

Simona Prosen¹ in Tihana Jendričko²

Izbrane strategije uravnavanja čustev v psihodramski skupini s psihiatričnimi pacienti

Selected emotion regulation strategies in the psychodrama group with psychiatric patients

Povzetek

V članku je predstavljena raziskava o rabi izbranih strategij uravnavanja čustev pri članih psihodramske psihoterapevtske skupine v okviru psihiatrične bolnišnice: na začetku in ob koncu njihove psihoterapevtske obravnave. Prav tako je v raziskavi analizirana aktivnost članov omenjene skupine. Sodelovalo je 43 članov skupine, 12 moških in 31 žensk, starih med 19 in 63 let, z diagnozami anksiozne, depresivne in mejne osebnostne motnje. Izpolnili so vprašalnike o pogostosti rabe izbranih strategij uravnavanja čustev: preusmerjanja pozornosti, kognitivnega prevrednotenja, izogibanja doživljanju in prikrivanja. Vodja psihodramske skupine je ocenila njihovo aktivnost v skupinah. Rezultati kažejo pomembno povečano rabo strategij preusmerjanja pozornosti in kognitivnega prevrednotenja ter zmanjšanje rabe izogibanja doživljanju ob koncu psihoterapevtske obravnave. Raba strategij uravnavanja čustev se razlikuje glede na diagnozo članov skupine. Obstaja pomembna povezava med rabo preusmerjanja pozornosti ter aktivnostjo v psihodramski skupini.

Ključne besede: psihodrama, psihoterapija, odrasli, uravnavanje čustev, strategije uravnavanja čustev

Abstract

In the present study, the use of selected emotion regulation strategies was explored in a group of adults attending a psychodrama psychotherapeutic group at a psychiatric hospital, at the beginning and at the end of their treatment. The varieties

1 Doc. dr. Simona Prosen, psihologinja in psihoterapevtka, Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, simona_prosen@hotmail.com

2 Doc. dr. Tihana Jendričko, dr. med., spec. psihiatrinja in psihoterapevtka, Univerzitetna psihiatrična bolnišnica Vrapče, Hrvaška, bolnica@bolnica-vrapce.hr

of participation in the group process were also analysed. There were 43 group members participating in the study, 12 men and 31 women, aged between 19 and 63 years, diagnosed with anxiety, depression or borderline personality disorder. They self-assessed the questionnaires on their use of certain selected emotion regulation strategies: attentional deployment, cognitive reappraisal, experiential avoidance and suppression. Their participation in the group was assessed by the group leader. The results show a significantly increased use of attentional deployment and cognitive reappraisal, as well as a decrease in the use of experiential avoidance, at the end of psychotherapeutic treatment. The use of emotion regulation strategies also differs regarding participants' diagnoses. A significant connection between attentional deployment and varieties of participation in the group process was found.

Keywords: psychodrama, psychotherapy, adults, emotion regulation, strategies of emotion regulation

Extended abstract

1. Introduction

Psychodrama is a psychotherapeutic approach that gives to its participants the opportunity for a corrective emotional experience: either through the integration of painful and/or dysfunctional (past) experiences, or through the establishment of previously non-existent experiences. Since psychodrama encourages the externalisation of the inner emotional world and can help in its more effective regulation, it is interesting to examine whether the frequency of using certain emotion regulation strategies may change during psychodrama psychotherapy. Effective emotion regulation is the ability of an individual to flexibly and socially change the duration and intensity of their emotions, especially when establishing and maintaining the quality of their interpersonal relationships and in social and emotional adjustment at different developmental periods. There are many strategies of emotion regulation, but this article focuses on four that have been more extensively studied. We classified them according to Gross and Thompson's model of emotion regulation, following the time of their occurrence in the process of emotional response formation: attentional deployment, cognitive reappraisal, experiential avoidance and suppression. When using attentional deployment, individuals re-focus their attention from the emotion-eliciting

situation to something else. Cognitive reappraisal is an emotion regulation strategy by which individuals try to look at the emotion-eliciting situation from a different angle: changing the cognitive evaluation of its meaning and/or importance or the evaluation of their own capabilities to face such a situation. Experiential avoidance enables individuals to deliberately avoid their unpleasant inner experience. Suppression, however, is a strategy aimed at hiding one's emotional experience, not showing it to the others.

2. Objective

The aim of the study was to better understand and evaluate the psychodramatic psychotherapeutic work related to selected strategies for emotion regulation, which are intertwined with mental health in many ways. The aim was to investigate: (1) whether the frequency of use of selected emotion regulation strategies differs in a psychodrama group organised within a psychiatric clinic at the beginning and at the end of psychotherapeutic treatment; (2) whether the use of these strategies varies according to the gender, age and diagnosis of the group members; (3) whether the activity of the members of the psychodrama group differs according to their gender, age and diagnosis; (4) how the use of the selected emotion regulation strategies is related to the activity of members in a psychodrama group.

3. Participants

Our research included members of the psychodrama psychotherapy group at the outpatient clinic at the University Psychiatric Hospital Vrapče in Zagreb: a total of 43, 12 men and 31 women aged from 19 to 63 years ($M = 40.44$ years, $SD = 12.46$ years). According to developmental psychology criteria, four belonged to the period of late adolescence (and were added to the group of young adults due to their low number), 19 of them belonged to the developmental period of early adulthood, and the remaining 20 to the period of middle adulthood. They were diagnosed as follows: 18 with an anxiety disorder, 17 with a depressive disorder, six with a borderline personality disorder and two after their first psychotic episode (they were excluded from the subsequent analysis due to their low number). The participants were prescribed different drugs or a combination of them: antidepressants, anxiolytics, antipsychotics or mood stabilisers. Most group members ($n = 41$) participated in the full outpatient clinic's programme (i.e., 12 weeks), one left the programme after eight weeks and another after 10. For 26 members of the group it was their first hospitalisation

and for others the second, but without previous experience of psychodrama psychotherapy. Outpatient clinic's programme included a one-hour meeting of the psychodrama psychotherapy group once per week for 12 weeks. Individuals were included in the group after an initial interview with the group leader: the interview was used to assess their ability to participate in the group psychotherapeutic process. The group was led by a psychiatrist, an experienced psychodrama psychotherapist. In addition to the psychodrama group, the participants also attended psychoeducation, reality therapy, occupational therapy, and supportive therapy.

4. Instruments

All members of the group participating in the study completed the following questionnaires: 1. *The Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ) which is intended for self-assessment of cognitive reappraisal and suppression strategies; 2. *The Attentional Deployment Scale* used for self-assessment of attentional deployment strategy; and 3. *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ-II) for self-assessment of experiential avoidance strategy. The leader of the psychodrama psychotherapy group monitored and assessed each participant's activity in the group during psychodrama psychotherapy: entering the role of protagonist, activity in the role(s) of auxiliary ego(s) and participation in sharing at the end of each group process.

5. Data processing

Data collected with questionnaires on the use of the selected emotion regulation strategies and on the participants' activity in a psychodrama group were analysed by parametric tests, as their normal distribution was confirmed (Shapiro-Wilk tests and Kolmogorov-Smirnov tests, most $p > 0.05$). We calculated the mean and standard deviation for each strategy and group activity at the beginning and end of the 12 week psychotherapeutic treatment in the outpatient clinic and checked for possible differences between the two measurements using t-tests. We also examined the data for possible gender, age and diagnosis differences, as well as the relationship between the use of the selected emotion regulation strategies and group activity.

6. Results

Group members used all of the selected emotion regulation strategies 'infrequently to sometimes' or 'sometimes to occasionally', at the beginning of and after psychotherapeutic treatment. There were statistically significant differences between the two measurements. The differences were important in three emotion regulation strategies: attentional deployment (more used at the end of the psychotherapy process), cognitive reappraisal (more used at the end of the psychotherapy process), and experiential avoidance (less used at the end of the psychotherapy process). The suppression strategy remained unchanged from the beginning till the end of the psychotherapeutic treatment.

Differences were confirmed in the use of the selected emotion regulation strategies between group members with different diagnoses (anxiety disorder, depressive disorder, and borderline personality disorder). At the beginning of the psychotherapeutic treatment, group members with anxiety disorder used more attentional deployment than the group members with the other two diagnoses. Members of the group with borderline personality disorder, on the other hand, used experiential avoidance more often than individuals with anxiety disorder. At the end of the 12 week psychotherapeutic treatment in the outpatient clinic, group members with both anxiety and depressive disorder more often used attentional deployment compared to the group members with borderline personality disorder. The latter, however, used experiential avoidance and suppression more often compared to the individuals with anxiety disorder.

Fewest members of the group entered into the role of the psychodrama protagonist. More group members participated in the role of the auxiliary ego, and about the same number of group members also participated in the sharing process. The differences between the described activities of the group members (protagonist, auxiliary ego, sharing) were statistically significant between the protagonist and the auxiliary ego, and between the protagonist and the sharing.

We confirmed only one significant positive association between the use of attentional deployment at the end of the psychotherapeutic treatment and the sharing activity.

7. Discussion and Conclusions

The use of three out of four selected emotion regulation strategies changed during the 12 week psychotherapeutic treatment in the outpatient clinic. Group members increased their frequency of use of attentional deployment and cognitive reappraisal strategies and reduced their use of experiential avoidance.

This can be described as a positive shift in the use of emotion regulation strategies, as attentional deployment and cognitive reappraisal are associated with more favourable psychosocial outcomes, while experiential avoidance is associated with the emergence of various forms of psychopathology. The use of emotion regulation strategies varied according to the diagnoses of the group members, which may indicate the need for a diagnosis-specific addressing of emotion regulation in people with different psychopathological symptoms. There was also a significant positive association between the use of attentional deployment at the end of psychotherapeutic treatment in the outpatient clinic and the activity of individual members in the psychodrama group. Our results may prove helpful for the psychotherapeutic process: special attention should be paid to the strategies of emotion regulation of individuals treated in the outpatient clinic and the specificities of these strategies in individuals with different diagnoses. Our study is one of the few that examines a psychodrama psychotherapeutic approach and sheds light on its specificities. However, caution is needed when generalising our results, due to the smaller number of the participants and their uneven representation regarding gender and diagnoses. In addition to psychodrama, group members also participated in other forms of psychotherapy and the results cannot be attributed to psychodrama solely. Factors outside the psychotherapeutic treatment may have influenced the results as well. Further, the data was gathered via self-assessment that may be subjectively biased – future research could therefore include other ways of collecting data, such as observation or interviews. The addressed phenomena could also be re-assessed after a longer time-period in order to check for (possible) long-term changes.

1. **Uvod**

Prispevek začnjava s kratkim orisom psihodramske psihoterapije ter nadaljujeva z opredelitvijo uravnavanja čustev in podrobnejšo predstavitevjo nekaterih strategij uravnavanja čustev: preusmeritve pozornosti, kognitivnega prevrednotenja, izogibanja doživljanju in prikrivanja, ki so pogosto zastopane v empiričnih raziskavah.

1.1. *Psihodrama*

Psihodrama je psihoterapevtski pristop, ki z uporabo sociometrije, teorije vlog in upoštevanjem skupinske dinamike posameznike spodbuja k uvidom o lastnih miselnih in čustvenih procesih ter vedenjih, povezanih s sabo ali z drugimi. Proces največkrat poteka v skupini, kjer se – ob vzpostavljenem občutku varnosti – lahko razvijata spontanost in ustvarjalnost tako posameznika kot skupine (Blatner, 2000; Dayton, 1994; Moreno, 1983). Psihodramsko srečanje ponavadi sestavlja ogrevanje, ki mu sledi delo s protagonistom (t.j. oseba, ki raziskuje svojo temo na psihodramski način: ob uporabi različnih psihodramskih tehnik, kot sta na primer zamenjava vlog ali zrcalo ter s sodelovanjem drugih članov skupine, ki vstopajo v vloge, ki jim jih dodeli protagonist – tim. pomožni jazi). Zadnji del srečanja predstavlja delitev občutij, kjer ima vsak član skupine priložnost podeliti svoja čustva, misli, uvide, ki so se pojavili tekom psihodramske akcije.

Psihodramska psihoterapija posamezniku omogoča doživetje korektivne izkušnje, morda preko integracije bolečih in/ali nefunkcionalnih izkušenj iz preteklosti, ali preko vzpostavljanja prej neobstoječih izkušenj. Psihodrama spodbuja pozunanjanje čustvenega sveta in lahko pripomore k njegovemu učinkovitejšemu uravnavanju (Yablonsky, 1981) – zato je zanimivo preveriti, ali se tekom psihodramske psihoterapije morda spreminja pogostost rabe določenih strategij uravnavanja čustev.

1.2. *Uravnavanje čustev*

Učinkovito uravnavanje čustev je zmožnost posameznika, da prožno in socialno primerno spreminja trajanje in intenzivnost svojih čustev, predvsem pri vzpostavljanju in vzdrževanju kakovostnih medosebnih odnosov ter pri socialnem in čustvenem prilagajanju v različnih življenjskih obdobjih (Thompson in Meyer, 2009). Pri uravnavanju čustev obstajajo med posamezniki precejšnje razlike in vsakdo ima svoje tim. “okno tolerance”, znotraj katerega je njegovo čustveno vznurjenje najprimernejše in znotraj katerega ustrezno funkcionira (Ogden idr., 2006; Siegel, 2012) – to posameznikovo značilnost je posebej pomembno upoštevati v psihoterapevtskem kontekstu.

Strategij uravnavanja čustev je zelo veliko, v članku pa se usmerjava k štirim, ki so bile večkrat preučevane v različnih empiričnih študijah (npr. Aldao idr., 2010; Evers idr., 2010; Flynn idr., 2010). Razvrstili sva jih, v skladu z modelom uravnavanja čustev Grossa in Thompsona (2009), glede na čas njihovega pojavljanja v procesu nastajanja čustvenega odziva: preusmeritev pozornosti, kognitivno prevrednotenje, izogibanje doživljanju in prikrivanje.

Preusmerjanje pozornosti je strategija uravnavanja čustev, pri kateri posameznik svojo pozornost preusmeri od situacije, ki sproža čustvo, na nekaj drugega in tako spreminja čustveni vpliv le-te (Gross in Thompson, 2009). Zmožnost preusmerjanja pozornosti ublaži vplive neprijetnih čustev (Harman idr., 1997, v Sethi idr., 2000). Preusmerjanje pozornosti je lahko adaptivna ali neadaptivna strategija – odvisno od konteksta njene uporabe.

Kognitivno prevrednotenje je strategija uravnavanja čustev, ob kateri posameznik pogleda na situacijo, ki je pri njem sprožila čustven odziv, na drugačen način - spremeni kognitivno oceno pomena in/ali pomembnosti te situacije ali oceno lastnih zmožnosti za spoprijemanje z zahtevami te situacije. Ta sprememba pa lahko spremeni posameznikov čustveni odziv nanjo (Evers idr., 2010; Gross, 1998; Lazarus, 1991). Raziskave ugotavljajo pomembno pozitivno povezanost uporabe kognitivnega prevrednotenja z življenjskim zadovoljstvom (John in Gross, 2009), s samospoštovanjem in kakovostjo socialne podpore (Gross in John, 2003), prepogosta uporaba prevrednotenja pa lahko pomeni tudi to, da se posameznik zateka k obrambnim mehanizmom, kot sta npr. zanikanje ali racionalizacija (John in Gross, 2009).

Izogibanje doživljanju [angl. experiential avoidance] je strategija uravnavanja čustev, s katero se posameznik namerno izogiba neprijetnemu notranjemu izkustvu. Opredeljena je tudi kot nepripravljenost ostati v stiku z mislimi, občutki, spomini, ki pri posamezniku sprožajo stisko (Boulanger idr., 2010). Kljub temu, da je izogibanje doživljanju v neketarih kontekstih lahko zaščitno, zahteva pogosto in rigidno uporabljanje te strategije od posameznika veliko časa in energije, kar mu onemogoča doseganje željenih ciljev, povzroča zmanjšan stik s trenutnimi izkušnjami (Hayes idr., 2004) ter občutek neavtentičnosti, nepovezanosti s sabo (John in Gross, 2004). Izogibanje določeni vsebini lahko paradoksalno celo poveča stik z njo in tako prispeva k dolgoročnim težavam posameznika (npr. Gross, 1998; Lavy in Van den Hout, 1990, v Gamez idr., 2011). Dolgoročna raba izogibanja doživljanju naj bi bila skupni imenovalec velikega števila navidezno različnih oblik psihopatologije (npr. Chawla in Ostafin, 2007, v Gamez idr., 2011): študije potrejujejo njegovo pomembno pozitivno povezanost z merami splošne psihopatologije (Hayes idr., 2004) ter z anksioznostjo in depresivnostjo (npr. Forsyth idr., 2006, v Kashdan idr., 2006).

Prav zato je tekom psihoterapije velikokrat poudarek na soočanju posameznika z lastnim notranjim doživljajskim svetom (npr. Roemer in Orsillo, 2002, v Gamez idr., 2011).

Prikrivanje je strategija uravnavanja čustev, pri kateri posameznik manj izraža ali ne izraža svojih čustev, čeprav jih doživlja: prikriva zunanje znake čustvovanja (Evers idr., 2010; Gross, 1998; Gross in John, 2003; Gross in Thompson, 2009; Matsumoto, 2006). Prikrivanje posamezniki uporabljajo tako pri izražanju neprijetnih kot tudi prijetnih čustev (Gross in John, 2003). Prijetna čustva postanejo ob prikrivanju manj močna, podobno nekateri raziskovalci (npr. Diamond in Fagundes, 2010) poročajo tudi za neprijetna čustva, drugi raziskovalci (npr. Gross in John, 2003) pa govorijo pri njih o obratnem učinku: prikrivanje jih ojača. Prikrivanje se v študijah negativno povezuje z zadovoljstvom z življenjem (John in Gross, 2009) in pozitivno s pojavljanjem psihopatoloških simptomov (npr. Aldao idr., 2010; Gross, 1998), med njimi s tolaženjem s hrano (Evers idr., 2010) ter z depresivnostjo pri moških (Flynn idr., 2010).

Nekateri avtorji ugotavljajo, da pri rabi posameznih strategij uravnavanja čustev morda obstajajo starostne razlike (Urry in Gross, 2010, v Lohani in Isaacowitz, 2014). Starejši odrasli uporabljajo več kognitivnega prevrednotenja kot prikrivanja (John in Gross, 2004). Lohani in Isaacowitz (2014) sta ugotovila, da so bili posamezniki v obdobju srednje odraslosti uspešnejši pri rabi kognitivnega prevrednotenja in preusmerjanja pozornosti od mlajših odraslih, medtem ko je ostala raba prikrivanja s starostjo nespremenjena.

V splošnem naj bi bili strategiji kognitivnega prevrednotenja in preusmerjanja pozornosti bolj učinkoviti in predstavlja njuna raba zaščito pred psihopatološkimi simptomi (Gross, 1998; Sethi idr., 2000). Na drugi strani pa naj bi bili strategiji izogibanja doživljanju in prikrivanja manj učinkoviti in pozitivno povezani s pojavljanjem psihopatologije (Boulanger idr., 2010; Gross, 1998). Vedno pa je pri vrednotenju posameznih strategij uravnavanja čustev pomembno nanje gledati kontekstualno, ob upoštevanju socio-kulturnih dejavnikov (Matsumoto, 2006). Prav tako je potrebno upoštevati medosebne razlike in tudi nihanja uravnavanja pri vsakem posamezniku – kar je še zlasti pomembno pri psihoterapevtskem delu.

Najina raziskava skuša odgovoriti na sledeča vprašanja: (1) ali se razlikuje pogostost rabe izbranih strategij uravnavanja čustev v psihodramski skupini, organizirani v okviru psihiatrične klinike, na začetku ter ob koncu psihoterapevtske obravnave; (2) ali se raba teh strategij razlikuje glede na spol, starost in diagnozo članov skupine; (3) ali se aktivnost članov psihodramske skupine razlikuje glede na njihov spol, starost in diagnozo; (4) kako je raba izbranih strategij uravnavanja čustev povezana z aktivnostjo članov v psihodramski skupini.

Odgovori na zastavljena vprašanja bodo morda v pomoč pri razumevanju in ovrednotenju (psihodramskega) psihoterapevtskega dela v povezavi z izbranimi strategijami uravnavanja čustev, ki se na številne načine povezujejo z duševnim zdravjem.

2. Metoda

2.1. Sodelujoči

V raziskavo so bili vključeni člani psihodramske psihoterapevtske skupine v okviru dnevne bolnišnice v Univerzitetni psihiatrični bolnišnici Vrapče v Zagrebu: skupaj 43, 12 moških in 31 žensk, starih med 19 in 63 let ($M=40.44$ let, $SD=12.46$ let). Med vsemi člani skupine so – glede na razvojnopsihološke kriterije (Kail in Cavanaugh, 2010) štiri spadali v obdobje poznega mladostništva (in so bili zaradi nizkega števila priključeni mladim odraslim), 19 jih je spadalo v razvojno obdobje zgodnje odraslosti, preostalih 20 pa v obdobje srednje odraslosti. Člani skupine so imeli sledeče diagnoze: 18 diagnozo anksiozne motnje, 17 depresivne motnje, šest mejne osebnostne motnje in dva po svoji prvi psihotični epizodi. Predpisana so imeli različna zdravila ali njihovo kombinacijo: antidepresive, anksiolitike, antipsihotike ali stabilizatorje razpoloženja. Večina članov skupine ($n=41$) je v programu dnevne bolnišnice sodelovala ves čas, torej 12 tednov, eden je program zapustil po osmih tednih in drugi po desetih. Za 26 članov skupine je bila to njihova prva hospitalizacija, za ostale pa druga, vendar brez predhodne izkušnje psihodramske psihoterapije. Program dnevne bolnišnice je vključeval enourno srečanje psihodramske psihoterapevtske skupine tedensko. Vključitev posameznikov v skupino je potekala po opravljenem uvodnem intervjuju z vodjo skupine: intervju je služil oceni zmožnosti sodelovanja v skupinskem psihoterapevtskem procesu. Skupino je vodila psihiatrinja, izkušena psihodramska psihoterapevtka. Poleg psihodramske skupine so sodelujoči obiskovali tudi psihoedukacijo, realitetno terapijo, delovno terapijo ter podporno terapijo.

2.2. Vprašalniki

Vsi člani skupine, vključeni v raziskavo, so izpolnili vprašalnike, opisane v nadaljevanju.

The Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) (Gross in John, 2003) je namenjen samooceni strategij kognitivnega prevrednotenja in prikrivanja. Kognitivno prevrednotenje opisuje šest postavk in prikrivanje štiri; za vsako postavko so udeleženci raziskave na 7-stopenjski lestvici Likertovega tipa označili, kako pogosto uporabljajo opisano strategijo (1 = nikoli, 2 = zelo

redko, 3 = redko, 4 = včasih, 5 = pogosto, 6 = zelo pogosto, 7 = skoraj vedno). Lestvica kognitivnega prevrednotenja pred/po psihoterapevtski obravnavi je imela sprejemljivo/nizjo, a še sprejemljivo zanesljivost (Cronbach $\alpha = 0,63/0,52$). Lestvica prikrivanja pred/po psihoterapevtski obravnavi je imela zelo dobro/dobro zanesljivost (Cronbach $\alpha = 0,82/0,77$).

Attentional Deployment Scale (Barros, 2005) je namenjena samooceni strategije preusmerjanja pozornosti in jo sestavlja pet postavk. Ocenjevalna lestvica je bila enaka opisani pri prejšnjem vprašalniku. Lestvica preusmerjanja pozornosti pred/po psihoterapevtski obravnavi je imela zelo dobro/dobro zanesljivost (Cronbach $\alpha = 0,85/0,78$).

Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) (Bond idr., 2011) je namenjen samooceni strategije izogibanja doživljanju in ga sestavlja 10 postavk. Ocenjevalna lestvica je bila enaka opisanim pri prejšnjih vprašalnikih. Lestvica izogibanja doživljanju pred/po psihoterapevtski obravnavi je imela zelo dobro/odlično zanesljivost (Cronbach $\alpha = 0,83/0,95$).

2.3. Postopek pridobivanja in obdelave podatkov

K sodelovanju v raziskavi so bili povabljeni vsi člani psihodramske psihoterapevtske skupine v programu dnevne bolnišnice v Univerzitetni psihiatrični bolnišnici Vrapče v Zagrebu, Hrvaška. Njihovo sodelovanje je bilo prostovoljno in s predhodnim natančnim pojasnilom o vsebini in poteku raziskave, ki je bilo podano tako besedno kot tudi v obliki obrazca za podpis informiranega pristanka k sodelovanju. Vsi, ki so želeli sodelovati, so izpolnili prej opisane vprašalnike: na začetku njihove psihoterapevtske obravnave v dnevni bolnišnici ter ob zaključku le-te.

Vodja psihodramske psihoterapevtske skupine je za vsakega sodelujočega napisala njegovo/njeno diagnozo po klasifikaciji MKB-10 (anksiozna motnja, depresivna motnja, mejna osebnostna motnja, psihoza; slednja je bila pri izračunih izpuščena, saj sta to diagnozo imela le dva sodelujoča, kar pa je prenizko število za statistično obdelavo) ter sledila njegovi/njeni aktivnosti v skupini tekom psihodramske psihoterapije s pomočjo 5-stopenjske lestvice Likertovega-tipa (1 = nikoli, 2 = redko, 3 = srednje, 4 = pogosto, 5 = zelo pogosto): vstopanje v vlogo protagonista, aktivnost v vlogah pomožnih jazov ter sodelovanje pri delitvi občutij ob koncu vsakokratnega procesa skupine.

Podatke, zbrane z vprašalniki o rabi izbranih strategij uravnavanja čustev ter o aktivnosti v psihodramski skupini, sva analizirali s parametričnimi testi, saj je bila potrjena njihova normalna razporeditev (Shapiro-Wilk testi in Kolmogorov-Smirnov testi, večina $p_{\text{lev}} > 0,05$). Izračunali sva aritmetične sredine in standardni odklon za vsako strategijo ter aktivnost v skupini na začetku ter ob koncu

psihoterapevtske obravnave v dnevni bolnišnici ter s pomočjo t-testov preverili morebitne razlike med merjenjema. Prav tako sva preverili morebitne razlike pri naštetih spremenljivkah glede na spol, starost in diagnozo sodelujočih ter povezave med rabo izbranih strategij uravnavanja čustev in aktivnostjo v skupini.

3. Rezultati

3.1. Izbrane strategije uravnavanja čustev

Najprej bo predstavljena pogostost rabe izbranih strategij uravnavanja čustev pri članih psihodramske skupine (Tabela 1).

Tabela 1

Pogostost uporabe izbranih strategij uravnavanja čustev pred in po psihoterapevtski obravnavi ter razlike med njimi

Strategije uravnavanja čustev	Prej		Potem		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Preusmerjanje pozornosti	3,37	1,35	4,07	1,16	-3,83	42	0,00
Kognitivno prevrednotenje	3,44	0,92	4,04	0,77	-4,39	42	0,00
Izogibanje doživljanju	4,65	1,79	3,80	1,61	4,40	42	0,00
Prikrivanje	4,01	1,51	3,73	1,21	1,74	42	0,09

Opombe: M – aritmetična sredina; SD – standardna deviacija; t – t-vrednost; df – stopnje svobode; p – pomembnost razlik med merjenjema

Iz rezultatov je razvidno, da člani skupine vse izbrane strategije uravnavanja čustev uporabljajo redko do včasih ali včasih do pogosto na začetku psihoterapevtske obravnave in tudi po njej – vendar se med obema merjenjema pojavljajo statistično pomembne razlike. Razlike so pomembne pri treh strategijah uravnavanja čustev: preusmerjanju pozornosti (več uporabe ob koncu psihoterapevtske obravnave), kognitivnem prevrednotenju (več uporabe ob koncu psihoterapevtske obravnave) ter izogibanju doživljanja (manj uporabe ob koncu psihoterapevtske obravnave).

Pri strategiji prikrivanja se razlika med stanjem na začetku in koncu psihoterapevtske obravnave ni pojavila. Izračuni tudi niso pokazali pomembnih razlik v uporabi izbranih strategij uravnavanja čustev po spolu ali starosti članov skupine. Pokazale pa so se razlike v rabi izbranih strategij uravnavanja čustev med člani skupine z različnimi diagnozami: z anksiozno motnjo, z depresivno motnjo in z mejno osebnostno motnjo (Tabela 2).

Tabela 2

Pogostost uporabe izbranih strategij uravnavanja čustev pri članih skupine z različnimi diagnozami

Strategije uravnavanja čustev	D		A		MOM		F	p	Smer razlik*
	M	SD	M	SD	M	SD			
Prej									
Preusmerjanje pozornosti	2,94	1,27	4,08	1,13	2,23	1,26	6,84	0,00	A > D A > MOM
Kognitivno prevrednotenje	3,19	0,81	3,75	0,90	3,19	1,24	1,89	0,17	D=A=MOM
Izogibanje doživljanju	5,09	1,69	3,91	1,65	6,10	1,40	4,75	0,01	MOM > A
Prikrivanje	3,57	1,38	4,17	1,58	4,86	1,62	1,80	0,18	D=A=MOM
Potem									
Preusmerjanje pozornosti	4,22	1,14	4,22	1,10	2,93	0,99	3,49	0,04	D > MOM A > MOM
Kognitivno prevrednotenje	4,00	0,80	4,07	0,81	3,97	0,85	0,04	0,96	D=A=MOM
Izogibanje doživljanju	3,93	1,36	3,06	1,37	5,88	1,10	10,15	0,00	MOM > D MOM > A
Prikrivanje	3,60	1,02	3,46	1,08	4,88	1,72	3,52	0,04	MOM > A

Opombe: D – člani skupine z depresivno motnjo (n=17); A – člani skupine z anksiozno motnjo (n=18); MOM – člani skupine z mejno osebnostno motnjo (n=6); M – aritmetična sredina; SD – standardna deviacija; F – F-vrednost; p – pomembnost razlik med diagnozami; > prva skupina bolj pogosto uporablja strategijo uravnavanja čustev kot druga; = prva in druga skupina podobno pogosto uporabljata strategijo uravnavanja čustev; * – rezultati Tukey post-hoc testa

Iz Tabele 2 lahko razbereva pojavljanje številnih razlik v rabi izbranih strategij uravnavanja čustev pri članih skupine z različnimi diagnozami. Na začetku psihoterapevtske obravnave so člani skupine z anksiozno motnjo uporabljali več preusmerjanja pozornosti od ostalih dveh skupin. Člani skupine z mejno osebnostno motnjo pa so večkrat od anksioznih uporabljali izogibanje doživljanju. Ob koncu psihoterapevtske obravnave v dnevni bolnišnici so tako člani skupine z anksiozno kot z depresivno motnjo večkrat uporabljali preusmeritev pozornosti od članov skupine z mejno osebnostno motnjo. Slednji pa so pogosteje od ostalih uporabljali izogibanje doživljanju ter prikrivanje v primerjavi z anksioznimi.

3.2. Aktivnost v psihodramski psihoterapevtski skupini

V nadaljevanju je prikazana aktivnosti članov psihodramske psihoterapevtske skupine: kako pogosto so bili vanjo vključeni kot protagonist ali pomožni jaz, kako pogosto so s skupino podelili svoje misli in občutja o dogajanju v skupini.

Tabela 3
Aktivnost članov skupine v psihodramski skupini

Aktivnosti	M	SD	razpon
Vloga protagonista	2,65	1,46	1-5
Vloga pomožnega jaza	3,81	1,35	1-5
Delitev občutij	3,84	1,50	1-5

Opombe: M – aritmetična sredina; SD – standardna deviacija

Iz Tabele 3 lahko vidimo, da je najmanj članov skupine vstopilo v vlogo protagonista psihodrame. Več članov je sodelovalo v vlogi pomožnih jazov in približno enako število članov skupine je sodelovalo tudi pri delitvi občutij. Razlike med opisanimi aktivnostmi članov skupine (protagonist, pomožni jaz, delitev občutij) so bile statistično pomembne med protagonistom in pomožnim jazom ($t = -5,60$, $df = 42$, $p = 0,00$) ter med protagonistom in delitvijo občutij ($t = -4,93$, $df = 42$, $p = 0,00$).

Pri ugotavljanju morebitnih razlik v aktivnosti članov skupine glede na njihov spol, starost in diagnozo, le-te niso bile potrjene.

3.3. Povezave med uporabo izbranih strategij uravnavanja čustev ter aktivnostjo v psihodramski psihoterapevtski skupini

Potrdili sva le pomembno pozitivno povezavo med rabo preusmeritve pozornosti ob koncu psihoterapevtske obravnave ter aktivnostjo pri deljenju občutij ($r = 0,36$, $p = 0,02$, $df = 43$).

4. Razprava

Raziskava o rabi izbranih strategij uravnavanja čustev ter aktivnosti na skupini pri članih psihodramske psihoterapevtske skupine v okviru psihiatrične bolnišnice na začetku in ob koncu njihove psihoterapevtske obravnave ponuja nekatere zanimive ugotovitve.

Člani skupine vse izbrane strategije uravnavanja čustev uporabljajo redko do včasih ali včasih do pogosto na začetku psihoterapevtske obravnave in tudi po njej, vendar se med obema merjenjema pojavljajo pomembne razlike pri treh strategijah uravnavanja čustev: preusmerjanju pozornosti, kognitivnem prevrednotenju ter izogibanju doživljanja. Člani skupine so pričeli tekom psihoterapevtske obravnave pomembno pogosteje uporabljati preusmerjanje pozornosti in kognitivno prevrednotenje: okrepili so torej svojo zmožnost usmerjanja pozornosti znotraj situacij, ki bi lahko v njih zbudile neprijetna čustva (Gross in Thompson, 2009) ter zmožnost pripisovanja drugačnega pomena

ali pomembnosti čustva-vzbujajočim situacijam (Evers idr., 2010; Gross, 1998; Lazarus, 1991). To je spodbuden rezultat, saj veljata obe strategiji za učinkovitejši ter pozitivno povezani z duševnim zdravjem (Gross, 1998; Sethi idr., 2000).

Prav tako so člani skupine tekom psihoterapevtske obravnave zmanjšali uporabo strategije izogibanja doživljanju: manj so se ob koncu zdravljenja torej izogibali neprijetnim mislim, občutjem (Boulanger idr., 2010). Tudi to je spodbudno, saj je izogibanje doživljanju manj učinkovita strategija uravnavanja čustev, povezana s pojavljanjem različnih psihopatoloških simptomov (Boulanger idr., 2010; Gamez idr., 2011; Hayes idr., 2004; John in Gross, 2004).

Pri strategiji prikrivanja se razlika med stanjem na začetku in koncu psihoterapevtske obravnave ni pojavila – člani skupine so torej še vedno v enaki meri uporabljali to strategijo uravnavanja čustev. Ta rezultat ni tako spodbuden, saj velja prikrivanje za manj učinkovito strategijo uravnavanja čustev, povezano s psihopatološkimi simptomi (Evers idr., 2010; Flynn idr., 2010, John in Gross, 2004). Veljalo bi ji torej tekom psihoterapije posvetiti več pozornosti.

Uporaba izbranih strategij uravnavanja čustev se ni razlikovala po spolu ali starosti članov skupine, čeprav nekatere raziskave o tovrstnih razlikah poročajo (npr. John in Gross, 2004; Lohani in Isaacowitz, 2014). Pokazale pa so se številne razlike v rabi izbranih strategij uravnavanja čustev pri članih skupine z različnimi diagnozami. Na začetku psihoterapevtske obravnave so člani skupine z anksiozno motnjo uporabljali več preusmerjanja pozornosti od ostalih dveh skupin. Člani skupine z mejno osebno motnjo pa so večkrat od anksioznih uporabljali izogibanje doživljanju. Ob koncu psihoterapevtske obravnave v dnevni bolnišnici so tako člani skupine z anksiozno kot z depresivno motnjo večkrat uporabljali preusmeritev pozornosti od članov skupine z mejno osebno motnjo. Slednji pa so pogosteje od ostalih uporabljali izogibanje doživljanju ter prikrivanje v primerjavi z anksioznimi.

Sklepava lahko, da so člani skupine z diagnozo depresivne motnje pričeli večkrat preusmerjati svojo pozornost (in so se tako izenačili z anksioznimi) ter so se manjkrat izogibali doživljanju svojih občutij (pojavila se je razlika s člani skupine z mejno osebno motnjo). Oba premika lahko označiva za pozitivna, v smeri rabe učinkovitejših strategij uravnavanja čustev oz. opuščanja manj učinkovitih. Podobno pozitiven premik pri rabi strategij uravnavanja čustev lahko v manjši meri opaziva pri članih skupine z anksiozno motnjo – začeli so manj prikrivati svoje čustveno doživljanje (pojavila se je razlika s člani skupine z mejno osebno motnjo).

Pozitivnih premikov pri rabi strategij uravnavanja čustev nisva potrdili pri članih skupine z mejno osebno motnjo, kar morda lahko poveževa z ugotovitvami številnih avtorjev (npr. Benjamin in Karpiak, 2001; Lingardi

idr., 2005), da imajo posamezniki s to motnjo bolj poudarjene težave pri vzpostavljanju in vzdrževanju odnosov. Prav to jim morda onemogoča tudi vzpostavljanje zaupnih odnosov tekom skupinske psihoterapevtske obravnave in s tem manjšo dobrobit od le-te v primerjavi s člani skupine z drugačnimi težavami.

Dobljeni rezultati morda kažejo na potrebo po specifičnem naslavljanju/razvijanju strategij uravnavanja čustev pri posameznikih z različnimi diagnozami.

V raziskavi sva analizirali tudi aktivnosti članov psihodramske psihoterapevtske skupine. Pomembno najmanj članov skupine (v primerjavi z ostalima dvema oblikama aktivnosti) je vstopilo v vlogo protagonista psihodrame – kar je tudi pričakovano, saj je protagonist v skupini lahko le ena oseba. Več članov je sodelovalo v vlogi pomožnih jazov, v katere so jih povabili protagonisti. Vsak član skupine ima možnost ponujeno vlogo tudi zavrniti, a večinoma člani skupine vloge sprejmejo, saj s tem podprejo proces protagonista, poleg tega pa vstopanje v različne vloge pri posamezniku lahko spodbudi njegovo lastno spontanost, ustvarjalnost in pripelje do prememb tudi v lastnem repertoarju vlog (Blatner, 2000). Približno enako število članov skupine je sodelovalo tudi pri delitvi občutij, delu psihodramskega procesa, znotraj katerega ostali člani skupine protagonistu povedo, s čim, kako se jih je njegova/njena zgodba osebno dotaknila. S tem procesirajo tudi lastno doživljanje, kar lahko podpre njihov psihoterapevtski proces, kar se je pokazalo tudi v pomembni pozitivni povezavi tega procesiranja z rabo preusmeritve pozornosti ob koncu psihoterapevtske obravnave. Morda so se člani psihodramske skupine, ki so večkrat besedno procesirali svoja občutja ob psihodramskih akcijah drugih članov skupine, ob tem naučili bolje (pre)usmerjati svojo pozornost.

Pri ugotavljanju morebitnih razlik v aktivnosti članov skupine glede na njihov spol, starost in diagnozo, le-te niso bile potrjene. Morda bi razširjen vzorec sodelujočih prinesel podrobnejšo sliko morebitnih razlik.

5. **Zaključki**

V članku je predstavljena raziskava o rabi izbranih strategij uravnavanja čustev pri članih psihodramske psihoterapevtske skupine v okviru psihiatrične bolnišnice: na začetku in ob koncu psihoterapevtske obravnave. Analizirana je tudi aktivnost članov omenjene skupine. Uporaba treh od štirih izbranih strategij uravnavanja čustev se je tekom psihoterapevtske obravnave v dnevni bolnišnici spremenila. Člani skupine so povečali pogostost uporabe strategij preusmerjanja pozornosti in kognitivnega prevrednotenja ter zmanjšali rabo izogibanja doživljanju. To lahko vidimo kot pozitivni premik v uporabi strategij uravnavanja čustev, saj sta tako preusmerjanje pozornosti kot kognitivno prevrednotenje glede

na predhodne raziskave (Gross, 1998; Sethi idr., 2000) povezani z ugodnejšimi psihosocialnimi izidi, medtem ko je izogibanje doživljanju povezano s pojavljanjem različnih oblik psihopatologije (Boulanger idr., 2010; Gamez idr., 2011; Hayes idr., 2004; John in Gross, 2004). Raba strategij uravnavanja čustev se razlikuje glede na diagnoze članov skupine, kar morda nakazuje na potrebo po specifičnem naslavljanju področja uravnavanja čustev pri osebah z različnimi psihopatološkimi simptomi. Izkazalo se je tudi, da obstaja pomembna pozitivna povezava med rabo preusmerjanja pozornosti ob koncu psihoterapevtske obravnave v dnevni bolnišnici in aktivnostjo članov v psihodramski skupini.

Pričujoča raziskava skuša osvetliti (psihodramski) psihoterapevtski proces in dobljeni rezultati so lahko smernica za izboljšave le-tega. Gre za eno od (še) maloštevilnih raziskav, ki vključujejo psihodramski psihoterapevtski pristop. V raziskavi so sodelovali posamezniki, vključeni v zdravljenje v okviru psihiatrične bolnišnice, pri katerih se je pomembno zavedati njihove posebne ranljivosti. Dobljeni rezultati morda lahko pripomorejo k izboljšanju psihoterapevtskega procesa z njimi ob posebni pozornosti, namenjeni njihovim strategijam uravnavanja čustev in z zavedanjem v raziskavi ugotovljenih posebnosti teh strategij pri posameznikih z različnimi diagnozami.

Seveda pa ima raziskava tudi nekaj pomanjkljivosti. Med njimi so dokaj nizko število vključenih oseb, njihova neenakomerna zastopanost glede na spol in diagnoze ter združitve oseb iz obdobja poznega mladostništva z mladimi odraslimi – vse to kliče k previdnosti pri posploševanju rezultatov. Zbrani podatki temeljijo na samoocenah udeležencev, zato je pri dobljenih rezultatih potrebno pomisliti tudi na njihovo subjektivnost ocenjevanja – morda bi drugačni načini zbiranja podatkov, na primer z opazovanjem ali intervjuji, naslikali (nekoliko) drugačno sliko.

Udeleženci so se poleg psihodramske skupine udeleževali tudi drugih oblik terapije tekom svojega zdravljenja v dnevni bolnišnici, zato pridobljenih rezultatov ni mogoče pripisati zgolj dogajanju v psihodramski skupini. Prav tako je možen vpliv izventerapevtskih dejavnikov. Oboje je lahko predmet katere od raziskav v prihodnosti. Prav tako bi bilo dobrodošlo spremljanje preučevanih fenomenov še po preteku daljšega obdobja od zaključka obravnave, ki bi postregli z njihovimi (morebitnimi) dolgoročnimi spremembami.

Viri

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. in Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Benjamin, L. S. in Karpiak, C. P. (2001). Personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, & Practice*, 38, 487-491.
- Blatner, A. (2000). *Foundations of psychodrama*. Springer Publishing Company.
- Barros, E. (2005). *Attentional deployment in emotion regulation: should people pay attention or not?* A dissertation submitted to the Faculty of Purdue University.
- Bond idr. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Boulanger, J. L., Hayes, S. C. in Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. V A. M. Kring in D. M. Sloan (Ur.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (str. 107-136). The Guilford Press.
- Dayton, T. (1994). *The drama within: Psychodrama and experiential therapy*. Health Communications, Inc.
- Diamond, L. M. in Fagundes, C. P. (2010). Psychobiological research on attachment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27, 218-225.
- Evers, C., Stok, F. M. in de Ridder, D. T. D. (2010). Feeding your feelings: emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(6), 792-804.
- Flynn, J. J., Hollenstein, T. in Mackey, A. (2010). The effect of suppressing and not accepting emotions on depressive symptoms: Is suppression different for men and women? *Personality and Individual Differences*, 49, 582-586.
- Gamez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C. in Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The multidimensional experiential avoidance questionnaire. *Psychological Assessment*, 23(3), 692-713.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J. in John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(2), 348-362.
- Gross, J. J. in Thompson, R. A. (2009). Emotion regulation: conceptual foundations. V J. J. Gross in R. A. Thompson (Ur.), *Handbook of emotion regulation* (str. 3-24). The Guilford Press.
- Hayes, S. C. idr. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- John, O. P. in Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1333.
- John, O. P. in Gross, J. J. (2009). Individual differences in emotion regulation. V J. J. Gross in R. A. Thompson (Ur.), *Handbook of emotion regulation* (str. 351-372). The Guilford Press.
- Kail, R. V. in Cavanaugh, J. C. (2010). *Human development - a life-span view*. Wadsworth.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P. in Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.
- Lingiardi, V., Filippucci, L. in Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 45-53.
- Lohani, M. in Isaacowitz, D. M. (2014). Age differences in managing response to sadness elicitors using attentional deployment, positive reappraisal and suppression. *Cognition & Emotion*, 28(4), 678-697.

- Matsumoto, D. (2006). Are cultural differences in emotion regulation mediated by personality traits? *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37(4), 421-437.
- Moreno, J. L. (1983). *The theatre of spontaneity*. Beacon House.
- Ogden, P. Minton, K. in Pain, C. (2006). *Trauma and the body*. W.W.Norton & Company.
- Sethi, A., Mischel, W., Aber, J. L., Shoda, Y. in Larrea Rodriguez, M. (2000). The role of strategic attention deployment in development of self-regulation: Predicting preschoolers' delay of gratification from mother-toddler interactions. *Developmental Psychology*, 36(6), 767-777.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind, 2. izdaja*. The Guilford Press.
- Thompson, R. A. in Meyer, S. (2009). Socialization of emotion regulation in the family. V J. J. Gross in R. A. Thompson (Ur.), *Handbook of emotion regulation* (str. 249-268). The Guilford Press.
- Yablonsky, L. (1981). *Psychodrama. Resolving emotional problems through role-playing*. Gardner Press, Inc.