

2019

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

MAGISTRSKO DELO

MAGISTRSKO DELO

VLOGA BONDING PSIHOTERAPIJE (BPT) PRI
POMOČI PACIENTOM S KRONIČNO BOLEČINO

ADELINA KRAJA

ADELINA KRAJA

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Magistrsko delo

**Vloga bonding psihoterapije (BPT) pri pomoči pacientom s
kronično bolečino**

(The role of bonding psychotherapy (BPT) in helping patients with chronic
pain)

Ime in priimek: Adelina Kraja

Študijski program: Uporabna psihologija, 2. stopnja

Mentor: izr. prof. dr. Gregor Žvelc

Somentor: doc. dr. Bojan Rojc

Delovni somentor: dr. Bogdan Polajner

Koper, september, 2019

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Adelina KRAJA

Naslov zaključne naloge: Vloga bonding psihoterapije (BPT) pri pomoči pacientom s kronično bolečino

Kraj: Koper

Leto: 2019

Število listov: 47

Število slik: 6

Število tabel: 11

Število referenc: 87

Mentor: izr. prof. dr. Gregor Žvelc

Somentor: doc. dr. Bojan Rojc

Delovni somentor: dr. Bogdan Polajner

UDK: 615.851(043.2)

Ključne besede: Bonding psihoterapija, kronično bolečinski sindrom, fibromialgija

Izvleček:

V predhodnih raziskavah so dokazali, da aerobna vadba učinkovito, kratkotrajno znižuje nivo bolečine. Pogosto se neprijetna čustva, ki jih oseba nepravilno izraža ali zadržuje, kopičijo v telesu in se nato izražajo na telesu v obliki napetosti, bolečin ali različnih anomalij. Ena od modalitet, ki omogoča izražanje čustev in krepitev pozitivnih drž, s pomočjo spoštljivega in neseksualnega telesnega stika ter čustvene bližine, je bonding psihoterapija (BPT). V raziskavi smo preverjali vlogo BPT pri pomoči pacientom s kronično bolečino, s pomočjo vprašalnikov CORE-OM (ang. Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure), SWLS (ang. Satisfaction with Life Scale) in VAS (ang. Visual analogue scale). Skušali smo preveriti, ali bo prišlo po 3-mesečnem programu (treh delavnicah), do pomembnega izboljšanja zadovoljstva z življenjem ter upada bolečine, preverjali pa smo tudi klinične izide zdravljenja. Ugotovili smo, da bolečina po treh delavnicah BPT, pri pacientih v eksperimentalni skupini upade a se statistično značilne razlike ne pokažejo. Osebe so v primerjavi z osebami v kontrolni skupini (osebe, ki se niso udeležile BPT) v povprečju ocenile višje zadovoljstvo s svojim življenjem, po treh mesecih, viden pa je tudi nižji nivo distresa. Kljub pozitivnim spremembam smo obe hipotezi ovrgli, saj razlike niso bile statistično značilne. Glavna omejitev raziskave je bila majhen vzorec, zato priporočamo ponovitev raziskave na večjem vzorcu.

Key words documentation

Name and SURNAME: Adelina KRAJA

Title of the final project paper: The Role of Bonding Psychotherapy (BPT) in Helping Patients with Chronic Pain

Place: Koper

Year: 2019

Number of pages: 47

Number of figures: 6

Number of tables: 11

Number of references: 87

Mentor: Assoc. Prof. Gregor Žvelc, Ph.D.

Co-Mentor: Assist. Prof. Bojan Rojc, PhD

Working co-mentor: Bogdan Polajner, PhD

UDK: 615.851(043.2)

Keywords: Bonding psychotherapy, chronic pain syndrome

Abstract:

In the previous studies, aerobic exercise proved to be effective transitory in a reduction of pain. Often, the unpleasant emotions, the person improperly expresses, accumulate in the body and then burst out in form of pressures, pains or various anomalies. One of the modalities that allows expressing feelings and helps strengthen positive attitudes, through respectful and non-sexual physical contact and emotional proximity, is bonding psychotherapy (BP). In the study, we examined the role of BP in helping patients with chronic pain, using questionnaires CORE-OM (Clinical Outcomes and Routine Evaluation – outcome measure), the SWLS (Satisfaction with Life Scale) and VAS (Visual analogue scale). In the study, we tested, whether the 3-month program (three workshops) will show a significant improvement in life satisfaction, and a decrease in pain in patients, and we also checked the clinical outcomes of the treatment. It was stated, that the level of pain, in patients in the experimental group, after the three BP workshops decreased although there were no statistically significant changes. In comparison with persons in the control group (those who did not visit BP), patients in experimental group evaluated their satisfaction with their lives higher, after three months, and their level of distress decreased. Both hypotheses were rejected despite the positive changes due to statistically nonsignificant differences. The main limitation of the survey was the small sample size, so we recommend repeating the survey on a larger sample.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	BOLEČINA	2
1.1.1	Kronični bolečinski sindrom	3
1.1.2	Miofascialni bolečinski sindrom	4
1.1.3	Fibromialgija	5
1.1.4	Razlika med miofascialnim bolečinskim sindromom in sindromom fibromialgije.	5
1.1.5	Zdravljenje kronično bolečinskega sindroma.....	6
1.1.6	Odraž čustev na telo	7
1.1.7	Vpliv negativnih misli na kronično bolečinski sindrom.....	9
1.2	BONDING PSIHOTERAPIJA	12
1.2.1	Čustva in primarne biološke potrebe	14
1.2.2	Nezadovoljene potrebe po bondingu	15
1.2.3	Potek Bonding psihoterapevtske seanse povzeto	16
1.3	NAMEN IN CILJI	19
1.4	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA OZ. HIPOTEZE.....	20
2	METODA	21
2.1	VZOREC	21
2.2	PRIPOMOČKI.....	23
2.3	POSTOPEK	24
2.3.1	Statistična obdelava podatkov	25
3.	REZULTATI	26
4.	RAZPRAVA.....	31
5	SKLEPI.....	35
6	VIRI.....	36

KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 1.1 <i>Telo in izvorne lokacije bazičnih čustev (Polajner, 2014)</i>	8
Tabela 1.2 <i>Vrste miselnih izkrivljenj</i>	10
Tabela 1.3 <i>Razvojna obdobja, biopsihosocialne potrebe in konflikti (Stauss, 2007)</i>	15
Tabela 1.4 <i>Negativna prepričanja in temeljne zdrave kognitivne sheme/prepričanja</i>	18
Tabela 2.1 <i>Spol in število udeležencev v raziskavi</i>	21
Tabela 2.2 <i>Cohenove smernice za določanje koeficienta velikosti učinka (Cohen, 1988)</i> ..	25
Tabela 3.1 <i>Prikaz opisnih statistik lestvic CORE-OM in SWLS za vsa tri merjenja (pred začetkom terapij, po drugi terapiji in po tretji terapiji)</i>	26
Tabela 3.2 <i>Prikaz opisnih statistik lestvic CORE-OM in SWLS in VAS za merjenja pred in po raziskavi v kontrolni skupini (pred začetkom raziskave in po njej)</i>	27
Tabela 3.3 <i>Prikaz testov normalnosti za lestvice CORE-OM in SWLS</i>	27
Tabela 3.4 <i>Prikaz rezultatov testa Wilcoxon za CORE-OM skupno, CORE-OM subjektivno blagostanje, CORE-OM problemi/simptomi, CORE-OM vsakodnevno funkcioniranje, CORE-OM tvegano vedenje in SWLS</i>	28
Tabela 3.5 <i>Prikaz opisne statistike, testa normalnosti ter rezultatov Wilcoxonovega testa za VAS lestvico</i>	29
Tabela 3.6 <i>Prikaz primerjalne statistike med podlestvicami CORE-OM, SWLS in VAS vprašalnikom med eksperimentalno in kontrolno skupino, pred in po raziskavi (po sklopu treh delavnic)</i>	30

KAZALO SLIK IN GRAFIKONOV

Slika 1.1: <i>Telo in izvorne lokacije bazičnih čustev 2 (Polajner, 2014)</i>	9
Slika 1.2: <i>Vsebinska usmerjenost BPT (Polajner, 2014)</i>	13
Slika 1.3: <i>Tri glavne faze posamezne BPT seanse (Polajner, 2014, str. 66)</i>	16
Slika 1.4: <i>Dinamika čustev v procesu Bonding psihoterapije (Polajner, 2014, str. 67)</i>	18
Slika 1.5 <i>Relacije med duševnimi motnjami, KBS in FM in BPT</i>	20
Slika 3.1: <i>Primerjalna statistika med kontrolno in eksperimentalno skupino: prvo in zadnje merjenje</i>	30

SEZNAM KRATIC

BPT = Bonding psihoterapija

CORE = Clinical Outcomes in Routine Evaluation

CORE-OM = Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure;

EAP = European Association for psychotherapy (Evropsko združenje za psihoterapijo)

ESBP = European society for Bonding Psychotherapy (Evropsko združenje BPT)

FM = Fibromialgija

IASP = International Association for the Study of Pain (IASP)

ISBP = International Society for Bonding Psychotherapy (Mednarodno združenje BPT)

KB = Kronična bolečina

KBS = kronično bolečinski sindrom

MBS = miofascialni bolečinski sindrom

MPT = miofascialne prožne točke

SBI = Splošna bolnišnica Izola

SF = sindrom fibromialgije

SKRB = sindrom kronične razširjenosti bolečine

ZAHVALA

Magistrsko delo posvečam svoji krasni družini, brez katere mi ne bi uspelo. Hvala mama in babi, da sta me finančno podpirala in mi omogočila študij in hvala Aiken, ker mi stojiš ob strani in si ponosna name. Za pomoč, spodbudo in potrpežljivost se zahvaljujem tebi Aljaž, ker si me podpiral na vsakem koraku in me znal vedno motivirati, ko nisem imela več moči.

Ogromne zasluge gredo delovnemu mentorju dr. Bogdanu Polajnerju, za vso predano znanje, nasvete ter prijetne izkušnje pri sodelovanju v raziskavi. Rada bi se zahvalila tudi mentorju dr. Gregorju Žvelcu za njegov čas in konstruktivne nasvete.

Veliko zahvalo izrekam dr. Kosminovi in dr. Luinovi iz Splošne bolnišnice v Izoli, ki sta mi omogočili izvajanje raziskave in mi pomagali priskrbeti nabor pacientov potrebnih za raziskavo. Zahvala gre tudi vsem sodelujočim v raziskavi, ki so bili pripravljeni udeležiti se treh delavnic in so si vzeli čas za izpolnjevanje vprašalnikov. Za pomoč pri izvajanju delavnic se zahvaljujem tudi Mateji Erce in Urši Mele, za podporo in lepe besede pa tudi tebi Neža Blaži.

Rada bi se zahvalila tudi Gimnaziji v Piranu in vsem profesorjem, ki so vame verjeli in mi omogočili novo priložnost. Na tem mestu se predvsem zahvaljujem prof. Gogali, prof. Remec, prof. Štemberger in prof. Stegel. Hvala, ker ste mi omogočile razvoj in mi strpno pomagale najti pravo pot v življenju. Zahvala gre pa tudi dvema profesorjema na Gimnaziji koper in sicer prof. Dobrila in prof. Parovel. Hvala vama !

Na koncu in ne nazadnje gre zahvala profesorjem in drugim raziskovalcem na FAMNIT-u, ki so mi predali potrebno znanje iz psihologije in psihoterapije, s pomočjo katerega sem razvila ogromen interes za omenjeni smeri.

1 UVOD

Bolečina, ki že zelo dolgo igra pomembno vlogo pri opozarjanju človeka o morebitni poškodbi ali zgolj možnosti nastanka poškodbe in nam že nagonsko pomaga ustrezno prilagoditi naše vedenje, je sestavni del našega vsakdana. Bolečino, po mednarodnemu združenju za proučevanje bolečine (IASP), definiramo kot neprijetno čutno in čustveno izkušnjo, povezano z dejansko ali možno poškodbo tkiva (Kovačič, 2014). Bolečina ni samo zaznava, navaja Rus – Makovec (2010), ampak jo oblikujejo tudi čustveni, kognitivni in psihosocialni dejavniki. Bolečina priznava pomembno vlogo psihološki strani, ki je ključnega pomena pri dolgotrajni, kronični bolečini, z nejasno telesno patologijo in brez naravne zaščitne funkcije (Kovačič, 2014). Kronična bolečina je javno zdravstveni problem, ki negativno vpliva na kakovost življenja posameznika, in se pojavlja v velikem odstotku (Krčevski Škvarč, 2005). Ko je bolečina prisotna po vsem telesu, pogosto jo spremljajo bolezni kot so depresija, kronična utrujenost in tesnoba, oseba najbrž trpi za fibromialgijo (FM). Kadar bolečina traja dlje kot tri mesece, jo poimenujemo kronična bolečina (KB) (Waddell, Mail, Morris, Di Paola in Gray, 1984). Posledično se pri pacientih pojavi tudi distress, ki pomembno vpliva na vsakodnevno funkcioniranje (Mcbeth, Macfarlane in Silman, 2002).

Zdravila, ki jih najpogosteje uporabljajo za zdravljenje fibromialgije so antidepresivi, nevromodulatorji in analgetiki (Zaletel, 2010). Zaletel (2010) poudarja tudi, da je najbolj primerno zdravljenje bolnika s fibromialgijo (FM) s pomočjo multidisciplinarnega pristopa, ki vključuje tako farmakološko kot nefarmakološko zdravljenje glede na bolnikove značilnosti, kot so: značilnosti bolečine in pridružena bolezenska stanja, kot so depresija, motnje spanja in tesnoba. V smernicah za zdravljenje kronično bolečinskega sindroma (NICE Guidline, 2018), avtorji navajajo, da bi morali vsi pacienti, z diagnosticiranim kronično bolečinskim sindromom (KBS), prestatu psihološko evaluacijo. Kakor Zaletel (2010), tudi tu avtorji navajajo, da lahko pacienti potrebujejo zgolj asistenco z mehanizmi soočanja, in/ali anksiozno motnjo ali depresijo, ki se lahko razvijejo ali okrepijo s pojavom bolečine (Colorado Department of Labor and Employment, 2017).

Ugotovitve Rusove (2010), da bolečina ni samo zaznava ampak skupek dejavnikov, v zadnjih desetletjih smiselno potrjuje vedno več raziskav, ki dokazujejo, da je v okviru psihoterapevtskega procesa vedno pomembnejše delo na telesni (in fiziološki) ravni. Psihoterapevti tako, poleg verbalne in neverbalne komunikacije ter telesnih občutij pacienta, vključijo tudi delo z dotikom, ki je za pacienta zelo pomemben (Furlan, 2013). Različne psihosomatske motnje se lahko kažejo kot bolečine in pritiski po telesu. Opazimo lahko bolečine v križu, sklepih in mišicah, v želodcu, kot pekoča usta ali atipična obrazna bolečina (Grošelj, 2015). S pomočjo pritiska rok na različnih bolečih lokacijah na telesu, lahko pri pacientih izzovemo različna čustva. V predhodno izvedenih raziskavah (Hertzman, 2016; Frisch, 2015; Jiang P. S., Qin, 2008; Hernandez-Reif, Field, Krasnegor in Theakston, 2000)

so dokazali, da je v primeru kronično bolečinskega sindroma, natančneje v predelu križa, ena od učinkovitih metod terapije ravno terapija z dotiki. Frisch (2015) razlaga, da prepovedi izražanja čustev, ki smo se jih naučili v otroštvu, privedejo do tega, da posameznik čustva in občutja tlačijo v sebi. Rezultat tega je bolečina, ki se pojavi v notranjosti telesa (na organih) ali taka, ki traja dalj časa. V članku poudarja velik pomen terapije in celo dotika kot sredstva, ki bi bilo učinkovito. Razlaga namreč, da je stik s sočlovekom primaren in je prva izkušnja, ki jo otrok pridobi, ko se rodi. Razloži tudi, da se je terapija z dotiki in pritiski po telesu, izkazala za učinkovito pri pacientih s kronično bolečino v križnem predelu. Terapevt z dlanmi pritiska na mesta na telesu, kjer pacient čuti največji pritisk. Raymond (2016) navaja, da se kronična bolečina lahko zmanjša s pomočjo izražanja čustev, še posebno v primeru ko so se ta kopičila dalj časa. Študija, izvedena na mladostnikih, ki so imeli glavobole in migrene (kar so tudi pogosti simptomi pri osebah s KBS) je dokazala, da je izražanje jeze in drugih potisnjenih čustev (žalost/bolečina in strah) pomembno pripomoglo k zmanjšanju števila glavobolov (Slavin-Spenny, Lumley, Thakur, Nevedal in Hijazi, 2013). Ena od modalitet, ki metodo spoštljivega in neseksualnega telesnega stika vključuje med svoje metode psihoterapevtskega dela, je Bonding psihoterapija (BPT). Daniel Casriel (1972), ameriški psihiater in psihoanalitik, je pri svojem psihoterapevtskem delu opazil, da so pacienti, ki so bili pod stresom in vplivom intenzivnih čustev (jeze, strahu, žalosti...), večinoma potrebovali objem in da jim je ta psihoterapevtska metoda učinkovito nudila občutek sprejetosti, opore, spodbude in varnosti pri soočanju z intenzivnimi čustvenimi stanji, travmami in stresom. Bonding psihoterapevtska modaliteta daje velik poudarek na reševanje nezdravih odnosnih slogov, bazičnih čustvenih motenj, negativnih prepričanj o sebi, destruktivnega vedenja in nezadovoljstva z lastnim življenjem (Casriel, 1972; Polajner, 2011; Stauss, 2007). Bonding psihoterapija je specifična tudi po svoji celostnosti, saj zajema skoraj vse temelje človekove razsežnosti: čustveno, motivacijsko, kognitivno, duhovno, in kar je zelo pomembno, telesno (Polajner, 2014).

1.1 BOLEČINA

Leta 1986 je mednarodno združenje za preučevanje bolečine IASP (International Association for the Study of Pain), bolečino opredelilo kot »neprijetno izkušnjo, ki je tako čutna kakor čustvena, in je bodisi povezana z dejansko ali potencialno poškodbo tkiva« (Merskey idr., 1994). Kovačič (2014) opisuje bolečino kot elementarno, univerzalno in hkrati osebno izkušnjo, katere osnovna doživljajska vsebina so občutek neprijetnosti, od blage nevšečnosti, do skrajne agonije, povečano splošno vzburjenje, občutenje nevarnosti-ogroženosti in nujna težnja, da jo čimprej prekinemo in se zaščitimo. Navaja tudi, da je bolečina pri človeku neposredna zavestna izkušnja, ki obsega tudi razlago občutka, ki signalizira poškodbo, nanjo pa vplivajo čustveni, spoznavni (ocena, prepričanje, spomin), medosebni, socialni in kulturni dejavniki, zato lahko trdimo, da gre za več kot le fizično in

fiziološko dogajanje. Ko govorimo o bolečini, govorimo o psihološkem procesu in psihološkem stanju (Kovačič, 2014). Bolečina je povezana s senzoričnimi, afektivnimi, kognitivnimi, socialnimi in drugimi procesi (Melzack, 1999, 2001, 2005; Melzack in Katz, 2006)

Bolečino delimo glede na vzdraženost receptorjev na površinsko (zaradi vzdraženosti receptorjev v koži), globoko (zaradi vzdraženosti receptorjev v skeletnih mišicah, sklepih, kitah) in visceralno (zaradi vzdraženosti receptorjev v notranjih organih). Glede na trajanje pa bolečino delimo na akutno in kronično. Za akutno bolečino je značilno, da traja kratek čas (od enega dne do nekaj tednov), medtem ko je za kronično značilno, da je konstantna, lahko se potencira, traja dalj časa, vmes pa so lahko tudi obdobja brez bolečin (Banič, 1991). Bolečino lahko na splošno razvrstimo kot (Colorado Department of Labor and Employment, 2017):

- nociceptivno, ki vključuje bolečino zaradi visceralnega izvora ali poškodbe drugih tkiv, miofascialna bolečina je nociceptivni tip bolečine, za katerega so značilne miofascialne točke sprožitve omejene na določeno mišico ali mišice;
- nevropatska, vključno z bolečino, ki izvira iz možganov, perifernih živcev ali obojih; in
- psihogena, ki izvira iz razpoloženja ter socialnih ali psihofizioloških procesov.

Nedavni napredek v nevroznanosti razkriva dodatne mehanizme, povezane s kronično bolečino. V preteklosti se je bolečina obravnavala kot občutek, ki je nastal zaradi stimulacije receptorjev za bolečino zaradi poškodbe tkiva, kar je sprožilo zaporedje živčnih signalov, ki se končajo v možganih in so tam prepoznani kot bolečina. Posledica tega modela je bila, da je bila stalna bolečina, po razrešitvi poškodbe tkiva, opažena kot manj fiziološka in bolj psihološka kot akutna bolečina, ki ji lahko pripišemo poškodbo tkiva (Colorado Department of Labor and Employment, 2017).

1.1.1 Kronični bolečinski sindrom

Kronična bolečina ter fibromialgija sta med najbolj obremenjujočimi problemi v medicinski praksi. To je bolečina, ki traja vsaj 30 dni po običajnem poteku akutne bolezni ali razumnem času, ki je potreben za sanacijo poškodbe, ki je povezana s kroničnim patološkim procesom, ki povzroča neprekinjeno bolečino (Colorado Department of Labor and Employment, 2017). Sama definicija kronične bolečine je opisana kot zamuda ali popoln neuspeh pri povečanju funkcionalnosti in lajšanju bolečine, povezane z določeno boleznijo ali nesrečo (Colorado Department of Labor and Employment, 2017). Kronična bolečina je opredeljena kot kronični mišično-skeletni sindrom, za katerega so značilni prisotnost nepojasnjene bolečine ali zbadanja, splošna jutranja otrdelost, nenehna utrujenost in številne boleče točke v mišicah (Tomc, 2011). Prizadene na stotine milijonov ljudi po vsem svetu in spreminja njihovo fizično in čustveno delovanje, zmanjšuje kakovost posameznikovega življenja in ovira njihovo sposobnost za delo (Goldenberg, 1987). Nekatere bolečine postanejo kronične, ker

osnovni vzrok za bolečino ostaja ali se neprestano vrača. Tak primer so migrene, postherpetične nevralgije ali revmatoidni artritis (Robinson, 2016). Pacienta s kronično bolečino zaradi nenehne bolečine spremljajo stalno fizično neudobje in omejitve pri vsakdanjih dejavnostih (Fordyce, 1973). Ko govorimo o kronični bolečini, imamo v mislih stanje bolezni, ki pogosto povzroča trpljenje, ki je nekoliko daljše od običajnega. Bolečina namreč ostane, po času, ki je običajen za ozdravitev bolezni ali zacelitev poškodbe. Časovni razpon tovrstne bolečine je od tri do šest mesecev (Krčevski-Skvarč, 2000). Za sindrom kronične bolečine velja, da z uveljavljenimi in v klinični praksi izvedljivimi diagnostičnimi postopki, pogosto ne najdemo jasnih znakov okvar tkiva ali živčevja ter znakov vnetja (Jamnik in Spevak, 2011).

Pri kronični bolečini se pojavijo nespečnost, izguba teka, brezvoljnost, fizična in psihična izčrpanost ter spremenjena mimika obraza (trpeč izraz), ki hitro pokaže, da bolnik trpi (Banič, 1991). Med psihološkim stanjem posameznika in bolečino obstaja močna povezava, ki se kaže v obliki bolezni kot so depresija, anksiozne motnje in motnje osebnosti, ki jih v večini primerov zdravijo s pogovorno terapijo (psihoterapijo) in antidepresivi (Robinson, 2016). Pri osebah, ki imajo diagnosticiran kronično bolečinski sindrom, je v veliki meri prisoten tudi miofascialni bolečinski sindrom ali celo fibromialgija.

1.1.2 Miofascialni bolečinski sindrom

Miofascialni bolečinski sindrom (MBS) je pogosta oblika bolečine, ki izhaja iz preobčutljivih točk v mišicah, ki jih običajno poimenujemo miofascialne prožne točke (MPT) (Matis, 2018). »Miofascialni bolečinski sindrom se pojavlja pri do 85 % oseb s kronično bolečino, ne glede na glavni razlog za bolečino. Odraža predvsem stanje spremenjene ali neprimerne obremenitve oziroma preobremenitve določene mišice ali mišične skupine in ga v večini primerov razumemo kot sekundarno stanje« (Jamnik, 2010, str. 44). MBS pogosto nastane kot posledica akutne poškodbe mišice, prekomerne uporabe ali ponavljajočih se gibov. Nelagodje večinoma izgine brez zdravljenja že po nekaj dneh ali v nekaj tednih. Če bolečina ne pojenja ali se poslabšuje in je potrebno posvetovanje z zdravnikom, govorimo o miofascialnem bolečinskem sindromu (MBS) (Borg-Stein, Simons, 2002; Simons, 2001).

1.1.3 Fibromialgija

Fibromialgija spada v skupino kroničnega bolečinskega sindroma, za katerega je značilna bolečina po vsem telesu (nad pasom in pod njim, na desni ali levi strani telesa, ki traja več kot tri mesece) in bolečina ob pritisku na najmanj 11 od 18 opredeljenih občutljivih točk, s pritiskom, ki je tako močan, da preiskovalcu poblede podnohtje. »Sindrom fibromialgije (SF) je težja oblika sindroma kronične razširjenosti bolečine (SKRB), ki ga potrdimo, če pri bolnikih s SKRB poleg razširjenosti bolečine ugotovimo še 11 od 18 bolečih fibromialgičnih točk« (Jamnik in Klopčič, 2011, str. 51-58). Zanja je lahko pogosto značilen samostojni pojav ali pa skupaj z drugim kliničnim sindromom (Zaletel, 2010). S pomočjo študij so dokazali, da se ob izpostavljenosti nekaterim življenjskim dejavnikom (stres, poškodbe, številni operativni posegi, vnetja ali okužbe in podobno) bolezen najpogosteje razvije pri ljudeh, ki so zaradi dedne zasnove k temu nagnjeni bolj kot drugi (Lampert, 2010).

1.1.4 Razlika med miofascialnim bolečinskim sindromom in sindromom fibromialgije.

Stopnjo razširjenosti bolečine najlažje opredelimo z risanjem risbe bolečine. Po kriterijih American College of Rheumatology, je sindrom kronične razširjenosti bolečine (SKRB) opredeljen kot bolečina, ki jo posameznik občuti v vsaj dveh kvadrantih na obeh straneh telesa oziroma na levi in desni strani telesa ter nad pasom in pod njim ter v hrbtenici in traja vsaj tri mesece (Rheumatology, 2010). Sindrom fibromialgije (SF) je hujša oblika SKRB, saj moramo pri osebi poleg razširjenosti bolečine ugotoviti še vsaj 11 od 18 fibromialgičnih točk (Jamnik, 2011).

Jamnik razlaga, da pri bolnikih z SF opazimo prisotnost razpoloženskih motenj ali motenj spoznavnih sposobnosti, medtem ko jih bolniki z miofascialnim bolečinskim sindromom (MBS) praviloma nimajo. Navaja tudi, da imajo bolniki z MBS pogosto motnje spanja, ki so povezane predvsem s pritiskom in nategnitvijo okvarjene mišice med spanjem, ki sproži pri njih močnejšo bolečino in prebujanje.

1.1.5 Zdravljenje kronično bolečinskega sindroma

Možnosti zdravljenja kronične bolečine so različne. Delimo jih v šest glavnih kategorij: farmakološko zdravljenje, fizikalna in rehabilitacijska medicina, vedenjska medicina, nevromodulacija, interventni pristopi in kirurški pristopi. Najbolj optimalen rezultat dosežemo, če združimo več pristopov hkrati (Premuš Marušič, 2012). V večini primerov, osebe s kronično bolečino zdravijo z zdravili, ki delujejo protibolečinsko, medicinskimi posegi, za zmanjšanje bolečine ter rehabilitacijsko medicino (bio-psiho-socialni model obravnave KB) (Urbanc in Locatelli, 2016). Pri lajšanju bolečin je posebno učinkovita kognitivno-vedenjska terapija, ki posamezniku pomaga obvladovati avtomatične misli in zmanjšuje katastrofično razmišljanje (Rus-Makovec, 2010). Ena izmed raziskav je dokazala, da so bile negativne kognitivne sheme (negativne misli) povezane z višjo stopnjo jemanja zdravil proti bolečini (Gil, Abrams, Philips in Keefe, 1989). Bolečine so poskušali omejiti že z različnimi zdravili, vključno z nesteroidnimi protivnetnimi zdravili in tricikličnimi zdravili (antidepresivi), ki so jih pacienti prejeli tri leta in poročali blažje izboljšave (Goldenberg, 1987). Kljub obetavnim rezultatom po prejemanju zdravil, so pacienti še naprej poročali o pomembnih simptomih, ki so se še naprej pojavljali. Pacienti so poročali, da se bolečina omili pri zdravljenju s toploto, masažo, pršili ali injekcijami lokalnih anestetikov, ob raztezanju mišic, s hipnozo in s pomočjo različnih vadbenih programov. Pacienti so velikokrat poročali o upadu bolečine po aerobni vadbi (Goldenberg, 1987). Goldenberg (1987) v svojem članku dodaja še, da zdravljenje fibromialgije ni specifično in da je večina pacientov kronično simptomatičnih. Ne glede na to, bodo postavljena diagnoza, svetovanja in fizične terapije pripomogle k olajšanju in omilitvi simptomov pri veliki večini pacientov (Goldenberg, 1987). Kronično bolečino v klinični praksi zdravimo na osnovi bolezenske slike, možnega mehanizma ter kliničnih znakov in simptomov (Wallace, 2005). Kakor navaja Kovačič (2013), na doživljanje bolečine vplivajo številni psihični in socialni dejavniki. Ta vpliv je še pomembnejši, ko gre za dolgotrajno bolečino, saj so negativne situacijske, čutne, čustvene, spoznavne in vedenjske sestavine bolečine še pogostejše v interakciji in se utrjujejo. Tako ena vpliva na drugo in se posledično ustvari začarani krog poslabšanega telesnega stanja, negativnega čustvovanja in nižjega splošnega funkcioniranja, ki sestavljajo negativne povratne zanke: bolečina jemlje energijo, oseba zmanjša aktivnosti, da bi se bolečini izognila, premalo gibanja in aktivnosti pa posledično vpliva na upad odpornosti in moteno spanje, kar spet privede v pomanjkanje energije. »Prihaja do depresije, tesnobe, jeze, tudi krivde, kar vse skupaj poslabša in vzdržuje bolečino ter otežuje spoprijemanje z njo.« (Kovačič, 2013, str. 65 - 86). V eni izmed raziskav (Malone, Strube in Scogin, 1988) so dokazali, da ima psihoterapija močan pozitiven vpliv pri zmanjšanju bolečine ravno zaradi predelave potisnjenih čustev in posledično zmanjševanja strahu in simptomov depresije, ki sta z bolečino povezani, in ne toliko zaradi lajšanja bolečine kot take. Kats (2004) je raziskovala spremembe psihopatoloških simptomov udeležencev BPT. Rezultati so pokazali zmanjšanje simptomov tesnobe, depresije, somatizacije in nezaupanja.

1.1.6 Odraz čustev na telo

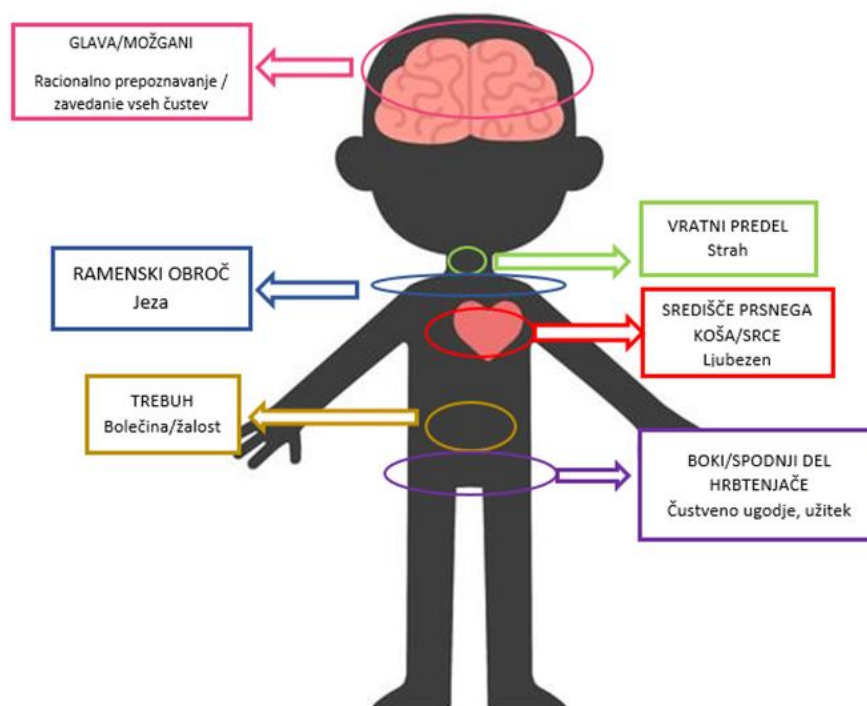
Vsak dogodek, spomin, pojav ali oseba lahko v nas sprožijo neka čustva, ki so za nas bodi si prijetna ali neprijetna (Musek in Pečjak, 2001). Milivojević (2007) lepo poudari: »Emocij ni mogoče ločevati od živega bitja, ki jih čuti, prav tako kot bitja ne moremo ločevati od življenjske situacije, v kateri doživlja določeno čustvo.« Beseda emocija izhaja iz latinske besede »*emovēre*«, kar pomeni premakniti/gibati. Etimologija emocije ali čustva je utemeljevala idejo, da oseba v afektu občuti visoko stopnjo vznemirjenosti ali razburjenosti (Averill, 1985). Šadl (1991) navaja, da se je etimološki pomen čustva prenesel na gibanja znotraj telesa. Dokaz, da so čustva tesno povezana s telesom so odzivi, ki jih doživimo ob določenih motnjah. Tako lahko na primer pri anksiozni motnji ali paničnih napadih, začutimo intenziven strah, ki ga spremljajo napetost, razdražljivost, čustvena nestabilnost, nihanje razpoloženja in bolečina. Fizično se to kaže kot pritisk v prsnem košu, pospešeno dihanje, potenje, cmok v grlu, napetost v mišicah in bledost. Anksiozne motnje vplivajo tudi na naše misli in vedenje. Posameznik ima namreč težave s koncentracijo, težave v mišljenju (oblikovanje misli, vodenje pogovora), pojavljajo se mu tudi negativne misli in prepričanja (»nisem dovolj dober«, »nimam pravice«, »nisem vreden«, ...). Motnja posameznika zajame celostno in posledično vpliva tudi na njegovo vedenje, saj ne more spati, in se neprestano izogiba določenim krajem, situacijam ali objektom, ki mu vzbujajo strah in nelagodje (Jeriček Klanšček, Majcen in Furman, 2016). Študije (Acklin in Alexander, 1988; Acklin in Bernat, 1987; Kinder in Curtis, 1990; Julkunen, Hurri in Kankainen, 1988; Sivik in Hosterey, 1992) dokazujejo, da pacienti z diagnosticiranim kronično bolečinskim sindromom, ne trpijo zgolj samo za bolečino, temveč v veliki meri odražajo tudi pomanjkanje čustvenega zavedanja. Sifneos (1977) je to nepoznavanje čustev poimenoval aleksitimija (ang. alexithymia) kar je povzel iz grščine (ni (a-) besed (-lexi-) za čustva (-thymia)). Aleksitimija je povezana in se prekriva z dvema pred kratkim predlaganima konstruktoma: čustvena paraliza in čustvena inteligentnost (Mehling in Krause, 2005). V eni izmed študij so dokazali, da so s pomočjo terapije osebe po enem letu dosegale boljše rezultate na testih, kar pomeni, da se jim je aleksitimija zmanjšala in jim je posledično upadel nivo bolečine (Julkunen, Hurri in Kankainen, 1988).

V tabeli 1.1 so nazorno prikazane izvorne telesno-energetske lokacije osnovnih čustev v telesu (Polajner, 2014). Tabela prikazuje tudi, kako lahko prepoznamo zdravo telesno stanje (psihofizični vidik zavedanja čustev) in telesi vidik, kjer ima oseba težave z osnovnimi čustvi (izražanje, sprejemanje in zaznavanjem). V zadnjem (desnem) stolpcu so prikazane posledice ob ne izražanju čustev ali dolgotrajnem potiskanju čustev. Na sliki 1.1 je nazorno prikazano človeško telo in izvor bazičnih čustev v telesu (Polajner, 2014, po Stauss, 2007).

Tabela 1.1

Telo in izvorne lokacije bazičnih čustev (Polajner, 2014)

Lokacija bazičnega čustva v telesu	Zdravo telesno stanje - psihofizični vidik zavedanja čustev	Telesni vidiki težav z bazičnimi čustvi (ob odsotnosti organskih vzrokov)	Dolgotrajnejše posledice ob neizražanju čustev
Glava, možgani (vsa čustva)	racionalno prepoznavanje (zavedanje) čustev	psihološko pogojen glavobol nezmožnost priznati si določeno čustvo	migrene, vrtoglavice, insomnia, nespečnost, prividi, halucinacije, boleče in pekoče oči...
Vratni predel strah	oseba ob stikih z ljudmi z roko ali oblačili ne zakriva vratnega predela glas osebe je enak	pokrivanje vratnega predela (npr. pokrivanje vratu z roko, požiranje suhe slin, tenak glas, začasno jecljanje...)	bolečine v vratnem predelu in grlu, pokašljevanje, nabiranje slin v grlu, izguba glasu, srbečica v predelu vratu...
Ramenski obroč jeza	ramenski obroč je gibljiv ob hudi jezi je mišičevje ramen ogreto in gibljivo (evolucijska priprava za boj).	boleče zakrčene mišice ramenskega obroča; toga drža v ramenih; »bikovska« drža; kronična bolečina predelu ramen,...	vnetje mišic v vratnem predelu, hematomi, utrujene mišice, pekoč občutek v mišicah, posledično tudi glavoboli, napetost v predelu tilnika...
Središče prsnega koša, srce ljubezen	permanentna toplina »v srcu« npr. ob intenzivnem občutju ljubezni, doživljanje »plamenčk« se iz srca razširi na telo in duševnost.	občutek praznote, »mrtvosti« v prsnem predelu; pogosto presuh oz. koščten predel tega dela telesa; nezmožnost miselne prestave o tem, kaj pomeni »srce, ki gori«; zanikanje obstoja ljubezni...	pekoč občutek v prsnem košu, oteženo dihanje, bolečine v hrbtu kot posledica sključene drža (skrivanje predela ljubezni)...
Trebuh čustvena bolečina; žalost	zavedanje trebušnega predela telesa ni oteženo npr. ob intenzivni žalosti občutek »kepe« ali udarca v solarni pleksus.	prekinjen doživljajski stik s trebuhom (pogosto prenašanje, patološka debelost.); psihosomatska obolenja v tem delu telesa (diabetes...)...	bolečine v trebuhu, motena prebava (driska, napihnjenost, uhajanje plinov), močnejši menstrualni krči (pri ženskah), želodčne težave (kislina)...
Boki, predel spolovil, spodnji del hrbtenjače čustveno ugodje, užitek	občutki užitka in ugodja so psihološko dovoljeni boki so gibljivi, oseba ima zadostno količino vitalne (živiljenjske) energije.	trdi boki oz. »leseno« gibanje težave pri pripogibanju in plesu (take osebe pravzaprav sploh ne plešejo, ker imajo »prepoved« uživanja v življenju).	zakrnelost v bokih, bolečine v kolkih in križu, zaradi zakrčenosti mišic, kronična obolenja v tem delu telesa;...



Slika 1.1: Telo in izvorne lokacije bazičnih čustev 2 (Polajner, 2014)

1.1.7 Vpliv negativnih misli na kronično bolečinski sindrom

»Miselna izkrivljenja ali kognitivne distorzije so sistematičen način posameznikovega miselnega izkrivljenja resničnosti.« (Anić in Janjušević, 2007, str. 122). Negativne misli in prepričanja imajo pomemben vpliv na naše fizično in psihično blagostanje (Adamčić Pavlović, 2009; Beck, 1979; Whole health). Način dožemanja različnih vsakodnevnih situacij ali vsakdanjega življenja, lahko vodi k višjim nivojem stresa in končno prispeva k pojavu anksiozne motnje in celo depresije (povzeto po Whole health). Beck (1979) je eden izmed prvih, ki navaja, da je posledica neprilagojenih, napačnih ali iracionalnih spoznanj, ki se pojavijo v obliki izkrivljenih misli, ravno depresija. »Negativna prepričanja so (po navadi nezavedne) oblike stabilnih miselnih naravnosti oziroma miselnih shem (angl. attitudes), ki osebi preprečujejo vzpostavitev zadovoljujočih in srečnih odnosov z drugimi ljudmi.« (Polajner, 2014, po Kooyman, 2010, str. 69). Z negativnimi avtomatskimi mislimi, ki so neresnične, nekoristne in izkrivljene, se ukvarja kognitivno vedenjska terapija (Anić in Janjušević, 2007). Negativne misli so tesno povezane z neprijetnimi čustvi, kot so žalost, tesnoba, jeza in obup (povzeto po NHS Fife Department of Psychology, 2013). Prisotne so v veliki večini duševnih motenj, različnih obolenjih in so pogost povod za čustvene težave (Ehring in Watkins, 2008). Obstaja več vrst negativnega razmišljanja (Anić in Janjušević, 2007; NHS Fife Department of Psychology, 2013;), ki so predstavljene v tabeli 1.2:

Tabela 1.2

Vrste miselnih izkrivljenj

Vrste	Opis razmišljanja	Primer razmišljanja
Branje misli	Oseba verjame, da ve, kaj drugi mislijo.	»on misli, da sem ničvreden«
Označevanje	Označevanje sebe ali drugih.	»jaz sem zguba«, »on je nadut«
Predvidevanje prihodnosti	Oseba negativno napove prihodnost..	»zavrnil me bodo«, »osmešil se bom«
Katastrofiziranje	Predvidevanje najhujšega možnega scenarija.	Partner zamuja domov, zato oseba pomisli da je imel strašno prometno nesrečo in je v bolnišnici ali je mrtev
Posploševanje	Če nekaj ni uspelo enkrat, predvideva, da nikoli ne bo.	»danes nisem nič naredil, kar pomeni, da nikoli ne bom«
Vse ali nič razmišljanje	Črno/belo razmišljanje.	»ali zmagam ali zgubim«, »grem na vse ali nič«
Ignoriranje pozitivnih dejstev	Osredotočanje na negativne situacije, namesto na pozitivne.	Oseba zmaga tekmo, a se osredotoča na napako, ki jo je storil med tekmo
Čustveno sklepanje	Oseba uporabi svoja čustva ali počutje, da razloži stvari okoli sebe.	»slabe volje sem, zato se bo nekaj slabega zgodilo«
Personaliziranje	Vse stvari oseba jemlje preveč osebno.	»ker me sosed zjutraj ni ogovoril, sem sigurno naredil nekaj slabega«
Moram !	Predvidevanje, da moram narediti vse z upoštevanjem pravil.	»vedno moram dati vse od sebe«, »ne sme mi spodleteti«,

Kognitivno-vedenjski modeli kronične bolečine poudarjajo pomembnost spoznanj in prepričanj, povezanih z bolečino za prilagoditev kronične bolečine (Turk, Meichenbaum in Genest, 1983). Kognicija igra pomembno vlogo pri samokontroli kronične bolečine. Katastrofiziranje bolečine je eno od bolj pogostimi miselnimi vzorci pri pacientih s KBS in je dokazano en pomembnejših psiholoških faktorjev, ki prispevajo k stopnji bolečine in distresa, ki ju bolnik zaznava (Keefe in Williams, 1990; Sullivan, Thorn, Haythornthwaite, 2001). Čeprav so določena spoznanja in prepričanja, ki jih ima bolnik, lahko prilagodljiva in mu pomagajo obvladati izkušnjo bolečine, lahko druga prispevajo k povečanju bolečine in afektivni stiski (Stroud, Thorn, Jensen in Boothby, 2000). Identifikacija adaptivnih in maladaptivnih prepričanj in spoznanj, povezanih z bolečino, lahko izboljša posameznikovo razumevanje določenih odzivov na kronično bolečino in pripomore k učinkovitejšemu zdravljenju (Stroud idr., 2000). Negativna kognicija glede bolečine pogosto napovedujejo bolečino samo, invalidnost in distress med pacienti, ki imajo diagnosticiran KBS (Jensen,

Turner, Romano in Karoly, 1991). Slikovne diagnostike možganov so pokazale, da razmišljanje o tem, kako grozna je bolečina, slednjo še bolj okrepi, zato je mogoče, s pomočjo psihoterapije »izuriti« možgane v zmanjšanje negativnih misli (Darnall, 2018). Darnall (2018) razlaga, da lahko psihoterapija nauči pacienta, kako naj se sooča z negativnimi mislimi kot so »moja bolečina je neznosna in nič ne morem storiti«. Najpogostejše negativne misli, ki se pojavljajo pri pacientih s kronično bolečinskim sindromom so (Darnall, 2018):

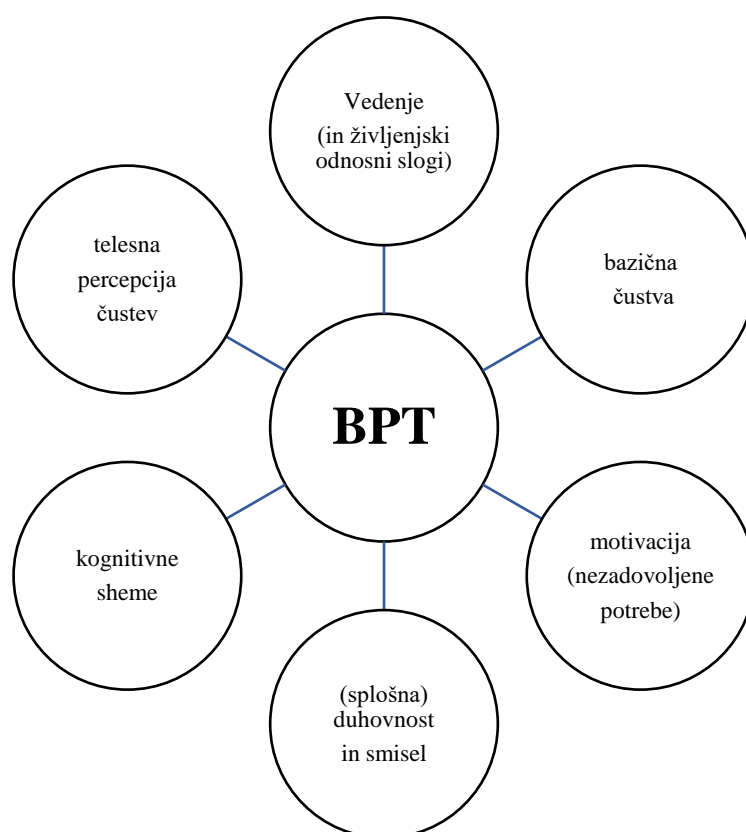
- moram zaužiti protibolečinsko tableto, sicer bom neznosno trpel,
- ali se bom pozdravil ali pa bom bolan celo večnost,
- če nimaš kronične bolečine, me ne moreš razumeti,
- pred kronično bolečino je bilo moje življenje perfektno,
- ne zmorem,
- vedno bolj me bo bolelo,
- nič ne morem storiti, da bi obvladoval bolečino.

1.2 BONDING PSIHOTERAPIJA

Bonding psihoterapija (BPT) je intenzivna oblika skupinske terapije, katere prvotni namen je premagati strah pred intimnostjo in zavrnitvijo. »Predstavljam vam dva koncepta, ki sta precej nova v smislu terapije. Prvi je biološka potreba po povezanosti (bondingu) in druga je psihološka potreba po izražanju čustev. Ta terapija ni usmerjena le v zmanjševanje bolečine ampak tudi na povečevanje ugodja.« (Stauss, 2007, str. 17). Je polnopravna priznana modaliteta v okviru evropske zveze psihoterapevtov (EAP) ter sočasno preko svoje pravne osebe tudi polnopravna EAP članica. BPT se je do sedaj v svetu implementirala v številnih državah v ZDA, EU in Južni Ameriki. Casriel (1972) je emocionalno odprtost in fizično bližino sočloveka poimenoval »bonding«. Bonding je uvrstil v skupino z drugimi osnovnimi človekovimi biološkimi potrebami, kot so prehranjevanje ter pitje. Leta 1963 je pričel z intenzivnim terapevtskim delom z zasvojenimi z drogami (Synanon, Kalifornija). Pri svojem delu v prvih »komunah za zasvojence« je opazil značilno potrebo pacientov po fizični in čustveni bližini, varnosti in sprejetosti od drugih oseb – ta potreba je bila še posebno izrazita v situacijah, ko so pacienti doživljali zelo intenzivna čustva. Potrebo po fizični in čustveni medosebni povezanosti z drugimi osebami je Casriel poimenoval »bonding« (= medosebna povezanost, povezovanje, navezanost). Trdi namreč, da je pri novorojenčku potreba po čustveni in fizični bližini, ključna za preživetje. Ko nam v otroštvu primanjkuje čustvene povezanosti in bližine ter potrditev, lahko razvijemo destruktivna prepričanja, kot so »nisem dovolj dober« ali »ne potrebujem nikogar« in celo »nimam pravice do obstoja«. To lahko med drugim vodi do težav v odnosih, v depresijo, fizične težave (obolenja) in kompenzacijskega vedenja, kot je zloraba alkohola in drog (Kooyman, Olij in Storm, 2010). V prvih štirih mesecih otrokovega življenja, bonding ne predstavlja samo temeljne biološke potrebe, temveč je tudi nekakšna proto-komunikacija med otrokom in njegovo mamo (Stauss, 2007). »Otrok preko stika s kožo (telesni stik med otrokom in materjo), preko mimike materinega obraza, njenega glasu in čustvene intonacije sprejema prvo in najpomembnejšo bio-psihološko sporočilo v svojem življenju: da je ljubljen. Taka proto-komunikacija otroka usmerja v »zunanji« svet, ga odpira do drugih ljudi in mu nudi temeljne občutke zadovoljstva, varnosti in ugodja. Bonding je prvinska telesna in duševna komunikacija med otrokom in mamo, ki ključno vpliva na nadaljnji zdravi razvoj otroka.« (Polajner, 2014, str. 64).

Daniel Casriel (1972) je pri svojem psihoterapevtskem delu opazil, da pacienti, ki so v stresu in pod vplivom intenzivnih čustev (jeze, strahu, žalosti,...), v teh intenzivnih čustvenih stanjih večinoma potrebujejo objem kot tisto psihoterapevtsko metodo, ki jim učinkovito nudi občutek sprejetosti, opore, spodbude in varnosti pri soočanju z intenzivnimi čustvenimi stanji, travmami in stresom. BPT učinkovito odgovarja na več ključnih vidikov stresa, zlasti pa je učinkovita pri intrapsihičnih vidikih stresa (Kraja, 2016).

Bonding psihoterapija se ne osredotoča zgolj na simptomatiko, ki se pojavi pri pacientu, ampak obravnava glavni vzrok problema. Mnogi ljudje čutijo strah pred čustveno in fizično bližino, strah pred zavrnitvijo in zapuščanjem ali strah pred obojim. To je posledica pomanjkanja varne navezanosti in povezanosti v otroštvu. Številne psihosocialne motnje se lahko razvijejo iz nezadostnega zadovoljevanja potrebe o navezanosti (Bowlby, 1988). Van Ijzendoorn in Bakermans-Kranenburg (1996) povezujeta nizko mero varne navezanosti s psihološkimi disfunkcijami. BPT zagotavlja izboljšanje samopodobe, povečuje zaupanje v druge, izboljšuje gradnjo odnosov in ljudem omogoča, da uživajo življenje (Kooyman idr., 2010). »Za razliko od modalitet, ki so »zgolj« psihološke, je ena od specifik BPT tudi v izraziti usmerjenosti v človekovo telesno, nevrobiološko razsežnost.« (Polajner, 2014, str. 63). Na sliki 1.2 je nazorno prikazana vsebinska usmerjenost BPT.



Slika 1.2: Vsebinska usmerjenost BPT (Polajner, 2014)

1.2.1 Čustva in primarne biološke potrebe

Kooyman idr. (2010) zapisujejo, da se v primeru, kadar pri osebi niso zadovoljene osnovne biološke potrebe, se lahko pojavijo neprijetna čustva kot so bolečina, strah in jeza. V primeru, da je neka biološka potreba zadovoljena, se pri osebi pojavijo čustva ljubezni, naklonjenosti in veselja. Casriel (1972) opisuje, da obstaja pet osnovnih čustev: strah, jeza, ugodje, žalost in ljubezen. Teh pet čustev je potrebnih za posameznikovo preživetje in se pojavijo že ob rojstvu otroka. Tako prijetna kakor neprijetna čustva se lahko pojavijo že ob sami misli, da bo neka potreba uspešno ali neuspešno zadovoljena (Klerk-Roscam Abbing, 1994). Med odraščanjem, se otrok nauči poskrbeti za to, da so njegove druge biološke potrebe zadovoljene, da bi bila pa zadovoljena potreba po bondingu, otrok potrebuje sočloveka. Osebe, katere navezanost je bila negotova, razlagajo Kooyman idr. (2010), lahko čustveno bližino in toplino zaznavajo kakor nevarno. Čustva, kot so strah, žalost in jeza, se lahko pojavijo kot posledica tega in lahko vodijo do obrambnih mehanizmov, boja, bega ali zamrznitve. V tem primeru oseba čustev ne zaznava in ne čuti več in se pomanjkanje bondinga kaže prek fizičnih simptomov, kot so hipertenzija, gastrointestinalne težave in psihosomatske bolezni, kamor sodijo tudi kronična obolenja. Pri posamezniku, ki je čustveno zdrav, misli, čustva in vedenje vplivajo eno na drugo do te mere, da sta ugodje in posameznikova dobrobit na najvišji stopnji, medtem, ko sta bolečina in nelagodje na minimumu. Med bonding psihoterapevtsko delavnico ne delamo zgolj s čustvi, temveč skušamo vzpostaviti tudi povezavo med čustvi in vedenjem ter to okrepiti s pozitivnimi prepričanji. Vedenja, kjer so čustva potisnjena/blokirana in posamezniku ne omogočajo popolne svobode pri izražanju, med procesom ne toleriramo. Tovrstna vedenja so: uporaba drog, alkohola in drugih psihoaktivnih substanc, uporaba nasilja ali grožnje z nasiljem ter druga destruktivna vedenja (Kooyman idr., 2010).

Status (2006) navaja, da se lahko v primeru, ko potreba po varni navezanosti in bondingu ni zadovoljena v otroštvu, razvijejo negativna prepričanja kot so: »Ne obstajam«, »Ne zaslužim si biti ljubljen«, »nisem dovolj dober«, »ne potrebujem ničesar«, »jaz nimam pravice«, in druga. Ta negativna prepričanja se razvijejo kot obrambni mehanizmi ter kot odgovori in upravičevanja, ker določene potrebe niso bile zadovoljene. Tovrstna prepričanja se razvijejo že v otroštvu, še preden otrok prične govoriti in se posledično shranijo v implicitni spomin (Stauss, 2002).

1.2.2 Nezadovoljene potrebe po bondingu

V primeru, da pri otroku potreba po bondingu ni zadovoljena, lahko ta utrpi posledice na vseh temeljnih človekovih razsežnosti (Tabela 1.3).

Tabela 1.3

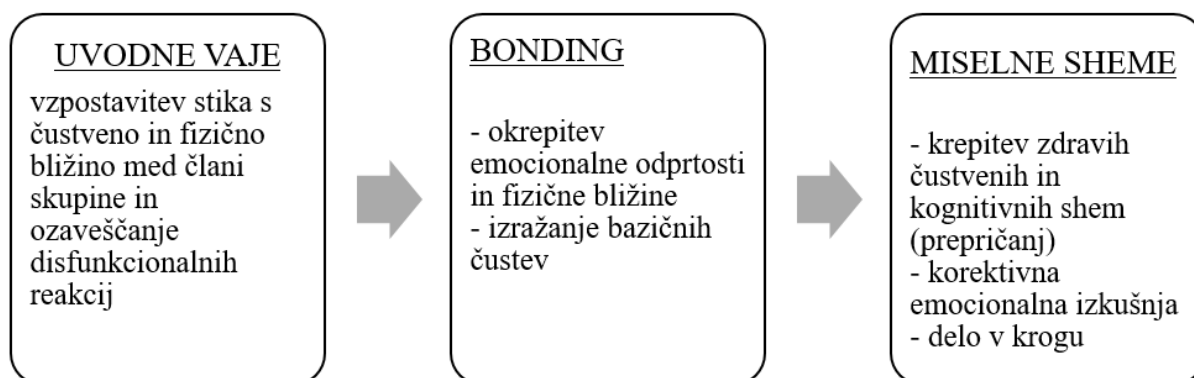
Razvojna obdobja, biopsihosocialne potrebe in konflikti (Stauss, 2007) povzeto po (Polajner, 2014, str. 64)

Osnovna obdobja odraščanja	Temeljna potreba in temeljni konflikt	Disfunkcionalno prepričanje (kot posledica nezadovoljene potrebe)	Centralni strah
			Značilne negativne posledice
Prvi štiri meseci	Bonding - hrepenenje po fizični in čustveni bližini nasproti strahu pred tem	Nimam pravice (psihološko) obstajati, nimam pravice do življenja. Ne morem biti blizu drugim.	Izgubiti samega sebe
			Napadi panike; čustveni zlom
1. leto	Attachment - hrepenenje po navezanosti na pomembne druge osebe nasproti strahu pred tem	Nisem varen/a v odnosih. Drugim ljudem ni za zaupati. Ne smem prositi za pomoč. V življenju ne smeš pričakovati ljubečih odnosov.	Izguba pomembne osebe; strah pred separacijo
			Depresije
2.-3. leto	Avtonomija - hrepenenje po avtonomiji nasproti žrtvovanju samostojnosti zaradi ohranitve povezanosti	Pred drugimi ne morem biti tak/a kot sem. Za pridobitev ljubezni moram žrtvovati svoj jaz. V življenju ne smem pričakovati, da bodo moje potrebe zadovoljene.	Izguba lastne vrednosti v očeh drugih oseb; izguba samostojnosti
			Fobije; napadi panike
2.-3. leto (sočasno z avtonomijo)	Samozavest - hrepenenje po potrditvi in osebnosti vrednosti nasproti nezmožnosti pridobitve le-tega	Nisem ljubljen/a. Nisem vreden/a sam po sebi – to si moram šele prislužiti z izrednimi dosežki in trudom. Nisem dovolj dober/a. Ljubljen/a bom le če dokažem svojo nepogrešljivost in če se drugim povsem razdam.	Ostati neopažen; izpasti neumen
			Narcisizem
3.-6. leto	Identiteta - hrepenenje po pripadnosti nasproti strahu pred tem	Ne vem kdo sem in kam spadam v odnosu do drugih. Nikomur ne pripadam.	Ne najti svojega mesta in svoje vloge med ljudmi
			Konfuznost
6.-18. leto	Smisel in duhovnost – hrepenenje po duhovnosti in življenjski orientaciji nasproti strahu pred tem	Življenje nima smisla in pomena. Življenje je zgolj »matranje« in nato smrt. Nima smisla truditi se in se v kaj vpletati. Vse je »brez zveze«.	Preživeti nesmiselno življenje
			Noagene nevroze
odraslost	Fizična integriteta in dobro počutje - hrepenenje po fizični integriteti in dobremu počutju nasproti strahu pred tem	Če uživam oz. če se dobro počutim, se bo komu kaj hudega zgodilo. Ne smem uživati v življenju. Življenje je le zgolj breme.	Strah pred posledicami užitek in dobrega počutja
			Hipohondrija, slaba skrb zase in za svoje zdravje

Osnovni konflikti pri posamezniku izhajajo iz odnosa med posameznikom in primarno osebo (ključno bližnjo/pomembno osebo), v katerem potrebe niso bile zadovoljene, npr. mama ni sposobna zadovoljiti otrokove potrebe po bližini, zato je otrokova osnovna potreba v nevarnosti (Stauss, 2007). Posledično, otrok opusti zadovoljevanje potrebe po bližini, ker bi bila zavrnitev s strani ključne bližnje osebe preveč boleča in ker na ta način hkrati zavaruje odnos z dotično osebo (deluje kakor obrambni mehanizem). Tako se v otrokovo nezavedno usedeta hkrati potreba po bližini in strah pred zavrnitvijo, in se zunanji konflikt hitro spremeni v notranjega (psihološkega) (Stauss, 2007). Stauss nadaljuje, da se odrasla oseba nauči živeti s tovrstnim strahom in nezadovoljeno potrebo zato, da nebi čutila starih poškodb in spremljajočih emocij, spremeni svoje vedenje v izogibajočega - prepreči, da bi bila disfunkcionalna shema aktivirana. Poudari tudi, da v primeru, kadar tovrstno vedenje postane stalno za posameznika, je slednje opisano kakor »stalen disfunkcionalen odnosni vzorec«. Posameznik bi v primeru ponovnega vstopa v disfunkcionalno emocionalno shemo v prihodnosti doživljal notranji psihološki konflikt, ki bi ga v konkretnih besedah lahko opisali kot: kljub temu, da si želim bližine in sem nekoč trpel zaradi tega, ker je nisem dobil, ko sem jo potreboval, je zdaj ne morem sprejeti ali nuditi svojemu partnerju. Posameznik se ne zaveda notranjega konflikta, zato bi namesto teh besed uporabil stavek »ljubim svojo svobodo in potrebuje prostor«, in bi od partnerja zahteval spoštovanje svojih želja v primeru nadaljevanja njune zveze (Stauss, 2007). Posameznik si tako ustvari obrambo in strategije izogibanja, kar pri njem ustvari disfunkcionalne emocionalne sheme na medosebni ravni, zato posameznik težko zadovoljuje osnovne biopsihosocialne potrebe.

1.2.3 Potek Bonding psihoterapevtske seanse povzeto

Pred vstopom v BPT, terapevt s pacientom opravi ustrezen individualni terapevtski pogovor, kjer pripravi pacienta za vstop v seanso ali ga postopoma, z več pogovorov usposobi za sodelovanje, saj bi bila v nasprotnem primeru zanj delavnica sprva prezahtevna. BPT poteka v treh fazah, kakor je prikazano na spodnji sliki (slika 1.3) (Polajner, 2014).



Slika 1.3: Tri glavne faze posamezne BPT seanse (Polajner, 2014, str. 66)

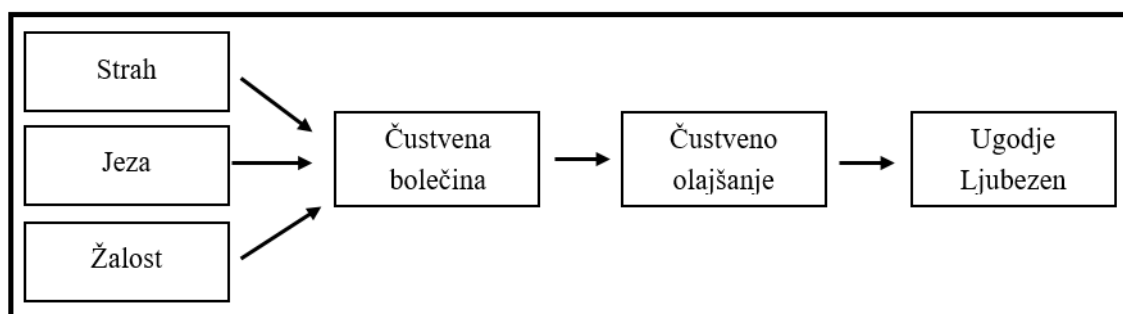
1.2.3.1 Prva faza BPT seanse

Prva faza je pomembna za skupino, saj se v prvi fazi ustvari skupinska dinamika. V primeru, da se tovrstna dinamika uspešno postavi, bo celotna BPT seansa uspešnejša za večino klientov (Polajner, 2014). Terapevt v prvi fazi pomaga skupini klientov, da s pomočjo raznolikih vaj vzpostavljanja telesne bližine in čustvenega odpiranja prepoznajo svoja prevladujoča čustva in telesne senzacije (Polajner, 2014). Klienti opazujejo tudi individualne reakcije na telesno in čustveno zблиževanje z drugimi osebami. Klienti lahko s pomočjo znanja o izvornih telesno-energetskih lokacijah osnovnih čustev lažje opazujejo, kako njihovo telo reagira na določeno vajo, kje se pojavljajo pritiski in prepoznajo občutja ter lažje poimenujejo čustva. V prvi fazi je pri nekaterih v veliki meri, še vedno prisoten sram pred izražanjem čustev in pred tem, kaj bodo drugi mislili o njih, če bodo izražali čustva očitno in na glas, razlaga Polajner (2014). V primeru, da je pri klientih ta strah prisoten, pričnemo z vajami za povezovanje skupine ali z vajami za sprostitvev in se šele nato posvetimo aktivnejšemu terapevtskemu delu.

1.2.3.2 Druga faza BPT seanse (bonding)

Polajner (2014) razlaga, da je druga faza BPT seanse ena pomembnejših za to modaliteto in se imenuje bonding, je pa hkrati tudi najbolj regresijska. »Uspešna sprostitvev potlačenih osnovnih čustev vodi v sprostitvev in čustveno pomiritev ter v doživljanje telesne bližine druge osebe kot prijetne izkušnje (korektivna čustvena izkušnja).« navaja Polajner (2014, str. 67). Z drugo fazo psihoterapevtskega procesa lahko pacienti nadaljujejo, ko zadostno prepoznajo svoje disfunkcionalne reakcije na čustveno odpiranje in telesno bližino drugih oseb v skupini. Bistvo te faze je v izražanju potlačenih čustev, zlasti takih, ki so povezana z nepredelanimi negativnimi izkušnjami (travmami) iz preteklosti (Polajner, 2014). S pomočjo druge faze posameznik okrepi telesno bližino, hkrati pa intenzivira čustva pri klientu. Med vajo bondinga ter na splošno med celotno BPT seanso, lahko opazimo značilno dinamiko bazičnih čustev (slika 1.4).

Kooyman (2010) s sodelavci opisuje, da posameznik ozavešča posamezna čustva, jih uspešno izrazi in sprejme takrat, kadar čustvena dinamika poteka v določenem zaporedju (slika 1.4). V primeru, da posameznik globoko potlači čustva, kot so jeza, strah in čustvena bolečina/žalost, se odražajo v telesni in duševni bolečini, izražanje čustvene bolečine pa omogoči, da posameznik začuti ugodje in doseže čustveno razbremenitev in sprostitvev. S tem, ko oseba krepi doživljanje čustvenega ugodja, doseže sprostitvev (neseksualne) ljubezni, kar osebi posledično pomaga, da se postopoma razvija v vse bolj ljubečega človeka.



Slika 1.4: Dinamika čustev v procesu bonding psihoterapijen (Polajner, 2014, str. 67)

1.2.3.3 Tretja faza BPT delavnice

Tretja faza BPT delavnice zajema izrazito kognitivni vidik psihoterapevtskega procesa in je namenjena psihoterapevtskemu delu na osebnih prepričanjih. S pomočjo tretje faze posameznik predela negativne kognitivne sheme v pozitivne. V manjši študiji so ugotovili, da so negativne misli, usmerjene na samega sebe, povezane z manjšo prilagojenostjo na kronično bolečino. Osebe, pri katerih so se pojavile misli kot »jaz sem nesposoben« in »jaz ne zmorem« so pozitivno povezali z afektivnim distresom in pojavom bolečine v vsakodnevnih dejavnostih (Stroud idr., 1999).

Tabela 1.4

Negativna prepričanja in temeljne zdrave kognitivne sheme/prepričanja

Negativna prepričanja	Zdrave kognitivne sheme oz. prepričanja
Ne obstajam, nimam svojega jaz-a	Jaz obstajam
Ne zaupam nikomur in ničemur	Jaz zaupam
Ne potrebujem ničesar, vse zmorem sam	Jaz potrebujem
Nimam pravice	Jaz imam pravico/e
Nisem ljubljen/a	Jaz sem ljubljen/a
Nisem vreden, sem manjvreden	Sem vreden/a (sem enakovreden/a)
Nisem dovolj dober tak kot sem	Nisem popoln/a, ampak sem v redu tak/a kot sem
Ne odločam zase ali za svoje življenje, ne izbiram	Jaz izbiram (jaz odločam zase, lahko si premislim,...)

Negativna prepričanja so miselne sheme, ki jih posameznik prevzame z učenjem in pridobivanjem signalov iz okolice. Po navadi so nezavedne oblike stabilnih miselnih naravnosti oz. miselnih shem (*angl.* attitudes), ki osebi preprečujejo vzpostavitev zadovoljujočih in srečnih odnosov z drugimi ljudmi (Polajner, 2014). Veliko krat tovrstne negativne kognitivne sheme vodijo v destruktivno vedenje, škodljive odnosne življenjske

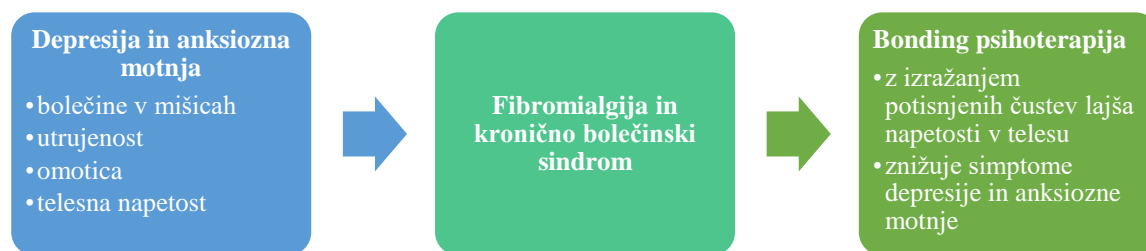
sloge in v različne oblike motenj. V tretji fazi lahko posameznik predela negativne kognitivne sheme s pomočjo vaje krog. Pri tej vaji posameznik, ki želi delati na spremembi prepričanj, stoji v središču kroga in vzpostavlja očesni kontakt z drugimi udeleženci, ki sedijo v krogu. Medtem, ko potuje od posameznika do posameznika, glasno verbalno izraža pozitivno prepričanje in s pomočjo svojega telesa in višine glasu, sprosti še preostalo napetost v telesu. Pozitivno prepričanje si posameznik po navadi izbere že na začetku seanse. Navadno si klient izbere tisto pozitivno prepričanje, v katerega globoko v sebi ne verjame, ga ne doživlja »za svojega«, se ga boji izgovoriti ali ga ni zmožen izgovoriti ali pa se ob izgovarjanju pozitivnega prepričanja počuti krivega že ob sami misli na določeno prepričanje. Velikokrat klienti čutijo tudi sram ob izgovarjanju določenega prepričanja ali čutijo, da nimajo pravice izgovarjati določenega prepričanja. Če klient uspešno izraža trenutno čustvo in hkrati pozitivno prepričanje, to vodi v olajšanje, pomiritev in ga pripelje do občutka ugodja. V tem primeru je pogosto, da oseba doživi pozitivno prepričanje kot svojo novo psihološko resničnost (Kooyman idr., 2010).

2.1 NAMEN IN CILJI

Namen raziskave je bil raziskati učinek bonding psihoterapije pri pomoči pacientom s kronično bolečino. Ugotoviti smo želeli, ali se s pomočjo bonding psihoterapije nivo bolečine pri pacientih zmanjša.

Namen raziskave je tudi prispevati k še nekoliko neraziskanemu področju. Zaradi pomanjkanja raziskav in specifičnih znanstveno raziskovalnih člankov, ki bi preučevali učinek bonding psihoterapije na paciente s kroničnimi bolečinami, želimo raziskati to povezavo. Avtorji (Staunton, 2002; Macnaughton, 2004) poročajo o tem, da je čustven in doživljajski svet posameznika tesno povezan s telesnim doživljanjem, kar pomeni, da so razne telesne bolečine in napetosti v telesu pogosto posledica nekih psihičnih motenj.

Dve najbolj znani duševni motnji, pri katerih se simptomi kažejo tudi somatsko, sta depresija in anksiozna motnja, katerih telesni simptomi so bolečine v mišicah, utrujenost, mravljinca, omotica, tresenje in telesna napetost (Dernovšek in Tavčar, 2017). Zato je ožji glavni cilj magistrske naloge, raziskati vlogo psihoterapije na zmanjševanje bolečine pri pacientih z fibromialgijo. Relacije med duševnimi motnjami (depresija, anksiozna motnja), fibromialgijo in kronično bolečinskimi sindromom ter bonding psihoterapijo so predstavljene v sliki 1.



Slika 1.5 Relacije med duševnimi motnjami, KBS in FM in BPT

Predvidevali smo, da bo aplikacija bonding psihoterapije pokazala statistično pomembne pozitivne spremembe v smeri pomembnega znižanja doživljanja bolečine pri pacientih vključenih v eksperimentalno skupino.

Magistrska naloga bo tudi služila kot prvi zapis ter hkrati prva raziskava, ki preverja učinek bonding psihoterapije na lajšanje bolečin pacientov s kronično bolečinskim sindromom.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA OZ. HIPOTEZE

H1: V prvi hipotezi predvidevamo, da bo pri udeležencih bonding psihoterapije, v obdobju treh mesecev ali prej, prišlo do statistično značilnih razlik pred prvo izvedeno terapijo in po zadnji. Predvidevamo, da bo prišlo do pomembnega upada doživljanja bolečine glede na prvotna poročanja in glede na kontrolno skupino. Hipoteza sloni na izsledkih predhodnih raziskav, kjer so dokazali upad (doživljanja) bolečine pri pacientih, ki so izvajali fizično terapijo (plesno gibalne, dinamične meditacije, aerobike,...) (Colorado Department of Labor and Employment, 2017; Kovačič, 2013; Matis, 2018). V povezavi s teorijo, ki predvideva, da se čustva in čustvena stanja odražajo na telesu, kot razlaga Polajner (2014), predvidevamo, da bo dosežen upad bolečine pri pacientih, ki se bodo BPT udeleževali. S hipotezo torej želimo preveriti, ali bo upad bolečine po treh ali šestih bonding psihoterapevtskih delavnicah, res dokazan. Bonding psihoterapija se med drugim ukvarja z nezadovoljstvom z lastnim življenjem in negativnimi prepričanji o sebi. Cilj je, da negativna prepričanja spremenimo v pozitivna, npr. nekdo, ki se boji bližine s sočlovekom, mora ustvariti kognitivno prepričanje, da je vreden bližine ter da jo potrebuje in se mu je ni treba bati. Med terapijo posameznik z različnimi vajami ne osvoji zgolj prepričanja na racionalni ravni, temveč tudi na emocionalni; prepričanje razume, ga doživlja in vključi v odnose z drugimi (Haar, 2010, Kooyman idr., 2011; Van der Kar, 2008). Po Casrielu (1972) emocionalno shemo sestavljajo tri pomembne komponente: vedenje, emocije in kognicija (prepričanja). Deloma smo hipotezo tudi zastavili na slednji teoriji, in predvidevali, da bo bonding psihoterapija pripomogla k spremembi negativnih misli v pozitivna in posledično vplivala na upad bolečine.

H2: V drugi hipotezi predvidevamo, da bodo razlike med nivojem distresa pri pacientih in zadovoljstva z življenjem statistično značilne. Pacienti, ki se bodo udeležili bonding psihoterapevtskih delavnic, bodo po sklopu treh delavnic dosegali rezultate, ki nakazujejo na manjši distres pri pacientu, in večje zadovoljstvo z življenjem, kot pri pacientih, ki so del kontrolne skupine.

2 METODA

2.3 VZOREC

V raziskavi je sodelovalo 20 oseb, ki imajo diagnosticirano kronično bolečino, natančneje, bolečine v vratnem in ledvenem delu hrbtenice. Vse osebe so pacienti v protibolečinski ambulanti v Splošni bolnišnici Izola (SBI). Povprečna starost ljudi, ki so sodelovali v raziskavi je bila 42,7 let. Sodelovalo je 6 pacientk ženskega in 4 pacienti moškega spola. Vsi pacienti so sodelovali prostovoljno v raziskavi in so se zavedali tako dolžnosti kakor svojih pravic.

Tabela 2.1

Spol in število udeležencev v raziskavi

Spol posameznikov	Število
Eksp. Spol (na začetku raziskave)	
Moški	4
Ženske	6
SKUPNO	10
Eksp. Spol (sodelovali vse 3 mesece)	
Moški	0
Ženske	5
SKUPNO	5
Kont. Spol (začetek in konec r.)	
Moški	3
Ženske	7
SKUPNO	10

N=20

Eksp.= eksperimentalna skupina

Kont.= kontrolna skupina

Bonding psihoterapevtske delavnice smo izvajali tri mesece, približno vsakih 30 dni eno(skupno 3 delavnice). Prve delavnice se je udeležilo 10 udeležencev, druge 6, tretje pa

zgolj 5, zato smo lahko statistično obdelali le rezultate petih udeležencev, ki so bili prisotni na vseh treh Bonding psihoterapevtskih delavnicah.

Posamezna BPT delavnica je trajala v povprečju 4 ure in je bila prilagojena pacientom, ki so se je udeležili. Bonding psihoterapevtsko delavnico smo izvedli v treh fazah. V prvi fazi delavnice smo izvedli vaje vzpostavljanja telesne bližine in čustvenega odpiranja, pacienti so hkrati skušali prepoznati tudi svoja prevladujoča čustva in telesne senzacije. Glavni cilj drzgega dela je bil izražanje potlačenih čustev zlasti takih, ki so povezana z nepredelanimi negativnimi izkušnjami (travmami) iz preteklosti (Polajner, 2014). Delavnico smo zaključili s tretjo fazo, kjer so posamezniki predelali negativne kognitivne sheme v pozitivne. Uporabili smo naslednje glavne metode:

- Metoda spoštljivega in neseksualnega telesnega stika, kamor sodijo dotiki in objemi kot sredstvo za pomiritev, čustveno oporo ter izzivanje neizraženih in nepredelanih bolečin.
- Krik, ki osebam pomaga, da glasneje izrazijo svoja prepričanja in s tem sprostijo napetosti. S pomočjo krika lahko pacient tudi učinkovito izrazi potlačena čustva kot sta jeza in žalost, saj glasnost sama po sebi dodatno okrepi stik s potlačenimi čustvi.
- Vaje sproščanja, ki pacientom omogočajo pomiritev organizma in odpravo občutka tesnobe.
- Gibalne vaje, ki pacientom omogočajo pomiritev telesnih napetosti in zakrčenosti mišic ter imajo učinek sproščanja.
- Pogovor, ki da osebi prostor, da s skupino deli svoj problem in s tem ubesedi napetosti v telesu ter čustva.
- Metoda bonding, ki je bila prilagojena za populacijo v raziskavi, saj so bile osebe telesno ovirane zaradi bolečine. Vajo so namesto leže opravljali bodisi stoje ali sede.

2.4 PRIPOMOČKI

Pred pričetkom vsake delavnice smo paciente povabili, da izpolnijo izbrane vprašalnike (priloga A, priloga B in priloga C), njihove odgovore smo nato primerjali s kontrolno skupino.

Psihološki in sociološki vidik smo skušali zajeti z vprašalniki:

- VAS – vizualna analogna skala
VAS obsega 10 enot, od 0 do 10, na katerih posameznik med točkama označi, kako močna je bolečina. Točka 0 predstavlja trenutek, ko bolečina ni prisotna, točka 10 pa, ko je bolečina najhujša možna.
- CORE – vprašalnik izida terapije (Evans idr., 2012; prevod Freljih, Čermak Hauko, Modic in Žvelc, 2015).
Vključuje 34 postavk, ki zajemajo področja: subjektivno blagostanje (4 postavke), problemi/simptomi (12 postavk), vsakodnevno funkcioniranje (12 postavk) in tvegano vedenje (do sebe in do drugih; 6 postavk). CORE-OM je samoocenjevalni vprašalnik, kjer osebe na postavke o pogostosti pojavljanja določenega počutja v preteklem tednu odgovarjajo na 5–stopenjski lestvici (0 = nikoli, 1 = samo občasno, 2 = včasih, 3 = pogosto, 4 = večino časa ali ves čas). Višje, kot je povprečje vrednosti vseh 34 postavk, višji distress lahko ocenimo pri klientu.
CORE-OM («Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure») (Evans idr., 2002) je zanesljiv, standardiziran vprašalnik, ki je namenjen evalvaciji učinkovitosti psihoterapevtske obravnave oz. evalvaciji posameznikovega psihičnega zdravja pred in po terapiji (Freljih, Čermak Hauko, Modic in Žvelc, 2015).
- SWLS - Vprašalnik o zadovoljstvu z življenjem/kakovost življenja (Diener, Emmons, Larsen in Griffin, 1985)
Lestvica obsega pet postavk, ki so zastavljene kot pozitivne trditve. S pomočjo postavk, udeleženci ocenijo svoj odnos do življenja na splošno. Vsaka postavka ima sedem stopenjsko lestvico, v kateri posameznik obkroži mero strinjanja s posamezno trditvijo (1 = sploh ne drži...4 = nekaj vmes...7 = povsem drži). Posameznikovo zadovoljstvo z življenjem nasploh, predstavlja vsota ocen pri posamezni postavki. V primeru, da je posameznik dosegel rezultat med od 5 - 9 točk, je skrajno nezadovoljen z življenjem, 10 - 14 točk, zelo nezadovoljen, 15 - 19 točk, rahlo nezadovoljen, 21 - 25 točk, nekoliko zadovoljen, 26 - 30 točk, zelo zadovoljen in 31 - 35 točk, pa ocenimo, da je z življenjem skrajno zadovoljen. Doseženih 20 točk predstavlja povsem nevtralno oceno (Plavčak, 2009).
- Sprejemna anamneza (standardni obrazec v okviru BPT modalitete).
Sprejemna anamneza je standardni obrazec v okviru BPT modalitete, ki omogoča, da terapevt bolje spozna pacienta iz vidika družinske anamneze, osebne zgodovine in stopnje zrelosti. S pomočjo sprejemne anamneze terapevt tudi lažje presodi, ali je pacient že zrel za udeležbo na intenzivni BPT delavnici ali morda potrebuje predhodno, dalj časa trajajočo, individualno, obliko priprave na delavnico.

2.5 POSTOPEK

Pred pričetkom raziskave smo pridobili odobritev komisije za medicinsko etiko. V sodelovanju z vodjo protibolečinske ambulante v SBI, Barbara Kosmina, dr. med. spec. anesteziologije, smo vanjo vključili 20 pacientov iz protibolečinske ambulante, z diagnosticirano kronično bolečino, natančneje, v predelu križa in vratu. Pred pričetkom raziskave smo 40 pacientov povabili na uvodno predstavitev, kjer smo predstavili potek in podrobnosti raziskave. Predstavili smo tudi teorijo, po kateri smo raziskavo zasnovali ter jih prosili, da se prijavijo k sodelovanju tisti, ki želijo preizkusiti metodo BPT. 20 pacientov, ki so se prijavili k sodelovanju, smo nato naključno razdelili v dve skupini po 10 oseb, pri čemer je ena skupina predstavljala eksperimentalno, druga pa kontrolno skupino. Kontrolna skupina je nadaljevala s trenutnim zdravljenjem (prejemanje zdravil in zdravljenje po programu SBI), in se ni udeležila nobene delavnice ali pogovora. Eksperimentalni skupini smo, poleg vsega navedenega, dodali še delavnice BPT. Pred pričetkom raziskave smo vsem udeležencem ponudili predavanje, kjer smo podrobneje razložili, česa bodo deležni med raziskavo, podrobno smo jim predstavili pravice (etične pravice posameznikov) ter dolžnosti, ki jim bodo dane ob vstopu v raziskavo. Udeležencem smo razložili tudi, da lahko raziskavo zapustijo kadarkoli brez obveznosti, zagotovili smo jim tudi anonimnost. Vsak pacient iz eksperimentalne skupine je bil deležen uvodnega intervjuja (sprejemna anamneza), ki je nujno potreben za vstop v sam proces bonding psihoterapije. Vsak mesec so se pacienti udeležili ene enodnevne BPT delavnice, ki je trajala 5 ur, od 9.00 do 14.00. Vsi pacienti, tako iz kontrolne, kakor tudi iz eksperimentalne skupine, so na začetku (pred prvo delavnico) izpolnili vprašalnik CORE-OM, lestvico VAS, ter vprašalnik o zadovoljstvu z življenjem. Pacienti v kontrolni skupini so omenjene teste rešili samo še enkrat in sicer po treh mesecih, medtem ko so pa pacienti v eksperimentalni skupini rešili vprašalnike trikrat. Slednji so vprašalnike rešili tudi po drugi in tretji Bonding psihoterapevtski delavnici. Skupini smo med seboj primerjali čez tri mesece. Podatke, ki smo jih zbrali med raziskavo, smo nato statistično obdelali v programu IBM SPSS Statistics 24.

2.5.1 Statistična obdelava podatkov

Podatke, ki smo jih pridobili med raziskavo smo obdelali s pomočjo programa IBM SPSS Statistics 24. Pri vprašalnikih CORE-OM in SWLS smo za vsakega udeleženca raziskave izračunali rezultate podlestvic (pri CORE-OM: skupno, subjektivno blagostanje, problemi/simptomi, vsakodnevno funkcioniranje in tvegano vedenje). Rezultate smo nato nadomestili z izračuni povprečij teh lestvic, kakor je navedeno tudi v navodilu lestvic (Frelj idr., 2015; Diener idr., 1985). Pri vprašalniku VAS smo podatke zgolj odčitali. Izračunali smo povprečne vrednosti vseh lestvic ter standardno deviacijo, ki nam da podatke o statistični razpršenosti enot in najnižji in najvišji rezultat pri posamezni lestvici pred prvo bonding psihoterapevtsko delavnico, po drugi in po tretji delavnici. S pomočjo Kolmogorov-Smirnov in Shapiro-Wilk testov smo preverili normalnost porazdelitve rezultatov ter na podlagi slednjih izbrali teste, za nadaljnjo obdelavo podatkov. Glede na to, da nismo imeli pri nobenem vprašalniku ali podlestvici normalno porazdeljenih rezultatov, smo v nadaljevanju za vse teste uporabili Wilcoxonov test (t-test za neparametričen vzorec). Nato smo s pomočjo formule $r = \frac{z}{\sqrt{N}}$, izračunali še koeficient velikosti učinka. Pri podlestvicah, pri katerih smo pričakovali obraten rezultat (kjer nižji rezultat pomeni izboljšanje stanja pri pacientu), smo vrednosti koeficienta velikosti učinka obratno vrednotili. Cohen (1988) v svojem delu predstavi smernice, ki so prikazane v Tabeli 2.2.

Tabela 2.2

Cohenove smernice za določanje koeficienta velikosti učinka (Cohen, 1988)

Mera velikosti učinka	Majhen učinek	Srednji učinek	Velik učinek
r	0,20	0,50	0,80

Na koncu smo izvedli še primerjalno statistiko (paired sample test), ki nam je podal podrobnejši vpogled v razlike med rezultati, med kontrolno in eksperimentalno skupino, pred prvo terapijo in po zadnji psihoterapevtski delavnici. Primerjali smo vse tri vprašalnike in podlestvice vprašalnika CORE-OM. Pridobili smo razlike v aritmetičnih sredinah pred raziskavo in po njej, razlike v standardni deviaciji ter razlike v pomembnosti.

3 REZULTATI

V tabeli 3.1 so prikazane opisne statistike rezultatov na vprašalnikih. Iz rezultatov je razvidno, da je bila, po sklopu treh terapij, aritmetična sredina nižja pri podlestvicah CORE-OM skupno, CORE-OM problemi/simptomi, CORE-OM vsakodnevno funkcioniranje (rezultati so bili obratno vrednoteni) in CORE-OM tvegano vedenje. Na lestvici Zadovoljstvo z življenjem (SWLS), pa so pacienti dosegali višje povprečne rezultate, po treh bonding psihoterapevtskih delavnicah (tabela 3.1), kar nakazuje na povišanje zadovoljstva z življenjem.

Tabela 3.1

Prikaz opisnih statistik lestvic CORE-OM in SWLS za merjenja pred in po raziskavi v eksperimentalni skupini (pred začetkom terapij, po drugi terapiji in po tretji terapiji)

Spremenljivka	N	Pred prvo terapijo				Po drugi terapiji				Po tretji terapiji			
		M	Min	Max	SD	M	Min	Max	SD	M	Min	Max	SD
CORE-OM skupno	5	5,07	3,00	6,95	1,52	4,76	2,10	7,70	2,41	3,59	1,30	6,75	2,69
CORE-OM subjektivno blagostanje	5	0,94	2,75	1,84	0,65	1,38	0,25	2,75	0,94	1,18	0,50	2,25	0,70
CORE-OM problemi/simptomi	5	2,1	1,41	3,25	0,7	1,76	0,66	3,00	1,05	1,53	0,67	2,83	1,07
CORE-OM vsakodnevno funkcioniranje	5	1,35	0,42	2,50	0,81	1,43	0,67	2,33	0,60	0,86	0,25	1,83	0,77
CORE-OM tvegano vedenje	5	0,48	0,00	1,25	0,52	0,40	0,00	0,75	0,29	0,10	0,00	0,25	0,14
SWLS	5	16,8	8	26	7,50	17,8	9	26	7,80	23	15	30	6,67

Opombe: N – numerus, M – aritmetična sredina, Min - minimum, Max – maksimum, SD – standardni odklon

Tabela 3.2

Prikaz opisnih statistik lestvic CORE-OM in SWLS in VAS za merjenja pred in po raziskavi v kontrolni skupini (pred začetkom raziskave in po njej)

Spremenljivka	N	Pred raziskavo				Po raziskavi			
		M	Min	Max	SD	M	Min	Max	SD
CORE-OM skupno	5	5,61	3,83	7,59	1,24	4,75	9,00	6,32	1,36
CORE-OM subjektivno blagostanje	5	1,58	0,87	2,75	0,59	0,93	2,50	1,88	0,516
CORE-OM problemi/simptomi	5	1,88	0,88	3,00	0,833	0,75	3,25	1,97	0,89
CORE-OM vsakodnevno funkcioniranje	5	1,62	0,66	2,75	0,65	0,50	2,50	1,70	0,67
CORE-OM tvegano vedenje	5	0,538	0,00	1,00	0,35	0,20	1,25	0,690	0,34
SWLS	5	16,8	9,00	28,00	6,81	10,0	28,0	16,10	5,70
VAS	5	6,70	4,00	10,00	2,00	4,00	9,00	7,100	1,66

Opombe: N – numerus, M – aritmetična sredina, Min - minimum, Max – maksimum, SD – standardni odklon

Normalno porazdelitev rezultatov smo nato preverili s Shapiro – Wilkov-im testom. Zanimalo nas je, ali so posamezne p-vrednosti večje od 0,05 ($p > 0,05$), kar bi pomenilo, da so normalno porazdeljene. Iz tabele 3.3 razberemo, da so bili rezultati na podlestvicah CORE-OM skupno, CORE-OM tvegano vedenje ter CORE-OM vsakodnevno funkcioniranje, po tretji terapiji nenormalno porazdeljeni ($p > 0,05$).

Tabela 3.3

Prikaz testov normalnosti za lestvice CORE-OM in SWLS

Spremenljivke	Shapiro- Wilkov test	
	t	p
PRED PRVO TERAPIJO		
CORE-OM skupno	0,994	0,992
CORE-OM subjektivno blagostanje	0,950	0,738
CORE-OM problemi/simptomi	0,893	0,371
CORE-OM vsakodnevno funkcioniranje	0,980	0,933
CORE-OM tvegano vedenje	0,897	0,395
SWLS	0,928	0,581
PO DRUGI TERAPIJI		
CORE-OM skupno	0,924	0,556
CORE-OM subjektivno blagostanje	0,984	0,957
CORE-OM problemi/simptomi	0,885	0,331
CORE-OM vsakodnevno funkcioniranje	0,950	0,739
CORE-OM tvegano vedenje	0,961	0,814

SWLS

PO TRETJI TERAPIJI

CORE-OM skupno	0,765	0,041
CORE-OM subjektivno blagostanje	0,908	0,454
CORE-OM problemi/simptomi	0,782	0,058
CORE-OM vsakodnevno funkcioniranje	0,764	0,040
CORE-OM tvegano vedenje	0,684	0,006
SWLS	0,895	0,385

Opombe: t - t porazdelitev, p - stopnja značilnosti, *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

V tabeli 3.4 so prikazani rezultati Wilxonovega testa. Pri podlestvicah prašalnika CORE-OM, CORE-OM skupno, CORE-OM subjektivno blagostanje, CORE-OM problemi/simptomi in CORE-OM tvegano vedenje, pri stopnji značilnosti $p > 0,05$ ni prišlo do statistično značilnih razlik med rezultati pridobljenimi pred prvo bonding psihoterapevtsko delavnico in po zadnji. Udeleženci delavnic torej pred terapijo in po sklopu treh delavnic, niso dosegli pomembnega izboljšanja pri skupnem rezultatu, subjektivnem blagostanju, problemih/simptomih in pri stopnji tveganega vedenja. Medtem, ko je pri lestvicah CORE-OM vsakodnevno funkcioniranje in na vprašalniku SWLS, pri stopnji značilnosti $p < 0,05$, prišlo do statistično značilnih razlik, kar pomeni, da so dosegli pomembna izboljšanja, po sklopu treh delavnic, v vsakodnevem funkcioniranju in pri zadovoljstvu z življenjem. Vrednosti velikosti učinka (ES) so bile velike pri CORE-OM skupno ($r = 0,68$), CORE-OM problemi/simptomi ($r = 1,46$), CORE-OM vsakodnevno funkcioniranje ($r = 0,62$) in CORE-OM tvegano vedenje ($r = 0,99$). Manjši učinek se je pokazal pri podlestvici CORE-OM subjektivno blagostanje ($r = 0,36$) in na vprašalniku SWLS ($r = 0,20$).

Tabela 3.4

Prikaz rezultatov testa Wilxon za CORE-OM - skupno, CORE-OM subjektivno blagostanje, CORE-OM – problemi/simptomi, CORE-OM vsakodnevno funkcioniranje, CORE-OM tvegano vedenje in SWLS

Spremenljivke	Z	p	ES
CORE-OM skupno	-1,483 ^b	0,138	-0,677
CORE-OM subjektivno blagostanje	-1,355 ^b	0,176	0,355
CORE-OM problemi/simptomi	-1,753 ^b	0,080	-1,460
CORE-OM vsakodnevno funkcioniranje	-2,023 ^b	0,043	0,620
CORE-OM tvegano vedenje	-1,461 ^b	0,144	-0,998
SWLS	-2,023 ^b	0,043	0,620

Opombe: b - temelji na pozitivnih merilih, c - temelji na negativnih rangih, Z - približek Z,

Sig. - stopnja statistične značilnosti, $p < 0,05$, ES – koeficient velikosti učinka, $r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$

Iz rezultatov v tabeli 3.5 je razvidno, da je bila po sklopu treh terapij aritmetična sredina nižja, kar pomeni, da so v povprečju, pacienti poročali o nižji bolečini po treh terapijah. Razvidno je tudi, da se je najvišja meja bolečine znižala iz 9,33 (pred prvo terapijo) na 7,33, kar pomeni, da je upadla za 2 stopnji na deset stopenjski lestvici, ne moremo pa trditi, da so razlike statistično značilne

Glede na to, da rezultati nakazujejo, da je $p > 0,05$, lahko sklepamo, da so bile p-vrednosti normalno porazdeljene. Pri rezultatih Wilcoxonovega testa lahko razberemo, da na lestvici VAS ni prišlo do statistično značilnih razlik med rezultati pridobljenimi pred in po raziskavi, kar pomeni, da BPT ni pokazala pomembnega učinka. Iz tabele 3.4 je razvidno, da učinek je.

Tabela 3.5

Prikaz opisne statistike, testa normalnosti ter rezultatov Wilcoxonovega testa za lestvico VAS.

	Opisna statistika				Test normalnosti				Neparametrični test		
	M	Min	Max	SD	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilkov		Wilcoxonov test		
					t	p	t	p	Z	p	ES
I.	7,26	6	9,33	1,48	0,336	0,067	0,83	0,141	-	0,10	-1,0191
II.	5,53	2,33	7,33	1,89	0,329	0,081	0,84	0,178	1,604 ^b	0,11	

Opombe: N – numerus, M – aritmetična sredina, Min - minimum, Max – maksimum, SD – standardni odklon, t - t porazdelitev, p - stopnja značilnosti, $*p < 0,05$; $**p < 0,01$; $***p < 0,001$, b - temelji na pozitivnih merilih, Z - približek Z , ES – koeficient velikosti učinka, $r = \frac{Z}{\sqrt{N}}$, I – pred raziskavo, II – po raziskavi

V tabeli 3.6 so prikazani rezultati primerjalne statistike (T-test). Primerjali smo rezultate na posameznih vprašalnikih VAS, SWLS in CORE-OM, pri čemer smo primerjali tudi podlestice, med eksperimentalno in kontrolno skupino. Iz rezultatov je vidno, da so se samo pri CORE-OM tvegano vedenje pojavile statistično značilne razlike ($p < 0,05$), kar pomeni, da so pacienti v eksperimentalni skupini dosegali nižje rezultate pri zadnjem merjenju. Pri vseh drugih podlestvicah vprašalnika CORE-OM (CORE-OM skupno, CORE-OM subjektivno blagostanje, CORE-OM simptomi/problemi, CORE-OM vsakdanje funkcioniranje), ter vprašalnikoma SWLS in VAS pa ni bilo možno razbrati statistično značilnih razlik ($p > 0,05$), se pa statistični pomembnosti približujejo rezultati lestvice SWLS pri eksperimentalni skupini. Na sliki 3.1 je razvidno, kakšne so bile razlike med prvim in zadnjim merjenjem, med kontrolno in eksperimentalno skupino. Opazimo lahko, da so bile razlike po prvem merjenju manjše kakor po zadnjem.

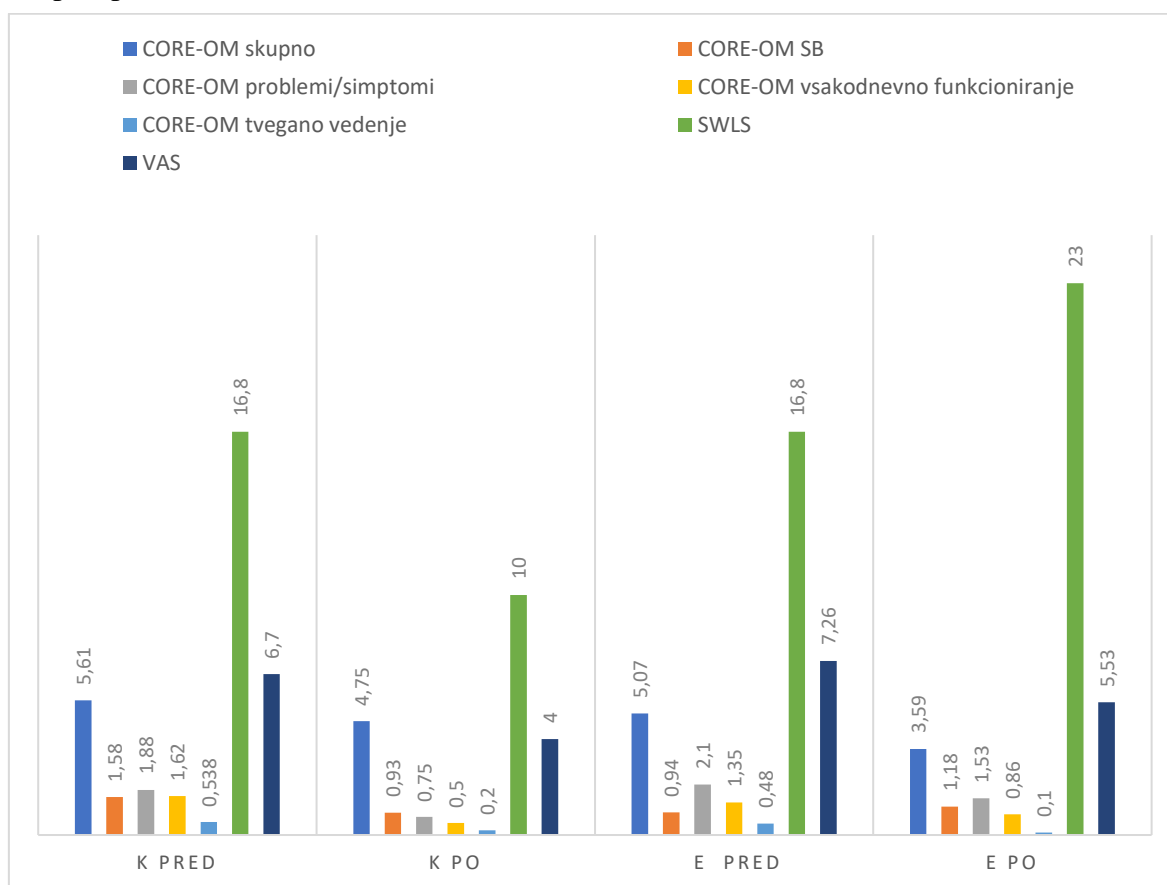
Tabela 3.6

Prikaz primerjalne statistike med podlestvicami CORE-OM, SWLS in vprašalnikom VAS med eksperimentalno in kontrolno skupino, pred in po raziskavi (po sklopu treh delavnic).

	Pred sklopom treh delavnic			Po sklopu treh delavnic		
	M	SD	p	M	SD	p
CORE-OM skupno	-0,121	1,826	0,889	-2,400	3,569	0,207
CORE-OM subjektivno blagostanje	0,448	0,532	0,133	-0,706	0,693	0,085
CORE-OM simptomi/problemi	0,310	0,310	0,634	-0,288	-0,288	0,749
CORE-OM vsakodnevno funkcioniranje	1,348	1,348	0,953	1,879	1,879	0,186
CORE-OM tvegano vedenje	0,020	0,020	0,242	-0,686	-0,686	0,009
SWLS	0,713	0,713	0,673	0,963	0,9630	0,054
VAS	-0,200	-0,200	0,861	-0,700	-0,700	0,152

Opombe: M-aritmetična sredina (razlika med skupinama), SD-standardni odklon, p-pomembnost (signifikanca)

Iz slike 3.1 je razvidno, da so bili, v kontrolni skupini po treh mesecih pacienti bolj nezadovoljni s svojim življenjem, medtem ko se nivo zadovoljstva pri eksperimentalni skupini poveča.



Slika 3.1: Primerjalna statistika med kontrolno in eksperimentalno skupino: prvo in zadnje merjenje

4 RAZPRAVA

V prvi hipotezi smo predvidevali, da bo, pri udeležencih bonding psihoterapije, v obdobju treh mesecev ali prej, prišlo do pomembnega upada (doživljanja) bolečine, glede na začetno stanje in kontrolno skupino.

Iz rezultatov pridobljenih v naši raziskavi je razvidno, da je bila po sklopu treh terapij aritmetična sredina nižja, kar pomeni, da so v povprečju, pacienti poročali o nižji bolečini po treh terapijah. Maksimum (najvišja poročana stopnja bolečine) se je prav tako znižal za dve stopnji, kar nakazuje na to, da so bile bolečine pri pacientih na splošno nižje. Kljub vsem rezultatom na lestvici VAS, ki nakazujejo na upad bolečine, pa rezultati niso bili statistično značilni, zato moramo prvo hipotezo ovreči.

Kljub temu, da ni prišlo do pomembnih sprememb, pa rezultati na lestvici VAS kažejo, da je prišlo do visoke stopnje učinka glede na Cohenove (1988) smernice. Možen razlog, da je prišlo do nepomembnih razlik, premajhen vzorec. Rezultati kažejo, da bi bilo potrebno v naslednjih raziskavah ponoviti merjenja na večjem vzorcu.

Hipoteza sloni na izsledkih predhodnih raziskav, kjer so dokazali upad (doživljanja) bolečine pri pacientih, ki so izvajali fizično terapijo (plesno gibalne, dinamične meditacije, aerobike,...) (Kovačič, 2013; Colorado Department of Labor and Employment, 2017; Matis, 2018). V povezavi s teorijo, ki predvideva, da se čustva in čustvena stanja odražajo na telesu (Casriel, 1972; Polajner, 2014), smo pravilno predvidevali, da bo, upad bolečine pri pacientih, ki se bodo udeleževali BPT, viden, vendar pa rezultati kažejo, da ni prišlo do statistično pomembnih razlik.

V drugi hipotezi smo predvidevali, da bodo razlike med nivojem distresa pri pacientih in zadovoljstva z življenjem statistično značilne. Paciente, ki se bodo udeležili bonding psihoterapevtskih delavnic, bodo na lestvicah CORE-OM in SWLS dosegali rezultate, ki nakazujejo na manjši distress pri pacientu, po treh terapijah in večje zadovoljstvo z življenjem, kot pacienti, ki so del kontrolne skupine. Paciente s kronično bolečinskim sindromom je pogosto strah same bolečine, zato se jim veliko krat pojavijo neprijetne misli, značilno zanje je tudi, da katastrofizirajo stvari. Slednje pri pacientu izzovejo distress (Sullivan, Thorn in Haythornthwaite, 2001).

Udeleženci eksperimentalne skupine so bili, pred pričetkom raziskave in pred udeležbo na bonding psihoterapevtskih delavnicah, pod višjim distresom, glede na vprašalnik CORE-OM, kot po sklopu treh delavnic, kar pomeni, da se je stopnja resnosti distresa pri pacientihv obeh primerih znižala, a razlike niso bile statistično značilne.

Iz podatkov lahko razberemo, da se je na vseh podlestvicah CORE-OM po treh delavnicah pokazalo izboljšanje, a kljub temu ne moremo za vse trditi, da so razlike statistično značilne.

Ugotovili smo, da je prišlo do statistično značilnih razlik pri lestvici CORE-OM vsakodnevno funkcioniranje, kjer se, glede na Cohenove smernice (Cohen, 1988), kaže tudi velik učinek terapije. Zaključimo lahko, da se je našim pacientom po treh bonding psihoterapevtskih delavnicah izboljšalo vsakodnevno funkcioniranje. Pacienti so se, v primerjavi s kontrolno skupino, počutili manj osamljeni, občutili so da imajo nekoga, na kogar se lahko naslovijo ko potrebujejo oporo, čutili so da imajo prijatelje ter nekoga, do kogar čutijo naklonjenost in toplino. Zadovoljstvo s stvarmi, ki so jih opravili se je okrepilo, prav tako pa so čutili, da obvladujejo stvari, tudi ko gredo narobe. Po treh delavnicah se jim je izboljšala tudi zmožnost opravljanja večine vsakodnevnih opravkov, ki so si jih zadali. Niso se tako pogosto počutili ponižane ali osramočene od soljudi, čutili so, da se lahko z

drugimi pogovarjajo, in občutek, da so ostali kritični do njih, se jim je zmanjšal. Prav tako se jim je znižal nivo razdražljivosti v družbi soljudi.

Pri podlestvici CORE-OM subjektivno blagostanje nismo izmerili statistično pomembnih razlik po treh delavnicah BPT, kar je lahko posledica premajhnega vzorca. Nasprotno ugotovitev je zapisala Blaži (2016), ki je v raziskavi, kjer je proučevala učinek bonding psihoterapije na splošno subjektivno blagostanje klientov, ugotovila, da aplikacija bonding psihoterapevtske modalitete, na udeležence raziskave, pozitivno vpliva na subjektivno zaznано blagostanje. Ugotovili so namreč statistično pomembne razlike subjektivnega blagostanja pred in po bonding psihoterapevtskimi seansami (klienti so poročali, da po BPT doživljajo višje blagostanje v svojem življenju).

Ugotavljamo tudi, da se je zadovoljstvo z življenjem pri posameznikih, po uporabi bonding psihoterapevtske metode, pomembno izboljšalo. Naši pacienti so bili na začetku raziskave v povprečju »zelo nezadovoljni« s svojim življenjem, glede na orientacijske vrednosti vprašalnika Zadovoljstva z življenjem (Pavot in Diener, 2013). Pavot in Diener (2013) opisujeta, da imajo osebe, ki so dosegle rezultat »zelo nezadovoljni«, majhne, a pomembne probleme na več področjih v svojem življenju, ali imajo več področij, kjer jim gre dobro in se nato problem pojavi na enem specifičnem, za njih pomembnem področju. Navajata tudi, da je v primeru, kadar je oseba kronično nekoliko nezadovoljna z več področji svojega življenja, potrebno uvesti spremembe. Včasih oseba preveč pričakuje od sebe in je potrebno uvesti življenjske spremembe. Po sklopu treh delavnic pa se je zadovoljstvo nekoliko izboljšalo. Po koncu raziskave se je aritmetična sredina povišala iz 16 na 23, kar pomeni, da so pacienti bolje reševali vprašalnik (z višje doseženimi rezultati), in dosegli povprečni rezultat. Po Pavot in Diener (2013) to pomeni, da so osebe v povprečju zadovoljne s svojim življenjem, a v njihovem življenju obstajajo področja, ki bi jih lahko izboljšale. Velikost učinka je bila na vprašalniku SWLS majhna v skladu s Cohenovimi smernicami (1988) (rezultat je bil $ES = 0,204$), kar je večje od 0,20 a ne presega vrednosti 0,5 kar nakazuje spodnjo mejo srednjega učinka) a so bile razlike statistično značilne. Predvidevamo, da je pacientom uspelo uspešno prenesti pridobljeno znanje iz delavnic na vsakdanje življenje. Blaži (2016) je v raziskavi preverjala, ali se zadovoljstvo z življenjem poveča pri klientih, ki so se udeležili bonding psihoterapevtskih delavnic. Na podlagi pridobljenih rezultatov je zaključila, da je zadovoljstvo z življenjem po uporabi bonding psihoterapevtske metode na njihovem vzorcu udeležencev pomembno izboljšano. »Rezultati pa niso pokazali samo, da se stopnja zadovoljstva pri uporabi bonding psihoterapije pozitivno poveča, ampak so tudi pokazali, da prihaja do statistično pomembne razlike med stopnjo zadovoljstva z življenjem kot celoto pred in po uporabi bonding psihoterapevtske metode – v smeri povečanja zadovoljstva po uporabi bonding psihoterapije« (Blaži, 2016, str. 24).

Iz vseh rezultatov je razvidno, da so osebe, ki so se udeležile bonding psihoterapevtske delavnice, dosegle izboljšanja po obisku delavnic, niso pa vsi rezultati statistično pomembni, za razliko od oseb, ki so bile del kontrolne skupine, kjer se je po treh mesecih izboljšal rezultat na podlestvicah CORE-om, razen pri vprašalniku SWLS. Opazimo lahko razlike med prvim in zadnjim merjenjem pri kontrolni skupini, a rezultati nihajo manj kakor pri eksperimentalni skupini. V predhodnih raziskavah, ki jih je opravljal Darnall (2018), se je izkazalo, da so pacienti, ki so se delavnic udeleževali dosegali nižji nivo distresa po terapiji. Kljub temu, da so naši udeleženci dosegali višje rezultate po sklopu treh delavnic, na drugih podlestvicah CORE-OM, vprašalniku SWLS in lestvici VAS, za večino ne moremo trditi da so statistično značilne. Iz rezultatov je razvidno, da se statistično značilne razlike med eksperimentalno in kontrolno skupino pojavijo zgolj pri podlestvici CORE-OM tvegano

vedenje, ker pa pri drugih podlestvicah ter vprašalnikoma SWLS in VAS med skupinama ni bilo mogoče dokazati statistično pomembnih razlik, moramo drugo hipotezo prav tako ovreči.

Izvedli smo primerjalno statistiko med rezultati vprašalnikov rešenimi pred vstopom v terapijo in po sklopu treh delavnic ter jih primerjali z rezultati pridobljenimi s kontrolno skupino. Ugotovili smo, da so pri naših udeležencih v eksperimentalni skupini, statistično značilne razlike v primerjavi s kontrolno skupino, na podlestvici CORE-OM tvegano vedenje (do sebe in drugih).

Pri drugih podlestvicah CORE-OM ter vprašalniku SWLS v primerjavi s kontrolno skupino, ni statistično značilnih razlik. Opazimo lahko da se SWLS približa statistični značilnosti, kar pomeni, da bi bili rezultati na višjem vzorcu morda statistično značilni. Izkazalo se je, da so po treh mesecih pacienti v kontrolni skupini dosegali nižje rezultate na SWLS lestvici, kar pomeni, da so bili v povprečju bolj nezadovoljni s svojim življenjem po treh mesecih. V eksperimentalni skupini je zadovoljstvo z življenjem po treh mesecih naraslo.

Iz rezultatov lahko razberemo tudi, da je eksperimentalna skupina dosegla višjo razliko med obema merjenjema tako pri vprašalniku CORE-OM skupno ($M = -0,121$) kot tudi pri lestvici VAS ($M = -0,200$), kar nakazuje na to, da je eksperimentalna skupina poročala o nižjem nivoju distresa in o nižjem nivoju bolečine po treh mesecih, kakor je razvidno iz rezultatov kontrolne skupine. Podobno opazimo pri podlestvici CORE-OM simptomi/problemi ($M = -0,288$) ter CORE-OM tvegano vedenje ($M = -0,686$). Pacienti, ki so se udeležili psihoterapevtskih delavnic, so na podlestvici CORE-OM simptomi/problemi dosegali večje izboljšanje v rezultatih, pacienti v kontrolni skupini pa ne. Predvidevamo lahko, da so se pacienti po terapijah počutili manj napete in nemirne, niso občutili znakov tesnobe pri opravljanju pomembnih stvari, niso čutili panike ali groze in so se lažje soočali s svojimi težavami. Energija in navdušenje sta se jim nekoliko povrnili, predvidevamo pa tudi, da niso bili več v veliki meri obupani, nesrečni in krivični do samih sebe. Izboljšanja so se kazala tudi pri fizični simptomatiki, saj so poročali, da jih bolečine ali druge telesne težave niso več bremenile v veliki meri, lažje so zaspali in se ponoči niso pogosto zbudili, nezaželenih misli in občutkov je bilo manj, prav tako pa se je znižala količina neželenih spominov in predstav. Ne glede na vse, je potrebno poudariti, da razlike niso bile statistično značilne.

Kljub nekaterim pomembnim ugotovitvam ima naša raziskava nekaj pomanjkljivosti, ki vplivajo na pridobljene rezultate. Ena večjih je velikost vzorca. Pri pričetku raziskave, se je k sodelovanju najavilo 30 ljudi, kar bi pomenilo, da bi jih bilo 15 v kontrolni in 15 v eksperimentalni skupini. Za uspešno izpeljavo raziskave, bi se 15 pacientov, ki bi bili naključno poslani v eksperimentalno skupino, moralo udeležiti vseh treh bonding psihoterapevtskih delavnic. Med raziskavo se je 10 oseb iz eksperimentalne skupine odločilo, da se ne bodo udeležili vseh treh delavnic, zaradi različnih osebnih razlogov. Menimo, da bi prejeli bistveno bolj verodostojne rezultate v primeru, da bi imeli podatke vseh 30 ljudi in bi bili tako dosti bolj primerljivi med seboj. S pomočjo vzorca smo sicer lahko iskali primerjave med izpolnjenimi vprašalniki prej in pozneje, vendar nam majhen vzorec analize ni dopustil nadzora nad nekaterimi pomembnimi spremenljivkami, ki bi lahko vplivale na končni rezultat (starost, natančen predel bolečine in morebitna predhodna poškodba, socialni status in čas diagnoze). Raziskavo bi bilo smiselno ponoviti na večjem vzorcu bolnikov, ki imajo diagnosticiran kronično bolečinski sindrom in/ali fibromialgijo.

Pridobljeni rezultati predstavljajo dobro osnovo za nadaljnje, razširjene študije, ki bi temeljile na že sedaj znanih informacijah, pridobljenih s pomočjo naše raziskave. Vsi pacienti, ki so sodelovali v raziskavi, še nikoli niso obiskali bonding psihoterapevtske

delavnice, poleg tega so si vsi sodelujoči zelo želeli pomoči in upada bolečine, zato rezultatov ne moremo posplošiti na celotno populacijo.

Velika pomanjkljivost raziskave je bila tudi ta, da nismo mogli vplivati na zunanje dejavnike, eden pomembnejših so bila zdravila. Večina udeležencev je poročala o jemanju nesteroidnih antirevmatikov, kamor sodijo acetilsalicilna kislina (aspirin), paracetamol (panadon, lekadol...), ibuprofen (brufen, bonifen, diverin) in naproksen (nalgesin, naprosyn) (Požlep, 2006). Zdravila so tako delovala protibolečinsko in so ublažila bolečino, zato ne moremo v popolnosti trditi, da je za izboljšanje stanja kriv zgolj trimesečni psihoterapevtski program.

Ena od pomembnejših pomanjkljivosti, na katero nismo imeli vpliva, je bilo prekratko časovno obdobje. Opravljene so bile zgolj 3 bonding psihoterapevtske delavnice, ki so trajale 4 ure, kar pa ni dovolj za konkretnije podatke. V idealnih okoliščinah BPT traja 6 ur in se izvaja enkrat na dva tedna, z vmesnimi individualnimi pogovori, ki jih med raziskavo nismo mogli izvajati. Domnevamo, da bi v primeru 1 letne raziskave pridobili več podatkov, med katerimi bi se pojavljale statistično pomembne razlike.

5 SKLEPI

V magistrski nalogi nas je zanimalo, kakšno vlogo ima bonding psihoterapija pri pomoči pacientom s kronično bolečino. Zanimalo nas je, ali pri pacientih, ki imajo diagnosticiran kronično bolečinski sindrom ali fibromialgijo, po udeležbi na treh bonding psihoterapevtskih delavnicah, pride do pomembnega upada občutenja bolečine ter psihološkega distresa in povišanja zadovoljstva z življenjem.

Kljub temu, da na podlagi naših rezultatov BPT nismo ugotovili statistično značilnih razlik pri pacientih na področju vpada bolečine (po treh delavnicah), rezultati kažejo trend v smeri zmanjšanja le teh (pri osebah, ki trpijo za kronično bolečinskim sindromom ali fibromialgijo na področju vratu ter križnega predela). Ugotovili smo tudi, da je bilo za paciente eksperimentalne skupine, po sklopu treh delavnic značilno, da je bilo manj tveganega vedenja kakor pred začetkom raziskave. Osebe, ki so se udeležile terapije so po končanem programu poročale o večjem zadovoljstvu in pomembnem izboljšanju vsakodnevnega funkcioniranja.

Rezultati, ki smo jih pridobili med raziskavo sovpadajo s predhodno opravljenimi sorodnimi raziskavami na slovenski populaciji. Smiselno bi bilo ponoviti raziskavo z izvedbo znatno več kot 3 BPT delavnic (vsaj z 12 BPT delavnicami oz. 1 delavnica mesečno, min. 1 leto) na večjem vzorcu, ki bi bil tudi bolj raznolik. Kasneje bi bilo zanimivo poskusiti stopnjo bolečine meriti tudi s pomočjo drugih metod in ne samo z lestvico bolečine: magnetna resonanca (Martucci, Ng in Mackey, 2014), PET in EEG (Morton, Sandhu in Jones, 2016)).

6 VIRI

Acklin, M. W. in Alexander G. (1988). Alexithymia and somatization A Rorschach study of four psychosomatic groups. *J Nerv Ment Dis*, 176 (6), 343 – 50.

Acklin, M. W. in Bernat E. (1985). Depression, alexithymia, and pain prone disorder: a Rorschach study. *J Pers Assess*, 51(3), 462 – 79.

Adamčič, P. D. (2009). *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije*. V Zbornik 1. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo.

Anić, N. in Janjušević, P. (2007). IZBRANE teme iz vedenjsko-kognitivne terapije. V Zbornik II. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo.

Averill, J. R. (1985). *The social Construction of emotion: with special reference to Love*. New York: Springer-Verlag.

Banič, E. (1991). Vpliv bolečine na proces zdravstvene nege. *Zdrav Obzor*, 1991 (25), 5-10.

Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Boston: Meridian.

Blaži, N. (2016). *Vpliv bonding psihoterapije na splošno subjektivno zaznано blagostanje klientov*. Diplomsko delo, Koper: Univerza na primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijsko tehnologijo.

Borg-Stein, J. in Simons, D. G. (2002). *Myofascial pain*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83, str. 40 – 47. doi:10.1053/apmr.2002.32155.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J. in Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(1), 3 – 15.

Casriel, M. (1972). *A scream away from happiness*. New York: Grosset in Dunlap.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associated.

Colorado Department of Labor and Employment (2017). *Chronic Pain Disorder*. Pridobljeno s <http://www.healthpsych.com/tools/chronicpain.pdf>.

Darnall, B. (2018). *Change Your Mind-Set, Reduce Your Chronic Pain*. *Scientific American*. Pridobljeno s <https://blogs.scientificamerican.com/observations/change-your-mind-set-reduce-your-chronic-pain/>, (20. 7. 2019).

Dernovšek, M. Z. in Tavčar, R. (2017). Duševne motnje in glavobol. V M. Zaletel in B. Žvan (ur.), *Življenje brez glavobola* (str. 65 - 71). Ljubljana: Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni.

Diener, E. (2009). Subjective Well-Being. V E. Diener (ed.). *The Science of Well-Being: The Collected Works of Ed Diener*. Dordrecht, Heidelberg, London, New York: *Springer*, 39(4), 11 - 58.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. in Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71 - 75.

Ehring, T. in Watkins, E. R. (2008). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 192 – 205.

Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J. in Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51 – 60.

Fordyce, W. E., Fowler, R. S., Lehman, J. F., Delateu, B. J., Sand, P. L. in Trieschman, R. B. (1973). *Operant conditioning in the treatment of chronic pain*. Pridobljeno 14. 3. 2018, s <https://static1.squarespace.com/static/54fe580de4b0e762cd9f4d34/t/5516adbae4b0392be72053d0/1427549626375/Operant+conditioning+in+the+treatment+of+chronic+pain.pdf>.

Frelj, T., Čermak, N., Modic, K. in Žvelc, G. (2015). *Measurement characteristics of therapy outcome measure CORE-OM in a student*. Pridobljeno 12.3.2019, s https://www.researchgate.net/publication/305392130_Measurement_characteristics_of_the_therapy_outcome_measure_CORE-OM_in_a_student_population Merske karakteristike vprasanika za merjenje izida terapije CORE-OM na studentski populaciji.

Frisch, P. (2015). *Touch in psychotherapy*. Pridobljeno 20.7.2019 s <https://orgonometrictherapy.com/2015/02/25/touch-psychotherapy>.

Furlan, M. (2013). *Telo in dotik v psihodinamski psihoterapiji*. Pridobljeno 15.3.2018, s http://www.skzp.si/wp-content/uploads/2016/02/kairos_2013_vol7_12.pdf#page=58

Gil K. M., Abrams M. R., Phillips G. in Keefe F. J.(1989). Sickle cell disease pain: the relation of coping strategies to adjustment. *J Consult Clin Psych*, 57, 725 - 731.

Goldenberg, D. L. (1987). *Fibromyalgia Syndrome*. JAMA, 257(20), 2782 - 2787

Grošelj, M. (2015). Duševno in oralno zdravje. V Zbornik predavanj 16. simpozija zobnih bolezni in endodontije. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo (str. 28 - 30).

Guideline scope Chronic pain: assessment and management (2018). Pridobljeno (17.7.2019) s <https://www.nice.org.uk/guidance/gid-ng10069/documents/final-scope>.

Hernandez-reif, M.,Field, T., Krasnegor, J. in Theakston, H. (2000). Lower Back Pain is Reduced and Range of Motion Increased After Massage Therapy. *International Journal of Neuroscience*, 106(3–4), 131 – 145.

Hertzman, Y.M. (2016). *The role of touch in manual therapy – an integrative literature review*. Pridobljeno 20.7.2019 s https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/117254/Hertzman_YehonatanMoshe.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Jakovljević, M. in Puh, U. (2014). Ocenjevanje intenzivnosti bolečine z vidno analogno lestvico. *Fizioterapija*, 22(2), 46 – 55.

Jamnik, H. (2010). Miofacialni bolečinski sindrom in sindrom fibromialgije: razlikovanje v klinični praksi in možnosti obravnave. *Rehabilitacija*, 9(2), 43 – 46.

Jamnik, H. in Klopčič Spevak, M. (2011). Sindrom kronične razširjene bolečine in sindrom fibromialgije: pregled literature in predstavitev naših izkušenj. *Rehabilitacija*, 10(1), 51 – 58.

Jensen M. P., Turner J. A., Romano J. M. in Karoly P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249 - 283.

Jeriček Klanšček, H., Majcen, K. in Furman, L. (2016). Anksiozne motnje: kako jih prepoznati in pomagati?. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Julkunen, J, Hurri, H in Kankainen, J. (1988). Psychological factors in the treatment of chronic low back pain Follow-up study of a back school intervention. *Psychother Psychosom.* 50(4), 173 – 81.

Keefe F. J., Williams D. A. A. (1990). Comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups. *J Gerontol*, 45(4), 161 - 165.

Kinder, B. N. in Curtiss, G. (1990). Alexithymia among empirically derived subgroups of chronic back pain patients. *J Pers Assess.* 54(1–2), 351 – 62.

Kooyman, M., Olij, R. in Storm, R. (2010). *Bonding psychotherapy; an effective group therapy for attachment problems.* Pridobljeno 21.6.2019, s <https://pdfs.semanticscholar.org/9b46/a4124f875d1dd137a819286739c063d5bb21.pdf>

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

Kovačič, D. (2014). *Bolečina: psihološka stran mehanizma preživetja.* *Anthropos*, 46(1 - 2), 65 – 86.

Kraja, A. (2016). *Psihološki vidiki stresa ter njegova psihoterapevtska obravnava.* Diplomsko delo, Koper: Univerza na primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijsko tehnologijo.

Krčevski-Škvarč, N. (14.-15.10. 2005). Kronična bolečina – bolezen. V *kronična bolečina, hiperlipidemije, menopavza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne motnje* (3-5). Kranjska gora, Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.

Lampert, T. (14.6.2010). *Bolniku je najprej treba verjeti.* *Medicina danes*, 12. Pridobljeno 1.6.2019, s http://www.skufmslovenija.org/wp-content/uploads/MD_012_fibromialgija.pdf.

Malone, M. D., Strube, M. J. in Scogin, F. R. (1988). Meta-analysis of non-medical treatments for chronic pain. *Pain*, 34(3), 231 – 244.

Martucci, K. T., Ng, P. in Mackey, S. (2014). Neuroimaging chronic pain: what have we learned and where are we going?. *Future Neurology*, 9(6), 615 – 626.

Matis, E. (2018). *Učinki terapije z udarnimi globinskimi valovi na miofascialni bolečinski sindrom*. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, zdravstvena fakulteta fizioterapija.

MacNaughton, G. in Williams, G. (2004). *Teaching young children: choices in theory and practice*. Virginija: Open University Press.

McBeth, J., Macfarlane, G. J. in Silman, A. J. (2002). Does chronic pain predict future psychological distress?. *Pain*, 96(3), 239 - 245

Mehling, W. E. in Krause, N. (2005). Are difficulties perceiving and expressing emotions associated with low-back pain? The relationship between lack of emotional awareness (alexithymia) and 12-month prevalence of low-back pain in 1180 urban public transit operators. *Journal of psychosomatic research*, 58, 73 – 81.

Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain, Suppl 6*, 121 - 126.

Melzack, R. (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *J Dent Educ*, 65(12), 1378 - 1382.

Melzack, R. (2005). Evolution of the neuromatrix theory of pain. *Pain Pract*, 5(2), 85 - 94. doi:10.1111/j.1533-2500.2005.05203.x

Melzack, R. in Katz, J. (2006). Pain in the 21st century: The neuromatrix and beyond. V Young, G., Kane, A. W. in Nicholson, K. (ur.). (2006). *Psychological knowledge in court: PTSD, pain, and TBI*. Springer Science & Business Media.

Merskey, H., Bond, M. R., Bonica, J. J., Boyd, D. B., Carmon, A., Deathe, B. A., Dehen, H. idr., Sunderland, S. (1994). *Classification of chronic pain*. Pridobljeno 14. 03. 2018, s <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>.

Milivojević, Z. (2008). *Emocije: Razumevanje čustev v psihoterapiji*. Novi Sad: Psiholopis institut d.o.o.

Morton, D. L., Sandhu, J. S. in Jones, KP.A. (2016). Brain imaging of pain: state of the art. *Journal of pain research*, 9, 613 – 624.

Musek, J. (2005). *Psihološke in kognitivne študije osebnosti*. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.

Musek, J. in Pečjak, V. (2010). *Psihologija*. Ljubljana: Educy.

NHS ife Department of Psychology. (2013). Negative Thinking CBT Tools Help Yourself. Pridobljeno s <https://www.moodcafe.co.uk/media/19118/Negative%20Thinking.pdf> (20.7.2019)

Plavčak, A. (2009). *Dejavniki zadovoljstva z življenjem*. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Pavot, W. in Deiner, E. (2013). Measurement Instrument Database for the Social Science. Pridobljeno s http://www.midss.org/sites/default/files/understanding_swls_scores.pdf, (10.07.2019).

Polajner, B. (2014). Bonding psihoterapija – predstavitev in možnosti uporabe v psihosocialni rehabilitaciji invalidov in njihovih družin. *Rehabilitacija*, 13(2), 62 – 70.

Požlep, G. (2006). Bolečina varuje organizem. Pridobljeno s https://www.revija-vita.com/vita/52/Bole%C4%8Dina_varuje_organizem, (15.7.2019).

Premuš Marušič, A. (2012). Sheme zdravljenja pri kronični bolečini in mehanizmi interakcij z analgetiki. *Farmaceutski vestnik* 63(1), 21 – 27.

So, P. S., Jiang, J. Y. in Qin, Y. (2008). Touch therapies for pain relief in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). Pridobljeno s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843720>, (15.7.2019).

Raymond, J. (2016). *Releasing Pain in Your Body By Getting in Touch with Buried Emotions*. Pridobljeno 20.7.2019 s <https://losangeleswestsidetherapy.com/2016/06/06/releasing-pain-in-your-body-by-getting-in-touch-with-buried-emotions/>.

Rheumatology (2010). *Fibromyalgia*. Pridobljeno 20.08.2019 s <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Fibromyalgia>.

Robinson, A. (2016). Causes and management of chronic pain. *Prescriber*, 27(7), 39 – 43.

Rus-Makovec, M. (2010). Vloga psihiatra pri kronični bolečini. *Rehabilitacija*, 9, 27 – 33.

Sifneos PE, Apfel-Savitz R, Frankel FH. The phenomenon of alexithymia. Observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychother Psychosom* 1977;28(1–4): 47 – 57.

Sivik, T. in Hosterey, U. (1992). The Thematic Apperception Test as an aid in understanding the psychodynamics of development of chronic idiopathic pain syndrome. *Psychother Psychosom*, 57(1–2), 57 – 60.

Slavin-Spenney, O., Lumley, M. A., Thakur, E. R., Nevedal, D. C. in Hijazi, A. M. (2013). Effects of Anger Awareness and Expression Training versus Relaxation Training on Headaches: A Randomized Trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(2), 181 – 192.

Staunton, T. (2002). *Body Psychotherapy*. Routledge, Taylor in Francis Group, New York.

Stauss, K. (2006), *Bondingpsychotherapie, Grundlagen und Methoden*. Munchen: Kösel Verlag.

Stauss, K in F.W. Ellis (2007), *Bondingpsychotherapy, Theoretical Foundations and Methods*. International Society for Bonding Psychotherapy.

Stroud, M. W., Thorn, B. E., Jensen, M. P. in Boothby, J. L. (2000). The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 84, 347 – 352.

Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A. in Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17(1), 52-64.

Šadl, Z. (1999). *Usoda čustev v zahodni civilizaciji*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Tomc, A. (2011). *Sistematični pregled raziskav učinkovitosti homeopatskih zdravil*. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo.

Turk, D. C., Meichenbaum, D. in Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective* (Vol. 1). Guilford Press.

Urbanc, M. in Locatelli, I. (2016). Zdravila za zdravljenje nevropatske bolečine. *Farm vestn*, 67, 325 – 332.

Van IJzendoorn, M. H. in Bakermans-Kranenburg, M. J., (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(1), 8-21.

Zaletel, M. (2010). Zdravljenje fibromialgije. *Rehabilitacija*, 9, 47 – 52.

Waddell, G., Main, C. J., Morris, E. W., Di Paola, M. in Gray, I. C. (1984). Chronic low-back pain, psychologic distress, and illness behaviour. *Spine*, 9(2), 209 – 213.

Wallace, M. S. (2005). Diagnosis and treatment of neuropathic pain. Current opinion. *Anaesthesiology*, 18(5), 548 – 554.

Whole health: change the conversation. *Working with Pain-Related Thoughts Clinical Tool*.
Pridobljeno s
http://projects.hsl.wisc.edu/SERVICE/modules/30/M30_CT_Working_with_Pain_Related_Thoughts.pdf, (21.7.2019).

UNIVERZA NA PRIMORSKEM

UNIVERSITÀ, DEL LITORALE / UNIVERSITY OF PRIMORSKA

FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

FACOLTÀ DI SCIENZE MATEMATICHE NATURALI E TECNOLOGIE INFORMATICHE

FACULTY OF MATHEMATICS, NATURAL SCIENCES AND INFORMATION TECHNOLOGIES

Glagoljaška 8, SI – 6000 Koper

Tel.: (+386 5) 611 75 70

Fax: (+386 5) 611 75 71

www.famniti.upr.si

info@famnit.upr.si



UNIVERZA NA PRIMORSKEM
UNIVERSITÀ DEL LITORALE
UNIVERSITY OF PRIMORSKA

Titov trg 4, SI – 6000 Koper
Tel.: + 386 5 611 75 00
Fax.: + 386 5 611 75 30
E-mail: info@upr.si
<http://www.upr.si>

IZJAVA O AVTORSTVU MAGISTRSKEGA DELA

Spodaj podpisani/-a Adelina Kraja, z vpisno številko 89162011, vpisan/-a v študijski program Uporabna psihologija, 2. stopnja, sem avtor/-ica magistrskega dela z naslovom:

Vloga bonding psihoterapije (BPT) pri pomoči pacientom s kronično bolečino.

S svojim podpisom zagotavljam, da je priloženo magistrsko delo izključno rezultat mojega lastnega dela. Prav tako se zavedam, da je predstavljanje tujih del kot mojih lastnih kaznivo po zakonu.

Soglašam z objavo elektronske verzije magistrskega dela v zbirki »Dela FAMNIT«, ter zagotavljam, da je elektronska oblika magistrskega dela identična tiskani.

Adelina Kraja