudi stiski, da bi se bolje počutil psihoterapevti v povprečju dojemajo kot najbolj stresni obremenitvi, s katerimi se srečujejo pri opravljanju poklica. *V skupnosti obstoječe stereotipe o psihoterapevtih* in *Odsotnost izražanja hvaležnosti s strani klienta* pa udeleženci v povprečju ocenjujejo kot najmanj obremenjujoča potencialna stresorja. S *Klientovo anksioznostjo* in *Nujnostjo biti neprestano pozoren med seansami* se psihoterapevti v povprečju srečujejo precej pogosto, najmanj pa se pri svojem delu srečujejo s *Poklicnimi konflikti s sodelavci* in s *Spolno privlačnostjo do klienta*.

Le dva stresorja: *Občutek odgovornosti za življenja klientov* in *Klientovo pripovedovanje o izkušnji posilstva, incesta, pretepa ali drugih zlorab* so psihoterapevti v povprečju ocenili kot srednje stresna in taka, ki se pojavljata vsaj srednje pogosto pri opravljanju poklica.

3.2 Kvalitativni podatki o spoprijemanju z delovnimi obremenitvami pri psihoterapevtih

Analiza vsebine intervjujev s psihoterapevti je izluščila pet glavnih načinov spoprijemanja s potencialnimi poklicnimi stresorji. Teme, ki so se pojavile pri vseh šestnajstih udeležencih so naslednje: supervizija, medosebna podpora, psihoterapevtska usposobljenost, aktivnosti izven poklica in sprejetje. V nadaljevanju bom predstavila vsako izmed teh.

3.2.1 Supervizija

"Podobno kot pacient začuti, da je tista ura pa res njegova, da ga res poslušáš, da si z njim, da se mu posvečáš... prav tako terapevt v superviziji doživi, da si ves čas z njim, se poglobljaš v to, skrbiš, razmišljaš, si glavo beliš..."

V intervjujih so udeleženci najpogosteje navajali koriščenje supervizije kot enega izmed najpomembnejših načinov spoprijemanja z delovnimi obremenitvami. Psihoterapevti so jo opisali kot zelo pomembno in nepogrešljivo razbremenitev pri opravljanju poklica. Ena izmed intervjuvank je dejala, da je pri psihoterapevtskem delu funkcionirati brez tega pravi nesmisel. Terapevti so v svojih opisih izpostavili predvsem dve temelji funkciji supervizije – instrumentalno in podporno, ki sta za njih ključnega pomena pri spoprijemanju s poklicnimi stresi. Znotraj prve so navedli naslednje prednosti supervizije: omogoča razširjen pogled na določeno situacijo (odpre kakšen nov zorni kot, spodbudi nastajanje novih idej) – en sam terapevt namreč ne more opaziti vseh pomembnih vidikov, pogosto zaradi lastne "slepe pege", spodbuja poglobljeno razumevanje sebe (terapevta) in psihoterapevtskega procesa (osvetli morebitne kontratransferne reakcije, omogoča umestitev terapevtovih napak v določen kontekst in predvidevanje šibkih točk v prihodnje, olajša diferenciacijo pacientovih in terapevtovih težav) ter nudi terapevtu strokovno znanje, konkretne napotke oziroma smernice, da dovolj dobro in prav dela ter ga vodi pri vnašanju sprememb v lastno prakso v primerih, ko je potrebno določene stvari popraviti ali izboljšati. Podporna funkcija supervizije je prav tako pomembna za psihoterapevte, ki so v pogovorih omenili predvsem naslednje prednosti: pomiritev terapevta oziroma potrditev, da dela prav, ventilacija oziroma razbremenitev

kontratransfernih in drugih občutkov ter delitev odgovornosti za terapevtski proces s supervizorjem.

Ena izmed intervjuvank je na primer prednosti skupinske supervizije povzela takole: *"Kot prvo lahko kolegi odprejo kakšen novi zorni kot, ki ga sami morda spregledamo. Kot drugo, nas lahko potrdijo, da delamo v pravi smeri recimo takrat, ko zadeva nekako ne napreduje, in potem lažje zdržimo tisti čas, ko se pač še ne razpleta. Tudi če nas opozorijo, da je potrebno kaj popraviti, nam je lažje, saj začnemo tudi o tej možnosti razmišljati in posledično lahko vnesemo kakšno spremembo v terapijo. Kot tretje pa nas drugi lahko razbremenijo teh neprijetnih občutkov, jeze, žalosti, dvomov... ko to podeliš s skupino, s supervizorjem, potem lažje naprej živiš in delaš s pacientom. Meni se supervizija zdi, kljub temu, da zame ni več obvezna odkar imam naziv, zelo zelo dragocena in je tudi ne mislim opustiti. Dokler bom delala, bom skušala ohraniti ali supervizijo ali intervizijo."*

Druga udeleženka pa je o svojih izkušnjah s supervizijo povedala naslednje: *"Najbrž se ljudje, ki grejo v supervizijo, sploh ne zavedajo kaj vse bojo dobili. Vsaj v začetnem obdobju, ali pa ko še študirajo, je tu sigurno strokovno znanje, so praktične izkušnje, ki jih starejši kolega ima, ampak tu je še mnogo zraven. Mislim, da pravijo, da z nekom deliš odgovornost, ker pravzaprav o tem, kaj s pacientom delaš, v miru z nekom razmišljaš. Verjamem, da je to, da breme odgovornosti deliš, zelo zelo pomembno. Na nek način je tudi varstvo pred izgorevanjem, ker te lahko supervizor opozori, če se preveč razdajaš, ali pa te opomni, da bi moral nekaj več narediti ali se bolj potruditi."*

Večina udeležencev je poročala, da se redno udeležujejo supervizije vsaj enkrat na mesec; nekateri jo obiskujejo dvakrat na mesec, nekateri pa tedensko. Psihoterapevtka je o tem dejala: *"Meni se zdi, da brez tega ne bi hotela nikakor delati. Človek dokler dela, naj bi delal pod supervizijo. To ne pomeni, da imaš vsakega pacienta v superviziji, ampak enega, tistega, ki ti je težek. V tisti superviziji pa pridobiš izkušenj in znanja še za druge paciente. Poleg tega pa imaš starejšega kolega in se lahko nanj obrneš pa rečeš: 'Ne vem ne levo, ne desno, kaj čem naredit'."*

Nekaj psihoterapevtov je dejalo, da so se v preteklosti več let redno (dvakrat ali štirikrat mesečno) posluževali supervizije, sedaj, ko so nekoliko bolj izkušeni in samostojni pri opravljanju dejavnosti, pa jo koristijo bolj po potrebi ali se zatečejo na primer k intervizijskim

oblikam pomoči. Svojih začetkov v psihoterapevtski praksi se ena izmed udeleženk spominja takole: *"Jaz sem imela ves čas supervizije, če jih ne bi imela na začetku, ne vem kaj bi... Jaz sem sigurno bila bolj anksiozna od pacientov, od naju dveh v ambulantni, sem bila jaz bolj boga."* Tisti, ki se supervizije ne udeležujejo več tako redno kot v preteklosti, pa tega ne počnejo predvsem zaradi tega, ker se jim zdi dovolj, če gredo k supervizorju le občasno, ali če si pomagajo z drugimi oblikami podpore (na primer intervizija). Dejstvo pa je, da z naraščanjem let opravljanja psihoterapevtske dejavnosti, narašča tudi izkušnost psihoterapevta, ki čedalje težje najde nekoga, ki bi bil toliko bolj izkušen od njega samega, da bi mu lahko pomagal. Tako je na primer ena izmed psihoterapevtk o tem povedala sledeče: *"Na supervizijo ne hodim več redno; na začetku sem hodila, do neke točke, ko sem imela občutek, da lahko nekaj dobim. Sedaj grem h komu, ko začutim, da potrebujem, a bistveno manj kot prej. Koristim bolj intervizijo, se pravi kolege, ki so na enakovrednem nivoju, ker najti nekoga, ki bi ti bil učitelj... sčasoma jih je vedno manj. Tisti, ki so bili naši učitelji, so zdaj naši kolegi, ker smo na istem, ali pa recimo nekateri ne delajo kot psihoterapevti, tako da imam zdaj mogoče celo jaz več izkušenj kot oni."*

Tako kot se pri nekaterih s številom let delovnih izkušenj spreminja pogostost koriščenja supervizije kot načina spoprijemanja z delovnimi obremenitvami, se spreminjajo lahko tudi razlogi, zakaj se psihoterapevti sploh poslužujejo take oblike pomoči. Ena izmed udeleženk je o taki spremembi povedala: *"Meni je trenutno najbolj dragocen ta razširjen pogled, na začetku pa mi je bilo najbolj pomembno to, da me supervizor pomiri, da mi reče: 'Saj si v redu naredila, ni tako slabo'. Na začetku sem vedno govorila o nečem, za kar me je skrbelo, in sem zelo potrebovala pomiritev. Zdaj pa najbolj potrebujem ta širši pogled, ker določenih stvari ne moreš sam videti. "*

Psihoterapevti koristijo supervizijo zaradi številnih različnih razlogov. V preteklosti so se udeleženci raziskave zatekli k takemu načinu spoprijemanja zaradi obremenitev, ki sem jih uvrstila v eno izmed treh večjih skupin poklicnih stresov: tistih, ki so neposredno povezani s pacienti, tistih, ki so neposredno povezani s psihoterapevti in tistih, ki so vezani predvsem na potek psihoterapevtskega procesa.

3.2.1.1 Supervizija in obremenitve povezane s pacienti

V skupino obremenitev povezanih s pacienti sem uvrstila tiste obremenitve, ki jih zaznamujejo predvsem določene značilnosti pacientov. Psihoterapevti so ob takih obremenitvah poiskali pomoč supervizorja ali supervizijske skupine predvsem zaradi enega (ali več) izmed naslednjih razlogov: določene motnje oziroma populacije pacientov, življenjske ogroženosti ali samomora pacienta in specifičnih čustvenih ali psihopatoloških znakov pacienta.

Tako je na primer nekaj psihoterapevtov navedlo, da zelo pomaga supervizija pri delu s t.i. težko patologijo (motnjah osebnosti, sindromih odvisnosti, psihozah), *"ko gre za terapevtsko težje dostopne stvari"*. Ena izmed intervjuvank je recimo dejala, da ima največ težav in posledično vedno supervizije pri srečanjih z izrazito mejno osebnostno strukturiranimi pacienti, kadar gre za zelo agresivne vsebine, ki jih je zelo naporno prenesti. O svojih izkušnjah je povedala: *"Ko sem začela, sem zelo veliko – tako kot pač moraš imeti v psihoterapiji – supervizij imela in te supervizije so dejansko take, da se lahko tam skašljaš in poveš, da imaš občutek, da si debil, da pojma nimaš, da ne veš kaj bi, da si odreagiraj, da si narobe naredil... in če imaš v redu supervizorja – in jaz sem to srečo imela, da sem imela res v redu supervizorje in supervizorke –, znajo oni na nek način biti tvoji kontejnerji in to je meni pomagalo in omogočilo, da sem šla čez to. Zdaj manj tega rabim, kadar je zelo hudo pa še zmeraj."*

Veliko število psihoterapevtov se je s samomorilno ogroženostjo ali s samomorom pacienta spoprijemalo s pomočjo supervizije. Eden izmed teh je o svojih izkušnjah v zvezi s tem dejal: *"To je eden najresnejših problemov v psihoterapevtskem delu in moram reči, da imam mnogo teh hudih dogodkov na svoji duši. Na primer depresiven pacient me je sredi noči klical, da stoji ob jezeru in razmišlja, a bi skočil noter ali ne. Jaz sem se seveda usedel v vozilo in se odpeljal na to mesto, da sva se tam pogovorila in se vrnila. Potem je hodil k meni, brez kakšnih posebnih problemov... en dan, ko je bil pri meni naročen, pa me pokliče njegova žena in pove, da je končal svoje življenje. To so izredne, izredne obremenitve. Taki problemi so vedno za supervizijo, samomorilne ideje, poskusi in tako naprej, je vedno potrebno, da se v tej obliki razrešujejo."*

Ne samo življenjska ogroženost, ampak tudi nekatere druge specifične pacientove značilnosti lahko predstavljajo vir obremenitve za psihoterapevte. Tako je recimo nekaj udeležencev

izpostavilo, da je pri situacijah, ki so povezane z agresijo, supervizija nujna. Ena izmed intervjuvank je o tem dejala: *"Vedno so trenutki, ko nekdo, ki je zelo v stiski ali pa zelo agresivne impulze doživlja, to tudi izraža, in to je obremenitev za terapevta, ampak zato imamo supervizijo. Lahko na supervizijo še tako obremenjen prideš in ti je zelo težko, ampak, če je dobra supervizija, se tam stvari nekako prečistijo, nevtralizirajo, tako da lahko naslednjič spet nekako mirno začneš uro in jo do konca spelješ."*

3.2.1.2 Supervizija in obremenitve povezane s psihoterapevti

Drugo skupino obremenitev zaradi katerih so udeleženci poiskali pomoč supervizorja ali supervizijske skupine predstavljajo tiste obremenitve, ki so povezane predvsem s psihoterapevti in manj z drugimi dejavniki. Intervjuvanci so poiskali tako obliko pomoči pri tej vrsti stresorjev predvsem zaradi lastnih notranjih ovir oziroma "šibkih točk" ali nenamernih napak, ki so jih napravili tekom izvajanja psihoterapevtske prakse. Tako je na primer za eno izmed psihoterapevtek supervizija igrala zelo pomembno vlogo pri njenem spoprijemanju s svojo najhujšo poklicno obremenitvijo, ko je pacient na terapevtski uri izpostavil nekaj, kar je terapevtko spomnilo na neko lastno bolečo izkušnjo iz preteklosti. Tudi drug psihoterapevt si je ob najhujši obremenitvi, ko je nehote storil napako s paranoidno pacientko, pomagal s supervizijo. O tisti situaciji je dejal: *"Šlo je za zelo anksiozno pacientko, ki je bila v tistem delu procesa paranoidna, in takrat sem z njenim soglasjem pripravil predstavitev njenega primera. Najprej je rekla, da je v redu, potem pa je to želela videti. Bila je pa vedno zelo vdiračoča, meni je tu kar čez mizo segala, in sem vedel, da je to moj problem – vdiranje v moj prostor... pa sva se že vse dogovorila, potem pa je ona rekla, da bi to rada prebrala in sem rekel, da tega pa ji ne morem dati in je bilo konec v trenutku. Potem sem seveda na superviziji rekel: 'Pa seveda, normalno, da ji bom dal', ampak je bilo konec. Ona je najverjetneje bila v taki stiski takrat in je to bil samo še tisti zadnji ruker, ki jo je potisnil ven iz terapije. Saj potem kasneje se je oglasila pa se zahvalila, čeprav je bila besna name in je to tudi povedala. Jaz sem ji tudi povedal, da nisem prav ravnal, in sem jo razumel... meni res ni bilo fajn, težko mi je bilo, ker sem naredil napako. Reagirai sem povsem nagonsko, ker v tistem trenutku, ko je ona to rekla, sem jaz začutil kako se spet – včasih se je celo fizično – spravlja name in sem čisto nagonsko reagiral. () Kasneje mislim, da me je še enkrat ali dvakrat klicala pa je menda celo šla na zavarovalnico in rekla, da je izvedela, da ima ona pravico do teh izvidov. Rekel sem ji: 'Absolutno ste imeli pravico, jaz nisem prav naredil pa vam zdaj to dam', in je rekla:*

'Ne, zdaj nočem'. Taka je bila ta situacija, ampak tako je, to se dogaja, "shit happens" pravijo. To ni fajn, ampak se zgodi, in to so situacije, ki vsaj zame niso fajn. Čeprav se mi zdi, da sem nekako že našel to, da nisem vsemogočen, da ne znam vsega, da sem zmotljiv, da bom naredil tudi kaj narobe. Ampak se mi zdi, da to pa je bila situacija, ko nisem bil dovolj previden. Vedel sem, da je paranoidna, ker je že začela iskati neke prisluškovalne naprave, in nisem uspel te svoje nagonske reakcije takrat ustaviti pa bi moral. Odreagirал sem tako, tak kakršen sem, ampak to je škodilo terapiji. Na superviziji sem to predeloval pa sem to breme nosil še kar nekaj let."

Ena izmed intervjuvank je izpostavila svojo nekoliko pretirano vpletenost v poklic kot občasno problematično. Tudi ona je to svojo značilnost, zaradi katere je večkrat čutila določeno stopnjo obremenjenosti, predelovala na supervizijskih srečanjih. Dejala je: *"Sicer znam postaviti meje, a sem kljub vsemu taka struktura, da so se me predvsem v preteklosti določene stvari mogoče preveč čustveno dotikale. Ko sem hodila na supervizijo sem tako opazila, da bi se včasih morala bolj distancirati... ja, supervizija mi je pri tem zelo pomagala."*

3.2.1.3 Supervizija in obremenitve povezane s potekom psihoterapevtskega procesa

Psihoterapevti so se v preteklosti s pomočjo supervizije spoprijemali tudi z obremenitvami, ki so povezane predvsem s potekom psihoterapevtskega procesa (morebitnimi zastoji v terapiji, dvomi glede metode in tehnike, terapevtskimi neuspehi ipd.). Udeleženka je o tem dejala: *"Jaz mislim, da imam zelo dobro supervizijo, in če kaj ne vidim, supervizor vidi, kje sem v procesu, mogoče tudi ta kontratransferni del – jaz sem zelo zahteven človek, sem tudi zahtevna do pacientov, in bi rada, da se kar v vsaki terapevtski uri nekaj zgodi. Potem mi supervizorka velikokrat reče: 'Glej, ni ti treba biti storilna, včasih se deset ur nič ne zgodi pa je vse v redu'. Meni pa že anksioznost narašča: 'AAAAA, deset ur se ni nič zgodilo'... pa kaj če se ni, se pač pripravlja teren. Mogoče se trideset ur ne bo nič zgodilo, pa se bo enaintrideseto – to, da si pripravljen počakati, zdržati, ko se nič ne zgodi. Saj ko gledaš otroka, on ima tudi latentne faze, ko se zdi, da se tri mesece nič ne zgodi. Pa ni res, on pač nabira informacije, izkustva, se krepi, zato da bo pripravljen na nekaj. Podobno je tukaj, tako da je supervizija res tista, ki pomaga, da se zvlečeš."*

3.2.2 Medosebna podpora

"V stiski se obrnem na prijatelje, seveda, se pa tudi kdaj zatečem h kakšnemu kolegu za pogovor, ko gre za kakšen zahtevnejši problem. Meni se to zdi pravzaprav fajn, da ne ujčkam neke svoje stiske, ampak da jo sproti aktivno razrešujemo. "

Druga tema, ki se je oblikovala na podlagi analize intervjujev, je bilo psihoterapevtovo iskanje (ali doživljanje) podpore oziroma pomoči drugih ob soočanju z delovnimi obremenitvami. Kljub temu, da predstavlja tudi supervizija obliko interpersonalnega suporta, je nisem uvrstila skupaj z ostalimi, saj menim, da si kot način podpore psihoterapevtom zasluži posebno mesto. Vrsta podpore, ki jo supervizanti dobijo pri supervizorju ali supervizorjih je namreč posebne narave in jo zaznamuje specifičen strokovni okvir, ki se precej razlikuje od okoliščin ostalih oblik socialne podpore. Tudi v intervjujih so udeleženci izpostavljali supervizijo kot posebno obliko pomoči, ki vsaj v prvih letih delovne prakse ni nadomestljiva z nobeno drugo. Po večletnih izkušnjah so morda nekateri psihoterapevti zmanjšali število supervizijskih ur ali supervizijo celo zamenjali za intervizijske oblike podpore, a so se po potrebi (ko so čutili, da je res nujno) še vedno obrnili na supervizorja, saj so potrebovali specifično pomoč, ki je niso mogli dobiti drugje.

Znotraj teme medosebne podpore so udeleženci v svoji intervjujih izpostavili, da se obrnejo po pomoč oziroma podporo pri delovnih obremenitvah k dvem glavnim skupinam ljudi: tistim, ki so na nek način poklicno povezani z njimi (zaradi profesionalnih razlogov) in tistim, ki so del njihovega neprofesionalnega oziroma zasebnega življenja. Vsak izmed psihoterapevtov se je v preteklosti spoprijemal z delovno obremenitvijo s pomočjo posameznikov iz vsaj ene skupine ljudi.

3.2.2.1 Podpora oseb, ki so profesionalno povezane s psihoterapevti

Znotraj prve skupine oseb so se udeleženci ob pojavu poklicnih stresov največkrat obrnili na sodelavce, poklicne kolege, mentorje ali na ljudi sorodnih poklicnih profilov. Najpogosteje pa so to storili zato, da: so dobili kakšen nasvet, so nekaj razjasnili, so kaj vprašali ali so se preprosto pritožili nad nastalo situacijo oziroma "zventilirali" svoje doživljanje in občutke. Tako je na primer ena izmed psihoterapevtk dejala: *"Če imaš ob sebi nekoga, ki ima višji nivo znanja, več izkušenj, se lahko pomeniš, vprašaš določene strokovne stvari. To zelo pomaga, s*

tem sem zelo zadovoljna, jaz ne bi rada delala sama." Druga izmed udeleženek ima tudi to navado, da se ob obremenjujočih primerih obrne na druge po pomoč: "V službi grem recimo k sodelavcu, k zdravniku, k pediatru, da skupaj greva skozi, da podeliva. So kakšne stvari, ki me zelo pretresejo pa vidim, da je lažje, če skupaj... včasih se recimo pogovoriva tudi s kakšno svetovalno delavko na šoli – kaj narediti – in nama je potem lažje. S centrom za socialno delo so tudi kar pogosti stiki, sploh ko so take... saj vemo, da kadar je center vmes, so teme kar boleče pa nekako skupaj predelamo, kolikor pač lahko, rešitve iščemo skupaj." Ena izmed intervjuvank pa je dejala, da jo zelo razbremeni to, da vodi psihoterapevtsko skupino v terapevtskem paru. Pravi, da se s koterapevtom zelo dobro razumeta, tudi izven poklicnih stvari, in se ji zdi, "da je takoj razpolovljena teža."

Dve udeleženki pa sta izpostavili kot veliko prednost opravljanje dela v timu. Prva je o tem dejala: *"Jaz sem zelo velik pristaš timskega dela, sploh si ne morem predstavljati, kako kolegi delajo ne da bi bili v timu. To je nekaj kar je tudi dobra preventiva za naše zdravje... jaz sem najbolj intenzivno delala z eno pedopsihiatrinjo in sem recimo vsak dan imela možnost iti k njej pa reči: 'Poslušaj, kaj je pa zdaj to?', ali 'Kaj pa naj naredim?'. Jaz sem presrečna, da smo mi skupaj sedeli, da smo vsi bili enakovredni. Vsak je imel priložnost svoje mnenje izraziti in je bilo enako resno pretehtano tisto mnenje, in to ti da eno velikansko varnost, da imaš možnost nekje, z nekom se posvetovati ob vsaki priliki, ker so nepredvidljive situacije, ti ne moreš vedeti s čim ti naslednji človek skozi vrata vstopi."*

Druga pa o svojem poklicnem timu pravi: *"Mi se imamo blazno dobro na oddelku, vsi se zelo razumemo, si zelo pomagamo, se podpiramo, tudi izven dela... Od samega začetka vztrajam, skušam delovati tako, da se v timu dobro razumemo, in to – en povezan tim – se meni zdi ključno. Verjamem, da je vsem, ki delamo v timu, ki funkcionira in se dobro razume, stokrat lažje in prav antistresno deluje, za razliko od zasebnikov, ki so sami za vse. Jaz lahko vsak hip skočim k enemu, k drugemu, k tretjemu pa pojamram: 'Kako me je pa ta zdaj razkuril', tam si pa sam. Saj ne vem, kaj je prej, kura ali jajce, a zato toliko boljše delamo, ker se tako dobro razumemo, ali se dobro razumemo, ker smo uspešni pri delu."*

Drugi dve udeleženki sta tudi poudarili pomen tega, da se lahko obrneš na druge strokovne kolege po pomoč, a sami zase menita, da nimata dovolj tega stika in bi si ga želeli več. Tako je ena izmed njiju dejala: *"Imam en ožji krog psihoterapevtov s katerimi sem bolj v stiku, imam to socialno mrežo kar razvito, čeprav bi potrebovala več tega stika... se mi zdi, da je*

lažje tistim, ki delajo na klinikah, jaz sem tukaj zelo proč od vsega." Druga, ki je podobnega mnenja, pa je o tem povedala: *"Kolegi meni zelo zelo pomagajo pri poklicnih obremenitvah, zato se tukaj tudi trudimo ustanoviti nek strokovni tim, jaz dosti raje delam v timu. To mi manjka, da bi se tukaj, recimo po kakih težkih urah, družila na hitro, kot en tako intervizijo, s strokovnjaki na mnenje katerih bi se zelo zanesla, da bi čutila oporo pri v svojem delu."*

Psihoterapevti so se v preteklosti obrnili po pomoč k profesionalnim kolegom predvsem zaradi treh skupin obremenitev: tistih, ki so vezane predvsem na posebnosti pacientov, tistih, ki so bolj povezane s terapevtom samim in tistih, ki so vezane na potek psihoterapevtskega procesa.

Tako je na primer ena izmed terapevtk povedala, da si tudi z intervizijo pomaga ob samomorilno ogroženem pacientu: *"V interviziji ti lahko nekdo pomaga, da se pomiriš, ko si prestrašen, ker se pač v takih primerih sami težko pomirimo. Kolega lahko na primer vidi še to to to, točke, ki namigujejo na to, da najbrž se bo dobro izšlo, ali pa to to to, kar govori o tem, da je ogroženost res huda."* Druga udeleženka pa je izpostavila, da je pogovor s kolegi ob samomoru pacienta izrednega pomena. Tako se na primer spominja, kako ji je ob samomorih pacientov (in tudi drugih obremenitvah) pomagalo, da je delala v timu: *"Jaz mislim, da je pri nas to reševal tim, ta občutek, da nisi sam. Tudi v primerih, ko nisem našla nikogar, ki bi mi strokovno lahko pomagal, sem pa eno človeško solidarnost, medsebojno pomoč, podporo vedno doživljala in jaz mislim, da je to prekrasna preventiva, da vztrajaš, da ne obupaš, preneseš take krize."* Ena intervjuvanka je dejala, da je zanjo najbolj stresno takrat, ko ima pacientko z motnjo hranjenja, ki odklanja psihiatrično pomoč. Tudi ona se v takih primerih zateče po pomoč k drugim: *"V takih primerih si nekako podelimo te stvari – kako naprej – skupaj razmišljamo, ker takrat sam kot terapevt težko... res potrebuješ ob sebi nekoga, da s kom deliš, iščeš rešitve... z zdravnikom, s psihiatrom..."*

Drugi lahko pomagajo psihoterapevtom tudi ob obremenitvah, ki so predvsem povezane s potezami samih terapevtov in nekoliko manj z drugimi dejavniki. Tako se na primer intervjuvanka spominja, da ji je bilo včasih težko odmisлити službene skrbi takoj, ko je prišla domov. Pri tem ji je pomagala podpora sodelavk: *"Včasih, ko so bile hčerke manjše, in sem domov prihajala obremenjena s svojimi primeri pa nisem mogla takoj preklopiti, so tudi kazale nezadovoljstvo, v smislu: 'Mami, kje si z mislimi?'. Potem smo s kolegicami ugotovile,*

da nam je zelo pomagalo, če smo na koncu delovnega časa še malček med sabo poklepetale pa se mal razvedrile, preden smo šle domov."

Nenazadnje pa je medosebna podpora dragocena tudi pri obremenitvah, ki so povezane predvsem s potekom psihoterapevtskega procesa. Tako je ena izmed udeleženk dejala, da se ji zdi ravno socialna podpora ključna pri spopadanju z različnimi poklicnimi dvomi: *"Seveda je frustracija takrat, ko naletiš na nekaj, kar ti ne gre po željah in pričakovanjih. Takrat si tudi malo v dvomu, ali delaš prav ali ne, ampak zato je supervizija tako zelo dragocena ali intervizija, ko je človek že zrel terapevt. Takrat ni nujno, da gre prav za odnos učitelj-učenec, ampak zadostuje, da je recimo kakšen kolega iz iste usmeritve in enako izkušen, s katerim se lahko pravzaprav predebatirajo te dileme. To je zelo dragoceno."*

V intervjujih sem udeležence tudi spraševala o tem, če se morda udeležujejo neke vrste podporne skupine za psihoterapevte. Pet terapevtov je dejalo, da niso seznanjeni s tem, da bi take skupine v Sloveniji obstajale. Ena terapevtka je dejala, da bi bilo smiselno podpreti to idejo, če bi se kdo lotil ustanavljanja take skupine, saj meni da bi bilo to dobro za psihoterapevte. Podobnega mnenja so bili tudi ostali psihoterapevti, da bi za njih udeležba na taki skupini bila kvečjemu nekaj nekoristnega in pozitivnega. Ena izmed udeleženk je rekla, da sicer pri nas, v Sloveniji, obstaja nekaj možnosti druženja za psihoterapevte, na primer preko Združenja Psihoterapevtov Slovenije, v okviru katerega se enkrat letno odvijajo diskusijske skupine, vendar pa redno potekajo samo intervizijske in supervizijske skupine. Dodala je še to, da so ostala srečanja (neformalna, v tujini ipd.) odvisna predvsem od tega, kako se terapevti sami med seboj organizirajo. Druga intervjuvanka je tudi naklonjena raznim oblikam podpornih skupin, saj *"to je zelo dobro, je nekaj kar prav res potrebuješ, da čutiš eno zaščito in varnost."* Podobno razmišlja še ena psihoterapevtka, ki je dejala: *"Podpornih skupin pri nas na žalost ni. Sama sem tudi velikokrat razmišljala o tem, kako bi bilo pravzaprav dobro, če bi imeli kakšne skupine, ali Balintove skupine, ali karkoli podobnega za nas terapevte, da bi lahko sproti se malo razbremenili teh stisk, saj to je izrazito čustveno obremenjujoče delo. Ne vem, če je še kakšno delo v teh službah pomoči tako čustveno obremenjujoče kot to, in zase nekako ne znamo sistematično poskrbeti, je premalo tega, to pogrešam."* Le štirje udeleženci so dejali, da sicer ne poznajo takih oblik podpore za psihoterapevte, vendar verjamejo, da lahko udeležba na intervizijskih in supervizijskih skupinah lahko zadošča. Tako je ena izmed intervjuvanih povedala: *"Edino, če upoštevamo,*

da so podobne te skupinske supervizije, kjer eden drugemu dajemo asociacije, delimo poglede, saj to je podpora skupina na nek način. Jaz hodim na eno tako skupino in je zelo fajn, zelo fajn, se tudi med seboj malo bolje spoznamo, se zblížamo..."

Ena izmed psihoterapevtk je omenila, da včasih so se sicer dobivali s kolegi njene usmeritve, a je zadeva sčasoma zamrla, kljub temu, da so take stvari potrebne. Izpostavila je problem kritičnosti udeležencev takih skupin: *"Večina nas je prišla do zaključka, da je velika potreba po tem, da bi to obstajalo, toda je težava v tem, ker so, smo ljudje zelo kritični. Na primer, če ti na interviziji kolegu rečeš: 'Joj, kako si lahko tako pa tako...?!?', on potem ne more več svobodno govoriti, in ta občutek, da te drugi presoja oziroma vrednoti, te v bistvu zavre in ti potemtakem ni v podporo. Mogoče smo Slovenci tako naravnani, da se skušamo dobro počutiti na način: 'Če mislim, da ti delaš slabo, potem sem jaz že v redu', in smo imeli nekaj takih situacij na teh intervizijah. Tako da potem zbiraš okoli sebe ljudi, za katere veš, da ne delujejo na ta način."*

Le dva udeleženca sta dejala, da sta se v preteklosti že udeležila podobne skupine, in sicer v okviru Društva za Grupno Analizo. Ena od njiju je svojo izkušnjo opisala takole: *"To je še dr. Peternel iz izobraževanja v Angliji prinesel idejo, da naj bi psihoterapevti redno skupaj sedeli, toliko in toliko časa, pripravljeni razpravljati o čemerkoli... in nekaj takega jaz pri njih doživljam. () Tukaj je možnost o katerikoli temi govoriti in dobiti odziv, kar se mi zdi zelo dobra metoda, da veš, da lahko tak pa tak problem izpostaviš, opozoriš ali prediskutiraš. So ljudje, ki bojo razumeli, ker nekaj takega delajo kot jaz, in mislim, da je to velika opora."*

Šest psihoterapevtov je dejalo, da jim je v preteklosti pri spoprijemanju z delovnimi obremenitvami zelo pomagal psihoterapevt za osebno izkušnjo. Tako je na primer ena izmed udeleženk povedala: *"Vsi imamo seveda šibke točke, ampak če si v lastni analizi vsaj toliko daleč prišel da veš: 'Aha, glej, tukaj se pa mene zadane', si takrat narediš malo prostora, oklepa, in si tudi odpustiš, če ti na primer kakšna stvar uide, mogoče napačna interpretacija, da nekaj kar velja zate ponudiš pacientu."* Drug intervjuvanec pa je o svoji pozitivni izkušnji z lastno psihoterapijo dejal: *"Meni je to blazno pomagalo... pravzaprav spoznaš, da so zelo težki trenutki, ampak da je vse obvladljivo. Jaz sem zaradi neke situacije že moral na medikamentozno terapijo, ampak ne glede na to, kako so določene situacije težke, greš lahko čez njih, vse je človeško, kar pomeni, da se da obvladati. To se mi zdi, da je ena taka temeljna izkušnja, ne samo, da jo daš, ampak nekako jo izživiš in se mi zdi, da jo pacient posrka, to so pomembne stvari."*

Tej psihoterapevti so že bili vključeni v lastno analizo, večinoma zaradi izobraževalnih ciljev, ko so se določene obremenitve pojavile v njihovi terapevtski praksi. Tako so imeli možnost stresne okoliščine predelati še s psihoterapevtom. Nihče izmed psihoterapevtov pa se ni vključil v psihoterapijo prav z namenom, da bi se spoprijel s poklicnimi obremenitvami. Ne glede na to, pa večina ne izključuje možnosti, da bi se je zaradi delovnih stresorjev udeležili v prihodnosti. Tako je na primer ena izmed terapevtk dejala, da obstaja verjetnost, da bi se še kdaj odločila za terapijo, a le v primeru, da bi šlo za nekaj precej hudega oziroma, ko bi imela občutek, da ne zmore več sama. Druga udeleženka je tudi dejala, da bi se odločila za to možnost, vendar le, če bi prišlo do nečesa, kar bi terjalo neko poglobljeno reševanje. Eden izmed intervjuvancev je tudi izrazil naklonjenost psihoterapiji kot možnosti obravnavanja določenih obremenitev v prihodnje: *"Sem razmišljal, da bi mogoče še malo... ker se mi zdi, da so neka področja, ko vsake toliko pridem na malo tanek led pa si rečem: 'Ups, glej, tule si pa...', tako da ne vem, mogoče..."* Nenazadnje pa je še en psihoterapevt izrazil pozitivno mnenje o vključitvi v terapijo, s poudarkom na njeni preventivni funkciji: *"Trenutno sicer nisem o tem razmišljal [op.a.: da bi se vključil v psihoterapijo], bi bilo pa vedno koristno... saj to je podobno kot zobozdravnik, vsake toliko bi bilo potrebno iti, tako, iz preventivnih razlogov. Spet je tukaj problem čas, večni problem, drugače pa bi bilo fajn, vsekakor."*

Samo dva izmed udeležencev sta izjavila, da se ne bi več udeležila lastne psihoterapije. Ena izmed njiju je svojo odločitev utemeljila takole: *"Jaz imam ogromno terapije za seboj, poleg teh obveznih ur sem jih imela še toliko, koliko sem potrebovala, v svoji modaliteti in širše. Tudi vsaka stvar, ki se jo na novo učim – ker se pač konstantno izobražujem tudi v drugih smereh še naprej – v bistvu teče preko lastne izkušnje. Zdaj, da bi pa šla z namenom, da bi pri sebi nekaj... se mi zdi, da že prihajam do točke, kjer smo na istem in kjer se ponavljamo po tolikem času, tako da tudi nimam potrebe, da bi se vključila v terapijo. Ko začutim, da potrebujem določeno osebo, pa se grem zmenit za en pogovor. Tako se pogovarjam, ker so kakšni taki momenti, to je vedno, ne pa da bi nekdo spremljal moj proces eno leto ali več."*

3.2.2.2 Podpora oseb izven poklicnega kroga

Pri soočanju z delovnimi obremenitvami psihoterapevtom ne pomagajo samo tisti, ki so z njimi povezani zaradi profesionalnih razlogov, ampak tudi tisti, ki so del njihovega zasebnega življenja. Udeleženci so med slednjimi navedli kot pomembne predvsem partnerja/ko oziroma moža/ženo in bližnje prijatelje, ki jim pomagajo pri spoprijemanju z manjšimi ali večjimi

stresi. Pri teh ljudeh psihoterapevti iščejo predvsem podporo v smislu poslušanja in razumevanja ob razkrivanju svojih občutkov. Tako je na primer ena izmed psihoterapevtk dejala: *"Mi pomaga, da se o čem pogovorim, ali z možem, ali s prijatelji, ampak z njimi manj pogosto, redko, da bi jih bremenila, najbližji mi je mož. Na sprehodu na primer, da lahko povem kaj čutim, kako me je kakšna stvar recimo pretresla, da nekako spregovorim o tem, kako mi je, če me je strah, če sem tesnobna, če sem žalostna zaradi kakšnih stvari, nehote te kaj prizadene."* Druga udeleženka pa je o izredni podpori, ki jo je dobivala pri partnerju povedala sledeče: *"Moram reči, da sem imela partnerja, ki je izjemno razumel moje obremenitve – pa ni bil iz tega poklica – in me je zelo zelo podpiral, res. Lahko sem računala na razumevanje vsake vrste, celo prevajal mi je iz nemščine recimo, ker meni nemščina ni blizu... strašen je bil, ne moreš si boljšega prijatelja predstavljati, res. Tako, da te podpore nisem drugje nič več potrebovala, sem jo absolutno imela, silno me je podpiral, res, to rabiš, to rabiš."*

Trije izmed udeležencev pa so v odnosu s partnerjem ali poročeni z osebo, ki je prav tako psihoterapevt. Pri njih gre za posebne okoliščine, ki predstavljajo vsem trem kvečjemu prednost pri spoprijemanju s poklicnimi stresi. Vsi so tudi poudarili, da se jim zdi pomembno ločiti profesionalni del od zasebnega (na primer strokovnih problemov ne predelujejo doma, ali si vzamejo uro, ki je namenjena samo strokovnim debatam, v preostalem času pa teh stvari ne predelujejo). Ena izmed psihoterapevtk je o tem povedala: *"Sproti pravzaprav s partnerjem predelujeva in imava intervizije, jaz pomagam njemu razmišljati o njegovih primerih in on pomaga meni. Mi je to bolj dostopno kot to, da bi se s komerkoli od kolegov posvetovala, ki pač niso v takšni kombinaciji. Kadar se pojavi kakšen problem, sproti razrešujeva, in to se mi zdi zelo dragoceno. () Znava pa ločiti, kdaj imava intervizije in kdaj sva čisto navadna partnerja, torej ta profesionalni del ni vedno prisoten, ampak občasno. Tako, da to ni nekaj kar je nenehno prepleteno z našim življenjem, ampak si po potrebi vzameva eno uro časa pa kaj predelava."*

Z izjemo treh zgoraj omenjenih primerov je večina psihoterapevtov izpostavila, da konkretnih poklicnih situacij, ki jim predstavljajo vir obremenitve, z družino ali prijatelji ne predelujejo. Tega ne počnejo večinoma zaradi enega ali obeh izmed naslednjih razlogov: (1) ker jih veže načelo zaupnosti ali (2) kot nepoznavalci tega področja jim te osebe tako ali tako ne bi mogle pomagati. Tako jim bližnji pomagajo predvsem v tem smislu, da jih podpirajo (če na primer potrebujejo nekoliko več miru kot običajno), ko jih terapevti seznani s tem, da so na primer

imeli naporen dan v službi. Kot je dejala ena izmed udeleženk: *"Doma ne govorim o poklicnih stvarih, povem samo, če sem imela težek dan ali ne. Doma ničesar ne vejo, na noben način ne bi bilo primerno... da bi terapevtski dogovor kršila mi na kraj pameti ne pride, niti ne vem zakaj bi jim govorila, saj oni niso strokovnjaki, saj ne morejo nič... ne vidim logike, zakaj bi jim."*

3.2.3 Psihoterapevtska usposobljenost

"Seveda je breme, ampak če si dobro educiran, potem točno veš za kaj gre, da moraš biti preprosto potrpežljiv, kontejnirat in da se bo to predelalo." (Psihoterapevtka o spoprijemanju z določenimi psihopatološkimi značilnostmi pacientov).

Tretja tema, ki se je pojavljala v vseh intervjujih s psihoterapevti, je bilo zanašanje na njihovo psihoterapevtsko usposobljenost pri spoprijemanju z delovnimi obremenitvami. Ena izmed intervjuvank je dejstvo, da je strokovno znanje, ki ga imajo psihoterapevti, lahko eno izmed učinkovitih orodij spoprijemanja s stresorji, povzela takole: *"Psihoterapevtsko delo je nekaj kar te zaznamuje, zagotovo, ampak se pravzaprav posebej izšolaš zato, da si pripravljen na te stvari in da se naučiš nekako s tem spopasti."* Udeleženci pa so v svojih opisih izpostavili kot pomemben tako teoretični kot praktični vidik strokovne usposobljenosti.

3.2.3.1 Teoretična znanja

Znotraj prvega so poudarili predvsem pomen raznovrstnega teoretičnega znanja, ki so ga pridobili tekom usposabljanja za psihoterapevte (na primer na različnih izobraževanjih, seminarjih, kongresih ipd.) ali samostojnega poglobljanja v določeno področje. Znanje, ki jim je pomagalo pri spoprijemanju s poklicnimi obremenitvami je segalo od bolj splošnih spoznanj, ki so jim omogočila širše poznavanje in razumevanje številnih psihoterapevtskih pojavov, do bolj specifičnih, konkretnih psihoterapevtskih tehnik oziroma prijemov. Kot je dejala ena izmed psihoterapevtk, različna znanja in izobraževanja pomagajo terapevtu, da *"že ve kako gre proces"* in se posledično lahko že vnaprej nekako pripravi, ker ve kaj ga čaka v prihodnosti. Druga udeleženka je na primer povedala, da večje število težjih pacientov (na primer manipulativno agresivnih, ali takih s prehudo, grozno zgodbo) lahko negativno vpliva na psihofizično blagostanje psihoterapevta. Sama pravi, da ji v takih primerih zelo pomaga uporaba teoretičnega znanja, da ponovno analizira posamezen primer, preveri, kaj je do sedaj naredila in česa ni ter kaj bi bilo dobro izpeljati v prihodnje.

Tako splošna kot specifična znanja so intervjuvanci najpogosteje uporabili pri spoprijemanju z delovnimi obremenitvami, ki so povezane predvsem z značilnostmi pacientov. Psihoterapevtka je način, kako ji – poleg supervizije – strokovno znanje pomaga pri obvladovanju poklicnih obremenitev, na primer pri najbolj obremenjujočih, prvih fazah terapevtskega procesa, opisala takole: *"Pomaga čim več vedeti o tem, teh mehanizmih, o razlogih... ker, ko je pacient agresiven do tebe, kljub tvoji dobrohotnosti, če je ta agresivnost dolgotrajno prisotna, te seveda to frustrira; ampak če veš točno zakaj gre, in da to ni tebi zares namenjeno, ampak je to samo preigravanje teh primarnih frustracij, potem si lahko z njim empatičen kljub njegovi agresivnosti, kar je predpogoj, zato da se potem odnos razvije. Ta faza je recimo težka, ampak če si dobro educiran, če imaš supervizijo, če lahko neke dileme podeliš s kolegi, se na nek način razbremeniš lastne agresije do pacientov, kar pa je nujno zato, da lahko empatično delaš z njim naprej."* Podobno je dejala tudi druga terapevtka, da lahko določene značilnosti pacientov predstavljajo breme za terapevta, sploh tedaj, ko ne pozna procesov v ozadju. Pri spoprijemanju s takimi obremenitvami meni, da zelo pomaga izobraževanje, proučevanje in poglobljanje v posamezne obremenjujoče vidike odnosa terapevt-pacient. Ob kopičenju znanja in izkušenj v terapevtski praksi pa postanejo lahko te obremenitve z leti vedno manj obremenjujoče.

Še ena udeleženka pa takole pojasnjuje, kako se obvaruje pred tem, da bi se določena naporna čustvena in psihopatološka stanja pacienta spremenila v obremenitev zanjo: *"Poleg tega empatičnega dela – seveda, da se te kaj dotakne – moraš ves čas imeti koncept v glavi, ker človeka je potrebno izvleči iz te situacije. Tako da v tem si zelo usmerjen na racionalizacijo – vsaj to je verjetno moj način – na konceptualizacijo, racionalizacijo tega dogajanja."*

Psihoterapevt pa takole opisujejo, kako mu je razumevanje določenih pojavov olajšalo psihoterapevtsko delo: *"Meni so bile na začetku zelo problematične erotizacije transferja, to je bil kar problem. Potem sem prebral določene stvari, razlago, da pravzaprav večina pacientov gre v erotizacijo, da je to sestavni del enega procesa, ampak tranzitorni. Začel sem tako teoretično, kot tudi praktično razumeti, da pravzaprav, kadar se zelo šibko strukturirani pacient začne nekomu približevati, običajno to hitro preskoči na erotični transfer, ker so stvari tako slabo strukturirane, da se to ne more ne razviti. () Počasi prepoznaš, da bo dostikrat prišlo do te erotizacije; je pa dobro, ko jo prepoznaš, to tudi odpreš in enostavno tako ponudiš. Velika večina se tako končna, samo z dvema ali tremi pacientkami pa smo prekinili, ker ni šlo naprej. Erotizacija je taka kot razvojni pojav pri otrocih, ko se recimo kup*

stvari, problemov pojavi, ampak se ne zafiksirajo, so tranzitorni, če pa se to zafiksira, je že znak nečesa. Tako je tudi tu, če se erotiziran transfer zafiksira in sploh ne gre dalje, je to odpor, kar pomeni, da pač ne gre, poskušaš se sicer ponuditi kot nevtralen objekt, če pa ne gre, ne gre. Zdaj ravno ena pacientka se vztrajno skuša vrniti k meni pa ji pravim, da midva ne moreva delati in vem, da z njo ne bom nikoli več delal, ker verjamem, da ne bi šlo, nima smisla, saj je dosti drugih pa naj jo nekdo drug vzame."

Intervjuvanci so poleg primerov, kako so jim določena splošna spoznanja o psihoterapevtskih procesih pomagala pri soočanju z delovnimi obremenitvami, navedli tudi nekaj primerov spoprijemanja s poklicnimi stresi z uporabo določenih specifičnih psihoterapevtskih prijemov. Tako je na primer eden izmed udeležencev opisal, kako se spoprijema z ekstremnimi oblikami pacientovih odporov: *"Odpori lahko postanejo breme, sploh če gredo v ekstrem, v smislu, da klient vedno znova zamuja, ne prihaja na terapijo ali se na kakšne druge načine izogiba, torej začne motiti tudi terapevtsko alianso. () Ena stvar je, da skušamo povabiti klienta v to, da prepozna in obenem – vsaj v mojem načinu dela – ne gremo v rušenje odporov, ali v direktno konfrontacijo, ampak prej v razumevanje tega kaj se dogaja; da v bistvu ni naključno da prihaja do odpora – predvsem če ga razumemo v tem smislu, da se klient izogiba čutenju, doživljanju nečesa kar je zanj zelo težko. Na primer ena klientka je običajno šele zadnjih pet, deset minut začela govoriti o bolj avtentičnih stvareh. Potem sva začela razumeti kaj se dogaja, da je njej v bistvu zelo naporno sploh biti na terapiji in da se tako boji razkriti, pokazati kar se v njej dogaja, da prvih trideset minut hoče govoriti o povsem drugih stvareh. Po tem, ko skupaj ocenimo odpor, da služi eni pomembni funkciji, da ni tam naključno, da ima nek svoj smisel, bo klient lažje začel to opuščati, ko bo videl, da terapevt spoštuje te obrambe, odpore, in ne bo več razloga, da bi se branil ali bil v odporu... se stvari premaknejo."*

Druga psihoterapevtka pa je povedala, da jo pred tem, da bi življenjska ogroženost pacienta zanj postala preveliko breme, rešuje prav "profesionalnost": *"Jaz ogromno samomorilno ogroženih v svoji praksi srečujem, pri otrocih in mladostnikih prevladujejo predvsem čustvene motnje z depresivnostjo, anksioznostjo in samomorilnimi mislimi, poskusi, samopoškodovalnim vedenjem... tega imam zelo veliko v svoji praksi. () Samomorilna ogroženost je zelo, zelo obremenjujoča; sem imela primere, ko so mi že poslovilno pismo napisali in smo tudi že konkretno reševali eno mladostnico... () Te stvari me kar*

obremenjujejo, tako, da sem zelo pozorna na to, če imam samomorilnega mladostnika ali otroka, da skušam čim boljše oceniti ta suicidalni riziko ter koliko ima ta otrok oziroma mladostnik zanesljivo podporno mrežo, pa antisuicidalni pakt skleneva pa vse... skratka, da izpeljem čim bolj profesionalno." Še eden izmed terapevtov pa je o svojem obravnavanju samomorilno ogroženih pacientov povedal naslednje: "Tudi take situacije sem že imel in so breme, sploh kadar veš, da je objektivno možno, da pacient to naredi. () Jaz to ponudim kot eno situacijo, ko se mi zdi škoda, če bo to naredil, ali če išče rešitev v tej smeri. Tu pa zelo jasno postavim, da midva delava za življenje, da se mi zdi škoda, da ima druga izhodišča, ampak če se bo tako odločil, mu pa jaz kaj dosti ne morem pomagati. V glavnem v takih situacijah, ko jih prepoznam, to odprem pa greva v to notri, v ta proces in po navadi praktično ne gre do samega dejanja. () Seveda mi ni vseeno, vsekakor reagiram, ampak hkrati pa tudi stvari nekako strukturiram v tem smislu: kam ja, kjer pa me ni zraven, če greva sem, tu sem zraven, če greva pa v to smer, pa mene ni. () Se zgodi, da nekdo tudi na tak način ponudi svojo stisko, ampak po mojih izkušnjah ljudje potem vedno zgrabijo. Ali pa ko ponudijo na primer: 'Zdaj grem pa na cesto', mu rečem: 'Glej, če se boš tako odločil... ti jaz tu ne morem več nič pomagati'. To so seveda vse izhodi, neke bližnjice, odpori v procesu, ker seveda je problem se s tem soočiti. () Mislim, da tako kot vsak odpor, je zato tu, da ga odpreš, da soočiš pacienta in pokažeš tudi drugi del. Potem se pa človek sam odloči kaj bo, ampak običajno je življenjska sila tista, ki nas vleče v življenje, ne pa v smrt, in vedno se izkaže, da je ta močnejša, ne glede na to kako je, kakšna patologija je v ozadju. Je pa res, da neke hude, globoke patologije, psihotičnih ali takih, jaz nimam. Imam do osebno motenih, vse variante tega, ampak globljih, psihotičnih pa ne, tam so situacije verjetno malo drugačne."

Ena izmed udeleženk pa je tako opisala enega izmed načinov zaščite pred stresom, ki je povezan z morebitnimi neuspešnimi terapijami; kako zmanjša verjetnost, da bi do takih neuspehov prišlo in posledično tudi pojav obremenjenosti, ki je povezana z njimi: "Po nekaj seansah, ko naredim vse te ocene, diagnostično, prognostično in osebno strukturo, tudi povem kakšnemu pacientu takole: 'Jaz pričakujem, da bova mogoče lahko to, to, to rešila, obstaja pa vedno verjetnost, ker ste bolj impulziven – kar tudi sami veste, ker ste mi povedali –, da boste kdaj pomislili na to, ko boste jezni name zaradi česar koli – in to se bo marsikdaj zgodilo –, da bi zapustili terapijo, to je možnost'. Ko bo enkrat potem on rekel: 'Pismo, zdej mam pa dost babe smotane, zdej pa grem', se bo spomnil: 'Pa točno to je napovedala, ne bom ji zadoščenja dal', to so vse prijemi, ki se jih da vnaprej predvideti."

Večina psihoterapevtov je tudi dejala, da si pri spoprijemanju z delovnimi obremenitvami pomagajo na tak način, da uporabljajo podobne postopke kot jih uporabljajo pri terapiji svojih pacientov; kot je dejala ena izmed intervjuvanih: *"Veliko stvari iz psihoterapije se da v bistvu aplicirati tudi na sebi."* Tako je na primer ena terapevtka povedala, da ji pri spoprijemanju z obremenitvami zelo pomagajo razne kognitivne tehnike, od usmerjanja pozornosti do strukturiranega reševanja problemov. Podobno je dejala tudi druga udeleženka: *"Sigurno uporabljaš tudi tehnike, ki si se jih naučil, na primer stop tehniko pri kakšnih vsiljivih mislih, preusmeritev misli... različne suportivne tehnike."* Še ena intervjuvanka pa je o tem, da tudi na sebi uporablja načine spoprijemanja s težavami, ki jih predlaga svojim pacientom, povedala: *"Na primer, če nekemu predlagam, da naj bo fizično aktiven – dostikrat predlagam, da je neka fizična aktivnost dobra, učinkovita –, tako strategijo tudi zase uporabljam, je na meni tudi preizkušena, meni to zelo paše, ali pa branje literature... predlagam svojim klientom, pa tudi sama berem, mi je za sprostitev, pa naj bo beletristika, kakšna strokovna ali neki vmes literatura. Tako, da kakšne take strategije so tudi na meni preizkušene ali pa sprostitvene tehnike, te že od nekdaj uporabljam."*

Večina psihoterapevtov je tudi dejala, da jim pri poklicnih stresih zelo pomagajo različne tehnike sproščanja, kot so na primer avtogeni trening, Jacobsonova progresivna mišična relaksacija, različne dihalne tehnike, joga, čuječnost ipd. Tako je ena izmed udeleženk dejala: *"Diafragmalno dihanje uporabljam, ko postanem recimo zelo jezna ali napeta, v nekem izjemnem pressingu, ko recimo vem, da bo nekaj izjemno neprijetnega v profesionalnem kontaktu, takrat si rečem: 'Glej uro, šteje, dihaj...' ker to me umirja, dihalne vaje."* Drugi intervjuvanec pa je to, kako mu čuječnost pomaga pri soočanju z delovnimi obremenitvami, na primer ob manj prijetnih izkušnjah s pacienti, opisal takole: *"To kar meni pomaga, je redna praksa čuječnosti. Vsaj enkrat na dan grem in samo sem s tem kar je v mojem umu, samo opazujem moje misli in čustva. To mi pomaga na splošno krepiti eno sposobnost, da sem s svojimi občutki, se zavedam, da sem polno z njimi, ampak hkrati nisem eno z njimi. V zadnjem času praktikiram tudi to, ko se nekaj takega zgodi, da me vznemiri med seansami ali pa če kaj ostaja po seansah, da se grem enostavno usesti in skušam biti s temi občutki, in če sem polno z njimi, se jih zavedam in jih opazujem, se to potem transformira, gre, ne ostaja več v meni. Se mi zdi, da je čuječnost tudi bistvena za klienta v terapiji, da je z izkušnjo, brez da bi jo potlačil, zaničal, da obstaja in brez da bi bil preplavljen z njo. Tako da si s tem kar je in decentrirano opazuješ; preko tega pa se izkušnje transformirajo, na nek način ne nosijo več*

tiste teže. To poskušam, preden začnem delati s klienti in po delu ali pa vmes, s tem si pomagam."

Druga psihoterapevtka pa je o osvojenem psihološkem mišljenju, kot sredstvu spoprijemanja z različnimi stresorji, izjavila: *"Ko si v edukaciji, ko daš skozi lastno analizo, se naučiš tega psihološkega mišljenja in to zelo prav pride, ko se spoprijemamo z lastnimi težavami, če je čustvena stiska ob teh obremenitvah nekako zmerna. Če je prehuda, pa se je potrebno še s kom pogovoriti, ker če je ta emocionalna stiska pretirano velika, se na nek način zoži sposobnost vsakega človeka – tudi če je ne vem kakšen strokovnjak na tem področju –, da vidi stvari realno... ampak ja, ta način reševanja, ki ga uporabljamo pri pacientih, po mojem uporabljamo tudi pri sebi."*

3.2.3.2 Psihoterapevtske izkušnje

Znotraj praktičnega vidika strokovne usposobljenosti so udeleženci izpostavili predvsem izkušnje, ki so neposredno ali posredno povezane s psihoterapevtskim okvirom in so jih pridobili tekom usposabljanja za poklic, ali kasneje, ko so že samostojno izvajali terapevtsko dejavnost. Pomen izkušenj za opravljanje poklica in za spoprijemanje z morebitnimi izzivi, ki jih ta postavlja pred posameznike, je ena izmed psihoterapevtk takole predstavila: *"To je kot branje romana; ko prvič prebereš imaš eno zgodbo, ko drugič prebereš vidiš še pod tem eno zgodbo, ko ga tretjič prebereš še druge odnose vidiš... in tako je v psihoterapiji. Na začetku sploh ne veš kaj se učiš, učiš se pač ene teorije, ampak kako to zgleda v naravi, kako to odzvanja pri pacientu, kako to prepoznaš in kako se na to odzoveš, ti pa samo kilometrino da. Če pomislim na moje začetke ali pa zdaj, je bistvena razlika in čez deset let bo spet bistvena razlika."* Tako je tudi druga udeleženka povedala, da je kot manj izkušena terapevtka doživljala na primer odpore pacientov kot bolj obremenjujoče v primerjavi s kasnejšimi leti opravljanja poklica: *"Mogoče je bilo bolj obremenjujoče v mojih začetnih obdobjih, ker se nekako moraš naučiti, kako to zgleda in moraš videti, ne moreš se iz knjig naučiti, kako je to."* Ena izmed intervjuvank je prav tako dejala, da ji pretekle izkušnje s pacienti pomagajo prenesti in se ne odzvati na izrazito agresivne vsebine izrazito mejno osebno strukturiranih pacientov: *"To mi je najbolj naporno, se zaustaviti, ker racionalno točno vem, da mora iti skozi to fazo in skozi ta proces, in imam tudi, ker pač toliko let že delam, izkušnjo, da res deluje, če zdržiš, pa mi to olajša. Je pa res zelo naporno, sploh kadar so res take zelo*

agresivne vsebine pa očitki... Takrat mi zelo pomagajo izkušnje, ker vem, da mine pa da moram samo zdržati."

Podobno je tudi druga psihoterapevtka opisala, kako ji ena izmed preteklih izkušenj s pacientom pomaga pri spoprijemanju z morebitnimi obremenitvami: *"Morda sem imela eno zelo dobro izkušnjo v samem začetku svoje psihoterapevtske kariere. Imela sem enega strašno težkega borderline pacienta, ki je napravil devetindvajset poskusov samomora v desetih mesecih. Sedem let sva delala in on je bil izjemno, izjemno, izjemno težek pacient, ki je šel v ene zelo hude faze regresa, dobesedno do neverbalne faze, potem je ta maligni regres nastal pa ta suicidalnost je bila zelo intenzivno prisotna deset mesecev, šel je tudi v en zelo močen erotiziran transfer, kar je bilo tudi težko prenesti. Imela pa sem eno zelo dobro supervizorko, s katero sva predelovali vse to, in ona me je ves čas spodbujala, da vztrajam, da vztrajam, da vztrajam in da takšni pacienti preprosto rabijo ob sebi nekoga, ki jih ne zapusti, tudi če so nemogoči. In moram reči, da mi je ta izkušnja bila dragocena, ker potem nekje po treh letih dela s tem pacientom, je začelo delo teči bolj gladko, z manj težav. Opustil je vse te zelo regresivne, destruktivne mehanizme, in po sedmih letih dela, so se dejansko stvari iztekle zelo v redu. Morda mi ta izkušnja tudi pomaga, če kdaj naletim na kakšno tako, frustrativno situacijo s pacienti... se spomnim te izkušnje in mi pomaga, da nekako lažje zvožim."*

Še eden izmed udeležencev je izpostavil, da terapevtu lahko zelo pomagajo prejšnje izkušnje pri spoprijemanju z obremenjujočimi delovnimi okoliščinami, kot so na primer zastoji v terapiji: *"Včasih se za koga vprašam: kako pa ta, zakaj že ta prihaja? Tu so pa potem izkušnje, ki mi pravijo: 'Glej, ne veš, tudi on verjetno ne, ampak nekje v ozadju on že ve zakaj prihaja', verjetno se bo to čez nekaj časa pokazalo. Tudi za take situacije, ki so včasih malo vprašljive, zdaj iz izkušenj vem, ne da bi razumsko stvar poznal, da je potrebno pač tudi čez tak prostor iti... enostavno imam izkušnje, da se tudi čez taka prazna polja gre. Kot včasih veš za jadrnico, ki pride v brezveterje, da če je imela prej dovolj zagonskega dela, bo čez tisto brezveterje prišla pa bo tam spet veter zajela pa šla naprej."* O tem, kako dragocene so izkušnje za terapevta na splošno, pa je intervjuvanec dejal: *"Cel kup pravil je, ki jih od začetka upoštevaš, zato ker tako piše v knjigi, kasneje šele vidiš kako je pravzaprav to pomembno. To so stvari, ki se jih ne moreš drugače naučiti, kot da daš toliko procesov skozi. () Lahko sicer prebereš te stvari, ampak eno je prebrati pa znati, drugo je pa to ponotranjiti, to sta dva različna procesa. Tudi kakšnemu pacientu povem, da to ni isto; nekdo, ki pride dostikrat, se nauči, na nek način pride do tega, da to ni proces učenja, ampak je to nekaj*

drugega. Počasi vidi, preko teh intervencij, da to pa je res nekaj drugega, da to ni učenje kot tako, ampak je pravzaprav dobesedno nabiranje drugačnih izkušenj od tistih, ki jih že imaš v svojem življenju. () Tako da tu so pa stvari, ki jih moraš s kilometrino dobiti in ne drugače, in če vztrajaš... Vem, da tudi takrat, ko sem imel zelo težkega pacienta – imel sem ga okrog deset let – so mi na superviziji rekli: 'Čakaj, bo', in ko sem končni izkupiček dobil, je bil izjemno dober. Potem vidiš, kako je pomembno, da ko se vrtiš v začaranih krogih, si dovolj senzibilen, da opaziš, da niso čisto enaki krogi, ampak so malo spremenjeni, in ko to vidiš, te pomiri, ampak moraš imeti izkušnje, ne gre drugače."

3.2.4 Aktivnosti izven poklica

"Pomembno se mi zdi to, da v bistvu imaš življenje izven poklica, od prijateljev, družbe, družine... nekaj stvari, ki te zanimajo izven tega."

Eno izmed skupnih značilnosti vseh udeležencev je dobro povzela ena izmed psihoterapevtov samih, ko je dejala, da: *"V privat življenju imam veliko stvari, ki dajo neko moč in podporo."* Tako se je tekom analize intervjujev izkazalo, da se terapevti razbremenijo poklicnih stresov (ali celo preprečijo, da bi do resnih stresov sploh prišlo) tudi s pomočjo različnih aktivnosti, ki niso povezane z njihovo poklicno sfero. Tako je na primer ena izmed intervjuvank povedala, da ji različne aktivnosti pomagajo, da se razbremeni poklicnega stresa, ki je včasih povezan z občutenjem pretirane odgovornosti do pacientov: *"Delo z ljudmi se meni zdi skrajno odgovorno, ker na nek način nanje vplivaš, kakor pač vplivaš, ni vseeno kaj z njimi počneš... pomaga, da v prostem času najdeš nekaj, kar te odtegne od poklicnih problemov. Zdaj, a je to film, a je to knjiga, a je to sprehod čez hrib, ali pa da greš spat, če si tako zdelan... to rabiš, za zdravje, eno razbremenitev."*

Štirinajst psihoterapevtov je izpostavilo, da jim pri spoprijemanju z delovnimi obremenitvami zelo pomaga določena oblika fizične aktivnosti, od bolj preprostih oblik gibanja, kot je na primer hoja v naravi, do tudi telesno zahtevnejših oblik, kot so na primer tek, kolesarjenje ali tenis. Največ intervjuvanih (12) je dejalo, da najraje hodijo na sprehode, planinarijo ali hitro hodijo. Ostali športi, ki so jih v pogovorih omenili psihoterapevti pa so bili: plavanje, smučanje, telovadba, joga, tek, tenis, kolesarjenje, ples, borilne veščine, rolanje, jahanje in potapljanje.

Ena izmed udeleženk je dejala: *"Se mi zdi, da mi aktivnosti zelo pomagajo, tam stresom... Moram reči, da je to en tak pripomoček, da zdržiš, da drugače delaš, tudi psihoterapijo, in da se ohranjaš na nek način."* Drugemu intervjuvancu se fizična aktivnost tudi zdi zelo pomembna, *"ker je to en poklic, ko sedimo, razmišljamo, v bistvu smo zelo v glavi, in premalo skrbimo za telo."*

Psihoterapevtka je način, kako ji gibanje pomaga pri premagovanju stresa, opisala takole: *"Kadar so boleče, travmatične stvari, ko so res krute zgodbe, jasno, da se tudi mene dotakne, takrat nosim s telesom domov. Nekako sicer poskušam odmisлити, ampak se prikradejo misli, predvsem kako pomagati. Takrat najbolj, in če pride še do kakšnih zapletov, kaj v zvezi s kakšnimi sodišči, takrat me kar spremlja. V takih primerih moram reči, da mi vrt zelo pomaga, predvsem pa gibanje, hoja, kolesarjenje... jaz redno hodim v hribe in vsak dan poskušamo, če ne vsak dan, pa vsak drugi dan, hoditi intenzivno. To sama opazim, da sploh ko sem utrujena, recimo če sem po celem dnevu službe, mi takrat gibanje res pomaga."* Drug udeleženec pa o ukvarjanju s fizično aktivnostjo kot o načinu spoprijemanja s poklicnimi stresi, pravi naslednje: *"Kot prvo tečem vsak dan eno uro, kot drugo pa se sprehodim, ker imam toliko oddaljeno bivališče, da hodim dvajset minut sem in dvajset minut nazaj, včasih grem celo dvakrat na dan, ker imam popoldansko pavzo, in potem med tekom in hojo predelujem in mislim, da je to en zelo dober način. Tek je malo bolj intenziven, lahko bolj intenzivno kakšne emocije predelujem, sprehod je pa tista meditacija, razbremenitev, ko vidim človeka, da mu je težko in opazujem svojo reakcijo. Tako si pomagam, poleg supervizije, s takimi aktivnostmi, poleg tega, da fizična aktivnost pomaga, da se lažje tudi psihično skupaj držiš."*

Psihoterapevti so v svojih intervjujih izpostavili še nekaj drugih aktivnosti, ki jim pomagajo preprečiti ali vsaj zmanjšati stres, ki je posledica delovanja poklicnih obremenitev. Aktivnosti, ki so jih največkrat omenili so bile sledeče: branje, potovanja, proučevanje vsebin iz drugih – ne s psihoterapijo povezanih – področij, druženje s prijatelji, vrtnarjenje, ročna dela, pisanje. Med dejavnostmi, ki so bolj povezane z nekim umetniškim vidikom, pa so udeleženci najpogosteje omenili: poslušanje glasbe, obisk koncerta, gledanje filmov, obisk kina, obisk gledališča in obisk slikarskih razstav.

Eden izmed intervjuvanih je dejal: *"To je mogoče tudi pomembno, da se ukvarjamo tudi s kakšno stvarjo, ki nima toliko veze s psihoterapijo... mene osebno recimo zanima kakšna arheologija, zgodovina... tako, da se s temi stvarmi ukvarjam, če imam le možnost."* Druga

psihoterapevtka pa je povedala: *"Recimo kadar me nespečnost muči – ugotavljam, da me nespečnost muči, kadar sem jezna – iz kakršnegakoli razloga – in tisto, kar meni jezo razprši, je humor, berem humoristične tekste. To je en tak način, kaj lahko počneš, če si preobremenjen recimo, ali pa potovanja... če grem na potovanje, pa ne da nekje na plaži ležim, ampak da nekaj raziskujem, nekaj kar me tako zaposli, da pozabim, kaj me čaka doma...()* nekdo me mora z neko vsebino napolniti, ki je popolnoma druga, in ki me tako zelo zanima, da se temu prepustim." Podobno še eni izmed udeleženk potovanja veliko pomenijo, saj se ji zdijo kot *"duševna hrana"*: *"Potovanja, v eksotične kraje... tako, podoživeto potovanje, to imam zelo rada, ne glede na to, kakšni so pogoji, se prilagodim, jem vse, vsepovsod, to mi je tak užitek... spoznavanje narodov, ljudi, kulture, zgodovine, bolj podoživeto, ne samo obiskovanje..."*

Različni psihoterapevti so navedli različne kombinacije aktivnosti, ki se njim zdijo najbolj učinkovite pri spoprijemanju z delovnimi stresorji. Ena izmed udeleženk pa je tudi poudarila, da lahko imajo različne aktivnosti pri istem terapevtu v različnih trenutkih zelo različne učinke. O primernosti določenega načina spoprijemanja v določenem trenutku intervjuvanka pravi takole: *"Nimam ene same stvari... recimo tako kot nekateri ljudje, ki imajo kakšen konjiček, ki grejo na primer igrati šah ali nekaj podobnega... je pa res, da različne stvari, kadar je pravi trenutek za njih, zelo funkcionirajo; tako na primer ne bom poslušala glasbe, ali mi bo lahko v enem določenem trenutku šla na živce, ampak ko je pravi trenutek za neko določeno stvar, pa zelo funkcionira, nimam pa nekega programa, da bi rekla, da vsak dan enako ravnam... kakor čutim. () Včasih pride recimo trenutek, ko želim plesati na določeno glasbo, ali pa – to sicer redkeje – so bili trenutki, ko mi je bilo pomembno, da sem kakšne stvari narisala. Po eni strani ti kot uporabnik poslušáš glasbo, po drugi pa jo ustvarjaš, če poješ recimo – evo, pojem recimo nerada. Oba dela sta pomembna, da si pasiven, in da ustvarjaš... blizu mi je tudi igra, psihodrama... Je drugače, eno je, ko si ti kreator, drugo pa, ko si nekdo, ki sprejema nekaj, čeprav tudi v samem procesu sprejemanja je kreacija, ker jaz pač iz tistega nekaj naredim; če me nekaj nagovori, potem pomeni, da sem v bistvu v sebi to nekako transformirala, ali sem gledala sliko, ali sem poslušala glasbo, sem nekaj iz tega naredila."*

3.2.5 Sprejetje

"Pomembno je, da pustiš, da čustveni proces steče, in da sprejmeš, da je tudi tebi težko, da pravzaprav je obema težko, ker je to pač težka situacija."

Zadnja tema, ki se je pojavljala v vseh intervjujih z udeleženci, je bila uporaba strategije sprejetja ob soočanju z delovnimi obremenitvami. Psihoterapevtom naj bi pri določenih obremenitvah pomagalo enostavno sprejeti *"stvari tako kot so."* Opise posameznih intervjuvancev sem razvrstila v najmanj eno izmed treh kategorij: sprejetje psihoterapevtovih lastnosti, sprejetje pacientovih lastnosti in sprejetje značilnosti psihoterapevskega okvira.

3.2.5.1 Sprejetje lastnih značilnosti

Znotraj prve kategorije so udeleženci največkrat navedli, da jim pri spoprijemanju z delovnimi obremenitvami pomaga, če sprejmejo naslednje svoje značilnosti: lastno omejenost, ovirajoče osebnostne lastnosti in lastno zmotljivost. Sprejemanje lastne omejenosti so psihoterapevti najpogosteje navedli kot enega izmed varovalnih dejavnikov pred poklicnim stresom. Ena izmed intervjuvank je na primer dejala: *"Če se terapevt zaveda, da ni vseomogočen, da ne more preprečiti samomora, če se nekdo odloči to narediti, da lahko naredi vse kar je v njegovi moči, več pa ne... če to sprejme, potem ni takega pritiska odgovornosti."* Podobno je opisal tudi drug udeleženec, da mu predvsem pri življenjsko ogroženih pacientih pomaga, če sprejme lastno omejenost: *"Pomaga v bistvu spoznanje, da enostavno ne moremo vsega kontrolirati in preprečiti, ni v naši moči, ne moremo biti s klientom iz dneva v dan. Ne morem vsem pomagati... včasih se pride do ene meje in se ne da naprej; čeprav na začetku, ko sem začel delati, sem bil velik entuziast: 'Oh, vse bo, vse se da razrešit.' Gre torej za sprejemanje tega in dejstva, da je tukaj klient, ki ima stvari v rokah, poleg tega pa so prisotne tudi druge okoliščine, in to je pomembno."*

Poleg sprejemanja lastnih meja, je nekaj psihoterapevtov izpostavilo, da jim pri poklicnem stresu pomaga, če sprejmejo nekatere svoje manj funkcionalne značilnosti. Ena izmed intervjuvank je na primer dejala, da se zelo veliko ukvarja z narcisistično in mejno patologijo, ki je lahko zelo obremenjujoča za terapevta. Sama verjame, da poleg drugih stvari – na primer supervizije in pridobljenih psihoterapevtskih izkušenj – *"lahko zelo pomaga če sprejmeš, da imaš tudi pri sebi dosti narcisističnega; potem se mi zdi, da nekako lažje z njimi delam."* Druga udeleženka pa je proces, kako sprejetje svojih pomanjkljivosti lahko pomaga pri

psihoterapevtskem delu, opisala takole: *"So situacije, kjer objektivno si odgovoren. Takrat ko je nekdo v stanju, ko ne more biti zase odgovoren – in so take situacije –, si ti odgovoren in te stvari so definitivno obremenilne. Odvisno seveda za koga, zame, ki sem bila vedno bolj kritična do sebe, je to bilo vedno zelo... ker sem se vedno preganjala in vedno zahtevala ne vem kaj vse od sebe. () V taki situaciji pomaga še enkrat zavestno iti skozi ta svoj proces sprejemanja tega, da sem oseba, ki tako reagira, da sploh zapnem za to, da si to pustim, in tega, da se vedno znova zavem, da sem pač kot človeško bitje omejeno in tudi če se še tako trudim, se ne morem izogniti napakam in je tudi prav, da se ne morem izogniti, ker smo pač tako narejeni. () Pri tem bremenu odgovornosti gre namreč prav za to, da pač zahtevaš, da boš ne vem kako speljal. Zame ni samo to, da moram skrbeti ali ene stvari nositi s seboj, ampak mene osebno bremeni predvsem rezultat. Nekako moram vedno znova iti skozi ta notranji proces, da sprejemem svoje človeške limite in to, da sem tako strukturirana, da me to bremeni... in potem se umirim, in v tem smislu mi to pomaga."*

Poleg sprejemanja lastne omejenosti in pomanjkljivosti je nekaj psihoterapevtov izpostavilo, da je v takem poklicu koristno, če posameznik sprejme, da ne more delovati popolno, brez napak. Tako je na primer eden izmed psihoterapevtov o lastni zmotljivosti dejal: *"Par takih neuspešnih terapij se še zdaj spominjam. Nisem sicer jemal tega kot nekaj hudo tragičnega, ker nisem direktno, aktivno povzročil, ampak nisem pravilno odreagiral. Bila je strokovna napaka, ampak tudi to sem spoznal, da brez tega... praktično nihče ni tako univerzalen, da tega kdaj ne naredi. Žal mi je, da takrat nisem znal toliko kot danes, ampak tako pač je v življenju, tako je."*

3.2.5.2 Sprejetje pacientovih lastnosti

Znotraj druge kategorije – sprejetje pacientovih lastnosti – so udeleženci navedli, da jim pri delu pomaga, če zmorejo sprejeti predvsem naslednje značilnosti pacientov: negativna čustva, problematične osebnostne poteze oziroma določene znake duševne motnje. Tako je na primer ena izmed intervjuvanih povedala, da lahko pride do trenutkov, ko pacientovo čustveno stanje postane obremenjujoče za terapevta. Kaj ji v takih situacijah pomaga je opisala takole: *"Mogoče kadar vidim, da recimo vso jezo, ki je ni sam predelal nekako projicira name... () Zelo je odvisno od oblike, kakšni zelo burno pokažejo... mogoče takrat navadno prvi hip malo otrpnem, potem pa pač to sprejemem, si razložim, da tej ljudje pač rabijo čas, da nekako sprejmejo in to se po navadi izkaže kot res."*

Drug psihoterapevt je razložil, da mu sprejemanje pacientovih še tako težavnih lastnosti kot del njegove duševnosti pomaga, da le-te ne postanejo zanj preveč naporne. O tem pravi: *"Se tudi zgodi, da včasih kdo zaključi pa je jezen in na tak ali drugačen način to svojo jezo izraža, ampak sam to razumem kot del njegovega problema, njegovih reakcij, njegovih obramb... skratka, da tako pač je in da drugače ne zna in ne zmore. Nekih globljih posledic take stvari ne puščajo na meni."* Podobnega mnenja je tudi druga udeleženka, da je včasih preprosto potrebno sprejeti pacientove težavne znake duševne motnje: *"Kar spada v njegovo psihično stanje, te ne more jeziti, to je pač njegova stiska in jo moraš kot tako tudi razumeti."*

3.2.5.3 Sprejetje značilnosti psihoterapevtskega procesa

Znotraj tretje kategorije – sprejetje značilnosti psihoterapevtskega procesa – so psihoterapevti navedli, da sprejemajo določene potencialno obremenjujoče okoliščine kot nekaj kar *"spada zraven"* k njihovemu delu, so nanje pripravljeni in jih doživljajo kot sestavne dele terapevtskega okvira.

Tako sta na primer dva udeleženca opisala, kako sta sprejela dejstvo, da se včasih lahko zgodi, da terapevt veliko razmišlja o pacientih tudi izven delovnega časa. Prvi izmed njiju je povedal: *"Se dogaja, da razmišljam o pacientih, verjetno so taki ali drugačni sprožilni mehanizmi, da se spomnim in meljem, to se dogaja. Ponoči ne, ponoči nimam s tem težav, da bi se to dogajalo, čez dan pa se zgodi. To je pač nekaj kar me je na začetku motilo, zdaj pa ne; zdaj je to sestavni del nekega procesa pri meni, ko se pač film vrti in se ti procesi tudi pri meni v ozadju odvijajo. Včasih sem malo bolj napet ali pa me v stisko spravlja, ampak ne doživljam tega kot neko hudo stisko, ker imam že nekako to izkušnjo, da se to pač dogaja."*

Druga intervjuvanka pa je dejala: *"Ne moreš, da ne bi premišljal, vsaj jaz mislim, da ne, če to resno delaš. Navsezadnje moraš do drugega srečanja že iti en korak naprej od tam kjer si zadnjič bil... sploh če si pred novim problemom, ne moreš, da ne bi vsega naredil, vse pobrskal, študiral. Jasno, da te take stvari še posebej nekako peklijo, ali če imaš občutek, da si stvar peljal v napačno smer... ne moreš, da se ne bi spraševal, a si delal prav ali ne. Mislim, da moraš pri takih poklicih vzeti v zakup, da služba ne mine takrat, ko greš iz službe."*

Nekaj intervjuvancev je tudi izpostavilo, da jim je v preteklosti pomagalo, če so sprejeli določeno poslabšanje pacienta, omejen terapevtski uspeh ali celo neuspeh kot *"del realnosti"*, kot *"nekaj kar se pač dogaja"*. Tako je na primer eden izmed intervjuvanih opisal, da mu predvsem pri kriznih intervencijah s pacienti pomaga, da sprejme dogajanje kot nekaj

prehodnega, nekaj kar je pač sestavni del življenja in se dogaja. O tem je povedal: *"Kadar dejansko pride do takšne situacije, takrat pač nimam kaj drugega kot da se človeku pomaga... ravno zadnjič sva šla s pacientko skupaj v bolnico, sem jo peljal, da je bila sprejeta na odderek. Je težko, vsekakor je to stresno obdobje, ampak sam te stvari razumem kot: 'V tem trenutku je tako, greva, zato, da se boš čez to izvlekel ali pa izvlekla in potem bomo delali naprej'. Tako sem ji tudi rekel: 'Glej, zdaj boš tu toliko časa, ko prideš nazaj, pa bova delala naprej'. Se mi zdi, da to pač doživljam kot en sestavni del življenja, kot nekaj kar se zgodi, to je taka situacija... kot da na primer zbolíš za gripo, pač zdaj si bolan, si v tej zadevi, ti bo nekdo drug pomagal, da vse to prebrodiš, potem pa bomo delali naprej. Skratka, to je nekaj kar je tranzitorno, nekaj kar se sicer zgodi, ampak potem to nekako rešiš in greš naprej v življenju. Mislim, da to dostikrat tudi pomirja pacienta v takih situacijah, ker ne gre se samo za to, da bi njega hotel pomiriti, ampak tudi sam res to tako doživljam, kot neko prehodno obdobje. Zdaj je pač tako, zdaj dežuje, ampak po dežju pride sonce... če bo dva dni deževalo, bo dva dni deževalo, ampak na koncu bo pa sonce in tako tudi jaz to doživljam in prenašam na ljudi."*

Ena psihoterapevka je pripovedovala o povsem neuspešni terapiji, kjer so se stvari zapletle že tekom diagnostične faze, in razočaranju nad potekom druge obravnave, ko je pod pritiskom znancev nekoga sprejela za pacienta. O teh dveh in sorodnih situacijah je dejala: *"To pač pride, spada zraven nositi tudi to, da kakšna terapija ne gre, spada k našemu delu."* Druga udeleženka pa je o morebitnih manjših uspehih od pričakovanih in prekinitvah terapije s strani pacientov povedala: *"Ja, to je frustracija, ampak če to vzameš v poštev kot sestavni del tega dela, če vzameš to v zakup, potem je s tem možno živeti brez nekih hudih notranjih pretresov. Tako, da to so frustracije, ki obremenijo, ampak meni še nikoli niso uspele vzeti volje ali motivacije, da delam še naprej s temi pacienti."*

3.2.6 Spoprijemanje s stresom: kvantitativni rezultati

V spodnji preglednici so predstavljeni povprečni rezultati, ki so jih psihoterapevti dosegli na posameznih lestvicah Vprašalnika spoprijemanja.

Preglednica 5. Rezultati Vprašalnika spoprijemanja COPE.

Strategija spoprijemanja	M	SD
Načrtovanje	15,13	1,26
<i>Pozitivna reinterpretacija in rast</i>	13,63	2,45
Zadrževanje spontanega odziva	12,87	1,54
Aktivno spoprijemanje	12,69	1,30
Iskanje instrumentalne socialne podpore	11,69	1,85
<i>Iskanje emocionalne socialne podpore</i>	11,44	2,90
Prekinitev ostalih dejavnost	11,25	2,52
Sprejetje	9,81	2,23
<i>Usmerjenost na sprostitvev emocij</i>	8,13	2,34
Humor	7,94	2,59
<i>Vedenjska neaktivnost</i>	7,69	1,66
<i>Miselna neaktivnost</i>	6,81	1,83
Usmerjenost v vero	5,19	3,04
Zanikanje	4,44	1,21
Uporaba drog	4,19	0,75

Opombe: strategije so razvrščene od najvišje do najnižje povprečne ocene, višja vrednost pomeni, da udeleženci v povprečju pogosteje uporabljajo določeno strategijo spoprijemanja; v poudarjenem tisku so navedene strategije spoprijemanja usmerjene na problem; v poševnem tisku so navedene strategije spoprijemanja usmerjene na emocije.

Iz zgornje preglednice lahko razberemo, da psihoterapevti pri spoprijemanju z obremenitvami pogosteje uporabljajo strategije, ki so usmerjene na problem, od tistih, ki so usmerjene na emocije. Najmanj (oziroma sploh ne) se poslužujejo strategij zanikanja in uporabe drog, ki veljata za disfunkcionalni strategiji.

S t-testom za neodvisne vzorce sem preverila, ali je morda prišlo do razlik: (1) med moškimi in ženskami, (2) med tistimi, ki delajo v privatni praksi in tistimi, ki delajo v institucijah ter (3) med tistimi, ki imajo manj let delovnih izkušenj in tistimi, ki opravljajo ta poklic že dlje časa. Samo na Lestvici iskanja instrumentalne socialne podpore je prišlo do statistično pomembne razlike; $t(13)=2.72$, $p=0.018$, in sicer psihoterapevti z manj let delovnih izkušenj pogosteje ($M=12.86$, $SD=1.07$) uporabljajo to strategijo spoprijemanja od tistih z več let delovnih izkušenj ($M=10.63$, $SD = 1.92$).

4.0 RAZPRAVA

4.1 O delovnih obremenitvah psihoterapevtov

V svoji raziskavi sem proučevala načine spoprijemanja z delovnimi obremenitvami slovenskih psihoterapevtov. Udeležence sem v svojih intervjujih spraševala, kateri so tisti dejavniki, ki se jim na splošno zdijo najbolj obremenjujoči pri opravljanju poklica. Največ terapevtov je izpostavilo obremenitve, ki so neposredno povezane z njihovimi pacienti, na primer življenjsko ogroženost, samomor, določen znak duševne motnje, nemotiviranost, agresivnost ipd. Četrtna udeležencev je omenila obremenitve, ki so predvsem povezane s potekom psihoterapevtskega procesa, ko recimo terapije ne tečejo gladko in pride do poklicnih dvomov (na primer ob poslabšanju pacientovega stanja, pri zastojih v terapiji). Manj psihoterapevtov pa je navedlo kot najbolj obremenjujoče tiste dejavnike, ki so predvsem povezani s samimi terapevti (na primer z njihovimi "šibkimi točkami", opravljenimi napakami ipd.) in z zunanjimi okoliščinami (kot je na primer nenadna bolezen pacienta, ki vpliva na potek terapije). Tudi, ko sem povprašala po najbolj obremenjujoči situaciji, ki so jo doživeli udeleženci tekom opravljanja svoje psihoterapevtske kariere, je bila slika precej podobna. Največ psihoterapevtov je tudi v tem primeru namreč opisalo tako situacijo, ki jo je zaznamovala obremenitev neposredno povezana s pacienti (življenjska ogroženost, samomor, agresivnost, določena duševna motnja). Približno petina udeležencev je izpostavila situacijo, ki jo je zaznamovala obremenitev povezana s terapevti samimi, samo ena izmed udeleženk pa je opisala situacijo, ki jo je zaznamovala obremenitev povezana s potekom psihoterapevtskega procesa. Eden izmed razlogov zakaj je prišlo do majhnih razlik pri navajanju delovnih obremenitev, ko so o poklicu razmišljali na splošno in ko so se spominjali pretekle najbolj obremenjujoče situacije v kateri so se znašli kot psihoterapevti, je morda povezan s spreminjanjem doživljanja obremenitev v času. Možno je namreč, da ko so terapevti na splošno razmišljali o obremenitvah, so se spomnili tudi tistih nekoliko manj obremenjujočih stresov, s katerimi se precej pogosto srečujejo v praksi (na primer prevelika količina dela, diagnostična nejasnost). Ko so razmišljali o konkretnih situacijah, ki so se jim zgodile v preteklosti, pa so se morda osredotočili predvsem na tiste, ki so jim predstavljale zelo velik vir stresa in se jih kot takih tudi dandanes živo spominjajo. Obstaja verjetnost, da psihoterapevti večinoma pozabijo pretekle manjše strese in se spominjajo le tistih, ki so jih globoko zaznamovali. Možno pa je tudi, da terapevti sčasoma sprejmejo določene manjše

obremenitve kot del poklica, kot *"nekaj kar spada zraven"*, se zavedajo, da so prisotne, v določeni meri obremenjujoče, vendar ne toliko, da bi pomembno zaznamovale njihove kariere in zasedale posebno mesto v njihovem spominu.

Dejstvo, da so udeleženci največkrat izpostavili obremenitve, ki so predvsem povezane s pacienti, kot najbolj obremenjujoče, niti ni tako presenetljivo, saj psihoterapevtovo delo v glavnem sestoji iz srečanj z ljudmi, ki mu iz različnih razlogov lahko predstavljajo velik izziv. Tudi veliko drugih študij (po Medeiros in Prochaska, 1988) nakazuje, da je kontakt s pacientom eden izmed večjih virov stresa za strokovnjake, ki delajo na področju duševnega zdravlja. Psihotični, hudo depresivni, disocialni in z mejno osebnostno strukturo so samo nekateri izmed številnih vrst pacientov, ki lahko predstavljajo psihoterapevtom pomemben vir obremenitve. Večina udeležencev je med vsemi obremenitvami, ki so povezane s pacienti, izpostavila življenjsko ogroženost ali samomor kot najbolj stresni. Slednje je povsem razumljivo, saj potencialna ali dejanska izguba pacienta lahko vpliva na terapevta kot redko katera druga okoliščina. Mora se namreč soočiti z velikim bremenom odgovornosti, ko skuša takemu posamezniku pomagati, in z moralnimi obvezami, ki ga potiskajo preko običajnih meja, da naredi vse kar zmore ter da je na razpolago za morebitne krizne situacije. Morebiten spodrseljaj ima namreč v takem primeru lahko tragične posledice (Kottler, 2010). V primeru napravljenega samomora pacienta pa nastane posebno težka situacija in se lahko zgodi, da se mora terapevt soočiti s posebno žalostjo, ranljivostjo in strahom, da se to lahko kdaj ponovi (Kottler, 2010).

Nekaj psihoterapevtov je med bolj obremenjujoče dejavnike uvrstilo obremenitve, ki so predvsem povezane s samimi psihoterapevti, z njihovo osebnostjo, prepričanju, vedenjem, izkušnjam ipd. Tak rezultat govori v prid dejstvu, da terapevti niso samo pasivni sprejemalci obremenjujočih okoliščin, ampak igrajo še kako aktivno vlogo pri določanju stresnosti specifičnih okoliščin. Dejstvo je, da se ljudje različno odzivamo na potencialno stresne okoliščine in stopnja stresnosti, ki jo posameznik doživlja je odvisna od različnih dejavnikov; osebnostne poteze posameznika pa predstavljajo samo enega izmed njih (na primer Meško, 2011; Braham, 1994). Stres je torej povsem individualna izkušnja, recimo nenamerno povzročena napaka bo enemu psihoterapevtu predstavljala pomemben vir stresa, drugemu pa precej manj ali skorajda ne; da se nek dejavnik iz okolja spremeni v stresor, je torej odvisno od posameznika samega in njegovega dožemanja dogajanja (Treven, 2005).

Kvalitativni rezultati o delovnih obremenitvah se v precejšnji meri prekrivajo s kvantitativnimi. Udeleženci so na Lestvici psihoterapevtovih stresorjev v povprečju pogostejše ocenili kot bolj obremenjujoče obremenitve, ki so neposredno povezane s pacienti (na primer Klientove samomorilne izjave, Hudo depresiven klient, Klientova ekstremna odvisnost v odnosu do vas, Klientovo izražanje jeze proti vam ipd.). Redkeje pa so v povprečju ocenili kot bolj stresne tiste obremenitve, ki so bolj povezane s terapevti samimi (na primer Občutek odgovornosti za življenja klientov) in tiste, ki so bolj povezane s potekom in specifiko psihoterapevtskega procesa (na primer Pomanjkanje zaznanega napredka s klientom, Klientova prezgodnja prekinitev terapije).

Psihoterapevti so v povprečju kot najbolj stresno delovno obremenitev ocenili Klientove samomorilne izjave in kot drugo najbolj stresno Nezmožnost pomagati klientu v hudi stiski, da bi se bolje počutil; enak rezultat je v svoji raziskavi dobila tudi Deutsch (1984). Prva obremenitev je povezana z vedenjem pacienta, med tem ko je druga lahko odvisna od različnih dejavnikov. Psihoterapevt morda ne more pomagati pacientu zato, ker doživlja tako intenzivno krizo, da se v kratkem času ne more nič narediti – izboljšanje pacientovega stanja lahko zahteva nekaj časa; nezmožnost pomagati je lahko tudi povezana z drugimi zunanjimi okoliščinami, kot je na primer nenadna huda bolezen pacienta; nenazadnje pa je lahko doživljanje take obremenitve povezano s tem, da je pacientova situacija tako kompleksna, da terapevt nima dovolj znanja, sposobnosti ali spretnosti, da bi posamezniku pomagal. Priporočljivo je, da se psihoterapevt odloči za enega ali več učinkovitih načinov spoprijemanja, ki se bodo v tem primeru najverjetneje nekoliko razlikovali, glede na to, kateri je glavni razlog za doživljanje te obremenitve.

Drugi dejavniki, ki so jih udeleženci v povprečju ocenili kot srednje stresne, so: Nenaklonjenost klientu, Hudo depresiven klient, Občutek odgovornosti za življenja klientov in Klientovo pripovedovanje o izkušnji posilstva, incesta, pretepa ali drugih zlorab, Klientova ekstremna odvisnost v odnosu do vas, Klientovo izražanje jeze proti vam, Srečanje večjega števila klientov v tednu dni, kakor običajno, Pomanjkanje zaznanega napredka s klientom. O podobnih izsledkih poroča Kottler (2010), ki pravi da med pacientova vedenja, ki predstavljajo največji vir stresa, terapevti uvrščajo: samomorilne grožnje, izražanje jeze, izraze sovražnosti, hudo depresijo, apatijo in predčasno prekinitev terapije.

Preverjala sem tudi, kako pogosto se psihoterapevti srečujejo z določenimi dejavniki, ki jim lahko predstavljajo vir stresa. V povprečju so udeleženci ocenili, da se najpogosteje srečujejo z naslednjimi potencialnimi viri obremenitve: Klientova anksioznost, Nujnost biti neprestano pozoren med seansami, Uravnoteženje empatije in primerne strokovne distance do klienta, Klientov jok. Srednje pogosto pa imajo opravka z naslednjimi dejavniki: Klientovo izražanje agresije in sovražnosti do druge osebe, Klientovo pripovedovanje o izkušnji posilstva, incesta, pretepa ali drugih zlorab, Nadziranje izražanja lastnih čustev med seansami, Občutek odgovornosti za življenja klientov, Dajanje morebitno bolečih interpretacij ali povratnih informacij klientu in Nezmožnost odmisлити skrbi povezane s klienti izven delovnega časa. Podatek o tem, kako pogosto se psihoterapevti srečujejo s posameznim dejavnikom mogoče sam po sebi ni tako pomemben, a nam v kombinaciji s stopnjo stresnosti, ki jo terapevti pripisujejo tem istim dejavnikom, lahko ponudi nekaj zelo pomembnih informacij. V preteklosti so že različni avtorji dokazali (na primer Holmes in Rahe, 1967), da posameznikovo doživetje večjega števila visoko stresnih dogodkov v določenem časovnem obdobju pomembno vpliva na njegovo dovzetnost za posledice stresa. Izjemno stresni dogodki, četudi se redko pojavljajo, lahko torej pomembno vplivajo na psihofizično blagostanje posameznika. Psihoterapevti so na primer v povprečju ocenili kot zmerno do precej stresne Klientove samomorilne izjave, Nezmožnost pomagati klientu v hudi stiski, da bi se bolje počutil in Hudo depresivnega klienta. Ne glede na to, da so ocenili, da se te obremenitve pojavljajo nekoliko manj pogosto v primerjavi z drugimi, za njih nekoliko manj stresnimi dejavniki, bi morali terapevti biti pozorni, ko se te obremenitve pojavijo. Pomembno je namreč, da se posamezniki zavedajo potencialnega negativnega vpliva visoko stresnih situacij in da ustrezno ukrepajo, zato da preprečijo ali vsaj omilijo morebitne negativne posledice doživljanja stresa. Je pa tudi res, da nizka frekvenca pojavljanja takih dogodkov lahko v takih primerih deluje kot neke vrste varovalni dejavnik. Lahko bi rekli, da so psihoterapevti na nek način zaščiteni s tem, da se še tako stresni dejavnik redko pojavlja, in se najverjetneje lažje z njim spoprimejo, če se z njim ne srečujejo tako pogosto.

Seveda pa je za posameznika najbolj nevarno, če se z visoko stresnimi situacijami srečuje pogosto. Pri udeležencih te raziskave, bi lahko rekli, da med vsemi obremenitvami kot "kritični" izstopata dve, in sicer Občutek odgovornosti za življenja klientov in Klientovo pripovedovanje o izkušnji posilstva, incesta, pretepa ali drugih zlorab. Ta dva dejavnika so namreč psihoterapevti v povprečju ocenili kot srednje do zmerno stresna, ki se pojavljata vsaj

srednje pogosto pri opravljanju poklica; ostale dejavnike so ocenili kot bolj stresne, ki se redkeje pojavljajo, ali kot take, ki so pogostejši, vendar manj stresni. Zanimivo je, da je eden izmed teh dveh dejavnikov – Klientovo pripovedovanje o izkušnji posilstva, incesta, pretepa ali drugih zlorab – neposredno povezan s pacientovim vedenjem, med tem ko je drugi – Občutek odgovornosti za življenja klientov – bolj povezan z značilnostmi psihoterapevtov samih (z njihovo osebnostjo, prepričanju ipd.). Tudi ta podatek govori v prid temu, da terapevti z vsemi svojimi značilnostmi pomembno vplivajo na to, ali se določen dejavnik za njih spremeni v stresor ali ne, ter kolikšno stopnjo stresa jim ta dejavnik povzroča.

Ne smemo pa pozabiti na tiste stresorje, ki so sicer lahko manjše intenzivnosti, a se v življenju posameznikov pojavljajo pogosto. Več je takih dejavnikov, s katerimi se pogosteje srečujejo, več stresa povzročajo, zato jih ne bi smeli podcenjevati ali zanemariti (Treven, 2005). Psihoterapevti so kot take – nekoliko manj obremenjujoče, a srednje do precej pogoste – dejavnike ocenili. Dajanje morebitno bolečih interpretacij ali povratnih informacij klientu, Nezmožnost odmisлити skrbi povezane s klienti izven delovnega časa in Klientovo izražanje agresije in sovražnosti do druge osebe. Priporočljivo bi bilo torej, da bi terapevti posvetili nekaj pozornosti tudi tem dejavnikom, kljub temu da jim ne predstavljajo tolikšnega vira stresa kot drugi dejavniki. Tudi drugi avtorji (na primer Kezele, 1995) so opozorili na nevarnost kumulativnega stresa, ki je posledica konstantnih stresnih obremenitev.

Poleg najbolj stresnih obremenitev, ki so predvsem povezane s pacienti (na primer agresivnost), s samimi terapevti (na primer večja občutljivost za določene vsebine) in s potekom psihoterapevtske obravnave (na primer zastoji v terapevtskem procesu), so nekateri psihoterapevti v intervjujih izpostavili tudi nekaj drugih dejavnikov. Slednji predstavljajo manjše, bolj ali manj pogoste obremenitve, ki so bolj povezane z nekimi zunanjimi okoliščinami (na primer finančna negotovost predvsem pri zasebnikih, pomanjkanje podpore psihoterapevtski dejavnosti) in s specifičnostjo psihoterapevtskega settinga oziroma okvira (pisanje dokumentacije, upoštevanje različnih pravil, kot je na primer varovanje pacientove zasebnosti), ki tudi lahko vplivajo na terapevtovo splošno blagostanje. Poleg stresa, ki izvira iz delovanja enkratnih hudih dogodkov, je namreč lahko zelo obremenjujoč tudi stres, ki je posledica delovanja ponavljajočih se vsakdanjih drobnih stresov (Musek, 1993). Zaradi tega bi bilo priporočljivo, da bi psihoterapevti posvečali nekaj pozornosti tudi tem manjšim obremenitvam, ki so povezane z opravljanjem njihove dejavnosti.

4.2 Spoprijemanje psihoterapevtov z delovnimi obremenitvami

Analiza intervjujev z udeleženci je pokazala, da se le-ti z manj ali bolj obremenjujočimi delovnimi obremenitvami spoprijemajo predvsem s pomočjo petih glavnih komponent, in sicer: supervizijo, medosebno podporo, psihoterapevtsko usposobljenostjo, aktivnostmi izven poklica in sprejetjem.

4.2.1 Supervizija

Psihoterapevti so izpostavili supervizijo kot enega izmed ključnih načinov, s katerimi si pomagajo pri spoprijemanju s poklicnimi stresi. Gre za zelo posebno obliko podpore supervizantu s strani supervizorja, ki mu pomaga z uporabo različnih psihosocialnih intervencij (spremljanje, usmerjanje, svetovanje ipd.) (Fengler, 2007). Supervizor zavzema posebno mesto znotraj mentorskega sistema psihoterapevta, ki oblikuje terapevta samega in njegov način dela. Kot pravi Kottler (2010), je povsem razumljivo, da se veliko psihoterapevtov prvih deset let poklicnega življenja zgleduje po bolj izkušenih strokovnjakih.

Udeleženci so poudarili pomembnost obeh glavnih funkcij supervizije – instrumentalne in podporne – za spoprijemanje z delovnimi obremenitvami. Terapevtom se torej po eni strani zdi dragoceno, da se lahko na nekoga obrnejo po konkretno pomoč v obliki koristnih informacij, po drugi pa, da imajo možnost čutiti podporo s strani drugih, da se ne počutijo prepuščene lastni iniciativi pri soočanju s poklicnimi stresi. Seveda se razlogi, zakaj se psihoterapevti odločijo za tako obliko pomoči zelo razlikujejo od posameznika do posameznika. Pacienti enega terapevta se namreč lahko zelo razlikujejo od pacientov drugega terapevta, poleg tega pa so si tudi terapevti med seboj zelo različni. Tako se bo na primer eden v določeni stresni situaciji obrnil na supervizorja morda predvsem zato, da pridobi nekoliko bolj poglobljeno razumevanje o določenem pojavu in o tem, kako s tem ravnati, med tem ko bo drug terapevt v podobni situaciji pri supervizorju iskal predvsem možnost predelave svojih negativnih občutkov do pacienta. Načini iskanja podpore v supervizijski obliki se ne spreminjajo samo od terapevta do terapevta, ampak se tudi lahko spreminjajo v času pri posameznem psihoterapevtu. Nekateri udeleženci raziskave so na primer poročali tako o kvantitativni spremembi (zmanjšanju supervizijskih ur ali celo opustitev supervizije) kot o kvalitativni spremembi pri koriščenju supervizije. Kot je dejala ena izmed udeleženk, je na začetku svoje psihoterapevtske kariere predvsem potrebovala nekoga, da jo pomiri, da dela

dovolj dobro, kasneje pa, ko je pridobila številne dragocene izkušnje in je postala nekoliko bolj samozavestna, je pri supervizorju iskala predvsem nove informacije.

Ne glede na to, kako se psihoterapevti razlikujejo v tem, kakšen način podpore iščejo na supervizijskih srečanjih, so vsi poudarili to, da je pomoč supervizorja najbolj dragocena pri najbolj stresnih obremenitvah, ki so večinoma povezane s pacienti, s psihoterapevti samimi ali s potekom psihoterapevtskega procesa. Udeleženci so poudarili, da se s pomočjo supervizije spoprijemajo s poklicnimi stresorji predvsem takrat, ko si sami težko pomagajo in potrebujejo ob sebi še nekoga, ki jim pomaga soočiti se z obremenjujočo situacijo. Kot so dejali že drugi avtorji (na primer Kottler, 2010), predstavlja supervizija učinkovito obliko ukrepa, če psihoterapevtov distress doseže tako stopnjo, da simptomi prizadevajo njegovo vsakodnevno delovanje in ogrožajo njegovo delovno učinkovitost.

Za supervizijo bi lahko rekli, da pri psihoterapevtih deluje tako kurativno kot tudi preventivno pri soočanju z delovnimi obremenitvami. Pogosteje mogoče razmišljamo o superviziji predvsem kot o načinu, ki ga terapevti uporabljajo v odgovor na stres oziroma težave, enkrat ko se le-te pojavijo. Drži pa tudi obratno, in sicer, da lahko supervizija pomaga terapevtom preprečiti doživljanje stresa v prihodnje. Psihoterapevt se na primer lahko zateče k supervizorju po fizičnem napadu s pacientove strani, zato da bi z njim predelal morebitne neprijetne občutke, ki so se pri tem pojavili, in dobil nekaj smernic za nadaljno delo s tem istim pacientom. Po drugi strani pa lahko informacije in izkušnje z drugimi pacienti, ki jih terapevt predela s supervizorjem pomembno zmanjšajo verjetnost, da bo do določene za terapevta obremenjujoče okoliščine prišlo v prihodnosti.

Psihoterapevti, ki poiščejo pomoč supervizorja pri spoprijemanju z obremenitvami, o slednjih govorijo in aktivno iščejo pomoč, da bi zmanjšali obremenjenost. Lahko bi rekli, da se pozitivno soočajo s problemom, ga ne ignorirajo, ampak skušajo priti do rešitve problema. Strategije s takimi značilnosti pa veljajo za učinkovite oziroma funkcionalne (na primer Hindle, 1998; Carver, Scheier in Weintraub, 1989).

Natančneje bi lahko supervizijo razčlenili na nudenje instrumentalne socialne podpore in nudenje emocionalne socialne podpore. Prvo obliko pomoči uvrščamo med na problem usmerjene strategije, za katere je značilna usmerjenost na reševanje problema in delovanje v smeri spremembe vira stresa (Meško, 2011; Folkman in Lazarus). Posameznik torej s

pomočjo supervizije skuša narediti nekaj konstruktivnega v zvezi s stresnimi razmerami, ki ga obkrožajo. Za drugo obliko pomoči pa velja, da spada med na emocije usmerjene strategije, ki jih zaznamuje težnja k zmanjšanju ali obvladanju čustvenega stresa, ki je povezan s stresno okolico (Meško, 2011; Folkman in Lazarus, 1980). Supervizija lahko torej psihoterapevtu pomaga takrat, ko je možno storiti nekaj konstruktivnega v zvezi s stresorjem, in tudi takrat, ko je stresor nekaj, kar je potrebno prenesti in ni mogoče nič na hitro narediti, da bi ga odstranili ali vsaj zmanjšali njegove negativne učinke. Na problem usmerjeno spoprijemanje je zelo podobno strategijam reševanja problemov in je praviloma uspešno, spoprijemanje, usmerjeno v uravnavanje emocij, pa je navadno tipično "obrambno" in praviloma ne prinese dobrih rešitev kritične situacije. V določenih primerih pa je lahko zelo učinkovito, saj človeku omogoči zmanjšanje čustvenega stresa in posledično lahko le-ta bolj mirno razmisli o možnih rešitvah (Meško, 2011). Pri izbiri vrste strategije torej igra zelo pomembno vlogo narava stresnega dogodka. V situacijah, ko je možna konstruktivna rešitev, bodo tako terapevti najverjetneje iskali predvsem instrumentalno podporo pri supervizorju (usmerili se bodo na reševanje problema); v situacijah, ko je stresno situacijo preprosto potrebno sprejeti, pa bodo terapevti najverjetneje iskali emocionalno podporo (usmerili se bodo na predelavo na čustev).

Po Marstonu (1984) bi lahko supervizijo umestili med notranje mehanizme spoprijemanja s poklicnimi frustracijami, za katere je značilno poglobljanje v psihoterapevtske procese. Terapevti se namreč s pomočjo supervizije seznanijo z raznolikimi teoretičnimi in praktičnimi psihoterapevtskimi koncepti, dodajo kakšno novo tehniko k svojemu delu ipd.

4.2.2 Medosebna podpora

Druga pomembna skupina načinov spoprijemanja, ki so jo izpostavili udeleženci, zajema različne formalne in neformalne oblike medosebne podpore. Psihoterapevti se z obremenitvami soočajo torej tako, da se obrnejo na ljudi, ki so na takšen ali drugačen način profesionalno povezani z njimi (na primer sodelavci, stanovski kolegi, strokovnjaki sorodnih poklicnih profilov ipd.), in na tiste, ki so del njihovega zasebnega življenja. Tak rezultat se ujema z ugotovitvami Cohena in Willsa (1985), ki menita, da socialna podpora na delovnem mestu zmanjšuje negativne posledice delovnih stresorjev in celo pomaga posamezniku odstraniti nekatere obremenitve. Podobnega mnenja je Guy (2000), ki pravi, da socialna mreža lahko pomaga terapevtu ohraniti prilagodljivost, motiviranost in upanje pri opravljanju poklica. Avtor tako poudarja pomembnost kvalitetnih odnosov z bližnjimi – s

partnerjem/partnerko, z otroki, s starši, z dobrimi prijatelji, z osebnim psihoterapevtom, s šefom in s peščico kolegov –, za varovanje psihoterapevtovega blagostanja.

Udeleženci raziskave, ki delajo v zasebni ordinaciji in nimajo toliko stika z drugimi strokovnjaki, so večinoma poročali, da si tega stika želijo več; tisti, ki pa delajo v timu, ali imajo sodelavce na katere se lahko obrnejo, če to potrebujejo, pa so dejali, da si ne predstavljajo, da take podpore ne bi imeli. Večina psihoterapevtov je tudi izrazila naklonjenost raznim oblikam podpornih skupin za tiste, ki opravljajo to dejavnost, saj verjame, da predstavljajo nekaj koristnega in pozitivnega. Lahko bi rekli, da zgornji podatki vsi govorijo v prid dejstvu, da psihoterapevti pri opravljanju svojega poklica podporo drugih še kako potrebujejo.

Seveda obstaja več vrst podpore, ki jo drugi lahko nudijo posamezniku, na primer materialna, informacijska, otipljiva in čustvena (Braham, 1994), udeleženci raziskave pa so kot pomembni izpostavili predvsem informacijsko in čustveno. Prva zajema znanja, ki so v določeni situaciji koristna, druga pa vključuje védenje, da je nekomu mar za nas in da nam je pripravljen prisluhniti. Braham (1994) meni, da je slednja pri obvladovanju stresa najpomembnejša, saj lahko predstavlja pomembno zaščito proti kopičenju stresa. Več čustvene podpore imamo v svojem življenju, več stresa namreč lahko obvladamo.

Podobno kot pri superviziji, so se psihoterapevti v preteklosti obrnili po pomoč k profesionalnim kolegom predvsem zaradi treh skupin resnejših obremenitev: tistih, ki so vezane predvsem na posebnosti pacientov, tistih, ki so bolj povezane s terapevtom samim in tistih, ki so vezane na potek psihoterapevtskega procesa. Iskali so tako informacijsko podporo – da so dobili kakšen nasvet ali odgovore na odprta vprašanja – kot čustveno vrsto podpore – da so se razbremenili svojih negativnih občutkov.

Podporo nam lahko nudijo sodelavci, prijatelji in družinski člani; lahko pa jo tudi poiščemo pri različnih strokovnjakih (Braham, 1994). Tako je na primer šest psihoterapevtov dejalo, da jim je v preteklosti pri spoprijemanju z delovnimi obremenitvami zelo pomagal psihoterapevt za osebno izkušnjo. Dejstvo pa je, da so ti psihoterapevti že bili vključeni v lastno analizo (večinoma zaradi izobraževalnih ciljev), ko so se obremenitve pojavile. Nihče izmed psihoterapevtov pa se ni vključil v psihoterapijo prav z namenom, da bi se spoprijel s poklicnimi obremenitvami. Podoben rezultat – da se je le malo terapevtov odločilo za osebno

terapijo zaradi problematičnega pacienta – je v svoji raziskavi dobil tudi Norcross (2005). Avtor je zaključil, da četudi lahko različni dejavniki, ki so povezani s pacienti, predstavljajo vsaj zmeren vir stresa za terapevte, so izven terapevtske življenjske težave pogostejše povod za vključitev v osebno terapijo. Razlogi zakaj se udeleženci raziskave niso odločili za spoprijemanje s poklicnimi stresi s pomočjo lastne psihoterapije se zelo prekrivajo z razlogi, ki so jih odkrili Norcross, Bike, Evans in Schatz (2008). Terapevti so namreč večinoma navedli, da se niso odločili za to možnost, ker (1) so obvladali stres na drugačne načine, (2) so dobili zadostno podporo drugje, (3) niso čutili potrebe po osebni terapiji ali (4) so razrešili težave preden bi bil potreben vstop v terapijo.

Med ljudmi iz zasebnega življenja so udeleženci navedli, da se obrnejo predvsem na partnerja/ko oziroma moža/ženo in na bližnje prijatelje za podporo pri spoprijemanju s stresi. Pri teh osebah psihoterapevti iščejo predvsem čustveno podporo (v smislu poslušanja in razumevanja ob razkrivanju svojih občutkov) in ne informacijske. Konkretnih poklicnih situacij, ki jim predstavljajo vir obremenitve, terapevti namreč z bližnjimi ne predelujejo, predvsem zaradi varovanja zaupnosti pacientov in ker kot nepoznavalci tega področja, jim tako ali tako te osebe ne bi mogle pomagati. Situacija je seveda nekoliko drugačna pri tistih, ki so v partnerskem odnosu s psihoterapevtom/ko, ki se lahko obrnejo po informacijsko podporo tudi k njim in ne samo k drugim profesionalnim kolegom izven zasebnega kroga poznanstev. Pomembnost čustvene podpore bližnjih za strokovnjake, ki delajo na področju duševnega zdravja, so izpostavili že številni avtorji. Kottler (2010) na primer verjame, da tudi ob morebitni redni lastni terapiji in superviziji, psihoterapevti še vedno potrebujejo vsakodnevno podporo, ki je pogosto ravno v obliki pogovora s partnerjem, dobrim prijateljem ali s kolegom ob koncu dneva. Norcross in Guy (2007) pa celo navajata, da je med vsemi strategijami, ki jih psihoterapevti uporabljajo pri upravljanju s stresom in delovnimi obremenitvami, najpogostejši način spoprijemanja zanašanje na prijatelje in družino za podporo.

Podobno kot za supervizijo, bi tudi za medosebno podporo lahko rekli, da pri psihoterapevtih deluje tako kurativno kot tudi preventivno pri soočanju z delovnimi obremenitvami. Terapevti se namreč lahko zatečejo k sodelavcu po mnenje, ko se stresna okoliščina že pojavi. Po drugi strani pa jih lahko doživljanje čustvene podpore pri bližnjih zaščiti pred tem, da določeno situacijo doživljajo kot obremenjujočo. Tisti, ki iščejo pomoč drugih – pa naj bo to v obliki

koristnih informacij ali empatičnega odziva na njihovo stisko – praviloma aktivno iščejo pomoč, da bi zmanjšali svojo obremenjenost, se pozitivno in učinkovito oziroma funkcionalno soočajo s problemom.

Način spoprijemanja s pomočjo medosebne podpore zajema tako strategije usmerjene na problem, kot tudi strategije usmerjene na emocije. Med prve uvrščamo iskanje informacijske podpore, ko skuša posameznik od drugih pridobiti koristne informacije, ki mu bodo pomagale pri spoprijemanju z obremenitvijo. Med druge pa uvrščamo iskanje emocionalne socialne podpore, ko posameznik pri drugih išče moralno podporo, razumevanje ali empatični odziv. Tako usmerjenost na reševanje problema in delovanje v smeri spremembe vira stresa, kot težnja k zmanjšanju ali obvladanju čustvenega stresa, ki je povezan s stresno okoliščino, pa psihoterapevtu pomagata obvladati stresne situacije. V prvem primeru namreč skuša narediti nekaj konstruktivnega v zvezi s stresnimi razmerami, ki ga obkrožajo, v drugem pa mu olajša miren razmislek o možnih rešitvah. Predvsem od narave stresnega dogodka pa bo odvisno, za katero strategijo se bo psihoterapevt odločil; če bo ocenil, da je možna konstruktivna rešitev, bo najverjetneje poiskal informacijsko podporo pri profesionalnih kolegih; v situacijah, ko bo stresno situacijo preprosto potrebno sprejeti, pa bo najverjetneje iskal čustveno podporo pri bližnjih osebah, ki so z njim povezani profesionalno ali ne.

Po Marstonu (1984) bi lahko iskanje podpore drugih umestili tako med notranje mehanizme spoprijemanja s poklicnimi frustracijami, kot tudi med zunanje, odvisno od tega, če je namen strategije usmeriti fokus na psihoterapevtske okoliščine ali stran od njih. Tako se psihoterapevti s pomočjo informacijske podpore spoprijemajo tako, da se poglobljajo v psihoterapevtske procese (s pomočjo nasvetov ipd.), s pomočjo čustvene podpore pa lahko preusmerijo pozornost stran od frustracij.

4.2.3 Psihoterapevtska usposobljenost

Naslednja tema, ki so jo v intervjujih izpostavili udeleženci je zanašanje na različne vidike psihoterapevtske usposobljenosti pri spoprijemanju z raznolikimi delovnimi obremenitvami. Psihoterapevtom torej v stresnih situacijah lahko pomagajo vsa znanja – splošna in specifična – in izkušnje, ki so neposredno (na primer učinkovito ravnanje v podobnih okoliščinah z drugim pacientom) ali posredno (na primer izkušnja kako se je terapevt za osebno izkušnjo vedel v podobni situaciji, ko so bili oni v vlogi klienta) povezane z vodenjem psihoterapij.

Psihoterapevti so se v preteklosti zanesli na tak način spoprijemanja predvsem v tistih situacijah, ko so čutili, da se lahko z obremenitvijo soočijo sami, če se na primer nekoliko poglobijo v problem, raziščejo morebitne vzroke in izhode za nastalo situacijo, ali preprosto skušajo transferirati znanje iz drugih, sorodnih okoliščin na njihov specifičen problem. Zanesli so se na svojo strokovno usposobljenost (morda ob istočasni uporabi drugih načinov spoprijemanja) tudi v primerih, ko je šlo za nekoliko resnejše obremenitve in je bilo zelo pomembno, da stvari speljejo čim bolj profesionalno (na primer pri soočanju z akutno samomorilnim pacientom). Tudi Dlugos in Friedlander (2001) sta s svojo raziskavo odkrila podobno značilnost pri tistih psihoterapevtih, ki se uspešneje spoprijemajo s pritiski, zahtevami in konflikti, ki se pojavljajo pri opravljanju njihovega poklica. Avtorja navajata, da je ta lastnost, ki sta jo poimenovala namerno učenje in opredelila kot odprtost za izkušnje in pripravljenost sprejeti energijo ter modrost iz čim več možnih virov, ena izmed štirih pomembnih značilnosti, ki pomaga psihoterapevtom omiliti vpliv stresa na njihovo zadovoljstvo s kariero.

Psihoterapevti lahko svojo strokovno usposobljenost uporabijo tako kurativno – po tem, ko se stresor že pojavi, zato da bi zmanjšali obremenjenost in njene morebitne posledice, kot tudi preventivno – preden se določen dejavnik spremeni v potencialno obremenitev. Tako se na primer lahko podrobneje seznanijo s tem, kateri pristopi so se doslej pri drugih strokovnjakih izkazali za uspešne pri spoprijemanju s specifično obremenjujočo situacijo (na primer pri izredno manipulativnem pacientu), ali s specifičnimi psihoterapevtskimi prijemi preprečijo, da bi se določene okoliščine spremenile v obremenitev (na primer lahko preprečijo, da bi agresiven pacient koga poškodoval).

Različne načine spoprijemanja s pomočjo teoretičnega in praktičnega psihoterapevtskega znanja bi lahko uvrstili med na problem usmerjene strategije, saj posameznik z vsemi resursi, ki jih ima na razpolago deluje v smeri razrešitve problema. Tako spoprijemanje pa praviloma velja za učinkovito.

Po Marstonu (1984) pa lahko uporabo strokovne usposobljenosti umestimo med notranje mehanizme spoprijemanja z delovnimi obremenitvami, saj se psihoterapevti s tem načinom usmerijo na psihoterapevtske procese in se v njih poglobijo.

Braham (1994) je opisal model spoprijemanja s stresom, ki vključuje štiri pomembne korake. Supervizija, medosebna podpora in psihoterapevtska usposobljenost vsi v določeni meri pokrivajo dva izmed korakov v avtorjevem modelu. Prvič, s temi tremi načini, lahko psihoterapevti spremenijo situacijo, ko je to možno; posledično pa lahko odpravijo stres. S pomočjo teh strategij jim namreč lahko kdo pomaga pri nastali situaciji, lahko si tudi sami pomagajo s kakšnim pripomočkom ali novim znanjem, lahko pa se v celoti izognejo stresorju. Drugič, strategije teh treh skupin jim lahko pomagajo pri opuščanju morebitnih vzorcev, ki povzročajo napetosti in stres (nerealna pričakovanja, negativni sistem prepričanj, nizko samospoštovanje), kar posledično pozitivno vpliva na njihovo duševno in fizično blagostanje.

4.2.4 Aktivnosti izven poklica

Tretji izmed pomembnih korakov v Brahamovem modelu spoprijemanja (1994) vključuje upravljanje s posameznikovim načinom življenja, in sicer preko številnih načinov, ki pripomorejo k večji odpornosti na stres (na primer: fizična aktivnost, primerna prehrana, sprostitevne dejavnosti ipd.). Udeleženci v raziskavi so tudi izpostavili pomembnost te skupine načinov spoprijemanja, saj se razbremenjujejo poklicnih stresov (ali celo preprečijo, da bi do njih sploh prišlo) tudi s pomočjo različnih aktivnosti, ki niso povezane z njihovo poklicno sfero. Tak rezultat se ujema tudi z ugotovitvami drugih avtorjev. Kottler (2010) na primer verjame, da je zelo pomembno, da se terapevt zaveda, da tako njegovo telo kot duh potrebujejo osvežitev, in da za to primerno poskrbi; lahko izbira med številnimi načini, pomembno je le, da niso povezani s terapevtskim delom. Mahoney (1997) na primer navaja, da večina psihoterapevtov skrbi za svoje zdravje tako, da: gojijo kakšen konjiček, berejo za užitek, si privoščijo izlete ali dopuste, si ogledajo kakšen film, umetniški dogodek ali obiščejo muzej ter se ukvarjajo s fizično aktivnostjo. Harrison in Westwood (2009) pa sta na primer identificirala celostno samooskrbo (vzdrževanje osebnega in poklicnega blagostanja na fizičnem, čustvenem, umskem, duhovnem in estetskem področju) kot enega izmed dejavnikov, ki ščitijo terapevte pred posredno travmatiziranostjo.

Aktivnosti izven poklica seveda predstavljajo strategije izven terapevtskega okvira, saj posamezniki z njimi preusmerjajo fokus stran od terapij. Delujejo pa lahko kot načini samooskrbe (preventivno) ali kot načini spoprijemanja (kurativno). Psihoterapevti na primer s fizičnimi aktivnostmi skrbijo za ohranjanje svojega zdravja in posledično zmanjšujejo svojo

ranljivost za posledice stresa. Lahko pa tudi s pomočjo različnih dejavnosti skušajo zmanjšati negativne občutke (tesnobe, jeze idr.), ki se pojavijo kot odziv na stresor.

Ukvarjanje z drugimi aktivnostmi je lahko za posameznika funkcionalno, kadar olajša sprostitev napetosti in/ali napolni posameznika z energijo za načrtno reševanje problema, lahko pa ima tudi disfunkcionalno kvaliteto. Slednje se zgodi v primeru, ko se posamezniki poslužujejo ene ali več aktivnosti zato, da bi se izognili soočanju s težavo oziroma stresorjem. Ljudje lahko to storijo s pomočjo vedenjske ali miselne neaktivnosti. Pri prvi gre za zmanjšanje truda za spoprijemanje s stresorjem, lahko vključuje celo opustitev poskusov doseganja ciljev, ki jim stresor stoji na poti. Pri drugi pa osebe uporabljajo široko paleto dejavnosti zato, da se zamotijo in ne razmišljajo o problemu in o cilju, s katerim stresor interferira. Udeleženci raziskave so poročali, da se poslužujejo različnih aktivnosti predvsem zato, da poskrbijo za svoje psihofizično blagostanje in da se osredotočijo na distres ter dajo čustvom prosto pot. Tako strategijo, ki je usmerjena na emocije, so označili kot funkcionalno, saj jih razbremeni negativnih občutkov, in jih pripravi na bolj učinkovito (manj odvisno od trenutnega afekta) spoprijemanje s potencialno obremenjujočo situacijo.

4.2.5 Sprejetje

Zadnja izmed petih tem, ki povzemajo načine spoprijemanja pri psihoterapevtih, in so se pojavile v intervjujih z njimi, je sprejetje določenih obremenitev. Udeleženci so tako poročali, da jim nekoliko olajša opravljanje psihoterapevtskega dela, če sprejmejo določene značilnosti (vezane na paciente, njih same ali na psihoterapevtski proces), ki jim predstavljajo vir obremenitve. Psihoterapevti so dejali, da jim sprejetje določenih frustracij (četudi so za njih še tako obremenjujoče) pomaga predvsem v primerih, ko se določenih okoliščin ne da na hitro spremeniti, in takrat, ko kakršnakoli sprememba v smeri zmanjšanja delovanja ali odstranitve stresorja ni mogoča.

Nekateri izmed udeležencev so tudi izpostavili, da se jim zdi pomembno, če se zavedajo določenih svojih manj funkcionalnih značilnosti, ki lahko vplivajo na njihovo doživljanje stresnosti situacije in na spoprijemanje z njo, ter da jih sprejmejo kot del realnosti. Iz tega bi lahko sklepali, da se psihoterapevti zavedajo tega, da sami (s svojo osebnostjo, prepričanju, vedenjem ipd.) igrajo zelo pomembno vlogo pri temu, koliko obremenjenosti bodo doživljali pri svojem delu in kako se bodo z njo spoprijeli. Psihoterapevti namreč niso samo pasivni

sprejemalci potencialno obremenjujočega dogajanja, ampak aktivno vplivajo na občuteno stopnjo obremenjenosti. Vzamemo na primer dva psihoterapevta, ki sta v podobni situaciji napravila nenamerno napako s pacientom. Eden bo lahko to svojo napako jemal smrtno resno in si je ne bo mogel odpustiti. Drugi pa bo sicer zaznal resnost situacije, mu bo morda žal, da je to storil, ampak si bo tudi priznal, da je kot človeško bitje zmotljiv ter bo sprejel to svojo lastnost. Prvi bo tako samo stopnjeval svoje doživljanje obremenjenosti s svojo disfunkcionalno interpretacijo dogajanja, med tem ko bo drugemu sprejetje svojih pomanjkljivosti olajšalo nadaljnje delovanje in spoprijemanje s situacijo. Tudi Kottler (2010) je na podlagi intervjujev z uspešnimi in nadarjenimi terapevti prišel do podobnega sklepa, in sicer, da je nujno ne samo da psihoterapevt zazna lastne neuspehe, ampak da si jih tudi odpusti.

Vidik sprejemanja je še zadnji izmed pomembnih korakov v Brahamovem (1994) modelu spoprijemanja. Tudi avtorju se zdi za spoprijemanje s stresom nujno, da sprejmemo stvari, ki se jih ne da spremeniti. Sprejetje pa sloni na predpostavki, da ko ne moremo nadzorovati situacije, lahko nadzorujemo naš odziv (na primer lahko spremenimo naše vzorce mišljenja, nadzorujemo občutke jeze, samopomilovanja ipd.). Sprejetje lahko predstavlja funkcionalno strategijo spoprijemanja, saj posameznik, ki sprejme realnost stresne situacije, se običajno angažira v poskusih spoprijemanja s situacijo. Je pa tudi res, da sprejetje vpliva na dva vidika procesa spoprijemanja. Sprejetje stresorja kot realnega se pojavi pri primarni oceni (ko posameznik ocenjuje, ali je situacija stresna ali ne), sprejetje trenutnega pomanjkanja aktivnih strategij spoprijemanja pa je povezano s sekundarno oceno (ko posameznik ocenjuje, s kakšnimi viri se bo spopadel s stresno situacijo). Sprejetje je torej še posebno pomembno v tistih okoliščinah, ko stresor predstavlja nekaj, na kar se je potrebno pač navaditi; za razliko od okoliščin, ko stresor zlahka spremenimo (Carver, Scheier in Weintraub, 1989). Na tem mestu je torej potrebno poudariti, da je tudi pri soočanju z delovnimi obremenitvami psihoterapevtov, zelo pomembno v kateri fazi procesa spoprijemanja se sprejetje pojavi. Sprejetje stresorja kot realnega je funkcionalno in omogoča terapevtu spoprijemanje s stresno situacijo, za razliko od izogibanja stresorju, ko se terapevt noče sprijazniti s prisotnostjo obremenitve. V drugem primeru se težave zaradi zanikanja stresnih okoliščin in posledičnega pomanjkanja angažiranja pri spoprijemanju z njimi, seveda lahko samo še stopnjujejo, posledice delovanja frustracij pa so lahko samo še resnejše. Sprejetje pomanjkanja virov spoprijemanja s stresorjem pa je lahko funkcionalno ali disfunkcionalno, odvisno od tega, ali

se v zvezi s stresorjem resnično ne more nič narediti, ali pa obstaja možnost spremembe stresne situacije. Glede na to, da so udeleženci izpostavili, da jim sprejetje pomaga predvsem v objektivno brezizhodnih stresnih situacijah (ko imajo na primer opravka s terminalnim bolnikom), ali v situacijah, ko (vsaj v bližnji prihodnosti) ne morejo nič narediti, bi lahko zaključili, da je njihova uporaba sprejetja predvsem funkcionalna.

Funkcionalna uporaba sprejetja pa ima najverjetneje lahko tako kurativni kot preventivni učinek pri soočanju z obremenitvami. Sprejetje stresorja kot sestavnega dela opravljanja psihoterapevtske dejavnosti lahko namreč zmanjša frustriranost za tem, ko se stresor že pojavi. Sprejetje določenih preteklih frustrirajočih značilnosti psihoterapevtskega procesa pa lahko na primer tudi zaščiti psihoterapevta pred občutenjem velike stopnje stresa v prihodnosti.

4.2.6 Dodatni zaključki o spoprijemanju: kvalitativni podatki

Vsi udeleženci so se v preteklosti spoprijeli z delovnimi obremenitvami tako, da so vsaj enkrat uporabili eno izmed strategij, ki sem jih uvrstila v eno izmed petih skupin načinov spoprijemanja: supervizija, medosebna podpora, psihoterapevtska usposobljenost, aktivnosti izven poklica in sprejetje. Obstaja torej nekaj glavnih, splošnih načinov spoprijemanja, ki veljajo za vse psihoterapevte, ki so sodelovali v raziskavi; je pa tudi res, da znotraj teh splošnih nadkategorij obstajajo kategorije, ki veljajo za različne udeležence v različni meri. Tako na primer znotraj teme medosebne podpore so se že vsi pri manj ali bolj stresnih s službo povezanih situacijah obrnili na profesionalne kolege po pomoč, trije pa so se recimo lahko obrnili tudi na partnerja/ko, ki je prav tako psihoterapevt/ka. Ostali, ki živijo v odnosu z osebo iz drugih poklicnih krogov, pa seveda te možnosti – da bi se obrnili na družinske člane po pomoč – nimajo. Podobno velja za aktivnosti izven poklica, ki pomagajo psihoterapevtom razbremeniti se delovnih frustracij. Vsi se jih bolj ali manj pogosto poslužujejo, vendar se zelo razlikujejo v tem, kaj jim najbolj ustreza kot sprostitevni mehanizem; en psihoterapevt se bo posvetil intenzivni fizični vadbi, drugemu bo pomagal sprehod ob poslušanju glasbe, tretji pa se bo razbremenil ob dobri knjigi. Iz tega lahko zaključimo, da kljub temu, da obstaja nekaj glavnih skupnih točk med posamezniki, ima vsak svojo individualno kombinacijo načinov, ki se lahko ne samo kvalitativno, ampak tudi kvantitativno razlikuje od kombinacije drugega posameznika. Dva psihoterapevta se na primer lahko razlikujeta ne samo v tem pri komu poiščeta pomoč v zvezi s frustracijami (pri kolegu psihoterapevtu ali pri sodelavcu z drugim

poklicnim profilom, na primer psihiatru), ampak tudi v tem kako pogosto poiščeta podporo pri osebi z enako vlogo (na primer supervizorju). Predvsem od psihoterapevta samega pa je odvisno za katero kombinacijo načinov spoprijemanja se bo odločil, v skladu z njegovimi zmožnostmi, osebnostjo, načinom življenja ipd.

Uporaba določene strategije spoprijemanja pa ni odvisna samo od značilnosti tistega, ki se s situacijo spoprijema, ampak tudi od značilnosti same situacije. Na podlagi informacij iz intervjujev bi lahko zaključili, da sta za psihoterapevte pomembna predvsem dva vidika stresne okoliščine, ko se odločajo na kakšen način se bodo z njo spoprijeli. Prvič igra zelo pomembno vlogo stopnja stresnosti obremenjujoče okoliščine. Odziv terapevtov na izredno stresno delovno obremenitev se namreč precej razlikuje od odziva na manjšo frustracijo. Tako so se udeleženci v preteklosti v prvem primeru obrnili na druge (sodelavce, mentorje, supervizorje...) po pomoč, ko so čutili, da sami ne bodo mogli biti kos stresorju. Morda so celo uporabili več načinov spoprijemanja hkrati, na primer posvet s kolegom, prebiranje strokovnega gradiva in poglobljanje v določeno vsebino ter fizično aktivnost za sproščanje napetosti. V drugem primeru pa so se z obremenitvijo lahko spoprijeli sami, na primer tako, da so v literaturi poiskali namige, kako se spoprijeti s posameznim izzivom. Prav tako ni bilo potrebe po tem, da bi za obvladovanje stresorja uporabili več načinov spoprijemanja, saj so že z eno strategijo dosegli zadovoljiv učinek. Drugi pomembni vidik, ki vpliva na to, kako se psihoterapevti soočajo s stresno situacijo, pa je njena spremenljivost oziroma nespremenljivost. V prvem primeru so bili udeleženci v preteklosti osredotočeni na to, da situacijo spremenijo z na problem usmerjenimi strategijami, na primer tako, da so poiskali instrumentalno socialno podporo pri bolj izkušenih posameznikih. V drugem primeru, ko je šlo za objektivno nespremenljive okoliščine, pa so posamezniki skušali te okoliščine sprejeti, morda so hkrati poiskali emocionalno socialno podporo pri svojih bližnjih ali se odločili za kakšen drug način izražanja in predelave svojih čustev (na primer s pomočjo glasbe ali gibanja).

4.2.7 Spoprijemanje: kvantitativni podatki

Rezultati Lestvice spoprijemanja so pokazali, da psihoterapevti pri soočanju s stresorji v povprečju precej pogosto uporabljajo strategijo Načrtovanja, srednje pogosto pa strategije Zadrževanja spontanega odziva, Aktivnega spoprijemanja, Iskanja instrumentalne socialne podpore, Prekinitve ostalih dejavnosti, Pozitivne reinterpretacije in rasti ter Iskanja

emocionalne socialne podpore. Prvih pet strategij je usmerjenih na problem, zadnji dve pa sta usmerjeni na emocije. Najmanj pa se pri spoprijemanju s stresorji terapevti zanašajo na strategije: Vedenjska neaktivnost, Miselna neaktivnost, Usmerjenost v vero, Zanikanje, Uporaba drog. Slednje (z izjemo Usmerjenosti v vero) praviloma veljajo za dolgoročno neučinkovite oziroma disfunkcionalne strategije, saj ne delujejo v smeri odprave ali spremembe stresorja, kljub temu, da lahko za kratek čas posameznika razbremenijo neprijetnih občutkov, nastalih zaradi stresnih okoliščin. Taki rezultati se precej ujemajo z ugotovitvami avtorjev podobnih raziskav (na primer Murtagh in Wollersheim, 1997), ki zaključujejo, da psihoterapevti dajejo prednost strategijam, ki so usmerjene k problemu pri spoprijemanju z obremenitvami in manj uporabljajo tiste, ki so usmerjene na emocije. Disfunkcionalnih (kot sta na primer Zanikanje in Uporaba drog) pa ne uporabljajo. Murtagh in Wollersheim (1997) tudi priporočata, da se psihoterapevti poslužujejo na problem usmerjenih strategij spoprijemanja z delovnimi obremenitvami, saj je klinična praksa pogosto zelo stresna, uporaba takih strategij pa lahko učinkoviteje zaščiti strokovnjake pred stresorji kot strategije, ki so usmerjene na emocije. Izmed vseh petih strategij, ki so usmerjene na emocije, psihoterapevti najpogosteje uporabljajo Pozitivno reinterpretacijo in rast ter Iskanje emocionalne socialne podpore. Obe strategiji pa sta funkcionalni, saj posamezniku olajšata uporabo aktivnih, na problem osredotočenih ukrepov.

Po eni strani dejstvo, da psihoterapevti uporabljajo predvsem funkcionalne načine spoprijemanja ne preseneča, saj je pričakovati, da se kot strokovnjaki duševnega zdravja spoznajo tudi na to, kako naj bi se posameznik v določeni obremenjujoči situaciji funkcionalno spoprijemal, in da to znanje uporabijo sebi v korist, ko je potrebno. Po drugi strani je pa tudi res, da ravno zato, ker se bolj kot kdorkoli drug spoznajo na skrb za psihofizično blagostanje posameznika, so lahko med izpolnjevanjem vprašalnika dajali take odgovore, ki odražajo njihovo poznavanje področja (o tem katere strategije so učinkovite in funkcionalne ter katere niso) in ne tega kar dejansko v praksi počnejo. Obstaja verjetnost, da so bili nagnjeni k dajanju socialno zaželenih oziroma "pravih" odgovorov glede njihovega načina spoprijemanja. Populacija psihoterapevtov je namreč morda ena izmed najtežjih populacij za preučevanje z uporabo standardiziranih merskih pripomočkov (kot so na primer vprašalniki, lestvice ipd.), saj kot poznavalci postopkov ocenjevanja in diagnosticiranja vedo na primer, kaj lahko določena postavka ocenjuje. Posledično obstaja možnost, da na vprašanja odgovarjajo tako kot mislijo, da bi bilo bolje (na primer da se ne nikoli ne izogibajo

problemu), in ne tako kot dejansko je (da se na primer včasih nočejo soočiti s problemom in odlašajo z reševanjem situacije), kar pa posledično izkrivi rezultate. To je tudi eden izmed razlogov, da sem se osredotočila predvsem na kvalitativno preučevanje tega problema, saj udeleženci težje dajejo predvidljive, pripravljene odgovore pri manj strukturiranih načinih zbiranja podatkov, kot je na primer polstrukturirani intervju.

4.2.8 Splošni zaključki o spoprijemanju

Na tem mestu je morda tudi smiselno pogledati na celotno sliko rezultatov, saj se kvantitativni in kvalitativni podatki o načinih spoprijemanja precej prekrivajo. Supervizija in medosebna podpora na primer vključujeta iskanje tako instrumentalne kot tudi emocionalne socialne podpore. Psihoterapevt pa se glede na specifiko določenega problema odloči recimo za pomoč drugih v obliki konkretne pomoči (kar se na primer prekriva s strategijama Načrtovanja in Aktivnega spoprijemanja), ali v obliki čustvene podpore, ki mu pomaga zagledati stvari iz drugega zornega kota (kar se na primer prekriva s strategijo Pozitivne reinterpretacije in rasti). Smiselno ujemanje kvantitativnih podatkov s kvalitativnimi nekako zvišuje zanesljivost slednjih in zmanjšuje verjetnost, da bi psihoterapevti med izpolnjevanjem vprašalnika dajali izkrivljene odgovore.

Zanimivo, da skorajda ni prišlo do razlik v petnajstih strategijah vprašalnika spoprijemanja glede na spol, vrsto prakse (javno ali zasebno) in številom let delovnih izkušenj v psihoterapevtski praksi. Samo strategijo iskanja instrumentalne socialne podpore naj bi nekoliko manj izkušeni psihoterapevti uporabljali pogosteje od bolj izkušenih. Slednje po eni strani niti ni tako presenetljivo, če pomislimo, da so posamezniki z manj izkušnjami najverjetneje nekoliko manj samostojni predvsem pri soočanju z novimi izzivi in potrebujejo več predlogov, nasvetov ter mnenj bolj izkušenih kolegov, ki so se s podobno okoliščino že soočili, mogoče celo več kot enkrat.

Norcross in Prochaska (1986a) sta na primer v svoji raziskavi ugotovila, da ni prišlo do razlik v spoprijemanju s stresom med psihoterapevti iz različnih teoretičnih usmeritev. Tudi onadva sta torej prišla do zaključka, da obstaja med kliniki precejšnja stopnja podobnosti v načinih spoprijemanja. Res pa je, da sama nisem mogla preveriti, ali se udeleženci različnih usmeritev morda razlikujejo v načinih spoprijemanja, saj je vzorec vključeval predvsem psihodinamsko usmerjene psihoterapevte in manj tistih iz drugih usmeritev. Morda je celo to eden izmed razlogov, da ni prišlo do večjega števila razlik med udeleženci v strategijah spoprijemanja,

čeprav – glede na zaključke zgoraj omenjenih avtorjev – je verjetnost, da je to vzrok, precej nizka.

Norcross in Prochaska (1986a) sta kot enega izmed možnih vzrokov za tako enotnost rezultatov glede strategij spoprijemanja navedla možnost, da psihoterapevti sčasoma postanejo bolj izkušeni, pragmatični in eklektični pri uporabi tistega, kar zares deluje pri lastnem spoprijemanju. Obstaja verjetnost, da to velja tudi za psihoterapevte, ki so se udeležili te raziskave, in sicer, da vedo kaj zares deluje pri soočanju z obremenitvami, ne glede na to katerega spola so, v kakšni vrsti prakse delajo in koliko izkušenj imajo.

4.3 Vrednost diplomskega dela za teorijo in prakso

Ta raziskava je bila osnovana predvsem z namenom ugotoviti nekaj glavnih načinov spoprijemanja z delovnimi obremenitvami psihoterapevtov v slovenskem prostoru, saj se do sedaj še noben avtor ni posvetil proučevanju tega področja. Ugotovitve, ki so predstavljene v tej nalogi, lahko tako služijo kot iztočnica za nadaljno raziskovanje teh mehanizmov, hkrati pa predstavljajo pomembne informacije predvsem za psihoterapevte različnih šol oziroma usmeritev, za posameznike, ki z njimi sodelujejo zaradi profesionalnih razlogov in za tiste, ki so del njihovega zasebnega življenja. Posredno so tej podatki pomembni tudi za paciente psihoterapevtov, saj so kot uporabniki storitev nekoga, ki se uspešno sooča s potencialnimi delovnimi obremenitvami, deležni kvalitetnejše obravnave.

4.4 Pomanjkljivosti študije

Raziskava seveda tudi ni brez pomanjkljivosti. V prvi vrsti je potrebno izpostaviti problematičnost vzorca, ki je bil priložnostno oblikovan, in ni reprezentativen za celotno populacijo slovenskih psihoterapevtov. Večina udeležencev je na primer psihodinamsko usmerjena, medtem, ko je sodelovalo malo psihoterapevtov iz drugih teoretičnih usmeritev. Majhno število udeležencev je tudi vplivalo na to, da ni bilo mogoče izpeljati nekoliko zahtevnejših kvantitativnih analiz, ki bi lahko dopolnile oziroma obogatile rezultate z drugimi podatki. Predvsem kvalitativna narava podatkov, pridobljena na majhnem vzorcu, tudi onemogoča posploševanje na celotno populacijo slovenskih psihoterapevtov, kljub temu, da nam nudi veliko informacij o tem, kateri so možni načini spoprijemanja s poklicnimi stresi pri teh strokovnjakih. Izpostaviti moram tudi problematičnost mojega vpliva predvsem pri analizi kvalitativnih podatkov. Ne glede na to, koliko sem se trudila čim bolj korektno analizirati,

kodirati in kategorizirati podatke, vemo, da je nemogoče povsem izničiti vpliv subjektivnosti raziskovalca na rezultate. Vsekakor bi lahko kakovost analize podatkov povečala, če bi imela na razpolago vsaj enega ali več sodelavcev, ki bi vzporedno obdelovali podatke; primerjava in oblikovanje končnih rezultatov na podlagi analize več posameznikov pa bi nedvomno prispevala k večji veljavnosti kvalitativnega dela podatkov. Na žalost pa za tako obsežno delo nisem imela ne prostovoljcev ne sredstev, ki bi to omogočila. Najverjetneje bi na večjo veljavnost rezultatov vplivalo tudi, če bi se udeležila kakšnega treninga analize kvalitativnih podatkov, saj sem se kot začetnica prvič lotila tako obsežnega raziskovanja na tak način.

4.4 Perspektive in smernice za nadaljnje delo

V prihodnosti bi bilo morda zanimivo podrobneje raziskati strategijo sprejetja kot načina spoprijemanja pri psihoterapevtih. Sprejetje ima namreč lahko tako funkcionalno kot disfunkcionalno kvaliteto. Za psihoterapevta je sprejetje stresorja lahko funkcionalno, saj mu olajša nadaljnje spoprijemanje z njim v situacijah, ko je možno v zvezi s stresorjem nekaj narediti, ali ga je preprosto potrebno sprejeti. Sprejetje pomanjkanja ustreznih strategij spoprijemanja pa je disfunkcionalno v situacijah, ko ima posameznik možnost spremeniti stresne okoliščine, a se tega ne zaveda, to spregleda idr. Z drugimi besedami, posameznik se sprijazni s situacijo kot nespremenljivo, kljub temu, da je sprememba možna in je odvisna od njega. Na tem mestu se je torej upravičeno vprašati, kako točno lahko psihoterapevti ocenijo spremenljivost oziroma nespremenljivost določenih stresnih okoliščin in prisotnost oziroma odsotnost strategij spoprijemanja, ki so jim na razpolago. Do kod je torej sprejetje funkcionalno in od kod naprej psihoterapevtom škodi? Obstaja morda povezava med neučinkovito uporabo strategije sprejetja in fenomenom naučene nemoči? En psihoterapevt bi lahko na primer bil nagnjen k temu, da se prepogosto in prehitro sprijazni z dejstvom, da si ob določeni obremenitvi, ki je povezana s pacientom, pač ne more pomagati. Posledično se ne bi aktivno spoprijemal s podobnimi frustracijami, ki bi se v praksi pojavljale, kar bi vodilo do njegovih občutkov nemoči. Slednji bi naprej oteževali spoprijemanje z novimi obremenitvami in psihoterapevt bi se lahko tako hitro znašel v začaranem krogu, ki bi zanj imel katastrofalne posledice. Morda bi bilo dobro v prihodnosti raziskati ta vidik in preveriti, ali mogoče obstajajo razlike med tistimi psihoterapevti, ki se učinkovito spoprijemajo s poklicnim stresom in tistimi, ki se ne.

5.0 SKLEPI

Stres predstavlja enega izmed najbolj razširjenih, zdravju škodljivih fenomenov moderne dobe. Poklicni stres je posebna vrsta stresa, ki je za ene poklice bolj značilna kot za druge. Poklic psihoterapevta spada med bolj obremenjujoče poklice predvsem zaradi pogostega dela z ljudmi, ki doživljajo hude osebne stiske, ali se soočajo z bolj ali manj težko duševno motnjo. Različni viri stresa lahko pri psihoterapevtu povzročijo stisko, ki vključuje psihološke, vedenjske in fizične simptome. Kot posledica neprimerne oziroma pomanjkljivega spoprijemanja z obremenitvami se lahko celo pojavi sindrom izgorevanja ali posredna travmatiziranost. Psihoterapevtovo doživljanje stresa lahko negativno vpliva tako na njegovo blagostanje kot tudi na vodenje psihoterapij, kar posledično škoduje tudi pacientom. Izrednega pomena je torej, da psihoterapevt skrbi zase na primeren način, ne samo zaradi njega samega, ampak tudi zaradi ljudi s katerimi dela. V svoji raziskavi sem tako skušala predvsem odgovoriti na vprašanje, kako se s številnimi raznolikimi delovnimi obremenitvami spoprijemajo slovenski psihoterapevti.

Psihoterapevti se z bolj ali manj obremenjujočimi delovnimi frustracijami spoprijemajo s pomočjo supervizije, medosebne podpore, psihoterapevtske usposobljenosti, aktivnosti izven poklica in sprejetja. Poslužujejo se tako samooskrbe (preventivnih ukrepov proti škodljivim učinkom stresa), kot spoprijemanja v ožjem pomenu besede (odgovora na stres ali na težave, ko se le-te pojavijo). Njihovi načini spoprijemanja so funkcionalni in predvsem na problem usmerjeni, kljub temu, da se s stresorji soočajo tudi s strategijami, ki so usmerjene na emocije. S poklicnimi obremenitvami se spoprijemajo tako z mehanizmi, ki se odvijajo znotraj terapevtskega procesa, kot s tistimi, ki se odvijajo izven njega.

Ne smemo pa pozabiti na dejstvo, da prisotnost določene mere stresa ne implicira nujno posameznikove oškodovanosti, ampak lahko olajša oziroma spodbuja delovanje, zato nagnjenost k zmanjšanju psihoterapevtovega nivoja stresa ni vedno primerna oziroma potrebna. Določen, optimalen nivo stresa lahko namreč terapevtu predstavlja izziv in ga usmerja k napredku. Psihoterapevti lahko doživijo določeno število kriznih situacij v psihoterapevtski praksi, ampak kljub temu opravljajo svoje delo, če že ne brezhibno, vsaj primerno oziroma na dovolj dober način.

VIRI

- Baum, O. (1977). Countertransference and the vicissitudes in an analyst's development. *The Psychoanalytic Review*, 64, 539–550.
- Bergin, A. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 235–246.
- Bergin, A. in Jasper, L. (1969). Correlates of empathy in psychotherapy: A replication. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 477–481.
- Braham, B. J. (1994). *Managing stress: keeping calm under fire*. Združene države Amerike: Irwin Professional Publishing.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocols are too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92–100.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. in Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.
- Cohen, S. in Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310–357.
- Coltart, N. (1993). *How to Survive as a Psychotherapist*. London: Sheldon press.
- Coyle, A. (2007). Introduction to qualitative psychological research. V E. Lyons in A. Coyle (ur.), *Analysing qualitative data in psychology* (str. 9–29). Los Angeles: Sage.
- Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B. in Greden, J. E (1987). Living with a depressed person. *Journal of Abnormal Psychology*, 55, 347–352.
- Cushway, D. in Tyler, P. (1994). Stress and coping in clinical psychologists. *Stress Medicine*, 10, 35–42.
- Cushway, D., Tyler, P. A. in Nolan, P. (1996). Development of a stress scale for mental health professionals. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 279–295.
- Davis, M., McKay, M. in Robbins Eshelman, E. (2000). *The Relaxation & Stress Reduction Workbook*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Deutsch, C. J. (1984). Self-Reported Sources of Stress Among Psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15(6), 833–845.

- Deutsch, C. J. (1985). A Survey of Therapists' Personal Problems and Treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16(2), 305–315.
- Dlugos, R. F. in Friedlander, M. L. (2001). Passionately Committed Psychotherapists: A Qualitative Study of Their Experiences. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(3), 298–304.
- Downey, G. in Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50–76.
- Farber, B. A. (1983). Dysfunctional aspects of the psychotherapeutic role. V B. A. Farber (ur.), *Stress and Burnout in the Human Service Professions* (str. 97–188). New York: Pergamon.
- Farber, B. A. (1990). Burnout in psychotherapists: Incidence, types and trends. *Psychotherapy in Private Practice*, 8, 35–44.
- Farber, B. A. in Heifetz, L. J. (1981). The satisfactions and stresses of psychotherapeutic work: A factor analytic study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 12, 621–630.
- Fengler, J. (2007). *Nudenje pomoči utruja: O analizi in obvladovanju izgorelosti in poklicne deformacije*. Ljubljana: Temza.
- Figley, C. R. (1993). Compassion stress and the family therapist. *Family Therapy News*, 1–8.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. V C. R. Figley (ur.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (str. 1–20). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 58(11), 1433–1441.
- Flick, U. (2002). *An introduction to qualitative research*. London: Sage.
- Flick, U. (2007). *Designing qualitative research*. Los Angeles: Sage.
- Folkman, S. in Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219–239.
- Folkman, S. in Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150–170.

- Freud, S. (1937). Analysis terminable and interminable. V J. Strachey (ur.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (23, str. 211–253). London: Hogarth Press.
- Ghent, E. (1999). Masochism, submission, surrender: Masochism as a perversion of surrender. V S. Mitchell in L. Aron (ur.), *Relational psychoanalysis: The emergence of tradition* (str. 211–242). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Guy, J. D. (2000). Holding the Holding Environment Together: Self-Psychology and Psychotherapist Care. *Professional Psychology: Research and Practice* 31(3), 351–352.
- Harrison, R. L. in Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: identifying protective practices. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 203–219.
- Hill, G. (2001). *Psihologija: shematski prikaz*. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije.
- Hindle, T. (1998). *Reducing stress*. London: Dorling Kindersley Limited.
- Hellman, I. D. in Morrison, T. L. (1987). Practice setting and type of caseload as factors in psychotherapists stress. *Psychotherapy*, 24(3), 427–433.
- Hellman, I. D., Morrison, T. L. in Abramowitz, S. I. (1987). Therapists experience and the stresses of psychotherapeutic work. *Psychotherapy*, 24(2), 171–177.
- Holmes T. H. in Rahe R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218.
- Ihan, A. in Simonič Vidrih, M. (2005). *Stres na delovnem mestu in spoprijemanje z njim*. Ljubljana: Arx d.o.o.
- Joiner, T. E., Jr., Alfano, M. S. in Metalsky, G. I. (1992). When depression breed contempt: Reassurance seeking, self-esteem, and rejection of depressed college students by their roommates. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 165–173.
- Kezele, A. P. (1995). *Transcendentalna meditacija – korak naprej*. Maribor: Center za Transcendentalno meditacijo Maribor.
- Knutsen, E. (1977). On the emotional well-being of psychiatrists: Overview and rationale. *American Journal of Psychoanalysis*, 37, 123–129.
- Kolenc, K. M., Hartley, D. L. in Murdock, N. L. (1990). The relationship of mild depression to stress and coping. *Journal of Mental Health Counseling*, 12, 76–92.

- Kottler, J. A. (2010). *On being a Therapist* (četrta izdaja). San Francisco: Jossey-Bass, A Wiley Imprint.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. London: Sage.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. in Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453–461.
- Looker, T. in Gregson, O. (1993). *Obvladajmo stres: kaj lahko z razumom storimo proti stresu*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Luban Plozza, B. in Pozzi, U. (1994). *V sožitju s stresom*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- Lyons, E. (2007). Doing qualitative research: initial questions. V E. Lyons in A. Coyle (ur.), *Analysing qualitative data in psychology* (str. 3–8). Los Angeles: Sage.
- Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapists' Personal Problems and Self-Care Patterns. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 14–16.
- Marston, A. R. (1984). What makes therapists run? A model for analysis of motivational styles. *Psychotherapy*, 21(4), 456–459.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- McCann, I. L. in Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A contextual model for understanding the effects of trauma on helpers. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131–149.
- Medeiros, M. E. in Prochaska, J. O. (1988). Coping Strategies That Psychotherapists Use in Working With Stressful Clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(1), 112–114.
- Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Meško, M. (2011). *Stres na delovnem mestu: visokošolski učbenik z recenzijo*. Maribor: Zavod za varnostne strategije pri Univerzi v Mariboru.
- Muldary, T. W. (1983). *Burnout and health professionals: Manifestations and management*. Garden Grove, CA: Capistrano.
- Murtagh, M. P. in Wollersheim, J. P. (1997). Effects of Clinical Practice on Psychologists: Treating Depressed Clients, Perceived Stress, and Ways of Coping. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(4), 361–364.
- Musek, J. (1993). *Osebnost in vrednote*. Ljubljana: Educy.

- Nash, J., Norcross, J. C. in Prochaska, J. O. (1984). Satisfactions and stresses of independent practice. *Psychotherapy in Private Practice*, 2(4), 39–48.
- Neuendorf, K. A. (2002). *The Content Analysis Guidebook*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Newhouse, P. (2000). *Življenje brez stresa*. Ljubljana: Tomark.
- Newton, P. M. (1973). Social structure and process in psychotherapy: A sociopsychological analysis of transference, resistance and change. *International Journal of Psychiatry*, 11, 480–512.
- Norcross, J. C. (2005). The Psychotherapist's Own Psychotherapy: Educating and Developing Psychologists. *American Psychologist*, 60(8), 840–850.
- Norcross, J. C., Bike, D. H., Evans, K. L. in Schatz, D. M. (2008). Psychotherapists Who Abstain From Personal Therapy: Do They Practice What They Preach? *Journal of Clinical Psychology*, 64(12), 1368–1376.
- Norcross, J. C. in Connor, K. A. (2005). Psychotherapists entering personal therapy: Their primary reasons and presenting problems. V J. D. Geller, J. C. Norcross in D. E. Orlinsky (ur.), *The psychotherapist's own psychotherapy: Patient and clinician perspectives* (str. 192–200). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. in Guy, J. D. (2007). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care*. New York: Guilford Press.
- Norcross, J. C. in Prochaska, J. O. (1986a). Psychotherapists heal thyself – I. The psychological distress and self-change of psychologists, counselors and laypersons. *Psychotherapy*, 23(1), 102–114.
- Norcross, J. C. in Prochaska, J. O. (1986b). Psychotherapists heal thyself – II. The self-initiated and therapy-facilitated change of psychological distress. *Psychotherapy*, 23(3), 345–356.
- Norcross, J. C., Strausser-Kirtland, D. in Missar, C. D. (1988). The processes and outcomes of psychotherapists' personal treatment experiences. *Psychotherapy*, 25, 36–43.
- Orlinsky, D. E., Norcross, J. C., Rønnestad, M. H. in Wiseman, H. (2005). Outcomes and impacts of psychotherapists' personal therapy: A research review. V J. D. Geller, J. C. Norcross in D. E. Orlinsky (ur.), *The psychotherapist's own psychotherapy: Patient and clinician perspectives* (str. 214–230). New York: Oxford Univ. Press.

- Parloff, M. B., Waskow, I. E. in Wolfe, B. E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. V S. L. Garfield in A. E. Bergin (ur.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis* (2. izdaja) (str. 233–282). New York: John Wiley.
- Pines, A., in Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: The Free Press.
- Pines, A. in Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 233–237.
- Powell, T. (1999). *Kako premagamo stres*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E. in Szumukler, G. (1994). Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff and their relation to mental health, burnout, and job satisfaction. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 51–59.
- Radeke, J. T. in Mahoney, M. J. (2000). Comparing the Personal Lives of Psychotherapists and Research Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 82–84.
- Ralph, N. (1980). Learning psychotherapy: A developmental perspective. *Psychiatry*, 43, 243–250.
- Ross, R. R., Altmaier, E. M. in Russell, D. W. (1989). Job stress, social support, and Burnout among counseling center staff. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 464–470.
- Rupert, P. A. in Morgan, D. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 544–550.
- Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. Los Angeles: Sage.
- Selič, P. (1999). *Psihologija bolezni našega časa*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Sexton, L. (1999). Vicarious traumatisation of counsellor and effects on their workplaces. *British Journal of Guidance and Counselling*, 27, 393–403.
- Skovholt, T. M. (2001). *The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals*. Boston: Allyn & Bacon.

- Sutherland, V. J. in Cooper, C. L. (2000). *Strategic Stress Management: an organizational approach*. Houndmills: Macmillian Press.
- Theriault, A. in Gazzola, N. (2006). What are the sources of feelings of incompetence in experienced psychotherapists? *Counseling Psychology Quarterly*, 19, 313–330.
- Treven, S. (2005). *Premagovanje stresa*. Ljubljana: GV Založba.
- Tyrer, P. (1987). *Kako živeti s stresom*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Vitaliano, E P., Maiuro, R.D., Russo, J. in Becker, J. (1987). Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 1–18.
- Wolfe, J. L. (2000). A Vacation From Musturbation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(5), 581–583.

PRILOGE

Priloga 1. Vprašalnik o demografskih podatkih

SPOL: Ž M

STAROST: _____

IZOBRAZBA:

- a) dodiplomska: _____
- b) podiplomska: _____
- število let podiplomskega izobraževanja: _____

ŠTEVILO LET DELOVNIH IZKUŠENJ V PSIHOTERAPEVTSKI PRAKSI: _____

USMERITEV (psihodinamska, humanistična, kognitivno-vedenjska...): _____

NAČIN DELA:

- a) v instituciji
 če ste obkrožili možnost a), vas prosimo, da napišete v kakšni vrsti institucije delate (zdravstveni dom, bolnišnica, šola...): _____
- b) v privatni praksi
- c) oboje
 povprečno število psihoterapevtskih ur v instituciji na teden: _____
 prosimo vas, da napišete v kakšni vrsti institucije delate (zdravstveni dom, bolnišnica, šola...): _____
 povprečno število psihoterapevtskih ur v privatni praksi na teden: _____

VRSTA TERAPIJE (lahko obkrožite več možnosti):

- a) individualna
 povprečno število ur terapij na teden: _____
- b) partnerska
 povprečno število ur terapij na teden: _____
- c) družinska
 povprečno število ur terapij na teden: _____
- d) skupinska
 povprečno število ur terapij na teden: _____

KLIENTI (lahko obkrožite več možnosti):

- a) otroci
povprečno število ur kontakta s klienti na teden: _____
- b) mladostniki
povprečno število ur kontakta s klienti na teden: _____
- c) odrasli
povprečno število ur kontakta s klienti na teden: _____
- d) starostniki
povprečno število ur kontakta s klienti na teden: _____

PREVLADUJOČA VRSTA TEŽAV KLIENTOV (lahko obkrožite več možnosti):

- a) organske, vključno simptomatske, duševne motnje (npr. demenca)
- b) duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (npr. odvisnost od alkohola)
- c) shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (npr. paranoidna shizofrenija)
- d) razpoloženske (afektivne) motnje (npr. bipolarna motnja razpoloženja)
- e) nevrotske, stresne in somatoformne motnje (npr. generalizirana anksiozna motnja)
- f) vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (npr. motnje hranjenja)
- g) motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi (npr. motnje spolne identitete)
- h) duševna manjrazvitost (mentalna retardacija) (npr. blaga duševna manjrazvitost)
- i) motnje duševnega (psihološkega) razvoja (npr. pervazivne razvojne motnje)
- j) vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (npr. tiki)
- k) drugo: _____

VRSTA TEŽAV KLIENTOV, KI JIH OBIČAJNO NE OBRAVNAVATE, NE ŽELITE Z NJIMI DELATI OZ. JIH ODKLONITE (lahko obkrožite več možnosti):

- a) organske, vključno simptomatske, duševne motnje (npr. demenca)
- b) duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi (npr. odvisnost od alkohola)
- c) shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje (npr. paranoidna shizofrenija)
- d) razpoloženske (afektivne) motnje (npr. bipolarna motnja razpoloženja)
- e) nevrotske, stresne in somatoformne motnje (npr. generalizirana anksiozna motnja)
- f) vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki (npr. motnje hranjenja)
- g) motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi (npr. motnje spolne identitete)
- h) duševna manjrazvitost (mentalna retardacija) (npr. blaga duševna manjrazvitost)
- i) motnje duševnega (psihološkega) razvoja (npr. pervazivne razvojne motnje)
- j) vedenjske in čustvene motnje, ki se začnejo navadno v otroštvu in adolescenci (npr. tiki)
- k) drugo: _____

Priloga 2. Lestvica psihoterapevtovih stresorjev

Prosimo vas, da za vsak dejavnik iz spodnjega seznama ocenite, koliko se vam zdi obremenjujoč (četudi se z njim še niste srečali v praksi) s pomočjo 5-stopenjske lestvice. Nato vas prosimo, da na naslednji strani za vsako obremenitev ocenite, kako pogosto se ta pojavlja v vaši psihoterapevtski praksi, prav tako s pomočjo 5-stopenjske lestvice. Prosimo, da poskusite vsako trditev oceniti neodvisno od druge. Odgovore izberite premišljeno in naj čim bolj odražajo to, kar mislite. Ocenite vse trditve.

A) STOPNJA STRESNOSTI DELOVNE OBREMENITVE

- 1 – obremenitev se mi **ne zdi stresna**
- 2 – obremenitev se mi zdi **malo stresna**
- 3 – obremenitev se mi zdi **srednje stresna**
- 4 – obremenitev se mi zdi **precej stresna**
- 5 – obremenitev se mi zdi **zelo stresna**

1. Klientove samomorilne izjave	
2. Nezmožnost pomagati klientu v hudi stiski, da bi se bolje počutil	
3. Srečanje večjega števila klientov v tednu dni, kakor običajno	
4. Klientovo izražanje jeze proti vam	
5. Pomanjkanje zaznanega napredka s klientom	
6. Hudo depresiven klient	
7. Apatija ali pomanjkanje motivacije s strani klienta	
8. Nenaklonjenost klientu	
9. Klientova prezgodnja prekinitev terapije	
10. Dajanje morebitno bolečih interpretacij ali povratnih informacij klientu	
11. Vaši dvomi glede učinkovitosti terapije	
12. Poklicni konflikti s sodelavci	
13. Klientovo omenjanje tematik, ki so občutljive narave v vašem osebnem življenju	
14. Klientovo pripovedovanje o izkušnji posilstva, incesta, pretepa ali drugih zlorab	
15. Nujnost biti neprestano pozoren med seansami	
16. Klientova anksioznost	
17. Klientovo izražanje agresije in sovražnosti do druge osebe	
18. Ločenost od drugih strokovnjakov	
19. Občutek odgovornosti za življenje klientov	
20. Nadziranje izražanja lastnih čustev med seansami	
21. Klientov jok	
22. Uravnoteženje empatije in primerne strokovne distance do klienta	
23. Klientovo zamujanje na seanso	
24. Nezmožnost odmisлити skrbi povezane s klienti izven delovnega časa	
25. V skupnosti obstoječi stereotipi o psihoterapevtih	
26. Spolna privlačnost do klienta	
27. Odsotnost izražanja hvaležnosti s strani klienta	
28. Klient laže	
29. Klientova ekstremna odvisnost v odnosu do vas	
30. Telefonski klici klienta na vaš dom, izven delovnega časa	
31. Dolgčas med seansami	

B) POGOSTOST POJAVLJANJA DELOVNE OBREMENITVE

- 1 – s to obremenitvijo se pri svojem delu **še nisem srečal**
- 2 – s to obremenitvijo se pri svojem delu srečujem **redko**
- 3 – s to obremenitvijo se pri svojem delu srečujem **srednje pogosto**
- 4 – s to obremenitvijo se pri svojem delu srečujem **precej pogosto**
- 5 – s to obremenitvijo se pri svojem delu srečujem **zelo pogosto**

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Klientove samomorilne izjave | ☐ |
| 2. Nezmožnost pomagati klientu v hudi stiski, da bi se bolje počutil | ☐ |
| 3. Srečanje večjega števila klientov v tednu dni, kakor običajno | ☐ |
| 4. Klientovo izražanje jeze proti vam | ☐ |
| 5. Pomanjkanje zaznanega napredka s klientom | ☐ |
| 6. Hudo depresiven klient | ☐ |
| 7. Apatija ali pomanjkanje motivacije s strani klienta | ☐ |
| 8. Nenaklonjenost klientu | ☐ |
| 9. Klientova prezgodnja prekinitev terapije | ☐ |
| 10. Dajanje morebitno bolečih interpretacij ali povratnih informacij klientu | ☐ |
| 11. Vaši dvomi glede učinkovitosti terapije | ☐ |
| 12. Poklicni konflikti s sodelavci | ☐ |
| 13. Klientovo omenjanje tematik, ki so občutljive narave v vašem osebnem življenju | ☐ |
| 14. Klientovo pripovedovanje o izkušnji posilstva, incesta, pretepa ali drugih zlorab | ☐ |
| 15. Nujnost biti neprestano pozoren med seansami | ☐ |
| 16. Klientova anksioznost | ☐ |
| 17. Klientovo izražanje agresije in sovražnosti do druge osebe | ☐ |
| 18. Ločenost od drugih strokovnjakov | ☐ |
| 19. Občutek odgovornosti za življenja klientov | ☐ |
| 20. Nadziranje izražanja lastnih čustev med seansami | ☐ |
| 21. Klientov jok | ☐ |
| 22. Uravnoteženje empatije in primerne strokovne distance do klienta | ☐ |
| 23. Klientovo zamujanje na seanso | ☐ |
| 24. Nezmožnost odmisлити skrbi povezane s klienti izven delovnega časa | ☐ |
| 25. V skupnosti obstoječi stereotipi o psihoterapevtih | ☐ |
| 26. Spolna privlačnost do klienta | ☐ |
| 27. Odsotnost izražanja hvaležnosti s strani klienta | ☐ |
| 28. Klient laže | ☐ |
| 29. Klientova ekstremna odvisnost v odnosu do vas | ☐ |
| 30. Telefonski klici klienta na vaš dom, izven delovnega časa | ☐ |
| 31. Dolgčas med seansami | ☐ |

Priloga 3. Polstrukturirani intervju

- A bi zase rekli, da ste obremenjeni z delom? (Da? Koliko? Malo, srednje, veliko? Morda v primerjavi z drugimi poklici – manj, bolj?)
- Kaj vas pri vašem poklicu najbolj obremenjuje? (in kako se s tem spoprijemate?)

DELOVNE OBREMENITVE

Obstajajo različne skupine stresorjev, s katerimi se psihoterapevti lahko srečajo pri opravljanju svojega poklica.

- A) **Obremenitve povezane s poslovnim vidikom poklica** (finančne nesigurnosti (npr. v privatni praksi lahko število klientov niha, posledično lahko niha višina prihodkov), sodelovanje z zavarovalnicami (podpiranje predvsem učinkovitih in kratkotrajnih terapij)...).
- Doživljate kakšne take obremenitve? (Katere? Lahko navedete kakšen konkreten primer? Kako se z njimi spoprijemate?...)
- B) **Obremenitve povezane s klienti** (klienti tudi lahko predstavljajo vir stresa za terapevte)
- Ali se vam je že zgodilo, da je imel klient (zelo) negativen vpliv na vaše psihofizično blagostanje? (Lahko opišete? Kako ste se s tem spoprijeli?...)
 - Ali pogosto razmišljate o klientih tudi izven delovnega časa? Se vam je že zgodilo, da niste mogli odmisлити primera, da ste se nenehno obremenjevali s tem, kako mu pomagati...?
 - Kaj pa negativno čustvovanje klienta (dvomi o lastni identiteti, občutja praznine, jok...)? Se vam zdi, da lahko tudi to predstavlja vir stresa? (Kakšen primer? Kako ravnate v takih primerih?...)
 - Kaj pa psihopatološki simptomi klienta (npr. kompulzivna vedenja, shizoidna nevezanost, paranoide blodnje...)? So vam že kdaj v preteklosti predstavljali vir stresa? (Lahko opišete?...)
 - A vas obremenjuje, če klient izraža določene odpore (npr. klient ne pride na seanso, klient noče oditi, klient se izmika določeni temi...)? (Kako se s tem spoprijemate?)
 - Koliko pa vas recimo obremenjuje klientova samomorilna ogroženost? Ali se vam je že zgodilo, da je klient izražal samomorilne grožnje ali geste? (Kako je to vplivalo na vas? Kako ste se s tem spoprijeli?)
 - Bi morda še sami navedli enega ali več dejavnikov stresa, ki so neposredno povezani s klienti? Smo morda izpustili kakšnega, ki vam predstavlja velik vir stresa? (Katerega? Kako se s tem spoprijemate?...)

C) Obremenitve vezane na osebne izzive psihoterapevtov

- Kako ohranjate ravnovesje med poklicnim in zasebnim življenjem (vzdrževanje mej...)? (Vas to kdaj obremenjuje? Kaj naredite v takem primeru...?)
- Ali se vam kdaj zdi, da ste preveč vpleteni v svoj poklic (npr. težko pustiti analitično naravnost v službi)? Imate kakšno strategijo, kako odmisлити delo in se posvetiti drugim stvarem? Lahko opišete?
- Ali imate kdaj občutek velike odgovornosti do klientov? (Vas to bremeni? Kako se s tem spoprijemate...?)
- Se počutite kdaj izčrpani, utrujeni (fizično, čustveno...)? Kako si takrat pomagatega?
- Vam še kakšen osebni izziv morda predstavlja vir stresa? (Kateri? Lahko opišete? Kako se z njim spoprijemate...?)

D) Obremenitve povezane s sestavom (angl. setting) dela psihoterapevtov (velika količina dela, preveč klientov, premalo časa,...)

- Se vam zdi, da imate (vedno) preveč dela? Vas to bremeni? (Kako se s tem spoprijemate...?)

E) Obremenitve povezane z evalvacijo terapije (težko oceniti klientov napredek)

- Se kdaj srečujete s poklicnimi dvomi (npr. glede učinkovitosti psihoterapije, primernosti izbrane metode, tehnike)? Kako se spoprijemate z njimi?
- Ste kdaj čutili frustriranost zaradi omejenega terapevtskega uspeha? Kako ste se s tem spoprijeli?
- A se vam je morda kdaj že zgodilo, da bi se terapija izkazala za neuspešno (npr. klient zapusti terapijo, klientu se stanje ne izboljša, morda celo poslabša...)? Je bila taka situacija zelo stresna za vas? Kako ste se z njo spoprijeli?

NAČINI SPOPRIJEMANJA Z DELOVNIMI OBREMENITVAMI

Obstaja več različnih načinov kako se terapevti spoprijemajo z obremenitvami. V intervjuju se bomo dotaknili samo nekaterih, tistih, ki se največkrat pojavljajo v literaturi.

- Težave običajno raje rešujete samostojno ali se zatečete h komu po pomoč?

A) Samopomoč (samostojno reševanje težav)

- Ali bi zase rekli, da primerno skrbite zase (dovolj ur spanja na teden, zdrava prehrana...)?
- Ali pri reševanju lastnih težav uporabljate morda enake pristope kot z vašimi klienti med seansami?
- Se ukvarjate s fizično aktivnostjo? (kaj?, kako pogosto...?)
- Ali gojite strast do vsaj ene s poklicem nepovezane aktivnosti (sproščujoče aktivnosti, konjički – branje, tek, gledališče, fotografija, slikanje, vožnja z avtom, meditacija...)?

- Ali se kdaj sproščate s pomočjo umetnosti (glasba, igra, kultura...)?
- Se z obremenitvami morda kdaj spoprijemate tako, da se lotite ustvarjanja nečesa novega (pisanje člankov, izdelki – slike, skulpture...)?
- Se poslužujete kakšnih tehnik relaksacije (kakšne, kolikokrat na teden...)?
- Vas sprošča morda to, da se lotite učenja česa novega (jezika, igranja inštrumenta...)?
- Ali si privoščite kdaj dopust/izlet/počitnice/potovanje?
- Nekateri terapevti se z delovnimi obremenitvami spoprijemajo tako, da iščejo raznolikost znotraj dela (npr. kombiniranje različnih oblik terapije (individualno-skupinsko), aktivnosti (psihoterapija, ocenjevanje, raziskovanje, poučevanje, supervizija), klientov (otroci-odrasli, različne težave)). Tudi sami kdaj to počnete? (kako...?)
- Se kdaj zatečete k duhovnosti? (kako pogosto? Lahko opišete...?)
- Ste kdaj jemali kakšna zdravila kot način spoprijemanja s stresom? (pomirjevala, anksiolitiki... če ne, zakaj? Predsodki, prepričanja v zvezi s tem...?)

B) Pomoč drugih

- Ali v stiski iščete podporo (ožje) socialne mreže (partner, otroci, prijatelji, sodelavci)? (Kako vam pomagajo, kdo...?)
- Se po pomoč obrnete k sodelavcem? Se morda kdaj srečujete v skupini in se posvetujete z njimi, če vas na delu kaj bremeni?
- V tujini obstajajo tudi podporne skupine za psihoterapevte. Ali morda veste kako je s tem pri nas? Če bi imeli možnost, bi se take skupine udeležili? (zakaj ja/ne...?)
- Ste se kdaj zaradi delovnih obremenitev odločili za lastno psihoterapijo (poleg osebne izkušnje)? (če ja, kdaj – v kakšnem obdobju poklicnega življenja, za koliko časa, kakšna vrsta terapije, koliko terapevtov ste zamenjali...? Če ne, zakaj?)
- Kaj pa supervizija? Ali redno hodite k supervizorju? Vam supervizija pomaga ali vam je v preteklosti pomagala pri spoprijemanju z delovnimi obremenitvami?

DRUGO

- Ali lahko prosim opišete za vas najbolj obremenjujočo situacijo, s katero ste se srečali v psihoterapevtski praksi? Kako ste se z njo spoprijeli?
- Ste kdaj pri opravljanju svojega poklica čutili pomanjkanje kakšnih informacij, znanja? Ste si kdaj želeli, da bi se tekom izobraževanja za vaš poklic bolje opremili s strategijami spoprijemanja z delovnimi obremenitvami?
- Ste se tekom let morda naučili kaj takega, ki bi vam zelo koristilo na začetku vaše kariere pa tega takrat niste mogli vedeti?
- Če bi lahko svetovali bodočim psihoterapevtom ali tistim, ki so šele dobro vstopili v ta poklic, kaj bi jim rekli? Kako bi jim svetovali npr. glede načina, kako pristopiti k delu?