

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA
UGOTAVLJANJE KORISTNOSTI BONDING
PSIHOTERAPEVTSKE MODALITETE S POMOČJO
USMERJENIH INTERVJUJEV

MATEJA ERCE

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Ugotavljanje koristnosti bonding psihoterapevtske modalitete s
pomočjo usmerjenih intervjujev**

(Determination of efficiency of bonding psychotherapy modality through
targeted interviews)

Ime in priimek: Mateja Erce
Študijski program: Biopsihologija
Mentor: prof. dr. Ernest Ženko
Somentor: asist. dr. Bogdan Polajner

Koper, september 2016

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Mateja ERCE

Naslov zaključne naloge: Ugotavljanje koristnosti Bonding psihoterapevtske modalitete z uporabo usmerjenih intervjujev

Kraj: Koper

Leto: 2016

Število listov: 51 Število slik: 2 Število tabel: 16

Število prilog: 3 Št. strani prilog: 10

Število referenc: 50

Mentor: prof. dr. Ernest Ženko

Somentor: asist. dr. Bogdan Polajner

Ključne besede: bonding psihoterapija, problematika, učinkovitost

Izvleček: Namen eksperimentalne zaključne naloge je s pomočjo anketnega vprašalnika in metode usmerjenih intervjujev – ugotoviti: 1. ali klienti svoje težave z bonding psihoterapijo uspešno rešijo; 2. katere vrste težav so najpogostejše pri klientih, vključenih v tri bonding-psihoterapevtske skupine: slovensko skupino, italijansko-zamejsko skupino, ter skupino bivših zasvojenecv in kako so klienti uspešni pri njihovem reševanju; 3. ali katero vrsto težav rešijo hitreje kot ostale; 4. koliko psihoterapevtskih seans v povprečju potrebujejo za razrešitev težav; 5. ali spol vpliva na uspešnost terapije ter 6. ali pripadnost eni izmed treh psihoterapevtskih skupin vpliva na uspešnost reševanja težav klientov. Z dobljenimi rezultati smo prišli do sledečih zaključkov: 1. bonding psihoterapija se je izkazala za uspešno psihoterapevtsko modaliteto; 2. najpogostejše vrste težav pri klientih so travmatska doživetja, odnosna problematika lastne in rodne družine ter značajske osebnostne rizične lastnosti; 3. in 4. klienti so najbolj uspešni pri reševanju odnosne problematike iz rodne družine, za kar potrebujejo tudi najmanj časa, največ časa pa potrebujejo za razrešitev travmatičnega doživetja; 5. klienti moškega spola rešujejo problematiko hitreje kot ženske, vendar se niso lotili reševanja problematike travmatičnega doživetja; 6. za prepoznavanje ali pripadnost skupini vpliva na uspešnost problematike pa imamo preveč pomanjkljivih podatkov. Raziskava glede na metodologijo in število zajetih oseb predstavlja pred-raziskavo, ki nudi zanimive možnosti za nadaljnje raziskave.

Key words documentation

Name and SURNAME: Mateja ERCE

Title of the final project paper: Determination of efficiency of bonding psychotherapy modality through targeted interviews

Place: Koper

Year: 2016

Number of pages: 51 Number of figures: 2 Number of tables: 16

Number of appendix: 3 Number of appendix pages: 10

Number of references: 50

Mentor: Prof. Ernest Ženko, PhD

Co-Mentor: Assist. Bogdan Polajner, PhD

Keywords: psychotherapy, bonding psychotherapy, issues, efficiency

Abstract: The purpose of the final experimental project paper is with the help of a questionnaire and with targeted interviews - to determine: 1. are clients with bonding psychotherapy solve their problems; 2. What types of problems are most common with clients which are involved in a three-bonding psychotherapy groups: a group of Slovenian, Italian-minority group and a group of former addicts and how clients are successful in resolving a problems; 3, are any type of problems solved faster than others; 4. How many psychotherapy sessions, on average, need to resolve the problems; 5. Does gender affect the success of the therapy and 6. are belonging to one of three groups of psychotherapeutic influence on the success of solving the problems of clients. With the obtained results we came to the following conclusions: 1. Bonding psychotherapy has proven to be successful psychotherapeutic modality; 2. The most common types of problems the client are traumatic experiences, relational problems of their own and native families and temperament personal risk characteristics; 3. and 4. The clients are most successful in resolving the relational problems of native families, for which they need the least amount of time, the more time they need to resolve traumatic experiences; 5. male clients solve the problem quicker than women, but they did not deal with solving the problem of traumatic experiences; 6. recognition or membership of a group affects the performance of the problems we have too much missing data. The study according to the methodology and the number of covered persons representing the pre-survey offers interesting possibilities for further research.

ZAHVALA

Za koristne nasvete in strokovno vodenje pri izdelavi zaključne naloge se zahvaljujem somentorju asist. dr. Bogdanu Polajnerju ter mentorju prof. dr. Ernestu Ženku.

Za vso potrpežljivost, spodbudo, optimizem in realizem gre zahvala Andreju in Anji, za spodbudo in zaupanje pa gre zahvala predvsem moji družini.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	Raziskovalna vprašanja.....	1
1.2	Psihoterapija.....	1
1.3	Bonding psihoterapija	3
1.3.1	Začetki bonding psihoterapevtske modalitete	3
1.3.2	Razvoj metode	3
1.3.3	Ozadje teorije.....	3
1.3.4	Namen in cilji BPT	4
1.3.5	Spekter delovanja BPT	5
1.3.6	Čustva in primarne osnovne potrebe	5
1.3.7	Stili navezanosti.....	5
1.3.8	Raziskave na področju BPT	6
2	METODA	9
2.1	Vzorec	9
2.2	Pripomočki.....	10
2.3	Postopek.....	11
3	REZULTATI	14
3.1	Prikaz števila seans po skupinah.....	14
3.1.1	Travmatično doživetje	14
3.1.2	Odnosna problematika rodne družine.....	15
3.1.3	Odnosna problematika lastne družine.....	15
3.1.4	Značajske osebnostne rizične lastnosti	16
3.1.5	Vsi klienti skupaj, ne glede na vrsto problematike.....	16
3.2	Procentualne razlike med različnimi skupinami in spoloma	17
3.2.1	Odnosna problematika rodne družine.....	18
3.3	Uspešnost reševanja problematike.....	18
3.3.1	Travmatično doživetje	18
3.3.2	Odnosna problematika rodne družine.....	19
3.3.3	Odnosna problematika lastne družine.....	19
3.3.4	Značajske osebnostne rizične lastnosti	20
3.4	Hi-kvadrat	20
3.4.1	Travmatično doživetje	20
4	INTERPRETACIJA	22
5	SKLEPI.....	27
6	LITERATURA IN VIRI.....	28

KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 1: Prikaz porazporeditve oseb glede na skupino in spol.....	10
Tabela 2: Prikaz razmerij oseb	10
Tabela 3: Razporeditev navedb glede na vrsto težave ter opisano stanje.....	12
Tabela 4: Razporeditev navedb klientov glede na skupino	12
Tabela 5: Razporeditev navedb klientov glede na spol	13
Tabela 6: Prikaz potrebnih števil seans po skupinah in spolu pri težavi travmatičnega do	14
Tabela 7: Prikaz potrebnih števil seans po skupinah in spolu pri težavi odnosne problem	15
Tabela 8: Prikaz potrebnih števil seans po skupinah in spolu pri težavi odnosne problem	15
Tabela 9: Prikaz potrebnih števil seans po skupinah in spolu pri težavi značajskih osebno	16
Tabela 10: Prikaz potrebnega povprečnega števila seans za odpravo ali izboljšanje katere	16
Tabela 11: Procentualni primerjalni prikaz med posameznimi skupinami in spolom	18
Tabela 12: Razmerja in procenti med rešenim, izboljšanim in nerešenim travmatičnim d	18
Tabela 13: Razmerja in procenti med rešeno, izboljšano in nerešeno odnosno problemat	19
Tabela 14: Razmerja in procenti med rešeno, izboljšano in nerešeno odnosno problemat.	19
Tabela 15: Razmerja in procenti med rešenimi, izboljšanimi in nerešenimi značajskimi r	20
Tabela 16: Rezultati izračuna hi.kvadrata za travmatično doživetje	20

KAZALO SLIK IN GRAFIKONOV

<i>Slika 1: Stili navezanosti</i>	6
<i>Slika 2: Spremembe v stilu navezanosti (eno leto tedenske BPT terapije, Maertens, 2006).</i>	7

KAZALO PRILOG

Priloga A: Zbrani vprašalniki

Priloga B: Anketni vprašalnik v slovenščini

Priloga C: Anketni vprašalnik v italijanščini

SEZNAM KRATIC

BPT- bonding psihoterapevtska modaliteta

NIP - New Identity Processing

EAP – European Association for Psychotherapy

ISBP – International Society for Bonding Psychotherapy

ESBP – European Society for Bonding Psychotherapy

ZBPS – združenje bonding psihoterapevtov Slovenije

EWO – možen status organizacije v okviru EAP

1 UVOD

1.1 Raziskovalna vprašanja

Namen eksperimentalne zaključne naloge je s pomočjo anketnega vprašalnika in metode usmerjenih intervjujev – ugotoviti: 1. ali klienti svoje težave z bonding psihoterapijo uspešno rešijo; 2. katere vrste težav so najpogostejše pri klientih, vključenih v tri bonding-psihoterapevtske skupine: slovensko skupino, italijansko-zamejsko skupino, ter skupino bivših zasvojencev in kako so klienti uspešni pri njihovem reševanju; 3. ali katero vrsto težav rešijo hitreje kot ostale; 4. koliko psihoterapevtskih seans v povprečju potrebujejo za razrešitev težav; 5. ali spol vpliva na uspešnost terapije ter 6. ali pripadnost eni izmed treh psihoterapevtskih skupin vpliva na uspešnost reševanja težav klientov.

Predvidevamo, da bo večina klientov reševala težave iz 4 različnih vrst težav: travmatična doživetja (npr. spolna zloraba, smrt bližnje osebe idr.), družinska odnosna psihopatologija – rodna (npr. odnos do staršev, neadekvatni starši, starši alkoholiki, starši, ki ne zmorejo izražanja ljubezni in ostalih čustev do otrok ipd.) in lastna družina (npr. odnos do partnerja, otrok, drugih bližnjih oseb idr.) in značajske rizične osebnostne lastnosti (npr. plahost idr.).

Raziskovalna vprašanja:

1. Ali klienti s pomočjo BPT rešijo svoje težave?
2. Katere vrste težav so najpogostejše pri klientih, vključenih v tri bonding-psihoterapevtske skupine: slovensko skupino, italijansko-zamejsko skupino, ter skupino bivših zasvojencev in kako so klienti uspešni pri njihovem reševanju?
3. Ali klienti nekatere vrste (skupine) problemov rešijo hitreje kot druge vrste problemov?
4. Ali spol vpliva na uspešnost reševanja problematike klienta ne glede na vrsto problema?
5. Ali pripadnost eni od 3 psihoterapevtskih skupin vpliva na uspešnost reševanja težav klientov?

Predvidevamo, da se bo BPT izkazala za uspešno, saj so raziskovalci kot so Kats (2004), Maertens (2006) in Fisseni (2008) to že potrdili. Zdi se nam, da bodo klienti največ časa potrebovali za razrešitev travmatičnega doživetja ali odnosno problematiko rodne družine, najmanj pa za odnosno problematiko lastne družine. Lastno družino si namreč človek izbere sam, pri tem pa ima kot odrasla oseba več vpliva in samostojnosti – ravno obratno velja za rodno družino. Glede na raziskave Kirshnerja, Genacka in Hauserja (1978), Jonesa in Zoppela (1982) ter Jonesa, Krupnicka ter Keriga (1987) pričakujemo, da bodo ženske uspešnejše pri reševanju svoje problematike. Pričakujemo, da pripadnost eni od treh psihoterapevtskih skupin ne bo vplivala na uspešnost reševanja težav pri klientih.

1.2 Psihoterapija

Beseda psihoterapija izhaja iz grških besed psyche, kar pomeni duša in besede therapeia, ki pomeni zdravljenje. V dobesednem prevodu psihoterapija pomeni zdravljenje duše (Verbinc, 1987, po Kreš, 2010). »Psihoterapija je namerna uporaba kliničnih metod in medosebnih značilnosti, ki slonijo na uveljavljenih psiholoških principih z namenom

spremeniti klientovo vedenje, mišljenje, čustva in/ali druge osebnostne značilnosti v smeri, ki jih klient želi» (Prochaska in Norcross, 2003, cit. po Žvelc, 2011, str. 1).

Kot navaja Norcross (1990) je delovna definicija psihoterapije namerna uporaba kliničnih metod in medosebnih stališč, ki izhajajo iz že uveljavljenih psiholoških načel za pomoč ljudem, da spremenijo svoje vedenje, kognicijo, čustva in/ali ostale osebne značilnosti v smeri, ki jo udeleženci pojmujejo kot »zaželeno«.

Podobna psihoterapiji je tudi zdravstvena definicija za terapijo (slednja predstavlja širši pojem in lahko – med mnogim drugim – zajema tudi psihoterapijo: terapija se uporablja v okviru zdravstvenega varstva, ki se nanaša na kateri koli proces v katerem usposobljeni izvajalec zdravstvenega varstva nudi pomoč, ki temelji na njegovem/njenem strokovnem znanju, osebi, ki ima problem, ki je definiran v povezavi s pojmom »zdravje« ali »bolezen«. V primeru »duševnega« ali »vedenjskega« zdravja, so vzroki, zaradi katerih se išče zdravljenje vključuje težave v življenju, diskretni simptomi, ki so povezani z boleznijo in problemi medosebne prilagoditve (Beutler, 1983; Frank, 1973).

Žvelc (2011) navaja, da v psihoterapiji klienti oz. pacienti razrešujejo različne težave (anksiozne, depresivne motnje, druge čustvene motnje, težave, vedenjske težave, osebnostne, psihosomatske motnje, motnje hranjenja, spolne motnje, težave v partnerstvu, v odnosih ipd). Prav tako lahko s psihoterapijo pomagamo pri odvisnosti od alkohola, drog, nepredpisanih zdravil ter osebam s psihotičnimi motnjami (Žvelc, 2011). Prav tako pa je tudi zasnovana za lajšanje simptomov, sprememb osebnosti, za zmanjšanje simptomatskih epizod v prihodnosti, za izboljšanje kvalitete življenja, spodbujanje boljšega delovanja v okolju (delo, šola) in boljših odnosov, povečanje verjetnosti sprejemanja zdravih življenjskih odločitev ter ostale prednosti, ki jih prinese odnos klienta in psihoterapevta (APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Burlingame, Fuhriman in Mosier, 2003; Carr, 2009a, 2009b; Kusters, Burlingame, Nachtigall in Strauss, 2006; Shedler, 2010; Wampold, 2007, 2010).

Psihoterapijo lahko razumemo kot spoznanje in spreminjanje emocionalnih sistemov klienta. Če s terapijo klient spozna v katero smer se premika njegov emocionalni sistem in kje je njegov izvor, lahko natančno napovemo in predvidimo klientovo vedenje v prihodnosti ali njegov odziv na terapijo (Baldwin, Wampold in Imel, 2007; Frank in Frank, 1993; Pincus, 2009; Wampold, 2001).

Posamezniki se za psihoterapevtske obravnave odločajo iz različnih razlogov. Porast povpraševanja po psihoterapevtski pomoči utemeljuje podatek, ki ga navajajo Mykletun, Bjerkeset, Prince, Dewey in Stewart (2009), da depresija postaja ti. vodilna bolezen zahodnega sveta, do česar pride – po njihovem mnenju - predvsem zaradi hitrega tempa življenja in posledično visoke stopnje stresa. Kot navajata Cuijpers in Smith (2002) depresijo povezujejo tudi s povečano stopnjo smrtnosti. Tudi po ugotovitvah Bonicatta, Dew-a, Zaratieguija, Lorenzija in Pecine (2001) je depresija motnja, ki v večini primerov povzroča nezmožnost normalnega delovanja posameznika v njegovem okolju in vsakdanjiku.

1.3 Bonding psihoterapija

1.3.1 Začetki bonding psihoterapevtske modalitete

Bonding psihoterapija (v nadaljevanju BPT) je ena od mednarodno priznanih psihoterapevtskih modalitet. Modaliteta je priznana v okviru EAP, kjer je polnopravna EAP s statusom EWO organizacije (Polajner, 2011).

Ameriški psihiater in psihoanalitik David Casriel (1972), ki je začel z BPT, je čustveno odprtost in fizično bližino druge osebe poimenoval »bonding« ter to označil kot osnovno biološko potrebo – enako kot npr. hranjenje, pitje. Kot navaja Casriel, dojenček nujno potrebuje bonding za preživetje, saj je po njegovo »potreba po bonding« pomemben psiho-biološki motiv, ki ga lahko primerjamo s potrebo po navezanosti (Bowlby, 1969).

1.3.2 Razvoj metode

David Casriel (1972) je sprva uporabljal BPT pri intenzivnem terapevtskem delu z zasvojenimi z drogami. Pri tem je opazil, da imajo zasvojeni pri izražanju čustev izrazito potrebo po fizični in čustveni bližini, varnosti ter sprejetosti do drugih oseb. To potrebo je opazil predvsem v situacijah, ko so bila pri pacientih prisotna zelo intenzivna čustva (Polajner, 2013). Fizični dotik z drugo osebo so sprva doživeli kot ugodje, kasneje (posledično) pa kot bolečino zaradi izgube, pogosto izhajajoče iz otroštva. Casriel je zato udeležencem prvotne oblike psihoterapije predlagal, da vadijo fizično bližino tako, da so bili fizično blizu drugi osebi – tako so tvorili psihoterapevtske pare. Bližina drugih oseb jim je pogosto povzročila intenzivne čustvene reakcije (Kooyman, Olij in Storm, 2010; Geerlings in De Klerk-Roscam Abbing, 1985). Zato je Casriel začel razvijati metode, ki so vključevale uporabo telesnega stika. Vzpostavil je razne oblike ne-seksualnega in spoštljivega objema med klienti na psihoterapevtski skupini kot dodatne elemente v že obstoječi skupinski terapiji (Polajner, 2013). Tako je leta 1963 postopoma razvil nov celovit psihoterapevtski pristop, ki ga je sprva poimenoval kot »New Identity Processing« (s kratico NIP), v 90.letih pa je bila modaliteta preimenovana v Bonding psihoterapijo (Polajner, 2011).

1.3.3 Ozadje teorije

Medtem ko je Casriel na osnovi spoznanj o medosebni povezanosti (bonding) razvijal teorijo in prakso BPT, je Bowlby preučeval stile navezanosti (attachment) (Bowlby, 1988). Bowlby (1988) je trdil, da pomanjkljivo zadovoljevanje potreb po navezanosti vodi v različne psihosocialne motnje. Konrad Strauss (Strauss, 2005; Strauss in Ellis, 2007) kot eden od vodilnih zdravnikov in psihoterapevtov, ki BPT vpelje na več psihosomatskih klinik v Nemčiji – pri tem temelji na spoznanjih Casriela in Bowlbyja. Na Nizozemskem de Ruiter in Van IJendoorn (1992) preučujeta povezavo med psihološko disfunkcijo ter pomanjkanjem varne navezanosti. Grawe (2004) pokaže, da so psihološki procesi usmerjeni v sočasno zadovoljitev biopsihosocialnih osnovnih potreb. Van Oudenhoven (2005) opiše razmerje med varnim stilom navezanosti in usklajenim vedenjem kasneje, kot je socialna udeležba, bonding in družbena vključenost. Young (2005) predpostavlja, da je psihološko zdrav posameznik sposoben zadovoljiti lastne osnovne potrebe.

Strauss (2007) preučuje tudi biološki vidik psihoterapije in duševnega zdravja in opiše, kako so pozitivne izkušnje pri zadovoljevanju osnovnih bio-psiho-socialnih potreb zapisane v nevronskih mrežah. Strauss (2007) je psihološke prezentacije teh interakcij z osnovnimi potrebami poimenoval »funkcionalna čustvena shema«. Posameznikov občutek užitka in telesnega dobrega počutja je lahko doživeto, ko so osnovne bio-psiho-socialne potrebe zadovoljene - to nudi občutek mentalne pomirjenosti. Po Straussu (2007) je mentalna pomirjenost pokazatelj optimalnega delovanja možganov in se imenuje doslednost. Če je ta občutek ogrožen in nato neprijeten, se razvije nelagoden občutek – stres. Po Straussu (2007) je prioriteta BPT obnovitev doslednosti, saj se tako stabilizirajo nevropsihološki procesi v možganih. S tem postane mogoče optimalno psihološko delovanje.

Strauss (2007) navaja, da po humanistični psihologiji obstaja sedem osnovnih bio-psihosocialnih potreb. Te potrebe so univerzalne in so izražene različno v različnih kulturah. Po Straussu (2007) je nujno, da morajo biti bio-psihosocialne potrebe zadovoljene za posameznikovo čustveno dobro počutje:

- Doživljanje bondinga v odnosih (bonding)
- Občutiti varno navezanost z drugo osebo (attachment)
- Doživljanje fizičnega dobrega počutja
- Biti avtonomen
- Doživljati samospoštovanje
- Imeti lastno identiteto
- Imeti smiselno življenje

Te potrebe so univerzalne, vendar so drugače izražene v različnih kulturah. Pri razvoju teh potreb pa obstaja hierarhija, podobna kot pri fazah psihosocialnega razvoja po Eriksonu (1971).

1.3.4 Namen in cilji BPT

Glavni cilj BPT je razviti zdrav oz. »varen« odnosni življenjski slog ter tako preseči strah pred intimnostjo, odnosno bližino ter zavrnitvijo drugih. BPT se med drugim usmerja k povečevanju sposobnosti klienta za zadovoljevanje osnovnih biopsihosocialnih potreb, čemur kasneje sledi zmožnost vzpostavljanja pozitivnih medosebnih odnosov in uživanja v življenju (Polajner, 2011). Da bi ohranili pozitivne odnose je potreben varen stil navezanosti. To se lahko doseže z učenjem doživetja bližine v varni skupini in s spremembo negativnih prepričanj o sebi v pozitivna prepričanja.

BPT je kot preventivna ali terapevtska metoda namenjena vsem tistim, ki želijo razviti čustvene kompetence ter okrepiti doživljanje varnosti v medosebni povezanosti z drugimi ljudmi. Poleg tega pomaga posamezniku prepoznati disfunkcije na področju emocij, mišljenja, vedenja ter telesne simptome. Ko so disfunkcije prepoznane, pomaga k pozitivni spremembi. S tem ne dosežemo le odprave simptomatike, temveč dosegamo tudi varnejši življenjski slog ter zvišanje kvalitete vsakdanjika. Tako je končni cilj BPT v realizaciji kakovostnega uživanja življenja. Zato je BPT tako psihoterapevtska metoda kot tudi metoda preventive in osebnostne rasti (Polajner, 2011).

1.3.5 Spekter delovanja BPT

Bonding psihoterapija ima širok spekter delovanja. Najpogosteje je namenjena korekciji bazičnih čustvenih motenj, disfunkcionalnih kognitivnih shem, nezdravih odnosnih slogov ter navezanosti z drugimi (Polajner, 2014). Tako so indikacije za uporabo BPT lahko disfunkcionalni medosebni odnosi, težave v navezovanju stikov ter odnosov z drugimi, nezadostna zmožnost za zadovoljevanje osnovnih biopsiholoških potreb, duševne ter somatske težave ipd. (Polajner, 2013).

Med procesom BPT klient postane čustveno bolj odprta oseba, tudi fizično se lažje približa drugim. Delo v BPT skupini tako omogoči klientu doživeti in zadovoljiti osnovno potrebo po bližini z drugimi, občutku varnosti, omogoča doživetje globokih čustev, ki so bila prej potlačena (Kooyman idr., 2010).

1.3.6 Čustva in primarne osnovne potrebe

Če osnovna biološka potreba ni zadovoljena lahko pride do čustev kot so trpljenje (čustvena bolečina, žalost), strah ali jeza. Ko pa so potrebe zadovoljene, sledijo občutki ljubezni, ugodja in naklonjenosti do osebe, ki je zadovoljila to potrebo. Casriel navaja pet osnovnih čustev: strah, jeza, žalost, veselje ter ljubezen (de Klerk-Roscam Abbing, 1994). Navedena čustva so nujna za preživetje in so prisotna od rojstva, pravimo jim »bazična čustva« (Kooyman idr., 2010).

Strah, jeza in bolečina, tako kot veselje in ljubezen so povezani z biokemičnimi spremembami v telesu. Npr. ko mati doji otroka, količina hormona navezanosti, oksitocina, raste v krvi obeh. Občutki, kot sta sovraštvo in odpor so pridobljena čustva in so odgovor na strah, bolečino in jezo (Kooyman idr., 2010).

Med odraščanjem se otrok uči kako sam zadovoljiti lastne osnovne potrebe. Za zadovoljevanje potrebe po bondingu pa je zmeraj potreba druga oseba. Če potreba po bondingu ni ustrezno zadovoljena, lahko pride do motenj v ravnotežju bio-psiholoških osnovnih potreb. Posameznik je kasneje sicer sposoben preživeti tudi brez bondinga, vendar v praksi take osebe pomanjkanje bondinga pogosto nadomeščajo z zlorabo zdravil, alkohola in drog (Kooyman, 1990, 1992; Höfler- Zimmer in Kooyman, 1996; Martens, 2000).

Bonding se lahko uporablja za zdravljenje oseb, ki imajo negotov slog navezanosti. Čustva kot so jeza, žalost in strah se lahko pojavijo kot rezultat negotovega življenjskega sloga in lahko vodijo do obrambnih mehanizmov, boja, kontrole ali zamrznitve. Kasneje, ko čustva niso več prisotna in se pomanjkanje bondinga pokaže v obliki fizičnih simptomov kot so stres, povišan krvni pritisk, prebavne težave in psihosomatika (Kooyman idr., 2010).

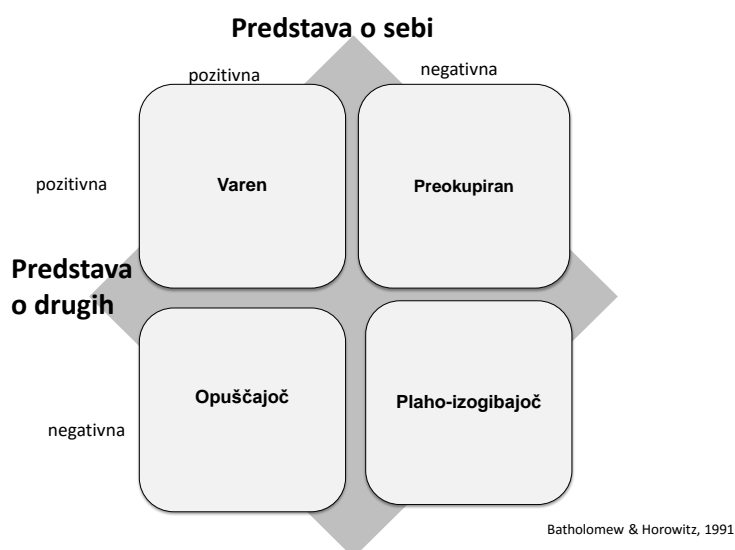
1.3.7 Stili navezanosti

Mary Ainsworth, Blehar, Waters in Waal (1978) opisujejo različne oblike navezanosti pri otrocih. Stili navezanosti so odraz prvotne navezanosti na primarne osebe (starši, zlasti mame) in njegovega oz. njenega odgovora na potrebo otroka. Ainsworthova razlikuje med varnim stilom navezanosti in tremi ne-varnimi stili navezanosti, ki jih imenuje izogibajoč, ambivalenten in neorganiziran stil navezanosti.

Bartolomew in Horowitz (1991) sta prav tako opisala 4 stile navezanosti, vendar pri odraslih. Kot pri Bowlbyju (1988) navajata, da otroci internalizirajo njihove zgodnje izkušnje navezanosti v obliko notranjega delovnega modela. Oseba, ki ima varen stil navezanosti ga je razvila zato, ker je doživel(a) zadostno podporo in zaščito pred ostalimi. Notranji delovni modeli sebe ali druge osebe tvorijo 4 stile navezanosti (slika 1).

Höfler- Zimmer (1996), Kooyman (2010) in Stauss (2007) v Bartolomew in Horowitz (1991):

1. Varen slog – taka oseba se med ljudmi počuti dobro, je zadovoljna s svojim razmerjem med lastno avtonomijo in intimno povezanostjo z drugimi osebami.
2. Preokupiran slog – taka oseba se počuti dobro v intimni povezanosti z drugimi, vendar se boji samostojnosti, ki se ji izmika z begom v delo in druge preokupacije.
3. Opuščajoč slog – tak človek se boji intimnosti, vendar se počuti dobro z lastno avtonomijo. Intimnim stikom z drugimi se izmika na pasiven način, predvsem z opuščanjem družabnih stikov.
4. Plaho-izogibajoč slog- tak človek se boji intimnosti, prav tako tudi avtonomnosti. Pred obojim beži aktivno.



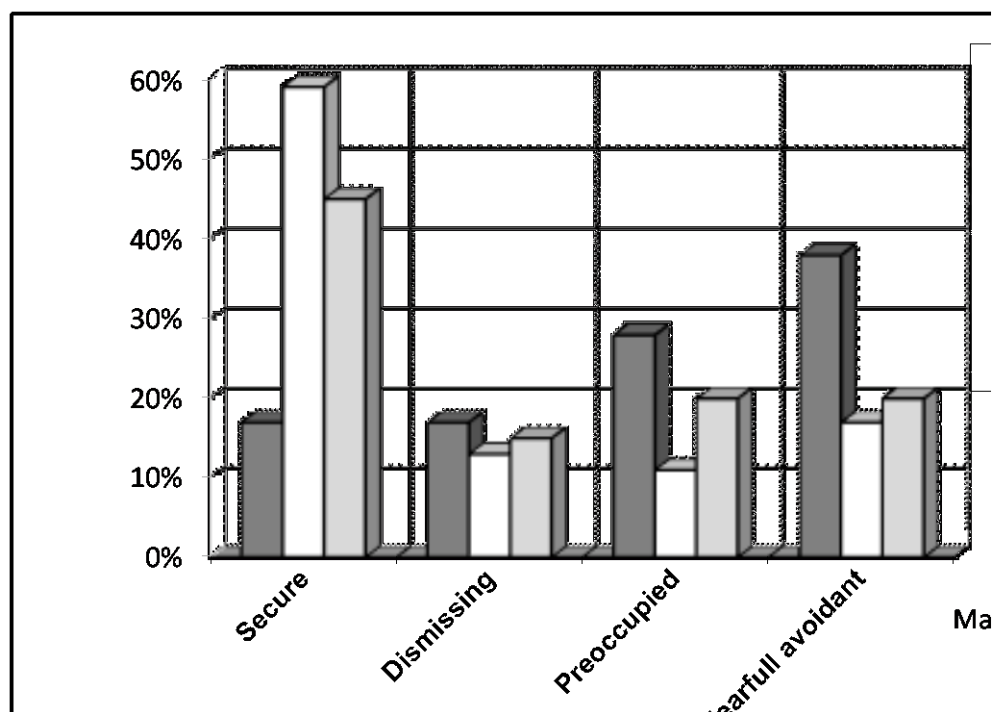
Slika 1: Stili navezanosti

1.3.8 Raziskave na področju BPT

1.3.8.1 Raziskave s področja preučevanja učinkovitosti BPT

Prva raziskava na področju koristnosti BPT je bila izvedena na Nizozemskem, opravila jo je Kats (2004). To je bila pilotna študija, kjer je bilo udeleženih 52 udeležencev, ki so bili razdeljeni v 3 heterogene odrpte BPT skupine. Hkrati so ocenili vse tri skupine hkrati. Ocenjevanje je bilo ponovljeno po šestih mesecih pri istih udeležencih. Kats je ugotovila znatno zmanjšanje pri simptomih na lestvici SCL-90. Zmanjšanje je bilo najbolj opazno na lestvicah anksioznosti, depresijske somatike, nezadostnosti v mislih in dejanjih ter nezaupanje. Test RSQ je pokazal očitno zmanjšanje na lestvici nezaupanja. Na podlestvicah separacijske anksioznosti in strahu pred zavezo je prišlo do zmanjšanja, vendar pa je bila razlika manj zaznana.

Raziskava, ki jo je opravil Maertens (2006, po Kooyman idr., 2010) v Belgiji med letoma 2004 in 2005 zajema preučevanje spremembe stilov navezanosti pri klientih BPT in ugotavlja, da je BPT učinkovita modaliteta. Maertens je ugotovil, da je prišlo do pozitivnih sprememb pri klientih, zlasti se je zmanjšalo število simptomov, predvsem na področju depresije, anksioznosti, somatskih motenj ter nezaupanja do drugih. Največja razlika se je pokazala na lestvicah nezaupanja. Na lestvicah anksioznosti ter strahu pred obvezo oziroma navezanosti do drugih pa je razlika bila manj zaznana. Vendar raziskovalci (Maertens, 2006, po Kooyman idr., 2010) predvidevajo, da bi se tudi pri zadnjih dveh lestvicah pokazale spremembe, če bi bila raziskava večkrat ponovljena in v širšem časovnem okviru ter bi v raziskavo vključili še kontrolno skupino, kjer udeleženci ne bi bili vključeni v BPT terapevtsko skupino.



Slika 2: Spremembe v stilu navezanosti (eno leto tedenske BPT terapije, Maertens, 2006)

Druga raziskava (Fisseni, 2008, po Kooyman idr., 2010), ki je bila izvedena v psihosomatski kliniki v Nemčiji pa se je izvajala med leti 1998-2006, kar je širši okvir kot Maertensova raziskava, ki je trajala cca. eno leto (Maertens, 2006, po Kooyman idr., 2010). Ugotovitve so bile podobne kot pri Maertensovi raziskavi, število udeležencev pa je bilo večje za 6762. Raziskovalci (Fisseni, 2008, po Kooyman idr., 2010) so po povprečni dobi sprejema iz individualne v skupinsko terapijo, ki je bila 61 dni, ugotovili znatne razlike v stilih navezanosti, ki so se izboljšali za 45%, 5% udeležencev pa se je v odnosih počutilo varnejše od zdrave, normalne populacije. Po udeležnosti v BPT so se pokazale razlike tudi v izraženosti simptomov, saj je bil pozitiven učinek na zmanjšanje simptomov kar 0.85, kar je zelo pomemben učinek za dokazovanje učinka BPT na duševno zdravje (Fisseni, 2008, po Kooyman idr., 2010). Pri udeležencih BPT se je zmanjšal strah pred zavrnitvijo oziroma zapustitvijo od drugih in prišlo je tudi do izboljšanja na področju znižanja strahu pred bližino ter pred intimnostjo. Tako so raziskovalci na podlagi

rezultatov sklenili, da ima vsak premik – čeprav majhen - v smeri k varni navezanosti, pomemben vpliv na medosebne odnose in vpliva prav tako tudi na posameznikovo doživljanje samega sebe in svojega okolja (Fisseni, 2008, po Kooyman idr., 2010).

1.3.8.2 Raziskave s področja preučevanja učinkovitosti BPT glede na spol klientov

V raziskavi, ki so jo opravili Kirshner, Genack in Hauser (1978), je bilo udeleženih 92 moških in 97 ženskih klientov in njihovih psihoterapevtov na univerzi za zdravstvene storitve. Udeleženci raziskave so bili pozvani, da sami ocenijo njihovo uspešnost pri terapiji. Rezultate so analizirali za a) »učinek spola klienta«, kjer se je pokazalo, da so bile klientke bolj odzivne na psihoterapijo, b) »učinek spola terapevta«, kjer je večje zadovoljstvo klientov in samoocenjeno izboljšanje prišlo s terapevtkami in c) pomembnost interakcije med izkušnostjo terapevta in klientovim splošnim statusom glede na spol. Ti rezultati podpirajo tudi druge študije, ki kažejo na pomembnost spola pri sami psihoterapiji in pri izidu psihoterapije (Kirshner idr., 1978).

Dve študiji (Jones, Krupnick in Kerig, 1987) sta raziskovali vpliv spola terapevta ter rezultat v kratki psihodinamični psihoterapiji, ki je vsebovala 12 seans. Ocena razlik pred in po terapiji je razkrila, da so klienti, ki so obravnavani s strani ženske terapevtke, doživeli večje simptomatsko izboljšanje ter so poročali o večjem zadovoljstvu s terapijo kot tisti, katere so obravnavali moški psihoterapevti.

Dve študiji (Jones in Zoppel, 1982) sta raziskovali vpliv klientovega in terapevtovega spola na proces psihoterapije ter rezultata. V prvi študiji so terapevti izpolnili test »Rating Scales for Therapy« (RSTO), »the Therapist Questionnaire« in kontrolni seznam opisov za 160 od 18 do 50 let stare kliente, ki so bili nato razdeljeni v 4 skupine, ki so bile oblikovane tako, da so imeli vse možne kombinacije med spoloma klientov ter terapevtov. Rezultati so pokazali, da se terapevtke ocenjujejo kot uspešnejše, predvsem s klientkami. Terapevti so bili s strani klientov opisani kot manj socialno zaželeni glede na kontrolni seznam. V drugi študiji je 99 klientov, ki so že zaključili s terapijo, izpolnilo RSTO in »The Client Posttherapy Questionnaire« ter so jih intervjuvali v zvezi z njihovimi izkušnjami pri terapiji. Faktorska analiza intervjujev klientov je pokazala, da so klienti, ne glede na spol, oblikovali s terapevtkami bolj učinkovita terapevtska zaveznitva kot s terapevti. Kljub temu pa sta oba spola klientov, ki so bili obravnavani s strani terapevta, poročala pomembno izboljšanje kot rezultat terapije. Torej lahko zaključimo, da spol pomembno vpliva na rezultat psihoterapije

1.3.9 BPT v Sloveniji

V Sloveniji je BPT še precej neuveljavljen terapevtski pristop. Pristop se v Sloveniji uporablja približno 10 let, največ pa se dela z zasvojenimi in njihovimi bližnjimi. V Sloveniji je pravno bonding psihoterapevtov Združenje Bonding psihoterapevtov Slovenije – ZBPS, to telo zastopa slovenske bonding psihoterapevte znotraj ISBP in ESBP (Polajner, 2011). V Sloveniji sta trenutno le dva bonding psihoterapevta, ki sta hkrati tudi psihologa. Zadnje desetletje izvajata pomoč zasvojenim v terapevtski skupnosti »Projekt Človek« (Polajner, 2011), izvajata pa tudi psihoterapevtsko pomoč za druge kliente, vključene v druge BPT skupine.

2 METODA

Podatki so bili zbrani z enotnim vprašalnikom in z usmerjenimi intervjuji, od skupaj 24 klientov, ki so bili vključeni v tri različne BPT skupine: slovensko, italijansko-zamejsko ter skupino bivših zasvojenecv. Vse tri skupine so imele istega terapevta. V slovenski skupini je bilo 9 oseb, od tega 7 predstavnic ženskega spola ter 2 moškega spola, v italijansko-zamejski je bilo prav tako kot v slovenski 9 oseb, od tega 3 ženske in 6 moških, v skupini bivših zasvojenecv pa je bilo zajetih 6 oseb, 2 ženski in 4 moški.

Omejitve in (objektivne) pomanjkljivosti raziskave:

Raziskava zaradi objektivnih omejitev predstavlja pravzaprav pred-raziskavo. Na raziskavo namreč zelo vplivajo objektivne omejitve, na katere se v tem obdobju in pri tej stopnji navzočnosti BPT v Sloveniji ni dalo vplivati: potrebovali bi številčnejši vzorec klientov (čeprav so bili zajeti skoraj vsi dosegljivi klienti, nam npr. podatki omogočajo uporabo odstotkov le simbolno in s pridržkom - vsaka oseba namreč predstavlja prb. 4%, kar ni v skladu s statističnimi načeli), kontrolno skupino, multinacionalne skupine, ki bi omogočile preučevanje vpliva kulturnega okolja na učinkovitost BPT, enakomernejšo zastopanost klientov po starosti, zastopanost psihoterapevtov različnega spola idr.

Težava iz vidika bolj kakovostne interpretacije rezultatov je v pomanjkanju enakih raziskav na področju BPT v tujini, ter raziskav, kjer bi primerjali podobne vrste težav med seboj, kakor je to raziskovano v tej nalogi. Gre za objektivno pomanjkanje kakovostnih raziskav na področju psihoterapij nasploh.

Kot izziv za nadaljnje raziskave ostaja v tej nalogi nerealizirano upoštevanje treh standardov kakovosti izdelave vprašalnika po Groves, Fowler, Couper, Lepkowski, Singer in Tourangeau (2009) ter sedem Fowlerjevih (1995) načel pri sestavljanju vprašanj. Poleg tega bi se lahko s podrobnejšim, dalj trajajočim intervjujem pridobilo še več natančnejših informacij. Za v bodoče bi bila smiselna tudi longitudinalna študija, ki bi nudila natančnejše informacije o uspešnosti in številu seans pri posameznikih za vsako težavo posebej. Nadalje bi bilo zanimivo preučevanje, usmerjeno na posamezno vrsto težav (npr. zgolj na travmatično doživetje) idr.

Pomanjkljivost in omejitev je tudi neenakomernost porazdelitve vzorce, tudi pri porazdelitvi navedb pri težavah (npr. moški niso razrešili ali imeli pozitivnega napredka pri reševanju travmatičnega doživetja, kar zelo vpliva na rezultate, zlasti v primerjavi z rezultati žensk).

2.1 Vzorec

V raziskavo je bilo zajetih 24 klientov BPT, ki se seans BPT udeležujejo v Sloveniji, od tega 12 oseb ženskega spola in 12 oseb moškega spola. Vključeni so bili ne glede na starost, druge osebne okoliščine in razlog za vstop v BPT. Vzorec je bil izbran priložnostno, saj so vprašalnik reševali skoraj vsi tisti klienti, ki so bili prisotni na seansi v mesecu marcu ali aprilu 2016, ko je raziskava potekala. Klienti so podali 55 navedb osnovnih problemov, zaradi katerih se klienti udeležujejo BPT seans.

Tabela 1

Prikaz porazdelitve oseb glede na skupino in spol

Demografska spremenljivka	Število
Slovenska skupina	
Moški	2
Ženske	7
Italijanska in zamejska skupina	
Moški	6
Ženske	3
Bivši zasvojeenci	
Moški	4
Ženske	2

Anketni vprašalnik je rešilo 24 oseb. Razmerja oseb se prikazuje s tabelo št.2:

Tabela 2

Prikaz razmerij oseb

Spol	Št. oseb, ki so izpolnile anketni vprašalnik med spoloma	Razmerje med spoloma v posamezni skupini			Razmerje med spoloma glede na št. Žensk in moških			Razmerje med spoloma glede na vse kliente		
		SLO.	IT.	Zasv.	SLO.	IT.	Zasv.	SLO.	IT.	Zasv.
Ženske	12	7/9	3/9	2/6	7/12	3/12	2/12	7/24	3/24	2/24
Moški	12	2/9	6/9	4/6	2/12	6/12	4/12	2/24	6/24	5/24

Opombe: SLO. = slovenska skupina, IT= italijanska in zamejska skupina, Zasv.= skupina bivših zasvojeencev

Iz tabel 1 in 2 lahko razberemo, da je v anketnem vprašalniku sodelovalo 12 žensk in 12 moških, kar predstavlja ravno enakomerno zastopanost klientov po spolu. Opazimo, da so ženske prevladovale v slovenski skupini, v ostalih dveh skupinah pa so prevladovali moški.

2.2 Pripomočki

Anketni vprašalnik je bil s pomočjo somentorja sestavljen prav za potrebe te zaključne naloge oz. raziskave. Pri izdelavi vprašalnika so bili upoštevani standardi kakovosti po Groves, Fowler Couper, Lepkowski, Singer in Tourangeau (2009) ter Fowlerjeva načela (1995). Najprej vsebuje nagovor, predstavitev osebe, prošnjo za pomoč pri izdelavi zaključne naloge, navodila za izpolnjevanje ter zahvalo:

Spoštovani!

Sem Mateja Erce, študentka tretjega letnika biopsihologije na UP Famnit, sočasno obiskujem tudi specializacijo iz bonding psihoterapevtske modalitete (BPT). Rada bi Vas prosila za pomoč pri izdelavi zaključne naloge z naslovom: Ugotavljanje učinkovitosti BPT z metodo usmerjenih intervjujev. Pomagali bi mi s tem, da bi izpolnili spodnjo tabelo, tako, da v vsak okvirček vpišete vaše odgovore. Vprašalnik je anonimen in je namenjen zgolj potrebam zaključne naloge. Za Vašo pomoč se že vnaprej zahvaljujem!

Vsebuje vprašanja, s katerimi smo na koncu pridobili dovolj informacij, da smo lahko ugotavljali koristnost BPT. Vprašalnik vsebuje naslednja vprašanja:

1. Spol
2. Starost
3. Izobrazba
4. Problemi, ki ste jih predelovali s pomočjo BPT seans
5. Koliko seans ste potrebovali, da ste problem rešili
6. Kakšno je vaše stanje glede tega problema sedaj? Ste problem razrešili? Menite, da za razrešitev tega problema potrebujete še kakšno BPT seanso? Morda menite, da potrebujete kakšno drugačno pomoč?

Po izpolnitvi vprašalnikov so zaradi majhnega števila udeležencev (vendar še vedno večjega od 12, kar bi po Đuričevi (2007), Đurić, Popović Ćitić in Meško (2010) pomenilo, da bi potrebovali izvesti 2 usmerjena intervjuja) sledili individualno usmerjeni intervjuji, ki so trajali približno 2 minuti. Namen intervjujev je bil povprašati kliente po točnejših razlagah njihovih navedb ter po potrebi še po dodatnih informacijah v zvezi z zastavljenimi raziskovalnimi vprašanji. Tudi pri usmerjenih intervjujih so klienti – po želji in lastni presoji – lahko zavrnilo odgovore na usmerjen intervju, posamezna vprašanja oz. sodelovanje v celoti.

2.3 Postopek

Anketne vprašalnike so bili razdeljeni v treh različnih skupinah v mesecu marcu in aprilu 2016 – slovenski skupini, skupini bivših zasvojenecv ter italijansko-zamejski skupini. Vprašalnik je bil preveden tudi v italijanščino, da smo lahko zajeli tudi skupino klientov BPT, katerih materni jezik je italijanščina, vendar se delavnic udeležujejo v Sloveniji. V slovenski skupini in italijansko - zamejski skupini je bilo prisotnih 9 ljudi, v skupini bivših zasvojenecv pa 6 ljudi.

Klientom v vsaki skupini je bil najprej predstavljen namen raziskave in o čem jih vprašalnik povprašuje. Nato jim je bilo razloženo, da so anketni vprašalniki anonimni, da so podatki zaupni, da - če ne želijo - lahko zavrnejo odgovarjanje na vprašalnik, da ne potrebujejo opisati točno treh problemov, ampak jih lahko navedejo manj ali več ter da če želijo jim anketne vprašalnike po zaključku obdelave podatkov lahko vrnemo (oz. vprašalnike uničimo). Pred razdelitvijo vprašalnikov je sledila zahvala za sodelovanje. Nato so bili vprašalniki razdeljeni in udeleženci so imeli dve minuti časa, da si vprašalnike pogledajo in vprašajo, če česa niso razumeli. Za reševanje vprašalnikov so imeli 10 minut časa, po potrebi se jim je čas tudi podaljšal. Vprašalnike so reševali posamično, po potrebi z dodatnim pojasnilom. Potem smo vprašalnike zbrali ter pregledali. Glede na nejasne navedbe so sledili individualni usmerjeni intervjuji s posameznimi klienti, ki so jim bila zastavljena vprašanja, s katerimi so razjasnili nejasne navedbe.

Opisane probleme smo po pregledu navedb kategorizirali v 4 različne vrste težav: travmatična doživetja (npr. spolna zloraba, smrt bližnje osebe idr.), družinska odnosna psihopatologija- rodna (npr. odnos do staršev, neadekvatni starši, starši alkoholiki, starši, ki ne zmorejo izražanja ljubezni in ostalih čustev do otrok ipd.) in lastna družina (npr. odnos do partnerja oz. partnerjev odnos, odnos z otroki, z drugimi bližnjimi osebami idr.) in značajske rizične osebnostne lastnosti (npr. plahost idr.). Za nazornejši prikaz smo uporabili odstotke, ki jih sicer navajamo s pridržkom, saj bo en odstotek pomenil 0,24

osebe in 0,55 težave oz. bo ena oseba pomenila 4,17% in ena težava 1,81% (po statističnih načelih potrebujemo 80 enot kot pogoj za uporabo odstotkov).

Sledila je obdelava podatkov, kjer smo iz navedbe iz vprašalnikov in usmerjenih intervjujev uvrščali v različne skupine – najprej po vrsti težav (travmatično doživetje, družinska problematika - rodna ali lastna in značajske osebne rizične lastnosti), potem je bila narejena za vsako vrsto težav tabela, v kateri so bile razporejene navedbe, v katerih so klienti napisali, da so težavo rešili, izboljšali ali pa še niso rešili. Delovna tabela (tabela št.3) prikazuje navedbe, ki so bile oštevilčene naključno in kjer ima vsaka posamezna navedba svojo številko:

Tabela 3

Razporeditev navedb glede na vrsto težave ter opisano stanje

	Rešeno	Izboljšava	Ni še rešeno
Travmatično doživetje	29, 42, 48	41, 43	17, 31
Rodna družina	1, 9, 20, 24, 36, 49, 4	10, 16, 55, 28, 33, 50, 38, 55	13, 22, 39, 30
Lastna družina	21	6, 27, 25, 32, 40	37
Značajske osebne rizične lastnosti	5, 14, 18, 19, 53, 54	2, 3, 7, 8, 11, 15, 23, 44, 46	12, 51, 52, 26, 45, 47, 34, 35

Opombe: N=55; pod »Rešeno« so opredeljene navedbe tistih klientov, katerih subjektivna ocena je, da so težavo rešili, pod »Izboljšava« so opredeljene navedbe klientov, ki menijo, da je prišlo do izboljšave pri težavi, vendar je še niso povsem odpravili, pod »Še ni rešeno« so navedene navedbe klientov, ki menijo, da problema še niso rešili ali pa niso podali odgovora na njihovo stanje v zvezi z opisano težavo.

Iz tabele 3 je razvidno, da je največ razrešenih težav bilo pri vrstah odnosne problematike rodne družine ter značajskih osebno rizičnih lastnosti, največ pozitivnega napredka je bilo pri odnosni problematiki rodne družine ter značajskih osebno rizičnih lastnosti.

Nato smo navedbe razdelili še po skupinah, kjer je slovenska skupina imela črno barvo, skupina zamejskih Italijanov in Italijanov rdečo barvo ter skupina bivših zasvojevcov svetlo modro barvo:

Tabela 4

Razporeditev navedb klientov glede na skupino

	rešeno	izboljšava	Ni še rešeno
Travmatično doživetje	29, 42, 48	41, 43	17, 31
Rodna družina	1, 9, 20, 24, 36, 49, 4	10, 16, 55, 28, 33, 50, 38, 55	13, 22, 39, 30
Lastna družina	21	6, 27, 25, 32, 40	37
Značajske osebne rizične lastnosti	5, 14, 18, 19, 53, 54	2, 3, 7, 8, 11, 15, 23, 44, 46	12, 51, 52, 26, 45, 47, 34, 35

Opombe: Črna barva specializanti, rdeča Italijani in zamejski Italijani, modra bivši zasvojevc

Iz tabele 4 lahko razberemo, da je največ klientov iz slovenske skupine rešilo vrsto težav značajskih osebno rizičnih lastnosti, vendar je 1 klient v skupini več prišel do

pozitivnega napredka pri tej vrsti težave. Največ klientov v italijansko-zamejski skupini je rešilo problematiko travmatičnega doživetja ter odnosne problematike rodne družine, medtem ko so najbolj napredovali pri odnosni problematiki lastne družine. V skupni bivših zasvojenec je prišlo do ene razrešitve težave in sicer pri odnosni problematiki rodne družine, medtem ko je do izboljšave prišlo pri težavah odnosne problematike tako lastne kot rodne družine.

Tabelo smo nato razdelili še glede na spol. Z rdečo barvo smo obarvali žensko populacijo, z modro pa moško populacijo:

Tabela 5

Razporeditev navedb klientov glede na spol

	rešeno	izboljšava	Ni še rešeno
Travmatično doživetje	29, 42, 48	41, 43	17, 31
Rodna družina	1, 9, 20, 24, 36, 55, 49, 4	10, 16, 28, 33, 50, 38, 55	13, 22, 39, 30
Lastna družina	21	6, 27, 25, 32, 40	37
Značajske osebne rizične lastnosti	5, 14, 18, 19, 53, 54	2, 3, 7, 8, 11, 15, 23, 44, 51, 52, 46	12, 26, 45, 47, 34, 35

Opombe: Modra barva - moška populacija, rdeča barva – ženska populacija

Iz tabele 5 lahko razberemo, da je največ pripadnic ženskega spola razrešilo problematiko odnosne problematike rodne družine ter značajskih osebnostih rizičnih lastnosti.

3 REZULTATI

3.1 Prikaz števila seans po skupinah

Najprej je bila narejena tabela za vsako težavo posebej, s katero smo prikazali koliko seans potrebuje posamezna skupina ali spol, da posameznik (član skupine) težavo v celoti reši ali da pri reševanju doseže vsaj fazo pozitivnega napredka:

3.1.1 Travmatično doživetje

Tabela 6

Prikaz potrebnih števil seans po skupinah in spolu pri težavi travmatičnega doživetja

Skupina	Rešena travma	V fazi pozitivnega napredka
SLO	7	4
IT	2	4
Bivši zasvojenici	/	2
Vsi klienti	4	3
M	/	/
Ž	4	3

Opombe: SLO=slovenska skupina, IT= italijanska in zamejska skupina, /=nihče od navedene skupine/spola ni delal na omenjeni težavi

Iz tabele 6 lahko razberemo, da so klienti v slovenski skupini potrebovali več seans, da so travmo rešili kot da so prišli do faze pozitivnega napredka. V nasprotju s slovensko skupino pa je italijansko-zamejska skupina potrebovala več časa, da so prišli do pozitivnega napredka kot da so jo rešili. V skupini bivših zasvojenecv nikomur ni uspelo rešiti travme, so pa potrebovali povprečno 2 seansi, da so prišli do faze pozitivnega napredka. Če gledamo povprečje vseh klientov so potrebovali več seans, da so rešili travmo kot da so pri problematiki napredovali. Udeleženi moški klienti v obdobju raziskave travmatičnega doživetja niso predelovali, medtem ko so klientke potrebovale več seans za razrešitev travme kot za napredovanje v problematiki. Iz podatkov lahko razberemo, da je slovenska skupina potrebovala največ časa za razrešitev težave, najmanj pa italijansko-zamejska skupina. Za napredovanje pri razreševanju problematike sta slovenska in italijansko-zamejska skupina potrebovali enako časa, najmanj časa pa je potrebovala skupina bivših zasvojenecv. Primerjave med spoloma tu ne moramo narediti, saj noben od udeleženi klientov ni delal na problematiki travme.

3.1.2 Odnosna problematika rodne družine

Tabela 7

Prikaz potrebnih števil seans po skupinah in spolu pri težavi odnosne problematike rodne družine

Skupina	Rešena problematika rodne družine	V fazi pozitivnega napredka
SLO	3	4
IT	1	1
Bivši zasvojenci	1	1
Vsi klienti	2	2
M	1	2
Ž	2	2

Opombe: SLO=slovenska skupina, IT= italijanska in zamejska skupina, /=nihče od navedene skupine/spola ni delal na omenjeni težavi

Iz tabele 7 je razvidno, da je slovenska skupina potrebovala več seans za napredovanje v problematiki odnosne problematike rodne družine kot za razrešitev travme. Skupina bivših zasvojencih ter italijansko-zamejska skupina sta potrebovali 1 seanso za razrešitev ter napredovanje v problematiki. Če gledamo povprečje vseh klientov, so klienti potrebovali enako časa za napredovanje v problematiko kot za njihovo razrešitev. Moški so potrebovali več seans za napredovanje kot za razrešitev problematike, medtem ko so ženske za razrešitev in napredovanje v problematike potrebovale enako časa.

3.1.3 Odnosna problematika lastne družine

Tabela 8

Prikaz potrebnih števil seans po skupinah in spolu pri težavi odnosne problematike lastne družine

Skupina	Rešena problematika lastne družine	V fazi pozitivnega napredka
SLO	1	2
IT	/	3
Bivši zasvojenci	/	2
Vsi klienti	1	2
M	/	3
Ž	1	2

Opombe: SLO=slovenska skupina, IT= italijanska in zamejska skupina, /=nihče od navedene skupine/spola ni delal na omenjeni težavi

Iz tabele 8 lahko vidimo, da je slovenska skupina potrebovala več seans za napredovanje v problematiki odnosne problematike lastne družine kot za njihovo razrešitev, vendar pa še vedno manj kot italijansko-zamejska skupina in enako kot skupina bivših zasvojencev. Italijansko-zamejska skupina je potrebovala 1 seanso več za napredovanje v problematiki kot skupina bivših zasvojencev, kar pa ne moremo reči za njihovo razrešitev, saj nimamo podatkov. V povprečju so klienti potrebovali dvakrat več seans za napredovanje v problematiki kot za njihovo razrešitev.

3.1.4 Značajske osebnostne rizične lastnosti

Tabela 9

Prikaz potrebnih števil seans po skupinah in spolu pri težavi značajskih osebnostnih rizičnih lastnosti

Skupina	Rešena značajska lastnost	V fazi pozitivnega napredka
SLO	2	3
IT	/	3
Bivši zasvojenici	/	/
Vsi klienti	3	2
M	2	2
Ž	2	3

Opombe: SLO=slovenska skupina, IT= italijanska in zamejska skupina, /=nihče od navedene skupine/spola ni delal na omenjeni težavi

Iz tabele 9 je razvidno, da je slovenska skupina potrebovala več seans za napredovanje v problematiki značajskih osebnostnih rizičnih lastnosti kot za njihovo razrešitev. Italijansko-zamejska skupina in slovenska skupina sta potrebovali enako seans za napredovanje v problematiki. Česa podobnega ne moremo trditi za razrešitev problematike, saj nimamo podatkov o rešeni težavi pri italijansko-zamejski skupini. Za skupino bivših zasvojenec ne moremo trditi ničesar, saj nimamo podatkov. Če gledamo povprečje vseh klientov so potrebovali več časa za razrešitev problematike kot za napredovanje. Moški so potrebovali 2 seansi za napredovanje ter razrešitev problema, medtem ko so ženske potrebovale več seans za pozitiven napredek kot za razrešitev značajske osebnostne rizične lastnosti.

3.1.5 Vsi klienti skupaj, ne glede na vrsto problematike

Tabela 10

Prikaz potrebnega povprečnega števila seans za odpravo ali izboljšanje katerekoli problematike

Skupina	Rešena težava (katerakoli)	V fazi pozitivnega napredka
Vsi klienti skupaj	2	3
SLO	3	3
IT	2	3
Zasv.	1	2
M	2	2
Ž	2	3

Če primerjamo koliko seans je posamezna skupina ali spol potrebovala za razrešitev ali izboljšanje katerekoli problematike glede na potrebno število seans, dobimo naslednje rezultate:

1. Pri odpravljanju travmatičnega doživetja je najmanj seans potrebovali italijansko-zamejska skupina, ki je potrebovala 2 seansi, kar je za polovico seans manj kot so to potrebovali vsi klienti skupaj in enako število seans, ki so jih potrebovali vsi klienti za reševanje katerekoli problematike. Največ seans je potrebovala slovenska skupina in sicer je potrebovala 7 seans. Podatkov o moških nimamo, zato ne moremo delati primerjave med spoloma.

Za izboljšanje travmatičnega doživetja je najmanj seans potrebovala skupina bivših zasvojenec in sicer 2 seansi, kar je za 1 seanso manj kot so to potrebovali klienti

- za izboljšanje travmatičnega doživetja in enako število seans kot klienti, ki so izboljšali katerokoli problematiko.
2. Pri odpravljanju odnosne problematike rodne družine so najmanj seans potrebovale italijansko-zamejska skupina, skupina bivših zasvojencev ter moški predstavniki udeležencev. Potrebovali so 1 seanso, kar je za 1 seanso manj kot so to potrebovali klienti, ki so rešili problematiko rodne družine in za 1 seanso manj kot so to potrebovali klienti, ki so rešili katerokoli problematiko. Največ seans in sicer 3 je potrebovala slovenska skupina. Moški so potrebovali 1 seanso manj kot ženske za rešitev problematike.
Za izboljšanje problematike rodne družine sta najmanj seans potrebovali skupina bivših zasvojencev ter italijansko-zamejska skupina, ki sta potrebovali 1 seanso, kar je za 1 seanso manj kot so to potrebovali klienti, ki so izboljšali problematiko rodne družine in za 2 seansi manj kot so to potrebovali klienti, ki so izboljšali katerokoli problematiko. Med spoloma ni bilo razlik.
 3. Pri statistiki o odpravljanju odnosne problematike lastne družine govorimo težko, saj nimamo podatkov o rešitvi te težave pri italijansko-zamejski skupini, skupini bivših zasvojencev ter moški populaciji.
Lahko pa primerjamo kliente, ki so dosegli fazo pozitivnega napredka, kjer so najmanj seans potrebovale slovenska skupina, skupina bivših zasvojencev ter ženska populacija, ki so potrebovale 2 seansi, kar je 1 seanse manj kot ostale skupine, ki so izboljšale problematiko in za 1 seanso manj kot so za izboljšanje potrebovali klienti, ki so izboljšali katerokoli problematiko.
 4. Tudi pri reševanju značajskih osebnostnih rizičnih lastnosti težko govorimo o primerjavi, saj nimamo podatkov za italijansko-zamejsko skupino ter skupino bivših zasvojencev. Lahko zgolj rečemo, da je slovenska skupina potrebovala enako število seans – in sicer 2 - kot klienti, ki so odpravili katerokoli problematiko. Ženske in moški so potrebovali 2 seansi za odpravo problematike.
Za izboljšanje značajske osebnostne rizične lastnosti so najmanj seans potrebovali moški in sicer 2, kar je enako kot so to potrebovali vsi klienti, ki so izboljšali problematiko in za 1 seanso manj kot so to potrebovali klienti, ki so izboljšali katerokoli problematiko. Prav tako so potrebovali 1 seanso manj kot ženske. Med skupinami nimamo podatkov o izboljšanju za skupino bivših zasvojencev, ostali dve skupini pa sta potrebovali 3 seans za doseg pozitivnega napredka.
 5. Najmanj seans za razrešitev problematike, ne glede na vrsto le-te, je potrebovala skupina bivših zasvojencev, med spoloma pa ni bilo razlik. Za doseg faze pozitivnega napredka je najmanj seans potrebovala skupina bivših zasvojencev, medtem ko je med spoloma potrebovala moška populacija manj seans.

3.2 Procentualne razlike med različnimi skupinami in spoloma

Nato smo še izračunali procentualne razlike med različnimi skupinami in spoloma, kjer smo prestregli podatek, ki izstopa iz te zaključne naloge. Podatek je zanimiv za nadaljnjo uporabo v drugih raziskavah. V tem poglavju niso prikazane vse tabele za vse vrste težav, saj je ponekod prišlo do prevelikega pomanjkanja podatkov, zato smo navedli zgolj smiselno tabelo:

3.2.1 Odnosna problematika rodne družine

Tabela 11

Procentualni primerjalni prikaz med posameznimi skupinami in spolom

Skupini	Razrešitev odnosne problematike rodne družine (%)	Katera skupina je potrebovala manj seans (opomba)	Izboljšanje odnosne problematike rodne družine (%)	Katera skupina je potrebovala manj seans (opomba)
SLO-IT	61	IT	66	IT
SLO-ZASV	61	ZASV	73	ZASV
SLO-VSI	27	VSI	35	VSI
IT-ZASV	0		7	ZASV
IT-VSI	34	IT	32	IT
ZASV-VSI	34	ZASV	39	ZASV
M-Ž	45	M	22	M

Opombe: SLO=slovenska skupina, IT=italijansko-zamejska skupina, ZASV=skupina bivših zasvojenecv

Iz tabele 11 lahko razberemo, da je največja procentualna razlika pri rešeni odnosni problematiki rodne družine med slovensko in italijansko-zamejsko skupino ter med slovensko in skupino bivših zasvojenecv, medtem ko je najmanjša razlika med italijansko-zamejsko skupino in skupino bivših zasvojenecv. Največja procentualna razlike med skupinami, kjer so klienti dosegli fazo pozitivnega napredka je med slovensko skupino in skupino bivših zasvojenecv, najmanjša pa med italijansko-zamejsko skupino in skupino bivših zasvojenecv.

3.3 Uspešnost reševanja problematike

Pred izračunom hi-kvadrata smo naredili še tabelo za vsako problematiko posebej, kjer smo primerjali vse kliente, ki so reševali isto problematiko po uspešnosti:

3.3.1 Travmatično doživetje

Tabela 12

Razmerja in procenti med rešenim, izboljšanim in nerešenem travmatičnim doživetjem

	Število klientov, ki so predelovali travmo (a)	Rešeno travmatično doživetje (b)	Izboljšanje (c)	V fazi napredka (d=b+c)	Nerešeno travmatično doživetje (e)
Razmerje	7/55	3/7	2/7	5/7	2/7
Procentualno (%)	13	43	29	71	29

Opomba: Procenti ponazarjajo razmerje med številom travmatičnih doživetij in napredka v obravnavi, izraženo v odstotkih

Iz tabele 12 lahko razberemo, da je od 55 psihoterapevtskih problemov 7x (13%) šlo za razreševanje travmatičnega doživetja. Od tega je pri obravnavi travmatičnega doživetja 3x (43%) prišlo do razrešitve rešitve, 2x (29%) do izboljšanja, kar pomeni, da je v 5ih obravnavah travme prišlo do pozitivnega napredka. V 2 od 7 (29%) problemov pa travmatična doživetja do časa zaključka raziskave ostajajo nerešena.

3.3.2 Odnosna problematika rodne družine

Tabela 13

Razmerja in procenti med rešeno, izboljšano in nerešeno odnosno problematiko rodne družine

	Število klientov, ki so predelovali odnosno problematiko (a)	Rešena odnosna problematika (b)	Izboljšanje (c)	V fazi napredka (d=b+c)	Nerešena odnosna problematika (e)
Razmerje	18/55	8/18	6/18	14/18	4/18
Procentualno (%)	33	44	33	78	22

Opomba: Procenti ponazarjajo razmerje med številom odnosne problematike rodne družine in napredka v obravnavi, izraženo v odstotkih

Iz tabele 13 lahko razberemo, da je od 55 psihoterapevtskih problemov 18x (33%) šlo za razreševanje odnosne problematike rodne družine. Od tega je pri obravnavi travmatičnega doživetja 8x (44%) prišlo do razrešitve rešitve, 6x (33%) do izboljšanja, kar pomeni, da je v 14ih obravnavah odnosne problematike (78%) prišlo do pozitivnega napredka. V 4 od 18 (22%) problemov pa problematika rodne družine (do časa zaključka raziskave) ostaja nerešena.

3.3.3 Odnosna problematika lastne družine

Tabela 14

Razmerja in procenti med rešeno, izboljšano in nerešeno odnosno problematiko lastne družine

	Število klientov, ki so predelovali odnosno problematiko (a)	Rešena odnosna problematika (b)	Izboljšanje (c)	V fazi napredka (d=b+c)	Nerešena odnosna problematika (e)
Razmerje	7/55	1/7	5/7	6/7	1/7
Procentualno (%)	13	14	71	86	14

Opomba: Procenti ponazarjajo razmerje med številom odnosne problematike lastne družine in napredka v obravnavi, izraženo v odstotkih

Iz tabele 14 lahko razberemo, da je od 55 psihoterapevtskih problemov 7x (13%) šlo za razreševanje odnosne problematike lastne družine. Od tega je pri obravnavi odnosne problematike 1x (14%) prišlo do razrešitve rešitve, 5x (71%) do izboljšanja, kar pomeni,

da je v 6ih (86%) obravnavah odnosne problematike prišlo do pozitivnega napredka. V 1 od 7 (14%) problemov pa odnosna problematika (do časa zaključka raziskave) ostaja nerešena.

3.3.4 Značajske osebne rizične lastnosti

Tabela 15

Razmerja in procenti med rešenimi, izboljšanimi in nerešenimi značajskimi osebnostnimi rizičnimi lastnostmi

	Število klientov, ki so predelovali značajske rizične lastnosti (a)	Rešena značajska problematika	Izboljšanje	V fazi napredka	Nerešena značajska problematika
Razmerje	23/55	6/23	11/23	17/23	6/23
Procentualno (%)	42	26	48	74	26

Opomba: Procenti ponazarjajo razmerje med številom značajskih lastnosti in napredka v obravnavi, izraženo v odstotkih

Iz tabele 15 lahko razberemo, da je od 55 psihoterapevtskih problemov 23x (42%) šlo za razreševanje značajske osebne rizične lastnosti. Od tega je pri obravnavi te težave 6x (26%) prišlo do razrešitve rešitve, 11x (48%) do izboljšanja, kar pomeni, da je v 17ih (74%) obravnavah lastnosti prišlo do pozitivnega napredka. V 6 od 23 (26%) problemov pa težave z značajskimi lastnostmi (do časa zaključka raziskave) ostajajo nerešena.

3.4 Hi-kvadrat

Pri izračunu hi-kvadrata smo zaradi pomanjkanja podatkov pogosto prišli do statistično nesmiselnih informacij, zato navajamo zgolj statistično smiselna:

3.4.1 Travmatično doživetje

Tabela 16

Rezultati izračuna hi-kvadrata za travmatično doživetje

Stanje	X^2	$X^2_{1-\alpha}(1-k)$	Rezultat
Razrešitev primerjavi z vsemi klienti	v 9,3334	3,8410	$X^2 > X^2_{1-\alpha}(1-k)$
Razrešitev primerjavi s klienti, ki so rešili travmatično doživetje	v 3,0303	3,841	$X^2 < X^2_{1-\alpha}(1-k)$
Izboljšanje primerjavi z vsemi	v 0,9773	5,991	$X^2 < X^2_{1-\alpha}(1-k)$

klienti			
Izboljšanje	v 0,9714	5,991	$X^2 < X^2_{1-\alpha}(1-k)$
primerjavi s klienti,			
ki so izboljšali			
travmatično			
doživetje			

Iz tabele 16 lahko razberemo, da ničelno hipotezo lahko zavrnemo zgolj pri klientih, ki so razrešili katerokoli problematiko.

4 INTERPRETACIJA

Z raziskavo smo pridobili odgovore na večino zastavljenih raziskovalnih vprašanj (prim. 1.1.).

4.1 Učinkovitost BPT

Odgovor na prvo ter drugo raziskovalno vprašanje: »ali klienti s pomočjo BPT rešijo svoje težave« ter »katere vrste težav so najpogostejše pri klientih, vključenih v tri bonding-psihoterapevtske skupine: slovensko skupino, italijansko-zamejsko skupino, ter skupino bivših zasvojenecv in kako so klienti uspešni pri njihovem reševanju«, nudijo tabele od 12 do 15 (poglavje 3.3.), pri čemer smo po pregledu vprašalnikov navedbe razvrstili v 4 različne vrste težav:

1. travmatična doživetja (npr. spolna zloraba, smrt bližnje osebe idr.),
 2. družinska odnosna psihopatologija – rodna (npr. odnos do staršev, neadekvatni starši, starši alkoholiki, starši, ki ne zmorejo izražanja ljubezni in ostalih čustev do otrok ipd.) in
 3. lastna družina (npr. odnos do partnerja, otrok, drugih bližnjih oseb idr.) in
 4. značajske rizične osebnostne lastnosti (npr. plahost idr.).
- klientov na težave s travmatičnimi doživetji, odnosno problematiko rodne in lastne družine ter značajske osebnostne rizične lastnosti.

Rezultati kažejo, da je 24 klientov reševalo 55 različnih težav, ki jih lahko razvrstimo v 4 različne skupine (primer zgoraj). Od 55 težav gre v 7 primerih (7/55 oz. 13%) za razreševanje travmatičnih doživetij. V okviru razreševanja travmatičnih doživetij v 2/7 (29%) klienti teh težav do časa zaključka raziskave niso rešili; v 3/7 (43%) so klienti travmatična doživetja razrešili; v 2/7 (29%) je prišlo do izboljšanja problematike. Do pozitivnega napredka (le-to zajema uspešno razrešitev in izboljšanje skupaj) je torej prišlo v 5/7 (71%) primerov, s čimer lahko potrdimo uspešnost BPT pri reševanju težav s travmatičnimi doživetji.

Nadaljnji rezultati kažejo, da je v 18/55 (oz. 33%) primerih pri klientih šlo za reševanje odnosne problematike rodne družine. Znotraj tega pri 4/18 (22%) primerih klienti teh težav do časa zaključka raziskave niso rešili; 8/18 (44%) je problematiko rešilo; pri 6/18 (33%) je prišlo do izboljšanja problematike. Do pozitivnega napredka (le-to zajema uspešno razrešitev in izboljšanje skupaj) je torej prišlo v 14/18 (78%) primerov, s čimer lahko potrdimo visoko uspešnost BPT pri reševanju težav, izvirajočih iz odnosov v rodni družini.

Nadaljnji rezultati kažejo, da je v 7/55 (13%) primerih pri klientih šlo za reševanje odnosne problematike lastne družine. Znotraj tega pri 1/7 (oz. 14%) primeru klient/ka teh težav do časa zaključka raziskave ni rešil/a; pri 1/7 (14%) je problematika uspešno rešena; pri 5/7 (71%) je prišlo do izboljšanja problematike. Do pozitivnega napredka (le-to zajema uspešno razrešitev in izboljšanje skupaj) je torej prišlo v 6/7 (86%) primerov, s čimer lahko potrdimo visoko uspešnost BPT pri reševanju težav, izvirajočih iz odnosov v lastni družini.

Nadaljnji rezultati kažejo, da je v 23/55 (42%) primerih pri klientih šlo za reševanje značajskih osebnostnih rizičnih lastnosti. Znotraj te težave je pri 6/23 (oz. 42%) primerih klient/ka te težave do časa zaključka raziskave ni rešil/a; pri 6/23 (26%) je problematika uspešno rešena; pri 11/23 (48%) je prišlo do izboljšanja problematike. Do pozitivnega napredka (le-to zajema uspešno razrešitev in izboljšanje skupaj) je torej prišlo v 17/23 (74%) primerov, s čimer lahko potrdimo visoko uspešnost BPT pri reševanju težav, izvirajočih iz značajskih osebnostnih rizičnih lastnosti.

Na osnovi analize uspešnosti klientov pri reševanju vseh 4 skupin težav oz. vseh 55 posamičnih težav, lahko zaključimo, da se je BPT modaliteta izkazala za zelo uspešno obliko pomoči. Taka zaključna ugotovitev se ujema z že obstoječimi raziskavami, ki jih podajajo npr. Kats (2004), Maertens (2006) in Fisseni (2008).

4.2 Vrste problematike

Odgovor na tretje raziskovalno vprašanje: »ali klienti nekatere vrste (skupine) problemov rešijo hitreje kot druge vrste problemov«, nudijo tabele od 6 do 10 v poglavju 3.1.

Rezultati kažejo, da so tisti klienti, ki so svojo problematiko uspešno rešili – ne glede na vrsto problematike – za dosego razrešitve potrebovali povprečno po 2 seansi. Tisti klienti, ki pa so pri reševanju problematike – ne glede na vrsto problema – dosegli pozitiven napredek (a ne še dokončne razrešitve), so za to potrebovali povprečno po 3 seanse.

Glede na uspešnost klientov oz. BPT terapije iz vidika različni vrst problematike, so rezultati sledeči:

- travmatično doživetje so klienti rešili povprečno v 4 seansah; izboljšanje pa so dosegli povprečno v 3 seansah;
- odnosno problematiko rodne družine so rešili in napredovali povprečno v 2 seansah;
- problematiko lastne družine so rešili povprečno že v 1 seansi, napredovali pa v 2 seansah;
- značajske osebnostne rizične lastnosti pa so rešili povprečno v 3 seansah, napredek pa se je pokazal povprečno v 2 seansah.

Glede na rezultate lahko zaključimo, da so klienti najmanj seans za razrešitev potrebovali pri odpravljanju odnosne problematike lastne družine, največ pa za reševanje travmatičnih doživetij. Za dosego pozitivnega napredka so klienti največ seans potrebovali pri reševanju travmatičnih doživetij, ostale problematike pa so rešili v enakem časovnem okviru seans.

Interpretacij za zgoraj naveden rezultat - da so udeleženci pri vseh vrstah težav, razen pri travmatičnih doživetjih, potrebovali več seans za pozitiven napredek kot za samo razrešitev problematike - je več:

- majhen vzorec preveč izkrivlja povprečne vrednosti,
- udeleženci, ki so odpravljali odnosno problematiko lastne družine prišli na seanse bolj pripravljeni, kar je lahko tudi posledica pripravljalne individualne terapije pred vstopom na BPT skupino,
- tisti udeleženci, ki so rešili katerokoli problematiko, razen travmatičnih doživetij, so le-to pred vstopom v BPT že predelovali, v nasprotju s tem pa travmatičnih doživetij pred vstopom niso predelovali,
- udeleženci so bili različno motivirani.

Rezultat, ki kaže, da so klienti najhitreje rešili odnosno problematiko lastne družine (v primerjavi z vsemi ostalimi vrstami problemov – le-te so namreč reševali počasneje), lahko interpretiramo vsaj na sledeče načine:

- lastno družino si posameznik v večini izbere sam, je zrelejši, starejši in zato v težavah »močnejši« (ravno obratno velja v primeru rodne družine),
- posameznik največ časa preživi z lastno družino, zato je problematika bolj »obdelana« in zrelejša za rešitev,
- v lastni družini so odnosi najbolj intenzivni, zato posameznik težje ostane vase zaprt, brez da bi se prej ali slej izpovedal; pogostejša soočenja s problemi, bolj sprotna komunikacija ipd. pa seveda pripomore k zorenju in hitrejšemu reševanju odnosnih težav, izvirajočih iz lastne družine.

4.3 Vpliv spola

Odgovor na četrto raziskovalno vprašanje: »ali spol vpliva na uspešnost reševanja problematike klienta ne glede na vrsto problema« najdemo v tabelah od 6 do 10 v poglavju 3.1.

Rezultati so zelo zanimivi, saj kažejo, da moški travmatičnih doživetij – vsaj v obdobju raziskave – sploh niso predelovali, ženske pa so za predelavo travm potrebovale povprečno 4 seanse, za pozitiven napredek pa povprečno 3 seanse.

Moški so za rešitev odnosne problematike rodne družine potrebovali povprečno po 1 seanso, ženske pa 2 seansi, za napredek pa sta oba spola potrebovala po 2 seansi.

Moški niso rešili odnosne problematike lastne družine, medtem ko so ženske potrebovale povprečno po 1 seanso. Za izboljšanje te problematike so moški potrebovali 3 seanse, ženske pa 2.

Pri reševanju značajskih rizičnih osebnostnih lastnosti sta oba spola težavo uspešno rešila v 2 seansah; pri tem so moški potrebovali 2 seansi, ženske pa 3 za napredek.

Rezultati te raziskave kažejo, da moški uspešneje rešujejo večino problematike, kar je v nasprotju z raziskavami avtorjev Kirshner idr. (1978), Jones idr. (1982) in Jones idr. (1987). Naš rezultat lahko razložimo na več načinov:

- problematika, ki so jo izbrali moški je enostavnejša in zato lažje rešljiva v primerjavi s problematiko, katero so v psihoterapiji načenjale ženske,
- moškimi je bolj ustrezal moški terapevt, ženskam pa manj (ženske terapevtke namreč ni bilo na voljo),
- moški v raziskavi so posebnost oz. predstavljajo slučaj,
- slovenski moški so sposobnejši za reševanje problemov kot moški, zajeti v ostalih raziskavah v tujini,
- zajeti moški predstavljajo skrito zakonitost, ki izstopa proti ostalim moškimi, zajetih v drugih raziskavah,
- moški v naši raziskavi so bili bolj motivirani v primerjavi z moškimi iz drugih raziskav,
- slovenska kultura je pripomogla k hitrejšemu reševanju težav (vpliv kulture),

- ženske niso tako hitro zadovoljne z rezultatom in so v psihoterapiji (ter nasploh) bolj temeljite,
- moški so hitrejši in uspešnejši pri prenosu dosežkov iz psihoterapevtske skupine v svoje vsakdane življenje (obratno ženske za prenos potrebujejo več časa),
- moški so bolj zadovoljni že z majhnim napredkom, ženske pa stremijo k večjim dosežkom, so bolj zahtevne do sebe in si kasneje priznajo predelano problematiko kot svoj psihoterapevtski uspeh.

Več razlag lahko podamo tudi za presenetljivo ugotovitev, da moški – vsaj v obdobju raziskave – na psihoterapevtskih seansah sploh niso reševali travmatičnih doživetij:

- moški, zajeti v raziskavi sploh niso bili travmatizirani in predstavljajo psihoterapevtsko lažjo populacijo ter v skladu s tem lažje in hitreje dosegajo boljše rezultate v primerjavi z ženskimi klientkami,
- moški se v primerjavi z ženskami bistveno bolj izogibajo reševanju travme (beg pred soočenjem),
- moški so se kasneje pripravljani soočiti s travmo (potrebujejo več priprave in podpore v primerjavi z ženskami, so torej pravzaprav »šibkejši« spol),
- ženske v terapijo vstopajo bolj zrele in so se prej sposobne soočiti s travmo (splošno višja osebnostna in socialna zrelost žensk v primerjavi z moškimi),
- moški težje spoznajo, da travmatičnega doživetja še niso predelali (težje prepoznavanje in priznavanje travm pri moški populaciji),
- moški imajo močnejše obrambne mehanizme (vsaj glede travmatičnih doživetij), in si težje priznajo, da imajo še nerazrešeno travmatično doživetje,
- vpliv tradicionalne vzgoje in tradicionalne socialne vloge, ki je za moške različna v primerjavi z ženskami – moški mora biti »močnejši« spol (npr. tradicionalna vzgojna sporočila staršev: »ne jokaj, saj nisi punčka«; »se pa ja ne boš bal, saj si fant«,...).

4.4 Vpliv pripadnosti skupini

Odgovor na peto raziskovalno vprašanje: »ali pripadnost eni od 3 psihoterapevtskih skupin vpliva na uspešnost reševanja težav klientov« najdemo v tabelah od 6 do 10 (poglavje 3.1.).

Slovenska skupina in skupina bivših zasvojenecv sta katerokoli problematiko rešili povprečno v 2 seansah, italijansko-zamejska pa je potrebovala povprečno 3 seanse. Vse tri skupine so za pozitiven napredek – ne glede na vrsto problema - potrebovale povprečno po 3 seanse.

Za rešitev travmatičnega doživetja je slovenska skupina potrebovala 7 seans, italijansko-zamejska 2 seansi, skupina bivših zasvojenecv pa problematike ni rešila. Za napredek pri razreševanju travmatičnih doživetij je 2 seansi potrebovala skupina bivših zasvojenecv, 4 seanse pa preostali skupini.

Za rešitev odnosne problematike rodne družine je slovenska skupina potrebovala 3 seanse, preostali dve skupini pa 1 seanso; za napredek je slovenska skupina potrebovala 4 seanse, ostali skupini pa 1 seanso.

Odnosno problematiko lastne družine je rešila zgolj slovenska skupina in je za razrešitev potrebovala 1 seanso. Napredek je slovenska skupina dosegla v 3 seansah, prav tako kot italijansko-zamejska. Skupina bivših zasvojencev se te vrste problematike ni lotila.

Značajske osebnostne rizične lastnosti sta slovenska skupina in skupina bivših zasvojencev rešili v 2 seansah, italijansko-zamejska pa v 3. Napredek pri tej problematiki so vse tri skupine dosegle v 3 seansah.

Glede na pridobljene rezultate lahko zaključimo, da se je slovenska skupina lotila reševanja vseh vrst problemov in jih tudi uspešno rešila, medtem, ko se ostali dve skupini nista lotili vseh vrst problemov. To lahko pojasnimo na naslednje načine:

- slovenska skupina je bolj motivirana,
- italijansko-zamejska skupina in skupina bivših zasvojencev sta BPT obiskali manjkrat kot slovenska skupina,
- italijansko-zamejska skupina in skupina bivših zasvojencev nimata tistih vrst težav, ki se jih nista lotili (ne gre za izmikanje, obrambne mehanizme ipd).,
- gre zgolj za naključje (majhen vzorec).

V večini primerov je slovenska skupina potrebovala več seans za razrešitev in napredek, kar lahko interpretiramo na naslednje načine:

- slovenska skupina se težav loti v večjem obsegu in globlje,
- slovenska skupina ima več težav,
- gre zgolj za naključje (majhen vzorec).

5 SKLEPI

Namen eksperimentalne zaključne naloge je ugotoviti ali je bonding psihoterapija uspešna modaliteta za reševanje različnih težav, navzočih pri klientih v slovenski, italijansko-zamejski skupini in v skupini bivših zasvojenecv: travmatična doživetja, odnosna problematika lastne in rodne družine ter značajske osebnostne rizične lastnosti. Ostala raziskovalna vprašanja so zajemala: vrste težav, ki jo klienti hitreje rešijo kot ostale vrste težav, vpliva spola na uspešnost bonding psihoterapije in ali vpliv pripadnost določeni skupini vpliva na uspešnost reševanja težav. Z uporabo anketnega vprašalnika ter metode usmerjenih intervjujev smo ugotovili: da je bonding psihoterapija uspešna modaliteta za reševanje navedenih štirih vrst težav; da so vsi klienti najuspešnejši pri reševanju odnosne problematike iz lastne družine; da so klienti največ seans potrebovali za razrešitev travmatičnega doživetja; da moški večino težav rešujejo hitreje kot ženske (vendar se moški v obdobju raziskave problematike travmatičnih doživetij niso lotili); na raziskovalno vprašanje ali pripadnost skupini vpliva na uspešnost reševanja težav klientov pa zaradi pomanjkljivih podatkov ne moremo odgovoriti.

S celotnim pred-eksperimentom smo zastavili možnosti za nadaljnje raziskovanje kot je na primer ugotavljanje uspešnosti reševanja travmatičnega doživetja pri različnih modalitetah, razdelitev problematike travmatičnega doživetja na npr. samomor/smrt v družini (lastni ali rodni), spolna zloraba ipd. in bi tako primerjali katero podtežavo klienti rešijo hitreje, kako uspešno jo rešijo ipd. Poleg tega bi lahko raziskovali vpliv spola terapevta na uspešnost reševanja posamezne problematike.

6 LITERATURA IN VIRI

- [1] Ainsworth M.D. S, Blehar, M.C., Waters, E in Waal, S. (1978). *Patterns of Attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- [2] American Psychological Association. (2012). Recognition of Psychotherapy Effectiveness, pridobljeno avgusta 2016 na <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>.
- [3] APA Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285, pridobljeno s spleta julija 2016; DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271.
- [4] Bartolomew, K., Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults. A test of a four-categorie model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-224.
- [5] Baldwin, S.A., Wampold, B.E. in Imel, Z.E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852.
- [6] Beutler, L.E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York: Pergamon Press.
- [7] Bonicatto, S.C., Dew, M. A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L. and Pecina, P. (2001). Worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Social Science and Medicine*, 52, 911-919.
- [8] Bowlby J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- [9] Burlingame, G.M., Fuhrman, A. in Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group dynamics: Theory, research & practice*, 2, 101-117, pridobljeno iz spleta avgusta 2016; DOI: 10.1037/1089-2699.7.1.3.
- [10] Carr, A. (2009a). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems, *Journal of Family Therapy*, 31, 46-74, pridobljeno avgusta 2016; DOI: 10.1111/j.1467-6427.2008.00452.x.
- [11] Carr, A. (2009b). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 3-45, pridobljeno avgusta 2016; DOI: 10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x.
- [12] Casriel, D. (1963). *»So fair a house: The Story of Synanon«*. Englewood Cliffs. NJ.:Prentice Hall.

- [13] Casriel, D. (1981). *New Identity Process*. V: Corsini, R.J. (1994). *Handbuch der Psychotherapie*. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags-Union.
- [14] Casriel D. (1972). *A scream away from happiness*. New York: Grosset in Dunlap.
- [15] Cuijpers, P. in Smit, F. (2002). Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *Journal of Affective Disorders*, 72, 227-236.
- [16] Đurić, S. (2007). *Fokus-grupni intervju*. Beograd: Službeni glasnik.
- [17] Đurić, S., Popović Ćitić, B. in Meško G. (2010). Usmerjeni skupinski intervju v pedagoškem raziskovanju. *Socialna pedagogika* 14(1), 37-62.
- [18] Fisseni, G., Stauss, K., von Wahlert, J. in Mestel, R., (2008). Geïntegreerde bondingpsychotherapie. *Voordracht Studiedag van de Vereniging voor Bondingpsychotherapie*, Antwerpen, marec 2008.
- [19] Fowler, Floyd J. Jr. (1995). Improving survey questions: Design and Evaluation. *Applied Social research Methods series*, 1995 (38), 103.
- [20] Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (rev. ed.). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- [21] Frank, J.D. in Frank, J.B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- [22] Geerlings, P. in De Klerk Roscam Abbing, J. (1985). Cathartische activerende, psychodynamische groepstherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 11, 1-19.
- [23] Growes, R. M., Fowler, Floyd J. Jr., Coupler, M. P., Lepkowski, J. M., Singer, E. in Tourangeau, R. (2009). *Survey Methodology*. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons, Inc.
- [24] Höfler-Zimmer, D. in Kooyemen, M. (1996). Attachment transition, addiction and therapeutic bonding – an integrative approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(6), 511-519.
- [25] Jones, E. E., Krupnick, J. L. in Kerig, P. K. (1987). Some gender effects in a brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(3), 336-352, pridobljeno avgusta 2016; DOI: 10.1037/h0085724.
- [26] Jones, E. E. in Zoppel, C. L. (1982). Impact of client and therapist gender on psychotherapy process and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(2), 259-272, pridobljeno avgusta 2016 na <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.50.2.259>.

[27] Kirshner, L. A., Genack, A. in Hauser, S. T. (1978). Effects of gender on short-term psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15(2), 158-167, pridobljeno avgusta 2016, DOI: 10.1037/h0085856.

[28] Klerk-Roscam Abbing, J. de (1994). de Casrielmethode. V: Berk, T. J. C. *Handboek groepspsychotherapie M4.1-M4*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

[29] Kooyman, M. (1990). Tederheidtekort en verslaving. In: *Tederheid, over de gevolgen van tederheidtekort bij mens en dier*. A.D. de Groot en J.P. Kruijt (Red.), SIGO (Stichting voor Interdisciplinair Gedragwetenschappelijk Onderzoek), 89-100. Boom: Meppel.

[30] Kooyman, M. (1992). *The therapeutic community for addicts, intimacy, family involvement and treatment outcome*. Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam: Universiteits Drukkerij.

[31] Kooyman, M., Olij, R. in Storm, R. (2010). *Bonding psychotherapy – an effective group therapy for attachment problems*. Pridobljeno dne 2.5.2016, s <http://www.bondingpsychotherapy.com/>.

[32] Kusters, M., Burlingame, G.M., Nachtigall, C., & Strauss, B. (2006). A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 10, 146-163, pridobljeno s spleta avgusta 2016; DOI: 10.1037/1089-2699.10.2.146.

[33] Kreš, B. (2010). *Svetovanje in psihoterapija v Sloveniji-primeri centrov za relacijsko družinsko terapijo*. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

[34] Maertens, J. (2006). *Invloed van bondingpsychotherapie op gehechtheidsstijl bij volwassenen*. Eindscriptie. Onderzoeksgroep psychotherapie en dieptepsychologie, Faculteit psychologie en pedagogische wetenschappen. Universiteit Leuven.

[35] Mykletun, A., Bjerkeset, O., Overland, S., Prince, M., Dewey, M. in Stewart R. (2009). Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: The HUNT study. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 118-125.

[36] Norcross, J.C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. V Zeig, J.K. in Munion, W.M. (ur.), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives* (218-220). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

[37] Oudenhoven, J.P. (2004). *Oud gedaan, jong geleerd? Een studie naar de relatie tussen hechtingsstijlen, competenties, evln-intenties en sociale cohesie*. Amsterdam: Aksant.

- [38] Pincus, D., Guastello, S. in Koopmans, M. (2009). *Chaos and complexity in psychology. The theory of nonlinear dynamical systems*. New York: Cambridge University Press.
- [39] Polajner, B. (2013). *Bonding psihoterapija*. Rogla 31.5.2013: Redna letna srečanja psihoterapevtov Slovenije .
- [40] Polajner, B. (2014). Bonding psihoterapija-predstavitev in možnosti uporabe v psihosocialni rehabilitaciji invalidov in njihovih družin. *Rehabilitacija, 13* (2), 62-70.
- [41] Polajner, B. (15.11.2011). *Bonding psihoterapija, modaliteta za terapijo, preventivo in osebnostno rast*. Aerodrom Slovenj Gradec: Mednarodna konferenca ob mesecu preprečevanja zasvojenosti.
- [42] Polajner, B. (2011). *Bonding psihoterapija (BPT) modaliteta za terapijo, preventivo in osebnostno rast*. Zbornik predavanj: ZZV Ravne na Koroškem.
- [43] Ruiters, C. De in en IJzendoorn M.H., van. (1992). Agoraphobia and anxious ambivalent attachment: an integrative review. *Journal of Anxiety Disorders, 6*, 365-381.
- [44] Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist, 65*, 98-109, pridobljeno avgusta 2016; DOI: 10.1037/a0018378.
- [45] Strauss, K. in Ellis, F.W. (2007). *Bonding psychotherapy, Theoretical Foundations and Methods*. Publicatie International Society for Bonding Psychotherapy.
- [46] Žvelc, M. (2011). Kaj je psihoterapija?. V Žvelc, M., Možina, M. in Bohak, J. (ur.), *Psihoterapija* (str. 1-9). Ljubljana: Založba IPSA.
- [47] Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods and findings*. Mahwah: Erlbaum
- [48] Wampold, B.E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist, 62*, 857-873, pridobljeno avgusta 2016; DOI: 10.1037/0003-066X.62.8.857.
- [49] Wampold, B.E. (2010). *The basic of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- [50] Young J.E., Klosko, J.S. in Weishaar, M.E., (2005). *Schemagerichte therapie, Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

PRILOGE

Priloga A: Zbrani vprašalniki

Problemi, ki ste jih predelovali s pomočjo BPT seans:	Koliko seans ste potrebovali, da ste problem razrešili?	Kakšno je vaše stanje glede tega problema sedaj? Ste problem razrešili? Menite, da za razrešitev tega problema potrebujete še kakšno BPT seanso? Morda menite, da potrebujete kakšno drugačno pomoč?
1. Problem (kratek opis): Nekomuniciranje s starejšim sinom	7	Zelo dobro
2. Problem (kratek opis): Enakovredno se postaviti v službi zase	10	Izboljšava, zamenjava delovnega tima, izražam svoje mnenje bolj jasno.
3. Problem (kratek opis): Nisem samozavestna, ker nisem popolna	11	Stanje se počasi izboljšuje, napredujem na tem področju
4. Odnos do očeta – zelo dominanten karakter, avtoriteta	3	Do očeta imam sedaj sproščen, enakovreden in normalen odnos. Mislim, da sem problem rešila in da ne potrebujem dodatne BPT seanse
5. Potrebujem okrepitev, saj ne čutim pozitivnih čustev, ugodja	1	Ni bilo problema, samo utrdila sem svoja prepričanja
6. Neustrezen odnos s taščo – podoben preveč ukazovalen karakter	2 ->	Na problemu še delam. Menim pa ,da ga z vsako seanso uspešno rešujem. Svoja prepričanja utrjujem (ali vsaj skušam utrjevati) v praksi, življenju.
7. Moja stalna nervoznost, anksioznost	2	Mislim, da mi je pomagal že sam pogovor in opora skupine, ko sem se končno nekemu odprla. Menim, da bi potrebovala še kako BPT seanso, je pa stanje definitivno boljše. Trenutno ne potrebujem druge pomoči

<p>8. Moj problem je bil v neuspešnosti v odnosu do nasprotnega spola -> »potencialni partnerji«, pred njimi sem se zapirala vase, posledično ostala sama</p>	<p>Ne vem točno, 3-4</p>	<p>Moje stanje je takšno, da sem z BPT seansami veliko stvari »popucala« pri sebi, vendar se mi zdi, da je to še vedno moj velik problem, saj sama sebe stalno »potiskam« v neke nesrečne in nezdrave »partnerske odnose«. Vendar se mi ne zdi potrebna dodatna pomoč. Bi pa na tem še kdaj delala.</p>
<p>9. Moj odnos do mame oz. »njeni strahovi so njeni, ne moji«</p>	<p>1</p>	<p>Vse je izhajalo iz mojih stalnih (nepotrebnih) skrbi. Menim, da mi je BPT seansa zelo pomagala.</p>
<p>10. Nisem imel dovolj občutka obstoja do očeta</p>	<p>3 do sedaj sem samo delno rešil problem, predelati moram poleg jeze še žalost</p>	<p>do sedaj sem samo delno rešil problem, predelati moram poleg jeze še žalost z očetom imava malenkost boljši odnos, pri čemer pa gre delno zasluga tudi očetu, ki se je neodvisno od mene malo »zamislil« in malo modificiral svoje vedenje; vsekakor bi potreboval še kakšno seanso da bi predelal žalost</p>
<p>11. do kolegov gasilcev (predstavnik je bil poveljnik) sem delal na drži, da se ne bodo zajebavali z mano, saj sem njihovo gnojnico brezkompromisno požiral</p>	<p>1</p>	<p>delno sem predelal jezo, ki se je nakopičila v meni; dovolj je bilo, da sedaj ravnam drugače in dam jasno vedeti, ko kdo od kolegov gasilcev prestopi moj tolerančni prag – seveda pa so možnosti za izboljšanje, saj še vedno marsikaj požrem</p>
<p>12. ne pustim si, da bi bil žalosten, saj sem kot majhen otrok v vrtcu bil zmerjan kot jokica in od takrat več nisem izražal žalosti (potlačeval, če sem jokal sem na skrivaj – razen redkih priložnosti, tudi ko sem se zbudil sredi noči in se usedel na posteljo).</p>	<p>2</p>	<p>nisem zadovoljen z delom, zadeve še nisem predelal in bi potreboval še vsaj eno seanso</p>
<p>13. jeza do očeta. Delal sem na drži Jaz sem vreden ljubezni</p>	<p>1</p>	<p>Menim, da potrebujem še nekaj časa. BPT delavnica lahko čas skrajša</p>

14. ne znam reči NE prijateljem, ne izbiram si jih sam, imam občutek, da nimam pravice, da si premislim	2	Lažje rečem NE prijateljem, ne družim se z ljudmi, ki mi ne pašejo
15. občutek imam, da ne zmorem stvari	1	Mislil sem, da bom pridobil nekaj motivacije, ampak še vedno nisem dovolj motiviran za delo na faksu. Malo pa se je izboljšalo.
16. občutek manjvrednosti oziroma strah pred razočaranjem bližnjih	8	Problem še ni popolnoma razrešen, na trenutke se strah pred razočaranjem bližnjih vrne vendar v veliko manjši meri kot prej, pridobljena samozavest in samospoštovanje.
17. strah pred boleznijo	3	Problem še ni popolnoma razrešen, strah zaradi ponavljajoče bolezni še vedno traja, je pa strah prisoten v manjši meri, uporabljam tehnike umirjanja ob napadih tesnobe, z vnaprej zagotovljenimi medicinskimi pripomočki oblažim strah pred boleznijo. Problemu se moram še posvetiti
18. trema pred pričetkom na novem delovnem mestu	2	Problem je bil uspešno odpravljen, v veliko pomoč mi je tudi napredek pri prvem problemu, saj mi je ravno ta napredek povišal zaupanje v svoje sposobnosti
19. občutek imam, da nimam pravice do prijateljice XY. Vedno me je zaničevala in govorila grde stvari o meni, nisem se znala postaviti zase in nisem znala reči ne.	5	Potrebovalo mi je 5 seans da sem problem razrešila, a se je XY odselila z Kopra tako da je sploh ne vidim, zato ne morem racionalno ocenit, če je ta problem rešen ali ne, čutim pa da je rešen. Naučila sem se reči ne, čeprav sem njej to rekla samo enkrat, ko je bilo potrebno, a sem to uspela doseči pri vseh ostalih, sedaj lažje rečem ne, ko to čutim
20. občutek imam, da nimam pravice do staršev. Niso mi zaupali glede šole, zato so menili da je dobro, če par odločitev sprejmejo namesto mene	2	Staršem sem povedala kako se počutim n jim povedala, da imam pravico do svojega življenja in do tega kako z njim upravljam, da lahko sama odločam in da mam to pravico

21. občutek imam, da nimam pravice odločati o svojem fantu, kaj bova počela, kje bova bila...	1	Ena ura je bila dovolj, da sem se soočila z njim in mu povedala kaj mislim in kaj so dejansko moje želje. Na koncu se mi je opravičil in je bolj enoten pri željah obeh oziroma da tudi meni besedo in pravico do odločanja
22. problematičen odnos z materjo	5.	Problem še ni rešen
23. pomanjkanje samozaupanja, negativna samopodoba, strah in jeza do drugih	5.	Problem še ni dokončno rešen, majhen napredek je viden, čeprav rezultat ni konstanten.
24. Ne preveč ljubezenski odnos do očeta	1	Sedaj se počutim bolj odprt do svojega očeta. Ko bom prišel domov ga bom objel in mu povedal kakšen problem sem imel. Mislim, da sem problem odpravil, bom videl doma kako se bo obneslo
25. Bivša žena – do nje čutim ogromno besa, najraje bi jo ubil....	3-4	Sedaj je boljše, BPT mi je pomagal, da sem (vsaj delno) sprostil jezo
26. Samota	2	
27. jeza – rešiti se jeze in zamer do bivše žene	3	Boljše, delno menim, da bi še rabil kakšno srečanje, mogoče tudi drugo pomoč
28. jeza do očeta	2	Rabil bi še kakšno srečanje

29. travmatično otroško obdobje	3	čutim, da je ta pravi način a sprostitev nakopičenih in obremenjujočih čustev Tablete čustva potlačijo, pogovor sprosti
30. travmatično družinsko življenje in delovno	3	
31. samomor sina	3	
32. v družini nisem enakovreden (7 članska družina, 5 otrok) žalost, bolečina, nepotrjenost	1	Problem sem v neki meri razrešil, vendar ne dokončno,. Mislim, da se bom moral še potruditi, da bom dosegel čustveno stanje vrednosti in enakovrednosti
33. jeza do mame. Mami ni bilo nikoli dovolj mojega truda, tudi ob uspehih je opozarjala in videla pomanjkljivosti in napake	1	Sem precej zadovoljen, saj se mi je po dodatnem trudu le uspelo prebiti preko zapore in sem prišel v stik s potlačenimi čustvi – jezo, ki se je sprevrglo v razmišljanje o vzrokih drogiranja in neko žalost. Prišel sem v stik s sabo!
34. Občutek imam, da nisem sama odgovorna za svoje življenje.	1	Zavedam se, da sem sama odgovorna za svoje življenje. Nisem še razrešila tega problema. Ne vem ali mi BPT odgovarja
35. Nimam pravice izražati svojega mnenja, želja, odločati o svojem sinu.	1	Nisem še razrešila tega problema. Ne vem ali mi BPT odgovarja
36. Jeza na očeta, ker mi ni dajal ljubezni	1	To sem prebolela in si dala vedeti, da me ima res sedaj rad

37. Soočanje z sinom; kako mu bom povedala, da moram v zapor on pa v rejo	1	Nisem se mogla spopasti s tem, da mu pogledam v oči in to povem. Še bolj sem se razžalostila in sebe razočarala
38. Nikoli nisem imel dobrega odnosa z očetom, ni bil prisoten med odraščanjem	1	Da potrebujem
39. Prvič se mi je odprla žalost do mame	1	Še potrebujem BPT delavnice
40. Jeza do partnerice in žalost do sina	1	Vidim, da imam še veliko jeze v sebi do partnerice, ki jo težko izrazim. Žalost do sina mi pa je šla nekoliko bolje.
41. Potlačena bolečina	2	Predelujem s svojo terapevtko Še kaka seansa potrebna
42. Žalovanje za fantom, ki je naredil samomor, občutek krivde, jeza in žalost zaradi tega dogodka.	7	Stanje je veliko boljše, ostali so le še nekateri škodljivi mehanizmi mišljenja, čutenja in obnašanja, ki sem jih pridobila predvsem po tem dogodku, za katere pa se mi zdi, da jih moram razrešiti vsakega po svoje. Osnovni problem pa sem razrešila, saj sem končno sem prenehala z žalovanjem, obtoževanjem same sebe, najlažje povedano fanta sem »spustila, da gre naprej« in s tem tudi sebe. Mislim, da ne potrebujem več BPT seans zaradi tega problema, kot sem že navedla, le še za nekatere posledice: strah pred izgubo, ... menim, da ne potrebujem druge pomoči.

<p>43. strah zaradi spolnega nadlegovanja/zlorabe pred 10 leti – potreba po pomoči odrasle osebe v tistem času, ki je zaradi okoliščin nisem dobila.</p>	<p>1</p>	<p>Stanje glede problema trenutno visi v zraku, ker sem do odkritve tega problema prišla naključno, zame je bilo nepričakovano, da je od tega dogodka ostalo še toliko bolečine, še več pa strahu. Ta strah je povezan tudi z drugimi mnogimi strahovi, ki jih moram še razrešiti, zato se mi zdi zelo kompleksen problem. Prej še nikoli nisem reševala tega problema, zdi se mi tudi, da ga še nisem povsem rešila, prav tako pa menim, da za razrešitev tega problema potrebujem še nekaj BPT seans. Mislim, da ne potrebujem druge pomoči.</p>
<p>44. Občutek podrejenosti fantu in občutek neenakovrednosti njegovi bivši puncici (da je ona boljša od mene...), težave z ljubosumjem in strah pred izgubo fanta.</p>	<p>1</p>	<p>Problem še ni popolnoma razrešen, je pa malo izboljšanja, precej pri podrejenosti svojemu fantu in pri občutku neenakovrednosti njegovi bivši puncici. Najbolj šibek del je še vedno strah pred izgubo fanta, saj to vodi do ljubosumja, prav tako pa je ta strah povezan tudi s prvima dvema problemoma. Za razrešitev sigurno potrebujem še kakšno BPT seanso, menim pa, da ne potrebujem druge pomoči.</p>
<p>45. nesmiseln strah</p>	<p>1</p>	
<p>46. strah pred pripadnostjo ljudem, drugi osebi</p>	<p>1</p>	<p>Ne znam odgovoriti (nekaj se je premaknilo)</p>
<p>47. Napetost, premalo optimizma</p>	<p>1</p>	<p>Prvič, torej ne znam oceniti napredka</p>
<p>48. Mobing (psihično, verbalno nasilje)</p>	<p>1</p>	<p>Problem rešen</p>

49. Napet odnos s sestro	1	Problem rešen
50. Problematičen odnos z očetom	1	Prišlo je do izboljšave
51. Anksioznost	1	Prišlo je do izboljšave, vendar še ni dobro. Potrebujem še dodatne seanse
52. Nesigurnost in strah	1	Prišlo je do izboljšave, vendar še ni dobro. Potrebujem še dodatne seanse
53. Preveliko prilagajanje službenih obveznosti, nesposobnost reči NE in si vzeti čas zase	1	Problem je rešen. Če se odločim, da bom imela čas zase in me kličejo, če lahko pridem delat, rečem ne.
54. Zadrževanje jeze v sebi in raje potrpeti	1	sedaj povem, če me kaj moti, ne zadržujem več jeze v sebi.
55. Nisem imela pozornosti od očeta	2	Po pogovoru me večkrat pokliče, več se pogovarjava.

Priloga B: Anketni vprašalnik v slovenščini

Spoštovani!

Sem Mateja Erce, študentka tretjega letnika biopsihologije na UP Famnit, sočasno obiskujem tudi specializacijo iz bonding psihoterapevtske modalitete (BPT). Rada bi Vas prosila za pomoč pri izdelavi zaključne naloge z naslovom: Ugotavljanje učinkovitosti BPT z metodo usmerjenih intervjujev. Pomagali bi mi s tem, da bi izpolnili spodnjo tabelo, tako, da v vsak okvirček vpišete vaše odgovore. Vprašalnik je anonimen in je namenjen zgolj potrebam zaključne naloge. Za Vašo pomoč se že vnaprej zahvaljujem!

Spol (obkroži):

M

Ž

Starost: _____

Izobrazba:

Problemi, ki ste jih predelovali s pomočjo BPT seans:	Koliko seans ste potrebovali, da ste problem razrešili?	Kakšno je vaše stanje glede tega problema sedaj? Ste problem razrešili? Menite, da za razrešitev tega problema potrebujete še kakšno BPT seanso? Morda menite, da potrebujete kakšno drugačno pomoč?
1. Problem (kratek opis):		
2. Problem (kratek opis):		
3. Problem (kratek opis):		

(po potrebi lahko navedete še dodatne vrstice)

Priloga C: Anketni vprašalnik v italijanščini

Spettabile partecipante!

Sono Mateja Erce, studentessa, frequento il terzo anno accademico della facoltà di biopsicologia UP FAMNIT e contemporaneamente mi sto specializzando in bonding psicoterapia (BPT). Mi rivolgo a Lei pregandoLa di aiutarmi nella fase conclusiva della tesi, intitolata " L'efficacia della BPT con il metodo delle interviste guidate: verifica". In questo contesto Le chiedo di compilare la tabella sottostante scrivendo negli appositi spazi le Sue risposte. Il questionario è anonimo e servirà esclusivamente al completamento della tesi. Grazie per la gentile collaborazione.

sesto(indicare): M F

età: _____

istruzione: _____

I problemi sui quali ha lavorato con l'aiuto dei BPT incontri:	Quanti BPT incontri servivano per risolvere il problema?"	Com'è la Sua situazione ora rispetto al problema sul quale ha lavorato? Ha risolto il problema? Pensa che per risolvere questo problema ha bisogno di ulteriori incontri BPT? Pensa di avere bisogno di altro tipo di aiuto?

1. problema (descrizione breve):		
2. problema (descrizione breve):		
3. problema (descrizione breve):		

-all'occorrenza può aggiungere altro-