

Korištenje neurolingvističnog programiranja kao deeskalacijske metode u radu s pacijentima

Ferić, Dubravka

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:920424>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

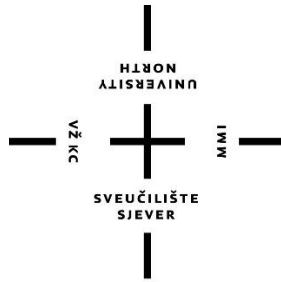
Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-23**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





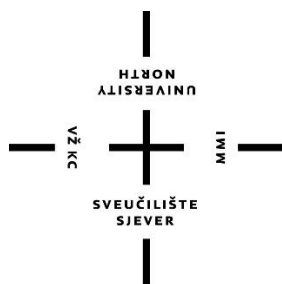
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 682/SS/2015

Korištenje neuro-lingvističkog programiranja kao deeskalacijske metode u radu s pacijentima

Dubravka Ferić, 4805/601

U Varaždinu, travanj 2016. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 682/SS/2015

Korištenje neuro-lingvističkog programiranja kao deeskalacijske metode u radu s pacijentima

Student:

Dubravka Ferić, 4805/601

Mentor:

Špiro Janović, doc.dr.sc.

U Varaždinu, travanj 2016.g.

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

| | | | |
|----------------------|--|--------------|----------------------|
| ODJEL | Odjel za biomedicinske znanosti | | |
| PRISTUPNIK | Dubravka Ferić | MATIČNI BROJ | 4805/601 |
| DATUM | 27.11.2015. | KOLEGIJ | Klinička medicina IV |
| NASLOV RADA | Korištenje neurolingvističkog programiranja kao deeskalacijske metode u radu s pacijentima | | |
| MENTOR | doc. dr. sc. Špiro Janović | ZVANJE | predavač |
| ČLANOVI POVJERENSTVA | 1. doc. dr. sc. Maja Bajs Janović, predsjednik | | |
| | 2. doc. dr. sc. Špiro Janović, mentor | | |
| | 3. Jurica Veronek, mag. med. techn., član | | |
| | 4. Melita Sajko, dipl. med. techn., zamjenski član | | |
| | 5. _____ | | |

Zadatak završnog rada

BROJ 682/SS/2015

OPIS

Medicinska sestra, radeći kao samostalni zdravstveni djelatnik ili kao član zdravstvenog tima, provodi ponajviše vremena s pacijentom. Često složene medicinske dijagnoze i psihološki problemi pacijenata rezultiraju neadekvatnom komunikacijom na relaciji pacijent - medicinsko osoblje, posljedičnim nerazumijevanjem i potencijalnim sukobom. Pružajući sestrinsku skrb kroz proces zdravstvene njege sestra biva izložena situacijama suočavanja s različitim oblicima nasilja, posebno pri hitnom prijemu i na psihijatrijskim odjelima. Korištenje tehnika neurolingvističkog programiranja, prilikom deeskalacije, predstavlja pristup koji objedinjuje psihološke tehnike i vještine komunikacije temeljene na humanističkoj psihologiji. Navedene tehnike deeskalacije, koriste se kao preporučive terapijske intervencije u situacijama preveniranja ili razrješenja verbalnog ili fizičkog nasilja. Njihovim korištenjem prevenira se određeni broj nasilnih incidenata i smanjuje se rizik negativnih posljedica nasilja spram pacijenta, zdravstvenog osoblja i zdravstvene ustanove. Sigurnost korisnika zdravstvene skrbi s jedne strane, te sigurno profesionalno okruženje zdravstvenih djelatnika s druge strane nameću potrebu uvođenja sustavne edukacije osoblja za korištenje deeskalacijskih tehnika u svakodnevnom radu, što do sada nije bio slučaj.

ZADATAK URUČEN

02.03.2016.



[Handwritten signature]

Predgovor

Završni rad posvećujem svojoj obitelji, koja mi je tijekom školovanja bila bezuvjetna podrška i motivacija. Ujedno zahvaljujem i svom mentoru doc.dr.sc. Špiri Janoviću na svesrdno ustupljenoj literaturi, smjernicama i savjetima koje mi je pružao tijekom pisanja ovog rada. Zahvalna sam i svim kolegicama i kolegama koji su me kroz svoje radno iskustvo u sestrinstvu obogatili u povezivanju nastavne teorije i prakse.

Osobito puno hvala mojim dragim prijateljima koji su me uvijek podržavali.

Sažetak

Komunikacija spada u osnovne životne potrebe svakog čovjeka. Posebnost komunikacije u zdravstvu jest da osim informacijskoga ima i terapijski karakter. U komunikacijskom odnosu s pacijentom zdravstveni djelatnici su izloženi situacijama koje često prelaze očekivane i adekvatne okvire. Pacijentove osnovne životne potrebe su u većini slučajeva dodatno opterećene složenim medicinskim i psihološkim problemima. Pružajući zdravstvenu njegu i skrb medicinske sestre/tehničari se mogu suočiti s raznim oblicima nasilja. Iako se većina nasilničkih situacija dešava na hitnom prijemu i na odjelima psihijatrije, nasilju su izloženi i djelatnici na drugim odjelima i u ostalim zdravstvenim ustanovama. Agresivan pacijent predstavlja profesionalan izazov medicinskom osoblju. Deeskalacijske metode služe neutralizaciji agresije. Kod neuspjeha deeskalacijskih terapijskih tehnika poseže se za drugim načinima smirivanja pacijenta poput brze trankvilizacije, fizičkog sputavanja i izolacije pacijenta. Neuro-lingvističko programiranje predstavlja metodu razvoja osobnosti i komunikacijski trening u području supervizije, pedagogije, savjetodavnog rada, sporta, psihologije, medicine. Ono predstavlja alat kojim možemo riješiti vlastita stanja i probleme koristeći potencijale unutar nas samih. Osnovna bit ove metode jest modeliranje vlastitog ponašanja kojim ćemo postići željene rezultate. Korištenje neuro-lingvističkog programiranja, prilikom deeskalacije, predstavlja pristup koji objedinjuje psihološke tehnike i vještine komunikacije temeljene na humanističkoj psihologiji. Primjena neuro-lingvističkog programiranja kao oblika psihoterapije predstavlja mogućnost rješavanja pacijentovih problema iz područja psihosomatskih bolesti, poremećaja hranjenja, fobija, PTSP-a, neuroza, afektivnih i shizofrenih psihoza, ovisnosti ili zlouporabe alkohola, droga ili lijekova, razvojnih smetnji svake dobne skupine.

Ključne riječi: komunikacija, agresija, deeskalacija, neuro-lingvističko programiranje, neuro-lingvistička psihoterapija.

Popis korištenih kratica

PTSP- post traumatski stresni poremećaj

GABA – gama-aminomaslačna kiselina

NLP- neuro-lingvističko programiranje

NLPt- neuro-lingvistička psihoterapija

NANDA- Sjeverno američko udruženje dijagnoza u sestriinstvu

Sadržaj

| | |
|--|----|
| 1. Komunikacija..... | 1 |
| 1.1. Što je komunikacija i načini komuniciranja..... | 1 |
| 1.2. Kategorije komunikacije | 2 |
| 1.3. Zašto komuniciramo?..... | 2 |
| 1.4. Konflikti u komunikaciji | 3 |
| 1.5. Komunikacija u zdravstvu | 4 |
| 2. Agresija..... | 8 |
| 2.1. Pojam i teorije agresije..... | 8 |
| 2.2. Čimbenici koji utječu na pojavu agresije..... | 9 |
| 2.3. Vrste agresivnosti..... | 9 |
| 2.4. Medicinske dijagnoze i rizični čimbenici agresije hospitaliziranog pacijenta..... | 10 |
| 2.5. Agresivan pacijent i eskalacija agresivnosti | 12 |
| 3. Neutralizacija agresivnog ponašanja pacijenta | 15 |
| 3.1. Temeljna načela deeskalacijske komunikacije s agresivnim pacijentom | 15 |
| 3.2. Prisiljavajuće metode neutralizacije agresije | 17 |
| 4. Neuro-lingvističko programiranje..... | 21 |
| 4.1. Što je Neuro-lingvističko programiranje | 21 |
| 4.2. Povijest neuro-lingvističkog programiranja..... | 21 |
| 4.3. Samostalnost psihoterapijske metode | 24 |
| 4.4. Teoretske osnove Neuro-lingvističkog programiranja..... | 25 |
| 4.4.1. William James i osjetilno-specifični reprezentacijski sustav..... | 25 |
| 4.4.2. Lingvistika | 28 |
| 4.4.3. Ciljna usmjerenost ljudskoga djelovanja | 34 |
| 4.4.4. Kibernetika teorije uma..... | 35 |
| 4.4.5. Socijalno-kognitivna teorija učenja | 39 |
| 4.4.6. Osnovna pretpostavka postojanja funkcionalno autonomnih dijelova osobnosti ... | 40 |
| 5. Znanstveno-terapijska teorija djelovanja | 42 |
| 5.1. Osobnost, oblici vezivanja i slika čovjeka | 42 |
| 5.2. Model etiologije | 44 |
| 5.3. Praktična primjena, tehnike i način djelovanja | 45 |

| | |
|---|----|
| 5.3.1. Odnos klijenta i terapeuta | 45 |
| 5.3.2. Osnove za rad na promjenama i NLP ciljni okvir..... | 46 |
| 5.3.3. Modeli intervencija i tehnike | 47 |
| 6. Korištenje neuro-lingvističkog programiranja | 52 |
| 6.1. Primjena neuro-lingvističkog programiranja | 52 |
| 6.2. Važne upute za rad s NLP-om | 52 |
| 6.3. NLP komunikacija sa zahtjevnim i agresivnim pacijentom | 54 |
| 7. Sestrinske dijagnoze..... | 57 |
| 8. Zaključak..... | 59 |
| 9. Literatura..... | 62 |

1. Komunikacija

1.1. Što je komunikacija i načini komuniciranja

Komunikacija je proces razmjene misli, osjećaja i poruka i kao takva predstavlja temelj međuljudskih odnosa, odnosno socijalne interakcije. Etimologija riječi je iz latinskog, u kojem *communicare* znači učiniti nešto općim ili zajedničkim.

Komunikacija je definirana trima zajedničkim čimbenicima i to: sadržajem, formom i ciljem. Združeno, sadržaj i forma kreiraju poruke koje se šalju prema cilju, koji može biti sam čovjek, druga osoba ili drugi entiteti, primjerice, grupa, organizacija ili društvo.

Svaka komunikacija ima dva aspekta: sadržajni i odnosni. Dok sadržaj predstavlja poruku koju želimo poslati, odnos u komunikaciji podrazumijeva percepciju osobe kojoj govorimo i razvijanje empatije prema njoj. Odnos je posebno obilježje svakog razgovora, upravo ga odnos čini razgovorom, a ne pukom razmjenom informacija. Pogrešno je mišljenje da se može apersonalno, potpuno objektivno komunicirati. [1]

Prema načinima komuniciranja postoje verbalna i neverbalna komunikacija. Dok verbalna komunikacija predstavlja izmjenjivanje informacija jezikom, u govoru i pismu, neverbalna komunikacija je način na koji ljudi komuniciraju bez riječi, koristeći elemente poput izraza lica, pogleda, pokreta i položaja tijela. Neverbalna komunikacija može biti namjerna ili nenamjerna te otkriva i ono što osoba ne želi reći, odnosno pod manjom je svjesnom kontrolom u odnosu na verbalnu. Paraverbalna komunikacija predstavlja neverbalne znakove koji prate verbalnu poruku, a uključuje: emocionalni ton, visinu i ton glasa, jasnoću i brzinu govora, glasnoću te stanke i zastoje u govoru. U svakodnevnom životu se komunikacija najčešće poistovjećuje s razgovorom, no ona je puno više od toga te danas postaje ključni alat u profesionalnom radu i jedan je od osnovnih elemenata uspjeha. Na kvalitetu komunikacije mogu utjecati: dob, spol, iskustvo, emocionalni odnosi, očekivanja i individualne potrebe.

Prema Paulu Watzlavicku, psihologu, filozofu i teoretičaru komunikacije, nemoguće je ne komunicirati kada se dvoje ljudi može vidjeti. Odbijanje komunikacije također je komunikacija. Čak i šutnja odašilje poruku. [2]

Smjer protoka informacija u organizacijskim sustavima može biti: prema dolje ili prema gore te horizontalni i dijagonalni. Protok informacija prema dolje počinje od rukovoditelja i kreće se prema zaposlenicima na nižim razinama, dok protok prema gore počinje od djelatnika na nižoj hijerarhiji i kreće prema višim razinama organizacije. Horizontalni protok se odvija između zaposlenika na istim organizacijskim razinama, dok dijagonalni protok

predstavlja proces koji teče između zaposlenika, koji su hijerarhijski neovisni, odnosno nalaze se na različitim organizacijskim razinama.

1.2. Kategorije komunikacije

Kategorije komunikacije obzirom na broj ljudi koji su uključeni dijelimo na:

1. Intrapersonalnu komunikaciju
2. Interpersonalnu komunikaciju
3. Multipersonalnu ili grupnu komunikaciju
4. Masovnu komunikaciju
5. Međukulturalnu komunikaciju

Intrapersonalna komunikacija je komunikacija sa samim sobom, odnosno u ovu kategoriju spada pisanje dnevnika, spontani monolog, iznošenje vlastitih misli i meditacija. Na ovaj način učimo o sebi, nagovaramo se na nešto, razmišljamo o odlukama koje trebamo donijeti, uvježbavamo poruke koje želimo prenijeti drugima ili evaluiramo naše postupke. Dolazeći u interakciju s jednom ili više osoba započinje interpersonalna komunikacija, bilo licem u lice ili putem telefona, mobitela, emaila, otkrivamo sebe drugima, učimo o njima te putem povratnih informacija učimo i o sebi i vanjskom svijetu. Na ovaj način uspostavljamo, održavamo i prekidamo naše veze. Multipersonalna komunikacija je način sporazumijevanja u maloj, srednjoj ili većoj grupi ili između dviju grupa u kojima rješavamo probleme, razvijamo nove ideje te dijelimo svoje znanje i iskustvo. Masovna komunikacija je usmjerena na golemi broj sudionika, bez razlika na profesionalni, dobni, spolni ili drugi status i ostvaruje se nekim od sredstava masovne komunikacije, poput televizije, radija ili interneta. Kada smo u kontaktu s ljudima iz drugih kultura, čiji su običaji, uloge i pravila različiti od naših tada sudjelujemo u međukulturalnoj komunikaciji, što se danas događa sve češće, obzirom na migracije stanovništva, brzi razvoj tehnologije i mogućnost putovanja.

1.3. Zašto komuniciramo?

Ciljevi komunikacije su različiti i brojni. Jedan od najčešćih ciljeva komunikacije je uvjeravanje, kojim svakodnevno želimo promijeniti ponašanje i stavove drugih kako bismo sugovorniku prenijeli imidž koji želimo da ima o nama, uvjerali ga da smo u pravu ili ga naveli da nešto za nas napravi. Svrha komuniciranja je i otkrivanje informacija o sebi, učenje

o sebi i drugima te saznavanje novih informacija o stvarima, ljudima i događajima. U profesijama poput učitelja, liječnika, medicinskih sestara, savjetovatelja komunikacija ima svrhu pomaganja i koristi se za rješavanje problema, davanje konstruktivne kritike, izražavanje empatije. U interakciji smo također s ciljem uspostavljanja, održavanja i prekidanja odnosa. Neizostavni cilj komuniciranja je i zabava, koja uključuje druženja, društvena događanja, prepričavanje zanimljivih priča i događaja koja omogućavaju opuštanje i bijeg od svakodnevnih pritisaka i briga.

1.4. Konflikti u komunikaciji

Konflikt je proces socijalne interakcije i socijalne situacije u kojoj se interesi i aktivnosti sudionika (pojedinaca ili grupe) međusobno stvarno ili prividno suprotstavljaju, blokiraju i onemogućavaju ostvarenje njihovih ciljeva. [1]

Konflikt se definira kao proces koji nastaje, razvija se i prevladava u međuodnosu neslaganja između najmanje dva subjekta koji pokazuju interes za iste vrijednosti. U svakodnevnom provođenju radnih zadataka utvrđuje se postojanje nepodudarnosti u poslovnim ciljevima, postoje razlike u interpretaciji činjenica i neslaganja vezana za praktična očekivanja. Sve navedeno uzrokuje nastanak konflikta. [3]

Odnosi se na situaciju u kojoj kod ljudi postoje suprotna vjerovanja, ponašanja, namjere ili emocije. Sukobi u komunikaciji se ne smanjuju napretkom informacijskih tehnologija, budući da komunikacija ne ovisi samo o tehnologiji, nego i o psihološkim motivima te situaciji u kojoj se odvija. Konflikti u komunikaciji pa i općenito najčešće nastaju zbog manjka informacija, loših ili pogrešnih informacija te nepostojanja informacija. Emocije su također jedan od razloga nastanka konflikta te u kriznim situacijama imaju često veću ulogu od racionalnoga i osobe pod njihovim utjecajem kažu ili učine stvari, koje ne bi učinile u normalnim okolnostima.

Konflikt sam po sebi nije ni „dobar“ ni loš“, a cilj nam ne treba biti traženje odnosa bez problema, nego naučiti kako sukobe rješavati na odgovarajući način (Gordon, 1981.). Sukob ili konflikt je nuspojava komunikacije. Prve asocijacije uz riječ konflikt su da je on nepoželjan i negativan. No, danas se smatra da je sukob normalan, neizbježan i potreban te da predstavlja priliku za promjenu i bolji odnos te dublje upoznavanje sebe i drugih.

Konflikt može biti konstruktivan (kada obje strane mogu nešto korisno postići) i destruktivan (kad jedna strana pobjeđuje, a druga je pobijedena). Konstruktivna obrada sukoba obuhvaća uvažavanje određenih postavki. One glase: mijenjam uobičajeni pristup

rješavanju problema, odustajem od nasilja ili prijetnji, ne branim svoje shvaćanje kao jedino ispravno i uključujem treću stranu. Poštivajući navedene postavke u razrješavanju konstruktivnog sukoba se od početka teži da obje strane barem dijelom mogu ostvariti svoje ciljeve koristeći obrazac razumijevanja, uvažavanja i objašnjavanja, bez nasilja ili prijetnji. Kod eskalacije sukoba može biti oslabljena sposobnost percepcije tako da je važno ne smatrati svoje stavove i mišljenja nepogrešivima, nego ih preispitati. Uključivanje treće osobe – medijatora, predstavlja osobu od povjerenja, koja treba doprinjeti zajedničkom rješavanju sukoba.

Obzirom na hijerarhijsku strukturu postoje vertikalni i horizontalni konflikti. Vertikalni konflikti se događaju kada nadređeni govori svojim zaposlenicima kako da rade, umjesto da ih pušta da što samostalnije odraduju dobivene zadatke. Horizontalni konflikti obuhvaćaju sukob između ljudi na istoj hijerarhijskoj razini unutar određenog odjela organizacije. Ljudi se na različite načine nose sa sukobom, dok neki izbjegavaju sukob pod svaku cijenu i imaju metodu „guranja stvari pod tepih“, drugi ih smireno i racionalno razješavaju, dok treći jedva čekaju priliku za nadmetanjem i dokazivanjem tko je u pravu. Uvriježeni su uzroci nastanka sukoba u procesu rada:

1. neistovjetne ličnosti;
2. različiti sustavi vrijednosti;
3. nejasna radna zaduženja;
4. ograničeni resursi;
5. nepoznavanje metoda komunikacije;
6. međuovisna radna zaduženja;
7. nerealna/nejasna pravila i norme;
8. neriješeni/potisnuti prijašnji sukobi.[4]

1.5. Komunikacija u zdravstvu

Komunikacija u zdravstvu predstavlja značajan čimbenik kvalitetnog profesionalnog rada zdravstvenih radnika. Nameće se kao osnovno sredstvo za uspostavu suradnje između pacijenta i zdravstvenog osoblja te između zdravstvenih djelatnika međusobno. Predstavlja proces širenja informacija uz uporabu osnovnih i specifičnih čimbenika u zdravstvenom sustavu.

Specifični čimbenici komunikacije medicinskih sestara u zdravstvenom sustavu su ovisni o: kvaliteti zdravstvene njege, kvaliteti odnosa između medicinske sestre i pacijenta, uspješnosti međusobne suradnje medicinskih sestara u procesu provođenja zdravstvene njege, uspješnosti interdisciplinarnog timskog rada medicinskih sestara, mogućnosti kvalitetnog javnog promicanja statusa i značaja medicinskih sestara u društvu. [4]

Zahvaljujući napretku informacijske tehnologije u današnjem radnom okruženju je omogućen prihvrat velikog broja informacija u kratkom vremenu. Zdravstveni djelatnici bi trebali usvojiti te informacije, odnosno vrednovati ih prema određenim kriterijima, s ciljem teoretske ili praktične primjene.

Prema Virginiji Henderson komunikacija spada u osnovne ljudske potrebe, pri čijem zadovoljavanju medicinska sestra pomaže pacijentu. Gdje god njegovala pacijenta, sestra mu mora pomoći da razvije i očuva zadovoljavajući način izražavanje vlastitih interesa, potreba i želja. [5]

Bitan preduvjet kvalitetne komunikacije u zdravstvu je postojanje dvosmjerne komunikacije, u kojoj zdravstveni djelatnici primaju informacije, šalju ih i dobivaju povratne informacije od pacijenata. Kvalitetna komunikacija s pacijentom omogućava zdravstvenom djelatniku dobivanje informacija bitnih za liječenje i provođenje zdravstvene njege, odnosno ona je informacijskog karaktera. Nakon što se dobivene informacije vrednuju prema određenim kriterijima s ciljem uspostavljanja medicinske i sestrinske dijagnoze poduzimaju se intervencije. Pomagačka zanimanja poput sestrinstva usmjerena su na cjelovito rješavanje problema pojedinca ili grupe te bi takva komunikacija s pacijentom trebala imati i terapijsku svrhu. Ostvariti terapijski učinak u svakodnevnom ophođenju i zbrinjavanju pacijenta znači što bolje razumjeti pacijenta, iskazati empatiju prema njemu te stvoriti odnos povjerenja, suradnje i međusobnog poštovanja. Medicinska sestra svojom verbalnom i neverbalnom komunikacijom treba poticati, ohrabrivati i pomagati pacijentu u zadovoljavanju svakodnevnih životnih aktivnosti.

U procesu komunikacije općenito, a posebice u okviru komunikacije na razini zdravstveni djelatnik- pacijent su od značaja dva bitna pojma, transfer (prijenos) i kontratransfer (protuprijenos). Obilježje transfera je prijenos emocija, doživljaja i ponašanja, koje je pacijent u djetinjstvu razvio prema njemu bliskim osobama, na zdravstvene djelatnike u komunikacijskom ili terapijskom procesu. Tada postoji od strane zdravstvenog djelatnika mogućnost analiziranja transfernih osjećaja, istraživanja njihove pozadine i pokušaja utvrđivanja iz kojeg razdoblja pacijentovog života potječu. Dok su karakteristike pozitivnog transfera povjerenje, prihvaćanje i simpatija, obilježja negativnog transfera su nepovjerenje,

antipatija i neprihvatanje. Kontratransfer predstavlja prenošenje gore navedenih psiholoških elemenata zdravstvenih djelatnika na pacijente. Zdravstveni djelatnik ili terapeut treba biti svjestan svoje verbalne i neverbalne komunikacije te treba prepoznati neprimjerenu ili neželjenu reakciju spram pacijenta. Svaki odnos je obilježen transfernim i kontratransfornim obilježjima te ima određenu emocionalnu dinamiku koju je dakako potrebno držati pod kontrolom.

Pod pojmom komunikacijske kompetencije medicinskih sestara podrazumijeva se efektivna komunikacija, u kojoj se ideje i informacije pišu i govore precizno i jasno, razjašnjavaju se važne odluke, potiče se otvorena i direktna diskusija, prenose se ideje kroz slike i primjere iz prakse. [6]

Ne postoji općeprihvaćeno kompetentno komunikacijsko ponašanje. Vrsta situacije određuje vrstu ponašanja, kao i odnosi među komunikatorima. Komunikacijska kompetencija sadržava tri vrste ponašanja, i to su:

1. spontano;
2. uvježbano;
3. planirano.

Spontano ponašanje karakterizira odsutnost svjesnog planiranja. Uvježbano ponašanje zahtijeva promišljanje, a učestalom vježbom dolazi do automatizacije u provođenju ove vrste ponašanja. Planirano ponašanje uvijek je promišljeno i to je komunikacijska vrsta na najvišoj razini. Kompetencija komunikatora znatno je uvjetovana karakteristikama sugovornika, i to zato što je komunikacija odnos među ljudima, a ne odnos prema ljudima.[3]

Za kompetenciju u komunikaciji nisu dovoljne samo komunikacijske vještine [kognitivne: pomažu osobi da otkrije način uspješnog ostvarivanja osobnih i relacijskih ciljeva; bihevioralne: pomažu da se ti ciljevi ostvare, tj. to je ponašanje za vrijeme interakcije], nego i relacijski i situacijski čimbenici. Komunikacijska kompetencija stvar je kopromisa. Ona traži pronalaženje konstruktivnih rješenja za istodobno primjerenost i uspješnost. [4]

Komunikacija kao baza međuljudskih odnosa i jedna od četrnaest osnovnih ljudskih potreba važan je čimbenik u odnosu pacijent- zdravstveni djelatnik. U komunikacijskom procesu otkrivamo svoju osobnost prema pacijentima i razotkrivamo njihovu. Što je bolja komunikacija u zdravstvu to je veći stupanj povjerenja pacijenata u zdravstvene djelatnike s jedne strane, dok se s druge strane podiže kvaliteta u odnosu sa suradnicima u zdravstvenom timu. Stvaraju se preduvjeti za provođenje sigurne i učinkovite zdravstvene njege, lakše se

rješavaju nesuglasice i sukobi. Medicinske sestre koje su komunikacijski kompetentnije mogu točnije i sveobuhvatnije odrediti sestrinsku dijagnozu, bolje procjenjuju emocionalna stanja pacijenta te imaju zadovoljnije pacijente koji prihvaćaju i slijede dobivene upute. Komunikacija kao neophodan alat medicinske sestre nameće komunikacijske vještine kao imperativ koji treba učiti, njegovati i razvijati kako bi krajnji ishod zdravstvene njege bio što povoljniji.

Rezultati novih studija verificiraju da pacijenti najčešće napuštaju zdravstvene ustanove ne znajući mnogo o tijeku liječenja, a odgovore nisu mogli dobiti od članova zdravstvenog tima.[7]

2. Agresija

2.1. Pojam i teorije agresije

Agresija je ponašanje kojem je namjera da se nekome nanese šteta, odnosno da se netko fizički ili psihički ozlijedi. Može biti usmjerena i prema određenom objektu s ciljem oštećenja ili uništenja. Psihoanalitička objašnjenja o agresiji imaju dva smjera: jedni agresiju tumače kao urođeni potencijal (Lorenz), a drugi je smatraju posljedicom frustracije (Dollard). No, i jedni i drugi se slažu u tome da agresija ima funkciju rasterećivanja, uklanjanja napetosti. [8]

Uz agresiju često je u upotrebi i pojam agresivnost. Dok agresija predstavlja manifestaciju trenutka, agresivnost označava crtu ličnosti, odnosno skup oblika ponašanja i tendencije koje su relativno trajne. Agresiju skoro uvijek prati negativan emocionalni naboj, ljutnja, srdžba i bijes tako da većinom ima predznak napadačke agresivnosti, no ne smijemo zaboraviti da može biti i oblik obrane. Tako konstruktivna agresija predstavlja nagon za samoodržanjem i odgovor je na realnu opasnost ili vitalnu ugroženost te se nakon rješavanja takvih prijetećih situacije osoba više ne ponaša nasilno. Destruktivna agresija je svaki oblik agresije koji rezultira neprijateljskim ponašanjem, bilo da je prikriveno ili manifestno, koje ima za cilj nanijet štetu i bol, ugroziti integritet, omalovažiti i poniziti. Uvijek je znak slabosti.

Postoje mnogobrojne teorije koje pokušavaju razotkriti uzroke agresije. Danas se smatra da je agresija rezultat interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika.

Teorije koje tumače agresiju kao urođeno ponašanje smatraju da je agresija urođen i neizbježan nagon koji je pod utjecajem neuralnih, genetskih i biokemijskih karakteristika samog čovjeka. Manjkavosti ove teorije su da ne objašnjava interpersonalne i međukulturalne razlike u agresivnosti.

Zagovaratelji frustracijske teorije smatraju da frustracija kao nemogućnost postizanja cilja dovodi do srdžbe, koja predstavlja emocionalnu spremnost za agresiju. No, s druge strane ne mora svaka ljutnja prijeći u agresiju, nego ovisno o situaciji. Određene okolnosti mogu kod frustriranih osoba povećati vjerojatnost agresije. Tako, primjerice neugodni događaji i podražaji poput boli, povišene tjelesne temperature, zbijenosti, provokacije i napada uz prisutnu frustraciju, mogu povećati agresiju. Interpretacija određenog uzbuđenja frustriranih osoba te prisutnost agresivnih znakova i predmeta, poput oružja također povećavaju agresiju.

Teorije socijalnog učenja smatraju da je agresija naučeno ponašanje te da može nastati bez emocionalnih promjena, odnosno nastaje oponašanjem određenih negativnih situacija te socijalnih normi i modela iz okoline.

Kognitivne teorije su danas jedne od najprihvaćenijih teorija te ističu da način na koji pojedinac percipira i interpretira okolinske događaje determinira hoće li on reagirati agresivno. Biološke teorije agresivnosti razmatraju individualne karakteristike u nastanku agresije. Fiziološke teorije nastoje dokazati fiziološku podlogu agresije. Smatraju da genetika, podraživanje određenih dijelova mozga, poput hipotalamičkih područja i područja srednjeg mozga, posebice amigdala te utjecaj određenih hormona i neurotransmitera, poput testosterona, serotonina, noradrenalina, dopamina i GABA-e mogu povećati razinu agresije.

Navedene teorije agresije dio su tumačenja različitih pristupa agresiji te ukazuju na složenost problematike i postojanje brojnih čimbenika važnih za ispoljavanje agresije na koje valja obratiti pažnju.

2.2. Čimbenici koji utječu na pojavu agresije

Postoje četiri vrste čimbenika, koji zavisno o teoriji naglašavaju važnost u pojavnosti agresije. Emocionalno – motivacijski čimbenici su porast pobuđenosti i osjećaja srdžbe koji se javljaju u provocirajućim situacijama te mogu postati motiv za neprijateljsko ponašanje. Također se smatra da je motivacija za agresijom praćena i inhibicijom agresije, a koja će od njih prevladati ovisi o unutarnjim i vanjskim čimbenicima koji djeluju u toj situaciji. Kognitivni čimbenici obuhvaćaju interpretaciju provocirajuće situacije i nastalog emocionalnog uzbuđenja, pronalaženje mogućih odgovora na situaciju te procjenu posljedica agresivnog ponašanja. U socijalne čimbenike ubrajamo društveno ponašanje drugih osoba, posebice vlastitu procjenu provokatora prema kojoj onda djelujemo agresivno ili neagresivno. Situacijski čimbenici su dio određene provocirajuće situacije koje pobuđujući negativne emocije predstavljaju agresivnu motivaciju. Promatranje nasilja, oružje, filmovi agresivnog sadržaja također predstavljaju situacijske čimbenike koji povećavaju vjerojatnost neprijateljskog ponašanja. [9]

2.3. Vrste agresivnosti

Postoje više kriterija prema kojima dijelimo agresivnost. Gruba podjela agresije obuhvaća kognitivnu i emocionalnu. Kognitivna je vezana za kriminalno ponašanje, dok je emocionalna vezana za psihičke poremećaje. Podjela prema uzrocima obuhvaća impulzivnu

(ekspresivnu, provociranu) i instrumentalnu (intencionalnu, smišljenu) agresiju. Impulzivna agresivnost nastaje pod utjecajem emocionalnog uzbuđenja, koje je glavni okidač za nanošenje štete ili povrede neke osobe. Instrumentalna agresivnost je oblik agresivnog ponašanje kojemu je prvotno postići određeni cilj, a nastaje kao rezultat emocionalnih i kognitivnih čimbenika. Tek je sporedna stvar instrumentalne agresivnosti povrijediti nekoga. Obzirom na način izražavanja agresivnosti postoji podjela na fizičku, verbalnu, latentnu i manifestnu. Fizička agresija uključuje udaranje, čupanje, šamaranje i druge oblike fizičkog maltretiranja. U verbalnu agresiju spada vrijeđanje, omalovažavanje, iznošenje laži, ogovaranje i ostali načini verbalnog zlostavljanja. Latentna agresivnost je definirana kao relativno stabilna i trajna karakteristika pojedinca, kod kojega se u provocirajućim situacijama javlja emocionalno uzbuđenje koje rezultira agresivnom motivacijom, odnosno spremnošću na neprijateljsko ponašanje spram izvora frustracije. Manifestna agresivnost je osobina pojedinca koji u provocirajućim situacijama reagira verbalno i fizički prema izvoru frustracije, a očituje se kao funkcija latentne agresije i mehanizama inhibicije agresije.

Obzirom na cilj usmjeravanja agresije razlikujemo direktnu (izravnu) i pomaknutu (neizravnu, indirektnu) agresiju. Izravna agresije je usmjerena na osobu ili objekt koji je percipiran kao provocirajući. Kod pomaknute agresije dolazi do premještanja neprijateljskog ponašanja na osobe ili objekte koji nisu direktni izvor agresije. Do ovog oblika agresivnosti dolazi kada je prvobitni objekt agresije nepristupačan, kada se bojimo eventualnih sankcija ili ako smo naučili da agresiju usmjeravamo prema određenim osobama.

2.4. Medicinske dijagnoze i rizični čimbenici agresije hospitaliziranog pacijenta

Mentalna bolest sama po sebi nije uzrok nasilja. Važni su prediktori nasilja: spol, prethodno nasilje, dob počinitelja, nasilje u obitelji. Ti čimbenici rizika se međusobno sumiraju (npr. mladi muškarac s psihopatskim poremećajem, aktivnom psihotičnom bolešću, koji zlorabi drogu i/ili alkohol predstavlja najveći rizik.) [10]

Kod agresivnog pacijenta je bitno da liječnik utvrdi dijagnozu, kako bi se razlikovalo da li je agresija posljedica mentalne ili organske bolesti. Kriteriji koji diferenciraju većinu organskih bolesti u uznemirenog pacijenta su: dezorijentacija, promjena vitalnih parametara, promjena svijesti i pacijenti stariji od 40 godina bez prijašnje psihijatrijske bolesti. Osim psihijatrijskih bolesti i poremećaja treba se uzeti u obzir i zlouporaba psihoaktivnih tvari i sustezanje od njih (akutno opito stanje, sindrom sustezanja, delirium tremens, intoksikacija amfetaminima,

lijekovima, kokainom, halucinogenima), infektološke bolesti (meningitis, encefalitis, sepsa), metaboličke bolesti (disbalans elektrolita, hipertenzivna encefalopatija, anemija, hipotermija, hipertermija, Wernickova encefalopatija), neurološke bolesti (intracerebralno krvarenje, epilepsija, postiktalno stanje, vaskulitis, demencija) i endokrinološke bolesti (tireotoksikoza, Cushingova bolest, hipoglikemija). Agresija se može ispoljiti i u bolesti drugih organskih sustava.

Antisocijalni, paranoidni, narcistički i granični poremećaji ličnosti, poremećaji prilagodbe, halucinacije, histerije, fobije, nesanica, napadaji panike i druga psihijatrijska stanja imaju podlogu za manifestaciju agresivnog ponašanja. Od psihijatrijskih bolesti najčešće agresivno reagiraju pacijenti sa shizofrenijom, sumanutim poremećajem, bipolarnim-afektivnim poremećajem i post traumatskim stresnim poremećajem.

Postoje određeni rizični čimbenici za agresivno ponašanje hospitaliziranog pojedinca. Oni se odnose na samog pacijenta, na uvjete okoline i potencijalnu žrtvu. Shizofrenija kao medicinska dijagnoza prednjači kao najčešća bolest agresivnih pacijenata i najučestalija bolest hospitalizacije psihijatrijskog pacijenta. Među najznačajnijim rizičnim čimbenikom agresije je zlouporaba psihoaktivnih tvari koja ujedno i povećava komorbiditet drugim psihijatrijskim bolestima. U ostale rizične čimbenike spadaju: prisilna hospitalizacija, duljina boravka u bolnici, slaba tolerancija na frustraciju, nisko samopoštovanje, rana viktimizacija. Najsnažniji prediktor ponovnog agresivnog ponašanja su pacijenti s poviješću nasilnog ponašanja.

Okolinski čimbenici hospitaliziranog pojedinca predstavljaju važan dio, koji ako se zanemari postaje okidač za agresiju. Prenapučenost odjela i soba, nedostatak privatnosti za pacijente, nedostatna i neadekvatna komunikacija s osobljem, fluktuacija osoblja, nepredvidljive promjene u programu odjela, manjak strukturiranih aktivnosti, neodgovarajuće fizičko okruženje predstavljaju značajne okolinske rizične čimbenike pojavnosti agresije. Dok s druge strane čimbenici poput adekvatno educiranog osoblja s dobro definiranim ulogama, jasni moralni standardi, učinkovita organizacija odjela s dostatnim terapijskim sadržajem te jasan i čvrst stav o zlouporabi droga djeluju na smanjene pojave agresije i predstavljaju preventivne čimbenike.

Najčešće žrtve agresije pacijenata na odjelima je srednje medicinsko osoblje. Češći su napadi na osobu istog spola i na iskusnijeg medicinskog djelatnika budući da je on uključen u rješavanje delikatnih situacija. Na navedene čimbenike ne možemo utjecati. Određene osobine medicinskog osoblja poput, smanjene prilagodljivosti, rigidnosti, autoritativnog i patronizirajućeg stava prema pacijentu te nisko poštovanje predstavljaju karakteristike koje

osoblje treba u svom profesionalnom razvoju minimalizirati kako bi time smanjili rizik agresije na sebe.

2.5. Agresivan pacijent i eskalacija agresivnosti

Agresivnog pacijenta najčešće susrećemo na psihijatrijskim odjelima i na hitnom medicinskom prijemu, no i na svim drugim odjelima zdravstvenih ustanova. Medicinske sestre i tehničari su često prvi u uspostavi komunikacije s agresivnim pacijentom, koji nerijetko negira i/ili umanjuje ispade bijesa i nasilničkog ponašanja spram sebe i okoline. Nekritičan je, nema uvida u vlastito zdravstveno stanje te često ne razumije razloge hospitalizacije. Agresivnom pacijentu često prethodi stanje agitacije, koje ometa procjenu stanja pacijenta, postavljanje dijagnoze i otkrivanje eventualne tjelesne bolesti.

Pacijenti visokog rizika za agresivno ponašanje u hitnoj službi su: delirantni pacijenti ili akutni intoksicirani, akutno paranoidni, s ili bez halucinacija, ekstremno napeti ili nemirni (hoda po sobi, glasni, povećane pobudljivosti). Osobe suicidalnog poriva i pokušaja te prisutnog rizika od suicida zaprimljeni na hitnoj službi zahtijevaju diferentnu dijagnostiku, dogovor s pacijentom i po mogućnosti s obitelji te ponekad i farmakoterapiju i hospitalizaciju. [11]

U svakodnevnom profesionalnom radu medicinske sestre i tehničari trebaju kroz psihijatrijsku anamnezu odrediti i mentalni status pacijenta koji se odnosi na procjenu poremećaja pojedinih psihičkih funkcija. Treba također procijeniti verbalnu i neverbalnu komunikaciju, raspoloženje te fizički i socijalni status, sve s ciljem pravovremenog reagiranja spram agresivnog pacijenta. Bitno je prepoznati da li se radi o dementnom pacijentu, koji je zaboravljiv, ne prepoznaje bliske osobe te se doima dezorijentirano i uplašeno u novom prostoru ili je pacijent pod utjecajem halucinacija, te će djelovati odsutno, ometane pažnje, inkoherentnog mišljenja, neprimjerenih radnji i pokreta, može šetati, biti nemiran ili pak mirno sjediti.

U procjeni agitiranog i agresivnog pacijenta treba utvrditi da li pacijent:

1. namjerava ozlijediti sebe i drugoga
2. posjeduje li oružje
3. može formulirati određen plan
4. nedavno bio agresivan
5. zlorabi li alkohol ili druge psihoaktivne tvari
6. ima psihičke ili tjelesne bolesti [12]

Osnovni pristup agitiranom ili agresivnom pacijentu pokušaj je smirivanja uporabom odgovarajućih psiholoških i bihevioralnih tehnika, odnosno tehnika deeskalacije. Prije svega je potrebno osigurati sigurnost za pacijenta, osoblje i okolinu. Neuspjeh tog pristupa nalaže primjenu farmakoterapijskih smjernica te primjenu direktne fizičke i mehaničke sile te mjere izolacije.

Nasilno ponašanje psihijatrijskog pacijenta prema samom sebi, ostalim pacijentima ili osoblju rjeđe će biti potpuno iznenadna i neočekivana reakcija. U većini slučajeva će se prije otvorenog manifestiranja fizičkog i /ili psihičkog nasilja registrirati nemogućnost kontrole pod sve jačim pritiskom agresivnih pulzija, koje se očituju znakovima povećane vegetativne podražljivosti, poput promjenama govora, držanja i motorike te u sadržajima neverbalnih i verbalnih poruka upućenih okolini. Općenito, agresija najčešće nastaje kroz slijedeće dvije varijante. Prvi oblik agresije je potpuno neočekivano agresivno ponašanje, koje je najvećim dijelom uvjetovano unutarnjim psihopatološkim doživljajima, znanim samo pacijentu te se takve situacije smatraju visoko rizičnima, budući da u slučaju izostanka brze i učinkovite intervencije mogu dovesti do najtežih posljedica. Druga varijanta nastanka agresije je u psihijatrijskoj praksi češća te je dinamika njenog razvoja uvijek vezana uz neko kraće ili dulje vremensko razdoblje pa su i mogućnosti njezinoga zaustavljanja u ranijoj fazi mnogo veće.

Eskaalacija agresije predstavlja proces u kojem se povećava spremnost na nasilno reagiranje. Uvjetovana je biološkim, psihološkim, socijalnim i kontekstualnim čimbenicima te se u pravilu odvija u fazama, osim u posebnim slučajevima (akutna psihotično-paranoidna reakcija, organski uvjetovani agresivni napadaji). Organizacija rada na odjelu i cjelokupna klima jedni su od najbitnijih okolinskih rizičnih čimbenika pojave agresije. Također treba preispitati i pogrešno ponašanje članova zdravstvenog tima zbog nedovoljne educiranosti, manjkavog profesionalnog iskustva ili određenih nepovoljnih crta ličnosti zdravstvenog djelatnika i njegovih psihičkih opterećenja.

Za preciznije praćenje i dijagnosticiranje tog procesa možemo koristiti i znatno razrađene sheme, kao što je tablica za stupnjevanje eskalacije, koju su koncipirali Rupp i Rauwald (2007.) s deset stupnjeva. Na njezinom su početku simptomi smanjenja diferenciranosti verbalnog i neverbalnog izražavanja (glasniji govor, imperativni ili superlativni način izražavanja, nepopustljivost, pružanje pasivnog otpora, odbijanje suradnje); zatim slijedi kršenje komunikacijskih pravila (prekidanje sugovornika, odbijanje slušanja sugovornika, njegovo obezvrjeđivanje, psovanje) i kršenje drugih dogovora (nametanje vlastitih „činjenica“, poricanje prethodno preuzetih obveza i pravila, kršenje lojalnosti), koje se u finalnim fazama sve više pretvara u otvoreno nasilno ponašanje (prijetnje i oštećivanje

stvari, zastrašivanje, prijeteće geste, guranje, hrvanje, udaranje šakama i nogama) koje u pojedinim slučajevima poprima i ekstremne razmjere (udaranje predmetima, uporaba oružja, pokušaj ubojstva ili ubojstvo). Kao kritična točka u kojoj agresivna komunikacija bez fizičkog kontakta može u najkraćem vremenu prijeći u fizičko nasilje, kod većeg se broja autora označava pacijentov prekid verbalne komunikacije s okolinom. Dvije trećine faza visoke uzbuđenosti ne traje dulje od pet minuta, dok ih oko 5% traje dulje od pola sata (Ketelsen i Zechert, 2004.). [12]

U radu s potencijalno agresivnim pacijentom važna je procjena vlastitog osjećaja straha medicinske sestre i tehničara. U takvoj ugožavajućoj situaciji poželjnija je intuitivna i nesvjesna procjena, koja ne mora uvijek biti pouzdana, ali je mnogo brža i efikasnija od racionalne procjene. Intuitivno odlučivanje, osim realne vanjske ugroženosti, uvjetuju i prijašnja iskustva te struktura i dinamika same ličnosti zdravstvenog djelatnika. Emocionalna stabilnost samih djelatnika direktno utječe na stvarnu procjenu opasnosti i točnije određivanje pravog momenta za primjenu neprisiljavajuće metode (deeskalacija) ili prisiljavajućih metoda (brza farmakoterapija, fizičko obuzdavanje, sekluzija) terapije. Kod agresivnog pacijenta treba djelovati što je moguće prije s ciljem smanjenja eskalacije i pronalaska najoptimalnije intervencije koja će uspjeti zadržati pacijenta pod kontrolom i pružiti svima maksimalnu sigurnost. Svako nasilno i neprijateljsko ponašanje pacijenta je potrebno procjenjivati i neutralizirati individualno, budući da je ono najčešće obrambena reakcija uvjetovana određenom patologijom, osjećajem straha, panike, ugroženosti, nemoći. Ako pacijent ima oružje ili bilo kakav predmet kojim može nanijeti ozljede sebi ili drugima zovu se zaštitari i policija, a dotle ga se psihološkim metodama razgovora pokušava uvjeriti da je bolnica sigurno mjesto te da nema potrebe za oružjem.

3. Neutralizacija agresivnog ponašanja pacijenta

3.1. Temeljna načela deeskalacijske komunikacije s agresivnim pacijentom

Deeskalacija spada u smirujuće terapijske tehnike kojima se nastoji umiriti agitiran i agresivan pacijent. Predstavlja neprisiljavajuću metodu, koja uključuje psihosocijalne tehnike smirivanja pacijenta. Započinjanje takve komunikacije obuhvaća predstavljanje sebe pacijentu, kratkim i jasnim rečenicama objasniti samu situaciju i namjere te učiniti cjelokupan proces fleksibilnim. Empatičnim pristupom treba pokušati stvoriti savez s pacijentom. Bazična pretpostavka deeskalacijske komunikacije je: niti prijetim nasiljem, niti ga koristim. Osnovni cilj verbalne i neverbalne komunikacije je smanjenje pacijentovog osjećaja straha i ugroženosti. Takav pristup uključuje izbjegavanje bilo kakvih verbalnih ili neverbalnih poruka članova zdravstvenog tima, koje bi mogle biti krivo shvaćene od strane pacijenta i koje bi mogle pojačati njegove negativne osjećaje i samu uzbuđenost.

Određeni čimbenici okoline također imaju utjecaj kod primjenjivanja deeskalacijskih metoda agresivnog pacijenta. Primjerice, druge osobe mogu predstavljati okidač za pacijentovo nasilničko ponašanje te ih je potrebno maknuti. Okolina treba biti smirujuća, pacijent je potrebno više osobnog prostora te treba izbjegavati prilaziti mu s leđa ili mu okretati leđa. Poželjno je ne se približavati pacijentu, nego zadržati razmak te mu eventualni fizikalni pregled i tjelesni kontakt najaviti. Radi vlastite zaštite komunikacija treba biti na razini pacijenta, ako on stoji i mi trebamo stajati.

Osoba kojoj je povjerena uloga neutralizacije pacijentove agresije bi trebala u svom cjelokupnom držanju, izgledu, gestama, govoru i kretnjama paziti da ne iskaže nikakve elemente prijetnje, nadmoći i poricanja pacijentovih stajališta i ultimativnih naredbi. Nužno je izbjegavati bilo kakvu konfrontaciju te osvijestiti kontransferne emocije. Deeskalacijske metode uključuju spremnost zdravstvenog djelatnika da se krizna situacija riješi nenasilnim metodama, odnosno da se pacijent sasluša, da mu se dopusti iskazivanje emocija i misli, da se uvažavaju njegovi argumenti te da se smanji pacijentov osjećaj ugroženosti. Bitno je ne davati lažnu nadu i obećanja, nego pronaći rješenja koja su realna i najpovoljnija za pacijenta. Ako je moguće može se i razgovarati o motivima i razlozima nasilnog ponašanja te sklopiti savez s pacijentom. Davajući mu do znanja jasne granice tolerancije nasilnog ponašanja pacijentu treba pojasniti njegovu odgovornost za takvo ponašanje.

Voditelj tima je koji je određen za razjašnjavanje kriznih situacija treba osigurati i eventualne dodatne ljudske resurse, koji mogu biti brzo mobilizirani u slučaju eskalacije

nasilja. On je i osoba koja donosi odluke temeljene na žurnim procjenama. Glavni pregovarač s agresivnim pacijentom ne mora biti voditelj tima, već osoba većeg povjerenja za pacijenta. Svaki član tima ima zadatke dobivene od voditelja te u najboljem slučaju krizna situacija završava potpunom deeskalacijom. Tada pacijent ponovno dobrovoljno akceptira daljnji tretman ili se dogovor korigira prema elementima temeljenim na iskustvu proizašlom iz netom razriješene ugrožavajuće situacije. Ako se krizna situacija intenzivira daljnjom eskalacijom, tada preostaju prisiljavajuće metode fizičkog sputavanja, brza farmakoterapija i izolacija (sekluzija). Kod dijagnosticiranja najvećeg stupnja opasnosti, primjerice kada pacijent ima vatreno oružje, definitivno je potrebna policijska intervencija te se provode najnužnije mjere koje direktno štite živote i fizičku sigurnost svih uključenih u razrješenje krizne situacije. Nakon neutralizacije agresivnom se pacijentu radi prevencije eskalacije propisuje farmakološka terapija te se provodi fizičko sputavanje ili ga se privremeno smješta u sobu za izolaciju.

Psihijatrijske medicinske sestre i tehničari često u kriznim situacijama svjesno ne osjećaju strah, budući da je on obrambeno prekriven i uvjetovan ulogom „spasitelja“ te se takvim poricanjem realne situacije dovode izravno u opasnost subjektivne procjene i donošenje neodgovarajućih odluka. Korištenje deeskalacijskih tehnika kod medicinskih sestara i tehničara primjer je složenih intervencija, koje nisu moguće bez adekvatne educiranosti osoblja i timskog rada. Njihovom primjenom se sprječava porast nasilničkih incidenata u zdravstvenim ustanovama što ujedno smanjuje rizik takvih incidenata spram pacijenata, osoblja i ustanove.

U izravnoj komunikaciji s uznemirenim i potencijalno opasnim pacijentom svakako je preporučljivo koristiti slijedeće „tehnike“ za smirivanje situacije (Rupp i Rauwald, 2007.):

1. radije govorite pretiho nego preglasno;
2. posebno izbjegavajte vikanje i psovanje;
3. koristite jednostavne i kratke rečenice;
4. izbjegavajte generalizacije i obezvrjeđivanja;
5. prijatnije uvijek uzimajte za ozbiljno;
6. sugovornika uvijek „držite za riječ“;
7. izbjegavajte verbalno „guranje“ sugovornika u kut;
8. ne izražavajte lažno slaganje, ali nemojte se ni suprotstavljati;
9. ostanite u kontaktu;
10. kod „nasukavanja“ privremeno se odmaknite od „teme“;

11. priuštite si kratku stanku za predah;
12. poduzimajte uvijek jedan korak za drugim; [12]

Navedeni naputci su temeljne smjernice deeskalacijske komunikacije te njihova primjena osigurava veći stupanj uspjeha. Važno je pacijentove poruke prihvaćati na razini njihovoga jednoznačnog, što jednostavnijeg poimanja te im se ne treba dodavati neka druga dodatna značenja.

Demonstracija snage predstavlja posljednji stupanj deeskalacijske tehnike, koji ako ne uspije otvara vrata prisilnim metodama neutralizacije agresije. Kod demonstracije snage psihološki se djeluje na pacijenta. Sama pojava više članova tima pacijentu sugerira fizičku nadmoć koja može djelovati smirujuće i time smanjiti pacijentov poriv za nasiljem. Nakon toga se kroz empatičan odnos pacijenta zamoli za suradnju i pojasni mu se daljnja procedura.

3.2. Prisiljavajuće metode neutralizacije agresije

U slučaju nedostatne uspješnosti deeskalacijskih metoda prelazi se na prisiljavajuće metode neutralizacije agresije, koje uključuju farmakološke i/ili fizičke metode. Najčešća prisilna mjera kod psihijatrijskih pacijenata je primjena farmakološke terapije. Koristi se u svrhu kontrole ponašanja i/ili ograničavanje pacijentove slobode i kretanja te ne predstavlja regularni lijek za pacijentovu psihijatrijsku dijagnozu. Ona je u većini slučajeva određena za pacijente, koji su prisilno hospitalizirani i predstavlja terapiju koja direktno utječe na psihopatologiju, koja je osnovni razlog pacijentove agresije i hospitalizacije. Za brzo umirenje ili brzu trankvilizaciju (Rapid Tranquilization) se najčešće koriste benzodijazepini i antipsihotici, u kombinaciji ili pojedinačno.

Uvjetovana je hitnošću neodgodive intervencije ili pacijentovim imperativnim odbijanjem terapije. Kod njene primjene se preporuča nazočnost četiri do pet djelatnika, koji kroz standardiziran postupak kratkim i jasnim informacijama pacijentu učinkovito ovladaju situacijom. Primjena brze farmakološke terapije se u pravilu provodi u pacijentovoj sobi te bi trebalo udaljiti ostale pacijente kako tome ne bi nazočili. Ako zbog hitnosti krizne situacije nije moguće doći do sobe, tada se ona daje na mjestu gdje se pacijent trenutno nalazi.

U Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama („Narodne novine“, broj 76/2014) donesen je Pravilnik o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama u kojemu su definirane opće odredbe, svrha, vrste i način primjene mjera prisile,

evidencija dokumentacije o navedenim mjerama te obveza edukacije zdravstvenih djelatnika i prevencije primjene mjera prisile u zdravstvenim ustanovama.

Prema članku 8. Pravilnika o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama kliničke indikacije za primjenu mjera prisile su:

1. nepredvidivo ili agresivno ponašanje
2. ponašanje koje je opasno za pacijenta ili druge osobe
3. samodestruktivno ponašanje
4. ponašanje s ozbiljnom fizičkom ili verbalnom prijetnom koje se slabo kontrolira
5. intoksikacija alkoholom ili lijekovima se slabom kontrolom ponašanja
6. manično ponašanje sa slabom kontrolom
7. slaba ili nepostojeća kontrola ponašanja nakon primjene lijekova ili boravka u mirnijoj sobi
8. sprječavanje samoozljeđivanja pacijenata (npr. pad s kreveta, sprječavanje pacijenta da izvuče urinarni kateter),
9. na zahtjev pacijenta, ako je procjena takva da je ugrožena sigurnost pacijenta i drugih osoba na odjelu te pacijentova okolina [13]

Obzirom na odgovornost za primjenu prisilnih metoda fizičkog sputavanja i izolacija prema gore navedenom Pravilniku kaže:

1. Odluku o primjeni mjera prisile donosi psihijatar, sukladno Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, kao krajnju mjeru kada sve poduzeto u pripremnom postupku nije postiglo učinak
2. U slučaju iznimne žurnosti, odluku o primjeni mjera prisile mogu donijeti doktor medicine druge specijalnosti ili medicinska sestra/medicinski tehničar i o tome su obvezni odmah obavijestiti psihijatra
3. Medicinske sestre/medicinski tehničari mogu primijeniti mjere prisile samo u iznenadnim i hitnim situacijama kada procjene da postoje ozbiljna opasnost da pacijent ugrozi osobnu i sigurnost okoline, a pritom obvezno procjenjuju znakove nasilnog i samodestruktivnog ponašanja i posljedice koje bi mogle nastati ako ne bi primijenili mjeru prisile, vodeći se pritom svojim saznanjem i iskustvom o ponašanju svakog pacijenta pojedinačno [13]

U pravilniku se jasno navode smjernice i odgovornost onoga tko može donijeti odluku o primjeni mjera prisile. Kada je medicinska sestra ili tehničar osoba koja donosi odluku o mjeri prisile, ona je dužna u najkraćem roku, obavijestiti o tome liječnika, koji će na temelju pregleda provjeriti njezinu opravdanost i preuzeti daljnju odgovornost i nadzor nad njenom primjenom.

Fizičke metode neutralizacije agresije obuhvaćaju fizičko sputavanje (fiksaciju) i izolaciju (sekluziju). U situacijama kada manje restriktivne terapijske mjere ne donose željeni rezultat, pristupa se mjeri fizičkog obuzdavanja, koja označava zabranu kretanja ili slobode pacijenta. Najčešće se koriste zaštitne košulje („stezulje“), magnetni ili kožni remeni te platnene vezice.

Kod postupka primjene mjere sputavanje trebalo bi biti prisutno četiri do pet zdravstvenih djelatnika, koji bi trebali biti istog spola kao i pacijent. Bitno je da tim nastupa kao grupa, kako bi pacijent dobio dojam da je situacija pod kontrolom. Voditelj tima je dužan obavijestiti pacijenta da će biti fiksiran i zbog čega će to biti urađeno, a sam postupak traje 15 do 20 minuta. Postupak treba biti proveden brzo i učinkovito te se prema procjeni određuje broj točaka sputavanja (u 4 točke – obje ruke i noge, u 3 točke – obje ruke ili noge i jedna ruka ili noga, u 2 točke – ruka i noga na suprotnoj strani, u 1 točki – najčešće ruka, prsa). Dobro je udaljiti ostale pacijente. Na znak voditelja tima, svaki član tima hvata pacijenta za dogovoreni dio tijela, dok jedan vodi računa o glavi. Pacijent se povlačeći prema natrag polaže na pod pazeći da se ne ozlijedi, potom se s poda podiže na krevet u leđnom položaju te mu se brzo i sigurno fiksira fizičko pomagalo. Vezivanje pacijenta se najprije provodi na zdjeličnom pojasu, zatim na ručnim zglobovima, a onda na skočnim zglobovima te u svakom trenutku treba biti dostupan venski put. Kod vezivanja treba obratiti pozornost na čvrstoću zategnutosti pomagala zbog mogućih ozljeda i eventualnog prekida cirkulacije. Naknadno se pacijent i pretraži radi posjedovanja opasnih predmeta. Sve vrijednosti i dragocjenosti se skidaju s pacijenta i pohranjuju u odjelni sef. Kako se pacijent smiruje tada ovisno o procjeni može se smanjiti i broj točaka sputavanja.

Za konstantno praćenje fizički sputanog pacijenta je zadužena medicinska sestra/medicinski tehničar, koji su dužni bilježiti sva bitna zapažanja u medicinsku dokumentaciju te o važnijim promjenama izvješćuju liječnika. Prema gore navedenom Pravilniku maksimalno vrijeme na koje se može odrediti sputavanje je 4 sata, nakon kojeg liječnik vrši procjenu za prolongiranje ili obustavu prisilne mjere, dok ukupno vrijeme sputavanja ne smije biti dulje od 24 sata. Medicinska sestra/medicinski tehničar pomaže pacijentu u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba u skladu s ograničavajućim

okolnostima, skrbeći se za unos hrane i tekućine, eliminaciju, stanje kože i procjenu boli. Vitalni znakovi se mjere svakih 15 minuta prva 2 sata. Treba respektirati i obvezu naizmjeničnog razgibavanja zglobova, otprilike 15 minuta svaka 2 sata.

Nakon provođenja mjere potrebno je s pacijentom obaviti razgovor te probati rekonstruirati okolnosti koje su dovele do njezine primjene te treba razmotriti preventivne čimbenike potencijalnih sličnih situacija.

Mjera prisilnog izdvajanja (sekluzija) agresivnog pacijenta je privremena terapijska mjera, koja se primjenjuje kada manje restriktivne mjere prisile ne dovode do smanjenja ili preusmjeravanja pacijentova ponašanja. Provodi se u posebno opremljenim sobama s nemogućnošću samoozljeđivanja, koje služe samo za mjeru odvajanja pacijenta i imaju videonadzor. Na pacijenta smještenog u sobu za izolaciju, ne smije se istovremeno primjenjivati mjera fizičkog sputavanja. Postoje određene medicinske indikacije, u kojima se ne primjenjuje izdvajanje kao na primjer pacijenti sa srčanim i respiratornim smetnjama, te suicidalni, intoksicirani i pacijenti s konvulzijama.

Medicinska sestra/tehničar pregledava pacijenta i evidentira postojanje eventualnih povreda prije ulaska u sobu za izolaciju. Pacijent ima na sebi pidžamu i čarape, a soba se zaključava. Također je dužnost medicinske sestre/tehničara provođenje nadzora te kontrole stanja pacijenta svakih 15 minuta kroz prozor na vratima ili pomoću videonadzora te redovito izvještavanje liječnika o važnim zapažanjima. Ako je pacijent agresivan tada je nužan konstantni nadzor jedne medicinske sestre/tehničara, koji se brinu i o ostalim osnovnim pacijentovim potrebama, poput dovoljnog unosa tekućine i hrane, eliminaciji. Pacijent ima pravo na pauzu zbog razgibavanja pod nadzorom zdravstvenog osoblja i to u trajanju 15 minuta svakog 1 do 2 sata te ga prije i poslije pauze liječnik procjenjuje s ciljem opravdanosti daljnje mjere izolacije. Pacijentu se obroci serviraju u plastičnom suđu. Pri liječničkom dopuštenju da pacijent može konzumirati obrok s ostalim pacijentima, pri odvođenju pacijenta u sobu za izolaciju te pri puštanju pacijenta na pauzu potrebna je nazočnost dviju medicinskih sestara/tehničara. Koliko je moguće nastoji se održati terapijska komunikacija te se nakon prestanka mjere izolacije obave dodatni razgovori s pacijentom s ciljem utvrđivanja razloga zbog kojih je došlo do izdvajanja i kako se u budućnosti mogu modificirati i/ili spriječiti takve terapijske mjere.

4. Neuro-lingvističko programiranje

4.1. Što je Neuro-lingvističko programiranje

Pojam NLP-a (Neuro-lingvističkog programiranja) je složenica triju riječi. Pod riječju neuro se podrazumijeva osjetilni sustav koji pribavlja informacije iz vanjskog svijeta, koje se obrađuju preko psihičkih procesa te kao rezultat tog međudjelovanja nastaje ljudsko iskustvo, odnosno vlastita slika svijeta. Latinska riječ lingua znači jezik, odnosno verbalni i neverbalni oblik komunikacije i način na koji on utječe na naše raspoloženje, razmišljanje i ponašanje. Programiranje označava vlastiti odabir ideja i akcija uz uporabu određenih modela obrazaca, koji je svaka osoba individualno razvila, a koji nas dovode do željenih ili neželjenih rezultata. Programirajući sami sebe stvaramo programe kojima kasnije utječemo na naše emocije, reakcije i odluke.

Sposobnost da se savladaju vlastita stanja, koristeći vlastiti mozak. [14]

Neuro-lingvističko programiranje (NLP) kao metoda razvoja osobnosti i komunikacijski trening postoji u području pedagogije, socijalnoga i savjetodavnoga rada, supervizije, podučavanja, treninga za menadžment, u sportskoj i zdravstvenoj psihologiji, no od početka pojavljivanja metoda ima zapravo jasno odvojenu, teorijski i metodički razrađenu jezgru i područje primjene kao psihoterapija, koja dugoročno omogućuje razvoj osobnosti, kao i kratkoročne djelotvorne intervencije. [15]

Sama srž neuro-lingvističkog programiranja je modeliranje uspješnog ponašanja. Tehnika modeliranja proučava način na koji razmišljamo i komuniciramo sa samim sobom i drugim ljudima te pronalaženje učinkovite tehnike, pomoću koje možemo doći do željenih rezultata. Kao rezultat modeliranja nastale su mnogobrojne teorije, odnosno skup principa, pretpostavki i zaključaka o tome kako funkcionira svijet, dok su same tehnike NLP-a praktična izvedba navedenih teorija.

4.2. Povijest neuro-lingvističkog programiranja

Kao početak neuro-lingvističkog programiranja smatra se početak 70-tih godina 20. st. u Santa Cruzu, u Kaliforniji kada se mladi student psihologije Richard Bandler sprijatelji s profesorom lingvistike Johnom Grinderom. Njihova prvotna težnja je bila stvoriti određene modele djelotvorne komunikacije. Njihovi istraživački duh je spajao lingvističke i psihoterapijske interese kako bi pronikli u komunikacijske sposobnosti i oblike ponašanja

uspješnih terapeuta jer su smatrali da su oni ključni za samu terapiju. Njihovim zajedničkim radom nastala je zasebna terapijska škola na neurobiološkim, fenomenološko sistemskim i metateorijskim osnovama. Koji su to obrasci ponašanja i interakcije, strukture i modeli koji razlikuju uspješnog terapeuta od onog manje uspješnog ključno je pitanje koje je motiviralo Bandlera i Grindera.

Kako bi to implicitno postalo eksplicitnim i moglo se učiti u malim koracima, Bandler i Grinder izabrali su kao terapijske „uzore“ nekolicinu u to vrijeme u Sjedinjenim Državama najpopularnijih psihoterapeuta:

1. osnivačicu sistemski i razvojno orijentirane obiteljske terapije Virginiju Satir,
2. osnivača Gestalt psihoterapije Fritza Perlsa,
3. osnivača američke hipnoterapije Milтона Ericksona,
4. filozofa cjelovitog razmišljanja i univerzalnoga učenjaka, sustavnog teoretičara i terapeuta Gregoryja Batesona. [15]

Obiteljska terapeutkinja Virginija Satir im je ponudila suradnju u okviru svog Mental Research Instituta u Kaliforniji kako bi mogli razvijati inovativne ideje. Dvojica znanstvenika su mnoge osnovne postavke NLP-a posudili iz koncepata svojih uzora kako bi ih pragmatički analizirali i sintetizirali, preradili i dalje razvijali. Njihov cilj u okviru Instituta u Kaliforniji je bio utvrditi i razraditi ključne mehanizme uspješne terapije i njihovu daljnju metodologiju pretvoriti u sustav koji se može naučiti i podučavati.

Bandler i Grinder nazvali su subjektivni razvojni proces stvaranja modela, kao i unutar okvira njegovih istraživanja razvijene metode i oblike intervencija, a zasnivajući se na teorijskim razmatranjima Alfreda Korzybskija (1933.) „neurolingvističko programiranje“ (NLP). [15]

Tijekom vremena NLP je iznjedrilo veći broj terapijski učinkovitih intervencija nastalih na bazi integrativnoga razumijevanja te se zalaganjem sve većeg broja predstavnika razvio i samostalni psihoterapijski smjer. Bandler i Grinder su između 1975. i 1978. objavili pet knjiga, u kojima su predočili rezultate istraživanja. Njihovi sljedbenici i učenici poput Roberta Diltsa, Leslie Cameron-Bandler, Judith Delozier, Davida Gastera, Davida Gordona, Connirae i Steve Andreasa te Genea Earlya su dalje razvijali NLP. Idući u korak s najnovijim napretcima u neurologiji, psihofiziologiji, lingvistici, kibernetici, komunikacijskoj teoriji i informacijskoj znanosti razvijao se sve veći broj psihoterapijskih oblika intervencija i tehnika.

Knjiga *The Study of the Structure of Subjective Experience* (Struktura subjektivnih iskustva) objavljena je 1980.g. na osnovi psihoterapijski značajnih radova te su u njoj NLP materijali razrađeni i uobličeni u NLP strategije. Strategijski model opisuje pojedine elemente individualnih kognitivnih strategija za postizanje ciljeva ponašanja kao smisleni slijed osjetilno-specifičnih pojedinačnih reprezentacija s ciljem da manje uspješne strategije budu zamijenjene uspješnim, prilagođenim osobi. Od početka osamdesetih godina predstavnici NLP-a idu vlastitim putem:

1. Dilts- Teorija jedinstvenog polja NLP-a (Unified Field Theory);
2. James i Woodsmall – Koncept vremenske linije (Time Line- Koncept);
3. Steve i Connirae Andreas – Model vremenskih razina (Zeitebenenmodel);
4. Grinder i Delozier – Osobno uređivanje (Personal editing);
5. Bandler – Koncept submodaliteta (Submodalitäten-Konzept);
6. Cameron-Bandler, Gordon i Lebaus – Emprint- metoda (Emprint Method) i Imperativna psihoanaliza (Imperative Self Analysis). [16]

Razvoj NLP-psihoterapijskih koncepata u Europi osamdesetih godina su razvijali Thies Stahl, Wolfgang Eberling, Wolfgang Lenk, Annegret Hallanzy, Gundl Kutschera, Helga Mezgolic, Anne Wahlen-Buri, Renate Lipke-Fischer, Brigitte Gross, Siegrid Schneider-Sommer, Helmut Jelem, Peter Schultz i Rupprecht Weerth, koji su navedene koncepte prilagodili tradiciji europskog psihoterapijskog razmišljanja i ponašanja. [15] Neuro-lingvistička psihoterapija (NLPT) razvila se u okviru razvoja cjelokupnog NLP-modela i integrira:

1. jedinstveno sistemsko razmišljanje i djelovanje, uz jako uvažavanje ekologije Gregory Batesona,
2. „Unified field theory“ NLP-a prema Robert Diltsu,
3. osnovu utilizacije i kooperacije u hipnoterapiji Milтона Eriksona,
4. poseban oblik rada sa unutarnjim dijelovima ličnosti Fritza Perlsa
5. razvojno-zdravstveno orijentirani pristup obiteljskoj terapiji Virginije Satir (uključujući rekonstrukciju obitelji kao važan oblik intervencije) [15]

4.3. Samostalnost psihoterapijske metode

Samostalna metoda mora sadržavati praktične elemente i teoretske perspektive, koje su opriječne, no ne nužno posve suprotstavljene, drugim školama, ili predstavljaju teoretski zasnovan i praktički razumljiv daljnji razvoj ili također diferencijaciju već postojeće starije metode. [17]

Postajući samostalna psihoterapijska metoda neuro-lingvistička psihoterapija (NLPT) pokazuje dosta sličnosti s ostalim psihoterapijskim pravcima, ali ima i svoje posebnosti. Primjerice s psihoanalizom NLPT povezuje važnost odnosa, bitna snaga nesvjesnih sila, psihodinamika, dosljedna orijentacija spram cilja i djelovanja, no različit je koncept rada s otporima i uspostavljanje kontakta s nesvjesnim sadržajima. U NLPT-u su uobičajene kraće intervencije s dužim razmakom između seansi, dok kod dubljih poremećaja osobnosti postoji i vid višegodišnjeg terapijskog praćenja. Jedan od zasebnih oblika intervencije je koncept usklađivanja s budnošću, kojim se osoba osnažuje.

Između individualne psihologije Alfreda Adlera i NLPT-a postoji konceptualna sličnost. Razlika u odnosu na integrativnu Gestalt terapiju je u diferenciranosti rada na cilju, jačem naglasku na reprezentacijskim sustavima te stanjima asociranosti i disociranosti, svjesnom radu sa sidrima, formalnim strategijama mišljenja i submodalitetima. U usporedbi sa psihodramom, koja se odvija kroz grupni rad, kod NLPT-e je akcent na pretežno individualni rad. Grupni rad NLPT-e je vezan za vanjski prikaz unutarnjih reprezentacija, organizaciju odanosti i relevantnu promjenu usmjerenja. Poveznica biheviorističkih modela i NLPT-e su kognitivne postavke, dok ih međusobno razlikuju postavljanje sidra (postavljanje podražaja), integrativni rad s transom i metaforama te rad na „uvjerenjima“ (beliefs). Razlika u odnosu na klasični autogeni trening je što NLPT koristi individualno-specifične reprezentacijske sustave i iznalazi osobne predodžbe, a ne radi s već formuliranim postavkama.

Naglašenija orijentacija spram cilja i jači naglasak na radu sa sadržajima je razlika u odnosu na katalimno-imaginativnu psihoterapiju. Sličnosti u odnosu na klijentocentričku razgovornu psihoterapiju je bezuvjetna posvećenost čovjeku, dok je kod NLPT-e veća posvećenost orijentaciji prema cilju, uporaba ciljanih intervencija i jezičnih modela. NLPT dijeli sa sistemskom psihoterapijom određene poveznice poput, usmjerenost prema cilju, teorijski koncepti te uporabu humora u psihoterapiji.

NLPT u odnosu na klasičnu sistemsku psihoterapiju nalikuje detaljni rad na usmjerenosti prema cilju i ciljnim stanjima, snažan naglasak na raporu (verbalna i neverbalna usklađenost

između dvoje ili više ljudi) i fenomenu rezonancije te rad s reprezentacijskim sustavima, submodalitetima i konceptima vremenske linije.

4.4. Teoretske osnove Neuro-lingvističkog programiranja

Neuro-lingvistička psihoterapija (NLPT) zasniva se na pet teorija povijesno nastalih u različito vrijeme, koje se međusobno nadopunjuju, i jednoj osnovnoj postavci koja je proizašla iz procesa modeliranja. To su:

1. teorija o osjetilno-specifičnim reprezentacijskim sustavima kao osnovama razradbe informacija i subjektivnoga doživljaja koja seže do Williama Jamesa;
2. transformacijska gramatika Noama Chomskoga i govorni modeli koji su se razvili na toj osnovi pod utjecajem postulata Alfreda Korzybskija i preko Glaserfelda, dalje razvijeni od Bandlera i Grindera (meta model i Milton model);
3. prihvaćanje da je ljudsko djelovanje u osnovi usmjereno ka cilju (MILLER, GALLANTER, PRIBAM);
4. kibernetički orijentirana teorija duha Gregoryja Batesona, osobito logičke razine učenja, i Unified Field Theory kao njezin daljnji razvoj (Robert Dillts);
5. socijalno-kognitivna teorija učenja Alberta Bandure, uz osnovu modeliranja koju su u praksi dalje razvili Bandler i Grinder;
6. pretpostavka postojanja funkcionalno autonomnih dijelova ličnosti sa svjesnim i nesvjesnim procesnim komponentama proizašla iz postulata W. Jamesa i prakse modeliranja Perlsa, Satirove i Ericksona). [15]

4.4.1. William James i osjetilno-specifični reprezentacijski sustav

William James se smatra utemeljiteljem znanstvene psihologije u Sjedinjenim Američkim Državama, koji je stvorio povoljnu klimu za njen daljnji razvoj te je bio inspiracija svojim sljedbenicima. Njegova psihologija se zasniva na biološkim temeljima te smatra kako se ljudi međusobno razlikuju obzirom na selektivnost opažanja. Ta sposobnost preko optičkih, akustičkih, taktilnih i motoričkih predodžbi postaje temelj skupljanja informacija iz okoline putem naših osjetila te daje pečat individualiziranom svijetu, kojeg nazivamo vlastito „iskustvo“.

Kod jedne osobe prevladavaju vizualne, kod druge taktilne slike. Kod jedne osobe je protok misli povezan s osjećajima, kod druge ne. Ponekad je vrlo skraćen, sintetičan i brzo se odvija, ponekad zastajkuje i ima česte prekide. Unatoč tome, kod većine ljudi lanci misli mogu, koliko god bili međusobno različiti, dovesti do istih zaključaka, tako da onda s pravom kažemo da su svi ti mislioci u osnovi imali istu misao. Vjerojatno bi svaki od njih bio vrlo iznenađen da može imati uvid u psihu svoga susjeda i otkriti koliko se njegova scena razlikuje od njegove vlastite. [18]

Tako ljudi koji posjeduju dobru sposobnost vizualiziranja, odnosno stvaranja optičkih slika – predodžbi mogu točnije opisati sliku, vide jasno predmete u živim bojama te ne shvaćaju kako drugi ljudi bez navedene sposobnosti mogu uopće vidjeti. Akustički tipovi ljudi svoje iskustvene doživljaje zamišljaju u obliku zvukova, prisjećajući se kako je nešto zvučalo. Motoričke predodžbe se u mozak određenog broja ljudi utiskuju putem mišićnih osjeta onih dijelova tijela koji se koriste kod izvođenja pokreta te se tako nastala sjećanja na vlastite i pokrete drugih povezuju s onim što smo doživljeli. Pojedini ljudi imaju najjače razvijenu taktilnu predodžbu (touch images).

Pojam reprezentacijskih sustava predstavlja kanale kojima primamo interne i eksterne informacije iz okolnog svijeta, kognitivno ih obrađujemo i vraćamo, odnosno izgovaramo. NLP razlikuje pet senzornih (analognih) i jedan apstraktni (digitalni) reprezentacijski sustav. Dok senzorni reprezentacijski sustavi odgovaraju osjetnim modalitetima i to: vizualnom, auditivnom, kinestetičkom (proprioceptorno/taktilnom), olfaktornom i gustatornom, oblik govora služi kao apstraktni model. Smatra se da svi sadržaji čovjekove svijesti koji uključuju svako ljudsko iskustvo mogu biti opisani cjelovitom analizom zbivanja unutar reprezentacijskih sustava. Slijedeći jednu od svojih osnovnih postavki NLP ne pravi razliku između realnog zapažanja i zamišljenih predodžbi nego ih udružuje u cjeloviti kognitivni model budući da se za oboje reprezentacijski sustavi upotrebljavaju na isti način. Mišljenje se shvaća kao produkt internih aktivnosti i reprezentacijskih sustava.

I Bandler i Grinder (1981.) smatraju da nitko nije čisto vizualno, akustički ili kinestetički orijentiran. I oni zaključuju da je većina ljudi sklona tome da pri svjesnom reprezentiranju svoga doživljaja i sjećanja prednost daje jednom određenom sustavu, pri čemu je sposobnost razlikovanja i fleksibilnost unutar tog sustava znatno bolja nego u drugima. Taj reprezentacijski sustava koji ima prednost Grinder i Bandler nazvali su „primarnim reprezentacijskim sustavom“. [15]

Promatrajući rad američkih terapeuta Perlsa, Satira i Ericksona, koji su u svojoj interakciji s pacijentima sustavno koristili riječi koje su se odnosile na određen skup osjetilnih podataka

(vidljivo, čujno, opipljivo) Bandler i Grinder su navedene podatke nazvali „osjetilno-specifična obilježja“. Zaključili su također da vizualna obilježja (kao npr. plavo, jasno itd.) za razliku od kinestetičkih obilježja (kao npr. probadajuće, nježno, bolno) dovode kod primatelja poruke do različitih kakvoća sjećanja. Smatraju da ljudi ne biraju slučajno pridjeve kojima bi opisali svoj doživljaj, nego na nesvjesnoj razini čine odabir koji ima svoj odraz na svjesnoj razini.

Prilagodba terapeuta klijentu se očituje u izboru riječi te se smatra kako bi bilo manje nesporazuma i blokada kada bi terapeut postavljao pitanja vezana za klijentov primarni reprezentacijski sustav. Veze koje se stvaraju između reprezentacijskih sustava nazivaju se sinestezije i smatra se da postoji minimalno 36 različitih obrazaca sinestezija. Jedna od uobičajenijih je viđenje-osjećanje, odnosno kada osoba vidi krv, postane joj zlo ili sinestezija čuti-osjetiti, u kojoj osoba čuje neku melodiju i ona je emocionalno uznemiri. Prilagodba osjetnih organa prema našem primarnom reprezentacijskom sustavu se opisuje kao nesvjesno prilagođavanje osjetila prema onome što vidimo, čujemo, okusimo ili osjetimo dodirom. Primjerice kod nastojanja da nešto vidimo, naše oči se okreću, zaokrećemo glavu i čitavo tijelo, kod mirisanja i kušanja, usmjeravamo jezik i usne na dotični predmet, kod opipavanja pokrećemo ruke na odgovarajući način, a kada želimo nešto čuti, usmjeravamo uši i zaokrećemo glavu na stranu odakle dolazi zvuk.

Prema Jamesu svim duševnim stanjima slijedi neposredno neka vrsta tjelesne aktivnosti. Ona uzrokuju gotovo nezamjetljive promjene disanja, cirkulacije krvi, opće napetosti mišića, djelatnosti žlijezda i visceralne djelatnosti. Čak i same misli dovode do motoričkih posljedica. Grublja duševna zbivanja, kao što su ljutnja, strah, ljubav, mržnja, veselje, zabrinutost, sram, ponos i varijante istih, povezane su s relativno snažnim tjelesnim povratnim reakcijama. Finija duševna zbivanja su moralni, intelektualni te estetički osjećaji, a njima pripadne tjelesne reakcije najčešće su manje izražene. [18]

Budući da su Perls, Satir i Erickson ukazivali svojim radom na postojanje vanjskih pokazatelja onoga što osjećamo i zamišljamo, Bandler i Grinder su dalje utvrdili kod mnogih ljudi postojanje veze između upotrijebljenih pridjeva, smjera pogleda i aktualnoga svjesnoga doživljaja nekoga sjećanja. Iz sustavnog promatranja te povezanosti utemeljitelji NLP-a su razvili „Koncept pokazatelja pristupa“ (accessing cues). U ovaj koncept su uključeni i ostali pokazatelji poput, tona glasa, brzina govora, način disanja i drugih fenomena koji uvježbanom promatraču daju priliku da preko navedenih znakova može u datom trenutku prepoznati da li osoba doživljava unutarnje slike, osjećaje ili dijalog. Smatra se da je najlakši put, kojim se dobivaju informacije o individualnom pristupu pohranjenih podataka preko pokreta očiju.

Navedene informacije su od važnog značaja za samog terapeuta, koji na taj način može vlastitu komunikaciju većim dijelom prilagoditi klijentu te shvatiti njegov način poimanja svijeta, što ujedno predstavlja prednost i za klijenta.

No, osnivači NLP-a su ukazali da takav koncept nema pod svaku cijenu univerzalnu vrijednost. Ono što je dokazano jest da su obrasci pokreta očiju intra-individualno postojani.

4.4.2. Lingvistika

4.4.2.1. Teorem opće semantike

Alfred Habdank Korzybski, profesor lingvistike i semantike u Chicagu i istraživač na području psihologije, neurologije i lingvistike, u središte svojih preokupacija stavlja ulogu govora u ponašanju čovjeka. U njegovoj knjizi „Science and Sanity“ (1933.g.) uspostavlja opću semantiku, koja je grana lingvistike te se bavi proučavanjem značenja, odnosno preduvjetima korištenja znakova, simbola i riječi, njihovim smislom i utjecajem na čovjekovo ponašanje.

Osnovni postulati opće semantike su:

1. da se riječi ne smije brkati sa stvarima,
2. da riječi nikada ne mogu sve reći,
3. da se mogu izreći riječi o stvarima i tako dalje bez kraja. [19]

Središnja misao opće semantike je sljedeća: Budući da se ponašanje čovjeka spram sebe i svijeta nikada ne temelji na stvarima kakve one zaista jesu, već uvijek samo na njegovom shvaćanju pojmova i individualnom pridavanju značenja, osoba mora biti svjesna toga da su njezini/njegovi apstrahirani pojmovi (u obliku riječi ili misaonih slika) ti koji utječu na njegov/njezin stav, a ne stvari ili situacije same po sebi. [19]

Osvijestiti razinu apstrakcije je jedan od ciljeva neuro-lingvističkog treninga, budući da preko naših osjetila predmet opažamo kao „nešto“ i to predstavlja prvu razinu apstrakcije. Drugu (višu) razinu apstrakcije predstavlja naziv tvog predmeta. Osobine koje definiraju neku klasu predmeta, generalizacije i teorije nalaze se na višim razinama apstrakcije.

4.4.2.2. Zemljopisna karta nije teritorij

Uspoređujući govor sa zemljopisnom kartom, Korzybski želi reći kako je odnos između riječi i predmeta sličan odnosu zemljopisne karte i područja na koja se ta karta odnosi.

Objašnjavajući pojam zemljopisne karte autor navodi kako ona ima ograničavajući karakter budući da ne može prikazati cijelo područje, jer je puno manja od njega te da se i različite zemljopisne karte rade u različite svrhe. Tako je i s jezikom, budući da ljudi brkaju predmete s riječima te smatra da struktura jezika ne odgovara strukturi svijeta, odnosno da smo uvijek pomalo odvojeni od stvarnosti. Riječ predstavljaju samo zapis onoga što opisuju.

Ono šta NLP-t preuzima od Alfreda Korzybskija je slika jezika i mozga uopće kao kibernetičkoga sustava, čija je funkcija iz velikog broja informacija izdvojiti one koje su neophodne radi svrsishodnog utjecaja i korekcije sebe samoga. Takav se sustav sastoji od verbalno-vizualnih (motorički) karata koje se mogu proširivati, reducirati, revidirati, integrirati ili odbacivati. Navedene karte se trebaju shvaćati kao interakcija uma i njegovog okruženja, jer uvijek predstavljaju samo dio prostora.

Nadalje Korzybski je utvrdio:

1. Značenje riječi ne nalazi se u riječima; ono se nalazi u nama.
2. Značenje proizlazi iz okolnosti, tj. konteksta pred pozadinom osobnih iskustava.
3. S riječima ne samo da opisujemo i utječemo, već također i oblikujemo buduća zbivanja i ciljeve kojima težimo. Te usmjeravajuće izjave nešto govore o budućnosti. One su same po sebi zemljopisne karte koje se odnose na područje koje treba nastati tek u budućnosti. One utječu na vjerojatnost da će se neka zbivanja dogoditi. Taj „usmjerujući govor“ i njegovi afektivni elementi mogu duboko utjecati na naše sjećanje (pamćenje), naše mišljenje, osjećanje i djelovanje.
4. „Usmjeravajuće“ izjave treba razlikovati od informacijskih izjava. Verbalne izjave i unutarnja opredjeljenja koji predstavljaju ciljeve ne moraju nužno obilježavati činjenično stanje. Primjeri za to: „Policija štiti slabe.“; „Svi ljudi su od rođenja isti.“
5. Kad god je moguće, dajemo prednost mišljenju u primjerima i dajemo tome prednost pred definicijama i apstrahiranom (koje su riječi o riječima). [15]

4.4.2.3. Spoznajno-teorijski teorem Gregoryja Batesona

Gregory Bateson nadalje razvija i ustanovljuje spoznajno-teorijski teorem NLP-a koji glasi: Zemljopisna karta nije zemljopisno područje. Uzimajući u obzir navedeni teorem znači da u psihoterapijskom radu treba razlikovati kartu od terena, odnosno da nema objektivne stvarnosti, nego samo način na koji opažamo stvarnost, putem svojih osjetilnih sustava. Te ulazne informacije se dalje procesuiraju (modeliraju) putem mnogobrojnih mreža neurona,

stvaraju unutarnju reprezentaciju vanjskoga svijeta, dalje ju razrađujući te samim time i moduliraju našu reakciju na proživljena iskustva.

Svaki čovjek posjeduje svoju unutarnju reprezentaciju koja je naš model, odnosno naša zemljopisna karta, a objedinjuje subjektivni prikaz svijeta i vlastitog iskustva. Tada reagiramo prema tom individualno stvorenom unutarnjem modelu, a ne prema samoj stvarnosti, te u skladu s njim organiziramo i usmjeravamo svoje ponašanje. Na našu zemljopisnu kartu, odnosno model opažanja i reprezentiranja svijeta, utječu slijedeći čimbenici: sposobnosti samog čovjeka, njegovo okruženje te prednosti i mane koje proizlaze iz samih dojmova (imprints) individualne povijesti života.

Individualno stvoren model može biti fleksibilan, može obogaćivati iskustvo i pružati brojne mogućnosti izbora, dok s druge strane može biti ograničavajući, može dopustiti da naša iskustva propadaju ili može blokirati daljnji rast spoznaja. Ovisno o stvorenom modelu možemo biti osposobljeni ili blokirani. Kod svake osobe bilo vanjski podražaji i informacije, bilo vlastiti unutarnji procesi imaju neurološku osnovu i oboje utječu na naše ponašanje.

Misli, osjećaji, određivanje značenja, mišljenje i znanje su produkt naših unutarnjih procesa preradbe informacija, a nastaju preko asocijacija, korelacija i preklapanja (sinestezija) između naših reprezentacijskih sustava (osjetilnih sustava).

Bateson objašnjava i pojam meta-komunikacija, koja označava riječi, držanje i geste o drugim riječima. Smatra da većina meta-poruka ostaje implicitna te da takav neizrečen sadržaj informacija verbalne i neverbalne komunikacije podosta premašuje eksplicitnu razinu informacija i priopćenja.

4.4.2.4. Površinska i dubinska struktura jezika Noama Chomskog

Američki lingvist Noam Chomsky u svojoj knjizi *Syntactic Structures* (1957.g.) pokazuje da govor učimo pomoću univerzalnih principa gramatike, fonetike, semantike i sintakse, koji zajedno s prirođenom sposobnošću za jezike, dolazi od najranije dobi do izražaja u našem govoru. Autor pravi razliku između površinske i dubinske strukture jezika. Dok pod površinskom strukturom smatra rastavljanje rečenice u fraze ili jedinice, dubinska struktura označava neposredan odraz značenja rečenice. NLP u skladu s navedenom transformacijskom gramatikom Chomskoga također pravi razliku između lingvističke površinske strukture neke informacije i njezine dubinske strukture.

Specifičnost neuro-lingvističke interakcije našega govora i individualnih neuro-lingvističkih zemljopisnih karata očituje se na svim razinama komunikacije. Na neurološkoj razini naši unutarnji modeli i programi, tj. opažanje i reprezentiranje svijeta, odnosno naša

zemljopisna karta biva strukturirana putem jezika (pod „jezikom“ se ovdje misli na sve oblike šifriranja iskustva), koji predstavlja vlastiti meta-model shvaćanja svijeta.

4.4.2.5. Nastanak modela

Nastanak modela stvarnosti ili naša interna reprezentacija predstavlja proces oblikovanja modela. Informacije vanjskoga svijeta, koje opažamo putem osjetilnoga sustava ulaze u kibernetički sustav čovjeka i oblikuju individualne modele. Procesni mehanizmi, odnosno filteri opažanja sudjeluju u procesu oblikovanja modela. Na neurološkoj razini se prema kriterijima koje određuju procesni filteri (npr. vjerovanja, sjećanja, uvjerenja i meta-programi) primljeni podaci i iskustva iskrivljavaju, poništavaju i/ili generaliziraju. Smatra se da niti reprezentacija dubinske strukture ne predstavlja cjelokupnu istinu, nego je ona nepotpuna ili ponovno uopćeno preobličavanje osjetilno-specifičnih iskustava o sebi i svijetu oko sebe.

Iskrivljenje je proces koji omogućava promjene pri pohranjivanju osjetilno specifičnih podataka. Primjerice čežnje, fantazije, ideali, sustavi vjerovanja i dr. mogu iskriviti naše opažanje stvarnosti i time utjecati na naš životni tijek. Poništavanje je proces selektivnog usmjeravanja naše pažnje na određene dijelove našeg iskustva, dok druge isključujemo. Svaka osoba mora izbrisati određene stvari i iskustva iz svoga života, no ovdje postoji mogućnost da se izbrišu i bitne mogućnosti koje život nudi. Generalizacija je proces, kada dijelove ili elemente osobnog modela izdvajamo iz prvobitnog iskustva te poopćavamo i zaključujemo da navedeni dijelovi tog iskustva predstavljaju cjelokupnu kategoriju, za koju to iskustvo predstavlja specifičan primjer.

Gore navedeni procesi se odigravaju istovremeno, međusobno se preklapaju te filtriraju prvobitne eksterne informacije dovodeći do unutarnjih spoznajnih i emocionalnih modela (reprezentacija). Navedeni modeli su odraz unutarnjih stanja uma (svijesti) te se podudaraju s odgovarajućim tjelesnim stanjima i vanjskim ponašanjima. Vanjsko ponašanje, pak ostvaruje naknadne efekte i posljedice u okruženju, stalno se mjenjajući i preinačavajući ponovno ulazi u proces oblikovanja modela.

Cjelokupna interna reprezentacija u svakom se trenutku sastoji od mješavine iskrivljenih, izbrisanih i /ili generaliziranih vanjskih i unutarnjih informacija. Ponekad prevlada jedna, ponekad druga. Vanjsko ponašanje i fiziologija u svakom trenutku proizlaze iz tih izmiješanih unutarnjih reprezentacija.[15]

U NLP-u pojam fiziologija označava sve tjelesne senzacije u trenutku promatranja. Jedan dio tih zbivanja, poput pojačanog disanja, promjene boje kože, napetost mišića, kakvoće glasa

je vidljiv promatraču, dok s druge strane sama osoba opaža vlastitu fiziologiju, u obliku rastućeg osjećaja topline, promijenjenoga ritma otkucaja srca, osjećaja napetosti mišića.

4.4.2.6. Meta-model jezika

Bandler i Grinder (1975., 1982.) su razvili „Meta model govora“ koji se odnosi na ciljane tehnike postavljanja pitanja s ciljem razotkrivanja procesa oblikovanja koji se nalazi u jezičnim obrascima. Navedeni model je sastavljen s ciljem proširivanja sposobnosti slušanja i prikupljanja podataka, otkrivanja ograničenja modela i stvaranja mogućnosti izbora. Ovaj model predstavlja jedan od temelja na čemu se gradi neuro-lingvistička psihoterapija (NLPT), a istražuju strukture i procese osobnih iskustava analizirajući individualne jezične obrasce prema gramatici Chomskoga.

4.4.2.7. Meta programi

Za učinkovitije razumijevanje i vođenje psihoterapijskoga procesa bitno je identificirati kriterije na osnovu kojih ljudi filtriraju svoje opažanje, odnosno iskrivljuju, poništavaju i generaliziraju. Pojam meta-program u neurolingvističkoj psihoterapiji (NLPT) označava orijentacijske filtere razmišljanja i djelovanja, odnosno unutarnje i vanjske aktivnosti mišljenja i djelovanja. Navedeni filteri odgovaraju karakteristikama osobnosti, ali ne služe njenom određivanju, nego se razmatraju kao promjenjive karakteristike ponašanja neke osobe koje se u raznim kontekstima pokazuju nepromijenjivima. Oni pokazuju na koji način doživljavamo svijet, kako filtriramo iskustva i tako stvaramo model svijeta.

U neuro-lingvističkoj psihoterapiji (NLPT) meta modeli se upotrebljavaju prije svega za:

1. dijagnozu
2. izbor odgovarajućih intervencija
3. poboljšanje komunikacije među ljudima (npr. između klijenta i terapeutkinje). [20]

Tipični meta programi su npr.:

1. proaktivno/reaktivno:

Proaktivni najčešće sami preuzimaju inicijativu, žele oblikovati, djelovati, činiti, postići. Reaktivni čekaju dok ih se ne pozove, doživljavaju svijet kao snažnu izvanjsku silu kojoj se moraju pokoriti. Prije nego što djeluju žele razumjeti i analizirati.

2. prema/od:

Prema- ljudi se koncentriraju na svoje ciljeve, razmišljaju u odnosu na to što treba postići, motivirani su imati, činiti, postići. Od- ljudi odmah otkrivaju što treba izbjeći, gdje leže problemi.

3. interno/eksterno:

Interno orijentirani ljudi sami stvaraju svoju motivaciju, odlučuju na osnovu vlastitih mjerila. Teško im pada prihvaćanje mišljenja i orijentacija drugih. Eksterno orijentirani ljudi više odlučuju na osnovu mjerila drugih. Potrebna im je povratna informacija izvana kako bi mogli procijeniti vrijednost svoga rada

4. izbor/pravilo:

Osobe orijentirane spram opcija žele imati mogućnosti izbora i motivirani su kad se radi o tome da se razviju alternative i/ili nova pravila/redoslijedi. Osobe orijentirane spram pravila dobro se pridržavaju postojećih pravila/redoslijeda; osjećaju se nesigurnima ako postojeći način odvijanja ne funkcioniše.

5. slaganje/razlika:

Ljudi koji paze na slaganje, uvijek traže ono što je zajedničko i primarno se tako dobro osjećaju dok oni koji paze na razlike naglašavaju neusklađenosti.

6. specifično/opće:

Specifično orijentirani ljudi daju prednost malim veličinama informacija; vole pojedinosti, u detalje razrađene sekvencije, i uglavnom im je naporno vidjeti cjelovitu sliku. Opće orijentirani ljudi prednost daju „velikoj slici“ i prije svega si osiguravaju pregled nad situacijom.

7. sam/drugi:

Ljudi koji su orijentirani spram sebe samih gotovo da ne reaguju na ponašanje drugih; oni prepoznaju na osnovu vlastitih osjećaja kako se odvija proces komunikacije. Osoba orijentirana spram drugih automatski snažno reagira na druge ljude i prepoznaje na osnovu reakcija drugih kako se odvija proces komunikacije.

8. nezavisno/od/blizu/zajedno:

Nezavisna osoba želi najradije raditi sama (piloti-lovci, kamiondžije, solo borci itd.); osoba orijentirana na blizinu želi biti u blizini drugih; osoba orijentirana na zajedništvo želi s drugima dijeliti život i odgovornost, želi sve raditi timski.

9. ljudi/stvari:

Osoba orijentirana na ljude obraća pažnju na ljude i misli da je njezina uloga zapravo zadovoljiti ljude i njihove osjećaje, spontano ulazi u rapor i upotrebljava u građi

rečenice kao objekte primarno ljude. Često govori o ljudima, osobama, čovjeku i sl. Nasuprot tomu oni koji su orijentirani prema stvarima često obraćaju pozornost na stvari, sustave, ideje, zbivanja.

10. obrasci uvjerenja:

- a) put uvjerenja: Kojim se reprezentacijskim sustavom netko uvjerava u postojanje nečega, tj. mora li osoba dokaz prije svega vidjeti, čuti, čitati ili činiti?
- b) učestalost: Koliko je puta netko morao vidjeti, čuti, pročitati, učiniti itd., kako bi bio uvjeren? [20]

4.4.3. Ciljna usmjerenost ljudskoga djelovanja

Autori Miller, Galanter i Pribram (1973. g.) su u psihologiju kao jedinicu analize uveli pojam plan (određena vrsta pravila). Za njih planovi predstavljaju T.O.T.E. jedinice, šta označava početna slova riječi Test- Operacija- Test- Izlaz. Prema tome pravilu se smatra da djelatnost počinje testom, kako bi se utvrdilo što jest s onim što treba biti. U slučaju nepodudarnosti tih vrijednosti, slijedi operacija, nakon toga slijedi novi test te eventualna operacija koja se ponavlja dok se testom ne postigne pozitivan rezultat i tada se završava.

Primjer plana bilo bi zabijanja čavla. Djelatnost započinje s testom, jest-vrijednost se uspoređuje sa trebalo-bi vrijednošću. Ako se te vrijednosti razlikuju, dakle čavao strši van, slijedi operacija (čekić udara po čavlu). Nakon toga slijedi novi test. Operacija se tako dugo ponavlja dok se testom ne postigne pozitivan rezultat. (Exit). [15]

Ovakav model služi i za objašnjenje ponašanja te se dolazi do zaključka da automatizmi i instinkti predstavljaju modele akcije prema okolnim uvjetima, koji ih aktiviraju, a sami su hijerarhijski raspoređeni.

U neuro-lingvističkoj psihoterapiji T.O.T.E. model se koristi za opis specifičnoga redosljeda ponašanja, odnosno Dilts, Bandler i Grinder koriste T.O.T.E. model kao „redosljed aktivnosti u našim osjetilnim reprezentacijskim sustavima, koji se konsolidirao u takvu funkcionalnu jedinicu ponašanja, koja se redovito odvija ispod praga svijesti.“ [15]

Takva T.O.T.E. jedinica može biti jednostavna ili komplicirana, na primjer izvedba određenog muzičkog djela za početnika predstavlja veliki kompleks složenih ponašanja, dok za vješta muzičara predstavlja brzu i sigurnu provedbu.

U najopćenitijem se obliku promjene stava/ponašanja u NLPt-u opisuju kao proces od triju točaka:

1. prikaz sadašnjega stanja,
2. prikaz rezultata ili ciljnoga stanja,
3. prikaz resursa za postizanje cilja. [15]

Temeljni oblik NLPt-a predstavlja T.O.T.E. proces, budući da terapeut uvijek iznova komparira jest stanje klijenta sa ciljnim ishodom te se radi na uspostavi, korištenju i primjeni resursa dokle god sadašnje stanje ne odgovara ciljnom stanju. [15]

U neuro-lingvističkoj psihoterapiji se smatra da su sve faze T.O.T.E. procesa, odnosno faze testiranja i operativne faze ljudskoga ponašanja mogu sekvencionirati na djelovanje jednog ili više reprezentacijskih sustava.

U primjeru zabijanja čavla vizualni test se proveo tako da se usporedilo ulazno vizualno iskustvo pozicije čavla s nekom pohranjenom vizualnom reprezentacijom, kako izgleda vrh čavla ukucan u neku površinu. Test može biti sproveden i taktilno-kinestetički, budući da je osjećaj u ruci drukčiji kad se udara čavao koji je utisnut od osjećaja kad čavao još strši. Moguć je i auditivni test, jer udarac čekića drukčije zvuči kad je čavao ukucan. [15]

Uvođenje reprezentacijskih sustava u ovaj model omogućuje sistemsku analizu svih dijelova ponašanja, koja mogu biti sekvencionirana i samim time korisnima za podučavanje, priopćavanje i modificiranje. Također analizom takvih reprezentacijskih sustava moguće je upotrijebiti efikasne strategije ponašanja, odnosno unaprijediti postojeće. Stoga se može zaključiti da je cilj T.O.T.E. analize uporaba što optimalnijeg reprezentacijskog sustava za određene korake samog procesa te aktiviranje resursa, koji će povećati fleksibilnost te individualne mogućnosti izbora u korištenju većeg raspona reprezentacijskih sustava.

4.4.4. Kibernetika teorije uma

NLP i NLPt zasnivaju se na osnovnim postavkama o strukturi kognitivnih i emocionalnih procesa u čovjeku i njihovom utjecaju na unutarnje i vanjsko ponašanje, kao i na osnovnoj pretpostavci da život i naš organizam predstavljaju samoorganizirajuće, (relativno) autonomne kibernetičke sustave, koji se mogu spoznati cjelovitim umnim procesima. [15]

NLP smatra da su živi sustavi samoorganizirajući, što bi značilo da je njihovo unutarnje ustrojstvo uspostavljeno na osnovi autonomnih pravilnosti samog sustava. Oni

bivaju od okoline potaknuti, no to ne mora značiti da će okolina nužno odrediti njihovu unutarnju organizaciju. Dva temeljna fenomena samoorganizacije su samoobnavljanje i samotranscendencija. Pojam samoobnavljanja označava sposobnost živog organizma da obnavlja svoje dijelove, odnosno da dopušta ulaz potrebnim resursima i implementira ih s ciljem održavanja i poboljšanja samog sustava. Samotranscendencija predstavlja sposobnost, u kojoj preko učenja, razvoja i evolucije nadilazimo i nadržavamo sami vlastite fizičke i duhovne granice.

U konceptu NLP-a iz toga se izvode sljedeće osnovne pretpostavke i teoretske predodžbe:

1. Um i tijelo - nametnuti i samo povijesno obrazloživ procijep unutar spoznatoga-dijelovi su istog kibernetičkoga sustava čovjeka i međusobno utječu jedno na drugo. Što se zbiva u mentalnom području (kako kognitivno tako i emocionalno), dakle u čovjekovom svijetu predodžbi i misli, praćeno je odgovarajućim somatskim, tj. tjelesnim stanjem. U NLP-u govorimo o „fiziologiji „ osobe i mislimo pritom na njezino stanje svijesti i tijela sada i ovdje: čovjek misli i osjeća cijelim tijelom. Osjetilno- specifičnom opažaju dostupne su brojne promjene fiziologije.
2. U kibernetičkom sustavu od iznimne je važnosti mnoštvo mogućih oblika ponašanja. Kontrolirajući element u tome bit će onaj koji posjeduje najveću fleksibilnost. Stoga se unutar psihoterapijskoga procesa teži izgradnji mnoštva dostupnih i, unutar konteksta, relevantnih mogućnosti izbora.
3. Interakcije među ljudima predstavljaju kibernetički sustav koji je sam po sebi podsustav većih bioloških sustava.
4. Svaki sustav i svako ponašanje usmjereno je na prilagodbu. „Neprikladno“ je u slučaju kad je prošireno ili ograničeno na kontekste u kojima nije moguća prigodna reakcija, ili kad ga se sprječava u prilagodbi promjenama.
5. Ljudi, tj. sustav-čovjek, uvijek izaberu najbolje od onoga što im je na raspolaganju. Rade ono što im je u tom času moguće, uz postojeće informacije i mogućnosti i sposobnosti, koje, na osnovi svoje „slike svijeta“ smatraju da su im raspoložive. Svako ponašanje, bez obzira na koliko se činilo „zločestim“, „ludim“ ili „bizarnim“ najbolji je izbor između alternativa koje toj osobi (subjektivno) stoje na raspolaganju. Čim se unutar okvira danoga modela pojavi „bolja“ (tj., koja bolje odgovara) mogućnost izbora, osoba će je prihvatiti. Stoga je važan cilj neuro-lingvističke psihoterapije (NLPT) otvarati dodatne mogućnosti izbora.

6. Iz toga proizlazi da iza svakoga ponašanja stoji subjektivno pozitivna namjera (razlikovanje namjere i ponašanja). Polazi se od toga da naša ponašanja, naša komunikacija i naši simptomi služe nekoj svrsi, pri čemu se uvijek teži postizanju određenoga ishoda. Ponašanje se shvaća kao pokušaj rješenja usmjeren prema cilju, koji teži optimalizaciji za sustav (ekološka osnova za NLPt). Ta pozitivna namjera neovisna je o mogućim realnim posljedicama ponašanja.
 7. Svako je ponašanje (unutar svoga konteksta) korisno, tj. za svako ponašanje postoji barem jedan kontekst ili barem jedna razina značenja, u kojem ili kojoj to odgovara ili je odgovaralo. U NLPt-u se, dakle, ne pokušava odstraniti takozvano problematično ponašanje, već se stvaraju nove, dodatne mogućnosti ponašanja, no zadržava se sposobnost za takozvano loše ponašanje.
 8. Specifičan sustav može biti model za neki drugi sustav. Pravila sustava mogu se prenositi, tj. što jedan čovjek može naučiti, i čini, može naučiti i činiti i drugi čovjek (imajući na umu biološka ograničenja).
 9. Čovjek kao sustavna jedinica posjeduje sve potencijale za svladavanje života sad i ovdje, a također i za svoj budući razvoj. Radi se o tome da se postojeće mogućnosti učine dostupnima i praktično djelotvornima (utilizacija).
 10. Ciljna orijentacija kibernetičkoga sustava čovjek: ako se kod nesklada između jest-stanja i trebalo-bi-bitu stanja uvede element orijentacije spram cilja, tj. ako se trebalo-bi-bitu stanje definira kao cilj, unutar cjelokupnoga sustava dolazi do odlučujuće promjene. Definicija, tj. stvaranje „dobro oblikovanoga“ operacionaliziranog cilja donosi promjenu; ona utječe na sadašnje- ili jest-stanje, a ono opet utječe na nju. Također se promijenio cjelokupan kontekst, i tu se promjenu više ne može poništiti.
- [15]

Robertu Diltsu je za nastanak teorije jedinstvenog polja poslužila Einsteinova „unified field theory“ za fizikalne zakone, koja smatra da osnovne sile u prirodi, koje su u dinamičkoj interakciji, su zapravo različiti vidovi jednog jedinstvenog polja.

Pri razvoju Unified field theory glavna želja Roberta Diltsa bila je omogućivanje potpunijega prikaza i uvrštavanje cjelokupnoga NLP-modela, procesa modeliranja, autentično razvijenih modela analize i intervencije, i time poticajne epistemologije i filozofske diskusije. Uz pomoć „NLP- sistemske matrice“ može se uvrstiti različite koncepte, perspektive, tehnike i vještine u nadređeni teorijski koncept. [21]

„Unified field theory“ NLP zasniva se na trima osnovama:

1. „neuro-logičkim razinama mijenjanja“ (okolina, ponašanje, sposobnosti, vjerovanja, vrijednosti, identiteti)
2. trima mentalnim pozicijama opažanja:
 - a) asociran sa samim sobom
 - b) asociran s drugom osobom (s kojom postoji neki odnos)
 - c) u odnosu na neku vanjsku osobu ili na kontekst
3. trima vremenskim razinama (prošlost, sadašnjost i budućnost) [21]

Bateson smatra da su logičke razine učenja, koje se međusobno odnose hijerarhijski, one koje se u procesu učenja trebaju korigirati. Dilts smatra, pogotovo, one više razine učenja bitnim za neuro-logičke razine mijenjanja. Oba autora smatraju da se promjene na jednoj razini obavezno odražavaju i na razinu koja je ispod nje te i dalje dok se ne dođe do najniže razine. U neuro-lingvističkoj psihoterapiji se prvo utvrđuje na kojoj razini se problemi javljaju i tada se uzimaju u obzir sve logičke razine, počevši od razine okruženja, ponašanja, sposobnosti, uvjerenja i vrijednosnih sustava, identiteta i duhovnosti. Također se smatra da se problemi obično ne nalaze na razini na kojoj se javljaju, nego na nekoj višoj razini. Najčešće ta razina nije osviještena te je stoga treba prvo identificirati.

Mentalne pozicije opažanja spadaju u bazične antropološke pojave. Prva pozicija opažanja obuhvaća viđenje, slušanje i osjećanje nekoga događaja iz vlastite perspektive. Druga pozicija obuhvaća ukjučivanje u svijet druge osobe, odnosno pokušati gledati, osjećati i slušati sa stajališta druge osobe. Obje pozicije zajedno daju važne podatke koje ne bismo dobili proučavajući svaku razinu odvojeno. Treća pozicija obuhvaća gledanje samog sebe ili zbivanja oko sebe iz pozicije nezavisnog promatrača, odnosno kao da osoba gleda svoj život na filmskoj traci. Mogućnost izmjene sve tri pozicije omogućuje dobivanje različitih informacija.

Vremenska komponenta obuhvaća „vremensku strategiju“, koja predstavlja zajedničko djelovanje odgovarajućih vremenskih perspektiva pojedinih logičkih razina. Takva strategija podliježe individualnom doživljaju neke osobe, njenim sjećanjima i predodžbama budućnosti, uvjerenjima. Kod očekivanih osobnih promjena trebaju se uzeti u obzir sve tri vremenske razine (prošlost, sadašnjost i budućnost) budući da u prošlosti leže i uzroci problema i resursi,

u sadašnjosti postoji mogućnost aktivnoga djelovanja i poduzimanja pravih koraka, dok slika na bolje promijenjene budućnosti daje posebnu motivaciju.

Iz svega gore navedenoga proizlazi da NLP-sistemska matrica predstavlja model, koji objedinjuje tri bitna područja osobnosti, a to su: logičke razine mijenjanja, mentalne opažajne pozicije i doživljaj vremena. Cjelovita teorija polja Roberta Diltsa omogućuje povezanost tih triju dijelova NLP-a te ih se koristi kako bi se shvatila ravnoteža te odnos različitih elemenata i nas samih te drugih ljudi. Promatranje polja u njegovoj cjelovitosti omogućuje identifikaciju elemenata koji su preslabi, nedostaju ili su preuzeli previše važnosti jer problemi proizlaze iz nedovoljne ravnoteže.

Unutarnja povezanost logičkih razina, ili općenito rečeno: dinamička ravnoteža svih (strukturnih) elemenata unutar nekog sustava u NLP-u se naziva „ekologija“. U neuro-lingvističkoj psihoterapiji stalno se posvećuje pozornost ekološkim promjenama, dakle onima koje uzimaju u obzir utjecaj pojedinih promjena (unutar neke logičke razina) na unutarnji i vanjski cjelokupni sustav, s kojim i u kojem osoba živi. [21]

4.4.5. Socijalno-kognitivna teorija učenja

Socijalno-kognitivna teorija učenja Alberta Bandure smatra se jednom od najvažnijih ideja moderne psihologije, u kojoj autor smatra da učenje nije samo pohranjivanje hipoteza, nego je i svako pohranjivanje opaženih podražaja i njihovih slijedova u dugoročnom pamćenju.

Bandura navodi da promatrajući ljude i njihovo ponašanje te posljedice koje im to ponašanje donosi možemo i sami steći nove obrasce ponašanja, odnosno naučiti i/ili mijenjati naučeno, zaobilazeći mukotrpn i dugotrajan proces učenja putem pokušaja i pogrešaka.[22]

Kakvoća i obim pohranjenoga ovise isključivo o čimbenicima, poput broja opažanja, pažnji i kodiranju. Prednost Bandurine teorije se ogleda u stjecanju potpuno novih oblika ponašanja pomoću učenja već gotovih, integriranih obrazaca ponašanja. Autor zaključuje da većinu ponašanja naučimo promatranjem putem modeliranja, odnosno promatrajući druge ljude kako izvode neko ponašanje, uzimamo to ponašanje kao model i putokaz za vlastito ponašanje. Postoji više načina učenja po modelu, neka od njih su učenje iz iskustva drugih, apstraktno modeliranje i zamjensko učenje o očekivanome. Učenje iz iskustava drugih ljudi označava generalizirano očekivanje kada primjerice osoba ima uspjeha s nekim određenim ponašanjem, koje ima pozitivne posljedice. Apstraktno modeliranje obuhvaća pravila i principe, koji bivaju generalizirani i primijenjivi na nove situacije, čak i onda kada promatrač takvo ponašanje nije vidio kao model u novim situacijama. Zamjensko učenje o očekivanome

označava učenje ponašanja, koje ne izrastaju iz vlastitoga iskustva, nego su stečeni putem promatranja drugih ljudi. Bandura objašnjava i pojam očekivanje učinkovitosti, koji označava određeni stupanj sigurnosti da osoba može izvesti neko ponašanje, odnosno vjeruje da ga može izvesti. Ono je bitno za mijenjanje ponašanja, budući da bi zaista došlo do izvođenja ponašanja nije bitno samo očekivanje posljedica, nego i navedeno očekivanje učinkovitosti.

Bitan cilj u neuro-lingvističkoj psihoterapiji predstavlja razradbu i podjelu uspješnih strategija ponašanja i sposobnosti u efikasne i razrađene modele kako bi pomogli drugim ljudima. Bandler i Grinder su razvili „učenje po modelu“ koje obuhvaća odabir odgovarajućeg uzora, njegovog preciznog opažanja i ispitivanja te na osnovu toga izvođenje elementarnih pravila i obrazaca ponašanja. Tada na vlastitom primjeru oponašajući navedena pravila i obrasce isprobavamo njihovu učinkovitost i korisnost te radimo usporedbu i provjeru da li je to u skladu sa našom osobnošću i okruženjem. Ovakav aktivni proces izgradnje modela se u NLP-u naziva „proces modeliranja“.

Pri tom se procesu radi o svjesnom, aktivnom „stvaranju“ kognitivnih modela, s ciljem da se omoguće nova ponašanja, dok se kod oblikovanja modela objektivna stvarnost prorađuje s pomoću mehanizama generalizacije, poništavanja i iskrivljavanja, u subjektivne, kognitivne reprezentacije (modele) stvarnosti. Ti modeli imaju senzornu osnovu i organiziraju ponašanje čovjeka. (Weerth, 1992.) [15]

4.4.6. Osnovna pretpostavka postojanja funkcionalno autonomnih dijelova osobnosti

Praktična posljedica neuro-lingvističke terapije (NLPT) jest da je rješavanje problema i konflikata moguće i putem zaobilazanja svjesnoga uma, na osnovi mudrosti i gotovo neograničenih resursa nesvjesnoga. Terapija se nadovezuje na golem rezervoar nesvjesnih resursa i koristi ih. Pritom nije nužna svjesna reprezentacija toga kako je došlo do rješenja ili kako bi do njega moglo doći. [23]

Uloga nesvjesnoga u neuro-lingvističkoj psihoterapiji jest da može obuhvatiti širi obujam povezanih sadržaja, da dublje povezuje i ujedinjuje tijelo i um te da posjeduje nemjerljiv kapacitet pohranjenih i umreženih informacija. Nesvjesno obuhvaća pozitivne i negativne te zaboravljene ili potisnute informacije. Neuro-lingvistička psihoterapija teži sinergiji svjesnih i nesvjesnih zbivanja te nudi brojne mogućnosti intervencija, kako bi se proširila opažanja na nesvjesno, čime se ujedno i proširuju mogućnosti djelovanja i ponašanja.

Na osobnost čovjeka se gleda kao na jedan sustav, koji se sastoji od malih dijelova, odnosno psihičkih instancija svijesti, koje možemo promatrati pojedinačno, ali i u povezanosti i međudjelovanju s drugim dijelovima. Polazišna pretpostavka je da svako vanjsko ili unutarnje ponašanje polazi od jednog dijela ukupne osobnosti te od njega biva održavano i usmjeravano. Pod ponašanjem se ovdje smatraju emocionalna stanja te psihosomatski kompleksi simptoma, koji mogu biti poželjni, štetni, nemoralni ili sramotni. Smatra se da je ponašanje ili pokazani simptom izraz onoga unutrašnjega, odnosno ono najbolje što je svaki pojedinačni dio u stanju proizvesti. Istovremeno ono je dio osobnosti, a s druge strane je dio cjelokupnoga sustava s njim povezano dobrom namjerom. Dijelovi mogu odgovarati različitim životnim područjima (posao, javnost, privatni život) ili mogu odgovarati određenim sposobnostima (sigurnost, povučenost, agresivnost). Pomoću ovog koncepta dijelova uspijeva se unijeti dinamičnost u nepokretne strukture te ujedno dovesti unutarnje konflikte i ambivalentnosti u opipljivu i fleksibilnu strukturu.

5. Znanstveno-terapijska teorija djelovanja

5.1. Osobnost, oblici vezivanja i slika čovjeka

Kao osnovu za djelovanje neuro-lingvistička terapija uzima razvojno-psihološke procese (procesu učenja, procesi sazrijevanja, životno iskustvo i životne planove) koji predstavljaju značajan čimbenik za razvoj osobnosti. Takav razvoj ličnosti po fazama, koje je definirao Erik Erikson, kroz procese učenja i iskustva, je s druge strane definiran i psihosocijalnom komponentom na razini obiteljskog sustava odnosa. Sva naša uvjerenja, djelovanja, motivi, sposobnosti i dr. su determinirani na individualnoj razini i na razini obitelji.

U NLPt-u se polazi od toga da je „lojalnost“ ključni pojam za razumijevanje razine vezane uz sustav (socijalne), kao i individualne razine. Osobna ograničenja, problemi, konflikti, a također bolesti, mogu, prema tome, nastati iz lojalnosti spram izvorne obitelji/rodbine i rješivi su samo ako se uključi i ta dimenzija. [24]

Smatra se da ljudi posjeduju unutar sebe sve što im je potrebno za rast i razvoj. Naglašava se koncept života kao procesa mijenjanja, rasta i individualizacije te je uloga psihoterapeuta da pomogne prepoznati i razviti unutarnju snagu ozdravljenja. Osobnost se u NLP-u smatra kao autokorigirajući otvoren sustav, koji je u neprestanoj interakciji s okolinom.

U NLP-u je također važna teorija vezivanja koja može opisati i/ili objasniti kasnije ponašanje. Značenje ove teorije jest u primarnoj potrebi čovjeka da već od dojenačke dobi traži blizinu i zaštitu izabranih osoba s kojima se povezuje. Vezivanje može imati karakteristike sigurnog, nesigurno/izbjegavajućeg, nesigurno/ambivalentnog i dezorganiziranog vezivanja.

Odrastanje unutar pouzdane obitelji, koja pruža podršku i ima razumijevanja karakteristike su sigurnog vezivanja i takva djeca imaju povjerenje u svoje socijalno okruženje, doživljavaju sebe kao dostojne ljubavi, samopouzdanija su, fleksibilnija, prilagodljivija, samostalno rješavaju sukobe i pokazuju manje smetnji ponašanja od drugih tipova vezivanja.

Konstantni osjećaj nepostojeće emocionalne podrške, odbacivanja i nedovoljne potpore najčešće dovodi do nesigurno-izbjegavajućeg vezivanja, u kojem se dijete povlači, potiskuje potrebu za kontaktom i bliskošću te postaje emocionalno samodostatno. Nepredvidivo i oscilirajuće ponašanje roditelja, koje idu iz krajnosti u krajnost, od povremene pažljivosti do odbijanja ili pretjerane zaokupljenosti sobom karakteristike su nesigurno-ambivalentnog vezivanja. Rezultat takvog oblika vezivanja su djeca emocionalno neuravnotežena, osjetljiva i uvredljivija, razapeta između problematike svoga djetinjstva i sadašnje situacije u odrasloj

dobi. Zlostavljano i istraumatizirano dijete u rizičnim obiteljskim odnosima, koje često doživljava majku nedostižnom i/ili neprijateljskom osobine su dezorganiziranog oblika vezivanja, u kojem dolazi do nedostatka strategije vezivanja i različitih negativnih oblika ponašanja.

Navedeni tipovi vezivanja igraju bitnu ulogu u psihičkom zdravlju i emocionalnom razvoju pojedinca. Nesigurni tipovi vezivanja mogu u kombinaciji s određenim čimbenicima rizika dovesti do razvojnih poteškoća. Obrasci vezivanja izgrađeni do kraja prve godine ostaju fiksirani do puberteta, a dalje se tijekom drugih životnih razdoblja utemeljuju drugi tipovi vezivanja., dok kod kritičnih životnih zbivanja dolazi do promjene tipova. Roditeljski mentalni model vezivanja postaje ključan obrazac prema kojemu se razvijaju kognitivno-afektivne sheme, odnosno mentalna reprezentacija vezivanja, koja obuhvaća svjesno i nesvjesno znanje o iskustvima vezivanja te predodžbe je li okolina dostojna povjerenja.

Slika čovjeka u NLP-u počiva na određenim pretpostavkama ili principima. Jedna od pretpostavki je da za čovjeka svijet i stvarnost ne postoje kao objektivno prepoznatljivi, nego ih se opaža preko subjektivnog osjetilnog aparata i pomoću subjektivno nastalih kognitivnih reprezentacija, odnosno modela. Ponašanje je definirano kao ukupnost svih osjetilnih reprezentacija, koje su doživljene iznutra i izvana te obuhvaća svako djelovanje u izvanjskome svijetu, ali i unutarnju imaginaciju. Nadalje se smatra da ljudi posjeduju osnovnu sposobnost stvaranja modela i samim time imaju sve potrebne resurse za rješavanje problema kada im se navedeni resursi stave na raspolaganje i/ili reorganizaciju. Mijenjanjem uvriježenoga modela moguće je promijeniti ponašanje. Pri tome treba voditi računa o cjelovitom promatranju čovjeka kao sustava izgrađena od manjih „dijelova“ koji su dio cjelokupnoga sustava okoline, s kojom su u stalnoj razmjeni i promjeni. Važna je i pretpostavka koja smatra da ljudi u okviru vlastitih modela donose najbolju odluku u datoj situaciji. Nastojanje NLP je da pomogne ljudima doći do mnogobrojnih nesvjesnih zbivanja i preko njih omogućiti širi izbor za djelovanje, u komunikaciji koja ne uvažava samo verbalni dio, nego dapače i aspekt odnosa. Još jedna od pretpostavki jest da svakom ponašanju prethodi pozitivna namjera, neovisno o krajnjem rezultatu. Nepodudarnost ponašanja i rezultata upućuje na potrebu mijenjanja ponašanja, dok se ne postigne preklapanje, odnosno krajnji cilj.

5.2. Model etiologije

„Utisak“ (imprint) je značajan događaj u prošlosti koji je uzokovao oblikovanje osnovnoga vjerovanja ili cijeloga sustava vjerovanja (Dilts, 1991.). Na osnovi nekoga dramatičnoga iskustva ili zajedničkoga djelovanja različitih zbivanja određena vjerovanja bivaju generalizirana. Ona oblikuju unutarnju stvarnost osobe i u daljnjem su životu odgovorna za određene oblike ponašanja, koji na izgled nisu više pod kontrolom osobe i odvijaju se nesvjesno. [15]

Proces utiskivanja predstavlja postupak kojim odgoj, socijalno okruženje, institucije te cjelokupna kultura djeluje na formiranje naših vjerovanja. U samom procesu formiranja sudjeluju individualne sposobnosti, osobnosti i resursi koji se podudaraju s vrijednostima i pravilima drugih važnih osoba. Utiskivanje može biti pozitivno te donosi korisna vjerovanja, korisne identifikacije, znanja i sposobnosti, dok negativna i problematična iskustva donose uvjerenja koje koče normalni razvoj.

Neuro-lingvistička psihoterapija (NLPT) zastupa osnove orijentirane spram zdravlja, cilja, i rješenja, koje polaze od cjelovitoga, cirkularnoga načina gledanja. Unutar okvira ovoga holističkoga, kibernetičkoga razmišljanja simptom je „zdrav“ pokušaj da se osobi da do znanja da vezanost zasnovana na lojalnosti, zakočena uvjerenja i vjerovanja, nedostatak adekvatnih i efikasnih ciljeva, kao i prevladani, nepokretni i neadekvatni obrasci ponašanja, blokiraju zdravlje. Time se psihičke smetnje ne definiraju ni kao nedovoljna prilagodba, niti kao tjelesna bolest, već kao nesposobnost aktivnoga, dugoročnoga i ciljanoga planiranja i razvijanja odgovarajuće kompetentnosti djelovanja, tj. odgovarajućega cilja. [15]

U NLP-u se na simptom gleda kao na signal, koji predstavlja smetnju ravnoteže sustava, koji se može odnositi na intrapsihičko, obrasce interakcije ili na okruženje u kojemu osoba živi i radi (okolina, obitelj). Slijedom toga se u NLP-u provodi tendencija samoozdravljenja, koja zapravo predstavlja prirodno nastojanje rješavanje problema, gdje se osvještavaju odnosi i obrasci iz prošlosti, uvode se novi resursi i mogućnosti rješenja. U terapijskom procesu NLP-a se do kraja neprorađena sjećanja nanovo prorađuju, svjesno i nesvjesno, s ciljem stvaranja fleksibilnije osnove za konstrukciju stvarnosti, odnosno sadržaji se prorađuju usmjeravajući se prema budućnosti.

5.3. Praktična primjena, tehnike i način djelovanja

5.3.1. Odnos klijenta i terapeuta

Odnos klijenta i terapeuta je jedan od bitnijih preduvjeta u terapijskom odnosu NLP-a. U tom odnosu je osnovni element kongruentnost terapeuta, odnosno njegova intrapersonalna usklađenost, koja označava podudarnost različitih dijelova osobnosti, a sastoji se od podudaranja izrečenoga s tonom glasa, držanjem tijela, pokretima, izrazom lica, mišljenjem i osjećanjem. Iz toga proizlazi da je prvi i osnovni zadatak NLP terapeuta izgraditi stabilan odnos obilježen povjerenjem, empatijom, poštivanjem i suradnjom. Takav odnos se naziva rapor te obuhvaća emocionalno i mentalno povezivanje terapeuta i klijenta.

Praćenje (pacing) predstavlja jednu od najučinkovitijih metoda uspostavljanje rapora, u kojoj se usklađuju elementi ponašanja terapeuta s opaženim ponašanjem klijenta. Ono se odnosi na neverbalno (zrcaljenje ponašanja poput glasa, tjelesnog držanja i disanja) te na verbalno (zrcaljenje izbora riječi, ponavljanje sadržaja izričaja, uporaba atributa karakteristična za klijentov osjetilni sustav). Postoji težnja za sveopćim usklađivanjem NLP terapeuta i drugih karakteristika osobnosti, vrijednosnog sustava i sustava vjerovanja, kako bi terapeut mogao prijeći u sliku svijeta klijenta. Nakon praćenje i dobrog rapora se prelazi na vođenje (leading), koje predstavlja usmjeravanje klijenta pomoću vanjskog ponašanje i unutrašnjih misaonih procesa, odnosno dovodi se klijenta do novih alternativa u ponašanju i mišljenju. Za vrijeme terapije se izmjenjuju praćenje i vođenje.

NLP terapeut sebe shvaća kao pratioca, koji klijentu ponajprije pomaže odrediti ciljeve, aktivirati resurse i postići rješenja i promjene na raznim razinama, relevantnim za pojedine procese rada na sebi. Rješenja trebaju biti u skladu sa sposobnostima, vrijednosnim sustavima i sustavima vjerovanja klijenata, pri čemu se uzima u obzir cjelokupna ekologija klijenta.[15] Uspješan terapeut radi na vlastitoj osobnosti, razvija svoje životno iskustvo, dalje se školuje i podvrgava se profesionalnoj superviziji. Izgrađujući odnos s klijentom učvršćuje osjećaj vlastite odgovornosti i vlastitog opažanja klijenta te svjesno rukuje s prijenosom i protuprijenosom.

Radni sporazum između klijenta i terapeuta je usmjeren prema individualnim ciljevima klijenta. Kroz njega je bitno utvrditi spremnost klijenta na promjene i definirati njegov odnos s okolinom i samim sobom.

5.3.2. Osnove za rad na promjenama i NLP ciljni okvir

Rad na promjenama obuhvaća sljedeće korake:

1. biografska i sustavna anamneza
2. određenje problema
3. određenje cilja
4. traženje resursa i rad na ekologiji
5. planiranje intervencija
6. premošćivanje u budućnost [15]

Prikupljanje informacija je prvi i nezaobilazni put te pomoću Diltsovog S.C.O.R.E. modela je potrebno dobiti informacije o simptomima, uzrocima, ishodima, resursima i učincima sve s ciljem očekivanih promjena. Nakon toga se terapeut fokusira na pomno otkrivanje problema kako bi se mogle predložiti intervencije, uzimajući u obzir prepreke na putu do cilja te već neuspjele pokušaje rješavanja problema. Razotkrivaju se i pozitivne namjere pod kojima se smatraju funkcije simptoma, koje klijent nesvjesno želi postići preko neodgovarajućeg ponašanja ili je to činio u prošlosti. Kada se klijent ne bori protiv problema, nego se pomiri s problemom, otvoren je put za promjenu, razrješenja ili slabljenja problema. Modeli preuokviravanja (reframing modeli) koriste se za iznalaženje pozitivnih namjera koje omogućavaju nove i bolje oblike ponašanja. Važno mjesto zauzima i određivanje cilja, budući da je time započet proces mijenjanja. Smatra se kako je cjelokupan organizam kibernetički sustav, čiji živčani sustav se što svjesno, što nesvjesno usmjerava ka odabranom cilju. Prvi korak u određivanju cilja je na osnovi osjetilne-specifičnosti doživljaja cilja, budući da ona predstavlja kognitivnu mapu (zemljopisnu kartu) potrebnu za usmjeravanje narednog unutarnjeg i vanjskog ponašanja.

Sažimajući navedeno, postoje sljedeći kriteriji za cilj:

1. Cilj je pozitivno formuliran i u sadašnjem vremenu.
2. Osoba mora sama biti u stanju inicirati i održavati cilj.
3. Cilj treba sadržavati kratku povratnu petlju, tj. prvi (mali) korak prema pozitivnom postizanju cilja treba biti moguće što brže prepoznati i potvrditi
4. Cilj mora biti naveden osjetilno-specifično i konkretno (Dokaz: Po čemu klijent primjećuje da je postigao cilj?) – za ciljno stanje (unutarnje stanje) i ciljno ponašanje

5. Cilj se treba uklapati u kontekst; to znači: Gdje, kada, u kojoj situaciji i spram koga treba što, kako često, s pomoću kojih sredstava biti postignuto?
6. Cilj treba za klijenta biti ekološki; to znači da trebaju biti uzete u obzir sve uključene osobe i cjelokupno okruženje unutar dugoročne perspektive- time cjelokupni sustav u kojem klijent živi. Cilj se, naravno, treba uklapati u kompleksan poredak sustava.
7. U definiciji cilja mora biti sadržana pozitivna namjera sadašnjega (problematičnoga) ponašanja (sekundarna dobit). [15]

Bitno je uočiti i nepodudarnost ponašanja i/ili izjava klijenta, kojih često klijent nije svjestan. Kod traženja resursa obraća se pozornost na one primjere u kojima se problem nije pojavljivao i/ili se pojavljivao u blažem obliku. Traže se i pozitivni primjeri ostvarivanja sličnog cilja. Tada se kod navedenih primjera istražuju strukture logičkih razina, relevantna vjerovanja i drugo šta može biti preneseno u obliku intervencija na konkretan problem ili cilj. Praćenje u budućnosti predstavlja oblik mentalnog zamišljanja promjena prenesenih u buduće vrijeme te njihovu integraciju u okolinu. Emocionalne i spoznajne reprezentacije izgrađene u terapijskom odnosu se prenose na svakodnevno funkcioniranje i time samo postizanje ciljeva i njihovo održavanje postaje vjerojatnije.

5.3.3. Modeli intervencija i tehnike

Ovisno o tome na kojoj je razini poremećaj i kakvi su pokušaji objašnjenja klijentice, odnosno terapeuta, primjenjuje se niz psihoterapijskih intervencija i strategija kojima je cilj:

1. razumjeti poruku simptoma,
2. osvijestiti ometajuće blokade i ograničavajuće obrasce iz prošlosti i upotrijebiti ih za rješavanje problema,
3. unijeti u sustav odgovarajuće resurse i time postići relevantne promjene na jednoj ili više logičkih razina (razvijanje konstruktivnih alternativa u djelovanju sve do postizanja dubokosežućih generativnih promjena osobnosti), koje djeluju na socijalnu mrežu pacijenta. [15]

Kod nastanka simptoma ili problema treba obratiti pozornost na značenje koje se pridaje spoznaji, osjećajima i opažanjima, budući da ta razina značenja može biti upotrijebiva u smislu liječenja, kod tehnika preuokviravanja, odnosno kada se radi promjena značenja. Cilj intervencija je aktivirati resurse koji su se pokazali u prošlosti učinkovitima i primijeniti ih na

sadašnju problemsku situaciju te iznaći nove resurse. Kod intervencija treba imati na umu koji sadržaj i oblik intervencije je prikladan za oslobađanje potrebnih resursa i pokretanje procesa samoizlječenja.

Nadalje, u NLP-u se polazi od toga da ne samo da je neverbalno ponašanje osobe pod utjecajem kognitivnih strategija i emocija, te tako na njih ukazuje (površinska struktura nasuprot dubinskoj strukturi), već da i, obrnuto, promjene u neverbalnom području utječu na kognitivne strategije i emocije, te ih mogu usmjeravati (međusobna uvjetovanost).

Kao što je ranije navedeno, neverbalni aspekt nekoga unutarnjega stanje koje može opaziti neki vanjski promatrač u NLP-u se naziva fiziologija. Terapeutkinja je u stanju „kalibrirati“ se na unutarnja stanja, tako da registrira vanjske značajke. Npr., može prepoznati: fiziologiju problema, fiziologiju cilja, fiziologiju resursa i fiziologiju pomirenja.[15]

„Sidrenje“ je osnovna tehnika NLP-a uključena u mnogobrojne intervencije. Potječe od rada Ivana Pavlova i principa klasičnoga uvjetovanja. Pavlov u svojem eksperimentu uparuje davanje hrane (bezuovjetni podražaj) sa zvukom zvona (uvjetni podražaj) i kao posljedica se javlja lučenje sline kod pasa. Nakon nekoliko puta sama zvonjava zvona izaziva lučenje sline, iako inače taj zvuk u životu pasa ne igra nikakvu ulogu. Ovim eksperimentom je postavljen jedan od kamena temeljaca klasično-biheviorističke psihologije i teorije učenja te dokazuje da se svaka unutrašnja reakcija može povezati s bilo kojim vanjskim podražajem.

Kod tehnike sidrenja se govori o određenom podražaju (vizualnom, akustičkom, okusnom, njušnom) koji je povezan s određenim vanjskim ponašanjem ili određenom unutarnjom reprezentacijom te se aktivacijom toga sidra izaziva specifična reakcija. U NLP-u ono predstavlja asocijativno povezivanje, odnosno bazični element našeg mišljenja, osjećanja, djelovanja i sjećanja, koje se često zbiva nesvjesno i bez vanjskog utjecaja.

U NLP-u je bitno svjesno prepoznati „sidra“ koja već postoje, ali razviti i nova sidra s ciljem ciljane upotrebe za rad na razvoju i intervencijama.

Što se tiče tehničke strane, općenito vrijedi da će sidro držati to bolje, što je jasnije i intenzivnije usidreno stanje doživljaja te što je oštrije ograničen i precizniji podražaj. [15]

Upotreba „sidra“ je prije svega s ciljem kako bismo izazvali međusobno odvojeno unutarnja stanja, pozicije opažanja ili vremenska razdoblja učinili dostupnima. Aktivacijom „sidra“ prošlih iskustava osoba ponovno doživljava ondašnje osjećaje i iskustva. Kod korištenja „sidra“ za traženje resursa, rastavljaju se i razbijaju postojeće asocijacije te se stvaraju nove koje su orijentirane na povezivanje resursa i problema te na postizanje ciljeva. U ljudskom djelovanju neprestano reagiramo na sidra, aktiviramo ih i postavljamo. Od važnosti je da i terapeut i klijent znaju postaviti i koristiti sidra.

Pod pojmom asocijacija se smatra povezivanje odvojenih sadržaja, stanja i opažanja dok pojam disocijacija podrazumijeva odvajanje psihičkih sadržaja, psihofizioloških stanja i opažanja, u kojemu je moguće razlikovati svjesno od nesvjesnog, osjećaje od misli, ponašanje od osjećaja.

Određena negativna „sidra“ mogu biti ugašena, ali je prije bitno provjeriti kakvo vezu imaju za dotičnu osobu, je li ta negativna veza samo nezgoda ili ima neko smisljeno značenje za klijenta. Ako je navedeno „sidro“ vezano za obiteljsku dinamiku ili neki drugi bitan kontekst, treba paziti da kod njegovog eventualnog micanja ne bude izgubljeno ono pozitivno što je pružalo zaštitu.

Meta-model kao tehnika postavljanja pitanja obuhvaća jednostavan, jasan i precizan oblik jezika, koji služi za razotkrivanje različitih oblika poništavanja, generalizacija i/ili iskrivljenja unutarnjih reprezentacija klijenta, kako bi se dobile precizne i detaljne informacije. Nasuprot meta-modelu je procesni jezik, u kojemu se terapeut izražava neodređeno i neprecizno, kako bi potaknuo klijenta na vlastito unutarnje pretraživanje i doživljavanje s ciljem nalaženja mogućih rješenja. U govoru se sadržajno daje malo, ali se na razini procesa stimulira i ostavlja klijentu veliki prostor pri traženju resursa, aktivaciji snaga i izboru rješenja.

Preuokviravanje (reframing) je model koji se bazira na spoznaji da značenje pripisano nekom događaju ovisi o okviru u kojem se opaža. U slučaju kad se događaji stave u drugačije okvire, dobiva se drugo značenje, koje klijentu omogućuje nove reakcije i ponašanje. Postoji preuokviravanje konteksta, značenja i sadržaja. Preuokviravanje konteksta obuhvaća određenu situaciju ili izjavu, koja prenesena u drugi kontekst, može umjesto problema predstavljati resurs. Kod preuokviravanja značenja traže se ostale mogućnosti značenja, kojega bi neka situacija mogla imati.

Standardni postupak preuokviravanja sadržaja takozvano je preuokviravanje u šest koraka:

1. Utvrditi neželjeno ponašanje.
2. Uspostaviti kontakt s onim unutarnjim dijelom koji je za to odgovoran.
3. Otkriti pozitivnu namjeru toga dijela.
4. Uspostaviti kontakt s takozvanim kreativnim dijelom, kako bi se umjesto ponašanja koje stvara smetnju generirali novi načini ponašanja, koji također ispunjavaju tu pozitivnu namjeru.
5. Provjera ekologije: slažu li se svi dijelovi osobnosti, također i oni koji do sada nisu uzeti u obzir, s novom mogućnošću?

6. Praćenje u budućnost (future pacing) povećava vjerojatnost da se nove alternative ponašanja zaista i primjenjuju. [15]

Tehnika rada s obrascima i strategijama obuhvaća važan dio NLP-a. Strategije predstavljaju načine na koje uređujemo naše vanjsko i unutarnje ponašanje u odnosu na ciljeve, dok su različiti reprezentacijski sustavi i sekvencije elementi strategije. Za uspješno postignuti cilj je važna upotreba i sposobnost unošenja razlika u reprezentacijske sustave, njihov redosljed i odabir strategija od kojih će neke biti dobre, neke lošije, a neke neučinkovite. Postavka NLP-a je da čovjek djeluje u skladu sa svojom unutarnjom zemljopisnom kartom, koja nastaje uređivanjem iskustava u strukturirane obrasce i/ ili strategije. Ta unutarnja zemljopisna karta je naša individualna konstrukcija te pogled na svijet i zbivanja u njemu, koja utječe na naše ponašanje.

Strategije mogu biti na tri razine, kao mikrostrategije, makrostrategije i megastrategije. Mikrostrategije obuhvaćaju određene sekvencije reprezentacijskih sustava, a obuhvaćaju strategije kreativnosti, planiranja, rješavanja problema, donošenja odluka, uspješnosti i motivacije. One su orijentirane na način kako osoba razvija i upotrebljava pet osjetila u kooperaciji s jezičnim strukturama kako bi prozvela i organizirala misli i ponašanje.

Makrostrategije se bave općom strategijom za kreativnost ili vodstvo i mogu se protezati kroz duže vrijeme. Metastrategija je obrazac za stvaranje modela i bavi se osnovnim pretpostavkama, vrijednostima i sustavima znanja s kojima se barata. Ona predstavlja princip iz kojega nastaju druge strategije.

Vizualno, auditivno, gustatorno, kinestetičko i olfaktorno predstavljaju pet reprezentacijskih sustava, odnosno modalitete, koje koristimo kod razmišljanja i stvaranja iskustva. Submodaliteti obuhvaćaju kvalitetu iskustva, koju doživljavamo preko čula, primjerice kod vizualnoga reprezentacijskoga sustava to su stupanj svjetline, izoštrenost, boju, veličinu, udaljenost. U okviru auditivnoga reprezentacijskoga sustava kao submodalitete razlikujemo glasnoću, ritam, boju zvuka, tempo i visinu tona. Submodaliteti predstavljaju osnovu našeg iskustva.

Submodalitete se stoga upotrebljava za detaljan opis, analizu i utjecaje na kognitivne procese (opažanje, predodžbe i unutarnji dijalog), orijentirane prema rješenju. Pritom se također pokazalo „da uslijed svjesnoga mijenjanja vizualnih i/ili auditivnih submodaliteta..., koji su sinestezijama povezani s emocionalnim stanjima, takva tanja mogu biti oslabljena, pojačana i/ili potpuno promijenjena, čak i kad sadržaj... – npr. neko neugodno sjećanje – biva

konstantno zadržano“ Stoga se u najmanju ruku jednako emocionalno i time akciono relevantnima, kao sadržaji kognicije, smatraju submodaliteti koji ih kodiraju. [15]

Tehnika rada sa submodalitetima se smatra originalnim otkrićem NLP-a te se može koristiti kod više od 30 tehnika NLP-a, dok kod drugih metoda može biti podrška. Jedan od primjera korištenja submodaliteta je kod mijenjanja i integracije vjerovanja. Mijenjanjem submodaliteta, koja održavaju naša uvjerenja o sebi i svijetu mijenjamo i naše ponašanje

6. Korištenje neuro-lingvističkog programiranja

6.1. Primjena neuro-lingvističkog programiranja

Sposobnost uspostavljanja odnosa predstavlja najbitniji i nezaobilazni preduvjet psihoterapijskog rada, budući da bez terapijskoga odnosa nema ni terapijskoga djelovanja. Kvalitetna interpersonalna komunikacija terapeuta i klijenta od presudnoga je značaja za cjelokupan proces psihoterapije. Bitna karakteristika terapeuta se ogleda i u sposobnosti opažanja kako sebe samoga, tako i klijenta. Orijentacija rada terapeuta prema resursima klijenta te njihova uspješna aktivacija učinkovit je put za postignuće cilja.

Neuro-lingvistička psihoterapija (NLPT) je orijentirana spram rješenja kroz proces upotrebe vlastitih resursa na putu poboljšanja vlastitog zdravlja. Može se provoditi individualno, pojedinačno ili grupno u svim dobnim skupinama. Dobro se može kombinirati s ostalim terapijskim pristupima, poput sustavne obiteljske terapije, hipnoterapije, psihodrame, terapije ponašanja, Gestalt terapije, klijentocentričke terapije razgovorom.

Neuro-lingvistička psihoterapija (NLPT) primjenjuje se, primjerice, kod smetnji iz sljedećih skupina indikacija:

7. neuroze,
8. psihosomatska oboljenja,
9. poremećaj osobnosti,
10. reakcije akutne preopterećenosti duljega ili kraćega vijeka,
11. afektivne psihoze,
12. shizofrene psihoze,
13. ovisnost ili zlouporaba alkohola, droga ili lijekova,
14. razvojne smetnje svake dobne skupine. [15]

Kao pomoćni alat Nlp se može koristiti u tretiranju poremećaja hranjenja, fobija, PTSP-a, problema s učenjem, motivacijom, rješavanja loših navika, smanjenja negativnih utjecaja stresa.

6.2. Važne upute za rad s NLP-om

Obraćati se klijentu imenom i u najvećoj mogućoj mjeri paziti na svoje cjelokupno ponašanje, verbalno i neverbalno te biti u odnosu usklađenosti, povjerenja i razumijevanja,

odnosno rapora. Preko takvog odnosa se mogu aktivirati potencijali za rješenja problema i situacija. Treba upotrebljavati riječi i neverbalne znakove klijenta (govor tijela, pokrete, geste, mimiku, pokrete očiju). Treba dobro utvrditi svaki korak i obratiti pažnju na jezične obrasce, primarne i vodeće reprezentacijske sustave te meta programe.

Da bi se zadovoljio kriterij cilja i dobro oblikovanoga ishoda, potrebno je da klijent odgovori na pitanje o čemu se radi kod njega. U slučaju da klijent na ovo pitanje odgovori formuliranjem cilja, tada je potrebno upitati ga što želi učiniti. Kako bi se odredilo ciljno djelovanje potrebno je cilj oblikovati prema kriterijima: pozitivne formulacije koja odgovara na pitanje što i kako, što konkretnija proradba relevantnog unutrašnjeg mišljenja i vanjskog ponašanje, odrediti unutar konteksta (kada, kako, pod kojim uvjetima, s kim, do kada) te uvidjeti što je pod vlastitim utjecajem i u kolikoj mjeri.

Važno je, primjerice, kod ciljeva promjene života i navođenja pozitivnih formulacija da se formulira ponašanje koje želimo umjesto neželjenoga, na primjer ići prošetati, popiti vode, pojesti voće. Ciljevi koji obuhvaćaju djelovanje i/ili raspoloženja drugih i gdje je vlastiti utjecaj smanjen, klijenta se uvodi u tri različite perspektive gledanja na istu stvar. Razrađuje se klijentova perspektiva, zatim ga se stavlja u perspektivu osobe nasuprot njemu, primjerice partnera u konfliktu i na kraju iz perspektive promatrača koji sve to opaža, a ne sudjeluje u odnosu.

Upotreba meta-modela za bitne jezične generalizacije, brisanja i iskrivljenja. Otkrivanje unutarnje zemljopisne karte sadašnjosti upućuje na usporedbu sadašnjeg stanja i ponašanja s onim željenim te otkrivanje prednosti ili promjene stanja. Usporediti koliko dosadašnje stanje se može zadržati u sadašnjosti, a koliko otpustiti. Nakon takve analize klijent će moći bolje formulirati cilj.

Za pokretanje „tvrđih“ klijenata i onih u otporu bitno je postaviti dva pitanja, koja propitkuju klijenta kako ići dalje ako se nastavi sa sadašnjim ponašanjem te kako će izdržati kratkoročno, srednjeročno i dugoročno sa sadašnjim ponašanjem. Kod klijenta dolazi do svojevrstne dramatike dvaju naizgled sukobljenih strana, prednosti sadašnjega stanja i onoga dijela koji želi bolju budućnost. Obično se u ovom slučaju javlja povratni efekt koji omogućuje mobilizirati energiju za aktivaciju promjena.

Nakon formuliranja cilja treba postaviti pitanja koja propitkuju smisao i svrhu ciljnoga stanja ili ponašanja te eventualne druge mogućnosti za postizanje cilja. Kada klijent potvrđuje svojim odgovorima cilj, terapeut treba dobro zapamtiti bitnu jezičnu i tjelesnu formulaciju ovog meta cilja koja poslije može poslužiti kao potpora, ako klijent zapne na putu ostvarenja cilja. Također je meta-cilj važan kada u slučaju nerealističnih ciljeva treba uvesti

alternative, još detaljnije ispitati unutarnja područja i kriterije klijenta te eventualna prečice do rješenja.

Ciljna pitanja trebaju biti otvorena pitanja. Uvijek treba ostaviti dovoljno vremena da rapor bude usklađen te da i klijent i terapeut imaju vremena razmisliti. Nakon odgovora je bitno pratiti neverbalne znakove te je li klijent završio sa slijedom misli. Sugovornik treba imati dovoljno prostora i vremena. Treba promatrati i ostale fiziološke dijelove izjava, poput tona glasa i gesti kako bi ih poslije mogli usporediti. Pripaziti na kongruentnost sadržaja i odnosa, odnosno koliko se tema o kojoj se priča odražava i u odnosu te da li je korisna ili ometajuća. Ako terapeut osjeća da je u jakom kontratransferu tada treba napraviti stanku i vratiti se u položaj sposoban za rad. Usmjerenje terapeuta treba biti na jačanju klijentove autonomije i što veće sposobnosti samoodređenja.

Kod ciljeva u području osjećaja treba klijenta pratiti preko njegovog vodećeg reprezentacijskog sustava, pogotovo kada cilj još nije konkretno formuliran. Također treba propitati klijenta koja je cijena, odnosno koliko je spreman da poduzme određene aktivnosti da bi ostvario cilj. Ciljno određenje i njegovi učinci trebaju biti u skladu sa sustavnom ekologijom pojedinca. Obratiti pozornost na unutarnje i vanjske resurse te utvrditi resurse koji već postoje te ih aktivirati i izgraditi. Upitati klijenta koje prepreke im stoje na putu ostvarenja cilja te klijent treba uvidjeti da većinu njih može on sam riješiti. Preispitati klijenta u šta mora vjerovati da bi mogao ostvariti cilj. Praćenje u budućnost predstavlja intervenciju u kojoj klijent vizualizira daljnje korake, u kojima radi sliku sebe samog, nabraja, zapisuje, pravi listu bitnih stvari.

Bitno je također imati na umu da je NLP terapeut bez obzira na svoju kompetentnost i profesionalnost samo prijelazna faza u klijentovom životu te sve poduzete intervencije trebaju biti usmjerene na jačanje klijentove autonomije i samoodređenja.

6.3. NLP komunikacija sa zahtjevnim i agresivnim pacijentom

Komunikacija s pacijentom je na specifičan način opterećena bolešću pacijenta i različitim emocionalnim stanjima koja iz nje proizlaze. Rad sa zahtjevnim, ljutim i agresivnim pacijentom je stresan, iscrpljujuć i smanjuje efikasnost ukupne zdravstvene skrbi. Cilj primjene NLP vještina i tehnika u sestrinstvu je naučiti upravljati zahtjevnim i ljutim pacijentima te efikasno rješavati krizne situacije između pacijenta i osoblja, a ujedno pridonjeti i boljoj komunikaciji unutar zdravstvenog tima.

Ljutnja kao negativna emocija često prethodi agitaciji te ima tendenciju prerastanja u agresiju. Medicinska sestra/tehničar treba biti u mogućnosti adekvatno razumjeti pacijentovu ljutnju, otkriti šta dovodi do nje i kako je preusmjeriti k željenom cilju na dobrobit pacijenta te istodobno zadržati osobnu mirnoću i objektivnu procjenu pacijentovog stanja.

Kako bi se što bolje pripremili za kriznu situaciju bitno je poznavati dvije osnovne tehnike upravljanja takvim situacijama. To su: self management i words management. Self management je umijeće upravljanja samim sobom, odnosno vlastitim reakcijama proizašlim iz dosad skupljenog osobnog iskustva te adaptivnim obrascima ponašanja. Takvo umijeće osobnog razvoja ima cjeloživotni tijek, a uključuje otkrivanje, osvještavanje i razvijanje vlastitih reakcija na druge ljude (posebice ljute i agresivne pacijente), usvajanje novih i boljih načina reagiranja, razvoj fleksibilnosti i tehnika kontrole negativnih reakcija te korištenje tehnika usmjeravanja pacijenta (pacing-praćenje i leading-vođenje). Words management predstavlja odabir i korištenje jezičnih obrazaca individualno prilagođenih pacijentu prema njegovom vodećem reprezentacijskom sustavu, koji predstavljaju jednu od temeljnih postavki NLP.

U situacijama u kojima je neizbježan konflikt treba uvažiti pet temeljnih pravila za razrješavanje sukoba, a to su:

1. Rapor je baza terapijske komunikacije, a uspostavlja se kroz praćenje (pacing) koje označava usklađivanje vlastitog ponašanja sa zapaženim ponašanjem klijenta, odnosno provodi se i zrcaljenje (mirroring) neverbalnog područja (tjelesno držanje, glas, disanje), govora te jezičnih obrazaca karakterističnih za pacijentov osjetilno reprezentacijski sustav, nakon čega se uspostavlja leading (vođenje).
2. Cilj treba biti u središtu komunikacije i određenim pristupom ne smije se dopustiti da komunikacija ode u drugom neželjenom smjeru odmičući se od zadanoga cilja. Sukob treba razriješiti sada i ovdje.
3. Upotrijebiti vještinu aktivnog slušanja budući da se većina informacija prenosi neverbalnim putem te slušajući možemo bolje shvatiti osobu kojoj pomažemo.
4. Svako ponašanje ima pozitivnu namjeru, odnosno ljudi najčešće funkcioniraju s najboljim interesom ispod kojeg se kriju univerzalni motivi poput ljubavi, poštovanja ili sigurnosti. Uvažavajući navedene motive možemo razviti bolje strategije razrješavanja konflikta.
5. Korištenje tehnika „perceptivnih pozicija“ omogućuje gledanje na problem iz raznih gledišta. „Prva razina percepcije“ obuhvaća pričanje o problemu iz svoje točke

gledišta, dok „druga razina percepcije“ obuhvaća drugu osobu u konfliktu i njezino viđenje problema. Takva promjena pozicija stvara novu razinu promatranja samog problema i uviđanja novih bitnih komponenti za razrješavanje sukoba. Također se primjenom ove tehnike potvrđuje jedna od temeljnih postavki NLP postulata da „mapa nije teritorij“, što znači da naše viđenje stvarnosti, odnosno naša „mapa“ ne odgovara „teritoriju“ jer je bazirana na našem iskustvu. „Treća razina percepcije“ obuhvaća neutralnog promatrača situacije, koji ima objektivan uvid i može se emocionalno odvojiti od nastale situacije.

7. Sestrinske dijagnoze

Dijagnoza koju postavlja viša medicinska sestra (professional nurse) opis je aktualnog ili potencijalnog zdravstvenog problema koji su medicinske sestre s obzirom na edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati. (Gordon 1976.)

Dijagnoza je klinički sud o odgovorima (reakcijama) pojedinca, obitelji ili zajednice na potencijalni zdravstveni problem ili životne procese. Dijagnoza čini osnovu za odabir intervencija iz zdravstvene njege usmjerenih postizanju ciljeva za koje su odgovorne medicinske sestre. (NANDA 1990.) [25]

1. Sestrinska dijagnoza: Anksioznost

Cilj: Pacijent će osjećati smanjenu razinu anksioznosti

Intervencije:

1. Koristiti terapijsku komunikaciju
2. Stvoriti profesionalan empatijski odnos
3. Upoznati pacijenta s okolinom, osobljem i ostalim pacijentima
4. Informirati pacijenta o tretmanu i predviđenim postupcima
5. Poticati pacijenta na izražavanje osjećaja
6. Pomoći pacijentu da identificira činitelje anksioznosti
7. Pomoći i podučiti pacijenta metodama smanjenja anksioznosti
 - a. Vođena imaginacija/vizualizacija ugodnih trenutaka
 - b. Vježbe dubokog disanja i mišićne relaksacije
 - c. Okupacijska terapija (glazboterapija, likovna terapija)
 - d. Humor
8. Omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka
9. Podučiti pacijenta pravilnom uzimanju anksiolitika
10. Kontrolirati redovito uzimanje terapije

2. Sestrinska dijagnoza: Visok rizik za ozljeđivanje u/s psihomotornim nemirom

Cilj: pacijent se za vrijeme hospitalizacije neće ozlijediti

Intervencije:

1. Pacijenta upoznati s nepoznatom okolinom
2. Ukloniti iz pacijentove okoline sve nepotrebne stvari

3. Objasniti pacijentu sustav za poziv u pomoć i procijeniti njegovu sposobnost da ga koristi
4. Omogućiti adekvatno osvjetljenje preko dana
5. Omogućiti uporabu noćnog svjetla
6. Spustiti pacijentov krevet na optimalnu razinu
7. Objasniti pacijentu neželjene pojave lijekova
8. Objasniti pacijentu da prilikom ustajanja iz kreveta ostane sjediti nekoliko minuta, a zatim ustane pridržavajući se uz pomagalo ili dio namještaja
9. Poticati pacijenta da pozove u pomoć medicinsko osoblje

3. Sestrinska dijagnoza: Socijalna izolacija

Cilj: pacijent će tijekom hospitalizacije razviti suradljiv odnos

Intervencije:

1. Uspostaviti terapijsku komunikaciju
2. Poticati pacijenta na izražavanje emocija
3. Osigurati dodatno vrijeme za boravak s pacijentom
4. Poticati na uspostavljanje međuljudskih odnosa
5. Uključiti pacijenta u grupnu terapiju
6. Osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba
7. Podučiti pacijenta asertivnom ponašanju
8. Uključiti pacijenta u okupacionu terapiju

8. Zaključak

Komunikacija kao proces socijalne interakcije prisutna je u svim sferama društva. Kada se dva čovjeka mogu vidjeti nemoguće je ne komunicirati, budući da komunikacijski eksperti navode da se 55% komunikacije odigrava neverbalno (mimika lica, pokret, stav tijela, pogled), 38% paraverbalno (ton i jasnoća glasa, stanke), a samo 7% se komunicira verbalno, u govoru i pismu. Ciljevi komunikacije su brojni, a jedan od osnovnih je uvjeravanje drugih osoba. Sukobi u komunikaciji i općenito nastaju najčešće zbog manjka informacija, pogrešnih ili loših informacija te nepostojanja informacija. Emocije u kriznoj situaciji često imaju veću ulogu nego razum i osobe pod njihovim utjecajem tada često kažu ili učine ono što ne bi u normalnim okolnostima.

Komunikacija u zdravstvu predstavlja važan čimbenik kvalitetne zdravstvene skrbi i neizostavan je element međusobne suradnje između zdravstvenog tima i pacijenta te unutar samog zdravstvenog tima. Postojanje dvosmjerne komunikacije te terapijski karakter interakcije pacijenta i medicinskih sestara jamči povoljniji ishod zdravstvene njege i samog liječenja. Ostvarivanje terapijskog odnosa znači razumjeti pacijenta, iskazati mu empatiju i uspostaviti odnos pun povjerenja, poštovanja i suradnje. U svakodnevnom profesionalnom radu treba obratiti pozornost na kontratransferne emocije, doživljaje i ponašanja zdravstvenog djelatnika prema pacijentu, a koje nisu poželjne i primjerene te ih je potrebno držati pod kontrolom. Komunikacijska kompetencija medicinskih sestara nije uvjetovana samo komunikacijskim vještinama, nego i relacijskim i situacijskim čimbenicima. Relacijski čimbenici se fokusiraju na odnos među sugovornicima te time utvrđuju način ponašanja, dok situacijski čimbenici određuju smjer komunikacije zavisno o stanju u kojem se nalaze sugovornici.

Agresija je ponašanje kojem je namjera da se nekome nanese šteta, odnosno da se netko fizički ili psihički ozlijedi, može biti usmjerena i na objekt. Nastaje kao rezultat bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Kognitivna teorija je jedna od najprihvaćenijih teorija nastanka agresije, koja ističe da način na koji pojedinac percipira i interpretira okolinske događaje determinira hoće li reagirati agresivno. Osim psihijatrijskih bolesti i stanja agresija može biti posljedica i organskih bolesti kao npr. neuroloških, metaboličkih, infektoloških. Rizični čimbenici za agresivno ponašanje hospitaliziranog pacijenta se odnose na samog pacijenta, njegovu okolinu i potencijalnu žrtvu. Medicinske sestre i tehničari su često prvi u komunikaciji s agresivnim pacijentom. Njihova procjena pacijentovog ponašanja i eventualne

eskalacije agresije te pravovremene primjene najoptimalnije intervencije od presudnog je značaja za sigurnost pacijenata i osoblja.

Temeljna načela deeskalacijske tehnike neutralizacije agresije obuhvaća niz intervencija koje nužno trebaju poznavati medicinske sestre i tehničari s ciljem smirivanja pacijenta i poboljšanja ishoda ukupne zdravstvene skrbi. Osnovne postavke deeskalacijske tehnike nalažu uspostavu verbalnog kontakta s pacijentom i po mogućnosti terapijske komunikacije, jasne i kratke rečenice, prepoznavanje pacijentovih osjećaja i želja te aktivno slušanje. Ujedno je potrebno koristiti neutralnu neverbalnu komunikaciju te u svakom trenutku treba paziti na osobni prostor i imati dovoljno mjesta za uzmak. Također se dio smirujuće tehnike odnosi na određivanje pravila i postavljanje jasnih granica ponašanja. Kada je moguće treba pacijentu ponuditi izbor i ukazivati na optimizam. Nakon same agresivne situacije treba ispitati pacijenta i osoblje kako bi se rekonstruirale okolnosti koje su dovele do eskalacije agresije te razmotrili preventivni čimbenici potencijalnih sličnih situacija.

Kod neuspjeha deeskalacijskih tehnika primjenjuju se prisiljavajuće metode neutralizacije agresije koje uključuju brzu trankvilizaciju, fizičko sputavanje i sekluziju. Medicinske sestre/tehničari mogu iznimno primijeniti mjere prisile samo u iznenadnim i hitnim situacijama kada procjene da postoji ozbiljna opasnost da pacijent ugrozi osobnu i sigurnost okoline te su dužni da u najkraćem roku o tome obavijeste liječnika. Nadzor izvršenja mjera prisile je dužnost medicinskih sestara/tehničara, koji su ujedno zaduženi sve zapažanja dokumentirati, a o promjenama pravovremeno obavijestiti liječnika.

Kao jedna od mogućih deeskalacijskih metoda može se koristiti i NLP (neuro-lingvističko programiranje), koje predstavlja metodu osobnog razvoja i komunikacijski trening koji se primjenjuju u pedagogiji, psihologiji, sportu, menadžmentu, medicini i ostalim poljima ljudskog djelovanja, u kojima je potrebno poboljšanje vlastitih sposobnosti i postignuće željenih ciljeva. NLP su utemeljili Richard Bandler i John Grinder 70-tih godina 20 stoljeća u Sjedinjenim Američkim Državama. Njihova prvobitna težnja je bila stvoriti modele uspješne komunikacije. Sama srž neuro-lingvističkog programiranja je modeliranje uspješnog ponašanja kojima ćemo doći do željenog rezultata. Tijekom vremena NLP je razvio veći broj terapijskih intervencija te se razvio u samostalni psihoterapijski pravac. Neke od tehnika koje se koriste u psihoterapiji su: sidrenje, meta modeli, premapiranje, lista submodaliteta, preuokviravanje. U psihoterapijskom smislu i kao deeskalacijska metoda prvi i osnovni zadatak osobe koja primjenjuje NLP je izgraditi rapor, tj. odnos obilježen povjerenjem, empatijom, poštivanjem i suradnjom. NLP vještine i metode primjenjivane kao oblik deeskalacijske tehnike pomažu medicinskim sestrama/tehničarima u radu sa zahtjevnim,

ljutim i agresivnim pacijentima. Aktivno slušanje, fokus na zajednički definiranom cilju, korištenje tehnike „perceptivnih pozicija“ i pretpostavke NLP-a da svako ponašanje ima pozitivnu namjeru pomaže razrješavanju kriznih situacija. Dodatna edukacija što većeg broja medicinskih sestara/tehničara u smjeru uvažavanja NLP tehnika i metoda zasigurno bi prevenirala broj nasilnih incidenata te smanjila rizik negativnih posljedica nasilja spram pacijenta, zdravstvenog osoblja i zdravstvene ustanove.

9. Literatura

- [1] A. Budak, L.J. Moro, G. Pavleković, M. Vrcić: Osnove komunikacijske vještine, Priručnik Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1992.
- [2] P. Watzlawick, J. Beavin., D. Jackson: Pragmatics of Human Communication – A Study of Interactive Patterns, Pathologies and Paradoxes, W.W. Norton, New York, 1967.
- [3] J. Balzar Riley: Communications in Nursing, Mosby, St. Louis, 2000.
- [4] V. Krešić: Komunikacija u sestinstvu- međuljudski odnosi zdravstvenih djelatnika, Sestrinski glasnik, br.18, travanj 2013, 41-43
- [5] V., Henderson: Osnovna načela zdravstvene njege, HUMS, Zagreb, 1994.
- [6]http://learn.ananursingknowledge.org/template/ana/publications_pdf/leadershipInstitute_competency_model_brochure.pdf., dostupno 15.12. 2015.
- [7] <http://www.scribd.com/doc/124317140/Komunikacije-u-sestrinstvu>, dostupno 12.1.2016.
- [8] V. Kolesarić, M. Krizmanić, B. Petz: Uvod u psihologiju: Suvremena znanstvena i primijenjena psihologija, Grafički zavod Hrvatske, Zagreb, 1991.
- [9] L.Rajhvajn: Povezanost agresivnosti i sociometrijskog statusa srednjoškolaca, Diplomski rad, Filozofski fakultet, Zagreb, 2004.
- [10] G. Dodig, T. Glavina, Š. Janović, D. Romac, B. Uglešić: Aggression and Acoholismus, *Coll. Antropol.*, br 25, lipanj 2001, 239-244
- [11] Š. Janović: Suicide attempts at the Psychiatric Emergency Care Unit, *World J of Biol Psychiatry*, br.15, 2001, 384S
- [12] M. Goreta: Primjena sile u psihijatrijskom tretmanu, Naklada Zadro i Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, 2009.

- [13] http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2015_02_16_303.html, dostupno 20.1.2016.
- [14] R. Bandler: NLP- ostvarite život kakav želite, V.B.Z., Zagreb, 2012.
- [15] P.Schutz., S. Schneider-Sommer, B. Gross, H. Jelem, Y. Brandstetter-Halberstaadt: Teorija i praksa neuro-lingvističke psihoterapije, Medicinska Naklada, Zagreb, 2003.
- [16] R. Dilts, R. Bandler, J. Grinder: Strukturen Subjektiver Erfahrung: Ihre Erforschung und Veränderung durch NLP, Junfermann, Paderborn, 1985.
- [17] J. O Connor, J. Seymour: NLP- Uvod u neurolingvističko programiranje, TELEdisk, Zagreb, 2009.
- [18] W. James: The Principles of Psychology, Dover Publications, New York, 1890.
- [19] A.Korzybski: Science and Sanity: An introduction to Non-Aristotelian Systems and General Semantics, The International Non-Aristotelian Library Publishing Company, Lakeville, Connecticut, 1933.
- [20] R. Bandler, J. Grinder: Metasprache und Psychotherapie. Struktur der Magie I., Junfermann, Paderborn, 1981.
- [21] R. Dilts, T. Epstein: Systemic NLP- A Unified Field Theory, Dynamic Learning Publications, Ben Lomond, 1991.
- [22] A. Bandura: Social Learning Theory, Prentice Hall, Englewood Cliff/N.J., 1977.
- [23] J. Grinder, R. Bandler: Trance-formations. Neuro-Linguistic Programming and the Structure of Hypnosis, Real People Press, Moob, Utah, 1981.
- [24] G. Fučkar: Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1992.

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, DUBRAVKA FERIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom KORIŠTENJE NEURO-LINGVISTIČKOG PROGRAMA (upisati naslov) te da u navedenom radu ~~nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.~~

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Dubravka Ferić
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, DUBRAVKA FERIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom KORIŠTENJE NEURO-LINGVISTIČKOG PROGRAMA (upisati naslov) čiji sam autor/ica. ~~KROZ NEODOBRENE METODE U RADU SPACIJENTIMA~~

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Dubravka Ferić
(vlastoručni potpis)