Problemi transfera i kontratransfera u sestrinstvu

Drobec, Draženka

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:363131

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Draženka Drobec

Problemi transfera i kontratransfera u sestrinstvu

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2017.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Draženka Drobec

Problemi transfera i kontratransfera u sestrinstvu

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2017.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra u Zagrebu pod vodstvom prof.dr.sc. Darka Marčinka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2016/2017.

SAŽETAK

U ovom radu opisani su problemi transfera i kontratransfera u sestrinstvu. Terapijska komunikacija je vrsta komunikacije kojom se želi pomoći drugima i kojoj cilj i svrha nije „davanje“ i „primanje“ poruka radi njihove informacijske vrijednosti, već radi njihova terapijskog učinka na druge. Transfer je prenošenje emocija pacijenta koje je pacijent doživljavao u djetinjstvu, prema značajnim osobama (a to je u prvom redu rodbina te ostali), na terapeuta (medicinsku sestru). U srži psihoterapijskog transfera, kao i glavnih objektnih odnosa, nalazi se empatija. Ona prezentira mogućnost emocionalnog shvaćanja drugog pojedinca. Kod kontratransfera radi se o odnosu između terapeuta (medicinske sestre) i pacijenta. Analogno situaciji s transferom, kontratransfer – terapeutovi osjećaji u vezi s bolesnikom sveprisutni su, neizbježni i imaju veliku terapijsku važnost. Pozitivni kontratransferni osjećaji, kao snažna želja da se brine o pacijentu, mogu biti problematični za terapeuta i terapiju. Promjene odnosa pacijenta prema terapeutu izazivaju kod njih kontratransferne pteškoće, prvenstveno testiranjem njihovih granica razumijevanja i empatiziranja.

Ključne riječi: transfer, kontratransfer, sestrinstvo, problemi

SUMMARY

In this paper are described the problems of transfer and kontratransfera in a Sorority. Therapeutic communication is a form of communication that it wants to help others, and that's not the goal and purpose of the "giving" and "receiving" messages for their informational value, already doing their therapeutic effect on others. Transfer is a transfer of emotions of the patient that the patient is experienced in childhood, according to significant persons, and it is in the first row, and other relatives, to the therapist (nurse). At the core of the psihoterapijskog of transfer, as well as the main object of the relationship, there is empathy. She presents the possibility of emotional comprehension of another individual. At kontratransfera, it's about the relationship between therapist (nurses) and the patient. Analogous to the situation with the transfer, kontratransfer-terapeutovi feelings in connection with the patient are omnipresent, unavoidable and they have great therapeutic importance. Positive kontratransferni feelings, as a strong desire to take care of the patient, can be problematic for therapists and treatment. Changes the relationship of the patient to therapist cause with them kontratransferne difficulties, primarily by testing their limits of understanding and empathizing.

Key words: transfer, kontratransfer, nursing care, problems

SADRŽAJ

1. UVOD 1
2. PSIHOTERAPIJA KAO DJELATNOST 3
2.1. Teorijsko određenje pojma psihoterapija 3
2.2. Razvoj psihoterapije 7
2.3. Svrha psihoterapije 9
2.4. Uloga psihoterapije u upravljanju emocijama 111
3. TERAPIJSKA KOMUNIKACIJA 13
3.1. Pojmovno određenje i proces komunikacije 13
3.2. Oblici komunikacije u sestrinstvu 15
3.3. Značenje i uloga terapijske komunikacije 16
4. TRANSFER I KONTRATRANSFER U TERAPIJSKOM ODNOSU 18
4.1. Odnos pacijenta i terapeuta – medicinske sestre (transfer) 18
4.2. Odnos terapeuta – medicinske sestre i pacijenta (kontratransfer) 23
5. ZNAČAJ KOMUNIKACIJSKIH VJEŠTINA MEDICINSKIH SESTARA U PREVENCIJI PROBLEMA U ODNOSU TRANSFER I KONTRATRANSFER 27
5.1. Komunikacijski problemi 27
5.2. Edukacija komunikacijskih vještina u sestrinstvu 28
5.3. Komunikacijske vještine u sestrinstvu 31
5.4. Utjecaj komunikacijskih vještina na proces liječenja 32
6. ZAKLJUČAK 35
7. ZAHVALA 37
8. LITERATURA 388
ŽIVOTOPIS 40

1. UVOD

Prvostupnice sestrinstva, diplomirane psihijatrijske medicinske sestre te magistre sestrinstva svojim obrazovanjem stječu dužnost da primjenjuju psihološku pomoć i promiču razumijevanje u okvirima psihijatrijske njege, uz holistički pristup svakom bolesniku.

Za sestre koje rade na psihijatrijskom odjelu bitno je da imaju miran, topao, podržavajući pristup prema bolesniku i njegovoj obitelji. Važno je uvjeriti bolesnika i njegovu obitelj da su na sigurnom i pravom mjestu pri tom pohvaliti odluku što su potražili pomoć. Medicinska sestra kreira pozitivno podržavajuće ozračje te suradnički, partnerski odnos poštujući bolesnika i potičući ga da uspije u željenim promjenama. Odnos spram bolesnika je podupirući, afirmativan, njegujući njegov svijet. Bolesnik je ekspert za vlastito iskustvo, a mi smo eksperti za podržavanje, mi slušamo, ne savjetujemo, pitamo. Sestra mora moći dobiti više informacija nego ih pružiti, mora razviti vlastito razumijevanje za bolesnikov svijet. Ona izražava empatiju kroz istraživanje i prihvaćanje bolesnikovih gledišta, postavljanjem otvorenih pitanja, sumiranjem vlastitih razmišljanja kako bi provjerili jesmo li ga razumjeli. Stručna sestra će prihvaćanjem ići uz otpor osobe, a ne protiv njega, nastojat će razumjeti načine kako osoba gleda na stvari, ili jednostavno priznati da se ne slaže i da ima različita gledišta o nečemu.

Medicinska sestra kao član stručnog tima u liječenju psihijatrijskih bolesnika ima nekoliko ključnih uloga: od opservacije bolesnika kroz 24 sata preko planiranja i provođenja zdravstvene njege, pa sve do evaluacije postavljenih ciljeva. Medicinska sestra uspostavlja terapijski odnos i terapijsku komunikaciju, te mora biti svjesna pitanja koja se nameću, a bez kojih se ne može: Kako utječemo na pacijentovo ponašanje? Kakvi su naši stavovi prema psihijatrijskom bolesniku i koliko smo ih osvijestili?

Osnovna načela sestrinske psihijatrijske prakse su: holistički pristup, poštivanje privatnosti, terapijska komunikacija, bezuvjetno prihvaćanje, poštivanje jedinstvenosti ljudskog društva, uključivanje bolesnika, pomoć pri učinkovitoj prilagodbi, empatija.

Medicinske sestre važan su dio terapijskog tima, one postepeno izgrađuju i nadograđuju dijalog s bolesnikom te razvijaju interpersonalne odnose. Opažaju što je bolesnicima najvažnije, a što im je manje važno, ili što im nedostaje, kako oni sebe doživljavaju, kako razni odnosi utječu na njih, kako mi utječemo na njih.

Kako bi razvijale interpersonalni odnos s bolesnikom medicinske sestre moraju znati primijeniti naučena znanja i vještine psihološke procjene, pružanja informacija, verbalne i neverbalne komunikacije, vještine učenja i pamćenja, savjetovanja, prepoznavanje transfera i kontratransfera.

2. PSIHOTERAPIJA KAO DJELATNOST

2.1. Teorijsko određenje pojma psihoterapija

Termin psihoterapija proizašao je iz starogrčkoga termina „psihe“ (ψυχή) što znači „dah, duh, duša“ i termina terapeia (θεραπεία) što znači „liječenje, medicinski tretman." S obzirom na to da postoji velik broj postupaka koji spadaju pod psihoterapiju, postoji mogućnost da sveukupno objašnjenje termina nije moguće. Svako objašnjenje ističe specifičnu stavku koja pravi distinkciju među psihoterapijskim školama.

U današnje su vrijeme na snazi dva objašnjenja psihoterapijskog sektora, dana od strane američke te europske organizacije psihoterapeuta. Europska organizacija psihoterapeuta (*European Association for Psychotherapy*) djelatnost psihoterapije opisuje na sljedeći način:

„Djelatnost psihoterapije je sveobuhvatan, svjesni i planirani tretman psihosocijalnih, psihosomatskih smetnji i smetnji u ponašanju ili stanja patnje pomoću znanstvenih psihoterapijskih metoda, kroz interakciju između jedne ili više tretiranih osoba i jednog ili više psihoterapeuta, s ciljem olakšavanja promjena ometajućih stavova i da bi se unaprijedilo sazrijevanje, razvoj i zdravlje tretirane osobe.“

Američka organizacija psihoterapeuta isti termin definira ovako:

„Psihoterapija je djelatnost dizajnirana različito da bi omogućila olakšanje simptoma i promjene ličnosti, smanjila buduće simptomatske epizode, učvrstila kvalitetu života, promovirala prilagođeno funkcioniranje na poslu/školi i u odnosima, povećala mogućnosti zdravih životnih izbora, i ponudila ostale pogodnosti ustanovljene suradnjom klijenta/pacijenta i psihoterapeuta.“

Oba su objašnjenja kompatibilna u iskazu da je psihoterapija prisutna na sastanku terapeuta i pacijenta u njihovom dijalogu. Psihoterapija je pojam koji označava sastanak u kojem sudjeluju barem dvije osobe, od kojih je jedna terapeut, a druga pacijent.

Komunikacija, verbalna ili neverbalna, koju ostvaruju pacijent i terapeut je jedini alat u psihoterapiji, bez uporabe drugih alata. S obzirom na to, psihoterapija je zadobila i druge nazive kao što su psihosocijalna i razgovorna terapije te savjetovanje. Psihoterapiju se može opisati kao generalni pojam koji se koristi pri objašnjavanju postupka psihološkog tretmana poremećaja na psihološkoj razini te mentalnih smetnji. Prilikom tog postupka obučeni terapeut pomaže klijentu riješiti neki određeni problem ili problem koji se karakterizira kao poremećaj psihičke prirode ili čak uzrok velike količine stresa. Postoje razne metode koje zavise od pristupa kojim se psihoterapeut koristi. Nevezano uz školu psihoterapije, psihoterapija uključuje unapređivanje odnosa između terapeuta i pacijenta koristeći komunikaciju s ciljem izmjena u pacijentovom ponašanju i stavovima, ako su oni problematične prirode.

Lewis Wolberg (2013.) definira psihoterapiju kao:

*„… tretman (i) psihološkim sredstvima (ii), problema (iii) emocionalne prirode u kojemu (iv) educirana osoba uspostavlja (v) dobrovoljni odnos (vi) s pacijentom s ciljem (vii) otklanjanja, mijenjanja, zaustavljanja simptoma (viii) posredstvom ponašanja koja izazivaju teškoće i (ix) promoviranjem pozitivnog osobnog rasta i razvoj“ (*Wolberg, 2013.).

Autor sljedećim tezama dodatno objašnjava spomenutu definiciju:

(i) Ostavljajući razna objašnjenja termina psihoterapije sa strane, od kojih ju neka opisuju kao re-edukaciju te postupak vođenja i pomaganja, uvažene su teza koja ističe kako je psihoterapija ustvari tretman te teza koja ističe terapijski utjecaj procesa.

(ii) Psihoterapija predstavlja generalni pojam koji u svojem procesu alatima psihološke prirode sadrži velik raspon metoda, kao što su stvaranje odnosa između terapeuta i pacijenta te nametanje izmjena u vrijednosnom sustavu pa i strategije koje teže intrapsihičkim procesima i tehnikama uvjetovanja za izmjenu neuralnih mehanizama. Taktike se u tom slučaju razlikuju od pojedinačnog pristupa, rada s parovima, obiteljske ili terapije u grupama.

Sve taktike su usmjerene na utemeljenje primjerene verbalne ili neverbalne komunikacije. Autor odbacuje terapije somatske prirode koje koriste medikamente, psiho dramu, glazbenu i plesnu terapiju i sl. jer dotične terapije ne spadaju u forme psihoterapije u neposrednom smislu, iako imaju psihoterapeutski učinak.

(iii) Emocionalni problemi se razlikuju te vrše utjecaj na sve forme funkcioniranja čovjeka, a očituju se kao psihički, fizički, interpersonalni te socijalni problemi. Zbog toga nije moguće odvojiti psihičko i interpersonalno, ali ni socijalne i psihosomatske teškoće.

(iv) Postoji spremnost čovjeka da započne odnos s osobom koju ne poznaje, a obučena je za stvaranje takvog odnosa i provođenja tretmana. Poriv za oformljenje takve vrste odnosa je razumijevanje da osoba ne može samostalno naći rješenje problema, shvatiti što se s njom događa, kontrolirati se ili biti produktivna i zadovoljna. Kako bi se mogla baviti nečijim problemom emocionalne prirode, osoba mora steći visoku razinu vještina koja se zadobije nakon poslijediplomskog studija te iskustvom.

(v) Odnos koji čini jezgru postupka terapije je isplanirao te ga njeguje terapeut. Odnosi terapijske prirode su kooperativni, uspostavljeni te orijentirani prema određenim svrhama terapije, kao nikoji drugi odnosi profesionalne prirode. U njemu ulogu može imati više terapeuta koji surađuju.

(vi) Za osobu koja je primatelj terapije je uvažen termin „pacijent“ te je taj termin mnogo prihvaćeniji nego termin „klijent“. Terapeut može provoditi terapiju na parovima pa čak i na grupi i obitelji.

(vii) Svrha je eliminiranje već prisutnih simptoma. Osnovna svrha je eliminirati patnju i tegobe koje ima pacijent, a uzrokovane su simptomima. Cilj je otkloniti postojeće simptome. Prvotni je cilj otkloniti pacijentovu patnju i teškoće koje su nastale uslijed simptoma. Iako psihoterapeut želi kompletno eliminirati simptome, radi okolnosti kao što su nedostatak vremena i alata, može biti ograničen pa će stoga pokušati izmijeniti simptome. Psihoterapija može koristiti u prekidanju simptoma, ako se radi o nekom oboljenju koje je emocionalne prirode i dugog trajanja.

(viii) Saznanje da ličnost igra ulogu u svim emocionalnim tegobama je dovelo do ekspanzije svrha psihoterapije od čiste eliminacije simptoma na ispravljanje limitirajućih obrazaca interpersonalnih odnosa.

(ix) Psihoterapija razmatra tegobe vezane uz ličnost, koje su prije bile viđene kao nepovoljne u odnosu na tretman. Težnja psihoterapije je usmjerena ka pomoći u razvoju nečijeg psihosocijalnog karaktera kako bi ta ista osoba došla do samorealizacije na području kreativnosti, korisnijih stavova i pogleda na život te stabilnih odnosa s ljudima.

Svrhe psihoterapije su vrlo široke, od limitirajuće ideje eliminiranja simptoma do oslobađanja vrijednosti personalnih vještina ljudi u tretmanu, a uz njih još uvijek dolaze eliminacija simptoma ili tegoba, stoga psihoterapija pacijentima pomaže da iskuse misli, djelovanja ili emocije manje depresivnog, odnosno anksioznog karaktera. Pacijentovo sve veće razumijevanje samog sebe, veća sposobnost rješavanja problema iz svoje okoline, mogućnost da se osjeća bolje te više slobodno, oblikovanje zdravih međuljudskih odnosa te porast kvalitete života su konzekvence do kojih dolazi nakon djelovanja psihoterapije. U procesu tretmana pacijent može bolje razumjeti svoja raspoloženja, emocije, stavove i djelovanja te na sebe gledati iz drugačijeg kuta, što rezultira ostvarenjem mogućnosti da izmjeni mišljenje o nekoj teškoći te samim time i osjećaje koje ima vezane uz nju.

Generalno se misli kako psihoterapija pomaže u liječenju ljudi kojima su dijagnosticirani problemi na mentalnoj bazi, kao npr. anksiozni poremećaji (opsesivno-kompulzivni poremećaj, fobije, panični napadaji i posttraumatski stresni poremećaj), poremećaji raspoloženja (depresije i bipolarni poremećaji), ovisnosti (alkoholizam, kompulzivno kockanje i ovisnost o drogama), poremećaji hranjenja (anoreksija i bulimija), poremećaji ličnosti (*borderline* ličnost) i poremećaji koji uzrokuju odmak od realnosti kao što su shizofrenija i psihotični poremećaji.

No, postoji mogućnost da pacijentu u psihoterapiji nije dijagnosticiran mentalni poremećaj te ću demonstrirati kako dijagnoza može imati antiterapijski efekt.

Pacijent može imati određene težnje ka rješavanju obiteljskih i poslovnih problema, prema učenju nošenja s ozbiljnim životnim promjenama kao što su rastava, gubitak posla ili voljene osobe, prema učenju sposobnosti učinkovite komunikacije ili prema savladavanju sposobnosti da lakše prevlada teške bolesti.

U sadašnje vrijeme je psihoterapija sve više priznata kao samostalno zanimanje, iako su u nju uključeni i mnogi drugi stručnjaci kao npr. psiholozi, psihijatri, socijalni radnici, više medicinske sestre itd.

2.2. Razvoj psihoterapije

Razvitak psihoterapije kroz povijest pokazuje na postupnu kreaciju shvaćanja te važnosti psihoterapije u zajednici; od malih, no relevantnih pokušaja liječenja pacijenta koji ima psihički poremećaj prije razvitka psihoanalize, do eksplozije ranije spomenutih psihoterapijskih škola nakon psihoanalize pa sve do današnjih pristupa, odnosno 3. vala u psihoterapiji. Osnovna „revolucija“ u općenitom razvitku psihoterapije je razumijevanje da svaka osoba ima svoj psihički status iz kojeg se mogu razviti psihičke teškoće, što je na početku 19. stoljeća počeo razumijevati i Philippe Pinel. Zatim slijedi „revolucija“ koja je zapravo koncipiranje podsvijesti na čijem oblikovanju možemo zahvaliti Sigmundu Freudu, iako su začetnici te ideje prije njega bili Pierre Janet i Frederick Myers, ne shvaćajući pritom njenu relevantnost.

Razvitak teorija psihoterapije je odraz ideje znanstvenog karaktera u trenutnom vremenskom tijeku pa je tako npr. odlučnost u psihoanalizi, koju možemo naći u ideji da ne postoje slučajnosti, da su svi simptomi neurotske prirode samo proizvod nekog većeg uzroka u svjesnom ili podsvjesnom iskustvu pacijenta, odraz ideje odlučnosti koja ima vodeću poziciju u prirodnim znanostima, kao i ideja da je naučnik u svojem djelovanju na mjestu objektivne neutralnosti. Sigmund Freud je ustanovio kako svaki terapeut prilikom komunikacije utječe na pacijenta, no to ne koristi kao sredstvo terapije, nego to pokušava izbjeći da se ne udalji s objektivnog stajališta naučnika. Ovakvo je mišljenje bilo uzrok plejade teorija psihoterapije od kojih svaka zastupa objektivnost psihoterapeuta prilikom psihoterapije, koji s takvog neutralnog stajališta radi analizu, interpretaciju i intervenciju na sastanku s pacijentom.

Kao ekspresija slabog zadovoljstva psihoanalizom, u takvim pristupima psihoterapije dolazi do promjene samo koncepata teorijskog karaktera, ali ne i ideje o neodrživom stajalištu objektivnosti psihoterapeuta u terapijskoj relaciji. Svaka psihoterapijska škola nastoji kreirati sveukupnu teoriju ponašanja ljudi te prilikom toga nailazi na razne i kontradiktorne postavke. To je vidljivo u razvitku psihoterapije poslije psihoanalize, u pravcima humanističkog karaktera kao što su geštalt, egzistencijalistička te transakcijska psihoterapija.

U svrhu znanstvenog pristupa, u psihoterapiji dolazi do razvoja kognitivno-bihevioralne psihoterapije čiji je znanstveni pristup u današnje vrijeme kritiziran, prvenstveno zbog toga što su ispitivanja uzeta iz medicinskog modela te ne razmatraju određen utjecaj psihoterapeuta i pacijenta na rezultat terapije.

Sumnja u moguću objektivnost psihoterapeuta u psihoterapijskoj relaciji se prvobitno javila kod H.S. Sullivana, koji je u svojem izučavanju predstavio ideju psihijatra kao „sudionika gledatelja“, čije promatranje izmjenjuje odnos prema pacijentu nad kojim se vrši opservacija, otvarajući put idejama koje će se realizirati te doživjeti vrhunac u društvenom konstruktivizmu pod kojim se razvijaju novi pristupi psihoterapijske prirode krajem 20. stoljeća. Ti psihoterapijski pravci današnjice još nose naziv „treći val“, a zasnovani su na ideji društvenog konstruktivizma u kojemu se stvara stvarnost unutar nekog socijalnog odnosa, kao što je npr. odnos između psihoterapeuta i pacijenta prilikom psihoterapije. S obzirom na dublji kontekst u kojemu se nalaze psihoterapeuti te pacijenti, navedeni pravci kao klijentsku jedinicu definiraju ne samo pojedinca, već i obitelj, radno okruženje te sve socijalne sustave u kojima je aktualan čovjek današnjice te se stoga zovu sistematski pristupi. Stoga je razvitak psihoterapije kao profesije fluktuirao kroz razvitak raznih ideja psihoterapijskog karaktera, formiranih u tzv. psihoterapijske škole. Izmjena ideja i škola koje su privlačile naklonost ljudi te čija je popularnost bila u uzletu i padu ovisno o vremenskom razdoblju, ukazuje na namjeru da se postigne veća učinkovitost psihoterapije kroz kreiranje sveukupne teorije. No, tijekom 80-tih godina u prošlom stoljeću, u psihoterapiji dolazi do pojave različitih ideja te nove paradigme, koja više ne teži kreiranju inovativne sveukupne teorije, već se fokusira na korištenje jezika i u osnovama filozofskog karaktera se pouzda u društveni konstruktivizam.

Te se psihoterapije nazivaju postmodernim psihoterapijskim pristupima ili terapijama „trećeg vala“ (O`Hanlon, 1994.). To su kibernetika psihoterapije (Miškulin, 2014.), narativni pristup (Chamberlain, 2012.), k rješenju orijentirana psihoterapija (Duffy, 2012.), dijalogoterapija (Barnes, 2008.) i suradnički pristupi (Levin i Bava, 2012.).

Razvitak suparničkih objektivistički nastrojenih škola psihoterapije, od kojih ni jedna ne pruža sveukupan i prikladan odgovor na bihevioristička pitanja vezana uz ljude, nam detaljnije prezentira potrebu za razvitkom hermeneutičkog pristupa u psihoterapiji zasnovanog na ideji kreacije recipročnog shvaćanja terapeuta te pacijenta pri činu psihoterapije, kao i stvaranja shvaćanja. Današnji se pristupi u psihoterapiji pouzdaju te rade s podatkom recipročnog utjecaja terapeuta i pacijenta kao najrelevantnijim čimbenikom uspjeha procesa psihoterapije.

2.3. Svrha psihoterapije

Efektivnost psihoterapije može biti objašnjena na mnogo načina, s obzirom na razne kriterije: od zdravstvene uštede, preko reduciranog mortaliteta, poboljšanja radne sposobnosti, reduciranja psihijatrijske hospitalizacije do sprječavanja nekih psihičkih bolesti. No, ono što je u ovom radu po mome mišljenju efektivnost psihoterapije je postizanje rezultata utemeljenog od strane klijenta zajedno s psihoterapeutom tijekom psihoterapije.

U današnje vrijeme se relevantnost terapije, tj. terapijske alijanse, gleda kao najrelevantniji čimbenik u psihoterapiji. Teorija uzajamnih čimbenika ističe terapijski odnos, zajedno s još nekim čimbenicima, najrelevantnijima za učinkovitu psihoterapiju. Teorija uzajamnih čimbenika, odnosno kontekstualni model ukazuje na to da razne psihoterapije te prakticiranja zasnovana na dokazima imaju neke zajedničke faktore koji determiniraju učinkovitost psihoterapije te je ona različita u odnosu na teoriju medicinskog modela, koja učinkovitost psihoterapije determinira jednim čimbenikom, osobito metodom ili postupcima koje su povoljne za specifični problem.

Medicinski model govori o tome da je određeni čimbenik, karakterističan za specifični pristup teorije, jezgra učinkovitosti psihoterapije. Kontekstualni model (Wampold, 2001.) je isto tako mišljenja da je specifični sastojak terapije ključan za psihoterapiju, no ima različit stav što se tiče cilja takvog interveniranja. U teoriji uzajamnog čimbenika, odnosno kontekstualnom modelu, cilj nekog određenog sastojka je u tome da se ustanovi dosljedan tretman u koji terapeut polaže vjeru te koji mu za isto vrijeme daje mogućnost realnog opravdanja za klijenta. Ta stavka terapije nije u mogućnosti biti promatrana neovisno od okruženja u kojoj se događa. Unutar modela medicinskog karaktera, istraživanja stavki su gledana kao jedan od najviše naučnih pristupa pri izolaciji čimbenika ključnih za učinkovitu terapiju. Ahn i Wampold (2001.) tridesetak su godina vodili meta-analize i dokazali da navodne komponente uspješnosti nisu potrebne, a da bi psihoterapijski tretman bio uspješan, kao što to medicinski model pretpostavlja. Štoviše, striktno držanje protokola koji određuju slijed i komponente dovodi do pogoršanja terapijskog odnosa (Messer, 2002.).

Kontradiktorno tome, model uzajamnih čimbenika (kontekstualni model) više ističe način izvođenja terapije od strane terapeuta uzimajući u obzir sposobnosti te distinkcije u ličnosti. Wampold i Imel (2015.) ističu distinkcije između medicinskog i modela uzajamnih čimbenika u psihoterapiji gdje oba zagovaraju da je psihoterapija učinkovitija nego da se ne poduzima nikakav tretman, no ti se modeli razlikuju u sljedećem: prvi model je mišljenja kako postoje tretmani koji su veće efikasnosti u odnosu na druge, dok drugi model smatra da je kod svih terapijskih tretmana prisutna jednaka efikasnost. U nastavku, prvi model je mišljenja kako terapeut nema značajan utjecaj prilikom terapije te da ranije spomenut odnos na bazi terapije nije relevantan kad je u pitanju učinkovitost postupka psihoterapije, dok je drugi model stajališta da su čimbenici koji su u vezi s terapeutovim utjecajem u terapiji ključni za rezultat terapije, kao npr. terapijska veza, empatija, kooperacija te sloga oko rezultata, očekivanja, rad na odnosu, pogotovo od strane psihoterapeuta, te kulturna adaptiranost. Postoji i distinkcija među modelima i to u tome što se prvi model vodi pretpostavkom da će isključenjem određenog čimbenika iz naučno oformljenog procesa iz psihoterapijskog procesa doći do negativnog efekta na uspjeh psihoterapije. Kontradiktorno tome, drugi model dokazima potkrepljuje tezu kako određeni sastojak u psihoterapiji nije nimalo relevantan za njenu učinkovitost.

Najnovija istraživanja prepoznaju i potvrđuju ulogu zajedničkih faktora kao presudnih za efikasan psihoterapijski tretman (Cramer, Wyl i sur., 2015.; Koemeda-Lutz,Crameri i surl., 2016.).

No, kvaliteta odnosa u psihoterapiji nije konstantno čvrst čimbenik već je zavisna o nivou terapeutovog iskustva u profesiji, pacijentovoj sposobnosti oformljenja stabilnog kooperativnog odnosa te o atmosferi u odnosu među terapeutom i pacijentom. Kada pacijentove smetnje ometaju stvaranje dobrog odnosa s terapeutom, fleksibilnost terapeuta doprinosi stvaranju dobrog odnosa te time doprinosi uspješnosti terapije (Tschuschke i Crameri, 2014.).

Cilj psihološke terapije je pomoći pacijentu da sam nauči savladati svoje emocije.

2.4. Uloga psihoterapije u upravljanju emocijama

U suvremenoj kulturi inspirirani frakcijama Freudove teorije, već se desecima godina govori o djelotvornosti spontanog pokazivanja emocija, bez određenih limita na količinu spomenute spontanosti. Emocionalnost je postala jednaka s nedostatkom kontrole nad osjećajima pa stoga u današnje vrijeme postoje dvije, nezdrave opcije – represija ili poticanje emocija. Riječ je o emocionalnoj nezrelosti, u kojoj osoba svoje emocije eksponira u prevelikim količinama pa vanjsko nježno ponašanje tako zapravo može prikrivati unutarnju agresiju. Druga verzija izražavanja emocionalne nezrelosti je represija svih emocija, što rezultira bezosjećajnim postupcima i ponašanjem. U terapijskom radu s bolesnicima potrebno je sve više raditi na razumijevanju emocija jer emocije su neodvojive od živog bića koje ih osjeća u istoj onoj mjeri u kojoj je to biće neodvojivo od životne situacije u kojoj osjeća određenu emociju (Milivojević, 2010.). Potrebito je pružiti pomoć bolesnima pri objašnjenju emocija te njihove svrhe i naposljetku kako ih oni mogu koristiti u svoju korist i njima svojevoljno upravljati. Emocije se ne smiju percipirati kao smetnja već kao podatci koji pomažu predočiti viziju svijeta oko sebe. Relevantni događaji potiču snažne valove emocija koje se manifestiraju podsvjesno, vrlo brzo i bez odgađanja. Važni događaji pokreću lavinu emocionalnih reakcija, te nakon toga nastupa ponovno ocjenjivanje doživljaja te motivacijsko obrađivanje u amigdalama te frontalnom korteksu.

Uz to što je praćeno emocionalnim odgovorom, ujedno je praćeno i kognitivnim procesuiranjem (moždano stablo, hipotalamus, bazalni gangliji). Završni ishod je emocionalno predstavljanje s iskustvom osjećaja (uključuje somatosenzorni i prefrontalni korteks).

Emocionalna organizacija omogućava nam racionalne odluke i ima utjecaj na kognitivne procese (Gregurek, 2011.). Emocionalna pobuđenost ima snažnu dominaciju nad kognitivnim mentalnim procesima, a emocionalna stanja imaju odlučujuću prevagu nad pažnjom, percepcijom, pamćenjem, donošenjem odluka, kao i pratećom svijesti (LeDoux, 2002.). Emocije pretvaraju nagone u socijalne obveze i moralnost, osjećaje provode u poštovanje, a bol u savjest (Decety, 2008.). Prema rasponu ljudskih osjećaja sedam je temeljnih emocija; tuga, ljutnja, iznenađenje, strah, gađenje, prezir i uživanje (Parrott, 2001.). Ti se osjećaji mogu učiti na facijalnim ekspresijama, čak i na bebama te svim kulturama. Spektar svake od navedenih emocija se kreće od vrlo blagog proživljavanja do vrlo ekstremnog. Puno takvih osjećaja je doživljeno na različite načine iako dolaze iz istog korijena. Uz jake emocije se često vežu i ružne misli, fizički podražaji te specifično ponašanje. Osjećaji su ključni dijelovi nekih bolesti kao što su npr. anksioznost ili depresija. One stvaraju povezanost između osobe i njenog okruženja te djeluju kao posrednici među izmjenama stanja te bihevioralnog odgovora.

Emocije su osnovne šablone, urođene i/ili stečene te daju osobi mogućnost da u kratkom roku procjene situaciju te reagiraju sukladno njoj. One sadrže nekoliko stavki (Gregurek, 2011.):

1. Motoričko-ekspresivni dio – mimika,
2. Fiziološki dio – autonomne reakcije,
3. Racionalni dio – spremnost na akciju,
4. Percepcija tjelesnih reakcija – percepcija autonomnih reakcija,
5. Prepoznavanje i objašnjenje osjećaja u skladu s iskustvom, shvaćanjem i razumijevanjem situacije.

Cilj psihološke skrbi je podučavanje pacijenata kontroli njihovih emocija, s obzirom na postojanje cijelog niza reakcija na specifičan osjećaj.

Većina ljudi upotrebljava samo jednu šablonu reakcije s velikom perzistencijom, iako postoji mogućnost da je ta šablona destruktivna za osobu.

3. TERAPIJSKA KOMUNIKACIJA

3.1. Pojmovno određenje i proces komunikacije

Komunikacija je prenošenje poruka od pošiljatelja do primatelja. Latinska riječ „*communicare*“ znači „učiniti zajedničkim“ ili „učiniti općim“. Prema tome, komunikacija bi bila „aktivnost stvaranja zajedničkog“ ili „aktivnost stvaranja zajednice“. Zbog toga je komunikacija temelj socijalne interakcije, odnosno međuljudskih odnosa. Svaka komunikacija među ljudima uključuje barem dvije osobe:

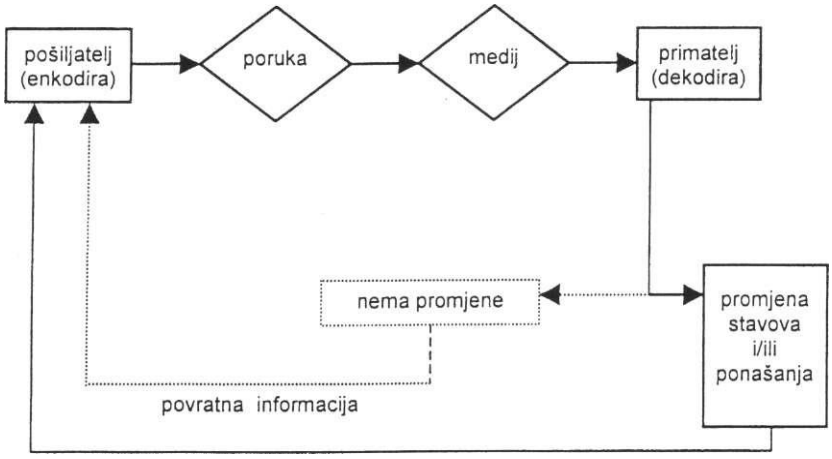
- pošiljatelja i primatelja poruke, te komunikacijski kanal kojim se poruka prenosi,
- jezik –- govorni ili pisani, pokrete tijela, izraze lica i sl. (Reardon, 1998.).

Komunikacija je proces razmjene misli, osjećaja i poruka koji se nužno odvija kad god postoji interakcija (međuodnos, međudjelovanje). Prema jednoj od definicija „komunikacija je dinamički i složen proces u kojem ljudi šalju i primaju verbalne i neverbalne poruke da bi razumjeli i da bi njih razumjeli“ (Hargie, 1994.). U nekoj interakciji između dvije osobe svaka od njih je istovremeno i pošiljatelj i primatelj poruke, odnosno naizmjence preuzima svaku ulogu. Kad pošiljatelj govori, istovremeno prima poruke od osobe koja sluša. Slušatelj ne samo da prima poruku, već istovremeno šalje poruku. Komunikacijski je proces recipročan. Komunikacija ima različite svrhe ili uloge. To su: primanje i davanje obavijesti; rješavanje problema; donošenje odluka; zadovoljavanje potreba. Komunikacija među ljudima je priopćavanje određenog sadržaja, osjećaja o dotičnom sadržaju, osjećaja o sugovorniku i osjećaja o samome sebi. Proces komunikacije odvija se u nekoliko faza (Fox, 2006.):

- potreba za komunikacijom (ideje, osjećaji) → *postavljanje cilja komunikacije*;
- prebacivanje misli u oblik prikladan za prijenos poruke → *enkodiranje*;

- odašiljanje poruke (govorne, pisane, slikovne, govora tijela, tona glasa, uporabe prostora i vremena) → *prijenos*;
- primanje poruke – *prijem*;
- pretvaranje poruke u ideje i osjećaje primatelja → *dekodiranje*;
- potreba za odgovorom na primljenu poruku (ideje, osjećaji) → *postavljanje cilja komunikacije.*

Proces komunikacije prikazan je jednostavnom slikom 1.



Slika 1. Proces komunikacije

Izvor: (Fox, 2006.)

Proces komunikacije počinje kada pošiljatelj primatelju želi prenijeti činjenicu, ideju, mišljenje ili neku drugu informaciju koja za njega ima smisao (Griffin, 2005.). Sljedeći korak je kodiranje informacije u poruku koja odgovara situaciji, dakle koju primatelj može primiti i razumjeti, tj. njezino uobličavanje u riječi, izraz lica, geste, slike, brojke i druge simbole i znakove. Naime, dok se informacija ne kodira, ona ne može biti podijeljena s drugima (Certo i Certo, 2006.). Nakon toga se poruka odašilje primatelju odgovarajućim kanalom/kanalima, odnosno medijem/medijima komuniciranja, kao što su elektronička pošta, fiksni ili mobilni telefoni, pisma, izvještaji, sastanci ili komunikacija licem u lice. Kada je osoba s kojom pošiljatelj želi podijeliti informaciju (primatelj) primila poruku, interpretira je, odnosno dekodira u formu koja je za nju smislena, tj. ponovno pretvara u informacije. Tada, kako bi pošiljatelju pokazala da je razumjela poruku, koristi povratnu vezu, koja se sastoji od istih prethodno navedenih

elemenata i procesa (kodiranja, slanja poruke putem kanala komuniciranja, primanja i dekodiranja). Konačno, dio procesa komuniciranja je buka u komunikacijskom kanalu koja ga ometa u svim njegovim elementima i procesima.

To su psihološke, društvene i strukturne prepreke koje iskrivljuju i čine nejasnom poruku koju je pošiljatelj želio poslati (McShane, Von Glinow, 2000.). To su fizičke smetnje poput iznenadnog telefonskog poziva ili posjeta, zvuka nekoga tko kašlje, buke s ulice, izgubljene pošte, prekida telefonske veze, elektroničke pošte zaražene virusom, ali i smetnje poput nedostatka povratne veze, pogrešnog odabira kanala komuniciranja, nepažnje primatelja informacije, semantičkih problema, kulturnih razlika i slično. Ključni elementi procesa komunikacije su pošiljatelj poruke, primatelj poruke, poruka i medij.

3.2. Oblici komunikacije u sestrinstvu

U komunikaciji u sestrinstvu se koristi verbalna i neverbalna komunikacija. Verbalna komunikacija je razmjena poruka govorom, odnosno riječima. Izgovorene riječi mogu pobuditi različite emocije kako pozitivne tako i negativne. Neverbalna komunikacija sastoji se od mnoštva znakova od kojih svaki ima svoje značenje. Verbalnom komunikacijom uglavnom se prenose informacije, a neverbalnom stavovi i emocionalni odnos prema informacijama koje se primaju, ili odnos prema pacijentu s kojim se komunicira. Neverbalna ponašanja služe i za donošenje zaključaka o dvama glavnim vrstama odnosa među ljudima: sklonosti (ili sviđanju) i moći (statusu ili dominaciji u društvenom životu). U interpretaciji neverbalnog ponašanja druge osobe valja uzeti u obzir i vlastite emocije, koje prilikom doživljaja vanjskog svijeta umanjuju objektivnost opažanja. Stoga, osobe ne vide oko sebe druge ljude onakvima kakvi jesu, nego ih, ovisno o emocijama, vide „vlastitim dioptrijama“. Neverbalni znakovi komunikacije mogu se podijeliti na statične i dinamične.

U statične neverbalne znakove ubrajaju se udaljenost tijela, međusobni položaj između osoba, stav tijela (položaj, postura) i tjelesni kontakt (dodir).

Dinamični neverbalni znakovi su pak izraz lica, kretnje (geste) i kontakt očima. S obzirom na komunikacijske kanale, neverbalna komunikacija može se podijeliti na vizualnu komunikaciju, izraze lica, govor tijela, osobni prostor, prikazivanje sebe i parajezik.

Treba spomenuti kako i obrasci ponašanja, odjeća, rasna i etnička pripadnost, čak i spol, konstitucija i visina osobe imaju važne, ako ne i odlučujuće utjecaje na neverbalnu komunikaciju, ali i na konačno stvaranje dojma o određenoj osobi ili nama samima. Najvažnijim aspektom neverbalnog ponašanja smatra se vizualna interakcija, pri čemu je viđenje (stupanj vizualnog pristupa drugoj osobi) važnije od gledanja i kontakta očima, jer što se više neverbalnog ponašanja druge osobe može vidjeti, to će više neverbalnih znakova biti dostupno.

3.3. Značenje i uloga terapijske komunikacije

Terapijska komunikacija je vrsta komunikacije kojom se želi pomoći drugima i kojoj cilj i svrha nije „davanje“ i „primanje“ poruka radi njihove informacijske vrijednosti, već radi njihova terapijskog učinka na druge (grč. *therapeia* = služenje, liječenje). Osnovni su oblici terapijske komunikacije slušanje drugih, razumijevanje drugih, davanje podrške, suosjećanja, savjeta i uputa – ukratko „pomaganje drugima komunikacijom“ (riječju, gestom, mimikom, pokretom, smiješkom, pogledom, dodirom). Svrha davanja obavijesti u terapijskoj komunikaciji često je ublažavanje negativnih emocionalnih stanja (primjerice, potištenosti i tjeskobe), a svrha primanja obavijesti ili slušanja jest poticanje emocionalnog rasterećivanja pojedinca pod stresom (Havelka, 2002.). Prema Havelki (2002.) osnovni *ciljevi* terapijske komunikacije su:

1. pokušati zajedno s klijentom riješiti neki njegov problem.
2. zadovoljiti neke od osnovnih psihičkih potreba klijenta,

Terapijska je komunikacija osnovni alat svih pomagačkih zanimanja, tj. zanimanja usmjerenih na pomaganje ljudima koji su zbog različitih razloga – gubitka zdravlja, zaposlenja, obiteljske podrške, ranijih sposobnosti i sl. – izloženi većim rizicima i imaju teškoće u prilagodbi na okolnosti koje su im se desile. Sva pomagačka zanimanja– bilo da se radi o zdravstvenim djelatnicima, psiholozima, socijalnim radnicima ili

drugima – usmjerena su na cjelovito rješavanje problema pojedinca u nevolji; ne samo pružanjem jedne posebne vrste pomoći (zdravstvene, psihološke, socijalne ili druge), već i cjelovitim rješavanjem problema.
Terapijska komunikacija je vještina koju se, kao i sve druge vještine, može naučiti. Standardni obrazac terapijske komunikacije odvija se u tri stadija (Havelka, 2002.):

a) započinjanje komunikacije;
b) tijek komunikacije;
c) završavanje komunikacije.

Svaki od ovih stadija treba se odvijati prema nekim općim pravilima koja mogu pomoći u boljem i uspješnijem odvijanju komunikacije te izbjegavanju problema.

4. TRANSFER I KONTRATRANSFER U TERAPIJSKOM ODNOSU

4.1. Odnos pacijenta i terapeuta – medicinske sestre (transfer)

Termin prijenosa kao „*temeljne poluge terapijskog procesa"* je nerijetko upotrebljavan, posebice u psihoterapijama psihoanalitičkog karaktera, prije svega u psihoanalitičkim psihoterapiji. Od 1895. godine, odnosno predstavljanja termina u psihoterapiju prema Freudu (1895.) i njegovom nadasve preciznom objašnjenju, u kojem prijenos predstavlja „spajanje potisnutih infantilnih objekata libidnih nagona (*urges*) (pre) svjesnim težnjama koje su povezane s objektima u sadašnjosti" (Freud, 1895.). Do danas se ovaj pojam mnogo promijenio te je čak bio i demantiran.

Transfer je prenošenje emocija pacijenta koje je pacijent doživljavao u djetinjstvu, prema značajnim osobama, a to je u prvom redu rodbina te ostali, na terapeuta. Pod značajnim osobama djetinjstva razumijevaju se one osobe koje su živjele s djetetom i pružale mu mogućnost da razvija emocionalne veze u najranijemu djetinjstvu (Klain, 1975.).

U procesu psihoterapije transfer je relevantna rijetkost – povezuje se s određenim emocionalnim odnosom koji pacijent razvija prema terapeutu – kondenzaciju recentnijih osjećajnih odnosa s relevantnijim osobama iz prošlosti za koje je zaslužan terapeut, te koji stvaraju odnos između terapeuta i pacijenta. Svaki međusobni sastanak je miks stvarnog odnosa te rijetkosti transfera – onoga što se događa u trenutnom vremenu te životne prošlosti. Transfer dolazi iz generalne osobine ljudi da se iskustvo objašnjava kroz prošlost. Svojstvo i pretenzija psihizma ljudi je da se paralelno s odnosom s nekom osobom događaju i razni postupci koji rekreiraju prošlost.

Transfer je sveprisutan među ljudima, te se temelji na dva osnovna sadržaja psihološkog karaktera: teškoće osoba da se nalaze u emocionalnoj izolaciji na duže vremensko razdoblje te sposobnosti da prenose modele emocionalnih odnosa s osobe na osobu, čime se oblikuje povezanost među tim odnosima i time se ističe originalan odnos majke i djeteta.

U srži psihoterapijskog transfera, kao i glavnih objektnih odnosa, nalazi se empatija. Ona prezentira mogućnost emocionalnog shvaćanja drugog pojedinca. To objašnjenje uključuje privremenost drugog pojedinca, stoga su uključeni genetsko-ekonomski čimbenici te kratko trajanje i reverzibilnost u postupcima prepoznavanja.

Termin empatija proizlazi iz njemačke riječi „*einfluhlung*“, koja opisuje promatranje estetskog karaktera, odnosno mogućnost poistovjećivanja promatrača s prirodom ili umjetninom. Riječ empatija izvedenica je od grčke riječi *en*-u i *pathos*-nesreća, zlo, nevolja, trpljenje (Gregurek, 2011.). Empatija skreće pažnju sa samoga sebe. Dijeljenje shvaćanja, te emocija s ostalim pojedincima je sasvim normalno, bez obzira dolazi li do toga neposrednom ili indirektnom interakcijom kao što je gledanje, čitanje i sl. Do razvoja kapaciteta za empatiju dolazi u simbiotskom razvoju. Empatija je najvažnija ljudska karakteristika koja ne omogućava samo socijalne relacije i komunikaciju, već je i osnova za stvaranje morala i inhibicije nagona, naročito agresije (Gregurek, 2011.). Svaki čovjek, u svakom trenutku proživljava različita stanja unutar sebe, ali i iskustva u koja pripadaju poimanje nekog događaja od strane dotične osobe, ali i od druge osobe. Ono što pripada pod vlastito iskustvo je kako mi sami percipiramo, ali ujedno i kako smo mi percipirani od strane neke osobe te kako mi nju percipiramo. Kada ljudi sudjeluju u takvoj interakciji, uvijek je prisutan subjektivni postupak.

Empatija je nešto s čime se svaka osoba djelomično rađa, ali se može razvijati tijekom života. Sposobnost za osjećaj suosjećanja se razvija u onom razdoblju života terapeuta, kada se s njim suosjećalo. Za razvitak empatije je ključno dobro iskustvo simbiotske prirode u životnoj fazi u kojoj postoji empatija u odnosu između majke i djeteta koja je značajna za poboljšanje razvoja.

Izražavanje empatije od strane terapeuta, označava realnu prisutnost u interakciji s pacijentom, poštovanje, interes za pacijentove teškoće, strpljenje te vjera u uspostavljanje i gradnju odnosa te rezoluciju problema. Transfer je shvaćanje afekta kojeg odražavaju ljudi u okruženju te afektivne interakcije s drugim i sagledan je kao temeljan sloj u odnosu psihoterapijskog karaktera.

Ono zbog čega je transfer značajan u psihoanalitičkoj vrsti psihoterapije je podatak da on prezentira relevantan terapijski materijal koji je potrebno shvatiti te s kojim je potrebno djelovati u svrhu dobrobiti pacijenta.

Prvi tragovi transfera vidljivi su u Freudovoj i Breuerovoj „Studiji o histeriji“. Godine 1905., Freud je svoje dotadašnje ideje o transferu i utemeljio. Uvidio je da „neki pacijenti dosljedno teže iznijeti svoje osobne osjećaje prema terapeutu prenoseći na njega uznemiravajuće ideje iz svoje prošlosti“ (Freud, 1905.). Prije početka Prvog svjetskog rata oblikovao je i objasnio tehnike i procese psihoanalize, od kojih je najrelevantniji upravo transfer – pacijent u podsvijesti opet odigrava neki prošli odnos umjesto da se isti manifestira u obliku sjećanja te time u tretman uvodi mnogo podataka o prošlim odnosima.

Termin transfer u psihoanalitičkom smislu ima više objašnjenja: prenošenje sadržaja iz jednog psihičkog prostora u drugi, stvaranje jednog smisla iz drugog i prenošenje, odnosno ponavljanje jednog sadržaja iz jednog vremena, prethodnog, u sadašnje vrijeme. Nagoni, želje, emocije, misli i sl. koji su bili prisutni i prije, samo potisnuti u podsvijest, su preneseni na odnos s terapeutom, unaprjeđujući time taj odnos. Paralelno sa što ranijom pojavom suprotstavljanja, ovisno o njihovom intenzitetu, obrambeni mehanizmi postaju primitivniji te proporcionalno tome raste i iskrivljenje suvremenih realnih odnosa, te oni rade više smetnji funkciji ličnosti. Post klasični psihoanalitičari su mišljenja da transferne fenomene treba vidjeti prije kao mnogo značenjske, nego kao regresivne ili one koji se ponavljaju. Riječ je o kreiranju prošlosti u sadašnjosti na jedan poseban način i u posebnim uvjetima...transfer se pojavljuje kao eksternalizacija trenutne, sadašnje, unutrašnje situacije, ne kao ostatak prošlosti...svi naši vanjski odnosi imaju određenu transfernu kvalitetu budući dobivaju značenje od onoga što (aktualno) postoji u našem unutrašnjem svijetu” (Vukosavljević-Gvozden, 2007.).

Kada je riječ o transferu kao formi objektnog odnosa, razumljivo je da je riječ o odnosu 3 osobe: subjekta, objekta iz prošlosti i objekta sadašnjosti. Uvjeti pojave transfera su sposobnost pacijenta da uočava razliku između *selfa* i objektnog odnosa i sposobnost da premosti reprezentacije objekta iz prošlosti na objekt iz dašnjosti.

Prema Grimsonu (1974.) temelj transfera je „glad za objektom“ i da isti pobuđuje sjećanja na odnose pojedinca i njegove majke. Također, Grimson opisuje transfer kao funkciju Ega i demonstrira njegovu snagu ili slabost – snažan Ego ima stabilnu reprezentaciju *selfa*, odvojenu od reprezentacije objekta.

Značajni dio transfera predstavlja ambivalentnost odnosa sa terapeutom. Postoji distinkcija u porijeklu ambivalentnosti – kontradiktornost nagona (eros – tanatos), dualizam spolnih karakteristika, razdvajanje prvobitnih objekata na pozitivne i negativne, aktivnost i pasivnost, želja za razvojem, kontradiktorno želji za regresijom. Što je odnos sa prvobitnim objektima bio kontradiktorniji, to je i prijenosni odnos ambivalentniji. Ambivalenciju može uzrokovati i terapeut svojim dvosmislenim postupcima, a ona može predstavljati i osobinu pacijenta. Emocije, maštanja, misli, stavovi, obrane i ponašanja u prijenosnoj situaciji označava hirovitost, promjenljivost, neizvjesnost i konstantna repetitivnost – hirovitost je iznimno osobina početne faze psihoterapije, dok se konstantna repetitivnost nekih sadržaja manifestira u kasnijim stadijima ili je znak prisile repetitivnosti. Transfer se manifestira na različite načine – pozitivni, negativni, dvojni osjećaji, različita ponašanja – povlačenje, mirovanje, činjenje, smijeh, plač, šutnja, pretjerano govorenje, fantazije, preko tjelesnih simptoma ili fobičnih izražavanja...

Za prijenos je karakteristična privremena regresija, koja se pojavljuje na različite načine, reverzibilna je i ograničena (Erić, 2002.). Regresija je povratak u ranije doba, a dubina regresije ovisi, naravno, o težini psihičkoga poremećaja.

Prema Klainu (2007.) nezadovoljni pacijent (misli ponajprije na psihijatrijskoga pacijenta) može u znak svoje regresivnosti, odnosno djetinjastosti povraćati, može defecirati u krevet kada to nije uzrokovano slabošću sfinktera, a najteži psihički pacijenti (tzv. katatonije) mogu danima ili mjesecima ležati sklupčani na krevetu imitirajući sklupčani položaj u maternici. Nije rijedak slučaj da se psihijatrijski pacijent žali liječniku na medicinsku sestru, što, zapravo, u prijevodu znači da se tuži tati na mamu koja mu ili nije dala lijek ili mu nije dala čaj ili mu nije napravila nešto drugo što ju je tražio.
Oni se i članovima obitelji tuže na sestru. Pacijenti se često tuže da mu sestra u noćnoj smjeni nije dala tzv. lijek prema potrebi na što on smatra da ima pravo. Klain (2007)

navodi iskustvo medicinskih sestara o smiješnim slučajevima gdje pacijent, dok je u pozitivnom transferu, sestri pokloni neku svoju stvar na dar, a kad se naljuti na nju, traži da mu to vrati. To je slično malom djetetu koje se na isti način ponaša prema svojim starijima.

Osim ambivalencije i promjenjivosti transfera, on je katkad negativan, a kadšto pozitivan. Posebice su neugodne negativne pacijentove transferne reakcije kada on verbalno ili čak fizički napadne sestru, a to nije izuzetak u psihijatrijskim ustanovama. Katkad se potuži da mu je sestra ukrala novac koji je imao u pologu, što je posebno neugodno za sestru koja zna reagirati kao da je riječ o zreloj ličnosti pa se naljuti, uvrijedi i sl. Teško je u takvoj situaciji sjetiti se da je pacijent regresivan i da je u negativnom transferu. Takav pacijent može optužiti sestru da mu je dala krivi lijek i sl. (Klain i Gregurek, 2007.).

Pozitivni transfer je mnogo ugodniji za medicinsku sestru, kada joj se pacijent povjerava, a ponekad i otvoreno izražava svoje ljubavne osjećaje prema njoj. Kada pomaže pri pranju posuđa i u drugim aktivnostima na odjelu, pacijent istodobno ogovara i druge sestre koje nisu dobre, a svoju favoriziranu medicinsku sestru, odnosnu onu za koju osjeća jaki pozitivan transfer brani kad je napadne drugi pacijent. Pacijent se nalazi u neravnopravnoj ulozi prema sestri i drugima koji se njime bave. U toj je situaciji veoma važno ne poniziti ljudsko dostojanstvo pacijenta i biti prema njemu tolerantan i kad je ambivalentan i kada razvija negativan transfer. Tu dolazi do izražaja mogućnost terapeuta da svoj narcizam obuzda i da razvija veći kapacitet za suosjećanje (empatijski kapacitet). Uočeno je da su medicinske sestre u tome mnogo uspješnije od medicinskih tehničara (Klain i Gregurek, 2007.).

4.2. Odnos terapeuta – medicinske sestre i pacijenta (kontratransfer)

Odnos medicinske sestre kao terapeuta i pacijenta tradicionalno je neravnopravan. Na sreću, pacijenti su utjecajem suvremene tehnologije i informatizacije postali sve oprezniji i upućeniji u svojim očekivanjima od terapeutske profesije, a te bi promjene trebale dovesti do obostrane spoznaje o međusobnoj ravnopravnosti.

Termin kontratransfera (hrv. protuprijenos) Freud je razvio i uveo u terapijske tehnike 1910. godine. Dugo vremena kontratransfer je negativno konotiran i shvaćan kao i prepreka u analitičkom radu koju treba eliminirati ili, koliko je god moguće, staviti pod kontrolu. P. Heimann po prvi put (1950.) određuje kontratransfer kao sredstvo za razumijevanje pacijenta. Prema Heimann (1950.) kontratransfer psihoterapeuta nije samo dio odnosa u psihoterapiji nego je i pacijentova kreacija, dio je pacijentove ličnosti. Emocije pobuđene u psihoterapeutu, bit će vrijedne za pacijenta ako se iskoriste kao uvid u pacijentove nesvjesne konflikte i obrane te kada se protumače i prorade. Posljedice te proradbe su promjene pacijentova *ega* i jačanje osjećaja za realnost, tako da pacijent vidi psihoterapeuta kao ljudsko biće. „Ljudski odnos u psihoterapijskoj situaciji slijedi bez potrebe da ga psihoterapeut preusmjeruje uporabom ‘izvanpsihoterapijskih’ sredstava“ (Klein i Gregurek, 2007.). Kako Heimann ističe, psihoterapeut neprestano pokušava razumjeti, kako emocije koje pacijent pobuđuje u njemu, mogu koristiti pacijentu.

Kontratransferni procesi manifestiraju se sposobnošću prepoznavanja i uporabe osjetne (vizualne, auditivne, taktilne, kinestetičke i olfaktorne) i afektivne kvalitete podražaja koju pacijent generira u psihoterapeutu. Slično tomu, Loewald (1986.) ističe da se kontratransferna dinamika procjenjuje na temelju psihoterapeutovih promatranja vlastitih instinktivnih reakcija prema pacijentu. Ovi podatci potvrđuju Rackerovu (1968.) izjavu da svaka transferna situacija izaziva kontratransfernu situaciju. Analogno situaciji s transferom, kontratransfer – terapeutovi osjećaji u vezi s bolesnikom sveprisutni su, neizbježni i imaju veliku terapijsku važnost. Tipično, psihoterapeut je uznemiren jakim kontratransfernim osjećajima, posebno onima koje smatra „lošima“ ili neodgovarajućima.

Među takve neugodne kontratransferne osjećaje prema pacijentu ubrajaju se ljutnja ili mržnja, zavist ili kompetitivnost, dosada ili seksualna privlačnost. Psihoterapeut može iskusiti sadističke ili ubojite misli prema pacijentu. Kao što navodi Winnicott, „koliko god terapeut volio pacijente, ne može izbjeći da ih mrzi, da ih se boji i što bolje to zna, to manje će mržnja i strah biti motivi koji određuju ono što radi pacijentima“. Takvi osjećaji mržnje i zlobe sukobljavaju se s početnim psihoterapeutovim fantazijama i očekivanjima dobrohotnosti s njegove strane, često uzrokujući psihički nemir. Točno je da pozitivni kontratransferni osjećaji, kao snažna želja da se brine o pacijentu, mogu također biti problematični za terapeuta i terapiju, Međutim, psihoterapeut takve pozitivne kontratransferne osjećaje ipak doživljava kao manje zastrašujuće od negativnih.

Prema Gregureku (1998.) medicinsko osoblje ne pokazuje zanimanje za osnovne psihodinamske koncepte kao što su razine svjesnosti, regresija konflikt, psihoseksualni razvoj, proces formiranja simptoma itd., a istovremeno koristi obrane koje su proizvod nesvjesnih dijelova ega, kao što su izolacija, premještanje, poricanje, intelektualizacija. Vjerojatno je ovaj oblik samozaštite jedna od mogućnosti preživljavanja u odnosu s bolesnikom. Ujedno, čini se da osoblje izbjegava empatizirati s bolesnicima kako bi preživjelo i izdržalo raditi na teškim bolničkim odjelima. Riječju, prisustvo povišene anksioznosti, sukladno tome korištenje obrana, izbjegavanje empatije, subjektivno iskrivljivanje sekundarnog procesa mišljenja, posljedica su rada u ovakvim jedinicama.

Naposljetku, na temelju promatranja odnosa pacijent – medicinsko osoblje proces liječenja može se podijeliti u dvije faze: prvu, koja se može nazvati „reakcija na traumatsku situaciju“ i druga, koja se može nazvati „opterećenje arhajskim transferom“, koja se javlja nakon prvih tjedana boravka na odjelu.

Prva faza, „reakcija na traumatsku situaciju“, obilježena je upoznavanjem pacijenta s osobljem koji su još stranci jedni drugima. Postupno dolazi do međusobnog upoznavanja, a medicinske intervencije, koje su praćene nizom opasnosti, pobuđuju kod osoblja automatsku tendenciju za primarnom identifikacijom s pacijentom.

Druga faza predstavlja susretanje s potpunom, arhajskom ovisnošću koju prati i odgovarajući arhajski transfer.

U to je vrijeme pacijent potpuno ovisan o terapeutu, nemoćan, bespomoćan, što dovodi do brzih izmjena osjećaja intenzivnog očekivanja i snažnog razočaranja, idealizacije i obezvrjeđivanja, magijske snage i bespomoćnosti. Promjene odnosa pacijenta prema terapeutu izazivaju kod njih kontratransferne teškoće, prvenstveno testiranjem njihovih granica razumijevanja i empatiziranja.

Regresivne faze kroz koje prolaze pacijenti često su praćeni agresivnim reagiranjem, provokacijama, s jedne strane, odnosno ovisnošću i potpunom nesamostalnošću s druge strane. Osoblje mora razumjeti ove promjene, postupno omogućavajući odrastanje i stvaranje novog pacijentovog selfa, ali istovremeno proživljavajući osjećaje djelomičnih gubitaka samih sebe, odnosno onih dijelova koje su investirali u pacijenta. Ovakav rad medicinskog osoblja zahtijeva stabilnu i integriranu ličnost s mogućnošću kontroliranja vlastitih narcističkih potreba.

Terapijski odnos medicinska sestra – pacijent je u funkciji liječenja pacijenta. Terapijski odnos se gradi kroz terapijsku komunikaciju s pacijentom, ali i s drugim članovima tima (liječnici, socijalni radnici, psiholozi, druge sestre, obitelj i prijatelji bolesnika). Uloge su suprotne, ali komplementarne: jedna strana traži pomoć, a druga je može pružiti. Osim na svjesnoj razini komunikacija se odvija i na dubokoj, nesvjesnoj razini. Označena je nekim sposobnostima, kao što su npr.:

- Empatija i simpatija – sposobnost podijeliti i razumjeti tuđe emocije, uz pozitivnu naklonjenost toj osobi.
- Biti na raspolaganju bolesniku, imati dovoljno vremena baviti se njime.
- Steći povjerenje, bliskost i doživljaj sigurnosti.
- Suradnja – izbjegavati ovisnost pacijenta, težiti njegovom osamostaljivanju.
- Profesionalnost – ne smije se dozvoliti da se problemi medicinske sestre prelamaju preko bolesnika, već se ona mora ponašati sa stručnim i znanstvenim načelima svoga posla, držati se termina i obaveza, poštovati tuđa prava, kulturno se odnositi, kontrolirati svoje reakcije, racionalno se ponašati kad pokazuje kritiku, ljubav, divljenje ili mržnju.
- Individualni pristup, jer svako ima svoju posebnost.
- Polaziti iz pozitivne egzistencijalne pozicije: Ja sam OK, ti si OK.
- Etika – usmjeriti se na dobrobit bolesnika.

- Komunikacija je zapravo razmjena poruka. Treba paziti da one ne budu parcijalne, kontaminirane, etiketirajuće, sarkastične, negativne usporedbe, optužujuće, prijeteće ili ucjenjujuće.
- Komunikacija zadovoljava i neke potrebe, kao što su potreba za stimulacijom, za kontaktom, pripadanjem i ljubavlju, za priznanjem, za sigurnošću, za strukturiranjem i osmišljavanjem vremena, za moći, za slobodom, za samoaktualizacijom.
- Komunikacijski problemi koji blokiraju komunikacije: proturječje, kritizerstvo, moraliziranje, ismijavanje i postiđivanje, držanje lekcije, prijetnja.

5. ZNAČAJ KOMUNIKACIJSKIH VJEŠTINA MEDICINSKIH SESTARA U PREVENCIJI PROBLEMA U ODNOSU TRANSFER I KONTRATRANSFER

5.1. Komunikacijski problemi

Terapijska komunikacija može se blokirati na različite načine koje je važno izbjegavati u terapijskom odnosu s pacijentima.

Pacijent osjeća što osjeća i ne treba mu nikad proturječiti, čak i kad opisuje da mu se događa nešto što nama izgleda nemoguće ili nevjerojatno. Treba ga pažljivo slušati.

Treba izbjegavati kritiziranje bolesnika, čak i kad je učinio nešto jako glupo, štetno ili pogrešno. Naše nije da sudimo, već da razumijemo i pomažemo pacijentu da se kreativno promijeni.

Moraliziranje rijetko ima pozitivan, a mnogo češće odbojni učinak, pa ga treba izbjegavati. Kad zdravstveni radnik moralizira, to obično pokazuje da ne razumije dovoljno pacijenta ili ne može prihvatiti njegove potrebe. Nerijetko se viđa u radu s alkoholičarima i drugim ovisnicima, i obično ima negativan učinak. Umjesto moraliziranja uputnije je pomoći pacijentima da se dožive kao vrijedne i važne osobe koje su bile prije bolesti ili kakve bi mogle biti bez bolesti.

Ismijavanje i postiđivanje može biti izraženo verbalno ili neverbalno. Vrlo brzo dovode do zatvaranja komunikacije. Bez obzira na neznanje koje pacijent može izraziti ili gluposti koje može izreći nikada ga ne treba ismijavati.

Zdravstveni radnici su skloni držanju predavanja što može u pacijenta rezultirati defanzivnim stavom. U načelu ovakav pristup ima rijetko pozitivan učinak. Mnogi znaju da je štetno pušiti, a ipak puše. Držanje lekcije o štetnim učincima pušenja samo će u malog broja osoba dovesti do promjene njihova stava prema pušenju.

Prijetnje treba izbjegavati. Zdravstveni radnici koji se služe prijetnjama (obično lošim posljedicama koje će imati neko ponašanje pacijenta) uglavnom se osjećaju nesigurnim ili su pak preuzeli potpunu odgovornost za svoje bolesnike otpisujući njihovu odgovornost. Prijetnje samo dovode do straha, submisivnosti ili osvete pacijenta i treba ih izbjegavati (Jakovljević, 1995.).

Kontratransfer ima veliki značaj u psihoterapiji, naročito u inicijalnoj fazi psihoterapije. On je prisutan i kao moguća opasnost i ozbiljan ograničavajući faktor, ali i kao moguće sredstvo za razumijevanje pacijenta čak i boljeg uspostavljanja odnosa sa njim. U kojoj mjeri će se neka od mogućnosti realizirati, u mnogočemu ovisi od profesionalnih znanja i vještina te iskustva terapeuta (medicinske sestre) kao i njenih osobnih karakteristika.

5.2. Edukacija komunikacijskih vještina u sestrinstvu

Vještina stvaranja terapijskog odnosa temelji se na ostvarivanju što većeg broja terapijskih komunikacija i uspješnih intervencija za što je potrebno teorijsko i praktično znanje i vještine. Komunikacija između medicinske sestre i pacijenta mijenjala se promjenom odnosa medicinska sestra – pacijent. Na primjer, još su prije nekoliko desetljeća profesori i učitelji na medicinskim fakultetima u edukaciji studenata primjenjivali stoljećima staru tradicionalnu praksu medicinskog intervjua u kojoj zdravstveno osoblje nije puno pokazivalo emocije i često je pokazivao pred studentima samo „sustav pitanja potrebnih za kliničko prikupljanje podataka", a u cilju razrješavanja diferencijalno-dijagnostičkih dvojbi. U tom se kontekstu nije puno vodilo brige o tome kako se osjećaju pacijenti i studenti, a pri uzimanju anamneze uglavnom su upotrebljavana zatvorena pitanja. Nažalost, valja biti svjestan da i danas još uvijek neko zdravstveno osoblje i studenti primjenjuju iste tehnike. Sedamdesetih godina dvadesetog stoljeća prepoznato je da kvaliteta komunikacije između zdravstvenog osoblja i njihovih pacijenata kao i među članovima medicinskog tima utječe na kvalitetu zdravstvene skrbi. Iako je već tada počelo učenje o komunikaciji na nekim medicinskim fakultetima, nije bilo metodološki kvalitetnih rezultata istraživanja o komunikacijskim vještinama u zdravstvu pa su se edukativni moduli razvijali intuitivno uz nastanak puno raznolikih pristupa temeljenih uglavnom na idealizmu i intuiciji.

U desetljećima koja su uslijedila nastalo je bogatstvo istraživanja o komunikacijskim vještinama u medicini, što je stvorilo kvalitetnu osnovu za edukaciju i provjeru poznavanja i primjene komunikacijskih vještina kod studenata i zdravstvenih profesionalaca. To područje postaje jedna od zdravstvenih vještina koja se koristi principima „medicine temeljene na dokazima" (engl*. evidence based medicine).* Uz to je razvoj neuroznanosti i psihologije doveo do brojnih spoznaja o tome kako ljudi uče, komuniciraju i razumijevaju jedan drugoga te kako promjena načina razgovaranja s bolesnikom utječe na zadovoljstvo i ishod liječenja te na suradljivost pacijenata.

Kvalitetna komunikacija medicinskih sestara i svih drugih članova medicinskog tima važna je pretpostavka dobrog liječenja pacijenata, pa se unatrag nekoliko desetljeća u edukaciji svih zdravstvenih profesionalaca veliko značenje pridaje komunikacijskim vještinama.

Prema suvremenim koncepcijama, smatra se da su znanje, komunikacijske vještine, i sposobnost rješavanja problema esencijalne komponente kliničke kompetencije medicinskih sestara i predstavljaju bit dobre kliničke prakse. Potpuno je kriva pretpostavka da su dobre komunikacijske vještine neobvezna komponenta i nešto što je samo potencijalna „dodana vrijednost", jer unatoč znanju, pa i dobrom tjelesnom pregledu pacijenta, često izostaje uspješnost liječenja upravo zbog neadekvatne komunikacije. Može se reći da komunikacija pretvara teoriju u praksu, a način komuniciranja jednako je važan kao i ono što se reklo pacijentu.

Kao serija vještina koje se mogu učiti i uvježbavati, a ne kao obilježje ličnosti medicinske sestre, komunikacijske se vještine trebaju kontinuirano učiti od početka studija, kao i tijekom cjeloživotnog usavršavanja. Nažalost, ponekad dugogodišnje kliničko iskustvo može biti jako loš učitelj komunikacijskih vještina i zapravo potkrepljivač loših navika. Komunikacija se treba podučavati s istim pristupom kao i druge ključne vještine. Učestale promjene u prirodi zdravstvene srbi i brojni novi izazovi medicinske prakse zahtijevaju da čak i vrlo iskusne medicinske sestre u području komunikacije stalno nadopunjuju svoje znanje i vještine.

Potrebne su specifične metode podučavanja o komunikacijskim vještinama, s naglaskom na učenje samih vještina, a u cilju postizanja promjena ponašanja u polaznika edukacije. Predavanja i drugi didaktički oblici nastave neće dovesti do promjene ponašanja. Potrebne su iskustvene metode učenja koje uključuju opservaciju i stalnu evaluaciju. Kognitivno učenje (teorija) i rad na stavovima svakako su komplementarni pristupu temeljenom na vještinama. Unatrag posljednjih desetak godina došlo je do velikih promjena u metodologiji istraživanja, kao i u teorijskim i konceptualnim pristupima komunikaciji u zdravstvu, medicinskoj i edukacijskoj praksi te kontekstu u kojem se komunikacija događa. Edukacijski programi o komunikaciji postali su obvezan dio na svim razinama medicinske edukacije u zapadnim zemljama. Ukupna ocjena komunikacijskih vještina medicinskih sestara postala je nezaobilazna komponenta završnih ispita. Došlo je do velikog razvoja tečajeva za sve nastavnike na medicinskim fakultetima o učenju komunikacijskih vještina kao preduvjetu podučavanja područja sestrinstva. Osnovani su mnogobrojni laboratoriji komunikacijskih vještina u svijetu s primjenom suvremenih informacijskih tehnologija. U tom se kontekstu mijenjao i pristup učenju komunikacijskih vještina. Ujedinjavaju se, povezuju i usklađuju razni programi. Kad je riječ o modelima edukacije na svim razinama, valja istaknuti da je potrebno educirati i učenike i učitelje (facilitatore). Facilitatori trebaju pomoć o tome što treba podučavati i kako podučavati, pa su potrebni posebni programi edukacije za njih. Oni koji uče (studenti, medicinske sestre) moraju razumjeti kako učiti i što učiti. U tom je procesu tanka linija između učitelja i učenika.

Učitelji komunikacijskih vještina kontinuirano tijekom svojega profesionalnog života otkrivaju nove spoznaje o komunikaciji, često uče od svojih studenata, uz stalno nove medicinske izazove i nove komunikacijske tehnologije. Učenici često s vremenom postaju učitelji komunikacijskih vještina druge generacije medicinskih sestara, formalno ili neformalno.

5.3. Komunikacijske vještine u sestrinstvu

Vrste komunikacijskih vještina prema J. Silvermanu su sljedeće (Đorđević i Braš, 2011.):

a) *vještine povezane sa sadržajem* (engl. *content skills*) – ŠTO zdravstveni profesionalci komuniciraju – osnovna tema njihovih pitanja i odgovora, informacije koje traže i daju, liječenja o kojima diskutiraju;
b) *procesne vještine* – KAKO to čine – način na koji se komunicira s pacijentom, kako otkrivati povijest ili dati informacije, verbalne i neverbalne vještine koje se primjenjuju, kako izgraditi odnos s pacijentom i način organiziranja i strukturiranja komunikacije (zatvorena i otvorena pitanja, postavljanje pitanja...);
c) *perceptualne vještine* (engl. *perceptual skills*) – ŠTO RAZMIŠLJAJU I OSJEĆAJU – unutrašnje donošenje odluka i vještine rješavanja problema, stavovi, svjesnost o osjećajima i razmišljanjima o pacijentu, o bolesti i drugim povezanim pitanjima, svijest o vlastitom *self-konceptu* i povjerljivosti, pogreškama i distrakcijama.

Sadržajne, procesne i perceptivne vještine povezane su i ne mogu se izolirano promatrati već ih u intervjuu valja zajedno pratiti. Sadržajne vještine se uče u brojnim predmetima, često i perceptivne (kliničko razmišljanje i medicinski aspekti rješavanja problema), a najmanje se uče procesne vještine i način kako su sve tri interaktivno povezane. Zato u novim programima izobrazbe njima treba dati najviše pozornosti u učenju. Procesne, perceptualne i sadržajne vještine moraju se integrirati u učenje kao esencijalne kliničke vještine. Često nastaju problemi kad se odvojeno uče sadržajne od procesnih vještina i nastaju dva konfliktna modela medicinskog uzimanja podataka o bolesti (to je sadržaj intervjua, kada se uzima povijest i razlog dolaska, tj. glavnu pritužbu, osobnu anamnezu, obiteljsku anamnezu, osobnu i socijalnu anamnezu, povijest uzimanja lijekova, alergije i dr.). Drugi tip modela je „komunikacijski model", kao alternativni okvir s listom vještina koje opisuju značenje i smisao medicinskog intervjua, razvoj odnosa, dobivanje informacija opisanih u tradicionalnoj medicinskoj povijesti i raspravu tih nalaza i alternativa liječenja s pacijentom.

To je zapravo proces medicinskog intervjua. Pogrešno je ako učenici to shvate kao dva modela koja su alternativna, a ne komplementarna. Problem je npr. kad se studenti sestrinstva koriste prvim modelom te vode isključivo postupak biomedicinskog dobivanja informacija. Važno je istaknuti i važnost pacijentove perspektive na bolest.

Postoje razni modeli edukacije: predavanja, demonstracije, individualna praksa, videozapisi pacijenata, individualni i grupni rad sa simuliranim pacijentima (laicima ili glumcima). No, uvijek se preporučuje opservacija i evaluacija kao najefikasniji načini za učenje komunikacijskih vještina. Potrebno je poznavati razne varijante evaluacije i razliku između procjene stavova studenata i njihovih vještina. Jedna od većih dvojbi o kojoj se uvijek raspravlja je kako dopustiti pojedincu koji uči, razvoj njegova osobnog stila uz istodobni zadatak facilitatora da sve studente uči istim profesionalnim standardima. Najveći eksperti u svakom slučaju naglašavaju da treba učiti, pokazivati i inzistirati kontinuirano na praksi pojedinih vještina, ali istodobno poticati studente sestrinstva da definiraju vlastite potrebe i dopustiti im da se kreativno razvijaju. To je jedan od preduvjeta dobrog učitelja.

5.4. Utjecaj komunikacijskih vještina na proces liječenja

Komunikacija liječnika i bolesnika najvažnija je vještina u medicinskoj praksi na putu do uspješne dijagnoze i liječenja te uspostave odnosa s bolesnikom. Istraživanja jasno ukazuju da su komunikacija i odnos liječnika i bolesnika izrazito važni u skrbi o bolesniku i imaju brojne utjecaje na ishode liječenja, kao i na zadovoljstvo liječenjem, suradljivost, klinički ishod i kvalitetu života, sigurnost bolesnika, timski rad, kulturalnu osjetljivost i smanjen broj pritužbi na liječnički rad (Đorđević i Braš, 2011.).

Komunikacija je sastavni dio svakog odnosa s pacijentom i njegovom obitelji, a usto je i ključ uspjeha medicinskog tima. Zbog broja konzultacija tijekom radnoga vijeka komunikacija je najčešća vještina kojom se medicinska sestra koristi u svakodnevnom radu.

S obzirom na brojne izazovne situacije u medicinskoj profesiji, uz intuiciju, empatiju i iskustvo prijeko je potrebna i kontinuirana edukacija medicinskih sestara o komunikacijskim vještinama. Medicinska sestra se mora znati suočavati s raznim ličnostima pacijenata te najsloženijim medicinskim i socijalnim situacijama, a može pružiti dobru skrb samo ako razumije pacijenta u njegovom osobnom životnom kontekstu.

Komunikacijski uspješne medicinske sestre stvaraju smislene i dobre odnose s različitim strukturama ličnosti pacijenta i u različitim situacijama, uz odnos temeljen na razumijevanju i poštivanju ljudskog života i dostojanstva. U edukaciji i primjeni kvalitetne komunikacije u medicini, važno je, između ostalog, prepoznati potrebe i osobine ličnosti pacijenta, i svih drugih subjekata te njihovih međusobnih odnosa, razviti vještine koje uvijek integriraju biološke, emocionalne, socijalne i duhovne komponente u zdravlju i bolesti, istraživati područje komunikacijskih vještina s korištenjem spoznaja iz drugih disciplina (npr. filozofija, teorije učenja, menadžment), stalno promicati suradničke partnerske odnose te stalno naglašavati poštivanje čovjeka kao jedinstvenoga ljudskog bića, njegova dostojanstva i autonomije (Đorđević i Braš, 2011.).

U zapadnom svijetu komunikacijske vještine u zdravstvu uče se tijekom cijeloga studija i tijekom trajnog usavršavanja, i to najčešće učenjem u malim grupama i igranjem uloga, intervjuima sa stvarnim bolesnikom ili intervjuima sa simuliranim bolesnicima (laicima ili glumcima). U procesu intenzivnog razvoja istraživanja, edukacije i primjene komunikacijskih vještina u medicini osnovane su velike međunarodne i nacionalne organizacije koje se bave komunikacijom u zdravstvu.

Jedna od najpoznatijih je Američka akademija za komunikaciju u zdravstvu (*American Academy on Communication in Health Care),* koja se već nekoliko desetljeća bavi istraživanjem, evaluacijom i primjenom najboljih modela komunikacije u zdravstvu. Poznato je i Europsko udruženje za komunikaciju u zdravstvu (EACH), koje su 2001. godine osnovali najpoznatiji stručnjaci iz osam europskih država koji se bave komunikacijom u medicini (Đorđević i Braš, 2011.).

Medicina 21. stoljeća jest medicina usmjerena na bolesnika u svim njegovim aspektima: organskim, psihološkim, socijalnim i duhovnim. Komunikacija s pacijentom kao osobom definiranom navedenim značajkama postala je središnji dio sestrinske djelatnosti.

6. ZAKLJUČAK

Iskustva proživljena u djetinjstvu, potisnuta u nesvjesno, prenose se iz odnosa u prošlosti u odnose u sadašnjosti. Terapeut preko transfernih sadržaja u terapijskom odnosu analizira pacijentove konfliktne doživljaje iz prošlosti. Terapeut analizira pacijentove konfliktne doživljaje iz prošlosti zbog potrebe da pomogne pacijentu, da prepozna činitelje za ponavljanje konflikata u aktualnim odnosima (sadašnjosti). Terapeut treba biti educiran do te mjere da može prepoznati transferne sadržaje, da bi mogao izdržati pritiske konfliktnoga i da ne bi sam reagirao obrambeno.To se uvijek može okarakterizirati kao protuterapijski učinak. U terapijskim se grupama transferni sadržaji pojavljuju barem toliko često kao u individualnim terapijama i također otvaraju put do razumijevanja ranih iskustava, ali više iz grupnih odnosa. Osim ponavljanja uzorka doživljaja i ponašanja iz vertikalnih odnosa, u grupama pronađu mjesto i uzorci iz horizontalnih odnosa. Kroz multiple transfere pokazuju se razlozi zbog kojih netko u grupi uzima specifičnu ulogu, stvara specifični tip odnosa. U grupama se konfliktna prošlost pojavljuje uživo, putem aktivnosti međusobne interakcije među članovima i u tom socijalnom polju može se i terapijski prerađivati.

Kontratransfer je doživljaj terapeuta, odnosno njegova kreacija kojom komunicira s bolesnikom u terapiji. Emocionalne kategorije koje se stvaraju u odnosu s pacijentom u situaciji „ovdje i sada“, tu se i manifestiraju te pomažu uglavnom terapeutu, ali i pacijentu. Kontratransfer je, međutim, uvijek prisutan u većem ili manjem stupnju u svakoj psihoterapiji i kod svakog psihoterapeuta. Psihoterapeut ne može potpuno eliminirati vlastite kontratransferne osjećaje, kao što ni pacijent ne može eliminirati svoje transferne osjećaje. Zbog toga psihoterapeut mora imati stav tolerancije, čak i znatiželje prema osjećajima sa svoje strane. Psihoterapeutov zadatak nije to da nema takve osjećaje, nego da ih bude svjestan, primijeti ih, istraži njihovo značenje, ograniči njihov negativni učinak u radu s pacijentom i, ako je moguće, uporabi ih kao terapijsku prednost. Psihoterapeuti koji se bore i nastavljaju se boriti s vlastitim kontratransfernim problemima i osjećajima shvaćaju da je najopasnija pozicija koju psihoterapeut može zauzeti poricanje postojanja takvih osjećaja.

Što više psihoterapeut negira kontratransfer, vjerojatnije je da takvi osjećaji negativno utječu na njegov rad s pacijentom. Ključna razlika, *koju* treba imati na umu, jest da

osjećaji nisu ekvivalenti ponašanju. Psihoterapeut može imati sve vrste osjećaja prema pacijentu; to je normalno i očekivano. Vrijeme i iskustvo pokazuju da psihoterapeut koji minimalizira ili poriče svoje kontratransferne osjećaje ima tendenciju da ih prorađuje s pacijentima, često na načine koji su destruktivni za terapiju i pacijenta. Zato nije sramota i velika je korist u terapeutovu prepoznavanju i priznavanju kontratransfernih osjećaja. Psihoterapeut mora naučiti ne samo tolerirati neugodne kontratransferne osjećaje prema pacijentima i prepoznavati ih kao neizbježni dio psihoterapeutskoga posla nego mora i cijeniti kontratransfer kao važan medij komunikacije između psihoterapeuta i pacijenta koji može dovesti do psihoterapijskoga pomaka. Na taj način psihoterapeut prilazi svojim kontratransfernim mislima, osjećajima i fantazijama sa stavom strpljivosti i znatiželje, a ne s osjećajem krivnje i srama.

Terapeut nikada neće moći vidjeti sve dimenzije, ali ono što može prepoznati, on će prenijeti u terapijski rad. Ako zadrži empatijsku dimenziju odnosa i klimu razumijevanja u grupi, on će s grupom krenuti na put terapijskoga rada bez opasnosti od raspadanja grupe. Medicinske sestre u svom radu primjenjuju empatiju na vrlo osjetljiv način, a upravo primjena tog znanja razlikuje profesionalca od laika.

7. ZAHVALA

Zahvaljujem se mentoru prof. dr. sc. Darku Marčinko na stručnom vođenju, mojoj dragoj prijateljici i kolegici mag. med. techn. Mariji Božičević na savjetima, podršci i empatiji prilikom izrade diplomskog rada. Zahvalila bih se i svojoj obitelji na strpljenju te prijateljima i kolegama s odjela koji su na svoj način dali doprinos ovom radu.

8. LITERATURA

1. Ahn H, Wampold BE. (2001) Where or where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. Journal of Counseling Psychology 48(3):251–257.
2. American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) Evidence-based practice in psychology. American Psychologist 61, 271-85.
3. Barnes G. (2008) An Introduction to Dialogotherapy. Kairos Slovenian Journal of Psychotherapy 25(2):3-4.
4. Certo SC, Certo ST. (2006) Modem Management. 10nd ed. New York: Pearson Education Inc. Upper Saddle River
5. Chamberlain S. (2012) Narrative Therapy: challenges and communities of practice. Discursive Perspectives in Therapeutic Practice. Oxford, UK: Oxford University Press
6. Crameri A, von Wyl A, Koemeda M, Schulthess P, Tschuschke V. (2015) Sensitivity analysis in multiple imputation in effectiveness studies of psychotherapy. Front. Psychol 6:1042.
7. Đorđević V, Braš M. (2011) Komunikacija u medicini, čovjek je čovjeku lijek. Zagreb: Medicinska naklada
8. Erić Lj. (2002) Psihoterapija. Beograd: Medicinska knjiga
9. Fox R. (2006) Poslovna komunikacija. Zagreb: Hrvatska sveučilišna naklada
10. Gregurek R. (1998) Suradna (liaison) psihijatrija. Psihoterapija, 28:33-63.
11. Gregurek R. (2011) Psihološka medicina. Zagreb: Medicinska naklada
12. Griffin RW. (2005) Management. Boston, MA: Houghton Mifflin Company
13. Hargie O, Tourish D. (1994) Communication skills training: management manipulation or personal development? Human Relations 47(11): 1377-1389.
14. Havelka M, Ševo Lj. (2002) Zdravstvena psihologija – Priručnik za nastavnike. Zagreb: Školska knjiga
15. Jakovljević M. (1995) Psihijatrija za studente stručnih zdravstvenih studija. Samobor: A.G. Matoš
16. Klain E. (1975) Transferna situacija u edukativnoj grupi. Anali. 1: 173.
17. Klain E, Gregurek, R. (2007) Grupna psihoterapija – za medicinske sestre i tehničare. Zagreb: Medicinska naklada

18. Koemeda-Lutz M, Crameri A, Schulthess P, von Wyl A, Tschuschke V. (2017) Specificity and Pace Variability of Therapists Interventions under Naturalistic Conditions. Psychoter Res 27(1):74-88.
19. Levin S, Bava S. (2012) Collaborative therapy: performing reflective and dialogical relationship. Discursive Perspectives in Therapeutic Practice. Oxford: Oxford University Press
20. Lučanin D, Lučanin Despot J. (2010) Komunikacijske vještine u zdravstvu. Zagreb: Naklada Slap
21. McShane SL, Von Glinow MA. (2000) Organizational Behavior. Boston, MA: Irwin McGraw-Hill
22. Messer SB, Wampold BE. (2002) Let's Face Facts: Common Factors Are More Potent Than Specific Therapy Ingredients, Clinical Psychology, Science and Practice 9(1):21–25.
23. Miškulin I. (2014) Kibernetika psihoterapije. U: Kozarić-Kovačić D, Frančišković T. (ur.), Psihoterapijski pravci. Zagreb: Medicinska naklada
24. O`Hanlon WH. (1994) The third wave. The Family Therapy Networker 18:19-29.
25. Reardon KK. (1998) Interpersonalna komunikacija: gdje se misli susreću. Zagreb: Alineja.
26. Tschuschke V, Crameri A, Koehler M, Berglar J, Muth K, Staczan P, Von Wyl A, Schulthess P, Koemeda-Lutz M. (2015) The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. Psychotherapy Research 25(4):420-434.
27. Vukosavljević-Gvozden T. i sur. (urednik) (2007) Psihoanaliza nakon Frojda – Razvoj i relacione perspektive. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju
28. Wampold BE. (2001) The great psychotherapy debate: Models,methods and findings. Mahwah, N J: Erlbaum.
29. Wampold BE, Imel ZE. (2015) The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work. 2nd ed. New York: Routledge.
30. Wolber L. (2013) The Technique of Psychotherapy, 4th ed. USA: International Psychotherapy Institute E-Books

ŽIVOTOPIS

Rođena sam 20.11.1961. u Zagrebu. 1980. godine završila sam srednju medicinsku školu u Zagrebu te stekla zvanje medicinske sestre. 1986. završila sam Višu školu za medicinske sestre i tehničare u Zagrebu, 1991. godine pripremnu izobrazbu iz grupne analize, u Zavodu za grupnu analizu, Klinike za psihološku medicinu, Medicinskog fakulteta u Zagrebu, 1998. godine izobrazbu za Grupnog terapeuta u Zavodu za grupnu analizu, Klinike za psihološku medicinu, Medicinskog Fakulteta u Zagrebu, 2003. godine razlikovnu godinu na Zdravstvenom Veleučilištu u Zagrebu te 2015. godine upisala Sveučilišni studij sestrinstva na medicinskom fakultetu u Zagrebu. Od 1980. do 1983. godine radila sam na Odjelu za neurologiju Neuropsihijatrijske bolnice „Dr. Ivan Barbot“ u Popovači na poslovima srednje medicinske sestre, od 1984. - 2000. na Odjelu za neuroze i granična stanja na poslovima više sestre, od 1994. - 1999. godine kao Glavna sestra Bolnice. Od 1999. do 2001. godine bila sam zaposlena na Odjelu za forenziku kao glavna sestra odjela, te od 2001. godine do danas na Odjelu za alkoholizam i druge ovisnosti također kao glavna sestra odjela. Od 2009. godine vodim malu grupu oboljelih od PTSP-a u ambulanti za PTSP u Sisku. Imam dugogodišnje iskustvo u procesu zdravstvene njege bolničkih i ambulantno liječenih psihijatrijskih bolesnika, edukaciji bolesnika i članova njihovih obitelji te zaštiti prava istih. Organiziram i koordiniram proces zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika te rad sestara i pomoćnog osoblja. Autor sam i koautor brojnih stručnih radova, aktivan sudionik na edukacijama unutar Bolnice, stručnim skupovima HUMS-a 1980., 2015., 2016., stručnim skupovima HPDMST 1996., 1997., 1999.-2015., seminarima i kongresima te radionicama. Član sam izvršnog odbora Hrvatskog psihijatrijskog društva te recenzent Zbornika radova Psihijatrijskog društva 2012. – 2014. Nagrađena sam i nagradom „Darija Benussi“ za doprinos u razvoju sestrinske profesije u psihijatriji.