

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA  
URAVNAVANJE ČUSTEV PRI ANKSIOZNIH  
MOTNJAH

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Uravnavanje čustev pri anksioznih motnjah**

(Emotion regulation in anxiety disorders)

Ime in priimek: Eva Benda

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Koper, julij 2019

## **Ključna dokumentacijska informacija**

Ime in PRIIMEK: Eva BENDA

Naslov zaključne naloge: Uravnavanje čustev pri anksioznih motnjah

Kraj: Koper

Leto: 2019

Število listov: 29

Število referenc: 48

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Ključne besede: Uravnavanje čustev, anksiozne motnje, teorija izbire, realitetna terapija

Izvleček:

Anksiozne motnje so pogoste čustvene motnje, ki posameznika bremenijo na številnih področjih, med drugimi tudi pri zdravju, sreči in osebnem zadovoljstvu. Posamezniki, ki se z njimi srečujejo, pogosto uporabljajo strategije uravnavanja čustev, ki anksioznost na daljši rok še povečajo ali pa jo uspejo zmanjšati le kratkotrajno. Problematično je, da posamezniki kot vzrok svojih težav velikokrat krivijo zunanje okoliščine ali dogodke ter se zato srečujejo s pomanjkanjem čustvene stabilnosti ali z nekonstruktivnim uravnavanjem čustev. Kot nasprotje temu je teorija izbire, ki predstavlja možnost izbire naših čustev, misli, počutja in vedenja. Preko prepoznavanja vrednot, pričakovanj ter slik, ki jih vedno gledamo, posamezniki ustvarjamo svojo realnost in počutje. Realitetna terapija kot terapevtski proces z upoštevanjem teorije izbire ugotavlja, da je vzrok vseh težav in simptomov nesrečnost in neustrezno zadovoljevanje petih osnovnih potreb – potrebe po preživetju, ljubezni in pripadnosti, moči, svobodi in zabavi. Pomembno je, da posamezniki z anksioznimi motnjami spoznajo konstruktivne načine uravnavanja čustev ter začnejo zadovoljevati svoje želje in potrebe. Najbolj pomembno pa je, da prevzamejo odgovornost za svoje duševno zdravje in dobro počutje.

### **Key words documentation**

Name and SURNAME: Eva BENDA

Title of the final project paper: Emotion regulation in anxiety disorders

Place: Koper

Year: 2019

Number of pages: 29

Number of references: 48

Mentor: Assist. Prof. Matej Kravos, PhD

Keywords: Emotion regulation, anxiety disorders, choice theory, reality therapy

Abstract:

Anxiety disorders are frequent emotional disorders and can be a burden for individuals in different areas of life, especially in health, happiness and personal satisfaction. Individuals who face anxiety disorders, usually use strategies that eventually increase levels of anxiety or decrease them for a short period of time. It is problematic that individuals often perceive external surroundings or events as causes for their problems and they consequently lack emotional stability or experience unconstructive regulation of emotions. Contrary to this, the choice theory offers a possibility of choice for our emotions, thoughts, well-being and behavior. Individuals create their own reality and well-being through the recognition of their own values, expectations and pictures that they always see in their minds. Reality therapy as a therapeutic process with the consideration of the choice theory, establishes that the reasons for all problems and symptoms are unhappiness and unsuitable satisfaction of the five basic needs – the need for survival, love and belonging, power, freedom and fun. It is important that individuals with anxiety disorders become familiar with the constructive ways of the regulation of emotions and begin satisfying their wishes and needs. The most important thing among all is that they accept the responsibility for their own health and well-being.

## **ZAHVALA**

Najprej se zahvaljujem sebi za svojo radovednost, inovativnost in nenehno željo po osebni rasti. Hvala Mihi za vzor vztrajnosti, vso toplino, pogovore in pomoč, ko jo najbolj potrebujem, ter vero vame pri tem, kar sem in kar delam. Velika zahvala tudi mentorju, dr. Mateju Kravosu, za potrpežljivost, prijaznost, hitre odgovore in vso strokovno podporo. Hvala moji mami za srčnost, pogum, razumevanje moje drugačnosti in vse skuhane dobrote. Hvala dr. Aleksandru Šinigoju za vsa srčna znanja in mentorstvo na področju *life in business coachinga*. Hvala Eriku za SOS pogovore in vse, kar sem se od tebe naučila o življenju. Hvala Tanji za prebujenje moje kreativnosti in pristne otroške radovednosti.

**KAZALO VSEBINE**

1	UVOD.....	1
2	ČUSTVA .....	2
2.1	Definicija čustev .....	2
2.2	Strah in anksioznost .....	2
2.3	Proces čustvovanja.....	3
3	TEORIJA IZBIRE .....	4
3.1	Osnovne potrebe in duševno zdravje .....	5
3.1.1	Potreba po preživetju .....	5
3.1.2	Potreba po ljubezni in pripadnosti .....	5
3.1.3	Potreba po moči .....	6
3.1.4	Potreba po svobodi .....	6
3.1.5	Potreba po zabavi.....	6
3.2	Slike in vrednote .....	6
3.3	Realitetna terapija .....	7
4	URAVNAVANJE ČUSTEV .....	9
4.1	Strategije uravnavanja čustev .....	10
4.1.1	Potlačitev .....	11
4.1.2	Kognitivno prevrednotenje .....	11
4.1.3	Ruminacija.....	12
5	ANKSIOZNE MOTNJE .....	12
5.1	Vzroki anksioznih motenj .....	12
5.2	Generalizirana anksiozna motnja.....	12
5.3	Obsesivno-kompulzivna motnja .....	13
5.4	Fobične anksiozne motnje.....	13
5.5	Socialna fobija .....	14
5.6	Panična motnja.....	14
5.7	Posttravmatska stresna motnja.....	15
5.8	Uravnavanje čustev pri anksioznih motnjah .....	15
6	ANKSIOZNE MOTNJE SKOZI OČI TEORIJE IZBIRE .....	17
7	SKLEPI.....	19
4	LITERATURA IN VIRI.....	21

## 1 UVOD

Anksiozne motnje so, ne samo po svetu, ampak tudi v Sloveniji najbolj razširjene duševne motnje, saj je bilo v letu 2010 ocenjenih 281.046 posameznikov z anksioznimi motnjami (Bon, Bresjanac, Dobnik, Koritnik, Pirtošek, Pregelj in Repovš, 2013). Med najpogostejše diagnosticirane anksiozne motnje spada generalizirana anksiozna motnja, kjer sta prisotna stalna tesnoba in napetost brez specifične zunanje okoliščine, obsesivno-kompulzivna motnja, v ozadju katere je tesnoba, specifične fobije, kjer so prisotni določeni objekti strahu, socialna fobija, pri kateri gre za anksioznost v omejenih socialnih položajih, panična motnja, kjer se pojavi intenzivni strah, ki ni omejen na okolico, in postravmatska stresna motnja, ki se pojavi kot odgovor na travmatski dogodek (Starčević, 2010). Glede na omenjeno lahko opazimo, da je v ozadju vseh anksioznih motenj tesnoba, najbližje osnovno čustvo pa je strah (Kocmur, 1999).

Doživljanje čustev nam je lahko v izredno pomoč, lahko pa nam tudi škodi, predvsem ko govorimo o tipu čustva, njegovi intenziteti ali trajanju (Barlow, Campbell-Sills in Ellard, 2014). Posamezniki z anksioznostjo čustva doživljajo z večjo intenzivnostjo in pogosteje dojemajo dražljaje kot ogrožajoče. Pri tem izbirajo neustrezne strategije, kot sta npr. ruminacija in potlačitev, s katerimi teže kvalitetno zmanjšajo neprijetna občutja na daljši časovni rok (Amstadter, 2008). Glede na to, da čustveno stabilni posamezniki pogosteje doživljajo srečo, so zadovoljni z življenjem ter imajo višjo samopodobo, je uravnavanje čustev pomemben način, s katerim lahko anksiozen posameznik doseže boljše počutje (Cvetek, 2014).

Na to, da posameznik doseže dobro počutje, se navezuje tudi teorija izbire, ki izhaja iz prepričanja, da ima posameznik notranji nadzor nad lastnim vedenjem, mišljenjem ter čustvovanjem (Glasser 2007). Anksiozni posamezniki morajo tako preusmeriti fokus v zadovoljevanje svojih petih osnovnih potreb – potrebe po pripadnosti, moči, svobodi, zabavi in preživetju, hkrati pa morajo prevzeti odgovornost za lastno počutje in čutenje ter se usmeriti na prepričanje, da imajo možnost izbire ne glede na to, kaj se dogaja v zunanjem ali notranjem svetu posameznika (Glasser, 2003).

Anksiozne motnje niso le neprijetne, ampak pomembno vplivajo na posameznikovo vedenje, kognicijo, čustva in s tem tudi na celotno življenje. Z zaključno nalogo želim opozoriti na to, da je naše vedenje in čustvovanje naša izbira in da lahko vplivamo na anksiozne motnje preko konstruktivnega uravnavanja lastnih čustev. Rada bi spodbudila vse, ki so se kadarkoli srečali z anksioznimi motnjami, da si začnejo pomagati sami in prevzamejo odgovornost ter kontrolo za svojo srečo in dobro psihično počutje. Z nalogo želim strokovno podkrepiti to, da je vsa moč, ki jo potrebujemo, da se osvobodimo anksioznih motenj, že v nas, le odločiti se jo moramo uporabiti.

## 2 ČUSTVA

### 2.1 Definicija čustev

Čustva so fleksibilen odziv na zunanje dogodke ali naše notranje stanje in so multidimenzionalna (Amstadter, 2007). Sestavljena so iz kognitivnih, vedenjskih, fizioloških in nevroloških mehanizmov, ki za posameznika predstavljajo najboljši odziv v dani situaciji (Berking in Whitley, 2014). Za definicijo čustev je pomembno omeniti fenomene, ki ne spadajo pod čustva – primer teh so refleksi ali pa občutek toplote ali mraza, ki ne spadajo pod čustva (Moors, 2010). Čustva morajo imeti pozitivno ali negativno valenco (čeprav ne govorimo o pozitivnih ali negativnih čustvih, ampak o prijetnih in neprijetnih) (Moors, 2010). Afekt je definiran kot intenziven in takojšnji odziv – je turbulenten in v njem oseba za hip izgubi racionalno mišljenje (Hudikova, 2015). Razpoloženje pa je pojem, ki označuje daljše trajanje kot afekt, tudi čustva so manjše intenzitete (Hudikova, 2015). Vsako osnovno čustvo (veselje, žalost, jeza, presenečenje, gnus) ima torej unikaten vzorec vrednot, tendenco izražanja, fiziološki odziv in značilno obrazno izražanje (Moors, 2010).

### 2.2 Strah in anksioznost

Strah je ena izmed bazičnih emocij, ki se lahko izrazi kot beg, boj ali pa zamrznitev glede na reakcijo avtonomnega živčnega sistema (Barlow idr., 2014). Je torej naraven motivacijski mehanizem za preživetje, ki nam omogoča, da se na nevarnost odzovemo hitro in instinktivno (Cisler, Feldner, Forsyth, Olatunji, 2010). Strah povzroči tunnelski vid, saj nam usmeri pozornost na potencialno nevarnost in zoži pogled (Hudikova, 2015). Strah je po navadi vezan na določeno situacijo, anksioznost pa nima nujno objektivnega razloga, vendar gre za odgovor na potencialno bodočo nevarnost, ki je osnovana na zgodnjih izkušnjah in učenju (Craske, 1999, po Hribar, 2007).

Anksioznost je lahko glede na to povsem normalen in adaptiven spoznavni, čustveni, fiziološki in vedenjski odziv na dejansko nevarnost, vendar ne sme trajati predolgo in mora doseči ravno pravšnjo stopnjo (Kocmur, 1999). V tem primeru gre za anksioznost kot stanje, kar pomeni, da se začasno poveča raven vznburjenja in s tem delovanje simpatičnega živčnega sistema, kar je normalna reakcija na stres in je zelo podobna odzivu, ki ga lahko imamo pri strahu (Lamovec, 1988, po Hribar, 2007). O anksioznosti kot osebnostni potezi pa lahko govorimo, ko se z njo primarno odzovemo v velikem številu situacij (Lamovec, 1988, po Hribar, 2007).

Glede na to, da sta pojma strah in anksioznost pomensko različno uporabljena pri številnih avtorjih, Hribar (2007) ugotavlja, da bi lahko kot »vsebino« anksioznosti določili strah, ki je

bazična emocija, kot »forma« pa se lahko izraža kot skrb, strah ali panika. Strah se torej lahko potencialno razvije v anksioznost, če strategije spoprijemanja z njim niso konstruktivne (LaBar, 2016).

## 2.3 Proces čustvovanja

Pri čustvovanju gre za kompleksen in ne za statičen proces, saj lahko pri njem opazimo določene komponente (Cvetek, 2014). Nastanek in zaporedje čustvenih procesov lahko pojasnimo z modelom krožne emocionalne reakcije (model KER) (Milivojević, 1999, po Smrtnik Vitulić, 2007). Najprej se v zunanjem okolju zgodi sprememba, torej dražljaj, ki pa ga človek še ne opazi. Da lahko pride do čustvenega odziva na dražljaj iz okolja, mora posameznik ta dražljaj najprej zaznati preko čutil, kar sproži nadaljnji potek čustvovanja (LeDoux, 2000, po Cvetek, 2014). V tretji fazi se zgodi pripisovanje pomena dražljaju, ki je hiter miselni proces, s katerim oseba oceni vsebino dogajanja ter jo poveže s svojimi predhodnimi znanji in izkušnjami (Milivojević, 1999, po Smrtnik Vitulić, 2007). V tej fazi je tudi mogoče, da se lahko dražljaju pripiše tudi napačen pomen in zato sledi neustrezna emocionalna reakcija. V četrti fazi mora oseba oceniti dražljaj kot pomemben, saj je to bistveno za njeno doživljanje čustev. Zaznani dogodki možgani ocenijo in mu pripišejo čustveno vrednost: grožnja, ugodje, korist ali pa škoda (Cvetek, 2014). Pri oceni dražljaja ne gre zgolj za pomembnost ali nepomembnost dražljaja, ampak tudi za pomembnost konteksta, v katerem se pojavi dražljaj (LeDoux, 2000, po Cvetek, 2014). Glede na spomin preteklih dogodkov in odzivov se zgodi učenje, kar je zelo pomembno upoštevati v procesu ocene konteksta dražljaja. Proces učenja vpliva na to, da se oseba na dogodke začne odzivati podobno, kot se je odzvala na podobne dogodke v preteklosti (LeDoux, 2000, po Cvetek, 2014). Po tem ko situaciji pripišemo vrednost, se zgodi emocionalni telesni odziv, ki pripravi telo na potrebno akcijo. Temu sledijo spremembe na biološki ravni, tj. spremembe v avtonomnem živčnem sistemu, endokrinem sistemu in somatskem živčnem sistemu, ki mobilizira energijo za morebitno akcijo, ki jo oseba doživlja kot notranji impulz in se kaže v zunanjih izrazih telesa. Posameznik potem poišče tisto vedenje, s katerim se lahko optimalno odzove na dogajanje (Milivojević, 1999, po Smrtnik Vitulić, 2007).

Nadzor čustev poteka večinoma na zavedni ravni, najpogosteje tako, da oseba spremeni svoje predstave, misli, izraze in vedenje, ki se pojavljajo pri njihovem doživljanju čustev (Lamovec, 1991, po Smrtnik Vitulić, 2007). Nadzor čustev se lahko pojavlja med vsemi zgoraj opisanimi fazami v modelu KER: pri dražljajski situaciji, zaznavanju te situacije, pripisu pomena situaciji, pripisu pomembnosti situaciji, telesnem odzivu ali akciji. Oseba lahko recimo z nadzorom zaznavanja dražljajske situacije spremeni ali pa preusmeri izvirne predstave, ki ji vzbujajo nezaželeno čustvo (Milivojević, 1999, po Smrtnik Vitulić, 2007).

### 3 TEORIJA IZBIRE

Če pogledamo psihologijo zunanjega nadzora in običajno pojmovanje čustev, so čustva, ki jih doživljamo, odvisna od zunanjih dražljajev (Glasser, 2014). To je torej svet, ki je orientiran na pojmovanje »jaz vem, kaj je dobro zate« in se osredotoča na to, kaj moramo narediti, da se bomo z ljudmi zblížali ali razdvojili, in tako posledično predajamo kontrolo za naše življenje, počutje in srečo drugim. Če to velja, smo lahko v poziciji žrtve, če se pustimo nadzirati drugim, ali pa si moč pridobivamo na način ukazovanja, kaj bi kdo moral delati. Gre za prepričanje, da lahko nadzorujemo in spreminjamo druge, v resnici pa ne moremo vedeti, kaj je dobro za druge, vemo lahko namreč le, kaj je dobro za nas. V teoriji izbire William Glasser (2007) govori o notranjem nadzoru lastnega vedenja in pojasni, da si vse, kar ljudje počnemo, mislimo in kako se počutimo ter čutimo, izbiramo sami in imamo hkrati kontrolo nad tem. V nasprotju s teorijo zunanjega nadzora teorija notranjega nadzora verjame v to, da lahko kontroliramo zgolj sebe, smo pri tem svobodni in hkrati sami odgovorni.

Teorija izbire pojasnjuje človekovo motivacijo in vedenje glede na koncept notranje kontrole (Wubbolding, 2012). Ko ne dobimo tistega, kar hočemo, sprožimo in izbiramo vedenje za doseg naših želja. Vedenje poganja razlika med tem, kar si želimo, in tem, kar imamo v danem trenutku (Britzman, Graham, Sauerheber, 2012). Vedenje skupno tvorijo štiri komponente, in sicer komponente celostnega vedenja (Wubbolding, 2012):

1. Dejavnost oz. akcija
2. Mišljenje
3. Počutje in čustva
4. Fiziološki procesi

Po teoriji izbire imamo nad vsemi štirimi komponentami kontrolo (Wubbolding, 2012). Najlaže kontroliramo našo akcijo oz. dejavnost, zatem pa naše mišljenje. Čustva so tretja po vrsti, ki jih lahko najbolj uspešno kontroliramo, saj so podaljšek našega mišljenja ter akcije. Na zadnjem mestu sposobnosti kontrole pa so fiziološki procesi. Čustva in mišljenje torej niso posledica naše dejavnosti oz. akcije, ampak so akcija sami zase. Pomembno je vedeti, da že samo s spremembo ene komponente, nad katero imamo kontrolo, povzročimo spremembo ostalih. Z mišljenjem in dejavnostjo, ki se jih bolje zavedamo, lahko spremenimo tudi čustva in fiziološke procese. Posledično bomo bolj zadovoljili osnovne potrebe, ki bodo predstavljene v nadaljevanju, kar bo privedlo do večjega zadovoljstva, boljše samopodobe in duševnega zdravja (Wubbolding, 2012).

### 3.1 Osnovne potrebe in duševno zdravje

Odločitve in izbire začnemo sprejemati najprej skozi razvojno-psihološke faze otroštva, kasneje adolescence in nato tudi v odrasli dobi (Mottorn, 2008). Ko oseba odraste, je lahko ali pa ni zavestno pozorna na osnovne potrebe in hkrati lahko razvije ali pa ne razvije strategij, ki ji omogočajo zadovoljitev teh potreb. Vsi posamezniki se torej skozi odraščanje na nek način naučijo prehoda iz zadovoljevanja potreb preko drugih (za otroka so to starši) do tega, da zavestno sami sprejemajo odločitve za svoje vedenje in sami zadovoljijo osnovne potrebe. Ko posameznik odrašča, dobiva nove življenjske vloge, a osnovne potrebe se ne spremenijo, spremeni se le način njihovega zadovoljevanja. William Glasser (2007) opisuje pet najpomembnejših in osnovnih potreb, to so potreba po preživetju, po ljubezni in pripadnosti, po moči, po svobodi ter po zabavi. Če se večino časa počutimo sproščeno in prijetno, potem lahko vemo, da so naše potrebe zadovoljene (Glasser, 2007). Vendar pa je naša genetska narava taka, da se tega, ko je ena potreba zadovoljena in druga ni, zavemo takoj (Glasser, 1994). Dejansko redko uspemo zadovoljiti vse potrebe in včasih smo prisiljeni, da izbiramo med njimi, saj so si lahko potrebe med seboj tudi nasprotujoče ali pa več potreb deluje skupaj, da nas zmorejo zadovoljiti (Glasser, 1998). Seveda ne moremo spremeniti svojih potreb, lahko pa spremenimo način zadovoljevanja le-teh v konstruktivnega. Človek je torej motiviran za doseg užitka, ki ga dobi, ko zadovolji svoje osnovne potrebe. Osnovne potrebe opisujejo več kot samo njihove posamezne značilnosti, saj jakost pomembnosti določene potrebe določa tudi naše vrednote in s tem tudi našo osebnost (Glasser, 1998).

#### 3.1.1 Potreba po preživetju

Vsa živa bitja so genetsko programirana tako, da jih žene nagon po preživetju (Glasser, 2014). Ta potreba je orientirana okoli fizioloških dejavnikov – jesti, spati, ohranjati toploto in imeti hormonsko naravnano spolnost za preživetje (Glasser, 1998). Vendar pa se ta osnovna potreba kaže tudi skozi psihološke značilnosti; oseba, ki ima močno željo po preživetju, bo malo tvegala, bila bolj konservativna, raje bo varčevala kot zapravljala, skrbelo jo bo za varnost, cenila bo stabilnost ter zavračala nove ideje, stvari in ljudi (Glasser, 1998).

#### 3.1.2 Potreba po ljubezni in pripadnosti

To je potreba po tem, da ljubimo, smo ljubljene, delimo, sodelujemo, pripadamo in smo si fizično blizu (Korošec, 2009). Ker smo s partnerji, družinskimi člani in prijatelji nenehno v odnosih, smo ljudje socialna bitja in poskušamo preko teh razmerij potešiti potrebo po ljubezni in pripadnosti (Korošec, 2009). Večina ljudi, ki je nesrečnih v ljubezni, izhaja iz

pozicije zunanje kontrole »ti mi povzročiš bolečino in hočem, da se ti spremeniš« (Glasser, 2014). Ker je to ena izmed najbolj visoko uvrščenih potreb – posebej pri ženskah – lahko hitro pride do tega, da smo frustrirani (Glasser, 1998). Kdor potrebuje več ljubezni, trpi, ker je ne dobi, in drugi (po navadi partner) tega zaradi manjše potrebe ne razume in prav tako trpi. Zato ni presenetljivo, da so številni samomori lahko vzrok dolgotrajno nezadovoljene potrebe po ljubezni (Glasser, 1998).

### **3.1.3 Potreba po moči**

Ljudje smo edina živa bitja, ki jih vodi potreba po moči (Glasser, 2007). To pomeni, da si želimo spoštovanja, uveljavljenosti, pomembnosti, upoštevanja in samozavesti. Potrebo po moči lahko izražamo na področju kariere, uspeha, znanja, prepričanj, govora in praktično vsega, kar obstaja (Glasser, 2007). V osnovi je potreba po moči že zadovoljena, ko nas ljudje spoštujejo. Spoštovanje pa pridobimo tako, da nas nekdo, ki mu ni vseeno za nas, posluša (Glasser 1998).

### **3.1.4 Potreba po svobodi**

Potreba po svobodi zajema osvoboditev izpod nadvlade drugih (Glasser, 1998). Ljudje hočemo torej izbirati, kako bomo živeli, kaj in kako bomo nekaj počeli, kaj nam je všeč in kaj ne, želimo svobodo izražanja, branja, pisanja, verovanja in neverovanja (Glasser, 2007). Potrebo po svobodi občutimo predvsem takrat, ko nam je odvzeta ali pa je ogrožena (Glasser, 2007).

### **3.1.5 Potreba po zabavi**

Zabava je temeljno genetsko navodilo vseh živalskih vrst na višji stopnji razvoja, saj predstavlja način, na katerega se učimo (Glasser, 1994). Zabava je tisto, kar dobimo za nagrado po učenju (Glasser, 1994). Ko se učimo, smo igrivi, ustvarjalni in se sprostimo. Potreba po zabavi je edina, ki jo lahko zadovoljimo sami ali pa v odnosu z drugimi. Zato imajo vsi dolgotrajni uspešni odnosi svoj temelj na učenju in smehu (Glasser, 1998).

## **3.2 Slike in vrednote**

Glasser (2011) v svoji široki, a zelo preprosti teoriji izbire pojasnjuje, da se skozi vse življenje učimo, kako najboljše zadovoljiti svoje potrebe. Imamo dober spomin za ljudi, stvari, prepričanja, situacije in dejavnosti, ki dobro zadovoljujejo naše življenje in nam prinašajo zadovoljstvo. Naš spomin je sposoben hranjenja in razvrščanja številnih slik, ki jih

zaznavajo naši čuti. Vseh pet čutil se kombinira v eno kamero, ki lahko zajame vizualne slike, slušne slike, slike okusa, vonja in tipa. Tako imamo npr. sliko o odnosu, o tem, kar si v njem želimo, kako želimo, da z nami partner ravna, kdaj se počutimo dobro ipd. To je naš notranji svet, naš zemljevid sveta in navigator, ki ga mi pojmujejo za realnega in pravega. Vse informacije, ki pridejo iz zunanjega sveta, se lahko »reinterpretirajo«  
glede na naše slike in pričakovanja skozi naš zaznavni sistem – čutila. To pomeni, da je veliko naših slik lahko idealiziranih ali pa nas ne podpirajo v celoti in so preveč destruktivne, da bi zadovoljile naše potrebe. Primer so žene, ki ostajajo v zakonu kljub poniževanju ali zlorabam, ker je to njihova edina slika osebe, ki jo lahko ljubijo, in ne verjamejo, da so vredne in lahko zamenjajo moža. V tem primeru imata mož in žena v glavi različne slike glede zadovoljevanja osnovnih potreb. Če imata partnerja zelo malo skupnih slik, potem je njun svet vrednot različen in zakon je posledično neuspešen. Nikoli sicer ne moremo deliti vseh slik z nekom drugim, velja pa, da se bomo bolje razumeli, če imamo več skupnih slik. Možno je tudi spremeniti naše slike in jih zamenjati z obstoječimi, in sicer na način, da si znova ustvarimo sliko, kdo smo, kaj in koga hočemo v življenju (Glasser, 2011). Dobro moramo poznati svoj svet vrednot in slik, da lahko na podlagi tega ocenjujemo, kaj nam ustreza in kaj ne. Lahko se torej osrečimo in spremenimo življenje na način, da zamenjamo obstoječe slike z novimi, ki bodo še vedno oz. še boljše zadovoljevale naše osnovne potrebe. Vse informacije, ki jih prejemo, gredo skozi filter želja in vrednot. Naše vedenje je tisto, ki nas usmerja v odpravljanje razlik med našimi sličicami v glavah (željami) in zaznavami, ki jih prejemo iz zunanjega sveta. Če uspemo to razliko med dvema različnima slikama poravnati, potem se bo to kazalo skozi pozitivno identiteto, naraščajočo samozavestjo, zadovoljstvom in samospoštovanjem. Velja tudi obratno: če bomo na dolgi rok še vedno izbirali slike, ki nam glede na naš notranji svet ne ustrezajo, pomeni, da bo naše zadovoljstvo upadalo, s tem pa tudi naša samopodoba, samozavest, sreča ter posledično tudi duševno zdravje. Kot je mogoče že opaziti iz napisanega, so naše slike v glavi hkrati tudi naše vrednote, pojasnjuje Wubbolding (2017). Filter vrednot nam omogoča, da lahko situacije, stvari, osebe ipd. označimo kot pozitivne, negativne ali nevtralne. Če se torej zunanja zaznava situacije, stvari ali osebe ujema z našimi notranjimi slikami (predstavami in željami o neki stvari), potem temu pripišemo pozitiven znak. Če se omenjeno ne ujema, mu pripišemo negativen znak in če se niti ne ujema niti si ne nasprotuje, potem mu pripišemo nevtralno vrednost. Tu imamo včasih težavo, saj hitro označimo stvar kot negativno, če se razlikuje od tega, kar želimo, čeprav je sama po sebi nevtralna Wubbolding (2017).

### 3.3 Realitetna terapija

Terapevtski pristop, ki izhaja iz teorije izbire, je realitetna terapija, ki preusmeri obravnavo problemov v sedanjost in jo vodi v klientovo lastno odgovornost početja (Zupančič, 1997). Vsak torej sam prevzema odgovornost za svoja dejanja, odločitve, počutje in vedenje.

Splošni cilj pa je ta, da se posameznik nauči, kako bolje zadovoljevati svojih pet potreb – potrebo po pripadnosti, moči, svobodi, zabavi in preživetju. Realitetna terapija zavrača vidik, da so ljudje žrtve zunanjih dogodkov, in se usmerja na prepričanje, da imamo sami možnost izbire ne glede na to, kaj se nam zgodi – čez nekaj časa se rezultati pokažejo v spremembi razmišljanja, čustvovanja in tudi na fiziološkem nivoju telesa. Realitetna terapija se osredotoča predvsem na odnose, saj izhaja iz spoznanja, da vse težave in nesreče prihajajo iz nezadovoljujočih odnosov, bodisi partnerskih, družinskih, poslovnih, prijateljskih ipd. (Glasser, 2010). Pri posamezniku želi doseči psihološko blagostanje, spremembo vedenja ter osebno rast. Cilj terapije je, da posameznik spremeni vedenje, ki mu ne koristi, s tistim, ki bo ustrezno zadovoljevalo njegove potrebe. Prednost realitetne terapije je, da so procesi enostavni, kot je enostavna in praktična že sama teorija izbire. Proces realitetne terapije je Robert E. Wubbolding (2012) organiziral v sistem WDEP (kratica za *want, doing, evaluation* in *plan*) (Britzman idr., 2012). Osnovni cilj je, da terapevt ugotovi, na katerih področjih si posameznik želi spremembe ter kakšne želje in cilje ima na tem področju (*want*). To so notranje slike, klientove želje in potrebe, kar je podrobneje pojasnjeno v zgornjem podpoglavju. Naslednji korak je, da klient skupaj s terapevtom ugotovi, katera so tista vedenja, ki so skladna ali pa neskladna s tem, kar si želi (*doing*). Nato terapevt postavlja vprašanja, ki pomagajo klientu razumeti in ovrednotiti, ali klient res živi tako, kot si želi. To pomeni, da terapevt klientu pomaga ocenjevati svoje vedenje, želje, predstave, stanje predanosti in plane (*evaluation*) (Wubbolding, 2016). Zadnja faza je akcijska, saj klient s pomočjo terapevta oblikuje akcijski načrt, kratkoročni in dolgoročni, ki bo klienta podpiral pri dobrem počutju in zadovoljevanju njegovih potreb (*plan*). Proces spremembe se torej zgodi z upoštevanjem principa v realitetni terapiji, ki po Wubboldingu (2016) poudarja:

- usmerjenost na sedanost (vsi problemi, tudi naša preteklost, so nekaj, kar nas bremeni v tem trenutku, terapevt se usmerja na sedanost),
- poudarek na možnosti izbire (terapevt poudarja, da imamo kot človeška bitja popolno izbiro pri odločitvah in standardih svojega življenja, ki jih hočemo živeti, enako kot si izberemo, da trpimo, lahko izberemo tudi srečo),
- sposobnost kontrole nad dejavnostjo oz. akcijo (ljudje imamo največ nadzora nad našimi dejanji in vedenjem),
- pomembnost odnosov (v terapevtskem procesu je pomemben empatičen odnos).

## 4 URAVNAVANJE ČUSTEV

Uravnavanje čustev je lahko avtomatičen ali pa kontroliran proces, zavesten ali nezavesten (Gross in Thompson, 2007, po Cvetek, 2014). Pri avtomatični čustveni regulaciji gre za nezavedno uravnavanje čustev, saj informacije o čustvih ne pridejo do zavestnega dela. Kontrolirano uravnavanje čustev pa oseba izvaja in vpliva nanj zavestno in namerno ter uporablja pri tem različne strategije. Ko govorimo o uravnavanju čustev, v osnovi govorimo o zmožnosti vplivanja na to, katera čustva doživljamo, kdaj ter kako jih doživljamo in na kakšen način jih izražamo (Amstadter, 2007). O reguliranem čustvu pa govorimo, ko se je posameznik sposoben s tem čustvom soočiti in ga sprejeti na način, da je zmožen z njim zdržati in preživeti (Greenberg in Paivio, 2003, po Cvetek, 2014). S tem se poveča tudi občutek notranje kontrole in moči, ker posameznik ni več v vlogi žrtve lastnih občutij.

Amigdale, ki so del limbičnega sistema, igrajo ključno vlogo pri regulaciji čustev in pri spominu, prav tako pa večja aktivnost amigdal inhibira delovanje prefrontalnega korteksa, kar pomeni, da informacije potujejo neposredno iz talamusa v amigdale, ne pa predhodno v prefrontalni korteks, s čimer sta povezana impulzivnost ter neracionalno odločanje (Cisler idr., 2010). Prefrontalni korteks ima torej pomembno vlogo pri uravnavanju čustev. Emocije motivirajo vedenje, vendar to vedenje v nekaterih kontekstih ni primerno, zato v vlogi nadzornika nastopa prefrontalni korteks (Cisler idr., 2010). Čustvena regulacija je zato povezana s čustveno stabilnostjo, kar pa naj bi bil eden izmed ključnih dejavnikov doživljanja sreče, zadovoljstva z življenjem ter samopodobe (Hills in Argyl, 2001, po Cvetek, 2014). Čustveno stabilni posamezniki zato delujejo iz umirjenosti in osvobojenosti negativnih afektov, kot je tesnoba. Imajo sposobnost, da prehajajo iz enega v drugo čustveno stanje ter se odzivajo na bolj umirjen in premišljen način, kar pomeni, da imajo višji prag tolerance in se močneje vznemirijo le, ko so prisotni večji stresorji (Hills in Argyl, 2001, po Cvetek, 2014).

Ni pomembno vedeti le, kako ljudje uravnavamo čustva, ampak tudi zakaj jih uravnavamo tako, kot jih (Tamir, 2009). Ljudje imamo različne cilje in se zato tudi razlikujemo v izbiri emocij, ki jih doživljamo v različnih situacijah (Elliot in Thrash, 2002, po Tamir, 2009). Posamezniki z visokim nevroticizmom so recimo bolj motivirani, da se izognejo grožnji ali bolečini – zato uporabljajo strah ali pa skrb kot emociji za uspešno uravnavanje čustev. Podobno je pri osebah, ki imajo višjo izraženost ekstravertnosti – ti uporabljajo pozitivne emocije za motivacijo doseganja cilja, kot sta npr. sreča ali navdušenje (Elliot in Thrash, 2002, po Tamir, 2009). Gre za to, da ljudje raje izbiramo čustva, za katera mislimo, da nam v dani situaciji koristijo. Ljudje kot bitja torej vedno gledamo na svoje koristi in si želimo takojšnjega užitka, ki ga dobimo tako, da si želimo čutiti prijetna čustva ali pa se izogniti neprijetnim (Tamir, 2009). Če torej vemo, katera čustva so za nas v dani situaciji koristna,

potem nas učinkovito motivirajo za doseg naših ciljev (Tamir, 2009). To, da znamo oceniti, katera čustva so za nas koristna in katera ne, smo pridobili preko učenja. Učenje, da je neko čustvo v določenem kontekstu za nas koristno, poveča preferenco za občutenje tega čustva v tem kontekstu (Tamir, 2009). Seveda na razlike v preferenci čustvovanja vplivajo starost in razvojne stopnje čustvovanja, samopodoba, kultura ipd.

#### 4.1 Strategije uravnavanja čustev

Pri uravnavanju čustev lahko hitro pomislimo na to, da je potrebno neprijetno čustvo takoj zmanjšati, vendar potlačevanje, zanikanje ali izogibanje čustvom z disociacijo, zlorabo substanc ali ostala vedenja, ki zmanjšajo čustveno napetost, ne spadajo med učinkovite strategije za uravnavanje čustev (Briere, 1992, po Cvetek, 2014). Čustva se torej v procesu čustvene regulacije lahko okrepijo, ošibijo ali pa so enaka, odvisno od potreb posameznika. Situacijo lahko ponovno ovrednotimo, preusmerimo pozornost, se izognemo, pobegnemo, potlačimo ipd. (De France in Hollenstein, 2017). Pomembno je poudariti, da nobena od strategij ni izključno slaba ali dobra, prilagodljiva ali neprilagodljiva, odvisno je od specifičnega konteksta, v katerem je uporabljena (Koole, Ullah in Treur, 2018). Zdravo uravnavanje čustev je torej občutljivo na kontekst in je sposobnost uporabljanja različnih strategij, ki posamezniku pomagajo. Posameznikova prožnost v uravnavanju čustev lahko kaže na to, da so vedenje in strategije zanj prilagodljive in mu pomagajo doseči cilj ali pa so neprilagodljive, saj posameznik cilja ne doseže (Aldao, Gross in Sheppes, 2015). Večja prožnost v uravnavanju čustev pozitivno korelira z dobrim mentalnim zdravjem in je nujna pri preventivi, prepoznavanju in zdravljenju vseh psihičnih motenj (Aldao, idr., 2015).

Uspešno uravnavanje čustev zahteva primeren čas, ko to storimo, in tudi pravo izbiro strategije (Gross in Sheppes, 2011). Če je bilo prej pojasnjeno, da je čustvovanje dinamičen proces, potem je možno, da lahko tudi čustva uravnavamo na različnih točkah v procesu čustvovanja. Čustvo torej lahko uravnavamo pri samem začetku dražljajske situacije in se tako izognemo situaciji, za katero vemo, da se bomo nanjo odzvali z nezaželenim čustvom (Milivojević, 1999, po Smrtnik Vitulić, 2007). Lahko ga uravnavamo pri zaznavanju dražljajske situacije na način, da preusmerimo ali spremenimo svoje predstave, ki nam vzbujajo neželjeno čustvo. Lahko se tudi prepričamo, da ima dražljajska situacija drugačen pomen in vsebino od tega, kar smo prvotno razumeli. Prepoznamo in nadzorujemo lahko tudi telesni odziv ali pa nadzorujemo akcijo in način našega vedenja (Milivojević, 1999, po Smrtnik Vitulić, 2007). Strategije uravnavanja čustev imajo torej različne učinke glede na časovno komponento čustvovanja, v kateri so uporabljene (Gross in Sheppes, 2011). V vsakem primeru je uravnavanje čustev lažje in bolj učinkovito, ko je čustvo na nizki intenziteti (na začetku čustvovanja), kot če je na visoki (ko se čustvo lahko razvije v vsej svoji polnosti) (Gross in Sheppes, 2011). Posamezniki se razlikujejo v načinih uravnavanja čustev, saj

obstajajo t. i. predhodno orientirane in odgovorno orientirane strategije (Gross in John, 2003, po Lipovac, 2017). Pri prvih gre za uporabo strategij, ko čustvo še nima polnega obsega doživljanja, pri drugih pa gre za reagiranje in uporabo strategij, ko čustvo že intenzivno doživljamo. Primer predhodno orientirane strategije je kognitivno prevrednotenje, primer odgovorno orientirane pa je potlačitev, obe pa bosta predstavljeni spodaj (Gross in John, 2003, po Lipovac, 2017).

#### 4.1.1 Potlačitev

Potlačitev je bila preučevana posebej pri anksioznih motnjah, vključno s posttravmatsko stresno motnjo (Amstadter, 2007). Je strategija, ki jo posameznik uporabi po tem, ko je že občutil neko čustvo, vendar to čustvo potem zavrne in potlači (Glazer, Kelley, Nusslock in Pornpattananangkul, 2019). Posamezniki, ki uporabljajo to strategijo za uravnavanje čustev, imajo večjo možnost za razvoj anksioznih motenj, saj potlačitev ne zmanjša neprijetnih občutij (kar je namen posameznika), le še bolj jih ojača in poveča intenzivnost doživljanja čustev (Glazer idr., 2019). Primer *neškodljive* uporabe potlačitve je v primeru, da dobimo darilo, ki nam ni všeč, vendar ne izrazimo razočaranja, zato da ohranimo dober odnos (Butler in Gross, 2004, po De France in Hollenstein, 2017). Potlačitev pravzaprav spada med strategije izogibanja ali preusmerjanja pozornosti. Kot že samo ime pove, nam odvrne pozornost od čustvenega dražljaja (De France in Hollenstein, 2017). Prinese hitro olajšanje, ampak skozi čas postane neprilagodljiva, saj vključuje minimalen vložek energije in ne omogoča podrobnega procesiranja informacij ter s tem razumevanja čustvenega dogodka, kar je ključno za dolgotrajno dobro počutje (Barlow in Campbell-Sills, 2007, po Gross in Sheppes, 2011).

#### 4.1.2 Kognitivno prevrednotenje

James J. Gross in Oliver P. John (2004) ugotavljata, da je strategija kognitivnega prevrednotenja povezana z večjim pozitivnim učinkom, manj psihopatologije in boljšim fizičnim ter psihičnim zdravjem. Kognitivno prevrednotenje je pravzaprav spreminjanje čustvenega doživljanja s tem, da spremenimo naše misli in prepričanja – torej »kako« mislimo o nekem dogodku, situaciji. Posamezniki lahko tako tudi v stresnih situacijah poiščejo nekaj koristnega in to tako ovrednotijo. Ponovna kognitivna ocena je povezana z racionalnostjo, saj poveča aktivacijo v možganskih regijah, ki so odgovorne za kontrolo, torej prefrontalni korteks, in s tem zmanjša aktivacijo v regijah, odgovornih za emocije, kot je npr. amigdala (De Sousa, 2013). Potlačitev pa deluje ravno v obratni smeri – še bolj potencira čustva v možganskih predelih kot je amigdala. Strategija kognitivnega prevrednotenja lahko postane tudi škodljiva, v primeru, da negativne situacije neprestano

ovrednotimo kot pozitivne, kar posamezniku prepreči, da bi dejansko izvedel akcijo in se soočil s sprožilci teh negativnih situacij (De France in Hollenstein, 2017).

### **4.1.3 Ruminacija**

Ruminacija je prav tako ena izmed strategij, ki je po navadi neprilagodljiva, saj vključuje fokus na neprijetna občutja in njihove posledice (Nolen-Hoeksema, Wisco in Lyubomirsky, 2008, po De France in Hollenstein, 2017). Posledično se ob čustvu višje intenzitete lahko ta fokus ruminacije še poveča in le-ta postane neučinkovita strategija za obvladovanje uravnavanja čustev. Posebej pogosta je pri anksioznih motnjah kot je obsesivno-kompulzivna motnja (Nolen-Hoeksema idr., 2008, po De France in Hollenstein, 2017).

## **5 ANKSIOZNE MOTNJE**

### **5.1 Vzroki anksioznih motenj**

Dernovšek, Gorenc in Jeriček (2006) pojasnjujejo, da se vzroki anksioznih motenj kažejo skozi genetske, okoljske in osebnostne dejavnike. Posameznik je zaradi anksioznih motenj, ki so že prisotne v družini, lahko bolj nagnjen k prirojeni tesnobi, predvsem če je družinsko okolje preveč zaščitniško ali pa vsiljivo ter če so prisotne težave v nadzoru razpoloženja in vedenja. Vendar noben biološko-genetski mehanizem ni bil dokazan kot univerzalni za vse anksiozne motnje (Starčević, 2010). Poleg tega lahko določene osebnostne lastnosti, kot so perfekcionizem, večja potreba po varnosti in nadzoru nad položajem ter podcenjevanje lastnih sposobnosti v reševanju problemov, še povečajo dovzetnost za razvoj anksioznih motenj (Dernovšek idr., 2006). Kot sprožilci anksioznih motenj pogosto nastopijo raznovrstni neprijetni dogodki v posameznikovem okolju, med drugim tudi zdravstvene težave, razne izgube (smrt, denar, delovno mesto) ali pa osamljenost. Dejavniki, ki poleg zgoraj opisanih še vzdržujejo anksiozne motnje, so nezaupanje vase in v možnost razrešitve situacij, težave v medosebnih ter partnerskih odnosih, v delovnem okolju ipd. (Dernovšek idr., 2006).

### **5.2 Generalizirana anksiozna motnja**

Glavna značilnost generalizirane anksiozne motnje (GAM) je stalna patološka zaskrbljenost in anksioznost glede vsakodnevnih življenjskih okoliščin, ki jo posameznik težko obvladuje. Za diagnosticiranje motnje morajo biti simptomi prisotni večino dni skozi več tednov ali mesecev (Stamos, 2018). Posamezniki z GAM se težko sprostijo in so zaskrbljeni glede vsakodnevnih okoliščin, kot so zdravje, družina, finance, služba ali šola, pogosta je tudi skrb glede telesnih simptomov ter skrb, da bodo zboleli oni sami ali pa njihovi bližnji (Avguštin

Avčin in Konečnik, 2013). Najpogostejši simptomi so nervoznost, mišična napetost, potenje, tresenje, omotičnost, vrtoglavost, pospešeno bitje srca, neugoden občutek okoli želodca, težave pri koncentraciji, motnje spanja in skrbi glede prihodnosti (Stamos, 2018). Zaradi somatskih simptomov, ki izvirajo iz mišične napetosti in avtonomne hiperaktivnosti, zdravniki na primarni ravni težje prepoznajo anksiozno motnjo (Avguštin Avčin in Konečnik, 2013). GAM je najpogostejša med oblikami anksioznih motenj in se dvakrat do trikrat pogosteje pojavlja pri ženskah (Avguštin Avčin in Konečnik, 2013).

### **5.3 Obsesivno-kompulzivna motnja**

Obsesivno-kompulzivna motnja (OKM) se kaže kot skupek vsiljivih ali prisilnih misli ter vsiljivih, ponavljajočih se dejanj ali ritualov (Ziherl, 2013). Obsesivne misli so neprijetne misli, podobe, predstave ali impulzi, s katerimi se oseba ponavljajoče sooča in se jim težko upre, saj se vsiljujejo v zavest (Smrdu, 2013). Posameznik, ki trpi za obsesivnimi mislimi, težko preusmeri svoje misli drugam ali pa se sploh ne more znebiti obsesivne misli ali impulza (Ziherl, 2013). Za tem je huda tesnoba, ki se pojavi zaradi vsebinske povezanosti z nečim, kar je človeku nesprejemljivo (Smrdu, 2013). To tesnobo pa človek uravna oziroma znižuje s kompulzijami, ki so hotena vedenja (štetje, umivanje, preverjanje) ali pa mentalna dejanja (ponavljanje besed, molitev), ki so ponavljajoča in ritualna. Kompulzije so rešitev, ki pomaga za kratek čas, saj zmanjšujejo strah, ki je povzročen z obsesijo. Pogoste kompulzije so neprestano umivanje rok ali čiščenje, štetje predmetov ali vzorcev na tleh, urejanje predmetov v vrste ali oblike, preverjanje, ali so vrata zaklenjena, luč ugasnjena ... (Ziherl, 2013). Oseba, ki trpi za to motnjo, tudi sama prepoznava vedenje kot neučinkovito in nesmiselno ter se mu poskuša zoperstaviti (Stamos, 2018). Motnja enako prizadene tako ženske kot moške, v adolescenci pa bolj prizadene moške. Zanimivo je, da je med posamezniki z OKM več samskih kot poročenih (Stamos, 2018).

### **5.4 Fobične anksiozne motnje**

V to kategorijo spadajo anksiozne motnje, ki jih sprožijo določeni zunanji objekti ali pa situacije, ki sicer same po sebi niso nevarne, za posameznika pa predstavljajo nevarnost (Kocmur, 1999). Ti objekti in situacije posameznika navdajajo s strahom, nelagodjem in tudi grozo, zato se jim pogosto izogiba. Izogibanje fobičnim objektom je eden od pomembnih kriterijev za diagnosticiranje specifične fobije. Med specifične fobije spadajo strah pred živalmi (npr. kače, pajki, psi ipd.), strah pred naravnimi pojavi (npr. tema, grmenje ipd.) ter strah pred določenimi situacijami (npr. višina, tema, zaprti prostori ipd.). Posameznik navadno poišče pomoč, če je vrsta strahu taka, da se mu v vsakdanjem življenju ne more izogniti (Kocmur, 1999). Med fobične motnje lahko uvrstimo tudi agorafobijo, ki vključuje strah pred zapuščanjem doma, pred odprtimi prostori, stopanjem v javne prostore med

množico ipd. (Stamos, 2018). Agorafobija lahko obstaja brez ali pa s panično motnjo. V primeru združenja s panično motnjo posameznika laže in hitreje zdravimo. Če posameznik iz fobične situacije ne more pobegniti ali se ji na nek način izogniti, je pogosto odziv na situacijo panični napad, depresija pa lahko nastopi kot posledica izčrpanosti prilagoditvenih zmožnosti posameznika, zato je potrebna pozornost pri razlikovanju anksioznih motenj ter vzrokov za njihov povod (Starčević, 2010). Enoletna prevalenca specifičnih fobij naj bi bila 10 %, pogosteje pa je opažena pri ženskah (Kocmur, 1999).

## 5.5 Socialna fobija

Socialno fobijo lahko opišemo kot pretiran ali brezpomenski strah pred situacijami, ko posameznik pričakuje, da bo izpostavljen preverjanju ali kritiki (Starčević, 2010). Gre za strah pred tem, da bo posameznik s strani drugih ljudi negativno kritiziran, osramočen ali pa ponižan. Tipičen primer tega je strah pred javnim nastopanjem, pred hranjenjem v javnosti, pred stikom z ljudmi ali recimo z nasprotnim spolom, na splošno pa tudi v situacijah, ko mora določeno nalogo opravljati pred drugimi ljudmi (Starčević, 2010). Nepomembne napake na primer pri javnem nastopu se posamezniku zdijo katastrofalne, kot posledica se pojavijo občutki nesposobnosti (Anksiozne motnje, 2019). Tudi v tem primeru se posameznik socialnim fobičnim situacijam izogiba, saj ga spravljajo v neprijeten položaj – zardevanje, tresenje rok, glasu ipd. (Kocmur, 1999). Motnja pogosto nastopi v adolescenci ali zgodnji odraslosti in je enako pogosta pri obeh spolih. Pogosto je težko oceniti, kdaj govorimo o duševni motnji in kdaj ne, saj večina posameznikov občuti blažjo ali zmerno simptomatiko (Kocmur, 1999).

## 5.6 Panična motnja

Posameznik razvije panično motnjo, ko se ustraši lastnih reakcij na stres in se nanje odzove z veliko tesnobo. Seveda si lahko reakcijo na stres razloži kot normalen odziv ali pa pomisli na to, da mu bo odpovedalo srce, kar stopnjuje občutek strahu (Dernovšek, Gorenc, Jeriček, 2006).

Za panično motnjo so značilni nepričakovani in ponavljajoči napadi panike, ki niso vezani na posamezne okoliščine ali niz okoliščin (Zalar, 2010). Anksioznost se pojavi v napadih, brez opozorila, sprožijo pa jo lahko različne situacije (Anksiozne motnje, 2019). Po navadi so prisotni simptomi, kot so omotica, vrtoglavost, bolečina v prsih, občutek dušenja, slabost, tremor, občutki nerealnosti – depersonalizacija ipd. (Kocmur, 1999). Navadno se panični napad razvije v nekaj minutah (do 10 min), pri čemer posameznik občuti izrazit strah in ima lahko tudi občutek, da bo umrl, izgubil kontrolo ali da se mu bo zmešalo (Zalar, 2010). Panični napadi minejo v nekaj minutah do ene ure, vendar se pogosto ponavljajo, zato se posameznik boji naslednjih napadov panike in se posledično izogiba vsem situacijam, kjer

bi se lahko počutil nemočnega ali kar bi paniko lahko sprožilo (Anksiozne motnje, 2019). Panični napadi se lahko pojavljajo pri številnih anksioznih motnjah – specifičnih fobijah, socialni fobiji, obsesivno-kompulzivni motnji, posttravmatski stresni motnji, kot posledica zlorabe drog ali zaradi telesnih bolezni ipd. (Kocmur, 1999). Panična motnja se običajno začne v adolescenci in je prisotna pri enem odstotku ljudi, ženske pa doživljajo napade pogosteje kot moški (Dernovšek idr., 2006).

## 5.7 Posttravmatska stresna motnja

Posttravmatska stresna motnja (PTSM) se razvije kot posledica hudega stresnega dogodka in se pojavi kot zakasnel ali podaljšan odziv po samem dogodku (Ziherl, 1997). Posameznik na travmatski dogodek reagira z intenzivnim strahom, grozo, občutki krivde ali nemoči. Hkrati situaciji pripiše pomen in posledice (ki so po navadi zelo neprijetne), kar povzroči, da ima dogodek dlje trajajoči vpliv na posameznika (Starčević, 2010). Motnja se lahko pojavi kot odziv na hud stresni dogodek, kot je lahko npr. spolna zloraba, rop, prometna nesreča, seznanitev z neozdravljivo boleznijo, vojne travme ipd. (Sadock, Alcott Sadock in Ruiz, 2015). Simptomi motnje se pri posamezniku pojavijo v časovnem razponu treh mesecev do nekaj let po samem dogodku. Sprva se motnja začne kot akutna stresna motnja, ki se lahko kasneje nadaljuje v PTSM (Sadock, idr., 2015). Za diagnozo PTSM je moral biti posameznik izpostavljen eni izmed travm (ni nujno, da je udeležen, lahko je le priča dogodku), ki jo lahko podoživlja v obliki raznih miselnih zaznav, podob in nočnih mor in se težko sooča s situacijami, ki ga spominjajo na dogodek (Starčević, 2010). Posameznik je lahko čustveno otopel ali pa določena čustva težko izraža, ima povečano tesnobo ter je zaradi večje vznburjenosti težko skoncentriran in slabo spi. Vsi ti simptomi morajo trajati najmanj en mesec in vplivati na vsakodnevno funkcioniranje posameznika (Sadock, idr., 2015). Motnja se pojavlja pri vseh starostih, vključno z otroki (Sadock, idr., 2015).

## 5.8 Uravnavanje čustev pri anksioznih motnjah

Posamezniki z generalizirano anksiozno motnjo imajo slabše razumevanje čustev, večjo negativno reakcijo na čustva, prav tako težje sprejemajo čustva in jih uravnavajo (Fresco, Heimberg, Luterek, Mennin in Turk, 2005, po Berking in Whitley, 2014).

Posamezniki s panično motnjo se srečujejo s težavami prepoznavanja, označevanja, sprejemanja in toleriranja neželenih čustev (Baker, Holloway, Owens, Thomas in Thomas, 2004, po Berking in Whitley, 2014). Ko se soočajo s stresnimi in potencialno anksioznimi situacijami, pogosto uporabljajo izogibalne strategije, kar paradoksalno še poveča te občutke in pogloblja težavnost anksiozne motnje.

Pri socialni anksiozni motnji gre za problem čustvene intenzitete, saj posameznik v primeru socialne anksioznosti odreagira pretirano in je hiperreaktiven na neprijetna čustva (Gross in

Jazaieri, 2014). Pri primerjavi zdravih posameznikov s posamezniki s socialno anksioznostjo imajo slednji večjo težavo pri opisovanju in prepoznavanju čustev, intenzivneje doživljajo čustvo sramu ter težje sprejemajo emocionalne izkušnje, ko so soočeni z neprijetnimi dogodki (Fresco idr., 2005, po Berking in Whitley, 2014).

Specifične fobije so povezane s problematičnim trajanjem čustev, saj posameznik neprijetno čustvo doživlja predolgo (Gross in Jazaieri, 2014). Posamezniki s specifičnimi fobijami poročajo o večji uporabi izogibalnih strategij, ruminaciji ter zmanjšanemu kognitivnemu prevrednotenju, ko so soočeni s situacijami, ki za njih predstavljajo izziv (Burgess, Davey in Rashes, 1995, po Berking in Whitley, 2014).

Tudi PTSM je zaskrbljujoča z vidika trajanja čustev, saj je povezana z upadom časovnega trajanja prijetnih emocij. Posamezniki s PTSM se soočajo z ahedonijo, saj niso več zmožni doživljati užitka ob stvareh, v katerih so nekoč uživali (Elhai, Frueh in Kashdan, 2006, po Gross in Jazaieri, 2014). Posamezniki s PTSM težje sprejemajo čustva in imajo težavo pri ciljno orientiranem vedenju ter učinkovitih strategijah uravnavanja čustev, kot je npr. kognitivno prevrednotenje (Cloutre, Han, Miranda in Stovall-McClough, 2005, po Berking in Whitley, 2014).

Osebe, ki imajo visok faktor nevroticizma, imajo nizek prag tolerance in se hitro vznemirijo ob manjših stresorjih, zato je pri njih pogosto doživljanje depresije, tesnobe in nezmožnost kontrole čustev (Hayes, 1996, po Cvetek, 2014). Anksiozni posamezniki v splošnem čustva doživljajo intenzivneje, so hipersenzitivni na ogroženost in imajo pogosteje nefunkcionalne misli (Amstadter, 2007), zato pogosteje izbirajo slabše prilagojene strategije uravnavanja čustev, saj ne uspejo zmanjšati neprijetnih čustev ali pa jih uspejo le kratkotrajno zatreti. Ena izmed takih strategij je potlačitev, ki se smatra za izogibalno strategijo in je pogosto opazna pri anksioznih motnjah, kot je npr. posttravmatska stresna motnja. Poleg tega je bilo ugotovljeno, da prijetna čustva pozitivno korelirajo z zdravjem in dobrim počutjem (Barlow, Carl, Kerns in Soskin, 2013). Čustvene motnje, med katere spadajo tudi anksiozne motnje, pa naj bi bile povezane z motnjami v pozitivnem uravnavanju čustev. Pri pozitivnem uravnavanju čustev mislimo na fleksibilnost posameznika v doživljanju čustev in uporabe različnih strategij glede na njegove cilje in situacije. Tako so anksiozni posamezniki motivirani za prepoznavanje in prioritiziranje situacij, ki jim povečajo varnost, in se raje izogibajo potencialnim nevarnostim, kakor da bi se podali v situacije s prijetnimi čustvi z namenom doseganja ciljev. Anksioznost je povezana z zmanjšanim planiranjem ciljev, saj to pomeni večjo potencialno nevarnost, da oseba cilja morda ne doseže ali pa je izpostavljena socialni zavrnitvi ter neprijetnim situacijam (Barlow idr., 2013).

## 6 ANKSIOZNE MOTNJE SKOZI OČI TEORIJE IZBIRE

Teorija izbire pojasnjuje, da imata zdravstvo ter farmacevtska industrija in njihovi pristopi svoj sistem vrednot (Glasser, 2003). Tako je njihov način usmerjen v potlačitev jeze, anksioznosti, tesnobe, strahu, žalosti in drugih neprijetnih čustev. S tem se teorija izbire ne strinja, saj meni, da ljudje vsa čustva doživljamo z razlogom in da z nobenim čustvom ni nič narobe – nasprotno, zdravo je izražati vsa čustva. Če neko neprijetno čustvo pretirano doživljamo, nam to pove le, da delamo v nasprotju z našim notranjim svetom in vrednotami. Zato naj bi bile klasifikacije duševnih motenj ter razni sindromi napačno poimenovanje, saj so škodljivi za mentalno zdravje (White, 2005). Posameznik z anksiozno motnjo se tako lahko identificira s svojo »boleznijo« in poleg vseh težav, ki jih ima, dobi še nalepko, da ima anksiozno motnjo, kar ga še dodatno obremenjuje (Glasser, 2003). Ko je posameznik diagnosticiran z anksiozno motnjo, z veliko verjetnostjo verjame v to, da nima nadzora nad svojim trpljenjem in da je žrtev določenih okoliščin. Namesto tega Glasser pove, da posameznikom pomaga podpora, sočutje, odprt pogovor in izobrazba o tem, kako si lahko pomaga.

Klasična medicina ima sicer za večino klasificiranih bolezni določena zdravila in način predpisovanja teh zdravil, saj utemeljuje, da so simptomi vzrok neravnovesja posameznih neurotransmiterjev (White, 2005). Teorija izbire pa poudarja, da je potrebno zdraviti vzrok, ne posledico in tako meni, da je vzrok simptomov nesrečnost. Tudi do neravnovesja v neurotransmiterjih pride posledično zaradi naših odločitev, kar Glasser označi kot izbiro vedenja (Glasser, 2007). Nesrečnost je opisana kot pozicija in čas v našem življenju, ko nekaj ni tako, kot bi si želeli (Glasser, 2003). Če se nesrečnost vleče več mesecev, se lahko pojavijo simptomi tesnobe, anksioznosti, depresije. Če bi te znake še vedno ignorirali, bi se lahko pojavili še dodatni znaki ali pa bi se ti stopnjevali v svoji intenzivnosti, saj je nemogoče, da smo nesrečni več let in se pri tem počutimo prijetno. Anksiozne občutke, kot so npr. t. i. paničarjenje, obsesivnost, kompulzivnost ter fobiranje, prav tako poimenuje kot izbiro anksioznega stanja in kot težavnost soočanja z realnostjo, kar je posledica tega, da počnemo nekaj, kar nas ne osrečuje ali pa nas dela nesrečne (Glasser, 2010). To pomeni, da nekaj v našem življenju ni tako, kot bi radi, da bi bilo, in da naše potrebe niso zadovoljene; če to traja dolgo časa, lahko posledično razvijemo bolezenske znake, kot so tesnoba, panika, glavoboli ... Te *bolezenske znake* si *izberemo*, ker nam pomagajo pri izogibanju početja, za katerega verjamemo, da nam bo povzročilo še več bolečine, kot jo že čutimo (Glasser, 2003). Z ugotavljanjem, kaj si posameznik pravzaprav zares srčno želi in česa ne, ter ustvarjanjem vedenja in strategije, ki ga bo pri tem podpirala, postane človek bolj srečen, zato se spremeni tudi nevrokemija v možganih.

Podobno je pri PTSM, ki velja za eno »najtežjih« anksioznih motenj, ko gre za zdravljenje. Tisoče ljudi, ki so bili izpostavljeni številnim travmam, je le-te predelalo in se z njimi soočilo (Glasser, 2014). Teorija izbire to utemeljuje s tem, da so imeli dobre medsebojne odnose (in posledično podporo v njih) ter so verjeli v to, da v življenju delajo nekaj, kar jim je pomembno in česar si želijo ter je vredno, da se k temu početju vrnejo. Na drugi strani pa lahko ljudje trpijo in več let po dogodku ne zmorejo več normalno živeti svojega življenja, saj navadno nimajo podpore v odnosih in v življenju delajo zgolj malo tistega, kar jih osrečuje in daje smisel življenju (Glasser, 2014).

## 7 SKLEPI

Glede na vpogled v literaturo lahko trdimo, da je uravnavanje čustev zelo pomembno za duševno zdravje. Posamezniki z anksioznimi motnjami se še posebej srečujejo z oteženim konstruktivnim uravnavanjem čustev. Zato sem v zaključni nalogi želela predstaviti proces od nastanka čustev pa do uravnavanja čustev in različnih strategij, ki jih lahko posamezniki uporabljajo, ter kakšni so razlogi za izbiro teh strategij. Pogosto posamezniki izbirajo določeno strategijo zaradi svojih osebnostnih lastnosti, kot je npr. nevroticizem, ali pa izberejo strategijo, ki jim najhitreje prinese rezultat (npr. ruminacija pri OKM). Prav tako sem predstavila pogoste anksiozne motnje, vzroke za njihov nastanek in vzdrževanje ter pregledala, katere težave imajo anksiozni posamezniki pri uravnavanju čustev. Najpogostejše težave se kažejo v tem, da dosega neprijetna čustva pri anksioznih posameznikih višjo intenziteto in/ali daljše trajanje, saj jih posamezniki pogosto začnejo uravnavati šele, ko se razvijejo v vsej polnosti obsega.

S pomočjo pregleda teorije izbire sem želela razbiti mit, da je vzrok anksioznih motenj nekje zunaj človeka ter da je potrebna psihiatrična obravnava ter predpisovanje zdravil pri anksioznih motnjah. Želela sem poudariti, da je potrebno zdraviti vzrok, ne posledice. S pomočjo teorije izbire sem izpostavila problem glavnega vzroka na nastanek težav, tj. nesrečnost človeka in neustrezno zadovoljevanje svojih želja ter petih osnovnih potreb. Terapevtski pristop, ki se usmerja na drugačno možnost soočanja z anksioznimi motnjami, je realitetna terapija, kjer je cilj, da posameznik prevzame odgovornost in nadzor nad svojim čutenjem, mislimi in vedenjem, hkrati pa s terapevtom oblikuje strategije in načrt tudi za takrat, ko s terapijo preneha. Terapevtski proces se posveča sedanjosti, tudi če je imela oseba v preteklosti travmatične izkušnje, saj jo vse to pravzaprav bremeni tukaj in zdaj.

Prvi korak, ki ga posameznik sam lahko naredi, da začne drugače uravnavati čustva, je zavedanje sedanjega početja in svojih načinov soočanja s situacijami, mislimi in čustvi. Nato je priporočljivo, da pogleda, kaj so njegove vrednote ali potrebe, ki jih ne zadovoljuje, in če bi jih, ali bi to prispevalo k njegovemu zadovoljstvu. Ključno je, da začne preusmerjati pozornost tja, kjer želi imeti rezultate, in da v svoji pristni otroški radovednosti začne odkrivati, kaj mu pri tem pomaga in kaj mu jemlje energijo. K hitremu napredku pripomore tudi to, da ima posameznik nekoga, s katerim se lahko odkrito pogovarja, torej dober odnos – ni nujno, da s terapevtom, lahko pa terapevt hitreje in bolj ciljno usmerjeno pomaga posamezniku, da naredi spremembo.

V nadaljevanju bi bilo dobro opraviti študije, ki bi merile učinkovitost odpravljanja anksioznih motenj s pomočjo izobraževanja ali terapevtskega dela s posamezniki na področju teorije izbire in jih primerjati s študijami, ki bi merile uspešnost odpravljanja

anksioznih motenj z običajnim psihiatričnim zdravljenjem. To bi omogočilo širšo potrditev in ozaveščanje o pomembnosti načinov zdravljenja anksioznih motenj.

## 8 LITERATURA IN VIRI

Aldao, A., Gross, J. in Sheppes, G. (2015). Emotion Regulation Flexibility. *Cognitive Therapy And Research*, 39 (3), 263–278.

Amstadter, A. (2007). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 22 (2), 211–221.

Anksiozne motnje. (2019). Pridobljeno na <https://www.pb-idrija.si/zdravljenje-in-pomoc/katere-bolezni-zdravimo/anksiozne-motnje>

Avguštin Avčin, B. in Konečnik, N. (2013). Generalizirana anksiozna motnja. *Zdravniški vestnik*, 82 (9), 580–588.

Barlow, D., Campbell-Sills, L. in Ellard, K. (2014). Emotion regulation in anxiety disorders. V J. J. Gross (ur.), *Handbook of emotion regulation* (str. 393–412). New York, NY, US: Guilford Press.

Barlow, D., Carl, J., Kerns, C. in Soskin, D. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical Psychology Review*, 33 (3), 343–360.

Berking, M. in Whitley, B. (2014). *Affect Regulation Training: A Practitioners' Manual*. New York: Springer Science+Business Media.

Bon, J., Bresjanac, M., Dobnik, B., Koritnik, B., Pirtošek, Z., Pregelj, P., in Repovš, G. (2013). Stroški možganskih bolezni v Sloveniji v letu 2010. *Zdravniški vestnik*, 82 (3), 164–175.

Britzman, M., Graham, M. in Sauerheber, J. (2012). Choice Theory and Family Counseling. *The Family Journal*, 21 (2), str. 230–234.

Cisler, J., Feldner, M., Forsyth in J. Olatunji, B. (2009). Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, 32 (1), 68–82.

Cvetek, M. (2014). *Živeti s čustvi: čustva, čustveno procesiranje in vseživljenjski čustveni razvoj*. Ljubljana: Teološka fakulteta univerze v Ljubljani.

De France, K. in Hollenstein, T. (2017). Assessing emotion regulation repertoires: The Regulation of Emotion Systems Survey. *Personality And Individual Differences*, 119, 204–215.

De Sousa, R. (2013). Čustva. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo, 241, 59–85.

Dernovšek, M. Z., Gorenc, M., Jeriček, H. (2006). *Ko te stresa stres: Kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Glasser, W. (1994). *Kontrolna teorija: kako vzpostaviti učinkovito kontrolo nad svojim življenjem*. Ljubljana: Taxus.

Glasser, W. (1998). *Ostati skupaj: vodnik teorije izbire za trajen zakon*. Radovljica: TOP, Regionalni izobraževalni center.

Glasser, W. (2003). *Opozorilo: Psihijatrija je lahko nevarna za vaše duševno zdravje*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica.

Glasser, W. (2007). *Nova psihologija osebne svobode – teorija izbire*. Ljubljana: Louisa.

Glasser, W. (2010). *Reality Therapy: A New Approach to Psychiatry*. New York: HarperCollins e-books.

Glasser, W. (2011). *Take charge of your life: How to get what you need with choice psychology*. Bloomington: iUniverse Publishing.

Glasser, W. (2014). *Choice theory: A new psychology of personal freedom*. New York: HarperCollins e-books.

Glazer, J., Kelley, N., hck, R. in Pornpattananankul, N. (2019). Reappraisal and suppression emotion-regulation tendencies differentially predict reward-responsivity and psychological well-being. *Biological Psychology*, 140, 35–47.

Gross, J. in John, O. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal Of Personality*, 72 (6), 1301–1334.

Gross, J. in Sheppes, G. (2011). Is Timing Everything? Temporal Considerations in Emotion Regulation. *Personality And Social Psychology Review*, 20 (10), 319–331.

Gross, J., in Jazaieri, H. (2014). Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology. *Clinical Psychological Science*, 2 (4), 387–401.

Hribar, M. (2007). Razmejitev anksioznosti (tesnobe) od nekaterih sorodnih fenomenov. *Psihološka obzorja*, 16 (3), 75–88.

Hudikova, Z. (2015). Emotions as a key element of news reporting. V V. Kunova in M. Dolinsky (ur.), *Current issues of science and research in global world* (str. 161–170). Leiden, The Netherlands: CRC Press/Balkema.

Kocmur, M. (1999). Nevrotske, stresne in somatoformne motnje. V M. Tomori in S. Zihel (ur.), *Psihijatrija* (str. 229–258). Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani.

Koole, S., Treur, J. in Ullah, N. (2018). A computational model for flexibility in emotion regulation. *Procedia Computer Science*, 145, 572–580.

Korošec, T. (2009). *Razumevanje medosebnih odnosov in pomoč pri težavah s teorijo izbire* (Diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo, Ljubljana.

LaBar, S. K. (2016). Fear and anxiety. V L. Barrett, J. Haviland-Jones, J. in M. Lewis (ur.), *Handbook of emotions* (str. 751–773). New York: The Guilford Press.

Lipovac, D. (2017). *Povezanost racionalnega mišljenja z duševnim zdravjem* (Magistrsko delo). Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, Koper.

Moors, A. (2010). Theories of emotion causation: A review. V J. Houwer in D. Hermans (ur.), *Cognition and emotion* (str. 1–37). Hove, East Sussex: Psychology Press.

Mottern, R. (2008). Choice theory as a model of adult development. *International Journal of Reality Therapy*, 27 (2), str. 35–39.

Sadock, B.E., Alcott Sadock, V. in Ruiz, P. (2015). Trauma and tressor Related Disorders. V Sadock, B.E., Alcott Sadock, V. in Ruiz, P. (ur.), *Synopsis of Psychiatry* (str. 437–450). Philadelphia: Wolter Kluwer.

Smrdu, M. (2013). Ocenjevanje psihotičnih motenj. V R. Masten in M. Smrdu (ur.), *Klinična psihologija* (str. 245–273). Ljubljana: Oddelek za psihologijo.

Smrtnik, Vitulić, H. (2007). Razumevanje nadzora čustev v otroštvu in mladostništvu. *Psihološka obzorja*, 16 (1), 25–37.

Stamos, V. (2019). *Fobične, anksiozne in obsesivno-kompulzivne motnje*. Pridobljeno na <http://www.pb-begunje.si/gradiva/Stamos1351439563193.pdf>

Starčević, V. (2010). *Anxiety disorders in adults: A clinical guide*. Oxford: Oxford University Press.

Tamir, M. (2009). What Do People Want to Feel and Why?. *Current Directions In Psychological Science*, 18 (2), 101–105.

White, C. (2005). Warning: Psychiatry Can Be Hazardous to Your Mental Health. *The Primary Care Companion To The Journal Of Clinical Psychiatry*, 07 (02), 76.

Wubbolding, R. E. (2012). Reality therapy. V J. Frew in M. D. Spiegler (ur.), *Contemporary psychotherapies for a diverse world* (str. 339–372). New York: Routledge, Taylor&Francis Group.

Wubbolding, R. E. (2016). Reality therapy/Choice theory. V D. Capuzzi in M. D. Stauffer (ur.), *Counseling and Psychotherapy: Theory and interventions* (str. 311–338). Alexandria: American Counseling Association.

Wubbolding, R. E. (2017). *Reality therapy and self-evaluation: the key to client change*. Alexandria: American Counseling Association.

Zalar, B. (2010). Celostni vidik anksioznosti. *Farmacevtski vestnik*, 61, 63–65.

Ziherl, S. (1997). Stresne motnje in obvladovanje stresa. V B. Brinšek in V. Stamos (ur.), *Nevrotske , stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji* (str. 38–47). Begunje: Psihiatrična bolnišnica.

Ziherl, S. (2013). Obsesivno-kompulzivna motnja. V P. Pregelj, B. Kores Plesničar, M. Tomori, B. Zalar in S. Ziherl (ur.), *Psihijatrija* (str. 235–237). Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani in Psihiatrična klinika Ljubljana.

Zupančič, R. (1997). Teorija izbire in realitetna terapija. *Psihološka obzorja*, 6 (1/2), 133–145.